

**ROZPORZĄDZENIE**  
**MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**  
**z dnia ..... 2014 r.**

**w sprawie wzorów deklaracji wyboru świadczeniodawcy, lekarza, pielęgniarki  
i położnej podstawowej opieki zdrowotnej**

Na podstawie art. 56 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

§ 1. Ustala się wzór deklaracji wyboru:

- 1) świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, oraz lekarza, o którym mowa w art. 55 ust. 2a ustawy o świadczeniach, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 2) świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 28 ust. 1 ustawy o świadczeniach, oraz pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia;
- 3) świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 28 ust. 1 ustawy o świadczeniach, oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej, stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia.

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 123, 1016, 1342 i 1548, z 2013 r. poz. 154, 879, 983, 1290, 1623, 1646 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 24, 295, 496, 567 i 619.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia.

**MINISTER ZDROWIA**

**Za zgodność pod względem  
prawnym i redakcyjnym**

**DYREKTOR**  
Departamentu Prawnego

*Władysław Pazoń*  
radaca prawny

**ZASTĘPCA DYREKTORA**  
Departamentu Prawnego

*Alina Bukalska-Makulska*  
Alina Bukalska-Makulska

**DIREKTOR**  
Instytutu Bezpieczeństwa Zdrowotnego  
*Elżbieta Lis*  
Elżbieta Lis

www.inforlex.pl

*M. Ciżka*  
14.05.2014

## UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wzorów deklaracji wyboru świadczeniodawcy, lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 56 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.

Powyższe upoważnienie ustawowe do określenia wzorów deklaracji wyboru świadczeniodawcy, lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej zostało dodane do ustawy o świadczeniach na mocy art. 1 pkt 4 lit. c ustawy z dnia 21 marca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 619).

Obecnie jest stosowany wzór deklaracji wyboru lekarza pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej określony przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w zarządzeniu Nr 42/2007/DŚOZ z dnia 2 lipca 2007 r. w sprawie wzoru deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, zgodnie z obecnie obowiązującym art. 56 ust. 3 ustawy o świadczeniach. Wzór ten nie dotyczy jednak wyboru świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej, ponieważ dotychczasowe przepisy ustawy o świadczeniach przewidywały wyłącznie prawo świadczeniobiorcy do wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Wybór świadczeniodawcy udzielającego świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej wprowadziła do ustawy o świadczeniach nowelizacja ustawy z dnia 21 marca br. Zgodnie z wprowadzonymi zmianami pacjent będzie mógł wybrać dowolnego lekarza, pielęgniarkę lub położną składając, tak jak dotychczas, imienną deklarację wyboru (imię i nazwisko lekarza, pielęgniarki i położnej POZ), z tą różnicą, że będzie to również wybór świadczeniodawcy, u którego dany lekarz, pielęgniarka lub położna udzielają świadczeń.

Wprowadzenie do ustawy o świadczeniach wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej miało na celu poprawę dostępu do świadczeń zdrowotnych pacjentom, tak aby złożona przez świadczeniobiorcę deklaracja wyboru nie traciła ważności w przypadku zmiany miejsca pracy przez lekarza, pielęgniarkę czy położną, a świadczeniodawcom ułatwienie zarządzania i rozliczania usług z Narodowym Funduszem Zdrowia, w sytuacji zaprzestania udzielania świadczeń przez lekarza,

pielęgniarkę czy położną. Jak wskazano obecnie deklaracja wyboru ma charakter deklaracji imiennej, co powoduje, że w przypadku zmian w tym zakresie zarówno pacjenci jak i świadczeniodawcy mają problemy z uzyskaniem czy rozliczeniem świadczeń.

