

I. ARTYKUŁY

KRYSZYNA WOJTCZAK

Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej w prawie III Rzeczypospolitej Polskiej

Wprowadzenie

Instytucję podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) jako powszechny segment systemu opieki zdrowotnej w obecnym rozumieniu w III Rzeczypospolitej Polskiej wprowadzono nie od razu. Nie oznacza to, że w minionych latach zbliżonej funkcji nie spełniały działające w Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej przychodnie rejonowe¹, a w pierwszych latach obowiązywania Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej² – przychodnie lekarskie (ośrodki zdrowia). I choć nie były to takie same rozwiązania, cechą wspólną przyjętych pod rządami każdej z tych ustaw unormowań było zapewnianie ludności świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej. Wyraźne różnice sprowadzały się natomiast do podmiotów tworzących ówczesne przychodnie, zakresu

¹ Na podstawie Ustawy z dnia 28 X 1948 r. o społecznej służbie zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia (Dz.U. Nr 55, poz. 434 ze zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 V 1982 r. w sprawie organizacji i zadań zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 15, poz. 121), w brzmieniu nadanym § 1 ust. 1 pkt 2, § 2 ust. 2 oraz § 5¹ Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 V 1989 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie organizacji i zadań zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 28, poz. 152).

² Dz.U. Nr 91, poz. 408 ze zm., dalej „ustawa o z.o.z.”. W myśl art. 71 ustawy o z.o.z. zakłady społecznej służby zdrowia stały się publicznymi zakładami opieki zdrowotnej w rozumieniu tejże ustawy, o ile w terminie sześciu miesięcy dostosowały się do wymagań przez ustawę tę wymaganych (art. 75).

i warunków dostępności do udzielanych przez nie świadczeń zdrowotnych oraz osób uprawnionych do ich udzielania.

Przed 1991 r. podstawową opiekę zdrowotną zapewniały przychodnie rejonowe³, będące jedną z form organizacyjnych zakładów służby zdrowia, utworzonych przez terenowe organy administracji państwowej o właściwości ogólnej, na podstawie uchwał właściwych rad narodowych i im podlegające. Od maja 1990 r. po wprowadzeniu najniższej jednostki samorządu terytorialnego także przychodnie gminne i przychodnie zgromadzeń międzygminnych⁴, którym powierzono jako zadanie zlecone prowadzenie zakładów służby zdrowia dotychczas podporządkowanych radom narodowym i terenowym organom administracji państwowej stopnia podstawowego. Tego stanu rzeczy wiele nie zmieniły pierwsze lata obowiązywania ustawy z 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Zgodnie z nią zapewnienie podstawowej opieki zdrowotnej spoczywało na przychodniach lekarskich (ośrodkach zdrowia), jako jednej z form organizacyjnych zakładów opieki zdrowotnej, utworzonych i prowadzonych przez organy administracji publicznej⁵. Zadaniem tych pierwszych (przychodni rejonowych) było zapewnienie podstawowej opieki zdrowotnej ludności rejonu lub rejonów obejmujących obszar danego miasta lub rejonów obejmujących obszar danego miasta (osiedla), sąsiadujących wsi, a w miarę możliwości również zapewnienie określonych świadczeń w zakresie specjalistycznej opieki zdrowotnej. Z kolei zadania przychodni lekarskich (ośrodków zdrowia) sprowadzono do udzielania świadczeń zdrowotnych⁶ ludności

³ W załączniku nr 43 do Zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 X 1990 r. w sprawie obowiązków sprawozdawczych zakładów służby zdrowia i pomocy społecznej oraz Państwowej Inspekcji Pracy (Dz.Urz. MZiOS Nr 5, poz. 19) nazywane poradnią podstawowej opieki zdrowotnej, do której zaliczono: poradnie ogólne, dla kobiet, dla dzieci i stomatologiczne.

⁴ Ustawa z dnia 8 III 1990 r. o samorządzie terytorialnym (Dz.U. Nr 16, poz. 95). Zob. też art. 8 Ustawy z dnia 17 V 1990 r. o podziale zadań i kompetencji określonych w ustawach szczególnych pomiędzy organy gminy a organy administracji rządowej oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz.U. Nr 34, poz. 198 ze zm.).

⁵ Mogły je prowadzić także podmioty spoza tej administracji (art. 8 ustawy o z.o.z.) – jako podmioty gospodarcze.

⁶ W rozumieniu art. 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w jej pierwotnym brzmieniu świadczeniem zdrowotnym było każde, wykonywane zawodowo, postępowanie służące zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia. W tym samym rozumieniu pojęcie świadczeń zdrowotnych przyjęła Ustawa z dnia 6 II 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 28, poz. 153 ze zm.) w art. 1 pkt 16, oraz Ustawa z dnia 23 I 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. Nr 45, poz. 391 ze zm.) w art. 5 pkt 26.

określonego obszaru, także poza siedzibą przychodni (ośrodka zdrowia) w miejscu przebywania osoby potrzebującej takich świadczeń⁷. W obu przypadkach świadczeń tych udzielali osobom ubezpieczonym lub osobom uprawnionym do tych świadczeń z innych tytułów – lekarze o odpowiedniej specjalizacji medycznej (przewidzianej ówczesnie obowiązującym prawem⁸).

Rozwiązania z tego okresu w żadnym razie nie przypominały znanej już w innych państwach zachodnioeuropejskich instytucji „lekarza rodzinnego”. Przeciwnie, oznaczały rejonizację świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, tj. administracyjne objęcie nią ludności rejonu lub rejonów (zgodnie z rozwiązaniami przyjętymi pod rządami ustawy pierwszej⁹), określonego obszaru (zgodnie z ustawą drugą). Oznaczały także udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej (bliżej prawem niezdefiniowanych) oraz świadczeń specjalistycznych (zgodnie z ustawą pierwszą), świadczeń zdrowotnych obejmujących co najmniej badanie i poradę lekarską (zgodnie z ustawą drugą), bez swobodnego wyboru lekarza przychodni (zgodnie z ustawą pierwszą), z możliwością wyboru lekarza przez osobę uprawnioną do świadczeń publicznych zakładów opieki zdrowotnej na mocy przepisów odrębnych (zgodnie z ustawą drugą), nielegitymującego się ukończeniem specjalizacji z zakresu medycyny rodzinnej (w Polsce wtedy nieznaney).

Pierwsze zmiany tego stanu rzeczy przyniosły lata 1991–1993, pozwalające z mocy zarządzeń Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej na wdrażanie programów restrukturyzacji polskiej ochrony zdrowia. Nie był to okres łatwych przemian, zważywszy, że ramy programu restrukturyzacji ówczesnej ochrony zdrowia zakreślono szeroko, a wdrożenie instytucji lekarza rodzinnego (po raz pierwszy wtedy nazywanego lekarzem pierwszego kontaktu) stanowiło tylko jeden z elementów tego

⁷ Zob. art. 27 ust. 1 i 2 ustawy o z.o.z. w brzmieniu pierwotnym.

⁸ Chodzi tu o: Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 1 II 1983 r. w sprawie specjalizacji lekarzy, lekarzy dentyków, magistrów farmacji oraz innych pracowników z wyższym wykształceniem zatrudnionych w służbie zdrowia i opieki społecznej, po tym roku w brzmieniu nadanym zmieniającymi zarządzeniami tegoż ministra: z dnia 31 V 1986 r. (Dz.Urz. MZiOS Nr 7, poz. 26), z dnia 3 X 1989 r. (Dz.Urz. MZiOS Nr 8, poz. 50), z dnia 27 III 1991 r. (Dz.Urz. MZiOS Nr 2, poz. 3) oraz z dnia 11 VI 1994 r. (Dz.Urz. MZiOS Nr 9, poz. 19).

⁹ Zob. też § 1 ust. 1 pkt 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 V 1982 r. w sprawie organizacji i zadań zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 15, poz. 121), w brzmieniu nadanym rozporządzeniem tegoż ministra w roku 1984 r. (Dz.U. Nr 60, poz. 312) i w roku 1989 (Dz.U. Nr 28, poz. 152).

programu. I choć specjalizację w zakresie medycyny rodzinnej wprowadzono dość szybko, bo w 1994 r.¹⁰, nadal trudno rok ten utożsamiać z faktycznym i powszechnym funkcjonowaniem w polskiej służbie zdrowia lekarzy zapewniających podstawową opiekę zdrowotną na nowych warunkach. Niemniej były to działania idące w dobrym kierunku, w dalszych latach obowiązywania ustawy z 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej dookreślane i rozszerzane. Nie bez znaczenia dla kształtowania warunków i zasad funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej tego okresu pozostawały także ustawowe rozwiązania z 1933 r.¹¹, zastąpione w roku 1997¹² i w latach następnych (2003¹³ i 2004¹⁴) nowymi propozycjami modelu ubezpieczeniowego w zakresie zdrowia.

Wdrożenie w roku 2011 reformy działalności leczniczej¹⁵ wprowadziło w sektorze zdrowia istotne zmiany, problematykę udzielania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej unormowano jednak w marginalnym zakresie. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. stanowiła tylko tyle, że świadczenia zdrowotne mogą być udzielane przez podmioty lecznicze oraz przez lekarzy prowadzących indywidualną lub grupową praktykę lekarską (specjalistyczną praktykę lekarską)¹⁶. Lukę tę wypełniła Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej¹⁷.

Nie bez powodu proces kształtowania prawnej regulacji i faktycznych działań prowadzących do wdrożenia w Polsce instytucji lekarza rodzinnego, nie od razu uosabianego z podstawowym i powszechnym systemem opieki zdrowotnej, jest warty poznania i analizy ówczesnie i obecnie obowiązujących rozwiązań prawnych. Dla okresu objętego

¹⁰ Zob. Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 VIII 1994 r. zmieniające zarządzenie w sprawie specjalizacji lekarzy, lekarzy dentyków, magistrów farmacji oraz innych pracowników z wyższym wykształceniem zatrudnionych w służbie zdrowia i opieki społecznej (Dz.Ur. MZiOS Nr 11, poz. 23).

¹¹ Ustawa z dnia 28 III 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym (Dz.U. Nr 51, poz. 396 ze zm.), uchylona w 1997 r.

¹² Ustawa z dnia 6 II 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, weszła w życie z dniem 1 I 1999 r.

¹³ Ustawa z dnia 23 I 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, weszła w życie z dniem 1 IV 2003 r.

¹⁴ Ustawa z dnia 27 VIII 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz. 2135 ze zm.).

¹⁵ Ustawa z dnia 15 IV 2011 r. o działalności leczniczej (brzmienie pierwotne Dz.U. Nr 112, poz. 654), dalej „u.d.l.”.

¹⁶ Podobne rozwiązania przyjęto także wobec pielęgniarek i położnych (art. 5 u.d.l.).

¹⁷ Dz.U., poz. 2217 ze zm.

analizą jest także powodem do konstatacji nad etapami tworzenia modelu podstawowej opieki zdrowotnej na tle szerszych działań – procesu restrukturyzacji polskiej ochrony zdrowia. Jest też przyczynkiem do ustalenia znaczenia tego procesu dla wypracowania w latach następnych nowej pozycji i roli podstawowej opieki zdrowotnej oraz funkcjonujących w jej ramach lekarzy rodzinnych (lekarzy POZ).

1. Prawne aspekty wdrażania procesu restrukturyzacji ochrony zdrowia

Podjęcie prawnych działań zmierzających do zmian w polskiej ochronie zdrowia zainicjowało pod koniec 1991 r. powołanie Zarządzeniem nr 19/91 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 grudnia 1991 r. Zespołu Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia oraz w niecałe pół roku później podjęcie przez Radę Ministrów, na wniosek Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, dwóch uchwał: nr 20/92 z dnia 10 marca 1992 r. oraz nr 42/92 z dnia 22 kwietnia 1992 r.¹⁸ – w sprawie zaciągnięcia kredytu w Międzynarodowym Banku Odbudowy i Rozwoju (Banku Światowym) na sfinansowanie przekształceń systemowych w służbie zdrowia. Przy pełnym zaakceptowaniu przez Radę Ministrów wniosku ministra o zaciągnięcie kredytu, gwarancji Skarbu Państwa za zobowiązania wynikające z umowy zawartej z Bankiem Światowym i z upoważnieniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej do jej podpisania, zaakceptowano mocą: uchwały pierwszej – zakres i zasady jego zaciągnięcia w walutach obcych o równoważności 1,5 mln USD i przeznaczenia na sfinansowanie wydatków niezbędnych dla przygotowania programu zmian oraz pilotażowe wdrożenie w wybranych szpitalach systemów informacyjnych, księgowych i gospodarki lekami oraz szkoleń; uchwały drugiej – zakres i zasady realizacji programów pokrywanych, zgodnie z umową o kredyt, w walutach obcych o równowartości 130 mln USD przeznaczonych na restrukturyzację systemu ochrony zdrowia, poprawę efektywności zarządzania służbą zdrowia i doskonalenie kadr. W efekcie podjętych przez Radę Ministrów uchwał podpisano: (1) z dniem 10 kwietnia 1992 r. porozumienie (PPF Nr P 1/8.POL) o udzieleniu zaliczki na sfinansowanie wydatków niezbędnych dla przygotowania Projektu Rozwoju Służby Zdrowia

¹⁸ Uchwały niepublikowane.

w Polsce oraz (2) umowę o kredyt nr 3466 POL zawartą w dniu 17 lipca 1992 r. między Rzeczpospolitą Polską a Międzynarodowym Bankiem Odbudowy i Rozwoju o wdrożeniu Projektu Rozwoju Służby Zdrowia (dalej zwanego Projektem). Dla realizacji przyjętego Projektem celu¹⁹ prace ukierunkowano na: (1) wzmoczenie działań w zakresie promocji zdrowia służących poprawie stanu zdrowia ludności; (2) przeorientowanie służby zdrowia w kierunku silniejszego promowania efektywnej podstawowej opieki zdrowotnej przez lepiej wykształconą kadre i personel (lekarze, pielęgniarki); (3) doskonalenie zdolności instytucji służby zdrowia służących wypracowaniu nowych metod zarządzania i kierowania oraz oceny przez zapewnienie ich kierownictwu dostępu do ulepszonych systemów informacyjnych i możliwości własnego rozwoju; a także (4) poprawę efektywności, skuteczności i jakości świadczenia usług zdrowotnych w trzech regionach, przy niezakłóconym udzielaniu usług zdrowotnych i powstrzymaniu wzrostu kosztów w służbie zdrowia. Dla realizacji ostatniego z celów nie bez znaczenia pozostawało wytypowanie podmiotów regionalnych współuczestniczących w procesie restrukturyzacji ochrony zdrowia. Dla ich wyłonienia Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej na przełomie lutego i marca 1991 r. ogłosiło ogólnokrajowy konkurs.

