

Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego i jego rola

Ubezpieczeniem zdrowotnym są objęte osoby podlegające obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu i ubezpieczające się dobrowolnie oraz członkowie rodzin tych osób. Jednak aby te osoby mogły otrzymać status ubezpieczonego, a w rezultacie – prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, trzeba je zgłosić do tego ubezpieczenia.

1. Zgłoszenie osób podlegających obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego

W myśl ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz.U. z 2015 r. poz. 581 z późn. zm.), nazywanej dalej ustawą, obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za spełniony po zgłoszeniu osoby podlegającej temu obowiązkowi do Narodowego Funduszu Zdrowia i opłaceniu składki na ubezpieczenie zdrowotne w terminie i na zasadach określonych w ustawie.

Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego uzyskuje prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego, dopiero gdy zostaje zgłoszona do Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). Zgłoszenie to następuje natomiast z datą powstania tytułu, z którym powiązany jest obowiązek tego ubezpieczenia. Przykładowo: pracownik zgłaszany jest do ubezpieczenia zdrowotnego z datą nawiązania stosunku pracy, zleceniobiorca z datą rozpoczęcia wykonywania pracy na podstawie umowy zlecenia, a osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą – od dnia, w którym zaczyna prowadzić tę działalność.

Samo podleganie obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu nie oznacza jeszcze zatem, że osoba nim objęta ma już prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego. Otrzyma je dopiero po tym, jak zostanie zgłoszona do ubezpieczenia zdrowotnego. Dlatego fakt zgłoszenia danej osoby do ubezpieczenia zdrowotnego odgrywa bardzo istotną rolę w ustaleniu prawa tej osoby do korzystania ze świadczeń przysługujących w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

2. Zgłoszenie członka rodziny

Osoba objęta obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym ma obowiązek zgłosić do NFZ członków swojej rodziny (jeżeli spełniają oni warunki określone w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6 oraz art. 5 pkt 3 ustawy), którzy uzyskują po zgłoszeniu prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego. Osoby, które do ubezpieczenia zdrowotnego zgłaszane są za pośrednictwem płatnika (np. pracownicy, których zgłasza pracodawca), informują tegoż płatnika o członkach rodziny podlegających zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego w terminie 7 dni od dnia zaistnienia okoliczności powodujących konieczność dokonania zgłoszenia (np. w terminie 7 dni od daty urodzenia się dziecka czy w terminie 7 dni od daty utraty przez małżonka statusu osoby odprowadzającej składkę na ubezpieczenie zdrowotne, np. w związku z utratą pracy).

Zgłoszenia członka rodziny dokonuje się wraz ze zgłoszeniem osoby, która zgłasza danego członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego. W praktyce jednak nie zawsze udaje się to zrealizować. Równoczesne (tj. od tej samej daty) zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego zarówno osoby objętej obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym, jak i członka rodziny tej osoby jest możliwe tylko wówczas, gdy już w dniu objęcia

obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym osoba najbliższa dla ubezpieczonego spełnia warunki do uznania jej za członka rodziny w rozumieniu ustawy.

W tym miejscu należy wskazać, że zgodnie z ustawą (art. 5 pkt 3) członkiem rodziny osoby opłacającej składkę na ubezpieczenie zdrowotne jest:

- a) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuk albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli uczy się dalej w szkole, zakładzie kształcenia nauczycieli, uczelni lub jednostce naukowej prowadzącej studia doktoranckie – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,
- b) małżonek,
- c) wstępny pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym (oczywiście pod warunkiem, że osoby te spełniają warunki określone w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6 ustawy).

Aby członkowie rodziny zostali objęci ubezpieczeniem zdrowotnym, wystarczy, że zostaną zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego przez jedną osobę podlegającą obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. A zatem jeśli każde z rodziców dziecka jest ubezpieczone np. jako pracownik, wystarczy, że jedno z nich, np. tylko ojciec, zgłosi dziecko do ubezpieczenia zdrowotnego. Wnuk może natomiast zostać zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego przez któregoś z dziadków tylko w przypadku, gdy żaden z rodziców wnuka nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego lub nie jest osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji z tytułu wykonywania pracy lub pracy na własny rachunek albo nie podlega ubezpieczeniu dobrowolnemu.

