

Warszawa, dnia 10 kwietnia 2026 r.

Poz. 499

OBWIESZCZENIE
MARSZAŁKA SEJMU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

z dnia 27 marca 2026 r.

w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o Funduszu Medycznym

1. Na podstawie art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1461) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. z 2024 r. poz. 889), z uwzględnieniem stanu prawnego na dzień 16 marca 2026 r. oraz zmian wprowadzonych ustawą z dnia 21 listopada 2025 r. o zmianie ustawy o Funduszu Medycznym oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1739).

2. Podany w załączniku do niniejszego obwieszczenia tekst jednolity ustawy nie obejmuje art. 3 i art. 4 ustawy z dnia 21 listopada 2025 r. o zmianie ustawy o Funduszu Medycznym oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1739), które stanowią:

„Art. 3. 1. Limitu określonego w art. 31 ust. 4 ustawy zmienianej w art. 1 nie stosuje się w latach 2025–2029 do dotacji, o których mowa w art. 31 ust. 2 tej ustawy.

2. W 2025 r. minister właściwy do spraw zdrowia nie dokonuje wpłaty z budżetu państwa, o której mowa w art. 8 pkt 2 ustawy zmienianej w art. 1.

3. W 2026 r. wpłata z budżetu państwa, o której mowa w art. 8 pkt 2 ustawy zmienianej w art. 1, nie może być niższa niż 5 mld zł.

4. W 2027 r. wpłata z budżetu państwa, o której mowa w art. 8 pkt 2 ustawy zmienianej w art. 1, nie może być niższa niż 6,8 mld zł.

5. W 2028 r. wpłata z budżetu państwa, o której mowa w art. 8 pkt 2 ustawy zmienianej w art. 1, nie może być niższa niż 7,8 mld zł.

6. W 2029 r. wpłata z budżetu państwa, o której mowa w art. 8 pkt 2 ustawy zmienianej w art. 1, nie może być niższa niż 6,1 mld zł.

7. 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 zmienianej w art. 1, 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, 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. Dysponent Funduszu Medycznego przekazuje Narodowemu Funduszowi Zdrowia dotacje celowe, o których mowa w zdaniu pierwszym, do dnia 30 grudnia 2025 r.

8. 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 zmienianej w art. 1, nie może być wyższa niż 4,4 mld zł.

9. 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 zmienianej w art. 1, nie może być wyższa niż 840 mln zł rocznie.

10. W 2025 r. zmiana planu finansowego Funduszu Medycznego powodująca zwiększenie planowanych kosztów i wydatków związanych z realizacją zadania, o którym mowa w art. 31 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, nie wymaga zgody ministra właściwego do spraw finansów publicznych oraz opinii sejmowej komisji właściwej do spraw budżetu, o których mowa w art. 29 ust. 13 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1483).

Art. 4. Ustawa wchodzi w życie z dniem 15 grudnia 2025 r., z wyjątkiem art. 1 pkt 1, 2, pkt 3 lit. a i b oraz pkt 4 i art. 2, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2026 r.”.

Marszałek Sejmu: *W. Czarzasty*

Załącznik do obwieszczenia Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej
Polskiej z dnia 27 marca 2026 r. (Dz. U. poz. 499)

USTAWA

z dnia 7 października 2020 r.

o Funduszu Medycznym

Rozdział 1

Przepisy ogólne

Art. 1. Ustawa określa zasady:

- 1) działania Funduszu Medycznego, zwanego dalej „Funduszem”, oraz jego cele;
- 2) gromadzenia środków Funduszu;
- 3) udzielania finansowania i dofinansowania ze środków Funduszu.

Art. 2. Ilekroć w ustawie jest mowa o:

- 1) infrastrukturze strategicznej – rozumie się przez to infrastrukturę podmiotów leczniczych, o których mowa w art. 13 ust. 2, obejmującą w szczególności infrastrukturę niezbędną do udzielania świadczeń zdrowotnych lub wspierającą rozwój systemu kształcenia kadr medycznych;
- 2) podmiocie leczniczym – rozumie się przez to podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026 r. poz. 156);
- 3)¹⁾ programie inwestycyjnym – rozumie się przez to finansowany ze środków subfunduszu infrastruktury strategicznej, subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych oraz subfunduszu infrastruktury na potrzeby obronne państwa program o okresie realizacji dłuższym niż rok;
- 4) projekcie strategicznym – rozumie się przez to projekt przyczyniający się do zwiększenia dostępności do świadczeń specjalistycznych, o których mowa w art. 5 pkt 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, 1537 i 1739 oraz z 2026 r. poz. 26 i 203), i świadczeń wysokospecjalistycznych, o których mowa w art. 5 pkt 39 tej ustawy, oraz wspierający rozwój systemu kształcenia kadr medycznych;
- 5) świadczeniobiorcy – rozumie się przez to świadczeniobiorcę, o którym mowa w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 6) świadczeniodawcy – rozumie się przez to świadczeniodawcę, o którym mowa w art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 7) świadczeniu opieki zdrowotnej – rozumie się przez to świadczenie opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 5 pkt 34 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Art. 3. Celem Funduszu jest wsparcie działań zmierzających do poprawy zdrowia i jakości życia w Rzeczypospolitej Polskiej przez zapewnienie dodatkowych źródeł finansowania:

- 1) profilaktyki, wczesnego wykrywania, diagnostyki i leczenia chorób cywilizacyjnych, w tym chorób nowotworowych, chorób zakaźnych i chorób rzadkich;
- 2) infrastruktury ochrony zdrowia wpływającej na jakość i dostępność oraz bezpieczeństwo udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) dostępu do wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) rozwoju systemu opieki zdrowotnej przez koncentrację działań wokół pacjenta i jego potrzeb, ze szczególnym uwzględnieniem poprawy jakości życia pacjentów i ich rodzin;
- 5) świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom do ukończenia 18. roku życia;
- 6) świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom poza granicami kraju.

¹⁾ W brzmieniu ustalonym przez art. 1 pkt 1 ustawy z dnia 21 listopada 2025 r. o zmianie ustawy o Funduszu Medycznym oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1739), która weszła w życie z dniem 15 grudnia 2025 r.; wszedł w życie z dniem 1 stycznia 2026 r.

Art. 4. Minister właściwy do spraw zdrowia przeprowadza konkursy w sposób przejrzysty, rzetelny i bezstronny oraz zapewnia wnioskodawcom równy dostęp do informacji o warunkach i sposobie naboru oraz wyboru projektów.

Art. 5. 1. Programy inwestycyjne są ustanawiane, w drodze uchwały, przez Radę Ministrów.

2. Program inwestycyjny może być realizowany wspólnie przez więcej niż jeden podmiot.

3. Rada Ministrów może wyznaczyć podmiot koordynujący wykonanie programu inwestycyjnego.

4. Podmiot realizujący program inwestycyjny może zaciągać zobowiązania w celu sfinansowania w poszczególnych latach realizacji tego programu do wysokości łącznej kwoty wydatków na realizację programu. W przypadku wspólnej realizacji programu inwestycyjnego przez co najmniej dwa podmioty, zobowiązania zaciągane przez każdy podmiot nie mogą przekroczyć łącznej kwoty wydatków na realizację programu.

5. Program inwestycyjny zawiera co najmniej:

- 1) nazwę programu i podstawę prawną jego ustanowienia;
- 2) podmiot realizujący program lub koordynujący jego wykonanie;
- 3) cel programu;
- 4) zadania programu;
- 5) okres realizacji programu;
- 6) łączną kwotę wydatków na realizację programu;
- 7) harmonogram wydatków w poszczególnych latach realizacji programu;
- 8) mierniki określające stopień realizacji celu programu.

6. Na podstawie uchwały Rady Ministrów, o której mowa w ust. 1, minister właściwy do spraw zdrowia zawiera z podmiotem realizującym projekt strategiczny umowę na udzielenie dotacji celowej. Umowa określa w szczególności:

- 1) cel, na jaki została przyznana dotacja;
- 2) szczegółowy opis zadania i termin jego wykonania;
- 3) wysokość udzielonej dotacji;
- 4) termin wykorzystania dotacji, nie dłuższy niż do dnia 31 grudnia danego roku budżetowego;
- 5) termin i sposób rozliczenia udzielonej dotacji;
- 6) termin zwrotu niewykorzystanej części dotacji, nie dłuższy niż 15 dni od określonego w umowie dnia wykonania zadania, a w przypadku zadania realizowanego za granicą – nie dłuższy niż 30 dni od określonego w umowie dnia wykonania zadania;
- 7) tryb kontroli wykonania zadania.

7. W zakresie nieuregulowanym w ustawie do udzielania z Funduszu dotacji celowych i ich rozliczania stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1483, 1844 i 1846) właściwe dla dotacji udzielanych z budżetu państwa.

Rozdział 2

Organizacja i zasady działania Funduszu

Art. 6. 1. Fundusz jest państwowym funduszem celowym.

2. Dysponentem Funduszu jest minister właściwy do spraw zdrowia.

3. Podziału środków Funduszu na zadania, o których mowa w art. 7, dokonuje minister właściwy do spraw zdrowia.

4. W ramach Funduszu wyodrębnia się:

- 1) subfundusz infrastruktury strategicznej;
- 2) subfundusz modernizacji podmiotów leczniczych;
- 3) subfundusz rozwoju profilaktyki;
- 4) subfundusz terapeutyczno-innowacyjny;

- 5)²⁾ subfundusz infrastruktury na potrzeby obronne państwa;
- 6)²⁾ subfundusz chorób rzadkich u dzieci.

5. (uchylony)

6. Koszty obsługi Funduszu oraz koszty obsługi zadań finansowanych z Funduszu realizowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia są finansowane z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji tego ministra.

6a. Inne niż wymienione w ust. 6 koszty obsługi zadań finansowanych z Funduszu mogą być finansowane z przychodów tego Funduszu. Koszty te mogą stanowić maksymalnie 1 % całkowitych kosztów zadania, którego dotyczą.

7. Na realizację zadań w ramach subfunduszy, o których mowa w ust. 4 pkt 1–3, dysponent Funduszu może zaciągać zobowiązania o charakterze wieloletnim do wysokości środków wynikających z:

- 1)³⁾ programów inwestycyjnych – w przypadku realizacji zadań w ramach subfunduszy, o których mowa w ust. 4 pkt 1, 2 i 5;
- 2) umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia, o których mowa w art. 30 ust. 12 zdanie pierwsze – w przypadku realizacji zadań w ramach subfunduszu, o którym mowa w ust. 4 pkt 3.

Art. 7. Fundusz gromadzi środki z przeznaczeniem na:

- 1) dofinansowanie zadania polegającego na budowie, przebudowie, modernizacji lub doposażeniu infrastruktury strategicznej w ramach subfunduszu infrastruktury strategicznej;
- 2) dofinansowanie zadania polegającego na budowie, modernizacji, przebudowie lub doposażeniu podmiotów leczniczych w ramach subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych;
- 2a) dofinansowanie zadania polegającego na wsparciu rozwoju innowacyjnych rozwiązań służących do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2b)⁴⁾ dofinansowanie zadania polegającego na budowie, rozbudowie, modernizacji, przebudowie lub wyposażeniu podmiotów leczniczych w ramach subfunduszu infrastruktury na potrzeby obronne państwa;
- 3) finansowanie leków w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych, o którym mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 3a) finansowanie szczepionek do przeprowadzania zalecanych szczepień ochronnych w ramach Programu Szczepień Ochronnych, o którym mowa w art. 17 ust. 11 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2025 r. poz. 1675 oraz z 2026 r. poz. 26);
- 4) finansowanie technologii lekowej o wysokiej wartości klinicznej, o której mowa w art. 2 pkt 24a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2026 r. poz. 253) lub technologii lekowej o wysokim poziomie innowacyjności, o której mowa w art. 2 pkt 24b tej ustawy;
- 5) dofinansowanie zadania polegającego na zwiększaniu skuteczności programów zdrowotnych lub programów polityki zdrowotnej w ramach subfunduszu rozwoju profilaktyki;
- 6) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom do ukończenia 18. roku życia;
- 7) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom poza granicami kraju;
- 8) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom do ukończenia 18. roku życia, związanych z diagnostyką genetyczną, zakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowane z zakresów, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 8a)⁵⁾ finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom do ukończenia 18. roku życia w zakresie leczenia chorób rzadkich w rozumieniu dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz. Urz. UE L 88 z 04.04.2011, str. 45, z późn. zm.⁶⁾), produktami leczniczymi terapii zaawansowanej, podawanymi jednorazowo w leczeniu szpitalnym, nieobjętych finansowaniem na podstawie art. 15 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

²⁾ Dodany przez art. 1 pkt 2 lit. a ustawy, o której mowa w odnośniku 1; weszła w życie z dniem 1 stycznia 2026 r.

³⁾ W brzmieniu ustalonym przez art. 1 pkt 2 lit. b ustawy, o której mowa w odnośniku 1; weszła w życie z dniem 1 stycznia 2026 r.

⁴⁾ Dodany przez art. 1 pkt 3 lit. a ustawy, o której mowa w odnośniku 1; weszła w życie z dniem 1 stycznia 2026 r.

⁵⁾ Dodany przez art. 1 pkt 3 lit. b ustawy, o której mowa w odnośniku 1; weszła w życie z dniem 1 stycznia 2026 r.

⁶⁾ Zmiany wymienionej dyrektywy zostały ogłoszone w Dz. Urz. UE L 353 z 28.12.2013, str. 8, Dz. Urz. UE L 458 z 22.12.2021, str. 1, Dz. Urz. UE L 2024/2839 z 07.11.2024 oraz Dz. Urz. UE L 2025/327 z 05.03.2025.

- 9) dofinansowanie zadania polegającego na budowie, modernizacji, przebudowie lub doposażeniu centrów zdrowia 75+, o których mowa w ustawie z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1666 i 1897 oraz z 2026 r. poz. 160), w ramach subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych;
- 10)⁷⁾ finansowanie zadań związanych z poprawą jakości teleinformatycznej obsługi pacjentów.

Art. 8. Przychodami Funduszu są:

- 1) wpływy z tytułu opłat, o których mowa w art. 95e ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 2) wpłaty z budżetu państwa przekazywane przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w wysokości określonej corocznie w ustawie budżetowej na dany rok budżetowy, nienišszej niż 4,0 mld zł;
- 3) odsetki od zgromadzonych środków;
- 4) dobrowolne wpłaty, darowizny i zapisy;
- 5) wpływy z innych tytułów.

Art. 9. 1. Tworzy się Radę Funduszu Medycznego, zwaną dalej „Radą”, pełniącą funkcję opiniodawczo-doradczą dla ministra właściwego do spraw zdrowia.

2. Do zadań Rady należy:

- 1) doradztwo w zakresie zadań Funduszu;
- 2) opiniowanie podziału środków pomiędzy subfundusze;
- 3) dokonywanie, na podstawie informacji przekazanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia i Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, corocznej analizy i oceny skuteczności finansowania przez Fundusz:
 - a) technologii lekowych,
 - b) świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom do ukończenia 18. roku życia,
 - c) świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom poza granicami kraju– pod względem poprawy ich dostępności i przygotowania rekomendacji na przyszłość;
- 4) dokonywanie, na podstawie informacji przekazanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia i Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, corocznej analizy i oceny skuteczności finansowania przez Fundusz programów profilaktycznych pod względem zwiększenia ich skuteczności i przygotowania rekomendacji na przyszłość;
- 5) sporządzanie, na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia, opinii na temat działalności Funduszu;
- 6) zgłaszanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia wniosków i propozycji dotyczących działalności Funduszu.

3. Narodowy Fundusz Zdrowia i Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji są obowiązane do współpracy z Radą w zakresie realizacji zadań, o których mowa w ust. 2 pkt 3 i 4.

4. Obsługę Rady zapewnia urząd obsługujący ministra właściwego do spraw zdrowia.

5. Koszty funkcjonowania Rady są pokrywane z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia.

Art. 10. 1. Rada składa się z:

- 1) przedstawiciela ministra właściwego do spraw zdrowia;
- 2) dwóch przedstawicieli Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej;
- 3) przedstawiciela Prezesa Rady Ministrów;
- 4) przedstawiciela Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 5) przedstawiciela Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
- 6) przedstawiciela Rzecznika Praw Pacjenta;
- 7) dwóch przedstawicieli organizacji zrzeszających pacjentów, do których zadań statutowych należą sprawy objęte zakresem ustawy.

⁷⁾ Dodany przez art. 1 pkt 3 lit. c ustawy, o której mowa w odnośniku 1.

2. Członków Rady, o których mowa w ust. 1, powołuje i odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia. Członków Rady, o których mowa w ust. 1 pkt 2–6, minister właściwy do spraw zdrowia powołuje i odwołuje na wniosek podmiotów, których są przedstawicielami.

3. Członkowie Rady, o których mowa w ust. 1 pkt 7, są powoływani spośród kandydatów wskazanych przez organizacje, o których mowa w ust. 1 pkt 7, zgłoszonych w terminie 14 dni od dnia podania do publicznej wiadomości na stronie internetowej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia oraz w Biuletynie Informacji Publicznej tego urzędu ogłoszenia o naborze przedstawicieli takich organizacji na członków Rady.

Art. 11. 1. Rada wybiera spośród swoich członków Przewodniczącego i Zastępcę Przewodniczącego w sposób określony w ust. 3.

2. W pracach Rady mogą uczestniczyć osoby niebędące członkami Rady, zaproszone przez Przewodniczącego Rady. Osobom tym nie przysługuje prawo głosu przy podejmowaniu rozstrzygnięć.

3. Rada podejmuje rozstrzygnięcia zwykłą większością głosów w obecności co najmniej połowy jej członków. W przypadku równej liczby głosów, decyduje głos Przewodniczącego Rady.

4. Rada działa na podstawie uchwalonego przez siebie regulaminu, zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

5. Członkom Rady biorącym udział w posiedzeniu Rady oraz osobom, o których mowa w ust. 2, zamieszkałym poza miejscowością, w której odbywa się posiedzenie Rady, przysługuje zwrot kosztów przejazdu i zakwaterowania oraz dieta na zasadach określonych w przepisach dotyczących należności przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej z tytułu podróży służbowej.

Rozdział 3

Subfundusz infrastruktury strategicznej

Art. 12. Dofinansowanie ze środków subfunduszu infrastruktury strategicznej w formie dotacji celowej mogą uzyskać projekty strategiczne, realizowane w ramach programów inwestycyjnych, ustanowionych w celu realizacji zadań, o których mowa w art. 7 pkt 1.

Art. 13. 1. Wybór propozycji projektu strategicznego następuje w drodze konkursu, który organizuje i przeprowadza minister właściwy do spraw zdrowia.

2. Propozycję projektu strategicznego może złożyć wnioskodawca będący:

- 1) podmiotem leczniczym zakwalifikowanym do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na poziomach, o których mowa w art. 951 ust. 2 pkt 4–6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 2) uczelnią medyczną, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 13 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w imieniu podmiotu leczniczego spełniającego warunki określone w pkt 1, dla którego uczelnia ta jest podmiotem tworzącym w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 6 tej ustawy;
- 3) podmiotem leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne w zakresie opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

3. Ogłoszenie o konkursie minister właściwy do spraw zdrowia podaje do publicznej wiadomości na stronie internetowej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia oraz w Biuletynie Informacji Publicznej tego urzędu, co najmniej 30 dni przed rozpoczęciem konkursu.

