



SENAT RP

# ZAPIS STENOGRAFICZNY

---

---

---

**Posiedzenie**  
Komisji Zdrowia (78.)  
w dniu 16 września 2014 r.

VIII kadencja

---

Porządek obrad:

1. Rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (druk senacki nr 708, druki sejmowe nr 2293 i 2646).

(Początek posiedzenia o godzinie 11 minut 03)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Rafał Muchacki)

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dzień dobry. Witam państwa serdecznie.

Otwieram posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

Witam przybyłych, pana ministra Sławomira Neumanna, pana prezesa NFZ, Zbigniewa Tetera, i wszystkich współpracowników obu panów. Witam panie senator i panów senatorów. Witam serdecznie panią magister. Panią Joannę też witam.

Szanowni Państwo, otrzymali państwo program. Chodzi o zmianę ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

Bardzo prosimy, Panie Ministrze.

### **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Neumann:**

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Wysoka Komisjo! Panie Senator i Panowie Senatorowie!

Projekt ustawy, zawarty w druku nr 708, o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw ma na celu wdrożenie do polskiego porządku prawnego postanowień dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z 9 marca 2011 r. Głównym założeniem dyrektywy transgranicznej jest zapewnienie realizacji zasady swobody przepływu usług na terytorium Unii Europejskiej w sferze opieki zdrowotnej. Chodzi o stworzenie przejrzystych ram prawnych w zakresie korzystania ze świadczeń zdrowotnych w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej oraz możliwości uzyskania przez każdego pacjenta zwrotu kosztów takich świadczeń od publicznego systemu ubezpieczenia zdrowotnego, któremu podlega dana osoba. Przepisy wdrażające dyrektywę do polskiego porządku prawnego znajdują się przede wszystkim w zniewielizowanej ustawie z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Niezbędne było również wprowadzenie odpowiednich przepisów wdrażających w ustawie z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Po wejściu w życie proponowanej ustawy świadczeniobiorcy, którzy skorzystają z odpłatnych usług zdrowotnych w innym państwie Unii Europejskiej, uzyskają prawo do otrzymania zwrotu kosztów takich świadczeń od NFZ na podstawie rachunku wystawionego przez zagraniczny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych. Zwrot kosztów będzie następować według stawek krajowych obowiązujących w przypadku rozliczeń ze świadczeniodawcami w ramach umów zawartych przez fundusz. Prawo do uzyskania zwrotu kosztów będzie obejmować także koszty leków zakupionych w innym państwie Unii Europejskiej czy wyrobów medycznych na podstawie polskiej recepty wystawionej przez osobę uprawnioną albo recepty wystawionej przez lekarza wykonującego zawód w innym państwie członkowskim, a także leków czy wyrobów medycznych zakupionych w polskich aptekach na podstawie recept wystawionych przez lekarzy z innych państw Unii. Wnioski o zwrot kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej będą kierowane do właściwych dla miejsca zamieszkania oddziałów wojewódzkich funduszu. Od decyzji dyrektora oddziału funduszu w sprawie zwrotu kosztów będzie przysługiwać odwołanie do prezesa funduszu.

W odniesieniu do świadczeń szpitalnych lub świadczeń ambulatoryjnych wymagających zastosowania wysoce specjalistycznej i kosztownej infrastruktury medycznej lub stwarzających szczególne ryzyko dla pacjenta zwrot kosztów będzie uzależniony od uzyskania uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego funduszu na skorzystanie z danego świadczenia opieki zdrowotnej w innym państwie Unii Europejskiej, o ile będzie ono umieszczone w wykazie świadczeń wymagających takiej zgody. Zgody będzie można odmówić w szczególności w przypadku, gdy wnioskowane świadczenie nie będzie objęte koszykiem świadczeń gwarantowanych lub będzie mogło zostać udzielone w Polsce w terminie nieprzekraczającym dopuszczalnego czasu oczekiwania. Od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego funduszu w sprawie uprzedniej zgody będzie przysługiwać odwołanie do prezesa funduszu.

W centrali funduszu zostanie utworzony Krajowy Punkt Kontaktowy do spraw Transgranicznej Opieki Zdrowotnej, którego rolą będzie udzielanie pacjentom z innych państw członkowskich Unii Europejskiej informacji na temat polskich podmiotów leczniczych i obowiązujących w Polsce regulacji w zakresie jakości i bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych oraz praw pacjenta. W ustawie o działalności leczniczej zostaną wprowadzone przepisy zobowiązujące podmioty wykonujące tę działalność do właściwego

udostępniania pacjentom informacji dotyczących takich kwestii jak zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych, wysokość opłat za świadczenia zdrowotne oraz doinformowania pacjentów, na indywidualną prośbę, o stosowanych metodach diagnostycznych lub terapeutycznych oraz jakości i bezpieczeństwie tych metod, o zawartych umowach ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej, a także do wystawiania czytelnych rachunków wyszczególniających zrealizowane procedury diagnostyczne i terapeutyczne.

W ustawie, zgodnie z wymaganiami określonymi w przepisach ustawy o finansach publicznych, określono również maksymalne, nieprzekraczalne limity wydatków na realizację wniosków o zwrot kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej na kolejne lata, to jest od 2014 r. do 2023 r., które co do zasady będą odpowiadać łącznej wysokości rezerwy utworzonej na pokrycie wydatków związanych ze zwrotem kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej oraz rezerwy ogólnej funduszu. Po tym, jak limit wydatków na dany rok zostanie osiągnięty, wypłata kwot należnych w związku z pozytywnym rozpatrzeniem wniosków o zwrot kosztów zostanie zawieszona do końca danego roku.

Projekt ustawy, na podstawie którego uchwalono ustawę z dnia 29 sierpnia 2014 r., był przedmiotem bardzo długiej i wnikliwej pracy Komisji Zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej; najpierw podkomisji, potem komisji. Dzięki tym pracom uwzględniono jeszcze sprawy związane z wyłączeniem stosowania przepisów ustawy w zakresie zwrotu kosztów świadczeń uzyskanych w innych państwach członkowskich, jeśli chodzi o obowiązkowe szczepienia ochronne, także o opiekę długoterminową, jeżeli jej celem jest wspieranie osób potrzebujących pomocy w zakresie wykonywania rutynowych czynności życia codziennego, a także o przydział i dostęp do narządów przeznaczonych do przeszczepów obejmujących czynności, o których mowa w art. 3 ust. 3 ustawy z 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Jest to w pełni zgodne z wdrażaną dyrektywą.

Doprecyzowano także przepisy dotyczące zwrotu kosztów świadczeń w przypadku zakwalifikowania pacjenta do danego programu lekowego. Określono także, że w przypadku, gdy dokumenty, które są podstawą zwrotu kosztów, zostały sporządzone w języku obcym, do wniosku o zwrot kosztów należy dołączyć tłumaczenie tych dokumentów na język polski, które nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego.

