

**OPIS PROCEDUR
ZWIĄZANYCH Z REALIZACJĄ POSTANOWIEŃ
ROZPORZĄDZENIA EWG NR 1408/71
ORAZ ROZPORZĄDZENIA EWG NR 574/72
W ZAKRESIE RZECZOWYCH ŚWIADCZEŃ
ZDROWOTNYCH**

KWIECIEŃ 2004 r.

Spis treści¹

1. Polskie instytucje, które będą brały udział w koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej z dniem 1 maja 2004 r.

1.1 Władza właściwa

1.2 Instytucja właściwa (instytucja miejsca zamieszkania, instytucja miejsca pobytu)

1.3 Instytucja łącznikowa

2. Procedury

2.1 Definicje grup osób objętych koordynacją systemów zabezpieczenia społecznego.

2.2 Formularze serii E - 100 stosowane przy koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w związku z rzeczowymi świadczeniami zdrowotnymi.

2.3 Opis procedur związanych ze stosowaniem formularzy serii E - 100.

3. Załączniki

1. Wykaz władz właściwych, instytucji właściwych i instytucji łącznikowych, których dane adresowe zostały zatwierdzone i oficjalnie przekazane do Ministerstwa Zdrowia.

2. Dokument Komisji Administracyjnej ds. Zabezpieczenia Społecznego Pracowników Migrujących – „Projekt decyzji dotyczącej jednolitego stosowania art. 22 ust. 1 lit. a) pkt (i) rozporządzenia 1408/71 w Państwie Członkowskim pobytu” – Nota Sekretariatu z dnia 25/11/2003 r.

¹ Niniejsze opracowanie zostało sporządzone na podstawie opisu procedur Międzyresortowego Zespołu ds. Przygotowania Propozycji Rozwiązań Systemowych w Zakresie Realizacji Zadań Wynikających z Przepisów Wspólnotowych o Koordynacji Systemów Zabezpieczenia Społecznego – Grupa Robocza ds. Rozwiązań Organizacyjno-Technicznych Zapewniających Prawidłową Realizację Prawa do Rzeczowych Świadczeń Zdrowotnych, w którym wykorzystano materiały programu Phare Consensus III, przygotowanego pod kierownictwem Adama Miłkowskiego i Anny Kadzikiewicz z Biura Rozliczeń Międzynarodowych.

1. Polskie instytucje, które będą brały udział w koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej z dniem 1 maja 2004 r¹.

1.1. Władza właściwa

Określenie „właściwa władza” oznacza w odniesieniu do każdego państwa członkowskiego, ministra, ministrów lub inną odpowiednią władzę, której podlegają na całym terytorium danego państwa lub jego części, systemy zabezpieczenia społecznego.

W Polsce władzą właściwą w zakresie rzeczowych świadczeń leczniczych jest minister właściwy do spraw zdrowia.

Do zadań władzy właściwej należy w szczególności:

- 1) ogólny nadzór nad systemem ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce w ramach przestrzegania przepisów wspólnotowych, do których należą:
 - rozporządzenie nr 1408/71/EWG z dnia 14 czerwca 1971 roku dotyczące stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin, przemieszczających się we Wspólnocie, zwane dalej rozporządzeniem 1408/71;
 - rozporządzenie nr 574/72/EWG z dnia 21 marca 1972 roku w sprawie wykonywania rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie, zwane dalej rozporządzeniem 574/72;
 - rozporządzenie nr 859/2003/WE z dnia 14 maja 2003 r. rozszerzające przepisy rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 i rozporządzenia (EWG) nr 574/72 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi przepisami wyłącznie ze względu na ich obywatelstwo, zwane dalej rozporządzeniem 859/03;

¹ Wykaz instytucji łącznikowych i władz właściwych w państwach Unii Europejskiej stanowi Załącznik 1 do niniejszego opracowania.

- 2) tworzenie i opracowywanie przepisów w zakresie organizowania porządku prawnego w obszarze udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 3) reprezentowanie Polski w komisjach UE;
- 4) zawieranie z państwami członkowskimi UE bilateralnych umów o wzajemnym zrzekaniu się z rozliczania kosztów świadczeń zdrowotnych;
- 5) współpraca z organami sądowymi na tle orzeczeń Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości;
- 6) współpraca i wymiana informacji z instytucją łącznikową i instytucją właściwą w kraju;
- 7) współpraca z władzami właściwymi w innych państwach członkowskich.

Zakres współpracy:

Władza właściwa współpracuje z:

- władzami właściwymi innych państw członkowskich;
- instytucją łącznikową i instytucją właściwą swojego kraju;
- instytucjami właściwymi innych krajów (instytucjami miejsca zamieszkania bądź pobytu).

Zakres uprawnień:

- tworzenie i opracowywanie przepisów prawnych;
- kontrola i nadzór nad realizacją przepisów prawnych i zadań poszczególnych instytucji;
- monitoring procesów realizacji;
- zawieranie umów bilateralnych z innymi państwami członkowskimi.

1.2. Instytucja właściwa – instytucja miejsca zamieszkania, instytucja miejsca pobytu.

Zgodnie z rozporządzeniem 1408/71 określenie „instytucja właściwa” oznacza:

- instytucję, w której zainteresowany jest ubezpieczony w chwili składania wniosku o świadczenie, lub

- instytucję, od której zainteresowany ma prawo uzyskać świadczenia lub miałby prawo do uzyskania świadczeń, gdyby on sam lub członkowie jego rodziny zamieszkiwali na terytorium Państwa Członkowskiego, w którym znajduje się ta instytucja, lub
- instytucję, określoną przez właściwą władzę danego Państwa Członkowskiego, lub
- w przypadku systemu dotyczącego obowiązków pracodawcy w zakresie świadczeń określonych w art. 4 ust 1 rozporządzenia 1408/71, pracodawcę bądź ubezpieczyciela zastępczego bądź, w przypadku ich braku, organ lub władzę wyznaczoną przez właściwą władzę danego Państwa Członkowskiego.

W Polsce instytucją właściwą jest 16 Oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia .

Określenia „instytucja miejsca zamieszkania” i „instytucja miejsca pobytu” oznaczają odpowiednio, instytucję właściwą do udzielania świadczeń w miejscu zamieszkania zainteresowanego oraz instytucję właściwą do udzielania świadczeń w miejscu pobytu zainteresowanego, zgodnie ze stosowanym przez nią ustawodawstwem, lub, jeżeli taka instytucja nie istnieje, instytucję wyznaczoną przez właściwą władzę danego Państwa Członkowskiego.

Przedmiotem działania instytucji właściwej jest zapewnienie ubezpieczonym oraz uprawnionym przemieszczającym się w ramach Wspólnoty świadczeń zdrowotnych.

Do zadań instytucji właściwej (instytucji miejsca zamieszkania i miejsca pobytu) należy:

- 1) zapewnienie ubezpieczonym oraz uprawnionym świadczeń zdrowotnych na terenie Polski;
- 2) wydawanie ubezpieczonym formularzy poświadczających prawo do świadczeń zdrowotnych w innych krajach Unii;
- 3) rejestracja formularzy wydawanych osobom ubezpieczonym;
- 4) rejestracja formularzy wydawanych osobom uprawnionym z tytułu innego ustawodawstwa, które przybywają lub zamieszkują na terenie Polski oraz wydawanie im poświadczeń o prawie do świadczeń na terytorium RP;
- 5) prowadzenie ewidencji osób ubezpieczonych i uprawnionych;
- 6) rozpatrywanie wniosków o określenie właściwego ustawodawstwa;

- 7) zbieranie danych o osobach korzystających ze świadczeń w ramach koordynacji oraz udzielonych im świadczeniach;
- 8) przetwarzanie danych o świadczeniach udzielonych w ramach koordynacji;
- 9) anulowanie wystawionych formularzy;
- 10) kierowanie ubezpieczonego na leczenie za granicą;
- 11) nadzór nad świadczeniodawcami w zakresie realizacji przepisów wspólnotowych;
- 12) kontrola merytoryczna oraz finansowa rachunków wystawionych przez świadczeniodawców;
- 13) współpraca z instytucją łącznikową;
- 14) przekazywanie odpowiednich danych instytucjom właściwym innych państw np. poświadczonych formularzy.

Zakres czynności:

- 1) zapewnienie świadczeń zdrowotnych przez podpisywanie umów ze świadczeniodawcami;
- 2) wydawanie formularzy:
 - a) na wniosek ubezpieczonego E 104, E 106, E 109, E 110, E 111, E 112, E 119, E 120, E 121, E 123, E 128:
 - po osobistym zgłoszeniu się ubezpieczonego;
 - na prośbę ubezpieczonego zgłoszoną drogą e-meilową, telefoniczną, listowną i faksem;
 - b) na prośbę instytucji miejsca zamieszkania bądź pobytu NFZ, wystawia formularze E 104, E 106, E 109, E 110, E 111, E 119, E 120, E 121, E 123, E 128;
 - c) dotyczących zapytań do innego państwa członkowskiego lub prośb o wystawienie określonego formularza; wniosków o wyrażenie zgody na udzielenie świadczeń o znacznej wartości; potwierdzanie wysokości kwot podlegających zwrotowi, w przypadku gdy pacjent sam zapłacił za udzielone świadczenia zdrowotne; formularze E 001, E 107, E 114, E 126;
 - d) zawiadomienie o ustaniu prawa do świadczeń (formularz E 108);

- 3) rozliczanie kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych w ramach koordynacji:
- rozliczanie kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych osobom uprawnionym przez świadczeniodawców na terenie Polski (kontrola merytoryczna oraz pokrywanie kosztów);
 - wystawianie formularzy E 125 oraz E 127 za świadczenia udzielone osobom uprawnionym na terenie Polski;
 - przyjmowanie, wprowadzanie do systemu finansowo – księgowego danych na podstawie formularzy E 125 oraz E 127 za świadczenia zdrowotne udzielone ubezpieczonym na terenie innych państw członkowskich;
- 4) określanie właściwego ustawodawstwa;
- 5) wyjaśnianie powstałych wątpliwości odnośnie stosowania przepisów;
- 6) prowadzenie szkoleń odnośnie stosowania prawodawstwa unijnego w zakresie koordynacji;
- 7) rozpatrywanie wniosków, wydawanie zgody lub odmowy na leczenie za granicą na formularzu E 112.

Zakres współpracy:

Institucja właściwa współpracuje:

- ze świadczeniodawcami;
- z instytucją łącznikową swojego kraju i innych państw członkowskich;
- z instytucjami właściwymi innych krajów (instytucjami miejsca zamieszkania bądź pobytu).

Zakres uprawnień:

- wydawanie formularzy;
- wydawanie poświadczeń;
- regulowanie rachunków.

1.3. Instytucja łącznikowa

Przedmiotem działania instytucji łącznikowej jest zapewnienie wzajemnych, bezpośrednich kontaktów z innymi instytucjami łącznikowymi w kraju i w państwach członkowskich oraz udzielanie informacji i wszelkiej pomocy każdej osobie zainteresowanej realizacją swojego prawa wynikającego z ubezpieczenia zdrowotnego.

W Polsce instytucją łącznikową jest Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia.

Do zadań instytucji łącznikowej należy:

- 1) tworzenie wytycznych dotyczących stosowania przepisów wspólnotowych dla instytucji właściwych, przekazywanie informacji o zmianach w tych przepisach i ich interpretacja, merytoryczny nadzór nad wdrażaniem i stosowaniem przepisów wspólnotowych przez instytucję właściwą;
- 2) koordynacja i monitorowanie systemu rozliczeń między instytucją właściwą Polski a instytucjami właściwymi innych państw członkowskich, monitorowanie stanu rozliczeń międzynarodowych;
- 3) opracowanie i przekazywanie zestawień kosztów dla prawidłowych rozliczeń świadczeń zdrowotnych;
- 4) organizowanie szkoleń dla pracowników instytucji właściwych w zakresie stosowania przepisów wspólnotowych o koordynacji (procedury udzielania i rozliczania świadczeń zdrowotnych);
- 5) gromadzenie i przetwarzanie danych dotyczących osób objętych koordynacją, ilości udzielonych świadczeń w skali roku, ich kosztów oraz innych danych dla potrzeb bazy informacyjnej;
- 6) zarządzanie bazą i aktualizacja formularzy unijnych z zakresu świadczeń zdrowotnych;
- 7) opracowywanie założeń informatycznych dla systemu monitorowania i rozliczania kosztów;
- 8) dokonywanie analizy spraw i problemów merytorycznych powstających w trakcie załatwiania spraw związanych z koordynacją;
- 9) udział w pracach Komisji Administracyjnej UE na zlecenie władzy właściwej;

10) przekazywanie i odbieranie informacji z i do instytucji łącznikowych innych państw członkowskich.

Zakres czynności:

- 1) nadzór nad wdrażaniem i interpretacją przepisów wspólnotowych poprzez tworzenie wytycznych dla instytucji właściwej i analizę merytorycznych problemów związanych z koordynacją;
- 2) zapewnienie prawidłowej działalności bazy informacyjnej poprzez gromadzenie i przetwarzanie danych dotyczących osób objętych koordynacją, ilości udzielanych świadczeń oraz zestawień kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych obywatelom UE na terytorium Polski i obywatelom polskim na terytorium UE;
- 3) gromadzenie informacji dotyczących formularzy unijnych;
- 4) nadzór nad systemem monitorowania i rozliczania poprzez tworzenie założeń informatycznych do systemu;
- 5) organizowanie i prowadzenie szkoleń dla pracowników instytucji właściwej.

Zakres współpracy:

Instytucja łącznikowa współpracuje z:

- instytucją właściwą swojego kraju;
- instytucjami właściwymi innych państw członkowskich;
- instytucjami łącznikowymi innych państw członkowskich;
- władzą właściwą.

Zakres uprawnień:

- ustalanie jednolitej praktyki stosowania przepisów o koordynacji;
- wyjaśnianie wątpliwości dotyczących stosowania przepisów o koordynacji;
- monitorowanie rozliczeń między polską instytucją właściwą a instytucjami właściwymi innych państw członkowskich.

2. PROCEDURY

2.1. Definicje grup osób objętych koordynacją systemów zabezpieczenia społecznego .

W celu ułatwienia stosowania przepisów rozporządzeń 1408/71 i 574/72 wprowadzone do nich zostały definicje poszczególnych kategorii osób.

Pracownik najemny oraz osoba prowadząca działalność na własny rachunek (art. 1.a rozporz. 1408/71)

- (i) osoba ubezpieczona w ramach ubezpieczenia obowiązkowego lub fakultatywnego kontynuowanego w odniesieniu do jednego lub więcej ryzyk w ramach działów systemu zabezpieczenia społecznego dla pracowników najemnych lub osób prowadzących działalność na własny rachunek lub w ramach specjalnego systemu dla urzędników służby cywilnej;
- (ii) która jest ubezpieczona obowiązkowo na wypadek jednego lub kilku ryzyk, odpowiadających działom systemu zabezpieczenia społecznego, do których stosuje się niniejsze rozporządzenie, w ramach systemu zabezpieczenia społecznego stosowanego do wszystkich mieszkańców albo do ogółu ludności czynnej zawodowo, jeżeli ta osoba:
 - może być określona jako pracownik najemny lub osoba prowadząca działalność na własny rachunek ze względu na sposób zarządzania albo finansowania tego systemu, lub
 - niespełniając tych kryteriów, jest ubezpieczona z tytułu ubezpieczenia obowiązkowego lub fakultatywnego kontynuowanego na wypadek innych ryzyk, określonych w załączniku I, w ramach systemu ustanowionego na rzecz pracowników najemnych i osób prowadzących działalność na własny rachunek lub w ramach systemu określonego w (iii) lub, w przypadku braku takiego systemu w danym Państwie Członkowskim, jeżeli osoba ta spełnia kryteria definicji podanej w załączniku I;
- (iii) która jest ubezpieczona obowiązkowo na wypadek kilku ryzyk odpowiadających działom systemu zabezpieczenia społecznego, do których stosuje się niniejsze rozporządzenie, w ramach standardowego systemu zabezpieczenia społecznego dla ogółu ludności wiejskiej, zgodnie z kryteriami określonymi w załączniku I;
- (iv) która jest ubezpieczona dobrowolnie na wypadek jednego lub kilku ryzyk odpowiadających działom, do których stosuje się niniejsze rozporządzenie, w ramach systemu zabezpieczenia społecznego Państwa Członkowskiego, dla pracowników najemnych i osób prowadzących działalność na własny rachunek lub wszystkich mieszkańców albo niektórych grup mieszkańców:
 - jeżeli osoba ta jest zatrudniona lub prowadzi działalność na własny rachunek, lub
 - jeżeli osoba ta była uprzednio obowiązkowo ubezpieczona na wypadek tego samego ryzyka w ramach systemu dla pracowników najemnych lub osób

prowadzących działalność na własny rachunek w tym samym Państwie Członkowskim;

Pracownik przygraniczny (art. 1.b rozporz. 1408/71)

oznacza pracownika najemnego lub osobę prowadzącą działalność na własny rachunek, prowadzącą swoją działalność zawodową na terytorium jednego Państwa Członkowskiego i zamieszkującą na terytorium innego Państwa Członkowskiego, do którego powraca każdego dnia lub przynajmniej raz w tygodniu; jednakże pracownik przygraniczny oddelegowany do jakiegokolwiek miejsca na terytorium tego samego lub innego Państwa Członkowskiego przez przedsiębiorstwo, w którym jest zwykle zatrudniony lub który świadczy usługi na terytorium tego samego lub innego Państwa Członkowskiego, utrzymuje status pracownika przygranicznego przez okres nieprzekraczający czterech miesięcy, nawet jeżeli w tym czasie nie może powracać każdego dnia lub co najmniej raz w tygodniu do miejsca swojego zamieszkania;

Pracownik sezonowy (art. 1.c rozporz. 1408/71)

oznacza pracownika najemnego udającego się na terytorium Państwa Członkowskiego innego niż to, w którym zamieszkuje, w celu wykonywania tam, na rzecz przedsiębiorstwa lub pracodawcy z tego państwa pracy o charakterze sezonowym, której okres wykonywania nie może przekraczać w żadnym przypadku ośmiu miesięcy, jeżeli przebywa on na terytorium tego państwa podczas wykonywania swojej pracy; przez pracę o charakterze sezonowym rozumie się pracę zależną od następstwa pór roku i powtarzającą się automatycznie każdego roku;

Student (art. 1.ca rozporz. 1408/71)

oznacza każdą osobę inną niż pracownik najemny lub osoba prowadząca działalność na własny rachunek lub członka jego rodziny lub osobę pozostałą przy życiu w rozumieniu niniejszego rozporządzenia, która odbywa studia lub kształcenie zawodowe, prowadzące do uzyskania kwalifikacji urzędowo uznawanych przez władze Państwa Członkowskiego i która ubezpieczona jest w ramach powszechnego systemu zabezpieczenia społecznego lub szczególnego systemu zabezpieczenia społecznego, stosowanego w odniesieniu do studentów

2.2. Formularze serii E 100 stosowane przy koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w związku z rzeczowymi świadczeniami zdrowotnymi.

Realizacja zasad wynikających z koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego oznacza konieczność stałych kontaktów między instytucjami poszczególnych państw członkowskich oraz między tymi instytucjami a osobami uprawnionymi do świadczeń. W związku z tym, w celu ułatwienia stosowania przepisów wspólnotowych zostały opracowane i wprowadzone do użycia formularze serii E.

Wzór formularzy opracowuje Komisja Administracyjna ds. Zabezpieczenia Społecznego Pracowników Migrujących, która jest organem Komisji Europejskiej w Brukseli. Organ ten składa się z przedstawicieli krajów członkowskich i zajmuje się wszystkimi kwestiami administracyjnymi dotyczącymi interpretacji rozporządzenia 1408/71, a także przygotowaniem i proponowaniem niezbędnych zmian samego rozporządzenia. Komisja ma również prawo podejmowania decyzji o zakresie stosowania rozporządzenia i o formie graficznej formularzy, które są pomocne przy stosowaniu rozporządzeń.

Postanowienia o Komisji Administracyjnej zawarte są w art. 80 - 81 rozporządzenia 1408/71.

Formularze występują w różnych wersjach językowych. Posiadają jednak jednolitą formę i układ we wszystkich państwach UE. U góry po prawej stronie formularza podaje się kod państwa, którego dany formularz dotyczy. Poszczególne państwa nie mogą same dokonywać zmian, za wyjątkiem wskazówek i objaśnień dotyczących wypełniania formularzy. Polskie instytucje będą więc wypełniać formularze w języku polskim. Jednocześnie otrzymywać będą formularze w językach urzędowych państw członkowskich.

Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach pełnienia funkcji instytucji właściwej i łącznikowej oczekuje na przekazanie polskiej wersji formularzy zatwierdzonej przez Komisję Administracyjną.

Formularze przygotowano w celu rozpatrywania spraw ze wszystkich gałęzi zabezpieczenia społecznego. W zakresie świadczeń z tytułu choroby i macierzyństwa stosuje się formularze serii E 100. Służą one obywatelom Unii Europejskiej ubezpieczonym w jednym z państw członkowskich do poświadczania ich uprawnień w czasie pobytu lub zamieszkania w innym państwie członkowskim, a także do zarejestrowania się we właściwej instytucji udzielającej świadczeń zdrowotnych.

Formularze serii E 100 składają się z:

- części głównej, obejmującej takie informacje, jak:
dane osobowe ubezpieczonego (imię, nazwisko, adres zamieszkania, data urodzenia, numer identyfikacyjny, itp.); dane osobowe członków rodziny ubezpieczonego (imię, nazwisko, adres zamieszkania, data urodzenia, stopień pokrewieństwa); nazwa i adres instytucji ubezpieczenia zdrowotnego; nazwa i adres instytucji ubezpieczenia zdrowotnego w kraju pobytu lub zamieszkania; okres ważności formularza, tzn. okres,

w którym uprawniony może korzystać ze świadczeń leczniczych w kraju pobytu lub zamieszkania;

- pouczenia, zawierającego wskazówki, jak należy postępować, aby skorzystać z przysługujących uprawnień, np.:
 1. nazwy instytucji w miejscu pobytu lub zamieszkania, gdzie należy złożyć formularz;
 2. zalecenia informowania odpowiedniej instytucji miejsca pobytu lub zamieszkania o wszelkich zmianach, które mogą mieć wpływ na uprawnienia ubezpieczonego lub członków jego rodziny, tj. rozwiązanie lub zmiana stosunku pracy, zmiana miejsca zamieszkania lub pobytu itp.;
- uwag zawierających instrukcję, jak należy wypełniać dany formularz (z uwzględnieniem szczególnych reguł dotyczących poszczególnych państw członkowskich).

Niektóre formularze składają się z części A i części B. Część A stanowi przeważnie odpowiednie zaświadczenie, natomiast część B dotyczy powiadomienia o rejestracji, które należy odesłać z powrotem – np. E 121, E 106.

Jak wspomniano powyżej, realizacja uprawnień z zakresu rzeczowych świadczeń zdrowotnych z tytułu choroby i macierzyństwa odbywa się przy użyciu formularzy serii E - 100. Wykaz formularzy serii E - 100 przedstawiono w tabeli 1. Formularze podzielono na dwie grupy:

- 1) formularze nie dotyczące bezpośrednio świadczeń zdrowotnych, lecz mające ścisły związek z ustalaniem uprawnień (E 001 – E 104);
- 2) formularze bezpośrednio odnoszące się do realizacji uprawnień do rzeczowych świadczeń z tytułu choroby i macierzyństwa (E 106 – E 128).

Tabela 1: Wykaz formularzy serii E 100 wraz z podaniem numeru decyzji Komisji Administracyjnej²:

NUMER	OPIS	NUMER DECYZJI KOMISJI ADMIN.	DZIENNIK URZĘDOWY WE	ZMIANA W DZIENNIKU URZĄDOWYM WE	WYCOFANIE
OGÓLNE					
E001	Prośba o informacje, przekazanie informacji, prośba o formularze, przypomnienie dotyczące osoby zatrudnionej, osoby pracującej na własny rachunek, pracownika przygranicznego, emeryta/rencisty, osoby bezrobotnej, osoby pozostającej na utrzymaniu	153 07/10/93	L244 19/09/94		
ODDELEGOWANIE					
E101	Zaświadczenie dotyczące ustawodawstwa właściwego	164 27/11/96	L216 08/08/97	172 9/12/98 L 143 8/6/99	
E101A	Zaświadczenie dotyczące ustawodawstwa właściwego dla osoby zatrudnionej w niepełnym wymiarze w państwie członkowskim innym niż państwo zamieszkania tej osoby	Zalecenie 18 28/02/86	C284 11/11/86		

² Wzory formularzy serii E 100 w polskiej wersji językowej stanowią Załącznik 2 do niniejszego opracowania.

E102	Przedłużenie okresu oddelegowania lub prowadzenia działalności na własny rachunek	164 27/11/96	L216 08/08/97		
SEKTOR OPIEKI ZDROWOTNEJ					
E103	Korzystanie z prawa wyboru	153 07/10/93	L244 19/09/94		
E104	Zaświadczenie dotyczące sumowania okresów ubezpieczenia, zatrudnienia lub zamieszkania	153 07/10/93	L244 19/09/94		
E105	Zaświadczenie dotyczące członków rodziny osoby zatrudnionej lub osoby pracującej na własny rachunek branych pod uwagę przy ustalaniu wysokości świadczeń pieniężnych z tytułu niezdolności do pracy	153 07/10/93	L244 19/09/94		
E106	Zaświadczenie dotyczące uprawnień do świadczeń rzeczowych z tytułu ubezpieczenia chorobowego i macierzyńskiego dla osób mieszkających w państwie innym niż państwo właściwe	153 07/10/93	L244 19/09/94	166 02/10/97 L195 11/07/98	
E107	Wniosek o poświadczenie uprawnień do świadczeń rzeczowych	153 07/10/93	L244 19/09/94		
E108	Powiadomienie o zawieszeniu lub pozbawieniu uprawnień do świadczeń rzeczowych z ubezpieczenia	153 07/10/93	L244 19/09/94		

	chorobowego lub macierzyńskiego				
E109	Zaświadczenie dla potrzeb rejestracji członków rodziny pracownika lub osoby pracującej na własny rachunek oraz aktualizacji wykazów	153 07/10/93	L244 19/09/94	166 02/10/97 L195 11/07/98	
E110	Zaświadczenie dotyczące osób zatrudnionych w transporcie międzynarodowym	153 07/10/93	L244 19/09/94		
E111	Zaświadczenie o uprawnieniu do świadczeń rzeczowych podczas pobytu w państwie członkowskim	153 07/10/93	L244 19/09/94	179 - 18/4/00	
E111B	Zaświadczenie o uprawnieniu do świadczeń rzeczowych podczas pobytu w państwie członkowskim – wyłącznie w razie hospitalizacji – system dla osób pracujących na własny rachunek	153 07/10/93	L244 19/09/94	179 - 18/4/00	
E112	Zaświadczenie dotyczące zachowania prawa do aktualnie przysługujących świadczeń z tytułu ubezpieczenia chorobowego i macierzyńskiego	153 07/10/93	L244 19/09/94		
E113	Hospitalizacja: powiadomienie o przyjęciu i wypisaniu ze szpitala	153 07/10/93	L244 19/09/94	179 - 18/4/00	
E114	Przyznanie świadczeń rzeczowych o znacznym wymiarze finansowym	153 07/10/93	L244 19/09/94	179 - 18/4/00	

E115	Wniosek o świadczenia pieniężne z tytułu niezdolności do pracy	153 07/10/93	L244 19/09/94	179 - 18/4/00	
E116	Zaświadczenie lekarskie dotyczące niezdolności do pracy (choroba, macierzyństwo, wypadek przy pracy, choroba zawodowa)	153 07/10/93	L244 19/09/94	179 - 18/4/00	
E117	Przyznanie świadczeń pieniężnych w przypadku macierzyństwa i niezdolności do pracy	153 07/10/93	L244 19/09/94	179 - 18/4/00	
E118	Powiadomienie o nie uznaniu lub zakończeniu niezdolności do pracy	153 07/10/93	L244 19/09/94	179 - 18/4/00	
E119	Zaświadczenie dotyczące uprawnień osób bezrobotnych i członków ich rodzin do świadczeń z tytułu ubezpieczenia chorobowego i macierzyńskiego	153 07/10/93	L244 19/09/94		
E120	Zaświadczenie o uprawnieniu do świadczeń rzeczowych dla osób wnioskujących o emeryturę/rentę i członków ich rodzin	153 07/10/93	L244 19/09/94		
E121	Zaświadczenie o zarejestrowaniu emeryta/rencisty i o aktualizacji wykazów	153 07/10/93	L244 19/09/94		
E122	Zaświadczenie o przyznaniu świadczeń rzeczowych członkom rodziny emeryta/rencisty(praktycznie nie stosowany)	153 07/10/93	L244 19/09/94	168 11/06/98 L195 11/07/98	168 11/06/98 L195

					11/07/98
E123	Zaświadczenie o uprawnieniu do świadczeń rzeczowych z tytułu ubezpieczenia w razie wypadków przy pracy i chorób zawodowych	153 07/10/93	L244 19/09/94		
E125	Imienne zestawienie faktycznie poniesionych wydatków	153 07/10/93	L244 19/09/94	179 18/4/00	
E126	Stawki stosowane przy refundacji świadczeń rzeczowych	153 07/10/93	L244 19/09/94	179 18/4/00	
E127	Imienne zestawienie miesięcznych wypłat kwot ryczałtowych	153 07/10/93	L244 19/09/94	179 18/4/00	
E128	Zaświadczenie o uprawnieniu do niezbędnych świadczeń rzeczowych podczas pobytu w państwie członkowskim	165 30/06/97	L341 12/12/97	168 11/06/98 L195 11/07/98 177 5/10/99 L 302 1/12/00	
E128B	Zaświadczenie o uprawnieniu do niezbędnych świadczeń rzeczowych podczas pobytu w państwie członkowskim; tylko przy hospitalizacji	165 30/06/97	L341 12/12/97	177 /10/00 L 302 1/12/00	

2.3. Opis procedur związanych ze stosowaniem formularzy serii E 100.

Formularz E 001 – formularz informacyjny, służy do kierowania zapytań i wniosków do instytucji innych państw członkowskich.

Formularz E 101 – zaświadczenie dotyczące ustawodawstwa właściwego, wykorzystywany jest między innymi w przypadku pracowników delegowanych, potwierdza stosowanie ustawodawstwa państwa „wysyłającego” przy okresie oddelegowania nie dłuższym niż 12 miesięcy. Formularz E 101 będzie wydawany przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Formularz E 102 – przedłużenie okresu oddelegowania lub prowadzenia działalności na własny rachunek, wystawiany jest osobom, którym wydano wcześniej formularz E 101, w przypadku, gdy okres oddelegowania został przedłużony z powodu niedających się przewidzieć okoliczności. Zgodę na przedłużenie wydają władze właściwe państwa członkowskiego, do którego pracownik został oddelegowany, jednakże przedłużenie nie może przekraczać dwunastu miesięcy. Formularz E 102 wydawany będzie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Formularz E 103 – zaświadczenie o przebytych okresach ubezpieczenia, dotyczy np. pracowników miejscowych ambasad, urzędników unijnych, którzy raz na rok mają prawo wyboru, któremu ustawodawstwu chcą podlegać – może to być prawo państwa, na terenie którego przedstawiciele są zatrudnieni, bądź prawo państwa, na terytorium którego placówki te się znajdują. Formularz E 103 będzie wystawiany przez pracowników miejscowych ambasad i urzędników unijnych i kierowany do instytucji właściwych w zakresie emerytalno - rentowym.

W przypadku wystawiania formularzy dla obywateli polskich przyjmuje się, iż ilekroć w formularzach wystąpią niżej wymienione sformułowania należy wpisać jak poniżej:

- 1) „Poprzednie imiona i nazwiska” – wpisywać wyłącznie w przypadku dostarczenia przez ubezpieczonego przedmiotowych danych,
Dotyczy formularzy: E 104, E 106, E 107, E 108, E 109, E 110, E 111, E 112, E 114, E 119, E 120, E 121, E 123, E 125, E 126, E 127, E 128.
- 2) „Numer ubezpieczenia“ – należy podać numer ewidencyjny PESEL.
Dotyczy formularzy: E 104 i E 110
- 3) „Kod” („Nr kodu”) – przy wypełnianiu danych instytucji właściwej – zgodnie z kodami przypisanymi instytucjom właściwym państw członkowskich.
Dotyczy formularzy: E 104, E 106, E 107, E 108, E 109, E 111, E 112, E 114, E 119, E 120, E 121, E 123, E 125, E 126, E 127, E 128.
- 4) „Numer identyfikacyjny“ – należy wpisać numer PESEL
Dotyczy formularzy: E 106, E 107, E 108, E 109, E 111, E 112, E 114, E 119, E 120, E 121, E 123, E 125, E 126, E 127, E 128.
- 5) „D.N.I.“ – należy wpisać wyłącznie w przypadku obywateli Hiszpanii zgodnie z pouczeniem do formularzy
Dotyczy formularzy: E 110, E 111, E 128
- 6) „Adres stałego zamieszkania” lub „Adres” – należy podać adres zgodnie z Centralnym Wykazem Ubezpieczonych (CWU). W przypadku gdy adres podany w dokumentach, załączonych do wniosku o wystawienie formularza serii E – 100, jest inny niż adres w CWU należy wpisać adres zgodny z aktualnymi dokumentami.
- 7) „Emeryt/rencista (system dla osób zatrudnionych)” – dotyczy emerytury i renty pracownika
Dotyczy wniosku o wydanie formularza serii E – 100 oraz formularzy: E 107, E 108, E 111, E 112, E 113, E 114, E 121, E 125, E 126, E 127.
- 8) „Emeryt/rencista (system dla osób pracujących na własny rachunek)” – dotyczy emerytury i renty wypracowanej w ramach działalności na własny rachunek
Dotyczy wniosku o wydanie formularza serii E – 100 oraz formularzy: E 107, E 108, E 111, E 112, E 113, E 114, E 121, E 125, E 126, E 127.

Przedstawione zasady wystawiania formularzy serii E – 100 (przedstawione poniżej dla każdego formularza osobno) dotyczą tylko tych sekcji , których zakres danych może budzić wątpliwości przy wystawianiu poszczególnych formularzy. Pozostałe sekcje należy wypełnić zgodnie z zawartością oraz dołączonym pouczeniem.

Formularze serii E – 100 uznaje się za ważny tylko wtedy, gdy zostanie opatrzony pieczętą i podpisem osoby upoważnionej do jego wydawania. Wniosek o wydanie formularza serii E – 100 powinien być zgodny z wzorem przyjętym Uchwałą Zarządu NFZ Nr 87/2004 z dnia 1 kwietnia 2004r.

Formularz E 104 – Zaświadczenie o przebytych okresach ubezpieczenia.

Rozporządzenie nr 1408/71: art. 9.2; art. 18.1; art. 38.1; art. 64;

Rozporządzenie nr 574/72: art.6.2; art. 16; art. 39.1 oraz 2; art. 79.

Formularz E 104 wydawany jest w celach sumowania okresów ubezpieczenia, zatrudnienia lub zamieszkania. Występuje o niego osoba, która zamierza przystąpić do systemu ubezpieczenia innego państwa członkowskiego, którego ustawodawstwo uzależnia nabycie prawa do świadczeń od przebycia odpowiedniego okresu ubezpieczenia.

Schemat obiegu formularza E 104 przedstawia wykres 1, zgodnie z którym:

- ubezpieczony, aby przystąpić do systemu ubezpieczenia zdrowotnego innego państwa członkowskiego, którego ustawodawstwo uzależnia nabycie prawa do świadczeń od przebycia odpowiedniego okresu ubezpieczenia składa do Oddziału NFZ wniosek o wydanie lub poświadczenie formularza E 104 (punkt 1 wykresu);
- Oddział NFZ sprawdza, czy dana osoba figuruje w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych NFZ i wypełnia formularz w części B w dwóch egzemplarzach lub wydaje decyzję odmowną (punkty 2 i 3);
- Oddział NFZ przesyła 2 egzemplarze wypełnionego formularza E 104 do osoby wnioskującej (punkt 4);
- zainteresowany przedstawia formularz E 104 instytucji właściwej innego państwa członkowskiego, a ta po wypełnieniu części A przekazuje jeden egzemplarz formularza do odpowiedniego Oddziału NFZ (punkt 5).

LUB - jeśli nie zostały dopełnione wyżej wymienione formalności:

- instytucja właściwa innego państwa członkowskiego przesyła do Oddziału NFZ formularz E 104 w dwóch egzemplarzach z wypełnionymi częściami A (punkt 1);
- Oddział NFZ sprawdza, czy dana osoba figuruje w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych NFZ i potwierdza formularz w części B w 2 egzemplarzach (punkty 2 i 3);
- wypełniony formularz E 104 Oddział NFZ przesyła do instytucji właściwej, od której go otrzymał (punkt 4).

Zasady wystawiania formularza E 104:

Część A

Sekcja 2 – dane należy wpisać na podstawie dokumentów załączonych przez ubezpieczonego do wniosku o wydanie formularza serii E – 100.

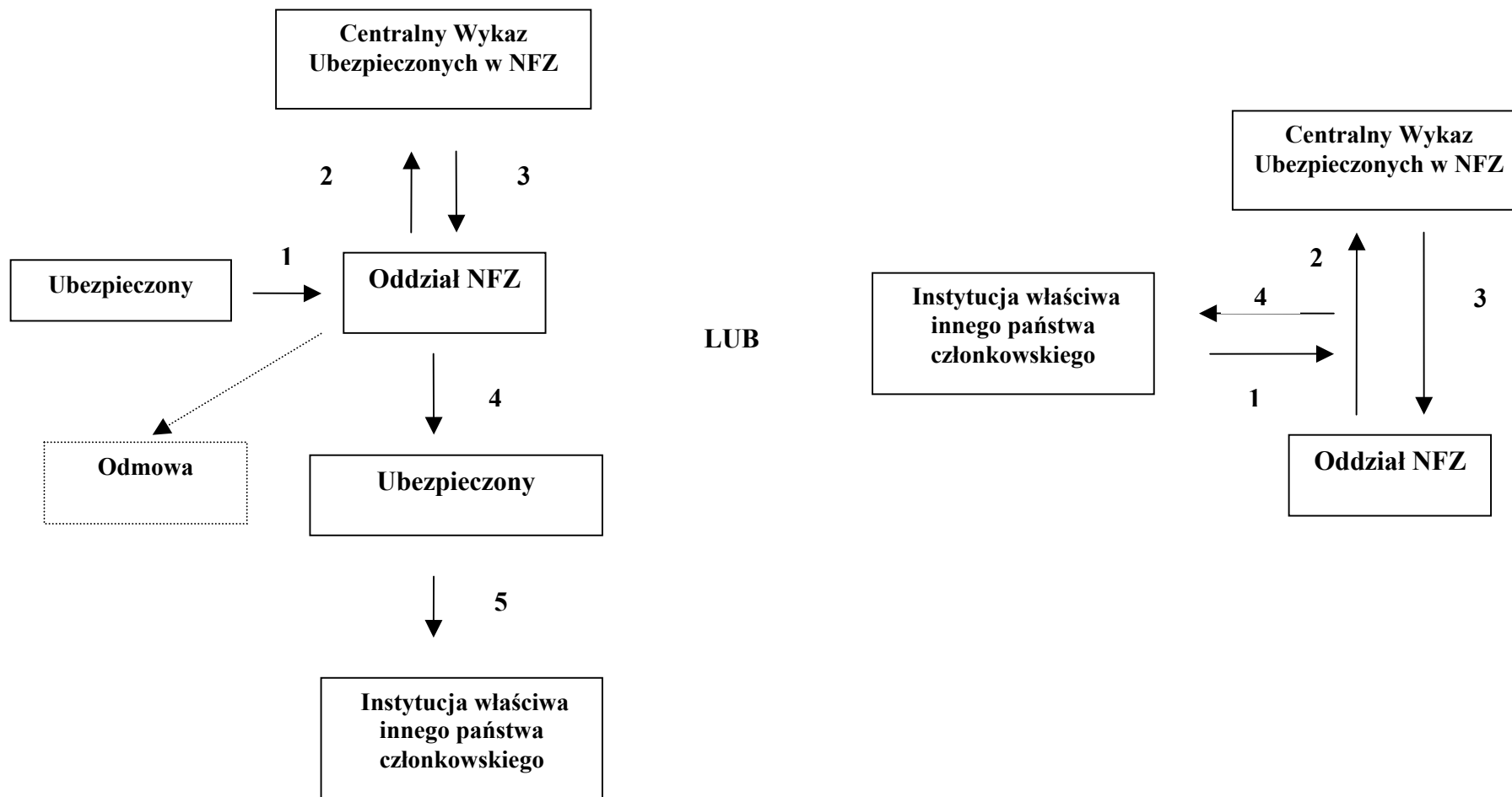
Sekcja 3 pkt 3.2 – NFZ zaznacza wyłącznie pozycję ryzyko na wypadek choroby i macierzyństwa

Sekcja 7 - NFZ dokonuje potwierdzenia wyłącznie w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego na ryzyko choroby i macierzyństwa. Należy podać okresy ubezpieczenia z ostatniego roku na podstawie CWU lub w przypadku niezgodności z CWU, zgodnie z dokumentami załączonymi przez ubezpieczonego do wniosku o wydanie formularza serii E – 100 (pouczenie – pkt 10, symbol A= choroba i macierzyństwo).

Sekcja 8 – dane należy wpisać na podstawie dokumentów załączonych przez ubezpieczonego do wniosku o wydanie formularza serii E – 100 wyłącznie w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego na ryzyko choroby i macierzyństwa (pouczenie – pkt 10, symbol A= choroba i macierzyństwo)

Wykres 1

Schemat obiegu formularza E 104



Formularz E 106 - Zaświadczenie o prawie do świadczeń dla osób zamieszkałych w państwie innym niż państwo właściwe.

Rozporządzenie nr 1408/71: art. 19.1.a; art. 19.2; art. 25.3.i;

Rozporządzenie nr 574/72: art.17.1 i 4; art. 27 (pierwsze zdanie).

Formularz E 106 wydawany jest w celu potwierdzenia prawa do świadczeń zdrowotnych w kraju zamieszkania w przypadku pracownika (lub osoby pracującej na własny rachunek) objętego ubezpieczeniem w innym państwie oraz członków jego rodziny. Korzystają z tego m.in. pracownicy ambasad.

Schemat obiegu formularza E 106 przedstawia wykres 2, zgodnie z którym:

- w celu uzyskania prawa do świadczeń zdrowotnych pracownik lub osoba pracująca na własny rachunek, bezrobotny (oraz członkowie rodziny) objęty w Polsce ubezpieczeniem zdrowotnym występuje do Oddziału NFZ o wydanie lub potwierdzenie formularza E 106 (punkt 1);
- Oddział NFZ wydaje formularz na podstawie informacji przedstawionych przez ubezpieczonego, pracodawcę i weryfikuje te dane z danymi zawartymi w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych w NFZ (punkty 2 i 3);
- Oddział NFZ wypełnia część A formularza i przesyła dwa egzemplarze osobie ubezpieczonej (punkt 4);
- ubezpieczony rejestruje się przez okazanie formularza E 106 w instytucji miejsca zamieszkania (punkt 5);
- instytucja miejsca zamieszkania powiadamia instytucję właściwą o każdej rejestracji (punkt 6).

LUB – jeśli zainteresowany nie przedstawi formularza E 106:

- jeżeli uprawniony, który zgłosił się w swojej instytucji miejsca zamieszkania, nie posiadał odpowiedniego formularza, instytucja miejsca zamieszkania wnioskuje do Oddziału NFZ o wydanie formularza E 106 za pomocą formularza E 107 (punkt 1);

- Oddział NFZ wydaje formularz na podstawie przedstawionych informacji i weryfikuje te dane z danymi zawartymi w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych w NFZ (punkty 2 i 3);
- Oddział NFZ wypełnia część A formularza i przesyła dwa egzemplarze do instytucji właściwej lub łącznikowej (punkt 4);
- instytucja łącznikowa przesyła formularz do instytucji miejsca zamieszkania (punkt 5);
- instytucja miejsca zamieszkania wypełnia część B formularza i odsyła jeden egzemplarz do instytucji Oddziału NFZ (punkt 6).

Zasady wystawiania formularza E 106:

Część A

Sekcja 2 pkt 2.5 – NFZ nie wypełnia ponieważ w polskim systemie ubezpieczeń społecznych nie ma rozróżnienia w zakresie świadczeń zdrowotnych dla osób zatrudnionych w tych gałęziach gospodarki.

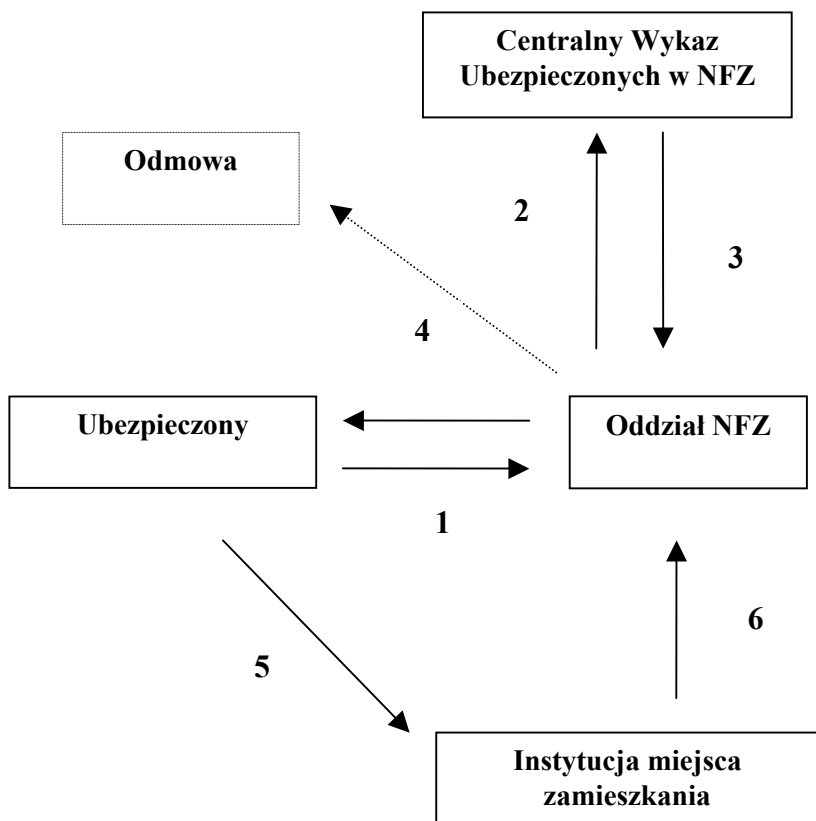
Sekcja 5 – należy podać dzień wystawienia formularza.

Część B

Sekcja 8 – w przypadku gdy instytucją wnioskującą o wydanie formularza E 106 jest instytucja francuska, w sekcji 8 należy wpisać dane z sekcji 7.

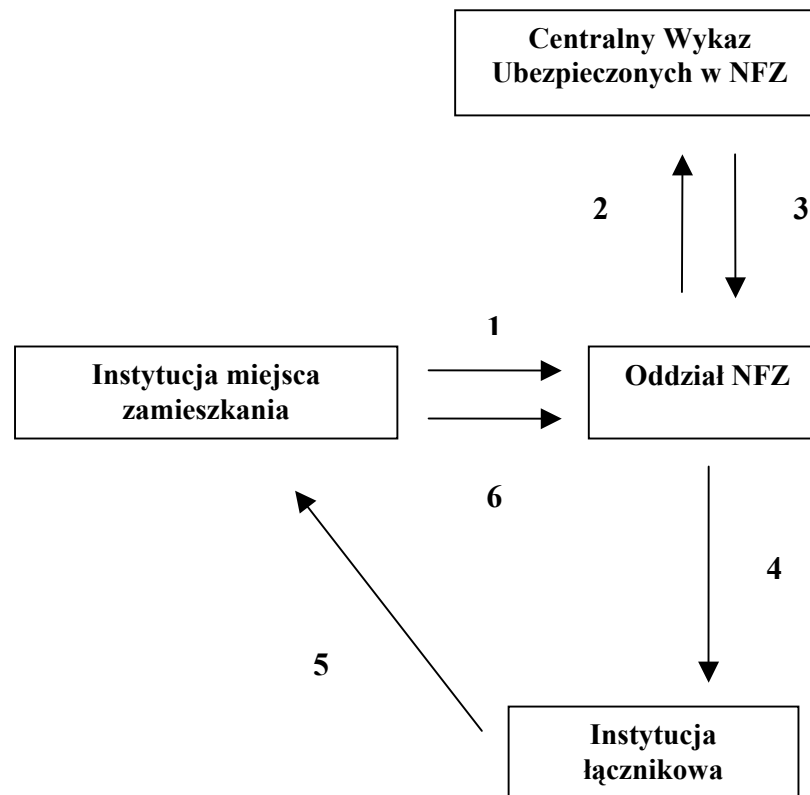
Formularz E 106 wydawany jest do chwili unieważnienia tego formularza (sekcja 6 pkt 6.1) za pomocą formularza E 108.

Wykres 2



Schemat obiegu formularza E 106

LUB



Formularz E 107 – Wniosek do instytucji w innym państwie o wydanie odpowiedniego formularza z zaświadczeniem o prawie do świadczeń

Rozporządzenie nr 1408/71: art. 19.1.a; art. 19.2; art. 22.1.a.i, b.i. oraz c.i; art. 22.3; art. 25.1.a oraz 3.i; art. 26.1; art. 28.1.a; art. 29.1.a; art. 31.a; art. 52.a; art. 55.1.a.i, b.i oraz c.i;

Rozporządzenie nr 574/72: art. 17.1; art. 20.2 oraz 3; art. 21.1; art. 22.1 oraz 3; art. 23; art. 27 (pierwsze zdanie); art. 28; art. 29.2; art. 30.1; art. 31.1 oraz 3; art. 60.1; art. 62.3, 4 oraz 7; art. 63.1 oraz 3.

Z wnioskiem o wydanie formularza E 107 występuje się w sytuacji, gdy osoba ubiegająca się o świadczenia nie przedstawia odpowiedniego zaświadczenia bądź przedstawione zaświadczenie straciło ważność.

Schemat obiegu formularza E 107 przedstawia wykres 3, zgodnie z którym:

- formularz E 107 jest stosowany w przypadku, gdy osoba uprawniona do świadczeń z tytułu ustawodawstwa innego państwa niż kraj, w którym przebywa lub zamieszkuje, nie posiada odpowiedniego formularza np. turysta podczas pobytu znalazł się w szpitalu a nie posiada ze sobą formularza E 111. W takim przypadku instytucja miejsca zamieszkania lub pobytu na prośbę np.: szpitala zwraca się do instytucji właściwej NFZ o wydanie odpowiedniego formularza. Instytucja miejsca zamieszkania lub pobytu wypełnia część A formularza i przesyła w ciągu 3 dni jego 2 egzemplarze do właściwego Oddziału NFZ /ma ona obowiązek udzielania tych świadczeń, do czasu otrzymania odpowiedzi, ale nie dłużej niż 30 dni/ (punkt 1);
- Oddział NFZ sprawdza czy dana osoba figuruje w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych (punkty 2 i 3); w przypadku wystawiania formularza E 120, E 121 lub E 123 osoba może nie figurować w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych, w związku z czym przed wystawieniem jednego z tych formularzy Oddział NFZ przeprowadza postępowanie wyjaśniające - określone w procedurach dotyczących wystawiania tych formularzy; (punkty 2 i 3);
- Oddział NFZ udziela odpowiedzi instytucji miejsca pobytu w ciągu 10 dni od daty otrzymania zapytania, przesyłając odpowiedni formularz (najczęściej E 111). Jeśli istnieje taka konieczność, w przypadku odpowiedzi pozytywnej, Oddział NFZ może wskazać maksymalny czas udzielania świadczeń, jeśli taki jest przewidziany w ustawodawstwie państwowym. W przypadku odpowiedzi odmownej, Oddział NFZ wysyła do instytucji miejsca pobytu jeden egzemplarz formularza E 107 wypełniony w części B (punkt 4).

Zasady wystawiania formularza E 107:

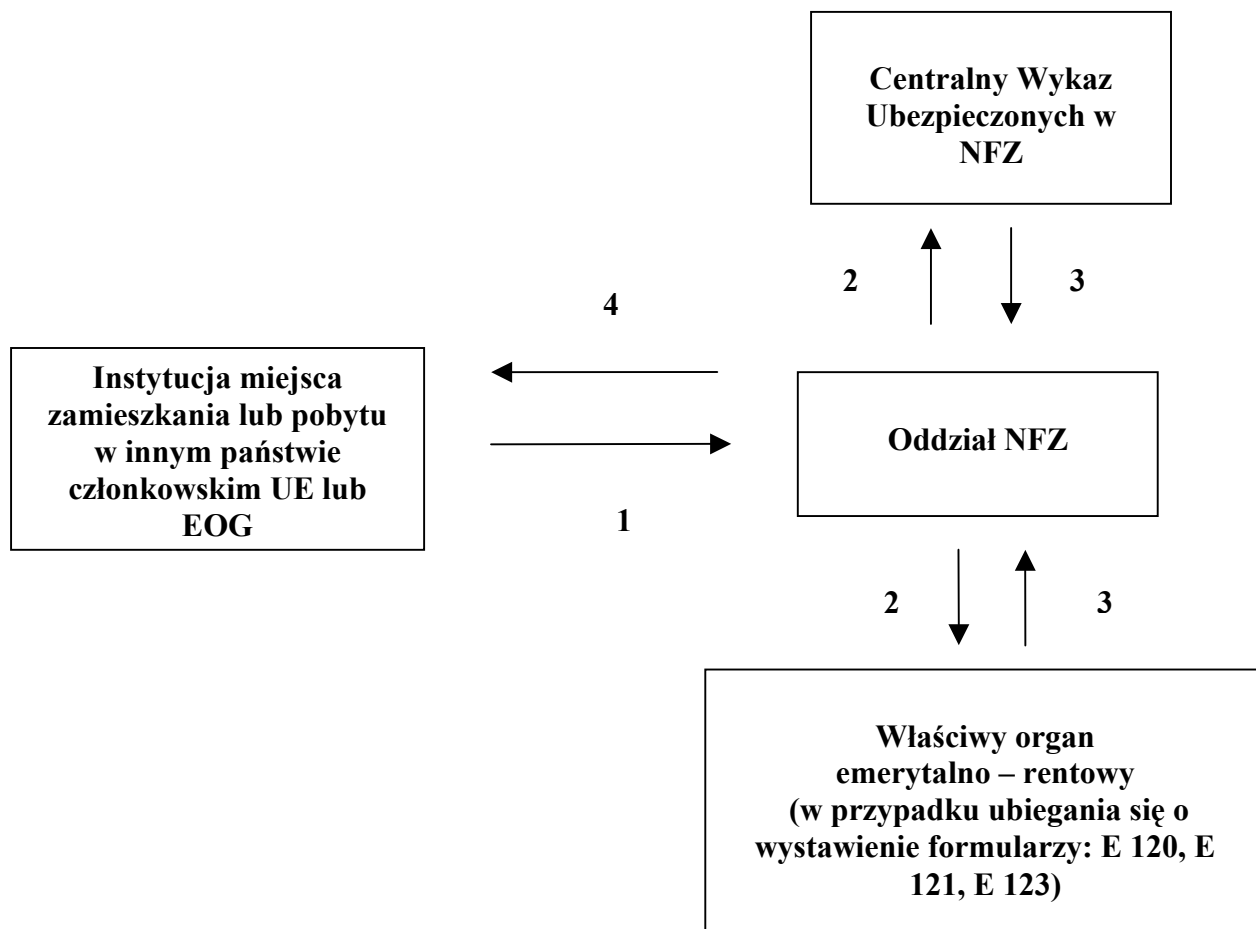
Część A

Sekcja 2, 3 i 4 - dane należy wpisać na podstawie dokumentów załączonych przez podmiot zainteresowany wystawieniem formularza lub osobę zainteresowaną wnioskującą do miejsca zamieszkania lub pobytu o wydanie formularza.

Sekcja 6 pkt 6.2 - dane należy wpisać na podstawie dokumentów załączonych przez osobę wnioskującą o wydanie formularza.

Wykres 3

Schemat obiegu formularza E 107



Formularz E 108 – Zawiadomienie o ustaniu prawa do świadczeń.

Rozporządzenie nr 1408/71: art. 19.1.a i 2; art. 25. 3.i; art. 26.1; art. 28.1.a; art. 29.1.a;

Rozporządzenie nr 574/72: art. 17.2 i 3; art. 27; art. 28; art. 29.5; art. 30; art. 94.4; art.95.4.

Formularz E 108 najczęściej stosuje instytucja właściwa w celu poinformowania instytucji miejsca zamieszkania o fakcie wstrzymania lub utraty prawa do świadczeń, wynikającego z uprzednio wystawionego formularza, np. E 106. Zdarza się jednak też, że to instytucja miejsca zamieszkania przekazuje informacje instytucji właściwej – np. w sytuacji podjęcia zatrudnienia przez emeryta bądź zgonu ubezpieczonego.

Schemat obiegu formularza E 108 przedstawia wykres 4, zgodnie z którym:

- w celu poinformowania instytucji miejsca zamieszkania lub pobytu o fakcie wstrzymania lub utraty prawa do świadczeń, Oddział NFZ wypełnia część A formularza E 108 i wysyła 2 egzemplarze do instytucji miejsca zamieszkania lub pobytu – jeśli to konieczne za pośrednictwem instytucji łącznikowej (punkt 1);
- instytucja miejsca zamieszkania lub pobytu wypełnia część B formularza i niezwłocznie zwraca jeden egzemplarz do Oddziału NFZ (punkt 2).
- jeżeli wystawienie przez NFZ formularza E 108 wiąże się z zakończeniem ważności uprzednio wystawionego przez Mazowiecki Oddział NFZ formularza E 121 dla osoby pobierającej emeryturę lub rentę zamieszkałej w innym państwie członkowskim, Mazowiecki Oddział NFZ przekazuje do właściwego organu rentowego kopię E 108 oraz informację o zaniechaniu poboru składki na ubezpieczenia zdrowotne z wypłacanych świadczeń od najbliższego terminu płatności i konieczności wyrejestrowania emeryta (rencisty) z ubezpieczenia zdrowotnego.

Formularz E 108 stosowany jest najczęściej w związku z E 106.

Obecnie trwają prace w Komisji Administracyjnej nad wprowadzeniem zmian w obiegu tego formularza – wprowadzenie możliwości gdy instytucja miejsca zamieszkania lub pobytu informuje instytucję właściwą o tym, że osoba uprawniona straciła prawo do świadczeń wystawiając formularz E 108 (np. rencista podjął w kraju zamieszkania pracę zarobkową)

Zasady wystawiania formularza E 108:

Dane należy wpisać zgodnie z danymi zawartymi w formularzu, który będzie podlegał anulowaniu.

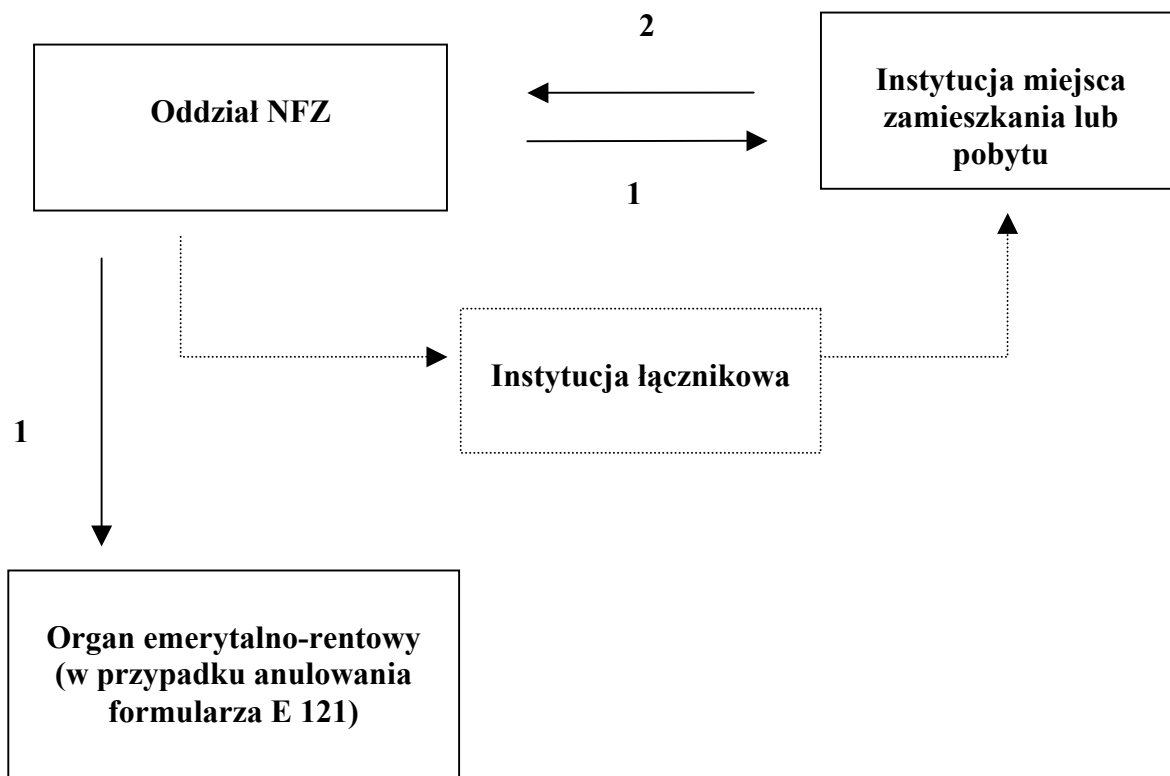
Część A

Sekcja 4 pkt 4.2 – wpisać datę zgodnie z informacją przekazaną przez ZUS/KRUS.

Sekcja 4 pkt 4.4 – wpisać datę zgodnie z datą podaną w CWU

Wykres 4

Schemat obiegu formularza E 108



Formularz E 109 – Zaświadczenie dla potrzeb rejestracji członków rodziny osoby zatrudnionej lub osoby pracującej na własny rachunek oraz aktualizacji wykazów.

Rozporządzenie (EWG) 1408/71: Artykuł 19.2

Rozporządzenie (EWG) 574/72: Artykuł 17.1, 2, 3 i 4; Artykuł 94.4

Zaświadczenie wydaje się w celu potwierdzenia prawa do świadczeń w państwie zamieszkania członków rodziny pracownika (lub osoby pracującej na własny rachunek). Formularz ten ma zastosowanie, gdy członek rodziny zamieszkuje w innym państwie niż ubezpieczony pracownik. Jest to więc sytuacja odmienna od tej, w której wydaje się formularz E 106, tj. gdy zarówno pracownik, jak i członek rodziny mieszkają w tym samym państwie - innym niż państwo właściwe.

Schemat obiegu formularza E 109 przedstawia wykres 5, zgodnie z którym:

- w celu uzyskania prawa do świadczeń zdrowotnych członkowie rodziny pracownika lub osoby pracującej na własny rachunek zgłaszają się do Oddziału NFZ z prośbą o wystawienie formularza E 109 (punkt 1);
- Oddział NFZ sprawdza czy dana osoba figuruje w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych (punkty 2 i 3);
- Oddział NFZ wypełnia część A formularza i przesyła dwa egzemplarze do instytucji miejsca zamieszkania lub łącznikowej (punkt 4);
- instytucja łącznikowa przesyła formularz do instytucji miejsca zamieszkania (punkt 5);
- instytucja miejsca zamieszkania wypełnia część B formularza i odsyła jeden egzemplarz do instytucji Oddziału NFZ (punkt 6).

LUB - jeśli nie zostały dopełnione wyżej wymienione formalności:

- instytucja miejsca zamieszkania wnioskuje do Oddziału NFZ o wydanie formularza E 109 (punkt 1);
- Oddział NFZ wydaje formularz na podstawie przedstawionych informacji i weryfikuje te dane z danymi zawartymi w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych w NFZ (punkty 2 i 3);

- Oddział NFZ wypełnia część A formularza i przesyła dwa egzemplarze do instytucji właściwej lub łącznikowej (punkt 4);
- instytucja łącznikowa przesyła formularz do instytucji miejsca zamieszkania (punkt 5);
- instytucja miejsca zamieszkania wypełnia część B formularza i odsyła jeden egzemplarz do instytucji Oddziału NFZ (punkt 6).

Zasady wystawiania formularza E 109:

Część A

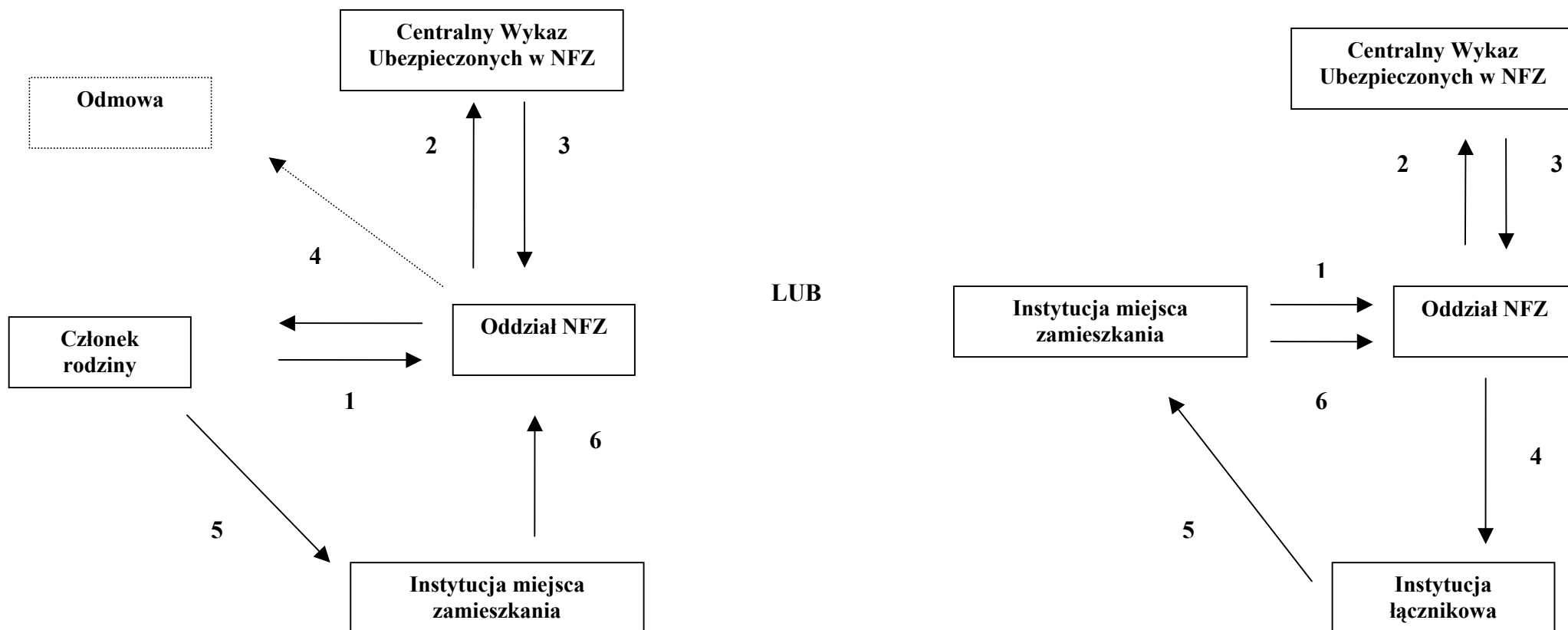
Sekcja 2 pkt 2.5 – NFZ nie wypełnia ponieważ w polskim systemie ubezpieczeń społecznych nie ma rozróżnienia w zakresie świadczeń zdrowotnych dla osób zatrudnionych w tych gałęziach gospodarki.

Sekcja 4 - dane należy zweryfikować z danymi zawartymi w formularzu E 107, o którym mowa w sekcji 1 pkt 1.3.

Formularz E 109 jest ważny do chwili jego anulowania za pomocą formularza E 108 lub w przypadku pracy sezonowej okres ważności nie może być dłuższy niż data zakończenia pracy sezonowej (sekcja 6 pkt 6.1 oraz pkt 6.3 – 6.4)

Wykres 5

Schemat wydawania formularza E 109



E 110 – Zaświadczenie o prawie do świadczeń pracowników zatrudnionych w transporcie międzynarodowym.

Rozporządzenie nr 1408/71: art. 14.2.a; art. 22.1.a.i; art. 22.3; art. 55.1.a.i;

Rozporządzenie nr 574/72: art. 20.1; art. 62.1.

Formularz E 110 wydawany jest w celu potwierdzenia prawa do świadczeń zdrowotnych osoby zatrudnionej w transporcie międzynarodowym oraz członków jej rodziny.

Schemat obiegu formularza E 110 przedstawia wykres 6, zgodnie z którym:

- pracodawca wystawia formularz E 110 dla pracownika i członków jego rodziny udających się za granicę (punkt 1);
- pracownik w celu skorzystania ze świadczeń zdrowotnych przedstawia formularz E 110 instytucji miejsca pobytu przed skorzystaniem ze świadczeń, lub jeśli nie zarejestrował się wcześniej przed skorzystaniem ze świadczeń przedstawia go bezpośrednio jednostce udzielającej świadczenia zdrowotnego (punkt 2);
- w celu otrzymania świadczeń zdrowotnych, pracownik zatrudniony w transporcie międzynarodowym, wykonujący pracę na terytorium innego państwa członkowskiego, przedstawia instytucji miejsca pobytu wypełniony przez pracodawcę lub jego pełnomocnika formularz E 110 w ciągu 1 miesiąca kalendarzowego /w trakcie, którego było udzielone świadczenia / lub w ciągu 2 miesięcy poprzedzających wyjazd – gdy zostaną dopełnione te formalności osoba spełnia warunki do otrzymania świadczenia (punkt 3);
- jeśli pracownik nie zarejestrował się w instytucji miejsca pobytu przed skorzystaniem ze świadczeń, to w razie konieczności może je uzyskać okazując formularz E 110 świadczeniodawcy;
- instytucja miejsca pobytu zwraca się w ciągu 3 dni do właściwego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, by potwierdzić, czy zainteresowany spełnia warunki do otrzymania rzeczowych świadczeń /ma ona obowiązek udzielania tych świadczeń, do czasu otrzymania odpowiedzi, ale nie dłużej niż 30 dni/ (punkt 5);
- Oddział NFZ sprawdza czy dana osoba figuruje w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych (punkty 5 i 6);

- Oddział NFZ udziela odpowiedzi instytucji miejsca pobytu w ciągu 10 dni od daty otrzymania zapytania. Jeśli istnieje taka konieczność, w przypadku odpowiedzi pozytywnej, Oddział NFZ może wskazać maksymalny czas udzielania świadczeń, jeśli taki jest przewidziany w ustawodawstwie państwowym (punkt 6).

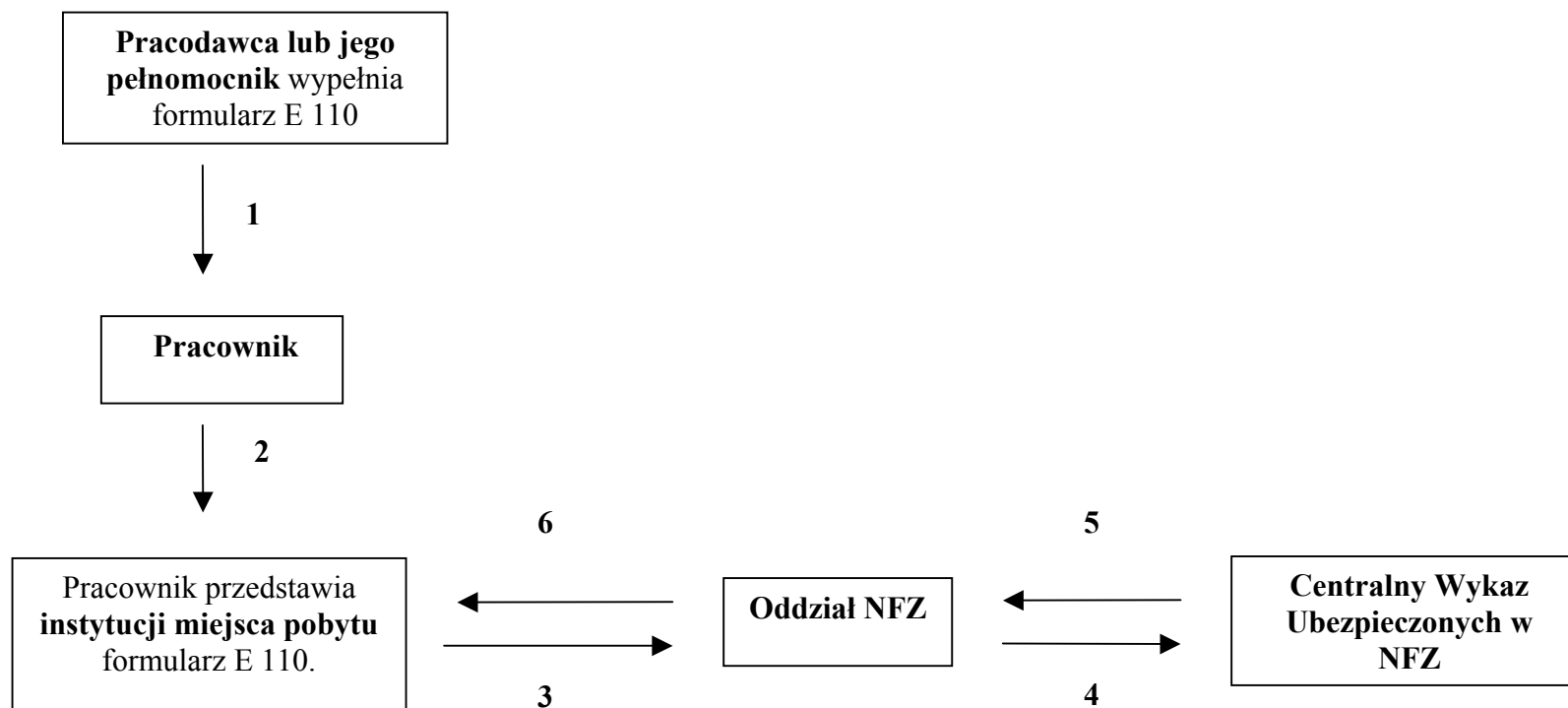
Zamiast formularza E 110 pracownik może przedstawić instytucji miejsca pobytu formularz E 111 potwierdzający prawo do świadczeń podczas czasowego pobytu w innym państwie członkowskim.

Zasady wystawiania formularza E 110:

Formularz w całości wypełniany jest przez pracodawcę

Wykres 6

Schemat obiegu formularza E 110



Formularz E 111 - Zaświadczenie o uprawnieniu do świadczeń rzeczowych podczas pobytu w państwie członkowskim

Rozporządzenie nr 1408/71: art. 22.1.a.i, art. 22.a; art. 22.3; art. 31.a, art.34.a;

Rozporządzenie nr 574/72: art. 20.4; art. 21.1; art. 23; art. 31.1 oraz 3.

Formularz E 111 wydaje się ubezpieczonym oraz członkom ich rodziny zamierzającym przebywać czasowo w innym państwie członkowskim. Formularz ten stosowany jest przede wszystkim w przypadku wyjazdów turystycznych.

W odróżnieniu od pozostałych zaświadczeń (dotyczących określonych grup osób) E 111 wydaje się każdemu obywatelowi UE ubezpieczonemu w danym państwie członkowskim oraz członkom jego rodziny. Zaświadczenie to posiada okres ważności, zróżnicowany w poszczególnych państwach. W przypadku, gdy okres ważności wygaś, a nadal istnieje konieczność udzielenia świadczeń instytucja miejsca pobytu zwraca się za pomocą formularza E 107 o wydanie kolejnego formularza E 111.

Schemat obiegu formularza E 111 przedstawia wykres 7, zgodnie z którym:

- formularz E 111 wydawany jest na wniosek ubezpieczonego, który może być złożony w jeden z następujących sposobów (punkt 1):
 - po osobistym zgłoszeniu się ubezpieczonego;
 - na prośbę złożoną drogą e-mailową;
 - na prośbę listowną;
 - na prośbę złożoną faksem.

W przypadku prośby o wydanie formularza drogą e-mailową, telefoniczną lub faksem, istnieje konieczność osobistego odbioru formularza e celu weryfikacji przedstawionych wcześniej danych z dowodem tożsamości osoby wnioskującej. (lub w razie potrzeby również z innymi dokumentami).

Wniosek o wydanie formularza E 111 powinien zawierać przynajmniej następujące dane:

- nazwisko;
- imię (imiona);
- nazwisko rodowe;

- data urodzenia;
- adres (stałego zamieszkania/ w kraju zamieszkania);
- status osoby (pracownik, emeryt/rencista, osoba pracująca na własny rachunek);
- numer identyfikacyjny (w przypadku obywateli polskich wyłącznie numer PESEL);
- dowód osobisty (tożsamości);
- okres, na który osoba wyjeżdża.

Zakres danych, które powinny zostać przedstawione przez wnioskującego dotyczy również sytuacji, gdy prośba o wydanie formularza E 111 została złożona drogą e-mailową lub faxem.

W przypadku towarzyszących członków rodziny w formularzu podaje się następujące dane:

- nazwisko;
- imię (imiona);
- nazwisko rodowe;
- data urodzenia;
- adres (stałego zamieszkania w kraju zamieszkania);
- numer identyfikacyjny (w przypadku obywateli polskich wyłącznie numer PESEL);
- pracownik jednostki NFZ powinien sprawdzić czy osoba zgłaszająca się z wnioskiem o wydanie formularza figuruje jako ubezpieczona w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych (CWU) w NFZ. Podczas weryfikacji uprawnień w CWU w NFZ sprawdzaniu powinny podlegać wszystkie dane występujące w formularzu, które zawiera CWU lub w przypadku niezgodności z CWU, zgodnie z dokumentami załączonymi przez ubezpieczonego do wniosku o wydanie formularza serii E – 100 (punkt 2, 3);
- Wystawiając formularz dane powinny być pobierane wprost z CWU przy użyciu systemu informatycznego. Pracownik NFZ będzie mógł także potwierdzić wypełniony już przez ubezpieczonego formularz E 111.
- formularze E 111 są wydawane wnioskującemu lub osobie do tego upoważnionej lub instytucji wnioskującej o wydanie formularza:
- po osobistym zgłoszeniu się do Oddziału Wojewódzkiego NFZ lub

- wysyłane drogą pocztową z zastrzeżeniem, iż nie dotyczy to wniosków złożonych drogą e-mailową i faxem (punkt 4).

Od dnia 1 czerwca 2004 r. formularz E 111 w państwach członkowskich Unii Europejskiej zostanie zastąpiony Europejską Kartą Ubezpieczenia Zdrowotnego, która będzie pełniła rolę formularza E 111 (nie dotyczy to państw członkowskich, które wystąpiły w tym zakresie o okresy przejściowe. Okres przejściowy dla Polski trwa do 31.12.2005 r.). Wykaz państw, które uzyskały okresy przejściowe na wprowadzenie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego zawiera załącznik 2.

Zasady wystawiania formularza E 111:

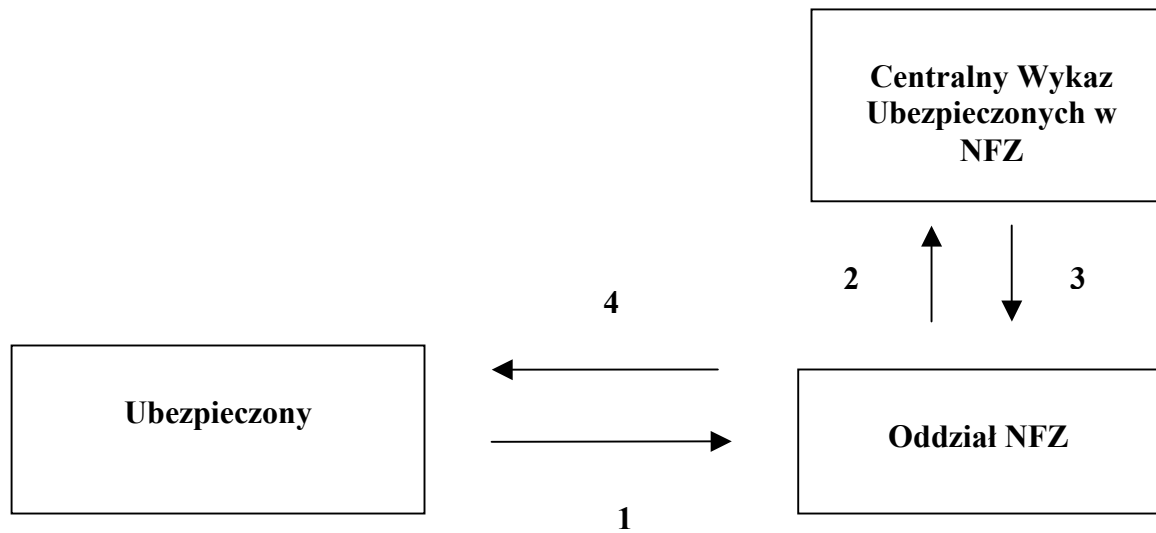
Sekcja 4 pkt 4.10 – 4.13 – wypełnić w przypadku przedłużenia okresu ważności formularza określonego wcześniej w sekcji 4 pkt 4.6 – 4.9.

Maksymalny okres ważności formularza E 111 musi być zgodny z art. 21 ust. 2 ustawy z dnia 23 stycznia 2003r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. Nr 45, poz. 391 z późn zm.).

Wykres 7

Schemat obiegu formularza E 111

•



Formularz E 112 – Zaświadczenie dotyczące zachowania prawa do aktualnie przysługujących świadczeń z tytułu ubezpieczenia chorobowego i macierzyńskiego.

*Rozp. 1408/71: Art. 22.1.b.i; Art. 22.1.c.i; Art. 22.3; Art. 31
Rozp. 574/72: Art. 22.1 i 3; Art. 23*

Formularz E 112 jest zaświadczeniem, za pomocą którego instytucja właściwa potwierdza, że dana osoba uzyskała jej zgodę na powrót na terytorium państwa, w którym mieszka lub na przeniesienie do miejsca zamieszkania do innego państwa i kontynuowanie tam leczenia bądź udanie się do innego państwa w celu uzyskania tam zaplanowanych świadczeń zdrowotnych. Udzieliwszy zgody instytucja właściwa zobowiązuje się do pokrycia kosztów udzielonych świadczeń. Należy przy tym pamiętać, że:

- w przypadku chęci kontynuowania leczenia w państwie zamieszkania, zgody można odmówić jedynie wtedy, gdy zostanie ustalone, że przeniesienie się zainteresowanego może ujemnie wpłynąć na stan jego zdrowia;
- zgody na leczenie planowane w innym państwie nie można odmówić, jeżeli zabiegi, o które chodzi, nie mogą być w państwie zamieszkania udzielone w terminie zwykle koniecznym w procesie leczenia.

Szczegóły dotyczące trybu postępowania i obiegu formularza określi odrębne rozporządzenie Ministra Zdrowia.

Formularz E 113 – Zawiadomienie o przyjęciu i okresie pobytu w szpitalu.

Rozporządzenie nr 1408/71: art. 19; art. 22; art.22.a; art.22.b; art. 25.1 i 3.i; art. 26; art. 31.a; art. 34.a; art. 34.b; art. 52.a; art. 55.1;

Rozporządzenie nr 574/72: art. 17.6; art. 20.5; art. 21.2; art. 22.2 i 3; art. 23; art. 26.3;art. 27; art. 28; art. 31.2 oraz 3; art. 60.5; art. 62.7; art. 63.2.

Formularz E 113 stosowany jest w celu poinformowania instytucji właściwej przez instytucję miejsca pobytu lub zamieszkania o fakcie przyjęcia danej osoby do szpitala i o dacie jej wypisania. Nie wszystkie państwa członkowskie wymagają otrzymywania takich informacji. Informacje takie przekazuje się m.in. instytucjom włoskim, greckim, niemieckim (w przypadku pobytu w szpitalu ubezpieczonym przysługuje tam wyższy zasiłek chorobowy). Z reguły wystawia się jeden formularz w momencie wypisania ze szpitala.

Formularz E 114 - Wniosek do instytucji właściwej o wyrażenie zgody na udzielenie świadczeń o znacznej wartości.

Rozporządzenie nr 1408/71: art. 19; art. 22; art. 22.a; art. 22.b; art. 24; art. 25.1 i 3.i; art. 26; art. 31.a; art. 34.a; art. 34.b; art. 52.a; art. 55.1;

Rozporządzenie nr 574/72: art. 17.7; art. 20.5; art. 21.2; art. 22.2 i 3; art. 23; art. 26.3; art. 27; art. 28; art. 31.2 i 3; art. 60.6; art. 62.7; art. 63.2 i 3.

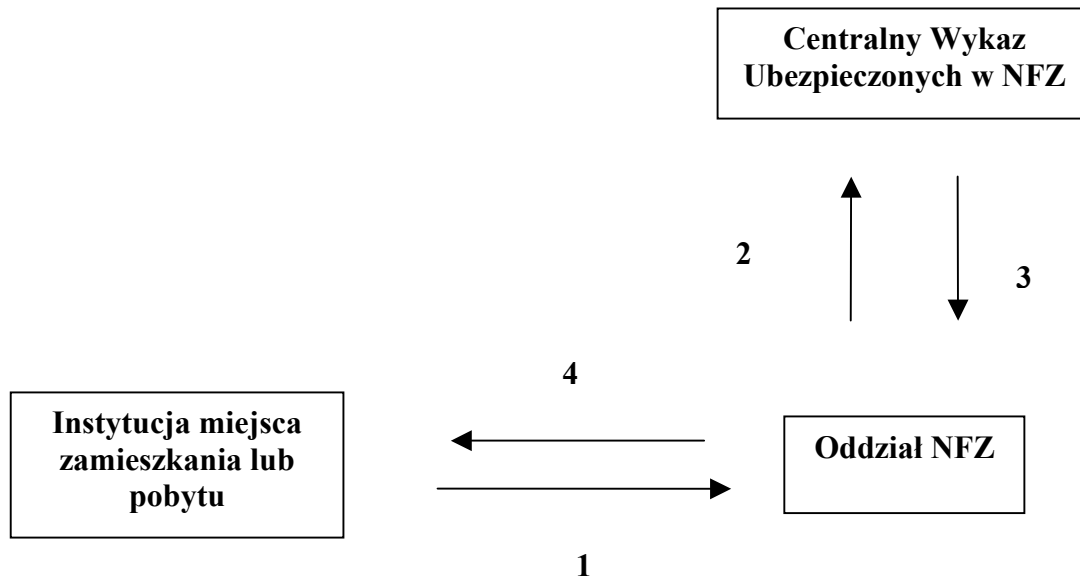
Instytucja miejsca pobytu lub zamieszkania zawiadamia instytucję właściwą, że dana osoba uzyskała bądź uzyska świadczenia o znacznym wymiarze finansowym (np. wózek inwalidzki), o ile nie zostanie zgłoszony sprzeciw. Instytucja właściwa ma 15 dni licząc od daty wysłania takiego zawiadomienia na zgłoszenie swojego sprzeciwu (przesłanek uzasadniających odmowę świadczenia), brak odpowiedzi traktuje się jako wyrażenie zgody.

Schemat obiegu formularza E 114 przedstawia wykres 8, zgodnie z którym:

- instytucja miejsca pobytu lub zamieszkania zawiadamia Oddział NFZ, że dana osoba uzyska świadczenia o znacznym wymiarze finansowym (przewidywane lub rzeczywiste koszty przekraczają wyznaczoną i okresowo uaktualnioną przez Komisję Administracyjną kwotę ryczałtową). W tym celu, instytucja miejsca pobytu lub zamieszkania wypełnia część A formularza, a następnie przesyła 1 lub 2 egzemplarze do Oddziału NFZ (punkt 1);
- Oddział NFZ weryfikuje dane ubezpieczonego z danymi zawartymi w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych w NFZ oraz ustala czy zgłosi sprzeciw odnośnie przyznania świadczenia o znacznej wartości (punkty 2 i 3);
- w terminie 15 dni od daty wysłania powiadomienia przez instytucję miejsca zamieszkania lub pobytu, Oddział NFZ może zgłosić uzasadniony sprzeciw. Jeśli Oddział NFZ uzna, że musi odmówić przyznania świadczeń, powinien wypełnić część B formularza i zwrócić jego egzemplarz do instytucji miejsca pobytu lub zamieszkania. Jeśli upłynie okres 15 dni i nie wpłynie sprzeciw, instytucja miejsca pobytu lub zamieszkania przyznaje świadczenie rzeczowe. W przypadku, gdy świadczenie rzeczowe powinno zostać udzielone w trybie pilnym, instytucja miejsca zamieszkania lub pobytu informuje niezwłocznie Oddział NFZ - nie ma obowiązku informowania o uzasadnionym sprzeciwie o ile koszty tego świadczenia rzeczowego zwracane są w kwocie ryczałtowanej (punkt 4).

Wykres 8

Schemat obiegu formularza E 114



Formularz E 119 - Zaświadczenie o prawie do świadczeń osób bezrobotnych, przebywających w innym państwie członkowskim w celu poszukiwania pracy.

Rozporządzenie nr 1408/71: art. 25.1 oraz 3.i;

Rozporządzenie nr 574/72: art. 26.1.

Formularz E 119 stanowi potwierdzenie prawa do świadczeń osoby bezrobotnej oraz członków jej rodziny podczas pobytu w innym państwie w celu poszukiwania pracy. Zaświadczenie to wydaje się na podstawie formularza E 303.

Schemat obiegu formularza E 119 przedstawia wykres 9, zgodnie z którym:

- w celu potwierdzenia prawa do świadczeń dla siebie i członków rodziny podczas pobytu w innym państwie członkowskim w celu poszukiwania pracy, osoba bezrobotna przed wyjazdem składa wniosek do Oddziału NFZ. Podstawą wystawienia formularza E 119 jest formularz E 303, wydany przez instytucję właściwą w zakresie świadczeń z tytułu bezrobocia (punkt 1);
- Oddział NFZ weryfikuje dane z formularza E 303 z danymi zawartymi w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych NFZ i poświadcza lub odmawia poświadczenia formularza E 119 (punkty 2 i 3);
- poświadczony formularz E 119 Oddział NFZ przekazuje zainteresowanemu (punkt 4);
- bezrobotny zgłasza się z formularzem E 119 do instytucji miejsca pobytu w innym państwie członkowskim, celem zarejestrowania (punkt 5).

LUB – w przypadku, gdy bezrobotny nie wystąpił o formularz przed wyjazdem:

- instytucja miejsca zamieszkania lub pobytu bezrobotnego w innym państwie członkowskim zwraca się do Oddziału NFZ o poświadczenie formularza E 119 – za pomocą formularza E 107 (punkt 1);
- Oddział NFZ weryfikuje z właściwą instytucją w zakresie świadczeń z tytułu bezrobocia – występuje do tej instytucji z zapytaniem, czy osoba wymieniona w formularzu E 107 została zarejestrowana jako osoba bezrobotna oraz czy dane przedstawione przez instytucję miejsca zamieszkania lub pobytu są zgodne ze stanem faktycznym. Po uzyskaniu informacji zwrotnej dane są również weryfikowane z danymi

zawartymi w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych w NFZ czy bezrobotny podlega ubezpieczeniu (punkty 2, 3, 4 i 5);

- poświadczony formularz E 119 Oddział NFZ przekazuje do instytucji miejsca zamieszkania lub pobytu w innym państwie członkowskim (punkt 6).

Zasady wystawiania formularza E 119:

Sekcja 1 pkt 1.3 – formularz E 115 nie dotyczy NFZ,

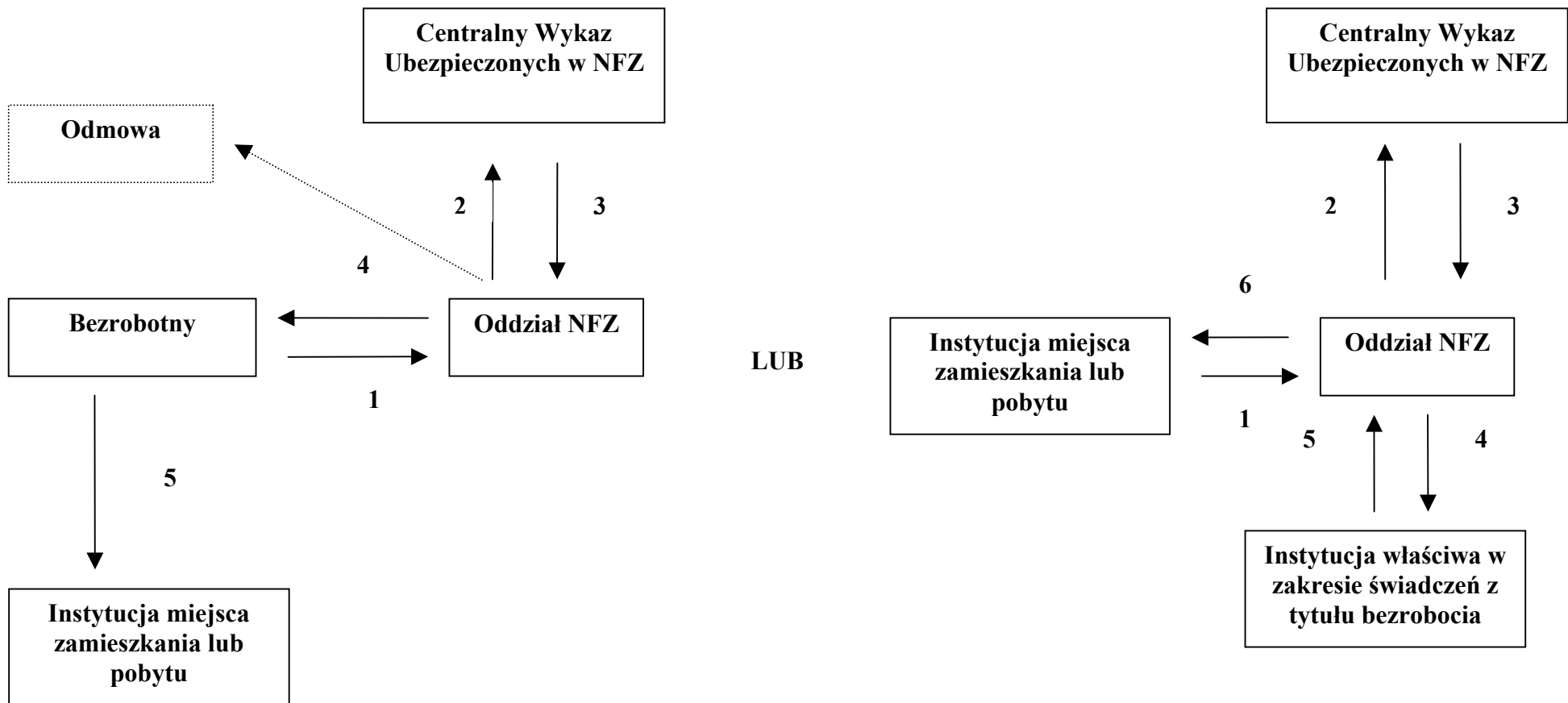
Sekcja 3 pkt 3.1 – 3.2 – należy podać dane z formularza E 107, po weryfikacji z właściwą instytucją w zakresie świadczeń z tytułu bezrobocia

Sekcja 4 - NFZ poświadcza tylko uprawnienia do świadczeń rzeczowych

Formularz E 119 - zgodnie z art. 69.1.c rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71 – „prawo do świadczeń zachowywane jest przez okres najwyżej 3 miesięcy, licząc od chwili, gdy zainteresowany przestał pozostawać w dyspozycji służb zatrudnienia państwa, przy czym łączny okres, przez który przyznawane są świadczenia, nie może przekraczać okresu udzielania świadczeń, do których przysługuje mu prawo na podstawie ustawodawstwa tego państwa. W przypadku pracownika sezonowego, okres ten ograniczony jest do okresu jaki pozostaje do końca sezonu na jaki został zatrudniony”

Wykres 9

Schemat obiegu formularza E 119



Formularz E 120 - Zaświadczenie o prawie do świadczeń osoby ubiegającej się o przyznanie emerytury lub renty a zamieszkującej w innym państwie członkowskim.

Rozporządzenie nr 1408/71: art. 26.1;

Rozporządzenie nr 574/72: art. 28.

Formularz E 120 jest to zaświadczenie, które jest wydawane przez Mazowiecki Oddział NFZ osobom oczekującym na przyznanie polskich świadczeń emerytalnych lub rentowych, zamieszkującym w innym państwie członkowskim, a dla których Polska jest państwem właściwym. Zaświadczenie jest ważne do momentu odwołania, które najczęściej następuje w drodze wystawienia formularza E 121, czyli z chwilą przyznania świadczeń emerytalnych lub rentowych.

Schemat obiegu formularza E 120 przedstawia wykres 10, zgodnie z którym:

- osoba oczekująca na przyznanie świadczeń emerytalnych lub rentowych z polskiej instytucji emerytalno-rentowej (ZUS, KRUS, organy emerytalno-rentowe służb mundurowych) występuje do Mazowieckiego Oddziału NFZ z wnioskiem o wystawienie formularza E 120, przekazując informację o złożeniu wniosku o świadczenie emerytalno-rentowe z polskiego systemu zabezpieczenia społecznego oraz wskazując organ rentowy, do którego wniosek został złożony (punkt 1);
- Mazowiecki Oddział NFZ po ustaleniu, że zachodzą pozostałe przesłanki do wydania formularza E 120 (przede wszystkim: osoba spełnia warunki konieczne do wydania tego formularza, w szczególności nie jest ubezpieczona z jakiegokolwiek tytułu w Polsce, ani w żadnym Państwie Członkowskim oraz nie ma prawa do rzeczowych świadczeń zdrowotnych w państwie zamieszkania od instytucji innych Państw Członkowskich), przekazuje 2 egzemplarze formularza E 120 (wypełnionego w części A pkt. 1 i 2) do właściwego organu emerytalno-rentowego (ZUS, KRUS, organ emerytalno-rentowy służb mundurowych) wskazanego przez wnioskodawcę, z prośbą o potwierdzenie, czy dana osoba ubiega się (złożyła wniosek) o przyznanie emerytury lub renty (punkty 2);
- organ rentowy, w przypadku stwierdzenia, że wnioskodawca ubiega się (złożył wniosek) o emeryturę lub rentę, wypełnia otrzymane 2 egzemplarze formularza E 120 w części A pkt 3 i 4, po czym zwraca je do Mazowieckiego Oddziału NFZ. Jeden egzemplarz organ rentowy zachowuje w celu monitorowania postępowania emerytalno-rentowego (punkt 3);

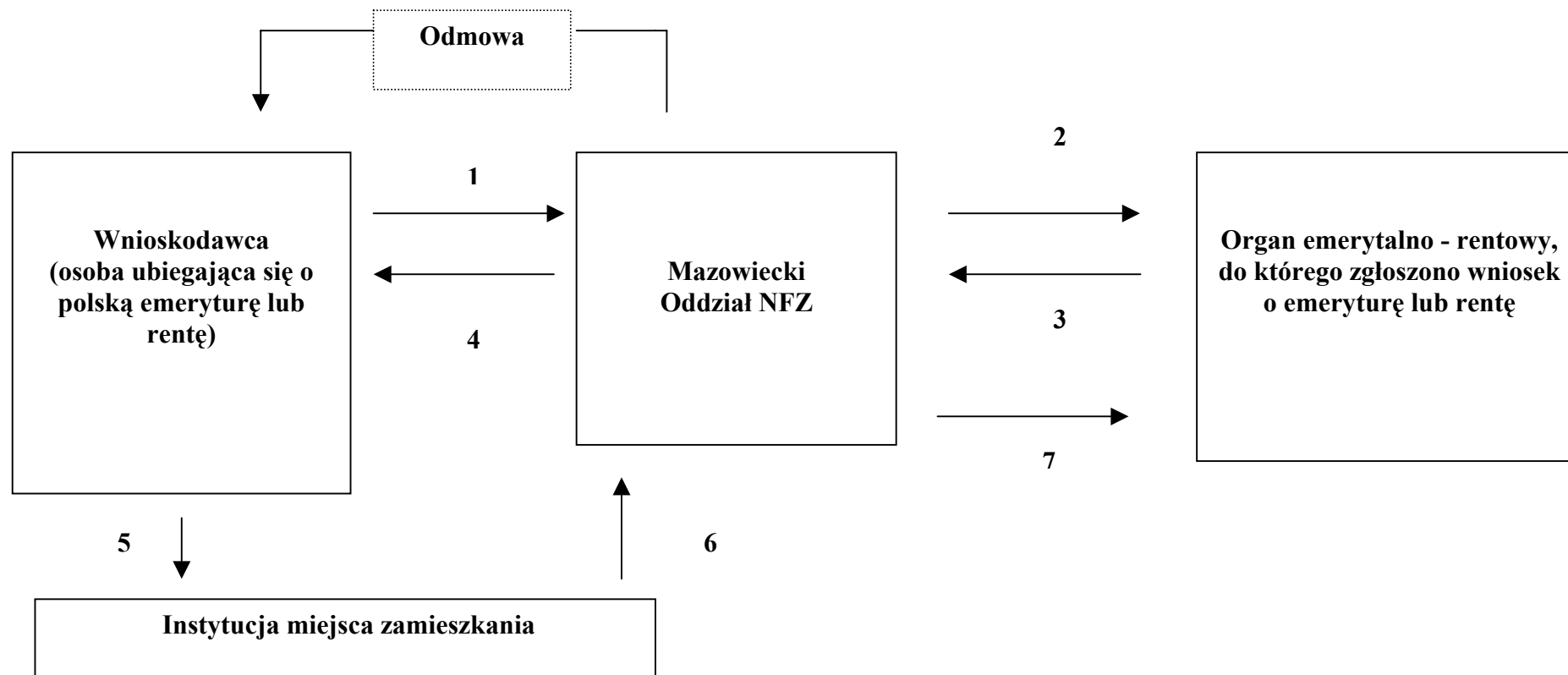
- Mazowiecki Oddział NFZ, po otrzymaniu z organu rentowego, przesyła formularz E 120 - po jego wypełnieniu w swoim zakresie (punkty 5 i 6 części A) - do wnioskodawcy (2 egzemplarze) (punkt 4);
- wnioskodawca przedstawia formularz E 120 instytucji miejsca zamieszkania (2 egzemplarze) (punkt 5);
- instytucja miejsca zamieszkania wypełnia część B formularza i przesyła jeden egzemplarz do Mazowieckiego Oddziału NFZ (punkt 6);
- Mazowiecki Oddział NFZ przekazuje poświadczoną za zgodność z oryginałem kopię formularza E 120 otrzymanego od instytucji zagranicznej (wypełnionego w części B) organowi rentowemu (punkt 7).

Zaświadczenie E 120 ważne jest do momentu odwołania, tj. do momentu wystawienia przez NFZ formularza E 108 albo wystawienia formularza E 121.

Organ emerytalno – rentowy każdorazowo informuje Mazowiecki Oddział NFZ o przyznaniu świadczenia, osobie która wcześniej otrzymała formularz E 120 oraz o wydaniu decyzji odmownej w sprawie emerytury lub renty. Po otrzymaniu z organu emerytalno-rentowego takich informacji, Mazowiecki Oddział NFZ wysyła do instytucji miejsca zamieszkania osoby zainteresowanej formularz E 108 (ustanie prawa do świadczeń) oraz przekazuje do właściwego organu rentowego kopię E 108.

Wykres 10

Schemat obiegu formularza E 120



Formularz E 121 - Zaświadczenie o prawie do świadczeń emeryta lub rencisty, który zamieszkuje w państwie członkowskim innym niż państwo lub państwa wypłacające mu emeryturę lub rentę.

Rozporządzenie nr 1408/71: art. 28.1.a; art. 29.1.a;

Rozporządzenie nr 574/72: art.29.1, 2, 3; art. 30.1; art. 95.4.

Formularz E 121 potwierdza prawo do świadczeń rzeczowych polskiego emeryta lub rencisty, który zamieszkuje w innym niż Polska państwie członkowskim.

Formularz E 121 wydaje Mazowiecki Oddział NFZ osobie zamieszkałej w innym państwie członkowskim, która spełnia łącznie wszystkie poniższe warunki:

- 1) pobiera:
 - a) wyłącznie emeryturę lub rentę wypłacaną przez polski organ emerytalno-rentowy (ZUS, KRUS, organ emerytalno-rentowy służb mundurowych) albo
 - b) emeryturę lub rentę wypłacaną przez polski organ emerytalno-rentowy oraz emeryturę lub rentę wypłacaną przez instytucje jednego lub więcej państw członkowskich innych niż Polska i państwo zamieszkania emeryta lub rencisty jeżeli polskie okresy ubezpieczenia emerytalnego są najdłuższe spośród okresów przebytych w poszczególnych państwach członkowskich wypłacających emeryturę lub rentę, a w przypadku gdy okresy ubezpieczenia przebyte w każdym z państw członkowskich (w tym w Polsce) są równe, jeżeli polskie okresy ubezpieczenia zostały przebyte jako ostatnie.
- 2) nie wykonuje żadnej innej działalności zawodowej, z tytułu której podlegałaby polskiemu ustawodawstwu jako właściwemu (nie ma żadnego innego tytułu do podlegania polskiemu ubezpieczeniu zdrowotnemu)
- 3) nie ma uprawnień do świadczeń zdrowotnych wynikających z ustawodawstwa państwa zamieszkania, ani z ustawodawstwa żadnego innego państwa członkowskiego (np. z tytułu wykonywania pracy w trzecim państwie członkowskim i w konsekwencji podlegania ustawodawstwu tego państwa).

Schemat obiegu formularza E 121 przedstawia wykres 11, zgodnie z którym:

- W celu uzyskania formularza E 121 osoba pobierająca emeryturę lub rentę z polskiego organu rentowego (ZUS, KRUS, organy emerytalno-rentowe służb mundurowych) zamieszkała w innym niż Polska państwie członkowskim składa do Mazowieckiego

Oddziału NFZ wniosek (na krajowym formularzu), wskazując polski organ emerytalno-rentowy właściwy do wypłacania emerytury lub renty (jednostka ZUS, KRUS, służb mundurowych) (punkt 1);

- Mazowiecki Oddział NFZ po ustaleniu, że istnieją przesłanki do wydania formularza E 121, a brakuje wyłącznie informacji o pobieraniu emerytury lub renty z polskiego organu rentowego, przekazuje 3 egzemplarze formularza E 121 (wypełnionego w części A pkt. 1 i 2) do właściwego organu emerytalno-rentowego wskazanego przez wnioskodawcę, z prośbą o potwierdzenie, czy dana osoba pobiera emeryturę lub rentę (punkt 2);
- Organ emerytalno - rentowy, w przypadku stwierdzenia, że wnioskodawca pobiera emeryturę lub rentę, wypełnia otrzymane 3 egzemplarze formularza E 121 w części A pkt 3 i 4, po czym przekazuje je do Mazowieckiego Oddziału NFZ (punkt 3);
- Mazowiecki Oddział NFZ po otrzymaniu E 121 (3 egzemplarzy) wypełnionego w punktach 3 i 4 części A przez organ rentowy uzupełnia punkty 5 i 6 części A, a następnie przesyła 2 egzemplarze formularza E 121 do osoby wnioskującej, natomiast 1 egzemplarz przekazuje do właściwego organu rentowego wraz z informacją o obowiązku dokonania zgłoszenia emeryta (rencisty) do ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce oraz podjęcia poboru (potrącania) składek na ubezpieczenie zdrowotne z wypłacanych świadczeń od najbliższego terminu płatności (punkt 4);
- Zainteresowany przedstawia formularz E 121 instytucji miejsca zamieszkania w celu zarejestrowania się (punkt 5);
- Instytucja miejsca zamieszkania wypełnia część B formularza E 121 i przesyła jeden egzemplarz do Mazowieckiego Oddziału NFZ (punkt 6).

LUB - jeśli nie zostały dopełnione przez ubezpieczonego wyżej wymienione procedury:

- instytucja państwa jego zamieszkania (przy użyciu formularza E 107) składa wniosek do Mazowieckiego Oddziału NFZ o wydanie formularza E 121, wskazując polski organ emerytalno-rentowy właściwy w zakresie wypłaty emerytury lub renty (punkt 1);
- Mazowiecki Oddział NFZ po ustaleniu, że istnieją pozostałe przesłanki do wydania formularza E 121 (brakuje wyłącznie informacji o pobieraniu emerytury lub renty z

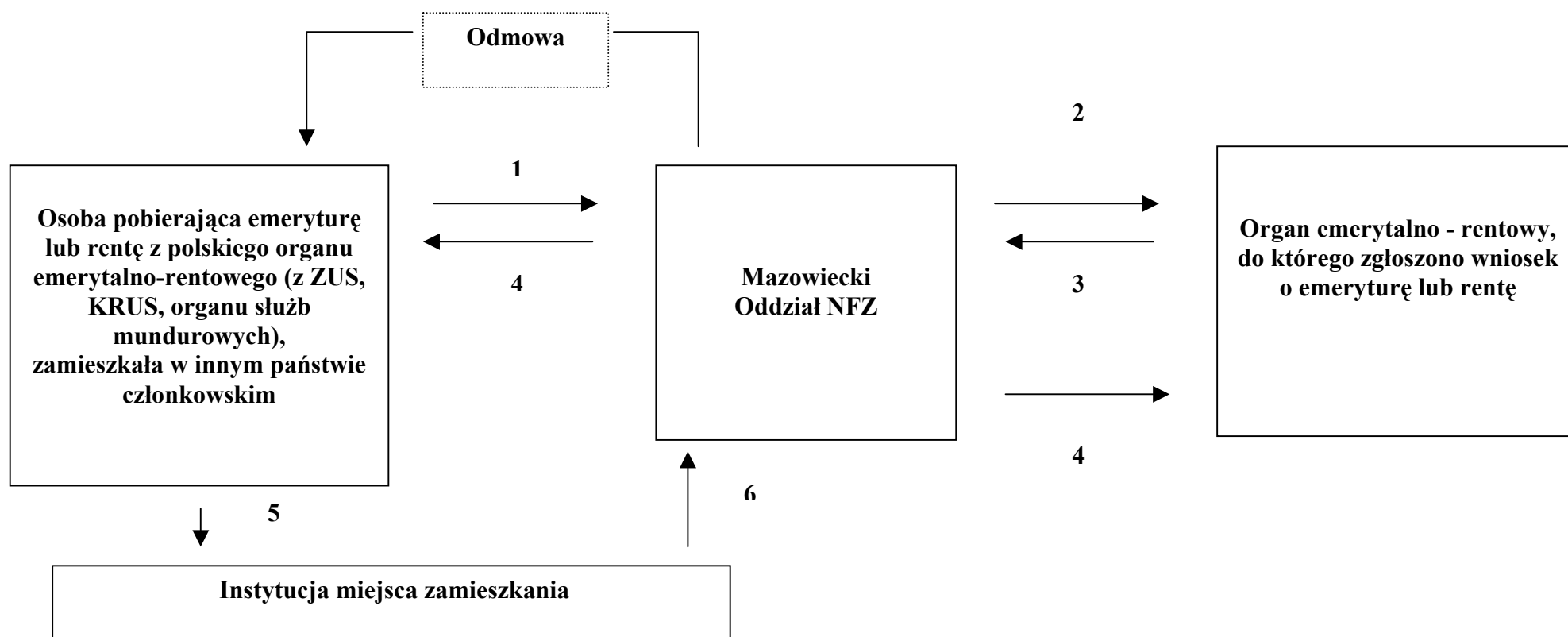
polskiego organu rentowego), przekazuje 3 egzemplarze formularza E 121 (wypełnionego w części A pkt. 1 i 2) do właściwego organu emerytalno-rentowego wskazanego przez wnioskodawcę, z prośbą o potwierdzenie, czy dana osoba pobiera emeryturę lub rentę (punkt 2);

- organ rentowy, w przypadku stwierdzenia, że wnioskodawca pobiera emeryturę lub rentę, wypełnia otrzymane 3 egzemplarze formularza E 121 w części A pkt 3 i 4, po czym przekazuje je do Mazowieckiego Oddziału NFZ (punkt 3);
- po otrzymaniu 3 egzemplarzy E 121 wypełnionego w części 3 i 4 przez organ rentowy, Mazowiecki Oddział NFZ, uzupełnia punkty 5 i 6 części A, a następnie przesyła 2 egzemplarze formularza E 121 do zagranicznej instytucji (która wystąpiła na formularzu E 107 z wnioskiem o wydanie E 121), natomiast 1 egzemplarz przekazuje z powrotem do właściwego organu rentowego z informacją o obowiązku dokonania zgłoszenia emeryta (rencisty) do ubezpieczenia zdrowotnego oraz podjęcia poboru (potrącania) składek na ubezpieczenie zdrowotne z wypłacanych świadczeń od najbliższego terminu płatności (punkt 4);
- instytucja miejsca zamieszkania wypełnia część B formularza E 121 i przesyła jeden egzemplarz do Mazowieckiego Oddziału NFZ (punkt 5);

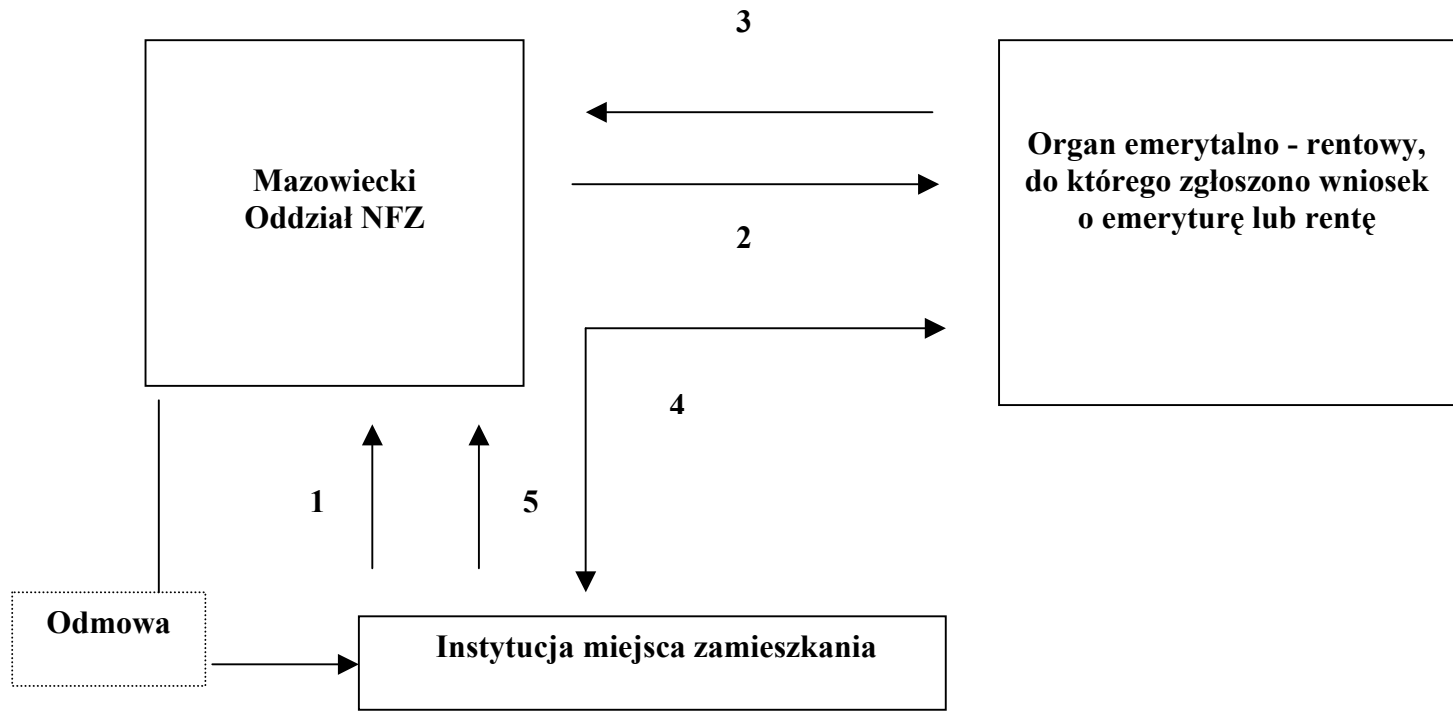
Formularz E 121 jest ważny od momentu wystawienia do momentu jego anulowania.

Wykres 11

Schemat obiegu formularza 121



LUB



Formularz E 123 – Zaświadczenie o prawie do świadczeń związanych z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową.

Rozporządzenie nr 1408/71: art. 52.a; art. 55.1.a.i, b.i oraz c.i;

Rozporządzenie nr 574/72: art.60.1; art. 62.4 oraz 6; art. 63.1 oraz 3.

Formularz E 123 służy do potwierdzania prawa do świadczeń rzeczowych z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej osoby przebywającej lub zamieszkującej w państwie innym niż państwo właściwe. Formularz ten stosuje się również w celu potwierdzenia prawa do świadczeń rzeczowych z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej w przypadkach wyrażenia przez instytucję właściwą zgody na powrót na terytorium państwa, w którym zainteresowany mieszka lub na przeniesienie miejsca zamieszkania do innego państwa i kontynuowanie tam leczenia bądź na udanie się do innego państwa w celu uzyskania tam zaplanowanych świadczeń zdrowotnych (a więc analogicznie do sytuacji, w których wystawia się formularz E 112).

Schemat obiegu formularza E 123 przedstawia wykres 12, zgodnie z którym:

- osoba zainteresowana występuje do Oddziału NFZ o wystawienie formularza E 123 (punkt 1);
- Oddział NFZ po ustaleniu, że istnieją przesłanki do wydania formularza E 123, a brakuje wyłącznie informacji o pobieraniu renty z polskiego organu rentowego, przekazuje 3 egzemplarze formularza E 123 do właściwego organu emerytalno-rentowego wskazanego przez wnioskodawcę, z prośbą o potwierdzenie, czy dana osoba pobiera rentę (punkt 2 i 3);
- Oddział NFZ po otrzymaniu potwierdzenia od właściwego organu emerytalno – rentowego, potwierdza formularz E 123 i przesyła 2 egzemplarze do osoby zainteresowanej (punkt 4);
- osoba zainteresowana przesyła formularz E 123 do instytucji miejsca pobytu (punkt 5);
- instytucja miejsca zamieszkania odsyła 1 egzemplarz potwierdzonego formularza E 123 (punkt 6);

LUB – w przypadku pracownika wysłanego, nie otrzymującego renty (wykres 12a):

- pracodawca występuje do Oddziału NFZ o wystawienie formularza E 123 dla pracownika wysłanego (punkt 1);
- Oddział NFZ potwierdza dane pracownika przekazane przez pracodawcę z Centralnym Rejestrem Ubezpieczonych w NFZ (punkty 2 i 3);
- Oddział NFZ wystawia formularz E 123 i przekazuje go pracodawcy (punkt 4);
- pracodawca przesyła formularz E 123 do instytucji pobytu pracownika (punkt 5);
- instytucja miejsca pobytu lub zamieszkania odsyła 1 egzemplarz potwierdzonego formularza E 123 do Oddziału NFZ (punkt 6).

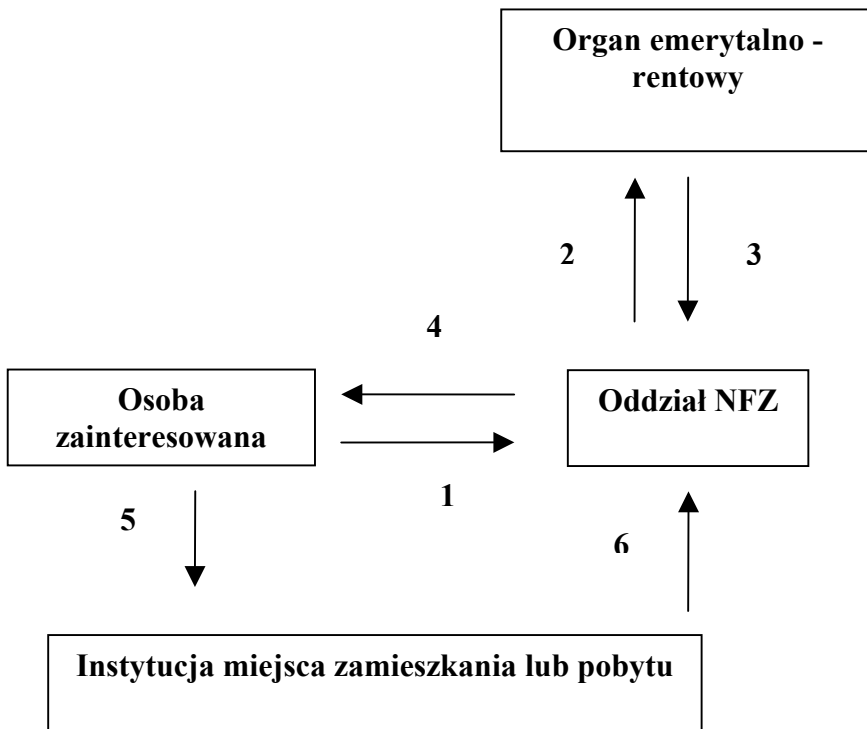
LUB - jeśli nie zostały dopełnione powyższe formalności (wykres 12b):

- instytucja miejsca zamieszkania występuje do Oddziału NFZ o wystawienie formularza E 123 (punkt 1);
- Oddział NFZ w ciągu 15 dni od daty wystąpienia przez instytucję miejsca zamieszkania powinien potwierdzić i odesłać formularz E 123. Oddział NFZ po ustaleniu, że istnieją przesłanki do wydania formularza E 123, a brakuje wyłącznie informacji o pobieraniu renty z polskiego organu rentowego, przekazuje 2 egzemplarze formularza E 123 do właściwego organu emerytalno-rentowego wskazanego przez wnioskodawcę, z prośbą o potwierdzenie, czy dana osoba pobiera rentę (punkt 2 i 3);
- Oddział NFZ po otrzymaniu potwierdzenia od właściwego organu emerytalno – rentowego, potwierdza formularz E 123 i przesyła 2 egzemplarze do instytucji, która o niego wnioskowała (punkt 4);
- instytucja miejsca zamieszkania odsyła 1 egzemplarz potwierdzonego formularza E 123 do Oddziału NFZ (punkt 5).

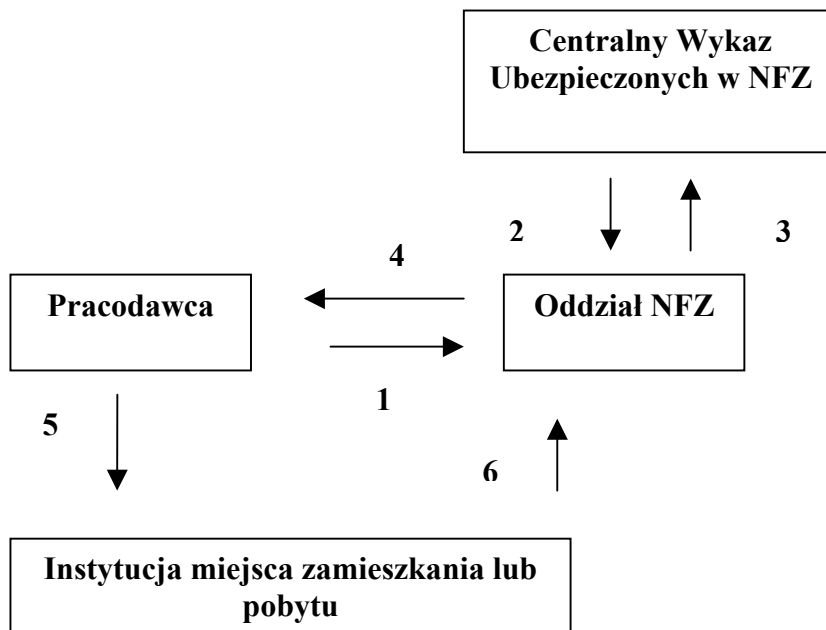
W przypadku osób występujących o formularz E 123, a zamieszkujących poza granicami Polski instytucją właściwą jest Mazowiecki Oddział NFZ.

Wykres 12

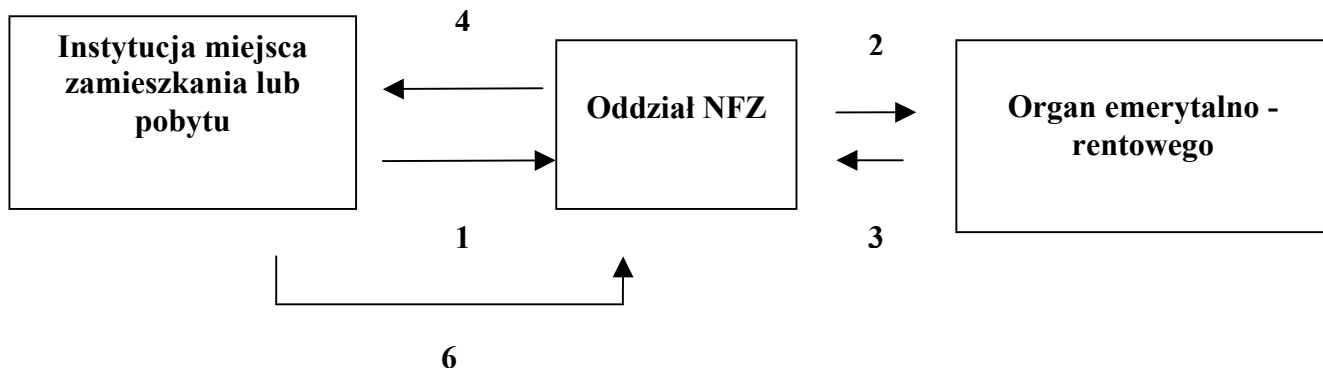
Schemat obiegu formularza E 123



Wykres 12a



Wykres 12b



Formularz E 125 – Imienne zestawienie faktycznie poniesionych wydatków.

Rozporządzenie nr 1408/71: art. 36.1 oraz 2; art. 63.1; art. 87.1;

Rozporządzenie nr 574/72: art. 93.1, 2, 4 oraz 5; art. 105.1.

Formularz E 125 służy do przedstawienia instytucji właściwej indywidualnego zestawienia kosztów rzeczywistych za świadczenia udzielone w ramach rozporządzenia 1408/71. Należy zwracać szczególną uwagę na poprawne wypełnianiu tego formularza. W przypadku nieścisłości instytucja właściwa może odmówić zwrotu kosztów i zwrócić formularz do korekty, w wyniku, czego wydłuża się oczekiwanie na zwrot kosztów.

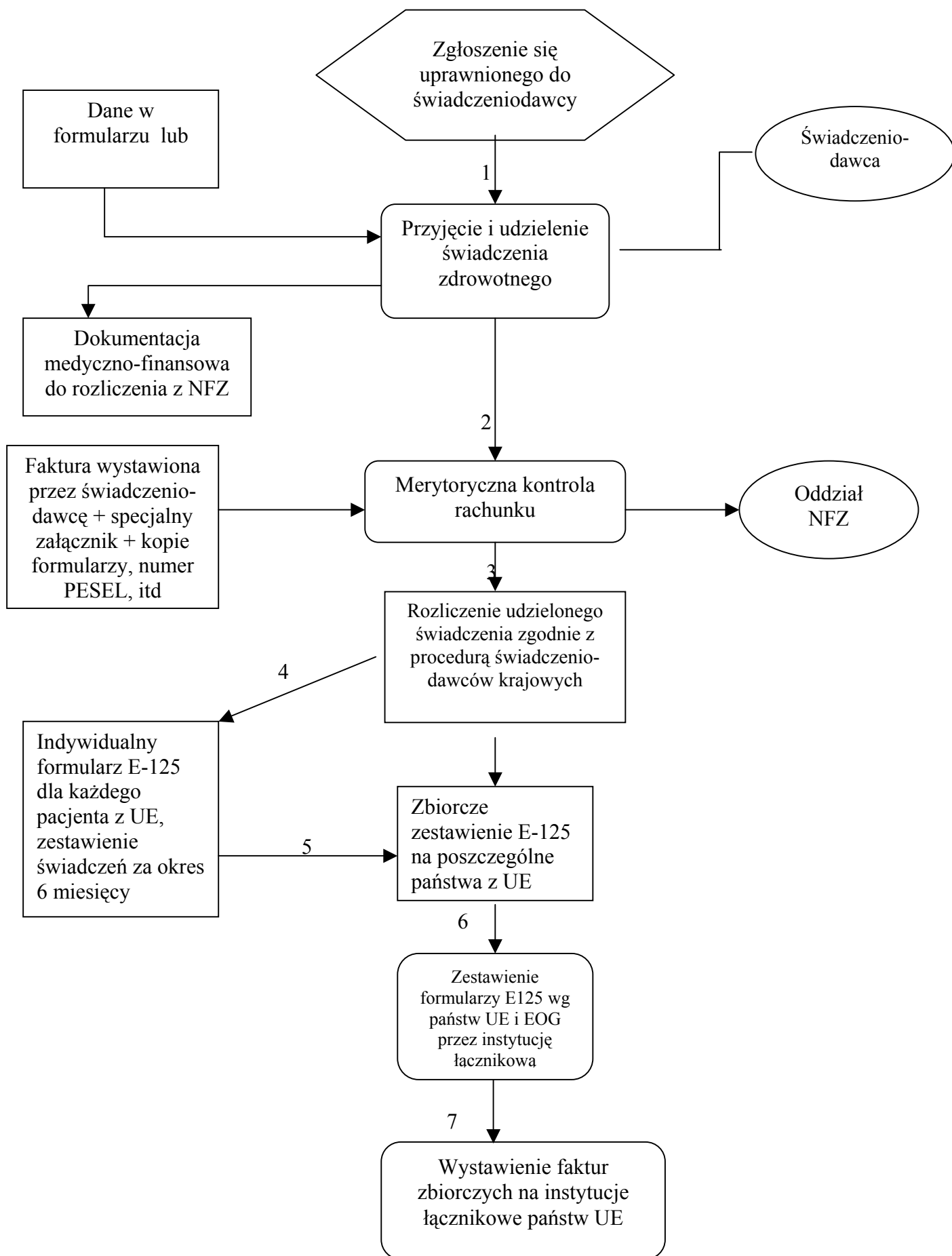
Szczegółowy schemat obiegu formularza E 125 przedstawia wykres 13, zgodnie z którym:

- po udzieleniu świadczenia zdrowotnego osobie uprawnionej następuje wysłanie dokumentów rozliczeniowych do instytucji miejsca pobytu (NFZ). Na fakturze oraz w zestawieniu przygotowywanym w formie elektronicznej powinny znaleźć się dane, które umożliwią zidentyfikowanie uprawnionego oraz świadczenia (punkt 1);
- poprzez podanie przez świadczeniodawcę - w przypadku osoby uprawnionej, której wydano poświadczenie - numeru PESEL, a w przypadku jego braku - numeru poświadczenia. Gdy udzielono świadczeń natychmiast koniecznych wpisanie do zestawienia kompletu danych z formularza E 111, oraz załączenie jego kserokopii;
- podanie danych dotyczących świadczenia które umożliwią rozliczenie świadczenia na konkretną osobę wraz z datą udzielonego świadczenia (data świadczenia, kod rozpoznania wg ICD-10, w określonych przypadkach też ICD-9, cena jednostkowa świadczenia);
- merytoryczna i rachunkowa kontrola przedstawionych rachunków. Możliwa jest ewentualna kontrola wykonanych świadczeń. Komórka organizacyjna w oddziale NFZ zatwierdza merytorycznie przesłaną fakturę wraz z zestawieniem. Powinna stwierdzić w przypadku E 111 zasadność udzielonego świadczenia oraz czy dane podane przez świadczeniodawcę są wystarczające do rozliczenia kosztów świadczenia. W przypadku wątpliwości powinna zlecić kontrolę lub prosić o uzupełnienie danych (punkt 3);
- rozliczenie kosztów świadczeń zdrowotnych (punkt 4);

- wystawienie formularza E 125 zawierającego zestawienie kosztów świadczeń zdrowotnych zapłaconych przez NFZ na rzecz danej osoby. Raz na pół roku Oddział NFZ wystawia formularz E 125 imienne zestawienie poniesionych kosztów. W formularzu powinny znaleźć odzwierciedlenie wszystkie świadczenia dokonane na rzecz konkretnej osoby uprawnionej, za które zapłacił Fundusz przez okres 6 miesięcy wraz z kosztami refundacji leków (punkt 5);
- Oddział NFZ sporządza zbiorcze zestawienie wystawionych E 125 na poszczególne kraje i wysyła je do instytucji łącznikowej (punkt 6);
- instytucja łącznikowa sporządza zbiorcze zestawienie E 125 na poszczególne kraje i wysyła je do instytucji łącznikowych krajów UE i EOG (punkt 7).

Wykres 13

Schemat obiegu formularza E 125



Formularz E 126 – Stawki stosowane przy refundacji rzeczowych świadczeń zdrowotnych.

Rozporządzenie nr 1408/71: art. 22.1.a.i; art. 22.3; art. 31.a;

Rozporządzenie nr 574/72: art. 34.

Formularz E 126 służy do potwierdzania kwoty podlegającej zwrotowi w przypadku, gdy uprawniony sam pokrył koszty świadczeń udzielonych mu w innym państwie członkowskim. W sytuacji, gdy uprawniony sam pokrywa koszty świadczeń w innym państwie członkowskim, ma prawo wystąpić do swojej instytucji właściwej o refundację. Najczęściej zdarza się to, kiedy uprawniony nie przedstawił odpowiedniego zaświadczenia – zwykle E 111. Instytucja właściwa kieruje do instytucji miejsca pobytu zapytanie na formularzu E 126, jakiej części kosztów zainteresowany nie musiałby pokryć, gdyby przedstawił odpowiednie zaświadczenie. Takie sytuacje zdarzają się bardzo często.

Schemat obiegu formularza E 126 przedstawia wykres 14 zgodnie z którym:

- ubezpieczony składa wniosek do Oddziału NFZ o zwrot kosztów świadczeń udzielonych w innym państwie członkowskim (punkt 1);
- Oddział NFZ wypełnia część A formularza i przesyła jego dwa egzemplarze do instytucji właściwej innego państwa członkowskiego (punkt 2);
- instytucja właściwa wypełnia część B formularza i odsyła jego 1 egzemplarz do Oddziału NFZ. W przypadku niewłaściwego pobrania opłaty za świadczenia przez świadczeniodawcę w innym państwie członkowskim, Oddział NFZ zwraca ubezpieczonemu kwotę, jaka została niesłusznie pobrana (punkty 3 i 4).

Wykres 14

Schemat obiegu formularza E 126



E 127 – Indywidualne zestawienie miesięcznych ryczałtów.

Rozporządzenie nr 1408/71: art. 36.1 oraz 2;

Rozporządzenie nr 574/72: art. 94; art. 95.

Formularz E 127 stosowany jest w celu uzyskania zwrotu kosztów leczenia w formie ryczałtu na podstawie art. 94 i 95 Rozporządzenia 574/72. Taka forma rozliczeń dotyczy emerytów lub rencistów oraz członków ich rodzin zamieszkujących w państwie, w którym nie posiadają uprawnień do świadczeń zdrowotnych (a więc tych, którzy posiadają formularz E 121) oraz członków rodziny pracownika (lub osoby pracującej na własny rachunek), którzy zamieszkują w państwie innym niż państwo zamieszkania tego pracownika (osoby pracującej na własny rachunek) – są to osoby posiadające formularz E 109.

Formularz sporządza instytucja, która faktycznie poniosła koszty świadczeń zdrowotnych, za jeden rok kalendarzowy, a następnie przesyła go do instytucji właściwej za pośrednictwem instytucji wyznaczonej do realizacji postanowień art. 102.2 rozporządzenia 574/72.

Zawiera on informacje o liczbie miesięcznych wypłat kwot ryczałtowych z tytułu świadczeń zdrowotnych udzielonych członkom rodziny pracownika lub osoby prowadzącej działalność na własny rachunek, albo emerytowi lub renciście oraz członkom jego rodziny.

E 128 – Zaświadczenie o prawie do świadczeń w trakcie pobytu w innym państwie członkowskim.

Rozporządzenie nr 1408/71: art. 22(b) i 34(b).

Formularz E 128 stosuje się do pracowników wysłanych oraz towarzyszących im członków ich rodzin oraz do osób przebywających w państwie członkowskim innym niż państwo właściwe w celu odbycia tam studiów lub szkolenia zawodowego towarzyszących im członków ich rodzin.

W praktyce jednak jest używany na takich zasadach jak formularz E 106.

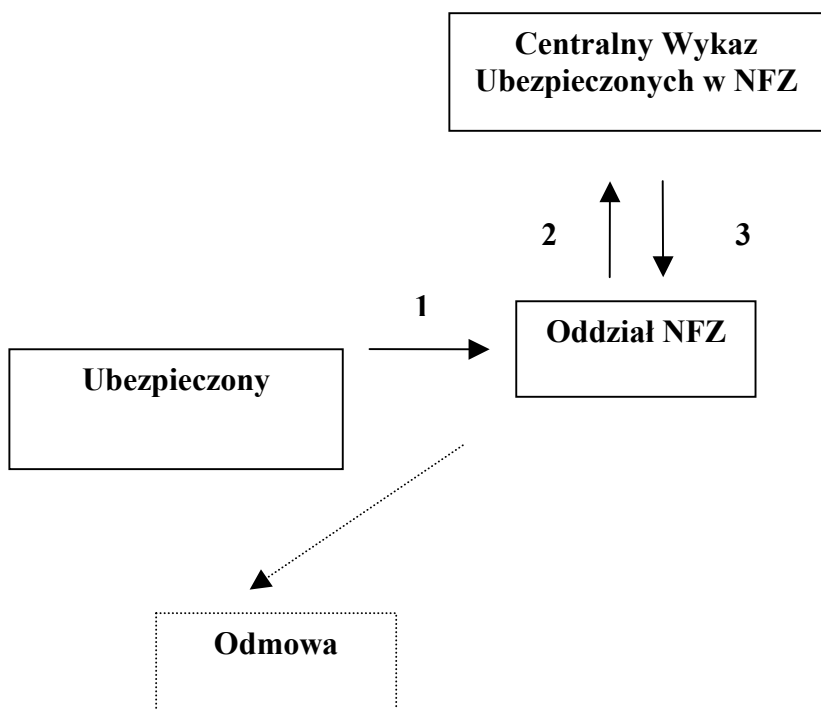
Schemat obiegu formularza E 128 przedstawia wykres 15, zgodnie z którym:

- ubezpieczony (osoba samodzielnie zarobkująca) lub pracodawca (w przypadku pracowników) składa wniosek do Oddziału NFZ o wydanie formularza E 128 (punkt 1);
- Oddział NFZ wystawia formularz E 128 na podstawie formularza, E 101 lub E 102 i weryfikuje dane z Centralnym Wykazie Ubezpieczonych w NFZ. **W formularzu E 128 zaznacza się okres, w którym przysługują świadczenia, który powinien pokrywać się z okresem zaznaczonym na formularzu E 101 lub E 102** (punkty 2,3);
- ubezpieczony w celu zarejestrowania się, składa formularz E 128 w instytucji miejsca pobytu (punkt 4).

LUB - jeśli nie zostały dopełnione wyżej wymienione formalności:

- ubezpieczony za pośrednictwem instytucji miejsca pobytu, składa wniosek do Oddziału NFZ o wystawienie formularza E 128 (punkt 1);
- Oddział NFZ wystawia formularz E 128 na podstawie formularza, E 101 lub E 102 i weryfikuje dane z Centralnym Wykazie Ubezpieczonych w NFZ. **W formularzu E 128 zaznacza się okres, w którym przysługują świadczenia, który powinien pokrywać się z okresem zaznaczonym na formularzu E 101 lub E 102** (punkty 2,3);
- Oddział NFZ odsyła formularz E 128 do instytucji miejsca pobytu (punkt 4).

Wykres 15



Schemat obiegu formularza E 128

