



Agencja Oceny Technologii
Medycznych i Taryfikacji
Wydział Taryfikacji

Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń

nr DAiR.543.3.2025

**Świadczenia gwarantowane obejmujące
badania tomografii komputerowej oraz
rezonansu magnetycznego**



Objaśnienia skrótów

Agencja/AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
AOS	ambulatoryjna opieka specjalistyczna
ASDK	ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne
BASiW	Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych
bd.	brak danych
COVID 19	ang. Coronavirus Disease 2019
CPL	względne poziomy cen (ang. <i>comparative price levels</i>)
DRG	jednorodne grupy pacjentów (ang. <i>Diagnosis Related Groups</i>)
EUR	euro
EUROSTAT	Europejski Urząd Statystyczny (ang. <i>European Statistical Office</i>)
FFS	płatność za usługę (ang. <i>fee for service</i>)
GBP	funt brytyjski
GUS	Główny Urząd Statystyczny
ICD-9 PL	międzynarodowa klasyfikacja procedur medycznych – wersja polska (ang. <i>International Classification System for Surgical, Diagnostic and Therapeutic Procedures</i>)
ICD-10	międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych (ang. <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>)
JGP	jednorodne grupy pacjentów
KORD	kompleksowa opieka rozwojowa nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie
KOS-BAR	kompleksowa opieka specjalistyczna nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej
KOSM	kompleksowa opieka nad świadczeniobiorcą ze stwardnieniem rozsianym
KOWZS	kompleksowa opieka nad świadczeniobiorcą z wczesnym zapaleniem stawów
LSZ	leczenie szpitalne
Metodyka	proces gromadzenia oraz przetwarzania danych niezbędnych do realizacji zadań związanych z ustaleniem taryfy świadczeń, jak również rodzaj i zakres gromadzonych informacji, opisany w dokumencie sporządzonym przez Agencję
MSWiA	Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji
MZ	Ministerstwo Zdrowia
nd.	nie dotyczy
NF1	koordynowana opieka nad chorymi z neurofibromatozami oraz pokrewnymi im rasopatiami
NFZ/Płatnik	Narodowy Fundusz Zdrowia
OECD	Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (ang. <i>Organization for Economic Co-operation and Development</i>)
OPCS	Biuro Spisów Powszechnych i Badań Ludności (ang. <i>Office of Population Censuses and Surveys</i>)
OPK	ośrodek powstawania kosztów
OPS	system kodów klasyfikacji procedur (niem. <i>Operationen und Prozedurenschlüssel</i>)
PKB	produkt krajowy brutto
PL	produkt leczniczy
PLN	złoty polski
PPP	parytet siły nabywczej (ang. <i>purchasing power parity</i>)
RM/MR/MRI	rezonans magnetyczny (ang. <i>magnetic resonance imaging</i>)
RPWDL	Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą
TK/CT	tomografia komputerowa (ang. <i>computed tomography</i>)

UE	Unia Europejska
Ustawa o świadczeniach	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.).
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia (ang. <i>World Health Organization</i>)
WM	wyrób medyczny

Spis treści

1. Problem decyzyjny	6
2. Taryfikowane świadczenie.....	11
2.1. Charakterystyka świadczenia	11
2.2. Aktualny sposób finansowania w Polsce	14
2.2.1. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	14
2.2.2. Leczenie szpitalne.....	17
2.2.3. Programy pilotażowe	27
2.3. Analiza popytu i podaży	27
2.3.1. Realizacja świadczeń	28
2.3.2. Kolejki oczekujących.....	38
2.3.3. Potencjał kadrowy – liczba lekarzy.....	40
2.3.4. Potencjał sprzętowy – sprzęt i pracownice.....	41
2.3.5. Nakłady inwestycyjne współfinansowane.....	43
2.3.6. Dostępność do świadczeń tle europejskim	44
2.3.7. Efekty skali.....	49
2.4. Stan finansowania w innych krajach	50
2.4.1. Anglia.....	51
2.4.2. Niemcy.....	52
2.5. Cenniki komercyjne.....	53
2.6. Uwagi do świadczenia.....	55
3. Projekt taryfy.....	56
3.1. Źródła danych.....	56
3.1.1. Dane finansowo-księgowe	56
3.1.2. Dane o wynagrodzeniach	56
3.1.3. Współpraca z ekspertami	57
3.1.4. Cenniki komercyjne leków	57
3.2. Analiza danych	57
3.2.1. Mnożnik zmian wielkości kosztów	58
3.2.2. Propozycje przebiegu świadczeń tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego	58
3.2.3. Stawka godzinowa zajęcia infrastruktury	59
3.2.4. Stawki godzinowe wynagrodzeń	60

3.2.5.	Koszt wyrobów medycznych i produktów leczniczych.....	60
3.2.6.	Wynik analizy kosztów	61
3.3.	Analiza wrażliwości	67
3.4.	Projekt taryfy	68
4.	Analiza wpływu na system opieki zdrowotnej	75
4.1.	Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego	75
4.2.	Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej.....	84
5.	Najważniejsze informacje i wnioski.....	87
6.	Spis tabel i rysunków	101
7.	Załączniki.....	103

1. Problem decyzyjny

Celem niniejszego raportu jest dokumentacja procesu przygotowania projektu taryfy świadczenia gwarantowanego opieki zdrowotnej, w oparciu o przyjętą metodykę taryfikacji świadczeń.

Podstawę podjęcia przedmiotowych prac stanowi zlecenie Ministra Zdrowia z dnia 28.06.2025 r. odnoszące się do Planu Taryfikacji na rok 2025 w punkcie: IV - Inne zadania w zakresie taryfikacji świadczeń, szczególnie istotne dla bieżącego funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, dotyczące przygotowania taryfy świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne) w obszarze badań tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego.

W związku z wejściem w życie z dniem 17 września 2025 r. zmian w Ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.), nakładających obowiązek uwspólnienia wpływu proponowanych taryf na strukturę udzielanych świadczeń, rozszerzono analizę o badania TK i RM realizowane w trybie szpitalnym. Celem tego podejścia jest zapewnienie spójności wyceny zarówno dla świadczeń udzielanych ambulatoryjnie, jak i szpitalnie, przy jednoczesnym uwzględnieniu potrzeby zwiększenia udziału badań wykonywanych w trybie ambulatoryjnym.

Przedmiotem raportu są:

świadczenia gwarantowane z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zgodnie z art. 15 Ustawy o świadczeniach scharakteryzowane procedurami medycznymi (kod ICD-9 PL) z Rozporządzenia Ministra Zdrowia (Dz. U. z 2016 r. poz. 357 z późn. zm.), zamieszczone w załączniku nr 1 do raportu, oraz świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego, zgodnie z art. 15 Ustawy o świadczeniach scharakteryzowane procedurami medycznymi (kod ICD-9 PL), zamieszczonymi w załączniku nr 2 do raportu,

świadczenia realizowane w trybie ambulatoryjnym identyfikowane produktami rozliczeniowymi Narodowego Funduszu Zdrowia w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna określonymi w załączniku 1b do zarządzenia nr 132/2024/DSOZ z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna z późn. zm.:

- w zakresie tomografii komputerowej:
 - TK: badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego (5.03.00.0000025);
 - TK: badanie głowy ze wzmocnieniem kontrastowym (5.03.00.0000094);
 - TK: badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (5.03.00.0000027);
 - TK głowy bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym (5.03.00.0000098);
 - TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego (5.03.00.0000070);
 - TK: innej okolicy anatomicznej ze wzmocnieniem kontrastowym (5.03.00.0000095);
 - TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (5.03.00.0000071);
-

-
- TK: badanie dwóch okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego (5.03.00.0000096);
 - TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego (5.03.00.0000115);
 - TK: badanie dwóch okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym (5.03.00.0000097);
 - TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym (5.03.00.0000116);
 - TK: badanie dwóch okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (5.03.00.0000073);
 - TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (5.03.00.0000117);
 - TK innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym (5.03.00.0000099);
 - TK: angiografia (z wyłączeniem angiografii tt. wieńcowych) (5.03.00.0000088);
 - TK: angiografia tętnic wieńcowych 3) (5.03.00.0000127);
 - TK: wirtualna kolonoskopia u pacjentów, u których warunki anatomiczne uniemożliwiają wykonanie kolonoskopii tradycyjnej (5.03.00.0000086);
 - Badanie kardiologiczne TK (obejmuje badanie morfologii i czynności mięśnia sercowego - także ze wzmocnieniem kontrastowym (5.03.00.0000087);
 - w zakresie rezonansu magnetycznego:
 - MR badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego (5.03.00.0000075);
 - MR badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (5.03.00.0000078);
 - MR badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez wzmocnienia kontrastowego (5.03.00.0000118);
 - MR badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż kręgosłup bez wzmocnienia kontrastowego (5.03.00.0000076);
 - MR badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (5.03.00.0000119);
 - MR badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż odcinek kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (5.03.00.0000079);
 - MR badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego (5.03.00.0000100);
 - MR badanie trzech odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego (5.03.00.0000120);
 - MR badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (5.03.00.0000101);
 - MR badanie trzech odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (5.03.00.0000121);
 - MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego (5.03.00.0000102);
 - MR badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego (5.03.00.0000122);
-

- MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (5.03.00.0000103);
- MR badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (5.03.00.0000123);
- MR badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym (5.03.00.0000105);
- Angiografia MR bez wzmocnienia kontrastowego (5.03.00.0000077);
- Angiografia ze wzmocnieniem kontrastowym - MR (5.03.00.0000104);
- MR badanie czynnościowe mózgu (5.03.00.0000106);
- Spektroskopia - MR (5.03.00.0000081);
- MR Badanie serca - czynnościowe i morfologiczne bez wzmocnienia kontrastowego (5.03.00.0000124);
- MR Badanie serca - czynnościowe i morfologiczne bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (5.03.00.0000125);
- MR badanie piersi (5.03.00.0000126).

Świadczenia realizowane w trybie szpitalnym identyfikowane produktami rozliczeniowymi Narodowego Funduszu Zdrowia w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna określonymi w załączniku 1c do Zarządzenia nr 132/2024/DSOZ z dnia 29 marca 2024 r. w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne z późn. zm.:

- tomografia komputerowa:
 - 5.53.01.0001600 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego;
 - 5.53.01.0001601 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie głowy ze wzmocnieniem kontrastowym;
 - 5.53.01.0001602 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym;
 - 5.53.01.0001603 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym;
 - 5.53.01.0001604 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego;
 - 5.53.01.0001605 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie innej okolicy anatomicznej ze wzmocnieniem kontrastowym;
 - 5.53.01.0001606 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie innej okolicy anatomicznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym;
 - 5.53.01.0001607 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie dwóch okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego;
 - 5.53.01.0001608 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego;
 - 5.53.01.0001609 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie dwóch okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym;
 - 5.53.01.0001610 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym;

- 5.53.01.0001611 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie dwóch okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym;
- 5.53.01.0001612 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym;
- 5.53.01.0001613 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym;
- 5.53.01.0001614 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: angiografia (z wyłączeniem angiografii tt. Wieńcowych);
- 5.53.01.0001615 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: angiografia tt. Wieńcowych u pacjentów po zabiegach koronaroplastyki lub wszczepieniu by-passów;
- 5.53.01.0001616 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: wirtualna kolonoskopia u pacjentów, u których warunki anatomiczne uniemożliwiają wykonanie kolonoskopii tradycyjnej;
- 5.53.01.0001617 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie kardiologiczne (obejmuje badanie morfologii i czynności mięśnia sercowego - także ze wzmocnieniem kontrastowym);
- rezonans magnetyczny:
 - 5.53.01.0001618 Badanie obrazowe metodą rezonansu magnetycznego: badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego;
 - 5.53.01.0001619 Badanie obrazowe metodą rezonansu magnetycznego: badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym;
 - 5.53.01.0001620 Badanie obrazowe metodą rezonansu magnetycznego: badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez wzmocnienia kontrastowego;
 - 5.53.01.0001621 Badanie obrazowe metodą rezonansu magnetycznego: badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż kręgosłup bez wzmocnienia kontrastowego;
 - 5.53.01.0001622 Badanie obrazowe metodą rezonansu magnetycznego: badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym;
 - 5.53.01.0001623 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż odcinek kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym;
 - 5.53.01.0001624 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego;
 - 5.53.01.0001625 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie trzech odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego;
 - 5.53.01.0001626 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym;
 - 5.53.01.0001627 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie trzech odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym;
 - 5.53.01.0001628 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego;

-
- 5.53.01.0001629 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego;
 - 5.53.01.0001630 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym;
 - 5.53.01.0001631 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym;
 - 5.53.01.0001632 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym;
 - 5.53.01.0001633 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: angiografia bez wzmocnienia kontrastowego;
 - 5.53.01.0001634 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: angiografia ze wzmocnieniem kontrastowym;
 - 5.53.01.0001635 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie czynnościowe mózgu;
 - 5.53.01.0001636 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: spektroskopia;
 - 5.53.01.0001637 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie serca (czynnościowe i morfologiczne bez wzmocnienia kontrastowego);
 - 5.53.01.0001638 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie serca (czynnościowe i morfologiczne bez i ze wzmocnieniem kontrastowym).
-

zwane dalej: Badania TK i RM.

Taryfikowane świadczenia były przedmiotem prac Agencji w 2016 roku. Wyniki prac zostały zawarte w dwóch raportach taryfikacyjnych pt.: *Świadczenia tomografii komputerowej finansowane w ramach produktów NFZ z katalogu ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych* (nr. WT.541.34.2016, z dnia 3.10.2016 r.) oraz *Świadczenia rezonansu magnetycznego finansowane w ramach produktów NFZ z katalogu ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych* (nr. WT.541.36.2016, z dnia 3.10.2016 r.).

Dodatkowo w 2025 roku Agencja na zlecenie Ministra Zdrowia (znak: WT.543.27.2025 z dnia 29.05.2025 r.) przygotowała wycenę produktów rozliczeniowych nowego świadczenia pn. Kompleksowa opieka specjalistyczna nad świadczeniobiorcą z endometriozą realizowanego w ramach leczenia szpitalnego, wśród których zaproponowano produkt Badanie obrazowe metodą rezonansu magnetycznego w protokole endometriozy. Produkt ten nie jest objęty pracami niniejszego raportu ze względu na aktualność kosztów jego realizacji.

2. Taryfikowane świadczenie

2.1. Charakterystyka świadczenia

Badania obrazowe stanowią jeden z kluczowych filarów współczesnej diagnostyki medycznej. W szczególności tomografia komputerowa (TK) oraz rezonans magnetyczny (RM) należą do świadczeń o wysokiej wartości diagnostycznej, które umożliwiają precyzyjną ocenę struktur anatomicznych, procesów chorobowych oraz skuteczność podejmowanego leczenia. Ze względu na swoją specyfikę i znaczenie kliniczne są one zaliczane do tzw. świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych, finansowanych ze środków publicznych w ramach zarówno ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, jak i leczenia szpitalnego.

Ich realizacja wymaga znacznych nakładów inwestycyjnych na sprzęt i infrastrukturę oraz systematycznych wydatków związanych z utrzymaniem aparatury i personelu. Jednocześnie właściwe wykorzystanie tych badań może prowadzić do ograniczenia kosztów pośrednich w ochronie zdrowia, poprzez szybsze postawienie diagnozy, skrócenie czasu hospitalizacji, unikanie zbędnych procedur diagnostycznych i leczenia powikłań wynikających z późnego rozpoznania choroby.

W kontekście polityki zdrowotnej istotne znaczenie ma dążenie do zwiększenia udziału badań TK i RM realizowanych w trybie ambulatoryjnym, co pozwala na racjonalizację procesu leczenia, odciążenie szpitali oraz efektywniejsze wydatkowanie środków publicznych.

Tomografia komputerowa (TK)

Tomografia komputerowa jest nieinwazyjną metodą obrazowania, która wykorzystuje promieniowanie rentgenowskie oraz zaawansowane techniki komputerowej rekonstrukcji obrazu. Badanie pozwala na uzyskanie przekrojów poprzecznych badanego obszaru ciała, które następnie mogą być przetwarzane w obrazy trójwymiarowe. Dzięki wysokiej rozdzielczości przestrzennej i szybkości akwizycji obrazu TK znajduje szerokie zastosowanie w diagnostyce nagłych stanów medycznych, chorób przewlekłych oraz w planowaniu leczenia chirurgicznego i onkologicznego.

Badanie tomograficzne wykonywane jest przede wszystkim w przypadkach, gdy konieczna jest szybka ocena struktur wewnętrznych organizmu, w tym ośrodkowego układu nerwowego, klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy czy układu kostnego. Typowymi wskazaniami są m.in. urazy czaszkowo-mózgowe, podejrzenia udaru mózgu, krwotoki wewnętrzne, choroby płuc, zmiany nowotworowe, choroby jamy brzusznej oraz ocena złamań kości złożonych.

Ze względu na zastosowanie promieniowania jonizującego, TK wiąże się z pewnym ryzykiem ekspozycji pacjenta, dlatego wskazania do jego wykonania powinny być zawsze oparte na ocenie korzyści klinicznych w stosunku do potencjalnych obciążeń zdrowotnych. W wielu przypadkach stosuje się podanie środka kontrastowego, co zwiększa dokładność diagnostyczną, zwłaszcza w obrazowaniu naczyń krwionośnych czy ocenie guzów nowotworowych.

Rezonans magnetyczny (RM)

Rezonans magnetyczny to metoda obrazowania wykorzystująca pole magnetyczne i fale radiowe do uzyskania szczegółowych obrazów struktur wewnętrznych organizmu. W przeciwieństwie do TK badanie nie wykorzystuje promieniowania jonizującego, dzięki czemu może być stosowane u pacjentów wymagających powtarzalnych badań kontrolnych, a także w grupach szczególnego ryzyka, np. u dzieci czy osób młodych.

RM cechuje się bardzo wysoką zdolnością różnicowania tkanek miękkich, co sprawia, że jest niezastąpione w diagnostyce chorób ośrodkowego układu nerwowego, rdzenia kręgowego, stawów, mięśni, serca i naczyń krwionośnych. Typowe wskazania do badania obejmują m.in. guzy mózgu, stwardnienie rozsiane, choroby neurodegeneracyjne, zmiany pourazowe w obrębie kręgosłupa, uszkodzenia więzadeł i chrząstek stawowych, a także choroby serca i dużych naczyń. Podobnie jak w TK, w wielu sytuacjach diagnostycznych stosowane jest podanie środka kontrastowego, co pozwala na lepszą wizualizację zmian patologicznych.

Wadą rezonansu magnetycznego jest natomiast dłuższy czas trwania badania oraz ograniczenia związane z obecnością u pacjenta implantów, urządzeń elektronicznych (np. stymulatorów serca) czy innych elementów metalicznych. Ponadto RM jest badaniem bardziej kosztownym.

Realizacja badań TK i RM w systemie ochrony zdrowia

Zarówno tomografia komputerowa, jak i rezonans magnetyczny wykonywane są w trybie ambulatoryjnym, jak i szpitalnym. Tryb ambulatoryjny dotyczy przede wszystkim pacjentów kierowanych przez lekarzy specjalistów w celu pogłębionej diagnostyki, bez konieczności hospitalizacji. Tryb szpitalny obejmuje natomiast sytuacje wymagające pilnej interwencji diagnostycznej w ramach leczenia ostrego lub w trakcie hospitalizacji planowej, np. przed zabiegiem operacyjnym.

Badania TK i RM wymagają wysokospecjalistycznej aparatury, odpowiedniego zaplecza technicznego oraz wysoko wykwalifikowanego personelu medycznego, w tym techników elektroradiologii, pielęgniarek oraz lekarzy specjalistów w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej. Proces realizacji świadczenia obejmuje etap kwalifikacji pacjenta, wykonania badania oraz opis wyniku przez radiologa. Wynik badania stanowi kluczowy element procesu diagnostyczno-terapeutycznego, determinując dalsze decyzje kliniczne.

Wskazania i znaczenie kliniczne

Zarówno TK, jak i RM stanowią podstawę diagnostyki w licznych dziedzinach medycyny, takich jak neurologia, onkologia, ortopedia, kardiologia, chirurgia czy medycyna ratunkowa. Ich znaczenie wzrosło wraz z postępem technologii obrazowania, która umożliwia uzyskanie coraz dokładniejszych obrazów, a tym samym wcześniejsze wykrycie patologii i skuteczniejsze leczenie pacjentów:

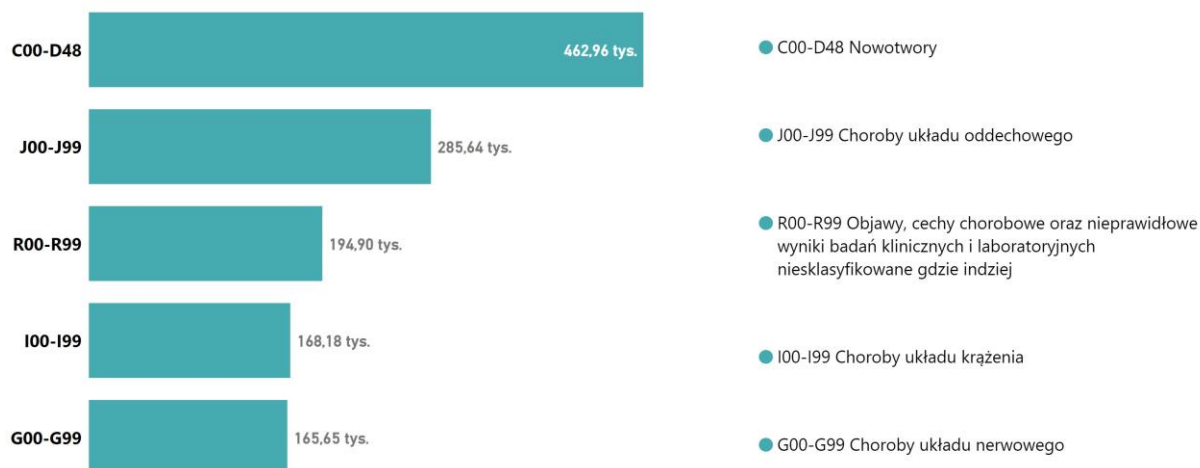
- TK jest badaniem pierwszego wyboru w stanach nagłych, szczególnie w urazach i ostrych zespołach neurologicznych.
- RM jest złotym standardem w diagnostyce tkanek miękkich i patologii wymagających wysokiej rozdzielczości kontrastowej.

W praktyce klinicznej badania te często się uzupełniają, umożliwiając kompleksową ocenę stanu zdrowia pacjenta.

Do najczęściej sprawozdawanych w 2023 r., wg. Map potrzeb zdrowotnych, jednostek chorobowych w pracowni tomografii komputerowej należą nowotwory (462,96 tys. porad), choroby układu oddechowego (285,64 tys. porad), objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych niesklasyfikowane gdzie indziej (194,64 tys. porad), choroby układu krążenia (168,18 tys. porad) oraz choroby układu nerwowego (165,65 tys. porad) (poniższy rysunek).

Najczęściej sprawozdawane jednostki chorobowe w pracowni tomografii komputerowej w 2023 r.

Dane pozyskane z Mapy potrzeb zdrowotnych

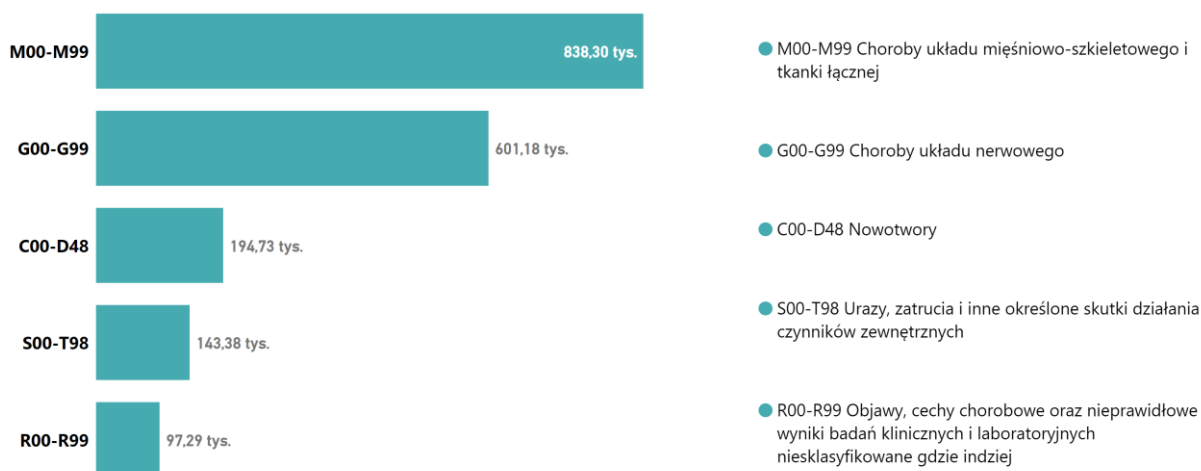
**Rysunek 1 Najczęściej sprawozdawane rozpoznania w pracowni tomografii komputerowej w 2023 r.**

Źródło: Mapy potrzeb zdrowotnych

Mimo faktu, że uznaje się rezonans magnetyczny za metodę diagnostyczną alternatywną do tomografii komputerowej, to najczęstsze sprawozdawane rozpoznania w pracowni rezonansu magnetycznego różnią się znacznie od danych sprawozdanych w pracowni tomografii. Rezonans magnetyczny w 2023 r. najczęściej wykonywano pacjentom cierpiącym na choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej (838,30 tys. porad), choroby układu nerwowego (601,18 tys. porad), nowotwory (194,73 tys. porad), urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (143,38 tys. porad), objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych niesklasyfikowane gdzie indziej (97,29 tys. porad) (poniższy rysunek).

Najczęściej sprawozdawane jednostki chorobowe w pracowni rezonansu magnetycznego w 2023 r.

Dane pozyskane z Mapy potrzeb zdrowotnych

**Rysunek 2 Najczęściej sprawozdawane rozpoznania w pracowni rezonansu magnetycznego w 2023 r.**

Źródło: Mapy potrzeb zdrowotnych

2.2. Aktualny sposób finansowania w Polsce

2.2.1. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Rozporządzenie Ministra Zdrowia

Świadczenia gwarantowane dotyczące badań tomografii komputerowej (TK) oraz rezonansu magnetycznego (RM) realizowane w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne) określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej* (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 357 z późn. zm.). W załączniku nr 1 do raportu przedstawiono szczegółowe warunki, jakie powinni spełniać świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych będących przedmiotem raportu, określone w części VI (TK) i VIII (RM) załącznika nr 2 ww. rozporządzenia.

Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Zasady kontraktowania i rozliczania świadczeń określone zostały w Zarządzeniu nr 132/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2024 r. *w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna* z późn. zm. (załącznik nr 1b katalog zakresów ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych). W aktualnym katalogu zastąpiono produkt o kodzie 5.03.00.0000085 - TK: angiografia tt. wieńcowych u pacjentów po zabiegach koronaroplastyki lub wszczepieniu by-passów produktem o kodzie 5.03.00.0000127 - TK: angiografia tętnic wieńcowych¹.

Aktualny katalog produktów rozliczeniowych dedykowanych tomografii komputerowej i rezonansowi magnetycznemu zawarto w poniższej tabeli.

Tabela 1 Katalog ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych – tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny

Kod – nazwa zakresu	Kod świadczenia	Wykaz świadczeń rozliczanych w ramach zakresu	Wartość punktowa ²	Uwagi
02.7220.072.02 - badania tomografii komputerowej (TK)	5.03.00.0000025	TK: badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego	171	wybrany produkt można sumować w zakresie hematologii, onkologii i hematologii dziecięcej z produktem "Skazy krwotoczne – rozszerzona ocena stanu zdrowia"
	5.03.00.0000094	TK: badanie głowy ze wzmocnieniem kontrastowym	277	
	5.03.00.0000027	TK: badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	351	
	5.03.00.0000098	TK głowy bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	365	

¹ W Zarządzeniu nr 132/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2024 r. *w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna*, w związku z umożliwieniem kierowania na badanie TK tętnic wieńcowych w diagnostyce choroby niedokrwiennej serca przez lekarzy POZ oraz ze zmianą warunków realizacji badania i zdjęciem ograniczenia jego finansowania tylko u pacjentów po operacjach kardiochirurgicznych zmodyfikowano przepisy dotyczące kierowania na badania ASDK oraz opis świadczenia w Katalogu ASDK.

² Wartość punktu rozliczeniowego świadczeń tomografii komputerowej (TK) i rezonansu magnetycznego (RM) na podstawie Rekomendacji nr 72/2025 z dnia 24 czerwca 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji *w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej* wynosi 1,52 zł dla świadczeń rozliczanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (grupa zakresów 04a - AOS - diagnostyka ASDK - badania obrazowe 2).

Kod – nazwa zakresu	Kod świadczenia	Wykaz świadczeń rozliczanych w ramach zakresu	Wartość punktowa ²	Uwagi
	5.03.00.0000070	TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego	192	wybrany produkt można sumować w zakresie hematologii, onkologii i hematologii dziecięcej z produktem "Skazy krwotoczne – rozszerzona ocena stanu zdrowia"
	5.03.00.0000095	TK: innej okolicy anatomicznej ze wzmocnieniem kontrastowym	320	
	5.03.00.0000071	TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	415	
	5.03.00.0000096	TK: badanie dwóch okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego	233	
	5.03.00.0000115	TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego	274	
	5.03.00.0000097	TK: badanie dwóch okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym	436	
	5.03.00.0000116	TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym	481	
	5.03.00.0000073	TK: badanie dwóch okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	491	
	5.03.00.0000117	TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	564	
	5.03.00.0000099	TK innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	424	
	5.03.00.0000088	TK: angiografia (z wyłączeniem angiografii tt. wieńcowych)	472	
	5.03.00.0000127	TK: angiografia tętnic wieńcowych	553	
	5.03.00.0000086	TK: wirtualna kolonoskopia u pacjentów, u których warunki anatomiczne uniemożliwiają wykonanie kolonoskopii tradycyjnej	413	
	5.03.00.0000087	Badanie kardiologiczne TK (obejmuje badanie morfologii i czynności mięśnia sercowego - także ze wzmocnieniem kontrastowym	602	
02.7250.072.02 - badania rezonansu magnetycznego (RM)	5.03.00.0000075	MR badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego	322	wybrany produkt można sumować w zakresie hematologii, onkologii i hematologii dziecięcej z produktem "Skazy krwotoczne – rozszerzona ocena stanu zdrowia"
	5.03.00.0000078	MR badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	605	
	5.03.00.0000118	MR badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez wzmocnienia kontrastowego	322	
	5.03.00.0000076	MR badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż kręgosłup bez wzmocnienia kontrastowego	463	
	5.03.00.0000119	MR badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego	605	

Kod – nazwa zakresu	Kod świadczenia	Wykaz świadczeń rozliczanych w ramach zakresu	Wartość punktowa ²	Uwagi
		bez i ze wzmocnieniem kontrastowym		
	5.03.00.0000079	MR badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż odcinek kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	746	
	5.03.00.0000100	MR badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	545	
	5.03.00.0000120	MR badanie trzech odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	767	
	5.03.00.0000101	MR badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	828	
	5.03.00.0000121	MR badanie trzech odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1 050	
	5.03.00.0000102	MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	685	
	5.03.00.0000122	MR badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	767	
	5.03.00.0000103	MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	969	
	5.03.00.0000123	MR badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1 050	
	5.03.00.0000105	MR badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	773	
	5.03.00.0000077	Angiografia MR bez wzmocnienia kontrastowego	346	
	5.03.00.0000104	Angiografia ze wzmocnieniem kontrastowym – MR	887	
	5.03.00.0000106	MR badanie czynnościowe mózgu	931	
	5.03.00.0000081	Spektroskopia – MR	406	
	5.03.00.0000124	MR Badanie serca - czynnościowe i morfologiczne bez wzmocnienia kontrastowego	786	
	5.03.00.0000125	MR Badanie serca - czynnościowe i morfologiczne bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1 073	
	5.03.00.0000126	MR badanie piersi	773	

Źródło: Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 132/2024/DSOZ z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna z późn. zm.

Warto podkreślić, że część wskazanych powyżej produktów rozliczeniowych została powielona w zarządzeniu Nr 3/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych (NFZ z 2022 r. poz. 3 z późn. zm.) dotyczącym kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentami z nowotworami jelita oraz piersi.

Należy również zauważyć, że zarządzeniem Prezesa NFZ nr 37/2019/DSOZ z dnia 29 marca 2019 r. dokonano zmiany Zarządzenia nr 22/2018/DSOZ z dnia 14 marca 2018 r., w części dotyczącej wzoru umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Zmiana ta skutkowałą zniesieniem limitu realizacji świadczeń w ramach ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych, obejmujących badania tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego. W konsekwencji, przy rozliczaniu ASDK w tych zakresach, po przekroczeniu wartości określonej w umowie, na wniosek świadczeniodawcy składany po zakończeniu kwartału, w którym nastąpiło przekroczenie, odpowiednio zwiększane są zarówno liczba jednostek rozliczeniowych, jak i kwota zobowiązania wynikającego z realizacji umowy (na podstawie Zarządzenia Prezesa NFZ nr 88/2019/DSOZ z dnia 28 czerwca 2019 r., uchylającego Zarządzenie nr 22/2018/DSOZ).

Współczynniki korygujące

Wartość ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych w zakresie 02.7250.072.02 *badania rezonansu magnetycznego (RM)* ulega skorygowaniu z zastosowaniem współczynnika 1,05 pod warunkiem spełnienia jednocześnie następujących warunków:

- średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w kategorii medycznej "przypadek stabilny" z danego okresu sprawozdawczego, określony na ostatni dzień okresu sprawozdawczego, uległ skróceniu o nie mniej niż 20%, w stosunku do średniego czasu oczekiwania z okresu sprawozdawczego poprzedzającego bezpośrednio dany okres sprawozdawczy, określonego na ostatni dzień okresu sprawozdawczego,
- liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym jest większa o co najmniej 5% niż liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w okresie sprawozdawczym bezpośrednio poprzedzającym dany okres sprawozdawczy,
- zrealizowania w okresie sprawozdawczym, bezpośrednio poprzedzającym dany okres sprawozdawczy, co najmniej 400 badań RM w danej pracowni.

2.2.2. Leczenie szpitalne

Rozporządzenie koszykowe

Świadczenia gwarantowane dotyczące badań tomografii komputerowej (TK) oraz rezonansu magnetycznego (RM) w ramach leczenia szpitalnego określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 870 z późn. zm.). Wykaz świadczeń finansowanych w ramach zakresu określony w części I (świadczenia scharakteryzowane procedurami medycznymi) załącznika nr 1 ww. rozporządzenia zawarto w załączniku nr 2 do raportu.

Zarządzenia Prezesa NFZ

Produkty rozliczeniowe dla badań tomografii komputerowej (TK) oraz rezonansu magnetycznego (RM) zostały wyodrębnione jako osobne pozycje załącznika nr 1c katalog produktów do sumowania na mocy

Zarządzenia nr 66/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2018 r. *w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne*. Aktualne zasady kontraktowania i rozliczania świadczeń określone zostały w Zarządzeniu nr 37/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2024 r. *w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne* (załącznik nr 1c katalog produktów do sumowania). W obowiązującym katalogu produktów do sumowania dodane zostało świadczenie o kodzie 5.53.01.0001665 - Badanie obrazowe metodą rezonansu magnetycznego w protokole endometriozy³.

Należy zaznaczyć, że świadczenia gwarantowane obejmujące badania tomografii komputerowej (TK) oraz rezonansu magnetycznego (RM), realizowane w ramach leczenia szpitalnego, pod względem kosztowym i merytorycznym odpowiadają analogicznym świadczeniom wykonywanym w obszarze ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W celu zapewnienia kompleksowego i spójnego podejścia do analizowanego zagadnienia, w toku prac dokonano przeglądu zarówno świadczeń udzielanych w trybie ambulatoryjnym, jak i tych realizowanych w warunkach szpitalnych.

Zestawienie aktualnego katalogu produktów rozliczeniowych dedykowanych badaniom TK i RM, wraz z odpowiadającymi im produktami z katalogu ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK), przedstawiono w Tabeli 2.

³ Zarządzenie nr 48/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne wprowadza zmiany wynikające z dodania nowego świadczenia gwarantowanego Kompleksowa opieka specjalistyczna nad świadczeniobiorcą z endometriozą.

Tabela 2 Katalog produktów do sumowania z zakresu leczenia szpitalnego z mapowanymi produktami rozliczeniowymi ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych

Katalog produktów do sumowania						Katalog ASDK
Kod - nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość punktowa ⁴	Tryb realizacji świadczeń		Uwagi	Produkty dedykowane do sumowania dla określonego produktu z katalogu 1b, 1c i 1d *	Kod - nazwa produktu rozliczeniowego
		Tryb ambulatoryjny	Hospitalizacja			
5.53.01.0001600 - Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej; badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego.	171	X	X	- w trybie hospitalizacji - rozliczenie na zasadach określonych w § 19a ust. 3 zarządzenia	5.52.01.0001524 5.52.01.0001588	5.03.00.0000025 - TK: badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego
5.53.01.0001601 - Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej; badanie głowy ze wzmocnieniem kontrastowym.	277	X	X	- w trybie hospitalizacji - rozliczenie na zasadach określonych w § 19a ust. 3 zarządzenia	5.52.01.0001524 5.52.01.0001588	5.03.00.0000094 - TK: badanie głowy ze wzmocnieniem kontrastowym
5.53.01.0001602 - Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej; badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym.	351	X	X	- w trybie hospitalizacji - rozliczenie na zasadach określonych w § 19a ust. 3 zarządzenia	5.52.01.0001524 5.52.01.0001588	5.03.00.0000027 - TK: badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
5.53.01.0001603 - Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej; badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym.	365	X	X	- w trybie hospitalizacji - rozliczenie na zasadach określonych w § 19a ust. 3 zarządzenia	5.52.01.0001524 5.52.01.0001588	5.03.00.0000098 - TK głowy bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym
5.53.01.0001604 - Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej; badanie innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego.	192	X	X	- w trybie hospitalizacji - rozliczenie na zasadach określonych w § 19a ust. 3 zarządzenia	5.52.01.0001524 5.52.01.0001588	5.03.00.0000070 - TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego

⁴ Wartość punktu rozliczeniowego świadczeń tomografii komputerowej (TK) i rezonansu magnetycznego (RM) na podstawie Rekomendacji nr 72/2025 z dnia 24 czerwca 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wynosi 1,96 zł dla leczenia szpitalnego.

Katalog produktów do sumowania						Katalog ASDK
Kod - nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość punktowa ⁴	Tryb realizacji świadczeń		Uwagi	Produkty dedykowane do sumowania dla określonego produktu z katalogu 1b, 1c i 1d *	Kod - nazwa produktu rozliczeniowego
		Tryb ambulatoryjny	Hospitalizacja			
5.53.01.0001605 - Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej; badanie innej okolicy anatomicznej ze wzmocnieniem kontrastowym.	320	X	X	- w trybie hospitalizacji - rozliczenie na zasadach określonych w § 19a ust. 3 zarządzenia	5.52.01.0001524 5.52.01.0001588	5.03.00.0000095 - TK: innej okolicy anatomicznej ze wzmocnieniem kontrastowym
5.53.01.0001606 - Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej; badanie innej okolicy anatomicznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym.	415	X	X	- w trybie hospitalizacji - rozliczenie na zasadach określonych w § 19a ust. 3 zarządzenia; - możliwość sumowania w trybie hospitalizacji z produktem 5.52.01.0001589	5.52.01.0001524 5.52.01.0001588 5.52.01.0001589	5.03.00.0000071 - TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
5.53.01.0001607 - Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej; badanie dwóch okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego.	233	X	X	- w trybie hospitalizacji - rozliczenie na zasadach określonych w § 19a ust. 3 zarządzenia	5.52.01.0001524 5.52.01.0001588	5.03.00.0000096 - TK: badanie dwóch okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego
5.53.01.0001608 - Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej; badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego.	274	X	X	- w trybie hospitalizacji - rozliczenie na zasadach określonych w § 19a ust. 3 zarządzenia	5.52.01.0001524 5.52.01.0001588	5.03.00.0000115 - TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego
5.53.01.0001609 - Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej; badanie dwóch okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym.	436	X	X	- w trybie hospitalizacji - rozliczenie na zasadach określonych w § 19a ust. 3 zarządzenia	5.52.01.0001524 5.52.01.0001588	5.03.00.0000097 - TK: badanie dwóch okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym
5.53.01.0001610 - Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej; badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym.	481	X	X	- w trybie hospitalizacji - rozliczenie na zasadach określonych w § 19a ust. 3 zarządzenia	5.52.01.0001524 5.52.01.0001588	5.03.00.0000116 - TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym

Katalog produktów do sumowania						Katalog ASDK
Kod - nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość punktowa ⁴	Tryb realizacji świadczeń		Uwagi	Produkty dedykowane do sumowania dla określonego produktu z katalogu 1b, 1c i 1d *	Kod - nazwa produktu rozliczeniowego
		Tryb ambulatoryjny	Hospitalizacja			
5.53.01.0001611 - Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej; badanie dwóch okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym.	491	X	X	- w trybie hospitalizacji - rozliczenie na zasadach określonych w § 19a ust. 3 zarządzenia	5.52.01.0001524 5.52.01.0001588	5.03.00.0000073 - TK: badanie dwóch okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
5.53.01.0001612 - Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej; badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym.	564	X	X	- w trybie hospitalizacji - rozliczenie na zasadach określonych w § 19a ust. 3 zarządzenia	5.52.01.0001524 5.52.01.0001588	5.03.00.0000117 - TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
5.53.01.0001613 - Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej; badanie innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym.	424	X	X	- w trybie hospitalizacji - rozliczenie na zasadach określonych w § 19a ust. 3 zarządzenia	5.52.01.0001524 5.52.01.0001588	5.03.00.0000099 - TK innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym
5.53.01.0001614 - Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej; angiografia (z wyłączeniem angiografii tt. wieńcowych).	472	X	X	- w trybie hospitalizacji - rozliczenie na zasadach określonych w § 19a ust. 3 zarządzenia	5.52.01.0001524 5.52.01.0001588	5.03.00.0000088 - TK: angiografia (z wyłączeniem angiografii tt. wieńcowych)
5.53.01.0001615 - Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej; angiografia tt. Wieńcowych u pacjentów po zabiegach koronaroplastyki lub wszczepieniu by-passów.	553	X	X	- w trybie hospitalizacji - rozliczenie na zasadach określonych w § 19a ust. 3 zarządzenia	5.52.01.0001524 5.52.01.0001588	5.03.00.0000127 - TK: angiografia tętnic wieńcowych
5.53.01.0001616 - Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej; wirtualna kolonoskopia u pacjentów, u których warunki anatomiczne uniemożliwiają wykonanie kolonoskopii tradycyjnej.	413	X	X	- w trybie hospitalizacji - rozliczenie na zasadach określonych w § 19a ust. 3 zarządzenia	5.52.01.0001524 5.52.01.0001588	5.03.00.0000086 - TK: wirtualna kolonoskopia u pacjentów, u których warunki anatomiczne uniemożliwiają wykonanie kolonoskopii tradycyjnej

Katalog produktów do sumowania						Katalog ASDK
Kod - nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość punktowa ⁴	Tryb realizacji świadczeń		Uwagi	Produkty dedykowane do sumowania dla określonego produktu z katalogu 1b, 1c i 1d *	Kod - nazwa produktu rozliczeniowego
		Tryb ambulatoryjny	Hospitalizacja			
5.53.01.0001617 - Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej; badanie kardiologiczne (obejmuje badanie morfologii i czynności mięśnia sercowego - także ze wzmocnieniem kontrastowym).	602	X	X	- w trybie hospitalizacji - rozliczenie na zasadach określonych w § 19a ust. 3 zarządzenia	5.52.01.0001524 5.52.01.0001588	5.03.00.0000087 - Badanie kardiologiczne TK (obejmuje badanie morfologii i czynności mięśnia sercowego - także ze wzmocnieniem kontrastowym)
5.53.01.0001618 - Badanie obrazowe metodą rezonansu magnetycznego: badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego.	322	X	X	- w trybie hospitalizacji - rozliczenie na zasadach określonych w § 19a ust. 3 zarządzenia	5.52.01.0001524 5.52.01.0001588	5.03.00.0000075 - MR badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego
5.53.01.0001619 - Badanie obrazowe metodą rezonansu magnetycznego: badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym.	605	X	X	- w trybie hospitalizacji - rozliczenie na zasadach określonych w § 19a ust. 3 zarządzenia	5.52.01.0001524 5.52.01.0001588	5.03.00.0000078 - MR badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
5.53.01.0001620 - Badanie obrazowe metodą rezonansu magnetycznego: badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez wzmocnienia kontrastowego.	322	X	X	- w trybie hospitalizacji - rozliczenie na zasadach określonych w § 19a ust. 3 zarządzenia	5.52.01.0001524 5.52.01.0001588	5.03.00.0000118 - MR badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez wzmocnienia kontrastowego
5.53.01.0001621 - Badanie obrazowe metodą rezonansu magnetycznego: badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż kręgosłup bez wzmocnienia kontrastowego.	463	X	X	- w trybie hospitalizacji - rozliczenie na zasadach określonych w § 19a ust. 3 zarządzenia	5.52.01.0001524 5.52.01.0001588	5.03.00.0000076 - MR badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż kręgosłup bez wzmocnienia kontrastowego
5.53.01.0001622 - Badanie obrazowe metodą rezonansu magnetycznego: badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym.	605	X	X	- w trybie hospitalizacji - rozliczenie na zasadach określonych w § 19a ust. 3 zarządzenia	5.52.01.0001524 5.52.01.0001588	5.03.00.0000119 - MR badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
5.53.01.0001623 - Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż odcinek kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym.	746	X	X	- w trybie hospitalizacji - rozliczenie na zasadach określonych w § 19a ust. 3 zarządzenia	5.52.01.0001524 5.52.01.0001588	5.03.00.0000079 - MR badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż odcinek kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym

Katalog produktów do sumowania						Katalog ASDK
Kod - nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość punktowa ⁴	Tryb realizacji świadczeń		Uwagi	Produkty dedykowane do sumowania dla określonego produktu z katalogu 1b, 1c i 1d *	Kod - nazwa produktu rozliczeniowego
		Tryb ambulatoryjny	Hospitalizacja			
5.53.01.0001624 - Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego.	545	X	X	- w trybie hospitalizacji - rozliczenie na zasadach określonych w § 19a ust. 3 zarządzenia	5.52.01.0001524 5.52.01.0001588	5.03.00.0000100 - MR badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego
5.53.01.0001625 - Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie trzech odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego.	767	X	X	- w trybie hospitalizacji - rozliczenie na zasadach określonych w § 19a ust. 3 zarządzenia	5.52.01.0001524 5.52.01.0001588	5.03.00.0000120 - MR badanie trzech odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego
5.53.01.0001626 - Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym.	828	X	X	- w trybie hospitalizacji - rozliczenie na zasadach określonych w § 19a ust. 3 zarządzenia	5.52.01.0001524 5.52.01.0001588	5.03.00.0000101 - MR badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
5.53.01.0001627 - Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie trzech odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym.	1 050	X	X	- w trybie hospitalizacji - rozliczenie na zasadach określonych w § 19a ust. 3 zarządzenia	5.52.01.0001524 5.52.01.0001588	5.03.00.0000121 - MR badanie trzech odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
5.53.01.0001628 - Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego.	685	X	X	- w trybie hospitalizacji - rozliczenie na zasadach określonych w § 19a ust. 3 zarządzenia	5.52.01.0001524 5.52.01.0001588	5.03.00.0000102 - MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego
5.53.01.0001629 - Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego.	767	X	X	- w trybie hospitalizacji - rozliczenie na zasadach określonych w § 19a ust. 3 zarządzenia	5.52.01.0001524 5.52.01.0001588	5.03.00.0000122 - MR badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego

Katalog produktów do sumowania						Katalog ASDK
Kod - nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość punktowa ⁴	Tryb realizacji świadczeń		Uwagi	Produkty dedykowane do sumowania dla określonego produktu z katalogu 1b, 1c i 1d *	Kod - nazwa produktu rozliczeniowego
		Tryb ambulatoryjny	Hospitalizacja			
5.53.01.0001630 - Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym.	969	X	X	- w trybie hospitalizacji - rozliczenie na zasadach określonych w § 19a ust. 3 zarządzenia	5.52.01.0001524 5.52.01.0001588	5.03.00.0000103 - MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
5.53.01.0001631 - Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym.	1 050	X	X	- w trybie hospitalizacji - rozliczenie na zasadach określonych w § 19a ust. 3 zarządzenia	5.52.01.0001524 5.52.01.0001588	5.03.00.0000123 - MR badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
5.53.01.0001632 - Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym.	773	X	X	- w trybie hospitalizacji - rozliczenie na zasadach określonych w § 19a ust. 3 zarządzenia	5.52.01.0001524 5.52.01.0001588	5.03.00.0000105 - MR badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym
5.53.01.0001633 - Badanie metodą rezonansu magnetycznego: angiografia bez wzmocnienia kontrastowego.	346	X	X	- w trybie hospitalizacji - rozliczenie na zasadach określonych w § 19a ust. 3 zarządzenia	5.52.01.0001524 5.52.01.0001588	5.03.00.0000077 - Angiografia MR bez wzmocnienia kontrastowego
5.53.01.0001634 - Badanie metodą rezonansu magnetycznego: angiografia ze wzmocnieniem kontrastowym.	887	X	X	- w trybie hospitalizacji - rozliczenie na zasadach określonych w § 19a ust. 3 zarządzenia	5.52.01.0001524 5.52.01.0001588	5.03.00.0000104 - Angiografia ze wzmocnieniem kontrastowym - MR
5.53.01.0001635 - Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie czynnościowe mózgu.	931	X	X	- w trybie hospitalizacji - rozliczenie na zasadach określonych w § 19a ust. 3 zarządzenia	5.52.01.0001524 5.52.01.0001588	5.03.00.0000106 - MR badanie czynnościowe mózgu

Katalog produktów do sumowania						Katalog ASDK
Kod - nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość punktowa ⁴	Tryb realizacji świadczeń		Uwagi	Produkty dedykowane do sumowania dla określonego produktu z katalogu 1b, 1c i 1d *	Kod - nazwa produktu rozliczeniowego
		Tryb ambulatoryjny	Hospitalizacja			
5.53.01.0001636 - Badanie metodą rezonansu magnetycznego: spektroskopia.	406	X	X	- w trybie hospitalizacji - rozliczenie na zasadach określonych w § 19a ust. 3 zarządzenia	5.52.01.0001524 5.52.01.0001588	5.03.00.0000081 - Spektroskopia - MR
5.53.01.0001637 - Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie serca (czynnościowe i morfologiczne bez wzmocnienia kontrastowego).	786	X	X	- w trybie hospitalizacji - rozliczenie na zasadach określonych w § 19a ust. 3 zarządzenia	5.52.01.0001524 5.52.01.0001588	5.03.00.0000124 - MR Badanie serca - czynnościowe i morfologiczne bez wzmocnienia kontrastowego
5.53.01.0001638 - Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie serca (czynnościowe i morfologiczne bez i ze wzmocnieniem kontrastowym).	1 073	X	X	- w trybie hospitalizacji - rozliczenie na zasadach określonych w § 19a ust. 3 zarządzenia	5.52.01.0001524 5.52.01.0001588	5.03.00.0000125 - MR Badanie serca - czynnościowe i morfologiczne bez i ze wzmocnieniem kontrastowym

Katalog produktów do sumowania						Katalog ASDK
Kod - nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość punktowa ⁴	Tryb realizacji świadczeń		Uwagi	Produkty dedykowane do sumowania dla określonego produktu z katalogu 1b, 1c i 1d *	Kod - nazwa produktu rozliczeniowego
		Tryb ambulatoryjny	Hospitalizacja			
5.53.01.0001665 - Badanie obrazowe metodą rezonansu magnetycznego w protokole endometriozy	1 010	X	X	- produkt dedykowany dla świadczeniodawców spełniających warunki realizacji dla świadczenia gwarantowanego: Kompleksowa opieka specjalistyczna nad świadczeniobiorcą z endometriozą, o którym mowa w lp. 71 załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego; - badanie metodą rezonansu medycznego w protokole endometriozy, o którym mowa w lp. 71 załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego; - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 88.976 lub 88.924; - do sumowania z produktem 5.52.01.0001589	5.52.01.0001589	Brak

*5.52.01.0001524 Pobyt diagnostyczny - w trybie ambulatoryjnym; 5.52.01.0001588 Pobyt związany z kompleksową diagnostyką i leczeniem choroby rzadkiej w Ośrodku Ekspertkim Chorób Rzadkich (OECR) z załącznika nr 1b Katalog produktów odrębnych do Zarządzenia Prezesa NFZ nr 37/2024/DSOZ z dnia 29 marca 2024 r.; 5.52.01.0001589 Pobyt diagnostyczny do zabiegowego leczenia endometriozy głęboko naciekającej z załącznika nr 1b Katalog produktów odrębnych do Zarządzenia Prezesa NFZ nr 37/2024/DSOZ z dnia 29 marca 2024 r.

Źródło: Zarządzenie nr 37/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2024 r. w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (załącznik nr 1c katalog produktów do sumowania)

2.2.3. Programy pilotażowe

W ramach świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych realizowany jest szereg programów pilotażowych, które obejmują swoim zakresem wykonanie badań tomografii komputerowej (TK) i rezonansu magnetycznego (RM) (poniższa tabela).

Tabela 3 Programy pilotażowe finansujące badania tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego

Nazwa programu	Podstawa prawna	Uwagi
Program pilotażowy NF1	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 czerwca 2020 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie koordynowanej opieki medycznej nad chorymi z neurofibromatozami oraz pokrewnymi im rasopatiami.	Ośrodek koordynujący zapewnia w lokalizacji badania obrazowe, w tym badania rezonansu magnetycznego (RM).
Program pilotażowy KOWZS	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2023 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą z wczesnym zapaleniem stawów.	Warunki realizacji świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w programie pilotażowym KOWZS zobowiązują świadczeniodawcę do zapewnienia w dostępie badań rezonansu magnetycznego (RM) oraz tomografii komputerowej (TK) dostosowanych do potrzeb klinicznych pacjenta.
Program pilotażowy KORD	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 maja 2023 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD.	Realizatorami programu pilotażowego są ośrodki wskazane w wykazie ośrodków koordynujących. Warunkiem zawarcia umowy na realizację programu pilotażowego jest zapewnienie w dostępie badań rezonansu magnetycznego (RM) głowy, jamy brzusznej i klatki piersiowej oraz tomografii komputerowej (TK) głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym.
Program pilotażowy KOS-BAR	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2021 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR.	Diagnostyka w ramach postępowania przedoperacyjnego przygotowującego do operacji bariatrycznej obejmuje USG lub tomografię komputerową (TK) brzucha.
Program pilotażowy KOSM	Zarządzenie nr 110/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2022 r. w sprawie programu pilotażowego z zakresu leczenia szpitalnego - świadczenia kompleksowe KOSM.	Kompleksowa opieka nad świadczeniobiorcą ze stwardnieniem rozsianym (KOSM) obejmuje kontrolne badania rezonansu magnetycznego (RM) głowy lub kręgosłupa szyjnego lub piersiowego.

Źródło: Opracowanie własne

2.3. Analiza popytu i podaży

Celem przeprowadzonej analizy popytu i podaży świadczeń jest ocena zasadności oraz możliwości oddziaływania poprzez wycenę świadczenia na jego podaż, tak aby w możliwie największym stopniu odpowiadała ona na istniejący popyt. W realiach systemu ochrony zdrowia oznacza to dążenie do zmniejszenia lub całkowitej likwidacji kolejek oczekujących na świadczenia. Ocena ta obejmuje identyfikację przyczyn niezaspokojonego popytu i niedostatecznej podaży (w tym ocenę, czy można

nimi sterować poprzez mechanizmy taryfikacyjne), a także odnosi się do istotności danego świadczenia w kontekście zasadności kształtowania jego wyceny.

Przez popyt na świadczenia rozumie się przede wszystkim liczbę osób oczekujących na ich udzielenie oraz średni czas oczekiwania. Podaż natomiast jest definiowana poprzez faktyczny poziom realizacji świadczeń przez podmioty lecznicze, wynikający z potencjału infrastrukturalnego, kadrowego oraz ze środków finansowych przeznaczanych na ten cel.

Podstawowym źródłem danych do analiz przedstawionych w niniejszym raporcie były informacje pochodzące z Narodowego Funduszu Zdrowia, dotyczące zarówno realizacji świadczeń, jak i dostępności do nich. W odniesieniu do popytu, wykorzystano w szczególności dane publikowane przez NFZ w „Informatorze o Terminach Leczenia”, obejmujące liczbę osób oczekujących oraz średni czas oczekiwania. Listy oczekujących prowadzone są zgodnie z *Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych* (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 610 z późn. zm.). Należy jednak podkreślić, że – poza kilkoma wyjątkami – listy te prowadzone są do poziomu komórki organizacyjnej (np. oddziału lub pracowni), a nie do pojedynczego świadczenia. Z tego względu uzyskanie w pełni precyzyjnych i miarodajnych informacji na temat rzeczywistego czasu oczekiwania na konkretne badanie jest w praktyce niemożliwe. W analizie, w celu możliwie najlepszego odzwierciedlenia poziomu dostępności, wykorzystano zatem dane odnoszące się do komórek organizacyjnych realizujących taryfikowane świadczenia.

Od strony podaży, ocena potencjału do realizacji badań tomografii komputerowej (TK) oraz rezonansu magnetycznego (RM) została przeprowadzona na podstawie danych o liczbie podmiotów wykonujących te świadczenia, potencjalnych świadczeniodawców oraz dostępnych zasobów kadry medycznej odpowiednich specjalności. W tym zakresie wykorzystano publicznie dostępne źródła informacji, w tym sprawozdania podmiotów medycznych gromadzone przez Centrum e-Zdrowia oraz dane Naczelnej Izby Lekarskiej. Uzupełniającym źródłem informacji o popycie i podaży były również mapy potrzeb zdrowotnych, które pozwalają na zobrazowanie terytorialnych dysproporcji w dostępności do poszczególnych świadczeń.

Dodatkowo ocena potencjału do realizacji badań tomografii komputerowej (TK) oraz rezonansu magnetycznego (RM) została przeprowadzona na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczących realizacji świadczeń w latach 2017–2024, ze szczególnym uwzględnieniem danych za rok 2024. W procesie tym wykorzystano również inne publicznie dostępne źródła informacji, w tym sprawozdania podmiotów medycznych gromadzone przez Centrum e-Zdrowia oraz dane Naczelnej Izby Lekarskiej. Uzupełniającym źródłem informacji o popycie i podaży były również mapy potrzeb zdrowotnych, które pozwalają na zobrazowanie terytorialnych dysproporcji w dostępności do poszczególnych świadczeń.

Poniżej opisano informacje dotyczące wyceny świadczeń tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego w warunkach ambulatoryjnych w poszczególnych krajach w 2025 roku. Szczegółowe zestawienie przedstawiono w załączniku nr 3.

2.3.1. Realizacja świadczeń

W niniejszym rozdziale przedstawiono wyniki analiz przeprowadzonych w ramach ponownej taryfikacji badań tomografii komputerowej (TK) oraz rezonansu magnetycznego (RM). Zakres prac obejmował

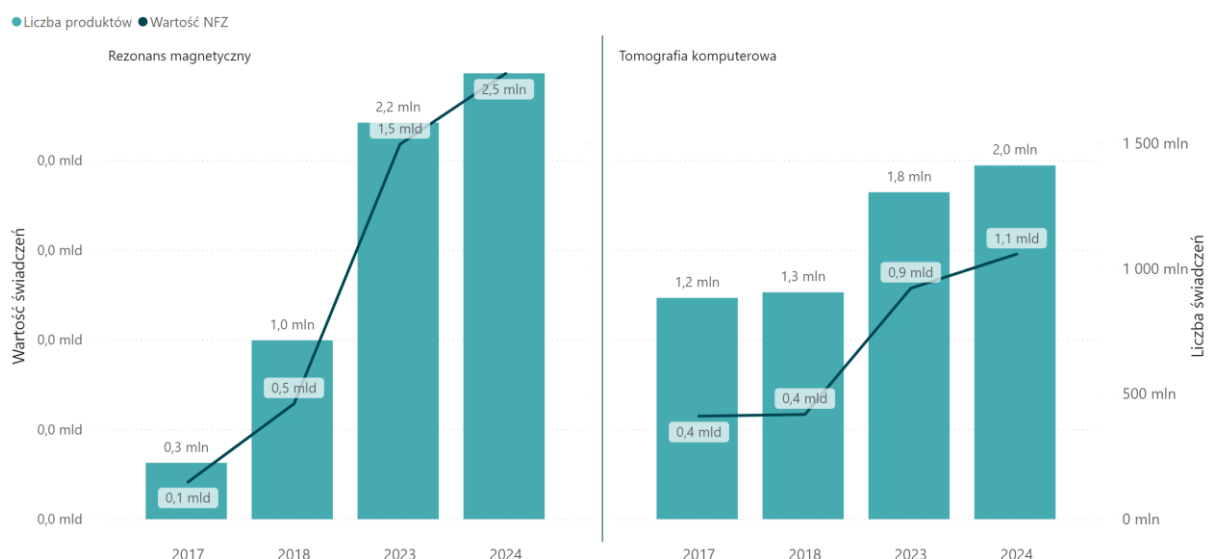
szczegółową analizę popytowo-podażową w odniesieniu do okresów 2017–2018 oraz 2023–2024, czyli przed i po wprowadzeniu Nielimitowanego finansowania badań TK i RM w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS).

W toku prac dokonano również analizy dostępności do pracowni diagnostycznych, uwzględniając zarówno ich rozmieszczenie geograficzne, jak i potencjał techniczny, a także liczby lekarzy radiologów uczestniczących w realizacji świadczeń. Ważnym elementem badań było także porównanie skali realizacji badań TK oraz RM w Polsce z innymi krajami europejskimi.

Aktualne zasady finansowania świadczeń umożliwiają rozliczanie badań diagnostyki TK oraz RM jako produktu do sumowania, w ramach leczenia prowadzonego w warunkach szpitalnych. Należy jednak podkreślić, że obwarowane jest to dodatkowymi warunkami i powoduje, że ich realizacja ma charakter marginalny. W związku z tym dalsze analizy prowadzone są łącznie dla obu rodzajów świadczeń.

Realizacja świadczeń tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego

Dane NFZ za lata 2017–2018 oraz 2023–2024. Świadczenia rozliczane w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego



Rysunek 3 Statystyki realizacji badań TK oraz RM w latach 2017–2018 i 2023–2024 – liczba i wartość świadczeń.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W latach 2017–2024 nastąpił istotny wzrost zarówno liczby przeprowadzonych badań, jak i nakładów NFZ na ten cel. Szczególnie dynamiczny wzrost odnotowano w przypadku badań rezonansu magnetycznego, których roczna realizacja zwiększyła się o 2,2 mln świadczeń (691%). Towarzyszył temu wzrost wydatków płatnika publicznego z 148,1 mln zł w 2017 roku do 1,8 mld zł w 2024 roku, czyli o 1,6 mld zł (1100%). Niższa dynamika zmian dotyczyła badań tomografii komputerowej, dla której liczba badań od roku 2017 do roku 2024 wzrosła o 737 tys. (48%) a ich wartość wzrosła o 646,4 mln zł (157%). Dynamika wzrostu wartości świadczeń była zatem znacząco wyższa niż dynamika wzrostu liczby przeprowadzonych badań (Rysunek 3).

Istotny wzrost liczby realizowanych świadczeń był wynikiem zniesienia limitów na finansowanie badań TK i RM w ramach AOS, a także wzrostu liczby podmiotów leczniczych oferujących te usługi. Zmiana ta była szczególnie widoczna w przypadku badań rezonansu magnetycznego, gdzie liczba podmiotów leczniczych realizujących świadczenia zwiększyła się o 154 (67%). Liczba placówek oferujących badania tomografii komputerowej wzrosła o 130, co stanowiło wzrost o 37%.

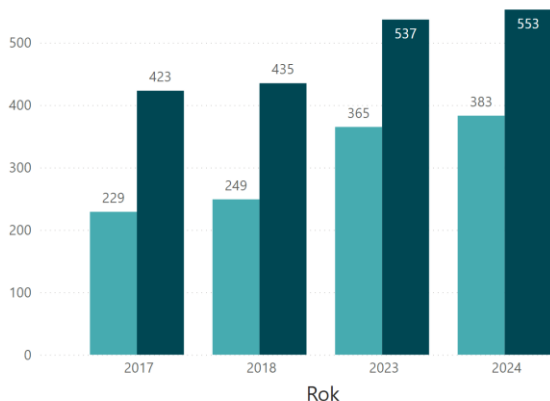
Efektom tych zmian było przewyższenie liczby realizowanych badań rezonansu magnetycznego nad badaniami tomografii komputerowej (Rysunek 4).

Realizacja świadczeń tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego

Dane NFZ za lata 2017-2018 oraz 2023-2024. Świadczenia rozliczane w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego

Liczba podmiotów

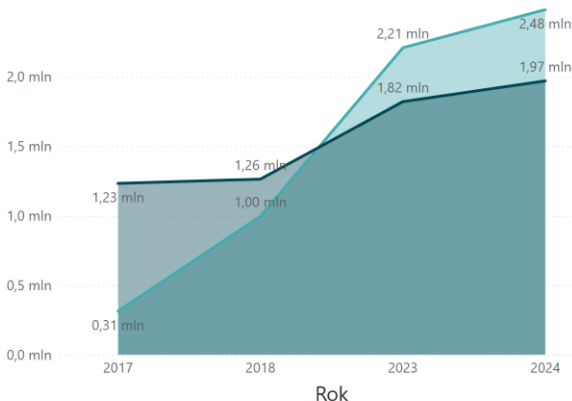
Typ badania ● Rezonans magnetyczny ● Tomografia komputerowa



Typ badania	2017	2018	2023	2024	Suma
Rezonans magnetyczny	229	249	365	383	412
Tomografia komputerowa	423	435	537	553	602
Suma	477	490	623	646	705

Liczba produktów

Typ badania ● Rezonans magnetyczny ● Tomografia komputerowa



Typ badania	2017	2018	2023	2024	Suma
Rezonans magnetyczny	313 931	996 352	2 209 045	2 483 872	5 988 177
Tomografia komputerowa	1 232 800	1 263 895	1 821 417	1 970 645	6 270 012
Suma	1 546 731	2 260 247	4 030 462	4 454 517	12 224 609

Rysunek 4 Statystyki realizacji badań TK oraz RM w latach 2017-2018 i 2023-2024 – liczba świadczeń i świadczeniodawców.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Rozszerzanie oferty świadczeń o badania tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego oferowanych w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia dotyczyło wszystkich kategorii podmiotów leczniczych w tym samym stopniu.

Świadczenia tomografii komputerowej charakteryzowały się stabilnym wzrostem, bez istotnych zmian zarówno w strukturze ilościowej jak i wartościowej realizacji świadczeń.

Jednocześnie nastąpił istotny przyrost liczby badań rezonansu magnetycznego, co było efektem zwiększenia realizacji badań głównie przez podmioty niepubliczne. W 2024 roku zrealizowały one o 1,5 mln badań więcej niż w roku 2017 (wzrost o 782%), co odpowiadało za 70% wzrostu ogólnej liczby tych procedur. Warto również zauważyć, że istotnie więcej świadczeń realizują podmioty gminne, powiatowe i miejskie, które zwiększyły wolumen o 1 494% (288,6 tys.).

Zwiększenie liczby realizowanych badań spowodowało również wzrost wydatków płatnika publicznego. W analizowanym okresie na pozycji lidera umocniły się podmioty niepubliczne, które w 2024 roku zrealizowały świadczenia rezonansu magnetycznego o wartości 1,16 mld zł (66%). Niewiele ponad połowę tej kwoty zrealizowały łącznie podmioty gminne, powiatowe i miejskie a także wojewódzkie i kliniczne (łącznie 600,9 mln zł).

Szczegółowe rezultaty analizy zilustrowano na poniższym rysunku.

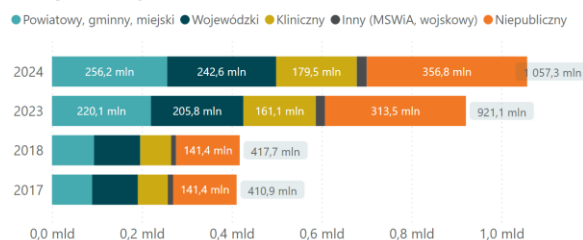
Liczba i wartość świadczeń tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego

Dane NFZ za lata 2017-2018 oraz 2023-2024. Świadczenia rozliczane w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego

Tomografia komputerowa - liczba świadczeń



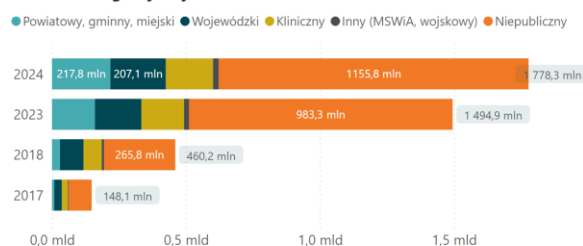
Tomografia komputerowa - wartość świadczeń



Rezonans magnetyczny - liczba świadczeń



Rezonans magnetyczny - wartość świadczeń



Rysunek 5 Liczba i wartość badań TK oraz RM w latach 2017-2018 i 2022-2023

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

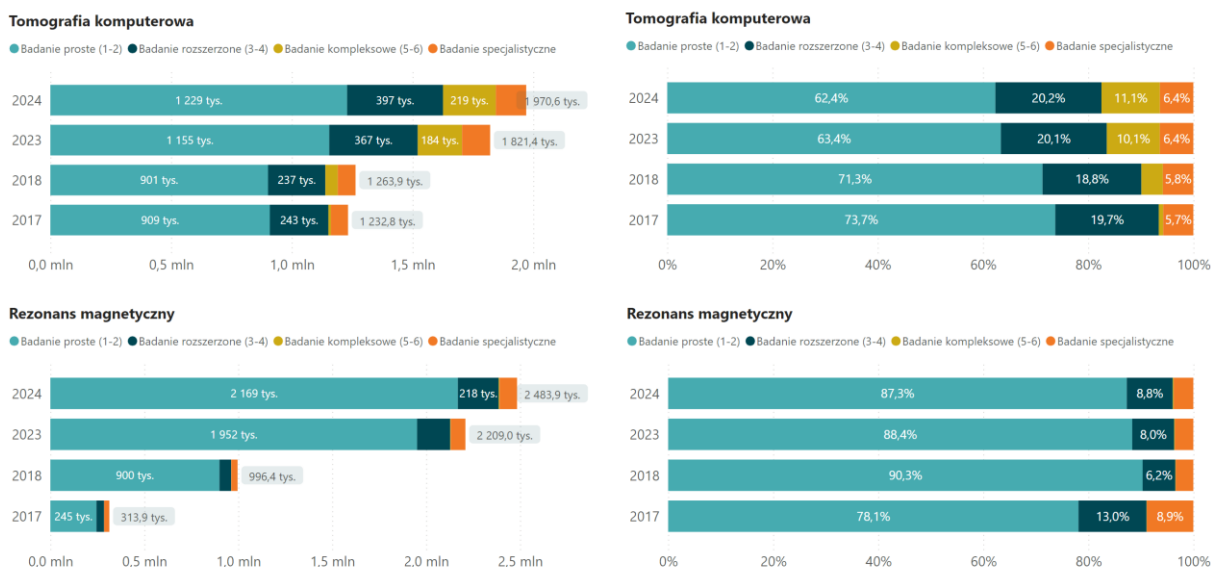
Analizę zmian w realizacji badań przeprowadzono także z uwzględnieniem stopnia ich złożoności. Złożoność została zdefiniowana jako iloczyn liczby badanych okolic anatomicznych oraz liczby wykonanych skanów – im wyższa wartość tego wskaźnika, tym badanie należy uznać za bardziej wymagające pod względem organizacyjnym, technicznym oraz czasowym.

W ramach tej klasyfikacji wyodrębniono cztery grupy badań: proste, rozszerzone, kompleksowe oraz badania specjalistyczne. Ostatnia z kategorii została potraktowana odrębnie, ponieważ obejmuje procedury o szczególnym charakterze klinicznym, które nie tylko wymagają zastosowania zaawansowanych technik obrazowania, ale również angażują dodatkowe zasoby – na przykład obecność innego niż radiolog lekarza specjalisty podczas badania.

Szczegółowe informacje dotyczące lat 2017-2018 oraz 2023-2025 przedstawiono na poniższym rysunku.

Liczba zrealizowanych świadczeń tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego

Dane NFZ za lata 2017-2018 oraz 2023-2024. Świadczenia rozliczane w ramach AOS oraz LSZ. Badania pogrupowane ze względu na złożoność badania będącą iloczynem liczby badanych okolic anatomicznych oraz liczby skanów.



Rysunek 6 Liczba badań TK oraz RM w latach 2017-2018 oraz 2023-2024 r. w podziale na złożoność badania

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W 2017 r. wykonano niespełna 314 tys. badań RM, podczas gdy w 2024 r. już prawie 2,5 mln. Oznacza to wzrost ponad ośmiokrotny. W całym okresie dominują badania proste (1–2), których udział wzrósł z ok. 78% w 2017 r. do ponad 87% w 2024 r. Udział badań specjalistycznych spadł proporcjonalnie (z 8,9% w 2017 r. do 3,8% w 2024 r.), mimo że ich liczba bezwzględna znacząco wzrosła (z 27,8 tys. do 93,4 tys.). Oznacza to, że rozwój RM opiera się głównie na szybkim upowszechnieniu badań prostych, np. kręgosłupa i głowy.

Z kolei liczba badań TK wzrosła z 1,23 mln w 2017 r. do niemal 1,95 mln w 2024 r., czyli o około 58%. Struktura jest bardziej zrównoważona niż w RM – badania proste stanowią około 62% całości w 2024 r., ale znaczny udział mają również badania rozszerzone (20%) i kompleksowe (11%). W 2017 r. udział badań prostych wynosił ok. 74%, co oznacza, że z czasem coraz większy ciężar przesuwa się w stronę badań o większej złożoności, szczególnie rozszerzonych i kompleksowych.

Istotnym jest, że dla badań RM obserwujemy rosnącą dominację badań prostych, przy równoczesnym względnym spadku udziału badań specjalistycznych i złożonych. Z kolei w przypadku badań tomografii komputerowej nastąpiło odwrotne zjawisko – spadł udział badań prostych, a wzrosła rola badań rozszerzonych i kompleksowych, co wskazuje na rozwój diagnostyki w kierunku bardziej zaawansowanych procedur.

Dodatkowo dla danych z 2024 roku przeprowadzono analizę realizacji badań obrazowych z uwzględnieniem zarówno kategorii świadczeniodawcy, jak i stopnia złożoności badania. Złożoność została zdefiniowana jako iloczyn liczby badanych okolic anatomicznych oraz liczby wykonanych skanów – im wyższa wartość tego wskaźnika, tym badanie należy uznać za bardziej wymagające pod względem organizacyjnym, technicznym oraz czasowym.

W ramach tej klasyfikacji wyodrębniono cztery grupy badań: proste, rozszerzone, kompleksowe oraz badania specjalistyczne. Ostatnia z kategorii została potraktowana odrębnie, ponieważ obejmuje procedury o szczególnym charakterze klinicznym, które nie tylko wymagają zastosowania

zaawansowanych technik obrazowania, ale również angażują dodatkowe zasoby – na przykład obecność innego niż radiolog lekarza specjalisty podczas badania. Szczegółowe informacje zamieszczone zostały na poniższym rysunku.

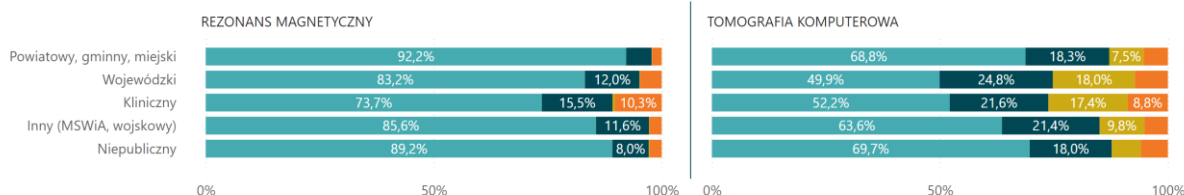
Analogiczną analizę stopnia złożoności badań przeprowadzono również dla danych za rok 2024, rozszerzając ją o podział według kategorii podmiotów realizujących świadczenia. Ujęcie to pozwoliło nie tylko ocenić ogólną strukturę badań pod względem ich złożoności, ale także wskazać różnice pomiędzy poszczególnymi typami placówek – od szpitali powiatowych, przez wojewódzkie i kliniczne, po jednostki resortowe oraz podmioty niepubliczne. Szczegółowe informacje zamieszczone zostały na poniższym rysunku.

Liczba badań rezonansu magnetycznego i tomografii komputerowej w ramach AOS

Dane NFZ za rok 2024. Badania pogrupowane ze względu na kategorię realizatora oraz złożoność badania będącą iloczynem liczby badanych okolic anatomicznych oraz liczby skanów.

Typ badania	Badanie proste (1-2)	Badanie rozszerzone (3-4)	Badanie kompleksowe (5-6)	Badanie specjalistyczne	Suma
REZONANS MAGNETYCZNY	2 166 855	216 157	4 274	84 587	2 471 873
Powiatowy, gminny, miejski	282 557	17 129	249	6 482	306 417
Wojewódzki	208 664	30 014	366	11 887	250 931
Kliniczny	146 130	30 802	983	20 370	198 285
Inny (MSWiA, wojskowy)	23 682	3 214	25	746	27 667
Niepubliczny	1 505 822	134 998	2 651	45 102	1 688 573
TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA	1 225 177	390 958	207 833	125 597	1 949 565
Powiatowy, gminny, miejski	342 954	91 471	37 632	26 518	498 575
Wojewódzki	193 760	96 428	69 817	28 074	388 079
Kliniczny	148 269	61 445	49 367	25 098	284 179
Inny (MSWiA, wojskowy)	26 494	8 922	4 084	2 149	41 649
Niepubliczny	513 700	132 692	46 933	43 758	737 083
Suma	3 392 032	607 115	212 107	210 184	4 421 438

Złożoność badania: ● Badanie proste (1-2) ● Badanie rozszerzone (3-4) ● Badanie kompleksowe (5-6) ● Badanie specjalistyczne



Rysunek 7 Liczba badań TK oraz RM w 2024 r. w podziale na kategorię realizatora oraz złożoność badania

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

łącznie w 2024 r. wykonano ponad 4,4 mln badań TK i MR, z czego około 77% stanowiły badania proste (poziom 1–2), natomiast badania bardziej złożone (poziomy 3–6 oraz specjalistyczne) odpowiadały za około 23% całkowitej liczby świadczeń.

W przypadku rezonansu magnetycznego (2,47 mln badań), zdecydowanie dominują procedury proste – wykonano ich ponad 2,16 mln, czyli 88% wszystkich badań RM. Największym realizatorem są placówki niepubliczne (ponad 1,5 mln badań prostych, co stanowi 90% ich całej aktywności). W placówkach wojewódzkich i klinicznych udział badań prostych jest niższy, a relatywnie większy odsetek stanowią procedury rozszerzone i specjalistyczne – przykładowo w ośrodkach klinicznych badania specjalistyczne to ponad 10% wszystkich badań RM, wobec zaledwie 3% w niepublicznych. Oznacza to, że sektor publiczny pełni istotną rolę w realizacji bardziej zaawansowanych i czasochłonnnych świadczeń.

Dla tomografii komputerowej (1,95 mln badań) struktura jest bardziej zróżnicowana. Badania proste stanowią tu 63% wszystkich świadczeń TK (1,23 mln badań), ale już udział badań rozszerzonych i kompleksowych jest znacznie większy niż w MR. W placówkach wojewódzkich i klinicznych badania o wyższej złożoności (poziomy 3–6) to łącznie około 43–45% realizacji, podczas gdy w niepublicznych –

tylko około 24%. Również w badaniach specjalistycznych widać przewagę ośrodków publicznych, które wykonują ich proporcjonalnie więcej niż sektor prywatny.

Podsumowując, dane wskazują na wyraźny podział ról między poszczególnymi kategoriami świadczeniodawców:

- Podmioty niepubliczne odpowiadają za największą liczbę badań, koncentrując się przede wszystkim na procedurach prostych i rutynowych, które dzięki efektom skali mogą być realizowane taniej i szybciej.
- Placówki publiczne (wojewódzkie i kliniczne) wykonują mniejszy wolumen badań, ale relatywnie częściej specjalizują się w procedurach złożonych i specjalistycznych, wymagających większego nakładu pracy personelu oraz wykorzystania zaawansowanych technik diagnostycznych.

Taka struktura podkreśla komplementarny charakter obu sektorów – prywatnego, który odciąża system dzięki realizacji masowych badań prostych, oraz publicznego, który przejmuje bardziej wymagające diagnostycznie i kosztotwórcze świadczenia.

Tabela 4 przedstawia liczbę świadczeń oraz ich wartość finansową dla badań rezonansu magnetycznego i tomografii komputerowej zrealizowanych w 2024 roku, z podziałem na miejsce udzielania świadczeń – ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (AOS) oraz leczenie szpitalne. Uwzględniono w niej także liczbę realizatorów danego rodzaju badań.

Tabela 4 Liczba i wartość świadczeń rezonansu magnetycznego i tomografii komputerowej w 2024 r.

Rodzaj badania i miejsce realizacji	Liczba realizatorów	Liczba badań	Wartość świadczeń [zł]
Rezonans magnetyczny	383	2 483 872	1 800 209 821
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	366	2 471 873	1 781 769 886
Leczenie szpitalne	60	11 999	18 439 935
Tomografia komputerowa	553	1 970 645	1 086 850 847
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	547	1 949 565	1 063 359 409
Leczenie szpitalne	54	21 080	23 491 438
Razem	646	4 454 517	2 887 060 668

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W 2024 roku wykonano łącznie ponad 4,45 mln badań obrazowych rezonansu magnetycznego i tomografii komputerowej, których łączna wartość rozliczeniowa wyniosła blisko 2,89 mld zł. Największą część świadczeń stanowiły badania rezonansu magnetycznego – 2,48 mln procedur o łącznej wartości przekraczającej 1,8 mld zł. Zdecydowana większość z nich została zrealizowana w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (2,47 mln badań o wartości 1,78 mld zł), podczas gdy w warunkach szpitalnych wykonano jedynie około 12 tys. badań o wartości niespełna 18,5 mln zł.

Tomografia komputerowa stanowiła drugą pod względem liczebności grupę świadczeń – 1,97 mln badań o łącznej wartości około 1,09 mld zł. Podobnie jak w przypadku rezonansu magnetycznego, dominującą rolę odgrywała ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w ramach której wykonano 1,95 mln procedur o wartości 1,06 mld zł. W leczeniu szpitalnym liczba badań była nieporównywalnie mniejsza – nieco ponad 21 tys., o łącznej wartości około 23,5 mln zł.

Należy jednak podkreślić, że rozliczanie badań rezonansu magnetycznego oraz tomografii komputerowej w ramach hospitalizacji obwarowane jest szeregiem ograniczeń. Dane sprawozdawcze w tym zakresie nie odzwierciedlają zatem rzeczywistej liczby przeprowadzonych badań, lecz jedynie te przypadki, w których świadczeniodawca uzyskał dodatkową refundację. Z tego względu w dalszej części raportu analizie poddano przede wszystkim badania wykonywane w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

W roku 2024 najczęściej realizowanymi produktami rozliczeniowymi, z obszaru diagnostyki rezonansu magnetycznego w ramach AOS, były badania jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez wzmocnienia kontrastowego, badanie innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego a także badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym. Odpowiadały one za 69,6% wszystkich badań RM i były realizowane niemalże przez każdy z podmiotów udzielających omawiane świadczenia (Rysunek 8).

Realizacja badań rezonansu magnetycznego w ramach AOS

Dane NFZ za rok 2024. Badania z realizacją powyżej 200 rocznie.

Produkt	Liczba produktów	Wartość świadczeń
MR BADANIE JEDNEGO ODCINKA KRĘGOSŁUPA LUB KANAŁU KRĘGOWEGO BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO	875 016	409 576 482
MR - BADANIE INNEJ OKOLICY ANATOMICZNEJ BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO	498 365	335 523 480
MR - BADANIE GŁOWY BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	354 537	312 751 041
BADANIE BEZ ŚRODKA KONTRASTOWEGO I CO NAJMNIEJ DWIE FAZY ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM-MR	147 876	167 272 630
MR - BADANIE GŁOWY BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO	143 457	67 496 403
MR - BADANIE INNEJ OKOLICY ANATOMICZNEJ BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	118 903	130 783 512
MR - BADANIE DWÓCH OKOLIC ANATOMICZNYCH INNYCH NIŻ DWA ODCINKI KRĘGOSŁUPA BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO	73 976	81 641 325
MR - BADANIE DWÓCH ODCINKÓW KRĘGOSŁUPA BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO	67 739	56 348 421
MR - BADANIE DWÓCH OKOLIC ANATOMICZNYCH INNYCH NIŻ DWA ODCINKI KRĘGOSŁUPA BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	52 390	80 156 022
MR BADANIE JEDNEGO ODCINKA KRĘGOSŁUPA LUB KANAŁU KRĘGOWEGO BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	35 870	31 733 898
ANGIOGRAFIA MR BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO	35 456	17 920 814
MR BADANIE PIERSI	32 040	40 256 916
MR BADANIE SERCA - CZYNNOŚCIOWE I MORFOLOGICZNE BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	13 444	21 403 476
ANGIOGRAFIA ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM-MR	10 991	14 252 511
MR BADANIE TRZECH ODCINKÓW KRĘGOSŁUPA BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO	7 239	8 653 838
MR BADANIE TRZECH OKOLIC ANATOMICZNYCH INNYCH NIŻ TRZY ODCINKI KRĘGOSŁUPA BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO	6 140	8 974 808
MR - BADANIE DWÓCH ODCINKÓW KRĘGOSŁUPA BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	3 837	4 899 413
MR BADANIE TRZECH OKOLIC ANATOMICZNYCH INNYCH NIŻ TRZY ODCINKI KRĘGOSŁUPA BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	3 158	6 223 620
MR BADANIE TRZECH ODCINKÓW KRĘGOSŁUPA BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	1 119	1 864 567
MR BADANIE SERCA - CZYNNOŚCIOWE I MORFOLOGICZNE BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO	571	671 999
SPEKTROSKOPIA MR	464	282 744
BADANIE OBRAZOWE METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO: BADANIE GŁOWY BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM.	445	483 967
MR BADANIE CZYNNOŚCIOWE MÓZGU	262	363 477
Suma	2 483 295	1 799 535 362

Rysunek 8 Liczba i wartość badań RM w roku 2024 realizowanych w ramach AOS.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W roku 2024 najczęściej realizowanymi produktami rozliczeniowymi, z obszaru diagnostyki rezonansu magnetycznego w ramach AOS, były badania jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez wzmocnienia kontrastowego, badanie innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego a także badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym. Odpowiadały one za 69,6% wszystkich badań RM i były realizowane niemalże przez każdy z podmiotów udzielających omawiane świadczenia (Rysunek 9).

Realizacja badań tomografii komputerowej w ramach AOS

Dane NFZ za rok 2024. Badania z realizacją powyżej 200 rocznie.

Produkt	Liczba produktów	Wartość świadczeń
TK - BADANIE INNEJ OKOLICY ANATOMICZNEJ - BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO	476 898	135 943 117
TK - BADANIE DWÓCH OKOLIC ANATOMICZNYCH BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	272 116	212 636 120
TK - BADANIE GŁOWY - BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO	252 557	63 962 044
TK - INNEJ OKOLICY ANATOMICZNEJ - BEZ I ZE ŚRODKIEM KONTRASTOWYM	222 465	137 513 252
TK: BADANIE TRZECH LUB WIĘCEJ OKOLIC ANATOMICZNYCH BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	218 601	200 640 744
TK:ANGIOGRAFIA (Z WYŁĄCZENIEM ANGIOGRAFII TT.WIĘNCOWYCH)	108 305	76 788 442
TK - BADANIE GŁOWY - BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	101 844	53 137 720
BADANIE KARDIOLOGICZNE TK (OBEJMUJE BADANIE MORFOLOGII I CZYNNOŚCI MIĘŚNIA SERCOWEGO - TAKŻE ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM)	74 248	66 705 738
TK INNEJ OKOLICY ANATOMICZNEJ BEZ ŚRODKA KONTRASTOWEGO I CO NAJMNIEJ DWIE FAZY ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	57 999	36 942 645
TK: BADANIE TRZECH LUB WIĘCEJ OKOLIC ANATOMICZNYCH ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	43 524	31 843 405
TK-BADANIE DWÓCH OKOLIC ANATOMICZNYCH BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO	43 127	15 590 165
TK-BADANIE INNEJ OKOLICY ANATOMICZNEJ ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	32 364	15 280 064
TK: BADANIE TRZECH LUB WIĘCEJ OKOLIC ANATOMICZNYCH BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO	21 688	9 242 014
TK-BADANIE DWÓCH OKOLIC ANATOMICZNYCH ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	18 075	11 963 327
TK:ANGIOGRAFIA TT. WIĘNCOWYCH U PACJENTÓW PO ZABIEGACH KORONAROPLASTYKI LUB WSZCZEPIENIU BY-PASÓW	15 437	12 741 340
TK-BADANIE GŁOWY ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	4 453	1 828 564
WIRTUALNA KOLONOSKOPIA U PACJENTÓW, U KTÓRYCH WARUNKI ANATOMICZNE UNIEMOŻLIWIAJĄ WYKONANIE KOLONOSKOPII TRADYCYJNEJ	1 878	1 152 770
BADANIE OBRAZOWE METODĄ TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ: BADANIE INNEJ OKOLICY ANATOMICZNEJ BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO.	1 605	551 122
TK GŁOWY BEZ ŚRODKA KONTRASTOWEGO I CO NAJMNIEJ DWIE FAZY ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	1 600	872 247
BADANIE OBRAZOWE METODĄ TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ: BADANIE INNEJ OKOLICY ANATOMICZNEJ BEZ I ZE WZMOCNIENIEM	848	621 528
BADANIE OBRAZOWE METODĄ TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ: BADANIE DWÓCH OKOLIC ANATOMICZNYCH BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM.	425	384 847
BADANIE OBRAZOWE METODĄ TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ: BADANIE KARDIOLOGICZNE (OBEJMUJE BADANIE MORFOLOGII I CZYNNOŚCI MIĘŚNIA SERCOWEGO - TAKŻE ZW WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM).	244	263 041
Suma	1 970 301	1 086 604 255

Rysunek 9 Liczba i wartość badań TK w roku 2024 realizowanych w ramach AOS

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Analiza dostępności badań rezonansu magnetycznego (RM) i tomografii komputerowej (TK) w układzie wojewódzkim pokazuje, że skala realizacji świadczeń jest silnie zróżnicowana zarówno pod względem liczby wykonanych badań, liczby badań przypadających na 100 tys. mieszkańców, jak i liczby podmiotów realizujących te świadczenia. Analizę ograniczono do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, ponieważ liczba produktów rozliczeniowych sprawozdawanych w ramach leczenia szpitalnego nie odzwierciedla faktycznej liczby wykonanych badań, których refundacja odbywa się co do zasady w ramach jednorodnych grup pacjentów. W związku z tym wyniki takiej analizy mogłyby być niemiernodajne.

W przypadku rezonansu magnetycznego najwyższą liczbę badań w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców odnotowano w województwach świętokrzyskim (9 984), lubelskim (9 525) i podlaskim (9045). Relatywnie wysokie wskaźniki występują także w łódzkim (7 897) i śląskim (7 418). Najniższy poziom dostępności charakteryzuje województwa zachodniopomorskie (4 941) i wielkopolskie (5 129). Warto zauważyć, że w regionach o najwyższej dostępności RM (np. świętokrzyskie – 15 realizatorów, podlaskie – 16 realizatorów) liczba podmiotów jest umiarkowana, co może świadczyć o intensywnym wykorzystaniu istniejącej infrastruktury.

Dla tomografii komputerowej najwyższe wskaźniki badań na 100 tys. mieszkańców występują w województwie śląskim (7253), świętokrzyskim (6748) i lubelskim (6069). Najniższą dostępnością charakteryzują się województwa małopolskie (3966), opolskie (3970) i wielkopolskie (4303). Analiza liczby realizatorów wskazuje, że np. w województwie śląskim działa 54 podmiotów wykonujących badania TK, a mimo to wskaźnik dostępności należy do najwyższych, co dowodzi zarówno wysokiego zapotrzebowania, jak i dużej efektywności organizacyjnej regionu.

Pod względem liczby bezwzględnej świadczeń największe wolumeny badań RM i TK zrealizowano w województwach o największej liczbie mieszkańców: mazowieckim (łącznie ponad 612 tys. badań, 150 realizatorów) i śląskim (ponad 629 tys. badań, 88 realizatorów). W województwach mniejszych, jak świętokrzyskie czy podlaskie, pomimo znacznie niższej liczby wykonanych badań, wskaźniki

dostępności są jednymi z najwyższych, co oznacza, że w relacji do populacji mieszkańców zabezpieczenie potrzeb jest tam relatywnie lepsze.

Łączne zestawienie pokazuje, że dostępność diagnostyki obrazowej w Polsce jest nierównomierna. W regionach o wysokiej liczbie realizatorów, takich jak Mazowsze czy Śląsk, dominują duże wolumeny badań, podczas gdy w mniejszych województwach wysoka dostępność wynika z intensywnego wykorzystania posiadanej aparatury. Z kolei w województwach o niskich wskaźnikach (np. zachodniopomorskie, wielkopolskie, małopolskie) dostępność do badań może być ograniczona, mimo względnie licznych podmiotów, co wskazuje na potrzebę dalszej optymalizacji rozmieszczenia świadczeń i lepszego zrównoważenia podaży z zapotrzebowaniem. Szczegółowe wyniki przeprowadzonej analizy zawarto na poniższym rysunku.

Liczba badań rezonansu magnetycznego i tomografii komputerowej na 100 tys. mieszkańców

Dane NFZ za rok 2024. Dane GUS za rok 2024.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Typ badania Województwo	REZONANS MAGNETYCZNY			TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA		
	Liczba produktów	Liczba produktów na 100 tys. mieszkańców	Liczba realizatorów	Liczba produktów	Liczba produktów na 100 tys. mieszkańców	Liczba realizatorów
Dolnośląskie	157 396	5 488	23	137 511	4 794	38
Kujawsko-Pomorskie	117 816	5 937	20	83 257	4 195	30
Lubelskie	190 157	9 525	33	121 165	6 069	35
Lubuskie	51 666	5 327	9	48 023	4 952	15
Łódzkie	185 268	7 897	25	139 860	5 962	35
Małopolskie	197 846	5 770	27	136 008	3 966	35
Mazowieckie	336 670	6 112	64	275 670	5 005	86
Opolskie	63 636	6 840	10	36 934	3 970	18
Podkarpackie	134 199	6 505	21	96 670	4 686	34
Podlaskie	102 449	9 045	16	63 388	5 596	24
Pomorskie	147 864	6 267	19	122 457	5 190	26
Śląskie	318 334	7 418	34	311 239	7 253	54
Świętokrzyskie	115 617	9 984	15	78 146	6 748	21
Warmińsko-Mazurskie	94 286	6 988	13	71 521	5 301	26
Wielkopolskie	178 483	5 129	23	149 754	4 303	47
Zachodniopomorskie	80 186	4 941	14	77 962	4 804	23
Suma	2 471 873	6 594	366	1 949 565	5 200	547

Rysunek 10 Liczba badań TK i RM w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców województwa w roku 2024 realizowanych w ramach AOS

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ oraz GUS

W ramach przeprowadzonych prac taryfikacyjnych dokonano również analizy rozpoznań najczęściej wskazywanych jako przyczyna wykonania badania. Dla celów prezentacyjnych w poniższej tabeli przedstawiono trzy najczęściej realizowane badania tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego wraz z dominującymi rozpoznaniem, które stanowiły podstawę ich wykonania.

Tabela 5 Najczęściej sprawozdawane jednostki chorobowe w ramach produktów o najwyższej realizacji w 2024 r.

Kod i nazwa produktu	Jednostka chorobowa	Liczba produktów w 2024 r.	% udział w realizacji
Tomografia komputerowa			
5.03.00.0000025 - TK - Badanie głowy - bez wzmocnienia kontrastowego	Choroby układu oddechowego	114 792	45,5%
	Choroby układu nerwowego	41 783	16,5%
	Choroby oka i ucha	27 473	10,9%
5.03.00.0000070 - TK - Badanie innej okolicy anatomicznej - bez wzmocnienia kontrastowego	Choroby układu oddechowego	134 103	28,1%
	Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej	92 697	19,4%
	Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań	67 916	14,2%

Kod i nazwa produktu	Jednostka chorobowa	Liczba produktów w 2024 r.	% udział w realizacji
5.03.00.0000073 - TK - Badanie dwóch okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	Nowotwory	81 387	30,2%
	Choroby układu moczowo-płciowego	63 863	23,7%
	Choroby układu trawiennego	30 984	11,5%
	Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań	29 931	11,1%
	Nowotwory + Choroby krwi	29 662	11,0%
Rezonans magnetyczny			
5.03.00.0000076 - MR - Badanie innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego	Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej	322 490	64,8%
	Urazy, zatrucia	130 220	26,1%
5.03.00.0000078 - MR - Badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	Choroby układu nerwowego	158 206	44,6%
	Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań	46 309	13,1%
	Nowotwory + Choroby krwi	37 907	10,7%
	Choroby oka i ucha	35 577	10,0%
5.03.00.0000118 - MR Badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez wzmocnienia kontrastowego	Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej	526 889	60,2%
	Choroby układu nerwowego	291 733	33,3%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Najczęściej wykonywanymi badaniami tomografii komputerowej są badania głowy oraz badania pojedynczych okolic anatomicznych bez zastosowania kontrastu. Wskazania do ich przeprowadzenia najczęściej dotyczą chorób układu oddechowego, układu nerwowego, a także chorób oka i ucha. W przypadku bardziej zaawansowanych badań, obejmujących na przykład dwie okolice anatomiczne z użyciem kontrastu, największy udział mają rozpoznania onkologiczne, co potwierdza kluczową rolę tomografii komputerowej w diagnostyce nowotworów.

W badaniach rezonansu magnetycznego dominują natomiast badania kręgosłupa i kanału kręgowego, wykonywane przede wszystkim w diagnostyce chorób układu kostno-stawowego oraz nerwowego. Istotny udział mają również badania głowy, które stanowią podstawowe narzędzie w rozpoznawaniu chorób neurologicznych i nowotworowych. Rezonans magnetyczny odgrywa ponadto ważną rolę w diagnostyce urazów i schorzeń ortopedycznych.

Analiza całości danych wskazuje, że tomografia komputerowa dominuje w diagnostyce chorób układu oddechowego i nowotworów, podczas gdy rezonans magnetyczny ma szczególne znaczenie w diagnostyce schorzeń układu nerwowego i kostno-stawowego.

2.3.2. Kolejki oczekujących

Źródłem danych dotyczących liczby osób oczekujących oraz średniego czasu oczekiwania na badania rezonansu magnetycznego (RM) i tomografii komputerowej (TK) były informacje o kolejkach oczekujących, sprawozdawane do Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). W celu zapewnienia porównywalności, analiza została oparta wyłącznie na danych za czerwiec w latach 2022–2025. Szczegółowe informacje dotyczące liczby placówek prowadzących listy oczekujących na badania TK i RM w analizowanych latach przedstawiono w Tabeli 6.

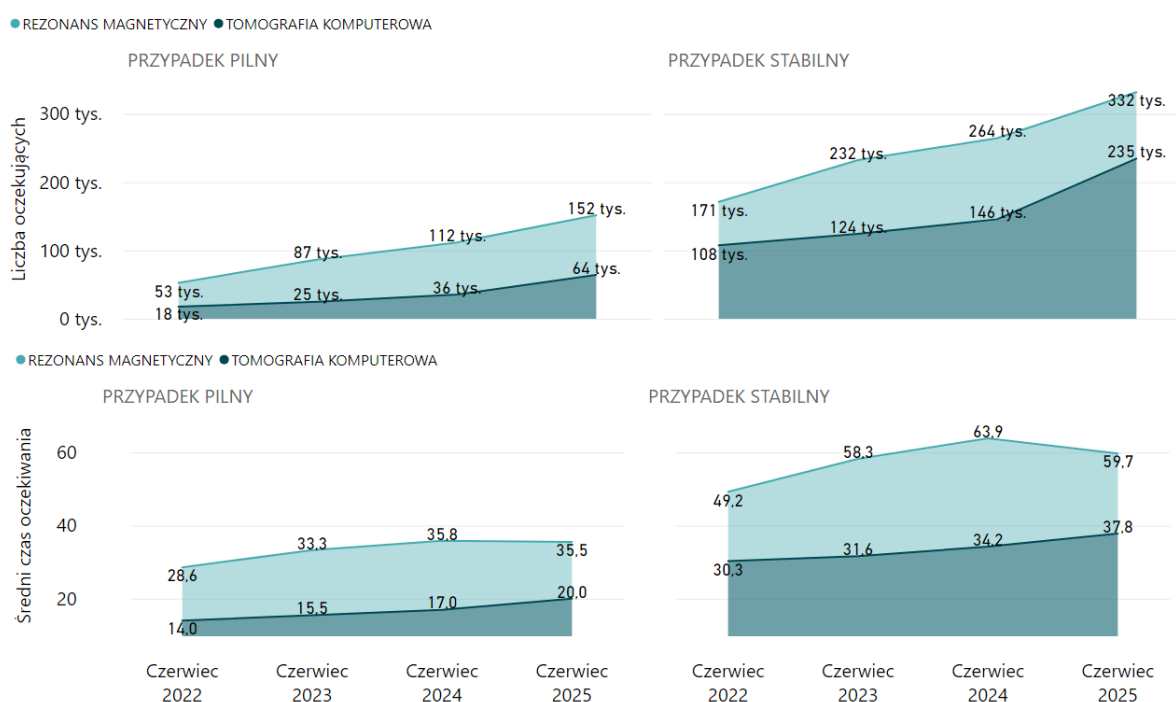
Tabela 6 Liczba placówek, które przekazały dane o kolejkach oczekujących w podziale na rok sprawozdawczy

Zakres świadczeń	Czerwiec 2022	Czerwiec 2023	Czerwiec 2024	Czerwiec 2025
Rezonans magnetyczny	774	856	890	1 276
Tomografia komputerowa	1 108	1 184	1 208	1 724

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W ramach realizacji zadania przeanalizowano dane dotyczące liczby osób oczekujących oraz średniego czasu oczekiwania na badania tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego, z uwzględnieniem podziału na przypadki stabilne i pilne (Rysunek 11).

Dane za czerwiec 2022-2025 roku

**Rysunek 11 Liczba osób oczekujących i średni czas oczekiwania – przypadki pilne i stabilne.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W analizowanym okresie 2022–2025 zaobserwowano wyraźny wzrost liczby osób oczekujących na badania tomografii komputerowej (TK) i rezonansu magnetycznego (RM), zarówno w przypadkach stabilnych, jak i pilnych. W przypadku TK liczba oczekujących wzrosła z 107 509 do 234 546 osób dla przypadków stabilnych oraz z 17 627 do 64 380 osób dla przypadków pilnych. A w przypadku RM liczba osób oczekujących w przypadkach stabilnych z 171 288 do 331 977 osób, a w pilnych z 52 650 do 151 878 osób.

W celu pogłębienia analizy zweryfikowano sytuację kolejkową w poszczególnych województwach w 2025 roku (Rysunek 12).

Zróźnicowanie kolejek w podziale na województwa

Dane za czerwiec 2025

Rezonans magnetyczny

Województwo	Liczba oczekujących	Mediana czasu oczekiwania
Śląskie	151 512	48
Mazowieckie	63 266	26
Małopolskie	44 333	67
Pomorskie	39 622	67
Wielkopolskie	37 828	56
Dolnośląskie	26 862	48
Kujawsko-pomorskie	18 702	52
Łódzkie	16 946	22
Zachodniopomorskie	16 446	52
Podkarpackie	15 137	28
Lubelskie	12 141	19
Lubuskie	9 117	43
Podlaskie	8 605	16
Warmińsko-mazurskie	8 542	22
Świętokrzyskie	8 388	22
Opolskie	6 408	30

Tomografia komputerowa

Województwo	Liczba oczekujących	Mediana czasu oczekiwania
Śląskie	251 853	34
Mazowieckie	113 100	21
Małopolskie	71 459	56
Pomorskie	57 679	39
Wielkopolskie	54 938	34
Dolnośląskie	44 185	28
Kujawsko-pomorskie	29 411	38
Łódzkie	27 583	18
Lubelskie	24 063	18
Zachodniopomorskie	23 885	24
Podkarpackie	23 043	21
Warmińsko-mazurskie	14 367	16
Lubuskie	13 474	34
Podlaskie	13 300	12
Świętokrzyskie	12 042	14
Opolskie	8 399	23

Rysunek 12 Zróźnicowanie kolejek przypadków stabilnych w podziale na województwa – czerwiec 2025 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Na podstawie powyższych danych nie można jednoznacznie określić bezpośredniej zależności między liczbą osób oczekujących w stanie stabilnym a medianą czasu oczekiwania na przyjęcie do pracowni. Potwierdzają to następujące informacje:

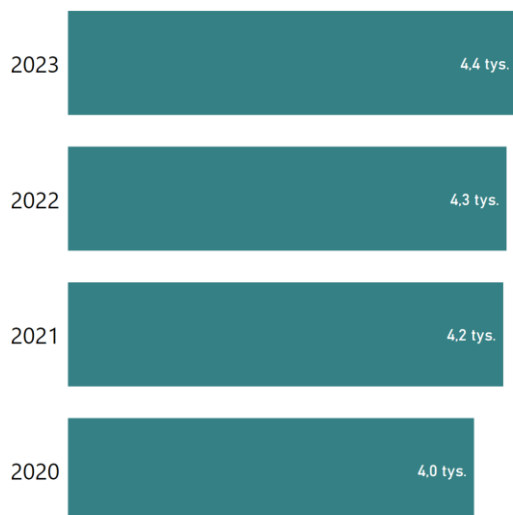
- 67 dni oczekiwania do pracowni rezonansu magnetycznego przy 44 333 osobach oczekujących w województwie małopolskim, w porównaniu do 48 dni oczekiwania przy 151 512 osobach w województwie śląskim.
- 56 dni oczekiwania do pracowni tomografii komputerowej przy 71 459 osobach oczekujących w województwie małopolskim, wobec 34 dni oczekiwania przy 251 853 osobach w województwie śląskim.

2.3.3. Potencjał kadrowy – liczba lekarzy

Przeanalizowano dane dotyczące liczby lekarzy zawarte w *Mapie potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026* z Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (BASiW). Przedmiotem analiz była liczba lekarzy specjalizujących się w dziedzinie radiologia i diagnostyka zabiegowa na przestrzeni lat 2020-2023. Dane wykorzystane do analizy nie zawierały rozbicia na specjalistów dla dorosłych i dzieci, dlatego zostały przedstawione w ujęciu ogólnym jak i w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców, w poszczególnych województwach.

Liczba lekarzy ze specjalizacją radiologia i diagnostyka obrazowa

Dane za 2020 - 2023 rok

Liczba lekarzy specjalistów ogółem**Liczba lekarzy ogółem i w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w podziale na województwa**

Dane za 2023 rok

Województwo	Liczba lekarzy	Liczba pracujących lekarzy 100 tys. mieszkańców
mazowieckie	814	15
śląskie	451	10
dolnośląskie	305	11
małopolskie	303	9
pomorskie	285	12
wielkopolskie	278	8
lubelskie	260	13
łódzkie	259	11
kujawsko-pomorskie	194	10
podkarpackie	179	9
zachodniopomorskie	162	10
podlaskie	137	12
świętokrzyskie	115	10
warmińsko-mazurskie	105	8
lubuskie	76	8
opolskie	63	7

Rysunek 13 Liczba lekarzy specjalistów wykonujących zawód w specjalizacji radiologia i diagnostyka obrazowa ogółem oraz w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BASiW (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne>) (dostęp w dniu 29.07.2025 r.).

W latach 2020–2023 liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej wzrosła o 10% – z 4 tys. w 2020 roku do 4,4 tys. w 2023 roku. Najwięcej specjalistów pracuje w województwie mazowieckim (814 osób), gdzie odnotowano również najwyższy wskaźnik liczby radiologów na 100 tys. mieszkańców, wynoszący 15. Więcej informacji zawarto na Rysunku 13.

2.3.4. Potencjał sprzętowy – sprzęt i pracownie

W ramach analizy potencjału realizacji świadczeń tomografii i rezonansu magnetycznego przeanalizowano informacje o liczbie i rozmieszczeniu pracowni diagnostycznych. Dostęp do pracowni TK oraz RM jest zapewniony na terenie całego kraju.

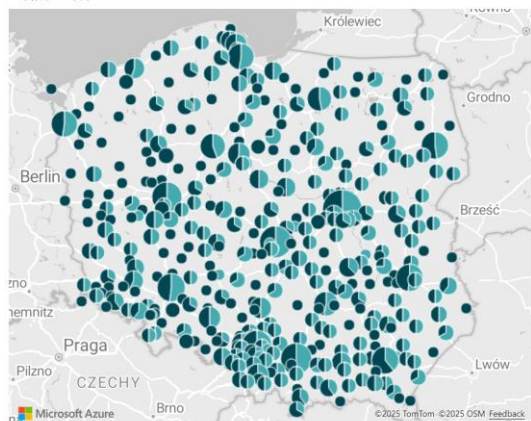
Największa liczba pracowni znajduje się na terenie województwa śląskiego (210), najmniejsza zaś na terenie województwa opolskiego (25). Największa ogólna liczba pracowni w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców jest na terenie województwa warmińsko-mazurskiego (6,1), a najmniejsza na terenie województwa lubuskiego (2,6).

Pracownie tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego

Na podstawie danych RPWDL za wrzesień 2025 r. oraz danych GUS za rok 2024

Liczba podmiotów

● RM ● TK



Województwo	Liczba podmiotów	Liczba pracowni	Liczba pracowni na 100 tys. mieszkańców
Dolnośląskie	45	145	5,1
Kujawsko-Pomorskie	38	83	4,2
Lubelskie	41	75	3,8
Lubuskie	15	25	2,6
Łódzkie	46	110	4,7
Małopolskie	40	132	3,8
Mazowieckie	96	200	3,6
Opolskie	21	25	2,7
Podkarpackie	33	56	2,7
Podlaskie	31	55	4,9
Pomorskie	35	65	2,8
Śląskie	70	210	4,9
Świętokrzyskie	25	42	3,6
Warmińsko-Mazurskie	31	82	6,1
Wielkopolskie	63	162	4,7
Zachodniopomorskie	27	45	2,8
Suma	657	1 512	4,0

Rysunek 14 Rozmieszczenie pracowni tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego w Polsce w 2025 r.

