

JAK LECZYĆ W UNII EUROPEJSKIEJ

Informator dla świadczeniodawców

Opracowanie zespołowe:

Małgorzata Szmajda – Zachodniopomorski OW NFZ

Bożena Ambicka – Opolski OW NFZ

Krzysztof Kozłowski – Lubuski OW NFZ

Daria Kocowska - Dolnośląski OW NFZ

Magdalena Grocholewska-Glazik – Kujawsko – Pomorski OW NFZ

Sławomir Bliźniewski – Warmińsko – Mazurski OW NFZ

Barbara Murawska – Podlaski OW NFZ

Barbara Jakacka – Mazowiecki OW NFZ

Milena Małecka – Łódzki OW NFZ

Sabina Mazur – Świętokrzyski OW NFZ

Michał Chrobot - Świętokrzyski OW NFZ

Janina Szpyrka – Śląski OW NFZ

Agnieszka Orlikowska - Śląski OW NFZ

Barbara Nowak – Małopolski OW NFZ

Magdalena Turek – Małopolski OW NFZ

Krzysztof Tuczapski – Lubelski OW NFZ

Paulina Kaczmarska – Centrala NFZ

Spis treści

1. Cel informatora.....	2
2. Swobodny przepływ osób a możliwości korzystania z opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej. Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego.....	3
2.1 Na czym polega koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego.....	3
2.2. Korzyści wynikające z koordynacji.....	3
3. Państwa, w których można się powołać na przepisy Wspólnotowe.....	4
3.1 Jakie to są przepisy?.....	4
4. Osoby uprawnione do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów Wspólnotowych.....	4
5. Podręczny słownik pojęć używanych przy stosowaniu przepisów Wspólnotowych.....	5
6. Ogólne zasady udzielania świadczeń zdrowotnych osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji.....	7
6.1. Zakres rzeczowych świadczeń zdrowotnych.....	8
6.1.1. Rzeczowe świadczenia zdrowotne w pełnym zakresie.....	8
6.1.2. Świadczenia konieczne.....	9
6.1.3. Planowe świadczenie zdrowotne.....	9
6.1.4. Świadczenia zdrowotne o znacznej wartości.....	9
6.1.5. Świadczenia zdrowotne związane z porodem.....	10
6.2. Prawo do świadczeń zdrowotnych a kraj, w którym posiada się ubezpieczenie zdrowotne.....	10
7. Dowód ubezpieczenia, formularze serii E 100.....	11
7.1. Formularze pośrednio odnoszące się do realizacji rzeczowych świadczeń zdrowotnych.....	12
7.2. Formularze bezpośrednio odnoszące się do udzielania rzeczowych świadczeń zdrowotnych.....	13
8. Formalności.....	15
8.1. Pracownicy najemni oraz osoby samodzielnie zarobkujące w innym państwie członkowskim niż państwo stałego miejsca zamieszkania; (E106).....	16
8.2 Pracownicy przygraniczni; (E106).....	17
8.3 Pracownicy sezonowi; (E106).....	18
8.4 Pracownicy transportu międzynarodowego; (E110).....	19
8.5 Turyści; (E111).....	19
8.6 Bezrobotni poszukujący pracy w innym państwie członkowskim oraz członkowie ich rodziny; (E119).....	20
8.7. Osoby ubiegające się o emeryturę /rentę; (E120).....	21
8.8. Emeryci i renciści mieszkający w innym państwie niż państwo, z którego otrzymują świadczenia emerytalne lub rentowe; (E121).....	22
8.9. Emeryci i renciści przebywający czasowo w innym państwie niż państwo, z którego otrzymują świadczenia emerytalne lub rentowe; (E 111).....	23
8.10 Pracownicy wysłani; (E128).....	24
8.11 Studenci; (E128).....	25
8.12. Członkowie rodziny osoby ubezpieczonej.....	25
8.13 Aby wyjechać do innego kraju na leczenie ...; (E 112).....	26
8.14. Wypadki przy pracy i choroby zawodowe; (E 123).....	27
9. Zasady rozliczeń kosztów świadczeń zdrowotnych udzielanych na rzecz ubezpieczonych z krajów UE.....	27
9.1. Zasady rozliczeń NFZ ze Świadczeniodawcami.....	27
9.1.1. Dokumenty rozliczeniowe.....	28
9.1.2. Terminy płatności.....	28
9.1.3. Schemat rozliczeń NFZ ze Świadczeniodawcą.....	28
9.2. Zasady rozliczeń pomiędzy instytucjami ubezpieczenia krajów Wspólnoty.....	29

1. Cel informatora.

Z chwilą przystąpienia do Unii Europejskiej Polska stanie się jednym z państw członkowskich Wspólnoty. Obywatele naszego kraju uzyskają takie same prawa i obowiązki jak obywatele innych państw członkowskich Unii. Poniższy materiał ma być pomocny w zapoznaniu się z nowymi prawami i obowiązkami wynikającymi z przepisów unijnych o opiece zdrowotnej,

które będą obowiązywały zarówno polskich świadczeniodawców, jak i Polaków podróżujących po terytorium Unii Europejskiej.

2. Swobodny przepływ osób a możliwości korzystania z opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej. Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego.

Każdy obywatel państwa członkowskiego UE i EOG ma prawo do swobodnego podróżowania, podejmowania pracy, studiowania i zamieszkiwania w wybranym przez siebie państwie lub państwach Wspólnoty. Jeśli posiada on ubezpieczenie zdrowotne w powszechnym systemie ubezpieczenia zdrowotnego w jakimkolwiek z krajów Wspólnoty, to prawo do opieki zdrowotnej „podróżuje” razem z nim. Prawo do opieki przysługuje również bezpaństwowcom lub uchodźcom zamieszkałym na terytorium jednego z Państw Członkowskich. Zasady udzielania tej opieki i jej zakres określają przepisy Wspólnotowe o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Regułą koordynacji jest to, że prawo do opieki zdrowotnej podczas swobodnego przemieszczania się po państwach członkowskich, posiada każda osoba, która objęta jest ubezpieczeniem zdrowotnym/chorobowym w powszechnym krajowym systemie ubezpieczeniowym któregośkolwiek z państw członkowskich Unii Europejskiej.

Osoba uprawniona korzysta ze świadczeń opieki zdrowotnej w innym kraju członkowskim na takich samych zasadach, na jakich korzystają obywatele tego innego kraju, którzy objęci są systemem ubezpieczenia zdrowotnego/chorobowego. „Na takich samych zasadach” oznacza, iż świadczeniodawca ma obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych osobie uprawnionej zgodnie z przepisami własnego kraju.

Uwaga! Jeżeli składki na ubezpieczenie zdrowotne odprowadzane są do NFZ w Polsce, oznacza to, że dana osoba objęta jest polskim powszechnym systemem ubezpieczenia zdrowotnego.

2.1 Na czym polega koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego

Każde państwo członkowskie posiada własny system ubezpieczenia zdrowotnego i samo decyduje, kto i na jakich zasadach podlega ubezpieczeniu, jakie należą się mu świadczenia i jakie składki są na to ubezpieczenie odprowadzane. Koordynacja polega na wprowadzeniu i stosowaniu wspólnych dla wszystkich państw członkowskich zasad i reguł, które określają, na jakich warunkach można otrzymać opiekę zdrowotną i w jakim zakresie ta opieka przysługuje ubezpieczonemu. Zasady te i reguły muszą być przestrzegane przez władze krajowe, przez instytucje ubezpieczeń społecznych oraz przez sądy i trybunały każdego z państw Wspólnoty.

Uwaga! Przepisy Wspólnotowe o koordynacji dotyczą wyłącznie osób, które posiadają ubezpieczenie w powszechnym systemie ubezpieczenia zdrowotnego w jakimkolwiek z krajów Unii Europejskiej i zaczynają obowiązywać dopiero w momencie przemieszczania się ubezpieczonego do innego kraju Unii Europejskiej.

2.2. Korzyści wynikające z koordynacji

Przepisy Wspólnotowe chronią ubezpieczonego przed utratą jego prawa do korzystania z ubezpieczenia zdrowotnego w przypadku wyjazdu do innego kraju Unii Europejskiej i dają mu gwarancję traktowania na równi z ubezpieczonymi obywatelami państwa członkowskiego,

do którego postanawia przyjechać, aby tam zamieszkać, pracować, studiować, wypoczywać itp.

3. Państwa, w których można się powołać na przepisy Wspólnotowe

Na przepisy Wspólnotowe dotyczące opieki zdrowotnej można się powoływać w państwach, które należą do Unii Europejskiej lub do Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

Przepisami Wspólnoty Europejskiej są objęte: Austria, Belgia, Dania, Finlandia, Francja, Grecja, Hiszpania, Holandia, Irlandia, Luksemburg, RFN, Portugalia, Szwecja, Wielka Brytania (w tym Gibraltar), Włochy oraz kraje Europejskiego Obszaru Gospodarczego: Islandia, Lichtenstein, Norwegia oraz Szwajcaria.

Przepisy UE obowiązują również na terytoriach francuskich: Gwadelupa, Martynika, Reunion, St Pierre-et-Miquelon i Gujana Francuska; portugalskich: na Azorach i Maderze, hiszpańskich: Majorce i Wyspach Kanaryjskich.

Przepisów wspólnotowych nie stosuje się w przypadku: Danii - na obszarze Grenlandii i Wysp Faro oraz Wielkiej Brytanii – na Wyspach Normandzkich: Jersey, Guernsey, Harms, Jersey i Sark oraz na wyspie Man.

Od 1 maja 2004 roku przepisami wspólnotowymi objęte będą również, poza Polską: Cypr, Czechy, Estonia, Litwa, Łotwa, Malta, Słowacja, Słowenia i Węgry.

3.1 Jak te są przepisy?

Zasady koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego oraz szczegółowe warunki ich stosowania określają:

-) Rozporządzenie Rady (EWG) 1408/71 z 14 czerwca 1971 roku w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób pracujących na własny rachunek oraz do członków ich rodzin przemieszczających się w granicach Wspólnoty; oraz
-) Rozporządzenie Rady (EWG) 574/72 z 21 marca 1972 roku w sprawie wykonywania Rozporządzenia (EWG) numer 1408/71.

Postanowienia tych Rozporządzeń są rozstrzygające w przypadku ewentualnej niezgodności norm ustawodawstwa krajowego z normami unijnymi.

-) Wytyczne w sprawie jednolitego stosowania artykułu 22 ust.1 lit. (A) pkt. (I) Komisji Administracyjnej ds. Zabezpieczenia Społecznego Pracowników Migrujących

Przepisy Wspólnoty dotyczące zabezpieczenia społecznego nie zastępują różnych krajowych systemów zabezpieczenia społecznego jednym systemem europejskim. Taka harmonizacja nie byłaby możliwa z powodu różnic wynikających z podstawowych założeń polityk społecznych prowadzonych w państwach członkowskich.

4. Osoby uprawnione do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów Wspólnotowych.

Zgodnie z Rozporządzeniem EWG Nr 1408 / 71 osobami uprawnionymi do opieki zdrowotnej są:

- pracownicy najemni i osoby pracujące na własny rachunek oraz członkowie ich rodzin
- emeryci i renciści oraz członkowie ich rodzin
- studenci i członkowie ich rodzin
- turyści
- bezrobotni i członkowie ich rodzin.

Osobami uprawnionymi są również szczególne grupy zatrudnionych i osób:

- pracownicy wysłani i członkowie ich rodzin
- pracownicy przygraniczni i członkowie ich rodzin
- pracownicy sezonowi i członkowie ich rodzin
- bezpaństwowcy i uchodźcy zamieszkali na terytorium państwa członkowskiego Unii oraz członkowie ich rodzin.

5. Podręczny słownik pojęć używanych przy stosowaniu przepisów Wspólnotowych.

MIEJSCE ZAMIESZKANIA - to miejsce, gdzie osoba przebywa z zamiarem stałego pobytu.

POBYT - to tymczasowe przebywanie w jednym z państw członkowskich Unii Europejskiej bez zamiaru zamieszkania tam na stałe.

Przykład: Pani Maria Wójcikowska na stałe mieszka w Szczecinie. Na okres wakacji wyjechała do swojej córki mieszkającej na stałe we Wiedniu. Po wakacjach pani Wójcikowska wróciła do Szczecina. Przepisy Wspólnotowe zakwalifikują wizytę pani Wójcikowskiej jako pobyt we Wiedniu.

PAŃSTWO WŁAŚCIWE - to kraj członkowski Unii Europejskiej, w którym osoba jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym jako: pracownik lub osoba pracująca na własny rachunek lub student lub bezrobotny.

Przykład: Pan Adam Gołanowski pracuje w zakładach mięsnych w Warszawie. Jego pracodawca odprowadza co miesiąc składkę na ubezpieczenie zdrowotne do ZUS w Warszawie, a ZUS przekazuje tę składkę do Mazowieckiego Oddziału NFZ. Składki na ubezpieczenie zdrowotne są więc odprowadzane w Polsce, a więc państwem właściwym dla pana Gołanowskiego jest Polska.

PAŃSTWO WŁAŚCIWE EMERYTA LUB RENCISTY W przypadku emeryta i rencisty państwem właściwym jest państwo, z którego otrzymuje on emeryturę lub rentę. Jeśli emeryt lub rencista otrzymuje świadczenia z kilku państw członkowskich państwem właściwym jest państwo członkowskie, w którym ma on miejsce zamieszkania.

Przykład: Pani Jane Samson pracowała przez 35 lat jako kelnerka w trzech krajach unijnych: 10 lat w Anglii, 20 lat w Niemczech i 5 lat we Francji. Po uzyskaniu prawa do emerytury postanowiła pozostać we Francji. Jako emerytka mieszkająca we Francji, pobiera emeryturę w tym właśnie kraju jako państwie właściwym, choć emerytura pani Samson składa się ze świadczeń emerytalnych pochodzących z trzech krajów, w których pracowała. Gdyby pani Jane Samson zamieszkała np. w Holandii, to państwem właściwym byłyby dla niej Niemcy, bo tam pracowała najdłużej, 20 z 35 lat.

W sytuacji, gdy emeryt lub rencista ma miejsce zamieszkania w innym państwie członkowskim niż te, z których otrzymuje świadczenia, państwem właściwym jest państwo, z którego pobiera największą część emerytury lub renty.

PAŃSTWO WŁAŚCIWE W PRZYPADKU CHOROBY ZAWODOWEJ I WYPADKÓW PRZY PRACY Państwem właściwym dla osoby, u której stwierdzono chorobę zawodową,

jest to państwo członkowskie Unii Europejskiej, w którym osoba nabyła chorobę zakwalifikowaną przez ustawodawstwo tego państwa jako choroba zawodowa.

Przykład: Pan Jan Malinowski zachorował na schorzenie, które zgodnie z polskimi przepisami uznawane jest za chorobę zawodową. Zatem Polska jest państwem właściwym czyli państwem, które ma obowiązek finansowania świadczeń zdrowotnych związanych z tą chorobą, nawet w sytuacji, gdy pan Malinowski zamieszka w innym kraju członkowskim Unii.

W sytuacji, gdy zdarzy się wypadek przy pracy, państwem właściwym jest kraj, który wydał decyzję o uznaniu wypadku przy pracy i ponosi za nią odpowiedzialność finansową.

Wypadek, który zdarzył się na terytorium innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej niż państwo właściwe, uważa się za wypadek, który nastąpił na terytorium państwa właściwego.

Przykład: Pani Joanna Kowalska mieszka w Polsce, ale pracuje w Czechach. W drodze do pracy miała wypadek samochodowy na terytorium Polski. W tej sytuacji państwem właściwym dla pani Kowalskiej są Czechy.

USTAWODAWSTWO WŁAŚCIWE - to przepisy państwa członkowskiego Unii Europejskiej, którym podlega ubezpieczony obywatel Unii. W przypadku emeryta lub rencisty ustawodawstwem właściwym jest ustawodawstwo, na podstawie którego otrzymuje on swoją emeryturę lub rentę.

Przykład: Pan Antoni Stecki mieszka i pracuje w Polsce. Jego składki na ubezpieczenie zdrowotne odprowadzane są do oddziału NFZ mieszczącego się na terytorium Polski. Jako ubezpieczony obywatel Polski podlega on polskim przepisom o ubezpieczeniu zdrowotnym. Zatem ustawodawstwem właściwym dla pana Steckiego jest ustawodawstwo polskie.

Przykład: Pani Magdalena Sowa mieszka w Polsce, ale pracuje w Niemczech. W Niemczech odprowadzane są jej składki na ubezpieczenie zdrowotne. Ustawodawstwem właściwym dla pani Sowy jest ustawodawstwo niemieckie.

WŁADZA WŁAŚCIWA - oznacza ministra lub inną odpowiednią władzę, któremu podlega system ubezpieczenia zdrowotnego państwa członkowskiego. W Polsce władzą właściwą jest Minister Zdrowia.

INSTYTUCJA WŁAŚCIWA - to instytucja znajdująca się w państwie właściwym, w której osoba jest ubezpieczona lub od której osoba ubezpieczona ma prawo uzyskać świadczenia zdrowotne. W Polsce instytucją właściwą w zakresie opieki zdrowotnej jest oddział Narodowego Funduszu Zdrowia, w którym dana osoba jest ubezpieczona lub w którym dana osoba jest zarejestrowana.

INSTYTUCJA MIEJSCA ZAMIESZKANIA - to instytucja uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych w miejscu zamieszkania ubezpieczonego. Świadczenia te instytucja udziela zgodnie ze stosowanym przez nią ustawodawstwem oraz na rachunek instytucji właściwej. W Polsce instytucją miejsca zamieszkania w zakresie świadczeń zdrowotnych jest oddział NFZ, w którym osoba jest ubezpieczona lub w którym dana osoba jest zarejestrowana.

INSTYTUCJA MIEJSCA POBYTU - to instytucja uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych w miejscu pobytu ubezpieczonego. Świadczeń tych instytucja udziela zgodnie ze stosowanym przez nią ustawodawstwem oraz na rachunek instytucji właściwej. W Polsce instytucją miejsca pobytu w zakresie świadczeń zdrowotnych jest oddział NFZ, w którym dana osoba jest ubezpieczona lub w którym dana osoba jest zarejestrowana.

INSTYTUCJA ŁĄCZNIKOWA - to krajowa instytucja, której zadaniem jest zapewnianie wzajemnych, bezpośrednich kontaktów z innymi instytucjami łącznikowymi w kraju i w państwach członkowskich Unii Europejskiej.

Zadaniem instytucji łącznikowej jest również przekazywanie informacji i udzielanie pomocy każdej osobie zainteresowanej realizacją swojego prawa wynikającego z ubezpieczenia zdrowotnego. Lista instytucji łącznikowych państw członkowskich znajduje się w Załączniku nr 4 do Rozporządzenia EWG Nr 574/ 72. W Polsce instytucją łącznikową w zakresie świadczeń zdrowotnych jest Centrala NFZ z siedzibą w Warszawie.

OKRESY UBEZPIECZENIA - to okresy opłacania składek, zatrudnienia lub pracy na własny rachunek, tak jak określa je ustawodawstwo, pod którego rządami te okresy zostały wypełnione oraz wszelkie okresy zrównane, o ile są uznane przez to ustawodawstwo za równorzędne z okresami ubezpieczenia. W przypadku Polski okresami ubezpieczenia będą okresy odprowadzania lub opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne do powszechnego systemu ubezpieczenia zdrowotnego.

ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE czyli świadczenia lecznicze zwane też rzeczowymi świadczeniami zdrowotnymi lub świadczeniami rzeczowymi – to świadczenia, których celem jest ratowanie życia i zdrowia oraz zapewnienie pomocy i opieki medycznej. Świadczenia te przysługują osobom w razie choroby i macierzyństwa, w tym choroby będącej następstwem wypadków przy pracy oraz chorób zawodowych. Każde państwo członkowskie na podstawie własnego ustawodawstwa określa własny katalog świadczeń zdrowotnych, jednakże we wszystkich tych państwach za świadczenia zdrowotne uznawane są: świadczenia lecznicze, pomoc dentystyczna i opieka medyczna oraz zaopatrzenie w leki.

W polskim ustawodawstwie za świadczenia zdrowotne uznane zostały działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub innych przepisów regulujących zasady ich wykonywania.

6. Ogólne zasady udzielania świadczeń zdrowotnych osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji.

Rodzaj i zakres opieki zdrowotnej udzielanej osobie ubezpieczonej przemieszczającej się po terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej zależy od:

- ⌚ przepisów Wspólnotowych dotyczących opieki zdrowotnej,
- ⌚ przepisów państwa członkowskiego, w którym osoba korzysta z opieki zdrowotnej.

UWAGA! W sytuacji, gdy osoba posiada ubezpieczenie zdrowotne w innym kraju niż kraj, w którym korzysta z opieki zdrowotnej, lekarze, przychodnie, szpitale zawsze będą udzielać jej tej opieki zgodnie z przepisami własnego kraju. Opieka zdrowotna zapewniana jest bowiem zgodnie z przepisami kraju zamieszkania lub kraju pobytu, tak jakby osoba korzystająca z opieki zdrowotnej była objęta ubezpieczeniem zdrowotnym w tym kraju.

W Polsce Świadczeniodawcami zobowiązanymi do udzielania obywatelom innych państw członkowskich UE świadczeń zdrowotnych, zgodnie z zasadami określonymi w przepisach o koordynacji są ci wszyscy świadczeniodawcy, którzy udzielają tych świadczeń w ramach krajowego, powszechnego systemu ubezpieczenia zdrowotnego finansowanego ze składek ubezpieczonych (posiadających umowy z NFZ)

Podstawą udzielenia świadczenia jest poświadczenie lub dokument potwierdzający prawo do świadczeń wystawiony przez zagraniczną instytucję właściwą (właściwy formularz serii E 100/ Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego).

Brak dokumentów nie może być podstawą odmowy udzielenia świadczenia w razie nagłego zachorowania, wypadku, urazu, zatrucia, stanu zagrożenia życia lub porodu.

W przypadku braku dokumentów lub powzięcia istnych wątpliwości co do faktu ubezpieczenia lub istnienia prawa do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji Świadczeniodawca zobowiązany jest do weryfikacji danych osoby ubiegającej się o udzielenie świadczenia. W takim przypadku Świadczeniodawca, w terminie jednego dnia od rozpoczęcia udzielenia świadczenia, występuje do Oddziału Funduszu, który ustala fakt ubezpieczenia lub prawo do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, w trybie zgodnym z tymi przepisami.

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych obywatelowi innego państwa członkowskiego Wspólnoty w ramach koordynacji, Świadczeniodawca powinien:

- 1) sprawdzić poświadczenie lub dokument potwierdzający prawo ubezpieczonego do świadczeń – do jakiej kategorii uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji należy osoba z innego państwa członkowskiego UE (np. turysta, emeryt, student) oraz ważność dokumentu/formularza.
- 2) sprawdzić, jaki zakres świadczeń zdrowotnych przysługuje tej kategorii osób uprawnionych. Na wniosek Świadczeniodawcy Oddział Funduszu informuje go o zakresie świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji.
- 3) udzielać świadczeń zgodnie z przepisami dotyczącymi opieki zdrowotnej własnego ustawodawstwa, tak jakby osoba uprawniona była ubezpieczona w państwie udzielania świadczeń zdrowotnych.

UWAGA! udzielenie opieki medycznej w innym zakresie, szczególnie większym, niż przewidują to przepisy wspólnotowe dla danej kategorii osób uprawnionych, może powodować sprzeciw instytucji właściwej osoby uprawnionej, a w konsekwencji brak zwrotu kosztów za te świadczenia zdrowotne, które zostały udzielone ponad zakres przewidziany w przepisach wspólnotowych dla osoby uprawnionej .

Zgodnie z przepisami Wspólnotowymi osoba posiadająca ubezpieczenie zdrowotne w którymś z krajów Unii ma prawo do rzeczowych świadczeń zdrowotnych.

6.1. Zakres rzeczowych świadczeń zdrowotnych

Zakres rzeczowych świadczeń zdrowotnych przysługujących w danym państwie członkowskim zależy zarówno od charakteru pobytu w tym państwie (zamieszkanie na stałe, pobyt czasowy np. turystyczny), jak również od grupy zawodowej (pracownik, emeryt, student itd.), do której należy dana osoba. Można wyróżnić następujące zakresy rzeczowych świadczeń zdrowotnych:

-) pełny zakres rzeczowych świadczeń zdrowotnych - gwarantowany przez ustawodawstwo danego kraju,
-) konieczne świadczenia zdrowotne,
-) planowe świadczenia zdrowotne - za zgodą instytucji właściwej.

6.1.1. Rzeczowe świadczenia zdrowotne w pełnym zakresie.

Opieka zdrowotna w pełnym zakresie to prawo do wszelkich świadczeń leczniczych przysługujących pacjentowi w procesie jego leczenia i powrotu do zdrowia przewidzianych przez ustawodawstwo państwa członkowskiego, w którym pacjent jest tą opieką objęty.

6.1.2. Świadczenia konieczne.

To świadczenia lecznicze niezbędne dla ratowania zdrowia i życia. Rodzaj i zakres świadczeń natychmiast koniecznych określa indywidualnie dla danej osoby lekarz. Należy jednak zaznaczyć, że świadczeniami koniecznymi są nie tylko świadczenia udzielane w przypadku nieszczęśliwych wypadków, urazów, ale także w razie nagłych zachorowań jak np. ból gardła, gorączka, kaszel.

UWAGA! Za świadczenia konieczne w świetle przepisów Wspólnotowych uznano także dializy nerek i podłączenia do aparatu tlenowego, jeżeli stanowią część rozpoczętego, regularnego i ciągle trwającego leczenia. Jeżeli jednak celem podróży chorego do innego kraju członkowskiego jest uzyskanie tych świadczeń, wówczas nie są one traktowane jako świadczenia konieczne.

Celem leczenia udzielonego w czasie czasowego pobytu w innym kraju członkowskim jest zapobieżenie sytuacji, w której ubezpieczony byłby zmuszony powrócić do swojego kraju dla kontynuowania leczenia. Udzielenie świadczenia ma na celu umożliwienie ubezpieczonemu kontynuowania pobytu przez zaplanowany okres w bezpiecznych z punktu widzenia medycznego warunkach. Lekarz udzielający świadczenia może odmówić pewnych form leczenia i badań diagnostycznych jeżeli uważa, że świadczenie nie jest niezbędne (konieczne) z medycznego punktu widzenia lub gdy leczenie jest wskazane, ale wymaga długiego nadzoru medycznego nie do pogodzenia z okresowym charakterem pobytu w drugim kraju zainteresowanej osoby.

