

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 2012 r.

w sprawie szczegółowego zakresu oraz sposobu przekazywania danych dotyczących osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatników składek oraz osób pobierających zasiłki przyznane na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym, ubiegających się o przyznanie emerytury lub renty z ubezpieczeń społecznych oraz pracowników korzystających z urlopu bezpłatnego

Na podstawie art. 87 ust. 11 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. Rozporządzenie określa szczegółowy zakres oraz sposób przekazywania do centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”, i oddziałów wojewódzkich Funduszu odpowiednio przez:

- 1) Zakład Ubezpieczeń Społecznych, zwany dalej „Zakładem”,
- 2) Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, zwaną dalej „Kasą”,
- 3) podmiot zobowiązany do przekazywania składek za osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 8a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwany dalej „podmiotem zobowiązanym”

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 oraz z 2012 r. poz. 123, poz. 476 i poz. 1016.

- danych dotyczących osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatników składek oraz osób, w stosunku do których wygasł obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego, a pobierających zasiłki przyznane na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym, albo ubiegających się o przyznanie emerytury lub renty z ubezpieczeń społecznych oraz pracowników korzystających z urlopu bezpłatnego.

§ 2. 1. Zakład przekazuje do centrali Funduszu następujące dane podane w zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 77 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”, dotyczące:

1) osoby podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu:

- a) wskazanie oddziału wojewódzkiego Funduszu,
- b) nazwisko i imię,
- c) datę urodzenia,
- d) adres zamieszkania,
- e) adres do korespondencji, o ile jest inny niż adres zamieszkania,
- f) numer PESEL, a w przypadku gdy osoba ta nie posiada numeru PESEL – serię i numer dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość,
- g) płeć,
- h) kod tytułu ubezpieczenia,
- i) datę powstania obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego,
- j) datę zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego;

2) płatnika składek na ubezpieczenie zdrowotne:

- a) numer NIP,
- b) numer REGON,
- c) numer PESEL lub serię i numer dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość, jeżeli płatnikowi składek nie nadano numerów NIP lub REGON,
- d) nazwę skróconą, a w przypadku płatników składek osób fizycznych nieposiadających nazwy skróconej - imię i nazwisko.

2. Zakład przekazuje do centrali Funduszu następujące dane dotyczące:

- 1) osoby, w stosunku do której wygasł obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego, a pobierającej zasiłek lub świadczenie rehabilitacyjne przyznane na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym:
 - a) dane, o których mowa w ust. 1 pkt 1 lit. b - g,
 - b) datę wypłaty zasiłku lub świadczenia rehabilitacyjnego,
 - c) okres, za który wypłacono zasiłek lub świadczenie rehabilitacyjne;
- 2) pracownika korzystającego z urlopu bezpłatnego:
 - a) dane, o których mowa w ust. 1 pkt 1 lit. b - g,
 - b) dane identyfikacyjne płatnika składek, o których mowa w ust. 1 pkt 2 lit. a i lit. d,
 - c) datę rozpoczęcia i zakończenia urlopu bezpłatnego w danym miesiącu kalendarzowym,
 - d) identyfikator imiennego raportu miesięcznego;
- 3) osoby, w stosunku do której wygasł obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego, a ubiegającej się o przyznanie emerytury lub renty z ubezpieczeń społecznych:
 - a) dane, o których mowa w ust. 1 pkt 1 lit. b - g,
 - b) datę zgłoszenia wniosku o emeryturę lub rentę w oddziale Zakładu,
 - c) datę powstania prawa do emerytury lub renty podawaną w zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu pobierania emerytury lub renty - w przypadku wydania decyzji przyznającej emeryturę lub rentę osobie zamieszkałej na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), posiadającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej,
 - d) datę powstania prawa do emerytury lub renty - w przypadku wydania decyzji przyznającej emeryturę lub rentę osobie zamieszkującej poza terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), która nie podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu pobierania emerytury lub renty,
 - e) w przypadku wydania decyzji odmawiającej prawa do emerytury lub renty:
 - gdy nie zostanie złożone odwołanie do sądu - datę wydania decyzji, jeżeli w ciągu 45 dni nie wpłynie informacja o odwołaniu,
 - gdy zostanie złożone odwołanie do sądu - odpowiednio data powstania prawa do emerytury lub renty ustalona prawomocnym wyrokiem sądu albo data uprawomocnienia się wyroku utrzymującego w mocy decyzję odmawiającą prawa do emerytury lub renty.