Obsługę Projektu powierzono Krajowemu Zespołowi ds. Wdrażania Projektu, powołanemu powyższym zarządzeniem nr 19/91 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej. W niecałe dwa lata później zarządzenie to uchylono i z dniem 1 maja 1993 r. utworzono dwie jednostki organizacyjne z siedzibą w Warszawie: Biuro ds. Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia²⁰ bezpośrednio podporządkowane Ministrowi Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Biuro Pełnomocnika Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej ds. Zagranicznych Programów Pomocy

¹⁹ Realizacja Projektu miała wesprzeć podjętą przez rząd reformę gospodarczą „przez poprawę stanu zdrowia, zwiększenie wkładu służby zdrowia do systemu bezpieczeństwa socjalnego i zmniejszenie rosnącego obciążenia budżetu państwa wydatkami na ochronę zdrowia”. Raport oceniający Program rozwoju polskiej służby zdrowia z dnia 27 III 1992 r., opracowany przez pracowników Banku Światowego (niepublikowany).

²⁰ Zob. Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 26 IV 1993 r. w sprawie utworzenia Biura ds. Zagranicznych Programów Pomocy Społecznej w Ochronie Zdrowia (Dz.Urz. MZiOS Nr 8, poz. 16 ze zm.). Zgodnie z § 10 tego zarządzenia Biuro to przejęło dotychczasowe zadania Zespołu Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia, powołanego zarządzeniem nr 19/91 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 XII 1991 r. wraz z istniejącym stanem zatrudnienia na dzień 30 IV 1993 r., środkami rzeczowymi i składnikami majątkowymi.

w Ochronie Zdrowia²¹. Pierwszemu z nich powierzono m.in.: dostosowanie zagranicznych programów pomocy do strategii systemu ochrony zdrowia w Polsce oraz koordynację, wdrażanie i obsługę programów pomocy zagranicznej, a także utrzymywanie stałych roboczych kontaktów z partnerami zagranicznymi oraz pośredniczenie w miarę potrzeby w ich kontaktach z partnerami krajowymi; organizowanie procesu pozyskiwania i kontraktowania partnerów zagranicznych i krajowych; wykonywanie innych zadań zleconych przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej. Z kolei do właściwości Biura drugiego zastrzeżono m.in.: zapewnienie spójności zagranicznych programów pomocy z ogólną strategią²² reformowania systemu ochrony zdrowia w Polsce; koordynowanie działań jednostek organizacyjnych i komórek statutowych Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej realizujących zadania w zakresie restrukturyzacji opieki zdrowotnej; zapewnienie projektom właściwych warunków realizacji w aspekcie prawnym, finansowym i organizacyjnym; utrzymywanie stałych roboczych kontaktów z partnerami zagranicznymi oraz pośredniczenie w miarę potrzeby w ich kontaktach z partnerami krajowymi.

Wbrew pierwotnie określonym ramom zakresy działania każdego z tych Biur były zakreślone szeroko, a co za tym idzie – trudne do pełnej realizacji celów Projektu wyłącznie na szczeblu centralnym, ale i zbyt kosztochłonne, by procesem restrukturyzacji objąć, w ówczesnym

²¹ Zob. Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 26 IV 1993 r. w sprawie utworzenia Biura Pełnomocnika ds. Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia (Dz.Ur. MZiOS Nr 4, poz. 10 ze zm.). Również i w tym przypadku temu Biuru przekazano dotychczasowe zadania wraz ze stanem zatrudnienia na dzień 30 IV 1993 r., środkami rzeczowymi i składnikami majątkowymi Zespołu Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia, powołanemu zarządzeniem nr 19/91 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej (§ 9). Zgodnie z Zarządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 28 VI 1994 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie utworzenia Biura Pełnomocnika Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej ds. Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia (Dz.Ur. MZiOS Nr 8, poz. 17) od roku 1994 Biurem kierował powoływany i odwoływany przez tegoż ministra Dyrektor Biura. Od 1997 r. nadto zatwierdzał on plany pracy i preliminarz Biura oraz państwowych jednostek budżetowych (regionalnych konsorcjów zdrowia) – po uprzednim zasięgnięciu opinii nowo utworzonej Rady Opiniodawczej ds. Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia. Jej przewodniczącego i członków powoływał Minister Zdrowia i Opieki Społecznej. Zob. Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 9 VII 1997 r. zmieniające zarządzenie w sprawie utworzenia Biura ds. Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia (Dz.Ur. MZiOS Nr 10, poz. 24).

²² Od 1994 r. zastąpione słowami: „dostosowaniem zagranicznych programów pomocy do strategii reformowania systemu ochrony zdrowia” (§ 1 pkt 6c Zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 28 VI 1994 r.).

czasie, obszar całego kraju. Nie bez powodu Projekt jednocześnie przewidywał włączenie w proces restrukturyzacji ochrony zdrowia trzech regionów (w ramach czwartego segmentu Projektu – regionalne służby zdrowia). Po wcześniej rozpisany konkursie (1991 r.) rzeczą do rozstrzygnięcia pozostawał jedynie ich wybór. Do konkursu przystąpiło piętnaście regionalnych podmiotów zdrowia. W efekcie zakończenia procedury konkursowej, poprzedzonej oceną stanu zdrowia ludności, występujących głównych zagrożeń zdrowotnych, bazy materialnej i warunków funkcjonowania w regionie zakładów opieki zdrowotnej, w drodze zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej utworzono trzy konsorcja zdrowia: z dniem 1 lipca 1993 r. – Biuro Pomorskiego Konsorcjum Zdrowia²³ (obejmującego województwa: gorzowskie, koszalińskie i szczecińskie) z siedzibą w Szczecinie, a z dniem 15 lipca 1993 r. – Biuro Ciechanowskiego Konsorcjum Zdrowia²⁴ (obejmującego województwa: ciechanowskie i ostrołęckie) z siedzibą w Ciechanowie oraz Biuro Wielkopolskiej Unii Opieki Zdrowotnej²⁵ (obejmujące województwa: kaliskie, konińskie, leszczyńskie, pilskie i poznańskie) z siedzibą w Poznaniu²⁶. Trzem regionalnym biurami konsorcjów (unii)

²³ Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 1 VII 1993 r. w sprawie utworzenia Biura Pomorskiego Konsorcjum Zdrowia (Dz.Ur. MZiOS Nr 7, poz. 19).

²⁴ Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 14 VII 1993 r. w sprawie utworzenia Biura Ciechanowskiego Konsorcjum Zdrowia (Dz.Ur. MZiOS Nr 7, poz. 21).

²⁵ Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 14 VII 1993 r. w sprawie utworzenia Biura Wielkopolskiej Unii Opieki Zdrowotnej (Dz.Ur. MZiOS Nr 7, poz. 22).

²⁶ Utworzenie zarządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w 1993 r. Biura Wielkopolskiej Unii Opieki Zdrowotnej poprzedzały: Porozumienie zawarte w dniu 1 III 1991 r. między wojewodami: kaliskim, konińskim, leszczyńskim, pilskim i poznańskim w sprawie podjęcia działań mających na celu powołanie regionalnego systemu opieki zdrowotnej jako konsorcjum zdrowia; Postanowienie nr 3/91 wojewodów: kaliskiego, konińskiego, leszczyńskiego, pilskiego i poznańskiego z dnia 17 XII 1991 r. w sprawie powołania Regionalnego Zespołu Wdrożeniowego Wielkopolskiej Unii Opieki Zdrowotnej (w którego skład weszli: księgowy, specjalista do spraw zaopatrzenia i kontraktów, specjalista do spraw pomocy technicznej i szkolenia, specjalista do spraw inwestycji [architekt, inżynier], prawnik), nakładające na wojewodów tego regionu: (1) przeprowadzenie na obszarze każdego z województw: oceny stanu zdrowia ludności, występujących głównych zagrożeń zdrowotnych, zwłaszcza uwarunkowanych czynnikami ekologicznymi, bazy materialnej zakładów opieki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, kadry medycznej i trybu jej szkolenia; (2) ustalenie systemu ewidencjonowania kosztów w zależności od miejsca ich powstawania, systemu wymiany informacji według jednolitych zasad; (3) zapoznanie miejscowych władz samorządowych z koncepcją powołania regionalnego systemu ochrony zdrowia. Zob. też Umowę z dnia 19 II 1992 r. zawartą między wojewodami: kaliskim, konińskim, leszczyńskim, pilskim i poznańskim o utworzeniu

zdrowia²⁷ – o statusie państwowych jednostek budżetowych, finansowanych z budżetów wojewodów²⁸ oraz ministerstwa zdrowia²⁹, podległych dwóm centralnym Biurom i przez nie nadzorowanych³⁰ – powierzono wprawdzie zadania zbliżone (realizacja projektu restrukturyzacji systemu opieki zdrowotnej oraz konsolidacja opieki zdrowotnej na terenie objętym działalnością każdego z nich), to, co wtedy miało w obrębie ich działań znaczenie szczególne, a zarazem pilotażowe, dotyczyło promocji zdrowia, zarządzania zakładami opieki zdrowotnej, ale także – co tu jest warte podkreślenia – podstawowej opieki zdrowotnej³¹. I choć regionalne konsorcja (unia) zdrowia, zarówno przed podpisaniem umowy o kredyt, jak i po tym zdarzeniu, podjęły duży wysiłek w przygotowanie Projektu Rozwoju Służby Zdrowia, wobec ograniczonej efektywności

Regionalnego Systemu Opieki Zdrowotnej pod nazwą Wielkopolska Unia Opieki Zdrowotnej oraz Porozumienie zawarte w dniu 19 II 1992 r. między wojewodami: kaliskim, konińskim, leszczyńskim, pilskim i poznańskim w sprawie finansowania wspólnych działań podejmowanych w ramach Wielkopolskiej Unii Opieki Zdrowotnej (dokumenty niepublikowane).

²⁷ W skład konsorcjów zdrowia weszły wszystkie (z wyjątkiem kilku) publiczne zakłady opieki zdrowotnej utworzone przez wojewodów i organy gmin lub związku międzygminnego (związku komunalnego) działające na terenie regionalnych konsorcjów zdrowia.

²⁸ W zakresie realizacji zadań przewidzianych zarządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 26 IV 1993 r. w sprawie utworzenia Biura Pełnomocnika Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej ds. Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia.

²⁹ W zakresie realizacji zadań przewidzianych zarządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 26 IV 1994 r. w sprawie utworzenia Biura ds. Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia.

³⁰ Chodzi tu o Biuro ds. Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia oraz o Biuro Pełnomocnika Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej ds. Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia.

³¹ Ponad te zadania Zarządzenia od biur konsorcjów (unii) zdrowia wymagały także: zapewnienia przestrzegania warunków umowy o kredyt nr 3466POL; koordynacji działań podmiotów uczestniczących w realizacji Projektu; przygotowywania sprawozdań i rozliczeń finansowych; wykonywania innych zadań zleconych przez Biuro Pełnomocnika Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej ds. Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia. W efekcie, Ministrowi Zdrowia i Opieki Społecznej dawały podstawę do włączania biur konsorcjów (unii) zdrowia również w prace, choć mieszczące się w zadaniach programowych, lecz wykraczające poza ich zakres działania. W szczególności chodzi tu o: wdrażanie Rejestru Usług Medycznych, przekształcanie publicznych zakładów opieki zdrowotnej w zakłady samodzielne (na ten temat zob. np. J. Marciniak, D. Dudarewicz, W. Masłowski, *Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, tworzenie i funkcjonowanie – wybrane problemy projekty dokumentów*, Warszawa 1997), szkolenia kadr medycznych, w tym lekarzy rodzinnych. W trzech konsorcjach (unii) zdrowia programem szkolenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej objęto łącznie 415 lekarzy oraz blisko 1000 pielęgniarek i położnych środowiskowych.

działań na szczeblu centralnym rezultaty podejmowanych w tym zakresie działań w efekcie opóźniały tempo realizacji prac poprzedzających wdrożenie Projektu i harmonogram korzystania z udzielonych na ten cel środków kredytu (z terminem ich wykorzystania do końca 1993 r.). Nic więc dziwnego, że w latach następnych zarządzenie z dnia 26 kwietnia 1993 r. w sprawie utworzenia Biura Pełnomocnika Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej ds. Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia poddano nowelizacjom. Za pierwszymi jego zmianami, podjętymi w latach 1993–1994 i 1995³², przemawiały różne przyczyny: podyktowane zarówno niemożnością lub znacznym opóźnieniem procesu realizacji założeń przyjętych uchwałą Rady Ministrów nr 20/92, jak i niepełnym stopniem realizacji procesu restrukturyzacji ochrony zdrowia w zakresie przewidzianym uchwałą drugą nr 42/92.

Ten stan rzeczy wymagał zatem zmiany. Krokiem prowadzącym do przekształceń w tym kierunku było podjęcie na przełomie lat 1993/1994 przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej rozmów z Bankiem Światowym na temat zmian Projektu i warunków umowy o kredyt. Szły one w kierunku: przyspieszenia okresu realizacji Projektu i jego uproszczenia oraz obniżenia wysokości pierwotnie udzielonego kredytu (ostatecznie zaaprobowanych przez Bank Światowy w maju 1994 r.). W efekcie tych starań przyjęto realizację nowego tzw. Projektu II, w brzmieniu określonym we wrześniu 1995 r. jako Projekt Rozwoju Opieki Zdrowotnej. Dokumentem tym stworzono podstawę dla reformy całego systemu opieki zdrowotnej zakładającego poprawę efektywności usług zdrowotnych zgodnie z rządową polityką określoną w „Strategii dla zdrowia” przez: (1) zwiększenie ogólnokrajowych możliwości w zakresie promocji zdrowia i podstawowej opieki zdrowotnej; (2) regionalną konsolidację i podniesienie na wyższy poziom priorytetowych usług dla pacjentów w placówkach służby zdrowia trzech konsorcjów (unii) zdrowia; (3) zwiększenie możliwości zarządzania w jednostkach służby zdrowia przez wdrożenie odpowiednich systemów informacyjnych i szkolenia kadry kierowniczej. Podstawowe zmiany polegały zatem na częściowym zrezygnowaniu z niektórych zadań pierwotnie przyjętego Projektu restrukturyzacji ochrony zdrowia na rzecz nowej Strategii Ochrony Zdrowia oraz Rozwoju Zarządzania w służbie zdrowia³³

³² Opublikowane w Dz.Urz. MZiOS 1993 Nr 7, poz. 20, 21 i 23; 1994 Nr 8, poz. 17; 1995 Nr 4, poz. 13.

³³ Tą częścią Projektu objęto: systemy wspomagające personel kierowniczy; monitorowanie i ocenę oraz szkolenie kadry kierowniczej – zgodnie z programem zatwierdzonym, finansowanym i ocenianym przez ekspertów europejskiego Programu

(jako dwóch komponentów Projektu II) i odstąpieniu od przypisania regionalnym konsorcjom (unii) zdrowia roli jednostek pilotażowych. Kierując się tą przyczyną, zrezygnowano z podstawowego celu Projektu; radykalnie ograniczono wdrażanie nowych rozwiązań wyłącznie przez konsorcja zdrowia, z jednoczesną zmianą alokacji dotychczasowych środków finansowych w sposób dający gwarancję, że promocja zdrowia i podstawowa opieka zdrowotna znajdują się na poziomie ogólnonarodowym. Wzmocnieniu realizacji Projektu II służyć miało także: utworzenie w 1995 r. Komitetu Programowego ds. Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia jako organu doradczego i opiniodawczego Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej³⁴ i Biura Programu PHARE³⁵ oraz wprowadzenie w roku 1997 kolejnych zmian zarządzenia w sprawie utworzenia Biura Pełnomocnika Ministra Zdrowia ds. Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia.