Komisja dookreśliła także, że w przypadku, gdy procedura medyczna wykonana na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej mieści się w zakresie świadczeń gwarantowanych, a wśród procedur medycznych wykonywanych w kraju nie ma jej dokładnego odpowiednika, za podstawę zwrotu kosztów przyjmuje się kwotę finansowania procedury medycznej mieszczącej się w zakresie tych świadczeń, najbardziej zbliżonej pod względem medycznym do procedury wykonanej na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii; jest to korzystne dla polskich pacjentów.

Ostatnia zmiana. Wskazano, że oddziały wojewódzkie funduszu udzielają świadczeniobiorcom bezpośrednio lub przy użyciu dostępnych środków komunikacji, w szcze-

gólności telefonicznej lub w formie pisemnej albo przy użyciu poczty elektronicznej, informacji na temat przybliżonej wysokości zwrotu kosztów przysługujących w przypadku uzyskania w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej określonego świadczenia opieki zdrowotnej oraz że informacje te zamieszcza się także na stronach internetowych krajowego punktu kontaktowego i oddziałów wojewódzkich funduszy oraz w Biuletynie Informacji Publicznej funduszu, z tym że informacja na temat wysokości zwrotu kosztów może się ograniczać do informacji o wybranych świadczeniach gwarantowanych – będą to te, których koszt jest najczęściej przedmiotem zwrotu, lub te, o które najczęściej pytają pacjenci.

Panie Przewodniczący, oprócz dyskusji o zmianach, które opracowywała komisja, była jeszcze dyskusja dotycząca kilku innych kwestii, między innymi zwrotu za badania czy za zabiegi dokonane od czasu wejścia w życie dyrektywy, a nie wprowadzenia tej dyrektywy do porządku prawnego w Polsce. Dyskusja, która się odbywała, dotyczyła tego, żeby dać możliwość zapłacenia przez fundusz tym osobom... Myśmy przygotowali tego rodzaju rozwiązanie w formie poprawki. Jeżeli państwo będą łaskawi przyjąć... Rekomendujemy tę zmianę. Dziękuję.

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze.

Jeszcze naprawię pewną niezręczność. Witam pana marszałka Stanisława Karczewskiego. Dzień dobry, Panie Marszałku.

(*Senator Stanisław Karczewski:* Dzień dobry, Panie Przewodniczący.)

Druga sprawa. Czy ktoś z państwa jest lobbystą?

Jeżeli nie... Dziękuję.

Szanowni Państwo, Panie Senator i Panowie Senatorowie, czy chcecie w tej chwili zabrać głos, zadać pytania panu ministrowi?

(*Senator Stanisław Gogacz:* Ja chciałbym zadać.)

Proszę uprzejmie. Pan senator Gogacz.

### **Senator Stanisław Gogacz:**

Panie Ministrze, mam dwa pytania. Pierwsze pytanie dotyczy strony technicznej opłaty za świadczenie zdrowotne uzyskiwane za granicą. To znaczy, pacjent sam opłaca to świadczenie, a później opłata jest zwracana. Proszę powiedzieć, według jakiego przelicznika jest to zwracane. Czy kwota netto, która została zapłacona, też jest zwracana? To pierwsze pytanie.

Drugie pytanie dotyczy skutków finansowych nowelizacji. Z prognoz, symulacji, jakie znajdujemy w załączonych materiałach, wynika, że jeżeli chodzi o Narodowy Fundusz Zdrowia, to będzie to kwota 367 milionów zł; oczywiście z podziałem na poszczególne obszary, w których świadczenia będą realizowane: lecnictwo zamknięte, lecnictwo otwarte itd. Proszę mi powiedzieć, na ile wiarygodne są te właśnie sumy? Jeżeli chodzi o budżet państwa, to też została zrobiona symulacja. To 331 milionów zł czy te 333 miliony zł – nie wiem, ile to będzie – jeżeli chodzi o budżet

państwa... Pytanie: jak będą traktowane osoby posiadające Kartę Polaka? Według ustawy o Karcie Polaka osoby, które posiadają taką kartę, na terytorium Rzeczypospolitej mogą korzystać – po ostatniej nowelizacji – ze świadczeń zdrowotnych tak jak każdy ubezpieczony, niekoniecznie w nagłych wypadkach. Czy osoba posiadająca Kartę Polaka na terytorium innego kraju niż Polska będzie mogła skorzystać z tego prawa? Czy w tym momencie uprawnienia wynikające z Kart Polaka dla świadczeniobiorców, którzy mogą z tego skorzystać, kończą się na granicy Rzeczypospolitej? Dziękuję bardzo.

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dziękuję uprzejmie.  
Proszę, Panie Ministrze.

### **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Neumann:**

Co do zwrotu, to nie ma przeliczników. Po prostu zwracana jest kwota, którą w Polsce Narodowy Fundusz Zdrowia płaci za daną procedurę szpitalowi czy przychodni, czyli nieistotne... Najprościej odnieść się do zaćmy, bo to chyba przypadek najczęściej pokazywany w mediach. W związku z tą ustawą dla funduszu nie jest istotne, czy pacjent zoperuje tę zaćmę w Czechach za 1 tysiąc 500 zł czy w Niemczech za 2 tysiące 500 zł, czy we Francji za 3 tysiące zł. Zwrot w Polsce jest zawsze taki sam, czyli do wysokości kwoty, którą w Polsce płacimy za operację zaćmy. Jeżeli pacjent zapłaci mniej w danym kraju – na przykład w Czechach zapłaciłby mniej niż w Polsce – to oczywiście otrzyma mniejszy zwrot niż w Polsce, ale jeżeli zapłaci tam więcej, to otrzyma tylko i wyłącznie kwotę, która obowiązuje w Polsce; to jest główna zasada. Płacimy tyle, ile płacimy w Polsce, nie płacimy więcej, nawet jeżeli człowiek zapłaci więcej, to już jest jego...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Złożenie wniosku. Na rozpatrzenie tego wniosku jest czas do osiemdziesięciu dni. Zakładamy też, żebyście państwo mieli świadomość... Dlaczego zostały przyjęte limity? Te zmiany będą finansowane z dwóch źródeł z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia, czyli wprost z rezerwy na dyrektywę transgraniczną, chodzi o te 367 milionów zł na rok 2014, a drugim elementem jest rezerwa ogólna, którą ma fundusz. W razie wyczerpania tej pierwszej rezerwy na realizację dyrektywy transgranicznej będziemy sięgać po środki z rezerwy ogólnej; to jest ponad 600 milionów zł. Oczywiście w tym roku nie zostanie to wykorzystane, bo to jest niemożliwe, ale plan na przyszły rok jest podobny. Czy taki będzie, nie wiemy i tego nie wie nikt, bo dyrektywa nie działa. Nie wiemy, jaka będzie chęć wyjazdu Polaków na leczenie się za granicą. Tak naprawdę to, czy turystyka zdrowotna jest duża, czy mała – nie wiemy tego – będzie można ocenić po dwóch latach działania ustawy. Jednak mamy zabezpieczone mniej więcej około 1 miliarda zł, gdyby coś takiego się działo. Takie są skutki finansowe.

