

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia

**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.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. 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, określa 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 określa 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 określa załącznik nr 3 do rozporządzenia,

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

¹⁾ 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).

²⁾ 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 oraz z 2013 r. poz. 154, 879, 983 i ...

Załącznik nr 1

**Deklaracja wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej
opieki zdrowotnej oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej**

I. Dane osobowe świadczeniobiorcy:	
Kod Oddziału NFZ	
(Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego lub Poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej)	
(Nazwisko)	
(Imię/Imiona)	PESEL
(Nazwisko rodowe)	p ł e ć (M / K) (Data urodzenia: dzień-miesiąc-rok)
Adres zamieszkania	
(Ulica)	(Nr domu/mieszkania)
(Kod pocztowy) (Miejscowość)	
(Nazwa gminy)	(Telefon)
Adres do korespondencji (o ile jest inny niż adres zamieszkania)	
(Ulica)	(Nr domu/mieszkania)
(Kod pocztowy) (Miejscowość)	
(Nazwa gminy)	(Telefon)
Dane osoby dokonującej wyboru dla świadczeniobiorcy:	
(Nazwisko)	(Imię)
(Nr ewidencyjny PESEL)	(Data urodzenia: dzień-miesiąc-rok)

II. Oświadczenia 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 w 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 (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, data)

(Podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

III. Deklaracja wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

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:

- 1) Po raz pierwszy
- 2) Po raz drugi
- 3) Po raz trzeci
- 4) Po raz kolejny

.....
(data: dzień- miesiąc - rok)

.....
(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

IV. Deklaracja wyboru 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:

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

W bieżącym roku dokonuję wyboru:

- 1) Po raz pierwszy
- 2) Po raz drugi
- 3) Po raz trzeci
- 4) Po raz kolejny

.....
(data: dzień- miesiąc - rok)

.....
(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

.....
(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)

Załącznik nr 2

Deklaracja wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej

I. Dane osobowe	
Dane osoby, dla której dokonywany jest wybór (świadczeniobiorcy):	Kod Oddziału NFZ
(Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego lub Poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej)	
(Nazwisko)	
(Imię/Imiona)	(Nr ewidencyjny PESEL)
(Nazwisko rodowe)	p ł e ć (M/K) (Data urodzenia: dzień-miesiąc-rok)
Adres zamieszkania	
(Ulica)	(Nr domu/mieszkania)
(Kod pocztowy) (Miejscowość)	
(Nazwa gminy)	(Telefon)
Adres do korespondencji (o ile jest inny niż adres zamieszkania)	
(Ulica)	(Nr domu/mieszkania)
(Kod pocztowy) (Miejscowość)	
(Nazwa gminy)	(Telefon)
Dane osoby dokonującej wyboru dla świadczeniobiorcy:	
(Nazwisko)	(Imię)
(Nr ewidencyjny PESEL)	(Data urodzenia: dzień-miesiąc-rok)

II. Oświadczenia osoby wypełniającej deklarację:

- 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.
- Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o tym, że moje dane osobowe zbierane przez
Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w 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 (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, data) (Podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

III. Deklaracja wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

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

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

W bieżącym roku dokonuję wyboru:

- Po raz pierwszy

- 2) Po raz drugi
- 3) Po raz trzeci
- 4) Po raz kolejny

.....
(data: dzień- miesiąc - rok)

.....
(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

IV. Deklaracja wyboru pielęgniarki 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:

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

W bieżącym roku dokonuję wyboru:

- 1) Po raz pierwszy
- 2) Po raz drugi
- 3) Po raz trzeci
- 4) Po raz kolejny

.....
(data: dzień- miesiąc - rok)

.....
(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

.....
(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)

Załącznik nr 3

Deklaracja wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej

II. I. Dane osobowe	
Dane osoby, dla której dokonywany jest wybór (świadczeniobiorcy):	Kod Oddziału NFZ
(Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego lub Poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej)	
(Nazwisko)	
(Imię/Imiona)	(Nr ewidencyjny PESEL)
(Nazwisko rodowe)	płeć (M/K) (Data urodzenia: dzień-miesiąc-rok)
Adres zamieszkania	
(Ulica)	(Nr domu/mieszkania)
(Kod pocztowy) (Miejscowość)	
(Nazwa gminy)	(Telefon)
Adres do korespondencji (o ile jest inny niż adres zamieszkania)	
(Ulica)	(Nr domu/mieszkania)
(Kod pocztowy) (Miejscowość)	(Telefon)
(Nazwa gminy)	(Telefon)
Dane osoby dokonującej wyboru dla świadczeniobiorcy:	
(Nazwisko)	(Imię)
(Nr ewidencyjny PESEL)	(Data urodzenia: dzień-miesiąc-rok)

II. Oświadczenia 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 w 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 (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, data)

(Podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

III. Deklaracja wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

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

.....

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

W bieżącym roku dokonuję wyboru:

- 1) Po raz pierwszy
- 2) Po raz drugi
- 3) Po raz trzeci
- 4) Po raz kolejny

.....
(data: dzień- miesiąc - rok)

.....
(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

IV. Deklaracja wyboru 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 , deklaruję wybór:

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

W bieżącym roku dokonuję wyboru:

- 1) Po raz pierwszy
- 2) Po raz drugi
- 3) Po raz trzeci
- 4) Po raz kolejny

.....
(data: dzień- miesiąc - rok)

.....
(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

.....
(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)

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.).

Konieczność wydania nowego rozporządzenia wynika z ustawy z dnia o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. ...). Ustawa ta wprowadziła, obok istniejącego wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, wybór świadczeniodawcy udzielającego świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Powyższa ustawa wprowadziła do ustawy o świadczeniach również upoważnienie ustawowe dla ministra właściwego do spraw zdrowia do wydania rozporządzenia określającego wzory deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Obecnie wzór deklaracji wyboru jest określany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Proponuje się, aby rozporządzenie było wydawane po uprzednim zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Projektowane rozporządzenie nie jest objęte prawem Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia nie wymaga 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. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1) Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja

Rozporządzenie będzie oddziaływało na pacjentów, świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki i położne podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarzy, o których mowa w art. 55 ust. 2a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2) Konsultacje społeczne

Projekt zostanie przekazany do konsultacji następującym podmiotom: Naczelnej Radzie Lekarskiej, Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Radzie Aptekarskiej, Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych, Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych, Sekretariatowi Ochrony Zdrowia Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych, Krajowemu Sekretariatowi Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Forum Związków Zawodowych oraz organizacjom pacjenckim.

Niezależnie od powyższego, w celu realizacji obowiązku zawartego w art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.), projekt rozporządzenia zostanie udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministerstwa Zdrowia.

Projekt rozporządzenia zostanie również udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji, zgodnie z § 11 a uchwały Nr 49 Rady Ministrów z dnia 19 marca 2002 r. - Regulamin Pracy Rady Ministrów (M. P. Nr 13, poz. 221, z późn. zm.).

3) Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Wejście w życie projektowanego rozporządzenia nie będzie powodowało dodatkowych kosztów dla budżetu państwa. Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na budżety jednostek samorządu terytorialnego.

4) Wpływ regulacji na rynek pracy

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na rynek pracy

5) Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

6) Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Projektowana regulacja nie będzie miała bezpośredniego wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

7) Wpływ regulacji na ochronę zdrowia i zmniejszenie ryzyka chorób

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na ochronę zdrowia i zmniejszenie ryzyka chorób.

8) Wpływ regulacji na środowisko

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na środowisko.