Zakończenie realizacji Projektu II, pierwotnie ustalone na dzień 31 grudnia 1997 r., w istocie stanowiło jedynie podstawę do przyspieszenia prac nad jego realizacją, czemu m.in. posłużyć miało wdrożenie z końcem lutego 1997 r. kolejnych nowelizacji zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej³⁶. Przyjęte nimi rozwiązania kładły szczególnie nacisk na: (1) realizację Projektu Rozwoju Służby Zdrowia w czę-

PHARE, w efekcie prowadzące do zwiększenia możliwości i skuteczności zarządzania jednostkami służby zdrowia (w tym publicznymi zakładami opieki zdrowotnej).

³⁴ Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 6 III 1995 r. w sprawie powołania Komitetu Programowego ds. Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia (Dz.Urz. MZiOS Nr 2, poz. 3). Komitet Programowy działał samodzielnie i niezależnie w zakresie: zapewnienia zgodności realizowanych projektów restrukturyzacji systemu opieki zdrowotnej, finansowanych z pożyczki Banku Światowego lub przez pomoc bezzwrotną UE PHARE, z prowadzoną w resorcie zdrowia polityką ochrony zdrowia; inicjowania nowych prac związanych z ich realizacją i oceną stopnia zaawansowania prac nad projektami zmian w systemie opieki zdrowotnej, a także opiniowania planu pracy i budżetu Biura, z uwzględnieniem podziału środków finansowych dla poszczególnych biur konsorcjów (unii) zdrowia oraz wyodrębnieniem środków na realizację programu pożyczki z Banku Światowego. Opiniowanie planów pracy i preliminarzy budżetowych odnoszących się do realizowanych projektów zmian w systemie opieki zdrowotnej (finansowanych z pożyczki Banku Światowego lub przez pomoc bezzwrotną z programu PHARE) pozostawiono w gestii przewodniczącego Komitetu.

³⁵ Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 7 IX 1995 r. w sprawie utworzenia Biura Programów PHARE (Dz.Urz. MZiOS Nr 4, poz. 13).

³⁶ Zob. Zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej o jednobrzmiącym tytule – zmieniające zarządzenie w sprawie utworzenia Biura Pełnomocnika Zdrowia i Opieki Społecznej ds. Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia: z dnia 20 II 1997 r. (Dz.Urz. MZiOS Nr 5, poz. 11) i z dnia 9 VII 1997 r. (Dz.Urz. MZiOS Nr 10, poz. 24).

ści finansowanej ze środków kredytu Banku Światowego w zakresie zakupu dóbr i usług w zgodności z umową o kredyt; (2) przekazywanie nieodpłatnie – w imieniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej – do publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz innych jednostek podległych lub przez niego nadzorowanych objętych Projektem II, kupowanych ze środków kredytu aparatury, sprzętu i innych przedmiotów służących ich działalności; (3) nadzorowanie prac związanych z realizacją Projektu w części finansowanej ze środków budżetowych, określonych umową o kredyt; (4) udział w przygotowywaniu projektów i programów pomocy w ochronie zdrowia oraz w rozwiązywaniu problemów wynikających z wdrażania Projektu – zgodnie z przyjętymi procedurami i pozostawianiu w stałych kontaktach roboczych z ministerstwem zdrowia.

W efekcie tych zabiegów z końcem 1998 r. (z inicjatywy Dyrektora Biura Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej ds. Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia o rok później od terminu pierwotnie zakładanego) zakończono realizację Projektu II wdrażającego zmiany w polskiej ochronie zdrowia w oparciu o kredyt Międzynarodowego Banku Odbudowy i Rozwoju w zakresie Ochrony Zdrowia i realizację programu PHARE, co w żadnym razie nie oznaczało zamknięcia drogi do dalszych zmian w ochronie zdrowia. Dla polskiej ochrony zdrowia bez wątpienia był to czas niełatwych, lecz ważnych zmian, wzbogacający ją o doświadczenia innych państw europejskich, ale także preferujący nowy model zarządzania opieką zdrowotną³⁷ oraz odmienne podejście do spraw podstawowej opieki zdrowotnej.

2. Prace nad wdrażaniem instytucji lekarza rodzinnego i jej umocowaniem w systemie ochrony zdrowia

Podjęcie w początku lat dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia prac nad wdrożeniem instytucji lekarza rodzinnego w polskich realiach niewątpliwie było rozwiązaniem nowym i wbrew pokładanym nadziejom nie było zadaniem prostym. Jego realizacja wymagała działań wielopłaszczyznowych, dotyczących: (1) przygotowania w ramach programu restrukturyzacji w ochronie zdrowia warunków dla szkolenia kadry

³⁷ Temu celowi służyć miało m.in. przyjęcie programu wykładów i ich sfinansowanie z Programu PHARE, skierowanych do lekarzy oraz pielęgniarek i położnych – kadry ówczesnie zarządzającej publicznymi zakładami opieki zdrowotnej oraz dokonanie oceny efektów kształcenia.

lekarskiej w dziedzinie medycyny rodzinnej; (2) określenia formuły organizacyjnoprawnej wykonywania tego zawodu; (3) warunków finansowania działalności lekarzy rodzinnych oraz (4) wypracowania mechanizmów swobodnego ich wyboru przez osoby deklarujące zamiar korzystania ze świadczonych przez nich usług zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Trudności w tym zakresie potęgowała nie tyle sama ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, choć ta już w pierwszych latach obowiązywania wymagała zmian niektórych jej postanowień, co ustawy pochodzące z różnych okresów, niektóre z nich sięgające jeszcze do czasu dwudziestolecia międzywojennego, w niewielkim już stopniu korespondujące z rozpoczętym procesem zmian ochrony zdrowia, w tym podstawowej opieki zdrowotnej. Nie bez uzasadnienia po wejściu w życie ustawy z 1991 r. stawiano m.in. pytanie o wybór modelu ubezpieczenia zdrowotnego, nadal obowiązywała bowiem ustawa z 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym, o nowy kształt rozwiązań dotyczących wykonywania niektórych zawodów medycznych (zawodu pielęgniarki³⁸, położnej³⁹), ale też zawodu lekarza, unormowanego ustawą z 1950 r. o zawodzie lekarza⁴⁰.

Przeszkód do wdrożenia instytucji lekarza rodzinnego (także później tworzonego przez niego zespołu lekarza POZ) w pierwszych latach obowiązywania ustawy z 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej było zatem wiele. W pierwszym etapie podjętych działań zaradzić temu miało zarówno Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, jak i utworzone przez ministra tegoż resortu regionalne konsorcja zdrowia. Ta dwutorowość podejmowanych przez te podmioty działań wynikała zarówno z odmienności zadań Biur utworzonych przez ministra (na szczeblu centralnym i województw), jak i zasięgu ich działania oraz wartości płynących z ich współdziałania z kontrahentami zagranicznymi (szczególnie z przedstawicielami Banku Światowego i Biura PHARE) oraz kontrahentami krajowymi. Ale wynikała także ze zmian dostosowawczych, wymagających nowych uregulowań ustawowych, a przynajmniej ich nowelizacji, wprowadzanych również w latach następujących

³⁸ Ustawa z dnia 21 II 1935 r. o pielęgniarstwie (Dz.U. Nr 27, poz. 199), znowelizowana Ustawą z dnia 19 IV 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. 1991 Nr 41, poz. 178).

³⁹ Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 16 III 1928 r. o położnych (tekst jedn. Dz.U. 1934 Nr 5, poz. 41 ze zm.), znowelizowane Ustawą z dnia 19 IV 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. Nr 41, poz. 178).

⁴⁰ Ustawa z dnia 28 X 1950 r. o zawodzie lekarza (Dz.U. Nr 50, poz. 458), znowelizowana Ustawą z dnia 17 V 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. Nr 30, poz. 158).

po uchyleniu ustawy z 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, oraz tych ustaw, których znaczenie dla określenia prawnego statusu lekarzy rodzinnych i warunków ich funkcjonowania było wówczas znaczące.

2.1. Lekarze rodzinni a lekarze podstawowej opieki zdrowotnej

Wprowadzona w 1994 r. specjalizacja medycyny rodzinnej⁴¹ wprawdzie odtąd stała się specjalizacją lekarską wymienianą w kolejnych aktach prawnych⁴², nie od razu jednak wyłącznie lekarze nią się legitymujący byli w stanie zaspokajać potrzeby stawiane przed budowaną od nowa podstawową opieką zdrowotną. W efekcie tych trudności specjaliści z zakresu medycyny rodzinnej na długo jeszcze nie zamknęli listy osób uprawnionych do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Tego stanu rzeczy nie zmieniły także późniejsze rozwiązania prawne, zarówno te wprost dotyczące: (1) specjalizacji lekarskich, jak i te (2) ustalające zakres zadań podstawowej opieki zdrowotnej oraz uprawnienia lekarzy do udzielania w jej ramach świadczeń zdrowotnych, określonych mocą ustaw szczególnych, w tym tych dotyczących świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

2.1.1. Szkolenia kadry lekarskiej w zakresie medycyny rodzinnej

Ustawa z 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej w pierwszych latach jej obowiązywania nie dawała prawnej podstawy do wprowadzenia instytucji lekarza rodzinnego (tym bardziej zespołu lekarza rodzinnego).

⁴¹ Oparte na rezydenturze bądź specjalizacji skróconej (pozaetatowej) prowadzenie specjalizacji w zakresie medycyny rodzinnej wymagało od ośrodka szkolącego przekazania lekarzowi odbywającemu specjalizację w tym zakresie dwóch opracowań: „Zakres kompetencji lekarza rodzinnego” oraz „Szczegółowy zakres wiedzy i umiejętności niezbędnych do egzaminu specjalizacyjnego z medycyny rodzinnej”. Zarazem od lekarza przystępującego do tej specjalizacji wymagano: złożenia kolokwium w zakresie orzecznictwa lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy, a w przypadku specjalizacji pozaetatowej sprawdzianu wstępnego.

⁴² Zob. Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej o jednobrzmiącym tytule – w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów: z dnia 25 III 1999 r. (Dz.U. Nr 31, poz. 302 ze zm.); z dnia 6 VIII 2001 r. (Dz.U. Nr 83, poz. 905 ze zm.); z dnia 20 X 2005 r. (Dz.U. Nr 213, poz. 1779); z dnia 2 I 2013 r. (Dz.U. poz. 26 ze zm.).

Wprawdzie nadal wtedy obowiązująca ustawa z 1950 r. o zawodzie lekarza⁴³ w art. 11 ust. 2 przewidywała podstawę do określenia przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, w drodze zarządzenia, specjalizacji lekarzy, nie od razu jej nowelami objęto specjalizację nową – medycyny rodzinnej. Wprowadzeniu tej specjalizacji nie sprzyjało wówczas także stanowisko większości środowiska lekarskiego, postrzegającego instytucję lekarza rodzinnego jako degradującą jego rolę i znaczenie. Istotne źródło tej negatywnej oceny uzasadniały różne uwarunkowania, zarówno te wynikające z ówczesnych programów studiów lekarskich (nieobejmujące kształcenia w dziedzinie medycyny rodzinnej), z dążenia lekarzy do uzyskania wybranej przez siebie specjalizacji, jak i te płynące ze swobody wyboru przez pacjenta lekarza o węższej specjalizacji (bez potrzeby skierowania), co tym mocniej utwierdzało środowisko lekarskie w słuszności obioru wąskich specjalizacji medycznych, przez nie znacznie wyżej ocenianych.

Nie bez racji na szczeblu centralnym prace nad wdrożeniem instytucji lekarza rodzinnego rozpoczęto od powołania jesienią 1991 r. przez dyrektora Departamentu Nauki i Kształcenia Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej pierwszego Zespołu ds. Lekarza Rodzinnego oraz ustaleń zmierzających do sporządzenia wytycznych stanowiących podstawę dla wypracowania programu specjalizacji w dziedzinie medycyny rodzinnej⁴⁴. Rozpoczęte w tym zakresie prace nie mogły stanowić i nie stanowiły przeszkody dla podjęcia w roku następnym (1992) doraźnych działań przygotowujących do pierwszych szkoleń lekarzy z zakresu medycyny rodzinnej przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (CMKP) w Warszawie⁴⁵. Z końcem roku kolejnego (1993) platformę działań w tym zakresie wzmocniono o szkolenia prowadzone przez niektóre publiczne zakłady opieki zdrowotnej z terenów objętych

⁴³ Ustawa z dnia 28 X 1950 r. o zawodzie lekarza (Dz.U. Nr 50, poz. 458 ze zm.).

⁴⁴ Opracowanie tego programu minister powierzył Zespołowi pod kierunkiem dra A. Widniaka. Zob. też Wytyczne do programu kształcenia lekarza rodzinnego zamieszczone w Biuletynie Okręgowej Izby Lekarskiej nr 12, rok III z 9 X 1992 r. oraz uwagi do nich Z. Hendricha, *Lekarz rodzinny nie potrzebuje diagnostyki laboratoryjnej*, „Gazeta Lekarska” 1993, nr 4(28), s. 14.

⁴⁵ Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, jako samodzielną placówkę naukowo-dydaktyczną, z własnym statutem, prawem nadawania stopni naukowych, odpowiadającą za integrację i organizację całokształtu medycznego kształcenia oraz unifikację programów kształcenia podyplomowego i ich realizację – utworzono z dniem 1 I 1971 r. na mocy Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 9 X 1970 r. w sprawie utworzenia samodzielnej placówki naukowo-dydaktycznej pod nazwą „Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego” (Dz.U. Nr 29, poz. 247).

działaniem regionalnych konsorcjów (unii) zdrowia – w ramach skróconej 6-miesięcznej ścieżki kształcenia (podzielonej na trzy sesje po dwa miesiące każda) oraz przez pierwsze Regionalne Ośrodki Kształcenia. Z końcem 1994 r. i w latach następnych szkoleniem objęto lekarzy (zaproszonych do tego projektu) nie tylko z województw tworzących regionalne konsorcja (unię) zdrowia, dotąd świadczących w publicznym sektorze zdrowia usługi podstawowej opieki zdrowotnej, legitymujących się zbliżoną specjalizacją medyczną (szczególnie z zakresu medycyny ogólnej, chorób wewnętrznych czy pediatrii). Pozytywną ocenę zmian w tym zakresie wzmacniało także odpowiednie kierowanie lekarzy (po ukończeniu w kraju szkolenia w zakresie medycyny rodzinnej) na szkolenia zagraniczne, w szczególności dla czerpania przez nich (ale też i przez nauczycieli akademickich) wiedzy uniwersyteckiej i praktycznych doświadczeń lekarzy rodzinnych już działających w Wielkiej Brytanii, Danii, Holandii czy Hiszpanii. Wymagało to czasu, stąd pierwszy egzamin specjalizacyjny dla lekarzy rodzinnych warszawskie CMKP przeprowadziło – na podstawie zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 sierpnia 1994 r. – w ostatnim miesiącu tegoż roku, dalsze w roku 1995 i latach następnych. I choć był to wyjątek od reguły odbywania nim przewidzianej 3-letniej (etatowej⁴⁶) lub trwającej nie dłużej niż dwa lata (pozaetatowej⁴⁷), jednostopniowej

⁴⁶ Odbywanej w trybie rezydenckim – w ramach zatrudnienia na czas określony w placówce szkolącej (w zakładzie opieki zdrowotnej posiadającym akredytację udzieloną na jego wniosek przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, po zasięgnięciu opinii Krajowego Konsultanta Medycznego w dziedzinie medycyny rodzinnej). Specjalizacja w zakresie medycyny rodzinnej w trybie rezydenckim trwała trzy lata, o rok krócej tylko w sytuacji tego lekarza, który uzyskał specjalizację I stopnia w zakresie chorób wewnętrznych, medycyny ogólnej lub pediatrii.