Co do Karty Polaka... Dyrektywa dotyczy obywateli Unii Europejskiej. Jeżeli są to obywatele innego kraju, to oni mają prawo do tego, żeby korzystać z opieki w Polsce – myśmy dali taką ulgę z budżetu – natomiast nie mają tego prawa w Europie, więc oni mogą skorzystać z opieki w Polsce, bo za to płaci budżet państwa. Jednak jeśli ktoś nie jest obywatelem Unii Europejskiej, to nie dotyczy go dyrektywa transgraniczna.

*(Senator Stanisław Gogacz: Jeszcze jedno pytanie.)*

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Proszę bardzo, Panie Senatorze...

### **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Neumann:**

Chyba że mieszka na Litwie i ma Kartę Polaka; wtedy dyrektywa go dotyczy, bo jest on obywatelem Unii.

### **Senator Stanisław Gogacz:**

No tak.

Chodzi o formę płatności. Czy to jest tak, że można zastosować takie instrumenty, że na przykład ktoś otrzymuje świadczenie zdrowotne i może zapłacić za nie dopiero wtedy, kiedy otrzyma zwrot pieniędzy z Narodowego Funduszu Zdrowia?

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Czy są różne formy płatności w różnych krajach?

### **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Neumann:**

Jeżeli będzie tak, że szpital czy klinika w Niemczech, w Czechach czy w Szwecji dogada się tak z pacjentem... To zależy od ich relacji, my w tym nie uczestniczymy. Pacjent musi przedstawić rachunek świadczący o tym, że opłacił procedurę medyczną i że ją zrealizowano. To znaczy – oprócz tego rachunku – musi też udowodnić dokumentacją medyczną, że rzeczywiście ten zabieg czy operacja, czy jakaś diagnoza, czy badanie zostały przeprowadzone. Więc dokumentacja medyczna i faktura, rachunek. Fundusz rozpatruje wniosek dopiero wtedy, kiedy to jest. Nie wyobrażam sobie sytuacji, w której rachunek nie był opłacony, bo szpital raczej nie wystawi rachunku, wierząc w to, że klient z innego kraju... szpital nie będzie dochodzić tych środków; to jest raczej mało prawdopodobne, chociaż być może jakieś kliniki przy granicy Polski, na przykład gdzieś blisko Szczecina czy Cieszyna, mogą zrobić takie relacje, ale nie sądzę, żeby to była duża skala.

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze.  
Proszę uprzejmie. Pan senator Kraska.



### Senator Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Panie Ministrze, pierwsze pytanie, które miałem zadać, brzmi tak: dlaczego tak późno? Wiemy, że mamy ponad rok opóźnienia, ale myślę, że odpowiedź sama się nasuwa: każda ustawa, która trafia do Ministerstwa Zdrowia, jest z dużym opóźnieniem... Ale konkretnie odnośnie do tej ustawy, Panie Ministrze, jaka była metodologia liczenia limitu. To jest mniej więcej 1 miliard zł rocznie. Czy państwo przeprowadziliście jakąś symulację, dzięki której wiadomo, że to będzie wystarczająca ilość pieniędzy? Czy może być ich za mało? I co się stanie, jeśli limit zostanie wyczerpany, a będą pacjenci, którzy uzyskali zgodę na dane świadczenia za granicą, i po prostu nie starczy już dla nich pieniędzy z tej puli? Czy oni, czekając na kolejną transzę limitu, będą mogli ubiegać się o odsetki, które w tym czasie – jak mi się wydaje – będą im należne? W jakich przypadkach Narodowy Fundusz Zdrowia może odmówić refundacji zabiegu czy świadczenia medycznego wykonywanego za granicą? Wiem, że są to zabiegi gwarantowane, które w tej chwili należą do świadczeń gwarantowanych, ale czy są jakieś wyjątkowe przypadki, w których fundusz będzie odmawiał?

### Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję, Panie Senatorze.

Proszę uprzejmie, Panie Ministrze.

### Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Neumann:

Odpowiem na pytanie o to, dlaczego tak późno. Nie dlatego, że jakoś przeciągamy prace nad ustawami w ministerstwie. To jest trudna ustawa i to jest dyrektywa, która moim zdaniem – i powtarzam to od samego początku – tworzy pewną ułudę, mówiąc pacjentom w Polsce: za polskie pieniądze możesz być tak samo leczony w Niemczech, Francji czy w Hiszpanii. Nie ma wspólnego systemu ochrony zdrowia w Europie. To nie jest wspólna polityka rolna, w przypadku której w budżecie unijnym są środki na dopłaty. Tutaj wszyscy płacimy z własnej kieszeni. Mówienie, że systemy zdrowotne tych dwudziestu ośmiu krajów są takie same, jest nieprawdą. Każdy system jest inny, każdy ma inną strukturę finansowania: są systemy ubezpieczeniowe, budżetowe, są systemy z prywatnymi ubezpieczeniami, więc nie ma jednolitego systemu ochrony zdrowia. Jednak ktoś w Brukseli uznał, że można zbudować taką protezę, że będziemy udawali, że w całej Europie leczymy się tak samo, co nie jest prawdą. Środki, które Polska przeznacza na ochronę zdrowia, nijak się mają do środków, które przeznaczą Niemcy, Szwedzi, Czesi czy ktokolwiek inny, bo zawsze są to inne systemy; nie mówię, że gorsze czy lepsze, tylko po prostu inne. Więc myśmy starali się tak opracować tę ustawę wdrażającą, żeby środki Narodowego Funduszu Zdrowia kierować jednak na leczenie ludzi w Polsce. Nie chcielibyśmy, żeby Polacy wyjeżdżali, bo każda złotówka wyjeżdża za nimi. Celem polskiego rządu nie jest finan-

sowanie klinik w Czechach czy w Niemczech, dlatego też myśmy bardzo długo nad tym dyskutowali i starali się znaleźć takie rozwiązania, które by jednak były odpowiedzią na problem ochrony zdrowia w Polsce, a nie finansowały kliniki czeskie, niemieckie, szwedzkie czy jakiegokolwiek inne. To tyle, jeśli chodzi o termin.

Metodologia liczenia. Przyjęliśmy pewne założenia; oczywiście to jest model teoretyczny. To, czy on się sprawdzi czy nie, będziemy wiedzieli po dwóch latach działania ustawy, szybciej chyba nie, bo ocena musi być po jakimś czasie. Polegało to na tym, że wzięliśmy pod uwagę to, ile osób korzystało z koordynacji, z dzisiejszych możliwości leczenia za granicą w nagłych przypadkach, a także możliwości dotyczące mobilności populacji, szczególnie na terenach przygranicznych, ile osób może skorzystać... Chodziło też o kolejki, które są w Polsce, i o chęć przyspieszenia... Przyjęto – oczywiście jest to model teoretyczny – że będzie około miliona wyjazdów na: diagnostykę, operacje, proste zabiegi. Tak przyjęliśmy na potrzeby wyceny, oczywiście po cenach rynkowych, tych które płacimy w Polsce. Nie jesteśmy w stanie dzisiaj przewidzieć tego, czy ten 1 miliard zł to będzie dużo czy mało. Naszym zdaniem to wystarczy, jednak jeżeli będzie więcej i pieniądze rzeczywiście się skończą, to zadziała przewidziany mechanizm polegający na tym, że natychmiast zostanie to zapłacone w przyszłym roku budżetowym; wtedy mamy miesiąc, czyli do końca stycznia musi to zostać wypłacone z nowego budżetu. Wtedy będziemy wiedzieli, jaka jest skala. Jeżeli w tym roku będzie tak, że limit się skończy i nie będzie pieniędzy, to pacjent poczeka najpóźniej do końca stycznia przyszłego roku, żeby zapłacić... Jest wentyl bezpieczeństwa. Przyjęliśmy – jak mówiłem – że jest milion wyjazdów. Myślę, że to dużo. Ale to są oczywiście wyjazdy na prostą diagnostykę, na leczenie tej słynnej żączy czy na inne zabiegi.

Pamiętajmy też, że koordynacja zostaje. To nie jest tak, że te nagle przypadki zostają wpisane w dyrektywę transgraniczną, to pozostaje niezależne, jest płacone cały czas.

### Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję uprzejmie, Panie Ministrze.

(*Senator Stanisław Gogacz: Jeszcze ja...*)

Proszę, pan senator Gogacz.

### Senator Stanisław Gogacz:

Mam pytanie, ale powracając do odpowiedzi, której udzielił pan minister, chciałbym powiedzieć, że jeżeli chodzi o skutki finansowe świadczeń zdrowotnych udzielanych poza granicami Polski, to jednak w tych właśnie prognozach został odnotowany wzrost. Niezależnie od zastosowanego modelu został założony wzrost skutków finansowych, wzrost aktywności pacjentów itd. Tak że mam nadzieję, że nie będzie potrzeby, żeby następował wzrost, że my w Polsce będziemy mogli sobie poradzić z udzielaniem tych świadczeń.

Moje drugie pytanie, główne... to znaczy, chodzi mi o pkt 10 w art. 42d, który mówi o obowiązku tłumaczenia. Jest tu wpisany obowiązek tłumaczenia dokumentacji do-

tyczącej świadczeń zdrowotnych za granicą. To, co mnie zastanawia, to informacja o tym, że nie musi to być tłumaczenie notarialne. Nie chodzi mi o to, żeby obciążać pacjentów kosztem tłumaczenia. Moje pytanie jest następujące: skoro nie notarialne, to jakie po prostu? Jak zdefiniować tłumaczenie, którego obowiązek dostarczenia znajdujemy w tym punkcie?

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Proszę uprzejmie, Panie Ministrze.

### **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Neumann:**

Zakładamy wzrost w przypadku finansowania, bo pamiętamy – nawet niedawno to było – taką akcją promocyjną: wyjeżdżajcie, leczcie się za granicą. Przecież takie głosy też słyszeliśmy w mediach i możemy się spodziewać, że na początku będzie taka akcja. Ale pamiętajmy też o tym, że jeżeli środki na realizację dyrektywy transgranicznej nie zostaną wydane, to one zostaną przeznaczone na leczenie w Polsce. One nie zostaną wydane na żadne samochody, komputery, etaty, tylko na leczenie w Polsce, więc one nie znikną. Nawet jeżeli w planie są dzisiaj zapisane jako rezerwa na realizację dyrektywy transgranicznej, to jeżeli się okaże, że nie są potrzebne, to na pewno będziemy je przekazywać na leczenie w Polsce; tu nie ma żadnego ryzyka.

Co do tłumaczenia, to myśmy długo o tym dyskutowali na posiedzeniu Komisji Zdrowia. W pierwotnym dokumencie wysłanym przez rząd była mowa o tłumaczeniu przez tłumacza przysięgłego jako dokumencie, ale uznaliśmy, że to jest zbyt obciążające dla pacjenta. Uznaliśmy, że jeśli pacjent potrafi sobie przetłumaczyć – to może być jakikolwiek język Unii Europejskiej, a jest ich sporo – czy ma kogoś, kto nie jest tłumaczem przysięgłym, ale mu to przetłumaczy, a fundusz przyjmie tę dokumentację, to to wystarczy. Trudno to opisać prawnie, nie chcielibyśmy obciążać pacjentów niepotrzebnymi kosztami. Oczywiście fundusz, weryfikując dokumenty, może powiedzieć, że to tłumaczenie zostało wzięte z Google'a i jest kompletnie o czym innym, więc będzie prośba, żeby jednak przetłumaczył to ktoś, kto zna język, w którym jest dokumentacja. Zmiana wprowadzona przez Sejm była celowa; chodziło o to, żeby nie było to opisywane tak, jak zakładano na początku, czyli przez tłumacza przysięgłego, bo to absolutnie są koszty. Zakładamy, że przy tym rachunku będą składane średnio trzy, cztery dokumenty, ale to zawsze są koszty niepotrzebnie poniesione przez pacjenta.

Była też – powiem, żeby być uczciwym – dyskusja o tym, czy to fundusz nie mógłby po prostu sam tłumaczyć dokumentacji i ponosić kosztów tłumaczenia, tylko myśmy policzyli, tak skromnie, że koszty tłumaczeń być może byłyby wyższe niż środki wydawane na realizację dyrektywy. Bo jeżeli to byłoby od trzech do pięciu dokumentów, które musiałyby być tłumaczone przez tłumacza przysięgłego, to koszty tłumaczeń byłyby po prostu olbrzymie. W przypadku miliona wizyt i – założmy – trzech, czterech milionów

dokumentów do przetłumaczenia po kilkanaście złotych za stronę to byłyby kwoty, które by znacznie przekraczały kwoty, które wydajemy na leczenie, więc to jest absurdalne. Nikt w Europie – żeby też była jasność – nie zastosował tego modelu. Zawsze jest tak, we wszystkich krajach, które wdrażały dyrektywę, że to pacjent przynosi przetłumaczone dokumenty. Ale nie chcieliśmy obciążać pacjentów, daliśmy tę wolność... Jeżeli dokument będzie źle albo niejasno przetłumaczony, to fundusz po prostu wezwie pacjenta, żeby pacjent przetłumaczył go jeszcze raz.

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze.

Nie ma pytań. Dziękuję.

Może poproszę panią magister o wypowiedź. Proszę uprzejmie.

### **Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:**

Dziękuję bardzo.

Przede wszystkim w przypadku tej ustawy chodzi o kwestię stanu prawnego, ponieważ od dnia przyjęcia ustawy, od 29 sierpnia, zaczęły wchodzić w życie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przyjęte w różnym czasie. Należałoby odnieść się do tego, co jest w ustawie, którą w tej chwili omawiamy; chodzi o art. 13a. On w dzisiejszym brzmieniu jest określony – to jest brzmienie z 30 sierpnia – ale ta ustawa wprowadza również pewną zmianę. A w dniu 1 stycznia 2015 r. będzie kolejna zmiana. Chodziłoby o to, żeby wszystko razem ze sobą powiązać, tak żeby 1 stycznia po prostu nie zniknęły nagle brzmienia, które zostały przyjęte wcześniej. Żeby intencja ustawodawcy została zachowana, należy wprowadzić zmianę ustawy z 22 lipca, czyli tej przyjętej ostatnio w szerokim pakiecie, tak zwanym kolejkowym; tej zmiany nie było, ale jest ona niezbędna.

Następna zmiana... to znaczy taka uwaga legislacyjna dotyczy art. 1 pktu 4 w zakresie art. 42e ust. 2. Chodzi o legislacyjne jednoznaczne wskazanie, że ten wykaz po prostu zawiera... To jest wprost, mocno, kategorycznie, jednoznacznie powiedziane, zgodnie z zasadami. W art. 42e ust. 2 – na samym początku, we wprowadzeniu do wyliczenia – wyrazy „może zawierać wyłącznie” po prostu zastępuje się wyrazem „zawiera”.

No i teraz właściwie kwestie...

Aha, jest jeszcze jedna kwestia legislacyjna. W art. 188 ust. 2a jest pewien lapsus legislacyjny, ponieważ w art. 188 jest już ust. 2a i on nie zostaje uchylony. W tym momencie można się zastanawiać, czy chodzi o dorozumiane uchylene, czy też o ten sam artykuł, tylko o kolejny ustęp, czyli ust. 2b. Ale z tego, co już wiem, wynika, że chodzi o to, żeby to był kolejny ustęp, ust. 2b, więc korekta, bo inaczej, po pierwsze, po prostu będzie to niezgodne z zasadami, a po drugie, będzie pytanie... Nie mogą funkcjonować dwa ustępy 2a.

Jeśli chodzi o dwie pozostałe uwagi, to chciałabym tylko poruszyć pewną kwestię, żeby ona nie pozostała niezauważona w dyskusji. Jest pewna wątpliwość co do

odsetek, które... Chodzi o takie nie bardzo symetryczne uregulowanie w sytuacji, kiedy trzeba zwrócić nienależnie otrzymany zwrot kosztów; to jest obowiązek wpłaty odsetek po stronie świadczeniobiorcy... A w przypadku wypłat zawieszonych i dokonywania ich w pierwszym miesiącu następnego roku w ustawie jest powiedziane wprost, że odsetki nie przysługują. Czy to...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

To znaczy, gdyby po prostu można prosić o jakiś komentarz, bo to może budzić wątpliwości...

Druga kwestia. Wydaje mi się, że pan minister już o tym mówił, z tym że chciałabym wspomnieć o tym, że w momencie, w którym ta dyrektywa powinna była zostać wdrożona, zaistniały już pewne stany faktyczne. Czy dla równego, jednolitego traktowania podmiotów nie należałoby przynajmniej rozważyć takiej kwestii, żeby nie tylko od dnia wejścia w życie, ale od dnia przyjętego jako ostateczny dzień wdrażania dyrektywy... Należałoby po prostu dać możliwość prawa zwrotu kosztów tym osobom, które ubiegały się o to czy chciałyby się ubiegać, gdyż poniosły koszty świadczenia. Dziękuję bardzo.

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dziękuję uprzejmie, Pani Magister.

Panie Ministrze, bardzo proszę o ustosunkowanie się do tych propozycji.

### **Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Neumann:**

Tak jest.

Myślę, że jeśli chodzi o większość tych obaw, to mamy przygotowane poprawki, które konsumują to, co pani powiedziała. Warto wspomnieć o odsetkach, bo to są jak gdyby dwie sprawy.

Myśmy długo o tym dyskutowali w Sejmie i wcześniej w rządzie. Odsetki płacimy wtedy, kiedy jest nieterminowa zapłata, to znaczy wtedy, kiedy mija sto osiemdziesiąt dni, w ciągu których ustawowo fundusz ma się zmieścić, a pacjentowi nie zostały wypłacone środki; wtedy należą mu się odsetki. Skoro w ustawie jest zapisane, że limit kończy się w tym roku i będzie płacone do końca stycznia przyszłego roku, to odsetki należą się wtedy, kiedy termin od końca stycznia zostanie przesunięty, czyli będzie płacone w lutym czy w marcu; wtedy należą się odsetki, bo to są odsetki za nieterminowe wypłaty. Tak naprawdę dyrektywa pozwala w ogóle nie płacić, jeżeli limit się wyczerpie. Myśmy poszli dalej, mówimy: zostanie zapłacone, limit się wyczerpał, ale dostaniesz zwrot w styczniu. Czyli w tym przypadku nie ma odsetek. Przyjęliśmy, że odsetki – i to jest dość proste, chyba dość czytelne – są za nieterminowe wypłaty. Skoro ustawa określa termin, to jest płacone w terminie. My nie chcemy płacić odsetek, tylko chcemy płacić za rzeczywiście zrealizowane świadczenie. Jeżeli ktoś zdecydował się pojechać za granicę i zrobi to świadczenie, to my za to zapłacimy, ale tylko tyle, ile zapłacił, chyba że rzeczywiście fundusz nie dotrzyma terminów i wtedy płaci

normalne odsetki za zwłokę. Ale jeżeli nie ma zwłoki, czyli pieniądze są wypłacane w terminach ustawowych, to nie płacimy odsetek. Myśmy o tym dyskutowali. Ta argumentacja została przyjęta w Sejmie, ona nie budzi wątpliwości prawnych, jednak można się spierać o to, kiedy i ile płacić. No, zawsze można płacić więcej. Możemy nawet przyjąć, że będziemy płacić tyle, ile ta procedura kosztuje w innych krajach, tylko że po prostu najzwyczajniej w świecie nas na to nie stać.

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dobrze, dziękuję bardzo.

Panie Ministrze, jeżeli chodzi o poprawki, które pani...

*(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Neumann: Poproszę panią dyrektor, będzie prościej.)*

Tak.

Bardzo proszę, Pani Dyrektor.

