



# DZIENNIK USTAW

## RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

---

Warszawa, dnia 18 sierpnia 2020 r.

Poz. 1410

### OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 5 sierpnia 2020 r.

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

1. Na podstawie art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1461) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2012 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz sposobu przekazywania danych dotyczących osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatników składek, osób pobierających zasiłki przyznane na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym, osób ubiegających się o przyznanie emerytury lub renty oraz pracowników korzystających z urlopu bezpłatnego (Dz. U. poz. 1446), z uwzględnieniem zmian wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2018 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie szczegółowego zakresu oraz sposobu przekazywania danych dotyczących osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatników składek, osób pobierających zasiłki przyznane na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym, osób ubiegających się o przyznanie emerytury lub renty oraz pracowników korzystających z urlopu bezpłatnego (Dz. U. poz. 1801).

2. Podany w załączniku do niniejszego obwieszczenia tekst jednolity rozporządzenia nie obejmuje § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowego zakresu oraz sposobu przekazywania danych dotyczących osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatników składek, osób pobierających zasiłki przyznane na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym, osób ubiegających się o przyznanie emerytury lub renty oraz pracowników korzystających z urlopu bezpłatnego (Dz. U. poz. 1801), który stanowi:

„§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.”.

Minister Zdrowia: *wz. W. Kraska*

Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia  
z dnia 5 sierpnia 2020 r. (poz. 1410)

## **ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia 17 grudnia 2012 r.

### **w sprawie szczegółowego zakresu oraz sposobu przekazywania danych dotyczących osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatników składek, osób pobierających zasiłki przyznane na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym, osób ubiegających się o przyznanie emerytury lub renty 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 2020 r. poz. 1398) 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”

– danych dotyczących osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatników składek oraz osób, w stosunku do których wygasł obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego, a które pobierają zasiłki przyznane na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym albo które ubiegają się o przyznanie emerytury lub renty, 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, jeżeli 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) wskazanie płci,
  - 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,

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2269).

- 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 która pobiera zasiłek przyznany 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,
  - c) okres, za który wypłacono zasiłek;
- 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,
  - 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 która ubiega się o przyznanie emerytury lub renty:
  - 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 zamieszkującej 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), niepodlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu pobierania emerytury lub renty albo wydania decyzji przyznającej emeryturę lub rentę bez realizacji wypłaty 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 okresie 45 dni od daty wydania decyzji nie wpłynie informacja o odwołaniu,
    - gdy zostanie złożone odwołanie do sądu – odpowiednio datę powstania prawa do emerytury lub renty ustaloną prawomocnym wyrokiem sądu albo datę uprawomocnienia się wyroku utrzymującego w mocy decyzję odmawiającą prawa do emerytury lub renty,
  - f) datę umorzenia postępowania – w przypadku wycofania wniosku o emeryturę lub rentę.

**§ 3.** Zakład w przypadku wygaśnięcia ubezpieczenia zdrowotnego przekazuje do centrali Funduszu następujące dane podane w zgłoszeniu o wyrejestrowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego, dotyczące:

- 1) osoby podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu:
  - a) określone w § 2 ust. 1 pkt 1 lit. b, c, f oraz 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 wyrejestrowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego 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) wskazanie płci – 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 statusu członka rodziny;
- 11) datę zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego;
- 12) datę wygaśnięcia statusu 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, c oraz f;
- 15) dane płatnika składek na ubezpieczenie zdrowotne określone w § 2 ust. 1 pkt 2 lit. a oraz d.

**§ 5.** Zakład przekazuje do centrali Funduszu następujące dane o osobach, za które zostały opłacone składki na ubezpieczenie zdrowotne, dotyczące:

- 1) osoby podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu, określone w § 2 ust. 1 pkt 1 lit. b, c oraz 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, posiadane przez Fundusz, 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 osoba ta 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 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 o dane, o których mowa w ust. 1, jeżeli nie uzyskają tych danych 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 ubezpieczony nie posiada numeru PESEL – serię i numer dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 2) okres, którego wniosek dotyczy;
- 3) wskazanie państwa lub państw, w których jest albo była wykonywana praca najemna lub działalność gospodarcza;
- 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 w państwie członkowskim 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 członkowskim Unii Europejskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), dotyczące:

- 1) braku poświadczenia we wskazanym kraju i okresie formularza A1, E101 albo E102 oraz 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 skrócenia 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 okresu, za który zasiłek lub świadczenie 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 zastosowania 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 Funduszu Ubezpieczeń Społecznych z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową, zamieszkałą za granicą w państwie członkowskim Unii Europejskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), której świadczenie jest przekazywane do miejsca zamieszkania za granicą w państwach członkowskich lub jest wypłacane 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 oraz o dacie, 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 o dane, o których mowa w ust. 1 i 2, jeżeli nie uzyskają tych danych 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 w przypadku gdy osoba ta nie posiada numeru PESEL – serię i numer dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 2) adres zamieszkania ubezpieczonego;
- 3) wskazanie kraju, 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.<sup>2)</sup> Kasa przekazuje do centrali Funduszu następujące dane – podane w zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 77 ust. 1 ustawy, dotyczące:

- 1) osoby podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu:
  - a) wskazanie oddziału wojewódzkiego Funduszu,
  - b) nazwisko i imię,
  - c) datę urodzenia,
  - d) adres zamieszkania, a w przypadku gdy osoba ta nie ma na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej miejsca zamieszkania – adres czasowego miejsca pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
  - e) numer PESEL, a w przypadku gdy osoba ta nie posiada numeru PESEL – serię i numer dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość,
  - f) wskazanie płci,
  - g) kod tytułu ubezpieczenia,
  - h) datę powstania obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego,
  - i) datę zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego;

---

<sup>2)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowego zakresu oraz sposobu przekazywania danych dotyczących osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatników składek, osób pobierających zasiłki przyznane na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym, osób ubiegających się o przyznanie emerytury lub renty oraz pracowników korzystających z urlopu bezpłatnego (Dz. U. poz. 1801), które weszło w życie z dniem 21 września 2018 r.

- 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.

**§ 10.** 1.<sup>3)</sup> W przypadku wygaśnięcia ubezpieczenia zdrowotnego Kasa przekazuje do centrali Funduszu następujące dane dotyczące:

- 1) osoby podlegającej ubezpieczeniu:
  - 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,
  - d) datę wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego,
  - e) datę wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego;
- 2) płatnika składek na ubezpieczenie zdrowotne określone w § 9 pkt 2.

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

- 1)<sup>4)</sup> dane, o których mowa w § 9 pkt 1 lit. b–f;
- 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 okresie 45 dni od daty wydania decyzji nie wpłynie informacja o odwołaniu,
  - b) gdy zostanie złożone odwołanie do sądu – odpowiednio datę powstania prawa do emerytury lub renty ustaloną prawomocnym wyrokiem sądu albo datę 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 wyrejestrowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny:

- 1) wskazanie oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- 2) nazwisko i imię;
- 3) datę urodzenia;
- 4) adres zamieszkania;
- 5) numer PESEL, a w przypadku gdy członek rodziny nie posiada numeru PESEL – serię i numer dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 6) wskazanie płci;
- 7) kod stopnia pokrewieństwa;
- 8) kod stopnia niepełnosprawności;

<sup>3)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 lit. a rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 2.

<sup>4)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 lit. b rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 2.

- 9) informację o pozostawaniu we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą podlegającą ubezpieczeniu zdrowotnemu zgłaszającą członka rodziny;
- 10) datę powstania statusu członka rodziny;
- 11) datę zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego;
- 12) datę wygaśnięcia statusu członka rodziny;
- 13) datę wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego;
- 14)<sup>5)</sup> dane osoby podlegającej obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego zgłaszającej członka rodziny określone w § 9 pkt 1 lit. b, c i e.

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

- 1)<sup>6)</sup> osoby podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu określone w § 9 pkt 1 lit. b, c i e;
- 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.

**§ 13. 1.** Na wniosek centrali Funduszu lub oddziału wojewódzkiego Funduszu Kasa przekazuje następujące dane związane z określeniem właściwego ustawodawstwa niezbędnego do potwierdzenia 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 jeżeli 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 ubezpieczony nie posiada numeru PESEL – serię i numer dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 2) okres, którego wniosek dotyczy;
- 3) wskazanie państwa lub państw, w których jest wykonywana praca na własny rachunek;
- 4) dane o działalności na własny rachunek wykonywanej w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA);
- 5) dane rolnika:
  - a) imię i nazwisko,
  - b) miejsce położenia gospodarstwa rolnego.

<sup>5)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 3 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 2.

<sup>6)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 4 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 2.



**§ 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 członkowskim Unii Europejskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), dotyczące:

- 1) braku poświadczenia we wskazanym kraju i okresie formularza A1, E101 albo E102 oraz 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 – dotyczące okresu ważności formularza A1, wraz z posiadanymi danymi dotyczącymi:
  - a) wypłacenia zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego z tytułu wypadku przy pracy rolniczej oraz okresu, za który zasiłek został wypłacony,
  - 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 zastosowania 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 Funduszu Emerytalno-Rentowego Kasy z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy rolniczej lub rolniczą chorobą zawodową, zamieszkałej za granicą w państwie członkowskim Unii Europejskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), której świadczenie jest przekazywane do miejsca zamieszkania za granicą w państwach członkowskich lub jest wypłacane 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 oraz o dacie, 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 o dane, o których mowa w ust. 1 i 2, jeżeli nie uzyskają tych danych 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 ma 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 w przypadku gdy ubezpieczony 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 rolniczej;
- 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, b oraz 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 ust. 1, § 11 i 12, Kasa przekazuje do centrali Funduszu za pomocą środków komunikacji elektronicznej, a pozostałe dane, do których przekazywania Kasa jest zobowiązana – 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 przekazywania danych, o których mowa w ust. 1–3 i ust. 4 pkt 1, odpowiednio Zakład, Kasa oraz podmiot zobowiązany uzgadniają z centralą Funduszu, zapewniając bezpieczeństwo przekazu informacji oraz poufność i integralność przekazywanych danych, zgodnie z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych oraz bezpieczeństwa teleinformatycznego.

§ 17. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2013 r., z wyjątkiem § 5 pkt 2 lit. b, § 9 pkt 7, § 10 ust. 1 pkt 4 oraz § 11 pkt 9, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.<sup>7)</sup>

---

<sup>7)</sup> 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. poz. 192), które utraciło moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 2 ustawy z dnia 27 lipca 2012 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1016).