⁴⁷ Możliwość odbywania specjalizacji pozaetatowej w trybie skróconym (na zasadzie oddelegowania służbowego trwającego nie dłużej niż 6 miesięcy) przewidziano w okresie pięciu lat, licząc od dnia wejścia w życie zarządzenia z dnia 19 VIII 1994 r., z jednoczesnym zastrzeżeniem zgłaszania Regionalnym Ośrodkiem Kształcenia kandydatów do szkolenia w tym trybie do dnia 30 IX 1995 r. Specjalizacja w zakresie medycyny rodzinnej prowadzona jako pozaetatowa trwała nie dłużej niż 2 lata i była skierowana do lekarza, który: (1) nie przekroczył 35. roku życia, a posiadał specjalizację I stopnia z medycyny ogólnej lub chorób wewnętrznych, albo pediatrii, co najmniej 4-letni staż pracy w podstawowej opiece zdrowotnej, albo (2) posiadał specjalizację II stopnia w zakresie chorób wewnętrznych lub pediatrii, co najmniej 10-letni staż pracy w podstawowej opiece zdrowotnej – w obu przypadkach także – rekomendację przełożonego lub nadzoru specjalistycznego (konsultanta medycznego). Do specjalizacji pozaetatowej mógł być także dopuszczony lekarz: (1) niespełniający jednego z powyżej określonych

specjalizacji w zakresie medycyny rodzinnej (równoważnej ze specjalizacją II stopnia zakończonej egzaminem specjalizacyjnym i uzyskaniem dyplomu lekarza rodzinnego⁴⁸), znaczenie szkoleń prowadzonych w ramach tzw. krótkiej ścieżki dało asumpt do rozpoczęcia w Polsce działalności pierwszych lekarzy rodzinnych, co dobrze korespondowało z utworzeniem w połowie 1994 r. w Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego – Studium Medycyny Rodzinnej⁴⁹.

Uruchomienie w 1994 r. specjalizacji z zakresu medycyny rodzinnej nie od razu (mimo zróżnicowania czasu jej trwania stosownie do posiadanej przez lekarzy specjalizacji medycznej) wpłynęło na zwiększenie kadrowego potencjału w segmencie podstawowej opieki zdrowotnej, nawet w warunkach powołania rok wcześniej przez ówczesnego Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej dwunastu Regionalnych Ośrodków Kształcenia Lekarzy Rodzinnych, w latach następnych stopniowo rozszerzanych, oraz uznania specjalizacji II stopnia z zakresu medycyny ogólnej za równorzędną ze specjalizacją z zakresu medycyny rodzinnej⁵⁰. Z pewnością dało jednak podstawę do podejmowania dalszych działań w tym zakresie⁵¹.

warunków na podstawie decyzji wydanej przez krajowego konsultanta w zakresie medycyny rodzinnej, jak i (2) nieprzekraczający 45. roku życia, a posiadający co najmniej 5-letni staż praktyki lekarskiej, ukończone szkolenia w zakresie medycyny rodzinnej w ramach zagranicznych szkoleń PHARE lub Banku Światowego.

⁴⁸ Określony zarządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 1 II 1983 r. w sprawie specjalizacji lekarzy, lekarzy dentyków, magistrów farmacji oraz innych pracowników z wyższym wykształceniem zatrudnionych w służbie zdrowia i opiece społecznej (Dz.Urz. MZiOS Nr 3, poz. 19 ze zm.) wzór dyplomu lekarza rodzinnego zmieniono w roku 1996 i na mocy zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 V 1996 r. nakazano CMKP wymianę dotychczas wydanych przez nie dyplomów. Zob. Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 V 1996 r. zmieniające zarządzenie w sprawie specjalizacji lekarzy, lekarzy dentyków, magistrów farmacji oraz innych pracowników z wyższym wykształceniem zatrudnionych w służbie zdrowia i opiece społecznej (Dz.Urz. MZiOS Nr 8, poz. 21).

⁴⁹ Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 9 VI 1994 r. w sprawie utworzenia Studium Medycyny Rodzinnej w Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (Dz.Urz. MZiOS Nr 8, poz. 16).

⁵⁰ Zob. § 20 (14) zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 VIII 1994 r.

⁵¹ Budowaniu odrębności i znaczenia tej specjalizacji medycznej i legitymującej się nią grupy lekarzy od 1995 r. sprzyjało także współfinansowanie ze środków krajowych (województw) oraz ze środków finansowych przewidzianych środkami kredytu i PHARE – wyposażenia, niektórych wówczas prowadzonych, poradni (lekarza rodzinnego). W ramach składnika „Podstawowej opieki zdrowotnej” w Projekcie II ponadto przewidziano m.in. zakupienie standardowych zestawów wyposażenia gabinetów lekarzy rodzinnych.

W trzy lata później (1997 r.) wprowadzone zmiany w zakresie wymagań specjalizacyjnych⁵² ograniczono wyłącznie do trwającej nie dłużej niż dwa lata specjalizacji pozaetatowej w zakresie medycyny rodzinnej, przy jednoczesnym **złagodzeniu** kryteriów doboru kandydatów. Do pozaetatowej (skróconej) specjalizacji w tej dziedzinie medycyny mógł przystąpić lekarz: (1) posiadający specjalizację I stopnia w zakresie medycyny ogólnej i co najmniej 4-letni staż pracy w podstawowej opiece zdrowotnej bądź (2) posiadający specjalizację I lub II stopnia w zakresie chorób wewnętrznych albo pediatrii, przy zachowaniu również co najmniej 4-letniego stażu pracy w podstawowej opiece zdrowotnej oraz – w obu przypadkach – rekomendacji przełożonego lub właściwego konsultanta medycznego. Od spełnienia tych wymagań przewidziano nadto odstępstwa. Do specjalizacji pozaetatowej mógł być bowiem dopuszczony także lekarz niespełniający jednego z powyższych warunków, na podstawie decyzji wydanej przez konsultanta krajowego, o ile zainteresowany specjalizacją lekarz uzyskał pozytywny wynik ze sprawdzianu wstępnego⁵³.

Rok 1999 przyniósł nowe rozwiązania. Po pierwsze, od tego roku sprawy specjalizacji lekarskich określano w drodze rozporządzenia, za czym przemawiał art. 87 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej⁵⁴; po drugie, po raz pierwszy przedmiotem regulacji, wydanych na podstawie Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry⁵⁵, objęto wyłącznie specjalizacje lekarzy (w tym lekarzy dentystów); po trzecie, odstąpiono od definiowania specjalizacji lekarskiej jako etatowej i pozaetatowej (na rzecz trybu rezydentckiego i pozarezydentckiego); po czwarte, wydłużono o rok (z trzech do nie dłużej niż czterech lat) okres odbywania specjalizacji w ramach rezydentury; po

⁵² Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 I 1997 r. zmieniające zarządzenie w sprawie specjalizacji lekarzy, lekarzy dentystów, magistrów farmacji oraz innych pracowników z wyższym wykształceniem zatrudnionych w służbie zdrowia i opieki społecznej (Dz.Urz. MZiOs Nr 2, poz. 4).

⁵³ Przygotowanie sprawdzianu wstępnego pozostawiono Regionalnym Ośrodkom Kształcenia w porozumieniu z krajowym konsultantem na podstawie opracowań: „Zakres kompetencji lekarza rodzinnego” i „Szczegółowy zakres wiedzy i umiejętności niezbędnych do egzaminu specjalizacyjnego z medycyny rodzinnej”, z zachowaniem prawa tych Ośrodków do przeprowadzania sprawdzianu. Zob. § 1 pkt 1 zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 I 1997 r. w zw. z § 20 ust. 10 zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 VIII 1994 r.

⁵⁴ Dz.U. Nr 78, poz. 483 ze zm.

⁵⁵ Ustawa z dnia 5 XII 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. 1997 Nr 28, poz. 152).

piąte, zróżnicowano okresy odbywania specjalizacji z zakresu medycyny rodzinnej stosownie do specjalizacji posiadanej przez lekarza z innej dziedziny medycyny. W tym ostatnim przypadku zmiany wprowadzane, począwszy od 1999 r., determinowały dwa warunki: wcześniej uzyskana przez lekarza specjalizacja medyczna oraz termin rozpoczęcia specjalizacji w dziedzinie medycyny rodzinnej.

Na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25 marca 1999 r. uprawnieniem z tego tytułu mogli być objęci wyłącznie lekarze, którzy na podstawie dotychczasowych przepisów uzyskali: (1) specjalizację I stopnia w dziedzinach: chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, medycyny ogólnej, pediatrii, od tego roku po raz pierwszy także położnictwa i ginekologii; (2) specjalizację II stopnia w dziedzinach: chorób wewnętrznych, medycyny ogólnej lub pediatrii, o ile specjalizację w dziedzinie medycyny rodzinnej rozpoczęto w terminie do dnia 31 grudnia 2003 r. Jednocześnie okresy te zróżnicowano przez przyjęcie dwuipółletniego okresu odbywania specjalizacji przez lekarzy legitymujących się specjalizacją I stopnia w dziedzinach: chirurgia ogólna, pediatria, położnictwo i ginekologia; dwóch lat dla lekarzy ze specjalnością I stopnia w dziedzinach: chorób wewnętrznych, medycyny ogólnej; półtora roku dla lekarzy ze specjalizacją II stopnia w dziedzinach: pediatrii, chorób wewnętrznych oraz pół roku dla lekarzy z II stopniem specjalizacji w dziedzinie medycyna ogólna⁵⁶. Niecałe dwa lata później rozwiązania te nieco zmieniono rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 6 sierpnia 2001 r. Dla lekarza rozpoczynającego specjalizację w dziedzinie medycyny rodzinnej w terminie do dnia 31 grudnia 2004 r. okresy skróconego jej trwania (stosownie do posiadanej specjalizacji I lub II stopnia określonej dziedziny medycyny) poza ich określeniem w miesiącach⁵⁷ pozostawiono bez zmian, z wyjątkiem lekarzy z II stopniem specjalizacji w zakresie: pediatrii i chorób wewnętrznych, wobec których wymagania co do

⁵⁶ Zob. załącznik nr 7 Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 25 III 1999 r. (Dz.U. Nr 31, poz. 302 ze zm.).

⁵⁷ Przyjęto tu, że wymiar czasowy dla odbywania specjalizacji w dziedzinie medycyny rodzinnej wynosi: 30 miesięcy – w przypadku lekarzy posiadających specjalizację I stopnia w zakresie: chirurgii ogólnej, pediatrii, położnictwa i ginekologii; 24 miesiące – dla lekarzy z I stopniem specjalizacji w zakresie: chorób wewnętrznych, medycyny ogólnej; 12 miesięcy – w odniesieniu do lekarzy z II stopniem specjalizacji w zakresie: pediatrii, chorób wewnętrznych; oraz 6 miesięcy – do lekarzy z II stopniem specjalizacji w zakresie medycyny ogólnej. Zob. też załącznik nr 9 do rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 6 VIII 2001 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów.

okresu trwania specjalizacji skrócono o pół roku. Tego stanu znacząco nie zmieniły także przepisy kolejnego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. O tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej mógł nadal ubiegać się lekarz posiadający specjalizację I stopnia (w dziedzinach: chirurgia ogólna, choroby wewnętrzne, medycyna ogólna, pediatria, położnictwo i ginekologia) lub specjalizację I lub II stopnia bądź tytuł specjalisty (w dziedzinach: chirurgia ogólna, choroby wewnętrzne, medycyna ogólna, pediatria, położnictwo i ginekologia)⁵⁸.

Wymagań stawianych w tym zakresie lekarzom innych specjalizacji I lub II stopnia ubiegających się o tytuł specjalisty lekarza medycyny rodzinnej mocą rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r.⁵⁹ nie zmieniono⁶⁰, poza ich rozszerzeniem o specjalność medycyny pracy. Odtąd lekarze legitymujący się tą specjalizacją mogli także (co było rozwiązaniem nowym) uzyskać tytuł lekarza rodzinnego – po zrealizowaniu programu specjalizacji z dziedziny medycyny rodzinnej⁶¹. Rozporządzenie to w 2015 r. uznano za uchylone mocą Ustawy z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz

⁵⁸ Nie naruszało to postanowień art. 29 dyrektywy 2005.36.WE, zgodnie z którym państwa członkowskie UE mogły zwolnić lekarza, w ramach przyjętego w danym państwie systemu ubezpieczeń społecznych, od obowiązku posiadania odpowiednich dokumentów potwierdzających posiadanie kwalifikacji przewidzianych załącznikiem V pkt 5.1.4. do dyrektywy i samodzielnie określić prawa nabyte do wykonywania działalności lekarza ogólnego w ramach przyjętego systemu zabezpieczeń społecznych, pomimo braku udokumentowania tego uprawnienia. Szerzej na ten temat zob. *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Komentarz*, pod red. E. Zielińskiej, wyd. 2, Kraków 1994.

⁵⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 I 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz.U. poz. 26). Zob. też załącznik nr 1 do Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 26 VI 2013 r. w sprawie wykazu dyplomów, świadectw i innych dokumentów poświadczających formalne kwalifikacje w zakresie specjalizacji medycznych lekarza i lekarza dentyistry będącego obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej, państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o wolnym handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym lub Konfederacji Szwajcarskiej (M.P. 2013, poz. 568).

⁶⁰ O tytuł specjalisty – lekarza medycyny rodzinnej mógł ubiegać się – po zrealizowaniu programu specjalizacji: (1) lekarz posiadający specjalizację I stopnia z zakresu: chirurgia ogólna; choroby wewnętrzne; medycyna ogólna, pediatria; położnictwo i ginekologia; oraz 2) lekarz posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w tychże dziedzinach medycyny (załącznik nr 5 do rozporządzenia MZiOS z 2013 r.).