*(Zastępca Dyrektora Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia Alina Budziszewska-Makulska: Dziękuję bardzo. Jest sześć poprawek...)*

*One moment, mnie chodzi o poprawki, które zostały zgłoszone przez naszą panią legislator. To były trzy poprawki. Czy one są do zaakceptowania przez państwa?*

### **Zastępca Dyrektora Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia Alina Budziszewska-Makulska:**

To znaczy, tę pierwszą poprawkę mamy w swojej – że tak powiem – poprawce piątej, bardziej rozszerzonej. Poprawka pani legislator zawiera się w naszej poprawce piątej, w której dodatkowo utrzymaliśmy w mocy rozporządzenie Ministra Zdrowia dotyczące sposobu i trybu finansowania świadczeń z budżetu państwa. Prosilibyśmy właśnie o utrzymanie tego rozporządzenia z uwagi na to, że upoważnienie tak naprawdę zmienia trzy ustawy i chcielibyśmy móc wydać jedno na dzień 1 stycznia 2015 r., a nie wydawać trzy razy... Tak że tylko rozbudowujemy.

*(Przewodniczący Rafał Muchacki: Aha, czyli te poprawki są do zaakceptowania przez państwa, dobrze.)*

*(Głos z sali: Tak.)*

*(Przewodniczący Rafał Muchacki: Dziękuję.)*

Poprawka druga – tak.

Poprawka trzecia. Chodzi oczywiście o ust. 2b...

I poprawka... To znaczy, jeśli chodzi o sugestię dotyczącą poprawki piątej, czyli o kwestię zwrotu kosztów od dnia wejścia w życie dyrektywy, to w zestawie ministerialnym też jest przygotowana poprawka.

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dobrze, w tych sześciu...

Dziękuję bardzo.

Proszę bardzo, Pani Mecenas.



### **Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:**

Przepraszam, rozumiem, że ta pierwsza poprawka powinna być rozszerzona o zmianę art. 25. Tak?

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Ta nasza pierwsza, dotycząca art. 3a.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

### **Zastępca Dyrektora Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia Alina Budziszewska-Makulska:**

Jeśli chodzi o pierwszą poprawkę Biura Legislacyjnego, dotyczącą zmian w ustawie z 22 lipca, czyli w tak zwanej ustawie kolejkowej, to proponowałibyśmy przyjąć to nasze brzmienie, które jest w poprawce piątej, dlatego że dodatkowo utrzymujemy jeszcze w mocy właśnie art. 25, a potem zmianę w art. 6 projektowanej ustawy.

### **Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:**

Przepraszam bardzo, bo może teraz akurat jest taki moment... Na pewno zmiana dotycząca art. 25... Wydaje mi się jednak, że nie trzeba tak rozbudowywać art. 13a, tylko zachować to, co będzie niezbędne. Tutaj nie ma żadnej zmiany merytorycznej. Wydaje mi się, że na pewno art. 6, dodanie...

### **Zastępca Dyrektora Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia Alina Budziszewska-Makulska:**

Pani Legislator – jeśli można – w obecnym brzmieniu proponowanym w art. 13a nie ma odwołania do art. 15 ust. 2 pktu 12. To odwołanie w art. 13a w pktcie 2 do art. 15 ust. 2 pktu 12 pojawi się dopiero 1 stycznia 2015 r. W związku z tym naszym zdaniem rozbudowanie tego przepisu jest konieczne...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Tak. Dlatego że ustalenia dotyczące transgranicznej opieki zdrowotnej na pewno wejdą w życie przed końcem roku, a 1 stycznia 2015 r. wejdzie ustawa kolejkowa, już ze zmienionym brzmieniem art. 13a. Wydaje nam się, że to powtórzenie jest po prostu konieczne, żeby po pierwsze, utrzymać w mocy rozporządzenie, a po drugie, żeby treść upoważnienia była właściwa.

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dobrze.

Pani Magister, proszę.

### **Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:**

Przepraszam bardzo, nie chcę polemizować ze stanem prawnym, tylko moim zdaniem mówimy o kwestiach bardziej technicznych. Bo ja oczywiście właśnie dlatego, że 1 stycznia 2015 r. wchodzi zmiana, która zawiera w art. 13a art. 15 ust. 2 pkt 12... Wydaje mi się, że mówimy właśnie o tym samym. Dodajemy nowy artykuł zmieniający ustawę z 22 lipca, w którym podajemy brzmienie art. 13a pktów 1 i 2, który właśnie temu zaradzi. W tej chwili w ustawie, którą Sejm przyjął 29 sierpnia, w art. 13a pktcie 2 jest wymieniony art. 12 pkt 2–6 i 9–11, art. 12a i art. 42j. Teraz usuwamy art. 26, który znika z ustawy, a 1 stycznia należy jeszcze uwzględnić art. 15 ust. 2 pkt 12, ale również art. 42j wprowadzany ustawą z 29 sierpnia. Wydaje mi się, że to jest to samo, tylko może nieco krócej, jeśli chodzi o technikę legislacyjną, jednak nie nie ginie. W naszym przekonaniu osiągamy ten sam skutek. Tylko w ustawie z 22 lipca trzeba jeszcze uwzględnić to, o czym pani mówiła, zmianę art. 25, która właśnie wiąże się z art. 13a, i dodanie art. 6... Tylko jeszcze o tym nie mówiliśmy, bo to są poprawki, które będą przedstawiane...

Wydaje mi się, że jest między nami zgoda. Mam nadzieję, że tak. Dziękuję bardzo.

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Proszę państwa, może zrobimy tak – usystematyzujmy to – że omówimy poprawki, które państwo macie, od jedynki, i po kolei będziemy je teraz przyjmować. Przy poprawce piątej rozstrzygniemy już do końca tę sprawę, jako że – jak widzę – jest konsensus między państwem.

Proszę uprzejmie o pierwszą poprawkę.

### **Zastępca Dyrektora Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia Alina Budziszewska-Makulska:**

Poprawka pierwsza to poprawka wynikająca z konieczności uwzględnienia stanowiska Ministerstwa Spraw Zagranicznych wobec projektu ustawy zgłoszonego jeszcze w trakcie drugiego czytania. Zwrot kosztów jest możliwy również wtedy, kiedy ktoś w Polsce został zakwalifikowany do określonego programu lekowego. Chodzi nam o wyraźne zaznaczenie, że zwrot kosztów następuje do momentu, w którym nie zaistniały kryteria wyłączenia z danego programu; ta poprawka doprecyzowuje to w tym zakresie. W przypadku przyjęcia tej poprawki trzeba będzie zmienić odesłanie we wskazanych w poprawce przepisach.

### **Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dziękuję bardzo.

Czy pani magister ma jakieś uwagi do tego?

*(Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: Nie, dziękuję.)*

Nie ma uwag. Dziękuję.

Czy ktoś z państwa senatorów ma uwagi? Nie. Dziękuję.

Czy od razu to przegłosujemy?

*(Głos z sali: Tak.)*

Kto jest za przyjęciem tej pierwszej poprawki? (7)  
 Nie ma głosów sprzeciwu, nikt się nie wstrzymał.  
 Poprawka została przyjęta jednogłośnie. Dziękuję.  
 Proszę o poprawkę drugą.