Zdarza się, że rodzice czy małżonkowie ignorują potrzebę zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego dziecka czy nieubezpieczonego małżonka. Od 1 stycznia 2013 r. motywacją do zgłaszania członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego jest wprowadzenie przez NFZ obowiązku potwierdzania przez pacjentów u świadczeniodawców (np. w szpitalach, przychodniach itp.) prawa do świadczeń poprzez ogólnopolski system elektronicznej weryfikacji uprawnień świadczeniobiorców, tzw. eWUŚ. Przyczynia się to natomiast do weryfikowania przez świadczeniodawców faktu posiadania przez pacjentów ubezpieczenia zdrowotnego, a w konsekwencji do egzekwowania obowiązku dokonywania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego.

W praktyce np. płatnicy mogą mieć wątpliwości, czy osoba objęta obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym może zgłosić członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego z datą wsteczną. Wydaje się, że takie zgłoszenie można uznać za dopuszczalne. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego ma bowiem obowiązek zgłosić członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego, powinna zatem móc go skutecznie zrealizować. Zgłoszenia do ubezpieczenia członka rodziny dokonuje się wraz ze zgłoszeniem osoby objętej obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym, dlatego jeśli dana osoba spełniała warunki do zgłoszenia do ubezpieczenia jako członek rodziny już w dniu zgłaszania do tego ubezpieczenia osoby podlegającej obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu

– to już z tą datą powinna zostać zgłoszona do tego ubezpieczenia. Jeżeli takie zgłoszenie nie nastąpiło w tym dniu, nie może to oznaczać, iż osoba objęta obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym nie może już zgłosić członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego z tą datą. Skoro bowiem obowiązek zgłoszenia członka rodziny istniał od danej daty, to przy zgłaszaniu takiej osoby do ubezpieczenia zdrowotnego należy wskazać zawsze właśnie tę datę, niezależnie od tego, kiedy następuje zgłoszenie członka rodziny do tego ubezpieczenia. Przyjęcie, że takie rozwiązanie jest niedopuszczalne, oznaczałoby, iż mimo obowiązku zgłoszenia członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego od określonej daty obowiązek ten nie mógłby jednak zostać zrealizowany.

A zatem członek rodziny powinien zostać zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego od momentu, w którym spełniał warunki do zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego. Najwcześniejszą datą objęcia członka rodziny ubezpieczeniem zdrowotnym może być dzień zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego osoby objętej obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym, na której ciążył obowiązek zgłoszenia do ubezpieczenia członka rodziny. Należy również podkreślić, iż członek rodziny uzyska prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego dopiero po zgłoszeniu do tego ubezpieczenia. Dlatego w sytuacji, gdy członek rodziny nie został zgłoszony do ubezpieczenia, nie może on korzystać ze świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Trzeba zatem przyjąć, że dla uzyskania tych uprawnień niezbędne jest samo dokonanie zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego. Termin dokonania zgłoszenia nie ma natomiast znaczenia dla prawa do korzystania ze świadczeń zdrowotnych. Ważne jest tylko to, aby świadczenia udzielone w ramach ubezpieczenia mieściły się w okresie, który został wskazany w zgłoszeniu jako okres objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym. Jako data objęcia ubezpieczeniem powinna być wskazana data, od której dana osoba spełniała faktycznie warunki do uznania jej za członka rodziny.

Powyższe uwagi dotyczące zgłaszania do ubezpieczenia członków rodziny osoby objętej obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym należy także odpowiednio odnieść do zgłaszania do ubezpieczenia członków rodziny przez osoby mające zawartą z NFZ umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Za członka rodziny osoby opłacającej składkę na ubezpieczenie zdrowotne nie jest odprowadzana składka na ubezpieczenie zdrowotne. Mimo to wspomniana osoba jest ubezpieczona i w konsekwencji ma prawo do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

W sytuacji gdy osoba zgłoszona do ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny przestała spełniać warunki do uznania jej za członka rodziny w rozumieniu ustawy, nie można jej nadal traktować jako osoby ubezpieczonej z tego tytułu. Niczego w tym zakresie nie zmienia fakt, iż osoba ta została zgłoszona do ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny i nie została wyrejestrowana z tego ubezpieczenia. Dlatego np. student, który ukończył 26 lat, nie ma statusu członka rodziny, mimo że nie został wyrejestrowany z ubezpieczenia zdrowotnego.

Zgłoszenie członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego jest obowiązkiem ubezpieczonego opłacającego składkę na ubezpieczenie zdrowotne. Płatnik nie ponosi bowiem

odpowiedzialności za brak zgłoszenia lub za nieprawidłowe zgłoszenie, jeżeli wynika to z braku informacji ze strony ubezpieczonego o konieczności zgłoszenia członka rodziny do ubezpieczenia albo gdy ubezpieczony podał nieprawdziwe lub błędne dane. Płatnik może jedynie informować ubezpieczonych o możliwości zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego osób spełniających warunki do traktowania ich jako członków rodziny.

3. Znaczenie zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego

Oprócz uzyskania przez ubezpieczonego prawa do świadczeń z chwilą zgłoszenia go do ubezpieczenia zdrowotnego zgłoszenie to służy realizacji zasady „pieniądz idzie za ubezpieczonym”. Dzięki zgłaszaniu do ubezpieczenia zdrowotnego osób opłacających składkę i członków ich rodzin możliwe jest ustalenie liczby osób ubezpieczonych zamieszkujących w danym województwie, a co za tym idzie – także liczby osób mogących potencjalnie korzystać ze świadczeń zdrowotnych na terenie danego województwa. To z kolei ma m.in. wpływ na ilość środków przekazywanych przez centralę NFZ do poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ. Dokonywanie zgłoszeń do ubezpieczenia zdrowotnego przyczynia się także do powstania wiarygodnej bazy osób ubezpieczonych w NFZ. A to z kolei nie jest obojętne dla rzetelności planów i analiz przygotowywanych przez NFZ oraz celowego i gospodarnego wydatkowania środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne; przyczynia się to także do zakontraktowania odpowiedniej liczby świadczeń opieki zdrowotnej na danym terenie. Ponadto wiarygodna baza osób ubezpieczonych umożliwia NFZ potwierdzanie ubezpieczonym prawa do świadczeń poprzez eWUŚ, tj. bez konieczności przedstawiania dokumentów potwierdzających ubezpieczenie zdrowotne lub składania oświadczeń o posiadaniu takiego ubezpieczenia. Przynależność do oddziału wojewódzkiego NFZ ma także znaczenie np. w sytuacji ubiegania się ubezpieczonego o wydanie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego czy przy potwierdzaniu skierowania na leczenie uzdrowiskowe. W obu bowiem sytuacjach właściwym miejscowo oddziałem wojewódzkim NFZ jest oddział właściwy dla miejsca zamieszkania ubezpieczonego ubiegającego się o EKUZ czy o pobyt w sanatorium.

4. Ustanie ubezpieczenia zdrowotnego

Prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego osoby objętej obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym i członków jej rodziny ustaje po upływie 30 dni od dnia, w którym wygaś obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego.

Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego wygasa np. w związku z ustaniem stosunku pracy (w przypadku pracowników), utratą statusu bezrobotnego (w przypadku bezrobotnych), utratą prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy (w przypadku rencistów), zakończeniem lub zawieszeniem prowadzenia działalności gospodarczej (w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność).

A zatem osoba, która przestała podlegać obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu i w konsekwencji została wyrejestrowana z ubezpieczenia zdrowotnego, jest – w zakresie dostępu do świadczeń – jeszcze przez 30 dni traktowana jak osoba ubezpieczona. Oznacza to, że świadczenia opieki zdrowotnej udzielone tej osobie (oraz członkom jej rodziny zgłoszonym przez nią do ubezpieczenia zdrowotnego) w okresie tych 30 dni są nadal finansowane przez NFZ.

Jeżeli w ciągu 30 dni od wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego osoba, której ubezpieczenie wygasło, nie zostanie objęta obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym z jakiegokolwiek tytułu ani nie zawrze z NFZ umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, to finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych tej osobie oraz członkom jej rodziny, którzy byli przez nią zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego, odbywa się na koszt tych osób (świadczenia są udzielane poza powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym).

Ustanie w przypadku danej osoby tytułu ubezpieczeń powoduje obowiązek wyrejestrowania tej osoby (i członków jej rodziny zgłoszonych przez nią do ubezpieczenia) z ubezpieczenia zdrowotnego.

Prawo do świadczeń w ramach ubezpieczenia zdrowotnego przez okres dłuższy niż 30 dni od daty wygaśnięcia ubezpieczenia zdrowotnego przysługuje osobom, które ukończyły szkołę ponadgimnazjalną lub wyższą. Prawo to w przypadku osób, które ukończyły szkołę ponadgimnazjalną, wygasa bowiem dopiero po upływie 6 miesięcy od dnia zakończenia nauki lub skreślenia z listy uczniów, natomiast odnośnie do osób, które ukończyły szkołę wyższą, wygasa po upływie 4 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy studentów (art. 67 ust. 5 ustawy).

Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego pomimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia ma wraz z członkami rodziny prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w okresie pobierania przez tę osobę zasiłku przyznanego na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym, którego nie zalicza się do podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne. Do przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym należy zaliczyć m.in. przepisy ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tekst jednolity: Dz.U. z 2014 r. poz. 159 z późn. zm.). Przykładem takiego zasiłku jest z kolei m.in. zasiłek chorobowy, zasiłek macierzyński i świadczenie rehabilitacyjne. A zatem w trakcie pobierania np. zasiłku chorobowego osoba zachowuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z ubezpieczenia zdrowotnego, mimo że w tym okresie nie odprowadza składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Również osoba ubiegająca się o przyznanie emerytury lub renty pomimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego (który wygasł np. z powodu ustania stosunku

pracy) ma wraz z członkami rodziny prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego w okresie trwania postępowania o przyznanie tych świadczeń. Osoba ta powinna jednak wykazać, że rzeczywiście jest w trakcie postępowania o przyznanie tego świadczenia. Takim potwierdzeniem może być w szczególności zaświadczenie organu rentowego o ubieganiu się przez tę osobę o dane świadczenie lub kopia wniosku o określone świadczenie złożonego w organie rentowym zawierająca potwierdzenie jego wniesienia. Dodatkowo od 1 stycznia 2013 r. na Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) i Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) ciąży obowiązek przekazywania do centrali NFZ danych osób, które złożyły wniosek o emeryturę lub rentę. Osoba ubiegająca się o emeryturę (rentę) ma prawo do bezpłatnych świadczeń w ramach ubezpieczenia zdrowotnego w okresie trwania postępowania o przyznanie emerytury (renty) niezależnie od tego, czy ostatecznie uzyska świadczenie emerytalne (rentowe).

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej osoby, która zawarła umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz członków jej rodziny, przysługuje od wskazanego w umowie dnia objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i wygasa po upływie 30 dni od dnia ustania ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ. Osoba opłacająca składkę na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne przestaje natomiast być objęta tym ubezpieczeniem z dniem rozwiązania umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego (za wypowiedzeniem lub porozumieniem stron) lub po upływie miesiąca nieprzerwanej zaległości w opłaceniu składek.

5. Kara za brak zgłoszenia i wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego

Ubezpieczonemu, który nie poinformował swojego płatnika o okolicznościach obligujących do zgłoszenia członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego lub wyrejestrowania go z tego ubezpieczenia, grozi grzywna (art. 193 pkt 6 ustawy). Na taką karę naraża się także płatnik, który w terminie nie dokona zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego lub wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego w sytuacji, gdy powinien to zrobić (art. 193 pkt 1a ustawy).

6. Forma zgłoszenia do ubezpieczenia

W odniesieniu do osób objętych obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym i członków ich rodzin stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące zasad, trybu i terminu zgłaszania do ubezpieczenia społecznego lub do ubezpieczenia społeczno-rolników oraz wyrejestrowywania z tych ubezpieczeń.

Wśród ubezpieczonych ustawodawca wyróżnia tych, którzy są zgłaszani do ubezpieczenia zdrowotnego za pośrednictwem płatnika oraz tych, którzy osobiście zgłaszają się do ubezpieczenia zdrowotnego.

Zdecydowaną liczebniejszą grupę stanowią ci pierwsi. Do ubezpieczenia zdrowotnego zgłasza bowiem:

- pracowników – pracodawca,
- rolników oraz ich domowników (objętych ubezpieczeniem społecznym rolników) – KRUS,
- osoby współpracujące z osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność – osoba prowadząca pozarolniczą działalność,
- osoby wykonujące pracę nakładczą – podmiot zatrudniający te osoby,
- osoby wykonujące pracę na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia oraz osoby z nimi współpracujące – zleceniodawca (zamawiający),
- osoby duchowne – przełożony domu zakonnego lub klasztoru w stosunku do członków swych zakonów lub, za zgodą ZUS, inna zwierzchnia instytucja diecezjalna lub zakonna w stosunku do duchownych objętych tą zgodą,
- członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych oraz członków spółdzielni kółek rolniczych – spółdzielnia produkcyjna lub spółdzielnia kółek rolniczych,
- osoby pobierające świadczenia socjalne wypłacane w okresie urlopu lub zasiłek socjalny wypłacany na czas przekwalifikowania zawodowego i poszukiwania nowego zatrudnienia, a także osoby pobierające wynagrodzenie przysługujące w okresie korzystania ze świadczenia górniczego albo w okresie korzystania ze stypendium na przekwalifikowanie – jednostka wypłacająca świadczenia socjalne, zasiłki socjalne oraz wynagrodzenia przysługujące w okresie korzystania ze świadczenia górniczego lub w okresie korzystania ze stypendium na przekwalifikowanie,
- osoby pobierające świadczenie szkoleniowe wypłacane po ustaniu zatrudnienia – podmiot, który wypłaca świadczenie szkoleniowe po ustaniu zatrudnienia,
- żołnierzy odbywających zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenie wojskowe, ćwiczenia wojskowe oraz pełniących służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny, kandydatów na żołnierzy zawodowych i osoby odbywające służbę zastępczą, żołnierzy zawodowych oraz żołnierzy odbywających służbę okresową lub nadterminową zasadniczą służbę wojskową – jednostka organizacyjna resortu obrony narodowej (czyli np. jednostka wojskowa, w której żołnierz pełni służbę),
- osoby podlegające kwalifikacji wojskowej pełniące służbę w Policji, Straży Granicznej i Biurze Ochrony Rządu – Ministerstwo Spraw Wewnętrznych,
- funkcjonariuszy Policji – jednostka organizacyjna podległa Komendzie Głównej Policji (np. komenda powiatowa Policji),
- funkcjonariuszy Biura Ochrony Rządu – Biuro Ochrony Rządu,
- funkcjonariuszy Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego – Agencja Bezpieczeństwa Wewnętrznego,
- funkcjonariuszy Agencji Wywiadu – Agencja Wywiadu,

- funkcjonariuszy Centralnego Biura Antykorupcyjnego – Centralne Biuro Antykorupcyjne,
- funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego – Służba Kontrwywiadu Wojskowego,
- funkcjonariuszy Służby Wywiadu Wojskowego – Służba Wywiadu Wojskowego,
- funkcjonariuszy Służby Więziennej – jednostka organizacyjna podległa ministrowi właściwemu do spraw sprawiedliwości,
- funkcjonariuszy Służby Celnej – Ministerstwo Finansów oraz dyrektor izby celnej,
- funkcjonariuszy Służby Granicznej i Państwowej Straży Pożarnej – jednostka organizacyjna podległa ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych (np. komenda powiatowa Państwowej Straży Pożarnej),
- posłów i senatorów pobierających uposażenie poselskie albo senatorskie – Kancelaria Sejmu i Kancelaria Senatu,
- sędziów i prokuratorów – jednostka organizacyjna wypłacająca wynagrodzenie (np. sąd lub prokuratura okręgowa).
- ławników sądowych niepodlegających obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu – sąd, w którym ławnik pełni swoją funkcję,
- osoby pobierające emeryturę lub rentę – ZUS, KRUS, właściwy organ emerytalny (np. Wojskowe Biuro Emerytalne) lub instytucja wypłacająca emeryturę lub rentę albo bank dokonujący wypłaty emerytury lub renty z zagranicy,
- osoby w stanie spoczynku pobierające uposażenie lub uposażenia rodzinne, a także osoby pobierające uposażenie po zwolnieniu ze służby lub świadczenie pieniężne o takim samym charakterze – podmiot wypłacający to uposażenie lub świadczenie,
- uczniów oraz słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli w rozumieniu przepisów o systemie oświaty oraz dzieci przebywające w placówkach pełniących funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze lub opiekuńcze albo w domach pomocy społecznej, jeżeli nie podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu – odpowiednio szkoła, zakład kształcenia nauczycieli, placówka pełniąca funkcję resocjalizacyjną, wychowawczą lub opiekuńczą i dom pomocy społecznej,
- dzieci do czasu rozpoczęcia realizacji obowiązku szkolnego, nieprzebywające w wymienionych placówkach, niepodlegające obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu – ośrodek pomocy społecznej na wniosek opiekuna prawnego lub faktycznego dziecka albo z własnej inicjatywy,
- studentów i słuchaczy studiów doktoranckich, niepodlegających ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu – szkoła wyższa lub jednostka prowadząca studia doktoranckie,
- alumnów wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulantów, nowicjuszy i juniorystów zakonów męskich i żeńskich i ich odpowiedników (z wyłączeniem alumnów itp. będących cudzoziemcami) – odpowiednio wyższe seminarium duchowne albo teologiczne lub zakon albo jego odpowiednik,
- słuchaczy Krajowej Szkoły Administracji Publicznej – Krajowa Szkoła Administracji Publicznej,