W wyniku zgłaszanych wcześniej przez środowisko pielęgniarek i położnych podstawowej opieki zdrowotnej postulatów przyjęto, iż deklaracje wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej będą określone na odrębnych drukach, a nie jak dotychczas na jednym druku (arkuszu). Ma to na celu zapewnienie realizacji zasad dokonywania wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, a w szczególności zasady wynikającej z art. 28 ust. 1b ustawy o świadczeniach zgodnie z którym świadczeniobiorca może wybrać lekarza, pielęgniarkę lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u tego samego świadczeniodawcy albo u różnych świadczeniodawców albo lekarza, pielęgniarkę lub położną podstawowej opieki zdrowotnej będących świadczeniodawcami.

Zakres danych zawarty we wzorach deklaracji wynika wprost z art. 56 ust. 2 ustawy o świadczeniach, który określa co zawiera deklaracja wyboru.

Rozporządzenie zgodnie z upoważnieniem ustawowym jest wydawane po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Projektowane rozporządzenie nie jest objęte prawem Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia nie zawiera przepisów technicznych i w związku z tym nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. z 2002 r. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia ..... (poz. ....)

Załącznik nr 1

**WZÓR**

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO  
ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ  
LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY												
1. Imię			2. Nazwisko				3. Nazwisko rodowe					
4. Data urodzenia Dzień – miesiąc – rok			5. Płeć M/K		5. Numer PESEL, o ile został nadany							
6. Adres zamieszkania <sup>1)</sup>												
Ulica				Numer domu/mieszkania				Kod pocztowy i miejscowość				
7. Numer telefonu												
8. Miejsce nauki w przypadku uczniów i studentów												
9. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego <sup>2)</sup>												
10. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia												
II. OŚWIADCZENIE OSOBY WYPEŁNIAJĄCEJ DEKLARACJĘ												
1. Oświadczam, że wszystkie dane osobowe zawarte w I części deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym oraz zobowiązuję się do niezwłocznego informowania świadczeniodawcy o zmianie tych danych.												
2. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o tym, że moje dane osobowe zbierane przez ..... Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą przy ul. .... są przetwarzane w celach wynikających z art. 188 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), a także o obowiązku ich podania, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek oraz o tym, że dane te będą udostępniane podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy przepisów prawa.												
(Miejscowość i data)						(Czytelny podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)						

**III. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY**

Na podstawie art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, deklaruje wybór:

.....  
.....  
.....

(dane dotyczące świadczeniodawcy – nazwa (firma), siedziba i miejsce udzielania świadczeń)

W bieżącym roku dokonuję wyboru<sup>3)</sup>:

Po raz pierwszy    Po raz drugi    Po raz trzeci    Po raz kolejny

.....  
(Miejscowość i data)

.....  
(Podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

#### IV. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Na podstawie art. 28 ust. 1a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, deklaruje wybór<sup>4)</sup>:

.....  
.....

(imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej)

W bieżącym roku dokonuję wyboru<sup>3)</sup>:

Po raz pierwszy     Po raz drugi     Po raz trzeci     Po raz kolejny

.....

(Miejscowość i data)

.....

(Podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

.....

(Podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)

#### **Objaśnienia:**

<sup>1)</sup> Adres zamieszkania odróżnić należy od miejsca zameldowania. To pierwsze wynika z woli przebywania świadczeniobiorcy w określonej miejscowości i różnić może się od adresu, pod którym świadczeniobiorca jest na stałe zameldowany.

<sup>2)</sup> W przypadku osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji – numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

<sup>3)</sup> Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy, lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, nie częściej niż trzy razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnosi opłatę w wysokości 80 zł. Świadczeniobiorca nie ponosi opłaty w przypadku zmiany swojego miejsca zamieszkania lub w przypadku zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza, pielęgniarkę lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy lub innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (art. 28 ust. 1 c i 1d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

<sup>4)</sup> Świadczeniobiorca może wybrać lekarza, pielęgniarkę lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u tego samego świadczeniodawcy, u różnych świadczeniodawców albo będących świadczeniodawcami (art. 28 ust. 1 b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

## WZÓR

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO  
ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ  
PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY												
1. Imię			2. Nazwisko				3. Nazwisko rodowe					
4. Data urodzenia Dzień – miesiąc – rok			5. Płeć M/K		5. Numer PESEL, o ile został nadany							
6. Adres zamieszkania <sup>1)</sup>												
Ulica				Numer domu/mieszkania				Kod pocztowy i miejscowość				
7. Numer telefonu												
8. Miejsce nauki w przypadku uczniów i studentów												
9. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego <sup>2)</sup>												
										10. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia		
10. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia												
II. OŚWIADCZENIE OSOBY WYPEŁNIAJĄCEJ DEKLARACJĘ												
1. Oświadczam, że wszystkie dane osobowe zawarte w I części deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym oraz zobowiązuję się do niezwłocznego informowania świadczeniodawcy o zmianie tych danych.												
2. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o tym, że moje dane osobowe zbierane przez ..... Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą przy ul. .... są przetwarzane w celach wynikających z art. 188 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), a także o obowiązku ich podania, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek oraz o tym, że dane te będą udostępniane podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy przepisów prawa.												
.....						.....						
(Miejscowość i data)						(Czytelny podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)						

### III. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

Na podstawie art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, deklaruje wybór:

.....  
 .....  
 .....

(dane dotyczące świadczeniodawcy – nazwa (firma), siedziba i miejsce udzielania świadczeń)

W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>3)</sup>

Po raz pierwszy     Po raz drugi     Po raz trzeci     Po raz kolejny

.....

(Miejscowość i data)

.....

(Podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

#### IV. DANE DOTYCZĄCE PIEŁĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Na podstawie art. 28 ust. 1a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, deklaruje wybór:<sup>4)</sup>

.....  
.....  
(imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej)

W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>3)</sup>

Po raz pierwszy     Po raz drugi     Po raz trzeci     Po raz kolejny

.....  
(Miejscowość i data)

.....  
(Podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

.....  
(Podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)

#### **Objaśnienia:**

<sup>1)</sup> Adres zamieszkania odróżnić należy od miejsca zameldowania. To pierwsze wynika z woli przebywania świadczeniobiorcy w określonej miejscowości i różnić może się od adresu, pod którym świadczeniobiorca jest na stałe zameldowany.

<sup>2)</sup> W przypadku osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji – numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

<sup>3)</sup> Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy, lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, nie częściej niż trzy razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnoszą opłatę w wysokości 80 zł. Świadczeniobiorca nie ponosi opłaty w przypadku zmiany swojego miejsca zamieszkania lub w przypadku zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza, pielęgniarkę lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy lub innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (art. 28 ust. 1 c i 1d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

<sup>4)</sup> Świadczeniobiorca może wybrać lekarza, pielęgniarkę lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u tego samego świadczeniodawcy, u różnych świadczeniodawców albo będących świadczeniodawcami (art. 28 ust. 1 b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).



## WZÓR

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO  
ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ  
POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY													
1. Imię			2. Nazwisko					3. Nazwisko rodowe					
4. Data urodzenia Dzień – miesiąc – rok			5. Płeć M/K		5. Numer PESEL, o ile został nadany								
6. Adres zamieszkania <sup>1)</sup>													
Ulica				Numer domu/mieszkania				Kod pocztowy i miejscowość					
7. Numer telefonu													
8. Miejsce nauki w przypadku uczniów i studentów													
9. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego <sup>2)</sup>										10. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia			
II. OŚWIADCZENIE OSOBY WYPEŁNIAJĄCEJ DEKLARACJĘ													
1. Oświadczam, że wszystkie dane osobowe zawarte w I części deklaracji są zgodne ze stanem prawnym faktycznym oraz zobowiązuję się do niezwłocznego informowania świadczeniodawcy o zmianie tych danych.													
2. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o tym, że moje dane osobowe zbierane przez ..... Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą przy ul. .... są przetwarzane w celach wynikających z art. 188 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), a także o obowiązku ich podania, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek oraz o tym, że dane te będą udostępniane podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy przepisów prawa.													
..... (Miejscowość i data)							..... (Czytelny podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)						

### III. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

Na podstawie art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, deklaruje wybór:

.....  
.....  
.....