⁶¹ Zob. też rok wcześniej wydane Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 IX 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentyistry (tekst jedn. Dz.U. 2014, poz. 474 ze zm.), nadal obowiązujące.

niektórych innych ustaw⁶² w zakresie materii ustawą tą uregulowanych w jej art. 4⁶³. Jednocześnie z mocy jej art. 48 ust. 3 zachowano moc aktu wykonawczego wydanego na podstawie art. 16 ust. 10, art. 16g ust. 1 i art. 16x ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry w brzmieniu nadanym art. 4 ustawy z dnia 9 października 2015 r. do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie powyższych artykułów – nie dłużej jednak niż do dnia 1 lipca 2017 r. Wobec niewydania do tego dnia aktu wykonawczego kolejnymi ustawami zmieniającymi ustawę z dnia 9 października 2015 r. dwukrotnie prolongowano termin wydania aktu wykonawczego (rozporządzenia Ministra Zdrowia) na podstawie art. 16 ust. 10, art. 16g ust. 1 oraz art. 16x ust. 1 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Pierwszą ustawą zmieniającą z dnia 13 kwietnia 2016 r.⁶⁴ na mocy jej art. 48 ust. 1 pkt 4b termin ten określono z mocą wsteczną – od dnia 1 stycznia 2017 r. (w miejsce dotychczasowego późniejszego terminu, tj. do dnia 1 lipca 2017 r.). Jednocześnie termin ten wydłużono do dnia 1 stycznia 2018 r. Z kolei mocą art. 5 ustawy drugiej, z dnia 20 lipca 2017 r.⁶⁵, zmieniono jej art. 48 ust. 1 (dotyczący kolejnej prolongaty terminu) przez zastąpienie wyrazów „1 stycznia 2018 r.” wyrazami „1 stycznia 2019 r.”. Ostatecznie więc do tego dnia Minister Zdrowia był mocą ustawy zobowiązany do wydania rozporządzenia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów. I tego terminu nie dochowano. Z początkiem stycznia 2019 r. przygotowano projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (projekt z dnia 9 stycznia 2019 r.), co zapewne prowadzić będzie do jego wydania z mocą wsteczną od dnia 1 stycznia 2019 r. Ustawą z dnia 9 października 2015 r. ani jej kolejnymi zmianami nie wprowadzono bowiem przepisu przedłużającego wcześniej ustalony termin dla jego wdrożenia.

⁶² Dz.U. 2015, poz. 1991.

⁶³ Mocą tego artykułu zmieniającego Ustawę z dnia 5 XII 1997 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. 2015, poz. 464 ze zm.) wprowadzono System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych pozwalający na nabór lekarzy i lekarzy dentystów na specjalizacyjne szkolenie oraz dokumentowanie przebiegu tego szkolenia, w myśl Ustawy z dnia 13 IV 2016 r. zmieniającej ustawę o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 580) – począwszy od dnia 1 V 2017 r.

⁶⁴ Ustawa z dnia 13 IV 2016 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw.

⁶⁵ Ustawa z dnia 20 VII 2017 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1524).

2.1.2. Podstawowa opieka zdrowotna w ujęciu prawnym

Pojęcie podstawowej opieki zdrowotnej w prawie III Rzeczypospolitej Polskiej zwykle definiowano na potrzeby danego aktu prawnego. W konsekwencji pojęciu temu nadawano różne treści. Niejednolitość ówczesnie przyjmowanych rozwiązań sprowadzała się do zakresu obejmowanych nimi świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej. Zmianom podlegał również zakres podmiotowy tego pojęcia, w różnym stopniu odpowiadający przepisom dotyczącym kształcenia (podyplomowego szkolenia) lekarzy w dziedzinie medycyny rodzinnej. Nie bez znaczenia pozostaje wskazanie na: (1) różnice w pojmowaniu prawnej kategorii podstawowej opieki zdrowotnej oraz (2) krąg lekarzy uprawnionych do udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej na gruncie przepisów odrębnych.

2.1.2.1. Różnice w definiowaniu zakresu przedmiotowego podstawowej opieki zdrowotnej

Nie od razu po uchwaleniu w 1991 r. ustawy o zakładach opieki zdrowotnej prawodawca posługiwał się pojęciem podstawowej opieki zdrowotnej. Pierwsze zmiany tego stanu rzeczy przyniosły dopiero rozwiązania ustawę tę nowelizujące w 1997 r.⁶⁶ Zgodnie z nowym brzmieniem jej art. 27 ust. 1 i 2 to przychodnia, ośrodek zdrowia i poradnia (od dnia 10 września 2006 r.⁶⁷ także ambulatoria) mogły obejmować swoim zakresem świadczenia podstawowej (i specjalistycznej) opieki zdrowotnej, w warunkach ambulatoryjnych lub domowych, w miejscu zamieszkania lub pobytu osoby potrzebującej tych świadczeń. Zakresem świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej objęto: świadczenia profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii.

Począwszy od tego roku (1997) sprawy podstawowej opieki zdrowotnej nieco inaczej określały przepisy odrębne. Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego wprawdzie nie definiowała zakresu świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej

⁶⁶ Ustawa z dnia 20 VI 1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 104, poz. 661).

⁶⁷ Na mocy Ustawy z dnia 14 VII 2006 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 143, poz. 1032).

(określała je ustawa o z.o.z.), jednak to, że jej istnienia nie pomijała, potwierdzał art. 53 ust. 2 (odwołujący się wprost do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej – lekarzy rodzinnych w zakresie zawieranych z nimi umów przez kasy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego) oraz art. 60 ust. 1 (przyznający ubezpieczonemu prawo wyboru lekarza, w tym lekarza podstawowej opieki zdrowotnej – lekarza rodzinnego). Pojęcia podstawowej opieki zdrowotnej nie definiowała również ustawa z 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. W art. 115 stanowiła tylko tyle, że lekarz podstawowej opieki zdrowotnej był obowiązany do podejmowania wszelkich działań służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, a w szczególności do postępowania zgodnie z zakresem kompetencji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej⁶⁸. Z kolei zgodnie z art. 5 pkt 27 ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych w jej brzmieniu pierwotnym – podstawową opieką zdrowotną objęto świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii⁶⁹, od 2014 r. rozszerzone o świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu chorób wewnętrznych⁷⁰ – udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych (art. 5 pkt 1). Już z tego widać, że ówczesny prawodawca różnie pojmował podstawowe świadczenia z zakresu opieki zdrowotnej, niekiedy dotykając problemu niedostrzegalnych różnic w pojmowaniu pojęć: przychodnia i ambulatorium.

Tej oceny nie poprawia ustawa z 2011 r. o działalności leczniczej. Wprawdzie podaje ogólną definicję świadczenia zdrowotnego (w istocie powtórzoną za ustawą z 2003 r., tyle tylko że mocą tej ustawy odnoszoną wprost do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej), zarazem kwalifikując udzielanie świadczeń zdrowotnych (w szerokim rozumieniu) jako działalność

⁶⁸ Przepisy art. 5 pkt 7 i art. 115 zgodnie z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z 7 I 2004 r., sygn. K 14/03 (Dz.U. Nr 5, poz. 37) utraciły moc obowiązującą z dniem 31 XII 2004 r. z tytułu ich niezgodności z art. 68 w zw. z art. 2 Konstytucji RP.

⁶⁹ Zob. też Rozporządzenia Ministra Zdrowia o jednobrzmiącym tytule – w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej: z dnia 29 VIII 2009 r. (Dz.U. Nr 139, poz. 1139 ze zm.) i z dnia 24 IX 2013 r. (Dz.U. poz. 1248).

⁷⁰ W brzmieniu nadanym art. 1 pkt 1 lit. b Ustawy z dnia 21 III 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 619).

lecniczą⁷¹. Jedynie więc na podstawie przepisów odrębnych (ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych) można było ustalić zakres świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej. W aktualnie obowiązującym stanie prawnym ustawa ta (o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych) dla ustalenia znaczenia tego terminu (podstawowej opieki zdrowotnej) odsyła wprost do Ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej.

Ustawą tą istotne elementy kształtujące model współczesnej podstawowej opieki zdrowotnej oparto na innej koncepcji. Wyznaczały je cele sprowadzone do zadań znacznie szerzej określonych aniżeli w przepisach dotychczasowych. W zakresie dotyczącym procesu opieki zdrowotnej objęto nimi: zapewnianie świadczeniobiorcy (i jego rodzinie) opieki zdrowotnej oraz koordynację sprawowaną nad nim opieki w systemie ochrony zdrowia (nie tylko w gabinecie lekarza POZ), przez zintegrowanie wszystkich etapów i elementów udzielanych mu świadczeń opieki zdrowotnej, z zachowaniem ich należytej jakości i efektywności.

2.1.2.2. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej

Kształceniu lekarzy w dziedzinie medycyny rodzinnej od początku przyświecała koncepcja stworzenia podstawowej opieki zdrowotnej opartej na tej grupie lekarzy, od 2017 r. nazywanych lekarzami POZ lub ponownie – lekarzami pierwszego kontaktu. W praktyce nie był to zabieg możliwy do osiągnięcia w krótkim czasie. Co więcej, nie zmuszał on lekarzy ze specjalizacją (zakończoną egzaminem) w dziedzinie medycyny rodzinnej do wykonywania tego zawodu w podstawowej opiece zdrowotnej. Traktując tę specjalizację jako synonim wykształcenia, lekarz rodzinny mógł bowiem i może zdecydować o dalszym własnym kształceniu – w określonej, prawem przewidzianej, węższej specjalizacji medycznej⁷² i zgodnie z nią zawód wykonywać poza podstawową

⁷¹ Zob. art. 2 ust. 1 pkt 10 oraz art. 3 ust. 1 u.d.l. (tekst jedn. Dz.U. 2018, poz. 160), zgodnie z którym świadczeniem zdrowotnym są służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.

⁷² Na przykład w dziedzinie geriatry, medycyny pracy, medycyny paliatywnej, transfuzjologii klinicznej, zdrowia publicznego czy epidemiologii.

opieką zdrowotną⁷³. Ale mógł też i może zdecydować o świadczeniu usług podstawowej opieki zdrowotnej w prywatnym sektorze zdrowia bez zawarcia umowy z instytucją ubezpieczeniową⁷⁴ (choć jest to rzadkością) – bez prawa powoływania się na status lekarza POZ.

Te oraz inne ówczesne uwarunkowania wymagały zatem nasycenia podstawowej opieki zdrowotnej także lekarzami innych specjalizacji medycznych. Nie dziwi więc, że do końca 2017 r. funkcję tę pełnili także ci lekarze (z inną specjalizacją medyczną) – po tym roku w stopniu znacznie zawężonym.

Ukończenie prawem przewidzianej specjalizacji medycznej (przed 2017 r., a także po nim) bez wątplenia było i jest warunkiem uznania danego lekarza za lekarza podstawowej opieki zdrowotnej⁷⁵. Warunku tego jednak nie wyczerpywało i nie wyczerpuje. Dla wyróżnienia lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej przyjęto bowiem także inne kryterium oceny, tj. źródło finansowania ich działań służących świadczeniu usług podstawowej opieki zdrowotnej.

Wbrew pierwotnie przyjętemu założeniu zbudowanie powszechnego segmentu podstawowej opieki zdrowotnej z trudem torowało sobie drogę również na gruncie przepisów ustaw odrębnych. Wprowadzona w 1997 r. ustawa o powszechnym obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego o lekarzach POZ nie wypowiedała się w ogóle (mówiła jedynie o lekarzach ubezpieczenia zdrowotnego – art. 7 pkt 9). Tego stanu rzeczy wiele nie zmieniły ustawy: z 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia oraz z 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Mocą art. 5 pkt 7 pierwszej z nich przyjęto, że lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego

⁷³ W sytuacji finansowania czy współfinansowania kształcenia w zakresie medycyny rodzinnej ze środków publicznych (jednostka delegująca lekarza na odbycie specjalizacji) zagadnienie to jest znacznie poważniejsze. Może tworzyć podstawę żądania od lekarza zwrotu refundowanych mu środków kształcenia w tej dziedzinie medycyny.

⁷⁴ Zob. tu art. 19 ust. 4 ustawy z 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz.U. 2018, poz. 1510 ze zm.), zgodnie z którym „[ś]wiadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym. Wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej”.

⁷⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 X 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 214, poz. 1816), uchylone z dniem 16 VI 2014 r. ustawą z dnia 21 III 2014 r. zmieniającą ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

(lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej) mógł być w szczególności: lekarz medycyny rodzinnej, medycyny ogólnej, chorób wewnętrznych lub pediatrii, udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Z kolei ustawą drugą za lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w szczególności uznano lekarza: posiadającego specjalizację co najmniej I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, chorób wewnętrznych lub pediatrii lub posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej, chorób wewnętrznych lub pediatrii. W obu ustawach przyjęto zatem otwarty katalog kwalifikacji zawodowych pozwalających na wykonywanie zawodu lekarza w podstawowej opiece zdrowotnej, co bez wątplenia było ich wadą. Wraz ze zmianą drugiej (z 2004 r.) ustawy w roku 2007⁷⁶ listę tę mocą art. 5 pkt 13 **znacznie ograniczono**, sprowadzając do już zamkniętego katalogu, tj. do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej posiadających: tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej lub odbywających szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, bądź posiadających specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej. Zarazem, mocą art. 14 te same ustawy, **zachowano bezterminowo** od dnia jej wejścia w życie (tj. od dnia 29 września 2007 r.) prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej lekarzowi posiadającemu: (1) specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej lub specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, albo specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, bądź (2) specjalizację inną – w obu przypadkach z zastrzeżeniem wykazania nieprzerwanego w okresie nie krótszym niż 10 lat udzielania przed tą datą świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej⁷⁷. W obu przypadkach zatem jako datę graniczną oceny spełnienia przez lekarza ustawowego warunku 10-letniego stażu pracy w podstawowej opiece zdrowotnej wyznaczono dzień 29 września 2007 r. Oznacza to, że po tym dniu brak wymaganego stażu w POZ lub określonej specjalizacji (potwierdzonej zaświadczeniem

⁷⁶ Zob. art. 5 pkt 13 ustawy z 2004 r., w brzmieniu nadanym Ustawą z dnia 24 VIII 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 166, poz. 1172).

⁷⁷ Dla oceny udzielania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej przerwanie biegu (10-letniego) terminu przez okres nie krótszy niż 6 miesięcy nieudzielania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej oraz w okresie dłuższym w przypadku pobierania świadczeń z mocy art. 2 Ustawy z dnia 25 VI 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tekst jedn. Dz.U. 2005 Nr 31, poz. 267 ze zm.) nie stanowiło przerwania udzielania świadczeń zdrowotnych.

prawa do udzielania świadczeń zdrowotnych w tym zakresie, na wniosek lekarza, przez właściwą okręgową radę lekarską), jak i spełnienie tych wymagań po tym dniu nie dawały lekarzowi podstawy do uznania jego praw jako nabytych. W tej sytuacji lekarz mógł jedynie zachować (**czasowo**) prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej wyłącznie do dnia 31 grudnia 2017 r.

W roku 2014 kolejną zmianą ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych zmieniono dotychczasowe rozwiązania. Mocą art. 1 pkt 1 a) Ustawy z dnia 21 marca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw⁷⁸ wprowadzono uchylono art. 5 pkt 13 tejże ustawy, nie zrezygnowano jednak z przyjętych nim postanowień. Objęto je art. 55 ust. 2a (w ślad za rozwiązaniami przyjętymi ustawą zmieniającą z 2007 r.), którym zachowano prawo do udzielania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej przez lekarzy z tytułem specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej lub odbywających szkolenie specjalizacyjne w tej dziedzinie medycyny; ze specjalizacją I lub II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej – potwierdzonych zaświadczeniem, na wniosek lekarza, przez właściwą okręgową radę lekarską. Zarazem art. 55 ust. 2b wprowadzono rozwiązanie nowe. Świadczeń tych udzielać mogli także lekarze posiadający: specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych lub specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, o ile wypełnili obowiązek ukończenia w ciągu trzech lat od rozpoczęcia udzielania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej zorganizowanego przez CMKP – również potwierdzony zaświadczeniem, na wniosek lekarza, przez właściwą okręgową radę lekarską.

Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej przyniosła wiele nowych rozwiązań⁷⁹. Te, które dotyczą statusu prawnego wyznaczonego kwalifikacjami zawodowymi lekarzy POZ, nie mają jednolitego charakteru. Są bądź powtórzeniem niektórych dotychczasowych rozwiązań, bądź są zmienione przez nadanie im nowego

⁷⁸ Dz.U. poz. 619. Ustawa ta weszła w życie z dniem 15 VI 2014 r.

⁷⁹ W roku 2017 zmianie poddano także ustawę z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z art. 5 pkt 13a Ustawy z dnia 27 VIII 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. poz. 777) „[l]ekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz, o którym mowa w art. 6 ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej”.

rygoru prawnego. Ustawa z 2017 r., powielając za ustawą z 2014 r. w określonym zakresie jako bezdyskusyjne, przyjęła, że lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest wyłącznie lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej lub odbywający szkolenie specjalizacyjne w tej dziedzinie medycyny albo posiadający specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, bądź specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii. Zarazem w ślad za tą ustawą (z 2014 r.) uznała, że lekarzem POZ jest także lekarz posiadający specjalizację: I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych. Wobec tych lekarzy, a także wobec pediatrów przyjęto jednak rozwiązania odmienne od dotychczasowych. Tę grupę lekarzy, ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, oraz internistów z I lub II stopniem specjalizacji jednocześnie zobowiązano, poza warunkiem udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej przed dniem 31 grudnia 2024 r., do ukończenia kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej, z zastrzeżeniem art. 14 Ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach zdrowotnych gwarantowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. Zastrzeżenie to oznacza, po pierwsze, że do końca roku 2024 ci spośród lekarzy, którzy na mocy nowelizacji ustawy z 2007 r. uzyskali zaświadczenie potwierdzające posiadanie prawa do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej – ważne na czas nieokreślony, są zwolnieni z obowiązku odbycia kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej; po drugie, przed internistami (ze specjalizacją I lub II stopnia), lekarzami ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, którym udzielono czasowo i warunkowo prawa do udzielania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, postawiono warunek odbycia nowego kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej, zorganizowanego przez CMKP⁸⁰ lub instytuty badawcze⁸¹ – tu już bez względu na to, czy taki kurs w CMKP wcześniej (po 2007 r.) ukończyli. Po trzecie, niespełnienie tego warunku w okresie przedłużonego terminu prawa do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki

⁸⁰ Z dniem 1 I 2019 r. weszła w życie Ustawa z dnia 13 IX 2018 r. o Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego (Dz.U. poz. 2024 ze zm.), na mocy której nowo utworzone CMKP wstąpiło w prawa i obowiązki zlikwidowanego CMKP w Warszawie. Zob. też Ustawę z dnia 30 IV 2010 r. o instytutach badawczych (tekst jedn. Dz.U. 2018, poz. 736).

⁸¹ Zgodnie z art. 38 pkt 2 ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej przepisy te weszły w życie z dniem 1 I 2019 r.

zdrowotnej (do dnia 31 grudnia 2024 r.) oznacza, że po tym dniu tracą oni prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych jako lekarze POZ z prawem do tworzenia aktywnej listy pacjentów oraz wystawiania recept przewidzianych programem 75+. Dyskusyjne jest natomiast to, czy lekarze niespełniający powyższych wymagań stają się lekarzami POZ pracującymi pod nadzorem lekarza rodzinnego, co dotąd reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej⁸². Takie same warunki postawiono także przed pediatrami posiadającymi specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie pediatrii. Przy czym wobec nich ponadto zastrzeżono, że od dnia 1 grudnia 2017 r. mogą sprawować opiekę z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej wyłącznie do ukończenia przez świadczeniobiorcę 18. roku życia.

Przy zachowaniu tych przepisów oznacza to, po pierwsze, że z dniem 1 stycznia 2018 r. prawo udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej utraciła znacząca liczba lekarzy POZ innych specjalizacji medycznych niż ustawą tą wymienionych. Liczba tych lekarzy może być większa, o ile odstąpią od obowiązku odbycia nowych kursów, zgodnie z art. 15 ustawy z 2017 r. prowadzonych przez CMKP lub instytuty badawcze w okresie do dnia 31 grudnia 2024 r.

3. Formy organizacyjnoprawne wykonywania zawodu lekarza rodzinnego (lekarza POZ)

Ustawa z 1991 r. w brzmieniu pierwotnym przewidywała prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych przez zakłady opieki zdrowotnej oraz osoby fizyczne. Dla udzielania tych świadczeń bezwzględnie wymagała posiadania odpowiednich kwalifikacji zawodowych (art. 4). Spełnienie tego warunku dotyczyć mogło jedynie osób fizycznych. W tym dychotomicznym podziale pozycja prawna osób fizycznych nie była jednak taka sama. W zakładzie opieki zdrowotnej ustawodawca zobowiązał jego kierownika do zapewniania świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach zawodowych (art. 10 ust. 1), przy jednoczesnym wyłączeniu stosowania do zakładów opieki zdrowotnej Ustawy z dnia 23 grudnia 1988 r. o działalności gospodarczej (art. 77)⁸³. Oznaczało to, że lekarze zatrudnieni

⁸² Tekst jedn. Dz.U. 2019, poz. 736.

⁸³ Dz.U. Nr 41, poz. 324 ze zm.

w zakładzie opieki zdrowotnej na podstawie stosunku pracy tym samym nie mogli udzielać świadczeń zdrowotnych z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej. Lekarze prowadzący wyłącznie indywidualną lub grupową praktykę lekarską⁸⁴ mieli natomiast inny status prawny. Jeśli udzielali świadczeń zdrowotnych w celach zarobkowych i na własny rachunek, do nich znajdowała zastosowanie ustawa o działalności gospodarczej. Problem w tym zakresie był więc innego rodzaju. Pojawił się wraz z pytaniem, czy lekarz zatrudniony w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej na podstawie stosunku pracy mógł jednocześnie poza nim prowadzić indywidualną praktykę lekarską w ramach działalności gospodarczej (gabinet lekarski w mieście). W rozwiązaniach ówczesnie przewidzianych w tym zakresie, np. we Francji⁸⁵, nie było to prawem dopuszczalne. Lekarz prowadzący prywatną praktykę lekarską mógł udzielać świadczeń zdrowotnych w jednostkach organizacyjnych publicznego sektora zdrowia wyłącznie na podstawie okresowej umowy cywilnoprawnej. Takiego rozwiązania polski ustawodawca wtedy nie przyjął. *Expressis verbis* nie odpowiedział także na kolejne pytanie, czy lekarz, niezależnie od świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach zatrudnienia w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej na podstawie stosunku pracy, mógł na terenie tego zakładu, na podstawie zawartej z kierownikiem tegoż zakładu odrębnej umowy, udzielać świadczeń zdrowotnych w formie indywidualnej lub specjalistycznej praktyki lekarskiej. Wobec braku regulacji w tym zakresie można było domniemywać, że było to prawnie możliwe. Zmianę tego stanu przyniosła dopiero ustawa z 2004 r. zmieniająca ustawę o zakładach opieki zdrowotnej⁸⁶ oraz ustawa z tegoż roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Mocą art. 1 pkt 1 pierwszej z tych ustaw zerwano z dotychczasową praktyką prowadzenia w publicznych zakładach opieki zdrowotnej praktyk lekarskich polegających na udzielaniu takich samych świadczeń zdrowotnych, które są udzielane przez ten zakład – mimo że co do zasady trudno było je w praktyce rozdzielić.

⁸⁴ Tę formę organizacyjnej aktywności zawodowej lekarzy wprowadziła ustawa o z.o.z. dopiero w 1998 r. w brzmieniu ustalonym przez art. 1 pkt 1 Ustawy z dnia 10 XII 1998 r. o zmianie ustaw: o zakładach opieki zdrowotnej, o zawodzie lekarza, o zawodach pielęgniarki i położnej, o szkolnictwie wyższym oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 162, poz. 1115 ze zm.).

⁸⁵ V. le Taillandier, *Le praticien hospitalier*, Paris 1989, s. 109–112, oraz J.M. Clément, *Memento de droit hospitalier*, Paris 1990, s. 100–114.

⁸⁶ Zob. art. 1 pkt 1 Ustawy z dnia 14 V 2004 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 2006 Nr 75, poz. 518).

Jednocześnie zobowiązano zarówno lekarzy, jak i inne podmioty⁸⁷ prowadzące taką działalność do jej dostosowania do przepisów zmienionej ustawy do dnia 31 grudnia 2004 r. Z upływem tego terminu umowy zawarte przed tym dniem wprawdzie podlegały rozwiązaniu (z pewnymi wyłączeniami) z mocy prawa w terminie 30 dni od dnia wejścia w życie ustawy (tj. od 4 maja 2006 r.), liczonym jednak od dnia jej ogłoszenia, a zatem dopiero od dnia 4 czerwca 2006 r. Wyłączeniem w tym zakresie objęto jedynie działalność polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz z zakresu stomatologii (przez publiczny zakład opieki zdrowotnej i takich samych świadczeń udzielanych w tym zakładzie przez lekarzy w ramach działalności praktyk lekarskich). Ustawę tę uchylono z dniem 1 lipca 2011 r. Również mocą ustawy drugiej (z 2004 r.) z dniem jej wejścia w życie, tj. 1 X 2004 r. wyłączono możliwość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych na podstawie dwóch odrębnych umów⁸⁸.

Ustawa z roku 2011 o działalności leczniczej wyłączyła wobec lekarzy praktykujących prywatnie stosowanie przepisów dotyczących prowadzenia podmiotów leczniczych (art. 5 ust. 3) i przyznała im status podmiotów prowadzących działalność leczniczą w formach organizacyjnych przewidzianych. Wybór formuły organizacyjnej jej prowadzenia jako działalności gospodarczej (regulowanej) pozostawiła lekarzom, zakreślając ramy wyboru między jednoosobową (w formule indywidualnej/specjalistycznej praktyki lekarskiej, w tym wyłącznie w miejscu wezwania) a grupową praktyką lekarską (w formie spółki cywilnej lub partnerskiej bądź spółki jawnej – jako propozycji nowej).

Dla lekarzy rodzinnych (podstawowej opieki zdrowotnej) prawo wyboru formuły organizacyjnej dla udzielania świadczeń podstawowej

⁸⁷ Zgodnie z dodanym ust. 5 do art. 1 ustawy z 2004 r. dotyczyło to także: (1) zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez spółki, stowarzyszenia lub fundacje, (2) poza lekarzami lekarzy stomatologów – wykonujących zawód w formie indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej lub grupowej praktyki lekarskiej, (3) pielęgniarek lub położnych wykonujących zawód w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki lub położnej, indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki lub położnej, a także grupowej praktyki pielęgniarek lub położnych oraz (4) innych podmiotów.

⁸⁸ W myśl art. 132 ust. 3 Ustawy z dnia 27 VIII 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych „[n]ie można zawrzeć umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z lekarzem”, jeżeli ten udziela świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie tych świadczeń z Funduszem. Przepis nadal obowiązujący.

opieki zdrowotnej nie pozostaje bez znaczenia, przy zachowaniu pewnych prawem wyznaczonych ram, uwarunkowanych finansowaniem ich działań przez NFZ. Skoro lekarz POZ może udzielać świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie: (1) umowy zawartej z NFZ o udzielanie tych świadczeń albo (2) z tytułu zatrudnienia u świadczeniodawcy, z którym NFZ zawarł umowę o ich udzielanie, w sytuacji pierwszej w żadnym razie nie jest możliwy wybór udzielania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej wyłącznie w miejscu wezwania, o którym mowa w ustawie o działalności leczniczej. Nie jest on tym bardziej możliwy w sytuacji drugiej. Tym samym, lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej pozostaje jedynie wybór między indywidualną praktyką lekarską (także z możliwością zlecenia podwykonawcom udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach umowy o udzielanie tych świadczeń zawartej z Funduszem, jeśli umowa tak stanowi (art. 133), przy stosowaniu odpowiednio art. 132 ust. 3) a praktyką grupową w formie umowy spółki cywilnej bądź spółki partnerskiej albo z tytułu zatrudnienia u świadczeniodawcy (np. samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej), którego NFZ wybrał do zawarcia umowy o udzielanie tych świadczeń i ich finansowanie (art. 132 ust. 2 ustawy o świadczeniach gwarantowanych ze środków publicznych).