**Zastępca Dyrektora  
 Departamentu Prawnego  
 w Ministerstwie Zdrowia  
 Alina Budziszewska-Makulska:**

Poprawka druga również wynika z tej samej opinii Ministerstwa Spraw Zagranicznych. W ust. 8 i 9 w art. 42d usunięto wyrazy „poświadczoną za zgodność z oryginałem”. Zdaniem MSZ byłyby pewne przeszkody natury praktycznej, żeby to poświadczyć, byłyby to już zbyt pracochłonne – powiedzmy – dla pacjenta, dlatego nie należy tego ograniczać i można dostarczać po prostu kopię dokumentacji medycznej, nie musi być ona poświadczona za zgodność z oryginałem. Krótko mówiąc, może to być każda kopia.

**Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dobrze, dziękuję bardzo.  
 Pani Magister, czy pani magister ma jakieś uwagi do tej poprawki?

**Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym  
 w Kancelarii Senatu Bożena Langner:**

Z naszego punktu widzenia, jeśli chodzi o praktykę pisania poprawek... Po prostu chciałabym zwrócić uwagę na to, że ona będzie napisana tak, że wykreśla się te słowa w istocie, aby było wiadomo, że chodzi o...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Że eliminuje wyrazy „poświadczoną za zgodność z oryginałem”, czyli to, co jest sednem poprawki.

**Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dobrze, dziękuję bardzo.  
 Kto z państwa senatorów jest za przyjęciem tej poprawki? (7)  
 Jednogłośnie za. Dziękuję.  
 Proszę trzecią poprawkę...

**Zastępca Dyrektora  
 Departamentu Prawnego  
 w Ministerstwie Zdrowia  
 Alina Budziszewska-Makulska:**

Kolejne poprawki, to znaczy poprawki trzecia i czwarta, wynikają z tego, że... Komisja Europejska już się niejako interesuje postępowaniem prac legislacyjnych w sprawie wdrożenia dyrektywy. Komisja otrzymała projekt, który był procedowany w Sejmie, i na podstawie tegoż projektu w swojej uzasadnionej opinii wskazała, że jest on zgodny... Jednak należałoby jeszcze dodatkowo go uzupełnić o proponowany tutaj ust. 10a. Chodzi o udzielanie informacji pacjentom polskim i zagranicznym przez KPK i oddziały

wojewódzkie funduszu, o to, żeby w tej informacji było wyraźnie rozróżnione, które uprawnienia wynikają z dyrektywy transgranicznej, a które z przepisów o koordynacji. Tego dotyczy poprawka trzecia.

**Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dobrze, dziękuję bardzo.  
 Pani Magister, czy ma pani uwagi? Nie ma uwag.  
 Proszę bardzo, głosujemy.  
 Kto jest za przyjęciem poprawki trzeciej? (7)  
 Jednogłośnie za. Dziękuję.  
 Proszę uprzejmie o poprawkę czwartą.

**Zastępca Dyrektora  
 Departamentu Prawnego  
 w Ministerstwie Zdrowia  
 Alina Budziszewska-Makulska:**

Ona również wynika z uzasadnionej opinii Komisji Europejskiej. Komisja uznała, że aby właściwie wdrożyć dyrektywę, należy również rozszerzyć regulację o wdrożenie art. 10 ust. 4 dyrektywy transgranicznej, który dotyczy tego, że należy przedstawiać pacjentowi informacje o prawie wykonywania zawodów – tak jak to jest napisane w dyrektywie – pracowników służby zdrowia na wniosek organów innych państw Unii Europejskiej. W tej chwili jest informacja na wniosek samego pacjenta, a chodzi o to, żeby jeszcze dodatkowo informować właściwe organy. W Polsce działa już system wymiany informacji na rynku wewnętrznym IMI, dlatego należy właśnie korzystać z tego systemu. Konieczne jest wprowadzenie zmian w ustawach zawodowych, to znaczy w ustawie o izbach aptekarskich, diagnostyce laboratoryjnej, izbach lekarskich i w ustawie o zawodzie pielęgniarki i położnej. Te samorzady obecnie korzystają już z systemu wymiany informacji, jeżeli chcą się dowiedzieć czegoś na przykład o osobie, która ma wykonywać okazjonalnie zawód na terytorium RP, a jest pielęgniarką z innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej. Samorzady już korzystają z tego systemu, jednak chodzi o to, żeby ten system wykorzystywać też do przekazywania informacji w ramach uprawnień transgranicznych. Dziękuję.

**Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dziękuję bardzo.  
 Jedno krótkie pytanie: czy to nie przekracza materii ustawy?  
*(Głos z sali: Nie. Alina, czy nie przekracza...)*

**Zastępca Dyrektora  
 Departamentu Prawnego  
 w Ministerstwie Zdrowia  
 Alina Budziszewska-Makulska:**

Naszym celem jest wdrożenie dyrektywy. Skoro Komisja Europejska uznała, że nie mamy w tym zakresie wystarczającej regulacji, to naszym zdaniem nie, bo właściwie tylko do tego ogranicza się nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

**Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Czyli państwa zdaniem to nie wykracza...  
Proszę uprzejmie, Pani Magister.

**Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:**

Ta kwestia powinna zostać poruszona w rozważaniach nad tą ustawą, ponieważ pod względem formalnym ustawa będzie po prostu obejmowała więcej ustaw. Bardzo formalnie rzecz biorąc, można się nad tym zastanawiać. Chciałabym tylko zapytać – i jeszcze uzyskać potwierdzenie... Rozumiem, że te zmiany są niezbędne dla wdrożenia dyrektywy. Jeżeli patrzymy na to w ten sposób – w moim przekonaniu tak jest, ale gdyby pan minister zechciał jednak też... – to w takim razie trzeba uznać, że to się mieści w zakresie uregulowania.

**Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dziękuję.

**Sekretarz Stanu  
w Ministerstwie Zdrowia  
Sławomir Neumann:**

Tak jest. Komisja nam to wręcz wytyka, a więc to absolutnie ma na celu wdrożenie dyrektywy w całości.

**Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dobrze, dziękuję bardzo, Panie Ministrze.  
Proszę uprzejmie, kto jest za przyjęciem poprawki czwartej? (7)  
Jednogłośnie za. Dziękuję.  
Poprawka piąta. Proszę uprzejmie.

**Zastępca Dyrektora  
Departamentu Prawnego  
w Ministerstwie Zdrowia  
Alina Budziszewska-Makulska:**

Poprawka piąta to poprawka, o której mówiła pani mecenas. Naszym zdaniem konieczne jest nie tylko dokonanie zmian w ustawie kolejkowej, czyli w ustawie z 22 lipca 2014 r., ale również w ustawie transgranicznej, dokładnie w art. 1 w pkt 1, gdzie zmienia się art. 13a pkt 2; tam jest co prawda odesłanie do tych samych punktów w części, ale nie ma odesłania do pktu 1, w przypadku którego jest kwestia odesłania do art. 2 ust. 1 pktów 2–4. Ta zmiana wynika z ustawy o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium RP; to jedna z trzech ustaw zmienianych przez to upoważnienie. Naszym zdaniem – zresztą konsultowaliśmy te zmiany z RCL – taki zestaw zmian jest konieczny do tego, by utrzymać w mocy rozporządzenie i by upoważnienie oddawało tę treść, która powinna być uregulowana rozporządzeniem z art. 13a. Dziękuję.

**Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dziękuję bardzo.  
(*Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: Czy...*)

Już, Pani Mecenas. Czy to konsumuje to, co pani napisała w przypadku tej pierwszej poprawki? Proszę może jeszcze się ustosunkować.

**Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:**

Przepraszam najmocniej, ale po prostu w moim przekonaniu nie ma potrzeby, żeby troszczyć się o pkt 1, bo on już jest w systemie od 30 sierpnia. W związku z tym, przyjmując w tej chwili w art. 1 pkt 1, dotyczący tylko pktu 2 w art. 13a, tylko tam wprowadzamy zmianę. Nie musimy się odnosić do pktu 1, bo po prostu on już jest w takim brzmieniu, z odniesieniem do pktu 4.

**Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dziękuję bardzo, Pani Magister.  
Czy państwo chcieliby jeszcze zabrać głos?

**Zastępca Dyrektora  
Departamentu Prawnego  
w Ministerstwie Zdrowia  
Alina Budziszewska-Makulska:**

Naszym zdaniem jest to konieczne, dlatego że ustawa o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium RP zmieniła właśnie art. 13a pkt 1 i utrzymała w mocy rozporządzenie wydawane na podstawie tego przepisu do marca przyszłego roku. W momencie, kiedy wejdzie zmienione upoważnienie w zakresie pktu 2 – a należy przypuszczać, że wejdzie jeszcze w tym roku – to zgodnie z wykładnią Rządowego Centrum Legislacji zmieni się treść upoważnienia. W związku z tym utrzymanie w mocy tego rozporządzenia do marca 2015 r. padnie nam, krótko mówiąc. Będziemy musieli wydawać co najmniej dwukrotnie... Nie osiągniemy celu, o który nam chodzi, czyli tego, żeby raz wydać rozporządzenie Ministra Zdrowia z art. 13a, a nie wydawać go w sumie – jeżeli w ogóle by nie było tych zmian – trzykrotnie.

**Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dobrze, dziękuję uprzejmie.  
Rozumiem, że to konsumuje propozycję naszej pani magister. Wobec tego proponuję przegłosować poprawkę piątą.  
Kto jest za przyjęciem poprawki piątej? (7)  
Jednogłośnie przyjęta. Dziękuję bardzo.  
Poprawka szósta. Proszę bardzo.

**Zastępca Dyrektora  
Departamentu Prawnego  
w Ministerstwie Zdrowia  
Alina Budziszewska-Makulska:**

Poprawka szósta wynika z tego, że przepisy dyrektywy powinny zostać wdrożone do 25 października, w związku z czym poprawka daje możliwość zwrotu kosztów tym pacjentom, którzy pojechali na leczenie na terenie Unii Europejskiej, zapłacili za nie i złożą odpowiednie dokumenty oraz wnioski już zgodnie z nowymi przepisami po wejściu w życie ustawy. Dziękuję.

**Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dziękuję uprzejmie.

Pani Magister, czy ma pani uwagi do tej poprawki?

*(Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: Nie mam.)*

Dziękuję bardzo.

Głosujemy.

Kto z państwa senatorów jest za przyjęciem poprawki szóstej? (7)

Poprawka została przyjęta jednogłośnie. Dziękuję.

Teraz chciałbym, żebyśmy przegłosowali jako poprawkę siódmą – tak, Pani Magister – poprawki, które pani zaproponowała.

*(Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner: Drugą i trzecią.)*

Tak, druga... To byłaby siódma poprawka w kolejności, czyli druga, którą proponuje... „Może zawierać wyłącznie” zmieniamy na „zawiera”, to jest poprawka siódma.

Kto z państwa senatorów jest za przyjęciem tej poprawki? (7)

Poprawka została przyjęta jednogłośnie.

Poprawka ósma. Chodzi o wprowadzenie pktu 2b.

*(Głos z sali: Tak.)*

Ministerstwo jest za, dobrze.

Kto z państwa senatorów jest za przyjęciem tej poprawki? (7)

Poprawka została przyjęta jednogłośnie.

To chyba wszystko.

**Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym  
w Kancelarii Senatu Bożena Langner:**

Przepraszam, chciałabym tylko powiedzieć, że liczba tych poprawek może być inna. Kwestia zapisu i dodawane artykuły mogą sprawić, że będzie inaczej, więc gdybyście

państwo po prostu zauważyli, że jest więcej poprawek, to będzie to taka tylko i wyłącznie konieczność legislacyjna. Mogą być inne oznaczenia dodawanych artykułów. To nie musi być tak jak...

**Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Rozumiem, Pani Magister. Na potrzeby prac komisji myśmy to... Oczywiście będziemy prosili, żeby pani magister opracowała to pod względem prawnym.

Możemy przejść do przegłosowania ustawy w całości z przyjętymi poprawkami.

Kto z państwa senatorów jest za przyjęciem ustawy w całości z poprawkami? (7)

Ustawa z poprawkami została przyjęta jednogłośnie. Dziękuję.

Szanowni Państwo, sprawozdawca. Kto z państwa...

Pani senator Hatka?

Bardzo dziękuję, Pani Senator.

Czy są inne propozycje?

Skoro nie ma, to pani senator będzie sprawozdawcą.

Dziękuję panu ministrowi i współpracownikom, dziękuję panu prezesowi i współpracownikom, paniom senator i panom senatorom również oraz wszystkim państwu.

Zamykam posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Proszę bardzo, Panie Marszałku.

**Senator Stanisław Karczewski:**

Ja tylko bym chciał, jeśli można – dziękuję, Panie Przewodniczący – powiedzieć, że jeszcze nie było Konwentu Seniorów, on będzie za chwilę. Najprawdopodobniej zostanie wprowadzony dodatkowy punkt obrad, a mianowicie informacja pana ministra zdrowia dotycząca polityki lekowej państwa. Wiem, że pan marszałek Borusewicz wstępnie wyraził na to zgodę, tak że minister Arłukowicz bądź nowy minister będzie udzielał tej informacji. Chciałem, żebyście państwo o tym wiedzieli. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Rafał Muchacki:**

Dziękuję uprzejmie, Panie Marszałku.

Zamykam posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

*(Koniec posiedzenia o godzinie 11 minut 54)*





Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii