

Komunikat dla świadczeniodawców realizujących programy lekowe - zasady rozliczania ryczałtów diagnostycznych oraz badań kosztochłonnych od 1 lipca 2026 r.

W związku z wejściem w życie zarządzenia nr [75/2026/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 lipca 2026 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe](#), Fundusz przedstawia informacje dotyczące zasad rozliczania ryczałtów diagnostycznych oraz badań kosztochłonnych w programach lekowych, obowiązujących dla świadczeń udzielonych od 1 lipca 2026 r.

Zgodnie z zapisami § 25 omawianego zarządzenia koszty badań diagnostycznych realizowanych w danym programie lekowym są rozliczane przez świadczeniodawcę z zastosowaniem odpowiednio:

- 1) ryczałtu określonego dla każdego programu lekowego w katalogu ryczałtów (**katalog 1I**) lub
- 2) katalogu badań kosztochłonnych (**katalog 2I**).

Zasady rozliczania ryczałtów diagnostycznych pozostają niezmiennie.

Katalog badań kosztochłonnych zawiera świadczenia wynikające z [obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z 2 lipca 2026 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych obejmujących ryczałty diagnostyczne w onkologicznych programach lekowych](#).

Badania kosztochłonne możliwe są do rozliczania w ramach programów lekowych dotyczących leczenia chorób onkologicznych, w tym hematoonkologicznych, zgodnie z przyporządkowanymi zakresami w katalogu 2I. Dotyczą one badań niezbędnych do kwalifikacji świadczeniobiorcy do programu lekowego oraz koniecznych do monitorowania skuteczności i bezpieczeństwa jego terapii, wymaganych zgodnie z opisem danego programu lekowego.

Warunkiem rozliczenia świadczeń z katalogu 2I jest ich wykonanie zgodnie ze wskazaniami i częstotliwością określonymi w opisie danego programu lekowego. Świadczenia te mogą być wykazywane do rozliczenia samodzielnie, bez konieczności sumowania z innymi świadczeniami pobytowymi i/lub lekowymi.

Badania ujęte w katalogu badań kosztochłonnych w programach lekowych nie mogą być jednocześnie rozliczane w ramach innych umów, jeżeli prowadziłoby to do podwójnego finansowania tego samego świadczenia (np. ASDK) u danego pacjenta.

Świadczeniodawca rozliczający świadczenia z katalogu badań kosztochłonnych, obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym:

- 1) kodu istotnej procedury medycznej, według wskazanej przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy wersji ICD-9, z obowiązkowym wskazaniem daty realizacji badania, również w sytuacjach, gdy jest ono wykonane przez podwykonawcę świadczeniodawcy posiadającego zawartą umowę na program lekowy, tj.:

w raporcie statystycznym, tj. w komunikacie elektronicznym XML SWIAD w elemencie „procedura” należy przekazać następujące dane:

data-wyk	0-1	data	Data wykonania procedury	Występuje w przypadkach określonych w § 3 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia. Od 1 lipca 2026 r. obligatoryjnie przekazywane dla produktów rozliczeniowych zawartych w katalogu 21 „Katalog badań kosztochłonnych w programach lekowych” do zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie programów lekowych, również w sytuacjach, gdy dane badanie diagnostyczne jest realizowane przez podwykonawcę świadczeniodawcy posiadającego zawartą umowę na program lekowy.
----------	-----	------	--------------------------	---

- 2) daty sporządzenia opisu wyników badań, w przypadku udzielenia świadczenia rezonansu magnetycznego lub tomografii komputerowej w trybie ambulatoryjnym, tj.:

w raporcie statystycznym, tj. w komunikacie elektronicznym XML SWIAD należy przekazać następujące dane:

7	dane-opis-bad		0-1		Dodatkowe dane przekazywane przez podmioty w przypadku badań diagnostycznych wymagających opisu.	
		data-opisu	1	data	Data sporządzenia opisu wyniku badań diagnostycznych	Stosowane w przypadku udzielenia świadczenia rezonansu magnetycznego lub tomografii komputerowej, z wyłączeniem świadczeń udzielanych w zakresie leczenia szpitalnego oraz świadczeń wysokospecjalistycznych.

Powyższe należy wykazywać w sprawozdawczości dla świadczeń zrealizowanych od miesiąca lipca 2026 r.

Brak przekazania wymaganych informacji, w szczególności daty realizacji procedury ICD-9 lub daty opisu badania TK/MR wykonanego w trybie ambulatoryjnym, może uniemożliwić pozytywną weryfikację świadczenia i skutkować brakiem możliwości jego rozliczenia.

Nowe zasady mają zastosowanie do świadczeń udzielonych od dnia 1 lipca 2026 r., zgodnie z przepisami określonymi w przedmiotowym zarządzeniu.