4. Warunki finansowania lekarzy rodzinnych/lekarzy POZ

Określenie źródeł i warunków finansowania pierwszych lekarzy rodzinnych wymagało uprzednio podjęcia działań szerszych: zewidencjonowania kosztów i dochodów w sektorze publicznym zdrowia⁸⁹. I choć było to instrumentarium prawnie potrzebne (określało zasady ewidencji dochodów i kosztów zakładów opieki zdrowotnej, w tym ewidencjonowanie kosztów na kontach analitycznych oraz ustalanie kosztów finalnych), dało także podstawę do wypracowania warunków finansowania ówczesnych ośrodków (poradni) podstawowej opieki zdrowotnej. Nadal otwarte jednak pozostawiało pytanie o wybór modelu finansowania nowo tworzonej grupy lekarzy rodzinnych. Dla ustalenia zasad i warunków ich finansowania początkowo radzono

⁸⁹ Zob. Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 VI 1992 r. w sprawie szczegółowych zasad ewidencji dochodów i kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (M.P. Nr 19, poz. 143). Zarządzenie to weszło w życie z dniem 1 I 1993 r.

sobie w różny sposób. Do wyjątków nie należały koncepcje proponujące przypisanie ówczesnemu lekarzowi pierwszego kontaktu (lekarzowi rodzinnemu), stosownie do liczby ubezpieczonych objętych przez niego świadczeniami podstawowej opieki zdrowotnej, określonej liczby punktów z ustaloną wysokością kwoty za dany punkt i od ich sumy (kształtujących wysokość wynagrodzenia w myśl zasady: za pacjentem idą pieniądze), odliczanie punktów (w efekcie obniżających wynagrodzenie) za każde skierowanie pacjenta do lekarzy specjalistów. Bez wątpienia nie była to propozycja trafna (nie mówiąc już o pejoratywnej ocenie tego rozwiązania w aspekcie etycznym oraz finansowym – potencjalnie potęgującym ogólne koszty leczenia), i jako taką dość wcześnie zarzucono. Przyjęte w tym zakresie rozwiązania określono rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 sierpnia 1993 r.⁹⁰ Dokumentem tym wdrożono warunki finansowania (poza zakładami opieki zdrowotnej) lekarzy praktykujących prywatnie⁹¹. Rozporządzenie to oparto na innych założeniach: zawieraniu umów z lekarzami o specjalizacji medycznej, mogące stanowić przedmiot umowy, odpowiadające rodzajowi udzielanych przez nich świadczeń zdrowotnych, na czas nieoznaczony, nie dłuższy niż okres jednego roku, z możliwością przedłużenia. Przy ustalaniu sumy należności brano pod uwagę m.in. liczbę osób objętych opieką, liczbę i rodzaj wykonywanych świadczeń zdrowotnych (§ 29 ust. 2). Należność z tytułu wykonywania umowy wypłacana była zaliczkowo, w terminach miesięcznych, w wysokości 80% kwoty wynikającej z proporcjonalnego podziału ogólnej kwoty należności. W razie niewykonania lub częściowego wykonania umowy kwoty należności już wypłacone podlegały zwrotowi (wraz z odsetkami) w wysokości proporcjonalnej do zakresu niewykonania zobowiązania lub zaliczone (w przypadku nierozwiązania umowy) na poczet przyszłych należności. Dla pierwszych lekarzy rodzinnych zleceniodawcą przewidzianych umową świadczeń zdrowotnych był wojewoda.

⁹⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 VIII 1993 r. w sprawie ogólnych warunków i trybu zawierania i rozwiązywania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz trybu ustalania i rozliczania należności za te świadczenia (Dz.U. Nr 76, poz. 363), uchylone Ustawą z dnia 20 VI 1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw – z dniem 5 VI 1998 r.

⁹¹ Pierwsze kontrakty z lekarzami rodzinnymi i na podstawie tego rozporządzenia finansowane zawarto pod koniec 1995 r.

W roku 1998 rozporządzeniem z dnia 13 lipca 1998 r.⁹² Minister Zdrowia i Opieki Społecznej zdefiniował elementy umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Miała ona m.in. zawierać określoną szacunkowo liczbę ubezpieczonych i innych osób uprawnionych do świadczeń zdrowotnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej z innych źródeł, rodzaj świadczeń zdrowotnych, określenie rodzajów i sposobów kalkulacji należności, jaką udzielający zamówienia przekazywał przyjmującemu zamówienie z tytułu jego realizacji, a w przypadku ustalenia stawki ryczałtowej – określenie jej wysokości (§ 19 pkt 8). Umowa mogła być zawarta na czas nie krótszy niż 3 miesiące przez ministra, wojewodę, jednostkę samorządu terytorialnego⁹³. Rozporządzenie to uchylono z dniem 1 lipca 2011 r. Ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Nie oznacza to, że spraw udzielania świadczeń opieki zdrowotnej nie regulowano także przepisami odrębnymi. Począwszy od 1999 r., przyjęte nimi rozwiązania prawne poszły w innym kierunku – zawierania przez instytucje ubezpieczenia zdrowotnego (kasy chorych, NFZ) umów z lekarzami POZ (w tym lekarzami rodzinnymi) o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Praktykę tę zapoczątkowała ustawa z 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Z dniem jej wejścia w życie i obowiązywania (1 stycznia 1999 r.) na jej mocy podstawę i granice finansowania świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarzy POZ (lekarzy rodzinnych) uwarunkowano zawartą z kasą chorych umową o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, poprzedzonej konkursem ofert (art. 53 ust. 1 i 2, art. 54 ust. 1). Zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego (w tym lekarza podstawowej opieki zdrowotnej) był dość szeroki, niewyłączający jednak możliwości korzystania (na podstawie skierowania lekarza) ze świadczeń ambulatoryjnej (specjalistycznej) opieki zdrowotnej. Skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego nie wymagały tylko niektóre z nich⁹⁴.

⁹² Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 VII 1998 r. w sprawie umowy o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne (Dz.U. Nr 93, poz. 592), obowiązujące od dnia 31 VII 1998 r.

⁹³ Zob. art. 8 ust. 1 pkt 1–3 ustawy o z.o.z. w brzmieniu nadanym w 1997 r. ustawą nowelizującą.

⁹⁴ Zgodnie z przyjętym w art. 58 ust. 1 założeniem, że świadczenia ambulatoryjne z zakresu specjalistycznej opieki wymagają skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, wyjątkiem objęto świadczenia zdrowotne udzielane przez poradnie: dla kobiet, stomatologiczne, zdrowia psychicznego, onkologiczne, lecznictwa odwykowego,

Ustawą z 2003 r. zastąpiono instytucję kasy chorych instytucją nową – Narodowym Funduszem Zdrowia, uprawnionym do zawierania ze świadczeniodawcą (w tym z lekarzami ubezpieczenia zdrowotnego – udzielającymi świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej) umów o udzielanie tych świadczeń, po przeprowadzeniu postępowania w trybie: (1) konkursu ofert albo (2) rokowań (art. 72 ust. 1, art. 78 ust. 1, art. 79 ust. 1). Ustawa ta jednocześnie przewidywała ustalanie w krajowym planie zalecanej w podstawowej opiece zdrowotnej liczby ubezpieczonych dla świadczeniodawcy udzielającego świadczeń zdrowotnych w tym zakresie. W uzasadnionych przypadkach, na wniosek świadczeniodawcy, zarząd Funduszu mógł, po uzyskaniu opinii właściwego sejmiku wojewódzkiego – ustalić maksymalną liczbę ubezpieczonych podstawowej opieki zdrowotnej indywidualnie (art. 116). Ustawą tą ponadto rozszerzono zakres obowiązków objętych kompetencją lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (wychodząc poza podejmowanie wszelkich działań służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia) o świadczenia zabezpieczające dostęp ubezpieczonym do badań diagnostycznych oraz udzielanie im dziennej i nocnej pomocy wyjazdowej (art. 115 ust. 1 i 2), zarazem zastrzegając, że świadczenia zdrowotne w tym zakresie mogły być także wykonywane przez innych świadczeniodawców na podstawie zawartych z nimi porozumień (art. 116). W zakresie ustawą tą wyraźnie wskazanym ubezpieczony mógł korzystać z ambulatoryjnej pomocy specjalistycznej na podstawie skierowania lekarza udzielającego świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, z pewnymi wyłączeniami⁹⁵. Przepisy te mocą orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego z 2004 r. uznano za niekonstytucyjne. Półtora roku później, wraz z wejściem w życie Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, ustawę tę uchylono. Ustawą z 2004 r. wprawdzie zachowano rozwiązanie, zgodnie z którym podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest umowa zawarta pomiędzy świadczeniodawcą

gruźlicy i chorób płuc, skórno-weterynaryjne, dla osób zakażonych wirusem HIV oraz kombatantów w zakresie chorób wojennych i obozowych.

⁹⁵ Skierowania nie wymagało uzyskanie świadczeń: ginekologa i położnika; stomatologa; dermatologa; wenerologa; onkologa; okulisty; psychiatry. Wolne od skierowania były także świadczenia udzielane osobom chorym na gruźlicę; zakażonym wirusem HIV; uzależnionym od alkoholu, środków odurzających i substancji psychoaktywnych – w zakresie leczenia odwykowego oraz inwalidom wojennym.

a dyrektorem oddziału wojewódzkiego tegoż Funduszu, dla świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w roku 2004 odstąpiono od stosowania przepisów dotyczących konkursu ofert i rokowań dla zawierania umów ze świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń w zakresie POZ (art. 132 ust. 1 i 2 w zw. z art. 159 ust. 1 pkt 1). Wprowadzono także inne rozwiązania – nowe, oparte na odmiennych nieco od dotychczasowych założeniach. Świadczeniobiorcy gwarantowano prawo do: (1) podstawowej opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (art. 15 ust. 2 pkt 3) odpowiednio do zakresu kompetencji lekarza POZ⁹⁶; (2) badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej jako świadczenia gwarantowanego (art. 32), oraz (3) mieszczących się w kosztach własnej działalności świadczeniodawcy, świadczeń z zakresu opieki ambulatoryjnej, w tym opieki w domu chorego, badań diagnostycznych (finansowanych kapitacyjnie) oraz świadczeń udzielanych w dni wolne i święta⁹⁷. Kontrowersje powstałe wokół tych zadań w szczególności dotyczyły zapewniania nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Niskie efekty jej świadczenia w rezultacie dały asumpt do zmian. Wprowadzono je art. 1 pkt 1, 4, 5 i 6 ustawy zmieniającej z dnia 29 października 2010 r.⁹⁸ Nadano nimi nowe brzmienie pojęciu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej udzielanej przez lekarzy POZ poza godzinami pracy określonymi w umowach, z wyłączeniem stanów nagłych (art. 5 pkt 17a); art. 55 wprowadzono odrębne umowy, zawierane przez oddział wojewódzki Funduszu, dla świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej (ust. 2) oraz świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (ust. 3); a także ich finansowanie i rozliczanie (art. 159 ust. 1 pkt 1); zastrzegając zarazem, że dokonanie przez lekarza POZ wyboru co do zawarcia drugiej z umów nie wiąże go jako świadczeniodawcy

⁹⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 VIII 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 139, poz. 1139 ze zm.), uchylone z dniem 12 XI 2013 r.

⁹⁷ Ponadto dla zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości udzielanych świadczeń w związku z zachorowaniem – przez lekarza (lekarzy) poza godzinami pracy określonymi w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w dni wolne od pracy i w święta, oddział wojewódzki Funduszu zawierał odrębną umowę (art. 55 ust. 1, 2 i 3).

⁹⁸ Ustawa z dnia 29 X 2010 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych (Dz.U. Nr 225, poz. 1465).

w zakresie udzielającego świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (art. 56 ust. 1a)⁹⁹. Lekarz POZ, będący stroną dotychczasowej umowy zawartej z Funduszem w sprawie udzielania świadczeń w tym zakresie, mógł ich udzielać nadal zgodnie z treścią art. 5 pkt 17a, ale mógł też, składając w terminie 30 dni stosowne oświadczenie, od umowy tej odstąpić, za uprzednim, nie krótszym niż trzymiesięczny, okresem wypowiedzenia (art. 3).

Od 2016 r. zmieniono brzmienie ust. 3 art. 55¹⁰⁰, powierzając udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej świadczeniodawcom, zakwalifikowanym do poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia¹⁰¹, w drodze kontraktów zawieranych w trybie art. 159 ust. 1. Z dniem 1 października 2017 r. art. 55 uchylono. Dotychczasową treść jego ust. 3 objęto art. 132b. W brzmieniu obecnie obowiązujących rozwiązań oznacza to: zawieranie na czas nieoznaczony umów z lekarzami udzielającymi świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej¹⁰², z wyjątkiem opieki zdrowotnej nocnej i świątecznej (art. 132 ust. 2) oraz umów zawieranych na wniosek dyrektora oddziału wojewódzkiego funduszu o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profili systemu zabezpieczenia, zakresów bądź rodzajów świadczeń wskazanych w wykazie (sporządzonym i ogłoszonym w Biuletynie Informacji Publicznej Funduszu przez dyrektora tegoż oddziału) na okres kwalifikacji do danego poziomu systemu

⁹⁹ Zob. też Zarządzenie nr 72/2016/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 VI 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, [www.nfz.gov/pl...prezesa/...prezesa-nfz-zarządzenie-nr-722016dsm,6615.html](http://www.nfz.gov.pl...prezesa/...prezesa-nfz-zarządzenie-nr-722016dsm,6615.html) (dostęp: 3 V 2019).

¹⁰⁰ Ustawa z dnia 27 VIII 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz.U. 2016, poz. 1793).

¹⁰¹ Zob. też Zarządzenie nr 69/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 VIII 2017 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, www.nfz.gov/pl...prezesa/...prezesa-nfz-zarządzenie-nr-692017/dsoz6615.html (dostęp: 3 V 2019).

¹⁰² Zob. Zarządzenie nr 122/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 XII 2017 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, www.nfz.gov/pl...prezesa/...prezesa-nfz-zarządzenie-nr-122.2017/dsoz6699.html (dostęp: 3 V 2019) oraz wcześniej wydane Zarządzenie Ministra Zdrowia nr 71/2017/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 VIII 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, www.nfz.gov/pl...prezesa/...prezesa-nfz-zarządzenie-nr-712017/dsm,6617.html (dostęp: 3 V 2019).

zabezpieczenia (art. 159a ust. 1 w zw. z art. 95n), z wyłączeniem trybu zawierania umów w drodze konkursu ofert i rokowań¹⁰³. Wyjątki od tej zasady przewidziano w art. 132b ust. 2¹⁰⁴.

Dopiero zawarcie umowy z lekarzem POZ tworzy podstawę do udzielania świadczeń zdrowotnych: w zakresie odpowiadającym zakresowi kompetencji tegoż lekarza¹⁰⁵, zgodnie z przyjętym harmonogramem pracy¹⁰⁶, w pomieszczeniach spełniających prawem określone wymagania i wyposażonym w sprzęt, aparaturę medyczną i produkty lecznicze¹⁰⁷, z jednoczesnym zapewnieniem finansowania tych świadczeń. Lekarz rodzinny może objąć opieką pacjentów zadeklarowanych na tzw. listę aktywną, w zaleceniu nieprzekraczającą 2500 osób, w uzasadnionych przypadkach z możliwością jej rozszerzenia za zgodą dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu. Lista ta (stosownie do aktywnych deklaracji wyboru – wyłącznie u jednego lekarza) podlega na bieżąco potwierdzeniu, nie rzadziej jednak niż dwa razy w roku. Udzielane przez lekarza POZ świadczenia zdrowotne są finansowane na podstawie rocznej stawki kapitacyjnej (stanowiącej sumę iloczynów liczby świadczeniobiorców objętych opieką w poszczególnych grupach) i stawki miesięcznej stanowiącej 1/12 kapitacyjnej stawki rocznej, z uwzględnieniem współczynników korygujących (stosownie do grupy

¹⁰³ W brzmieniu nadanym art. 1 pkt 2 Ustawy z dnia 23 III 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. poz. 844).

¹⁰⁴ Tekst jedn. Dz.U. 2018, poz. 1510 ze zm.

¹⁰⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 IX 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (tekst jedn. Dz.U. 2016, poz. 86).

¹⁰⁶ W miejscu ich udzielania – od poniedziałku do piątku, w godzinach pomiędzy 8.00 a 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy; w dniu zgłoszenia w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia pacjenta; w terminie uzgodnionym z lekarzem w innych przypadkach (załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 IV 2013 r., w brzmieniu nadanym tekstem jedn. z 2016 r.).