§ 3. Zakład, w przypadku wygaśnięcia ubezpieczenia zdrowotnego, przekazuje do centrali Funduszu następujące dane podane w zgłoszeniu wyrejestrowania, określonym w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, dotyczące:

1) osoby podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu:

- a) określone w § 2 ust. 1 pkt 1 lit. b, lit. c, lit. f i lit. h,
- b) kod przyczyny wyrejestrowania,
- c) datę wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego,
- d) datę wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego;

2) płatnika składek na ubezpieczenie zdrowotne określone w § 2 ust. 1 pkt 2.

§ 4. Zakład przekazuje do centrali Funduszu następujące dane dotyczące członka rodziny osoby podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu, podane w zgłoszeniu członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 77 ust. 3 ustawy, oraz w zgłoszeniu o utracie uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny:

- 1) nazwisko i imię;
- 2) datę urodzenia;
- 3) adres zamieszkania;
- 4) kod stopnia pokrewieństwa;
- 5) kod stopnia niepełnosprawności;
- 6) wskazanie oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- 7) numer PESEL, a w przypadku gdy członek rodziny nie posiada numeru PESEL - serię i numer dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 8) płeć - przy przekazywaniu danych podanych w zgłoszeniu, w przypadku gdy podano numer PESEL członka rodziny;
- 9) informację o pozostawaniu we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą podlegającą ubezpieczeniu zdrowotnemu zgłaszającą członka rodziny;
- 10) datę powstania obowiązku dokonania zgłoszenia członka rodziny przez osobę podlegającą ubezpieczeniu zdrowotnemu zgłaszającą członka rodziny;
- 11) datę zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego,
- 12) datę wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia osoby podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu zgłaszającej członka rodziny;
- 13) datę wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego;

14) dane osoby podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu zgłaszającej członka rodziny określone w § 2 ust. 1 pkt 1 lit. b, lit. c i lit. f;

15) dane płatnika składek na ubezpieczenie zdrowotne określone w § 2 ust. 1 pkt 2 lit a i lit. d.

§ 5. Zakład przekazuje do centrali Funduszu następujące dane o opłaconych składkach na ubezpieczenie zdrowotne, dotyczące:

1) osoby podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu określone w § 2 ust. 1 pkt 1 lit. b, lit. c i lit. e;

2) opłaconych składek podanych w imiennym raporcie miesięcznym lub deklaracji rozliczeniowej, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych obejmujące:

- a) okres, którego składka dotyczy,
- b) datę opłacenia składki,
- c) kwotę podstawy wymiaru składki,
- d) kwotę składki należnej,
- e) kwotę składki opłaconej,
- f) kwotę opłaconych odsetek za zwłokę,
- g) kod tytułu ubezpieczenia;

3) płatnika składek na ubezpieczenie zdrowotne, określone w § 2 ust. 1 pkt 2 lit. a.

§ 6. 1. Na wniosek centrali Funduszu lub oddziału wojewódzkiego Funduszu, Zakład przekazuje dane określone w § 2 - 5, jeżeli osoba ubiegająca się o świadczenie opieki zdrowotnej przedłożyła dokument potwierdzający prawo do świadczeń albo złożyła pisemne oświadczenie o przysługującym jej prawie do świadczeń, a dane przekazane przez Zakład, będące w posiadaniu Funduszu, nie potwierdzają informacji wynikających z dokumentu albo oświadczenia.

2. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, kieruje się do oddziału Zakładu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby, której wniosek dotyczy.

3. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, zawiera następujące dane osoby, której dotyczy:

- 1) imię i nazwisko;
- 2) numer PESEL, a w przypadku gdy nie posiada numeru PESEL – serię i numer dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

§ 7. 1. Na wniosek centrali Funduszu lub oddziału wojewódzkiego Funduszu, Zakład przekazuje następujące posiadane dane, związane z określeniem właściwego ustawodawstwa niezbędnego do potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z przepisami o koordynacji dotyczące:

- 1) wydania formularza A1, E101 albo E102;
- 2) okresu na jaki formularz A1, E101 albo E102 został wystawiony;
- 3) przekazania przez płatnika składek informacji o skróceniu okresu delegowania;
- 4) płatnika składek:
 - a) numer NIP,
 - b) nazwę skróconą, a w przypadku płatników składek osób fizycznych nieposiadających nazwy skróconej – imię i nazwisko,
 - c) adres siedziby.
2. Centrala Funduszu lub oddział wojewódzki Funduszu występują do Zakładu, jeżeli nie uzyskają danych, o których mowa w ust. 1, od płatnika składek lub ubezpieczonego.
3. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, kieruje się do oddziału Zakładu właściwego ze względu na siedzibę płatnika składek, a jeżeli Fundusz nie posiada danych płatnika składek - do oddziału właściwego ze względu na miejsce zamieszkania ubezpieczonego.
4. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, zawiera:
 - 1) dane identyfikacyjne ubezpieczonego:
 - a) imię i nazwisko,
 - b) numer PESEL, a w przypadku gdy nie posiada numeru PESEL – serię i numer dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;
 - 2) okres, którego wniosek dotyczy;
 - 3) państwo lub państwa, w których praca najemna lub działalność gospodarcza jest albo była wykonywana;
 - 4) posiadane przez Fundusz dane płatnika składek:
 - a) numer NIP oraz nazwę skróconą, a w przypadku płatników składek osób fizycznych nieposiadających nazwy skróconej – imię i nazwisko,
 - b) dane o pracodawcy zagranicznym,
 - c) dane o działalności gospodarczej prowadzonej w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA).

§ 8. 1. Na wniosek centrali Funduszu lub oddziału wojewódzkiego Funduszu, Zakład przekazuje posiadane dane związane z potwierdzeniem prawa do świadczeń opieki zdrowotnej z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej w państwie Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) dotyczące:

1) braku poświadczenia we wskazanym kraju i okresie formularza A1, E101 albo E102 oraz o braku podstaw do zastosowania polskiego ustawodawstwa z uwagi na fakt, że osoba we wskazanym okresie nie była zgłoszona do ubezpieczeń społecznych;
2) poświadczenia we wskazanym kraju i okresie formularza A1, E101 albo E102 oraz o skróceniu okresu delegowania formularza A1, E101 albo E102, wraz z posiadanymi danymi dotyczącymi:

- a) wypłacenia zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia wypadkowego z tytułu wypadku przy pracy oraz okresie, za który zostały wypłacone,
- b) uznania przez Zakład zdarzenia za wypadek przy pracy,
- c) stwierdzonego naruszenia sprawności organizmu w wyniku wypadku przy pracy;

3) braku poświadczenia we wskazanym kraju i okresie formularza A1, E101 albo E102, oraz o zastosowaniu do ubezpieczonego polskiego ustawodawstwa z uwagi na fakt zgłoszenia do ubezpieczenia wypadkowego, wraz z posiadanymi danymi, o których mowa w pkt 2.

2. W przypadku, gdy wniosek, o którym mowa w ust. 1, dotyczy osoby uprawnionej do renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, zamieszkałej za granicą w państwie członkowskim Unii Europejskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), której świadczenie transferowane jest do miejsca zamieszkania za granicą w państwach członkowskich lub wypłacane jest w Rzeczypospolitej Polskiej na rachunek bankowy lub do rąk osoby zamieszkałej w Rzeczypospolitej Polskiej upoważnionej do odbioru świadczenia, Zakład przekazuje dane o:

- 1) przyznaniu renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową z podaniem daty, od której świadczenie to przysługuje;
- 2) dacie wypadku przy pracy lub dacie powstania choroby zawodowej;
- 3) stwierdzonym naruszeniu sprawności organizmu w wyniku wypadku przy pracy lub choroby zawodowej.

3. Centrala Funduszu lub oddział wojewódzki Funduszu występują do Zakładu, jeżeli nie uzyskają danych, o których mowa w ust. 1 i 2, od płatnika składek lub ubezpieczonego.

4. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, kieruje się do oddziału Zakładu właściwego ze względu na siedzibę płatnika składek, a jeżeli Fundusz nie posiada informacji na temat siedziby płatnika składek – do oddziału Zakładu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania ubezpieczonego.

5. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, zawiera odpowiednio:

- 1) imię i nazwisko oraz numer PESEL, a jeżeli ta osoba nie posiada numeru PESEL – serię i numer dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 2) adres zamieszkania ubezpieczonego;
- 3) kraj, w którym miał miejsce wypadek przy pracy;
- 4) okres, za który udzielono świadczeń opieki zdrowotnej z tytułu wypadku przy pracy;
- 5) datę wypadku przy pracy lub okres zwolnienia lekarskiego;
- 6) dane identyfikacyjne płatnika:
 - a) numer NIP,
 - b) nazwę skróconą, a w przypadku płatników składek osób fizycznych nieposiadających nazwy skróconej – imię i nazwisko.

§ 9. Kasa przekazuje do centrali Funduszu następujące dane dotyczące osoby podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu - podane w zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 77 ust. 1 ustawy:

- 1) wskazanie oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- 2) nazwisko i imię;
- 3) datę urodzenia,
- 4) adres zamieszkania;
- 5) numer PESEL, a w przypadku gdy osoba ta nie posiada numeru PESEL – serię i numer dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 6) płeć;
- 7) datę powstania obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego;
- 8) datę zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego.

§ 10. 1. W przypadku wygaśnięcia ubezpieczenia zdrowotnego, Kasa przekazuje do centrali Funduszu następujące dane dotyczące osoby podlegającej ubezpieczeniu:

- 1) nazwisko i imię;
- 2) datę urodzenia;
- 3) numer PESEL, a w przypadku gdy osoba ta nie posiada numeru PESEL – serię i numer dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 4) datę wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego,
- 5) datę wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego.

2. W przypadku osoby, w stosunku do której wygasł obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego a ubiegającej się o przyznanie emerytury lub renty z ubezpieczenia społecznego rolników, Kasa przekazuje do centrali Funduszu następujące dane:

- 1) o których mowa w § 9 pkt 2 - 6,
- 2) datę zgłoszenia wniosku o emeryturę lub rentę w jednostce organizacyjnej Kasy,
- 3) w przypadku wydania decyzji przyznającej prawo do emerytury lub renty – datę powstania prawa do emerytury lub renty,
- 4) w przypadku wydania decyzji odmawiającej prawa do emerytury lub renty:
 - a) gdy nie zostanie złożone odwołanie do sądu - datę wydania decyzji, jeżeli w ciągu 45 dni nie wpłynie informacja o odwołaniu,
 - b) gdy zostanie złożone odwołanie do sądu - odpowiednio data powstania prawa do emerytury lub renty ustalona prawomocnym wyrokiem sądu albo data uprawomocnienia się wyroku utrzymującego w mocy decyzję odmawiającą prawa do emerytury lub renty.

§ 11. Kasa przekazuje do centrali Funduszu następujące dane dotyczące członka rodziny osoby podlegającej obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, podane w zgłoszeniu członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 77 ust. 3 ustawy, oraz w zgłoszeniu o utracie uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny:

- 1) wskazanie oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- 2) nazwisko i imię;
- 3) datę urodzenia;
- 4) adres zamieszkania;

- 5) numer PESEL, a w przypadku gdy osoba ta nie posiada numeru PESEL – serię i numer dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 6) płeć;
- 7) stopień pokrewieństwa;
- 8) stopień niepełnosprawności;
- 9) informację o pozostawaniu we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą podlegającą ubezpieczeniu zdrowotnemu, zgłaszającą członka rodziny;
- 10) datę powstania obowiązku dokonania zgłoszenia członka rodziny przez osobę podlegającą ubezpieczeniu zdrowotnemu, zgłaszającą członka rodziny;
- 11) datę zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego;
- 12) datę wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia osoby podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu zgłaszającej członka rodziny;
- 13) datę wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego;
- 14) dane osoby podlegającej obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, zgłaszającej członka rodziny określone w § 9 pkt 2, pkt 3 i pkt 5.

§ 12. 1. Kasa przekazuje do centrali Funduszu następujące dane o osobach, za które zostały opłacone składki na ubezpieczenie zdrowotne, dotyczące:

- 1) osoby podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu:
 - a) nazwisko i imię,
 - b) datę urodzenia,
 - c) numer PESEL, a w przypadku gdy osoba ta nie posiada numeru PESEL – serię i numer dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 2) opłaconych składek:
 - a) okres lub okresy, których opłacona składka dotyczy,
 - b) kwotę podstawy wymiaru składki,
 - c) kwotę składki należnej,
 - d) kwotę składki opłaconej,
 - e) kwotę opłaconych odsetek za zwłokę.

2. W przypadku ubezpieczonych, za których składki na ubezpieczenie zdrowotne opłaca rolnik dniem, o którym mowa w art. 87 ust. 7 ustawy, jest dzień wprowadzenia wpłaty do ewidencji ubezpieczonego.

§ 13. 1. Na wniosek centrali Funduszu lub oddziału wojewódzkiego Funduszu, Kasa przekazuje następujące dane związane z określeniem właściwego ustawodawstwa niezbędnego do potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z przepisami o koordynacji dotyczące:

- 1) wydania formularza A1, E101 albo E102;
 - 2) okresu na jaki formularz A1, E101 albo E102 został wystawiony;
 - 3) przekazania przez ubezpieczonego informacji o skróceniu okresu pracy na własny rachunek za granicą;
 - 4) rolnika będącego płatnikiem składek:
 - a) imię i nazwisko,
 - b) miejsce położenia gospodarstwa rolnego.
2. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, kieruje się do jednostki Kasy właściwej ze względu na miejsce położenia gospodarstwa rolnego, a jeśli Fundusz nie posiada danych rolnika - do jednostki właściwej ze względu na miejsce zamieszkania ubezpieczonego.
3. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, zawiera:
- 1) dane identyfikacyjne ubezpieczonego:
 - a) imię i nazwisko,
 - b) numer PESEL, a w przypadku gdy ta osoba nie posiada numeru PESEL serię i numer dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;;
 - 2) okres, którego wniosek dotyczy;
 - 3) państwo lub państwa, w których wykonywana jest praca na własny rachunek;
 - 4) dane o działalności na własny rachunek wykonywanej w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA);
 - 5) dane rolnika :
 - a) imię i nazwisko,
 - b) miejsce położenia gospodarstwa rolnego.

§ 14. 1. Na wniosek centrali Funduszu lub oddziału wojewódzkiego Funduszu, Kasa przekazuje posiadane dane związane z potwierdzeniem prawa do świadczeń opieki zdrowotnej z tytułu wypadku przy pracy rolniczej lub rolniczej choroby zawodowej w

państwie Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) dotyczące:

1) braku poświadczenia we wskazanym kraju i okresie formularza A1, E101 albo E102 oraz o braku podstaw do zastosowania polskiego ustawodawstwa z uwagi na fakt, że osoba we wskazanym okresie nie była zgłoszona do ubezpieczeń społecznych;
2) poświadczenia we wskazanym kraju i okresie formularza A1, E101 albo E102 oraz w przypadku skrócenia pracy na własny rachunek za granicą - także o okresie ważności formularza A1, wraz z posiadanymi danymi dotyczącymi:

- a) wypłacenia zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego z tytułu wypadku przy pracy rolniczej oraz okresie, za który zostały wypłacone,
- b) uznania przez Kasę zdarzenia za wypadek przy pracy,
- c) stwierdzonego naruszenia sprawności organizmu w wyniku wypadku przy pracy rolniczej;

3) braku poświadczenia we wskazanym kraju i okresie formularza A1, E101 albo E102, oraz o zastosowaniu do ubezpieczonego polskiego ustawodawstwa z uwagi na fakt zgłoszenia do ubezpieczenia wypadkowego, wraz z posiadanymi danymi, o których mowa w pkt 2.

2. W przypadku, gdy wniosek, o którym mowa w ust. 1, dotyczy osoby uprawnionej do renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy rolniczej lub rolniczą chorobą zawodową z Funduszu Emerytalno – Rentowego Kasy, zamieszkałej za granicą w państwie członkowskim Unii Europejskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), której świadczenie transferowane jest do miejsca zamieszkania za granicą w państwach członkowskich lub wypłacane jest w Rzeczypospolitej Polskiej na rachunek bankowy lub do rąk osoby zamieszkałej w Rzeczypospolitej Polskiej upoważnionej do odbioru świadczenia, Kasa przekazuje dane o:

- 1) przyznaniu renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy rolniczej lub rolniczą chorobą zawodową z podaniem daty, od której świadczenie to przysługuje;
- 2) dacie wypadku przy pracy rolniczej lub dacie powstania rolniczej choroby zawodowej;
- 3) stwierdzonym naruszeniu sprawności organizmu w wyniku wypadku przy pracy rolniczej lub rolniczej choroby zawodowej.

3. Centrala Funduszu lub oddział wojewódzki Funduszu występują do Kasy, jeżeli nie uzyskają danych, o których mowa w ust. 1 i ust. 2, od płatnika składek lub ubezpieczonego.

4. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, kieruje się do oddziału Kasy właściwego ze względu na siedzibę płatnika składek lub miejsce położenia gospodarstwa rolnego, a jeżeli Fundusz nie posiada informacji na temat siedziby płatnika składek lub położenia gospodarstwa rolnego – do oddziału Kasy właściwego ze względu na miejsce zamieszkania ubezpieczonego.

5. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, zawiera:

- 1) imię i nazwisko oraz numer PESEL, a jeżeli osoba ta nie posiada numeru PESEL – serię i numer dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 2) adres zamieszkania ubezpieczonego;
- 3) kraj, w którym miał miejsce wypadek przy pracy;
- 4) okres, za który udzielono świadczeń opieki zdrowotnej z tytułu wypadku przy pracy rolniczej;
- 5) datę wypadku przy pracy rolniczej lub okres zwolnienia lekarskiego;
- 6) dane identyfikacyjne płatnika:
 - a) numer NIP,
 - b) nazwę skróconą, a w przypadku płatników składek osób fizycznych nieposiadających nazwy skróconej – imię i nazwisko.

§ 15. Podmiot zobowiązany przekazuje do centrali Funduszu dane, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 1 i pkt 2 lit. a, lit. b i lit. d, ust. 2 pkt 2 oraz w § 3 - 5.

§ 16. 1. Dane, o których mowa w § 2-5, Zakład przekazuje do centrali Funduszu za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

2. Dane, o których mowa w § 9 oraz § 10 - 12, Kasa przekazuje do centrali Funduszu za pomocą środków komunikacji elektronicznej, a pozostałe dane, co do których przekazywania jest zobowiązana Kasa – w postaci papierowej.

3. Podmiot zobowiązany przekazuje do centrali Funduszu dane w postaci elektronicznej.

4. Dane, o których mowa w § 6 - 8, Zakład przekazuje:

- 1) za pomocą środków komunikacji elektronicznej albo
- 2) w postaci papierowej.

5. Format i terminy przekazywania danych, o których mowa w ust. 1-3 i ust. 4 pkt 1, odpowiednio Zakład, Kasa oraz podmiot zobowiązany uzgadniają z centralą Funduszu.

§ 17. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2013 r., z wyjątkiem § 5 pkt 2 lit. b, § 9 pkt 7 oraz § 10 pkt 4, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.²⁾

MINISTER ZDROWIA

W porozumieniu:

MINISTER PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 11 lutego 2009 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz sposobu przekazywania do centrali Narodowego Funduszu Zdrowia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego danych dotyczących osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatników składek (Dz. U. Nr 30, poz. 192), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 2 ustawy z dnia 27 lipca 2012r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. poz. 1016).

Uzasadnienie

Niniejszy projekt stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 87 ust. 11 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”.

W celu zapewnienia wszystkich danych, niezbędnych do potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie danych zawartych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych, ustawą z dnia 27 lipca 2012 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1016) rozszerzono dotychczasowy zakres przekazywanych danych przez odpowiednio Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego o informacje dotyczące:

- osób, które pomimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zachowują prawo do świadczeń finansowanych przez Fundusz; zgodnie z art. 67 ust. 6 i 7 ustawy, są to osoby w okresie pobierania zasiłku przyznanego na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym, którego nie zalicza się do podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne, oraz osoby ubiegające się o przyznanie emerytury lub renty (art. 87 ust. 10c i ust. 10d),

- osób korzystających z bezpłatnego urlopu; zgodnie bowiem z art. 69 ust. 3 ustawy osoby te tracą prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego po upływie 30 dni od dnia rozpoczęcia urlopu; dla ustalenia prawa do świadczeń w przypadku tych osób Fundusz potrzebuje informacji dotyczącej osób, którym pracodawca udzielił urlopu bezpłatnego i terminu rozpoczęcia tego urlopu oraz informacji o ponownym podjęciu pracy (w przypadku ustania zatrudnienia pracodawca jest zobowiązany do wyrejestrowania) (art. 87 ust. 10c i 10e).

Przepisy projektowanego rozporządzenia będą miały zastosowanie do osób pobierających od dnia 1 stycznia 2013 r. zasiłek lub świadczenie rehabilitacyjne, a także pracowników korzystających z urlopu bezpłatnego od tej daty albo osób, które wystąpią od dnia 1 stycznia 2013 r. z wnioskiem o przyznanie emerytury lub renty.

Poszerzony zakres danych obejmuje także informacje konieczne do:

- określenia właściwego ustawodawstwa niezbędne do potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z przepisami o koordynacji,
- potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej w państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA).

Nie wszystkie dane przekazywane będą w postaci elektronicznej - w odniesieniu do danych dotyczących określania ustawodawstwa właściwego wynika to z faktu, iż formularze E101, E102 czy A1 wydawane są tylko w wersji papierowej i nie są elektroniczne. W momencie wejścia w życie elektronicznej wymiany dokumentów pomiędzy instytucjami państw członkowskich w ramach systemu EESSI, dane z formularza A1 będą mogły być zasilane z systemu.

W postaci papierowej przekazywane będą także dane, o których mowa w § 8 ust. 2, tj. dane dotyczące osób uprawnionych do renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową z FUS. Dane te będą przekazywane na wniosek NFZ dopiero w sytuacji gdy nie uzyska ich od płatnika lub ubezpieczonego. Oznacza to, iż takich spraw będzie niewiele. Ponadto niektóre z tych danych (jak np. informacja o naruszeniu sprawności organizmu) nie są dostępne w systemach informatycznych. Wyciągnięcie tych danych wymaga analizy akt rentowych prowadzonych w formie papierowej. Podobnie większość danych, wymienionych w § 6, 7, 8, 13 i 14, dotyczących indywidualnych przypadków, które mogą być konieczne do postępowania sądowego w formie papierowej, jest ewidencjonowane w ZUS i KRUS wyłącznie w postaci papierowej i nie ma technicznych możliwości przekazania ich do NFZ w formie elektronicznej.

Procedury zabezpieczenia poufności danych przekazywanych w postaci papierowej zostaną opracowane przez zaangażowane w wymianę danych instytucje zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

Dodatkowo projektowane rozporządzenie odzwierciedla zmiany, jakie wprowadzono do ustawy w celu wprowadzenia funkcjonalnego systemu ochrony danych identyfikujących funkcjonariuszy Centralnego Biura Antykorupcyjnego.

Ustawa ze względu na zakres regulowanych spraw, zmieniła organ właściwy do wydania rozporządzenia i jest nim obecnie minister właściwy do spraw zdrowia, który rozporządzenie to wydaje w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego (uprzednio była to Rada Ministrów).

Przepisy projektowanego rozporządzenia wejdą w życie z dniem 1 stycznia 2013 r., z tym że: dane dotyczące daty opłacenia składek na ubezpieczenie zdrowotne (§ 5 pkt 2 lit. b projektu rozporządzenia) w przypadku ZUS oraz powstania i wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego (§ 9 pkt 7 oraz § 10 pkt 4) w przypadku KRUS, będą przekazywane od dnia 1 stycznia 2015 r. ze względu na konieczność modyfikacji systemów informatycznych związanych m.in. z reformą systemu ubezpieczeń rolników.

Uzasadnieniem zróżnicowania terminów w zakresie wejścia w życie przepisów projektu rozporządzenia (1 stycznia 2013 r.) oraz przekazywania wskazanych w §17 danych (od 1 stycznia 2015 r.) jest konieczność dokonania zmian w systemie informatycznym, odpowiednio Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Różnica między terminami wskazanymi powyżej jest niezbędnym czasem potrzebnym na realizację tych zmian. Zmiany systemu informatycznego będą polegały między innymi na tym, iż koniecznym będzie wprowadzenie i dostosowanie obecnie stosowanych mechanizmów automatycznego przetwarzania danych oraz wprowadzenia nowych funkcjonalności w aplikacjach interakcyjnych wspomagających obsługę wniosków przekazywanych przez NFZ. Niezbędne również będzie dostosowanie systemu informatycznego w zakresie rozszerzenia interfejsu wymiany danych z NFZ oraz wprowadzenie zadań automatycznie generowanych w systemie komputera centralnego.

Projekt rozporządzenia – stosownie do przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) – został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej. Projekt rozporządzenia został także udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji zgodnie z § 11a uchwały nr 49 Rady Ministrów z dnia 19 marca 2002 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M. P. Nr 13, poz. 221, z późn. zm.).

Projekt regulacji 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 oddziałują projektowane regulacje

Projekt rozporządzenia wywiera wpływ na Narodowy Fundusz Zdrowia, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz podmiot zobowiązany do przekazania składek za osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 8a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Podmioty te na mocy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w brzmieniu nadanym przez ustawę z dnia 27 lipca 2012 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1016) zostały zobowiązane do przekazywania szerszego zakresu danych do Funduszu.

2. Konsultacje społeczne

Projekt dotyczy wymiany danych pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia, Zakładem Ubezpieczeń Społecznych, Kasą Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz Centralnym Biurem Antykorupcyjnym (podmiotem zobowiązanym do przekazywania składek za funkcjonariuszy CBA) i są to główne podmioty, których dotyczą wprowadzane regulacje. Wydanie rozporządzenia wymaga zasięgnięcia opinii Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Prezesa Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

Ponadto projekt został przekazany do konsultacji z następującymi podmiotami: Naczelną Radą Lekarską, Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, Naczelną Radą Aptekarską, Krajową Radą Diagnostów Laboratoryjnych oraz: Business Centre Club - Związek Pracodawców, Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych Lewiatan, Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej, Związek Rzemiosła Polskiego, Krajowa Izba Gospodarcza, Komisja Krajowa NSZZ „Solidarność”, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Forum Związków Zawodowych oraz Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego.

Projekt rozporządzenia – stosownie do przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) – został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej. Projekt rozporządzenia został także udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji zgodnie z § 11a 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 dochody i wydatki sektora finansów publicznych, w tym na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Wpływ projektowanej regulacji na dochody i wydatki sektora finansów publicznych, został uwzględniony w Ocenie Skutków Regulacji będącej częścią uzasadnienia do projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków

publicznych. Koszty Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego związane z dostosowaniem ich systemów informatycznych do przekazywania zwiększonego zakresu danych oszacowano łącznie na 10 mln zł (5 mln ZUS i 5 mln KRUS).

Szacowane koszty dotyczą dostosowania obecnie wykorzystywanych w ZUS oraz w KRUS systemów informatycznych do nowych rozwiązań legislacyjnych. Systemy zostaną przygotowane do komunikacji z NFZ zgodnie z nowymi potrzebami. Zmiany dotyczą wprowadzenia i dostosowania obecnie stosowanych mechanizmów automatycznego przetwarzania danych oraz wprowadzenia nowych funkcjonalności w aplikacjach interakcyjnych wspomagających obsługę wniosków przekazywanych przez NFZ.

W szczególności w przypadku ZUS zmiany obejmują:

- 1) dostosowanie systemu informatycznego do informowania NFZ o toczących się postępowaniach o przyznanie emerytury lub renty i rozszerzenie interfejsu wymiany danych z NFZ w tym zakresie.
- 2) wprowadzenie odpowiednich funkcjonalności w aplikacjach interakcyjnych oraz zadań automatycznie generowanych w systemie komputera centralnego,
- 3) rozszerzenie interfejsu wymiany danych z NFZ oraz obsługę systemową danych o pracownikach korzystających z urlopów bezpłatnych i osobach, którym ZUS wypłaca zasiłki po ustaniu zatrudnienia,
- 4) wspomaganie systemowe obsługi zapytań i wniosków przekazywanych przez oddziały NFZ oraz wprowadzenie nowych funkcjonalności w aplikacjach interakcyjnych umożliwiających pracownikom dostęp do tych danych,
- 5) zablokowanie możliwości wystawiania zaświadczeń dotyczących ubezpieczenia zdrowotnego przez pracowników ZUS.

W przypadku KRUS koszty także związane są z rozbudową i zmianą zakresu danych wymienianych pomiędzy KRUS i NFZ i dotyczą:

- 1) modyfikacji mechanizmów przekazywania danych pomiędzy instytucjami w zakresie częstotliwości i formy przekazywania danych,
- 2) modyfikacji i rozbudowy systemu obsługi ubezpieczeń, które pozwolą na automatyczne przetworzenie i przygotowanie danych niezbędnych do przekazania do NFZ,
- 3) modyfikacji i rozbudowy systemu obsługi świadczeń długoterminowych, które pozwolą na automatyczne przetworzenie i przygotowanie danych niezbędnych do przekazania do NFZ,
- 4) modyfikacji i rozbudowy systemu komunikacji z NFZ, które pozwolą na zmianę częstotliwości i formy przekazywania danych.

Koszty dostosowania systemów informatycznych zostaną pokryte w ramach środków przewidzianych w planie finansowym na 2012 r. na zmiany systemów informatycznych.

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

Projekt nie będzie miał wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

7. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia

Dzięki poszerzonemu zakresowi danych przekazywanych Funduszowi przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, szerszy krąg świadczeniobiorców będzie mógł skorzystać z uproszczonego elektronicznego sposobu potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, co wpłynie na poprawę dostępu do świadczeń.

8. Wpływ regulacji na warunki życia ludności

Dzięki poszerzonemu zakresowi danych przekazywanych Funduszowi przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, szerszy krąg świadczeniobiorców będzie mógł skorzystać z uproszczonego elektronicznego sposobu potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, co znacznie ułatwi świadczeniobiorcom potwierdzanie prawa do świadczeń, i zwolni z konieczności posiadania przy sobie dokumentów papierowych, potwierdzających to prawo. Dotyczy to osób, które mimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zachowują prawo do świadczeń (zgodnie z art. 67 ust. 6 i 7 ustawy, są to osoby w okresie pobierania zasiłku przyznanego na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym, którego nie zalicza się do podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne, oraz osoby ubiegające się o przyznanie emerytury lub renty).

9. Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Projekt nie jest objęty prawem Unii Europejskiej