Źródło: Opracowanie własne

Dostęp do pracowni tomografii komputerowej w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców województwa jest równomierny na terenie kraju, z wyjątkiem województwa dolnośląskiego (4,0), w którym jest niemalże dwukrotnie większy niż w pozostałych regionach. Najniższy jest w województwach pomorskim (1,6) i lubuskim (1,6).

Jednocześnie dostęp do pracowni rezonansu magnetycznego jest nie tylko niższy, ale również bardziej zróżnicowany regionalnie. Najwyższy jest ponownie w województwie warmińsko-mazurskim (3,2), najniższy zaś w województwach lubuskim (0,9), podkarpackim (0,9) i opolskim (0,9).

Warto zauważyć, że w województwach łódzkim, kujawsko-pomorskim, małopolskim i warmińsko-mazurskim technologia obrazowania za pomocą rezonansu magnetycznego jest obecnie bardziej dostępna niż za pomocą tomografii komputerowej. Szczegółowe dane zostały przedstawione na Rysunku 14.

Pracownie tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego

Na podstawie danych RPWDL za wrzesień 2025 r. oraz danych GUS za rok 2024

Województwo	Pracownia rezonansu magnetycznego		Pracownia rezonansu magnetycznego dla dzieci		Pracownia tomografii komputerowej		Pracownia tomografii komputerowej dla dzieci	
	Liczba pracowni	Liczba pracowni na 100 tys. mieszkańców	Liczba pracowni	Liczba pracowni na 100 tys. mieszkańców	Liczba pracowni	Liczba pracowni na 100 tys. mieszkańców	Liczba pracowni	Liczba pracowni na 100 tys. mieszkańców
Dolnośląskie	30	1,0			115	4,0		
Kujawsko-Pomorskie	46	2,3			37	1,9		
Lubelskie	35	1,8			40	2,0		
Lubuskie	9	0,9			16	1,6		
Łódzkie	57	2,4			53	2,3		
Małopolskie	66	1,9	1	0,0	63	1,8	2	0,1
Mazowieckie	80	1,5	3	0,1	115	2,1	2	0,0
Opolskie	8	0,9			17	1,8		
Podkarpackie	17	0,8	1	0,0	38	1,8		
Podlaskie	23	2,0	1	0,1	30	2,6	1	0,1
Pomorskie	27	1,1			38	1,6		
Śląskie	99	2,3			111	2,6		
Świętokrzyskie	18	1,6	1	0,1	23	2,0		
Warmińsko-Mazurskie	42	3,1	1	0,1	39	2,9		
Wielkopolskie	79	2,3			82	2,4	1	0,0
Zachodniopomorskie	16	1,0			29	1,8		
Suma	652	1,7	8	0,0	846	2,3	6	0,0

Rysunek 15 Liczba pracowni specjalistycznych ogółem oraz w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w podziale na województwa.

Źródło: Opracowanie własne

Dostępność pracowni rezonansu magnetycznego – liczona w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców województwa – jest niższa niż w przypadku tomografii komputerowej. Ponadto charakteryzuje się większym zróżnicowaniem regionalnym (Rysunek 15).

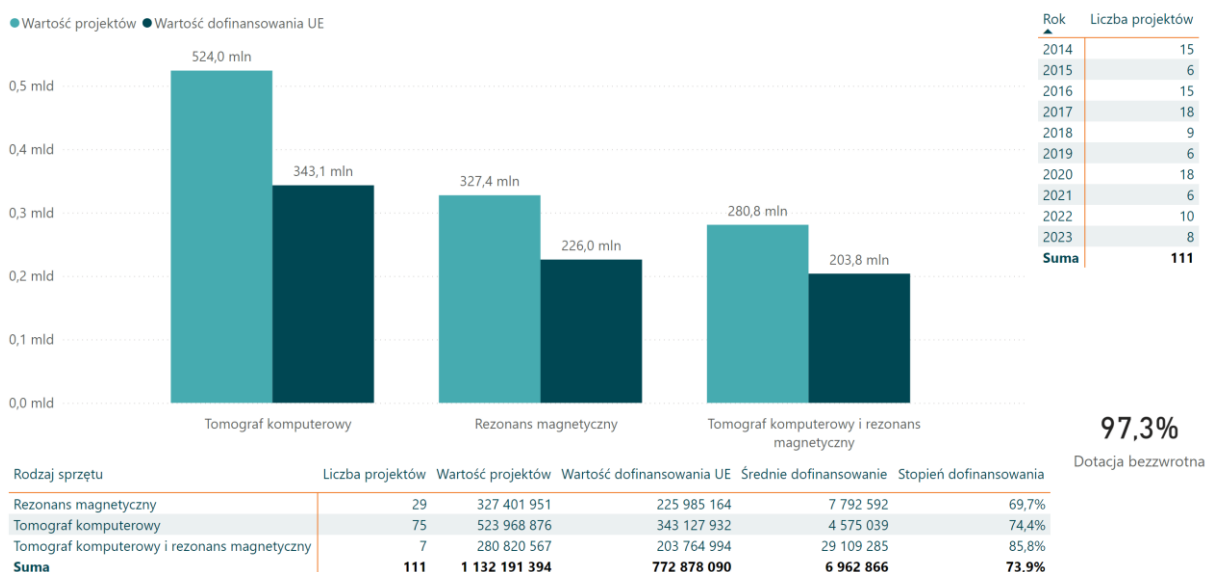
2.3.5. Nakłady inwestycyjne współfinansowane

W niniejszym rozdziale przedstawiono analizę nakładów inwestycyjnych współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej w obszarze diagnostyki obrazowej. Dane wykorzystane w analizie pochodzą z publicznie dostępnego serwisu *Mapa dotacji*, który gromadzi informacje o wszystkich projektach w Polsce dofinansowanych z funduszy europejskich.

Od 2017 roku obserwuje się istotny wzrost liczby wykonywanych badań tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego. Zjawisko to było możliwe dzięki systematycznemu zwiększaniu liczby podmiotów medycznych realizujących te świadczenia oraz rozbudowie sieci pracowni TK i RM. Kluczowym czynnikiem wspierającym ten rozwój były inwestycje w nowoczesny sprzęt diagnostyczny, finansowane w formule współudziału – ze środków organów założycielskich podmiotów leczniczych, funduszy pozostających w dyspozycji Ministerstwa Zdrowia oraz środków Unii Europejskiej. Wyniki przeprowadzonych analiz zobrazowano na poniższym rysunku.

Projekty dotyczące aparatów TK i RM współfinansowane z Funduszy Europejskich

Dane Map Dotacji UE od roku 2014



Rysunek 16 Projekty dotyczące aparatów TK oraz RM współfinansowane z Funduszy Europejskich.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Map Dotacji UE <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/strony/o-funduszach/projekty/lista-projektow/#/domyslne=1> (dostęp: 05.09.2025 r.)

Łącznie w latach objętych analizą zrealizowano 111 projektów inwestycyjnych związanych z zakupem tomografów komputerowych i rezonansów magnetycznych, których łączna wartość wyniosła ponad 1,13 mld zł. Z tej kwoty ze środków Unii Europejskiej dofinansowano 772,9 mln zł, co stanowi średnio 73,9% wartości projektów. Należy podkreślić, że aż 97,3% dofinansowania miało formę dotacji bezzwrotnych, co znacząco zmniejszało obciążenia finansowe po stronie podmiotów medycznych.

W przypadku rezonansów magnetycznych sfinansowano 29 projektów o łącznej wartości 327,4 mln zł, z czego dofinansowanie UE wyniosło 226,0 mln zł (średni poziom dofinansowania 69,7%). Średnia

wartość dofinansowania na projekt wyniosła prawie 7,8 mln zł, co wskazuje na wysoką kapitałochłonność inwestycji w sprzęt tego typu.

Największą liczbę projektów stanowiły inwestycje w tomografy komputerowe – 75 projektów o wartości 524,0 mln zł, z czego dofinansowanie UE wyniosło 343,1 mln zł. Średnia wartość dofinansowania wyniosła 4,6 mln zł, a stopień dofinansowania kształtował się na poziomie 74,4%. Wskazuje to, że tomografy były częściej kupowane, a jednostkowe projekty miały mniejszą wartość niż w przypadku rezonansów.

Wyodrębniono także 7 projektów łączonych, w ramach, których finansowano zakup zarówno tomografu komputerowego, jak i rezonansu magnetycznego. Były to inwestycje o szczególnie wysokiej wartości – łącznie ponad 280,8 mln zł, przy czym dofinansowanie UE wyniosło 203,8 mln zł. Średnia wartość dofinansowania na projekt była tu najwyższa i przekraczała 29,1 mln zł, a stopień dofinansowania sięgnął 85,8%. Pokazuje to, że inwestycje kompleksowe, obejmujące zakup obu rodzajów sprzętu, były traktowane priorytetowo i mogły liczyć na szczególnie wysokie wsparcie ze środków europejskich.

Przeprowadzona analiza wskazuje, że środki unijne odegrały istotną rolę w rozwoju infrastruktury diagnostyki obrazowej w Polsce. W szczególności:

- rezonanse magnetyczne wiązały się z wyższymi kosztami jednostkowymi, ale niższym średnim poziomem dofinansowania,
- tomografy komputerowe były częściej przedmiotem projektów, z niższą wartością pojedynczej inwestycji,
- projekty łączone charakteryzowały się najwyższym średnim dofinansowaniem i najwyższym udziałem środków UE w kosztach całkowitych,
- zdecydowana większość wsparcia (97,3%) miała charakter dotacji bezzwrotnych, co w praktyce znacząco obniżało koszt zakupu sprzętu dla placówek medycznych i przyspieszało proces modernizacji infrastruktury.

Tak skonstruowany system wsparcia finansowego umożliwił istotne zwiększenie dostępności do badań TK i RM, co wprost przełożyło się na obserwowany od 2017 roku wzrost liczby wykonywanych badań.

2.3.6. Dostępność do świadczeń tle europejskim

Na potrzeby realizacji zadania zweryfikowano realizację świadczeń w Polsce na tle innych krajów Europy w oparciu o statystyki EUROSTAT. Informacje gromadzone przez tę instytucję dotyczą liczby wszystkich badań zrealizowanych w danym kraju, niezależnie od sposobu finansowania. Na podstawie omawianych informacji dokonano porównania liczby badań realizowanych w roku 2012 oraz w roku 2022.

Tomografia komputerowa

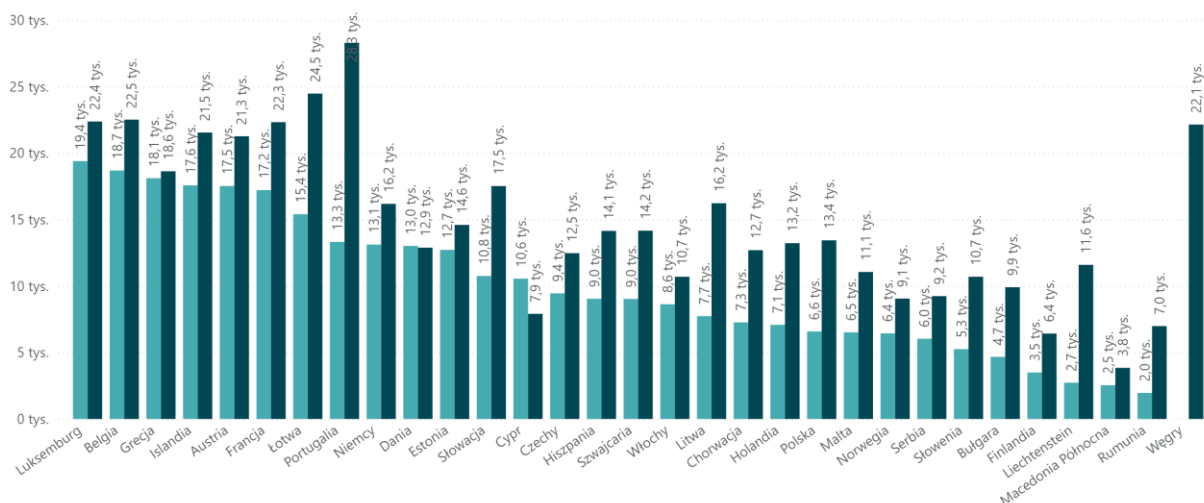
W 2012 roku Polska plasowała się na jednym z niższych miejsc pod względem dostępu do badań tomografii komputerowej, z wynikiem 6,6 tys. badań na 100 tys. mieszkańców. Było to 2,9 razy mniej niż w krajach takich jak Luksemburg czy Belgia, które przodowały w tej dziedzinie. Jednakże w ciągu dekady liczba badań wzrosła o 6,9 tys., co oznacza wzrost o 104%, do poziomu 13,4 tys. badań na 100 tys. mieszkańców (Rysunek 17).

Liczba skanów na 100 tys. mieszkańców w latach 2012 i 2022

Dane EUROSTAT

Tomografia komputerowa

● Rok 2012 ● Rok 2022



Rysunek 17 Liczba skanów tomografii komputerowej w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w latach 2012 i 2022.

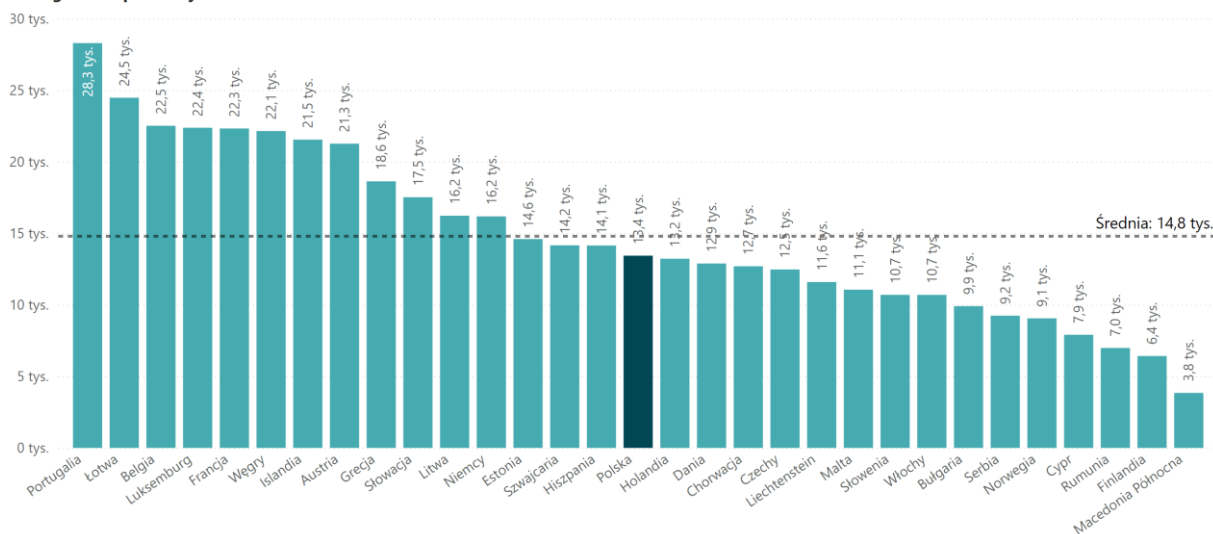
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych EUROSTAT https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/images/d/df/Healthcare_resource_statistics_-_technical_resources_and_medical_technology_Health2024.xlsx (dostęp: 17.09.2025 r.)

Kierunek zmian w Polsce jest zgodny z ogólną tendencją zwiększania częstości wykonywania badań tomografii komputerowej obserwowaną w Europie. Pomimo dużego wzrostu liczby zrealizowanych świadczeń Polska jedynie nieznacznie poprawiła swoją pozycję w rankingu, wciąż pozostając poniżej średniej europejskiej wynoszącej 14,8 tys. badań na 100 tys. mieszkańców. Warto zaznaczyć, że liczba badań TK jest w Polsce 2,1 razy mniejsza niż zajmującej pozycję lidera Portugalii (Rysunek 18).

Liczba skanów na 100 tys. mieszkańców

Dane EUROSTAT za rok 2022

Tomograf komputerowy



Rysunek 18 Liczba badań tomografii komputerowej w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w roku 2022.

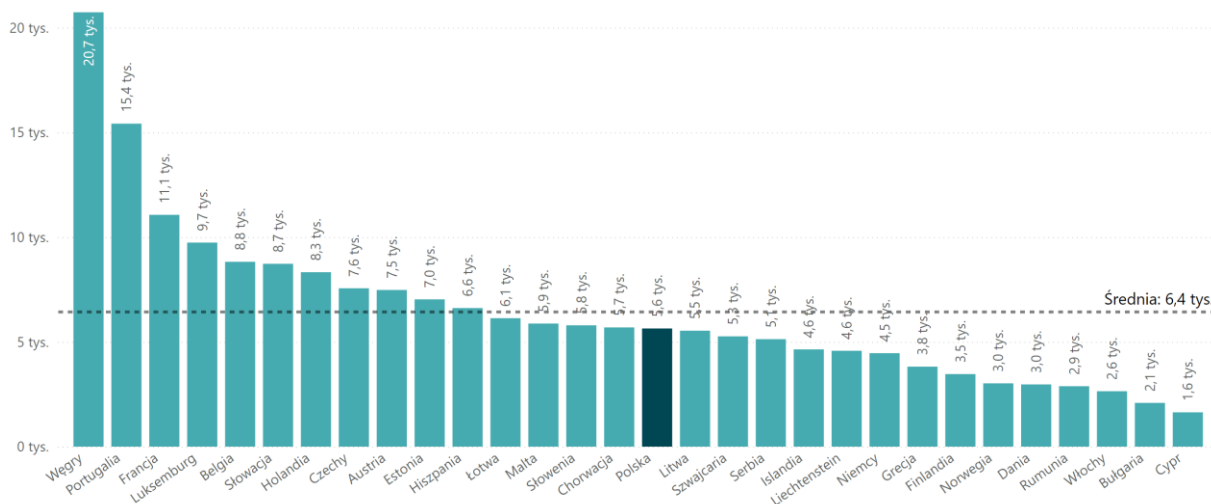
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych EUROSTAT https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/images/d/df/Healthcare_resource_statistics_-_technical_resources_and_medical_technology_Health2024.xlsx (dostęp: 17.09.2025 r.)

Dalsze zwiększenie liczby wykonywanych badań jest jednak możliwe poprzez bardziej efektywne wykorzystanie dostępnego sprzętu medycznego. Jego wykorzystanie mierzone wskaźnikiem liczby badań na aparat, również pozycjonuje Polskę nieznacznie poniżej średniej europejskiej. Państwa przodujące w liczbie wykonywanych badań w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców mają wyższe niż Polska wykorzystanie aparatów (Rysunek 19).

Liczba skanów na aparat

Dane EUROSTAT za rok 2022

Tomograf komputerowy



Rysunek 19 Liczba skanów tomografii komputerowej w przeliczeniu na aparat w roku 2022.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych EUROSTAT https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/images/d/df/Healthcare_resource_statistics_-_technical_resources_and_medical_technology_Health2024.xlsx (dostęp: 17.09.2025 r.)

Rezonans magnetyczny

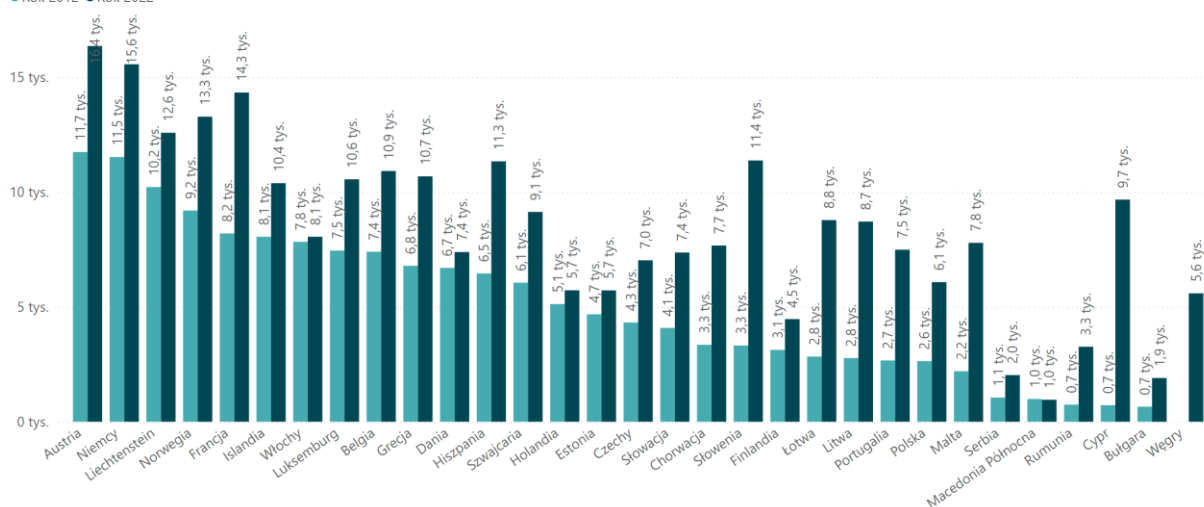
Dostęp do diagnostyki za pomocą rezonansu magnetycznego, pomimo istotnego wzrostu liczby wykonywanych badań, jest w Polsce mniej powszechny niż w przypadku badań tomografii komputerowej.

Liczba skanów na 100 tys. mieszkańców w latach 2012 i 2022

Dane EUROSTAT

Rezonans magnetyczny

● Rok 2012 ● Rok 2022



Rysunek 20 Liczba skanów rezonansu magnetycznego w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w latach 2012 i 2022.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych EUROSTAT https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/images/d/df/Healthcare_resource_statistics_-_technical_resources_and_medical_technology_Health2024.xlsx (dostęp: 17.09.2024 r.)

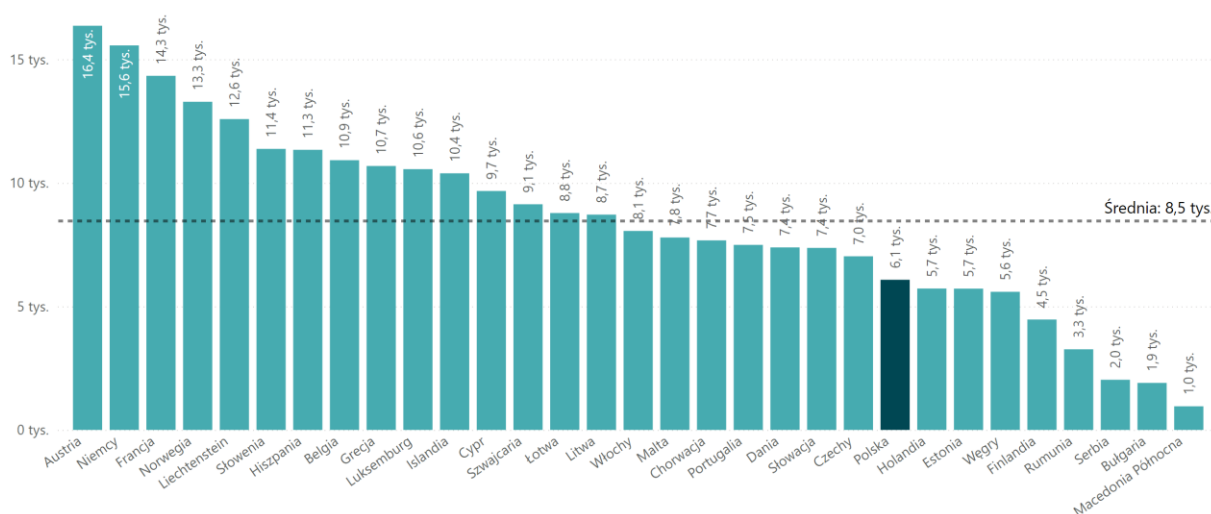
W 2012 roku Polska miała jeden z najniższych wskaźników dostępu do badań rezonansu magnetycznego w Europie, wynoszący 2,6 tys. badań na 100 tys. mieszkańców. Był on 4,5 razy niższy niż w krajach takich jak Austria i Niemcy. W ciągu dekady liczba badań wzrosła o 3,4 tys., co oznacza wzrost o 130%, do poziomu 6,1 tys. badań na 100 tys. mieszkańców (Rysunek 20).

Podobnie jak w przypadku tomografii komputerowej, w Polsce obserwuje się zgodny z europejskim trend wzrostu liczby badań rezonansu magnetycznego. Pomimo dużego wzrostu liczby zrealizowanych świadczeń Polska jedynie nieznacznie przesunęła się na wyższą pozycję w rankingu i nadal pozostaje poniżej średniej europejskiej wynoszącej 8,5 tys. badań na 100 tys. mieszkańców (Rysunek 21).

Liczba skanów na 100 tys. mieszkańców

Dane EUROSTAT za rok 2022

Rezonans magnetyczny



Rysunek 21 Liczba skanów rezonansu magnetycznego w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w roku 2022.

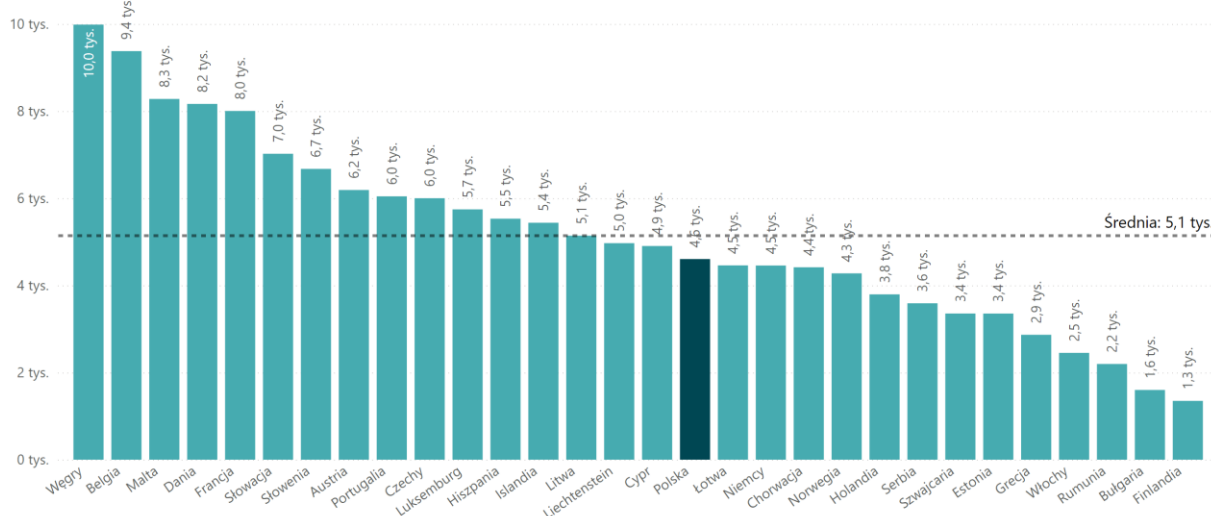
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych EUROSTAT https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/images/d/df/Healthcare_resource_statistics_-_technical_resources_and_medical_technology_Health2024.xlsx (dostęp: 17.09.2025 r.)

Dalsze zwiększenie liczby wykonywanych badań jest jednak możliwe poprzez bardziej efektywne wykorzystanie dostępnego sprzętu medycznego. Jego wykorzystanie mierzone wskaźnikiem liczby skanów na aparat, plasuje Polskę nieznacznie poniżej średniej europejskiej. Warto jednak podkreślić, że w tym zestawieniu Polska wyprzedza państwa przodujące w zestawieniu dotyczącym liczby badań na 100 tys. mieszkańców takie jak Niemcy i Norwegia (Rysunek 22).

Liczba skanów na aparat

Dane EUROSTAT za rok 2022

Rezonans magnetyczny



Rysunek 22 Liczba skanów rezonansu magnetycznego w przeliczeniu na aparat.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych EUROSTAT https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/images/d/df/Healthcare_resource_statistics_-_technical_resources_and_medical_technology_Health2024.xlsx (dostęp: 17.09.2025 r.)

2.3.7. Efekty skali

W początkowym okresie wprowadzania tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego do praktyki klinicznej świadczenia te miały charakter nowatorski i wiązały się z wysokim kosztem jednostkowym. Sprzęt diagnostyczny był wówczas nieliczny, dostępność badań ograniczona, a nakłady inwestycyjne bardzo wysokie. W konsekwencji badania tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego były postrzegane jako procedury wysoko kosztochłonne, zarezerwowane głównie dla dużych ośrodków klinicznych.

W analizowanym okresie odnotowano jednak istotny i systematyczny wzrost dostępności do tych badań. Zjawisko to było możliwe dzięki:

- intensywnym inwestycjom w rozwój infrastruktury medycznej,
- zwiększeniu liczby świadczeniodawców posiadających odpowiednie zaplecze diagnostyczne,
- upowszechnieniu i udoskonaleniu technologii obrazowania, w tym wprowadzeniu nowoczesnych, bardziej wydajnych urządzeń,
- rozwojowi kadr medycznych wyspecjalizowanych w diagnostyce obrazowej.

Na podstawie analizy danych krajowych i europejskich można stwierdzić, że w tym obszarze występuje znaczny potencjał do dalszego zwiększania liczby wykonywanych badań. Potencjał ten może być realizowany zarówno poprzez rozbudowę i modernizację istniejących placówek, jak i bardziej efektywne wykorzystanie już dostępnych zasobów.

Analiza wskazuje na występowanie wyraźnych efektów skali, wynikających z rosnącej liczby wykonywanych świadczeń TK i MR. Najważniejsze z nich to:

- **Obniżenie kosztu jednostkowego:** wzrost wolumenu badań pozwala na lepsze rozłożenie kosztów stałych, takich jak amortyzacja sprzętu czy utrzymanie personelu, na większą liczbę świadczeń. Zmniejsza to koszt jednostkowy badania i zwiększa efektywność ekonomiczną placówek.
- **Optymalizacja kosztów operacyjnych:** intensywniejsze wykorzystanie aparatury diagnostycznej oraz infrastruktury technicznej umożliwia bardziej racjonalne gospodarowanie zasobami. Obejmuje to m.in. efektywniejsze wykorzystanie energii, materiałów eksploatacyjnych i czasu pracy personelu.
- **Poprawa dostępności:** wzrost liczby pracowni i aparatów TK oraz MR, przy jednoczesnym zwiększeniu elastyczności organizacji pracy placówek, pozwolił utrzymać czas oczekiwania na badania na stabilnym poziomie, a w niektórych okresach nawet go skrócić, mimo rosnącej liczby pacjentów kierowanych na te świadczenia.
- **Podniesienie jakości usług:** wzrost liczby wykonywanych badań sprzyja specjalizacji ośrodków i personelu. Radiolodzy oraz technicy radiologii, wykonując większą liczbę procedur, nabywają doświadczenie, co przekłada się na poprawę jakości diagnostyki, większą dokładność interpretacji obrazów i krótszy czas realizacji badania.
- **Lepszy zwrot z inwestycji w technologię:** wysokie nakłady inwestycyjne w sprzęt TK i MR mogą być efektywniej amortyzowane w warunkach intensywnego wykorzystania urządzeń. Oznacza to, że w dłuższej perspektywie inwestycje w nowoczesną technologię diagnostyczną stają się bardziej opłacalne i uzasadnione ekonomicznie.

Podsumowując, rozwój świadczeń tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego pokazuje wyraźnie, że początkowo kosztochłonne i limitowane usługi z czasem uległy znacznemu upowszechnieniu. Postęp technologiczny, zwiększenie dostępności sprzętu oraz rosnąca liczba badań

umożliwiły obniżenie jednostkowych kosztów realizacji świadczeń, poprawę jakości diagnostyki i lepsze wykorzystanie istniejącej infrastruktury.

2.4.Stan finansowania w innych krajach

W celu porównania sposobu i poziomu finansowania taryfikowanych świadczeń z ich odpowiednikami w innych krajach, odnaleziono i zestawiono informacje o wycenach świadczeń w Polsce, Anglii i Niemczech. Informacje odnaleziono na stronach internetowych podmiotów zajmujących się oceną technologii medycznych oraz taryfikacją świadczeń.

Odnalezione informacje przedstawiono w podziale na poszczególne kraje i zamieszczono w załączniku nr 3. Koszty i ceny podane w innych walutach zostały przeliczone na PLN, zgodnie z aktualnymi kursami walut, opublikowanymi w serwisie internetowym Narodowego Banku Polskiego. Dodatkowo w analizie zostały przedstawione informacje dotyczące parytetu siły nabywczej (ang. Purchasing Power Parity).⁵

Należy zaznaczyć, że wnioskowanie na podstawie odnalezionych taryf świadczeń tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego wiąże się z następującymi ograniczeniami. Mimo płatności FFS za świadczenia w analizowanych systemach ubezpieczeń zdrowotnych to samo świadczenie jest zdefiniowane w odmienny sposób w poszczególnych krajach.

Z uwagi na powyższe, a także na trudności w dotarciu do dokładnych informacji o ujętych w danej taryfie kosztach, niemożliwe jest jednoznaczne porównanie refundacji analizowanych procedur w Polsce i za granicą. Jeżeli nie zaznaczono inaczej, w zestawieniu ujęto koszty finansowania grup podobnych do polskich JGP (na podstawie nazwy grupy), wynikające bezpośrednio z katalogu DRG, bez uwzględnienia dodatkowych innych opłat, np. ponoszonych przez pacjenta, czy też naliczanych przez świadczeniodawców na podstawie obowiązujących w danym kraju przepisów prawa.

Informacje dotyczące wyceny świadczeń tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego odnaleziono dla Anglii i Niemiec. W poniższej tabeli zawarte zostały podstawowe zestawienia.

Tabela 7 Podsumowanie wyceny świadczeń tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego w 2025 roku w warunkach ambulatoryjnych w poszczególnych krajach

	Polska	Anglia	Niemcy
Waluta	PLN	GBP	EUR
Kurs waluty (27.12.2024)	nd.	5,0393	4,1705
PKB per capita (USD)	21 504	49 476	53 550
PKB per capita PPP (USD)	45 403	58 240	68 195
CPL	100	170	147
CPL/CPL PL	1	1,7	1,47
Kodowanie rozpoznań	ICD-10	ICD-10	ICD-10-GM
Kodowanie procedur	ICD-9	OPCS	OPS
Liczba świadczeń	40	28	32
Wartość MIN	171 PLN	383 PLN	203 PLN
Wartość MAX	1 073 PLN	3 140 PLN	1 057 PLN

⁵ PPP służy do przeliczania walut w taki sposób, by wyeliminować różnice w poziomie cen pomiędzy krajami oraz pozwala ustalić rzeczywistą siłę nabywczą danej waluty.

Parytety PPP są średnimi ważonymi relacji cen, ustalonymi dla krajów OECD. W bazie danych OECD te relacje cenowe są przekształcane w taki sposób, by wyrażały siłę nabywczą poszczególnych krajów, tj., aby dana suma pieniędzy w dolarach USA po zamianie na różne waluty w jednostkach parytetu siły nabywczej tworzyła ten sam koszyk dóbr i usług.

W literaturze przedmiotu parytet siły nabywczej (PPP) może być definiowany przy pomocy kilku wskaźników. Dla celów porównawczych wykorzystano wskaźnik CPL (ang. *Comparative Price Levels*) - względny poziom cen.

	Polska	Anglia	Niemcy
Uwagi	Klasyfikacja uwzględnia obszar badania.	Klasyfikacja uwzględnia obszar badania i wiek pacjenta.	Klasyfikacja uwzględnia obszar badania.

Źródło: Opracowanie własne.

Poniżej opisano informacje dotyczące wyceny świadczeń tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego w warunkach ambulatoryjnych w poszczególnych krajach w 2025. Szczegółowe zestawienie przedstawiono w załączniku nr 3.

2.4.1. Anglia

W angielskim systemie zidentyfikowano 28 produktów służących do rozliczania świadczeń tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego w warunkach ambulatoryjnych (po 14 produktów dla każdej kategorii badania diagnostycznego). Przedstawione poniżej analizy wskazują na obecność następujących czynników wpływających na wycenę:

- rodzaj badania (badania tomografii komputerowej tańsze od badań rezonansu magnetycznego);
- liczba skanów (badania z dwoma skanami są droższe niż z pojedynczym skanem);
- obecność środka kontrastującego;
- wiek pacjentów (badania dla dorosłych tańsze od badań dla dzieci).

Warto zaznaczyć, że koszt przedmiotowych świadczeń pokrywa również koszt opisu.

Na rysunku 23 przedstawiono wyceny świadczeń rezonansu magnetycznego w warunkach ambulatoryjnych. Najdroższymi badaniami są badania serca (RD10Z – 3 140 PLN i RD09Z – 2 437 PLN), a najniżej jest wyceniona procedura badania jednej okolicy, bez kontrastu, osoby powyżej 19. roku życia (634 PLN).

Wycena świadczeń rezonansu magnetycznego w Anglii w 2025 roku.

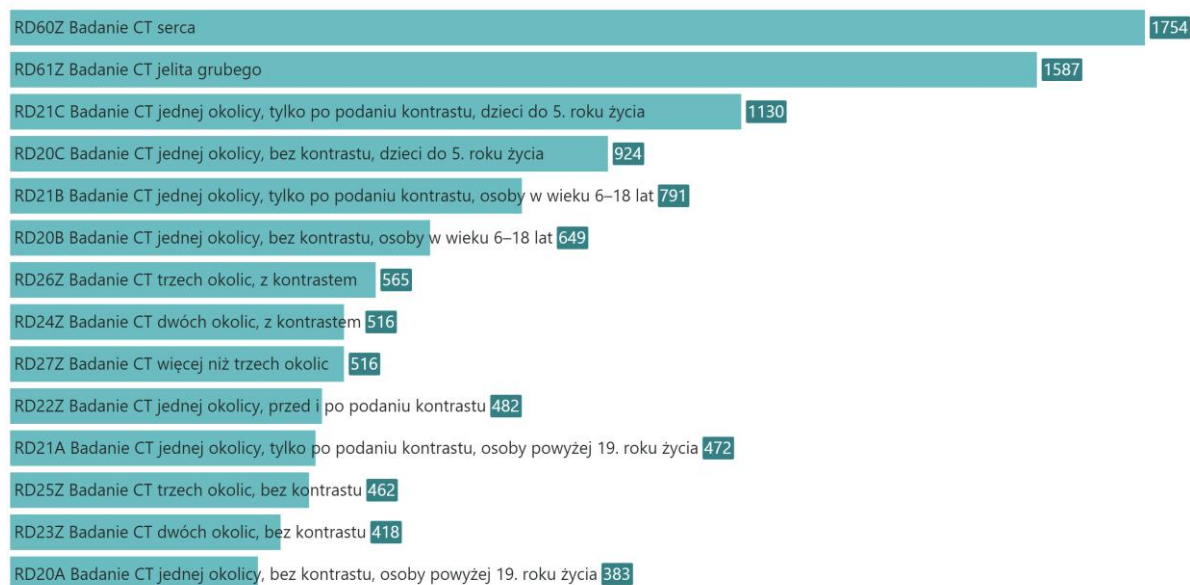
RD10Z Badanie MRI serca przed i po podaniu kontrastu	3140
RD09Z Badanie MRI serca tylko po podaniu kontrastu	2437
RD02C Badanie MRI jednej okolicy, tylko po podaniu kontrastu, dzieci do 5. roku życia	2310
RD08Z Badanie MRI serca bez kontrastu	2202
RD02B Badanie MRI jednej okolicy, tylko po podaniu kontrastu, osoby w wieku 6–18 lat	1617
RD01C Badanie MRI jednej okolicy, bez kontrastu, dzieci do 5. roku życia	1518
RD07Z Badanie MRI wymagające intensywnego repozycjonowania pacjenta	1283
RD05Z Badanie MRI dwóch lub trzech okolic, z kontrastem	1091
RD06Z Badanie MRI więcej niż trzech okolic	1091
RD01B Badanie MRI jednej okolicy, bez kontrastu, osoby w wieku 6–18 lat	1066
RD03Z Badanie MRI jednej okolicy, przed i po podaniu kontrastu	973
RD02A Badanie MRI jednej okolicy, tylko po podaniu kontrastu, osoby powyżej 19. roku życia	924
RD04Z Badanie MRI dwóch lub trzech okolic, bez kontrastu	762
RD01A Badanie MRI jednej okolicy, bez kontrastu, osoby powyżej 19. roku życia	634

Rysunek 23 Wycena świadczeń rezonansu magnetycznego w warunkach ambulatoryjnych w Anglii, w 2025 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie 2024/25 Annex A of the 2023/25 NHS Payment Scheme

Poniżej przedstawiono wyceny świadczeń tomografii komputerowej w warunkach ambulatoryjnych. Najdroższymi badaniami są badania serca (RD60Z – 1 754 PLN i RD61Z – 1 587 PLN), a najniżej jest wyceniona procedura badania jednej okolicy, bez kontrastu, osoby powyżej 19. roku życia (383 PLN) (Rysunek 24).

Wycena świadczeń tomografii komputerowej w Anglii w 2025 roku.



Rysunek 24 Wycena świadczeń tomografii komputerowej w warunkach ambulatoryjnych w Anglii, w 2025 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie 2024/25 Annex A of the 2023/25 NHS Payment Scheme

2.4.2. Niemcy

W niemieckim systemie zidentyfikowano 32 produkty służące do rozliczania świadczeń tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego w warunkach ambulatoryjnych (odpowiednio 12 i 20 produktów). Wartym uwagi, jest fakt, że przedmiotowe świadczenia są realizowane w sektorze prywatnym, a pacjent po otrzymaniu faktury zwraca się o zwrot kosztów do ubezpieczyciela. Zatem dostępny katalog zawiera informacje o koszcie procedury, który nie obejmuje kosztu podania kontrastu, wykonania więcej niż jednego skanu, konsultacji lekarskiej przed badaniem oraz kosztu opisu (odrębne pozycje faktury).

Na poniższym rysunku przedstawiono wyceny świadczeń rezonansu magnetycznego w warunkach ambulatoryjnych. Najdroższym badaniem jest rezonans magnetyczny gruczołu piersiowego (kod 34431 – 1 152 PLN), a najniżej wyceniona jest procedura rezonansu magnetycznego narządów w celu planowania radioterapii (kod 34460 - 389 PLN) (Rysunek 25).

Wycena świadczeń rezonansu magnetycznego w Niemczech w 2025 roku.

34431 - Rezonans magnetyczny (MRT) kobiecego gruczołu piersiowego	1152
34489 - MRT-angiografia tętnic miednicy i nóg (bez naczyń stopy)	1057
34410 - Rezonans magnetyczny mózgowo-czaszki (MRT neurocranium)	604
34411 - Rezonans magnetyczny części kręgosłupa (MRT kręgosłupa)	604
34420 - Rezonans magnetyczny twarzoczaszki	604
34421 - Rezonans magnetyczny podstawy czaszki	604
34422 - Badanie MRI tkanek miękkich szyi, od kręgu szyjnego C1 do C7	604
34430 - MRT klatki piersiowej (Thorax)	604
34440 - Rezonans magnetyczny (MRT) górnej części jamy brzusznej	604
34441 - Rezonans magnetyczny jamy brzusznej	604
34442 - Rezonans magnetyczny (MRT) miednicy	604
34450 - Rezonans magnetyczny (MRT) kończyn i/lub ich części	604
34451 - Rezonans magnetyczny (MRT) ręki, stopy i/lub ich części	604
34475 - MRT-angiografia naczyń szyi	528
34480 - MRT-angiografia aorty piersiowej i jej odgałęzień	528
34485 - MRT-angiografia aorty brzusznej i jej głównych odgałęzień	528
34486 - MRT-angiografia żył	528
34490 - MRT-angiografia tętnic ramienia i tętnic zaopatrujących ramię (bez naczyń ręki)	528
34470 - MRT-angiografia naczyń mózgowych	397
34460 - MRT badanie narządów w celu planowania radioterapii (tele- lub brachyterapia)	389

Rysunek 25 Wycena świadczeń rezonansu magnetycznego w warunkach ambulatoryjnych w Niemczech, w 2025 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie GOÄ-Ziffern 2025 – Abrechnungsstelle.com

Poniżej przedstawiono wyceny świadczeń tomografii komputerowej w warunkach ambulatoryjnych. Najdroższymi badaniami jest tomografia komputerowa całej jamy brzusznej (kod 34341 – 416 PLN), a najniższej jest wyceniona procedura tomografii komputerowej sterowanej w celu planowania radioterapii (kod 34360 - 203 PLN) (Rysunek 26).

Wycena świadczeń tomografii komputerowej w Niemczech w 2025 roku.

34341 - Tomografia komputerowa całego brzucha (CT całego jamy brzusznej)	416
34322 - Tomografia komputerowa tkanek miękkich szyi (CT szyi)	389
34311 - Tomografia komputerowa części kręgosłupa (CT części kręgosłupa)	380
34320 - Tomografia komputerowa twarzoczaszki (CT twarzoczaszki)	373
34330 - Tomografia komputerowa klatki piersiowej (CT thoraxu)	336
34340 - Tomografia komputerowa górnej części jamy brzusznej (CT nadbrzusza)	334
34342 - Tomografia komputerowa miednicy (Becken)	334
34321 - Tomografia komputerowa podstawy czaszki (CT podstawy czaszki)	322
34310 - Tomografia komputerowa neurocranium (CT mózgowo-czaszki)	307
34350 - Badanie tomografii komputerowej kończyn i/lub ich części, z wyjątkiem części kończyn wymienionych w pozycji taryfowej 34351	287
34351 - Badanie tomografii komputerowej ręki, stopy i/lub ich części	287
34360 - Badanie tomografii komputerowej sterowanej w celu planowania radioterapii (tele- lub brachyterapia)	203

Rysunek 26 Wycena świadczeń tomografii komputerowej w warunkach ambulatoryjnych w Niemczech, w 2025 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie GOÄ-Ziffern 2025 – Abrechnungsstelle.com

2.5.Cenniki komercyjne

W celach porównawczych zebrano informacje o cenach komercyjnych usług medycznych odpowiadających taryfikowanym świadczeniom gwarantowanym. Analizowane dane pochodziły

z cenników zamieszczonych na stronach internetowych świadczeniodawców. Pozyskano cenniki od 37 realizatorów badań rezonansu magnetycznego (938 obserwacji) oraz od 47 realizatorów badań tomografii komputerowej (1 337 obserwacji).

Wykonanie analizy porównawczej cenników komercyjnych z aktualną wartością ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych było możliwe dzięki mapowaniu na odpowiadające im produkty rozliczeniowe na podstawie informacji o badanej okolicy ciała, liczbie projekcji oraz zastosowaniu wzmocnienia kontrastowego.

Zgromadzony materiał umożliwił przedstawienie różnic pomiędzy wyceną świadczeń w systemie publicznym a cenami stosowanymi na rynku komercyjnym. W ramach analiz ustalono, że średni koszt badań tomografii komputerowej (TK) waha się od 372 zł w przypadku TK głowy bez wzmocnienia kontrastowego do 1 102 zł w przypadku TK obejmującej trzy lub więcej okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym. Najczęściej występującym świadczeniem w badanym zbiorze była procedura TK innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego, natomiast najrzadziej – TK wirtualna kolonoskopia wykonywana u pacjentów, u których warunki anatomiczne uniemożliwiają przeprowadzenie kolonoskopii tradycyjnej.

Średni koszt badań rezonansu magnetycznego (RM) mieści się w przedziale od 671 zł za badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez wzmocnienia kontrastowego do 1 888 zł za badanie serca – czynnościowe i morfologiczne, wykonywane zarówno bez, jak i ze wzmocnieniem kontrastowym. Najliczniejszą grupę spośród analizowanych świadczeń stanowiło badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż kręgosłup, wykonywane bez wzmocnienia kontrastowego, a najmniej liczną – badanie obejmujące trzy odcinki kręgosłupa realizowane zarówno bez, jak i ze wzmocnieniem kontrastowym.

Porównanie cenników komercyjnych z aktualną wartością odpowiadających im ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK) pozwoliło na sformułowanie następujących wniosków. Ponad 80% produktów rozliczeniowych w zakresie TK (15 z 18) posiada niższą wycenę w systemie publicznym niż ceny rynkowe. Różnice procentowe w tej grupie mieszczą się w przedziale od –1% do –39%. Największa różnica kwotowa dotyczy badań obejmujących trzy lub więcej okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym, gdzie świadczenia ASDK są wycenione o 371 zł niżej w stosunku do badań komercyjnych. Jedynie 3 spośród 18 produktów mają wyższą wycenę ASDK, przy różnicach od +8% do +19%. Największą dodatnią różnicę kwotową odnotowano dla TK dwóch okolic anatomicznych (bez i ze wzmocnieniem kontrastowym), gdzie świadczenia ASDK są wycenione o 120 zł wyżej niż na rynku komercyjnym. Kolejne różnice dodatnie dotyczą TK obejmującej trzy lub więcej okolic anatomicznych (110 zł wyżej) oraz badań kardiologicznych TK (66 zł wyżej).

W przypadku rezonansu magnetycznego 64% produktów (14 z 22) charakteryzuje się niższą wyceną ASDK niż ceną rynkową. Różnice procentowe mieszczą się w przedziale od –1% do –48%. Największą różnicę kwotową odnotowano w przypadku badania spektroskopii MR, którego wycena ASDK jest o 560 zł niższa niż cena komercyjna. W odniesieniu do pozostałych świadczeń (8 z 22), wyceny ASDK są wyższe od cen rynkowych o 3% do 21%. Największa różnica kwotowa dotyczy angiografii MR ze wzmocnieniem kontrastowym, której wycena jest wyższa w systemie ASDK o 232 zł względem średnich cen komercyjnych.

Szczegółowe dane dotyczące statystyk opisowych zostały przedstawione w załączniku nr 4.

2.6. Uwagi do świadczenia

Ze względu na krótki czas przewidziany na realizację procesu taryfikacyjnego nie pozyskiwano w trybie ogólnym uwag do świadczenia.

3. Projekt taryfy

3.1. Źródła danych

W celu ustalenia taryfy świadczeń, będących przedmiotem niniejszego raportu, wykorzystano dane będące w posiadaniu Agencji, obejmujące dane finansowo-księgowe od świadczeniodawców oraz koszt wynagrodzeń pracowników podmiotów leczniczych. Analizę uzupełniono o informacje od Konsultanta Krajowego w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej dotyczące organizacji i przebiegu świadczeń, a z ogólnodostępnych źródeł pozyskano aktualne ceny środków kontrastowych.

3.1.1. Dane finansowo-księgowe

Do wyliczenia kosztów infrastruktury pracowni tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego wykorzystano dane finansowo-księgowe za 2024 rok z pracowni, które funkcjonowały przez 12 miesięcy w roku. W tabeli przedstawiono liczbę ośrodków powstawania kosztów, których dane uwzględniono w analizach.

Tabela 8 Liczność próby danych finansowo-księgowych za 2024 r.

Nazwa pracowni (kod resortowy)	Powiatowy, gminny, miejski	Wojewódzki	Kliniczny	Inny (MSWiA, wojskowy)	Niepubliczny	Razem
Pracownia tomografii komputerowej (7220)	23	12	10	1	8	54
Pracownia tomografii komputerowej dla dzieci (7221)	-	1	2	-	-	3
Razem TK	23	13	12	1	8	57
Pracownia rezonansu magnetycznego (7250)	11	12	6	-	2	31
Pracownia rezonansu magnetycznego dla dzieci (7251)	-	-	1	-	-	1
Razem MR	11	12	7	-	2	32

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych AOTMiT.

3.1.2. Dane o wynagrodzeniach

Do oszacowania kosztu wynagrodzeń personelu zaangażowanego w realizację przedmiotowych badań wykorzystano dane zebrane w ramach postępowania nr 82 Wynagrodzenia osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych za luty 2025 r.

W analizach uwzględniono stawki wynagrodzeń brutto-brutto (obejmujących koszty pracodawcy) personelu medycznego zatrudnionego lub udzielającego świadczeń w analizowanych komórkach organizacyjnych. Jedynie stawka wynagrodzenia kardiologa obecnego przy przedmiotowych badaniach serca lub angiografii tętnic wieńcowych z wykorzystaniem tomografu komputerowego została określona bez uwzględnienia miejsca zatrudnienia.

Poniższa tabela przedstawia dane wykorzystane do oszacowania kosztów wynagrodzenia lekarza zatrudnionego w analizowanych komórkach organizacyjnych.

Tabela 9 Zestawienie wykorzystanych danych z raportów kadrowo-płacowych świadczeniodawców dotyczących stawek godzinowych brutto-brutto

Personel	Pracownia	Powiatowy, gminny, miejski	Wojewódzki	Kliniczny	Inny (MSWiA, wojskowy)	Niepubliczny	Razem
Liczba świadczeniodawców							
Lekarz specjalista - radiologia i diagnostyka obrazowa	TK	32	24	13	4	23	96
	RM	30	29	22	6	37	124
Kardiolog	nie dotyczy	126	68	28	19	135	376
Liczba obserwacji							
Lekarz specjalista - radiologia i diagnostyka obrazowa	TK	75	134	96	14	120	439
	RM	52	55	47	4	75	233
Kardiolog	nie dotyczy	427	642	486	77	502	2 134

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych AOTMiT.

3.1.3. Współpraca z ekspertami

Dane przekazane przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej obejmowały szczegółowe informacje dotyczące przebiegu badań tomografii komputerowej (TK) i rezonansu magnetycznego (MR), w tym czasu trwania poszczególnych etapów badania oraz zakresu zaangażowania personelu medycznego w ich realizację. Materiał ten zawierał również dane odnoszące się do wykorzystania i kosztów wyrobów medycznych, takich jak automatyczne wstrzykiwacze do kontrastu, a także do dawkowania i kosztów stosowanych środków kontrastowych. Uzupełniając przekazano informacje o stosowaniu dodatkowych leków używanych w wybranych badaniach specjalistycznych, co pozwoliło na pełniejsze odwzorowanie procesu świadczenia oraz bardziej precyzyjne oszacowanie kosztów jego realizacji.

3.1.4. Cenniki komercyjne leków

W celu zapewnienia aktualności danych dotyczących cen produktów leczniczych, posłużono się źródłami zewnętrznymi, w szczególności bazą *Pharmindex* oraz danymi publikowanymi na stronach internetowych aptek.

3.2. Analiza danych

Analizę danych przekazanych przez świadczeniodawców przeprowadzono zgodnie z *Metodyką taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej AOTMiT*.

Poniżej przedstawiono informacje o sposobie obliczeń podstawowych składowych kosztu świadczenia, m.in.: czasu trwania świadczenia, kosztu zajęcia infrastruktury, kosztu wynagrodzeń personelu, kosztu środka kontrastującego, kosztu wyrobów medycznych oraz kosztu opisu badania. Obliczeń dokonano w oparciu o przebieg ekspercki świadczeń przekazany przez konsultanta krajowego szczegółowo opisany w rozdziale 3.2.2.

3.2.1. Mnożnik zmian wielkości kosztów

W związku z oparciem analiz o dane finansowo-księgowe pochodzące z roku 2024, zostały one zaktualizowane do poziomu odpowiadającemu kosztom świadczeń realizowanych od 01.07.2025 roku. Waloryzacji dokonano właściwymi wskaźnikami częściowymi wskazanymi w poniższej tabeli.

Tabela 10 Wartości wskaźników uaktualniających dane finansowo-księgowe do poziomu odpowiadającego kosztom od 1 lipca 2025 r.

Rok danych	Wskaźnik zmian wynagrodzeń	Wskaźnik inflacyjny	Wskaźnik kapitałowy
2024	1,091	1,034	1,089

Źródło: opracowanie własne.

Zastosowane mnożniki opracowano w oparciu o korelację prognoz zawartych w wytycznych dotyczących stosowania jednolitych wskaźników makroekonomicznych będących podstawą oszacowania skutków finansowych projektowanych ustaw oraz danych z sektora ochrony zdrowia odnoszących się do wskaźników wynagrodzeń i inflacji. Przyjęty mnożnik uwzględnia zarówno wzrost minimalnego wynagrodzenia, jak i założenia wynikające z ustawy o sposobie ustalania minimalnego wynagrodzenia zasadniczego osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

3.2.2. Propozycje przebiegu świadczeń tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego

Na podstawie dostępnych materiałów literaturowych i informacji od Konsultanta Krajowego w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej wyodrębniono trzy etapy realizacji badań diagnostycznych wykonywanych za pomocą tomografu komputerowego lub rezonansu magnetycznego:

- przygotowanie pacjenta do badania, w tym ewentualnie podanie kontrastu lub podanie leków (w przypadku badań specjalistycznych),
- badanie właściwe (skanowanie),
- opis badania.

Dane przekazane przez konsultanta krajowego obejmowały informacje dotyczące zaangażowania personelu, w szczególności w zakresie czasu niezbędnego na wykonanie opisu badania oraz stałej obecności technika i pielęgniarki a także lekarza radiologa nadzorującego badanie. Dodatkowo, zgodnie z przekazanymi informacjami, w przypadku niektórych badań specjalistycznych, niezbędna jest obecność innych specjalistów, np. kardiologa.

Dostarczony materiał zawierał również informacje o wykorzystaniu kosztochłonnych wyrobów medycznych, w tym automatycznych wstrzykiwaczy do kontrastu oraz kosztach samego kontrastu.

Zgodnie z pozyskanymi informacjami etap przygotowania pacjenta obejmuje:

- w badaniach jednoobszarowych bez kontrastu – czas potrzebny na ułożenie pacjenta na stole aparatu oraz opuszczenie stanowiska po zakończeniu procedury,
- w badaniach jednoobszarowych z kontrastem – dodatkowo czynności związane z założeniem wenflonu, podłączeniem automatycznego wstrzykiwacza (w przypadku jego użycia) oraz podaniem środka kontrastowego,

- w badaniach wieloobszarowych – poza powyższymi elementami także korektę ułożenia pacjenta, a w przypadku badań rezonansu magnetycznego również ewentualne przełożenie cewek.

Dla badań o niskim stopniu złożoności (np. jednoobszarowe TK lub MR bez kontrastu) czas przygotowania określono na poziomie 5 minut. W przypadku badań wymagających kilku skanów oraz podania środka kontrastowego czas ten został odpowiednio zmodyfikowany, aby lepiej odzwierciedlał zróżnicowanie wynikające z liczby badanych okolic anatomicznych oraz konieczności wykonania badań w wariantach bez i ze wzmocnieniem kontrastowym. Wyjątek stanowią badania specjalistyczne, dla których zastosowano wartości bezpośrednio wskazane przez konsultanta krajowego.

Etap badania właściwego określono również na podstawie informacji przekazanych przez konsultanta krajowego. Przyjęto średni czas skanowania jednej okolicy anatomicznej na poziomie 5 minut w przypadku badań tomografii komputerowej (TK) oraz 15 minut w przypadku rezonansu magnetycznego (RM). Wartości te zostały zwielokrotnione proporcjonalnie do liczby skanowanych obszarów oraz faz badania (wielokrotne skany). W odniesieniu do badań specjalistycznych uwzględniono czasy wskazane przez konsultanta krajowego.

Dodatkowo przyjęte wartości zostały porównane z minimalnymi parametrami technicznymi aparatów określonymi przez Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne. We wszystkich przypadkach czasy zastosowane do oszacowania kosztów świadczeń były wyższe, co zapewnia zachowanie marginesu bezpieczeństwa i adekwatne odwzorowanie realiów praktyki klinicznej.

W przypadku etapu opisu badania przyjęto średni czas niezbędny do jego wykonania, zgodnie z wartościami wskazanymi przez konsultanta krajowego. Zgodnie z zastosowanym podejściem im większa liczba okolic anatomicznych podlega analizie, im więcej skanów należy uwzględnić, a także w przypadku badań o charakterze specjalistycznym, tym czas konieczny do sporządzenia kompletnego i rzetelnego opisu ulega wydłużeniu. Uwzględnienie tej zależności pozwala na pełniejsze odwzorowanie rzeczywistego nakładu pracy radiologa na opisanie badań.

3.2.3. Stawka godzinowa zajęcia infrastruktury

Do obliczenia kosztu infrastruktury pracowni posłużyły dane finansowo-księgowe z 2024 roku uaktualnione do poziomu odpowiadającego kosztom świadczeń realizowanych od 01.07.2025 r. Należy podkreślić, że zgodnie z informacjami przekazanymi przez konsultanta krajowego, dotyczącymi obecności technika i pielęgniarki w pracowni oraz stałego nadzoru lekarza radiologa nad przebiegiem badania, wynagrodzenia tych osób zostały włączone do kosztów infrastruktury. Zgodnie z przyjętą metodyką w koszcie infrastruktury pracowni ujęto także koszty pozostałego personelu medycznego i niemedycznego.

W poniższej tabeli przedstawiono statystyki dotyczące kosztów zajęcia infrastruktury analizowanych poradni specjalistycznych. W procesie analizy do oszacowania propozycji taryf zastosowano średnie obcięte, co pozwoliło na ograniczenie wpływu wartości skrajnych i uzyskanie bardziej reprezentatywnych wyników.

Tabela 11 Statystyki godzinowych stawek zajęcia infrastruktury pracowni tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego (zł)

Miejsce udzielania świadczeń	Liczba podmiotów	Liczba obserwacji	Kwartył I	Mediana	Kwartył III	Średnia	Średnia odcięta
Pracownia tomografii komputerowej	54	57	538,67	617,18	781,22	646,19	646,19
Pracownia rezonansu magnetycznego	30	32	708,53	796,56	902,39	805,24	805,24

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych finansowo-księgowych uaktualnionych do 30.06.2026 r.

3.2.4. Stawki godzinowe wynagrodzeń

Stawki godzinowe personelu uczestniczącego w realizacji świadczeń, przyjęte do określenia propozycji taryf, zostały oszacowane na podstawie danych o wynagrodzeniach pozyskanych w ramach postępowania nr 82 Wynagrodzenia osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych za luty 2025 r. Dane te pozwoliły na określenie poziomu wynagrodzeń brutto-brutto (uwzględniających koszty pracodawcy), które następnie zostały odniesione do poszczególnych grup personelu medycznego zaangażowanego w proces realizacji badań tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego.

W poniższej tabeli przedstawiono statystyki dotyczące szacowanych godzinowych stawek brutto-brutto wynagrodzenia personelu uczestniczącego w realizacji świadczeń tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego, obowiązujących od 01.07.2025 r. Na etapie analizy, w celu wyznaczenia propozycji taryf, zastosowano średnie obcięte, co pozwoliło na ograniczenie wpływu wartości skrajnych i tym samym uzyskanie bardziej stabilnych oraz reprezentatywnych wyników, lepiej odzwierciedlających rzeczywiste warunki rynkowe.

Tabela 12 Statystyki godzinowych stawek lekarza w podziale na miejsce zatrudnienia (brutto-brutto) [zł]

Personel	Pracownia	Liczba podmiotów	Liczba obserwacji	Kwartył I	Mediana	Kwartył III	Średnia	Średnia odcięta
Lekarz specjalista - Radiologia i diagnostyka obrazowa	TK	96	233	186,25	225,09	288,73	258,62	235,65
	RM	124	439	194,44	254,44	367,03	296,95	278,59
Kardiolog	-	376	2 134	185,04	223,46	292,33	255,22	239,22

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji pozyskanych od świadczeniodawców

3.2.5. Koszt wyrobów medycznych i produktów leczniczych

W oparciu o dane dotyczące zużycia przekazane przez Konsultanta Krajowego oszacowano koszty wyrobów medycznych i produktów leczniczych wykorzystywanych podczas badań obrazowych. Analiza objęła:

- środki kontrastowe stosowane w tomografii komputerowej i rezonansie magnetycznym,
- inne leki zużywane w trakcie niektórych badań specjalistycznych,
- wyroby kosztochłonne, takie jak automatyczne wstrzykiwacze.

Przy wyliczeniu dawek kontrastu przyjęto przeciętną masę ciała pacjenta wynoszącą 80 kg. Z kolei ceny środków kontrastowych ustalono na podstawie danych z bazy *Pharmindex*. Uśredniony koszt środków kontrastowych wykorzystanych w analizowanych badaniach oszacowano na poziomie:

- 148,36 zł w przypadku badań tomografii komputerowej,
- 278,95 zł w przypadku badań rezonansu magnetycznego (poza badaniem serca),

- 463,16 zł w przypadku badania rezonansu magnetycznego serca – czynnościowego i morfologicznego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym.

W odniesieniu do innych leków stosowanych w badaniach specjalistycznych, z uwagi na brak danych w bazie *Pharmindex*, ceny zostały określone na podstawie analizy cenników komercyjnych pozyskanych ze stron internetowych aptek. Dla poszczególnych procedur przyjęto wartość średnią, z uwzględnieniem dawkowania i częstości stosowania wskazanych przez konsultanta krajowego. Oszacowany średni koszt leków na jedno badanie wynosi:

- 14,97 zł dla produktu TK: angiografia tętnic wieńcowych (poprzednio produkt o nazwie: TK – angiografia tętnic wieńcowych u pacjentów po zabiegach koronarooplastyki lub wszczepieniu by-passów),
- 15,05 zł, dla produktu TK – badanie kardiologiczne obejmujące morfologię i czynność mięśnia sercowego, także ze wzmocnieniem kontrastowym,
- 1,26 zł, dla produktu RM – badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż odcinek kręgosłupa, bez i ze wzmocnieniem kontrastowym.

Koszt automatycznych wstrzykiwaczy, wskazany przez konsultanta krajowego, został zaktualizowany przy zastosowaniu wskaźnika dynamiki cen towarów i usług konsumpcyjnych w zakresie zdrowia, do poziomu odpowiadającego kosztom obowiązującym od 01.07.2025 r.

3.2.6. Wynik analizy kosztów

Analiza kosztów została przeprowadzona w odniesieniu do świadczeń z zakresu tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego. Badania te stanowią istotny element zarówno diagnostyki w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, jak i leczenia szpitalnego. W obu przypadkach mają one zbliżony przebieg organizacyjny oraz generują analogiczne koszty, różnią się natomiast kodem produktu rozliczeniowego oraz szczegółami nazewnictwa.

Z uwagi na dominujący udział badań tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego realizowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wyniki analizy zaprezentowano w układzie odpowiadającym właśnie temu rodzajowi świadczeń. Należy jednak podkreślić, że koszty o analogicznej strukturze ponoszone są również w przypadku świadczeń realizowanych w ramach hospitalizacji.

Analiza objęła całość kosztów ponoszonych w związku z realizacją świadczeń tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego. Wyróżniono trzy podstawowe grupy kosztów:

- stałe związane z zapewnieniem niezbędnej infrastruktury techniczno-sprzętowej oraz wynagrodzeniem personelu stale przebywającego w pracowni - technika i pielęgniarki oraz lekarza radiologa nadzorującego badanie. Koszty ich wynagrodzeń zostały włączone do kosztów infrastruktury,
- zmienne związane z ich realizacją tj.: wyroby kosztochłonne, produkty lecznicze w tym kontrasty, koszt wynagrodzenia kardiologa nadzorującego badanie kardiologiczne;
- koszty opisu.

Koszty stałe

Koszty stałe (infrastruktury) – związane z utrzymaniem i eksploatacją aparatury diagnostycznej oraz wynagrodzeniem personelu niezbędnego do prawidłowego funkcjonowania pracowni. Uwzględniono w nich m.in.:

- amortyzację i utrzymanie sprzętu,
- zużycie energii i infrastruktury technicznej,
- wynagrodzenia technika elektroradiologii, pielęgniarki oraz lekarza radiologa nadzorującego przebieg badania.

Koszty te zostały oszacowane na podstawie średniego czasu poświęcanego na przygotowanie pacjenta do badania oraz na wykonanie badania właściwego (skanowania).

Koszty zmienne

Koszty zmienne, uzależnione od rodzaju i specyfiki badania obejmują:

- koszty zużycia materiałów i wyrobów kosztochłonnych, takich jak automatyczne wstrzykiwacze czy zestawy do podawania kontrastu,
- koszty leków i produktów leczniczych, w szczególności kontrastów.

Wielkości te zostały określone w oparciu o dane konsultanta krajowego dotyczące uśrednionego zużycia zasobów w ramach poszczególnych badań.

W przypadku badań kardiologicznych, takich jak tomografia komputerowa serca czy rezonans magnetyczny serca, dodatkowym elementem kosztotwórczym jest udział lekarza kardiologa. Koszt ten został określony poprzez odniesienie do stawki godzinowej wynagrodzenia kardiologa oraz średniego czasu trwania badania wymagającego jego obecności. W konsekwencji, całkowity koszt świadczeń kardiologicznych jest istotnie wyższy niż badań standardowych, co znajduje odzwierciedlenie w końcowych wynikach analizy.

Koszt opisu badania

Do oszacowania kosztu opisu badania przez lekarza radiologa przyjęto uśredniony czas pracy specjalisty niezbędny do przygotowania pełnego i zgodnego ze standardami opisu. Dane referencyjne w tym zakresie również zostały pozyskane od konsultanta krajowego.

W poniższej tabeli przedstawiono składowe koszty poszczególnych produktów rozliczeniowych oraz wynik analizy kosztów dla badań tomografii komputerowej.

Tabela 13 Wynik analiz kosztów dla badań tomografii komputerowej w układzie świadczeń ambulatoryjnych.

Produkt	Składowa kosztu całkowitego				Wynik analizy kosztów
	Infrastruktura	Kontrast	Opis badania	Dodatkowe koszty	
5.03.00.0000025 TK: badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego	116	-	116	-	232
5.03.00.0000094 TK: badanie głowy ze wzmocnieniem kontrastowym	137	153	153	-	443
5.03.00.0000027 TK: badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	202	153	163	-	517
5.03.00.0000098 TK głowy bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	353	153	163	-	668

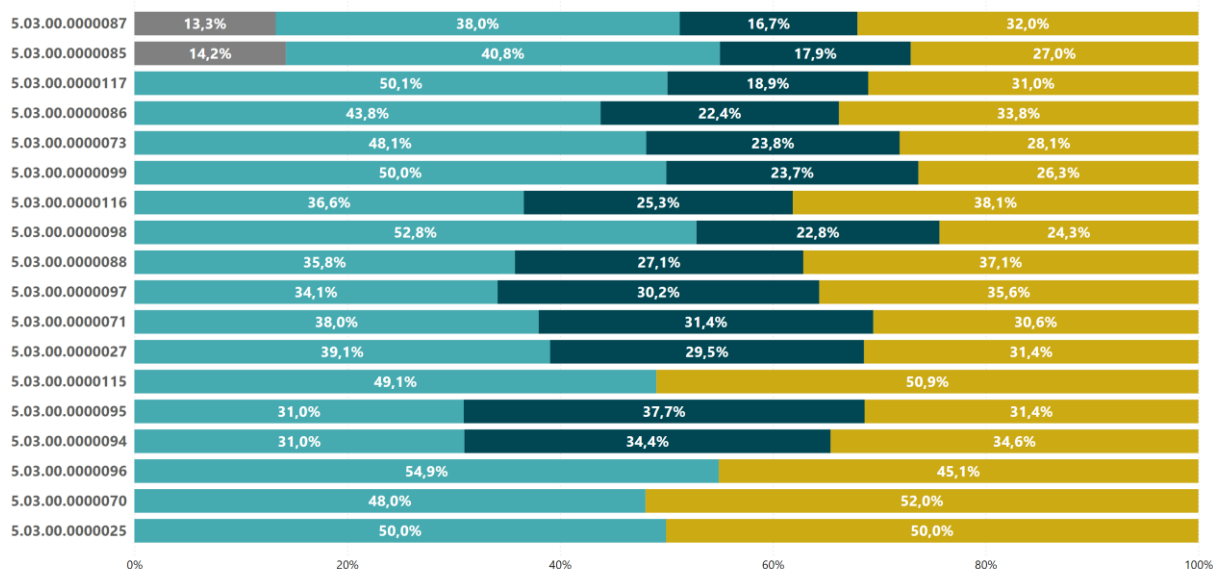
Produkt	Składowa kosztu całkowitego				Wynik analizy kosztów
	Infrastruktura	Kontrast	Opis badania	Dodatkowe koszty	
5.03.00.0000070 TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego	116	-	125	-	241
5.03.00.0000095 TK: innej okolicy anatomicznej ze wzmocnieniem kontrastowym	137	167	139	-	444
5.03.00.0000071 TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	202	167	163	-	532
5.03.00.0000096 TK: badanie dwóch okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego	170	-	139	-	309
5.03.00.0000115 TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego	224	-	232	-	456
5.03.00.0000097 TK: badanie dwóch okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym	191	169	200	-	560
5.03.00.0000116 TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym	245	169	255	-	670
5.03.00.0000073 TK: badanie dwóch okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	342	169	200	-	711
5.03.00.0000117 TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	450	169	279	-	898
5.03.00.0000099 TK innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	353	167	186	-	706
5.03.00.0000088 TK: angiografia (z wyłączeniem angiografii tt. wieńcowych)	224	169	232	-	625
5.03.00.0000127 - TK: angiografia tętnic wieńcowych	385	169	255	135	944
5.03.00.0000086 TK: wirtualna kolonoskopia u pacjentów, u których warunki anatomiczne uniemożliwiają wykonanie kolonoskopii tradycyjnej	331	169	255	-	756
5.03.00.0000087 Badanie kardiologiczne TK (obejmuje badanie morfologii i czynności mięśnia sercowego - także ze wzmocnieniem kontrastowym	385	169	325	135	1 014

Źródło: Opracowanie własne.

Na poniższym rysunku przedstawiono strukturę kosztów badań tomografii komputerowej.

Tomografia komputerowa

Składowa kosztu całkowitego ● Dodatkowe koszty ● Infrastruktura ● Kontrast ● Opis

**Rysunek 27 Struktura kosztów całkowitych poszczególnych badań tomografii komputerowej w układzie świadczeń ambulatoryjnych**

5.03.00.0000094 TK: badanie głowy ze wzmocnieniem kontrastowym, 5.03.00.0000027 TK: badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym, 5.03.00.0000098 TK: badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym, 5.03.00.0000070 TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego, 5.03.00.0000095 TK: innej okolicy anatomicznej ze wzmocnieniem kontrastowym, 5.03.00.0000071 TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym, 5.03.00.0000096 TK: badanie dwóch okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego, 5.03.00.0000115 TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego, 5.03.00.0000097 TK: badanie dwóch okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym, 5.03.00.0000116 TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym, 5.03.00.0000073 TK: badanie dwóch okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym, 5.03.00.0000117 TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym, 5.03.00.0000099 TK: innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym, 5.03.00.0000088 TK: angiografia (z wyłączeniem angiografii tt. wieńcowych), 5.03.00.0000085 TK: angiografia tętnic wieńcowych, 5.03.00.0000086 TK: wirtualna kolonoskopia u pacjentów, u których warunki anatomiczne uniemożliwiają wykonanie kolonoskopii tradycyjnej, 5.03.00.0000087 Badanie kardiologiczne TK (obejmuje badanie morfologii i czynności mięśnia sercowego - także ze wzmocnieniem kontrastowym

Źródło: Opracowanie własne.

W poniższej tabeli przedstawiono składowe koszty poszczególnych produktów rozliczeniowych oraz wynik analizy kosztów dla badań rezonansu magnetycznego.

Tabela 14 Wynik analiz kosztów dla badań rezonansu magnetycznego w układzie świadczeń ambulatoryjnych.

Produkt	Składowa kosztu całkowitego				Wynik analizy kosztów
	Infrastruktura	Kontrast	Opis badania	Dodatkowe koszty	
5.03.00.0000075 MR badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego	280	-	116	-	396
5.03.00.0000078 MR badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	522	349	116	-	987
5.03.00.0000118 MR badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez wzmocnienia kontrastowego	280	-	116	-	396
5.03.00.0000076 MR badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż kręgosłup bez wzmocnienia kontrastowego	280	-	279	-	559

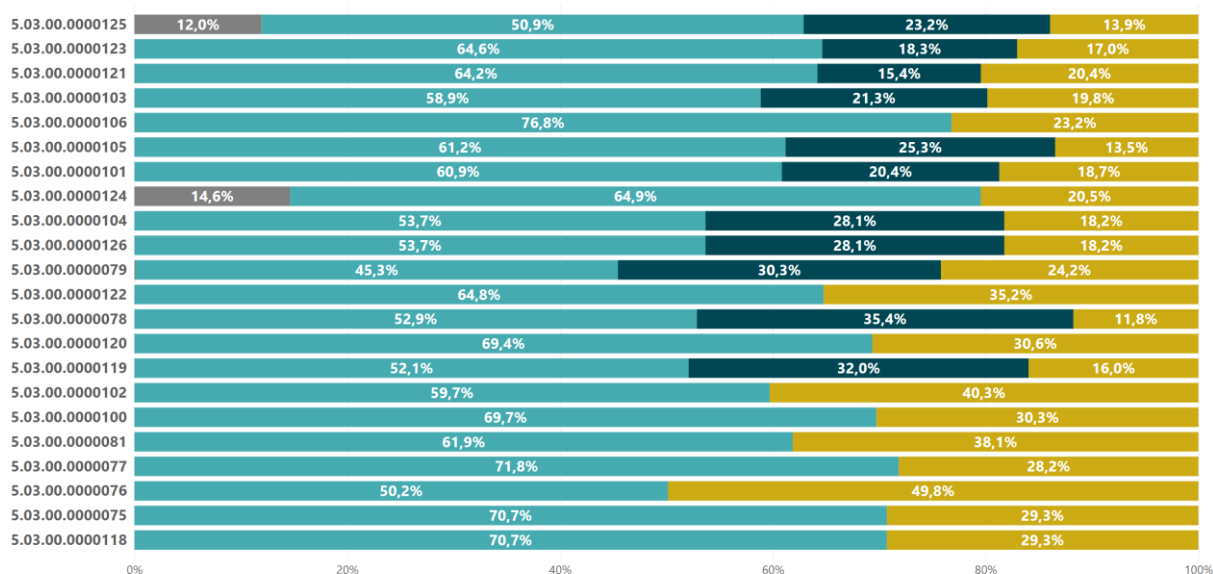
Produkt	Składowa kosztu całkowitego				Wynik analizy kosztów
	Infrastruktura	Kontrast	Opis badania	Dodatkowe koszty	
5.03.00.0000119 MR badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	455	279	139	-	873
5.03.00.0000079 MR badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż odcinek kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	522	349	279	1	1 151
5.03.00.0000100 MR badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	482	-	209	-	691
5.03.00.0000120 MR badanie trzech odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	683	-	302	-	985
5.03.00.0000101 MR badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	831	279	255	-	1 365
5.03.00.0000121 MR badanie trzech odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1 166	279	371	-	1 816
5.03.00.0000102 MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	482	0	325	-	807
5.03.00.0000122 MR badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	683	0	371	-	1 054
5.03.00.0000103 MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	965	349	325	-	1 639
5.03.00.0000123 MR badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1 233	349	325	-	1 907
5.03.00.0000105 MR badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	844	349	186	-	1 379
5.03.00.0000077 Angiografia MR bez wzmocnienia kontrastowego	414	-	163	-	577
5.03.00.0000104 Angiografia ze wzmocnieniem kontrastowym - MR	683	357	232	-	1 272
5.03.00.0000106 MR badanie czynnościowe mózgu	1 153	-	348	-	1 501
5.03.00.0000081 Spektroskopia - MR	414	-	255	-	670
5.03.00.0000124 MR Badanie serca - czynnościowe i morfologiczne bez wzmocnienia kontrastowego	884	-	279	199	1 362
5.03.00.0000125 MR Badanie serca - czynnościowe i morfologiczne bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1 018	463	279	239	1 999
5.03.00.0000126 MR badanie piersi	683	357	232	-	1 272

Źródło: Opracowanie własne.

Na poniższym rysunku przedstawiono strukturę kosztów badań rezonansu magnetycznego.

Rezonans magnetyczny

Składowa kosztu całkowitego ● Dodatkowe koszty ● Infrastruktura ● Kontrast ● Opis



Rysunek 28 Struktura kosztów całkowitych poszczególnych badań rezonansu magnetycznego w układzie świadczeń ambulatoryjnych.

5.03.00.0000079 MR badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż odcinek kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym, 5.03.00.0000100 MR badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego, 5.03.00.0000120 MR badanie trzech odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego, 5.03.00.0000101 MR badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym, 5.03.00.0000121 MR badanie trzech odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym, 5.03.00.0000102 MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego, 5.03.00.0000122 MR badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego, 5.03.00.0000103 MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym, 5.03.00.0000123 MR badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym, 5.03.00.0000105 MR badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym, 5.03.00.0000077 Angiografia MR bez wzmocnienia kontrastowego, 5.03.00.0000104 Angiografia ze wzmocnieniem kontrastowym - MR, 5.03.00.0000106 MR badanie czynnościowe mózgu, 5.03.00.0000081 Spektroskopia - MR, 5.03.00.0000124 MR Badanie serca - czynnościowe i morfologiczne bez wzmocnienia kontrastowego, 5.03.00.0000125 MR Badanie serca - czynnościowe i morfologiczne bez i ze wzmocnieniem kontrastowym, 5.03.00.0000126 MR badanie piersi

Źródło: Opracowanie własne.

Ograniczenia przeprowadzonej analizy kosztów

Analiza kosztów świadczeń tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego, mimo że opiera się na szczegółowych danych i stanowi wartościowe źródło wiedzy dla oceny systemu taryfikacji, obarczona jest pewnymi ograniczeniami.

Po pierwsze, analiza została przeprowadzona na podstawie danych finansowo-księgowych pochodzących od stosunkowo niewielkiej grupy świadczeniodawców. Oznacza to, że uzyskane wyniki mogą nie w pełni oddawać zróżnicowanie kosztów funkcjonujące w całej populacji placówek realizujących badania TK i MR. Ryzyko to jest jednak częściowo ograniczone z uwagi na specyfikę rynku – ograniczoną liczbę dostawców sprzętu diagnostycznego, co sprawia, że tomografy i rezonanse stosowane w pracowniach są do siebie technicznie i cenowo zbliżone. Dodatkowo wymogi formalne i techniczne dotyczące pracowni TK i MR są w dużej mierze ujednolicone, co oznacza, że koszty infrastruktury oraz sposób organizacji pracy w poszczególnych ośrodkach nie różnią się istotnie.

Ważnym elementem infrastruktury kosztowej są również wynagrodzenia personelu, które w niniejszej analizie zostały opracowane na podstawie dużej i reprezentatywnej próby danych. Pozwoliło to na ograniczenie ryzyka związanego z ewentualnymi odchyleniami w zakresie kosztów osobowych. W konsekwencji, choć liczba analizowanych podmiotów była niewielka, uzyskane wyniki można uznać za stosunkowo dobrze odzwierciedlające realne warunki funkcjonowania większości pracowni diagnostycznych w Polsce.

Po drugie, w analizie uwzględniono maksymalny skład personelu potencjalnie zaangażowanego w realizację badania (technik radiologii, pielęgniarka, lekarz radiolog). W praktyce jednak nadzór lekarza radiologa nad badaniem nie zawsze oznacza jego fizyczną i ciągłą obecność przy skanowaniu. Może to prowadzić do zawyżenia oszacowanego kosztu osobowego w stosunku do faktycznie ponoszonych nakładów.

Kolejnym ograniczeniem jest oparcie wyliczeń na uśrednionych czasach przygotowania, badania i opisu, ustalonych na podstawie opinii eksperckich, z powodu braku szczegółowej sprawozdawczości w tym zakresie. W praktyce czas ten może być zróżnicowany w zależności od stanu pacjenta, sprzętu, a także organizacji pracy w danej pracowni.

Kolejnym ograniczeniem przeprowadzonej analizy był fakt, że oparto ją na obecnie obowiązującym podziale na produkty rozliczeniowe. Analiza produktów rozliczeniowych oraz sprawozdawanych wraz z nimi procedur wykazała bowiem istotne niespójności – procedura ICD-9 nie zawsze odpowiadała nazwie produktu rozliczeniowego, a skala błędów w tym zakresie była znacząca. Ze względu na te ograniczenia, a także krótki czas przewidziany na realizację zadania, w niniejszej analizie zdecydowano się wykorzystać obecne produkty rozliczeniowe, bez tworzenia nowych. Wyodrębnienie bardziej precyzyjnych grup świadczeń wymagałoby bowiem znacznie bardziej pogłębionych analiz, w tym szczegółowej weryfikacji danych sprawozdawczych i opracowania nowej klasyfikacji produktów rozliczeniowych.

3.3. Analiza wrażliwości

W ramach prac taryfikacyjnych nie została przeprowadzona analiza wrażliwości.

3.4.Projekt taryfy

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

W poniższej tabeli przedstawiono wyniki analizy obejmującej propozycję taryf dla świadczeń tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego, realizowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Wartości taryf zostały obliczone jako iloczyn wyniku analizy kosztów i średnio oczekiwanej ceny jednostki rozliczeniowej, która dla badań TK i RM wynosi 1,52 zł. Ostateczne wartości taryf podano po zaokrągleniu do liczb całkowitych.

Tabela 15 Projekt taryfy badań tomografii komputerowej – ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Kod i nazwa produktu	Aktualna wycena		Projekt taryfy		Różnica w stosunku do aktualnej wyceny (%)
	[pkt]	[zł]	[pkt]	[zł]	
Tomografia komputerowa					
5.03.00.0000025 TK: badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego	171	259,92	153	232,56	-10,53%
5.03.00.0000094 TK: badanie głowy ze wzmocnieniem kontrastowym	277	421,04	292	443,84	5,42%
5.03.00.0000027 TK: badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	351	533,52	340	516,8	-3,13%
5.03.00.0000098 TK głowy bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	365	554,8	439	667,28	20,27%
5.03.00.0000070 TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego	192	291,84	159	241,68	-17,19%
5.03.00.0000095 TK: innej okolicy anatomicznej ze wzmocnieniem kontrastowym	320	486,4	292	443,84	-8,75%
5.03.00.0000071 TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	415	630,8	350	532	-15,66%
5.03.00.0000096 TK: badanie dwóch okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego	233	354,16	203	308,56	-12,88%
5.03.00.0000115 TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego	274	416,48	300	456	9,49%
5.03.00.0000097 TK: badanie dwóch okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym	436	662,72	369	560,88	-15,37%
5.03.00.0000116 TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym	481	731,12	441	670,32	-8,32%
5.03.00.0000073 TK: badanie dwóch okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	491	746,32	468	711,36	-4,68%
5.03.00.0000117 TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	564	857,28	591	898,32	4,79%
5.03.00.0000099 TK innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	424	644,48	464	705,28	9,43%
5.03.00.0000088 TK: angiografia (z wyłączeniem angiografii tt. wieńcowych)	472	717,44	411	624,72	-12,92%
5.03.00.0000127 TK: angiografia tętnic wieńcowych	553	840,56	621	943,92	12,30%

Kod i nazwa produktu	Aktualna wycena		Projekt taryfy		Różnica w stosunku do aktualnej wyceny (%)
	[pkt]	[zł]	[pkt]	[zł]	
5.03.00.0000086 TK: wirtualna kolonoskopia u pacjentów, u których warunki anatomiczne uniemożliwiają wykonanie kolonoskopii tradycyjnej	413	627,76	497	755,44	20,34%
5.03.00.0000087 Badanie kardiologiczne TK (obejmuje badanie morfologii i czynności mięśnia sercowego - także ze wzmocnieniem kontrastowym)	602	915,04	667	1 013,84	10,80%
Rezonans magnetyczny					
5.03.00.0000075 MR badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego	322	489,44	261	396,72	-18,94%
5.03.00.0000078 MR badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	605	919,6	650	988	7,44%
5.03.00.0000118 MR badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez wzmocnienia kontrastowego	322	489,44	261	396,72	-18,94%
5.03.00.0000076 MR badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż kręgosłup bez wzmocnienia kontrastowego	463	703,76	368	559,36	-20,52%
5.03.00.0000119 MR badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	605	919,6	574	872,48	-5,12%
5.03.00.0000079 MR badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż odcinek kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	746	1 133,92	757	1 150,64	1,47%
5.03.00.0000100 MR badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	545	828,4	454	690,08	-16,70%
5.03.00.0000120 MR badanie trzech odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	767	1 165,84	648	984,96	-15,51%
5.03.00.0000101 MR badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	828	1 258,56	898	1 364,96	8,45%
5.03.00.0000121 MR badanie trzech odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1 050	1 596,00	1 195	1 816,40	13,81%
5.03.00.0000102 MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	685	1 041,20	531	807,12	-22,48%
5.03.00.0000122 MR badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	767	1 165,84	694	1 054,88	-9,52%
5.03.00.0000103 MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	969	1 472,88	1 078	1 638,56	11,25%
5.03.00.0000123 MR badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1 050	1 596,00	1 255	1 907,60	19,52%
5.03.00.0000105 MR badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	773	1 174,96	907	1 378,64	17,34%
5.03.00.0000077 Angiografia MR bez wzmocnienia kontrastowego	346	525,92	380	577,6	9,83%
5.03.00.0000104 Angiografia ze wzmocnieniem kontrastowym - MR	887	1 348,24	837	1 272,24	-5,64%

Kod i nazwa produktu	Aktualna wycena		Projekt taryfy		Różnica w stosunku do aktualnej wyceny (%)
	[pkt]	[zł]	[pkt]	[zł]	
5.03.00.0000106 MR badanie czynnościowe mózgu	931	1 415,12	987	1 500,24	6,02%
5.03.00.0000081 Spektroskopia - MR	406	617,12	441	670,32	8,62%
5.03.00.0000124 MR Badanie serca - czynnościowe i morfologiczne bez wzmocnienia kontrastowego	786	1 194,72	896	1 361,92	13,99%
5.03.00.0000125 MR Badanie serca - czynnościowe i morfologiczne bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1 073	1 630,96	1 315	1 998,80	22,55%
5.03.00.0000126 MR badanie piersi	773	1 174,96	837	1 272,24	8,28%

Źródło: Opracowanie własne.

Część ze wskazanych powyżej produktów rozliczeniowych wykorzystywanych jest również przy refundacji świadczeń udzielanych w ramach onkologicznych świadczeń kompleksowych. Z tego względu proponuje się implementację przedstawionych taryf także w odniesieniu do świadczeń wykonywanych w ramach kompleksowej opieki onkologicznej.

Leczenie szpitalne

W poniższej tabeli przedstawiono wyniki analizy obejmującej propozycję taryf dla świadczeń tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego, realizowanych w ramach leczenia szpitalnego. Wartości taryf zostały obliczone jako iloczyn wyniku analizy kosztów i średnio oczekiwanej ceny jednostki rozliczeniowej, która dla badań TK i RM wynosi 1,94 zł. Ostateczne wartości taryf podano po zaokrągleniu do liczb całkowitych.

Tabela 16 Projekt taryfy badań tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego – leczenie szpitalne

Kod i nazwa produktu	Aktualna wycena		Projekt taryfy		Różnica w stosunku do aktualnej wyceny (%)
	[pkt]	[zł]	[pkt]	[zł]	
Tomografia komputerowa					
5.53.01.0001600 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego.	171	331,74	120	232,8	-29,82%
5.53.01.0001601 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie głowy ze wzmocnieniem kontrastowym.	277	537,38	228	442,32	-17,69%
5.53.01.0001602 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym.	351	680,94	267	517,98	-23,93%
5.53.01.0001603 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym.	365	708,1	344	667,36	-5,75%
5.53.01.0001604 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego.	192	372,48	124	240,56	-35,42%

Kod i nazwa produktu	Aktualna wycena		Projekt taryfy		Różnica w stosunku do aktualnej wyceny (%)
	[pkt]	[zł]	[pkt]	[zł]	
5.53.01.0001605 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie innej okolicy anatomicznej ze wzmocnieniem kontrastowym.	320	620,8	229	444,26	-28,44%
5.53.01.0001606 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie innej okolicy anatomicznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym.	415	805,1	274	531,56	-33,98%
5.53.01.0001607 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie dwóch okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego.	233	452,02	159	308,46	-31,76%
5.53.01.0001608 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego.	274	531,56	235	455,9	-14,23%
5.53.01.0001609 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie dwóch okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym.	436	845,84	289	560,66	-33,72%
5.53.01.0001610 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym.	481	933,14	345	669,3	-28,27%
5.53.01.0001611 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie dwóch okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym.	491	952,54	367	711,98	-25,25%
5.53.01.0001612 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym.	564	1 094,16	463	898,22	-17,91%
5.53.01.0001613 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym.	424	822,56	364	706,16	-14,15%
5.53.01.0001614 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: angiografia (z wyłączeniem angiografii tt. Wieńcowych).	472	915,68	322	624,68	-31,78%
5.03.00.0000127 - TK: angiografia tętnic wieńcowych	553	1 072,82	487	944,78	-11,93%
5.53.01.0001616 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: wirtualna kolonoskopia u pacjentów, u których warunki anatomiczne uniemożliwiają wykonanie kolonoskopii tradycyjnej.	413	801,22	390	756,6	-5,57%
5.53.01.0001617 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie kardiologiczne (obejmuje badanie morfologii i czynności mięśnia sercowego - także ze wzmocnieniem kontrastowym).	602	1 167,88	523	1 014,62	-13,12%
Rezonans magnetyczny					
5.53.01.0001618 Badanie obrazowe metodą rezonansu magnetycznego: badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego.	322	624,68	204	395,76	-36,65%
5.53.01.0001619 Badanie obrazowe metodą rezonansu magnetycznego: badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym.	605	1 173,70	509	987,46	-15,87%

Kod i nazwa produktu	Aktualna wycena		Projekt taryfy		Różnica w stosunku do aktualnej wyceny (%)
	[pkt]	[zł]	[pkt]	[zł]	
5.53.01.0001620 Badanie obrazowe metodą rezonansu magnetycznego: badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez wzmocnienia kontrastowego.	322	624,68	204	395,76	-36,65%
5.53.01.0001621 Badanie obrazowe metodą rezonansu magnetycznego: badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż kręgosłup bez wzmocnienia kontrastowego.	463	898,22	288	558,72	-37,80%
5.53.01.0001622 Badanie obrazowe metodą rezonansu magnetycznego: badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym.	605	1 173,70	450	873	-25,62%
5.53.01.0001623 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż odcinek kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym.	746	1 447,24	593	1 150,42	-20,51%
5.53.01.0001624 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego.	545	1 057,30	356	690,64	-34,68%
5.53.01.0001625 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie trzech odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego.	767	1 487,98	508	985,52	-33,77%
5.53.01.0001626 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym.	828	1 606,32	704	1 365,76	-14,98%
5.53.01.0001627 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie trzech odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym.	1 050	2 037,00	936	1 815,84	-10,86%
5.53.01.0001628 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego.	685	1 328,90	416	807,04	-39,27%
5.53.01.0001629 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego.	767	1 487,98	543	1 053,42	-29,20%
5.53.01.0001630 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym.	969	1 879,86	845	1 639,30	-12,80%
5.53.01.0001631 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym.	1 050	2 037,00	983	1 907,02	-6,38%
5.53.01.0001632 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym.	773	1 499,62	711	1 379,34	-8,02%
5.53.01.0001633 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: angiografia bez wzmocnienia kontrastowego.	346	671,24	297	576,18	-14,16%

Kod i nazwa produktu	Aktualna wycena		Projekt taryfy		Różnica w stosunku do aktualnej wyceny (%)
	[pkt]	[zł]	[pkt]	[zł]	
5.53.01.0001634 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: angiografia ze wzmocnieniem kontrastowym.	887	1 720,78	656	1 272,64	-26,04%
5.53.01.0001635 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie czynnościowe mózgu.	931	1 806,14	774	1 501,56	-16,86%
5.53.01.0001636 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: spektroskopia.	406	787,64	345	669,3	-15,02%
5.53.01.0001637 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie serca (czynnościowe i morfologiczne bez wzmocnienia kontrastowego).	786	1 524,84	702	1 361,88	-10,69%
5.53.01.0001638 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie serca (czynnościowe i morfologiczne bez i ze wzmocnieniem kontrastowym).	1 073	2 081,62	1 031	2 000,14	-3,91%

Źródło: Opracowanie własne.

W przypadku badań najprostszych i najbardziej powszechnych, takich jak standardowe badania TK lub podstawowe badania MR realizowanych zarówno w warunkach ambulatoryjnych jak i szpitalnych, odnotowano stosunkowo niski koszt jednostkowy. Wynika to przede wszystkim z faktu, że:

- badania te nie wymagają dodatkowego zaangażowania specjalistycznego personelu (np. kardiologa),
- czas przygotowania i realizacji badania jest krótszy,
- zużycie materiałów i wyrobów kosztochłonnych jest minimalne,
- świadczenia te wykonywane są masowo, co sprzyja występowaniu efektów skali – koszty infrastrukturalne (np. amortyzacja sprzętu czy wynagrodzenia personelu podstawowego) rozkładają się na bardzo dużą liczbę procedur, co skutkuje obniżeniem ich kosztu jednostkowego.

W konsekwencji, przeprowadzona analiza kosztów jednoznacznie wskazała, że refundacja tych badań powinna być relatywnie niższa w stosunku do początkowych wycen, gdy świadczenia TK i MR miały charakter nowatorski, były kosztowne i rzadko wykonywane. Dziś są to świadczenia rutynowe, powszechnie stosowane w diagnostyce, a rozwój technologii i upowszechnienie ich realizacji umożliwiło znaczące ograniczenie kosztów jednostkowych.

Odmienne przedstawia się sytuacja w przypadku badań specjalistycznych, które wymagają:

- dłuższego czasu przygotowania pacjenta i realizacji badania,
- większego zaangażowania zasobów, w tym wykorzystania kontrastów i wyrobów kosztochłonnych,
- obecności dodatkowego personelu, np. lekarza kardiologa przy badaniach kardiologicznych,
- wykorzystania bardziej zaawansowanych technik diagnostycznych.

W takich przypadkach efekty skali mają mniejsze znaczenie, gdyż liczba badań jest ograniczona, a jednostkowy koszt pozostaje wyższy ze względu na złożoność procedury. Wyniki analizy kosztów potwierdzają, że dla badań specjalistycznych konieczne jest zastosowanie wyższej wyceny, aby odzwierciedlić rzeczywiste nakłady ponoszone przez świadczeniodawców i zapewnić trwałość ekonomiczną realizacji tych świadczeń.

Przeprowadzona analiza wskazuje na potrzebę zróżnicowania wyceny świadczeń TK i MR w zależności od ich charakteru:

- badania rutynowe i powszechne – obniżona wycena, jako że korzyści wynikające z efektów skali i masowości ich realizacji prowadzą do redukcji kosztów jednostkowych,
- badania specjalistyczne – podwyższona wycena, odpowiadająca faktycznym kosztom wynikającym z większego zaangażowania zasobów, personelu i czasu.

Takie podejście nie tylko odzwierciedla rzeczywiste koszty ponoszone przez świadczeniodawców, lecz także wspiera racjonalne kształtowanie taryf, sprzyjające równowadze między efektywnością ekonomiczną a wysoką jakością diagnostyki.

4. Analiza wpływu na system opieki zdrowotnej

4.1. Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego

Celem analizy wpływu na budżet płatnika była ocena konsekwencji finansowych związanych z wprowadzeniem w życie proponowanych taryf świadczeń. W ramach przeprowadzonych prac porównano nakłady finansowe ponoszone przez płatnika publicznego na realizację świadczeń według obecnie obowiązujących zasad z kosztami wynikającymi z zastosowania propozycji taryf, przy założeniu niezmięnionej liczby wykonywanych procedur.

Należy podkreślić, że uzyskane wyniki zostały oparte na danych historycznych dotyczących struktury świadczeń zrealizowanych w poprzednich okresach. Z tego względu mają one charakter prognoz i obciążone są pewnym stopniem niepewności, wynikającym m.in. z możliwych zmian w praktyce klinicznej, dynamiki rozwoju technologii oraz przyszłego zapotrzebowania na badania diagnostyczne.

Analiza została przeprowadzona z wykorzystaniem:

- rocznej liczby świadczeń oraz wydatków płatnika publicznego w 2024 r.,
- świadczeń, które nie zostały rozliczone (zapłacone) przez NFZ w części dotyczącej leczenia szpitalnego,
- ewentualnych współczynników korygujących,
- cen jednostek rozliczeniowych obowiązujących od 1 lipca 2025 r. w poszczególnych zakresach świadczeń realizowanych przez świadczeniodawców wynoszących średnio 1,52 zł dla świadczeń realizowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz 1,94 zł dla leczenia szpitalnego.

Wdrożenie proponowanych wycen świadczeń spowoduje **zmniejszenie wydatków** płatnika publicznego o **182,7 mln zł** rocznie, co odpowiada redukcji o **6,1%**. W ujęciu szczegółowym:

- wydatki na badania rezonansu magnetycznego zostaną ograniczone o **121,7 mln zł** (spadek o **6,5%**),
- wydatki na badania tomografii komputerowej zmniejszą się o **61,0 mln zł** (spadek o **5,4%**).

Największe obniżenie nakładów dotyczyć będzie świadczeń realizowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – prognozowany spadek wyniesie 183,6 mln zł rocznie (tj. 6,2%). Należy zauważyć, że są to świadczenia wykonywane najczęściej.

Dla badań rozliczanych w ramach leczenia szpitalnego przewiduje się wzrost finansowania o 0,9 mln zł, co odpowiada zwiększeniu o 2,0%.

Szczegółowe zestawienie prognozowanych skutków finansowych zaprezentowano w tabeli 17.

Tabela 17 Analiza wpływu na budżet płatnika w podziale na rodzaj świadczeń.

Kod i nazwa produktu	Liczba produktów	Aktualna wartość świadczeń [zł]	Wartość świadczeń po zmianie [zł]	Zmiana [zł]	Zmiana [%]
AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA	4 421 438	2 967 561 936	2 783 949 883	-183 612 053	-6,2%
REZONANS MAGNETYCZNY	2 471 873	1 857 212 580	1 734 188 915	-123 023 665	-6,6%
5.03.00.0000075 - MR - BADANIE GŁOWY BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO	143 457	70 331 587	57 007 901	-13 323 686	-18,9%
5.03.00.0000076 - MR - BADANIE INNEJ OKOLICY ANATOMICZNEJ BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO	497 990	349 468 331	277 763 166	-71 705 165	-20,5%
5.03.00.0000077 - ANGIOGRAFIA MR BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO	35 456	18 663 109	20 497 056	1 833 947	9,8%
5.03.00.0000078 - MR - BADANIE GŁOWY BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	354 537	325 978 192	350 224 504	24 246 312	7,4%
5.03.00.0000079 - MR - BADANIE INNEJ OKOLICY ANATOMICZNEJ BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	118 273	135 368 145	137 364 190	1 996 045	1,5%
5.03.00.0000081 - SPEKTROSKOPIA MR	464	294 078	319 429	25 352	8,6%
5.03.00.0000100 - MR - BADANIE DWÓCH ODCINKÓW KRĘGOSŁUPA BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO	67 739	58 709 980	48 907 029	-9 802 951	-16,7%
5.03.00.0000101 - MR - BADANIE DWÓCH ODCINKÓW KRĘGOSŁUPA BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	3 837	5 104 342	5 535 868	431 526	8,5%
5.03.00.0000102 - MR - BADANIE DWÓCH OKOLIC ANATOMICZNYCH INNYCH NIŻ DWA ODCINKI KRĘGOSŁUPA BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO	73 973	85 041 791	65 922 906	-19 118 884	-22,5%
5.03.00.0000103 - MR - BADANIE DWÓCH OKOLIC ANATOMICZNYCH INNYCH NIŻ DWA ODCINKI KRĘGOSŁUPA BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	52 364	83 418 684	92 802 210	9 383 526	11,2%
5.03.00.0000104 - ANGIOGRAFIA ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM-MR	10 991	14 933 194	14 091 413	-841 781	-5,6%
5.03.00.0000105 - BADANIE BEZ ŚRODKA KONTRASTOWEGO I CO NAJMNIEJ DWIE FAZY ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM-MR	146 577	171 873 892	201 668 332	29 794 439	17,3%
5.03.00.0000106 - MR BADANIE CZYNNOŚCIOWE MÓZGU	262	378 601	401 374	22 773	6,0%
5.03.00.0000118 - MR BADANIE JEDNEGO ODCINKA KRĘGOSŁUPA LUB KANAŁU KRĘGOWEGO BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO	875 016	427 209 895	346 278 828	-80 931 067	-18,9%
5.03.00.0000119 - MR BADANIE JEDNEGO ODCINKA KRĘGOSŁUPA LUB KANAŁU KRĘGOWEGO BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	35 870	33 095 022	31 399 244	-1 695 778	-5,1%

Kod i nazwa produktu	Liczba produktów	Aktualna wartość świadczeń [zł]	Wartość świadczeń po zmianie [zł]	Zmiana [zł]	Zmiana [%]
5.03.00.0000120 - MR BADANIE TRZECH ODCINKÓW KRĘGOSŁUPA BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO	7 239	9 018 563	7 619 334	-1 399 230	-15,5%
5.03.00.0000121 - MR BADANIE TRZECH ODCINKÓW KRĘGOSŁUPA BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	1 119	1 938 081	2 205 720	267 640	13,8%
5.03.00.0000122 - MR BADANIE TRZECH OKOLIC ANATOMICZNYCH INNYCH NIŻ TRZY ODCINKI KRĘGOSŁUPA BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO	6 140	9 336 093	8 447 521	-888 572	-9,5%
5.03.00.0000123 - MR BADANIE TRZECH OKOLIC ANATOMICZNYCH INNYCH NIŻ TRZY ODCINKI KRĘGOSŁUPA BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	3 155	6 469 827	7 732 984	1 263 157	19,5%
5.03.00.0000124 - MR BADANIE SERCA - CZYNNOŚCIOWE I MORFOLOGICZNE BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO	571	699 635	797 548	97 913	14,0%
5.03.00.0000125 - MR BADANIE SERCA - CZYNNOŚCIOWE I MORFOLOGICZNE BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	13 444	22 354 465	27 396 198	5 041 734	22,6%
5.03.00.0000126 - MR BADANIE PIERSI	23 399	27 527 073	29 806 158	2 279 085	8,3%
TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA	1 949 565	1 110 349 356	1 049 760 968	-60 588 388	-5,5%
5.03.00.0000025 - TK - BADANIE GŁOWY - BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO	252 557	66 826 643	59 792 260	-7 034 383	-10,5%
5.03.00.0000027 - TK - BADANIE GŁOWY - BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	101 844	55 599 812	53 857 368	-1 742 444	-3,1%
5.03.00.0000070 - TK - BADANIE INNEJ OKOLICY ANATOMICZNEJ - BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO	476 797	141 927 175	117 533 442	-24 393 733	-17,2%
5.03.00.0000071 - TK - INNEJ OKOLICY ANATOMICZNEJ - BEZ I ZE ŚRODKIEM KONTRASTOWYM	222 217	143 458 164	120 988 813	-22 469 351	-15,7%
5.03.00.0000073 - TK - BADANIE DWÓCH OKOLIC ANATOMICZNYCH BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	269 122	217 351 810	207 170 361	-10 181 449	-4,7%
5.03.00.0000085 - TK: ANGIOGRAFIA TT. WIEŃCOWYCH U PACJENTÓW PO ZABIEGACH KORONAROPLASTYKI LUB WSZCZEPIENIU BY-PASÓW	15 437	13 257 351	14 887 549	1 630 199	12,3%
5.03.00.0000086 - WIRTUALNA KOLONOSKOPIA U PACJENTÓW, U KTÓRYCH WARUNKI ANATOMICZNE UNIEMOŻLIWIAJĄ WYKONANIE KOLONOSKOPII TRADYCYJNEJ	1 855	1 179 426	1 419 310	239 883	20,3%
5.03.00.0000087 - BADANIE KARDIOLOGICZNE TK (OBEJMUJE BADANIE MORFOLOGII I CZYNNOŚCI MIĘŚNIA SERCOWEGO - TAKŻE ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	74 248	69 300 854	76 783 504	7 482 650	10,8%
5.03.00.0000088 - TK: ANGIOGRAFIA (Z WYŁĄCZENIEM ANGIOGRAFII TT. WIEŃCOWYCH)	108 305	80 100 550	69 748 572	-10 351 978	-12,9%
5.03.00.0000094 - TK-BADANIE GŁOWY ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	4 453	1 912 250	2 015 801	103 551	5,4%

Kod i nazwa produktu	Liczba produktów	Aktualna wartość świadczeń [zł]	Wartość świadczeń po zmianie [zł]	Zmiana [zł]	Zmiana [%]
5.03.00.0000095 - TK-BADANIE INNEJ OKOLICY ANATOMICZNEJ ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	32 191	15 808 344	14 425 113	-1 383 230	-8,8%
5.03.00.0000096 - TK-BADANIE DWÓCH OKOLIC ANATOMICZNYCH BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO	43 034	16 245 974	14 154 218	-2 091 756	-12,9%
5.03.00.0000097 - TK-BADANIE DWÓCH OKOLIC ANATOMICZNYCH ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	17 836	12 265 372	10 380 556	-1 884 816	-15,4%
5.03.00.0000098 - TK GŁOWY BEZ ŚRODKA KONTRASTOWEGO I CO NAJMNIJ DWIE FAZY ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	1 600	908 282	1 092 427	184 145	20,3%
5.03.00.0000099 - TK INNEJ OKOLICY ANATOMICZNEJ BEZ ŚRODKA KONTRASTOWEGO I CO NAJMNIJ DWIE FAZY ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	57 830	38 382 864	42 003 888	3 621 025	9,4%
5.03.00.0000115 - TK: BADANIE TRZECH LUB WIĘCEJ OKOLIC ANATOMICZNYCH BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO	21 136	9 336 455	10 222 396	885 941	9,5%
5.03.00.0000116 - TK: BADANIE TRZECH LUB WIĘCEJ OKOLIC ANATOMICZNYCH ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	41 270	30 871 388	28 304 121	-2 567 267	-8,3%
5.03.00.0000117 - TK: BADANIE TRZECH LUB WIĘCEJ OKOLIC ANATOMICZNYCH BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	207 833	195 616 642	204 981 268	9 364 626	4,8%
LECZENIE SZPITALNE	33 079	45 703 230	46 620 093	916 862	2,0%
REZONANS MAGNETYCZNY	11 999	20 072 333	21 427 228	1 354 895	6,8%
5.03.00.0000076 - MR - BADANIE INNEJ OKOLICY ANATOMICZNEJ BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO	375	396 106	314 832	-81 274	-20,5%
5.03.00.0000079 - MR - BADANIE INNEJ OKOLICY ANATOMICZNEJ BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	630	1 065 679	1 081 392	15 714	1,5%
5.03.00.0000102 - MR - BADANIE DWÓCH OKOLIC ANATOMICZNYCH INNYCH NIŻ DWA ODCINKI KRĘGOSŁUPA BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO	3	4 638	3 596	-1 043	-22,5%
5.03.00.0000103 - MR - BADANIE DWÓCH OKOLIC ANATOMICZNYCH INNYCH NIŻ DWA ODCINKI KRĘGOSŁUPA BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	26	56 734	63 115	6 382	11,2%
5.03.00.0000105 - BADANIE BEZ ŚRODKA KONTRASTOWEGO I CO NAJMNIJ DWIE FAZY ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM-MR	1 299	2 279 107	2 674 191	395 085	17,3%
5.03.00.0000123 - MR BADANIE TRZECH OKOLIC ANATOMICZNYCH INNYCH NIŻ TRZY ODCINKI KRĘGOSŁUPA BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	3	6 867	8 207	1 341	19,5%
5.03.00.0000126 - MR BADANIE PIERSI	8 641	14 985 164	16 225 850	1 240 686	8,3%

Kod i nazwa produktu	Liczba produktów	Aktualna wartość świadczeń [zł]	Wartość świadczeń po zmianie [zł]	Zmiana [zł]	Zmiana [%]
5.53.01.0001618 - BADANIE OBRAZOWE METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO: BADANIE GŁOWY BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO.	63	40 065	25 383	-14 682	-36,6%
5.53.01.0001619 - BADANIE OBRAZOWE METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO: BADANIE GŁOWY BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM.	445	533 184	448 579	-84 604	-15,9%
5.53.01.0001620 - BADANIE OBRAZOWE METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO: BADANIE JEDNEGO ODCINKA KRĘGOSŁUPA LUB KANAŁU KRĘGOWEGO BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO.	62	39 268	24 878	-14 390	-36,6%
5.53.01.0001621 - BADANIE OBRAZOWE METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO: BADANIE JEDNEJ OKOLICY ANATOMICZNEJ INNEJ NIŻ KRĘGOSŁUP BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO.	115	104 658	65 100	-39 558	-37,8%
5.53.01.0001622 - BADANIE OBRAZOWE METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO: BADANIE JEDNEGO ODCINKA KRĘGOSŁUPA LUB KANAŁU KRĘGOWEGO BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM.	35	41 682	31 003	-10 679	-25,6%
5.53.01.0001623 - BADANIE METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO: BADANIE JEDNEJ OKOLICY ANATOMICZNEJ INNEJ NIŻ ODCINEK KRĘGOSŁUPA BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM.	77	117 024	93 023	-24 001	-20,5%
5.53.01.0001624 - BADANIE METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO: BADANIE DWÓCH ODCINKÓW KRĘGOSŁUPA BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO.	10	10 835	7 077	-3 757	-34,7%
5.53.01.0001625 - BADANIE METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO: BADANIE TRZECH ODCINKÓW KRĘGOSŁUPA BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO.	1	1 503	996	-508	-33,8%
5.53.01.0001626 - BADANIE METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO: BADANIE DWÓCH ODCINKÓW KRĘGOSŁUPA BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM.	10	16 351	13 902	-2 449	-15,0%
5.53.01.0001627 - BADANIE METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO: BADANIE TRZECH ODCINKÓW KRĘGOSŁUPA BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM.	2	4 157	3 706	-451	-10,9%
5.53.01.0001628 - BADANIE METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO: BADANIE DWÓCH OKOLIC ANATOMICZNYCH INNYCH NIŻ DWA ODCINKI KRĘGOSŁUPA BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO.	5	6 753	4 101	-2 652	-39,3%
5.53.01.0001630 - BADANIE METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO: BADANIE DWÓCH OKOLIC ANATOMICZNYCH INNYCH NIŻ DWA ODCINKI KRĘGOSŁUPA BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM.	22	42 711	37 245	-5 466	-12,8%
5.53.01.0001631 - BADANIE METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO: BADANIE TRZECH OKOLIC ANATOMICZNYCH INNYCH NIŻ TRZY ODCINKI KRĘGOSŁUPA BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM.	2	4 116	3 853	-263	-6,4%

Kod i nazwa produktu	Liczba produktów	Aktualna wartość świadczeń [zł]	Wartość świadczeń po zmianie [zł]	Zmiana [zł]	Zmiana [%]
5.53.01.0001632 - BADANIE METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO: BADANIE BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO I CO NAJMNIJ DWIE FAZY ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM.	41	61 680	56 733	-4 947	-8,0%
5.53.01.0001633 - BADANIE METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO: ANGIOGRAFIA BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO.	10	6 904	5 926	-978	-14,2%
5.53.01.0001634 - BADANIE METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO: ANGIOGRAFIA ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM.	5	8 693	6 429	-2 264	-26,0%
5.53.01.0001635 - BADANIE METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO: BADANIE CZYNNOŚCIOWE MÓZGU.	1	1 825	1 517	-308	-16,9%
5.53.01.0001636 - BADANIE METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO: SPEKTROSKOPIA.	4	3 231	2 745	-485	-15,0%
5.53.01.0001637 - BADANIE METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO: BADANIE SERCA (CZYNNOŚCIOWE I MORFOLOGICZNE BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO).	4	6 162	5 504	-659	-10,7%
5.53.01.0001638 - BADANIE METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO: BADANIE SERCA (CZYNNOŚCIOWE I MORFOLOGICZNE BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM).	108	227 238	218 343	-8 895	-3,9%
TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA	21 080	25 630 897	25 192 864	-438 033	-1,7%
5.03.00.0000070 - TK - BADANIE INNEJ OKOLICY ANATOMICZNEJ - BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO	101	44 055	36 483	-7 572	-17,2%
5.03.00.0000071 - TK - INNEJ OKOLICY ANATOMICZNEJ - BEZ I ZE ŚRODKIEM KONTRASTOWYM	248	234 563	197 824	-36 739	-15,7%
5.03.00.0000073 - TK - BADANIE DWÓCH OKOLIC ANATOMICZNYCH BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	2 994	5 091 956	4 853 432	-238 523	-4,7%
5.03.00.0000086 - WIRTUALNA KOLONOSKOPIA U PACJENTÓW, U KTÓRYCH WARUNKI ANATOMICZNE UNIEMOŻLIWIAJĄ WYKONANIE KOLONOSKOPII TRADYCYJNEJ	23	21 640	26 041	4 401	20,3%
5.03.00.0000095 - TK-BADANIE INNEJ OKOLICY ANATOMICZNEJ ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	173	125 576	114 588	-10 988	-8,8%
5.03.00.0000096 - TK-BADANIE DWÓCH OKOLIC ANATOMICZNYCH BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO	93	50 668	44 145	-6 524	-12,9%
5.03.00.0000097 - TK-BADANIE DWÓCH OKOLIC ANATOMICZNYCH ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	239	231 639	196 043	-35 596	-15,4%
5.03.00.0000099 - TK INNEJ OKOLICY ANATOMICZNEJ BEZ ŚRODKA KONTRASTOWEGO I CO NAJMNIJ DWIE FAZY ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	169	179 390	196 313	16 924	9,4%

Kod i nazwa produktu	Liczba produktów	Aktualna wartość świadczeń [zł]	Wartość świadczeń po zmianie [zł]	Zmiana [zł]	Zmiana [%]
5.03.00.0000115 - TK: BADANIE TRZECH LUB WIĘCEJ OKOLIC ANATOMICZNYCH BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO	552	343 802	376 426	32 624	9,5%
5.03.00.0000116 - TK: BADANIE TRZECH LUB WIĘCEJ OKOLIC ANATOMICZNYCH ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	2 254	2 443 728	2 240 507	-203 221	-8,3%
5.03.00.0000117 - TK: BADANIE TRZECH LUB WIĘCEJ OKOLIC ANATOMICZNYCH BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM	10 768	14 585 578	15 283 824	698 246	4,8%
5.53.01.0001600 - BADANIE OBRAZOWE METODĄ TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ: BADANIE GŁOWY BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO.	18	6 000	4 210	-1 789	-29,8%
5.53.01.0001601 - BADANIE OBRAZOWE METODĄ TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ: BADANIE GŁOWY ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM.	6	3 219	2 649	-569	-17,7%
5.53.01.0001602 - BADANIE OBRAZOWE METODĄ TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ: BADANIE GŁOWY BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM.	44	30 666	23 327	-7 339	-23,9%
5.53.01.0001603 - BADANIE OBRAZOWE METODĄ TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ: BADANIE GŁOWY BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO I CO NAJMNIEJ DWIE FAZY ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM.	1	715	674	-41	-5,8%
5.53.01.0001604 - BADANIE OBRAZOWE METODĄ TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ: BADANIE INNEJ OKOLICY ANATOMICZNEJ BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO.	1 605	605 030	390 748	-214 281	-35,4%
5.53.01.0001605 - BADANIE OBRAZOWE METODĄ TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ: BADANIE INNEJ OKOLICY ANATOMICZNEJ ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM.	40	25 118	17 975	-7 143	-28,4%
5.53.01.0001606 - BADANIE OBRAZOWE METODĄ TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ: BADANIE INNEJ OKOLICY ANATOMICZNEJ BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM.	848	686 398	453 188	-233 210	-34,0%
5.53.01.0001607 - BADANIE OBRAZOWE METODĄ TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ: BADANIE DWÓCH OKOLIC ANATOMICZNYCH BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO.	25	11 289	7 704	-3 585	-31,8%
5.53.01.0001608 - BADANIE OBRAZOWE METODĄ TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ: BADANIE TRZECH LUB WIĘCEJ OKOLIC ANATOMICZNYCH BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO.	28	15 426	13 231	-2 196	-14,2%
5.53.01.0001609 - BADANIE OBRAZOWE METODĄ TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ: BADANIE DWÓCH OKOLIC ANATOMICZNYCH ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM.	24	20 671	13 702	-6 969	-33,7%
5.53.01.0001610 - BADANIE OBRAZOWE METODĄ TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ: BADANIE TRZECH LUB WIĘCEJ OKOLIC ANATOMICZNYCH ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM.	9	8 365	6 000	-2 365	-28,3%
5.53.01.0001611 - BADANIE OBRAZOWE METODĄ TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ: BADANIE DWÓCH OKOLIC ANATOMICZNYCH BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM.	425	425 684	318 180	-107 505	-25,3%

Kod i nazwa produktu	Liczba produktów	Aktualna wartość świadczeń [zł]	Wartość świadczeń po zmianie [zł]	Zmiana [zł]	Zmiana [%]
5.53.01.0001612 - BADANIE OBRAZOWE METODĄ TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ: BADANIE TRZECH LUB WIĘCEJ OKOLIC ANATOMICZNYCH BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM.	100	107 835	88 524	-19 311	-17,9%
5.53.01.0001613 - BADANIE OBRAZOWE METODĄ TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ: BADANIE INNEJ OKOLICY ANATOMICZNEJ BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO I CO NAJMNIJ Dwie FAZY ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM.	15	13 346	11 457	-1 889	-14,2%
5.53.01.0001614 - BADANIE OBRAZOWE METODĄ TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ: ANGIOGRAFIA (Z WYŁĄCZENIEM ANGIOGRAFII TT. WIEŃCOWYCH).	13	12 111	8 262	-3 849	-31,8%
5.03.00.0000127 - TK: ANGIOGRAFIA TĘTNIC WIEŃCOWYCH	2	2 168	1 909	-259	-11,9%
5.53.01.0001616 - BADANIE OBRAZOWE METODĄ TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ: WIRTUALNA KOLONOSKOPIA U PACJENTÓW, U KTÓRYCH WARUNKI ANATOMICZNE UNIEMOŻLIWIAJĄ WYKONANIE KOLONOSKOPII TRADYCYJNEJ.	19	15 404	14 547	-858	-5,6%
5.53.01.0001617 - BADANIE OBRAZOWE METODĄ TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ: BADANIE KARDIOLOGICZNE (OBEJMUJE BADANIE MORFOLOGII I CZYNNOSCI MIĘŚNIA SERCOWEGO - TAKŻE ZW WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM).	244	288 856	250 950	-37 906	-13,1%
RAZEM	4 454 517	3 013 265 166	2 830 569 976	-182 695 191	-6,1%

Źródło: opracowanie własne

Dodatkowo przeprowadzono analizę wpływu na budżet płatnika w podziale na stopnie złożoności badania. Złożoność została zdefiniowana jako iloczyn liczby badanych okolic anatomicznych oraz liczby wykonanych skanów – im wyższa wartość tego wskaźnika, tym badanie należy uznać za bardziej wymagające organizacyjnie, technicznie i czasowo. Wyniki tej analizy przedstawiono w tabeli 18.

Tabela 18 Analiza wpływu na budżet płatnika z uwzględnieniem kompleksowości badania.

Stopień złożoności badania	Liczba produktów	Aktualna wartość świadczeń [zł]	Wartość świadczeń po zmianie [zł]	Zmiana [zł]	Zmiana [%]
AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA	4 421 438	2 967 561 936	2 783 949 883	-183 612 053	-6,2%
REZONANS MAGNETYCZNY	2 471 873	1 857 212 580	1 734 188 915	-123 023 665	-6,6%
Badanie proste (1-2)	2 166 855	1 485 202 943	1 314 867 769	-170 335 174	-11,5%
Badanie rozszerzone (3-4)	216 157	278 751 575	316 073 265	37 321 690	13,4%
Badanie kompleksowe (5-6)	4 274	8 407 908	9 938 704	1 530 796	18,2%
Badanie specjalistyczne	84 587	84 850 155	93 309 177	8 459 023	10,0%
TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA	1 949 565	1 110 349 356	1 049 760 968	-60 588 388	-5,5%
Badanie proste (1-2)	1 225 177	523 344 588	469 931 075	-53 413 513	-10,2%
Badanie rozszerzone (3-4)	390 958	296 850 800	288 793 194	-8 057 606	-2,7%
Badanie kompleksowe (5-6)	207 833	195 616 642	204 981 268	9 364 626	4,8%
Badanie specjalistyczne	125 597	94 537 327	86 055 431	-8 481 896	-9,0%
LECZENIE SZPITALNE	33 079	45 703 230	46 620 093	916 862	2,0%
REZONANS MAGNETYCZNY	11 999	20 072 333	21 427 228	1 354 895	6,8%
Badanie proste (1-2)	1 820	2 359 892	2 098 965	-260 927	-11,1%
Badanie rozszerzone (3-4)	1 399	2 458 085	2 846 183	388 097	15,8%
Badanie kompleksowe (5-6)	7	15 140	15 767	627	4,1%
Badanie specjalistyczne	8 773	15 239 215	16 466 314	1 227 098	8,1%
TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA	21 080	25 630 897	25 192 864	-438 033	-1,7%
Badanie proste (1-2)	3 708	2 363 748	1 753 537	-610 211	-25,8%
Badanie rozszerzone (3-4)	6 447	8 522 413	8 016 220	-506 192	-5,9%
Badanie kompleksowe (5-6)	10 868	14 693 413	15 372 348	678 935	4,6%
Badanie specjalistyczne	57	51 323	50 759	-564	-1,1%
RAZEM	4 454 517	3 013 265 166	2 830 569 976	-182 695 191	-6,1%

Źródło: opracowanie własne

W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, gdzie wykonywany jest największy wolumen badań – 4,42 mln świadczeń o wartości blisko 3 mld zł – wdrożenie nowych tariff spowoduje zmniejszenie wydatków o 183,6 mln zł, co odpowiada redukcji o 6,2%. Największe ograniczenie nakładów wystąpi w przypadku badań prostych rezonansu magnetycznego, których wartość spadnie o 170,3 mln zł (11,5%), oraz prostych badań tomografii komputerowej, dla których spadek wyniesie 53,4 mln zł (10,2%). Jednocześnie dla bardziej złożonych i specjalistycznych świadczeń obserwuje się wzrost finansowania. W przypadku rezonansu magnetycznego dotyczy to badań rozszerzonych, których wartość wzrośnie o 37,3 mln zł (13,4%), kompleksowych z przyrostem o 1,5 mln zł (18,2%) oraz

specjalistycznych z dodatkowym finansowaniem rzędu 8,5 mln zł (10,0%). W tomografii komputerowej wzrost dotyczy badań kompleksowych, gdzie przewiduje się zwiększenie wartości o 9,4 mln zł (4,8%).

W leczeniu szpitalnym, gdzie w 2024 roku zrealizowano 33,1 tys. badań o wartości 45,7 mln zł, łączny efekt wprowadzenia nowych taryf będzie odmienny, gdyż przewiduje się wzrost wydatków o 0,9 mln zł, czyli o 2,0%. W rezonansie magnetycznym zwiększenie nakładów wyniesie 1,35 mln zł (6,8%), głównie dzięki wzrostom w badaniach rozszerzonych i specjalistycznych. Z kolei w tomografii komputerowej prognozowany jest spadek wartości świadczeń o 0,44 mln zł (1,7%), co wynika przede wszystkim z ograniczeń finansowania badań prostych i rozszerzonych, podczas gdy badania kompleksowe zyskują na wartości.

Łącznie, po uwzględnieniu wszystkich zakresów i poziomów złożoności, szacowana wartość świadczeń spadnie z 3,013 mld zł do 2,831 mld zł, co oznacza redukcję wydatków o 182,7 mln zł, czyli o 6,1%. Ostateczny efekt nowych taryf polega więc na ograniczeniu finansowania badań prostych wykonywanych masowo oraz podniesieniu wyceny świadczeń bardziej wymagających organizacyjnie i technicznie, co pozwala lepiej odzwierciedlić ich rzeczywisty koszt i nakład pracy po stronie świadczeniodawców.

4.2. Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej

Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej miała na celu ocenę, w jaki sposób zmiana taryf świadczeń tomografii komputerowej (TK) i rezonansu magnetycznego (RM) przełoży się na funkcjonowanie podmiotów leczniczych oraz równowagę w systemie diagnostyki obrazowej. W ramach przeprowadzonych prac dokonano aktualizacji wycen procedur realizowanych zarówno w warunkach ambulatoryjnych, jak i szpitalnych. Działanie to ma charakter porządkujący i strategiczny, gdyż sprzyja zachowaniu równowagi pomiędzy produktami rozliczeniowymi i wspiera racjonalizację wykorzystania zasobów.

Oprócz konsekwencji finansowych, wdrożenie nowych taryf będzie miało istotny wpływ na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Zmiany w wycenie świadczeń oddziałują nie tylko na poziom wydatków płatnika publicznego, ale także na sposób organizacji pracy świadczeniodawców, dostępność badań oraz relacje pomiędzy poszczególnymi poziomami referencyjnymi podmiotów.

Największe oszczędności prognozowane są w jednostkach niepublicznych oraz w ośrodkach powiatowych, gminnych i miejskich, gdzie spadek wartości rozliczanych świadczeń wyniesie odpowiednio około 97 mln zł i 39 mln zł rocznie. Oznacza to ograniczenie przychodów dla realizatorów, którzy wykonują dużą część badań prostych, a w konsekwencji może wymusić dostosowanie modelu ich działalności. Jednocześnie przewiduje się niewielki wzrost finansowania badań w ośrodkach klinicznych oraz w części jednostek wojewódzkich, co wskazuje na przesunięcie części środków w stronę podmiotów wykonujących badania bardziej złożone, wymagające wyższych nakładów organizacyjnych, technicznych i kadrowych.

Z perspektywy organizacji systemu proponowane taryfy mogą sprzyjać lepszemu odwzorowaniu rzeczywistych kosztów i nakładów pracy związanych z badaniami o wyższej złożoności. Może to przełożyć się na poprawę jakości diagnostyki, zwłaszcza w obszarach wysokospecjalistycznych oraz na bardziej racjonalne wykorzystanie infrastruktury. Ograniczenie finansowania badań prostych może z kolei wymagać optymalizacji organizacji pracy w mniejszych ośrodkach. Warto jednak podkreślić, że analiza dostępności świadczeń na tle europejskim wskazuje, iż liczba badań wykonywanych na jeden

aparatury TK i RM w Polsce jest niższa niż średnia unijna, co sugeruje możliwość bardziej efektywnego wykorzystania istniejącego sprzętu.

W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, obejmującej łącznie ponad 4,4 mln badań o wartości blisko 3,0 mld zł, wdrożenie nowych taryf spowoduje spadek wydatków płatnika o 183,6 mln zł (–6,2%). W rezonansie magnetycznym, który stanowi największą część tej grupy, obniżenie kosztów wyniesie 123,0 mln zł (–6,6%). Największe oszczędności dotyczą podmiotów niepublicznych (–97,3 mln zł, –8,0%) oraz jednostek powiatowych, gminnych i miejskich (–19,5 mln zł, –8,6%). W przypadku ośrodków klinicznych przewiduje się natomiast niewielki wzrost wartości rozliczeń (+1,5 mln zł, +0,8%), co wskazuje na przesunięcie części środków w stronę realizatorów badań bardziej złożonych. W tomografii komputerowej spadek finansowania sięgnie 60,6 mln zł (–5,5%), przy czym największe zmniejszenie dotyczy ponownie podmiotów niepublicznych (–25,1 mln zł, –6,6%) oraz jednostek powiatowych, gminnych i miejskich (–19,9 mln zł, –7,4%).

W zakresie leczenia szpitalnego, obejmującego ponad 33 tys. badań o wartości 45,7 mln zł, przewiduje się natomiast wzrost wydatków płatnika o 0,9 mln zł (+2,0%). W rezonansie magnetycznym, realizowanym przede wszystkim w jednostkach wojewódzkich i klinicznych, zwiększenie nakładów wyniesie 1,35 mln zł (+6,8%). Największe względne przyrosty odnotują jednostki resortowe (MSWiA i wojskowe) – +8,9% oraz niepubliczne – +8,3%. W tomografii komputerowej prognozowany jest natomiast spadek wydatków o 0,44 mln zł (–1,7%), obejmujący głównie ośrodki wojewódzkie i kliniczne, podczas gdy jednostki powiatowe, gminne i miejskie zanotują wzrost finansowania o 107 tys. zł (+2,8%).

łącznie, w leczeniu szpitalnym wzrost finansowania, szczególnie w obszarze rezonansu magnetycznego, może przełożyć się na poprawę dostępności badań dla pacjentów hospitalizowanych. Dodatkowe środki kierowane do jednostek wojewódzkich, klinicznych i resortowych powinny przyczynić się do stabilizacji finansowej tej części systemu oraz umożliwić realizację bardziej złożonych i specjalistycznych procedur w warunkach szpitalnych.

Tabela 19 Wpływ propozycji zmian taryf świadczeń na przychody świadczeniodawców w podziale na kategorie szpitala.

Stopień złożoności badania	Liczba produktów	Aktualna wartość świadczeń [zł]	Wartość świadczeń po zmianie [zł]	Zmiana [zł]	Zmiana [%]
AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA	4 421 438	2 967 561 936	2 783 949 883	-183 612 053	-6,2%
REZONANS MAGNETYCZNY	2 471 873	1 857 212 580	1 734 188 915	-123 023 665	-6,6%
Powiatowy, gminny, miejski	306 417	225 926 968	206 461 452	-19 465 515	-8,6%
Wojewódzki	250 931	206 748 741	200 174 977	-6 573 764	-3,2%
Kliniczny	198 285	179 226 618	180 719 982	1 493 364	0,8%
Inny (MSWiA, wojskowy)	27 667	23 658 780	22 514 270	-1 144 510	-4,8%
Niepubliczny	1 688 573	1 221 651 473	1 124 318 235	-97 333 239	-8,0%
TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA	1 949 565	1 110 349 356	1 049 760 968	-60 588 388	-5,5%
Powiatowy, gminny, miejski	498 575	270 257 171	250 392 990	-19 864 181	-7,4%
Wojewódzki	388 079	253 191 192	242 884 942	-10 306 250	-4,1%
Kliniczny	284 179	183 308 759	179 462 476	-3 846 283	-2,1%
Inny (MSWiA, wojskowy)	41 649	24 444 852	22 949 304	-1 495 548	-6,1%
Niepubliczny	737 083	379 147 382	354 071 256	-25 076 125	-6,6%

Stopień złożoności badania	Liczba produktów	Aktualna wartość świadczeń [zł]	Wartość świadczeń po zmianie [zł]	Zmiana [zł]	Zmiana [%]
LECZENIE SZPITALNE	33 079	45 703 230	46 620 093	916 862	2,0%
REZONANS MAGNETYCZNY	11 999	20 072 333	21 427 228	1 354 895	6,8%
Powiatowy, gminny, miejski	1 521	2 576 681	2 780 115	203 433	7,9%
Wojewódzki	6 461	10 871 295	11 675 779	804 483	7,4%
Kliniczny	3 301	5 405 818	5 648 313	242 495	4,5%
Inny (MSWiA, wojskowy)	264	464 721	506 297	41 576	8,9%
Niepubliczny	452	753 818	816 726	62 908	8,3%
TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA	21 080	25 630 897	25 192 864	-438 033	-1,7%
Powiatowy, gminny, miejski	3 125	3 773 623	3 880 993	107 370	2,8%
Wojewódzki	10 980	14 145 576	13 839 461	-306 116	-2,2%
Kliniczny	5 539	6 050 220	5 817 763	-232 457	-3,8%
Inny (MSWiA, wojskowy)	738	895 197	927 680	32 482	3,6%
Niepubliczny	698	766 280	726 968	-39 312	-5,1%
RAZEM	4 454 517	3 013 265 166	2 830 569 976	-182 695 191	-6,1%

Źródło: opracowanie własne

5. Najważniejsze informacje i wnioski

Przedmiotem raportu są świadczenia gwarantowane tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego realizowane w trybie ambulatoryjnym identyfikowane produktami rozliczeniowymi:

- TK: badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego (5.03.00.0000025);
- TK: badanie głowy ze wzmocnieniem kontrastowym (5.03.00.0000094);
- TK: badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (5.03.00.0000027);
- TK głowy bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym (5.03.00.0000098);
- TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego (5.03.00.0000070);
- TK: innej okolicy anatomicznej ze wzmocnieniem kontrastowym (5.03.00.0000095);
- TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (5.03.00.0000071);
- TK: badanie dwóch okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego (5.03.00.0000096);
- TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego (5.03.00.0000115);
- TK: badanie dwóch okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym (5.03.00.0000097);
- TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym (5.03.00.0000116);
- TK: badanie dwóch okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (5.03.00.0000073);
- TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (5.03.00.0000117);
- TK innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym (5.03.00.0000099);
- TK: angiografia (z wyłączeniem angiografii tt. wieńcowych) (5.03.00.0000088);
- TK: angiografia tętnic wieńcowych (5.03.00.0000127);
- TK: wirtualna kolonoskopia u pacjentów, u których warunki anatomiczne uniemożliwiają wykonanie kolonoskopii tradycyjnej (5.03.00.0000086);
- Badanie kardiologiczne TK (obejmuje badanie morfologii i czynności mięśnia sercowego - także ze wzmocnieniem kontrastowym (5.03.00.0000087);
- MR badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego (5.03.00.0000075);
- MR badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (5.03.00.0000078);
- MR badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez wzmocnienia kontrastowego (5.03.00.0000118);
- MR badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż kręgosłup bez wzmocnienia kontrastowego (5.03.00.0000076);
- MR badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (5.03.00.0000119);
- MR badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż odcinek kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (5.03.00.0000079);
- MR badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego (5.03.00.0000100);
- MR badanie trzech odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego (5.03.00.0000120);

- MR badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (5.03.00.0000101);
- MR badanie trzech odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (5.03.00.0000121);
- MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego (5.03.00.0000102);
- MR badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego (5.03.00.0000122);
- MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (5.03.00.0000103);
- MR badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (5.03.00.0000123);
- MR badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym (5.03.00.0000105);
- Angiografia MR bez wzmocnienia kontrastowego (5.03.00.0000077);
- Angiografia ze wzmocnieniem kontrastowym - MR (5.03.00.0000104);
- MR badanie czynnościowe mózgu (5.03.00.0000106);
- Spektroskopia - MR (5.03.00.0000081);
- MR Badanie serca - czynnościowe i morfologiczne bez wzmocnienia kontrastowego (5.03.00.0000124);
- MR Badanie serca - czynnościowe i morfologiczne bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (5.03.00.0000125);
- MR badanie piersi (5.03.00.0000126)

oraz świadczenia realizowane w trybie szpitalnym:

- 5.53.01.0001600 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego;
- 5.53.01.0001601 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie głowy ze wzmocnieniem kontrastowym;
- 5.53.01.0001602 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym;
- 5.53.01.0001603 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym;
- 5.53.01.0001604 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego;
- 5.53.01.0001605 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie innej okolicy anatomicznej ze wzmocnieniem kontrastowym;
- 5.53.01.0001606 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie innej okolicy anatomicznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym;
- 5.53.01.0001607 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie dwóch okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego;
- 5.53.01.0001608 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego;

- 5.53.01.0001609 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie dwóch okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym;
- 5.53.01.0001610 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym;
- 5.53.01.0001611 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie dwóch okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym;
- 5.53.01.0001612 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym;
- 5.53.01.0001613 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym;
- 5.53.01.0001614 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: angiografia (z wyłączeniem angiografii tt. Wieńcowych);
- 5.53.01.0001615 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: angiografia tt. Wieńcowych u pacjentów po zabiegach koronaroplastyki lub wszczepieniu by-passów;
- 5.53.01.0001616 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: wirtualna kolonoskopia u pacjentów, u których warunki anatomiczne uniemożliwiają wykonanie kolonoskopii tradycyjnej;
- 5.53.01.0001617 Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie kardiologiczne (obejmuje badanie morfologii i czynności mięśnia sercowego - także ze wzmocnieniem kontrastowym);
- 5.53.01.0001618 Badanie obrazowe metodą rezonansu magnetycznego: badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego;
- 5.53.01.0001619 Badanie obrazowe metodą rezonansu magnetycznego: badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym;
- 5.53.01.0001620 Badanie obrazowe metodą rezonansu magnetycznego: badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez wzmocnienia kontrastowego;
- 5.53.01.0001621 Badanie obrazowe metodą rezonansu magnetycznego: badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż kręgosłup bez wzmocnienia kontrastowego;
- 5.53.01.0001622 Badanie obrazowe metodą rezonansu magnetycznego: badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym;
- 5.53.01.0001623 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż odcinek kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym;
- 5.53.01.0001624 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego;
- 5.53.01.0001625 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie trzech odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego;
- 5.53.01.0001626 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym;
- 5.53.01.0001627 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie trzech odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym;
- 5.53.01.0001628 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego;

- 5.53.01.0001629 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego;
- 5.53.01.0001630 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym;
- 5.53.01.0001631 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym;
- 5.53.01.0001632 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym;
- 5.53.01.0001633 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: angiografia bez wzmocnienia kontrastowego;
- 5.53.01.0001634 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: angiografia ze wzmocnieniem kontrastowym;
- 5.53.01.0001635 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie czynnościowe mózgu;
- 5.53.01.0001636 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: spektroskopia;
- 5.53.01.0001637 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie serca (czynnościowe i morfologiczne bez wzmocnienia kontrastowego);
- 5.53.01.0001638 Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie serca (czynnościowe i morfologiczne bez i ze wzmocnieniem kontrastowym).

Taryfikowane świadczenia były przedmiotem prac Agencji w 2016 roku. Wyniki prac zostały zawarte w dwóch raportach taryfikacyjnych pt.: *Świadczenia tomografii komputerowej finansowane w ramach produktów NFZ z katalogu ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych* (nr. WT.541.34.2016, z dnia 3.10.216 r.) oraz *Świadczenia rezonansu magnetycznego finansowane w ramach produktów NFZ z katalogu ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych* (nr. WT.541.36.2016, z dnia 3.10.216 r.).

W 2025 roku Agencja na zlecenie Ministra Zdrowia (znak: WT.543.27.2025 z dnia 29.05.2025 r.) przygotowała wycenę produktów rozliczeniowych nowego świadczenia pn. Kompleksowa opieka specjalistyczna nad świadczeniobiorcą z endometriozą realizowanego w ramach leczenia szpitalnego, wśród których zaproponowano produkt *Badanie obrazowe metodą rezonansu magnetycznego w protokole endometriozy*. Produkt ten nie jest objęty pracami niniejszego raportu ze względu na aktualność kosztów jego realizacji.

Aktualne zasady finansowania świadczeń umożliwiają rozliczanie badań diagnostyki TK oraz RM jako produktu do sumowania, w ramach leczenia prowadzonego w warunkach szpitalnych. Należy jednak podkreślić, że obwarowane jest to dodatkowymi warunkami i powoduje, że ich realizacja ma charakter marginalny.

Analiza popytowo-podażowa została przeprowadzona w odniesieniu do okresów 2017–2018 oraz 2023–2024, czyli przed i po wprowadzeniu nielimitowanego finansowania badań TK i RM w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS).

W latach 2017–2024 nastąpił istotny wzrost zarówno liczby przeprowadzonych badań, jak i nakładów NFZ na ten cel. Szczególnie dynamiczny wzrost odnotowano w przypadku badań rezonansu magnetycznego, których roczna realizacja zwiększyła się o 2,2 mln świadczeń (691%). Towarzyszył temu wzrost wydatków płatnika publicznego z 148,1 mln zł w 2017 roku do 1,8 mld zł w 2024 roku, czyli o 1,6 mld zł (1 100%). Niższa dynamika zmian dotyczyła badań tomografii komputerowej, dla której liczba badań od roku 2017 do roku 2024 wzrosła o 737 tys. (48%) a ich wartość wzrosła

o 646,4 mln zł (157%). Dynamika wzrostu wartości świadczeń była zatem znacząco wyższa niż dynamika wzrostu liczby przeprowadzonych badań.

Istotny wzrost liczby realizowanych świadczeń był wynikiem zniesienia limitów na finansowanie badań TK i RM w ramach AOS, a także wzrostu liczby podmiotów leczniczych oferujących te usługi. Zmiana ta była szczególnie widoczna w przypadku badań rezonansu magnetycznego, gdzie liczba podmiotów leczniczych realizujących świadczenia zwiększyła się o 154 (67%). Liczba placówek oferujących badania tomografii komputerowej wzrosła o 130, co stanowiło wzrost o 37%. Efektem tych zmian było przewyższenie liczby realizowanych badań rezonansu magnetycznego nad badaniami tomografii komputerowej.

Rozszerzanie zakresu realizowanych świadczeń o badania tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego oferowanych w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia dotyczyło wszystkich kategorii podmiotów leczniczych w tym samym stopniu. Przy czym świadczenia tomografii komputerowej charakteryzowały się stabilnym wzrostem, bez istotnych zmian zarówno w strukturze ilościowej jak i wartościowej realizacji świadczeń. Natomiast istotny przyrost liczby badań rezonansu magnetycznego, co było efektem zwiększenia realizacji badań głównie przez podmioty niepubliczne. W 2024 roku zrealizowały one o 1,5 mln badań więcej niż w roku 2017 (wzrost o 782%), co odpowiadało za 70% wzrostu ogólnej liczby tych procedur. Warto również zauważyć, że istotnie więcej świadczeń realizują podmioty gminne, powiatowe i miejskie, które zwiększyły wolumen o 1 494% (288,6 tys.).

Zwiększenie liczby realizowanych badań spowodowało również wzrost wydatków płatnika publicznego. W analizowanym okresie na pozycji lidera umocniły się podmioty niepubliczne, które w 2024 roku zrealizowały świadczenia rezonansu magnetycznego o wartości 1,16 mld zł (66%). Niewiele ponad połowę tej kwoty zrealizowały łącznie podmioty gminne, powiatowe i miejskie a także wojewódzkie i kliniczne (łącznie 600,9 mln zł).

Przeprowadzono również analizę zmian w realizacji badań uwzględniającą stopień ich złożoności, która została zdefiniowana jako iloczyn liczby badanych okolic anatomicznych oraz liczby wykonanych skanów – im wyższa wartość tego wskaźnika, tym badanie należy uznać za bardziej wymagające pod względem organizacyjnym, technicznym oraz czasowym. W ramach tej klasyfikacji wyodrębniono cztery grupy badań: proste, rozszerzone, kompleksowe oraz badania specjalistyczne. Ostatnia z kategorii została potraktowana odrębnie, ponieważ obejmuje procedury o szczególnym charakterze klinicznym, które nie tylko wymagają zastosowania zaawansowanych technik obrazowania, ale również angażują dodatkowe zasoby – na przykład podanie obecność innego niż radiolog lekarza specjalisty podczas badania.

W 2017 r. wykonano niespełna 314 tys. badań RM, podczas gdy w 2024 r. już prawie 2,5 mln. Oznacza to wzrost ponad ośmiokrotny. W całym okresie dominują badania proste (1–2), których udział wzrósł z ok. 78% w 2017 r. do ponad 87% w 2024 r. Udział badań specjalistycznych spadł proporcjonalnie (z 8,9% w 2017 r. do 3,8% w 2024 r.), mimo że ich liczba bezwzględna znacząco wzrosła (z 27,8 tys. do 93,4 tys.). Oznacza to, że rozwój diagnostyki metodą rezonansu magnetycznego opiera się głównie na szybkim upowszechnieniu badań prostych, np. kręgosłupa i głowy.

Z kolei liczba badań tomografii komputerowej wzrosła z 1,23 mln w 2017 r. do niemal 1,95 mln w 2024 r., czyli o około 58%. Struktura jest bardziej zrównoważona niż w RM – badania proste stanowiły około 62% całości w 2024 r., ale znaczny udział miały również badania rozszerzone (20%) i kompleksowe (11%). W 2017 r. udział badań prostych wynosił ok. 74%, co oznacza, że z czasem coraz

większy ciężar przesuwa się w stronę badań o większej złożoności, szczególnie rozszerzonych i kompleksowych.

Istotnym jest, że dla badań RM obserwujemy rosnącą dominację badań prostych, przy równoczesnym względnym spadku udziału badań specjalistycznych i złożonych. Z kolei w przypadku badań tomografii komputerowej nastąpiło odwrotne zjawisko – spadł udział badań prostych, a wzrosła rola badań rozszerzonych i kompleksowych, co wskazuje na rozwój diagnostyki w kierunku bardziej zaawansowanych procedur.

Analogiczną analizę stopnia złożoności badań przeprowadzono również dla danych za rok 2024, rozszerzając ją o podział według kategorii podmiotów realizujących świadczenia. Ujęcie to pozwoliło nie tylko ocenić ogólną strukturę badań pod względem ich złożoności, ale także wskazać różnice pomiędzy poszczególnymi typami placówek – od szpitali powiatowych, przez wojewódzkie i kliniczne, po jednostki resortowe oraz podmioty niepubliczne.

Łącznie w 2024 r. wykonano ponad 4,4 mln badań TK i MR, z czego około 77% stanowiły badania proste (poziom 1–2), natomiast badania bardziej złożone (poziomy 3–6 oraz specjalistyczne) odpowiadały za około 23% całkowitej liczby świadczeń.

W przypadku rezonansu magnetycznego (2,47 mln badań), zdecydowanie dominują procedury proste – wykonano ich ponad 2,16 mln, czyli 88% wszystkich badań RM. Największym realizatorem są placówki niepubliczne (ponad 1,5 mln badań prostych, co stanowi 90% ich całej aktywności). W placówkach wojewódzkich i klinicznych udział badań prostych jest niższy, a relatywnie większy odsetek stanowią procedury rozszerzone i specjalistyczne – przykładowo w ośrodkach klinicznych badania specjalistyczne to ponad 10% wszystkich badań RM, wobec zaledwie 3% w niepublicznych. Oznacza to, że sektor publiczny pełni istotną rolę w realizacji bardziej zaawansowanych i czasochłonnych świadczeń.

Dla tomografii komputerowej (1,95 mln badań) struktura jest bardziej zróżnicowana. Badania proste stanowią tu 63% wszystkich świadczeń TK (1,23 mln badań), ale już udział badań rozszerzonych i kompleksowych jest znacznie większy niż w MR. W placówkach wojewódzkich i klinicznych badania o wyższej złożoności (poziomy 3–6) to łącznie około 43–45% realizacji, podczas gdy w niepublicznych – tylko około 24%. Również w badaniach specjalistycznych widać przewagę ośrodków publicznych, które wykonują ich proporcjonalnie więcej niż sektor prywatny.

Podsumowując, dane wskazują na wyraźny podział ról między poszczególnymi kategoriami świadczeniodawców:

- Podmioty niepubliczne odpowiadają za największą liczbę badań, koncentrując się przede wszystkim na procedurach prostych i rutynowych, które dzięki efektom skali mogą być realizowane taniej i szybciej.
- Placówki publiczne (wojewódzkie i kliniczne) wykonują mniejszy wolumen badań, ale relatywnie częściej specjalizują się w procedurach złożonych i specjalistycznych, wymagających większego nakładu pracy personelu oraz wykorzystania zaawansowanych technik diagnostycznych.

Taka struktura podkreśla komplementarny charakter obu sektorów – prywatnego, który odciąża system dzięki realizacji masowych badań prostych, oraz publicznego, który przejmując bardziej wymagające diagnostycznie i kosztotwórcze świadczenia.

Analiza dostępności badań rezonansu magnetycznego (RM) i tomografii komputerowej (TK) w układzie wojewódzkim pokazuje, że skala realizacji świadczeń jest silnie zróżnicowana zarówno pod względem liczby wykonanych badań, liczby badań przypadających na 100 tys. mieszkańców, jak i liczby podmiotów realizujących te świadczenia. Analizę ograniczono do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, ponieważ liczba produktów rozliczeniowych sprawozdawanych w ramach leczenia szpitalnego nie odzwierciedla faktycznej liczby wykonanych badań, których refundacja odbywa się co do zasady w ramach jednorodnych grup pacjentów. W związku z tym wyniki takiej analizy mogłyby być niemiernodajne.

W przypadku rezonansu magnetycznego najwyższą liczbę badań w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców odnotowano w województwach świętokrzyskim (9 984), lubelskim (9 525) i podlaskim (9 045). Relatywnie wysokie wskaźniki występują także w łódzkim (7 897) i śląskim (7 418). Najniższy poziom dostępności charakteryzuje województwa zachodniopomorskie (4 941) i wielkopolskie (5 129). Warto zauważyć, że w regionach o najwyższej dostępności RM (np. świętokrzyskie – 15 realizatorów, podlaskie – 16 realizatorów) liczba podmiotów jest umiarkowana, co może świadczyć o intensywnym wykorzystaniu istniejącej infrastruktury.

Dla tomografii komputerowej najwyższe wskaźniki badań na 100 tys. mieszkańców występują w województwie śląskim (7 253), świętokrzyskim (6 748) i lubelskim (6 069). Najniższą dostępnością charakteryzują się województwa małopolskie (3 966), opolskie (3 970) i wielkopolskie (4 303). Analiza liczby realizatorów wskazuje, że np. w województwie śląskim działa 54 podmiotów wykonujących badania TK, a mimo to wskaźnik dostępności należy do najwyższych, co dowodzi zarówno wysokiego zapotrzebowania, jak i dużej efektywności organizacyjnej regionu.

Pod względem liczby bezwzględnej świadczeń największe wolumeny badań RM i TK zrealizowano w województwach o największej liczbie mieszkańców: mazowieckim (łącznie ponad 612 tys. badań, 150 realizatorów) i śląskim (ponad 629 tys. badań, 88 realizatorów). W województwach mniejszych, jak świętokrzyskie czy podlaskie, pomimo znacznie niższej liczby wykonanych badań, wskaźniki dostępności są jednymi z najwyższych, co oznacza, że w relacji do populacji mieszkańców zabezpieczenie potrzeb jest tam relatywnie lepsze.

Łączne zestawienie pokazuje, że dostępność diagnostyki obrazowej w Polsce jest nierównomierna. W regionach o wysokiej liczbie realizatorów, takich jak Mazowsze czy Śląsk, dominują duże wolumeny badań, podczas gdy w mniejszych województwach wysoka dostępność wynika z intensywnego wykorzystania posiadanej aparatury. Z kolei w województwach o niskich wskaźnikach (np. zachodniopomorskie, wielkopolskie, małopolskie) dostępność do badań może być ograniczona, mimo względnie licznych podmiotów, co wskazuje na potrzebę dalszej optymalizacji rozmieszczenia świadczeń i lepszego zrównoważenia podaży z zapotrzebowaniem.

W okresie 2022–2025 zaobserwowano wyraźny wzrost liczby osób oczekujących na badania tomografii komputerowej (TK) i rezonansu magnetycznego (RM), zarówno w przypadkach stabilnych, jak i pilnych. W przypadku TK liczba oczekujących wzrosła z 107 509 do 234 546 osób dla przypadków stabilnych oraz z 17 627 do 64 380 osób dla przypadków pilnych. A w przypadku RM liczba osób oczekujących w przypadkach stabilnych z 171 288 do 331 977 osób, a w pilnych z 52 650 do 151 878 osób.

Na podstawie powyższych danych nie można jednoznacznie określić bezpośredniej zależności między liczbą osób oczekujących w stanie stabilnym a medianą czasu oczekiwania na przyjęcie do pracowni. Potwierdzają to następujące informacje:

- 67 dni oczekiwania do pracowni rezonansu magnetycznego przy 44 333 osobach oczekujących w województwie małopolskim, w porównaniu do 48 dni oczekiwania przy 151 512 osobach w województwie śląskim.
- 56 dni oczekiwania do pracowni tomografii komputerowej przy 71 459 osobach oczekujących w województwie małopolskim, wobec 34 dni oczekiwania przy 251 853 osobach w województwie śląskim.

W latach 2020–2023 liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej wzrosła o 10% – z 4 tys. w 2020 roku do 4,4 tys. w 2023 roku. Najwięcej specjalistów pracuje w województwie mazowieckim (814 osób), gdzie odnotowano również najwyższy wskaźnik liczby radiologów na 100 tys. mieszkańców, wynoszący 15.

Największa liczba pracowni znajduje się na terenie województwa śląskiego (210), najmniejsza zaś na terenie województwa opolskiego (25). Największa ogólna liczba pracowni w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców jest na terenie województwa warmińsko-mazurskiego (6,1), a najmniejsza na terenie województwa lubuskiego (2,6).

Dostęp do pracowni tomografii komputerowej w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców województwa jest równomierny na terenie kraju, z wyjątkiem województwa dolnośląskiego (4,0), w którym jest niemalże dwukrotnie większy niż w pozostałych regionach. Najniższy jest w województwach pomorskim (1,6) i lubuskim (1,6).

Jednocześnie dostęp do pracowni rezonansu magnetycznego jest nie tylko niższy, ale również bardziej zróżnicowany regionalnie. Najwyższy jest ponownie w województwie warmińsko-mazurskim (3,2), najniższy zaś w województwach lubuskim (0,9), podkarpackim (0,9) i opolskim (0,9).

Warto również zauważyć, że w województwach łódzkim, kujawsko-pomorskim, małopolskim i warmińsko-mazurskim technologia obrazowania za pomocą rezonansu magnetycznego jest obecnie bardziej dostępna niż za pomocą tomografii komputerowej.

Ogólna dostępność pracowni rezonansu magnetycznego – liczona w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców województwa – jest niższa niż w przypadku tomografii komputerowej. Ponadto charakteryzuje się większym zróżnicowaniem regionalnym.

Od 2017 roku obserwuje się istotny wzrost liczby wykonywanych badań tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego. Zjawisko to było możliwe dzięki systematycznemu zwiększaniu liczby podmiotów medycznych realizujących te świadczenia oraz rozbudowie sieci pracowni TK i RM. Kluczowym czynnikiem wspierającym ten rozwój były inwestycje w nowoczesny sprzęt diagnostyczny, finansowane w formule współudziału – ze środków organów założycielskich podmiotów leczniczych, funduszy pozostających w dyspozycji Ministerstwa Zdrowia oraz środków Unii Europejskiej.

Łącznie w od roku 2014 analizą zrealizowano 111 projektów inwestycyjnych związanych z zakupem tomografów komputerowych i rezonansów magnetycznych, których łączna wartość wyniosła ponad 1,13 mld zł. Z tej kwoty ze środków Unii Europejskiej dofinansowano 772,9 mln zł, co stanowi średnio 73,9% wartości projektów. Należy podkreślić, że aż 97,3% dofinansowania miało formę dotacji bezzwrotnych, co znacząco zmniejszało obciążenia finansowe po stronie podmiotów medycznych.

W przypadku rezonansów magnetycznych sfinansowano 29 projektów o łącznej wartości 327,4 mln zł, z czego dofinansowanie UE wyniosło 226,0 mln zł (średni poziom dofinansowania 69,7%). Średnia wartość dofinansowania na projekt wyniosła prawie 7,8 mln zł, co wskazuje na wysoką kapitałochłonność inwestycji w sprzęt tego typu.

Największą liczbę projektów stanowiły inwestycje w tomografy komputerowe – 75 projektów o wartości 524,0 mln zł, z czego dofinansowanie UE wyniosło 343,1 mln zł. Średnia wartość dofinansowania wyniosła 4,6 mln zł, a stopień dofinansowania kształtował się na poziomie 74,4%. Wskazuje to, że tomografy były częściej kupowane, a jednostkowe projekty miały mniejszą wartość niż w przypadku rezonansów.

Wyodrębniono także 7 projektów łączonych, w ramach, których finansowano zakup zarówno tomografu komputerowego, jak i rezonansu magnetycznego. Były to inwestycje o szczególnie wysokiej wartości – łącznie ponad 280,8 mln zł, przy czym dofinansowanie UE wyniosło 203,8 mln zł. Średnia wartość dofinansowania na projekt była tu najwyższa i przekraczała 29,1 mln zł, a stopień dofinansowania sięgnął 85,8%. Pokazuje to, że inwestycje kompleksowe, obejmujące zakup obu rodzajów sprzętu, były traktowane priorytetowo i mogły liczyć na szczególnie wysokie wsparcie ze środków europejskich.

Przeprowadzona analiza wskazuje, że środki unijne odegrały istotną rolę w rozwoju infrastruktury diagnostyki obrazowej w Polsce. W szczególności:

- rezonanse magnetyczne wiązały się z wyższymi kosztami jednostkowymi, ale niższym średnim poziomem dofinansowania,
- tomografy komputerowe były częściej przedmiotem projektów, z niższą wartością pojedynczej inwestycji,
- projekty łączone charakteryzowały się najwyższym średnim dofinansowaniem i najwyższym udziałem środków UE w kosztach całkowitych,
- zdecydowana większość wsparcia (97,3%) miała charakter dotacji bezzwrotnych, co w praktyce znacząco obniżało koszt zakupu sprzętu dla placówek medycznych i przyspieszało proces modernizacji infrastruktury.

Tak skonstruowany system wsparcia finansowego umożliwił istotne zwiększenie dostępności do badań TK i RM, co wprost przełożyło się na obserwowany od 2017 roku wzrost liczby wykonywanych badań.

Kierunek zmian w Polsce jest zgodny z ogólną tendencją zwiększania częstości wykonywania badań tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego obserwowanego w Europie. Pomimo dużego wzrostu liczby zrealizowanych świadczeń TK Polska w ciągu dekady jedynie nieznacznie poprawiła swoją pozycję w rankingu, wciąż pozostając poniżej średniej europejskiej wynoszącej 14,8 tys. badań na 100 tys. mieszkańców. Warto zaznaczyć, że liczba badań TK jest w Polsce 2,1 razy mniejsza niż zajmującej pozycję lidera Portugalii. Jednocześnie średnie wykorzystanie sprzętu, mierzone liczbą badań na 100 tys. mieszkańców, zarówno w przypadku rezonansu magnetycznego jak i tomografii komputerowej jest w Polsce niższe od średniej Europejskiej.

Na podstawie analizy danych krajowych i europejskich można stwierdzić, że w tym obszarze występuje znaczny potencjał do dalszego zwiększania liczby wykonywanych badań. Potencjał ten może być realizowany zarówno poprzez rozbudowę i modernizację istniejących placówek, jak i bardziej efektywne wykorzystanie już dostępnych zasobów.

Analiza wskazuje na występowanie wyraźnych efektów skali, wynikających z rosnącej liczby wykonywanych świadczeń TK i MR. Najważniejsze z nich to:

- **Obniżenie kosztu jednostkowego:** wzrost wolumenu badań pozwala na lepsze rozłożenie kosztów stałych, takich jak amortyzacja sprzętu czy utrzymanie personelu, na większą liczbę świadczeń. Zmniejsza to koszt jednostkowy badania i zwiększa efektywność ekonomiczną placówek.
- **Optymalizacja kosztów operacyjnych:** intensywniejsze wykorzystanie aparatury diagnostycznej oraz infrastruktury technicznej umożliwia bardziej racjonalne gospodarowanie zasobami. Obejmuje to m.in. efektywniejsze wykorzystanie energii, materiałów eksploatacyjnych i czasu pracy personelu.
- **Poprawa dostępności:** wzrost liczby pracowni i aparatów TK oraz MR, przy jednoczesnym zwiększeniu elastyczności organizacji pracy placówek, pozwolił utrzymać czas oczekiwania na badania na stabilnym poziomie, a w niektórych okresach nawet go skrócić, mimo rosnącej liczby pacjentów kierowanych na te świadczenia.
- **Podniesienie jakości usług:** wzrost liczby wykonywanych badań sprzyja specjalizacji ośrodków i personelu. Radiolodzy oraz technicy radiologii, wykonując większą liczbę procedur, nabywają doświadczenie, co przekłada się na poprawę jakości diagnostyki, większą dokładność interpretacji obrazów i krótszy czas realizacji badania.
- **Lepszy zwrot z inwestycji w technologię:** wysokie nakłady inwestycyjne w sprzęt TK i MR mogą być efektywniej amortyzowane w warunkach intensywnego wykorzystania urządzeń. Oznacza to, że w dłuższej perspektywie inwestycje w nowoczesną technologię diagnostyczną stają się bardziej opłacalne i uzasadnione ekonomicznie.

Podsumowując, rozwój świadczeń tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego pokazuje wyraźnie, że początkowo kosztochłonne i limitowane usługi z czasem uległy znacznemu upowszechnieniu. Postęp technologiczny, zwiększenie dostępności sprzętu oraz rosnąca liczba badań umożliwiły obniżenie jednostkowych kosztów realizacji świadczeń, poprawę jakości diagnostyki i lepsze wykorzystanie istniejącej infrastruktury.

Analiza danych

Analizę danych przekazanych przez świadczeniodawców przeprowadzono zgodnie z *Metodyką taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej AOTMiT*.

Poniżej przedstawiono informacje o sposobie obliczeń podstawowych składowych kosztu świadczenia, m.in.: czasu trwania świadczenia, kosztu zajęcia infrastruktury, kosztu wynagrodzeń personelu, kosztu środka kontrastującego, kosztu wyrobów medycznych oraz kosztu opisu badania. Obliczeń dokonano w oparciu o przebieg ekspercki świadczeń przekazany przez konsultanta krajowego, dane finansowo-księgowe oraz stawki wynagrodzeń brutto-brutto.

Dane finansowo-księgowe pochodziły z roku 2024 i zostały one zaktualizowane do poziomu odpowiadającemu kosztom świadczeń realizowanych od 01.07.2025 roku.

Natomiast stawki wynagrodzeń brutto-brutto (obejmujących koszty pracodawcy) oszacowano w oparciu o dane zebrane w ramach postępowania nr 82 Wynagrodzenia osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych za luty 2025 r. w podziale na jednostkę organizacyjną. Jedynie stawka wynagrodzenia kardiologa obecnego przy przedmiotowych badaniach serca lub angiografii tętnic

wieńcowych z wykorzystaniem tomografu komputerowego została określona bez uwzględnienia miejsca zatrudnienia.

Analiza kosztów

Analiza kosztów została przeprowadzona w odniesieniu do świadczeń z zakresu tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego. Badania te stanowią istotny element zarówno diagnostyki w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, jak i leczenia szpitalnego. W obu przypadkach mają one zbliżony przebieg organizacyjny oraz generują analogiczne koszty, różniąc się natomiast kodem produktu rozliczeniowego oraz szczegółami nazewnictwa.

Z uwagi na dominujący udział badań tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego realizowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wyniki analizy zaprezentowano w układzie odpowiadającym właśnie temu rodzajowi świadczeń. Należy jednak podkreślić, że koszty o analogicznej strukturze ponoszone są również w przypadku świadczeń realizowanych w ramach hospitalizacji.

Analiza objęła całość kosztów ponoszonych w związku z realizacją świadczeń tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego. Wyróżniono trzy podstawowe grupy kosztów:

- stałe związane z zapewnieniem niezbędnej infrastruktury techniczno-sprzętowej oraz wynagrodzeniem personelu stale przebywającego w pracowni - technika i pielęgniarki oraz lekarza radiologa nadzorującego badanie. Koszty ich wynagrodzeń zostały włączone do kosztów infrastruktury,
- zmienne związane z ich realizacją tj.: wyroby kosztochłonne, produkty lecznicze w tym kontrasty, koszt wynagrodzenia kardiologa nadzorującego badanie kardiologiczne;
- koszty opisu.

Koszty stałe

Koszty stałe (infrastruktury) – związane z utrzymaniem i eksploatacją aparatury diagnostycznej oraz wynagrodzeniem personelu niezbędnego do prawidłowego funkcjonowania pracowni. Uwzględniono w nich m.in.:

- amortyzację i utrzymanie sprzętu,
- zużycie energii i infrastruktury technicznej,
- wynagrodzenia technika elektroradiologii, pielęgniarki oraz lekarza radiologa nadzorującego przebieg badania.

Koszty te zostały oszacowane na podstawie średniego czasu poświęcanego na przygotowanie pacjenta do badania oraz na wykonanie badania właściwego (skanowania).

Koszty zmienne

Koszty zmienne, uzależnione od rodzaju i specyfiki badania obejmują:

- koszty zużycia materiałów i wyrobów kosztochłonnych, takich jak automatyczne wstrzykiwacze czy zestawy do podawania kontrastu,
- koszty leków i produktów leczniczych, w szczególności kontrastów.

Wielkości te zostały określone w oparciu o dane konsultanta krajowego dotyczące uśrednionego zużycia zasobów w ramach poszczególnych badań.

W przypadku badań kardiologicznych, takich jak tomografia komputerowa serca czy rezonans magnetyczny serca, dodatkowym elementem kosztotwórczym jest udział lekarza kardiologa. Koszt ten został określony poprzez odniesienie do stawki godzinowej wynagrodzenia kardiologa oraz średniego czasu trwania badania wymagającego jego obecności. W konsekwencji, całkowity koszt świadczeń kardiologicznych jest istotnie wyższy niż badań standardowych, co znajduje odzwierciedlenie w końcowych wynikach analizy.

Koszt opisu badania

Do oszacowania kosztu opisu badania przez lekarza radiologa przyjęto uśredniony czas pracy specjalisty niezbędny do przygotowania pełnego i zgodnego ze standardami opisu. Dane referencyjne w tym zakresie również zostały pozyskane od konsultanta krajowego.

Projekt taryfy

Wartości taryf zostały obliczone jako iloczyn wyniku analizy kosztów i średnio oczekiwanej ceny jednostki rozliczeniowej, która dla badań TK i RM wynosi 1,52 zł dla świadczeń realizowanych warunkach ambulatoryjnych oraz 1,94 zł (dla leczenia szpitalnego).

Bez względu na warunki realizacji świadczeń obserwowano stosunkowo niski koszt jednostkowy badań najprostszych i najbardziej powszechnych, takich jak standardowe badania TK lub podstawowe badania MR. Wynika to przede wszystkim z faktu, że:

- badania te nie wymagają dodatkowego zaangażowania specjalistycznego personelu (np. kardiologa),
- czas przygotowania i realizacji badania jest krótszy,
- zużycie materiałów i wyrobów kosztochłonnych jest minimalne,
- świadczenia te wykonywane są masowo, co sprzyja występowaniu efektów skali – koszty infrastrukturalne (np. amortyzacja sprzętu czy wynagrodzenia personelu podstawowego) rozkładają się na bardzo dużą liczbę procedur, co skutkuje obniżeniem ich kosztu jednostkowego.

W konsekwencji, przeprowadzona analiza kosztów jednoznacznie wskazała, że refundacja tych badań powinna być relatywnie niższa w stosunku do początkowych wycen, gdy świadczenia TK i MR miały charakter nowatorski, były kosztowne i rzadko dostępne. Dziś są to świadczenia rutynowe, powszechnie stosowane w diagnostyce, a rozwój technologii i upowszechnienie ich realizacji umożliwiło znaczące ograniczenie kosztów jednostkowych.

Odmienne przedstawia się sytuacja w przypadku badań specjalistycznych, które wymagają:

- dłuższego czasu przygotowania pacjenta i realizacji badania,
- większego zaangażowania zasobów, w tym wykorzystania kontrastów i wyrobów kosztochłonnych,
- obecności dodatkowego personelu, np. lekarza kardiologa przy badaniach kardiologicznych,
- wykorzystania bardziej zaawansowanych technik diagnostycznych.

W takich przypadkach efekty skali mają mniejsze znaczenie, gdyż liczba badań jest ograniczona, a jednostkowy koszt pozostaje wyższy ze względu na złożoność procedury. Wyniki analizy kosztów potwierdzają, że dla badań specjalistycznych konieczne jest zastosowanie wyższej wyceny, aby odzwierciedlić rzeczywiste nakłady ponoszone przez świadczeniodawców i zapewnić trwałość ekonomiczną realizacji tych świadczeń.

Przeprowadzona analiza wskazuje na potrzebę zróżnicowania wyceny świadczeń TK i MR w zależności od ich charakteru:

- badania rutynowe i powszechne – obniżona wycena, jako że korzyści wynikające z efektów skali i masowości ich realizacji prowadzą do redukcji kosztów jednostkowych,
- badania specjalistyczne – podwyższona wycena, odpowiadająca faktycznym kosztom wynikającym z większego zaangażowania zasobów, personelu i czasu.

Takie podejście nie tylko odzwierciedla rzeczywiste koszty ponoszone przez świadczeniodawców, lecz także wspiera racjonalne kształtowanie taryf, sprzyjające równowadze między efektywnością ekonomiczną a wysoką jakością diagnostyki.

Wpływ na budżet płatnika

Analiza została przeprowadzona z wykorzystaniem:

- rocznej liczby świadczeń oraz wydatków płatnika publicznego w 2024 r.,
- świadczeń, które nie zostały rozliczone (zapłacone) przez NFZ w części dotyczącej leczenia szpitalnego,
- ewentualnych współczynników korygujących,
- cen jednostek rozliczeniowych obowiązujących od 1 lipca 2025 r. w poszczególnych zakresach świadczeń realizowanych przez świadczeniodawców wynoszących średnio 1,52 zł dla świadczeń realizowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz 1,94 zł dla leczenia szpitalnego.

Wdrożenie proponowanych wycen świadczeń spowoduje **zmniejszenie wydatków płatnika publicznego o 182,7 mln zł rocznie**, co odpowiada redukcji o **6,1%**. W ujęciu szczegółowym:

- wydatki na badania rezonansu magnetycznego zostaną ograniczone o **121,7 mln zł** (spadek o **6,5%**),
- wydatki na badania tomografii komputerowej zmniejszą się o **61,0 mln zł** (spadek o **5,4%**).

Największe obniżenie nakładów dotyczyć będzie świadczeń realizowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – prognozowany spadek wyniesie 183,6 mln zł rocznie (tj. 6,2%). Należy zauważyć, że są to świadczenia wykonywane najczęściej.

Dla badań rozliczanych w ramach leczenia szpitalnego przewiduje się wzrost finansowania o 0,9 mln zł, co odpowiada zwiększeniu o 2,0%.

Należy podkreślić, że uzyskane wyniki zostały oparte na danych historycznych dotyczących struktury świadczeń zrealizowanych w poprzednich okresach. Z tego względu mają one charakter prognoz i obarczone są pewnym stopniem niepewności, wynikającym m.in. z możliwych zmian w praktyce klinicznej, dynamiki rozwoju technologii oraz przyszłego zapotrzebowania na badania diagnostyczne.

Wpływ na system opieki zdrowotnej

Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej miała na celu ocenę, w jaki sposób zmiana taryf świadczeń tomografii komputerowej (TK) i rezonansu magnetycznego (RM) przełoży się na funkcjonowanie podmiotów leczniczych oraz równowagę w systemie diagnostyki obrazowej. W ramach przeprowadzonych prac dokonano aktualizacji wycen procedur realizowanych zarówno w warunkach ambulatoryjnych, jak i szpitalnych. Działanie to ma charakter porządkujący i strategiczny, gdyż sprzyja zachowaniu równowagi pomiędzy produktami rozliczeniowymi i wspiera racjonalizację wykorzystania zasobów.

Oprócz konsekwencji finansowych, wdrożenie nowych taryf będzie miało istotny wpływ na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Zmiany w wycenie świadczeń oddziałują nie tylko na poziom wydatków płatnika publicznego, ale także na sposób organizacji pracy świadczeniodawców, dostępność badań oraz relacje pomiędzy poszczególnymi poziomami referencyjnymi podmiotów.

Największe oszczędności prognozowane są w jednostkach niepublicznych oraz w ośrodkach powiatowych, gminnych i miejskich, gdzie spadek wartości rozliczanych świadczeń wyniesie odpowiednio około 97 mln zł i 39 mln zł rocznie. Oznacza to ograniczenie przychodów dla realizatorów, którzy wykonują dużą część badań prostych, a w konsekwencji może wymusić dostosowanie modelu ich działalności. Jednocześnie przewiduje się niewielki wzrost finansowania badań w ośrodkach klinicznych oraz w części jednostek wojewódzkich, co wskazuje na przesunięcie części środków w stronę podmiotów wykonujących badania bardziej złożone, wymagające wyższych nakładów organizacyjnych, technicznych i kadrowych.

Z perspektywy organizacji systemu proponowane taryfy mogą sprzyjać lepszemu odwzorowaniu rzeczywistych kosztów i nakładów pracy związanych z badaniami o wyższej złożoności. Może to przełożyć się na poprawę jakości diagnostyki, zwłaszcza w obszarach wysokospecjalistycznych oraz na bardziej racjonalne wykorzystanie infrastruktury. Ograniczenie finansowania badań prostych może z kolei wymagać optymalizacji organizacji pracy w mniejszych ośrodkach. Warto jednak podkreślić, że analiza dostępności świadczeń na tle europejskim wskazuje, iż liczba badań wykonywanych na jeden aparat TK i RM w Polsce jest niższa niż średnia unijna, co sugeruje możliwość bardziej efektywnego wykorzystania istniejącego sprzętu.

W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, obejmującej łącznie ponad 4,4 mln badań o wartości blisko 3,0 mld zł, wdrożenie nowych taryf spowoduje spadek wydatków płatnika o 183,6 mln zł (–6,2%). W rezonansie magnetycznym, który stanowi największą część tej grupy, obniżenie kosztów wyniesie 123,0 mln zł (–6,6%). Największe oszczędności dotyczą podmiotów niepublicznych (–97,3 mln zł, –8,0%) oraz jednostek powiatowych, gminnych i miejskich (–19,5 mln zł, –8,6%). W przypadku ośrodków klinicznych przewiduje się natomiast niewielki wzrost wartości rozliczeń (+1,5 mln zł, +0,8%), co wskazuje na przesunięcie części środków w stronę realizatorów badań bardziej złożonych. W tomografii komputerowej spadek finansowania sięgnie 60,6 mln zł (–5,5%), przy czym największe zmniejszenie dotyczy ponownie podmiotów niepublicznych (–25,1 mln zł, –6,6%) oraz jednostek powiatowych, gminnych i miejskich (–19,9 mln zł, –7,4%).

W zakresie leczenia szpitalnego, obejmującego ponad 33 tys. badań o wartości 45,7 mln zł, przewiduje się natomiast wzrost wydatków płatnika o 0,9 mln zł (+2,0%). W rezonansie magnetycznym, realizowanym przede wszystkim w jednostkach wojewódzkich i klinicznych, zwiększenie nakładów wyniesie 1,35 mln zł (+6,8%). Największe względne przyrosty odnotują jednostki resortowe (MSWiA i wojskowe) – +8,9% oraz niepubliczne – +8,3%. W tomografii komputerowej prognozowany jest natomiast spadek wydatków o 0,44 mln zł (–1,7%), obejmujący głównie ośrodki wojewódzkie i kliniczne, podczas gdy jednostki powiatowe, gminne i miejskie zanotują wzrost finansowania o 107 tys. zł (+2,8%).

Łącznie, w leczeniu szpitalnym wzrost finansowania, szczególnie w obszarze rezonansu magnetycznego, może przełożyć się na poprawę dostępności badań dla pacjentów hospitalizowanych. Dodatkowe środki kierowane do jednostek wojewódzkich, klinicznych i resortowych powinny przyczynić się do stabilizacji finansowej tej części systemu oraz umożliwić realizację bardziej złożonych i specjalistycznych procedur w warunkach szpitalnych.

6. Spis tabel i rysunków

Spis tabel

Tabela 1 Katalog ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych – tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny	14
Tabela 2 Katalog produktów do sumowania z zakresu leczenia szpitalnego z mapowanymi produktami rozliczeniowymi ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych	19
Tabela 3 Programy pilotażowe finansujące badania tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego	27
Tabela 4 Liczba i wartość świadczeń rezonansu magnetycznego i tomografii komputerowej w 2024 r.	34
Tabela 5 Najczęściej sprawozdawane jednostki chorobowe w ramach produktów o najwyższej realizacji w 2024 r.	37
Tabela 6 Liczba placówek, które przekazały dane o kolejkach oczekujących w podziale na rok sprawozdawczy	39
Tabela 7 Podsumowanie wyceny świadczeń tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego w 2025 roku w warunkach ambulatoryjnych w poszczególnych krajach	50
Tabela 8 Liczność próby danych finansowo-księgowych za 2024 r.	56
Tabela 9 Zestawienie wykorzystanych danych z raportów kadrowo-płacowych świadczeniodawców dotyczących stawek godzinowych brutto-brutto	57
Tabela 10 Wartości wskaźników uaktualniających dane finansowo-księgowe do poziomu odpowiadającego kosztom od 1 lipca 2025 r.	58
Tabela 11 Statystyki godzinowych stawek zajęcia infrastruktury pracowni tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego (zł)	60
Tabela 12 Statystyki godzinowych stawek lekarza w podziale na miejsce zatrudnienia (brutto-brutto) [zł]	60
Tabela 13 Wynik analiz kosztów dla badań tomografii komputerowej w układzie świadczeń ambulatoryjnych	62
Tabela 14 Wynik analiz kosztów dla badań rezonansu magnetycznego w układzie świadczeń ambulatoryjnych.	64
Tabela 15 Projekt taryfy badań tomografii komputerowej – ambulatoryjna opieka specjalistyczna	68
Tabela 16 Projekt taryfy badań tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego – leczenie szpitalne	70
Tabela 17 Analiza wpływu na budżet płatnika w podziale na rodzaj świadczeń.	76
Tabela 18 Analiza wpływu na budżet płatnika z uwzględnieniem kompleksowości badania.	83
Tabela 19 Wpływ propozycji zmian taryf świadczeń na przychody świadczeniodawców w podziale na kategorie szpitala.	85

Spis rysunków

Rysunek 1 Najczęściej sprawozdawane rozpoznania w pracowni tomografii komputerowej w 2023 r.	13
Rysunek 2 Najczęściej sprawozdawane rozpoznania w pracowni rezonansu magnetycznego w 2023 r.	13
Rysunek 3 Statystyki realizacji badań TK oraz RM w latach 2017-2018 i 2023-2024 – liczba i wartość świadczeń.	29
Rysunek 4 Statystyki realizacji badań TK oraz RM w latach 2017-2018 i 2023-2024– liczba świadczeń i świadczeniodawców.	30
Rysunek 5 Liczba i wartość badań TK oraz RM w latach 2017-2018 i 2022-2023	31
Rysunek 6 Liczba badań TK oraz RM w latach 2017-2018 oraz 2023-2024 r. w podziale na złożoność badania	32
Rysunek 7 Liczba badań TK oraz RM w 2024 r. w podziale na kategorię realizatora oraz złożoność badania	33
Rysunek 8 Liczba i wartość badań RM w roku 2024 realizowanych w ramach AOS.	35
Rysunek 9 Liczba i wartość badań TK w roku 2024 realizowanych w ramach AOS	36
Rysunek 10 Liczba badań TK i RM w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców województwa w roku 2024 realizowanych w ramach AOS	37
Rysunek 11 Liczba osób oczekujących i średni czas oczekiwania – przypadki pilne i stabilne	39
Rysunek 12 Zróznicowanie kolejek przypadków stabilnych w podziale na województwa – czerwiec 2025 r.	40
Rysunek 13 Liczba lekarzy specjalistów wykonujących zawód w specjalizacji radiologia i diagnostyka obrazowa ogółem oraz w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach.	41
Rysunek 14 Rozmieszczenie pracowni tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego w Polsce w 2025 r.	42
Rysunek 15 Liczba pracowni specjalistycznych ogółem oraz w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w podziale na województwa.	42
Rysunek 16 Projekty dotyczące aparatów TK oraz RM współfinansowane z Funduszy Europejskich.	43
Rysunek 17 Liczba skanów tomografii komputerowej w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w latach 2012 i 2022.	45
Rysunek 18 Liczba badań tomografii komputerowej w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w roku 2022.	45
Rysunek 19 Liczba skanów tomografii komputerowej w przeliczeniu na aparat w roku 2022	46
Rysunek 20 Liczba skanów rezonansu magnetycznego w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w latach 2012 i 2022	47

Rysunek 21 Liczba skanów rezonansu magnetycznego w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w roku 2022.....	48
Rysunek 22 Liczba skanów rezonansu magnetycznego w przeliczeniu na aparat.	48
Rysunek 23 Wycena świadczeń rezonansu magnetycznego w warunkach ambulatoryjnych w Anglii, w 2025 r.....	51
Rysunek 24 Wycena świadczeń tomografii komputerowej w warunkach ambulatoryjnych w Anglii, w 2025 r.	52
Rysunek 25 Wycena świadczeń rezonansu magnetycznego w warunkach ambulatoryjnych w Niemczech, w 2025 r.	53
Rysunek 26 Wycena świadczeń tomografii komputerowej w warunkach ambulatoryjnych w Niemczech, w 2025 r.....	53
Rysunek 27 Struktura kosztów całkowitych poszczególnych badań tomografii komputerowej w układzie świadczeń ambulatoryjnych	64
Rysunek 28 Struktura kosztów całkowitych poszczególnych badań rezonansu magnetycznego w układzie świadczeń ambulatoryjnych.	66

7. Załączniki

- Załącznik 1. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń gwarantowanych w zakresie badań tomografii komputerowej (TK) oraz rezonansu magnetycznego (RM) w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne)
- Załącznik 2. Wykaz świadczeń gwarantowanych w zakresie badań tomografii komputerowej (TK) oraz rezonansu magnetycznego (RM) z zakresu leczenia szpitalnego
- Załącznik 3. Stan finansowania w innych krajach
- Załącznik 4. Cenniki komercyjne