4. Ogłoszenie o konkursie zawiera:

- 1) określenie przedmiotu konkursu;
- 2) niezbędne elementy propozycji projektu strategicznego;
- 3) regulamin konkursu;
- 4) kryteria oceny propozycji projektów strategicznych, w tym liczbę punktów za ich spełnienie, jeżeli dotyczy;
- 5) termin i formę złożenia propozycji projektu strategicznego;
- 6) określenie kwoty przeznaczony na dofinansowanie projektów strategicznych.

5. Regulamin konkursu określa:

- 1) nazwę i adres urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia;
- 2) formę i sposób komunikacji między wnioskodawcą a ministrem właściwym do spraw zdrowia, w tym wzywania wnioskodawcy do uzupełniania lub poprawiania propozycji projektu strategicznego, w trakcie jej oceny, w części dotyczącej spełniania kryteriów oceny, o których mowa w ust. 4 pkt 4, a także informację o skutkach niezachowania wskazanej formy i wskazanego sposobu komunikacji;
- 3) formę i sposób udzielania wyjaśnień w sprawach dotyczących konkursu;
- 4) ramowy wzór umowy o dofinansowanie ze środków dotacji celowej;
- 5) zakres, w jakim jest możliwe uzupełnianie lub poprawianie propozycji projektu strategicznego, w trakcie jej oceny, w części dotyczącej spełniania kryteriów oceny, o których mowa w ust. 4 pkt 4;
- 6) kwotę dotacji celowej przeznaczoną na dofinansowanie projektów strategicznych wraz z informacją dotyczącą możliwości jej zwiększenia;
- 7) maksymalną dopuszczalną kwotę dotacji celowej;
- 8) sposób podania do publicznej wiadomości wyników konkursu.

6. Do uzupełniania i poprawiania propozycji projektu strategicznego stosuje się przepisy art. 24 ust. 1 i 2.

7. Propozycję projektu strategicznego pozostawia się bez rozpatrzenia w przypadku złożenia jej po terminie wskazanym w ogłoszeniu o konkursie oraz w przypadku niezachowania formy i sposobu komunikacji określonych w regulaminie konkursu.

Art. 14. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia dokonuje oceny propozycji projektów strategicznych złożonych w ramach konkursu, o którym mowa w art. 13 ust. 1, na podstawie kryteriów, o których mowa w art. 13 ust. 4 pkt 4.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia przygotowuje i zatwierdza listę rankingową, zawierającą propozycje projektów strategicznych ze wskazaniem propozycji, dla których możliwe będzie ustanowienie programu inwestycyjnego w celu objęcia dofinansowaniem projektu strategicznego.

3. Lista rankingowa zawiera propozycje projektów strategicznych, uszeregowane pod względem liczby uzyskanych punktów, w kolejności od największej do najmniejszej. Lista zawiera w szczególności:

- 1) nazwę (firmę) wnioskodawcy;
- 2) nazwę propozycji projektu strategicznego;
- 3) przewidywany okres realizacji projektu strategicznego;
- 4) wartość kosztorysową inwestycji będącej przedmiotem projektu strategicznego;
- 5) kwotę wnioskowanej dotacji celowej;
- 6) proponowany procent dofinansowania projektu strategicznego;
- 7) proponowaną kwotę dofinansowania w podziale na poszczególne lata realizacji projektu strategicznego.

4. Na liście rankingowej uwzględnia się wszystkie propozycje projektów strategicznych, które podlegały ocenie.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia wzywa wnioskodawców wymienionych w liście rankingowej do złożenia projektów programów inwestycyjnych dla projektów strategicznych we wskazanym w wezwaniu terminie.

6. Otrzymane od wnioskodawców projekty programów inwestycyjnych dla projektów strategicznych minister właściwy do spraw zdrowia przedstawia Radzie Ministrów, celem ustanowienia programów inwestycyjnych.

7. W przypadku podjęcia przez Radę Ministrów decyzji o realizowaniu projektu strategicznego w ramach programu inwestycyjnego, minister właściwy do spraw zdrowia zawiera z wnioskodawcą umowę, o której mowa w art. 5 ust. 6.

Art. 15. Wnioskodawcy nie przysługuje prawo wniesienia wniosku o dokonanie ponownej oceny propozycji projektu strategicznego w przypadku, gdy proponowany procent dofinansowania tego projektu, o którym mowa w art. 14 ust. 3 pkt 6, wynosi 0.

Art. 16. 1. W celu realizacji zadań, o których mowa w art. 7 pkt 1, minister właściwy do spraw zdrowia w przypadku zidentyfikowania zasadności wsparcia obszarów innych niż wynikające z propozycji projektów strategicznych może opracować projekt programu inwestycyjnego.

2. Projekt programu inwestycyjnego, o którym mowa w ust. 1, minister właściwy do spraw zdrowia przedstawia Radzie Ministrów, celem ustanowienia programu inwestycyjnego.

3. W przypadku ustanowienia przez Radę Ministrów programu inwestycyjnego, o dofinansowanie w ramach tego programu mogą ubiegać się podmioty lecznicze udzielające świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dofinansowanie następuje w formie dotacji celowej.

4. Wykonawcą programu inwestycyjnego, o którym mowa w ust. 3, jest minister właściwy do spraw zdrowia.

5. W przypadku programu inwestycyjnego, o którym mowa w ust. 3, do ogłoszenia o konkursie i jego regulaminu, terminów i warunków składania wniosków o dotację celową oraz sposobu ich oceny stosuje się przepisy rozdziału 4.

Art. 17. Do programów inwestycyjnych, o których mowa w art. 12 i art. 16 ust. 3, stosuje się odpowiednio przepisy wydane na podstawie art. 134 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.

Art. 18. Do postępowania w zakresie konkursu, o którym mowa w art. 13 ust. 1, nie stosuje się przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2025 r. poz. 1691), z wyjątkiem przepisów dotyczących obliczania terminów oraz wyłączenia pracownika i organu.

Rozdział 4

Subfundusz modernizacji podmiotów leczniczych

Art. 19. 1. W celu realizacji zadań, o których mowa w art. 7 pkt 2, minister właściwy do spraw zdrowia opracowuje projekt programu inwestycyjnego.

2. Celem programu inwestycyjnego jest poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz bezpieczeństwa udzielania świadczeń opieki zdrowotnej poprzez inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia.

3. Program inwestycyjny obejmuje działania w następujących obszarach:

- 1) wsparcie rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych, świadczeń z zakresu opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień oraz świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanych w warunkach stacjonarnych;
- 2) wsparcie procesów konsolidacyjnych podmiotów leczniczych;
- 3) wsparcie infrastruktury ratownictwa medycznego;
- 4) wymiana łóżek szpitalnych;
- 5) wsparcie tworzenia centrów zdrowia 75+, o których mowa w ustawie z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej.

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 w ramach tego programu mogą ubiegać się podmioty lecznicze udzielające świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dofinansowanie następuje w formie dotacji celowej ze środków subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych.

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 lub nazwę wniosku;
- 3) harmonogram realizacji inwestycji objętej wnioskiem;
- 4) opis inwestycji objętej wnioskiem 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 programu inwestycyjnego 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 zasobów kadrowych oraz kompetencji osób, zapewniających prawidłową realizację programu inwestycyjnego.

Art. 20. 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.

Art. 21. 1. Ogłoszenie o konkursie, o którym mowa w art. 20 ust. 1, minister właściwy do spraw zdrowia podaje do publicznej wiadomości na stronie internetowej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia oraz w Biuletynie Informacji Publicznej tego urzędu, co najmniej 30 dni przed rozpoczęciem konkursu.

2. Ogłoszenie o konkursie zawiera:

- 1) określenie przedmiotu konkursu;
- 2) określenie kwoty przeznaczonej na dofinansowanie wniosków;
- 3) określenie maksymalnego dopuszczalnego poziomu dofinansowania wniosku lub maksymalnej dopuszczalnej kwoty dofinansowania wniosku;
- 4) termin i formę składania wniosków o dofinansowanie.

Art. 22. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia organizuje i przeprowadza konkurs, o którym mowa w art. 20 ust. 1, na podstawie określonego przez siebie regulaminu.

2. Regulamin konkursu określa:

- 1) nazwę i adres urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia;
- 2) przedmiot konkursu;
- 3) termin i formę składania wniosków o dofinansowanie i sposób uzupełniania braków formalnych oraz poprawiania oczywistych omyłek;
- 4) wzór wniosku o dofinansowanie ze środków dotacji celowej;
- 5) wzór umowy o dofinansowanie ze środków dotacji celowej;
- 6) czynności, jakie wnioskodawca jest obowiązany dokonać przed zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków dotacji celowej, oraz wymagane dokumenty i terminy ich przedłożenia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia;
- 7) kryteria oceny wniosków wraz z określeniem ich znaczenia;
- 8) zakres, w jakim jest możliwe uzupełnianie lub poprawianie wniosku w części dotyczącej spełniania przez wniosek kryteriów oceny wniosków w trakcie oceny wniosku;
- 9) formę i sposób komunikacji między wnioskodawcą a ministrem właściwym do spraw zdrowia, w tym wzywania wnioskodawcy do uzupełniania lub poprawiania wniosku, w trakcie jego oceny, w części dotyczącej spełniania kryteriów oceny, o których mowa w pkt 7, a także informację o skutkach niezachowania wskazanej formy i wskazanego sposobu komunikacji;
- 10) kwotę dotacji celowej przeznaczonej na dofinansowanie wniosków wraz z informacją dotyczącą możliwości jej zwiększenia;
- 11) maksymalną dopuszczalną kwotę dotacji celowej;
- 12) informację dotyczącą środków odwoławczych;

- 13) sposób podania do publicznej wiadomości wyników konkursu;
- 14) formę i sposób udzielania wyjaśnień w sprawach dotyczących konkursu;
- 15) informację w zakresie możliwości skrócenia terminu składania wniosków o dofinansowanie.

3. Do czasu rozstrzygnięcia konkursu, o którym mowa w art. 20 ust. 1, minister właściwy do spraw zdrowia nie może zmieniać regulaminu konkursu w sposób skutkujący nierównym traktowaniem wnioskodawców.

4. Przepisu ust. 3 nie stosuje się, jeżeli konieczność dokonania zmiany regulaminu konkursu wynika z odrębnych przepisów.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia podaje do publicznej wiadomości na stronie internetowej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia oraz w Biuletynie Informacji Publicznej tego urzędu, regulamin konkursu oraz jego zmiany, wraz z ich uzasadnieniem i terminem, od którego są stosowane.

Art. 23. Termin składania wniosków o dofinansowanie w konkursie, o którym mowa w art. 20 ust. 1, nie może być krótszy niż 7 dni, licząc od dnia rozpoczęcia konkursu.

Art. 24. 1. W razie stwierdzenia braków formalnych we wniosku o dofinansowanie, minister właściwy do spraw zdrowia wzywa wnioskodawcę do uzupełnienia wniosku w wyznaczonym terminie, niekrótszym niż 7 dni i nie dłuższym niż 21 dni, pod rygorem pozostawienia wniosku bez rozpatrzenia.

2. W razie stwierdzenia oczywistej omyłki we wniosku o dofinansowanie, minister właściwy do spraw zdrowia poprawia tę omyłkę z urzędu, informując o tym wnioskodawcę, albo wzywa wnioskodawcę do poprawienia oczywistej omyłki w wyznaczonym terminie, niekrótszym niż 7 dni i nie dłuższym niż 21 dni, pod rygorem pozostawienia wniosku bez rozpatrzenia.

3. W razie złożenia wniosku o dofinansowanie po terminie wskazanym w ogłoszeniu o konkursie, wniosek pozostawia się bez rozpatrzenia. Wniosek pozostawia się bez rozpatrzenia także w przypadku niezachowania formy i sposobu komunikacji określonych w regulaminie konkursu.

Art. 25. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia dokonuje oceny wniosków o dofinansowanie na podstawie kryteriów, o których mowa w art. 22 ust. 2 pkt 7.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zakończeniu oceny wniosków, przygotowuje i zatwierdza listę rankingową zawierającą wnioski objęte dofinansowaniem.

3. Lista rankingowa zawiera:

- 1) wnioski uszeregowane pod względem liczby przyznanych punktów w kolejności od największej do najmniejszej;
- 2) nazwę (firmę) wnioskodawcy,
- 3) tytuł albo nazwę wniosku;
- 4) przewidywany okres realizacji wniosku;
- 5) wartość kosztorysową wniosku;
- 6) kwotę wnioskowanej dotacji celowej;
- 7) proponowany procent dofinansowania wniosku;
- 8) proponowaną kwotę dofinansowania w podziale na poszczególne lata realizacji wniosku.

4. Na liście rankingowej uwzględnia się wszystkie wnioski, które podlegały ocenie.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia podaje listę rankingową do publicznej wiadomości na stronie internetowej urzędu obsługującego tego ministra oraz w Biuletynie Informacji Publicznej tego urzędu.

Art. 26. Wnioskodawcy nie przysługuje prawo wniesienia wniosku o dokonanie ponownej oceny wniosku o dofinansowanie w przypadku, gdy proponowany procent dofinansowania wniosku, o którym mowa w art. 25 ust. 3 pkt 7, wynosi 0.

Art. 27. Do postępowania w zakresie konkursu, o którym mowa w art. 20 ust. 1, nie stosuje się przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego, z wyjątkiem przepisów dotyczących obliczania terminów oraz wyłączenia pracownika i organu.

Rozdział 4a⁸⁾**Subfundusz infrastruktury na potrzeby obronne państwa**

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

2. Celem programu inwestycyjnego jest wsparcie podmiotów leczniczych w przygotowaniu do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na potrzeby obronności i bezpieczeństwa państwa w sytuacjach kryzysowych, w szczególności w przypadku wystąpienia stanu wojennego, stanu wyjątkowego albo stanu wojny.

3. Program inwestycyjny obejmuje działania w podmiotach leczniczych w obszarze wsparcia rozwoju infrastruktury tych podmiotów, ich wyposażenia i niezbędnych zasobów materiałowych, które poprawia bezpieczeństwo udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sytuacjach, o których mowa w ust. 2.

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 podmioty lecznicze udzielające świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dofinansowanie następuje w formie dotacji celowej ze środków subfunduszu infrastruktury na potrzeby obronne państwa.

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 lub nazwę wniosku;
- 3) harmonogram realizacji inwestycji;
- 4) opis inwestycji objętej wnioskiem 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, jeżeli dotyczy;
- 10) proponowaną kwotę dofinansowania w podziale na poszczególne lata realizacji inwestycji;
- 11) określenie wysokości środków własnych wnioskodawcy lub środków przeznaczonych na realizację programu inwestycyjnego 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.

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

2. W przypadku gdy kwota przeznaczona w konkursie 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 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.

⁸⁾ Rozdział dodany przez art. 1 pkt 4 ustawy, o której mowa w odnośniku 1; wszedł w życie z dniem 1 stycznia 2026 r.

Rozdział 4b⁸⁾**Subfundusz chorób rzadkich u dzieci**

Art. 27c. 1. Ze środków subfunduszu chorób rzadkich u dzieci finansuje się koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom do ukończenia 18. roku życia w zakresie leczenia chorób rzadkich produktami leczniczymi terapii zaawansowanej, podawanymi jednorazowo w leczeniu szpitalnym, nieobjętych finansowaniem na podstawie art. 15 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1, są finansowane, w przypadku spełnienia łącznie następujących warunków:

- 1) uzyskania przez świadczeniodawcę pozytywnej opinii konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny odpowiedniej ze względu na chorobę rzadką albo konsultanta wojewódzkiego w tej dziedzinie, która zawiera ocenę zasadności zastosowania produktu leczniczego terapii zaawansowanej u danej osoby, o której mowa w ust. 1, zawierającą w szczególności przedstawienie dowodów naukowych uprawdopodobniających przewagę kliniczną tego produktu leczniczego nad najlepszą dostępną terapią w ramach świadczeń gwarantowanych;
- 2) wyczerpania u danej osoby, o której mowa w ust. 1, wszystkich możliwych do zastosowania w chorobie rzadkiej dostępnych technologii medycznych finansowanych ze środków publicznych;
- 3) dopuszczenia do obrotu produktu leczniczego terapii zaawansowanej zgodnie z art. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2025 r. poz. 750, 905, 924, 1416, 1537 i 1795) lub pozostawania w obrocie na podstawie art. 29 ust. 5 lub 6 tej ustawy.

3. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie do ostatniego dnia danego miesiąca kalendarzowego, składa do dysponenta Funduszu wniosek 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.

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.

5. Łączna wysokość dotacji, o których mowa w ust. 3, przekazanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia w danym roku, nie może przekroczyć kwoty 250 mln zł. Wartość kwoty podlega corocznej waloryzacji o średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem, w poprzednim roku kalendarzowym.

6. Średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem, o którym mowa w ust. 5, 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 2025 r. poz. 1749 oraz z 2026 r. poz. 26).

7. 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. 5, po waloryzacji.

Rozdział 5

Subfundusz rozwoju profilaktyki

Art. 28. 1. Dofinansowanie ze środków subfunduszu rozwoju profilaktyki może być przeznaczone na:

- 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 kobiet i mężczyzn na badania w ramach programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej polegających na profilaktyce zdrowotnej;
- 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 zdrowotnej, w określanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na dany rok obszarach priorytetowych;
- 3) finansowanie realizacji świadczeń z zakresu programów zdrowotnych.

2. Środki, o których mowa w ust. 1 pkt 1, przeznacza się na finansowanie współczynników korygujących, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dotyczących świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, z wyłączeniem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

3. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia określi w warunkach zawarcia umowy, o których mowa w art. 159 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, współczynniki korygujące, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 tej ustawy, stosowane w podstawowej opiece zdrowotnej, z wyłączeniem świadczeń nocnej i świątecznej opieki lekarskiej, dotyczące grupy świadczeniobiorców uprawnionych do udziału w określonych programach profilaktycznych.

4. Środki na wsparcie działań określonych w ust. 1 pkt 1–3 minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje w formie dotacji celowej dla Narodowego Funduszu Zdrowia.

5.⁹⁾ Maksymalny poziom dofinansowania ze środków dotacji celowej, o której mowa w ust. 4, dla jednego programu polityki zdrowotnej wynosi 100 % środków przewidzianych na realizację tego programu zgłoszonego w ramach wniosku o dofinansowanie, o którym mowa w ust. 7.

6. Obszary priorytetowe, o których mowa w ust. 1 pkt 2, minister właściwy do spraw zdrowia wskazuje na dany rok, biorąc pod uwagę programy polityki zdrowotnej znajdujące się w repozytorium, o którym mowa w art. 48aa ust. 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

7. Wniosek o dofinansowanie programu polityki zdrowotnej zawiera w szczególności:

- 1) nazwę, siedzibę i adres jednostki samorządu terytorialnego będącej wnioskodawcą;
- 2) określenie oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia właściwego miejscowo dla wnioskodawcy;
- 3) określenie programu polityki zdrowotnej realizowanego przez wnioskodawcę;
- 4) określenie wysokości wnioskowanego dofinansowania;
- 5) określenie wysokości środków własnych wnioskodawcy lub środków przeznaczonych na realizację programu polityki zdrowotnej uzyskanych od innych podmiotów, wraz ze wskazaniem tych podmiotów;
- 6) harmonogram realizacji programu polityki zdrowotnej;
- 7) planowane koszty realizacji programu polityki zdrowotnej;
- 8) opis spodziewanych korzyści z realizacji programu polityki zdrowotnej;
- 9) informację o wymaganiach w zakresie zasobów rzeczowych i zasobów kadrowych oraz kompetencji osób, zapewniających prawidłową realizację programu polityki zdrowotnej;
- 10) oświadczenie o zgodności projektu programu polityki zdrowotnej z rekomendacją określoną w art. 48aa ust. 5 lub 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Art. 29. 1. Wybór wniosków o dofinansowanie programu polityki zdrowotnej 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, o których mowa w art. 30 ust. 2 pkt 2.

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, o których mowa w art. 30 ust. 2 pkt 2, i uzyskały:

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

Art. 30. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia podaje do publicznej wiadomości na stronie internetowej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia oraz w Biuletynie Informacji Publicznej tego urzędu ogłoszenie o konkursie, o którym mowa w art. 29 ust. 1, co najmniej 30 dni przed rozpoczęciem konkursu.

2. Ogłoszenie o konkursie zawiera:

- 1) określenie przedmiotu konkursu;
- 2) kryteria oceny wniosków, w tym liczbę punktów za ich spełnienie, jeżeli dotyczy;
- 3) określenie kwoty przeznaczonej na dofinansowanie wniosków o dofinansowanie programu polityki zdrowotnej;

⁹⁾ Ze zmianą wprowadzoną przez art. 1 pkt 5 ustawy, o której mowa w odnośniku 1.

- 4) określenie maksymalnego dopuszczalnego poziomu dofinansowania wniosku o dofinansowanie programu polityki zdrowotnej lub maksymalnej dopuszczalnej kwoty dofinansowania wniosku o dofinansowanie programu polityki zdrowotnej;
- 5) termin i formę składania wniosków o dofinansowanie programu polityki zdrowotnej.

3. Dofinansowanie programu polityki zdrowotnej następuje po rozpatrzeniu wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej oraz podjęciu przez ministra właściwego do spraw zdrowia decyzji o dofinansowaniu programu polityki zdrowotnej.

4. Podjęcie przez ministra właściwego do spraw zdrowia decyzji o dofinansowaniu programu polityki zdrowotnej stanowi podstawę do zawarcia umowy o dofinansowanie programu.

5. W terminie 14 dni od dnia upływu terminu rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej minister właściwy do spraw zdrowia oraz Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia podają do publicznej wiadomości listę rankingową zaakceptowanych wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej na stronie internetowej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia i centrali Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w Biuletynie Informacji Publicznej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia oraz Narodowego Funduszu Zdrowia.

6. Niezwłocznie po ogłoszeniu listy rankingowej, o której mowa w ust. 5, minister właściwy do spraw zdrowia zawiadamia wnioskodawcę pisemnie o braku akceptacji wniosku o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej wraz z uzasadnieniem braku akceptacji.

7. Wnioskodawca, którego wniosek o dofinansowanie programu polityki zdrowotnej nie został zaakceptowany, może złożyć do ministra właściwego do spraw zdrowia wniosek o dokonanie ponownej oceny wniosku, w terminie 7 dni od dnia otrzymania informacji, o której mowa w ust. 6.

8. Ponownej oceny wniosku o dofinansowanie programu polityki zdrowotnej dokonuje się w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku, o którym mowa w ust. 7.

9. Decyzja ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie ponownej oceny wniosku o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej jest ostateczna. O ostatecznej decyzji wnioskodawca jest informowany pisemnie.

10. Rozliczenie przekazanych środków na dofinansowanie programu polityki zdrowotnej odbywa się na podstawie faktycznie poniesionych kosztów na realizację programu oraz przedstawionego Narodowemu Funduszowi Zdrowia sprawozdania z realizacji programu.

11. Wnioskodawca w terminie 15 dni od dnia zakończenia realizacji programu polityki zdrowotnej, nie później niż do dnia 15 stycznia roku kalendarzowego następującego po roku, w którym przekazano środki, albo w przypadku umowy wieloletniej – po roku, w którym zakończono realizację umowy, przekazuje Narodowemu Funduszowi Zdrowia sprawozdanie z realizacji programu określające działania podjęte w ramach programu i koszty ich realizacji.

12. Przekazanie środków w ramach dofinansowania, o którym mowa w ust. 3, odbywa się na podstawie umowy zawartej przez Narodowy Fundusz Zdrowia z organem wykonawczym jednostki samorządu terytorialnego. Jednostka samorządu terytorialnego zwraca Narodowemu Funduszowi Zdrowia środki niewykorzystane lub wykorzystane niezgodnie z przeznaczeniem.

Art. 30a. Przeprowadzenie konkursu, o którym mowa w art. 29 ust. 1, minister właściwy do spraw zdrowia może zlecić jednostce mu podległej lub przez niego nadzorowanej.

Rozdział 6

Subfundusz terapeutyczno-innowacyjny

Art. 31. 1. Ze środków subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego finansuje się koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom do ukończenia 18. roku życia w zakresie, w jakim kwoty zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec świadczeniodawców z tytułu udzielania tych świadczeń zostały dostosowane zgodnie z art. 136 ust. 2 pkt 1c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie 30 dni po upływie każdego kwartału roku kalendarzowego, składa do dysponenta Funduszu wnioski o przekazanie dotacji celowej na pokrycie kosztów świadczeń, o których mowa w ust. 1, 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.

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 20 % limitu wydatków z budżetu państwa wskazanych dla danego roku w art. 38 ust. 1.

Art. 32. 1. Ze środków subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego finansuje się koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych poza granicami kraju na podstawie art. 42d, art. 42i i art. 42j ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie do ostatniego dnia danego miesiąca kalendarzowego, składa do dysponenta Funduszu wniosek 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.

Art. 32a. 1. Ze środków subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego finansuje się koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom do ukończenia 18. roku życia, związanych z diagnostyką genetyczną, zakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowane z zakresów, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie do ostatniego dnia danego miesiąca kalendarzowego, składa do dysponenta Funduszu wniosek 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.

Art. 32b. Ze środków subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego finansuje się szczepionki do przeprowadzania zalecanych szczepień ochronnych w ramach Programu Szczepień Ochronnych, o którym mowa w art. 17 ust. 11 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Art. 33. 1. W danym roku kalendarzowym środki Funduszu w wysokości nie większej niż 10 % wartości całkowitego budżetu na refundację, o którym mowa w art. 2 pkt 3 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, określonej w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na ten rok, zatwierdzonym w trybie, o którym mowa w art. 121 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, albo ustalonym w trybie, o którym mowa w art. 121 ust. 5 tej ustawy, albo w trybie, o którym mowa w art. 123 ust. 3 tej ustawy, przeznaczają się na finansowanie zadań, o których mowa w art. 7 pkt 4.

2. Środki Funduszu przeznaczają się na finansowanie zadań, o których mowa w art. 7 pkt 3, świadczeniodawcom, o których mowa w art. 951 ust. 2 pkt 3–6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, posiadającym umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do wysokości przyznanego im limitu rocznego.

3. Wysokość limitu rocznego, o którym mowa w ust. 2, wynosi 4 % sumy kwot, o których mowa w art. 136 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przeznaczonych na finansowanie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego objętych programami lekowymi oraz leków stosowanych w chemioterapii.

4. W przypadku gdy w trakcie prowadzonego postępowania o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu leku lub wydania decyzji, na podstawie wniosku, o którym mowa w art. 24 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, lek został umieszczony na opublikowanej przez ministra właściwego do spraw zdrowia liście technologii lekowych o wysokiej wartości klinicznej w danym wskazaniu na podstawie wykazu publikowanego przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, zgodnie z art. 40a ust. 3 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, lek ten jest finansowany w ramach środków, o których mowa w ust. 1.

Art. 33a. 1. Dofinansowanie ze środków subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego w formie dotacji celowej mogą uzyskać zadania, o których mowa w art. 7 pkt 2a.

2. Innowacyjne rozwiązania, o których mowa w art. 7 pkt 2a, stanowią wyroby medyczne oraz sprzęt medyczny wraz z oprogramowaniem wykorzystujące technologie informacyjno-komunikacyjne oraz pozwalające na usprawnienie procesu diagnostyki i leczenia pacjenta.

Art. 33b. 1. Wybór wniosków o dofinansowanie zadań, o których mowa w art. 7 pkt 2a, następuje w drodze konkursu.

2. Jeżeli kwota przeznaczona w konkursie na dofinansowanie zadań, o których mowa w art. 7 pkt 2a, wystarcza na objęcie dofinansowaniem wszystkich wniosków, o których mowa w ust. 1, dofinansowanie mogą uzyskać wnioski, które spełniły kryteria oceny wniosków.

3. Jeżeli kwota przeznaczona w konkursie na dofinansowanie zadań, o których mowa w art. 7 pkt 2a, 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.

Art. 33c.¹⁰⁾ Minister właściwy do spraw zdrowia może każdego roku przyznać jednostce właściwej w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia ze środków subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego środki na realizację zadań, o których mowa w art. 7 pkt 10.

Rozdział 7

Zmiany w przepisach

Art. 34–36. (pominięte)

Rozdział 8

Przepisy dostosowujące i przejściowe oraz przepis końcowy

Art. 37. Tworzy się Fundusz Medyczny.

Art. 38. 1. Maksymalny limit wydatków z budżetu państwa będących skutkiem wejścia w życie niniejszej ustawy wynosi:

- 1) w 2020 r. – 2,0 mld zł;
- 2) w 2021 r. – 4,2 mld zł;
- 3) w 2022 r. – 4,2 mld zł;
- 4) w 2023 r. – 4,2 mld zł;
- 5) w 2024 r. – 4,2 mld zł;
- 6) w 2025 r. – 4,2 mld zł;
- 7)¹¹⁾ w 2026 r. – 5,2 mld zł;
- 8)¹¹⁾ w 2027 r. – 7,0 mld zł;
- 9)¹¹⁾ w 2028 r. – 8,0 mld zł;
- 10)¹¹⁾ w 2029 r. – 6,3 mld zł.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia monitoruje wykorzystanie limitów wydatków, o których mowa w ust. 1.

3. W przypadku przekroczenia lub zagrożenia przekroczeniem przyjętego na dany rok maksymalnego limitu wydatków zostanie zastosowany mechanizm korygujący, polegający na zmianie planu finansowego Funduszu Medycznego przez odpowiednie zmniejszenie kosztów Funduszu Medycznego w danym roku.

4. Zmiana planu finansowego Funduszu Medycznego nie może skutkować ograniczeniem finansowania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 32.

Art. 39. 1. Przygotowanie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji pierwszego wykazu technologii lekowych o wysokim poziomie innowacyjności, o którym mowa w art. 40a ust. 2 ustawy zmienianej w art. 36¹²⁾, i przedstawienie go ministrowi właściwemu do spraw zdrowia nastąpi nie później niż w terminie 3 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

¹⁰⁾ Dodany przez art. 1 pkt 6 ustawy, o której mowa w odnośniku 1.

¹¹⁾ W brzmieniu ustalonym przez art. 1 pkt 7 ustawy, o której mowa w odnośniku 1.

¹²⁾ Artykuł 36 zawiera zmiany do ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

2. Pierwszy wykaz, o którym mowa w ust. 1, zawiera leki dopuszczone do obrotu w procedurze centralnej w Unii Europejskiej, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2020 r. poz. 944 i 1493), od dnia 1 stycznia 2020 r.

3. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji przygotowuje wykaz technologii lekowych o wysokiej wartości klinicznej, o którym mowa w art. 40a ust. 8 ustawy zmienianej w art. 36¹²⁾, i przedstawi go ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, w terminie 9 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

4. Wykaz, o którym mowa w ust. 3, zawiera leki dopuszczone do obrotu w procedurze centralnej w Unii Europejskiej, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, od dnia 1 stycznia 2017 r.

Art. 40. 1. Wnioski o ratunkowy dostęp do technologii lekowych złożone przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy podlegają, po tym dniu, rozpatrzeniu, na podstawie przepisów ustawy zmienianej w art. 34¹³⁾, w brzmieniu dotychczasowym.

2. W przypadku konieczności kontynuacji terapii świadczeniobiorców, którzy rozpoczęli terapię w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, kontynuacja tej terapii odbywa się na podstawie przepisów ustawy zmienianej w art. 34¹³⁾, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Art. 41. Przepis art. 8 pkt 2 w zakresie określającym wysokość corocznej wpłaty z budżetu państwa stosuje się począwszy od ustawy budżetowej na rok 2021.

Art. 42. Ustawa wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia¹⁴⁾.

¹³⁾ Artykuł 34 zawiera zmiany do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

¹⁴⁾ Ustawa została ogłoszona w dniu 26 października 2020 r.