¹⁰⁷ Zob. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 III 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą – z datą wejścia w życie z dniem 1 IV 2019 r. (Dz.U. poz. 595) oraz wcześniej obowiązujące: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 VI 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 739 ze zm.), a także rozporządzenia o jednobrzmiącym tytule – w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej – Ministra Zdrowia z dnia 2 III 2011 r. (Dz.U. Nr 31, poz. 158 ze zm.; Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej: z dnia 10 XI 2006 r. (Dz.U. Nr 213, poz. 1568 ze zm.), z dnia 22 VI 2005 r. (Dz.U. Nr 116, poz. 985 ze zm.), z dnia 21 IX 1992 r. (Dz.U. Nr 74, poz. 366 ze zm.).

świadczeń wyodrębnionych w danych świadczeniach gwarantowanych lub zakresie świadczeń danego rodzaju¹⁰⁸). W ramach uzyskanej stawki kapitacyjnej¹⁰⁹ lekarz rodzinny pokrywa wydatki związane z: (1) kosztem utrzymania lokalu i prowadzenia działalności medycznej, (2) wynagrodzeniem własnym i zatrudnionego personelu oraz (3) kosztem zleconych badań diagnostycznych.

5. Wybór lekarzy rodzinnych/POZ przez osoby deklarujące zamiar korzystania ze świadczonych przez nich usług zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej

Stworzenie prawnych uwarunkowań podstawowej opieki zdrowotnej świadczonych przez lekarzy POZ, w tym lekarzy rodzinnych, nie od razu stanowiło podstawę do swobodnego ich wyboru przez pacjentów. Wprawdzie art. 38 ust. 3 ustawy o z.o.z.¹¹⁰ wprost tę swobodę deklarował, faktycznie i prawnie był to wybór ograniczony. W istocie w pierwszych latach restrukturyzacji w ochronie zdrowia opieką zdrowotną objęto ubezpieczonych dotąd korzystających z usług danej poradni (ośrodka zdrowia). O swobodnym wyborze lekarza POZ można mówić, począwszy od 1997 r., wraz z wejściem w życie ustawy o powszechnym ubez-

¹⁰⁸ Na mocy art. 159 ust. 2b ustawy z 2004 r., w brzmieniu nadanym jej w 2017 r. ustawą nowelizującą (Dz.U. poz. 2217), ponadto ustawą z 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (art. 29 pkt 11), począwszy od 1 X 2020 r. rozszerzonych o: dodatkowe środki finansowe przeznaczone na zapewnienie: (1) koordynacji opieki nad świadczeniobiorcą z uwzględnieniem innych zakresów świadczeń: prowadzenia badań naukowych i rozwojowych, a także działalności szkoleniowej i edukacyjnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, przez podmioty, o których mowa w art. 15 ust. 2, organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, przez wyznaczoną przez świadczeniodawcę osobę (art. 14 ust. 2), w tym informowanie o tym procesie oraz zapewnienie współpracy między osobami udzielającymi świadczeń zdrowotnych (budżet powierzony); (2) profilaktycznej opieki zdrowotnej (opłata zadaniowa); (3) oczekiwanego efektu zdrowotnego i jakości opieki (dodatek motywacyjny).

¹⁰⁹ Aktualną (podwyższoną) wysokość stawki kapitacyjnej określa Zarządzenie nr 120/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia z 29 XI 2018 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, [www.nfz.gov/pl...prezesa/...prezesa-nfz-zarzadzenie-nr 120/2018/dsm,6844.html](http://www.nfz.gov.pl...prezesa/...prezesa-nfz-zarzadzenie-nr-120/2018/dsm,6844.html) (dostęp: 5 V 2019).

¹¹⁰ Zgodnie z art. 38 ust. 2 i 3 ustawy o z.o.z. w brzmieniu pierwotnym wyznaczenie obszarów właściwości działania publicznych zakładów opieki zdrowotnej nie mogło naruszać prawa wyboru lekarza lub zakładu przez osobę uprawnioną do świadczeń publicznych zakładów opieki zdrowotnej, jeżeli jej to prawo przysługuje na podstawie odrębnych przepisów.

pieczeniu zdrowotnym oraz ustaw kolejnych z lat 2003 i 2004. Jednakże zakres regulacji każdej z nich był dość zróżnicowany. Ustawa pierwsza w art. 60 ust. 1 i 2 stanowiła tylko tyle, że ubezpieczony miał prawo do wyboru świadczeniodawcy, w tym lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (lekarza rodzinnego)¹¹¹. Zgodnie natomiast z art. 114 ustawy drugiej – ubezpieczony miał prawo wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (potwierdzonego oświadczeniem woli złożonym w formie deklaracji wyboru) spośród lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym. Treść tego uprawnienia zachowała także ustawa trzecia w jej brzmieniu pierwotnym, tyle że zgodnie z art. 28 świadczeniobiorca (słusznie w miejsce ubezpieczonego) miał prawo wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, przy zachowaniu bezpłatnego prawa do dwukrotnego wyboru w roku kalendarzowym, z zastrzeżeniem odpłatności za każdą kolejną zmianę w wysokości 80 zł. Świadczeniobiorca wybór lekarza POZ potwierdzał pisemnym oświadczeniem woli – deklaracją wyboru (art. 56 ust. 1). Wprowadzone od 2014 r. zmiany tych postanowień są znacznie bardziej precyzyjne. Zgodnie z nowym brzmieniem art. 28 świadczeniobiorca miał prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Dokonując wyboru świadczeniodawcy¹¹² jednocześnie dokonywał on wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej spośród lekarzy ze specjalizacją medyczną lub tytułem specjalisty, przewidzianych art. 55 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wybór ten był bezpłatny i można go było dokonywać nie częściej niż trzy razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany za opłatą w niezmienionej wysokości (80 zł)¹¹³. Świadczeniobiorca nie ponosił tej opłaty w przypadku zmiany swojego miejsca zamieszkania, a także

¹¹¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 IV 2003 r. w sprawie ogólnych warunków udzielania świadczeń zdrowotnych oraz trybu wyboru przez ubezpieczonego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 63, poz. 589).

¹¹² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 VI 2014 r. w sprawie wzorów deklaracji wyboru świadczeniodawcy, lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 779).

¹¹³ Artykuł 28 ust. 1 i 1a–1d w brzmieniu nadanym art. 1 pkt 2 Ustawy z dnia 21 III 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie zaś z jej art. 55 ust. 2a chodzi tu w szczególności o: lekarza posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej lub odbywającego szkolenie w tej dziedzinie medycyny, lub specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej.

w przypadku zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza u wybranego świadczeniodawcy lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy.

Ustawa z 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, choć uchyliła art. 28 oraz art. 55 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, warunków i zasad wyboru świadczeniodawcy znacząco nie zmieniła. Świadczeniobiorca ma nadal prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, i w ramach tego wyboru – wyboru lekarza POZ (art. 9). Jednocześnie do dnia 31 grudnia 2024 r. zachowano ważność deklaracji wyboru lekarza zespołu POZ bądź lekarza zespołu tego nietworzącego, złożonych przed dniem wejścia w życie ustawy z 2017 r. (art. 33 i 34). Świadczeniobiorca zachował także prawo do bezpłatnego wyboru w tym zakresie, przy czym tu już (ponownie) nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym, przy zachowaniu wysokości opłaty dodatkowej (80 zł) za każdą kolejną zmianę i przy utrzymaniu dotychczasowych przyczyn uzasadniających odstępienie od jej pobierania, z dodaną trafnie nową przesłanką: uzasadnioną zmianą lekarza POZ po ukończeniu przez świadczeniobiorcę osiemnastego roku życia. Tak jak wcześniej, wybór ten potwierdza oświadczeniem woli (deklaracją wyboru¹¹⁴) złożonym w postaci papierowej albo elektronicznej – począwszy od 2014 r.¹¹⁵ Wybór ten zachowuje ważność do czasu wyboru innego lekarza POZ udzielającego świadczeń u tego samego świadczeniobiorcy bądź innego

¹¹⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 VI 2018 r. w sprawie wzorów deklaracji wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 1295 ze zm.). Wprowadzie rozporządzenie to weszło w życie z dniem 1 X 2018 r., znowelizowano je Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 IX 2018 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie wzorów deklaracji wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 1852). I jest to dość istotna zmiana podyktowana koniecznością wypełnienia deklaracji wyboru świadczeniodawcy i lekarza – podstawowej opieki zdrowotnej (zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia z dnia 12 VI 2018 r.), począwszy od 1 I 2025 r. Zważyć trzeba, że do 31 XII 2024 r. upływa termin ukończenia kursu z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej przewidzianego ustawą z 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej.

¹¹⁵ Artykuł 1 pkt 4 Ustawy z dnia 21 III 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. Zob. też art. 10 Ustawy z dnia 28 IV 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (tekst jedn. Dz.U. 2017, poz. 1845).

lekarza będącego świadczeniodawcą. Innej natomiast oceny wymagać będzie dokonanie wyboru lekarza, którego w wyniku zakończonego postępowania dyscyplinarnego zawieszono w prawie wykonywania zawodu lekarza lub ukarano karą pozbawiającą go tego prawa.

Podsumowanie

Wprowadzenie instytucji lekarza rodzinnego i, opierając się na niej, budowanie nowego modelu instytucji podstawowej opieki zdrowotnej nie było zadaniem prostym ani możliwym do osiągnięcia w krótkim czasie. Mimo reformy wdrożonej ustawą z 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej w pierwszych latach jej obowiązywania trudności wynikały z wielu uwarunkowań. Nadal obowiązywała ustawa z 1950 r. o zawodzie lekarza oraz sięgająca do okresu międzywojennego ustawa z 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym – w niewielkim już stopniu korespondująca z rozpoczętym procesem zmian w ochronie zdrowia. Brakowało prawnej podstawy do prowadzenia specjalizacji w dziedzinie medycyny rodzinnej, wprowadzonej dopiero w 1994 r. Tempo i zakres ówczesnie wprowadzanych zmian przyspieszyło dopiero znaczące wsparcie organizacyjne i finansowe Banku Światowego oraz pomoc w ramach programu PHARE i zaangażowanie w tworzenie tego modelu ówczesnego Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej oraz regionalnych konsorcjów (unii) zdrowia. Stworzyło także dobrą bazę do zbudowania na wzór świata zachodniego od podstaw polskiego modelu podstawowej opieki zdrowotnej, z założenia opartego na instytucji lekarza rodzinnego.

Że nie było to zadanie proste, dziwić nie powinno. Wykształcenie pierwszych lekarzy rodzinnych na potrzeby podstawowej opieki zdrowotnej w każdym regionie kraju było zadaniem złożonym i trudnym, dyktującym zarazem konieczność powierzania funkcji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej także lekarzom innych specjalizacji medycznych. Dalsze lata kontynuowania zmian od polskiego ustawodawcy wymagały działań znacznie szerszych. Wymagały również określenia i wdrożenia nowego modelu ubezpieczenia zdrowotnego przez zastąpienie tzw. modelu Siemaszki (w praktyce zakładającego Nielimitowaną dostępność do wszelkich form ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, przy ich dużym stopniu specjalizacji), ustalenia form organizacyjnych wykonywania zawodu lekarza rodzinnego (w kolejno zmienianych ustawach) oraz warunków ich wynagradzania i z tym

nierozzerwalnie związanego wyboru lekarzy rodzinnych (POZ). O tym, że nie był to problem błahy, świadczyło także uznanie przez Ministra Zdrowia, w drodze rozporządzeń, począwszy od roku 2003, medycyny rodzinnej za priorytetową dziedzinę medycyny¹¹⁶ oraz wyznaczenie ustawą z 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej granic czasowych uzyskania (do dnia 31 grudnia 2024 r.) kwalifikacji zawodowych lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, z jednoczesnym ograniczeniem specjalizacji medycznych innych niż medycyna rodzinna. Przyjęte tą ustawą rozwiązania mogą (choć nie muszą) prowadzić do obniżenia liczby dotychczasowych lekarzy POZ, stosownie do tego, czy lekarze innych (niż medycyna rodzinna) specjalizacji medycznych wypełnią, w nieprzekraczalnym terminie do końca 2024 r., warunek uzupełnienia swych kwalifikacji zawodowych przez ukończenie kursu w zakresie medycyny rodzinnej. Nie bez uzasadnienia za priorytetowe uznano więc stworzenie nowych prawnych warunków do dalszego kształcenia lekarzy, zwłaszcza lekarzy rodzinnych, i umacniania ich roli w systemie podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie zadań nie w pełni od nowa zdefiniowanych ustawą z 2017 r.

PRIMARY HEALTH CARE PHYSICIANS UNDER THE LAW OF THE THIRD REPUBLIC OF POLAND

Summary

In 2019, twenty-five years have passed since the implementation of the first legislative act introducing for the first time family doctors (primary health care physicians) into the Polish model of basic health care. The beginning of changes in this area, falling in the nineties of the last century, was not easy and has not yet been complete but will continue until the end of 2024. Over the years, not only the conditions for the education and professional development of primary health care physicians, including family doctors, have undergone changes. Also the organisational and legal forms of providing basic health services by this group of doctors were changing, as well as the conditions allowing patients, the recipients of medical services, to choose their doctor from among those with whom health insurance institutions (health insurance funds, or the National Health Fund) concluded agreements on the provision of basic health care services, or those employed by a medical entity with whom the National Health Fund signed relevant agreements.

¹¹⁶ Zob. Rozporządzenia Ministra Zdrowia o jednobrzmiącym tytule – w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny: z dnia 22 XII 2003 r. (Dz.U. 2004 Nr 1, poz. 7); z dnia 21 V 2009 r. (Dz.U. Nr 84, poz. 709); z dnia 20 XII 2012 r. (Dz.U. poz. 1489) oraz z dnia 6 IX 2018 r. (Dz.U. poz. 1738).

The scope of changes introduced at that time was wide, and when it started at the beginning of the 1990s it was almost impossible to achieve the goals without the support of the World Bank and the PHARE programme, alongside the efforts of the Ministry of Health and Social Welfare and three regional health care consortia (unions). Their work and contribution of each of them and their activities were significant and together constituted a solid basis for further work on the improvement of the model of a universal primary health care after 1998.

The Act on primary health care of 2017 has completed the process of changes in this respect. For the first time, the objectives of the basic, or primary health care have been clearly defined. Although the implementation of each of these objectives is to serve the patient who is the recipient of the services, the value of the services provided by primary care physicians varies. Family doctors (general practitioners) are to provide the patient and the patient's family with health care services, coordinating at the same time all the stages of the process of their provision. However, the social mission of their profession is to ensure the implementation of broader tasks, such as health promotion adapted to the needs of various groups of society, education of the medical services recipients in the field of responsibility for their own health, as well as shaping pro-health awareness, setting health priorities of the population covered by care and implementation of preventive actions.

Keywords: the process of restructuring of the Polish health care system – family doctors and primary health care physicians – conditions for providing health care services in the scope of primary health care