(dane dotyczące świadczeniodawcy – nazwa (firma), siedziba i miejsce udzielania świadczeń)

W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>3)</sup>

Po raz pierwszy     Po raz drugi     Po raz trzeci     Po raz kolejny

.....  
(Miejscowość i data)

.....  
(Podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

#### IV. DANE DOTYCZĄCE POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Na podstawie art. 28 ust. 1a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, deklaruje wybór:<sup>4)</sup>

.....  
.....  
(imię i nazwisko położnej podstawowej opieki zdrowotnej)

W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>3)</sup>

Po raz pierwszy     Po raz drugi     Po raz trzeci     Po raz kolejny

.....  
(Miejscowość i data)

.....  
(Podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

.....  
(Podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)

#### **Objaśnienia:**

<sup>1)</sup> Adres zamieszkania odróżnić należy od miejsca zameldowania. To pierwsze wynika z woli przebywania świadczeniobiorcy w określonej miejscowości i różnić może się od adresu, pod którym świadczeniobiorca jest na stałe zameldowany.

<sup>2)</sup> W przypadku osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji – numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

<sup>3)</sup> Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy, lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, nie częściej niż trzy razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnosi opłatę w wysokości 80 zł. Świadczeniobiorca nie ponosi opłaty w przypadku zmiany swojego miejsca zamieszkania lub w przypadku zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza, pielęgniarkę lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy lub innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (art. 28 ust. 1 c i 1d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

<sup>4)</sup> Świadczeniobiorca może wybrać lekarza, pielęgniarkę lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u tego samego świadczeniodawcy, u różnych świadczeniodawców albo będących świadczeniodawcami (art. 28 ust. 1 b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

**Nazwa projektu**

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wzoru deklaracji wyboru świadczeniodawcy, lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej

**Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące**

Ministerstwo Zdrowia

**Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu**

Pan Sławomir Neumann – Sekretarz Stanu

**Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu**

Pani Katarzyna Makowiecka - główny specjalista

tel. 22 53 00 230 e-mail: [k.makowiecka@mz.gov.pl](mailto:k.makowiecka@mz.gov.pl)

**Data sporządzenia**

14.04.2014 r.

**Źródło:**

Art. 56 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.)

**Nr w wykazie prac**

MZ 147

**OCENA SKUTKÓW REGULACJI****1. Jaki problem jest rozwiązywany?**

Istotą regulacji jest określenie wzorów deklaracji wyboru:

- 1) świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej;
- 2) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej;
- 3) pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej;
- 4) położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

Zgodnie z art. 28 ust. 1 i 1a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w brzmieniu nadanym ustawą z dnia 21 marca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 619) świadczeniobiorca ma prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Świadczeniobiorca, dokonując wyboru świadczeniodawcy dokonuje jednocześnie wyboru lekarza pielęgniarki lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

Stosownie do art. 56 ust. 1 ustawy, deklaracja wyboru jest pisemnym oświadczeniem woli, potwierdzającym wybór świadczeniodawcy, lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej przez świadczeniobiorcę.

**2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt**

Wzór deklaracji wyboru będzie uwzględniał zasady dokonywania wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej określone w art. 28 ust. 1b i 1c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Świadczeniobiorca ma prawo wybrać świadczeniodawcę i jednocześnie wybrać lekarza, pielęgniarkę i położną, przy czym świadczeniobiorca, dokonując wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej, może wybrać lekarza pielęgniarkę lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u tego samego świadczeniodawcy albo u różnych świadczeniodawców, albo będących świadczeniodawcami, dlatego w projekcie określono 3 wzory deklaracji wyboru:

- 1) deklaracji wyboru świadczeniodawcy i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (załącznik nr 1 do rozporządzenia),
- 2) deklaracji wyboru świadczeniodawcy i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (załącznik nr 2 do rozporządzenia),
- 3) deklaracji wyboru świadczeniodawcy i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (załącznik nr 3 do rozporządzenia).

Zakres danych zawarty we wzorach deklaracji wynika wprost z art. 56 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który określa co zawiera deklaracja wyboru.

**3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?**

Brak danych.

**4. Podmioty, na które oddziałuje projekt**

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Świadczeniodawcy, lekarze, pielęgniarki i położne udzielające świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej		Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	Projekt będzie oddziaływał na wskazane podmioty, które przy składaniu deklaracji wyboru będą miały obowiązek stosować wzór deklaracji zawarty w rozporządzeniu
Świadczeniobiorcy		Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	Projekt będzie oddziaływał na wskazane podmioty, które przy składaniu deklaracji wyboru będą miały obowiązek stosować wzór deklaracji zawarty w rozporządzeniu

**5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji**

Odnosnie ww. projektu rozporządzenia nie prowadzono tzw. pre-konsultacji.

Termin planowanych konsultacji publicznych został określony na 14 dni.

Projekt regulacji zostanie przekazany do opiniowania i konsultacji publicznych następującym podmiotom:

1. Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych
2. Naczelna Rada Aptekarska
3. Główny Urząd Statystyczny
4. Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
5. Zakład Ubezpieczeń Społecznych
6. Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”
7. Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia
8. Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych „Lewiatan”
9. Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej
10. Związek Pracodawców Służby Zdrowia
11. Ogólnopolska Konfederacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia
12. Federacja Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej
13. Forum Związków Zawodowych
14. Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”
15. NSZZ „Solidarność”
16. Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”
17. Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia
18. Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych
19. Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy
20. Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych
21. Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych
22. Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce
23. Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce
24. Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej
25. Konsultant Krajowy w dziedzinie Medycyny Rodzinnej
26. Konsultant Krajowy w dziedzinie Pediatrii

27. Konsultant Krajowy w dziedzinie Chorób Wewnętrznych
28. Konsultant Krajowy w dziedzinie Pielęgniarstwa Rodzinnego
29. Towarzystwo Internistów Polskich
30. Polskie Towarzystwo Pediatryczne
31. Krajowy Związek Zawodowy Pracowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych
32. Ogólnopolski Związek Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia
33. Business Center Club
34. Związek Rzemiosła Polskiego
35. Federacja Pacjentów Polskich
36. Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej
37. Stowarzyszenie „Primum Non Nocere”
38. Stowarzyszenie „Dla dobra pacjenta”.

Projekt zostanie opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministra Zdrowia, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.).

Projekt rozporządzenia zostanie również udostępniony w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny Rządowego Centrum Legislacji, zgodnie z uchwałą Nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. poz. 979).

#### 6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z ..... r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]												
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0-10)	
<b>Dochody ogółem</b>													
budżet państwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													
<b>Wydatki ogółem</b>													
budżet państwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													
<b>Saldo ogółem</b>													
budżet państwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													

Źródła finansowania	Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na wysokość wydatków budżetu państwa i na budżety jednostek samorządu terytorialnego, gdyż ma wyłącznie techniczny charakter.
---------------------	---

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	
--	--

**7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe**

**Skutki**

Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)
--	--	---	---	---	---	---	----	----------------

W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z ..... r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
	(dodaj/usuń)							

W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
	(dodaj/usuń)							

Niemierzalne	Świadczeniodawcy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej	<p>Projekt pozytywnie wpłynie na konkurencyjność wśród świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.</p> <p>Wcześniej, środowisko pielęgniarek i położnych, wskazywało, iż określony przez Narodowy Fundusz Zdrowia wzór deklaracji wyboru (na jednym arkuszu) powodował praktyki podmiotów udzielających świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w wyniku których pacjenci składali deklarację wyboru lekarza, pielęgniarki, położnej podstawowej opieki zdrowotnej zatrudnionych u jednego świadczeniodawcy, co było niezgodne z wolnością wyboru przez pacjenta lekarza, pielęgniarki i położnej zatrudnionych u różnych świadczeniodawców lub będących świadczeniodawcami.</p> <p>Dlatego też w projekcie przyjęto, iż deklaracje wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej będą określone na odrębnych drukach, a nie jak dotychczas na jednym druku (arkuszu). Może się to przyczynić do zachowania przejrzystości przy dokonywaniu wyboru przez pacjentów i wyeliminowania praktyk nieuczciwej konkurencji.</p>
--------------	--	---

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń

**8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu**

nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).

tak  
 nie  
 nie dotyczy

zmniejszenie liczby dokumentów  
 zmniejszenie liczby procedur  
 skrócenie czasu na załatwienie sprawy  
 inne:

zwiększenie liczby dokumentów  
 zwiększenie liczby procedur  
 wydłużenie czasu na załatwienie sprawy  
 inne:

Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektroniczacji.	<input checked="" type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy
---	---

**Komentarz:**  
 Ustawa z dnia 21 marca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 619) poprzez zmianę w art. 56 ust. 1 ustawy o świadczeniach wprowadziła możliwość złożenia deklaracji wyboru świadczeniodawcy, lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej w postaci elektronicznej, potwierdzonej przy wykorzystaniu np. profilu zaufanego ePUAP w rozumieniu art. 3 pkt 14 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2013 r. poz. 235).

**9. Wpływ na rynek pracy**

Regulacje zaproponowane w projekcie rozporządzenia nie będą miały wpływu na rynek pracy.

**10. Wpływ na pozostałe obszary**

<input type="checkbox"/> środowisko naturalne <input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> demografia <input type="checkbox"/> mienie państwowe	<input checked="" type="checkbox"/> informatyzacja <input type="checkbox"/> zdrowie
--	--	--

**Omówienie wpływu**  
 Ustawa z dnia 21 marca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 619) poprzez zmianę w art. 56 ust. 1 ustawy o świadczeniach wprowadziła możliwość złożenia deklaracji wyboru świadczeniodawcy, lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej w postaci elektronicznej, potwierdzonej przy wykorzystaniu np. profilu zaufanego ePUAP w rozumieniu art. 3 pkt 14 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2013 r. poz. 235). Wzór deklaracji elektronicznej powinien być spójny ze wzorem zawartym w projektowanym rozporządzeniu.

**11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego**

Projektowane rozporządzenie wejdzie w życie z dniem wejścia w życie ustawy z dnia 21 marca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 619). Zgodnie z przepisem przejściowym zawartym w art. 9 tej ustawy, oświadczenia woli o wyborze lekarza, pielęgniarki lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej złożone u danego świadczeniodawcy przed dniem wejścia w życie tej ustawy stają się deklaracjami wyboru w rozumieniu nadanym przez tą ta ustawę. Skutkiem tego w wyniku wejścia w życie ustawy z dnia 21 marca 2014 r. świadczeniobiorcy nie są zobowiązani do składania nowych deklaracji, których wzór określa niniejsze rozporządzenie.

**12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?**

Ewaluacja efektów projektu nie nastąpi z uwagi na to, że projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na wysokość wydatków budżetu państwa, gdyż ma wyłącznie charakter techniczny. Ponadto zakres przedmiotowy projektu uniemożliwia określenie mierników do przeprowadzenia ewaluacji efektów projektu. Mierniki są trudne do określenia również dlatego, że ustawa z dnia 21 marca 2014 r. nowelizująca ustawę o świadczeniach zawiera w art. 9 przepis przejściowy, zgodnie z którym oświadczenia woli o wyborze lekarza, pielęgniarki lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej złożone u danego świadczeniodawcy przed dniem wejścia w życie tej ustawy stają się deklaracjami wyboru w rozumieniu nadanym przez tą ta ustawę. Skutkiem tego w wyniku wejścia w życie ustawy z dnia 21 marca 2014 r. świadczeniobiorcy nie są zobowiązani do składania nowych deklaracji, których wzór określa niniejsze rozporządzenie.

**13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)**

Brak.