- osoby pobierające stypendium sportowe po ukończeniu piętnastego roku życia, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu – podmiot wypłacający stypendium sportowe,
- bezrobotnych niepodlegających obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu – powiatowy urząd pracy,
- osoby pobierające zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu – ZUS,
- osoby pobierające stypendium w okresie odbywania szkolenia, stażu lub przygotowania zawodowego dorosłych, na które zostały skierowane przez podmiot inny niż powiatowy urząd pracy, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu – podmiot kierujący (beneficjent) na szkolenie, staż lub przygotowanie zawodowe dorosłych,
- osoby pobierające zasiłek stały z pomocy społecznej, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu – ośrodek pomocy społecznej,
- osoby, które uzyskały w RP status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, objęte indywidualnym programem integracji na podstawie przepisów o pomocy społecznej, niepodlegających obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu – powiatowe centrum pomocy rodzinie realizujące indywidualny program integracji,
- osoby pobierające specjalny zasiłek opiekuńczy lub dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych na skutek upływu ustawowego okresu jego pobierania, przyznane na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, niepodlegające obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu – wójt, burmistrz lub prezydent miasta,
- osoby pobierające świadczenie pielęgnacyjne, przyznane na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, niepodlegające obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu – wójt, burmistrz lub prezydent miasta,
- osoby pobierające zasiłek dla opiekuna, przyznany na podstawie przepisów o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów, niepodlegające obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu – wójt, burmistrz lub prezydent miasta,
- osoby bezdomne wychodzące z bezdomności, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu oraz osoby objęte indywidualnym programem zatrudnienia socjalnego lub realizujące kontrakt socjalny, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu – ośrodek pomocy społecznej realizujący indywidualny program zatrudnienia socjalnego lub indywidualny program wychodzenia z bezdomności lub ośrodek pomocy społecznej realizujący kontrakt socjalny,
- kombatantów i osoby represjonowane, niepodlegających ubezpieczeniu społecznemu w Rzeczypospolitej Polskiej lub niepobierających emerytury lub renty – Szef Urzędu do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych,
- osoby korzystające z urlopu wychowawczego, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu – pracodawca albo rolnicza spółdzielnia produkcyjna (w imiennym raporcie miesięcznym kierowanym do ZUS),

- cywilne niewidome ofiary działań wojennych, niepodlegające obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu – jednostka organizacyjna ZUS, w której zostało złożone oświadczenie o braku innego tytułu do objęcia takiej osoby ubezpieczeniem zdrowotnym,
- członków rad nadzorczych posiadających miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – podmiot, w którym działa rada nadzorcza,
- aplikantów Krajowej Szkoły Sądownictwa i Prokuratury – Krajowa Szkoła Sądownictwa i Prokuratury,
- osoby pobierające nauczycielskie świadczenia kompensacyjne – ZUS.

Natomiast samodzielnie (tj. bez pośrednictwa płatnika) zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego dokonują:

- osoby prowadzące pozarolniczą działalność,
- duchowni niebędący członkami zakonu i niezgłoszeni do ubezpieczenia przez zwierzchnią instytucję diecezjalną lub zakonną,
- rolnicy i ich domownicy, którzy nie podlegają ubezpieczeniu społecznemu rolników ani obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie art. 66 ust. 1 pkt 1–33 i 35–37 ustawy,
- osoby uprawnione do świadczeń alimentacyjnych na podstawie ugody sądowej lub prawomocnego orzeczenia sądu, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu,
- osoby, które zawarły z NFZ umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Na tych samych zasadach odbywa się zgłaszanie do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny osób objętych obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, a także wyrejestrowywanie z ubezpieczenia zdrowotnego tych osób. Wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego dokonuje bowiem podmiot właściwy do dokonania zgłoszenia.

Zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz zgłoszenia o wyrejestrowaniu z tego ubezpieczenia kierowane są do ZUS lub KRUS.

Tylko zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego i zgłoszenia o wyrejestrowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego funkcjonariuszy Centralnego Biura Antykorupcyjnego oraz członków ich rodzin kierowane są bezpośrednio do centrali NFZ.

Zdecydowana większość zgłoszeń do ubezpieczenia zdrowotnego trafia do ZUS. KRUS gromadzi tylko zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego:

- 1) rolników lub ich domowników objętych ubezpieczeniem społecznym rolników,
- 2) osób pobierających świadczenia emerytalno-rentowe z KRUS,
- 3) rolników i ich domowników, którzy nie podlegają ubezpieczeniu społecznemu rolników z mocy ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników i którzy nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie art. 66 ust. 1 pkt 1–33 i 35–37 ustawy,
- 4) członków rodzin ubezpieczonych, o których mowa w pkt 1–3.

Zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego pozostałych osób objętych obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym i członków ich rodzin (z wyjątkiem wskazanych powyżej funkcjonariuszy Centralnego Biura Antykorupcyjnego i członków ich rodzin), a także osób ubezpieczających się dobrowolnie (i członków ich rodzin), trafiają do ZUS.

A zatem to na podstawie danych otrzymywanych z ZUS i KRUS NFZ czerpie wiedzę na temat osób zgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego. Dlatego np. jeśli ZUS (albo KRUS) nie przekaże NFZ informacji o zgłoszeniu danej osoby do ubezpieczenia zdrowotnego, to NFZ na podstawie posiadanych informacji nie może potwierdzić prawa takiej osoby do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego (ta osoba nie figuruje bowiem w ewidencji osób ubezpieczonych).

Zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego kierowane do ZUS bądź KRUS powinny zawierać:

- wskazanie oddziału wojewódzkiego NFZ właściwego ze względu na miejsce zamieszkania na terytorium RP osoby zgłaszanej do ubezpieczenia zdrowotnego, a w przypadku braku miejsca zamieszkania na terytorium RP – wskazanie oddziału wojewódzkiego NFZ wybranego przez osobę zgłaszaną do ubezpieczenia zdrowotnego,
- nazwisko i imię osoby zgłaszanej do ubezpieczenia,
- datę urodzenia tej osoby i jej płeć,
- jej adres zamieszkania,
- numer PESEL, a w razie gdy ubezpieczonemu nie nadano numeru PESEL – serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.

Warto zaznaczyć, iż do 31 sierpnia 2011 r. zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego powinno zawierać numery PESEL i NIP, a w razie gdy ubezpieczonemu nie nadano tych numerów lub jednego z nich – serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.

Jeśli do ubezpieczenia zdrowotnego zgłaszani są członkowie rodziny, to podmiot obowiązany do zgłoszenia ubezpieczonego przesyła odpowiednio do ZUS albo do KRUS wskazane powyżej dane, jak i następujące dane dotyczące członka rodziny:

- nazwisko i imię,
- datę urodzenia,
- adres zamieszkania,
- stopień pokrewieństwa,
- informację o znacznym stopniu niepełnosprawności,
- numer PESEL, a w razie gdy członkowi rodziny nie nadano numeru PESEL – serię i numer dowodu osobistego lub paszportu,
- informację o pozostawaniu we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym (w przypadku wstępnych ubezpieczonego).

Zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego kierowane do ZUS mają formę formularzy, wśród których obecnie wyróżniamy:

- ZUS ZUA – Zgłoszenie do ubezpieczeń / Zgłoszenie zmiany danych osoby ubezpieczonej (formularz zgłoszenia osoby, która z danego tytułu odprowadza składkę zarówno na ubezpieczenie społeczne, jak i na ubezpieczenie zdrowotne),

- ZUS ZZA – Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego / Zgłoszenie zmiany danych (formularz zgłoszenia osoby, która z danego tytułu odprowadza składkę jedynie na ubezpieczenie zdrowotne),
- ZUS ZCNA – Zgłoszenie danych o członkach rodziny dla celów ubezpieczenia zdrowotnego.

Wyrejestrować z ubezpieczeń można natomiast, stosując formularz o symbolu ZUS ZWUA.

W przypadku osób, które są zgłaszane do ubezpieczenia zdrowotnego za pośrednictwem płatnika, wspomniane formularze (zawarte w nich dane) do ZUS przesyła płatnik tych osób. Natomiast osoby, które nie korzystają z pośrednictwa płatnika przy zgłoszeniu do ubezpieczenia, same kierują odpowiednie formularze do ZUS.

Co do zasady w zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego należy wskazać oddział wojewódzki NFZ właściwy ze względu na miejsce zamieszkania osoby zgłaszanej do ubezpieczenia zdrowotnego. Wypada zatem podkreślić, iż w formularzach ubezpieczeniowych ZUS występują m.in. rubryki: „Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu”, „Adres zamieszkania” i „Adres do korespondencji”. Rubrykę „Adres zamieszkania” wypełnia się tylko wtedy, gdy adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu. Z kolei rubrykę „Adres do korespondencji” wypełnia się tylko wtedy, gdy adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu i inny niż adres zamieszkania.

Najczęściej adres zameldowania na stałe miejsce pobytu pokrywa się z adresem zamieszkania i z adresem do korespondencji. W takim przypadku wypełnia się tylko rubrykę „Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu”. Nie ma wtedy problemów z ustaleniem oddziału wojewódzkiego NFZ właściwego dla ubezpieczonego. Wpisuje się bowiem oddział właściwy dla miejscowości wskazanej w adresie zameldowania na stałe miejsce pobytu.

Może się jednak zdarzyć, że adres zamieszkania ubezpieczonego jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu. W tej sytuacji wypełnia się zarówno rubrykę „Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu”, jak i rubrykę „Adres zamieszkania”. Oddziałem wojewódzkim NFZ, który powinien zostać wpisany w zgłoszeniu takiego ubezpieczonego, jest oddział właściwy dla miejscowości wpisanej w rubryce „Adres zamieszkania”. Należy podkreślić, że rubryka „Adres zamieszkania” powinna być wypełniana tylko wtedy, gdy ubezpieczony przebywa w danej miejscowości z zamiarem stałego pobytu, a ta miejscowość jest inna niż miejscowość, w której jest on zameldowany na stałe miejsce pobytu. W sytuacji gdy w danej miejscowości przebywa on chwilowo, zamiast rubryki „Adres zamieszkania” powinien wypełnić „Adres do korespondencji”. Wypada przypomnieć, iż jako miejsce zamieszkania należy traktować miejscowość, w której dana osoba przebywa z zamiarem stałego pobytu. Krótkotrwały pobyt, np. w związku z odbywaniem nauki czy podjęciem pracy, nie powoduje zmiany miejsca zamieszkania. Dlatego mimo że dana osoba np. studiuje czy pracuje w innym województwie niż to, w którym jest zameldowana na stałe, należy wpisać oddział właściwy dla adresu zameldowania na stałe miejsce pobytu. Rubryka „Adres

zamieszkania” nie powinna natomiast być wówczas wypełniana (tylko rubryka „Adres do korespondencji”).

Ubezpieczony nie może wskazać w zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego oddziału wojewódzkiego NFZ innego niż oddział właściwy dla jego miejsca zamieszkania. Ubezpieczony nie może bowiem wskazać dowolnego oddziału wojewódzkiego NFZ. Musi to być zawsze oddział właściwy dla miejsca zamieszkania.

Formularze, na których podstawie następuje zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego, powinny zawierać m.in. oświadczenie osoby ubezpieczonej, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego w ZUS dokonuje się w ciągu 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego (ewentualnie w ciągu 7 dni od daty objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym). Jeśli dane zawarte w zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego w jakikolwiek sposób się zmieniają, należy poinformować o tym ZUS w terminie 7 dni od zaistnienia tych zmian. Taka sama zasada obowiązuje w przypadku wyrejestrowywania z ubezpieczenia zdrowotnego.

Przy przekazywaniu do ZUS zgłoszeń do ubezpieczenia zdrowotnego należy oczywiście uwzględniać zapisy rozporządzenia ministra pracy i polityki społecznej z dnia 23 października 2009 r. w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, imiennych raportów miesięcznych i imiennych raportów miesięcznych korygujących, zgłoszeń płatnika, deklaracji rozliczeniowych i deklaracji rozliczeniowych korygujących, zgłoszeń danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze oraz innych dokumentów (Dz.U. nr 186, poz. 1444 z późn. zm.). To rozporządzenie poza wzorami formularzy ubezpieczeniowych zawiera także m.in. kody tytułów ubezpieczenia, kody stopnia pokrewieństwa członka rodziny, kody przyczyny wyrejestrowania ubezpieczonego, kody przyczyny wyrejestrowania płatnika i kody oddziałów wojewódzkich NFZ.

Płatnik powinien także uwzględnić zapisy art. 47a ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jednolity: Dz.U. z 2015 r. poz. 121 z późn. zm.), który reguluje m.in. przekazywanie informacji związanych ze zgłaszaniem do ubezpieczenia zdrowotnego oraz wyrejestrowywaniem z tego ubezpieczenia przez transmisję danych w formie dokumentów elektronicznych (obowiązek przekazywania wspomnianych informacji w tej formie nie dotyczy jednak płatników składek rozliczających składki nie więcej niż za 5 osób).

*Andrzej Sidorko – radca prawny,
Mazowiecki Oddział Wojewódzki
Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie*