

U S T A W A

z dnia 2025 r.

o zmianie ustawy o Funduszu Medycznym

Art. 1. W ustawie z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. z 2024 r. poz. 889) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 2 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) programie inwestycyjnym - rozumie się przez to finansowany ze środków subfunduszu infrastruktury strategicznej, subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych oraz subfunduszu infrastruktury bezpieczeństwa program o okresie realizacji dłuższym niż rok;
- 2) w art. 5:
 - a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Programy inwestycyjne, o których mowa w:

 - 1) art. 14 ust. 5, są ustanawiane przez ich zatwierdzenie przez ministra właściwego do spraw zdrowia;
 - 2) art. 16 ust. 1, art. 19 ust. 1 i art. 27a ust. 4, są ustanawiane, w drodze uchwały, przez Radę Ministrów i ogłaszane w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”.”,
 - b) w ust. 6 zdanie pierwsze otrzymuje brzmienie:

„W celu realizacji programów inwestycyjnych minister właściwy do spraw zdrowia zawiera z podmiotem realizującym projekt finansowany ze środków subfunduszu infrastruktury strategicznej, subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych lub subfunduszu infrastruktury bezpieczeństwa umowę na udzielenie dotacji celowej.”;
- 3) w art. 6 w ust. 4 po pkt 2 dodaje się pkt 2a i 2b w brzmieniu:

„2a) subfundusz infrastruktury bezpieczeństwa;

2b) subfundusz chorób rzadkich u dzieci;”;
- 4) w art. 7:
 - a) po pkt 2a dodaje się pkt 2b w brzmieniu:

„2b) dofinansowanie zadania polegającego na budowie, rozbudowie, modernizacji, przebudowie lub doposażeniu szpitali w ramach subfunduszu infrastruktury bezpieczeństwa;”;
 - b) pkt 7 otrzymuje brzmienie:

- „7) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom poza granicami kraju oraz zwiększonych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w kraju związanych z udziałem w ich udzielaniu osób wykonujących zawód medyczny poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej;”,
- c) w pkt 9 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 10 i 11 w brzmieniu:
- „10) finansowanie innowacyjnego leczenia osób z chorobami rzadkimi do ukończenia 18. roku życia, w szczególności w zakresie sierocych produktów leczniczych;
- 11) finansowanie zadań związanych z poprawą jakości teleinformatycznej obsługi pacjentów.”;
- 5) w art. 14:
- a) ust. 6 otrzymuje brzmienie:
- „6. Minister właściwy do spraw zdrowia uzgadnia z wnioskodawcą projekt programu inwestycyjnego dla projektu strategicznego i może go zatwierdzić.”,
- b) uchyla się ust. 7,
- c) dodaje się ust. 8 w brzmieniu:
- „8. Minister właściwy do spraw zdrowia nie zatwierdza projektu programu inwestycyjnego dla projektu strategicznego, w przypadku gdy:
- 1) projekt programu inwestycyjnego dla projektu strategicznego nie jest zgodny z regulaminem konkursu, o którym mowa w art. 13 ust. 5, lub z ocenioną propozycją projektu strategicznego;
- 2) zmiany w projekcie programu inwestycyjnego dla projektu strategicznego miałyby wpływ na ocenę propozycji projektu strategicznego w konkursie, o którym mowa w art. 13 ust. 1.”;
- 6) w art. 24 uchyla się ust. 2;
- 7) po rozdziale 4 dodaje się rozdział 4a i 4b w brzmieniu:

„Rozdział 4a

Subfundusz infrastruktury bezpieczeństwa

Art. 27a. 1. W celu realizacji zadania, o którym mowa w art. 7 pkt 2b, minister właściwy do spraw zdrowia opracowuje projekt programu inwestycyjnego.

2. Celem programu inwestycyjnego jest wsparcie szpitali w przygotowaniu do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach kryzysowych, w szczególności

w przypadku wystąpienia stanów nadzwyczajnych lub stanu wojny, poprzez inwestycje w infrastrukturę szpitali.

3. Program inwestycyjny obejmuje działania w szpitalach w obszarze wsparcia rozwoju infrastruktury, wyposażenia i niezbędnych zasobów materiałowych, która poprawia bezpieczeństwo udzielania świadczeń zdrowotnych, w warunkach kryzysowych.

4. Projekt programu inwestycyjnego minister właściwy do spraw zdrowia przedstawia Radzie Ministrów, celem ustanowienia programu inwestycyjnego.

5. W przypadku ustanowienia przez Radę Ministrów programu inwestycyjnego, o dofinansowanie inwestycji w ramach tego programu mogą ubiegać się szpitale udzielające świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.. Dofinansowanie następuje w formie dotacji celowej ze środków subfunduszu infrastruktury bezpieczeństwa.

