



DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 8 czerwca 2022 r.

Poz. 1221

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 7 czerwca 2022 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 2021 r. poz. 1285, 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”

– danych dotyczących osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatników składek oraz osób, w stosunku do których wygaś 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,

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 932).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2021 r. poz. 1292, 1559, 1773, 1834, 1981, 2105, 2120, 2232, 2270, 2427 i 2469 oraz z 2022 r. poz. 64, 91, 526, 583, 655, 807, 974, 1002 i 1079.

- 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,
 - 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 wygaś 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,
 - d) datę powstania prawa do zasiłku,
 - e) datę ustania prawa do zasiłku;
- 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 wygaś obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego, 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), lub Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, zwanego dalej „Zjednoczonym Królestwem”, 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), lub Zjednoczonego Królestwa 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. Zakład przekazuje do centrali Funduszu 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 dokument, o którym mowa w pkt 1, został wystawiony;
- 3) informacji o ważności dokumentów, o których mowa w pkt 1, z uwzględnieniem informacji Zakładu o skróceniu okresu oddelegowania;
- 4) płatnika składek:
 - a) numer NIP lub REGON,
 - b) nazwę skróconą, a w przypadku płatników składek osób fizycznych nieposiadających nazwy skróconej – imię i nazwisko,
 - c) adres siedziby;
- 5) państwa, którego ustawodawstwo zostało uznane za właściwe, wskazanego w dokumencie, o którym mowa w pkt 1;
- 6) podstawy prawnej ustalenia ustawodawstwa właściwego w przypadku formularza E 101;
- 7) pracodawcy w państwie wykonywania pracy wskazanym w dokumencie, o którym mowa w pkt 1;
- 8) statusu osoby wskazanej w przypadku formularza A1;
- 9) oddziału Zakładu, który wydał dokument, o którym mowa w pkt 1;
- 10) nieodnotowania w systemach teleinformatycznych Zakładu informacji o wystawieniu formularza A1, E101, E102 oraz o wydaniu decyzji o odmowie wydania formularza A1, E101, E102 dotyczących wskazanego kraju i okresu.

2. Centrala Funduszu lub oddział wojewódzki Funduszu występują do Zakładu z wnioskiem o dane, o których mowa w ust. 1, jeżeli nie uzyskają tych danych w postaci elektronicznej.

3. Wniosek, o którym mowa w ust. 2, 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. 2, 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 lub REGON 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), lub w Zjednoczonym Królestwie.

§ 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), lub w Zjednoczonym Królestwie, dotyczące:

- 1) braku poświadczenia we wskazanym kraju i okresie formularza A1, E101 albo E102 oraz podlegania albo niepodlegania ubezpieczeniom społecznym;
- 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 podlegania albo niepodlegania ubezpieczeniu wypadkowemu, 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, zamieszkałej za granicą w państwie członkowskim Unii Europejskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), lub w Zjednoczonym Królestwie, 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. 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;
- 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. 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 wygaśł obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego, która ubiega się o przyznanie emerytury lub renty z ubezpieczenia społecznego rolników, Kasa przekazuje do centrali Funduszu następujące dane:

- 1) 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;
- 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 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) 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 potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z przepisami o koordynacji, dotyczące:

- 1) wydania formularza A1, E101 albo E102;
- 2) okresu, na jaki dokument, o którym mowa w pkt 1, 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), lub w Zjednoczonym Królestwie;
- 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 członkowskim Unii Europejskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), lub w Zjednoczonym Królestwie, 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), lub w Zjednoczonym Królestwie, 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 oraz § 7 ust. 1, Zakład przekazuje do centrali Funduszu za pomocą środków komunikacji elektronicznej. W przypadku przekazywania danych, o których mowa w § 7 ust. 1, na wniosek centrali Funduszu lub oddziału wojewódzkiego Funduszu, Zakład może je przekazać w postaci papierowej.

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 i § 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. W okresie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie rozporządzenia dane, o których mowa w § 7 ust. 1, Zakład przekazuje na wniosek centrali Funduszu lub oddziału wojewódzkiego Funduszu. Wniosek zawierający dane, o których mowa w § 7 ust. 4, 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.

§ 18. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 9 czerwca 2022 r.³⁾

Minister Zdrowia: wz. *W. Kraska*

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem 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. z 2020 r. poz. 1410), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 8 ustawy z dnia 17 listopada 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2120).