6.1.3. Planowe świadczenie zdrowotne.

Świadczenia zdrowotne na terytorium innego państwa na które dana osoba została wysłana przez swoją instytucję ubezpieczenia zdrowotnego i których koszty pokrywane są przez tę instytucję.

W ramach rzeczowych świadczeń zdrowotnych ubezpieczony może korzystać :

-) ze świadczeń zdrowotnych o znacznej wartości ,
-) ze świadczeń związanych z ciążą i porodem.

6.1.4. Świadczenia zdrowotne o znacznej wartości.

np.

-) protezy
-) sprzęt dużych rozmiarów
-) inne świadczenia rzeczowe o znacznej wartości

Lista świadczeń o znacznym wymiarze finansowym ustalana jest przez Komisję Administracyjną do spraw zabezpieczenia społecznego pracowników migrujących . Lista ww. świadczeń określona jest w Decyzji Komisji Administracyjnej nr 115 z dnia 15 grudnia 1982r. (Dz. Urzędowy Wspólnot Europejskich nr C 193 z dnia 20 lipca 1983r.). Komisja administracyjna uznała , że przez świadczenia zdrowotne o znacznej wartości finansowej należy rozumieć świadczenia rzeczowe w takim zakresie, jaki przewidują przepisy ustawodawstwa stosowanego przez instytucję miejsca pobytu lub miejsca zamieszkania .

6.1.5. Świadczenia zdrowotne związane z porodem.

Objęte są przepisami Wspólnotowymi wyłącznie wtedy, gdy poród zdarzy się w innym terminie niż wyznaczony tzn. przed upływem 28 tygodnia ciąży. W takiej sytuacji świadczenia związane z porodem traktowane są jako świadczenia konieczne i koszty tych świadczeń zostaną pokryte przez właściwą instytucję ubezpieczenia zdrowotnego. Oznacza to, że w sytuacji, gdy osoba wyjedzie ze swojego kraju na teren innego kraju członkowskiego Wspólnoty na krótko przed planowym porodem dla uzyskania świadczeń związanych z ciążą i porodem może znaleźć się w sytuacji, w której instytucja właściwa nie uzna udzielonych jej świadczeń za natychmiast konieczne i zobowiązana będzie do poniesienia kosztów tych świadczeń we własnym zakresie

Uwaga! Świadczenia zdrowotne udzielane w sytuacji, gdy poród nastąpił w wyznaczonym terminie nie są objęte przepisami Wspólnotowymi. Oznacza to, że w sytuacji, gdy osoba wyjedzie ze swojego kraju w czasie, gdy wyznaczony jest termin jej porodu, będzie zobowiązana do pokrycia kosztów tych świadczeń we własnym zakresie.

6.2. Prawo do świadczeń zdrowotnych a kraj, w którym posiada się ubezpieczenie zdrowotne.

ZAMIESZKANIE W KRAJU, W KTÓRYM POSIADA SIĘ UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE.

Jeżeli osoba mieszka w kraju, w którym jest ubezpieczona zdrowotnie, wówczas ma prawo do wszystkich świadczeń zdrowotnych /lecniczych przewidzianych przez ustawodawstwo tego kraju.

ZAMIESZKANIE POZA KRAJEM, W KTÓRYM POSIADA SIĘ UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE. Jeżeli osoba mieszka w innym kraju niż kraj, w którym jest ubezpieczona zdrowotnie, jest traktowana tak, jakby była ubezpieczona zdrowotnie w kraju swego zamieszkania. Oznacza to, że ma prawo do wszystkich świadczeń leczniczych przewidzianych przez ustawodawstwo kraju jej zamieszkania. Świadczenia te realizowane są przez instytucje miejsca zamieszkania tej osoby i na koszt właściwej instytucji. Właściwa instytucja znajduje się w kraju, w którym osoba objęta jest ubezpieczeniem zdrowotnym.

TYMCZASOWY POBYT POZA KRAJEM, W KTÓRYM POSIADA SIĘ UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE Jeżeli osoba przebywa tymczasowo w innym kraju niż kraj, w którym jest ubezpieczona zdrowotnie, ma prawo do wszystkich świadczeń koniecznych do ratowania zdrowia i życia.

Uwaga! W przypadku pracownika wysłanego, studenta i emeryta zakres uzyskiwanej opieki zdrowotnej jest nieco szerszy niż zakres świadczeń koniecznych.

WYJAZD DO INNEGO KRAJU NA LECZENIE Osoba ubezpieczona w jednym państwie członkowskim ma prawo do leczenia się w innym państwie członkowskim, jeśli wcześniej uzyskała zgodę na takie leczenie od swojej instytucji ubezpieczenia zdrowotnego. Jeśli instytucja właściwa wyrazi zgodę na leczenie w innym państwie członkowskim, wówczas pokrywa koszty tego leczenia.

TRANSPORT MIĘDZYNARODOWY DO MIEJSCA ZAMIESZKANIA Przepisy Wspólnotowe nie regulują kwestii transportu chorych z jednego kraju członkowskiego do innego kraju członkowskiego Wspólnoty.

UWAGA! Ubezpieczony, który będzie chciał się przenieść do innego kraju w celu kontynuowania leczenia, musi we własnym zakresie pokryć koszty transportu do tego kraju.

7. Dowód ubezpieczenia, formularze serii E 100.

Obecnie, udając się do lekarza, zobowiązani jesteśmy do okazania np. aktualnej legitymacji ubezpieczeniowej czy innego dowodu ubezpieczenia którym może być każdy dokument potwierdzający opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne. Dokumenty te służą do potwierdzenia prawa do nieodpłatnych świadczeń zdrowotnych w polskich szpitalach czy poradniach, jednak nie będą one przydatne, gdy pomocy medycznej potrzebować będziemy w czasie pobytu w innym państwie członkowskim. W Unii Europejskiej rolę takich dokumentów pełnią formularze serii E 100. Zostały one opracowane i wprowadzone do użycia w celu ułatwienia korzystania z uprawnień przewidzianych przepisami Wspólnotowymi. 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 po przyjeździe do tego państwa.

Po wejściu w życie Rozporządzenia¹ zmieniającego Rozporządzenia 1408/71 i 574/72 w zakresie ujednoczenia uprawnień i uproszczenia procedur oraz stosowania Europejskiej Karty Ubezpieczenia Społecznego od 1 czerwca 2004 r., która ma zastąpić formularz E111, ubezpieczeni przebywający czasowo na terytorium innego państwa członkowskiego będą mogli bezpośrednio udać się do Świadczeniodawcy w celu uzyskania świadczeń rzeczowych niezbędnych z medycznego punktu widzenia w trakcie pobytu, uwzględniając charakter świadczeń i przewidywany czas trwania pobytu.

Od pierwszego dnia członkostwa Polski w Unii Europejskiej także polskie instytucje ubezpieczenia zdrowotnego będą wystawiać formularze wyjeżdżającym do innego kraju UE ubezpieczonym obywatelom polskim. Formularze unijne zawierają szereg informacji dotyczących ubezpieczonego oraz jego praw w czasie pobytu w innym państwie członkowskim. Natomiast zagranicznym instytucjom odpowiedzialnym za udzielanie pomocy medycznej umożliwiają szybkie ustalenie niezbędnych informacji, takich jak.: nasze dane osobowe, polską instytucję ubezpieczenia zdrowotnego, instytucję właściwą do pokrycia kosztów leczenia, itp. Zaświadczenia unijne występują w różnych wersjach językowych, mimo to mają jednolitą formę i są honorowane w każdym państwie członkowskim. Formularze dla polskich ubezpieczonych wypełniane będą w języku polskim.

Każdy formularz składa się z następujących części:

1. część główna, w której podaje się takie informacje, jak:

-) dane osobowe ubezpieczonego (imię, nazwisko, adres zamieszkania, data urodzenia, numer ubezpieczenia itp.)

¹ Rozporządzenie Rady (WE) Nr 859/2003 z dnia 14 maja 2003r. rozszerzające przepisy rozporządzenia 1408/71 i 574/72 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi przepisami wyłącznie ze względu na ich obywatelstwo.

-) dane członków rodziny osoby ubezpieczonej (imię, nazwisko, adres zamieszkania, data urodzenia, stopień pokrewieństwa)
 -) nazwa i adres instytucji ubezpieczenia zdrowotnego
 -) nazwa i adres właściwej instytucji ubezpieczenia zdrowotnego w kraju, do którego ubezpieczony się udaje
 -) data początkowa i końcowa okresu ważności formularza, tzn. okresu, w którym przysługuje prawo do korzystania z nieodpłatnych świadczeń leczniczych w kraju pobytu lub zamieszkania
2. pouczenie, zawierające wskazówki dotyczące formalności, jakich należy dokonać, aby skorzystać z przysługujących praw, np.:
-) liczbę egzemplarzy formularza, które należy zabrać ze sobą do innego państwa członkowskiego
 -) nazwy instytucji w miejscu pobytu lub zamieszkania, w których rejestruje się formularze
 -) zalecenie informowania właściwej instytucji miejsca pobytu lub zamieszkania, w której rejestruje się formularz, o wszelkich zmianach, które mogą mieć wpływ na uprawnienia osoby ubezpieczonej lub członków jej rodziny, tj. o rozwiązaniu lub zmianie stosunku pracy, zmianie miejsca zamieszkania lub pobytu itp.
3. uwagi zawierające instrukcję, jak należy wypełniać dany formularz w odniesieniu do różnych krajów członkowskich UE.

UWAGA! Należy dokładnie sprawdzić wypełniony formularz, zwłaszcza pod kątem zgodności zawartych w nim danych osobowych oraz uważnie zapoznać się z pouczeniami i uwagami.

Potwierdzeniem ważności formularza oraz zakresu świadczeń przysługujących pacjentowi ma być poświadczenie wydawane przez INSTYTUCJĘ MIEJSCA POBYTU/ZAMIESZKANIA obywatela UE na terytorium RP. Powyższe potwierdzenia będą wydawane do wszystkich formularzy od maja 2004r. Od czerwca 2004r nie będą one wydawane do formularza E 111 w związku z wprowadzaniem Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego.

W Unii Europejskiej używane są następujące formularze związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych:

7.1. Formularze pośrednio odnoszące się do realizacji rzeczowych świadczeń zdrowotnych.

E 101 ZAŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE USTAWODAWSTWA WŁAŚCIWEGO
Wystawiane przez instytucję państwa członkowskiego, którego ustawodawstwu podlega pracownik, potwierdzające, że osoba oddelegowana do pracy w innym państwie członkowskim podlega ustawodawstwu państwa, z którego została oddelegowana przez okres podany w zaświadczeniu

E 102 PRZEDŁUŻENIE OKRESU ODDELEGOWANIA LUB PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI NA WŁASNY RACHUNEK. Formularz ten wystawiany jest w przypadku, gdy okres oddelegowania do pracy danej osoby został przedłużony z powodu nieprzewidzianych okoliczności. Przedłużenie to nie może jednak przekraczać 12 miesięcy. Formularz wystawiany jest osobom, którym został już wcześniej wydany formularz E 101.

E 103 KORZYSTANIE Z PRAWA WYBORU Formularz ten wystawiany jest pracownikom placówek dyplomatycznych i urzędów konsularnych, którym prawo unijne pozwala raz do roku wybrać ustawodawstwo z zakresu zabezpieczenia społecznego, któremu chcą podlegać: może to być prawo państwa, w którego przedstawicielstwie są zatrudnieni, bądź prawo państwa, na terytorium którego ich placówki się znajdują.

E 104 ZAŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE SUMOWANIA OKRESÓW UBEZPIECZENIA, ZATRUDNIENIA LUB ZAMIESZKANIA O formularz występuje osoba, która zamierza przystąpić do systemu innego państwa członkowskiego. Zaświadczenie to wystawiane jest w sytuacji, gdy prawo państwa członkowskiego, w którym zamieszkała dana osoba, przewiduje obowiązek odbycia okresu karencji (oczekiwania) przed objęciem jej ubezpieczeniem zdrowotnym. W takim przypadku instytucja ubezpieczenia zdrowotnego państwa dotychczasowego miejsca zamieszkania wystawia formularz E 104, w którym wykazuje okresy ubezpieczenia danej osoby w tym państwie.

7.2. Formularze bezpośrednio odnoszące się do udzielania rzeczowych świadczeń zdrowotnych.

E 106 ZAŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE UPRAWNIENÍ DO ŚWIADCZEŃ RZECZOWYCH Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA CHOROBOWEGO I MACIERZYŃSKIEGO DLA OSÓB MIESZKAJĄCYCH W PAŃSTWIE INNYM NIŻ PAŃSTWO WŁAŚCIWE. Zaświadczenie wystawiane przez instytucję właściwą państwa, którego ustawodawstwu podlega ubezpieczony. Dotyczy osób zatrudnionych i osób pracujących na własny rachunek oraz mieszkających z nimi członków ich rodzin, a także członków rodziny osoby bezrobotnej, która była wcześniej zatrudniona. Uprawnia wymienione osoby do świadczeń rzeczowych z tytułu ubezpieczenia chorobowego i macierzyńskiego w przypadku ich zamieszkania w państwie innym niż państwo właściwe.

- Pełny zakres rzeczowych świadczeń zdrowotnych.

E 109 ZAŚWIADCZENIE DLA POTRZEB REJESTRACJI CZŁONKÓW RODZINY PRACOWNIKA LUB OSOBY PRACUJĄCEJ NA WŁASNY RACHUNEK ORAZ AKTUALIZACJI WYKAZÓW Zaświadczenie wystawiane jest przez instytucję właściwą. Umożliwia członkom rodziny pracownika korzystanie ze świadczeń rzeczowych w razie choroby lub macierzyństwa w państwie, w którym mieszkają, na mocy ustawodawstwa tego państwa, o ile nie byli do tej pory uprawnieni do tych świadczeń na mocy tego ustawodawstwa.

- Pełny zakres rzeczowych świadczeń zdrowotnych.

E 110 ZAŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE OSÓB ZATRUDNIONYCH W TRANSPORCIE MIĘDZYNARODOWYM Zaświadczenie wypełniane przez pracodawcę. Umożliwia osobie zatrudnionej w transporcie międzynarodowym oraz członkom jej rodziny korzystanie ze świadczeń rzeczowych na terytorium państwa członkowskiego, w którym osoba ta przebywa podczas wykonywania pracy.

- Pełny zakres rzeczowych świadczeń zdrowotnych.

E 111 ZAŚWIADCZENIE O UPRAWNIENIU DO ŚWIADCZEŃ RZECZOWYCH PODCZAS POBYTU W PAŃSTWIE CZŁONKOWSKIM Zaświadczenie umożliwia, w przypadku nagłej potrzeby, osobie zatrudnionej i osobie pracującej na własny rachunek, studentowi lub innej osobie ubezpieczonej i członkom ich rodzin, którzy czasowo przebywają

w państwie członkowskim innym niż państwo właściwe oraz emerytom i rencistom oraz członkom ich rodzin, którzy czasowo przebywają w państwie członkowskim innym niż państwo, w którym zazwyczaj zamieszkują, uzyskanie świadczeń rzeczowych od instytucji ubezpieczeniowych w państwie, w którym przebywają, w razie choroby, chorób przewlekłych lub macierzyństwa. Dokument ten jednak nie zapewnia uprawnień do świadczeń rzeczowych, jeśli celem podróży jest uzyskanie świadczeń medycznych za granicą.

- Zakres koniecznych świadczeń zdrowotnych.

E 111B ZAŚWIADCZENIE O UPRAWNIENIU DO ŚWIADCZEŃ RZECZOWYCH PODCZAS POBYTU W PAŃSTWIE CZŁONKOWSKIM (SYSTEM DLA OSÓB PRACUJĄCYCH NA WŁASNY RACHUNEK, WYŁĄCZNIE W RAZIE HOSPITALIZACJI)

- Konieczne świadczenia szpitalne

E 112 ZAŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ZACHOWANIA PRAWA DO AKTUALNIE PRZYSŁUGUJĄCYCH ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA CHOROBY LUB MACIERZYŃSKIEGO Zaświadczenie wydawane osobie, która uzyskała zgodę na kontynuowanie leczenia w innym państwie lub na planowane leczenie w innym państwie. Zaświadczeniem tym instytucja właściwa potwierdza, że dana osoba uzyskała jej zgodę na powrót na terytorium państwa, w którym mieszka lub na przeniesienie miejsca zamieszkania do innego państwa w celu kontynuowania tam leczenia bądź na udanie się do innego państwa w celu uzyskania tam zaplanowanych świadczeń zdrowotnych. Udzielając zgody, instytucja właściwa zobowiązuje się do pokrycia kosztów udzielonych świadczeń.

- Zgodnie z zakresem określonym imiennie dla ubezpieczonego.

E 113 HOSPITALIZACJA: POWIADOMIENIE O PRZYJĘCIU I WYPISANIU ZE SZPITALA - zaświadczenie o pobycie w szpitalu

E 119 ZAŚWIADCZENIE O PRAWIE OSÓB BEZROBOTNYCH I CZŁONKÓW ICH RODZIN DO ŚWIADCZEŃ CHOROBY I MACIERZYŃSKICH Zaświadczenie służy potwierdzeniu prawa osób bezrobotnych do świadczeń zdrowotnych w kraju członkowskim, w którym szukają pracy.

Służy ono również potwierdzeniu tych praw dla członków rodziny bezrobotnego wymienionych w tym formularzu, jeśli przebywają oni wraz z nim. Zaświadczenie to wydaje się na podstawie formularza E 303.

- Zakres koniecznych świadczeń zdrowotnych.

E 120 ZAŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE UPRAWNIENI DO ŚWIADCZEŃ RZECZOWYCH DLA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O EMERYTURĘ LUB RENTĘ I CZŁONKÓW JEJ RODZINY

Dotyczy osób wnioskujących o emeryturę/ rentę z tytułu wieku, wypadku przy pracy, inwalidztwa, choroby zawodowej, śmierci żywiciela rodziny. Zaświadczenie uprawnia osobę ubezpieczoną oraz członków jej rodziny do świadczeń zdrowotnych w razie choroby lub macierzyństwa w państwie zamieszkania osoby ubezpieczonej.

- Pełny zakres rzeczowych świadczeń zdrowotnych.

E 121 ZAŚWIADCZENIE O ZAREJESTROWANIU EMERYTA LUB RENCISTY I O AKTUALIZACJI WYKAZÓW ZAŚWIADCZENIE Potwierdza prawo emeryta i rencisty do uzyskania w kraju zamieszkania bezpłatnej pomocy medycznej, jeśli krajem wypłacającym świadczenia emerytalne lub rentowe jest inny kraj członkowski niż kraj jego zamieszkania.

- Pełny zakres rzeczowych świadczeń zdrowotnych.

E 122 ZAŚWIADCZENIE O UDZIELANIU ŚWIADCZEŃ CZŁONKOM RODZIN EMERYTÓW

Zaświadczenie to służy do potwierdzenia członkom rodziny emeryta prawa do świadczeń zdrowotnych w kraju ich zamieszkania, jeżeli emeryt mieszka w innym państwie członkowskim.

E 123 ZAŚWIADCZENIE O UPRAWNIENIACH DO ŚWIADCZEŃ RZECZOWYCH W RAMACH UBEZPIECZENIA W RAZIE WYPADKU PRZY PRACY ORAZ CHOROÓB ZAWODOWYCH Formularz wystawiany jest osobom, które doznały uszczerbku na zdrowiu ze względu na wypadek przy pracy lub chorobę zawodową w jednym państwie członkowskim, i tam nabyły prawo do leczenia, a następnie przeniosły swoje miejsce zamieszkania do innego państwa członkowskiego. Zaświadczenie to potwierdza prawo do świadczeń zdrowotnych w obecnym kraju pobytu lub zamieszkania takiej osoby.

- Zgodnie z zakresem określonym imiennie dla ubezpieczonego.

E 128 ZAŚWIADCZENIE O UPRAWNIENIU DO NIEZBĘDNYCH ŚWIADCZEŃ RZECZOWYCH PODCZAS POBYTU W PAŃSTWIE CZŁONKOWSKIM Formularz wypełniany przez instytucję właściwą, wydawany zainteresowanej osobie lub przesyłany do instytucji miejsca jej pobytu na wniosek tej instytucji. Zaświadczenie, w okresie ważności, umożliwia osobie zatrudnionej/osobie pracującej na własny rachunek wykonującej działalność w państwie członkowskim innym niż państwo właściwe, studentowi oraz członkom rodziny tymczasowo podróżującym do innego państwa członkowskiego, uzyskanie niezbędnych świadczeń rzeczowych od instytucji ubezpieczeniowych w państwie, w którym przebywają, w razie choroby lub macierzyństwa i tymczasowo w razie wypadku przy pracy lub wystąpienia choroby zawodowej. W praktyce jest używany na takich zasadach jak formularz E 106.

- Zakres koniecznych świadczeń zdrowotnych.

8. Formalności.

W celu skorzystania z opieki zdrowotnej w kraju zamieszkania lub pobytu należy dopełnić przewidziane prawem unijnym formalności.

Co to oznacza dla ubezpieczonego?

Jeszcze przed wyjazdem z Polski do innego kraju UE, ubezpieczony powinien się zaopatrzyć w odpowiedni formularz, dzięki któremu będzie mógł skutecznie powoływać się na przysługujące mu prawa. Formularze wystawiane są zawsze na wniosek zainteresowanego. Dlatego też, w celu ich uzyskania, należy się zgłosić do właściwego oddziału NFZ. W razie niejasności, pracownicy Oddziału udzielą ubezpieczonemu wszelkich potrzebnych informacji.

UWAGA! W większości krajów Unii Europejskiej oraz Europejskiego Obszaru Gospodarczego warunkiem uzyskania bezpłatnych koniecznych świadczeń zdrowotnych jest zarejestrowanie Formularza E 111 uprawniającego do otrzymania tych świadczeń. Jedyne w kilku krajach rejestracja ta nie jest konieczna: wystarczy samo zaświadczenie E 111, które należy okazać lekarzowi lub pracownikowi szpitala.

W Hiszpanii, Holandii, Danii, Szwecji i Finlandii oraz w Norwegii akceptowany jest zwyczaj, że zaświadczenie E 111, uprawniające do otrzymania koniecznych świadczeń zdrowotnych, okazuje się bezpośrednio lekarzowi albo pracownikowi szpitala, z pominięciem instytucji ubezpieczenia zdrowotnego.

W innych krajach UE lub EOG, takich jak: Portugalia, Irlandia, Francja, Belgia, Luksemburg, Niemcy, Austria, Włochy, Grecja oraz Islandia i Lichtenstein ubezpieczony przybywający z

innego kraju Unii Europejskiej musi najpierw zarejestrować swój formularz w odpowiedniej instytucji ubezpieczeniowej. Jeśli tego nie zrobi, zostanie obciążony kosztami ewentualnych świadczeń zdrowotnych, bowiem udzielenie bezpłatnej pomocy medycznej w tych krajach uzależnione jest od okazania przez pacjenta odpowiedniego poświadczenia. Takie poświadczenie zostanie wydane zainteresowanemu przez instytucję ubezpieczenia zdrowotnego w danym kraju na podstawie formularza E 111.

UWAGA! W kraju pobytu lub zamieszkania określone świadczenia udzielane są wszystkim ubezpieczonym na takich samych zasadach. W praktyce oznacza to, że jeżeli prawo państwa, w którym przebywa ubezpieczony, przewiduje udzielanie pomocy zdrowotnej za częściową odpłatnością, (tzw. wkład własny), to ubezpieczony przybywający z innego kraju UE także zostanie nią obciążony. Odpłatność ta nie podlega refundacji.

8.1. Pracownicy najemni oraz osoby samodzielnie zarobkujące w innym państwie członkowskim niż państwo stałego miejsca zamieszkania; (E106).

Pracownik najemny czyli zatrudniony to osoba podejmująca szeroko rozumianą działalność zawodową w celach zarobkowych, która objęta jest ubezpieczeniem społecznym i zdrowotnym.

Przykład: Pani Anna Solińska pracuje jako krawcowa w bytomskiej fabryce produkującej garnitury. Pracodawca odprowadza za panią Solińska składkę na ubezpieczenie zdrowotne do ZUS, a ZUS przekazuje tę składkę do NFZ. W rozumieniu przepisów Wspólnotowych Pani Solińska jest pracownikiem najemnym.

Osoba pracująca na własny rachunek to osoba, która samodzielnie prowadzi działalność zawodową bądź też organizuje inne samodzielne przedsięwzięcia i podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu poprzez odprowadzane na to ubezpieczenie składki. Osoba samodzielnie zarobkująca podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu w państwie, w którym zarejestrowana jest jej samodzielna działalność zarobkową.

Przykład: Pani Halina Czerska prowadzi hurtownię artykułów spożywczych w Rzeszowie. Co miesiąc pani Czerska odprowadza składkę na ubezpieczenie zdrowotne do ZUS, a ZUS przekazuje tę składkę do NFZ. W rozumieniu przepisów Wspólnotowych pani Czerska jest osobą pracującą na własny rachunek.

Pracownik najemny lub osoba samodzielnie zarobkująca zamieszkująca w innym państwie niż państwo, w którym podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu, ma prawo do pełnego zakresu świadczeń zdrowotnych w dwóch krajach:

- w kraju zatrudnienia – ponieważ tu jest ubezpieczony
- w kraju zamieszkania – gdyż tu traktowany jest jak ubezpieczony.

Zaświadczeniem potwierdzającym prawo do uzyskania nieodpłatnych świadczeń leczniczych w kraju zamieszkania innym niż kraj zatrudnienia jest formularz E 106. Można go uzyskać w instytucji ubezpieczenia zdrowotnego, w kraju zatrudnienia. Ubezpieczony otrzymuje dwa egzemplarze tego zaświadczenia. Jeden z nich rejestruje w kraju zamieszkania, w instytucji ubezpieczenia zdrowotnego.

Przykład: Pan Jerzy Piotrowski jest osobą pracującą na własny rachunek - prowadzi własną firmę na terenie Szwecji. Tam też zarejestrowana jest jego działalność gospodarcza oraz odprowadzane składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne. Jego stałym miejscem zamieszkania jest jednak Poznań. Pan Piotrowski powinien wystąpić do szwedzkiej Kasy Ubezpieczeń Społecznych (Forsdkringskassan), właściwej ze względu na miejsce wykonywania pracy, o wystawienie mu formularza E 106. Z zaświadczeniem tym pan Piotrowski udaje się następnie do oddziału NFZ, właściwego ze względu na miejsce jego zamieszkania, w celu zarejestrowania się.

Jeśli pracownik mieszka wraz z rodziną w innym kraju, niż państwo właściwe, to by umożliwić członkom rodziny korzystanie ze świadczeń w kraju zamieszkania, podaje ich dane do formularza E 106. Taki formularz uzyskuje w instytucji właściwej, w kraju w którym jest ubezpieczony. Dopiero tak wypełnione zaświadczenie można złożyć w instytucji miejsca zamieszkania celem dokonania rejestracji. W konsekwencji, w kraju zamieszkania zarejestrowanymi, czyli uprawnionymi do uzyskania bezpłatnych świadczeń leczniczych, będą: pracownik oraz wymienieni w zaświadczeniu członkowie jego rodziny. Koszt świadczeń pokrywa instytucja właściwa.

Przykład: Pan Piotrowski prowadzący własną działalność w Szwecji, mieszka z rodziną w Poznaniu. Żona wychowująca małe dzieci nie pracuje, nie podlega więc polskiemu obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. W tej sytuacji szwedzka Kasa Ubezpieczeń Społecznych powinna wystawić formularz E 106 wymieniając w nim również członków rodziny pana Piotrowskiego (żonę i dzieci). Na podstawie tego zaświadczenia pan Piotrowski i jego rodzina uzyskają, z chwilą rejestracji zaświadczenia we właściwym oddziale NFZ, prawo do świadczeń leczniczych w Polsce.

Nieco innych formalności należy dopełnić, aby umożliwić dostęp do pomocy medycznej członkom rodziny, którzy nie mieszkają wraz z ubezpieczonym w jednym państwie członkowskim.

Rejestracji członków rodziny w ich kraju zamieszkania dokonuje się za pomocą formularza E 109. Wystawia go instytucja ubezpieczenia zdrowotnego kraju, w którym osoba ubezpieczona pracuje lub prowadzi samodzielną działalność zarobkową.

Przykład: Pan Adam Nowak mieszka i pracuje w Hiszpanii, tam też odprowadza składki na ubezpieczenie zdrowotne. Z tego względu on i członkowie jego rodziny mają prawo do świadczeń leczniczych w Hiszpanii. Żona i małe dzieci pana Nowaka mieszkają w Pruszkowie pod Warszawą. Żona nie pracuje i nie jest ubezpieczona w polskim systemie ubezpieczenia zdrowotnego. W tej sytuacji pan Nowak powinien złożyć wniosek w hiszpańskiej instytucji ubezpieczenia zdrowotnego (Regionalnej Dyrekcji Krajowego Urzędu Zabezpieczenia Społecznego) o wystawienie formularza E 109 zaświadczającego, że jego rodzina zamieszkała w Polsce ma prawo do świadczeń zdrowotnych na koszt Hiszpanii. Na podstawie tego zaświadczenia pani Nowak i jej dzieci będą mogły zarejestrować się we właściwym oddziale NFZ, dzięki czemu uzyskają prawo do nieodpłatnych dla nich świadczeń leczniczych w Polsce. Koszty tych świadczeń refundowane będą NFZ przez hiszpańską właściwą instytucję ubezpieczenia zdrowotnego.

8.2 Pracownicy przygraniczni; (E106).

Pracownik przygraniczny zwany też transgranicznym to osoba, która jest zatrudniona lub pracuje na własny rachunek w jednym państwie członkowskim, innym niż państwo, w którym mieszka, i do którego wraca co najmniej raz na tydzień. Pracownik przygraniczny objęty jest ubezpieczeniem zdrowotnym w kraju, w którym wykonuje pracę zawodową. Podlega ustawodawstwu państwa, w którym wykonuje pracę, czyli ustawodawstwu państwa zatrudnienia.

Przykład: Pan Andrzej Jackowski, obywatel Polski, pracuje w Czechach jako motorniczy tramwaju. W Czechach uzyskuje płacę za swoją pracę i również w Czechach odprowadzane są składki na jego ubezpieczenie zdrowotne. Jednak w każdy weekend pan Jackowski przyjeżdża do Szklarskiej Poręby, swojego rodzinnego miasta. W rozumieniu przepisów Wspólnotowych pan Jackowski jest pracownikiem przygranicznym

Pracownik przygraniczny zamieszkujący w innym państwie niż państwo, w którym podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu, ma prawo do pełnego zakresu świadczeń zdrowotnych w dwóch krajach:

- w kraju zatrudnienia – ponieważ tu jest ubezpieczony

- w kraju zamieszkania – gdyż tu traktowany jest jak ubezpieczony.

Zaświadczeniem uprawniającym pracownika przygranicznego do uzyskania nieodpłatnych świadczeń leczniczych w kraju zamieszkania jest formularz E 106. Może go uzyskać w instytucji właściwej, czyli w tej, do której odprowadzana jest jego składka na ubezpieczenie zdrowotne. Ubezpieczony otrzymuje dwa egzemplarze zaświadczenia. Jeden z nich rejestruje w instytucji ubezpieczenia zdrowotnego w kraju zamieszkania.

Przykład: Pani Nowak mieszka w Słubicach, a pracuje we Frankfurcie nad Odrą. Z racji wykonywania pracy w Niemczech podlega niemieckiemu ubezpieczeniu społecznemu i zdrowotnemu. Instytucją właściwą do wystawienia formularza E 106 jest niemiecka kasa chorych, np. Lokalna Powszechna Kasa Chorych, AOK. W Polsce otrzymywać będzie świadczenia zdrowotne w pełnym zakresie od momentu zarejestrowania się poprzez złożenie zaświadczenia E 106 we właściwym oddziale NFZ. Koszt tych świadczeń pokryje AOK.

Członkowie rodziny pracownika przygranicznego mają zapewniony w kraju zamieszkania pełen zakres świadczeń zdrowotnych, natomiast w kraju zatrudnienia pracownika – jedynie prawo do świadczeń koniecznych. Rodzina pracownika otrzyma świadczenia zdrowotne w państwie zamieszkania na podstawie formularza E 106, wydanego pracownikowi przygranicznemu w instytucji kraju jego zatrudnienia.

8.3 Pracownicy sezonowi; (E106).

Oznacza pracownika najemnego, który udaje się na terytorium Państwa członkowskiego innego niż to, w którym mieszka, w celu wykonywania tam pracy o charakterze sezonowym. Okres wykonywania tej pracy nie może przekroczyć ośmiu miesięcy. Pracownik sezonowy wykonuje pracę na rachunek przedsiębiorstwa lub pracodawcy Państwa, do którego przybył, a zatem podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu tego państwa.

Uwaga! W świetle przepisów Wspólnotowych nie jest pracownikiem sezonowym osoba, która podejmuje sezonową działalność na własny rachunek !

Przykład: Pani Kazimiera Wileńska każdego roku wyjeżdża na pięć miesięcy do pracy w hiszpańskim gospodarstwie rolnym. Właściciel gospodarstwa zgłasza panią Wileńską do hiszpańskiego ubezpieczenia zdrowotnego i tam też odprowadza za nią składki. W rozumieniu przepisów Wspólnotowych pani Wileńska jest pracownikiem sezonowym.

Pracownik sezonowy mieszkający na stałe w innym państwie, niż państwo, w którym podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu, ma prawo do pełnego zakresu świadczeń zdrowotnych w dwóch krajach:

- w kraju zatrudnienia w charakterze pracownika sezonowego – ponieważ tam jest ubezpieczony
- w kraju zamieszkania - gdyż tu traktowany jest jak ubezpieczony.

Zaświadczeniem uprawniającym do uzyskania nieodpłatnych świadczeń leczniczych w kraju zamieszkania jest formularz E 106. Można go uzyskać w instytucji ubezpieczenia zdrowotnego, czyli w instytucji kraju zatrudnienia. Pracownik sezonowy otrzymuje dwa egzemplarze tego zaświadczenia.

W kraju zamieszkania powinien zarejestrować się w instytucji ubezpieczenia zdrowotnego, poprzez złożenie tego formularza.

Również członkowie rodziny osoby zatrudnionej w charakterze pracownika sezonowego posiadają prawo do świadczeń leczniczych w pełnym zakresie tak w kraju swego zamieszkania, jak i w kraju zatrudnienia ubezpieczonego. Dokumentem potwierdzającym to

uprawnienie jest formularz E 106, wystawiony dla pracownika sezonowego przez tą instytucję ubezpieczenia zdrowotnego, w której jest on ubezpieczony. Dane członków rodziny powinny być wpisane w odpowiednim polu tego zaświadczenia

Przykład: Pani Wileńska postanawia odwiedzić swoją rodzinę mieszkającą w Polsce. Instytucją właściwą do wystawienia jej formularza E 106 jest hiszpańska instytucja ubezpieczenia zdrowotnego. W Polsce otrzymywać będzie świadczenia zdrowotne w pełnym zakresie od momentu zarejestrowania się poprzez złożenie zaświadczenia E 106 w oddziale NFZ właściwym ze względu na miejsce jej pobytu.

8.4 Pracownicy transportu międzynarodowego; (E110).

Pracownikami transportu międzynarodowego są np. marynarze, pracownicy linii lotniczych, pracownicy międzynarodowego transportu samochodowego.

Na statku wodnym lub powietrznym prawem obowiązującym jest prawo bandery; jedną z konsekwencji tej zasady jest fakt podlegania wszystkich zatrudnionych tam pracowników ubezpieczeniu zdrowotnemu państwa bandery nawet, jeżeli dany pracownik mieszka w innym państwie członkowskim.

Pracownicy międzynarodowego transportu samochodowego podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu w państwie, na terytorium którego znajduje się siedziba pracodawcy, a fakt zamieszkiwania w innym państwie członkowskim nie ma w tym względzie żadnego znaczenia.

Pracownik transportu międzynarodowego przebywając w innym państwie UE w związku z wykonywaniem swojej pracy, ma prawo do pełnego zakresu świadczeń zdrowotnych

Zaświadczeniem uprawniającym do uzyskania nieodpłatnych świadczeń leczniczych jest formularz E 110, druk można uzyskać w swojej instytucji ubezpieczenia zdrowotnego. Zaświadczenie E 110 wypełnia pracodawca. Umożliwia ono osobie zatrudnionej w transporcie międzynarodowym oraz członkom jej rodziny korzystanie ze świadczeń rzeczowych na terytorium państwa członkowskiego, w którym osoba ta przebywa podczas wykonywania pracy

Jeżeli w kraju, w którym wykonuje pracę, przebywa wraz z rodziną, prawo do świadczeń leczniczych w pełnym zakresie będzie przysługiwało również jej członkom. Należy jednak pamiętać, aby dane członków rodziny zostały wpisane w odpowiednim polu formularza E 110.

8.5 Turyści; (E111).

Turysta to osoba podróżująca po krajach członkowskich Unii w celach rekreacyjnych czy wypoczynkowych i objęta systemem ubezpieczenia zdrowotnego w kraju swego zamieszkania bądź w kraju swego zatrudnienia.

Podczas wyjazdu do innego państwa w celach turystycznych lub prywatnych, w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego podlega się nadal prawu państwa stałego zamieszkania bądź zatrudnienia!

Przykład: Pan Artur Morawski pracuje w fabryce mebli w Gryficach jako stolarz. Składki na jego ubezpieczenie zdrowotne pracodawca odprowadza do ZUS, ZUS przekazuje tę składkę do centrali NFZ, a ta do zachodniopomorskiego oddziału NFZ. Pan Morawski wraz z żoną (pozostającą na wyłącznym utrzymaniu męża) i dziećmi postanawia wyjechać na urlop na narty w austriackie Alpy. W rozumieniu przepisów Wspólnotowych pan Morawski traktowany będzie jako turysta.

W celu uzyskania prawa do świadczeń zdrowotnych w kraju pobytu należy przed wyjazdem uzyskać w swojej instytucji ubezpieczenia zdrowotnego formularz E 111.

Przykład: Państwo Morawscy wraz z dziećmi wyjechali na wymarzone wakacje w austriackie Alpy. Przed wyjazdem udali się do swojej instytucji ubezpieczenia zdrowotnego - oddziału NFZ, do którego przekazywana jest ich składka na ubezpieczenie zdrowotne, w celu uzyskania formularza E 111. Po przyjeździe powinni udać się do austriackiej instytucji ubezpieczenia zdrowotnego w celu zarejestrowania się oraz uzyskania zaświadczenia uprawniającego ich do nieodpłatnych świadczeń zdrowotnych podczas pobytu w Austrii. Na podstawie tego zaświadczenia w razie zachorowania lub wypadku Państwo Morawscy otrzymają nieodpłatną opiekę zdrowotną w niezbędnym zakresie.

8.6 Bezrobotni poszukujący pracy w innym państwie członkowskim oraz członkowie ich rodziny; (E119)

Bezrobotny to osoba, która według ustawodawstwa kraju właściwego posiada status bezrobotnego, a która poszukuje pracy w innych państwach członkowskich UE.

UWAGA! Bezrobotny musi się zastosować do procedur kontrolnych urzędu zatrudnienia kraju, do którego wyjechał w celu znalezienia pracy.

Przykład: Pan Jarosław Ateński mieszka w Słubicach i jako bezrobotny informatyk od miesiąca bezskutecznie poszukuje pracy w swoim województwie. Powiatowy Urząd Pracy wypłaca panu Ateńskiemu zasiłek dla bezrobotnych oraz odprowadza na jego rzecz składkę na ubezpieczenie zdrowotne do właściwego oddziału NFZ. Po półtora miesięcznym bezskutecznym poszukiwaniu pracy pan Ateński postanawia wyjechać do Frankfurtu nad Odrą by tam kontynuować swoje poszukiwania. Pan Ateński informuje o tym fakcie swój urząd pracy i pozostaje z nim w kontakcie po przyjeździe do Niemiec. Pan Ateński, jako bezrobotny obywatel polski, ma prawo do korzystania z opieki zdrowotnej na zasadach określonych w przepisach Wspólnotowych.

Instytucją ubezpieczenia zdrowotnego bezrobotnego jest instytucja ubezpieczenia zdrowotnego tego kraju, z którego otrzymuje on zasiłek dla bezrobotnych. Jeżeli w czasie, w którym bezrobotny pozostaje bez pracy w jednym kraju, wyjedzie on do innego kraju w celach turystycznych lub prywatnych, czyli na okres z góry ograniczony czasowo, jemu oraz towarzyszącym mu członkom rodziny przysługiwać będzie w kraju pobytu prawo do opieki zdrowotnej tak, jak innemu turyście, czyli w razie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, na podstawie formularza E 111.

Formularz E 111 można uzyskać w swojej instytucji ubezpieczenia zdrowotnego.

Osoby bezrobotne wraz z towarzyszącymi im członkami rodziny, które wyjadą do drugiego państwa lub kilku państw UE w celu poszukiwania pracy, mają prawo do świadczeń zdrowotnych w pełnym zakresie w każdym z tych państw. Prawo to potwierdzone jest przy zastosowaniu formularza E 119.

Aby tak się stało, bezrobotny musi spełnić niżej podane warunki:

- ⌚ musi być ubezpieczony w NFZ
- ⌚ musi być zarejestrowany przez conajmniej 4 tygodnie w urzędzie pracy właściwym ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu jako poszukujący pracy
- ⌚ powinien pobierać zasiłek dla bezrobotnych.

Uwaga! Prawo do opieki zdrowotnej w krajach, w których bezrobotny poszukuje pracy, przysługuje mu tylko w okresie 3 miesięcy od momentu wyjazdu z państwa, z którego otrzymuje zasiłek dla bezrobotnych.

Przed wyjazdem bezrobotny powinien zaopatrzyć się w formularz E 119. Wydaje go właściwa instytucja ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie formularza E 303.

Formularz E 303 jest podstawowym dokumentem dotyczącym zachowania prawa do zasiłku po wyjeździe do innego kraju. Z jego treści wynika, że bezrobotny jest uprawniony do zasiłku, podana jest również wysokość tego świadczenia oraz okres jego pobierania. Wydaje go na wniosek bezrobotnego wojewódzki urząd pracy, właściwy dla miejsca zamieszkania lub pobytu bezrobotnego.

W celu uzyskania opieki zdrowotnej w kraju pobytu należy dopełnić następujących formalności:

- ⌚ za pomocą formularza E 303 należy się zarejestrować w instytucji ubezpieczenia na wypadek bezrobocia w państwie, w którym się przebywa
- ⌚ za pomocą formularza E 119 należy natomiast zarejestrować się w instytucji ubezpieczenia zdrowotnego w tym państwie.

Jeżeli bezrobotny poszukuje pracy w kilku państwach jednocześnie, powyższe formalności należy dopełnić w każdym z tych państw!

Jeżeli bezrobotnemu towarzyszy jego rodzina, to dane jej członków również powinny zostać uwzględnione na formularzu E 119.

Przykład: Pani Nowak ubezpieczona w NFZ, oddział mazowiecki, od dwóch miesięcy pozostaje bez pracy. Od tego czasu jest zarejestrowana jako bezrobotna w urzędzie pracy. Pobiera również zasiłek dla bezrobotnych. Ponieważ poszukiwanie pracy w Polsce nie przynosiło skutku, pani Nowak postanowiła spróbować w Belgii i w sąsiadującym z nią Luksemburgu. Po uzyskaniu formularza E 303 pani Nowak złożyła wniosek do mazowieckiego oddziału NFZ o wydanie jej formularza E 119. Za pomocą tych zaświadczeń powinna zarejestrować się w instytucji ubezpieczenia na wypadek bezrobocia oraz instytucji ubezpieczenia zdrowotnego w obu państwach, w Belgii oraz w Luksemburgu. W przypadku zgłoszenia zamiaru poszukiwania pracy w dwu lub więcej państwach, bezrobotny musi uzyskać osobne formularze (E 303 i E 119) dla każdego z państw, do którego się udaje. Pani Nowak zatem, przed wyjazdem, powinna otrzymać dwa formularze E 303 i na ich podstawie dwa formularze E 119.

8.7. Osoby ubiegające się o emeryturę /rentę; (E120).

Prawo do świadczeń zdrowotnych w kraju zamieszkania posiadają również osoby, które ubiegają się o przyznanie emerytury /renty z innego państwa UE. Osoba, która znalazła się w takiej sytuacji powinna się zwrócić do swojej instytucji ubezpieczenia zdrowotnego o wystawienie formularza E 120, który uprawnia do świadczeń rzeczowych w miejscu zamieszkania i zaświadcza, że dana osoba oczekuje na decyzję o przyznaniu emerytury. Formularz ten jest również zaświadczeniem o prawie do świadczeń zdrowotnych dla towarzyszących członków rodziny, jeżeli zostali oni uwzględnieni w formularzu.

Rodzina podlega zarejestrowaniu w kraju zamieszkania w ten sam sposób, jak emeryci /renciści, ma również te same uprawnienia w zakresie opieki zdrowotnej.

Instytucją ubezpieczenia zdrowotnego właściwą do wystawienia formularza E 120 jest instytucja, w której bezpośrednio przed złożeniem wniosku o przyznanie emerytury /renty dana osoba była ubezpieczona z jakiegokolwiek tytułu, np. pracowała w tym państwie, prowadziła samodzielną działalność gospodarczą itp.

Formularz E 120 służy potwierdzeniu prawa do świadczeń zdrowotnych w kraju zamieszkania do chwili otrzymania emerytury /renty. Po jej przyznaniu instytucja ubezpieczenia zdrowotnego powinna wystawić emerytowi/renciście formularz E 121.

Przykład: Pani Nowak, zamieszkała w Belgii, spełnia wszystkie warunki przewidziane prawem do otrzymania polskiej emerytury. Kilka dni temu złożyła w swoim oddziale ZUS wniosek o przyznanie świadczeń emerytalnych. Wydanie decyzji o przyznaniu jej tych świadczeń może jednak zabrać pewien czas. W tej sytuacji NFZ, właściwy oddział, do którego pani Nowak odprowadza składki na ubezpieczenie zdrowotne, powinien jej wystawić formularz E 120, który należy złożyć w odpowiedniej belgijskiej instytucji ubezpieczenia zdrowotnego („mutualité”, lokalna kasa ubezpieczenia chorobowego). Na jego podstawie pani Nowak będzie miała prawo do świadczeń zdrowotnych w Belgii w okresie przejściowym, do chwili uzyskania świadczeń emerytalnych. Po ich otrzymaniu właściwy oddział NFZ wystawi jej formularz E 121 przeznaczony już dla emerytów, który również należy złożyć w belgijskiej lokalnej kasie ubezpieczenia chorobowego.

8.8. Emeryci i renciści mieszkający w innym państwie niż państwo, z którego otrzymują świadczenia emerytalne lub rentowe; (E121).

Emeryt lub rencista to osoba pobierająca świadczenia emerytalne lub rentowe na mocy przepisów krajowych państwa lub państw członkowskich Unii Europejskiej.

Uwaga! Do uzyskania opieki zdrowotnej w kraju zamieszkania mają prawo tylko emeryci, którzy pobierają świadczenia emerytalne przyznane im z powszechnie obowiązującego w danym państwie systemu emerytalnego.

Emeryci i renciści objęci są przepisami koordynacji zabezpieczenia społecznego nawet wtedy, gdy uzyskali status emeryta lub rencisty jeszcze przed wstąpieniem ich kraju do Unii Europejskiej.

Przykład: Od 1998 r. Pani Teresa Romanowska jest emerytowaną nauczycielką mieszkającą w Krakowie. Z otrzymywanej emerytury ZUS pobiera składkę na ubezpieczenie zdrowotne, a następnie przekazuje ją do NFZ. Po wejściu Polski do Unii Europejskiej pani Romanowska postanawia zamieszkać w słonecznej Hiszpanii. W świetle przepisów Wspólnotowych pani Romanowska jest emerytem.

Jeżeli emeryt lub rencista pobiera emeryturę lub rentę z kilku państw członkowskich UE, niezmiernie istotną kwestią jest określenie, w którym państwie znajduje się jego instytucja ubezpieczenia zdrowotnego. Jest ona odpowiedzialna za wystawienie wszelkich potrzebnych formularzy, a co najważniejsze – jest zobowiązana do pokrycia kosztów leczenia, które emeryt lub rencista odbył w innym państwie.

Oto zasady określania instytucji ubezpieczenia zdrowotnego:

1. Jeżeli emeryt/ rencista otrzymuje emeryturę/ rentę z jednego państwa UE, a mieszka w innym, to jego instytucją ubezpieczenia zdrowotnego jest instytucja kraju wypłacającego świadczenia emerytalne/rentowe.
2. Jeżeli emeryt/ rencista otrzymuje emeryturę/ rentę z dwóch lub więcej krajów UE i mieszka w jednym z tych krajów, jego instytucją ubezpieczenia zdrowotnego jest instytucja kraju zamieszkania.
3. Jeżeli emeryt/ rencista otrzymuje emeryturę/ rentę z dwóch lub więcej krajów UE i w żadnym z nich nie mieszka, jego instytucją ubezpieczenia zdrowotnego jest instytucja kraju, w którym był najdłużej ubezpieczony w ramach systemu ubezpieczeń emerytalnych.
4. Jeżeli wykorzystanie powyższych zasad nie pozwala na ustalenie instytucji ubezpieczenia zdrowotnego, będzie to instytucja tego państwa, w którym emeryt/rencista ostatnio był ubezpieczony w ramach systemu ubezpieczeń emerytalnych.

Przykład: Pan Malinowski mieszka w Polsce. Otrzymuje emeryturę z Niemiec i Francji. We Francji był objęty systemem ubezpieczenia emerytalnego dłużej niż w Niemczech. Pan Malinowski ma więc prawo do opieki zdrowotnej w Polsce na koszt instytucji ubezpieczenia zdrowotnego we Francji. Instytucja ta właściwa jest również do wystawiania mu wszelkich zaświadczeń potwierdzających jego prawa.

Założmy jednak, że w przypadku pana Malinowskiego okresy podlegania ubezpieczeniu emerytalnemu w obu krajach były równe. Zgodnie z powyżej przedstawionymi zasadami, instytucją właściwą będzie instytucja państwa, w której pan Malinowski był ubezpieczony ostatnio. Jeżeli więc bezpośrednio przed przeniesieniem się do Polski pan Malinowski podlegał ubezpieczeniu społecznemu w Niemczech, to jego instytucją ubezpieczenia zdrowotnego będzie niemieckie AOK, Lokalna Powszechna Kasa Chorych.

Emeryci i renciści mieszkający w innym państwie członkowskim niż państwo, z którego otrzymują rentę lub emeryturę, w kraju zamieszkania mają prawo do świadczeń zdrowotnych w pełnym zakresie, tzn. przysługują im takie same świadczenia jak emerytom pobierającym emeryturę z tego kraju.

W kraju zamieszkania świadczenia zdrowotne uzyskuje się na podstawie formularza E 121. Zaświadczenie to wystawić powinna instytucja ubezpieczenia zdrowotnego ustalona według wyżej wspomnianych zasad.

Za pomocą tego formularza emeryt/rencista będzie mógł zarejestrować się w instytucji ubezpieczenia zdrowotnego w kraju zamieszkania, co z kolei pozwoli mu na korzystanie ze świadczeń zdrowotnych.

Prawo do świadczeń zdrowotnych w pełnym zakresie posiadają również członkowie rodziny emeryta i rencisty, jeżeli zamieszkują wraz z nim. W celu umożliwienia im korzystania z pomocy medycznej w kraju zamieszkania, ich dane powinny być wpisane na formularzu E 121. Tak wypełnione zaświadczenie należy złożyć w instytucji miejsca zamieszkania celem dokonania rejestracji.

Przykład: Państwo Piterowie całe swoje życie pracowali i mieszkali w Polsce, w Szczecinie. Obecnie otrzymują polskie emerytury wypłacane im przez ZUS. Teraz zdecydowali się zamieszkać we Włoszech. Mimo zmiany kraju zamieszkania, instytucją ubezpieczenia zdrowotnego państwa Piterów pozostał NFZ, oddział zachodniopomorski. To do niego właśnie państwo Piterowie złożyli wniosek o wydanie im formularza E 121. Po przyjeździe do Rzymu z zaświadczeniem tym udali się do włoskiej instytucji ubezpieczenia zdrowotnego (USL, lokalna jednostka administracyjna służby zdrowia) w celu zarejestrowania się.

Z tą chwilą uzyskali prawo do świadczeń zdrowotnych we Włoszech w takim zakresie, jakby byli włoskimi ubezpieczonymi, mimo że status ubezpieczonego posiadają w Polsce.

8.9. Emeryci i renciści przebywający czasowo w innym państwie niż państwo, z którego otrzymują świadczenia emerytalne lub rentowe; (E 111).

Emeryci lub renciści oraz towarzyszący im członkowie rodziny w państwie pobytu mają prawo do świadczeń zdrowotnych na podstawie formularza E 111. Zaświadczenie to wydaje instytucja ubezpieczenia zdrowotnego emeryta. Na podstawie tego zaświadczenia emeryt lub rencista oraz uwzględnieni w formularzu członkowie jego rodziny uzyskują świadczenia zdrowotne w kraju pobytu. Zakres tych świadczeń nie został ograniczony jedynie do udzielenia pomocy w razie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, lecz obejmuje wszelkie świadczenia umożliwiające nieprzerwany pobyt w innym kraju. Oceny, jakie świadczenia są niezbędne w danym stanie zdrowia, a z udzieleniem jakich można

począkać do powrotu emeryta / rencisty do kraju, w którym jest on ubezpieczony, dokonuje lekarz prowadzący.

Przykład: Pan Watras jest polskim emerytem zamieszkałym na stałe i ubezpieczonym we Francji. Miesiące letnie zawsze spędza Polsce, na Mazurach. Przed wyjazdem każdorazowo składa wniosek w swojej francuskiej instytucji ubezpieczenia zdrowotnego (Caisse primaire d'assurance-maladie, lokalna kasa ubezpieczenia chorobowego) o wydanie mu formularza E 111. Ponieważ pan Watras jest chory na cukrzycę powinien regularnie raz w miesiącu wykonywać badania krwi celem sprawdzenia, czy poziom cukru jest prawidłowy. Tego typu świadczenie uzyska on również w Polsce.

8.10 Pracownicy wysłani; (E128)

Pracownik wysłany czyli pracownik delegowany to osoba, która jest zatrudniona w jednym kraju członkowskim Unii Europejskiej i tam objęta jest systemem ubezpieczenia zdrowotnego, ale została tymczasowo wysłana do innego państwa członkowskiego w celu wykonywania tam pracy na rzecz swojego przedsiębiorstwa. Maksymalny okres oddelegowania wynosi 12 miesięcy, ale w wyjątkowych przypadkach może on zostać przedłużony do 24 miesięcy.

Przykład: Pan Władysław Poznański pracuje w przedsiębiorstwie budowlanym w Łodzi. Dyrektor tego przedsiębiorstwa oddelegował pana Poznańskiego na okres 12 miesięcy do Niemiec, aby tam pracował przy budowie supermarketu. Pan Poznański nadal pozostaje pracownikiem przedsiębiorstwa budowlanego w Łodzi. Polski pracodawca odprowadza składki na ubezpieczenie zdrowotne pana Poznańskiego do NFZ. W rozumieniu przepisów Wspólnotowych pan Poznański jest pracownikiem wysłanym, oddelegowanym.

Przebywając na terytorium innego państwa w charakterze pracownika wysyłanego, w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego podlega się nadal prawu państwa stałego zamieszkania! Oznacza to, że składki na ubezpieczenie zdrowotne odprowadzane są w państwie zamieszkania, nawet w sytuacji, gdy w drugim państwie pracownik oddelegowany przebywa rok, a czasami dłużej. W pierwszej kolejności pracownik oddelegowany powinien uzyskać formularz E 101, wystawiony przez instytucję ubezpieczenia społecznego w Polsce, czyli oddział ZUS-u, do którego odprowadzane są składki na ubezpieczenie społeczne. Zaświadczenie to potwierdza, że przez pewien określony w nim czas pracownik podlega prawu państwa wysyłającego, bowiem w tym państwie, a nie w państwie wykonywania pracy, odprowadzane są składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne.

Dopiero na podstawie E 101 instytucja ubezpieczenia zdrowotnego, czyli Oddział NFZ może wystawić formularz E 128, stanowiący dowód, że pracownik wysłany posiada prawo do uzyskania świadczeń leczniczych w kraju pobytu i wykonywania pracy. Zaświadczenie to wydawane jest na czas trwania oddelegowania do pracy w innym kraju.

Uwaga! Okres oddelegowania podany w formularzu E 101 powinien pokrywać się z analogicznym okresem podanym w formularzu E 128.

W państwie pobytu pracownik wysłany powinien się zgłosić z formularzem E 128 do najbliższej instytucji ubezpieczenia zdrowotnego w celu zarejestrowania się.

Przykład: Pan Jerzowski pracuje w znanej polskiej firmie budowlanej mającej swą siedzibę w Krakowie. Firma ta prowadzi budowy w wielu krajach, w tym w Grecji. Tam właśnie pan Jerzowski został oddelegowany przez swojego pracodawcę do wykonywania ogólnego nadzoru budowlanego przy budowie centrum handlowego. Kontrakt zawarto na okres 12 miesięcy, z zastrzeżeniem możliwości jego przedłużenia na kolejny rok. Przez cały ten czas pan Jerzowski pozostaje pracownikiem polskiej firmy budowlanej. W Polsce jego pracodawca odprowadza składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne. Na potwierdzenie tego faktu oddział ZUS w Krakowie, do którego odprowadzane są składki na ubezpieczenie społeczne pana Jerzowskiego, wystawił mu formularz E 101. Na podstawie tego zaświadczenia właściwy oddział NFZ - instytucja, do której pan Jerzowski odprowadza składki na ubezpieczenie zdrowotne, wystawi mu formularz E 128. Zaświadczenie to będzie dokumentem potwierdzającym prawo pana Jerzowskiego do uzyskania świadczeń zdrowotnych w czasie jego pobytu w Grecji. Nie może on jednak zapomnieć o zarejestrowaniu się w odpowiedniej greckiej instytucji ubezpieczenia zdrowotnego (regionalny lub lokalny oddział Instytucji ds. Zabezpieczenia Społecznego IKA) poprzez przedłożenie jej formularza E 128. Instytucja ta, na podstawie okazanego formularza, wyda panu Jerzowskiemu książeczkę zdrowia, bez której nie uzyskałby on nieodpłatnie żadnych świadczeń zdrowotnych.

8.11 Studenci; (E128).

Student to osoba, która odbywa studia lub szkolenie zawodowe prowadzące do uzyskania kwalifikacji urzędowo uznawanych przez władze państwa członkowskiego, a także która ubezpieczona jest w ramach powszechnego systemu ubezpieczenia zdrowotnego.

Najczęściej mamy do czynienia z sytuacją gdy student studiujący za granicą jest objęty ubezpieczeniem zdrowotnym w Polsce jako członek rodziny będący na wyłącznym utrzymaniu osoby opłacającej składkę.

Przykład: Pan Jacek Wilczykowski ukończył właśnie Liceum Ogólnokształcące w Słupsku. Postanowił podjąć dalszą naukę i rozpocząć studia językowe na Uniwersytecie Berlińskim w Niemczech. Do tej pory pan Jacek Wilczykowski nie podejmował pracy w Polsce i korzystał z ubezpieczenia zdrowotnego swego ojca pana Romualda Wilczykowskiego – jako członek rodziny. Każdego miesiąca składka na ubezpieczenie zdrowotne pana Romualda Wilczykowskiego odprowadzana jest do NFZ. Zgodnie z polskimi przepisami prawo do korzystania z tego typu ubezpieczenia zdrowotnego przysługuje panu Jackowi Wilczykowskiemu jako studentowi do 26 roku życia. Pan Jacek Wilczykowski jest studentem objętym przepisami Wspólnotowymi.

Studentom przysługuje szerszy zakres świadczeń medycznych. Obejmuje on wszelkie świadczenia zdrowotne, których udzielenie pozwoli na nieprzerwany pobyt w kraju, w którym studiuje. Studenci w państwie, w którym studiuje, potwierdzają prawo do świadczeń zdrowotnych okazując formularz E 128. Wystawia go instytucja ubezpieczenia zdrowotnego, tzn. właściwy oddział NFZ, do którego odprowadzane są składki na ubezpieczenie zdrowotne. Zaświadczenie to służy również do potwierdzenia uprawnień do opieki zdrowotnej towarzyszącemu studentowi członkom rodziny.

Przykład: Jacek Wilczykowski jako student I roku studiów językowych na Uniwersytecie Berlińskim, przed rozpoczęciem roku akademickiego powinien złożyć wniosek o wydanie mu formularza E 128 przez właściwy oddział NFZ, który otrzymuje składki na ubezpieczenie zdrowotne. Gdyby pan Wilczykowski na studia do Berlina wyjechał wraz ze swoją rodziną (żona, dzieci), wówczas osoby te powinny być uwzględnione poprzez wpisanie ich danych na zaświadczeniu E 128.

8.12. Członkowie rodziny osoby ubezpieczonej.

Członek rodziny to każda osoba tak określona (lub określona jako członek gospodarstwa domowego) przez ustawodawstwo, z tytułu którego udzielane są jej świadczenia zdrowotne. Jednakże jeżeli ustawodawstwa te uznają za członka rodziny lub członka gospodarstwa domowego jedynie osobę żyjącą we wspólnocie domowej z pracownikiem najemnym, osobą pracującą na własny rachunek lub studentem, to za członka rodziny uznaje się także osobę,

która znajduje się głównie na utrzymaniu pracownika najemnego, osoby pracującej na własny rachunek lub studenta.

Zasada ta dotyczy także członków rodziny emeryta i rencisty.

UWAGA! Jeśli osoba podlega przepisom wspólnotowym, to członkowie jej rodziny objęci są tymi przepisami nawet wtedy, gdy nie są obywatelami żadnego z państw członkowskich Unii Europejskiej.

Zgodnie z polskimi przepisami członkiem rodziny są następujące osoby, które nie podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu:

- ⌚ dziecko własne, dziecko drugiego małżonka, dziecko przysposobione oraz wnuk i dziecko obce przyjęte na wychowanie, również w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej - do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli jest niepełnosprawne w znacznym stopniu -bez ograniczenia wieku
- ⌚ małżonek
- ⌚ krewni wstępni pozostający z nim we wspólnym gospodarstwie domowym,
- ⌚ dzieci uprawnione do renty rodzinnej.

Prawo do świadczeń zdrowotnych w kraju zamieszkania lub pobytu posiadają również towarzyszący ubezpieczonemu członkowie rodziny, jeżeli są przez niego zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego. W celu umożliwienia im korzystania z opieki zdrowotnej w kraju pobytu lub zamieszkania należy umieścić ich dane w odpowiednim formularzu.

Członkowie rodziny, którzy podejmują pracę lub rozpoczynają własną działalność zarobkową, zostają objęci ubezpieczeniem zdrowotnym na własne konto. Dlatego też powinni oni sami wystąpić do instytucji ich ubezpieczenia zdrowotnego o wystawienie im odpowiednich formularzy.

8.13 Aby wyjechać do innego kraju na leczenie ...; (E 112).

Należy tu rozważyć trzy sytuacje:

1. osoba w trakcie otrzymywania świadczeń zdrowotnych w kraju, w którym podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu, zdecydowała się na powrót do państwa swego stałego zamieszkania;
2. osoba w trakcie otrzymywania świadczenia zdrowotnego w kraju, w którym podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu, postanowiła przenieść swoje miejsce stałego zamieszkania do innego państwa UE;
3. osoba ubezpieczona w jednym państwie członkowskim stara się o wyjazd do innego państwa UE w celu odbycia tam planowanej kuracji.

W każdym z wyżej wymienionych przypadków zainteresowany powinien uzyskać zgodę od swojej instytucji ubezpieczenia zdrowotnego na udzielanie mu świadczeń w innym państwie.

Dowodem uzyskania takiej zgody jest formularz E 112. Wydaje go właściwy oddział NFZ, do którego przekazywana jest składka na ubezpieczenie zdrowotne.

Po przybyciu do drugiego kraju zaświadczenie to należy w jak najkrótszym czasie przedstawić w instytucji ubezpieczenia zdrowotnego tego kraju.

Formularz E 112 może być wydany przez instytucję ubezpieczenia zdrowotnego zainteresowanego już po jego przybyciu do drugiego państwa. Jest to możliwe tylko wtedy, gdy zaświadczenie to nie mogło być wydane wcześniej z powodu siły wyższej.

Szczegółowy tryb składania i rozpatrywania wniosku o wyrażenie ubezpieczonym zgody na przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju określi Rozporządzenie Ministra Zdrowia.

8.14. Wypadki przy pracy i choroby zawodowe; (E 123).

Zaświadczeniem uprawniającym do uzyskania nieodpłatnych świadczeń leczniczych związanych z chorobą zawodową lub wypadkiem przy pracy w kraju zamieszkania jest formularz E 123. Uzyskać go można w instytucji ubezpieczeniowej kraju, w którym stwierdzono chorobę zawodową.

W kraju zamieszkania należy zarejestrować się w instytucji ubezpieczeniowej, poprzez złożenie tego formularza.

Przykład: Pan Jan Malinowski przez 35 lat pracował w Hucie Szkła w Krośnie. Po 35 latach pracy miał coraz większe problemy z oddychaniem. Badania lekarskie wykazały, że pan Malinowski jest chory na rozedmę płuc, która zgodnie z polskimi przepisami zakwalifikowana jest jako choroba zawodowa. Pan Malinowski postanowił wyjechać z Polski i na stałe zamieszkać w Holandii. W celu zachowania prawa do opieki zdrowotnej związanej z chorobą zawodową powinien uzyskać we właściwej instytucji ubezpieczeniowej formularz E 123. W Holandii powinien zarejestrować się odpowiedniej instytucji ubezpieczeniowej. Z chwilą rejestracji nabędzie on prawo do świadczeń zdrowotnych w tym zakresie na koszt państwa polskiego.

Przykład: Pani Olga Sowitek pracuje na 0,5 etatu w Polsce jako kasjerka w sklepie spożywczym i na 0,5 etatu jako kasjerka w Niemczech. W drodze do pracy potknęła się i złamała nogę. W wyniku tego złamania lekarz orzecznik ZUS stwierdził u niej 4 % uszczerbek na zdrowiu. Zgodnie z polskimi przepisami należy się jej jednorazowe odszkodowanie. Pani Sowitek będzie przysługiwało to odszkodowanie tylko od ZUS- u w Polsce, gdyż polska instytucja uznała ten wypadek za wypadek w drodze do pracy. Również świadczenia zdrowotne będą udzielane pani Sowitek na koszt polskiej instytucji ubezpieczenia zdrowotnego.

9. Zasady rozliczeń kosztów świadczeń zdrowotnych udzielanych na rzecz ubezpieczonych z krajów UE.

9.1. Zasady rozliczeń NFZ ze Świadczeniodawcami.

-) Świadczeniodawca udziela świadczenia zdrowotnego osobie uprawnionej do świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawodawstwa innego Państwa UE i EOG. W tym celu NFZ podpisze ze świadczeniodawcami umowy (lub w trybie aneksowania istniejących umów) gwarantujące rozliczanie świadczeń, w tych samych okresach i po takich samych cenach, jakie obowiązują w stosunku do osób ubezpieczonych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Zatem świadczeniodawcy posiadający umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia od 1 maja 2004 roku będą zobowiązani do udzielania świadczeń medycznych osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie rzeczowych świadczeń medycznych.

-) Osoby uprawnione powinny legitymować się poświadczeniem lub dowodem potwierdzającym uprawnienia do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji (jednym z formularzy serii E 100/ Europejską Kartą Ubezpieczenia Zwrotnego).
-) Świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami. Dokumentacja medyczna powinna potwierdzać w przypadku procedury E 111 zasadność udzielonego świadczenia oraz zgodność wykonanych procedur z danymi zawartymi w rozliczeniu.

-) Koszty świadczeń zdrowotnych udzielonych osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji będą rozliczane następująco:
1. Świadczenia udzielone na podstawie formularzy rozliczanych na końcowym druku E 125 rozliczane zostaną jako świadczenia poza maksymalną kwotą określoną w umowie zwartej z NFZ.
 2. Świadczenia udzielone na podstawie formularzy E 109 i E 121 rozliczane będą w ramach maksymalnej kwoty określonej w umowie zawartej z NFZ.

9.1.1. Dokumenty rozliczeniowe.

Podstawą rozliczeń i płatności świadczeń udzielonych ubezpieczonym z państw członkowskich UE i EOG będzie:

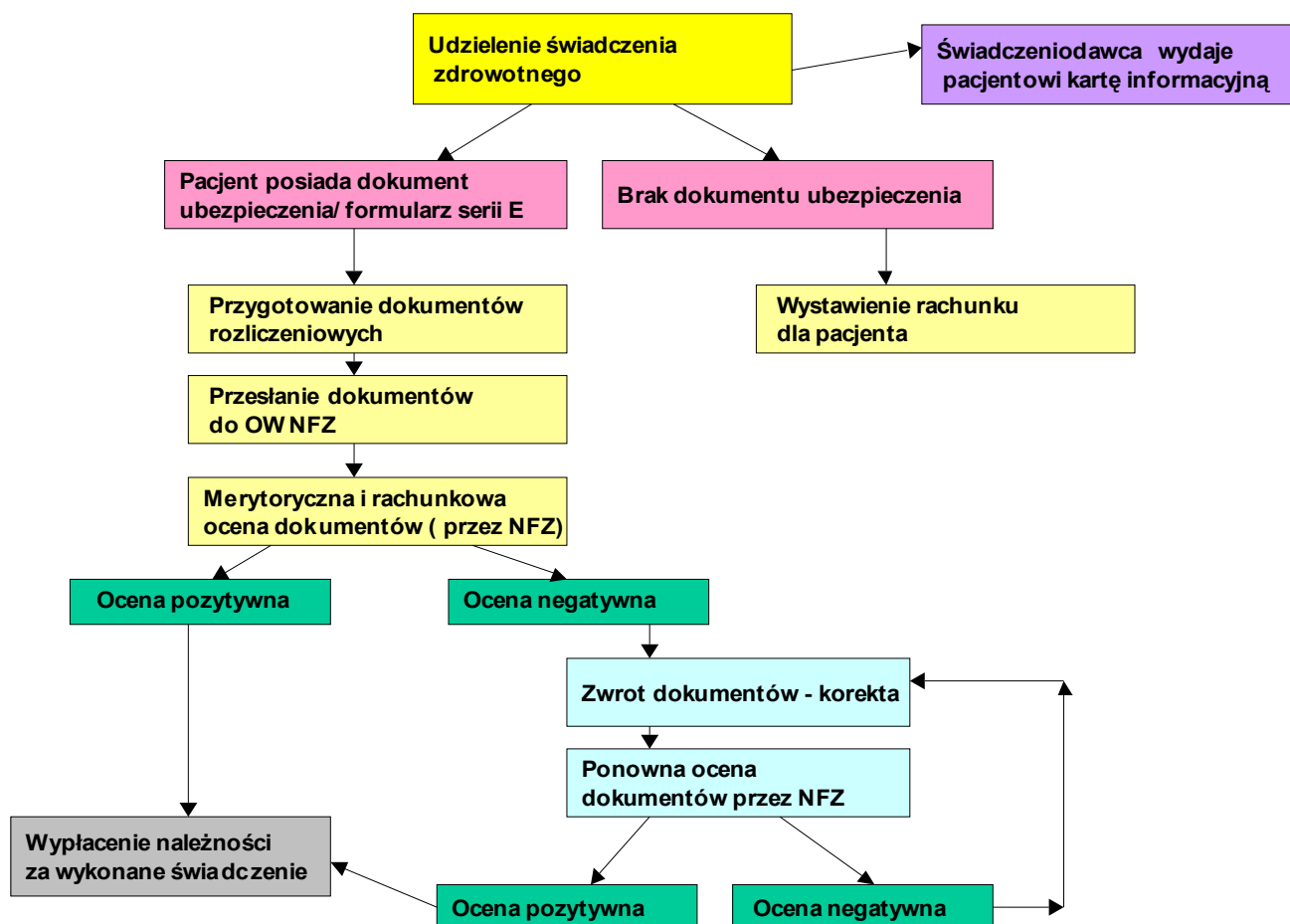
1. **Zestawienie (raport statystyczny z wykonanych świadczeń medycznych)** – zawierający dane określone w odrębnych przepisach. Raport statystyczny Świadczeniodawca przekazuje w formie elektronicznej w formacie wymaganym przez Oddział NFZ, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. **Karta informacyjna o świadczeniach udzielonych osobie uprawnionej do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji**– zgodnie z wzorem stanowiącym załącznik nr 1 do informatora. Świadczeniodawca przekazuje Kartę w formie pisemnej oraz w formie elektronicznej w formacie wymaganym przez Oddział Funduszu. Jeden jej egzemplarz należy także wydać pacjentowi.
3. **Kopia właściwego formularza serii E lub kopia Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego.**
4. **Rachunek** - sporządzany, zgodnie z obowiązującymi przepisami. Rachunek Świadczeniodawca sporządza odrębnie dla każdego uprawnionego i przekazuje w formie pisemnej i elektronicznej w formacie wymaganym przez Oddział NFZ.

Podstawą płatności są prawidłowo sporządzone dokumenty o których mowa w rozdziale 9.1.1.

9.1.2. Terminy płatności.

1. Świadczeniodawca wysyła rozliczenie za wykonane świadczenia w cyklu rozliczeniowym określonym w umowie z NFZ (cykl miesięczny).
2. Właściwy Oddział NFZ dokonuje oceny merytorycznej i rachunkowej kontroli przedstawionych dokumentów. W przypadku nieścisłości Oddział NFZ może wstrzymać płatności. Możliwa jest ewentualna kontrola dokumentacji wykonanych świadczeń lub konieczność uzupełnienia danych, dokonanie korekty przedłożonych dokumentów.
3. W przypadku pozytywnej oceny dokumentów rozliczeniowych Oddział NFZ dokonuje płatności w ustalonym cyklu rozliczeniowym określonym w umowie zawartej z NFZ.

9.1.3. Schemat rozliczeń NFZ ze Świadczeniodawcą.



Źródło: opracowanie własne

9.2. Zasady rozliczeń pomiędzy instytucjami ubezpieczenia krajów Wspólnoty.

1. Właściwy oddział NFZ przygotowuje elektroniczną wersję formularza E 125. Formularz ten służy do przedstawienia instytucji właściwej indywidualnego zestawienia kosztów rzeczywistych za świadczenia udzielone w ramach koordynacji systemu zabezpieczenia społecznego. Formularz odzwierciedla wszystkie świadczenia dokonane na rzecz konkretnej osoby uprawnionej, za które zapłacił Fundusz przez okres 6 miesięcy. Oddział NFZ sporządza zbiorcze zestawienie wystawionych E 125 na poszczególne kraje.
2. W ustalonych odstępach czasu Oddział NFZ sprawozdaje do Centrali NFZ o kosztach świadczeń zdrowotnych zrealizowanych na rzecz osób objętych koordynacją. Oddział NFZ wysyła formularze E 125 nie rzadziej niż raz na pół roku.
3. Centrala NFZ jako Instytucja Łącznikowa kontroluje poprawność wypełnienia formularzy. W przypadku nieścisłości Instytucja Właściwa z Państwa UE i EOG może odmówić zwrotu kosztów i zwrócić formularz do korekty (w takim przypadku wydłuża się procedura zwrotu kosztów).
4. Procedura rozliczeniowa następuje po zakończeniu pół rocznego okresu rozliczeniowego.

5. Instytucja Łącznikowa wystawia fakturę dla każdego z państw członkowskich UE i EOG, z którego pochodzili leczeni i dołącza przygotowane zestawienie E 125.
6. Przesłanie dokumentacji rozliczeniowej do instytucji łącznikowych krajów UE i EOG.

Załącznik:

Załącznik nr 1 - karta informacyjna o świadczeniach udzielonych osobie uprawnionej do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji

Pieczęć świadczeniodawcy

Załącznik nr 1 do informatora

.....

Miejscowość, data

KARTA INFORMACYJNA O ŚWIADCZENIACH UDZIELONYCH OSOBIE UPRAWNIONEJ DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH NA PODSTAWIE PRZEPISÓW O KOORDYNACJI

DANE ŚWIADCZENIODAWCY	
Nazwa	Nr umowy z NFZ
DANE PACJENTA	

Nazwisko		Data urodzenia*			
Imię (imiona)		Płeć**	K		M
Adres zamieszkania (zgodnie z informacją z formularza serii E)					
Identyfikator***					
FORMULARZ SERII E					
Rodzaj formularza			Kolejny nr formularza****		
ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE					
Rodzaj udzielonego świadczenia**			Data udzielonego świadczenia		
) Podstawowa opieka zdrowotna		Data początku*			
) Ambulatoryjna opieka specjalistyczna					
) Leczenie stomatologiczne		Data końca*			
) Leczenie szpitalne					
) Rehabilitacja lecznicza		Tryb przyjęcia**			
) Ratownictwo i transport medyczny		Nagły			
) Świadczenia odrębnie kontraktowane		Planowy			
) Inne (podać jakie)					
Rozpoznanie wg ICD 10 rozszerzone*****			Procedury wg ICD 9		
Badania przedmiotowe					
Badania podmiotowe					
Wykonane badania					
Przebieg choroby (epikryza w leczeniu szpitalnym)					
Zastosowane leczenie					
Zalecenia lekarskie					
Zalecane leki					

Legenda:

- * Dzień, miesiąc, rok
- ** Należy zaznaczyć znakiem "X" przy właściwym polu
- *** Rodzaj, seria i numer dokumentu
- **** Lub numer Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego
- ***** Należy wpisać nazwę i kod

.....
 Podpis i pieczęć lekarza prowadzącego

Uwaga: kartę informacyjną należy wypełnić pismem drukowanym