6. Wykonawcą programu inwestycyjnego, o którym mowa w ust. 5, jest minister właściwy do spraw zdrowia.

7. Wniosek o dofinansowanie w ramach programu inwestycyjnego zawiera w szczególności:

- 1) nazwę (firmę) wnioskodawcy;
- 2) tytuł inwestycji;
- 3) harmonogram realizacji inwestycji;
- 4) opis inwestycji i jej lokalizacji;
- 5) wyjaśnienie zgodności inwestycji z celami programu inwestycyjnego;
- 6) opis spełniania kryteriów oceny wniosków;
- 7) wartość kosztorysową inwestycji;
- 8) kwotę wnioskowanej dotacji celowej;
- 9) proponowany procent dofinansowania inwestycji;
- 10) proponowaną kwotę dofinansowania w podziale na poszczególne lata realizacji inwestycji;
- 11) określenie wysokości środków własnych wnioskodawcy lub środków przeznaczonych na realizację inwestycji uzyskanych od innych podmiotów, wraz ze wskazaniem tych podmiotów, oraz opis spodziewanych korzyści z realizacji inwestycji;

12) informację o wymaganiach w zakresie zasobów rzeczowych i kadrowych oraz kompetencji osób, zapewniających prawidłową realizację inwestycji.

8. Do inwestycji dofinansowanych z subfunduszu infrastruktury bezpieczeństwa w ramach programu inwestycyjnego nie stosuje się przepisów dotyczących konieczności wydania opinii o celowości inwestycji, o której mowa w art. 95d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Art. 27b. 1. Wybór wniosków o dofinansowanie w ramach programu inwestycyjnego następuje w drodze konkursu.

2. W przypadku gdy kwota przeznaczona w konkursie na dofinansowanie wystarcza na objęcie dofinansowaniem wszystkich wniosków, o których mowa w ust. 1, dofinansowanie mogą uzyskać wnioski, które spełniły kryteria oceny wniosków.

3. W przypadku gdy kwota przeznaczona w konkursie na dofinansowanie nie wystarcza na objęcie dofinansowaniem wszystkich wniosków, o których mowa w ust. 1, dofinansowanie mogą uzyskać wnioski, które spełniły kryteria oceny wniosków i uzyskały:

- 1) wymaganą liczbę punktów albo
- 2) kolejno największą liczbę punktów.

4. Do konkursu, o którym mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio przepisy art. 21-27 z tym zastrzeżeniem, że przedmiot i kryteria oceny wniosków muszą uzyskać pozytywną opinię Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw administracji publicznej oraz Szefa Kancelarii Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej.

Rozdział 4b

Subfundusz chorób rzadkich u dzieci

Art. 27c. 1. Rada Ministrów przyjmuje, w drodze uchwały, Plan dla Chorób Rzadkich u Dzieci, zwany dalej „Planem”.

2. Plan zawiera w szczególności:

- 1) opis aktualnego stanu dostępności świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych związanych z diagnostyką i leczeniem chorób rzadkich;

2) środki i działania służące do poprawy dostępu do elementów, o których mowa w pkt 1, ze szczególnym uwzględnieniem niezaspokojonych potrzeb medycznych oraz dostępności sierocych produktów leczniczych.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia dokonuje przeglądu Planu co 2 lata.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia sporządza sprawozdanie z przeglądu Planu i przedkłada je Radzie Ministrów w terminie 2 miesięcy od dnia zakończenia przeglądu.

Art. 27d. 1. Ze środków subfunduszu chorób rzadkich u dzieci finansuje się koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom do 18. roku życia w zakresie opisanym w art. 27c ust. 2 pkt 2.

2. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie do ostatniego dnia danego miesiąca kalendarzowego, składa do dysponenta Funduszu wnioski o przekazanie dotacji celowej, w wysokości odpowiadającej kwocie wydatkowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w miesiącu poprzedzającym, na pokrycie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1.

3. Dysponent Funduszu przekazuje Narodowemu Funduszowi Zdrowia dotację celową, o której mowa w ust. 2, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

4. Łączna wysokość dotacji, o których mowa w ust. 2, przekazanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia w danym roku, nie może przekroczyć kwoty 500 mln złotych. Wartość kwoty podlega corocznej waloryzacji o średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem, w poprzednim roku kalendarzowym.

5. Średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem, o którym mowa w ust. 4, ustala się na podstawie komunikatu Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, ogłaszanego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, na podstawie art. 94 ust. 1 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1631 i 1674 oraz z 2025 r. poz. 718, 769 i 1159).

6. Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza, w terminie do dnia 15 lutego, w drodze obwieszczenia w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, wysokość kwoty, o której mowa w ust. 1 pkt 4, po waloryzacji.”;

8) w art. 28:

a) w ust. 1 pkt 1 i 2 otrzymują brzmienie:

- „1) wzmocnienie roli lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 6 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 515), pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 8 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, w zwiększaniu zgłaszalności na świadczenia opieki zdrowotnej służące profilaktyce chorób i istotnych problemów zdrowotnych;
- 2) wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w zakresie realizowanego, na podstawie art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dofinansowania programów polityki zdrowotnej polegających na profilaktyce chorób, z uwzględnieniem działań o charakterze edukacyjnym, w określanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na dany rok obszarach priorytetowych;”;

b) uchyla się ust. 5;

9) po art. 32b dodaje się art. 32c w brzmieniu:

„Art. 32c. 1. Ze środków subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego finansuje się zwiększone koszty świadczeń opieki zdrowotnej związane z udziałem w ich udzielaniu osób wykonujących zawód medyczny poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, w przypadku gdy świadczenie opieki zdrowotnej nie może zostać udzielone przez świadczeniodawcę posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z uwagi na brak odpowiednich kwalifikacji lub wystarczającego doświadczenia.

2. Świadczenie opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 1, jest finansowane w zakresie, w jakim koszt jego udzielenia przekracza koszt udzielenia takiego świadczenia opieki zdrowotnej wynikający z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej rozliczanych na podstawie ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa art. 951 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustalony na

podstawie iloczynu prognozowanej ceny jednostki sprawozdawczej na okres planowania określonej w planie zakupu, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 136c ust. 6 pkt 1 tej ustawy, i liczby jednostek sprawozdawczych określonych dla poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 i art. 159 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie do ostatniego dnia danego miesiąca kalendarzowego, składa do dysponenta Funduszu wnioski o przekazanie dotacji celowej, w wysokości odpowiadającej kwocie wydatkowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w miesiącu poprzedzającym, na pokrycie kosztów, o których mowa w ust. 1.

4. Dysponent Funduszu przekazuje Narodowemu Funduszowi Zdrowia dotację celową, o której mowa w ust. 3, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.”;

10) po art. 33b dodaje się art. 33c w brzmieniu:

„Art. 33c. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia może każdego roku przyznać jednostce właściwej w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia ze środków subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego dotację celową na realizację zadań, o których mowa w art. 7 pkt 11.

2. Wysokość dotacji, o której mowa w ust. 1, nie może przekroczyć kwoty 100 mln złotych. Wartość kwoty podlega corocznej waloryzacji, art. 27d ust. 4-6 stosuje się odpowiednio.

11) w art. 38 w ust. 1 pkt 7–10 otrzymują brzmienie:

„7) w 2026 r. – 6,4 mld zł;

8) w 2027 r. – 5,9 mld zł;

9) w 2028 r. – 5,4 mld zł;

10) w 2029 r. – 5,2 mld zł.”.

Art. 2. Rada Ministrów przyjmuje pierwszy Plan dla Chorób Rzadkich u Dzieci, o którym mowa w art. 27c ustawy zmienianej w art. 1, do końca roku 2026.

Art. 3. 1. Limitu określonego w art. 31 ust. 4 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. z 2024 r. poz. 889) nie stosuje się w latach 2025–2029 do dotacji, o których mowa w art. 31 ust. 2 tej ustawy, przekazywanych przez dysponenta Funduszu Medycznego Narodowemu Funduszowi Zdrowia w tym okresie.

2. W 2026 r. wpłata z budżetu państwa, o której mowa w art. 8 pkt 2 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym, nie może być niższa niż 6,2 mld zł.

3. W 2027 r. wpłata z budżetu państwa, o której mowa w art. 8 pkt 2 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym, nie może być niższa niż 5,7 mld zł.

4. W 2028 r. wpłata z budżetu państwa, o której mowa w art. 8 pkt 2 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym, nie może być niższa niż 5,2 mld zł.

5. W 2029 r. wpłata z budżetu państwa, o której mowa w art. 8 pkt 2 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym, nie może być niższa niż 5 mld zł.

6. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie 5 dni od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy, składa do dysponenta Funduszu Medycznego dodatkowe wnioski o przekazanie dotacji celowych, o których mowa w art. 31 ust. 2 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym, na pokrycie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 31 ust. 1 tej ustawy, w wysokości odpowiadającej zwiększeniu kwot zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec świadczeniodawców z tytułu udzielania tych świadczeń, zgodnie z art. 136 ust. 2 pkt 1c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461) za drugi i trzeci kwartał 2025 r. Wnioski te obejmują koszty świadczeń opieki zdrowotnej sfinansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w części, która nie została uwzględniona w dotacjach celowych przekazanych za ten okres.

7. W 2025 r. maksymalna wysokość środków przekazanych z Funduszu Medycznego do Narodowego Funduszu Zdrowia na realizację zadania, o którym mowa w art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym, nie może być wyższa niż 4,4 mld zł.

8. W latach 2026–2029 maksymalna wysokość środków przekazanych z Funduszu Medycznego do Narodowego Funduszu Zdrowia na realizację zadania, o którym mowa w art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym, nie może być wyższa niż 840 mln zł rocznie.

9. W 2025 r. zmiana planu finansowego Funduszu Medycznego polegająca na zwiększeniu planowanych kosztów związanych z finansowaniem zadania, o którym mowa w art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym, jest dokonywana przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Do zmiany tej nie stosuje się trybu określonego w art. 29 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1483).

Art. 4. Przepisy ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, stosuje się do:

- 1) konkursów ogłaszanych od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy;
- 2) umów zawieranych od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 5. Ustawa wchodzi w życie z dniem 15 grudnia 2025 r.