Uwagi spełniające wymogi formalne zgłoszone do raportu pn. Świadczenia gwarantowane obejmujące badania tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego *(DAiR.543.3.2025)*

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
1.	Prof. dr hab. n.med. Jerzy Walecki Konsultant Krajowy w dziedzinie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej		Po dokładnej analizie tekstu stwierdziłem, iż w większości założeń dot. czasu przygotowania do badania TK i MR przytoczyli Państwo m.in. moje uwagi dotyczące minimalnego czasu podstawowych procedur w TK i MR nie uwzględniając części opinii, w której przedstawiłem stanowisko, iż w praktyce klinicznej badania zwłaszcza MR trwają dłużej /co najmniej dwukrotnie/. Wyliczenia dla wszystkich procedur powinny być uśrednione, nie zaś oparte na danych minimalnych. Skracając czasy samych procedur i nie uwzględniając czasu „administracyjnego" /m.in. rejestracja, planowanie badania, nadzór, obserwacja pacjenta, analiza badań poprzednich/ wyliczają Państwo zaniżone koszty; chciałbym przypomnieć także, iż czas procedury nie jest jedyną składową jej kosztu, a równie ważne są tzw. koszty zmienne tzn. wynagrodzenie dla wysoko wykwalifikowanego personelu. Odnosząc się do merytorycznej części raportu, bardzo rozbudowanego i przygotowanego starannie, chciałbym jednak zaznaczyć, iż opiera się on na niewłaściwych danych, nie uwzględnia bowiem dominującego na rynku krajowym modelu wynagradzania radiologów za opisane badanie (płatność od opisu). Przyjęcie stawek godzinowych zatrudnienia (w dodatku zaniżonych) prowadzi do niedoszacowania kosztów i podważa wiarygodność analizy. Metodologia kalkulacji kosztów opisu, przyjęta przez Państwa, opiera się na uśrednionym czasie pracy specjalisty w stawkach godzinowych. W raporcie nie ma wzmianki o powszechnym w Polsce systemie rozliczeń za opisane badanie; aktualnie w Kraju, ze względu na niedobór specjalistów radiologów, pracują Oni bardzo rzadko na stawkach godzinowych, standardem jest płatność za opis badania. Stawki te są znacznie wyższe niż wyliczenia zawarte w raporcie. Jest to szczególnie ważne w kontekście wieloodcinkowych badań TK w obszarze onkologii, strategicznego obszaru medycyny, będącego jednym z priorytetów MZ (wielomiliardowe inwestycje w ramach KPO), gdzie diagnostyka obrazowa odgrywa krytyczną rolę na każdym etapie opieki nad pacjentem. Podobnie sytuacja kształtuje się w obszarze badań naczyniowych, szczególnie obejmujących kilka okolic anatomicznych; są to badania obejmujące duże zakresy anatomiczne, wymagające najczęściej bardziej czasochłonnej oceny (analiza obrazu wielu narządów, dużej liczby naczyń, podanie leków, bramkowanie EKG) niż badania angiograficzne w zakresie kardiologii.

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			Chciałbym nadmienić, iż brak jest także w raporcie informacji o tym, że wynagrodzenia radiologów w ostatnich kilku latach wzrosły o kilkaset procent z powodu ich głębokiego niedoboru na rynku. Taki wzrost wynagrodzenia powinien być argumentem przemawiającym za podwyższeniem wyceny świadczeń, bowiem wynagrodzenie stanowi /jak wspomniałem/ element kosztów zmiennych. Analiza raportu wskazuje na niską próbę, na której opierają się uśrednienia i bazowanie na danych z niektórych ośrodków niepublicznych, które mając stary sprzęt i niskie koszty uzyskania badań TK zaniżają wartości średnie. Uprzejmie sugeruję iż, wspomniane powyżej elementy Raportu powinny być przeanalizowane w szerokim gronie ekspertów wyłonionych ze środowiska lekarzy radiologów i pracodawców niepublicznych. W dokumencie pojawiają się bardzo liczne nieścisłości, które wymieniłem w kwestionariuszu, a także fałszywe założenia, iż badania TK i MR wyceniać powinno się wg paradygmatu: rutynowe vs specjalistyczne; ta granica w codziennej praktyce zaciera się, zaś często badanie tzw. rutynowe jest czasochłonne pod względem opisu i wykonania. Skrajne nisko wycenione zostały procedury podstawowe /rutynowe/ jak np. TK głowy, czy klatki piersiowej i odpowiednio TK głowy lub kręgosłupa w MR - prowadzi to do niebezpiecznych konsekwencji w postaci finansowej zapaści Zakładów i Pracowni Diagnostyki Obrazowej – 90% badań w tych pracowniach to właśnie procedury o kosztach obniżonych w projekcie o ponad 30%, a te wysoko wycenione to skrajne rzadkie. Tym dość oczywistym manewrem wszystkie publiczne i niepubliczne Zakłady Diagnostyki Obrazowej w Kraju zaczną mieć poważne problemy zważywszy na ceny pracy ludzkiej, energii, czyli kosztów zmiennych i stałych. W ostatnich latach udało się poprawić dostępność do procedur diagnostyki obrazowej w naszym Kraju - proponowane regulacje i próba zaoszczędzeniu na kosztach diagnostyki obrazowej może mieć poważne, negatywne skutki. W opinii środowiska niezrozumiałe jest dlaczego po kilku latach od stworzenia istniejących taryf, latach w których wzrosły wszystkie koszty uzyskania „produktu” jakim jest wynik badania TK i MR, zamiast racjonalnej regulacji nie podwyższyli Państwo tych cen, a próbują je drastycznie obniżyć. **Uważam, iż niezbędne jest spotkanie Autorów projektu z przedstawicielami środowiska radiologów sektora publicznego i niepublicznego.**

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
2.	Mateusz Smorąg		1. „Porównania międzynarodowe - Niemcy (GOÄ): mnożnik 1,0-3,5 w zależności od trudności, czasu i trybu nagłego.” „Porównania międzynarodowe - Anglia (HRG): odrębne pozycje i jawny koszt opisu, różnice wg liczby okolic, podania środka kontrastującego, wieku pacjenta.” Komentarz: Porównania międzynarodowe pokazują, że stosowane w Polsce uśrednianie czasu i stawki jest nieadekwatne i prowadzi do niedoszacowania świadczeń. W Anglii (HRG) stosuje się odrębne pozycje i jawne koszty opisu, zróżnicowane według liczby okolic, podania kontrastu czy wieku pacjenta - wyższe stawki przewidziane są m.in. dla dzieci i badań wieloobszarowych. W Niemczech (GOÄ) obowiązuje mnożnik 1,0-3,5 w zależności od trudności, czasu badania i trybu (planowy, nagły), co pozwala właściwie wyceniać procedury wymagające większego nakładu pracy. Polski raport przyjmuje jeden uśredniony model i zaniżoną wartość Euro, co skutkuje chronicznym niedofinansowaniem najbardziej wymagających badań, zwłaszcza w trybie ostrym. 2.„Propozycja zróżnicowania wyceny: badania rutynowe/powszechne - obniżka; badania specjalistyczne - podwyżka.” Komentarz: Proponowane rozróżnienie badań na „rutynowe/powszechne” i „specjalistyczne” jest nieadekwatne i prowadzi do błędnych wniosków. Badania określane jako „rutynowe”, takie jak TK głowy bez kontrastu w trybie szpitalnym, bardzo często są wykonywane w trybie ostrym i mają kluczowe znaczenie dla diagnostyki stanów zagrożenia życia. Nie mogą podlegać obniżonej wycenie wyłącznie z powodu częstego wykonywania, ponieważ stanowią fundament bezpieczeństwa pacjentów. Podobnie TK klatki piersiowej bez kontrastu z oceną w technice HR zostało w raporcie zakwalifikowane jako badanie „proste”, tymczasem wymaga ono wykonania dodatkowych faz (wdech, wydech), a także przeprowadzenia pacjenta przez skomplikowaną instrukcję oddechową, co zwiększa czas badania o ok. 20 minut. 3.„Koszty stałe oszacowane na podstawie średniego czasu przygotowania i skanowania; obejmują amortyzację, energię, wynagrodzenia technika, pielęgniarki i lekarza radiologa.” Komentarz: Choć w raporcie ujęto koszty personelu, nie zostały one przedstawione w sposób przejrzysty, a ich wysokość została zaniżona m.in. poprzez przyjęcie nierealistycznego czasu pracy radiologa wykonującego opis. Nie uwzględniono także nadzoru radiologa nad badaniem, który jest nieodzowny w przypadku badań ratujących życie lub wykonywanych w stanie zagrożenia życia. W kalkulacji pominięto ponadto koszty pracy administracji, fizyka medycznego (kontrola dawki w badaniach TK), personelu IT zajmującego się obsługą systemów

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			informatycznych i archiwizacją, jak również czas poświęcony na bezpośrednią obsługę pacjenta. Raport nie różnicuje również kosztów w zależności od trybu badania, choć badania wykonywane w trybie ostrym wymagają znacznie większych nakładów pracy niż badania planowe. Co więcej, uwzględniono jedynie zużycie energii przez aparaturę diagnostyczną, pomijając konieczne zużycie energii przez systemy chłodzące, a także stale rosnące koszty obsługi serwisowej. 4.„Przebieg świadczenia obejmuje etap kwalifikacji pacjenta, wykonania badania oraz opis wyniku przez radiologa.” Komentarz: Należy podkreślić, że proces realizacji świadczenia obejmuje również szereg czynności organizacyjno-technicznych, które nie zostały należycie uwzględnione w kalkulacji. Są to m.in. rejestracja i kwalifikacja pacjentów, nadzór nad dokumentacją medyczną i jej obiegiem, przygotowanie oraz dezynfekcja pracowni, a także obsługa i bieżąca konserwacja aparatury. Pominięcie tych nakładów prowadzi do zaniżenia rzeczywistych kosztów i nie oddaje w pełni charakteru świadczenia. 5.„Dane przekazane przez konsultanta krajowego… w zakresie czasu opisu badania… Dla badań o niskim stopniu złożoności czas przygotowania 5 minut, średni czas skanowania: TK 5 min, RM 15 min. Czas opisu uśredniony to 10 i 15 min.” Komentarz: Przyjęte w raporcie wartości uśrednione zupełnie nie oddają realiów codziennej pracy. W ogromnej większości badań uwidaczniane są zmiany wymagające szczegółowej analizy, odniesienia do wcześniejszych wyników oraz uwzględnienia kontekstu klinicznego. Nierzadko sam opis jednego badania zajmuje ponad 20 minut, szczególnie w sytuacjach nagłych i dyżurowych. Teoretyczne założenie, że opis tomografii głowy pacjenta hospitalizowanego trwa 10 minut, prowadziłoby do wniosku, że radiolog jest w stanie wykonać 48 opisów w ciągu jednego dnia pracy. Takie kalkulacje są całkowicie oderwane od rzeczywistości i skutkują znacznym, sztucznym zaniżeniem rzeczywistych kosztów świadczeń.
3.	Sylwia Macur		1. Zaproponowane stawki nie odzwierciedlają realnych kosztów świadczeń – wycena nie obejmuje faktycznych wydatków związanych z utrzymaniem pracowni diagnostycznych, nowoczesnej aparatury, serwisu technicznego oraz zapewnienia odpowiedniego poziomu jakości i bezpieczeństwa badań. Tak niskie taryfy mogą uniemożliwić placówkom pokrycie kosztów prowadzenia działalności. 2. Ryzyko pogorszenia dostępności badań dla pacjentów – zaniżone taryfy mogą prowadzić do ograniczenia liczby pracowni wykonujących TK i MR, co w konsekwencji wydłuży kolejki oraz utrudni pacjentom szybki dostęp do diagnostyki.

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			3. Bezpieczeństwo i jakość diagnostyki – badania obrazowe to kluczowy element nowoczesnej medycyny. Zbyt niska wycena świadczeń grozi obniżeniem standardów jakościowych, co może przełożyć się na bezpieczeństwo pacjentów. 4. Nierealistyczne założenia – w raporcie przyjęto parametry wyceny, nieznajdujące odzwierciedlenia w codziennej praktyce placówek, przyjęto też nierealny czas przygotowania pacjentów do badań i czas trwania samych badań. W mojej opinii konieczne jest ponowne przeanalizowanie raportu oraz uwzględnienie rzeczywistych kosztów funkcjonowania placówek, aby zapewnić pacjentom nieprzerwany dostęp do wysokiej jakości diagnostyki TK i MR. Dodatkowo chcę zaznaczyć, że w tworzeniu raportu nieodzownym elementem powinna być współpraca z PLTR, którego przedstawiciele swoją wiedzą i doświadczeniem mogliby wesprzeć zespół ekspertów z AOTMiT.
4.	Magdalena Hajduła-Trybus		Niewystarczający poziom wyceny względem rosnących potrzeb. Ryzyko obniżenia jakości i dostępności świadczeń w tym wydłużenie kolejek na badania TK/MR. Zaproponowane stawki nie odzwierciedlają realnych kosztów świadczeń – wycena nie obejmuje faktycznych wydatków związanych z utrzymaniem pracowni diagnostycznych, nowoczesnej aparatury, serwisu technicznego oraz zapewnienia odpowiedniego poziomu jakości i bezpieczeństwa badań. Tak niskie taryfy mogą w praktyce uniemożliwić placówkom pokrycie kosztów prowadzenia działalności. Bezpieczeństwo i jakość diagnostyki – badania obrazowe to kluczowy element nowoczesnej medycyny. Zbyt niska wycena świadczeń grozi obniżeniem standardów jakościowych, co może przełożyć się na bezpieczeństwo pacjentów.
5.	Miłosz Zbroszczyk	3.1.1. Dane finansowo-księgowe Tabela 8. Liczność próby danych finansowo-księgowych za 2024: str.r.56	Dane pozyskane za 2024 r. dotyczące kosztów infrastruktury mogą być niedoszacowane z uwagi na: - liczebność próby: dla TK 57, a dla RM 32 podmioty z 657 (dane o liczbie podmiotów na str. 42 raportu rys.14) wzrost kosztów wynagrodzeń w gospodarce (poza ochroną zdrowia), który przekłada się na koszt kupowanych przez podmioty medyczne usług. W 2025 r. wynagrodzenie minimalne wzrosło o 7,6%, a w 2026 r. planowany jest wzrost o kolejne 3%. - wzrost cen towarów i usług w gospodarce o ok 3% względem poprzedniego roku (dane GUS za sierpień 2025r) - wzrost kosztów energii cieplnej z uwagi na zakończenie z dniem 30.06.2025r obowiązywania ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie niektórych źródeł ciepła związanych z sytuacją na rynku paliw - po 31.12.2025r przestanie obowiązywać ustawa o środkach nadzwyczajnych mających na celu ograniczenie wysokości cen energii elektrycznej oraz wsparciu niektórych odbiorców w latach 2023-2025, co

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			może skutkować znacznym wzrostem cen energii elektrycznej, który przełoży się zarówno na koszty bezpośrednie pracowni (wg zużycia) oraz na koszty kupowanych towarów i usług. Z uwagi na powyższe, zastosowane mnożniki zmian wielkości kosztów (Tabela 10, str. 58) mogą być niewystarczające.
		3.2.2. Propozycje przebiegu Świadczeń tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego str.58-59	W odniesieniu do danych własnych, czas niezbędny do wykonania badania przyjęty do analizy Został znacznie zaniżony. Z uwagi na profil działalności tj. onkologia, chirurgia, neurologia nie ma możliwości wykonania obrazowania TK w 5 minut, a RM w 15 minut. Stosowanie takiego uproszczenia (dla osób z zaburzeniami neurologicznymi, po udarach mózgu, po skomplikowanych zabiegach chirurgicznych, w zaawansowanej chorobie nowotworowej, mających często znaczne ograniczenia w poruszaniu się) i przekładanie tego na obniżenie wycen może prowadzić do obniżenia jakości badań poprzez próbę przyspieszenia realizacji.
		3.2.4. Stawki godzinowe wynagrodzeń str.60	Do obliczenia kosztów wynagrodzeń uwzględniono czas potrzebny na przygotowanie pacjenta do badania oraz wykonanie obrazowania, a następnie opisu. Praktyka pokazuje, że niezbędne jest również uwzględnienie czasu na obserwację pacjenta po badaniu (w przypadku badań z kontrastem). W raporcie nie uwzględniono również nakładów niezbędnych do utrzymania pracowni w gotowości.
		.2.6. Wynik analizy kosztów Ograniczenia przeprowadzonej analizy str.66-67	W koszcie każdego badania znajdują się jeszcze koszty funkcjonowania pracowni, istotne z uwagi na bezpieczeństwo i zaopiekowanie pacjenta tj. koszty personelu obsługującego rejestracje (lub koszt oprogramowania do rejestracji on-line) koszty utrzymania czystości, koszty obsługi administracyjnej po stronie placówki. Tutaj niekoniecznie zadziała efekt skali, gdyż wraz ze wzrostem ilości wykonywanych badań wzrasta zapotrzebowanie na personel rejestrujący/wydający wyniki badania, częstotliwość sprzątania, personel sprawozdający wykonane procedury. Kilkakrotnie w raporcie pojawia się informacja, że nie została przeprowadzona szczegółowa analiza lub konsultacje ze względu na krótki czas na realizację procesu taryfikacyjnego. Ponadto sformułowania typu: "uzyskane wyniki można uznać za stosunkowo dobrze odzwierciedlające realne warunki funkcjonowania większości pracowni" wskazują na brak wyczerpujących danych niezbędnych do zmian w wysokości finansowania.
		4.2. Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej Str. 84-100	Na czas opisu składa się analiza porównawcza z badaniami poprzednimi, której nie da się wykonać w 5 min w przypadku badania TK i 15 min w przypadku badania MR. Czas pracy personelu wydłuża się również przez wgranie do systemu badań poprzednich co trwa czasami kilkadziesiąt minut w zależności od ilości badań wykonanych wcześniej u pacjenta. Zmiany zapisane w raporcie jedynie spowodują obniżenie jakości opisów, ze względu na brak czasu na wystarczającą analizę badania i porównanie go z wynikami poprzednich badań co jest nieodzowne dla prawidłowej i rzetelnej oceny. Absolutnie nie ma uzasadnienia podział badań na rutynowe i

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			specjalistyczne, każde badanie TK i MR jest badaniem specjalistycznym wymagającym dokładnej analizy przez lekarza specjalistę.
6.	Sebastian Lipka	Tabela 16 Projekt taryfy badań tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego – leczenie szpitalne	. Ryzyko obniżenia jakości i dostępności świadczeń Spadek cen za procedury może skłonić placówki do oszczędności, co może przełożyć się na: • Ograniczenie inwestycji w sprzęt: Utrzymanie nowoczesnego sprzętu do diagnostyki obrazowej wymaga znaczących nakładów inwestycyjnych i systematycznych wydatków. Niższe taryfy mogą zniechęcać podmioty lecznicze, szczególnie te prywatne, do modernizacji aparatury i rozbudowy pracowni, co w dłuższej perspektywie będzie prowadzić do pogorszenia jakości badań i zwiększenia liczby awarii sprzętu. • Zwiększenie kolejek: Mimo że raport wskazuje na potencjał do dalszego zwiększenia liczby badań, w praktyce wiele podmiotów realizuje już świadczenia w maksymalnej ilości na aparat, zwłaszcza w przypadku prostych i rutynowych procedur. Obniżenie rentowności tych badań może prowadzić do jeszcze dłuższego czasu oczekiwania na świadczenia, co stoi w sprzeczności z celem zmniejszenia kolejek. • Wydłużenie kolejek na badania TK RM, spowodowane obniżeniem stawek za badania TK i RM spowoduje ograniczenie dostępności tych badań również dla chorych ONKOLOGICZNYCH i może być przyczyną opóźnionego wykrycia nowotworu, skutkując opóźnieniem we wdrożeniu stosownego leczenia onkologicznego. 2. Niewystarczający poziom wyceny w kontekście rosnących potrzeb Raport opiera się na analizie kosztów, która, jak sami autorzy przyznają, ma ograniczenia. • Do takich istotnych ograniczeń należy zaliczyć podane w raporcie czasy przygotowania do jednoobszarowych badań TK i MR (na poziomie 5 minut) oraz średnie czasy skanowania jednej okolicy anatomicznej przyjęte dla TK na poziomie 5 minut oraz 15 minut dla RM. Są to błędne dane wyjściowe, które w rezultacie przyczyniły się do przeprowadzenie fałszywej kalkulacji i błędnego oszacowania kosztów świadczeń, bez deklarowanego przez autorów raportu marginesu bezpieczeństwa i bez adekwatnego odwzorowania realiów praktyki klinicznej. • Proponowane obniżenie taryf za najprostsze badania, które stanowią największy wolumen, zniechęci podmioty medyczne do zwiększania ich dostępności i w efekcie utrudni pacjentom dostęp do diagnostyki, pogłębiając istniejące dysproporcje. • Choć celem raportu jest zwiększenie udziału badań ambulatoryjnych, zaproponowane niższe taryfy za proste badania TK i RM mogą mieć skutki odwrotne do zamierzonych. W obliczu niższych wycen, placówki mogą stanąć przed dylematem utrzymania rentowności lub rezygnacji z modernizacji i utrzymania wysokiej jakości świadczeń. W konsekwencji może to prowadzić do ograniczenia dostępności do diagnostyki obrazowej w Polsce, co zagraża zdrowiu i bezpieczeństwu pacjentów, a także wydłużyć już i tak rosnące kolejki. Uzasadnienie 1. Wzrost kosztów pracy

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			• W 2025 r. minimalne wynagrodzenie wzrosło do 4 666 zł brutto, co istotnie podnosi całkowity koszt zatrudnienia personelu (techników elektroradiologii, pielęgniarek, lekarzy i fizyków medycznych) we wszystkich formach organizacyjnych. (wskazniki.gofin.pl) • Rynek usług zdrowotnych jest rynkiem pracy wysokospecjalistycznej; obniżka taryf przy rosnącej płacy minimalnej i presji płacowej doprowadzi do ograniczenia dostępności świadczeń (rotacje kadr, redukcja godzin pracy pracowni). 2. Koszty energii i mediów • Dla gospodarstw domowych obowiązuje administracyjnie limitowana cena energii (ok. 0,6212 zł/kWh brutto), ale większość przedsiębiorców/świadczeniodawców nie korzysta z takiego zamrożenia i rozlicza się po rynkowych stawkach, na które dodatkowo wpływają opłaty (np. opłata mocowa). (Urząd Regulacji Energetyki) • Dane OIRE/PSE wskazują na rynkowe miesięczne ceny energii w 2025 r. rzędu ~480 zł/MWh (styczeń; wartości zmienne w czasie), co wprost przekłada się na koszty pracy generatorów MR (chłodzenie, sprężarki, klimatyzacja) i tomografów (rury lampowe, systemy chłodzenia). (pse.pl) 3. Inflacja i wzrost cen usług • W 2025 r. inflacja CPI utrzymuje się w okolicach 3–5% r/r (NBP podaje CPI 3,1–4,1% r/r w miesiącach letnich), przy szybszym wzroście cen usług niż towarów – co szczególnie dotyczy usług zdrowotnych. (NBP Online) • Według analiz rynkowych, ceny usług zdrowotnych wzrosły r/r o ok. ~5% (maj 2025), co nie znajduje odzwierciedlenia w proponowanych obniżkach taryf. (300Gospodarka.pl) 4. Koszty techniczne i serwisowe aparatury • Utrzymanie MR/TK wymaga wysokokosztowych kontraktów serwisowych (wymiana lamp rentgenowskich w TK, utrzymanie kriogeniki i ciągłości chłodzenia MR, aktualizacje oprogramowania, testy kontroli jakości i bezpieczeństwa), których ceny są indeksowane i denominowane często w EUR/USD. • Obniżenie taryf przy nieelastycznych kosztach stałych (serwis, przeglądy, audyty, doszkalanie personelu, testy akredytacyjne i ochrony radiologicznej) grozi zejściem poniżej progu rentowności badań podstawowych (np. TK głowy bez kontrastu, MR stawów), co skutkuje ograniczeniem podaży świadczeń. 5. Dostępność i bezpieczeństwo pacjentów • TK i MR to świadczenia o znaczeniu krytycznym dla diagnostyki onkologicznej, neurologicznej i urazowej. Obniżki taryf zwiększą ryzyko wydłużenia kolejek, ograniczenia dyżurów i przeniesienia kosztów na pacjentów (poza NFZ), co stoi w sprzeczności z celami polityki zdrowotnej państwa i standardami czasu dostępu. • W pracowniach pełniących całodobowe zabezpieczenie SOR/oddziałów ostrych, utrzymanie gotowości generuje wyższe koszty jednostkowe (dyżury, gotowość techniczna). Taryfa powinna to kompensować (np. współczynnik dyżurowy). Podsumowanie

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			W świetle powyższego wnoszę o odstąpienie od obniżek i korektę projektów taryf w kierunku co najmniej utrzymania dotychczasowych wycen, z jednoczesnym przygotowaniem mechanizmu indeksacji kosztowej i współczynników korygujących odzwierciedlających realia świadczeniodawców.
7.	Wojciech Pietras		1. Ryzyko obniżenia jakości i dostępności świadczeń Spadek cen za procedury może skłonić placówki do oszczędności, co może przełożyć się na: • Ograniczenie inwestycji w sprzęt: Utrzymanie nowoczesnego sprzętu do diagnostyki obrazowej wymaga znaczących nakładów inwestycyjnych i systematycznych wydatków. Niższe taryfy mogą zniechęcać podmioty lecznicze, szczególnie te prywatne, do modernizacji aparatury i rozbudowy pracowni, co w dłuższej perspektywie będzie prowadzić do pogorszenia jakości badań i zwiększenia liczby awarii sprzętu. • Zwiększenie kolejek: Mimo że raport wskazuje na potencjał do dalszego zwiększenia liczby badań, w praktyce wiele podmiotów realizuje już świadczenia w maksymalnej ilości na aparat, zwłaszcza w przypadku prostych i rutynowych procedur. Obniżenie rentowności tych badań może prowadzić do jeszcze dłuższego czasu oczekiwania na świadczenia, co stoi w sprzeczności z celem zmniejszenia kolejek. • Wydłużenie kolejek na badania TK RM, spowodowane obniżeniem stawek za badania TK i RM spowoduje ograniczenie dostępności tych badań również dla chorych ONKOLOGICZNYCH i może być przyczyną opóźnionego wykrycia nowotworu, skutkując opóźnieniem we wdrożeniu stosownego leczenia onkologicznego. 2. Niewystarczający poziom wyceny w kontekście rosnących potrzeb Raport opiera się na analizie kosztów, która, jak sami autorzy przyznają, ma ograniczenia. • Do takich istotnych ograniczeń należy zaliczyć podane w raporcie czasy przygotowania do jednoobszarowych badań TK i MR (na poziomie 5 minut) oraz średnie czasy skanowania jednej okolicy anatomicznej przyjęte dla TK na poziomie 5 minut oraz 15 minut dla RM. Są to błędne dane wyjściowe, które w rezultacie przyczyniły się do przeprowadzenie fałszywej kalkulacji i błędnego oszacowania kosztów świadczeń, bez deklarowanego przez autorów raportu marginesu bezpieczeństwa i bez adekwatnego odwzorowania realiów praktyki klinicznej. • Proponowane obniżenie taryf za najprostsze badania, które stanowią największy wolumen, zniechęci podmioty medyczne do zwiększania ich dostępności i w efekcie utrudni pacjentom dostęp do diagnostyki, pogłębiając istniejące dysproporcje. • Choć celem raportu jest zwiększenie udziału badań ambulatoryjnych, zaproponowane niższe taryfy za proste badania TK i RM mogą mieć skutki odwrotne do zamierzonych. W obliczu niższych wycen, placówki mogą stanąć przed dylematem utrzymania rentowności lub rezygnacji z modernizacji i utrzymania wysokiej jakości świadczeń. W konsekwencji może to prowadzić do ograniczenia dostępności do diagnostyki obrazowej w Polsce, co zagraża zdrowiu i bezpieczeństwu pacjentów, a także wydłużyć już i tak rosnące kolejki. Uzasadnienie 1. Wzrost kosztów pracy

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			• W 2025 r. minimalne wynagrodzenie wzrosło do 4 666 zł brutto, co istotnie podnosi całkowity koszt zatrudnienia personelu (techników elektroradiologii, pielęgniarek, lekarzy i fizyków medycznych) we wszystkich formach organizacyjnych. (wskazniki.gofin.pl) • Rynek usług zdrowotnych jest rynkiem pracy wysokospecjalistycznej; obniżka taryf przy rosnącej płacy minimalnej i presji płacowej doprowadzi do ograniczenia dostępności świadczeń (rotacje kadr, redukcja godzin pracy pracowni). 2. Koszty energii i mediów • Dla gospodarstw domowych obowiązuje administracyjnie limitowana cena energii (ok. 0,6212 zł/kWh brutto), ale większość przedsiębiorców/świadczeniodawców nie korzysta z takiego zamrożenia i rozlicza się po rynkowych stawkach, na które dodatkowo wpływają opłaty (np. opłata mocowa). (Urząd Regulacji Energetyki) • Dane OIRE/PSE wskazują na rynkowe miesięczne ceny energii w 2025 r. rzędu ~480 zł/MWh (styczeń; wartości zmienne w czasie), co wprost przekłada się na koszty pracy generatorów MR (chłodzenie, sprężarki, klimatyzacja) i tomografów (rury lampowe, systemy chłodzenia). (pse.pl) 3. Inflacja i wzrost cen usług • W 2025 r. inflacja CPI utrzymuje się w okolicach 3–5% r/r (NBP podaje CPI 3,1–4,1% r/r w miesiącach letnich), przy szybszym wzroście cen usług niż towarów – co szczególnie dotyczy usług zdrowotnych. (NBP Online) • Według analiz rynkowych, ceny usług zdrowotnych wzrosły r/r o ok. ~5% (maj 2025), co nie znajduje odzwierciedlenia w proponowanych obniżkach taryf. (300Gospodarka.pl) 4. Koszty techniczne i serwisowe aparatury • Utrzymanie MR/TK wymaga wysokokosztowych kontraktów serwisowych (wymiana lamp rentgenowskich w TK, utrzymanie kriogeniki i ciągłości chłodzenia MR, aktualizacje oprogramowania, testy kontroli jakości i bezpieczeństwa), których ceny są indeksowane i denominowane często w EUR/USD. • Obniżenie taryf przy nieelastycznych kosztach stałych (serwis, przeglądy, audyty, doszkalanie personelu, testy akredytacyjne i ochrony radiologicznej) grozi zejściem poniżej progu rentowności badań podstawowych (np. TK głowy bez kontrastu, MR stawów), co skutkuje ograniczeniem podaży świadczeń. 5. Dostępność i bezpieczeństwo pacjentów • TK i MR to świadczenia o znaczeniu krytycznym dla diagnostyki onkologicznej, neurologicznej i urazowej. Obniżki taryf zwiększą ryzyko wydłużenia kolejek, ograniczenia dyżurów i przeniesienia kosztów na pacjentów (poza NFZ), co stoi w sprzeczności z celami polityki zdrowotnej państwa i standardami czasu dostępu. • W pracowniach pełniących całodobowe zabezpieczenie SOR/oddziałów ostrych, utrzymanie gotowości generuje wyższe koszty jednostkowe (dyżury, gotowość techniczna). Taryfa powinna to kompensować (np. współczynnik dyżurowy). Podsumowanie

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			W świetle powyższego wnoszę o odstąpienie od obniżek i korektę projektów taryf w kierunku co najmniej utrzymania dotychczasowych wycen, z jednoczesnym przygotowaniem mechanizmu indeksacji kosztowej i współczynników korygujących odzwierciedlających realia świadczeniodawców. Szanowni Państwo, w związku z opublikowanym raportem AOTMiT z dnia 22 września 2025 r. dotyczącym projektu taryf świadczeń gwarantowanych (TK i MR), chciałbym(-abym) zgłosić swoje uwagi. 1. Zaproponowane stawki nie odzwierciedlają realnych kosztów świadczeń – wycena nie obejmuje faktycznych wydatków związanych z utrzymaniem pracowni diagnostycznych, nowoczesnej aparatury, serwisu technicznego oraz zapewnienia odpowiedniego poziomu jakości i bezpieczeństwa badań. Tak niskie taryfy mogą w praktyce uniemożliwić placówkom pokrycie kosztów prowadzenia działalności. 2. Ryzyko pogorszenia dostępności badań dla pacjentów – zaniżone taryfy mogą prowadzić do ograniczenia liczby pracowni wykonujących TK i MR, co w konsekwencji wydłuży kolejki oraz utrudni pacjentom szybki dostęp do diagnostyki. 3. Bezpieczeństwo i jakość diagnostyki – badania obrazowe to kluczowy element nowoczesnej medycyny. Zbyt niska wycena świadczeń grozi obniżeniem standardów jakościowych, co może przełożyć się na bezpieczeństwo pacjentów. 4. Nierealistyczne założenia – w raporcie przyjęto parametry wyceny, które nie znajdują odzwierciedlenia w codziennej praktyce placówek. Ostatecznie prowadzi to do zaniżenia rzeczywistej wartości świadczeń. W mojej opinii konieczne jest ponowne przeanalizowanie raportu oraz uwzględnienie rzeczywistych kosztów funkcjonowania placówek, aby zapewnić pacjentom nieprzerwany dostęp do wysokiej jakości diagnostyki TK i MR.
8.	Elżbieta Siek	Str. 59 i następne	Błędne założenie czasu przygotowania, wykonania procedury na poziomie 5 min. nie uwzględnia specyfiki wykonywania części badań i stanu pacjenta - realne czasy przygotowania, wykonania badania są znacznie dłuższe. Realne odwzorowanie czasu potrzebnego na opis badania również zostały zaniżone, zwłaszcza w przypadku badań porównawczych i wielookolicowych oraz badań w trybie nagłym.
		str. 56, 58 i inn	z raportu" "Jedynie stawka wynagrodzenia kardiologa obecnego przy przedmiotowych badaniach serca lub angiografii tętnic wieńcowych z wykorzystaniem tomografu komputerowego została określona bez uwzględnienia miejsca zatrudnienia." Niedoszacowanie kosztów zatrudnienia kolejnego lekarza specjalisty w pracowni tomografii komputerowej czy rezonansu magnetycznego z pewnością podniesie koszt całościowy procedury.

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			Dodatkowo koncepcja dołączenia lekarza innej specjalności niż radiologia do badań serca TK rodzi pytanie o sensowność takiego działania - czy lekarz radiolog nie ma wystarczających kompetencji do wykonania procedury, ordynowania leków czy środków kontrastujących i zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi w pracowni?
9.	Adrianna Drynkowska	2	Niewystarczający poziom wyceny w kontekście rosnących potrzeb. Raport opiera się na analizie kosztów, która, jak sami autorzy przyznają, ma ograniczenia. * Do takich istotnych ograniczeń należy zaliczyć podane w raporcie czasy przygotowania do jednoobszarowych badań TK i MR (na poziomie 5 minut) oraz średnie czasy skanowania jednej okolicy anatomicznej przyjęte dla TK na poziomie 5 minut oraz 15 minut dla RM. Są to błędne dane wyjściowe, które w rezultacie przyczyniły się do przeprowadzenie fałszywej kalkulacji i błędnego oszacowania kosztów świadczeń, bez deklarowanego przez autorów raportu marginesu bezpieczeństwa i bez adekwatnego odwzorowania realiów praktyki klinicznej. * Proponowane obniżenie taryf za najprostsze badania, które stanowią największy wolumen, zniechęci podmioty medyczne do zwiększania ich dostępności i w efekcie utrudni pacjentom dostęp do diagnostyki, pogłębiając istniejące dysproporcje. * Choć celem raportu jest zwiększenie udziału badań ambulatoryjnych, zaproponowane niższe taryfy za proste badania TK i RM mogą mieć skutki odwrotne do zamierzonych. W obliczu niższych wycen, placówki mogą stanąć przed dylematem utrzymania rentowności lub rezygnacji z modernizacji i utrzymania wysokiej jakości świadczeń. W konsekwencji może to prowadzić do ograniczenia dostępności do diagnostyki obrazowej w Polsce, co zagraża zdrowiu i bezpieczeństwu pacjentów, a także wydłużyć już i tak rosnące kolejki. Uzasadnienie 1. Wzrost kosztów pracy * W 2025 r. minimalne wynagrodzenie wzrosło do 4 666 zł brutto, co istotnie podnosi całkowity koszt zatrudnienia personelu (techników elektroradiologii, pielęgniarek, lekarzy i fizyków medycznych) we wszystkich formach organizacyjnych. (wskazniki.gofin.pl) * Rynek usług zdrowotnych jest rynkiem pracy wysokospecjalistycznej; obniżka taryf przy rosnącej płacy minimalnej i presji płacowej doprowadzi do ograniczenia dostępności świadczeń (rotacje kadr, redukcja godzin pracy pracowni). 2. Koszty energii i mediów* Dla gospodarstw domowych obowiązuje administracyjnie limitowana cena energii (ok. 0,6212 zł/kWh brutto), ale większość przedsiębiorców/świadczeniodawców nie korzysta z takiego zamrożenia i rozlicza się po rynkowych stawkach, na które dodatkowo wpływają opłaty (np. opłata mocowa). (Urząd Regulacji Energetyki) * Dane OIRE/PSE wskazują na rynkowe miesięczne ceny energii w 2025 r. rzędu ~480 zł/MWh (styczeń; wartości zmienne w czasie), co wprost przekłada się na koszty pracy generatorów MR (chłodzenie, sprężarki, klimatyzacja) i tomografów (rury lampowe, systemy chłodzenia). (pse.pl)3. Inflacja i wzrost cen usług

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			* W 2025 r. inflacja CPI utrzymuje się w okolicach 3–5% r/r (NBP podaje CPI 3,1–4,1% r/r w miesiącach letnich), przy szybszym wzroście cen usług niż towarów – co szczególnie dotyczy usług zdrowotnych. (NBP Online) * Według analiz rynkowych, ceny usług zdrowotnych wzrosły r/r o ok. ~5% (maj 2025), co nie znajduje odzwierciedlenia w proponowanych obniżkach taryf. (300Gospodarka.pl)4. Koszty techniczne i serwisowe aparatury * Utrzymanie MR/TK wymaga wysokokosztowych kontraktów serwisowych (wymiana lamp rentgenowskich w TK, utrzymanie kriogeniki i ciągłości chłodzenia MR, aktualizacje oprogramowania, testy kontroli jakości i bezpieczeństwa), których ceny są indeksowane i denominowane często w EUR/USD. * Obniżenie taryf przy nieelastycznych kosztach stałych (serwis, przeglądy, audyty, doszkalanie personelu, testy akredytacyjne i ochrony radiologicznej) grozi zejściem poniżej progu rentowności badań podstawowych (np. TK głowy bez kontrastu, MR stawów), co skutkuje ograniczeniem podaży świadczeń.5. Dostępność i bezpieczeństwo pacjentów * TK i MR to świadczenia o znaczeniu krytycznym dla diagnostyki onkologicznej, neurologicznej i urazowej. Obniżki taryf zwiększą ryzyko wydłużenia kolejek, ograniczenia dyżurów i przeniesienia kosztów na pacjentów (poza NFZ), co stoi w sprzeczności z celami polityki zdrowotnej państwa i standardami czasu dostępu. * W pracowniach pełniących całodobowe zabezpieczenie SOR/oddziałów ostrych, utrzymanie gotowości generuje wyższe koszty jednostkowe (dyżury, gotowość techniczna). Taryfa powinna to kompensować (np. współczynnik dyżurowy).
		4	1. Ryzyko obniżenia jakości i dostępności świadczeń. Spadek cen za procedury może skłonić placówki do oszczędności, co może przełożyć się na: * Ograniczenie inwestycji w sprzęt: Utrzymanie nowoczesnego sprzętu do diagnostyki obrazowej wymaga znaczących nakładów inwestycyjnych i systematycznych wydatków. Niższe taryfy mogą zniechęcać podmioty lecznicze, szczególnie te prywatne, do modernizacji aparatury i rozbudowy pracowni, co w dłuższej perspektywie będzie prowadzić do pogorszenia jakości badań i zwiększenia liczby awarii sprzętu. * Zwiększenie kolejek: Mimo że raport wskazuje na potencjał do dalszego zwiększenia liczby badań, w praktyce wiele podmiotów realizuje już świadczenia w maksymalnej ilości na aparat, zwłaszcza w przypadku prostych i rutynowych procedur. Obniżenie rentowności tych badań może prowadzić do jeszcze dłuższego czasu oczekiwania na świadczenia, co stoi w sprzeczności z celem zmniejszenia kolejek. * Wydłużenie kolejek na badania TK RM, spowodowane obniżeniem stawek za badania TK i RM spowoduje ograniczenie dostępności tych badań również dla chorych onkologicznych i może być przyczyną opóźnionego wykrycia nowotworu, skutkując opóźnieniem we wdrożeniu stosownego leczenia onkologicznego.
		4	1. Zaproponowane stawki nie odzwierciedlają realnych kosztów świadczeń – wycena nie obejmuje faktycznych wydatków związanych z utrzymaniem pracowni diagnostycznych, nowoczesnej aparatury, serwisu technicznego

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			oraz zapewnienia odpowiedniego poziomu jakości i bezpieczeństwa badań. Tak niskie taryfy mogą w praktyce uniemożliwić placówkom pokrycie kosztów prowadzenia działalności. 2. Ryzyko pogorszenia dostępności badań dla pacjentów – zaniżone taryfy mogą prowadzić do ograniczenia liczby pracowni wykonujących TK i MR, co w konsekwencji wydłuży kolejki oraz utrudni pacjentom szybki dostęp do diagnostyki. 3. Bezpieczeństwo i jakość diagnostyki – badania obrazowe to kluczowy element nowoczesnej medycyny. Zbyt niska wycena świadczeń grozi obniżeniem standardów jakościowych, co może przełożyć się na bezpieczeństwo pacjentów. 4. Nierealistyczne założenia – w raporcie przyjęto parametry wyceny, które nie znajdują odzwierciedlenia w codziennej praktyce placówek. Ostatecznie prowadzi to do zaniżenia rzeczywistej wartości świadczeń.
10.	Marcin Sajewicz Zakład Diagnostyki Obrazowej Sucha Beskidzka		Zestawienie listy uwag ogólnych do całości raportu: 1) brak realnego wyliczenia kosztów personelu pomocniczego - sekretarki medyczne, rejestratorki, które są istotnym kosztem pracowni, a obecnym na każdym etapie od rejestracji poprzez badanie, opis i rozliczanie z NFZ; 2) brak uwzględnienia zwiększonych kosztów energii elektrycznej, które dla rezonansu magnetycznego stanowią bardzo istotną wielkość około 20-30 tys. pln miesięcznie (wiele jednostek nie ma opomiarowanych tych kosztów osobno i mogły zostać niewłaściwie zaraportowane); 3) w kalkulacji uwzględnia się udział kardiologa, a pomija fizyka/ fizyka medycznego, którego obecność jest wymagana m.in. przy spektroskopii RM; 4) nie uwzględniono kosztów obsługi systemów teleinformatycznych, dostosowania do wymogów ochrony danych np. dyrektywa NIS2 i zwiększonych nakładów na ochronę przed atakami hakerskimi;
			5) nie uwzględniono kosztów obsługi archiwum danych PACS, wydawania i archiwizacji wyników w okresie 20 lat od wykonania badania; 6) brak kosztów serwisu sprzętu (koszty dla RM w zależności od producenta i zakresu obsługi od 100 tyś. do 700 tyś. pln rocznie) koszt ten realnie można policzyć uwzględniając okres 3-5 lat; 7) w wyliczeniu czasu potrzebnego na przygotowanie pacjenta do badania nie uwzględniono konieczności wypełnienia i analizy ankiety pacjenta; 8) nie uwzględniono czasu na analizę zagrożeń podczas badania RM. Przed badaniem niezbędna jest analiza dokumentacji medycznej, sprawdzenie czy pacjent może być bezpiecznie zbadany (obecność wszczepów metalowych, kardiostymulatorów itp.). Pracę tę wykonuje fizyk i/lub technik i lekarz radiolog. Element ten wpływa również na czas jednostkowego badania;

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			9) w opracowaniu nie wykazano danych źródłowych przedstawionych przez Konsultanta Krajowego odnośnie czasów poszczególnych procedur, co wraz z istotnymi różnicami w protokołach badań w różnych jednostkach i brakiem standardu badania RM fałszuje wycenę. Czas ten ma stanowić podstawę wyliczeń, a jest ukryty i niedoszacowany; 10) dla RM nie uwzględniono czasu poświęcanego na badanie osób z umiarkowaną (30% pacjentów) i silną (5%) klaustrofobią, dla których badanie może trwać nawet 2 krotnie dłużej lub może nie zostać wykonane (ale angażuje czas pracowni i w przypadku niewykonania świadczenia jest stratą); 11) dla RM nie uwzględniono czasu na badanie osób starszych oraz niewspółpracujących (ok 20-30% pacjentów). Każdy ruch pacjenta powoduje konieczność powtórzenia całej sekwencji badania i istotnie wydłuża czas badania;
			12) w uwagach do analizy wskazuje się na istnienie różnic sprzętowych ale uznaje się je za nieistotne dla czasu badania, co dla rezonansu magnetycznego nie jest prawdą; 13) na stronie 67 w ograniczeniach analizy zawarta jest informacja o małej liczbie jednostek uwzględnionych w kalkulacji, z drugiej strony wynagrodzenia być może licznego personelu tych nielicznych pracowni uznaje się jako reprezentatywne. Jest to niespójne logicznie i jest poważnym błędem analizy statystycznej; 14) nie uwzględniono kosztów prawnych i ewentualnych odszkodowań, które w rzeczywistości mimo dołożenia wszelkich starań występują, i muszą być uwzględnione w rachunku kosztów; 15) w analizie wskazuje się jako korzystne przesunięcie środków z mniejszych ośrodków powiatowych, miejskich i gminnych (i tak już bardzo zadłużonych) do ośrodków wojewódzkich i klinicznych, czy słusznie?
		strona 100	16) w ostatnim zdaniu raportu: "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" Zdanie to jest zaprzeczeniem dotychczasowego trendu i praktyki polegającej na ograniczaniu kosztów w systemie opieki zdrowotnej poprzez przesuwanie świadczeń do tańszej, elastyczniejszej i wydajniejszej opieki ambulatoryjnej. Takie podejście zwiększy tylko liczbę drogich i niepotrzebnych tzw. "hospitalizacji diagnostycznych".
11.	Marcin Myszura		W związku z opublikowanym 22 września 2025 r. raportem DAiR.543.3.2025 dotyczącym projektu taryf świadczeń gwarantowanych w zakresie badań TK i MR, jako specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej przedstawiam poniższe uwagi. Moje uwagi należy traktować jako wyraźny głos społeczny i powstały przy

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			współpracy szerokiego grona lekarzy radiologów. Raport w obecnym kształcie zawiera istotne błędy metodologiczne, pomija rzeczywiste koszty i prowadzi do wniosków groźnych dla jakości oraz dostępności diagnostyki obrazowej w Polsce. 1. Trend europejski i potrzeba inwestycji • Polska wykonuje znacząco mniej badań TK i MR na 1000 mieszkańców niż średnia europejska, szczególnie w obszarze MR. • Dotychczasowe wyceny umożliwiły rozwój nowych pracowni (często jedynie dzięki dofinansowaniom unijnym), co pokazuje, że przy obecnych stawkach można bilansować inwestycje rzędu kilku milionów złotych ale głównie dzięki dopłatom. • Obniżenie taryf zatrzyma rozwój i modernizację, a tym samym oddali Polskę od średniej europejskiej zamiast nas do niej zbliżać. • Jeśli celem jest rozwój, wyceny powinny zostać utrzymane lub zwiększone, a nie obniżane. 2. Obniżanie wycen szpitalnych jest nielogiczne • W szpitalach diagnozuje się pacjentów w najcięższym stanie: nieprzytomnych, leżących, onkologicznych, neurologicznych, urazowych. • Założony w raporcie czas 15 minut na MR głowy dotyczy jedynie skróconych protokołów w AOS. Często po takim wstępnym badaniu konieczne jest wykonanie znacznie dłuższego badania zawierającego dodatkowe sekwencje. • W rzeczywistości pełne protokoły onkologiczne i neurologiczne trwają 30-40 minut, a niekiedy nawet 90 minut. • Opisy takich badań są bardziej pracochłonne i często wymagają konsultacji wielospecjalistycznych. Czas ich opracowania jest zwykle co najmniej dwukrotnie dłuższy niż w przypadku badań wykonywanych w AOS. Opis przed planowaną operacją onkologiczną czy pooperacyjny u pacjenta z powikłaniami jest procesem czasochłonnym, trudnym i obarczonym dużą presją oraz ryzykiem, Obniżanie wycen badań szpitalnych jest sprzeczne z praktyką kliniczną i grozi pogorszeniem jakości diagnostyki najciężej chorych pacjentów. 2a. Aktualna sytuacja finansowa zakładów radiologii • Dotychczasowe wyceny pozwalały zakładom radiologii w szpitalach bilansować się mniej więcej na poziomie „zero” - pracownie nie generowały dużych zysków, ale też nie wymagały stałego dokładania środków przez dyrekcje.

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			• Obniżenie wycen spowoduje, że pracownie radiologii zaczną przynosić straty, co dramatycznie pogorszy sytuację finansową całych szpitali. • Biorąc pod uwagę obecne trudności ekonomiczne placówek, takie działanie może doprowadzić do ograniczenia dostępności badań, redukcji etatów lub wręcz zamykania części pracowni. 3. Pominięte koszty dodatkowe Raport nie uwzględnia szeregu kluczowych elementów: • Awarie i serwis - wymiana cewek MR to koszt 200-300 tys. zł (a nie 10-50 tys.), często powodujący tygodniowe przestoje w szpitalach. Sam serwis aparatu TK/MR to wydatek rzędu kilkudziesięciu tysięcy złotych rocznie. • Środki hepatotropowe - znacznie droższe od standardowych, a jednocześnie niezbędne w badaniach wątroby. Nie zostały one uwzględnione w wycenach, podobnie jak fakt, że kontrasty dostępne są w pojemnikach zbiorczych - a niewykorzystanie całej fiolki danego dnia obliguje do jej utylizacji. 4. Niespójność w wycenie badań wieloodcinkowych MR kręgosłupa • MR jednego odcinka kręgosłupa (bez kontrastu): 396 zł. • MR trzech odcinków kręgosłupa (bez kontrastu): 985 zł. Oznacza to, że trzy odcinki są wycenione tylko 2,5 raza wyżej niż jeden. Tymczasem w praktyce: • każde badanie wymaga pełnego protokołu i osobnego slotu czasowego, • opis odpowiada trzem niezależnym badaniom, • jedyna oszczędność to brak konieczności trzykrotnego układania pacjenta, co skraca czas o maksymalnie kilka (3-5) minut. TK wieloodcinkowe - zdecydowana większość to badania onkologiczne • Opisy badań onkologicznych w TK, które są badaniami wieloodcinkowymi, wymagają porównania z badaniami poprzednimi, co w praktyce oznacza analizę nie ok. 3000 obrazów, lecz ok. 6000 obrazów. • Wycena 3 odcinków badań TK: • TK jednego odcinka (bez i z kontrastem) - 415 pkt • TK trzech odcinków (bez kontrastu) - 564 pkt • Stosunek: 564 + 415 * 1,36x • Oznacza to, że NFZ wycenia trzy odcinki TK tylko o 36% drożej niż jeden

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			To rażący błąd logiczny - robienie trzech badań „taniej” nie ma uzasadnienia. Taryfy muszą odzwierciedlać faktyczny nakład pracy i czasu. Obecnie praktycznie wszystkie firmy i pracownie mają problem z badaniami onkologicznymi - przy obecnej wycenie trudno znaleźć chętnych do ich opisywania. W onkologii oczekiwanie na opis może wiązać się z nieodwracalnym pogorszeniem stanu chorego. Raport nie przewiduje żadnych dopłat do badań onkologicznych priorytetowych - DILO. 5. Nierealne czasy przygotowania i akwizycji • Przygotowanie pacjenta - 5 minut: nierealne w szpitalach, gdzie pacjentów trzeba transportować, zakładać wkłucia, poprawiać dokumentację, a często także powtarzać sekwencje. • Czas badań TK/MR: przyjęte w raporcie 5 i 15 minut są fikcyjne. W praktyce wiele badań trwa 30-40 minut, a niektóre do 90 minut. 5a, Finansowanie pracy w godzinach nocnych i w weekendy • Aby zwiększyć wykorzystanie istniejącej aparatury TK i MR oraz realnie skrócić kolejki, należy przewidzieć dodatkowe finansowanie dla pracowni wykonujących badania po godzinie 20:00 oraz w weekendy. • Pozwoli to na pełniejsze wykorzystanie kosztownego sprzętu, którego dostępność w Polsce i tak jest niższa niż średnia europejska. • Jednocześnie umożliwi to zapewnienie obsady kadrowej, ponieważ zgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami w kraju, personel oczekuje dodatkowej gratyfikacji za pracę w nocy i w dni wolne od pracy. • Takie rozwiązanie byłoby korzystne zarówno dla pacjentów (krótsze kolejki, szybsza diagnostyka), jak i dla placówek medycznych (lepsze wykorzystanie potencjału technologicznego). 6. Dane rynkowe vs. wyceny NFZ • NFZ: opis badania TK/MR - ok. 116 zł brutto dla pracowni (stawka sprzed 10 lat). • Obniżanie wycen w takiej sytuacji jest całkowicie oderwane od realiów i doprowadzi do odpływu specjalistów z systemu publicznego. Agencja posiada możliwość analizy danych z publicznych placówek, które jasno pokazują, ile faktycznie płaci się lekarzom i firmom teleradiologicznym za opisy: odcinek (!). • 200-300 zł za opis badania, • ok. 250 zł/h za gotowość dyżurową.

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			Ignorowanie tych danych prowadzi do wycen kompletnie rozbieżnych z realiami rynkowymi. 7. Odpowiedzialność prawna radiologów • Radiolog ponosi pełną odpowiedzialność cywilną i karną za każdy opis. • Odszkodowania i średnia krajowa (podstawa roszczeń) rosną, podobnie jak wydatki na ochronę zdrowia i wynagrodzenia w sektorze. • Tymczasem proponowana wycena ma być obniżona nawet o 50% względem obecnych stawek. To rażąca dysproporcja - rosnąca odpowiedzialność i koszty przy malejącej wycenie. 8. Jakość badań i nadmiarowość • Wzrost liczby osób z formalnymi uprawnieniami nie oznacza wzrostu jakości diagnostyki. • Nieprawidłowe opisy USG powodują nadmiarowe skierowania na TK/MR, generując koszty i przeciążając system. > • Obniżki wycen TK i MR nie rozwiązują problemu nadmiarowości, a jedynie zniechęcają do wykonywania badań trudnych i złożonych. 9. Skutki kadrowe i konstytucyjne • Obniżki spowodują odpływ radiologów do sektora prywatnego lub za granicę. • Publiczni pacjenci zostaną wykluczeni z dostępu do specjalistycznej diagnostyki. • To narusza art. 68 Konstytucji RP, gwarantujący równy dostęp do ochrony zdrowia. 10. Błędy metodologiczne raportu • Brak analizy wrażliwości i scenariuszy. • Taki model pomija wiele czynności organizacyjnych. • Oparcie kluczowych danych na opiniach eksperckich zamiast na danych RIS/PACS. • Niespójności w cenach punktu (1,94 vs. 1,96 zł). • Brak rewizji koszyka świadczeń i wadliwe mapowanie ICD-9. • Niewłaściwa alokacja kosztów personelu (przerzucenie do „infrastruktury”). Podsumowanie i wnioski Raport DAiR.543.3.2025 zawiera błędne założenia, pomija realne koszty i prowadzi do wniosków sprzecznych z praktyką kliniczną. Największe zagrożenie stanowi obniżenie wycen badań szpitalnych, które są fundamentem

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			diagnostyki w najcięższych przypadkach klinicznych. To działanie uderzy w pacjentów w stanie zagrożenia życia i może doprowadzić do dramatycznego pogorszenia jakości leczenia w onkologii, neurologii i medycynie ratunkowej. Wnioskuję o: • Wstrzymanie wdrożenia raportu w obecnej formie. • Niezmienianie (a docelowo - podwyższenie) wycen badań szpitalnych, aby odzwierciedlały one faktyczny czas i nakład pracy wymagany przy diagnostyce pacjentów w ciężkim stanie klinicznym. • Przeprowadzenie analizy wrażliwości i scenariuszowej. • Uwzględnienie realnych kosztów (serwis, kontrasty, utylizacja, opisy, dyżury). • Rozróżnienie wycen badań szpitalnych i ambulatoryjnych (z uwzględnieniem różnicy w poziomie trudności, czasie i ryzyku). • Rewizję koszyka świadczeń i doprecyzowanie mapowania. • Wprowadzenie mechanizmu indeksacji kosztowej (energia, płace, serwis). • Korektę wycen badań wieloodcinkowych, które obecnie w sposób całkowicie nielogiczny traktują trzy odcinki jako zaledwie 1,36- krotności jednego badania TK i 2,5-krotność jednego badania MR, podczas gdy nakład pracy i czasu jest w praktyce trzykrotny.
12.	Adam Włodarczak		Jestem rezydentem specjalizacji z radiologii i diagnostyki obrazowej. W związku z opublikowanym 22 września 2025 r. raportem DAIR.543.3.2025 dotyczącym projektu taryf świadczeń gwarantowanych w zakresie badań TK i MR, chciałbym zwrócić poniższe uwagi. Raport w obecnym kształcie zawiera istotne błędy metodologiczne, pomija rzeczywiste koszty i prowadzi do wniosków groźnych dla jakości oraz dostępności diagnostyki obrazowej w Polsce. 1. Trend europejski i potrzeba inwestycji Polska wykonuje znacząco mniej badań TK i MR na 1000 mieszkańców niż średnia europejska, szczególnie w obszarze MR. Dotychczasowe wyceny umożliwiły rozwój nowych pracowni (często jedynie dzięki dofinansowaniom unijnym), co pokazuje, że przy obecnych stawkach można bilansować inwestycje rzędu kilku milionów złotych. Obniżenie taryf zatrzyma rozwój i modernizację, a tym samym oddali Polskę od średniej europejskiej zamiast nas do niej zbliżać. Jeśli celem jest rozwój, wyceny powinny zostać utrzymane lub zwiększone, a nie obniżane.

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			2. Obniżanie wycen szpitalnych jest nielogiczne W szpitalach diagnozuje się pacjentów w najcięższym stanie: nieprzytomnych, leżących, onkologicznych, neurologicznych, urazowych. Założony w raporcie czas 15 minut na MR głowy dotyczy jedynie skróconych protokołów w AOS. Często po takim wstępnym badaniu konieczne Jest wykonanie znacznie dłuższego badania zawierającego dodatkowe sekwencje. W rzeczywistości pełne protokoły onkologiczne i neurologiczne trwają 30-40 minut, a niekiedy nawet 90 minut. Opisy takich badań są bardziej pracochłonne i często wymagają konsultacji wielospecjalistycznych. Czas ich opracowania jest zwykle co najmniej dwukrotnie dłuższy niż w przypadku badań wykonywanych w AOS. Opis przed planowaną operacją onkologiczną czy pooperacyjny u pacjenta z powikłaniami jest procesem czasochłonnym, trudnym i obarczonym dużą presją oraz ryzykiem. Obniżanie wycen badań szpitalnych jest sprzeczne z praktyką kliniczną i grozi pogorszeniem jakości diagnostyki najciężej chorych patentów.
			2a. Aktualna sytuacja finansowa zakładów radiologii Dotychczasowe wyceny pozwalały zakładom radiologii w szpitalach bilansować się mniej więcej na poziomie „zero" - pracownie nie generowały dużych zysków, ale też nie wymagały stałego dokładania środków przez dyrekcje. Obniżenie wycen spowoduje, że pracownie radiologii zaczną przynosić straty, co dramatycznie pogorszy sytuację finansową całych szpitali. Biorąc pod uwagę obecne trudności ekonomiczne placówek, takie działanie może doprowadzić do ograniczenia dostępności badań, redukcji etatów lub wręcz zamykania części pracowni. 3. Pominięte koszty dodatkowe Raport nie uwzględnia szeregu kluczowych elementów: Awarie i serwis - wymiana cewek MR to koszt 200-300 tys. zł (a nie 10-50 tys.), często powodujący tygodniowe przestoje w szpitalach. Sam serwis aparatu TK/MR to wydatek rzędu kilkudziesięciu tysięcy złotych rocznie. Środki hepatotropowe - znacznie droższe od standardowych, a jednocześnie niezbędne w badaniach wątroby. Nie zostały one uwzględnione w wycenach, podobnie jak fakt, że kontrasty dostępne są w pojemnikach zbiorczych - a niewykorzystanie całej fiolki danego dnia obliguje do jej utylizacji.

			4. Niespójność w wycenie badań wieloodcinkowych MR kręgosłupa MR jednego odcinka kręgosłupa (bez kontrastu): 396 zł. MR trzech odcinków kręgosłupa (bez kontrastu): 985 zł. Oznacza to, że trzy odcinki są wycenione tylko 2,5 raza wyżej niż Jeden. Tymczasem w praktyce: każde badanie wymaga pełnego protokołu i osobnego slotu czasowego, opis odpowiada trzem niezależnym badaniom, jedyna oszczędność to brak konieczności trzykrotnego układania pacjenta, co skraca czas o maksymalnie kilka (3-5) minut. TK wieloodcinkowe - zdecydowana większość to badania onkologiczne Opisy badań onkologicznych w TK, które są badaniami wieloodcinkowymi, wymagają porównania z badaniami poprzednimi, co w praktyce oznacza analizę nie ok.'3000 obrazów, lecz ok. 6000 obrazów. Wycena 3 odcinków badań TK: TK jednego odcinka (bez i z kontrastem) - 415 pkt TK trzech odcinków (bez kontrastu) - 564 pkt Stosunek: 564 + 415 = 1,36x Oznacza to, że NFZ wycenia trzy odcinki TK tylko o 36% drożej niż jeden odcinek (i). To rażący błąd logiczny - robienie trzech badań „taniej" nie ma uzasadnienia. Taryfy muszą odzwierciedlać faktyczny nakład pracy i czasu. Obecnie praktycznie wszystkie firmy i pracownie mają problem z badaniami onkologicznymi - przy obecnej wycenie trudno znaleźć chętnych do ich opisywania. W onkologii oczekiwanie na opis może wiązać się z nieodwracalnym pogorszeniem stanu chorego. Raport nie przewiduje żadnych dopłat do badań onkologicznych priorytetowych - DILO.
			5. Nierealne czasy przygotowania i akwizycji Przygotowanie pacjenta - 5 minut: nierealne w szpitalach, gdzie pacjentów trzeba transportować, zakładać wkłucia, poprawiać dokumentację, a często także powtarzać sekwencje. Czas badań TK/MR: przyjęte w raporcie 5 i 15 minut są fikcyjne. W praktyce wiele badań twa 30-40 minut, a niektóre do 90 minut. 5a. Finansowanie pracy w godzinach nocnych i w weekendy Aby zwiększyć wykorzystanie istniejącej aparatury TK i MR oraz realnie skrócić kolejki, należy przewidzieć dodatkowe finansowanie dla pracowni wykonujących badania po godzinie 20:00 oraz w weekendy. Pozwoli to na pełniejsze wykorzystanie kosztownego sprzętu, którego dostępność w Polsce i tak jest niższa niż średnia europejska.

			Jednocześnie umożliwi to zapewnienie obsady kadrowej, ponieważ zgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami w kraju, personel oczekuje dodatkowej gratyfikacji za pracę w nocy i w dni wolne od pracy. Takie rozwiązanie byłoby korzystne zarówno dla pacjentów (krótsze kolejki, szybsza diagnostyka), jak i dla placówek medycznych (lepsze wykorzystanie potencjału technologicznego). 6. Dane rynkowe vs. wyceny NFZ NFZ: opis badania TK/MR-ok. 116 zł brutto dla pracowni (stawka sprzed 10 lat). Obniżanie wycen w takiej sytuacji jest całkowicie oderwane od realiów i doprowadzi do odpływu specjalistów z systemu publicznego. Agencja posiada możliwość analizy danych z publicznych placówek, które jasno pokazują, ile faktycznie płaci się lekarzom i firmom teleradiologicznym za opisy: 200-300 zł za opis badania, ok. 250 zł/h za gotowość dyżurową. Ignorowanie tych danych prowadzi do wycen kompletnie rozbieżnych z realiami rynkowymi. 7. Odpowiedzialność prawna radiologów Radiolog ponosi pełną odpowiedzialność cywilną i karną za każdy opis. Odszkodowania i średnia krajowa (podstawa roszczeń) rosną, podobnie jak wydatki na ochronę zdrowia i wynagrodzenia w sektorze. Tymczasem proponowana wycena ma być obniżona nawet o 50% względem obecnych stawek To rażąca dysproporcja - rosnąca odpowiedzialność i koszty przy malejącej wycenie.
			8. Jakość badań i nadmiarowość Wzrost liczby osób z formalnymi uprawnieniami nie oznacza wzrostu jakości diagnostyki. Nieprawidłowe opisy USG powodują nadmiarowe kierowania na TK/MR, generując koszty i przeciążając system. Obniżki wycen TK i MR nie rozwiązują problemu nadmiarowości, a jedynie zniechęcają do wykonywania badań trudnych i złożonych. 9. Skutki kadrowe i konstytucyjne Obniżki spowodują odpływ radiologów do sektora prywatnego lub za granicę. Publiczni pacjenci zostaną wykluczeni z dostępu do specjalistycznej diagnostyki. To narusza art. 68 Konstytucji RP, gwarantujący równy dostęp do ochrony zdrowia. 10. Błędy metodologiczne raportu Brak analizy wrażliwości i scenariuszy. Oparcie kluczowych danych na opiniach eksperckich zamiast na danych RIS/PACS. Niespójności w cenach punktu (1,94 vs. 1,96 zł). Brak rewizji koszyka świadczeń i wadliwe mapowanie ICD-9. Niewłaściwa alokacja kosztów personelu (przerzucenie do „infrastruktury"). Podsumowanie i wnioski

			Raport DAiR.543.3.2025 zawiera błędne założenia, pomija realne koszty i prowadzi do wniosków sprzecznych z praktyką kliniczną. Największe zagrożenie stanowi obniżenie wycen badań szpitalnych, które są fundamentem diagnostyki w najcięższych przypadkach klinicznych. To działanie uderzy w pacjentów w stanie zagrożenia życia i może doprowadzić do dramatycznego pogorszenia jakości leczenia w onkologii, neurologii i medycynie ratunkowej.
13	Prof. dr hab. med. Cezary Kępka Narodowy Instytut Kardiologii Warszawa-Anin		**Stanowisko dotyczące dokumentu: „Raport i projekty taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego obejmujące badania tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego."** Nawiązując do w/w dokumentu chciałbym wyrazić swoje wsparcie dla proponowanych w nim rozwiązań, tj. konieczności zaangażowania dodatkowego personelu (przeszkolonego specjalisty kardiologa) do realizacji badań TK serca i MR serca, oraz uzależnienia stopnia refundacji badań od jego udziału w wykonaniu i interpretacji tych typów badań. Jest to absolutnie słuszna propozycja, poparta konkretnymi danymi. Wbrew ogólnie panującej opinii badania serca należą do najbardziej wymagających tak pod względem technicznym, jak również pod względem doświadczenia zespołu lekarsko-techniczno-pielęgniarskiego. Z przykrością należy stwierdzić, że w Polsce w przeciwieństwie do innych krajów UE nie wdrożono jeszcze systemu dedykowanych szkoleń dla specjalistów, których ukończenie pozwala na samodzielny nadzór nad wykonaniem i interpretację wyników badań. Tym bardziej słuszne wydaje się zaangażowanie lekarzy obu specjalności. Wykonanie wiarygodnego i przydatnego klinicznie badani najczęściej wymaga specjalnego przygotowania chorego w tym podania leków naczyniorozkurczających oraz zwapniających akcję serca (w szczególności dotyczy to badań TK tętnic wieńcowych). Wymaga również doświadczenia klinicznego pozwalającego na odstąpienie od wykonania badania lub zmianę algorytmu diagnostycznego. Większość ograniczeń obu metod, zależy od dostępnego sprzętu, ale głównie od kompetencji personelu. W wielu przypadkach badania te wykonywane są bez uwzględnienia powyższych elementów, co skutkuje niekonkluzywnym klinicznie wynikiem – po otrzymaniu wyniku badania lekarz kierujący nie jest w stanie podjąć jednoznacznych decyzji terapeutycznych. Badania TK i MR serca są elementem procesu diagnostycznego pacjentów kardiologicznych, a wnioski płynące po ich wykonaniu powinny umożliwiać optymalne postepowanie z pacjentem. Niestety obecnie tak nie jest. Według mojej najlepszej wiedzy środowisko radiologiczne nie dysponuje (a przynajmniej takie dane nie zostały udostępnione) danymi potwierdzającymi rzeczywistą przydatność tych badań. 2 Źródłem obiektywnej wiedzy dotyczącej badań TK tętnic wieńcowych jest przygotowany przez Narodowy Instytut Kardiologii, na zlecenie Ministerstwa Zdrowia i we współpracy z NFZ, CEZ i AOTMIT, raport z realizacji zadania: 11.2. Podjęcie działań zmierzających do zwiększenia dostępu do najnowszych metod terapeutycznych przez rozszerzenie wykazu leków refundowanych w terapiach kardiologicznych i innych związanych z ChUK oraz

			wdrażanie innowacyjnych usług, technologii i procedur medycznych, realizowanego w ramach Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032. Wyniki przeprowadzonych analiz pozwalają na sprecyzowanie wniosków, które powinny być uwzględnione w opiniowanym dokumencie, tj.: - liczba badań TK serca rośnie istotnie rok do roku w postępie nieliniowym, szacunkowa liczba wykonywanych badań, uwzględniając profil ryzyka polskiej populacji, może osiągnąć wartość 250-300tys rocznie. - jedynie mniej niż 100 pracowni tomografii komputerowej w Polsce wykonuje liczbę badań uprawniającą do uznania ich za wystarczające dla uzyskania kompetencji. Dostęp do dobrej jakości badań jest ograniczony. - istnieją duże różnice w liczbie wykonywanych badań TK serca w poszczególnych województwach (w przeliczeniu na mln mieszkańców) – ten problem nie był wcześniej adresowany, pomimo różnic stwierdzonych już kilka lat temu - nieakceptowanie wysoki, sięgający 50%!!!, odsetek chorych po wcześniej wykonanym badaniu TK serca jest kierowanych do diagnostyki inwazyjnej (czyli koronarografii). Najbardziej prawdopodobną przyczyną takiego stanu jest niekonkluzywność opisów badań, co nie pozwala lekarzowi kierującemu bezpiecznie i odpowiedzialnie wykluczyć istotnej choroby wieńcowej. - w ostatnich latach (od roku 2021) rośnie również liczba corocznie wykonywanych inwazyjnych koronarografii; za ten wzrost może odpowiadać nowa grupa chorych – właśnie tych, którzy są kierowani po wcześniej wykonanym badaniu TK serca - spośród pacjentów skierowanych do inwazyjnej koronarografii na podstawie wcześniej wykonanego wyniku badania TK serca jedynie około 50%!!! rzeczywiście wymaga rewaskularyzacji. Ten nieakceptowanie niski odsetek chorych u których potwierdzono wskazania kardiologiczne do zabiegu angioplastyki wieńcowej lub rewaskularyzacji operacyjnej potwierdza, że jakość obecnie wykonywanych badań TK nie pozwala skorzystać z podstawowej ich zalety – czyli redukcji liczby koronarografii niezakończonych leczeniem rewaskularyzacyjnym. Pełny raport z realizacji wspomnianego zadania został przekazany do Ministerstwa Zdrowia na początku roku 2025. 3 Utrzymanie obecnego modelu realizacji świadczeń w zakresie diagnostyki obrazowej serca może moim zdaniem spowodować: - Znaczący wzrost kosztów diagnostyki spowodowany dublowaniem się metod diagnostycznych, czyli zbyt częstym kierowaniem chorych do inwazyjnej koronarografii - dalsze obniżenie konkluzywności generowanych wyników, na skutek wzrostu zapotrzebowania na świadczenia i ich realizacji świadczeń w miejscach o niewystarczającym doświadczeniu.

			- Komplikację ścieżki diagnostycznej i wydłużenie czasu oczekiwania na hospitalizację u osób rzeczywiście wymagających rewaskularyzacji - Wzrost liczby i kosztów innych badań diagnostycznych w kardiologii (echo wysiłkowe, badania SPECT, itp.) - Przy sygnalizowanych ograniczonych zasobach sprzętowych i ludzkich – wydłużenie czasu oczekiwania na interpretację badań TK i MR
14.	Paula Motoszko		W związku z opublikowanym 22 września 2025 r. raportem DAiR.543.3.2025 dotyczącym projektu taryf świadczeń gwarantowanych w zakresie badań TK i MR, jako specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej przedstawiam poniższe uwagi. Raport w obecnym kształcie zawiera istotne błędy metodologiczne, pomija rzeczywiste koszty i prowadzi do wniosków groźnych dla jakości oraz dostępności diagnostyki obrazowej w Polsce. 1. Trend europejski i potrzeba inwestycji • Polska wykonuje znacząco mniej badań TK i MR na 1000 mieszkańców niż średnia europejska, szczególnie w obszarze MR. • Dotychczasowe wyceny umożliwiły rozwój nowych pracowni (często jedynie dzięki dofinansowaniom unijnym), co pokazuje, że przy obecnych stawkach można bilansować inwestycje rzędu kilku milionów złotych. • Obniżenie taryf zatrzyma rozwój i modernizację, a tym samym oddali Polskę od średniej europejskiej zamiast nas do niej zbliżać. • Jeśli celem jest rozwój, wyceny powinny zostać utrzymane lub zwiększone, a nie obniżane. 2. Obniżanie wycen szpitalnych jest nielogiczne • W szpitalach diagnozuje się pacjentów w najcięższym stanie: nieprzytomnych, leżących, onkologicznych, neurologicznych, urazowych. • Założony w raporcie czas 15 minut na MR głowy dotyczy jedynie skróconych protokołów w AOS. Często po takim wstępnym badaniu konieczne jest wykonanie znacznie dłuższego badania zawierającego dodatkowe sekwencje. • W rzeczywistości pełne protokoły onkologiczne i neurologiczne trwają 30–40 minut, a niekiedy nawet 90 minut. • Opisy takich badań są bardziej pracochłonne i często wymagają konsultacji wielospecjalistycznych. Czas ich opracowania jest zwykle co najmniej dwukrotnie dłuższy niż w przypadku badań wykonywanych w

			AOS. Opis przed planowaną operacją onkologiczną czy pooperacyjny u pacjenta z powikłaniami jest procesem czasochłonnym, trudnym i obarczonym dużą presją oraz ryzykiem. Obniżanie wycen badań szpitalnych jest sprzeczne z praktyką kliniczną i grozi pogorszeniem jakości diagnostyki najciężej chorych pacjentów. 2a. Aktualna sytuacja finansowa zakładów radiologii • Dotychczasowe wyceny pozwalały zakładom radiologii w szpitalach bilansować się mniej więcej na poziomie „zero" – pracownie nie generowały dużych zysków, ale też nie wymagały stałego dokładania środków przez dyrekcje. • Obniżenie wycen spowoduje, że pracownie radiologii zaczną przynosić straty, co dramatycznie pogorszy sytuację finansową całych szpitali. • Biorąc pod uwagę obecne trudności ekonomiczne placówek, takie działanie może doprowadzić do ograniczenia dostępności badań, redukcji etatów lub wręcz zamykania części pracowni. 3. Pominięte koszty dodatkowe Raport nie uwzględnia szeregu kluczowych elementów: • Awarie i serwis – wymiana cewek MR to koszt 200–300 tys. zł (a nie 10–50 tys.), często powodujący tygodniowe przestoje w szpitalach. Sam serwis aparatu TK/MR to wydatek rzędu kilkudziesięciu tysięcy złotych rocznie. • Środki hepatotropowe – znacznie droższe od standardowych, a jednocześnie niezbędne w badaniach wątroby. Nie zostały one uwzględnione w wycenach, podobnie jak fakt, że kontrasty dostępne są w pojemnikach zbiorczych – a niewykorzystanie całej fiolki danego dnia obliguje do jej utylizacji. 4. Niespójność w wycenie badań wieloodcinkowych MR kręgosłupa • MR jednego odcinka kręgosłupa (bez kontrastu): 396 zł. • MR trzech odcinków kręgosłupa (bez kontrastu): 985 zł. Oznacza to, że trzy odcinki są wycenione tylko 2,5 raza wyżej niż jeden. Tymczasem w praktyce: • każde badanie wymaga pełnego protokołu i osobnego slotu czasowego,

			• opis odpowiada trzem niezależnym badaniom,
			• jedyna oszczędność to brak konieczności trzykrotnego układania pacjenta, co skraca czas o maksymalnie kilka (3-5) minut.
			TK wieloodcinkowe – zdecydowana większość to badania onkologiczne
			• Opisy badań onkologicznych w TK, które są badaniami wieloodcinkowymi, wymagają porównania z badaniami poprzednimi, co w praktyce oznacza analizę nie ok. 3000 obrazów, lecz ok. 6000 obrazów.
			• Wycena 3 odcinków badań TK:
			  • TK jednego odcinka (bez i z kontrastem) – 415 pkt
			  • TK trzech odcinków (bez kontrastu) – 564 pkt
			  • Stosunek: 564 ÷ 415 ≈ 1,36×
			  • Oznacza to, że NFZ wycenia trzy odcinki TK tylko o 36% drożej niż jeden odcinek (!).
			To rażący błąd logiczny – robienie trzech badań „taniej" nie ma uzasadnienia. Taryfy muszą odzwierciedlać faktyczny nakład pracy i czasu. Obecnie praktycznie wszystkie firmy i pracownie mają problem z badaniami onkologicznymi – przy obecnej wycenie trudno znaleźć chętnych do ich opisywania. W onkologii oczekiwanie na opis może wiązać się z nieodwracalnym pogorszeniem stanu chorego. Raport nie przewiduje żadnych dopłat do badań onkologicznych priorytetowych – DILO.
			
			5. Nierealne czasy przygotowania i akwizycji
			• Przygotowanie pacjenta – 5 minut: nierealne w szpitalach, gdzie pacjentów trzeba transportować, zakładać wkłucia, poprawiać dokumentację, a często także powtarzać sekwencje.
			• Czas badań TK/MR: przyjęte w raporcie 5 i 15 minut są fikcyjne. W praktyce wiele badań trwa 30–40 minut, a niektóre do 90 minut.
			5a. Finansowanie pracy w godzinach nocnych i w weekendy
			• Aby zwiększyć wykorzystanie istniejącej aparatury TK i MR oraz realnie skrócić kolejki, należy przewidzieć dodatkowe finansowanie dla pracowni wykonujących badania po godzinie 20:00 oraz w weekendy.
			• Pozwoli to na pełniejsze wykorzystanie kosztownego sprzętu, którego dostępność w Polsce i tak jest niższa niż średnia europejska.
			• Jednocześnie umożliwi to zapewnienie obsady kadrowej, ponieważ zgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami w kraju, personel oczekuje dodatkowej gratyfikacji za pracę w nocy i w dni wolne od pracy.

			• Takie rozwiązanie byłoby korzystne zarówno dla pacjentów (krótsze kolejki, szybsza diagnostyka), jak i dla placówek medycznych (lepsze wykorzystanie potencjału technologicznego). 6. Dane rynkowe vs. wyceny NFZ • NFZ: opis badania TK/MR – ok. 116 zł brutto dla pracowni (stawka sprzed 10 lat). • Obniżanie wycen w takiej sytuacji jest całkowicie oderwane od realiów i doprowadzi do odpływu specjalistów z systemu publicznego. Agencja posiada możliwość analizy danych z publicznych placówek, które jasno pokazują, ile faktycznie płaci się lekarzom i firmom teleradiologicznym za opisy: • 200–300 zł za opis badania, • ok. 250 zł/h za gotowość dyżurową. Ignorowanie tych danych prowadzi do wycen kompletnie rozbieżnych z realiami rynkowymi. 7. Odpowiedzialność prawna radiologów • Radiolog ponosi pełną odpowiedzialność cywilną i karną za każdy opis. • Odszkodowania i średnia krajowa (podstawa roszczeń) rosną, podobnie jak wydatki na ochronę zdrowia i wynagrodzenia w sektorze. • Tymczasem proponowana wycena ma być obniżona nawet o 50% względem obecnych stawek. To rażąca dysproporcja – rosnąca odpowiedzialność i koszty przy malejącej wycenie. 8. Jakość badań i nadmiarowość • Wzrost liczby osób z formalnymi uprawnieniami nie oznacza wzrostu jakości diagnostyki. • Nieprawidłowe opisy USG powodują nadmiarowe skierowania na TK/MR, generując koszty i przeciążając system. • Obniżki wycen TK i MR nie rozwiązują problemu nadmiarowości, a jedynie zniechęcają do wykonywania badań trudnych i złożonych. 9. Skutki kadrowe i konstytucyjne • Obniżki spowodują odpływ radiologów do sektora prywatnego lub za granicę.

			• Publiczni pacjenci zostaną wykluczeni z dostępu do specjalistycznej diagnostyki. • To narusza art. 68 Konstytucji RP, gwarantujący równy dostęp do ochrony zdrowia. 10. Błędy metodologiczne raportu • Brak analizy wrażliwości i scenariuszy. • Oparcie kluczowych danych na opiniach eksperckich zamiast na danych RIS/PACS. • Niespójności w cenach punktu (1,94 vs. 1,96 zł). • Brak rewizji koszyka świadczeń i wadliwe mapowanie ICD-9. • Niewłaściwa alokacja kosztów personelu (przerzucenie do „infrastruktury”). Podsumowanie i wnioski Raport DAiR.543.3.2025 zawiera błędne założenia, pomija realne koszty i prowadzi do wniosków sprzecznych z praktyką kliniczną. Największe zagrożenie stanowi obniżenie wycen badań szpitalnych, które są fundamentem diagnostyki w najcięższych przypadkach klinicznych. To działanie uderzy w pacjentów w stanie zagrożenia życia i może doprowadzić do dramatycznego pogorszenia jakości leczenia w onkologii, neurologii i medycynie ratunkowej. Wnioskuję o: • Wstrzymanie wdrożenia raportu w obecnej formie. • Niezmienianie (a docelowo – podwyższenie) wycen badań szpitalnych, aby odzwierciedlały one faktyczny czas i nakład pracy wymagany przy diagnostyce pacjentów w ciężkim stanie klinicznym. • Przeprowadzenie analizy wrażliwości i scenariuszowej. • Uwzględnienie realnych kosztów (serwis, kontrasty, utylizacja, opisy, dyżury). • Rozróżnienie wycen badań szpitalnych i ambulatoryjnych (z uwzględnieniem różnicy w poziomie trudności, czasie i ryzyku). • Rewizję koszyka świadczeń i doprecyzowanie mapowania. • Wprowadzenie mechanizmu indeksacji kosztowej (energia, płace, serwis). • Korektę wycen badań wieloodcinkowych, które obecnie w sposób całkowicie nielogiczny traktują trzy odcinki jako zaledwie 1,36- krotności jednego badania TK i 2,5-krotność jednego badania MR, podczas gdy nakład pracy i czasu jest w praktyce trzykrotny.

15.	Dr n.med. Olena Wojno		W związku z opublikowanym 22 września 2025 r. raportem DAiR.543.3.2025 dotyczącym projektu taryf świadczeń gwarantowanych w zakresie badań TK i MR, jako specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej przedstawiam poniższe uwagi. Raport w obecnym kształcie zawiera istotne błędy metodologiczne, pomija rzeczywiste koszty i prowadzi do wniosków groźnych dla jakości oraz dostępności diagnostyki obrazowej w Polsce. 1. Trend europejski i potrzeba inwestycji Polska wykonuje znacząco mniej badań TK i MR na 1000 mieszkańców niż średnia europejska, szczególnie w obszarze MR. Dotychczasowe wyceny umożliwiły rozwój nowych pracowni (często jedynie dzięki dofinansowaniom unijnym), co pokazuje, że przy obecnych stawkach można bilansować inwestycje rzędu kilku milionów złotych. Obniżenie taryf zatrzyma rozwój i modernizację, a tym samym oddali Polskę od średniej europejskiej zamiast nas do niej zbliżać. Jeśli celem jest rozwój, wyceny powinny zostać utrzymane lub zwiększone, a nie obniżane. 2. Obniżanie wycen szpitalnych jest nielogiczne W szpitalach diagnozuje się pacjentów w najcięższym stanie: nieprzytomnych, leżących, onkologicznych, neurologicznych, urazowych. Założony w raporcie czas 15 minut na MR głowy dotyczy jedynie skróconych protokołów w AOS. Często po takim wstępnym badaniu konieczne jest wykonanie znacznie dłuższego badania zawierającego dodatkowe sekwencje. W rzeczywistości pełne protokoły onkologiczne i neurologiczne trwają 30–40 minut, a niekiedy nawet 90 minut. Opisy takich badań są bardziej pracochłonne i często wymagają konsultacji wielospecjalistycznych. Czas ich opracowania jest zwykle co najmniej dwukrotnie dłuższy niż w przypadku badań wykonywanych w AOS. Opis przed planowaną operacją onkologiczną czy pooperacyjny u pacjenta z powikłaniami jest procesem czasochłonnym, trudnym i obarczonym dużą presją oraz ryzykiem. Obniżanie wycen badań szpitalnych jest sprzeczne z praktyką kliniczną i grozi pogorszeniem jakości diagnostyki najciężej chorych pacjentów. 2a. Aktualna sytuacja finansowa zakładów radiologii Dotychczasowe wyceny pozwalały zakładom radiologii w szpitalach bilansować się mniej więcej na poziomie „zero” – pracownie nie generowały dużych zysków, ale też nie wymagały stałego dokładania środków przez dyrekcje.

			Obniżenie wycen spowoduje, że pracownie radiologii zaczną przynosić straty, co dramatycznie pogorszy sytuację finansową całych szpitali. Biorąc pod uwagę obecne trudności ekonomiczne placówek, takie działanie może doprowadzić do ograniczenia dostępności badań, redukcji etatów lub wręcz zamykania części pracowni. 3. Pominięte koszty dodatkowe Raport nie uwzględnia szeregu kluczowych elementów: Awarie i serwis – wymiana cewek MR to koszt 200–300 tys. zł (a nie 10–50 tys.), często powodujący tygodniowe przestoje w szpitalach. Sam serwis aparatu TK/MR to wydatek rzędu kilkudziesięciu tysięcy złotych rocznie. Środki hepatotropowe – znacznie droższe od standardowych, a jednocześnie niezbędne w badaniach wątroby. Nie zostały one uwzględnione w wycenach, podobnie jak fakt, że kontrasty dostępne są w pojemnikach zbiorczych – a niewykorzystanie całej fiolki danego dnia obliguje do jej utylizacji. 4. Niespójność w wycenie badań wieloodcinkowych MR kręgosłupa MR jednego odcinka kręgosłupa (bez kontrastu): 396 zł. MR trzech odcinków kręgosłupa (bez kontrastu): 985 zł. Oznacza to, że trzy odcinki są wycenione tylko 2,5 raza wyżej niż jeden. Tymczasem w praktyce: każde badanie wymaga pełnego protokołu i osobnego slotu czasowego, opis odpowiada trzem niezależnym badaniom, jedyna oszczędność to brak konieczności trzykrotnego układania pacjenta, co skraca czas o maksymalnie kilka (3-5) minut. TK wieloodcinkowe – zdecydowana większość to badania onkologiczne Opisy badań onkologicznych w TK, które są badaniami wieloodcinkowymi, wymagają porównania z badaniami poprzednimi, co w praktyce oznacza analizę nie ok. 3000 obrazów, lecz ok. 6000 obrazów. Wycena 3 odcinków badań TK: TK jednego odcinka (bez i z kontrastem) – 415 pkt TK trzech odcinków (bez kontrastu) – 564 pkt Stosunek: 564 ÷ 415 ≈ 1,36×

			Oznacza to, że NFZ wycenia trzy odcinki TK tylko o 36% drożej niż jeden odcinek (!). To rażący błąd logiczny – robienie trzech badań „taniej” nie ma uzasadnienia. Taryfy muszą odzwierciedlać faktyczny nakład pracy i czasu. Obecnie praktycznie wszystkie firmy i pracownie mają problem z badaniami onkologicznymi – przy obecnej wycenie trudno znaleźć chętnych do ich opisywania. W onkologii oczekiwanie na opis może wiązać się z nieodwracalnym pogorszeniem stanu chorego. Raport nie przewiduje żadnych dopłat do badań onkologicznych priorytetowych – DILO. 5. Nierealne czasy przygotowania i akwizycji Przygotowanie pacjenta – 5 minut: nierealne w szpitalach, gdzie pacjentów trzeba transportować, zakładać wkłucia, poprawiać dokumentację, a często także powtarzać sekwencje. Czas badań TK/MR: przyjęte w raporcie 5 i 15 minut są fikcyjne. W praktyce wiele badań trwa 30–40 minut, a niektóre do 90 minut. 5a. Finansowanie pracy w godzinach nocnych i w weekendy Aby zwiększyć wykorzystanie istniejącej aparatury TK i MR oraz realnie skrócić kolejki, należy przewidzieć dodatkowe finansowanie dla pracowni wykonujących badania po godzinie 20:00 oraz w weekendy. Pozwoli to na pełniejsze wykorzystanie kosztownego sprzętu, którego dostępność w Polsce i tak jest niższa niż średnia europejska. Jednocześnie umożliwi to zapewnienie obsady kadrowej, ponieważ zgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami w kraju, personel oczekuje dodatkowej gratyfikacji za pracę w nocy i w dni wolne od pracy. Takie rozwiązanie byłoby korzystne zarówno dla pacjentów (krótsze kolejki, szybsza diagnostyka), jak i dla placówek medycznych (lepsze wykorzystanie potencjału technologicznego). 6. Dane rynkowe vs. wyceny NFZ NFZ: opis badania TK/MR – ok. 116 zł brutto dla pracowni (stawka sprzed 10 lat). Obniżanie wycen w takiej sytuacji jest całkowicie oderwane od realiów i doprowadzi do odpływu specjalistów z systemu publicznego. Agencja posiada możliwość analizy danych z publicznych placówek, które jasno pokazują, ile faktycznie płaci się lekarzom i firmom teleradiologicznym za opisy: 200–300 zł za opis badania, ok. 250 zł/h za gotowość dyżurową. Ignorowanie tych danych prowadzi do wycen kompletnie rozbieżnych z realiami rynkowymi.

			7. Odpowiedzialność prawna radiologów Radiolog ponosi pełną odpowiedzialność cywilną i karną za każdy opis. Odszkodowania i średnia krajowa (podstawa roszczeń) rosną, podobnie jak wydatki na ochronę zdrowia i wynagrodzenia w sektorze. Tymczasem proponowana wycena ma być obniżona nawet o 50% względem obecnych stawek. To rażąca dysproporcja – rosnąca odpowiedzialność i koszty przy malejącej wycenie. 8. Jakość badań i nadmiarowość Wzrost liczby osób z formalnymi uprawnieniami nie oznacza wzrostu jakości diagnostyki. Nieprawidłowe opisy USG powodują nadmiarowe kierowania na TK/MR, generując koszty i przeciążając system. Obniżki wycen TK i MR nie rozwiązują problemu nadmiarowości, a jedynie zniechęcają do wykonywania badań trudnych i złożonych. 9. Skutki kadrowe i konstytucyjne Obniżki spowodują odpływ radiologów do sektora prywatnego lub za granicę. Publiczni pacjenci zostaną wykluczeni z dostępu do specjalistycznej diagnostyki. To narusza art. 68 Konstytucji RP, gwarantujący równy dostęp do ochrony zdrowia. 10. Błędy metodologiczne raportu Brak analizy wrażliwości i scenariuszy. Oparcie kluczowych danych na opiniach eksperckich zamiast na danych RIS/PACS. Niespójności w cenach punktu (1,94 vs. 1,96 zł). Brak rewizji koszyka świadczeń i wadliwe mapowanie ICD-9. Niewłaściwa alokacja kosztów personelu (przerzucenie do „infrastruktury”). Podsumowanie i wnioski Raport DAiR.543.3.2025 zawiera błędne założenia, pomija realne koszty i prowadzi do wniosków sprzecznych z praktyką kliniczną. Największe zagrożenie stanowi obniżenie wycen badań szpitalnych, które są fundamentem

			diagnostyki w najcięższych przypadkach klinicznych. To działanie uderzy w pacjentów w stanie zagrożenia życia i może doprowadzić do dramatycznego pogorszenia jakości leczenia w onkologii, neurologii i medycynie ratunkowej. Wnioskuję o: Wstrzymanie wdrożenia raportu w obecnej formie. Niezmienianie (a docelowo – podwyższenie) wycen badań szpitalnych, aby odzwierciedlały one faktyczny czas i nakład pracy wymagany przy diagnostyce pacjentów w ciężkim stanie klinicznym. Przeprowadzenie analizy wrażliwości i scenariuszowej. Uwzględnienie realnych kosztów (serwis, kontrasty, utylizacja, opisy, dyżury). Rozróżnienie wycen badań szpitalnych i ambulatoryjnych (z uwzględnieniem różnicy w poziomie trudności, czasie i ryzyku). Rewizję koszyka świadczeń i doprecyzowanie mapowania. Wprowadzenie mechanizmu indeksacji kosztowej (energia, płace, serwis). Korektę wycen badań wieloodcinkowych, które obecnie w sposób całkowicie nielogiczny traktują trzy odcinki jako zaledwie 1,36- krotności jednego badania TK i 2,5-krotność jednego badania MR, podczas gdy nakład pracy i czasu jest w praktyce trzykrotny.
16.	Maja Pietrzak		W związku z opublikowanym 22 września 2025 r. raportem DAiR.543.3.2025 dotyczącym projektu taryf świadczeń gwarantowanych w zakresie badań TK i MR, jako lekarz za chwilę zdający Państwowy Egzamin Specjalizacyjny z Radiologii i Diagnostyki Obrazowej przedstawiam poniższe uwagi. Raport w obecnym kształcie zawiera istotne błędy metodologiczne, pomija rzeczywiste koszty i prowadzi do wniosków groźnych dla jakości oraz dostępności diagnostyki obrazowej w Polsce. Polska wykonuje znacząco mniej badań TK i MR na 1000 mieszkańców niż średnia europejska, szczególnie w obszarze MR. Dotychczasowe wyceny umożliwiły rozwój nowych pracowni (często jedynie dzięki dofinansowaniom unijnym), co pokazuje, że przy obecnych stawkach można bilansować inwestycje rzędu kilku milionów złotych. Obniżenie taryf zatrzyma rozwój i modernizację, a tym samym oddali Polskę od średniej europejskiej zamiast nas do niej zbliżać. Jeśli celem jest rozwój, wyceny powinny zostać utrzymane lub zwiększone, a nie obniżane.

			2. Obniżanie wycen szpitalnych jest nielogiczne W szpitalach diagnozuje się pacjentów w najcięższym stanie: nieprzytomnych, leżących, onkologicznych, neurologicznych, urazowych. Założony w raporcie czas 15 minut na MR głowy dotyczy jedynie skróconych protokołów w AOS. Często po takim wstępnym badaniu konieczne jest wykonanie znacznie dłuższego badania zawierającego dodatkowe sekwencje. W rzeczywistości pełne protokoły onkologiczne i neurologiczne trwają 30–40 minut, a niekiedy nawet 90 minut. Opisy takich badań są bardziej pracochłonne i często wymagają konsultacji wielospecjalistycznych. Czas ich opracowania jest zwykle co najmniej dwukrotnie dłuższy niż w przypadku badań wykonywanych w AOS. Opis przed planowaną operacją onkologiczną czy pooperacyjny u pacjenta z powikłaniami jest procesem czasochłonnym, trudnym i obarczonym dużą presją oraz ryzykiem. Obniżanie wycen badań szpitalnych jest sprzeczne z praktyką kliniczną i grozi pogorszeniem jakości diagnostyki najciężej chorych pacjentów. 2a. Aktualna sytuacja finansowa zakładów radiologii Dotychczasowe wyceny pozwalały zakładom radiologii w szpitalach bilansować się mniej więcej na poziomie „zero” – pracownie nie generowały dużych zysków, ale też nie wymagały stałego dokładania środków przez dyrekcje. Obniżenie wycen spowoduje, że pracownie radiologii zaczną przynosić straty, co dramatycznie pogorszy sytuację finansową całych szpitali. Biorąc pod uwagę obecne trudności ekonomiczne placówek, takie działanie może doprowadzić do ograniczenia dostępności badań, redukcji etatów lub wręcz zamykania części pracowni. 3. Pominięte koszty dodatkowe Raport nie uwzględnia szeregu kluczowych elementów: Awarie i serwis – wymiana cewek MR to koszt 200–300 tys. zł (a nie 10–50 tys.), często powodujący tygodniowe przestoje w szpitalach. Sam serwis aparatu TK/MR to wydatek rzędu kilkudziesięciu tysięcy złotych rocznie.

			Środki hepatotropowe – znacznie droższe od standardowych, a jednocześnie niezbędne w badaniach wątroby. Nie zostały one uwzględnione w wycenach, podobnie jak fakt, że kontrasty dostępne są w pojemnikach zbiorczych – a niewykorzystanie całej fiolki danego dnia obliguje do jej utylizacji. MR jednego odcinka kręgosłupa (bez kontrastu): 396 zł. MR trzech odcinków kręgosłupa (bez kontrastu): 985 zł. Oznacza to, że trzy odcinki są wycenione tylko 2,5 raza wyżej niż jeden. Tymczasem w praktyce: każde badanie wymaga pełnego protokołu i osobnego slotu czasowego, opis odpowiada trzem niezależnym badaniom, jedyna oszczędność to brak konieczności trzykrotnego układania pacjenta, co skraca czas o maksymalnie kilka (3-5) minut. TK wieloodcinkowe – zdecydowana większość to badania onkologiczne Opisy badań onkologicznych w TK, które są badaniami wieloodcinkowymi, wymagają porównania z badaniami poprzednimi, co w praktyce oznacza analizę nie ok. 3000 obrazów, lecz ok. 6000 obrazów. Wycena 3 odcinków badań TK: TK jednego odcinka (bez i z kontrastem) – 415 pkt TK trzech odcinków (bez kontrastu) – 564 pkt Stosunek: 564 ÷ 415 ≈ 1,36× Oznacza to, że NFZ wycenia trzy odcinki TK tylko o 36% drożej niż jeden odcinek (!). To rażący błąd logiczny – robienie trzech badań „taniej” nie ma uzasadnienia. Taryfy muszą odzwierciedlać faktyczny nakład pracy i czasu. Obecnie praktycznie wszystkie firmy i pracownie mają problem z badaniami onkologicznymi – przy obecnej wycenie trudno znaleźć chętnych do ich opisywania. W onkologii oczekiwanie na opis może wiązać się z nieodwracalnym pogorszeniem stanu chorego. Raport nie przewiduje żadnych dopłat do badań onkologicznych priorytetowych – DILO.

			5. Nierealne czasy przygotowania i akwizycji Przygotowanie pacjenta – 5 minut: nierealne w szpitalach, gdzie pacjentów trzeba transportować, zakładać wkłucia, poprawiać dokumentację, a często także powtarzać sekwencje. Czas badań TK/MR: przyjęte w raporcie 5 i 15 minut są fikcyjne. W praktyce wiele badań trwa 30–40 minut, a niektóre do 90 minut. 5a. Finansowanie pracy w godzinach nocnych i w weekendy Aby zwiększyć wykorzystanie istniejącej aparatury TK i MR oraz realnie skrócić kolejki, należy przewidzieć dodatkowe finansowanie dla pracowni wykonujących badania po godzinie 20:00 oraz w weekendy. Pozwoli to na pełniejsze wykorzystanie kosztownego sprzętu, którego dostępność w Polsce i tak jest niższa niż średnia europejska. Jednocześnie umożliwi to zapewnienie obsady kadrowej, ponieważ zgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami w kraju, personel oczekuje dodatkowej gratyfikacji za pracę w nocy i w dni wolne od pracy. Takie rozwiązanie byłoby korzystne zarówno dla pacjentów (krótsze kolejki, szybsza diagnostyka), jak i dla placówek medycznych (lepsze wykorzystanie potencjału technologicznego). 6. Dane rynkowe vs. wyceny NFZ NFZ: opis badania TK/MR – ok. 116 zł brutto dla pracowni (stawka sprzed 10 lat). Obniżanie wycen w takiej sytuacji jest całkowicie oderwane od realiów i doprowadzi do odpływu specjalistów z systemu publicznego. Agencja posiada możliwość analizy danych z publicznych placówek, które jasno pokazują, ile faktycznie płaci się lekarzom i firmom teleradiologicznym za opisy: 200–300 zł za opis badania,

			ok. 250 zł/h za gotowość dyżurową. Ignorowanie tych danych prowadzi do wycen kompletnie rozbieżnych z realiami rynkowymi. 7. Odpowiedzialność prawna radiologów Radiolog ponosi pełną odpowiedzialność cywilną i karną za każdy opis. Odszkodowania i średnia krajowa (podstawa roszczeń) rosną, podobnie jak wydatki na ochronę zdrowia i wynagrodzenia w sektorze. Tymczasem proponowana wycena ma być obniżona nawet o 50% względem obecnych stawek. 8. Jakość badań i nadmiarowość Wzrost liczby osób z formalnymi uprawnieniami nie oznacza wzrostu jakości diagnostyki. Nieprawidłowe opisy USG powodują nadmiarowe kierowania na TK/MR, generując koszty i przeciążając system. Obniżki wycen TK i MR nie rozwiązują problemu nadmiarowości, a jedynie zniechęcają do wykonywania badań trudnych i złożonych. 9. Skutki kadrowe i konstytucyjne Obniżki spowodują odpływ radiologów do sektora prywatnego lub za granicę. Publiczni pacjenci zostaną wykluczeni z dostępu do specjalistycznej diagnostyki. To narusza art. 68 Konstytucji RP, gwarantujący równy dostęp do ochrony zdrowia. 10. Błędy metodologiczne raportu Brak analizy wrażliwości i scenariuszy. Oparcie kluczowych danych na opiniach eksperckich zamiast na danych RIS/PACS.

			Niespójności w cenach punktu (1,94 vs. 1,96 zł). Brak rewizji koszyka świadczeń i wadliwe mapowanie ICD-9. Niewłaściwa alokacja kosztów personelu (przerzucenie do „infrastruktury”). Podsumowanie i wnioski Raport DAiR.543.3.2025 zawiera błędne założenia, pomija realne koszty i prowadzi do wniosków sprzecznych z praktyką kliniczną. Największe zagrożenie stanowi obniżenie wycen badań szpitalnych, które są fundamentem diagnostyki w najcięższych przypadkach klinicznych. To działanie uderzy w pacjentów w stanie zagrożenia życia i może doprowadzić do dramatycznego pogorszenia jakości leczenia w onkologii, neurologii i medycynie ratunkowej. Wnioskuję o: Wstrzymanie wdrożenia raportu w obecnej formie. Niezmienianie (a docelowo – podwyższenie) wycen badań szpitalnych, aby odzwierciedlały one faktyczny czas i nakład pracy wymagany przy diagnostyce pacjentów w ciężkim stanie klinicznym. Przeprowadzenie analizy wrażliwości i scenariuszowej. Uwzględnienie realnych kosztów (serwis, kontrasty, utylizacja, opisy, dyżury). Rozróżnienie wycen badań szpitalnych i ambulatoryjnych (z uwzględnieniem różnicy w poziomie trudności, czasie i ryzyku). Rewizję koszyka świadczeń i doprecyzowanie mapowania. Wprowadzenie mechanizmu indeksacji kosztowej (energia, płace, serwis). Korektę wycen badań wieloodcinkowych, które obecnie w sposób całkowicie nielogiczny traktują trzy odcinki jako zaledwie 1,36- krotności jednego badania TK i 2,5-krotność jednego badania MR, podczas gdy nakład pracy i czasu jest w praktyce trzykrotny.
17.	Marcin Skoczyński	3.4. Tabela 15. strony 68-70	W tabeli podano obniżenia wyceny świadczeń metodą tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego. Jako specjalista radiolog z doświadczeniem od 2016 roku stwierdzam, że wyceny, w tym obniżki o do -22,48% są wysoce nieadekwatne do sytuacji medycznych. Badania te, pomimo zakresu badania jednej okolicy mogą faktycznie być wysokospecjalistycznymi, wymagającymi długotrwałej analizy radiologicznej, np. ocena wieloodłamowe złamania, co jest kluczowe dla odpowiedniego leczenia i odzyskania sprawności przez pacjenta (perspektywa wielu lat renty lub odzyskania sprawności dla pacjenta i praca z odprowadzaniem składek. Mniejsza wycena badania może zachęcać do mniej pogłębionej analizy i w konsekwencji gorszych wyników

			leczenia. Proponuję co najmniej utrzymanie wyceny wszystkich świadczeń na obecnym poziomie lub zwiększenie ich o wskaźnik inflacji 3,6%.
		3.4. Tabela 16. Strony 70-73	Obniżki wyceny świadczeń szpitalnych z działu diagnostyki obrazowej do -19 27% grożą niedofinansowaniem szpitali, co pociągnie za sobą gorsze warunki diagnostyki i leczenia pacjentów szpitalnych. Przy rosnących zarobkach personelu (pielęgniarki, technicy elektroradiologii, lekarze radiolodzy), wyższych z roku na rok kosztami stałym, w tym prądu wody spadek jakości badań wydaje się być nieuniknionym, podobnie jak zaleganie z płatnościami dla pracowników, a takie sytuacje miały już miejsce w moim przypadku doświadczenia zawodowego w trakcie 4-letniej praktyki lekarza specjalisty radiologii i diagnostyki obrazowej.
		4.1. strony 75-86	Skan nieczytelny.
			Uwagi przekazane w mailu: W związku z opublikowanym 22 września 2025 r. raportem DAiR.543.3.2025 dotyczącym projektu taryf świadczeń gwarantowanych w zakresie badań TK i MR, jako specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej przedstawiam poniższe uwagi. Raport w obecnym kształcie zawiera istotne błędy metodologiczne, pomija rzeczywiste koszty i prowadzi do wniosków groźnych dla jakości oraz dostępności diagnostyki obrazowej w Polsce. W załączniku potrzebny dokument podpisany profilem zaufanym. 1. Trend europejski i potrzeba inwestycji • Polska wykonuje znacząco mniej badań TK i MR na 1000 mieszkańców niż średnia europejska, szczególnie w obszarze MR. • Dotychczasowe wyceny umożliwiły rozwój nowych pracowni (często jedynie dzięki dofinansowaniom unijnym), co pokazuje, że przy obecnych stawkach można bilansować inwestycje rzędu kilku milionów złotych. • Obniżenie taryf zatrzyma rozwój i modernizację, a tym samym oddali Polskę od średniej europejskiej zamiast nas do niej zbliżać. • Jeśli celem jest rozwój, wyceny powinny zostać utrzymane lub zwiększone, a nie obniżane. 2. Obniżanie wycen szpitalnych jest nielogiczne

			• W szpitalach diagnozuje się pacjentów w najcięższym stanie: nieprzytomnych, leżących, onkologicznych, neurologicznych, urazowych. • Założony w raporcie czas 15 minut na MR głowy dotyczy jedynie skróconych protokołów w AOS. Często po takim wstępnym badaniu konieczne jest wykonanie znacznie dłuższego badania zawierającego dodatkowe sekwencje. • W rzeczywistości pełne protokoły onkologiczne i neurologiczne trwają 30–40 minut, a niekiedy nawet 90 minut. • Opisy takich badań są bardziej pracochłonne i często wymagają konsultacji wielospecjalistycznych. Czas ich opracowania jest zwykle co najmniej dwukrotnie dłuższy niż w przypadku badań wykonywanych w AOS. Opis przed planowaną operacją onkologiczną czy pooperacyjny u pacjenta z powikłaniami jest procesem czasochłonnym, trudnym i obarczonym dużą presją oraz ryzykiem. Obniżanie wycen badań szpitalnych jest sprzeczne z praktyką kliniczną i grozi pogorszeniem jakości diagnostyki najciężej chorych pacjentów. 2a. Aktualna sytuacja finansowa zakładów radiologii • Dotychczasowe wyceny pozwalały zakładom radiologii w szpitalach bilansować się mniej więcej na poziomie „zero” – pracownie nie generowały dużych zysków, ale też nie wymagały stałego dokładania środków przez dyrekcje. • Obniżenie wycen spowoduje, że pracownie radiologii zaczną przynosić straty, co dramatycznie pogorszy sytuację finansową całych szpitali. • Biorąc pod uwagę obecne trudności ekonomiczne placówek, takie działanie może doprowadzić do ograniczenia dostępności badań, redukcji etatów lub wręcz zamykania części pracowni. 3. Pominięte koszty dodatkowe Raport nie uwzględnia szeregu kluczowych elementów: • Awarie i serwis – wymiana cewek MR to koszt 200–300 tys. zł (a nie 10–50 tys.), często powodujący tygodniowe przestoje w szpitalach. Sam serwis aparatu TK/MR to wydatek rzędu kilkudziesięciu tysięcy złotych rocznie. • Środki hepatotropowe – znacznie droższe od standardowych, a jednocześnie niezbędne w badaniach wątroby. Nie zostały one uwzględnione w wycenach, podobnie jak fakt, że kontrasty dostępne są w pojemnikach zbiorczych – a niewykorzystanie całej fiolki danego dnia obliguje do jej utylizacji.

			4. Niespójność w wycenie badań wieloodcinkowych
			MR kręgosłupa
			• MR jednego odcinka kręgosłupa (bez kontrastu): 396 zł.
			• MR trzech odcinków kręgosłupa (bez kontrastu): 985 zł.
			Oznacza to, że trzy odcinki są wycenione tylko 2,5 raza wyżej niż jeden.
			Tymczasem w praktyce:
			• każde badanie wymaga pełnego protokołu i osobnego slotu czasowego,
			• opis odpowiada trzem niezależnym badaniom,
			• jedyna oszczędność to brak konieczności trzykrotnego układania pacjenta, co skraca czas o maksymalnie kilka (3-5) minut.
			TK wieloodcinkowe – zdecydowana większość to badania onkologiczne
			• Opisy badań onkologicznych w TK, które są badaniami wieloodcinkowymi, wymagają porównania z badaniami poprzednimi, co w praktyce oznacza analizę nie ok. 3000 obrazów, lecz ok. 6000 obrazów.
			• Wycena 3 odcinków badań TK:
			  ○ TK jednego odcinka (bez i z kontrastem) – 415 pkt
			  ○ TK trzech odcinków (bez kontrastu) – 564 pkt
			  ○ Stosunek: 564 ÷ 415 ≈ 1,36×
			  ○ Oznacza to, że NFZ wycenia trzy odcinki TK tylko o 36% drożej niż jeden odcinek (!).
			To rażący błąd logiczny – robienie trzech badań „taniej” nie ma uzasadnienia. Taryfy muszą odzwierciedlać faktyczny nakład pracy i czasu. Obecnie praktycznie wszystkie firmy i pracownie mają problem z badaniami onkologicznymi – przy obecnej wycenie trudno znaleźć chętnych do ich opisywania. W onkologii oczekiwanie na opis może wiązać się z nieodwracalnym pogorszeniem stanu chorego. Raport nie przewiduje żadnych dopłat do badań onkologicznych priorytetowych – DILO.
			
			5. Nierealne czasy przygotowania i akwizycji
			• Przygotowanie pacjenta – 5 minut: nierealne w szpitalach, gdzie pacjentów trzeba transportować, zakładać wkłucia, poprawiać dokumentację, a często także powtarzać sekwencje.
			• Czas badań TK/MR: przyjęte w raporcie 5 i 15 minut są fikcyjne. W praktyce wiele badań trwa 30–40 minut, a niektóre do 90 minut.

			5a. Finansowanie pracy w godzinach nocnych i w weekendy • Aby zwiększyć wykorzystanie istniejącej aparatury TK i MR oraz realnie skrócić kolejki, należy przewidzieć dodatkowe finansowanie dla pracowni wykonujących badania po godzinie 20:00 oraz w weekendy. • Pozwoli to na pełniejsze wykorzystanie kosztownego sprzętu, którego dostępność w Polsce i tak jest niższa niż średnia europejska. • Jednocześnie umożliwi to zapewnienie obsady kadrowej, ponieważ zgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami w kraju, personel oczekuje dodatkowej gratyfikacji za pracę w nocy i w dni wolne od pracy. • Takie rozwiązanie byłoby korzystne zarówno dla pacjentów (krótsze kolejki, szybsza diagnostyka), jak i dla placówek medycznych (lepsze wykorzystanie potencjału technologicznego). 6. Dane rynkowe vs. wyceny NFZ • NFZ: opis badania TK/MR – ok. 116 zł brutto dla pracowni (stawka sprzed 10 lat). • Obniżanie wycen w takiej sytuacji jest całkowicie oderwane od realiów i doprowadzi do odpływu specjalistów z systemu publicznego. Agencja posiada możliwość analizy danych z publicznych placówek, które jasno pokazują, ile faktycznie płaci się lekarzom i firmom teleradiologicznym za opisy: • 200–300 zł za opis badania, • ok. 250 zł/h za gotowość dyżurową. Ignorowanie tych danych prowadzi do wycen kompletnie rozbieżnych z realiami rynkowymi. 7. Odpowiedzialność prawna radiologów • Radiolog ponosi pełną odpowiedzialność cywilną i karną za każdy opis. • Odszkodowania i średnia krajowa (podstawa roszczeń) rosną, podobnie jak wydatki na ochronę zdrowia i wynagrodzenia w sektorze. • Tymczasem proponowana wycena ma być obniżona nawet o 50% względem obecnych stawek. To rażąca dysproporcja – rosnąca odpowiedzialność i koszty przy malejącej wycenie. 8. Jakość badań i nadmiarowość • Wzrost liczby osób z formalnymi uprawnieniami nie oznacza wzrostu jakości diagnostyki.

			• Nieprawidłowe opisy USG powodują nadmiarowe kierowania na TK/MR, generując koszty i przeciążając system. • Obniżki wycen TK i MR nie rozwiązują problemu nadmiarowości, a jedynie zniechęcają do wykonywania badań trudnych i złożonych. 9. Skutki kadrowe i konstytucyjne • Obniżki spowodują odpływ radiologów do sektora prywatnego lub za granicę. • Publiczni pacjenci zostaną wykluczeni z dostępu do specjalistycznej diagnostyki. • To narusza art. 68 Konstytucji RP, gwarantujący równy dostęp do ochrony zdrowia. 10. Błędy metodologiczne raportu • Brak analizy wrażliwości i scenariuszy. • Oparcie kluczowych danych na opiniach eksperckich zamiast na danych RIS/PACS. • Niespójności w cenach punktu (1,94 vs. 1,96 zł). • Brak rewizji koszyka świadczeń i wadliwe mapowanie ICD-9. • Niewłaściwa alokacja kosztów personelu (przerzucenie do „infrastruktury”). Podsumowanie i wnioski Raport DAiR.543.3.2025 zawiera błędne założenia, pomija realne koszty i prowadzi do wniosków sprzecznych z praktyką kliniczną. Największe zagrożenie stanowi obniżenie wycen badań szpitalnych, które są fundamentem diagnostyki w najcięższych przypadkach klinicznych. To działanie uderzy w pacjentów w stanie zagrożenia życia i może doprowadzić do dramatycznego pogorszenia jakości leczenia w onkologii, neurologii i medycynie ratunkowej. Wnioskuję o: 1. Wstrzymanie wdrożenia raportu w obecnej formie. 2. Niezmienianie (a docelowo – podwyższenie) wycen badań szpitalnych, aby odzwierciedlały one faktyczny czas i nakład pracy wymagany przy diagnostyce pacjentów w ciężkim stanie klinicznym. 3. Przeprowadzenie analizy wrażliwości i scenariuszowej. 4. Uwzględnienie realnych kosztów (serwis, kontrasty, utylizacja, opisy, dyżury).

			5. Rozróżnienie wycen badań szpitalnych i ambulatoryjnych (z uwzględnieniem różnicy w poziomie trudności, czasie i ryzyku). 6. Rewizję koszyka świadczeń i doprecyzowanie mapowania. 7. Wprowadzenie mechanizmu indeksacji kosztowej (energia, płace, serwis). 8. Korektę wycen badań wieloodcinkowych, które obecnie w sposób całkowicie nielogiczny traktują trzy odcinki jako zaledwie 1,36- krotności jednego badania TK i 2,5-krotność jednego badania MR, podczas gdy nakład pracy i czasu jest w praktyce trzykrotny.
18.	Bartłomiej Rajczykowski		W związku z opublikowanym 22 września 2025 r. raportem DAiR.543.3.2025 dotyczącym projektu taryf świadczeń gwarantowanych w zakresie badań TK i MR, jako specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej przedstawiam poniższe uwagi. Raport w obecnym kształcie zawiera istotne błędy metodologiczne, pomija rzeczywiste koszty i prowadzi do wniosków groźnych dla jakości oraz dostępności diagnostyki obrazowej w Polsce. 1. Trend europejski i potrzeba inwestycji • Polska wykonuje znacząco mniej badań TK i MR na 1000 mieszkańców niż średnia europejska, szczególnie w obszarze MR. • Dotychczasowe wyceny umożliwiły rozwój nowych pracowni (często jedynie dzięki dofinansowaniom unijnym), co pokazuje, że przy obecnych stawkach można bilansować inwestycje rzędu kilku milionów złotych. • Obniżenie taryf zatrzyma rozwój i modernizację, a tym samym oddali Polskę od średniej europejskiej zamiast nas do niej zbliżać. • Jeśli celem jest rozwój, wyceny powinny zostać utrzymane lub zwiększone, a nie obniżane. 2. Obniżanie wycen szpitalnych jest nielogiczne • W szpitalach diagnozuje się pacjentów w najcięższym stanie: nieprzytomnych, leżących, onkologicznych, neurologicznych, urazowych. • Założony w raporcie czas 15 minut na MR głowy dotyczy jedynie skróconych protokołów w AOS. Często po takim wstępnym badaniu konieczne jest wykonanie znacznie dłuższego badania zawierającego dodatkowe sekwencje.

			• W rzeczywistości pełne protokoły onkologiczne i neurologiczne trwają 30–40 minut, a niekiedy nawet 90 minut. • Opisy takich badań są bardziej pracochłonne i często wymagają konsultacji wielospecjalistycznych. Czas ich opracowania jest zwykle co najmniej dwukrotnie dłuższy niż w przypadku badań wykonywanych w AOS. Opis przed planowaną operacją onkologiczną czy pooperacyjny u pacjenta z powikłaniami jest procesem czasochłonnym, trudnym i obarczonym dużą presją oraz ryzykiem. Obniżanie wycen badań szpitalnych jest sprzeczne z praktyką kliniczną i grozi pogorszeniem jakości diagnostyki najciężej chorych pacjentów. 2a. Aktualna sytuacja finansowa zakładów radiologii • Dotychczasowe wyceny pozwalały zakładom radiologii w szpitalach bilansować się mniej więcej na poziomie „zero” – pracownie nie generowały dużych zysków, ale też nie wymagały stałego dokładania środków przez dyrekcje. • Obniżenie wycen spowoduje, że pracownie radiologii zaczną przynosić straty, co dramatycznie pogorszy sytuację finansową całych szpitali. • Biorąc pod uwagę obecne trudności ekonomiczne placówek, takie działanie może doprowadzić do ograniczenia dostępności badań, redukcji etatów lub wręcz zamykania części pracowni. 3. Pominięte koszty dodatkowe Raport nie uwzględnia szeregu kluczowych elementów: • Awarie i serwis – wymiana cewek MR to koszt 200–300 tys. zł (a nie 10–50 tys.), często powodujący tygodniowe przestoje w szpitalach. Sam serwis aparatu TK/MR to wydatek rzędu kilkudziesięciu tysięcy złotych rocznie. • Środki hepatotropowe – znacznie droższe od standardowych, a jednocześnie niezbędne w badaniach wątroby. Nie zostały one uwzględnione w wycenach, podobnie jak fakt, że kontrasty dostępne są w pojemnikach zbiorczych – a niewykorzystanie całej fiolki danego dnia obliguje do jej utylizacji. 4. Niespójność w wycenie badań wieloodcinkowych MR kręgosłupa • MR jednego odcinka kręgosłupa (bez kontrastu): 396 zł.

			• MR trzech odcinków kręgosłupa (bez kontrastu): 985 zł.
			Oznacza to, że trzy odcinki są wycenione tylko 2,5 raza wyżej niż jeden.
			Tymczasem w praktyce:
			• każde badanie wymaga pełnego protokołu i osobnego slotu czasowego,
			• opis odpowiada trzem niezależnym badaniom,
			• jedyna oszczędność to brak konieczności trzykrotnego układania pacjenta, co skraca czas o maksymalnie kilka (3-5) minut.
			TK wieloodcinkowe – zdecydowana większość to badania onkologiczne
			• Opisy badań onkologicznych w TK, które są badaniami wieloodcinkowymi, wymagają porównania z badaniami poprzednimi, co w praktyce oznacza analizę nie ok. 3000 obrazów, lecz ok. 6000 obrazów.
			• Wycena 3 odcinków badań TK:
			  ○ TK jednego odcinka (bez i z kontrastem) – 415 pkt
			  ○ TK trzech odcinków (bez kontrastu) – 564 pkt
			  ○ Stosunek: 564 ÷ 415 ≈ 1,36×
			  ○ Oznacza to, że NFZ wycenia trzy odcinki TK tylko o 36% drożej niż jeden odcinek (!).
			To rażący błąd logiczny – robienie trzech badań „taniej” nie ma uzasadnienia. Taryfy muszą odzwierciedlać faktyczny nakład pracy i czasu. Obecnie praktycznie wszystkie firmy i pracownie mają problem z badaniami onkologicznymi – przy obecnej wycenie trudno znaleźć chętnych do ich opisywania. W onkologii oczekiwanie na opis może wiązać się z nieodwracalnym pogorszeniem stanu chorego. Raport nie przewiduje żadnych dopłat do badań onkologicznych priorytetowych – DILO.
			
			5. Nierealne czasy przygotowania i akwizycji
			• Przygotowanie pacjenta – 5 minut: nierealne w szpitalach, gdzie pacjentów trzeba transportować, zakładać wkłucia, poprawiać dokumentację, a często także powtarzać sekwencje.
			• Czas badań TK/MR: przyjęte w raporcie 5 i 15 minut są fikcyjne. W praktyce wiele badań trwa 30–40 minut, a niektóre do 90 minut.
			5a. Finansowanie pracy w godzinach nocnych i w weekendy
			• Aby zwiększyć wykorzystanie istniejącej aparatury TK i MR oraz realnie skrócić kolejki, należy przewidzieć dodatkowe finansowanie dla pracowni wykonujących badania po godzinie 20:00 oraz w weekendy.

			• Pozwoli to na pełniejsze wykorzystanie kosztownego sprzętu, którego dostępność w Polsce i tak jest niższa niż średnia europejska. • Jednocześnie umożliwi to zapewnienie obsady kadrowej, ponieważ zgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami w kraju, personel oczekuje dodatkowej gratyfikacji za pracę w nocy i w dni wolne od pracy. • Takie rozwiązanie byłoby korzystne zarówno dla pacjentów (krótsze kolejki, szybsza diagnostyka), jak i dla placówek medycznych (lepsze wykorzystanie potencjału technologicznego). 6. Dane rynkowe vs. wyceny NFZ • NFZ: opis badania TK/MR – ok. 116 zł brutto dla pracowni (stawka sprzed 10 lat). • Obniżanie wycen w takiej sytuacji jest całkowicie oderwane od realiów i doprowadzi do odpływu specjalistów z systemu publicznego. Agencja posiada możliwość analizy danych z publicznych placówek, które jasno pokazują, ile faktycznie płaci się lekarzom i firmom teleradiologicznym za opisy: • 200–300 zł za opis badania, • ok. 250 zł/h za gotowość dyżurową. Ignorowanie tych danych prowadzi do wycen kompletnie rozbieżnych z realiami rynkowymi. 7. Odpowiedzialność prawna radiologów • Radiolog ponosi pełną odpowiedzialność cywilną i karną za każdy opis. • Odszkodowania i średnia krajowa (podstawa roszczeń) rosną, podobnie jak wydatki na ochronę zdrowia i wynagrodzenia w sektorze. • Tymczasem proponowana wycena ma być obniżona nawet o 50% względem obecnych stawek. To rażąca dysproporcja – rosnąca odpowiedzialność i koszty przy malejącej wycenie. 8. Jakość badań i nadmiarowość • Wzrost liczby osób z formalnymi uprawnieniami nie oznacza wzrostu jakości diagnostyki. • Nieprawidłowe opisy USG powodują nadmiarowe kierowania na TK/MR, generując koszty i przeciążając system. • Obniżki wycen TK i MR nie rozwiązują problemu nadmiarowości, a jedynie zniechęcają do wykonywania badań trudnych i złożonych.

			9. Skutki kadrowe i konstytucyjne • Obniżki spowodują odpływ radiologów do sektora prywatnego lub za granicę. • Publiczni pacjenci zostaną wykluczeni z dostępu do specjalistycznej diagnostyki. • To narusza art. 68 Konstytucji RP, gwarantujący równy dostęp do ochrony zdrowia. 10. Błędy metodologiczne raportu • Brak analizy wrażliwości i scenariuszy. • Oparcie kluczowych danych na opiniach eksperckich zamiast na danych RIS/PACS. • Niespójności w cenach punktu (1,94 vs. 1,96 zł). • Brak rewizji koszyka świadczeń i wadliwe mapowanie ICD-9. • Niewłaściwa alokacja kosztów personelu (przerzucenie do „infrastruktury”). Podsumowanie i wnioski Raport DAiR.543.3.2025 zawiera błędne założenia, pomija realne koszty i prowadzi do wniosków sprzecznych z praktyką kliniczną. Największe zagrożenie stanowi obniżenie wycen badań szpitalnych, które są fundamentem diagnostyki w najcięższych przypadkach klinicznych. To działanie uderzy w pacjentów w stanie zagrożenia życia i może doprowadzić do dramatycznego pogorszenia jakości leczenia w onkologii, neurologii i medycynie ratunkowej. Wnioskuję o: 1. Wstrzymanie wdrożenia raportu w obecnej formie. 1. Niezmienianie (a docelowo – podwyższenie) wycen badań szpitalnych, aby odzwierciedlały one faktyczny czas i nakład pracy wymagany przy diagnostyce pacjentów w ciężkim stanie klinicznym. 1. Przeprowadzenie analizy wrażliwości i scenariuszowej. 1. Uwzględnienie realnych kosztów (serwis, kontrasty, utylizacja, opisy, dyżury). 1. Rozróżnienie wycen badań szpitalnych i ambulatoryjnych (z uwzględnieniem różnicy w poziomie trudności, czasie i ryzyku). 1. Rewizję koszyka świadczeń i doprecyzowanie mapowania. 1. Wprowadzenie mechanizmu indeksacji kosztowej (energia, płace, serwis).

			1. Korektę wycen badań wieloodcinkowych, które obecnie w sposób całkowicie nielogiczny traktują trzy odcinki jako zaledwie 1,36- krotności jednego badania TK i 2,5-krotność jednego badania MR, podczas gdy nakład pracy i czasu jest w praktyce trzykrotny.
19.	Mateusz Szczepański		W związku z opublikowanym 22 września 2025 r. raportem DAiR.543.3.2025 dotyczącym projektu taryf świadczeń gwarantowanych w zakresie badań TK i MR, jako specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej przedstawiam poniższe uwagi. Raport w obecnym kształcie zawiera istotne błędy metodologiczne, pomija rzeczywiste koszty i prowadzi do wniosków groźnych dla jakości oraz dostępności diagnostyki obrazowej w Polsce. 1. Trend europejski i potrzeba inwestycji • Polska wykonuje znacząco mniej badań TK i MR na 1000 mieszkańców niż średnia europejska, szczególnie w obszarze MR. • Dotychczasowe wyceny umożliwiły rozwój nowych pracowni (często jedynie dzięki dofinansowaniom unijnym), co pokazuje, że przy obecnych stawkach można bilansować inwestycje rzędu kilku milionów złotych. • Obniżenie taryf zatrzyma rozwój i modernizację, a tym samym oddali Polskę od średniej europejskiej zamiast nas do niej zbliżać. • Jeśli celem jest rozwój, wyceny powinny zostać utrzymane lub zwiększone, a nie obniżane. 2. Obniżanie wycen szpitalnych jest nielogiczne • W szpitalach diagnozuje się pacjentów w najcięższym stanie: nieprzytomnych, leżących, onkologicznych, neurologicznych, urazowych. • Założony w raporcie czas 15 minut na MR głowy dotyczy jedynie skróconych protokołów w AOS. Często po takim wstępnym badaniu konieczne jest wykonanie znacznie dłuższego badania zawierającego dodatkowe sekwencje. • W rzeczywistości pełne protokoły onkologiczne i neurologiczne trwają 30–40 minut, a niekiedy nawet 90 minut. • Opisy takich badań są bardziej pracochłonne i często wymagają konsultacji wielospecjalistycznych. Czas ich opracowania jest zwykle co najmniej dwukrotnie dłuższy niż w przypadku badań wykonywanych w AOS. Opis przed planowaną operacją onkologiczną czy pooperacyjny u pacjenta z powikłaniami jest procesem czasochłonnym, trudnym i obarczonym dużą presją oraz ryzykiem. Obniżanie wycen badań szpitalnych jest sprzeczne z praktyką kliniczną i grozi pogorszeniem jakości diagnostyki najciężej chorych pacjentów.

			2a. Aktualna sytuacja finansowa zakładów radiologii • Dotychczasowe wyceny pozwalały zakładom radiologii w szpitalach bilansować się mniej więcej na poziomie „zero” – pracownie nie generowały dużych zysków, ale też nie wymagały stałego dokładania środków przez dyrekcje. • Obniżenie wycen spowoduje, że pracownie radiologii zaczną przynosić straty, co dramatycznie pogorszy sytuację finansową całych szpitali. • Biorąc pod uwagę obecne trudności ekonomiczne placówek, takie działanie może doprowadzić do ograniczenia dostępności badań, redukcji etatów lub wręcz zamykania części pracowni. 3. Pominięte koszty dodatkowe Raport nie uwzględnia szeregu kluczowych elementów: • Awarie i serwis – wymiana cewek MR to koszt 200–300 tys. zł (a nie 10–50 tys.), często powodujący tygodniowe przestoje w szpitalach. Sam serwis aparatu TK/MR to wydatek rzędu kilkudziesięciu tysięcy złotych rocznie. • Środki hepatotropowe – znacznie droższe od standardowych, a jednocześnie niezbędne w badaniach wątroby. Nie zostały one uwzględnione w wycenach, podobnie jak fakt, że kontrasty dostępne są w pojemnikach zbiorczych – a niewykorzystanie całej fiolki danego dnia obliguje do jej utylizacji. 4. Niespójność w wycenie badań wieloodcinkowych MR kręgosłupa • MR jednego odcinka kręgosłupa (bez kontrastu): 396 zł. • MR trzech odcinków kręgosłupa (bez kontrastu): 985 zł. Oznacza to, że trzy odcinki są wycenione tylko 2,5 raza wyżej niż jeden. Tymczasem w praktyce: • każde badanie wymaga pełnego protokołu i osobnego slotu czasowego, • opis odpowiada trzem niezależnym badaniom, • jedyna oszczędność to brak konieczności trzykrotnego układania pacjenta, co skraca czas o maksymalnie kilka (3-5) minut. TK wieloodcinkowe – zdecydowana większość to badania onkologiczne

			• Opisy badań onkologicznych w TK, które są badaniami wieloodcinkowymi, wymagają porównania z badaniami poprzednimi, co w praktyce oznacza analizę nie ok. 3000 obrazów, lecz ok. 6000 obrazów. • Wycena 3 odcinków badań TK: ◦ TK jednego odcinka (bez i z kontrastem) – 415 pkt ◦ TK trzech odcinków (bez kontrastu) – 564 pkt ◦ Stosunek: 564 ÷ 415 ≈ 1,36× ◦ Oznacza to, że NFZ wycenia trzy odcinki TK tylko o 36% drożej niż jeden odcinek (!). To rażący błąd logiczny – robienie trzech badań „taniej” nie ma uzasadnienia. Taryfy muszą odzwierciedlać faktyczny nakład pracy i czasu. Obecnie praktycznie wszystkie firmy i pracownie mają problem z badaniami onkologicznymi – przy obecnej wycenie trudno znaleźć chętnych do ich opisywania. W onkologii oczekiwanie na opis może wiązać się z nieodwracalnym pogorszeniem stanu chorego. Raport nie przewiduje żadnych dopłat do badań onkologicznych priorytetowych – DILO. 5. Nierealne czasy przygotowania i akwizycji • Przygotowanie pacjenta – 5 minut: nierealne w szpitalach, gdzie pacjentów trzeba transportować, zakładać wkłucia, poprawiać dokumentację, a często także powtarzać sekwencje. • Czas badań TK/MR: przyjęte w raporcie 5 i 15 minut są fikcyjne. W praktyce wiele badań trwa 30–40 minut, a niektóre do 90 minut. 5a. Finansowanie pracy w godzinach nocnych i w weekendy • Aby zwiększyć wykorzystanie istniejącej aparatury TK i MR oraz realnie skrócić kolejki, należy przewidzieć dodatkowe finansowanie dla pracowni wykonujących badania po godzinie 20:00 oraz w weekendy. • Pozwoli to na pełniejsze wykorzystanie kosztownego sprzętu, którego dostępność w Polsce i tak jest niższa niż średnia europejska. • Jednocześnie umożliwi to zapewnienie obsady kadrowej, ponieważ zgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami w kraju, personel oczekuje dodatkowej gratyfikacji za pracę w nocy i w dni wolne od pracy. • Takie rozwiązanie byłoby korzystne zarówno dla pacjentów (krótsze kolejki, szybsza diagnostyka), jak i dla placówek medycznych (lepsze wykorzystanie potencjału technologicznego). 6. Dane rynkowe vs. wyceny NFZ

			• NFZ: opis badania TK/MR – ok. 116 zł brutto dla pracowni (stawka sprzed 10 lat). • Obniżanie wycen w takiej sytuacji jest całkowicie oderwane od realiów i doprowadzi do odpływu specjalistów z systemu publicznego. Agencja posiada możliwość analizy danych z publicznych placówek, które jasno pokazują, ile faktycznie płaci się lekarzom i firmom teleradiologicznym za opisy: • 200–300 zł za opis badania, • ok. 250 zł/h za gotowość dyżurową. Ignorowanie tych danych prowadzi do wycen kompletnie rozbieżnych z realiami rynkowymi. 7. Odpowiedzialność prawna radiologów • Radiolog ponosi pełną odpowiedzialność cywilną i karną za każdy opis. • Odszkodowania i średnia krajowa (podstawa roszczeń) rosną, podobnie jak wydatki na ochronę zdrowia i wynagrodzenia w sektorze. • Tymczasem proponowana wycena ma być obniżona nawet o 50% względem obecnych stawek. To rażąca dysproporcja – rosnąca odpowiedzialność i koszty przy malejącej wycenie. 8. Jakość badań i nadmiarowość • Wzrost liczby osób z formalnymi uprawnieniami nie oznacza wzrostu jakości diagnostyki. • Nieprawidłowe opisy USG powodują nadmiarowe kierowania na TK/MR, generując koszty i przeciążając system. • Obniżki wycen TK i MR nie rozwiązują problemu nadmiarowości, a jedynie zniechęcają do wykonywania badań trudnych i złożonych. 9. Skutki kadrowe i konstytucyjne • Obniżki spowodują odpływ radiologów do sektora prywatnego lub za granicę. • Publiczni pacjenci zostaną wykluczeni z dostępu do specjalistycznej diagnostyki. • To narusza art. 68 Konstytucji RP, gwarantujący równy dostęp do ochrony zdrowia. 10. Błędy metodologiczne raportu

			• Brak analizy wrażliwości i scenariuszy. • Oparcie kluczowych danych na opiniach eksperckich zamiast na danych RIS/PACS. • Niespójności w cenach punktu (1,94 vs. 1,96 zł). • Brak rewizji koszyka świadczeń i wadliwe mapowanie ICD-9. • Niewłaściwa alokacja kosztów personelu (przerzucenie do „infrastruktury”). Podsumowanie i wnioski Raport DAiR.543.3.2025 zawiera błędne założenia, pomija realne koszty i prowadzi do wniosków sprzecznych z praktyką kliniczną. Największe zagrożenie stanowi obniżenie wycen badań szpitalnych, które są fundamentem diagnostyki w najcięższych przypadkach klinicznych. To działanie uderzy w pacjentów w stanie zagrożenia życia i może doprowadzić do dramatycznego pogorszenia jakości leczenia w onkologii, neurologii i medycynie ratunkowej. Wnioskuję o: 1. Wstrzymanie wdrożenia raportu w obecnej formie. 2. Niezmienianie (a docelowo – podwyższenie) wycen badań szpitalnych, aby odzwierciedlały one faktyczny czas i nakład pracy wymagany przy diagnostyce pacjentów w ciężkim stanie klinicznym. 3. Przeprowadzenie analizy wrażliwości i scenariuszowej. 4. Uwzględnienie realnych kosztów (serwis, kontrasty, utylizacja, opisy, dyżury). 5. Rozróżnienie wycen badań szpitalnych i ambulatoryjnych (z uwzględnieniem różnicy w poziomie trudności, czasie i ryzyku). 6. Rewizję koszyka świadczeń i doprecyzowanie mapowania. 7. Wprowadzenie mechanizmu indeksacji kosztowej (energia, płace, serwis). 8. Korektę wycen badań wieloodcinkowych, które obecnie w sposób całkowicie nielogiczny traktują trzy odcinki jako zaledwie 1,36- krotności jednego badania TK i 2,5-krotność jednego badania MR, podczas gdy nakład pracy i czasu jest w praktyce trzykrotny.
20.	Katarzyna Malczewska-Paradysz	1i 2	Trend europejski i potrzeba inwestycji Polska wykonuje znacząco mniej badań TK i MR na 1000 mieszkańców niż średnia europejska, szczególnie w obszarze MR.

			Dotychczasowe wyceny umożliwiły rozwój nowych pracowni (często jedynie dzięki dofinansowaniom unijnym), co pokazuje, że przy obecnych stawkach można bilansować inwestycje rzędu kilku milionów złotych. Obniżenie taryf zatrzyma rozwój i modernizację, a tym samym oddali Polskę od średniej europejskiej zamiast nas do niej zbliżać. Jeśli celem jest rozwój, wyceny powinny zostać utrzymane lub zwiększone, a nie obniżane. Obniżanie wycen szpitalnych jest nielogiczne W szpitalach diagnozuje się pacjentów w najcięższym stanie: nieprzytomnych, leżących, onkologicznych, neurologicznych, urazowych. Założony w raporcie czas 15 minut na MR głowy dotyczy jedynie skróconych protokołów w AOS. Często po takim wstępnym badaniu konieczne jest wykonanie znacznie dłuższego badania zawierającego dodatkowe sekwencje. W rzeczywistości pełne protokoły onkologiczne i neurologiczne trwają 30–40 minut, a niekiedy nawet 90 minut. Opisy takich badań są bardziej pracochłonne i często wymagają konsultacji wielospecjalistycznych. Czas ich opracowania jest zwykle co najmniej dwukrotnie dłuższy niż w przypadku badań wykonywanych w AOS. Opis przed planowaną operacją onkologiczną czy pooperacyjny u pacjenta z powikłaniami jest procesem czasochłonnym, trudnym i obarczonym dużą presją oraz ryzykiem. Obniżanie wycen badań szpitalnych jest sprzeczne z praktyką kliniczną i grozi pogorszeniem jakości diagnostyki najciężej chorych pacjentów.
		2a i 3	Aktualna sytuacja finansowa zakładów radiologii Dotychczasowe wyceny pozwalały zakładom radiologii w szpitalach bilansować się mniej więcej na poziomie „zero” – pracownie nie generowały dużych zysków, ale też nie wymagały stałego dokładania środków przez dyrekcje. Obniżenie wycen spowoduje, że pracownie radiologii zaczną przynosić straty, co dramatycznie pogorszy sytuację finansową całych szpitali. Biorąc pod uwagę obecne trudności ekonomiczne placówek, takie działanie może doprowadzić do ograniczenia dostępności badań, redukcji etatów lub wręcz zamykania części pracowni. Pominięte koszty dodatkowe Raport nie uwzględnia szeregu kluczowych elementów: Awarie i serwis – wymiana cewek MR to koszt 200–300 tys. zł (a nie 10–50 tys.), często powodujący tygodniowe przestoje w szpitalach. Sam serwis aparatu TK/MR to wydatek rzędu kilkudziesięciu tysięcy złotych rocznie.

			Środki hepatotropowe – znacznie droższe od standardowych, a jednocześnie niezbędne w badaniach wątroby. Nie zostały one uwzględnione w wycenach, podobnie jak fakt, że kontrasty dostępne są w pojemnikach zbiorczych – a niewykorzystanie całej fiolki danego dnia obliguje do jej utylizacji.
		4 i 5	Niespójność w wycenie badań wieloodcinkowych MR kręgosłupa MR jednego odcinka kręgosłupa (bez kontrastu): 396 zł. MR trzech odcinków kręgosłupa (bez kontrastu): 985 zł. Oznacza to, że trzy odcinki są wycenione tylko 2,5 raza wyżej niż jeden. Tymczasem w praktyce: każde badanie wymaga pełnego protokołu i osobnego slotu czasowego, opis odpowiada trzem niezależnym badaniom, jedyna oszczędność to brak konieczności trzykrotnego układania pacjenta, co skraca czas o maksymalnie kilka (3-5) minut. TK wieloodcinkowe – zdecydowana większość to badania onkologiczne Opisy badań onkologicznych w TK, które są badaniami wieloodcinkowymi, wymagają porównania z badaniami poprzednimi, co w praktyce oznacza analizę nie ok. 3000 obrazów, lecz ok. 6000 obrazów. Wycena 3 odcinków badań TK: TK jednego odcinka (bez i z kontrastem) – 415 pkt TK trzech odcinków (bez kontrastu) – 564 pkt Stosunek: 564 ÷ 415 ≈ 1,36× Oznacza to, że NFZ wycenia trzy odcinki TK tylko o 36% drożej niż jeden odcinek (!). To rażący błąd logiczny – robienie trzech badań „taniej” nie ma uzasadnienia. Taryfy muszą odzwierciedlać faktyczny nakład pracy i czasu. Obecnie praktycznie wszystkie firmy i pracownie mają problem z badaniami onkologicznymi – przy obecnej wycenie trudno znaleźć chętnych do ich opisywania. W onkologii oczekiwanie na opis może wiązać się z nieodwracalnym pogorszeniem stanu chorego. Raport nie przewiduje żadnych dopłat do badań onkologicznych priorytetowych – DILO. 5. Nierealne czasy przygotowania i akwizycji
		6, 7,8,	Dane rynkowe vs. wyceny NFZ NFZ: opis badania TK/MR – ok. 116 zł brutto dla pracowni (stawka sprzed 10 lat).

			Obniżanie wycen w takiej sytuacji jest całkowicie oderwane od realiów i doprowadzi do odpływu specjalistów z systemu publicznego. Agencja posiada możliwość analizy danych z publicznych placówek, które jasno pokazują, ile faktycznie płaci się lekarzom i firmom teleradiologicznym za opisy: 200–300 zł za opis badania, ok. 250 zł/h za gotowość dyżurową. Ignorowanie tych danych prowadzi do wycen kompletnie rozbieżnych z realiami rynkowymi. 7. Odpowiedzialność prawna radiologów Radiolog ponosi pełną odpowiedzialność cywilną i karną za każdy opis. Odszkodowania i średnia krajowa (podstawa roszczeń) rosną, podobnie jak wydatki na ochronę zdrowia i wynagrodzenia w sektorze. Tymczasem proponowana wycena ma być obniżona nawet o 50% względem obecnych stawek. To rażąca dysproporcja – rosnąca odpowiedzialność i koszty przy malejącej wycenie. 8. Jakość badań i nadmiarowość Wzrost liczby osób z formalnymi uprawnieniami nie oznacza wzrostu jakości diagnostyki. Nieprawidłowe opisy USG powodują nadmiarowe kierowania na TK/MR, generując koszty i przeciążając system. Obniżki wycen TK i MR nie rozwiązują problemu nadmiarowości, a jedynie zniechęcają do wykonywania badań trudnych i złożonych.
		9, 10 oraz wnioski	10. Błędy metodologiczne raportu Brak analizy wrażliwości i scenariuszy. Oparcie kluczowych danych na opiniach eksperckich zamiast na danych RIS/PACS. Niespójności w cenach punktu (1,94 vs. 1,96 zł). Brak rewizji koszyka świadczeń i wadliwe mapowanie ICD-9. Niewłaściwa alokacja kosztów personelu (przerzucenie do „infrastruktury”). Podsumowanie i wnioski

			Raport DAiR.543.3.2025 zawiera błędne założenia, pomija realne koszty i prowadzi do wniosków sprzecznych z praktyką kliniczną. Największe zagrożenie stanowi obniżenie wycen badań szpitalnych, które są fundamentem diagnostyki w najcięższych przypadkach klinicznych. To działanie uderzy w pacjentów w stanie zagrożenia życia i może doprowadzić do dramatycznego pogorszenia jakości leczenia w onkologii, neurologii i medycynie ratunkowej. Wnioskuję o: Wstrzymanie wdrożenia raportu w obecnej formie. Niezmienianie (a docelowo – podwyższenie) wycen badań szpitalnych, aby odzwierciedlały one faktyczny czas i nakład pracy wymagany przy diagnostyce pacjentów w ciężkim stanie klinicznym. Przeprowadzenie analizy wrażliwości i scenariuszowej. Uwzględnienie realnych kosztów (serwis, kontrasty, utylizacja, opisy, dyżury). Rozróżnienie wycen badań szpitalnych i ambulatoryjnych (z uwzględnieniem różnicy w poziomie trudności, czasie i ryzyku). Rewizję koszyka świadczeń i doprecyzowanie mapowania. Wprowadzenie mechanizmu indeksacji kosztowej (energia, płace, serwis). Korektę wycen badań wieloodcinkowych, które obecnie w sposób całkowicie nielogiczny traktują trzy odcinki jako zaledwie 1,36- krotności jednego badania TK i 2,5-krotność jednego badania MR, podczas gdy nakład pracy i czasu jest w praktyce trzykrotny.
21.	Michał Wałęsa		Koledzy po fachu prawdopodobnie już wysyłali podobne treści, więc szanujmy swój czas, zamieszczę tylko (znane Państwu z innych wiadomości) Podsumowanie i wnioski Raport DAiR.543.3.2025 zawiera błędne założenia, pomija realne koszty i prowadzi do wniosków sprzecznych z praktyką kliniczną. Największe zagrożenie stanowi obniżenie wycen badań szpitalnych, które są fundamentem diagnostyki w najcięższych przypadkach klinicznych. To działanie uderzy w pacjentów w stanie zagrożenia życia i może doprowadzić do dramatycznego pogorszenia jakości leczenia w onkologii, neurologii i medycynie ratunkowej. Wnioskuję o: Wstrzymanie wdrożenia raportu w obecnej formie. Niezmienianie (a docelowo – podwyższenie) wycen badań szpitalnych, aby odzwierciedlały one faktyczny czas i nakład pracy wymagany przy diagnostyce pacjentów w ciężkim stanie klinicznym.

			Przeprowadzenie analizy wrażliwości i scenariuszowej. Uwzględnienie realnych kosztów (serwis, kontrasty, utylizacja, opisy, dyżury). Rozróżnienie wycen badań szpitalnych i ambulatoryjnych (z uwzględnieniem różnicy w poziomie trudności, czasie i ryzyku). Rewizję koszyka świadczeń i doprecyzowanie mapowania. Wprowadzenie mechanizmu indeksacji kosztowej (energia, płace, serwis). Korektę wycen badań wieloodcinkowych, które obecnie w sposób całkowicie nielogiczny traktują trzy odcinki jako zaledwie 1,36- krotności jednego badania TK i 2,5-krotność jednego badania MR, podczas gdy nakład pracy i czasu jest w praktyce trzykrotny.
22	Ewelina Czechowska	1. Trend europejski i potrzeba inwestycji	Polska wykonuje znacząco mniej badań TK i MR na 1000 mieszkańców niż średnia europejska, szczególnie w obszarze MR. Dotychczasowe wyceny umożliwiły rozwój nowych pracowni (często jedynie dzięki dofinansowaniom unijnym), co pokazuje, że przy obecnych stawkach można bilansować inwestycje rzędu kilku milionów złotych. Obniżenie taryf zatrzyma rozwój i modernizację, a tym samym oddali Polskę od średniej europejskiej zamiast nas do niej zbliżać. Jeśli celem jest rozwój, wyceny powinny zostać utrzymane lub zwiększone, a nie obniżane.
		2. Obniżanie wycen szpitalnych jest nielogiczne	W szpitalach diagnozuje się pacjentów w najcięższym stanie: nieprzytomnych, leżących, onkologicznych, neurologicznych, urazowych. Założony w raporcie czas 15 minut na MR głowy dotyczy jedynie skróconych protokołów w AOS. Często po takim wstępnym badaniu konieczne jest wykonanie znacznie dłuższego badania zawierającego dodatkowe sekwencje. W rzeczywistości pełne protokoły onkologiczne i neurologiczne trwają 30–40 minut, a niekiedy nawet 90 minut. Opisy takich badań są bardziej pracochłonne i często wymagają konsultacji wielospecjalistycznych. Czas ich opracowania jest zwykle co najmniej dwukrotnie dłuższy niż w przypadku badań wykonywanych w AOS. Opis przed planowaną operacją onkologiczną czy pooperacyjny u pacjenta z powikłaniami jest procesem czasochłonnym, trudnym i obarczonym dużą presją oraz ryzykiem. Obniżanie wycen badań szpitalnych jest sprzeczne z praktyką kliniczną i grozi pogorszeniem jakości diagnostyki najciężej chorych pacjentów.
		2a. Aktualna sytuacja finansowa zakładów radiologii	Dotychczasowe wyceny pozwalały zakładom radiologii w szpitalach bilansować się mniej więcej na poziomie „zero” – pracownie nie generowały dużych zysków, ale też nie wymagały stałego dokładania środków przez dyrekcje.

			Obniżenie wycen spowoduje, że pracownie radiologii zaczną przynosić straty, co dramatycznie pogorszy sytuację finansową całych szpitali. Biorąc pod uwagę obecne trudności ekonomiczne placówek, takie działanie może doprowadzić do ograniczenia dostępności badań, redukcji etatów lub wręcz zamykania części pracowni.
		3. Pominięte koszty dodatkowe	Raport nie uwzględnia szeregu kluczowych elementów: Awarie i serwis – wymiana cewek MR to koszt 200–300 tys. zł (a nie 10–50 tys.), często powodujący tygodniowe przestoje w szpitalach. Sam serwis aparatu TK/MR to wydatek rzędu kilkudziesięciu tysięcy złotych rocznie. Środki hepatotropowe – znacznie droższe od standardowych, a jednocześnie niezbędne w badaniach wątroby. Nie zostały one uwzględnione w wycenach, podobnie jak fakt, że kontrasty dostępne są w pojemnikach zbiorczych – a niewykorzystanie całej fiolki danego dnia obliguje do jej utylizacji.
		4. Niespójność w wycenie badań wieloodcinkowych	MR kręgosłupa MR jednego odcinka kręgosłupa (bez kontrastu): 396 zł. MR trzech odcinków kręgosłupa (bez kontrastu): 985 zł. Oznacza to, że trzy odcinki są wycenione tylko 2,5 raza wyżej niż jeden. Tymczasem w praktyce: każde badanie wymaga pełnego protokołu i osobnego slotu czasowego, opis odpowiada trzem niezależnym badaniom, jedyna oszczędność to brak konieczności trzykrotnego układania pacjenta, co skraca czas o maksymalnie kilka (3-5) minut. TK wieloodcinkowe – zdecydowana większość to badania onkologiczne Opisy badań onkologicznych w TK, które są badaniami wieloodcinkowymi, wymagają porównania z badaniami poprzednimi, co w praktyce oznacza analizę nie ok. 3000 obrazów, lecz ok. 6000 obrazów. Wycena 3 odcinków badań TK: TK jednego odcinka (bez i z kontrastem) – 415 pkt TK trzech odcinków (bez kontrastu) – 564 pkt Stosunek: 564 ÷ 415 ≈ 1,36× Oznacza to, że NFZ wycenia trzy odcinki TK tylko o 36% drożej niż jeden odcinek (!). To rażący błąd logiczny – robienie trzech badań „taniej” nie ma uzasadnienia. Taryfy muszą odzwierciedlać faktyczny nakład pracy i czasu. Obecnie praktycznie wszystkie firmy i pracownie mają problem z badaniami onkologicznymi – przy obecnej wycenie trudno znaleźć chętnych do ich opisywania. W onkologii oczekiwanie na

			opis może wiązać się z nieodwracalnym pogorszeniem stanu chorego. Raport nie przewiduje żadnych dopłat do badań onkologicznych priorytetowych – DILO.
23.	Kamila Masłowska		1. Trend europejski i potrzeba inwestycji • Polska wykonuje znacząco mniej badań TK i MR na 1000 mieszkańców niż średnia europejska, szczególnie w obszarze MR. • Dotychczasowe wyceny umożliwiły rozwój nowych pracowni (często jedynie dzięki dofinansowaniom unijnym), co pokazuje, że przy obecnych stawkach można bilansować inwestycje rzędu kilku milionów złotych. • Obniżenie taryf zatrzyma rozwój i modernizację, a tym samym oddali Polskę od średniej europejskiej zamiast nas do niej zbliżać. • Jeśli celem jest rozwój, wyceny powinny zostać utrzymane lub zwiększone, a nie obniżane. 2. Obniżanie wycen szpitalnych jest nielogiczne • W szpitalach diagnozuje się pacjentów w najcięższym stanie: nieprzytomnych, leżących, onkologicznych, neurologicznych, urazowych. • Założony w raporcie czas 15 minut na MR głowy dotyczy jedynie skróconych protokołów w AOS. Często po takim wstępnym badaniu konieczne jest wykonanie znacznie dłuższego badania zawierającego dodatkowe sekwencje. • W rzeczywistości pełne protokoły onkologiczne i neurologiczne trwają 30–40 minut, a niekiedy nawet 90 minut. • Opisy takich badań są bardziej pracochłonne i często wymagają konsultacji wielospecjalistycznych. Czas ich opracowania jest zwykle co najmniej dwukrotnie dłuższy niż w przypadku badań wykonywanych w AOS. Opis przed planowaną operacją onkologiczną czy pooperacyjny u pacjenta z powikłaniami jest procesem czasochłonnym, trudnym i obarczonym dużą presją oraz ryzykiem. Obniżanie wycen badań szpitalnych jest sprzeczne z praktyką kliniczną i grozi pogorszeniem jakości diagnostyki najciężej chorych pacjentów. 2a. Aktualna sytuacja finansowa zakładów radiologii • Dotychczasowe wyceny pozwalały zakładom radiologii w szpitalach bilansować się mniej więcej na poziomie „zero” – pracownie nie generowały dużych zysków, ale też nie wymagały stałego dokładania środków przez dyrekcje.

			• Obniżenie wycen spowoduje, że pracownie radiologii zaczną przynosić straty, co dramatycznie pogorszy sytuację finansową całych szpitali. • Biorąc pod uwagę obecne trudności ekonomiczne placówek, takie działanie może doprowadzić do ograniczenia dostępności badań, redukcji etatów lub wręcz zamykania części pracowni. 3. Pominięte koszty dodatkowe Raport nie uwzględnia szeregu kluczowych elementów: • Awarie i serwis – wymiana cewek MR to koszt 200–300 tys. zł (a nie 10–50 tys.), często powodujący tygodniowe przestoje w szpitalach. Sam serwis aparatu TK/MR to wydatek rzędu kilkudziesięciu tysięcy złotych rocznie. • Środki hepatotropowe – znacznie droższe od standardowych, a jednocześnie niezbędne w badaniach wątroby. Nie zostały one uwzględnione w wycenach, podobnie jak fakt, że kontrasty dostępne są w pojemnikach zbiorczych – a niewykorzystanie całej fiolki danego dnia obliguje do jej utylizacji. 4. Niespójność w wycenie badań wieloodcinkowych MR kręgosłupa • MR jednego odcinka kręgosłupa (bez kontrastu): 396 zł. • MR trzech odcinków kręgosłupa (bez kontrastu): 985 zł. Oznacza to, że trzy odcinki są wycenione tylko 2,5 raza wyżej niż jeden. Tymczasem w praktyce: • każde badanie wymaga pełnego protokołu i osobnego slotu czasowego, • opis odpowiada trzem niezależnym badaniom, • jedyna oszczędność to brak konieczności trzykrotnego układania pacjenta, co skraca czas o maksymalnie kilka (3-5) minut. TK wieloodcinkowe – zdecydowana większość to badania onkologiczne • Opisy badań onkologicznych w TK, które są badaniami wieloodcinkowymi, wymagają porównania z badaniami poprzednimi, co w praktyce oznacza analizę nie ok. 3000 obrazów, lecz ok. 6000 obrazów. • Wycena 3 odcinków badań TK: ◦ TK jednego odcinka (bez i z kontrastem) – 415 pkt ◦ TK trzech odcinków (bez kontrastu) – 564 pkt

			◦ Stosunek: 564 ÷ 415 ≈ 1,36× ◦ Oznacza to, że NFZ wycenia trzy odcinki TK tylko o 36% drożej niż jeden odcinek (!). To rażący błąd logiczny – robienie trzech badań „taniej” nie ma uzasadnienia. Taryfy muszą odzwierciedlać faktyczny nakład pracy i czasu. Obecnie praktycznie wszystkie firmy i pracownie mają problem z badaniami onkologicznymi – przy obecnej wycenie trudno znaleźć chętnych do ich opisywania. W onkologii oczekiwanie na opis może wiązać się z nieodwracalnym pogorszeniem stanu chorego. Raport nie przewiduje żadnych dopłat do badań onkologicznych priorytetowych – DILO. 5. Nierealne czasy przygotowania i akwizycji • Przygotowanie pacjenta – 5 minut: nierealne w szpitalach, gdzie pacjentów trzeba transportować, zakładać wkłucia, poprawiać dokumentację, a często także powtarzać sekwencje. • Czas badań TK/MR: przyjęte w raporcie 5 i 15 minut są fikcyjne. W praktyce wiele badań trwa 30–40 minut, a niektóre do 90 minut. 5a. Finansowanie pracy w godzinach nocnych i w weekendy • Aby zwiększyć wykorzystanie istniejącej aparatury TK i MR oraz realnie skrócić kolejki, należy przewidzieć dodatkowe finansowanie dla pracowni wykonujących badania po godzinie 20:00 oraz w weekendy. • Pozwoli to na pełniejsze wykorzystanie kosztownego sprzętu, którego dostępność w Polsce i tak jest niższa niż średnia europejska. • Jednocześnie umożliwi to zapewnienie obsady kadrowej, ponieważ zgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami w kraju, personel oczekuje dodatkowej gratyfikacji za pracę w nocy i w dni wolne od pracy. • Takie rozwiązanie byłoby korzystne zarówno dla pacjentów (krótsze kolejki, szybsza diagnostyka), jak i dla placówek medycznych (lepsze wykorzystanie potencjału technologicznego). 6. Dane rynkowe vs. wyceny NFZ • NFZ: opis badania TK/MR – ok. 116 zł brutto dla pracowni (stawka sprzed 10 lat). • Obniżanie wycen w takiej sytuacji jest całkowicie oderwane od realiów i doprowadzi do odpływu specjalistów z systemu publicznego. Agencja posiada możliwość analizy danych z publicznych placówek, które jasno pokazują, ile faktycznie płaci się lekarzom i firmom teleradiologicznym za opisy: • 200–300 zł za opis badania,

			• ok. 250 zł/h za gotowość dyżurową. Ignorowanie tych danych prowadzi do wycen kompletnie rozbieżnych z realiami rynkowymi. 7. Odpowiedzialność prawna radiologów • Radiolog ponosi pełną odpowiedzialność cywilną i karną za każdy opis. • Odszkodowania i średnia krajowa (podstawa roszczeń) rosną, podobnie jak wydatki na ochronę zdrowia i wynagrodzenia w sektorze. • Tymczasem proponowana wycena ma być obniżona nawet o 50% względem obecnych stawek. To rażąca dysproporcja – rosnąca odpowiedzialność i koszty przy malejącej wycenie. 8. Jakość badań i nadmiarowość • Wzrost liczby osób z formalnymi uprawnieniami nie oznacza wzrostu jakości diagnostyki. • Nieprawidłowe opisy USG powodują nadmiarowe kierowania na TK/MR, generując koszty i przeciążając system. • Obniżki wycen TK i MR nie rozwiązują problemu nadmiarowości, a jedynie zniechęcają do wykonywania badań trudnych i złożonych. 9. Skutki kadrowe i konstytucyjne • Obniżki spowodują odpływ radiologów do sektora prywatnego lub za granicę. • Publiczni pacjenci zostaną wykluczeni z dostępu do specjalistycznej diagnostyki. • To narusza art. 68 Konstytucji RP, gwarantujący równy dostęp do ochrony zdrowia. 10. Błędy metodologiczne raportu • Brak analizy wrażliwości i scenariuszy. • Oparcie kluczowych danych na opiniach eksperckich zamiast na danych RIS/PACS. • Niespójności w cenach punktu (1,94 vs. 1,96 zł). • Brak rewizji koszyka świadczeń i wadliwe mapowanie ICD-9. • Niewłaściwa alokacja kosztów personelu (przerzucenie do „infrastruktury”).

			Podsumowanie i wnioski Raport DAiR.543.3.2025 zawiera błędne założenia, pomija realne koszty i prowadzi do wniosków sprzecznych z praktyką kliniczną. Największe zagrożenie stanowi obniżenie wycen badań szpitalnych, które są fundamentem diagnostyki w najcięższych przypadkach klinicznych. To działanie uderzy w pacjentów w stanie zagrożenia życia i może doprowadzić do dramatycznego pogorszenia jakości leczenia w onkologii, neurologii i medycynie ratunkowej. Wnioskuję o: 1. Wstrzymanie wdrożenia raportu w obecnej formie. 2. Niezmienianie (a docelowo – podwyższenie) wycen badań szpitalnych, aby odzwierciedlały one faktyczny czas i nakład pracy wymagany przy diagnostyce pacjentów w ciężkim stanie klinicznym. 3. Przeprowadzenie analizy wrażliwości i scenariuszowej. 4. Uwzględnienie realnych kosztów (serwis, kontrasty, utylizacja, opisy, dyżury). 5. Rozróżnienie wycen badań szpitalnych i ambulatoryjnych (z uwzględnieniem różnicy w poziomie trudności, czasie i ryzyku). 6. Rewizję koszyka świadczeń i doprecyzowanie mapowania. 7. Wprowadzenie mechanizmu indeksacji kosztowej (energia, płace, serwis). 8. Korektę wycen badań wieloodcinkowych, które obecnie w sposób całkowicie nielogiczny traktują trzy odcinki jako zaledwie 1,36- krotności jednego badania TK i 2,5-krotność jednego badania MR, podczas gdy nakład pracy i czasu jest w praktyce trzykrotny. Chciałabym również jeszcze dodać, że bardzo zachęcam do zapoznania się z oficjalnym stanowiskiem PLTR, czyli towarzystwa radiologicznego do którego należę.
24.	Kasia Steinhof		Obniżenie taryf przy nieelastycznych kosztach stałych (serwis, przeglądy, audyty, doszkalanie personelu, testy akredytacyjne i ochrony radiologicznej) grozi zejściem poniżej progu rentowności badań podstawowych co skutkuje ograniczeniem podaży świadczeń.
			Ceny usług zdrowotnych wzrosły r/r o ok. ~5% (maj 2025), co nie znajduje odzwierciedlenia w proponowanych obniżkach taryf. Dodatkowo w otrzymanych kalkulacjach nie zwrócono uwagi np. na kontrasty hepatotropowe co spowoduje spadek jakości diagnostyki schorzeń wątroby poprzez ich ograniczone stosowanie

			Rynek usług zdrowotnych jest rynkiem pracy wysokospecjalistycznej; obniżka taryf przy rosnącej płacy minimalnej i presji płacowej doprowadzi do ograniczenia dostępności świadczeń (rotacje kadr, redukcja godzin pracy pracowni).
			TK i MR to świadczenia o znaczeniu krytycznym dla diagnostyki onkologicznej, neurologicznej i urazowej. Obniżki taryf zwiększą ryzyko wydłużenia kolejek, ograniczenia dyżurów i przeniesienia kosztów na pacjentów (poza NFZ), co stoi w sprzeczności z celami polityki zdrowotnej państwa i standardami czasu dostępu.
			pracowniach pełniących całodobowe zabezpieczenie SOR/oddziałów ostrych, utrzymanie gotowości generuje wyższe koszty jednostkowe (dyżury, gotowość techniczna). Taryfa powinna to kompensować (np. współczynnik dyżurowy). Nową wyceną powinno się zająć Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne.
25.	dr inż. Joanna Bidzińska, MBA Koordynator Zespołu Elektroradiologów Zakład Radiologii UCK Gdańsk	Strona 59: Dane przekazane przez konsultanta krajowego… w zakresie czasu opisu badania… Dla badań o niskim stopniu złożoności czas przygotowania 5 minut, średni czas skanowania: TK 5 min, RM 15 min. Czas opisu uśredniony wskazany przez konsultanta krajowego to 10 I 15 min.	To uśrednienie jest nieadekwatne do praktyki klinicznej. W większości badań stwierdza się zmiany patologiczne, które wymagają szczegółowego opisu, często porównania z badaniami poprzednimi i korelacji klinicznej. Często się zdarza się, że opis trwa 30 minut lub dłużej, zwłaszcza w badaniach skomplikowanych. Założenie, że opis TK głowy, wykonanej u pacjenta szpitalnego trwa 10 minut, oznacza, że radiolog mógłby w ciągu 8 godzin pracy opisać nawet 48 badań, co jest nierealne. W praktyce przyjęcie takich uśrednionych wartości prowadzi do sztucznego zaniżenia kosztów świadczenia.
		Strona 12: Proces realizacji świadczenia obejmuje etap kwalifikacji pacjenta, wykonania badania oraz opis wyniku przez radiologa.	Model w raporcie uwzględnia tylko trzy kroki, pomijając istotne czynności takie jak: rejestracja pacjenta (infolinia, punkt rejestracji, obsługa dokumentów, informacja o sposobie przygotowania się do badania), uzyskanie świadomej zgody, poinformowanie o przebiegu badania, sprzątanie i dezynfekcja pracowni, przygotowanie i wydanie wyniku. Każdy z tych etapów wymaga czasu i angażuje personel, a ich brak w modelu oznacza, że wycena nie odzwierciedla realnych kosztów i prowadzi do ich zaniżenia.

		Strona 97: Koszty stałe oszacowane na podstawie średniego czasu przygotowania i skanowania; obejmują amortyzację, energię, wynagrodzenia technika, pielęgniarki i lekarza radiologa.	Choć formalnie koszty personelu są ujęte, nie zostały rozpisane jawnie. Zostały one zaniżone chociażby przez zaniżenie czasu pracy np. radiologa wykonującego opis. Nie uwzględniono kwestii nadzoru radiologa nad badaniem. Ponadto brakuje oddzielnej wyceny pracy administracji, osób zajmujących się systemami informatycznymi i archiwizacją, czy czasu poświęcanego na obsługę pacjenta. W praktyce badanie w trybie ostrym wymaga większych nakładów pracy niż planowe, czego raport nie różnicuje. Uwzględniono zużycie energii przez aparat, nie uwzględniono zużycia energii na systemy chłodzące. Ponadto nie uwzględniono rosnących kosztów obsługi serwisowej.
		Ograniczenia: dane finansowo-księgowe z niewielkiej grupy świadczeniodawców… uśrednienia czasów… średnie obcięte ograniczające wpływ wartości skrajnych	Mała próba danych i stosowanie średnich z odcięciem wartości skrajnych prowadzi do usunięcia najbardziej kosztownych przypadków, czyli tych typowych dla dużych i wielospecjalistycznych szpitali, gdzie trafiają najtrudniejsze przypadki oraz z oddziałami SOR czy centrami urazowymi. To oznacza, że raport nie odzwierciedla realnych warunków pracy w sytuacjach nagłych, np. pacjentów niespokojnych, dzieci, chorych nieprzytomnych, wymagających sedacji czy skomplikowanych przypadków klinicznych w szpitalach wielospecjalistycznych i klinicznych. Takie uśrednienie skutkuje zani2eniem realnych kosztów funkcjonowania oddziałów i pracowni TK/RM.
		TK - badanie pierwszego wyboru w stanach nagłych, szczególnie w urazach i ostrych zespołach neurologicznych	Skoro TK głowy jest badaniem ratującym życie, wykonywanym 24/7, to obniżanie jego wyceny zagraża dostępności. Obecnie trudno znaleźć chętnych do pracy radiologów i elektroradiologów/techników w systemie dyżurowym (zwłaszcza dyżury nocne) w publicznych szpitalach ze względu na bardzo obciążającą i stresującą pracę, niezwykle dużą odpowiedzialność i niską opłacalność. Obniżenie taryf doprowadzi do jeszcze większego odpływu kadry ze szpitali do sektora prywatnego i teleradiologii, co spowoduje braki kadrowe, a w konsekwencji zagrożenie dla najcięższych pacjentów. Z drugiej strony, co to za logika, żeby obniżać cenę najtrudniejszych i najbardziej stresujących badan i nazywać je prostymi.
		Analiza krytyczna raportu AOTMiT nr DAiR.543.3.2025 - Świadczenia gwarantowane obejmujące badania TK i RM (propozycja obniżenia wycen)	Poniższa tabela stanowi kontynuację uwag przedstawionych w Formularzu do zgłaszania uwag. Przedstawia dalszą szczegółową analizę fragmentów raportu dotyczącego taryfikacji badań TK i RM oraz kontrargumenty wskazujące na błędy metodologiczne, nieuwzględnione koszty i zagrożenia kliniczne. Lewa kolumna zawiera cytaty i tezy z raportu, prawa kolumna – kontrargumenty i szersze wyjaśnienia.
		Strona 99 „Propozycja zróżnicowania wyceny: badania	To rozróżnienie jest błędne. Badania rutynowe, np. TK głowy bez kontrastu w trybie szpitalnym, często są wykonywane właśnie w trybie ostrym i wymagają szybkiego działania całego zespołu. Ich cena nie powinna być

		rutynowe/powszechne – obniżka; badania specjalistyczne – podwyżka.”	obniżana tylko dlatego, że są częste. To badania priorytetowe w diagnostyce ostrych stanów i fundament bezpieczeństwa pacjentów.
		4.1. Strona 75 „Analiza wpływu… prognozy obarczone niepewnością (zmiany praktyki, technologii, zapotrzebowania).”	Raport przyznaje, że prognozy są niepewne, a mimo to proponuje zmiany taryf. Przy rosnącym zapotrzebowaniu (starzejące się społeczeństwo, rosnąca liczba nowotworów, wielochorobowość, urazy komunikacyjne) oraz niedoborach kadrowych, obniżenie wyceny spowoduje dalsze ograniczenie dostępności do badań.
		2.4 strona 5; 2.4.1 Strona 51 „Porównania międzynarodowe – Anglia (HRG): odrębne pozycje i jawny koszt opisu, różnice wg liczby okolic, podania środka kontrastującego, wieku pacjenta.”	W Anglii system HRG uznaje zmienność nakładu pracy – widać wyższe stawki dla dzieci, badań wieloobszarowych i kontrastowych. Dodatkowo wycenia się osobno koszt opisu badania. Polska praktyka, w której stosuje się jeden uśredniony czas i stawkę, jest sprzeczna nie tylko z tym podejściem, ale też logiką i prowadzi do niedoszacowania świadczeń.
		2.4, 2.4.2 strona 50-51; Załącznik nr 3 „Porównania międzynarodowe – Niemcy (GOÄ): mnożnik 1,0–3,5 w zależności od trudności, czasu i trybu nagłego.”	W Niemczech stosuje się elastyczne stawki zależne od trudności badania, czasu trwania i trybu (planowy, nagły). Dzięki temu procedury wymagające większego nakładu są odpowiednio finansowane. Polski raport uśrednia wszystko, przyjmując jednocześnie niską wartość Euro, co powoduje, że najbardziej wymagające badania – właśnie te wykonywane w nocy i w trybie ostrym – pozostają chronicznie niedofinansowane.
			Raport AOTMiT definiuje przebieg świadczenia TK/RM w trzech krokach (kwalifikacja pacjenta, wykonanie badania, opis wyniku). Taki model pomija wiele czynności organizacyjnych, administracyjnych i technicznych, które realnie mają miejsce przy każdym badaniu. Poniżej przedstawiono listę tych elementów wraz z krótkim komentarzem.

		Pominięty element: Rejestracja pacjenta (telefon, infolinia, punkt rejestracji)	Pacjent nie rejestruje się samodzielnie elektronicznie. Rejestracja wymaga pracy personelu administracyjnego, często kilkukrotnego kontaktu (umawianie, informacja jak pacjent powinien przygotować się do badania, zmiana terminów, pytania pacjenta). Koszt ten nie został uwzględniony.
		Weryfikacja pacjenta, skierowania i dokumentacji medycznej	Przed badaniem personel musi zweryfikować pacjenta (czy to rzeczywiście osoba, na którą wystawiono skierowanie), sprawdzić rodzaj badania vs skierowanie, podać przeciwwskazania. To dodatkowy czas i obowiązek prawny.
		Uzyskanie świadomej zgody pacjenta	Każde badanie wymaga wyrażenia na nie zgody przez pacjenta, ponadto badania kontrastowe wymagają dodatkowej zgody, zebrania wywiadu odnośnie ew. powikłań i przeciwwskazań, omówienia ryzyka podania środka kontrastującego, podpisania zgody i wyjaśnienia procedury. To proces trwający zwykle kilka minut, nieuwzględniony w modelu.
		Poinformowanie pacjenta o przebiegu badania	Technik i pielęgniarka instruują pacjenta jak się zachować, jakie są etapy badania, możliwe objawy np. po podaniu śr. kontrastujących. Czynność powtarzana indywidualnie przy każdym pacjencie.
		Przygotowanie pacjenta (wenflon, kontrast, ułożenie)	W raporcie proces przygotowania pacjenta ograniczono do kilku minut, ale w praktyce zajmuje to więcej czasu u chorych onkologicznych (po chemioterapii i wielu procedurach medycznych), pacjentów starszych, dzieci, osób z chorobami towarzyszącymi.
		Wczytanie i porównanie badań poprzednich	Radiolog przed opisem badania musi sprawdzić dane kliniczne, w szpitalach często wyszukać je w HISie, sprawdzić dane laboratoryjne, wczytać poprzednie badania do na konsolę opisową, dokonać porównań. Niejednokrotnie np. pacjenci onkologiczni mają wykonywane liczne badania, które wszystkie należy wgrać i porównać. To realny czas pracy nieuwzględniony w taryfie.
		Przygotowanie i wydanie wyniku	Po opisie badania wynik musi zostać zapisany, podpisany elektronicznie, a następnie udostępniony pacjentowi (płyta CD, wydruk). To wymaga obsługi administracyjnej.
		Sprzątanie i dezynfekcja gabinetu	Po każdym pacjencie konieczna jest dezynfekcja stołu, akcesoriów i utylizacja odpadów medycznych. Raport nie przypisał żadnych kosztów czasu pracy do tej czynności. Nie uwzględnia także prawdopodobnie końcowego sprzątania na koniec dnia. Nie bierze pod uwagę dezynfekcji w szpitalach w przypadku badania pacjentów z bakteriami oportunistycznymi
		Opieka nad pacjentem po podaniu śr. kontrastującego	Przez 20-30 min po badaniu z dożylnym podaniem śr. kontrastującego pacjent przebywa pod opieka pielęgniarki w celu wykluczenia powikłań. Następnie po tym czasie wenflon jest usuwany. Ten czas nie został uwzględniony w wycenie.

		Obsługa informatyczna i archiwizacja	Przesyłanie badań do PACS, archiwizacja, używanie oprogramowania na konsolach opisowych, opis w systemie HIS, dołączanie rekonstrukcji do systemu HIS. Czynności wymagają pracy lekarza i informatyków medycznych, co także zostało pominięte w kalkulacji.
		Nie uwzględniono fizyka medycznego	Konieczność kontroli dawki w badaniach TK oraz kontroli jakości badań TK i RM – każde badanie musi być dodatkowo ocenione, czy spełnia kryteria jakościowe oraz czy nie przekroczono dawki promieniowania – nie uwzględniono kosztów pracy fizyka w raporcie
		Kontakt z lekarzem prowadzącym/konsylia	W szpitalach po wykonanym badaniu bardzo często lekarze prowadzący kontaktują się telefonicznie lub osobiście z radiologiem w sprawie omówienia wyniku badania. Ponadto każdy oddział w dużych szpitalach bierze udział w konsyliach z radiologami, gdzie omawiane są trudniejsze przypadki
			Dlaczego nie powinno dojść do obniżki wyceny świadczeń TK i RM Po analizie raportu głównego oraz załączników (warunki realizacji, wykaz świadczeń, finansowanie międzynarodowe, cenniki komercyjne), można wskazać szereg argumentów przeciwko obniżce taryf badań TK i RM: 1. Wysokie wymagania kadrowe i sprzętowe Realizacja świadczeń wymaga udziału specjalistów radiologii, techników elektroradiologii/elektroradiologów i pielęgniarek, a także obsługi skomplikowanej aparatury (spiralne TK, rekonstrukcje 3D, pompy kontrastowe). 2. Szeroki katalog świadczeń i złożoność badań Kilkaset procedur TK i RM: głowy, szyi, klatki piersiowej, jamy brzusznej, kończyn, kręgosłupa, serca, mózgu, angiografie, spektroskopie. 3. Poziom finansowania w innych krajach Anglia: RM od ~634 zł do >3 100 zł, TK od ~383 zł do >1 700 zł (kurs GBP/PLN 2025). 4. Ceny komercyjne w Polsce TK: 372–1 102 zł średnio, do 2 000 zł za badania kontrastowe. To wyżej niż stawki NFZ. 5. Ryzyko ograniczenia dostępności świadczeń Niższe taryfy = rezygnacja części podmiotów z kontraktów, dłuższe kolejki, obniżenie jakości diagnostyki. To sprzeczne z polityką zdrowotną – poprawą dostępności. 6. Czynniki kosztotwórcze nieuwzględnione w obniżce Podwyżki kosztów energii, kontrastów, wynagrodzeń i serwisu, konieczność inwestycji w modernizację sprzętu i AI. Obniżka byłaby wbrew trendom inflacyjnym i systemowym.

			Wniosek: Obniżka taryf TK i RM jest nieuzasadniona. Już obecne wyceny są niższe niż średnie ceny komercyjne i taryfy zagraniczne. Ich dalsze obniżanie doprowadzi do ograniczenia dostępności, obniżenia jakości diagnostyki i destabilizacji rynku świadczeniodawców.
			Szczegółowe uwagi krytyczne do raportu AOTMiT Fragment raportu: „W celu ustalenia projektu taryfy świadczeń wykorzystano dane będące w posiadaniu Agencji…” Uwagi krytyczne: 1. Dlaczego w raporcie nie zamieszczono oficjalnego oświadczenia konsultanta krajowego, skoro powołano się na jego ocenę? Brak transparentności źródła. 2. Projekt oparto na wycenie badań komercyjnych, które z natury są mniej wymagające (brak pacjentów w stanie zagrożenia życia, z nagłym pogorszeniem stanu klinicznego, skomplikowanych przypadków, leczonych w szpitalach wielospecjalistycznych i jednostkach referencyjnych - w związku z czym wykonuje się mniej sekwencji specjalistycznych, brak dodatkowych analiz i kosztownego oprogramowania). 3. W ostatnich latach ceny środków kontrastowych (jodowych, gadolinowych) znacznie wzrosły. Argumentacja raportu jest sprzeczna z realiami rynkowymi. 4. Fałszywe założenie, że personel Zakładów Radiologii nie jest specjalistyczny. Radiolodzy, elektroradiolodzy (błędnie w raporcie określani jako technicy), pielęgniarki radiologiczne i fizycy to wysoko wyspecjalizowany zespół wymagający wieloletniego szkolenia. Przykład: RM proktografia wymaga współpracy kilku specjalistów i trwa o 20–30 minut dłużej niż standardowe badanie. 5. Argument o krótkim czasie przygotowania i opisu jest absurdalny w szpitalach, gdzie badania są coraz bardziej złożone i wymagają długich sekwencji, pomiarów morfometrycznych (u RM głowy u wszystkich pacjentów geriatrycznych), analizy parametrów biochemicznych (np. RM wątroby, TK dual-energy). 6. Argument o niskim zużyciu materiałów jest nieprawdziwy. Wymagane są materiały wysokiej jakości, jednorazowe zestawy do podania śr. kontrastujących, specjalistyczne środki dezynfekcyjne. Ich ceny znacząco wzrosły, szczególnie w i po okresie COVID-19. 7. Efekt skali nie działa w szpitalnictwie. Przy podziale badań na poszczególne aparaty okazuje się, że koszt jednostkowy jest wyższy niż w centrach ambulatoryjnych. Badania są trudne technicznie, pacjenci z otyłością czy wielochorobowością generują znacznie wyższe koszty. Fragment raportu: „Refundacja badań powinna być relatywnie niższa, gdyż dziś są to świadczenia rutynowe…” Uwagi krytyczne:

			a) Świadczenia TK i RM nie są „rutynowe”. To badania wysokospecjalistyczne, wymagające dużego zaplecza i specjalistycznego personelu. Koszty jednostkowe wzrosły z uwagi na wyższe ceny energii, obowiązkowe podwyżki wynagrodzeń oraz rosnące koszty obsługi. 1. Fragment raportu: „W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej… wdrożenie nowych taryf spowoduje zmniejszenie wydatków…” Uwagi krytyczne: a) Obniżka tzw. „prostych” badań RM i TK może prowadzić do nadużyć: odsyłania pacjentów na nieopłacalne świadczenia, niepotrzebnego zlecania kontrastu w celu podniesienia wartości procedury. Ponadto wiele z badań określanych jako „proste” (np. TK HR klatki piersiowej, TK HR kości skroniowych) to procedury wysokospecjalistyczne wymagające dodatkowego czasu i sprzętu. b) Nieuzasadnione zrównanie badań AOS i szpitalnych – różne są profile pacjentów, czas badania i koszty. Efekt skali nie działa dla świadczeń wysokospecjalistycznych. c) Koszty personelu w raporcie są rozproszone i niespójne – raz jako koszty stałe, raz zmienne, raz w opisie. d) Średnie dawki kontrastu podane w raporcie są zaniżone i nie odpowiadają realiom pacjentów hospitalizowanych (otyłość, wielochorobowość). e) Raport powołuje się na „uśredniony czas opisu”, lecz nie publikuje źródła tych danych. Brak przejrzystości. f) Pozycja „TK: trzy lub więcej okolic” premiuje nadużycia – kolejne okolice są wykonywane bez dodatkowej opłaty, co generuje straty. g) Porównania międzynarodowe (Niemcy) są nieprecyzyjne – przyjęto niski kurs euro, a katalogi cenowe nie zawierają pełnych kosztów personelu.
			Studium przypadku: Angio-TK aorty Charakterystyka badania: 1) Badanie wymaga bramkowania EKG, zużycia elektrod i dodatkowego przygotowania pacjenta, obejmuje szeroki zakres anatomiczny (szyja, klatka piersiowa, jama brzuszna, miednica). 2) Pacjenci często po zabiegach kardiochirurgicznych/naczyniowych – ocena protez, stent-graftów, powikłań. Wymaga wiedzy specjalistycznej i porównań z badaniami wyjściowymi. 3) Kluczowa rola w kwalifikacji do TAVI – wymaga calcium score, oceny zastawki, tętnic wieńcowych, całej aorty, dostępów naczyniowych, planowania zabiegu. To badanie multifazowe z dużym nakładem pracy.

			4) Konsekwencje organizacyjne: potrzeba wysokiej klasy sprzętu, licencji oprogramowania, serwisu, materiałów jednorazowych. Czas pracy zespołu (technik, pielęgniarka, radiolog) znacząco dłuższy niż w TK rutynowych. 5) Obniżenie wyceny grozi skróceniem protokołów, pominięciem kluczowych elementów analizy i zwiększonym ryzykiem błędów planistycznych w TAVI. Wniosek: Angio-TK aorty jest procedurą wysokospecjalistyczną i zasobochłonną. Obniżenie wyceny nie odzwierciedla realnych nakładów, grozi obniżeniem jakości i bezpieczeństwa pacjentów. Wnosimy o utrzymanie co najmniej dotychczasowej wyceny świadczenia.
26.	**Aleksandra Staszkiewicz** Kierownik Działu Dział Rozliczeń Usług Medycznych Uniwersyteckie Centrum Kliniczne	3.2.6. Wynik analizy kosztów Koszt opisu badania s. 62	"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." To uśrednienie jest nieadekwatne do praktyki klinicznej. W większości badań stwierdza się zmiany patologiczne, które wymagają szczegółowego opisu, często porównania z badaniami poprzednimi i korelacji klinicznej. Często zdarza się, że opis trwa 30 minut lub dłużej, zwłaszcza w badaniach skomplikowanych. Założenie, że opis TK głowy, wykonanej u pacjenta szpitalnego trwa 10 minut, oznacza, że radiolog mógłby w ciągu 8 godzin pracy opisać nawet 48 badań, co jest nierealne. W praktyce przyjęcie takich uśrednionych wartości prowadzi do sztucznego zaniżenia kosztów świadczenia.
		Realizacja badań TK i RM w systemie ochrony zdrowia s. 12	„Przebieg świadczenia obejmuje etap kwalifikacji pacjenta, wykonania badania oraz opis wyniku przez radiologa.” Model w raporcie uwzględnia tylko trzy kroki, pomijając istotne czynności takie jak: rejestracja pacjenta (infolinia, punkt rejestracji, obsługa dokumentów, informacja o sposobie przygotowania się do badania), uzyskanie świadomej zgody, poinformowanie o przebiegu badania, sprzątanie i dezynfekcja pracowni, przygotowanie i wydanie wyniku. Każdy z tych etapów wymaga czasu i angażuje personel, a ich brak w modelu oznacza, że wycena nie odzwierciedla realnych kosztów i prowadzi do ich zaniżenia. W załączeniu szczegółowy opis czynności, które powinny zostać wzięte pod uwagę podczas wyceny świadczeń obrazowych TK i MRI.
		„Koszty stałe oszacowane na podstawie średniego czasu przygotowania i skanowania; obejmują amortyzację, energię,	Brakuje oddzielnej wyceny pracy administracji, osób zajmujących się systemami informatycznymi i archiwizacją, czy czasu poświęcanego na obsługę pacjenta. W raporcie uwzględniono zużycie energii przez aparat, nie uwzględniono zużycia energii na systemy chłodzące. Ponadto nie uwzględniono rosnących kosztów obsługi serwisowej.

		wynagrodzenia technika, pielęgniarki i lekarza radiologa.”	
		„Ograniczenia: dane finansowo-księgowe z niewielkiej grupy świadczeniodawców… uśrednienia czasów… średnie obcięte ograniczające wpływ wartości skrajnych.” s. 56	Mała próba danych i stosowanie średnich z odcięciem wartości skrajnych prowadzi do usunięcia najbardziej kosztownych przypadków, czyli tych typowych dla dużych i wielospecjalistycznych szpitali, gdzie trafiają najtrudniejsze przypadki. To oznacza, że raport nie odzwierciedla realnych warunków pracy w sytuacjach nagłych, np. pacjentów niespokojnych, dzieci, pacjentów wymagających sedacji czy skomplikowanych przypadków klinicznych w szpitalach wielospecjalistycznych i klinicznych. Takie uśrednienie skutkuje zaniżeniem realnych kosztów funkcjonowania oddziałów i pracowni TK/RM.
		„Analiza wpływu… prognozy obarczone niepewnością (zmiany praktyki, technologii, zapotrzebowania).” „Porównania międzynarodowe – Anglia (HRG): odrębne pozycje i jawny koszt opisu, różnice wg liczby okolic, podania środka kontrastującego, wieku pacjenta.” „Porównania międzynarodowe – Niemcy (GOÄ): mnożnik 1,0–3,5 w zależności od trudności, czasu i trybu nagłego.”	Raport przyznaje, że prognozy są niepewne, a mimo to proponuje zmiany taryf. Przy rosnącym zapotrzebowaniu (starzejące się społeczeństwo, rosnąca liczba nowotworów, wielochorobowość, urazy komunikacyjne) oraz niedoborach kadrowych, obniżenie wyceny spowoduje dalsze ograniczenie dostępności do badań. W Anglii system HRG uznaje zmienność nakładu pracy – widać wyższe stawki dla dzieci, badań wieloobszarowych i kontrastowych. Dodatkowo wycenia się osobno koszt opisu badania. Polska praktyka, w której stosuje się jeden uśredniony czas i stawkę, jest sprzeczna nie tylko z tym podejściem, ale też logiką i prowadzi do niedoszacowania świadczeń. W Niemczech stosuje się elastyczne stawki zależne od trudności badania, czasu trwania i trybu (planowy, nagły). Dzięki temu procedury wymagające większego nakładu są odpowiednio finansowane. Polski raport uśrednia wszystko, przyjmując jednocześnie niską wartość Euro, co powoduje, że najbardziej wymagające badania – właśnie te wykonywane w nocy i w trybie ostrym – pozostają chronicznie niedofinansowane.

			Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku – załącznik do Formularza uwag do Raportu: Świadczenia gwarantowane obejmujące badania tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego Nr DAiR.543.3.2025 **1. Pominięte czynności i koszty w modelu taryfikacji TK/RM** Raport AOTMiT definiuje przebieg świadczenia TK/RM w trzech krokach (kwalifikacja pacjenta, wykonanie badania, opis wyniku). Taki model pomija wiele czynności organizacyjnych, administracyjnych i technicznych, które realnie mają miejsce przy każdym badaniu. Poniżej przedstawiono listę tych elementów wraz z krótkim komentarzem.
		Rejestracja pacjenta (telefon, infolinia, punkt rejestracji)	Pacjent nie rejestruje się samodzielnie elektronicznie. Rejestracja wymaga pracy personelu administracyjnego, często kilkukrotnego kontaktu (umawianie, informacja jak pacjent powinien przygotować się do badania, zmiana terminów, pytania pacjenta). Koszt ten nie został uwzględniony.
		Weryfikacja pacjenta, skierowania i dokumentacji medycznej	Przed badaniem personel musi zweryfikować pacjenta (czy to rzeczywiście osoba, na którą wystawiono skierowanie), sprawdzić rodzaj badania vs skierowanie, podać przeciwwskazania. To dodatkowy czas i obowiązek prawny.
		Uzyskanie świadomej zgody pacjenta	Każde badanie wymaga wyrażenia na nie zgody przez pacjenta, ponadto badania kontrastowe wymagają dodatkowej zgody, zebrania wywiadu odnośnie ew. powikłań i przeciwwskazań, omówienia ryzyka podania środka kontrastującego, podpisania zgody i wyjaśnienia procedury. To proces trwający zwykle kilka minut, nieuwzględniony w modelu.
		Poinformowanie pacjenta o przebiegu badania	Technik i pielęgniarka instruują pacjenta jak się zachować, jakie są etapy badania, możliwe objawy np. po podaniu śr. kontrastujących. Czynność powtarzana indywidualnie przy każdym pacjencie.
		Przygotowanie pacjenta (wenflon, kontrast, ułożenie)	W raporcie proces przygotowania pacjenta ograniczono do kilku minut, ale w praktyce zajmuje to więcej czasu u chorych onkologicznych (po chemioterapii i wielu procedurach medycznych), pacjentów starszych, dzieci, osób z chorobami towarzyszącymi.
		Wczytanie i porównanie badań poprzednich	Radiolog przed opisem badania musi sprawdzić dane kliniczne, w szpitalach często wyszukać je w HISie, sprawdzić dane laboratoryjne, wczytać poprzednie badania do na konsolę opisową, dokonać porównań. Niejednokrotnie np. pacjenci onkologiczni mają wykonywane liczne badania, które wszystkie należy wgrać i porównać. To realny czas pracy nieuwzględniony w taryfie.
		Przygotowanie i wydanie wyniku	Po opisie badania wynik musi zostać zapisany, podpisany elektronicznie, a następnie udostępniony pacjentowi (płyta CD, wydruk). To wymaga obsługi administracyjnej.

		Sprzątanie i dezynfekcja gabinetu	Po każdym pacjencie konieczna jest dezynfekcja stołu, akcesoriów i utylizacja odpadów medycznych. Raport nie przypisał żadnych kosztów czasu pracy do tej czynności. Nie uwzględnia także prawdopodobnie końcowego sprzątania na koniec dnia. Nie bierze pod uwagę dezynfekcji w szpitalach w przypadku badania pacjentów z bakteriami oportunistycznymi
		Opieka nad pacjentem po podaniu śr. kontrastującego	Przez 20-30 min po badaniu z dożylnym podaniem śr. kontrastującego pacjent przebywa pod opieka pielęgniarki w celu wykluczenia powikłań. Następnie po tym czasie wenflon jest usuwany. Ten czas nie został uwzględniony w wycenie.
		Obsługa informatyczna i archiwizacja	Przesyłanie badań do PACS, archiwizacja, używanie oprogramowania na konsolach opisowych, opis w systemie HIS, dołączanie rekonstrukcji do systemu HIS. Czynności wymagają pracy lekarza i informatyków medycznych, co także zostało pominięte w kalkulacji.
		Nie uwzględniono fizyka medycznego	Konieczność kontroli dawki w badaniach TK oraz kontroli jakości badań TK i RM – każde badanie musi być dodatkowo ocenione, czy spełnia kryteria jakościowe oraz czy nie przekroczono dawki promieniowania – nie uwzględniono kosztów pracy fizyka w raporcie
			2. Dlaczego nie powinno dojść do obniżki wyceny świadczeń TK i RM Po analizie raportu głównego oraz załączników (warunki realizacji, wykaz świadczeń, finansowanie międzynarodowe, cenniki komercyjne), można wskazać szereg argumentów przeciwko obniżce taryf badań TK i RM: a) Wysokie wymagania kadrowe i sprzętowe Realizacja świadczeń wymaga udziału specjalistów radiologii, techników elektroradiologii i pielęgniarek, a także obsługi skomplikowanej aparatury (spiralne TK, rekonstrukcje 3D, pompy kontrastowe). b) Szeroki katalog świadczeń i złożoność badań Kilkaset procedur TK i RM: głowy, szyi, klatki piersiowej, jamy brzusznej, kończyn, kręgosłupa, serca, mózgu, angiografie, spektroskopie. c) Poziom finansowania w innych krajach: Anglia: RM od ~634 zł do >3 100 zł, TK od ~383 zł do >1 700 zł (kurs GBP/PLN 2025). d) Ceny komercyjne w Polsce TK: 372–1 102 zł średnio, do 2 000 zł za badania kontrastowe. To wyżej niż stawki NFZ. e) Ryzyko ograniczenia dostępności świadczeń - niższe taryfy = rezygnacja części podmiotów z kontraktów, dłuższe kolejki, obniżenie jakości diagnostyki. To sprzeczne z polityką zdrowotną – poprawą dostępności. f) Czynniki kosztotwórcze nieuwzględnione w obniżce - podwyżki kosztów energii, kontrastów, wynagrodzeń i serwisu, konieczność inwestycji w modernizację sprzętu i AI. Obniżka byłaby wbrew trendom inflacyjnym i systemowym.

			Wniosek: **Obniżka taryf TK i RM jest nieuzasadniona. Już obecne wyceny są niższe niż średnie ceny komercyjne i taryfy zagraniczne. Ich dalsze obniżanie doprowadzi do ograniczenia dostępności, obniżenia jakości diagnostyki i destabilizacji rynku świadczeniodawców.**
			3. Szczegółowe uwagi krytyczne do raportu AOTMiT Fragment raportu: „W celu ustalenia projektu taryfy świadczeń wykorzystano dane będące w posiadaniu Agencji…” Uwagi krytyczne: 1. Dlaczego w raporcie nie zamieszczono oficjalnego oświadczenia konsultanta krajowego, skoro powołano się na jego ocenę? Brak transparentności źródła. 2. Projekt oparto na wycenie badań komercyjnych, które z natury są mniej wymagające (brak pacjentów w stanie zagrożenia życia, z nagłym pogorszeniem stanu klinicznego, skomplikowanych przypadków, leczonych w szpitalach wielospecjalistycznych i jednostkach referencyjnych - w związku z czym wykonuje się mniej sekwencji specjalistycznych, brak dodatkowych analiz i kosztownego oprogramowania). 3. W ostatnich latach ceny środków kontrastowych (jodowych, gadolinowych) znacznie wzrosły. Argumentacja raportu jest sprzeczna z realiami rynkowymi. 4. Fałszywe założenie, że personel Zakładów Radiologii nie jest specjalistyczny. Radiolodzy, elektroradiolodzy (błędnie w raporcie określani jako technicy), pielęgniarki radiologiczne i fizycy to wysoko wyspecjalizowany zespół wymagający wieloletniego szkolenia. Przykład: RM proktografia wymaga współpracy kilku specjalistów i trwa o 20–30 minut dłużej niż standardowe badanie. 5. Argument o krótkim czasie przygotowania i opisu jest absurdalny w szpitalach, gdzie badania są coraz bardziej złożone i wymagają długich sekwencji, pomiarów morfometrycznych (u RM głowy u wszystkich pacjentów geriatrycznych), analizy parametrów biochemicznych (np. RM wątroby, TK dual-energy). 6. Argument o niskim zużyciu materiałów jest nieprawdziwy. Wymagane są materiały wysokiej jakości, jednorazowe zestawy do podania śr. kontrastujących, specjalistyczne środki dezynfekcyjne. Ich ceny znacząco wzrosły, szczególnie w i po okresie COVID-19. 7. Efekt skali nie działa w szpitalnictwie. Przy podziale badań na poszczególne aparaty okazuje się, że koszt jednostkowy jest wyższy niż w centrach ambulatoryjnych. Badania są trudne technicznie, pacjenci z otyłością czy wielochorobowością generują znacznie wyższe koszty. Fragment raportu: „Refundacja badań powinna być relatywnie niższa, gdyż dziś są to świadczenia rutynowe…” 8. Świadczenia TK i RM nie są „rutynowe”. To badania wysokospecjalistyczne, wymagające dużego zaplecza i specjalistycznego personelu. Koszty jednostkowe wzrosły z uwagi na wyższe ceny energii, obowiązkowe podwyżki wynagrodzeń oraz rosnące koszty obsługi.

			Fragment raportu: „W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej… wdrożenie nowych taryf spowoduje zmniejszenie wydatków…” Uwagi krytyczne: 1. Obniżka tzw. „prostych” badań RM i TK może prowadzić do nadużyć: odsyłania pacjentów na nieopłacalne świadczenia, niepotrzebnego zlecania kontrastu w celu podniesienia wartości procedury. Ponadto wiele z badań określanych jako „proste” (np. TK HR klatki piersiowej, TK HR kości skroniowych) to procedury wysokospecjalistyczne wymagające dodatkowego czasu i sprzętu. 2. Nieuzasadnione zrównanie badań AOS i szpitalnych – różne są profile pacjentów, czas badania i koszty. Efekt skali nie działa dla świadczeń wysokospecjalistycznych 3. Koszty personelu w raporcie są rozproszone i niespójne – raz jako koszty stałe, raz zmienne, raz w opisie. 4. Średnie dawki kontrastu podane w raporcie są zaniżone i nie odpowiadają realiom pacjentów hospitalizowanych (otyłość, wielochorobowość). 5. Raport powołuje się na „uśredniony czas opisu”, lecz nie publikuje źródła tych danych. Brak przejrzystości. 6. Pozycja „TK: trzy lub więcej okolic” premiuje nadużycia – kolejne okolice są wykonywane bez dodatkowej opłaty, co generuje straty. 7. Porównania międzynarodowe (Niemcy) są nieprecyzyjne – przyjęto niski kurs euro, a katalogi cenowe nie zawierają pełnych kosztów personelu.
			4. Studium przypadku: Angio-TK aorty Charakterystyka badania: 1) Badanie wymaga bramkowania EKG, zużycia elektrod i dodatkowego przygotowania pacjenta, obejmuje szeroki zakres anatomiczny (szyja, klatka piersiowa, jama brzuszna, miednica). 2) Pacjenci często po zabiegach kardiochirurgicznych/naczyniowych – ocena protez, stent-graftów, powikłań. Wymaga wiedzy specjalistycznej i porównań z badaniami wyjściowymi. 3) Kluczowa rola w kwalifikacji do TAVI – wymaga calcium score, oceny zastawki, tętnic wieńcowych, całej aorty, dostępów naczyniowych, planowania zabiegu. To badanie multifazowe z dużym nakładem pracy. 4) Konsekwencje organizacyjne: potrzeba wysokiej klasy sprzętu, licencji oprogramowania, serwisu, materiałów jednorazowych. Czas pracy zespołu (technik, pielęgniarka, radiolog) znacząco dłuższy niż w TK rutynowych. 5) Obniżenie wyceny grozi skróceniem protokołów, pominięciem kluczowych elementów analizy i zwiększonym ryzykiem błędów planistycznych w TAVI. <u>Wniosek: Angio-TK aorty jest procedurą wysokospecjalistyczną i zasobochłonną. Obniżenie wyceny nie odzwierciedla realnych nakładów, grozi obniżeniem jakości i bezpieczeństwa pacjentów. Wnosimy o utrzymanie co najmniej dotychczasowej wyceny świadczenia.</u>

27.	Maria Pytlik	3. 2. 2	Zaniżanie czasu przygotowania pacjenta w pracowni TK/MR oraz czasu badania. Przedstawione w raporcie czasy przygotowania Pacjenta nie są realne do osiągnięcia: zbieranie wywiadu pozwalającego na bezpieczne dla pacjenta przeprowadzenie badania (np. dot. elementów metalowych w ciele pacjenta - weryfikacja dopuszczenia danego elementu metalowego do badania w danym natężeniu pola magnetycznego; w kierunku chorób ograniczających możliwość zastosowania środków kontrastowych - jak niewydolność nerek, nadczynność tarczycy; w kierunku reakcji uczuleniowych na konkretne środki kontrastowe), planowanie badania przez zespół pracowni (np. ewentualne podawanie doustnych środków cieniujących, dostosowanie protokołu badania do problemu diagnostycznego zawartego w skierowaniu), przyjęcie w pracowni osoby w podeszłym wieku (mała sprawność ruchowa, utrudniony kontakt z pacjentem z powodu zaburzeń słuchu bądź deficytów poznawczych) - zajmują powyżej założonych w raporcie 5 minut. To samo dotyczy badania - 5 minut na badanie TK nie jest czasem pozwalającym nawet na podstawowe badanie jamy brzusznej z miednicą, ponieważ fazy opóźnione do oceny struktur miednicy wymagają oceny po dłuższym czasie (min. 8 minut, a zależnie od sytuacji klinicznej pacjenta - czasami dłużej); 15 minut na badanie MR nie pozwala na wykonanie dobrego jakościowo badania, które odpowie na problem kliniczny postawiony w rozpoznaniu - podstawowe badania u pacjenta onkologicznego nie trwają krócej niż 40min, a zależnie od postawionego problemu klinicznego i protokołu (np. użycie hepatotropowego środka kontrastowego) - mogą trwać ponad 90min.
			Znaczenie radiologii dla innych specjalności medycznych. Badania radiologiczne są aktualnie podstawowym narzędziem do diagnostyki i kontroli pacjentów wszystkich pozostałych specjalności medycznych, co jest najbardziej zauważalne w onkologii. Ograniczenie finansowania badań radiologicznych spowoduje zmniejszenie ich dostępności, a co za tym idzie wydłużenie czasu diagnostyki pacjenta - pacjent o większym wstępnym zaawansowaniu choroby generuje większe koszty leczenia, niż pacjent zdiagnozowany szybko, na niskim etapie zaawansowania choroby.
			Wysokospecjalistyczny charakter badań radiologicznych. Diagnostyce radiologicznej poddawani są pacjenci obciążeni wieloma chorobami, co w szczególności dotyczy pacjentów onkologicznych. Badania radiologiczne wykonywane u takich pacjentów są często badaniami obejmującymi wiele okolic (nawet w przypadku jednej okolicy nie można ich określić mianem " prostych''), skomplikowanymi pod względem technicznym, o wysokim stopniu trudności opisu. Ograniczenie finansowania badań radiologicznych wpłynie na odpływ wysoko wyspecjalizowanego personelu wykonującego oraz opisującego takie badania, do sektora prywatnego, który oferuje korzystne wynagrodzenie.
		3.2.6	Odpowiedzialność personelu pracowni diagnostycznych. Lekarz radiolog ponosi pełną odpowiedzialność karną i cywilną za każdy wykonany opis badania - w raporcie zaznacza się dysproporcja między rosnącymi kwotami odszkodowań a obniżoną wyceną świadczeń.
		3.2.6	Koszty utrzymania sprawności aparatów medycznych. Aparaty medyczne wymagają ciągłych znacznych nakładów finansowych dla właściwego planowego serwisowania (a co za tym Idzie sprawnej pracy i

			dopuszczenia do użytkowania klinicznego) a w przypadku awarii koszty te są dodatkowo zwiększone przez konieczność zakupu części, których ceny mogą wynosić setki tysięcy złotych. Sytuacja finansowa szpitali. Akceptowalne do tej pory finansowanie procedur radiologicznych pozwalają na zmniejszenie obciążenia finansowego (zakłady radiologii w takiej sytuacji "nie powodują strat”). Zmniejszenie wyceny procedur radiologicznych sprawi, że szpitale będą musiały ponosić koszty, które pogorszą ich sytuację finansową. Będzie to prowadziło do zmniejszenia dostępności procedur radiologicznych dla pacjentów a także może doprowadzić do zaprzestania zakupów nowego sprzętu, który poprawia jakość i szybkość diagnostyki.
28.	Joanna Gąsiorowska		W związku z opublikowanym 22 września 2025 r. raportem DAiR.543.3.2025 dotyczącym projektu taryf świadczeń gwarantowanych w zakresie badań TK i MR, Chciałabym zgłosić sprzeciw wprowadzeniu zmian w zaprezentowanej formie Stanowisko swoje uzasadnić następującymi argumentami: - po pierwsze forma wprowadzenia zmian, pośpiech oraz brak konsultacji ze środowiskiem medycznym, głównie radiologami oraz administracją placówek medycznych, które najlepiej znają realia wykonywanych procedur oraz ich koszty. Stan ten wnioskuję po licznych błędach metodologicznych oraz pominięciu rzeczywistych kosztów. Pracując w Szpitalu Uniwersyteckim staramy się dokładać najwyższej staranności w wykonywanych procedurach. Skrócenie czasu badań do tych zawartych w raporcie wiązałoby się z bezpośrednim obniżeniem jakości badań oraz świadczonych usług dla Pacjenta. Samo przygotowanie Pacjentów onkologicznych do badania czasem jest bardzo żmudne - pojenie doustne, podawanie kontrastów w trakcie akwizycji, skany opóźnione, problemy z wkłuciami, przerwy w badaniach MR z uwagi na różne sytuacje, które nie można przewidzieć z uwagi na specyfikę badania i długi bezruch Pacjenta. Widać gołym okiem, że autorzy raporty nigdy nie mieli styczności z pracą w pracowni diagnostyki obrazowej. Chcemy podwyższać standardy opieki a takimi zmianami jedynie je obniżamy. - do tej pory wieloletnie utrzymywanie stawek było wątpliwe. Rosnące ceny energii elektrycznej, inflacja, rosnące ceny usług w tym obsługi awarii i serwisów (wymiana poszczególnych składowych aparatów to rząd od kilkudziesięciu do kilkuset tysięcy złotych, serwis aparatu TK/MR to wydatek rzędu kilkudziesięciu tysięcy złotych rocznie. Specjalistyczne środki kontrastowe w tym np. hepatotropowy również są zdecydowanie droższe od standardowych, jednocześnie nikt nie „szczędzi” ich podawania przy wskazania klinicznych, tylko dla tego, że z tyłu głowy mamy zaniżone stawki badań. Kontrasty dostępne są w pojemnikach zbiorczych - niewykorzystanie całej fiolki danego dnia obliguje do jej utylizacji. Jeszcze większe obniżenie ich spowoduje załamanie obecnej sytuacji. - ciągle i znacząco rosnąca płaca minimalna - W 2025 r. minimalne wynagrodzenie wzrosło do 4 666 zł brutto, co istotnie podnosi całkowity koszt zatrudnienia personelu (techników elektroradiologii, pielęgniarek, lekarzy i fizyków medycznych) we wszystkich formach organizacyjnych, (wskazniki.gofin.pl) - mimo wzrostu ilości badań w Polsce i poprawy dostępności do badań, Polska w dalszym ciągu wykonuje znacząco mniej badań TK i MR na 1000 mieszkańców niż średnia europejska, szczególnie w obszarze MR.

			Obniżenie taryf zatrzyma rozwój i modernizację. Jeśli celem jest rozwój, wyceny powinny zostać utrzymane lub zwiększone, a nie obniżane. - diagnostyka obrazowa jest podstawą do każdej dobrej diagnozy i szybkiego, skutecznego leczenia. Obniżenie wyceny na to podstawowe narzędzie oraz niedorzeczne skrócenie czasu badania może spowodować jedynie błędy i obniżenie jakości świadczeń. Nie można skrócić protokołów badań MR do 15min, zachowując ich jakość. Pacjenci szpitalni, onkologiczni wymagają niejednokrotnie specjalnych warunków, dodatkowego czasu oraz procedur do dobrej opieki. Obniżając wycen badań szpitalnych pozbawia ich możliwości dobre diagnozy i leczenia od samego początku. Błędy diagnostyczne spowodowane złą techniką i wykonaniem badania będą pociągały za sobą błędy kliniczne a w ostateczności mogą przyczyniać się do większych kosztów związanych z dłuższym leczeniem, niejednokrotnie kosztowniejszym oraz zwiększonym ryzykiem pozwów medycznych. - opisy badań onkologicznych są bardziej pracochłonne i czasochłonne. Pacjenci onkologicznie wymagają ocen porównawczych w celu możliwości stwierdzenia oceny odpowiedzi na otrzymywanie w programach lekowych. Przy zmniejszeniu wycen, może dojść do odpływu wielu specjalistów z sektora publicznego do prywatnego, co za tym idzie pogorszeniem jakości diagnostyki pacjentów onkologicznych. Opis przed planowaną operacją onkologiczną czy pooperacyjny u pacjenta z powikłaniami jest procesem czasochłonnym, trudnym i obarczonym dużą presją oraz ryzykiem. - Obniżenie wycen spowoduje, że pracownie radiologii zaczną przynosić straty, co pogorszy sytuację finansową całych szpitali. Biorąc pod uwagę obecne trudności ekonomiczne placówek, takie działanie może doprowadzić do ograniczenia dostępności badań, redukcji etatów lub wręcz zamykania części pracowni. - raport zawiera wiele niespójności wycen różnych badań, między innymi dotyczących wielu odcinków. Nieadekwatna pozostaje wycena trzech odcinków w TK, które jest najczęściej wykonywanym badaniem u Pacjentów onkologicznych, które wymagają oceny porównawczej z poprzednimi badania oraz dużo większego nakładu pracy niż badania jednoodcinkowe. TK jednego odcinka (bez i z kontrastem) - 415 pkt TK trzech odcinków (bez kontrastu) - 564 pkt Stosunek: 564 - M 1 5 = 1,36 * Oznacza to, że NFZ wycenia trzy odcinki TK tylko o 36% drożej niż jeden odcinek (!). To rażący błąd logiczny - robienie trzech badań „taniej” nie ma uzasadnienia. Taryfy muszą odzwierciedlać faktyczny nakład pracy i czasu. Obecnie praktycznie wszystkie firmy i pracownie mają problem z badaniami onkologicznymi - przy obecnej wycenie trudno znaleźć chętnych do ich opisywania. W onkologii oczekiwanie na opis może wiązać się z nieodwracalnym pogorszeniem stanu chorego. Raport nie przewiduje żadnych dopłat do badań onkologicznych priorytetowych - DILO. - Radiolog ponosi pełną odpowiedzialność cywilną i karną za każdy opis. Odszkodowania i średnia krajowa (podstawa roszczeń) rosną, podobnie jak wydatki na ochronę zdrowia i wynagrodzenia w sektorze. Tymczasem proponowana wycena ma być obniżona nawet o 50% względem obecnych stawek.

			To rażąca dysproporcja - rosnąca odpowiedzialność i koszty przy malejącej wycenie. - Wzrost liczby osób z formalnymi uprawnieniami nie oznacza wzrostu jakości diagnostyki. Nieprawidłowe opisy USG powodują nadmiarowe kierowania na TK/MR, generując koszty i przeciążając system. Obniżki wycen TK i MR nie rozwiązują problemu nadmiarowości, a jedynie zniechęcają do wykonywania badań trudnych i złożonych. - Obniżki spowodują odpływ radiologów do sektora prywatnego lub za granicę. Publiczni pacjenci zostaną wykluczeni z dostępu do specjalistycznej diagnostyki. To narusza art. 68 Konstytucji RP, gwarantujący równy dostęp do ochrony zdrowia. Reasumując: Raport DAiR.543.3.2025 zawiera błędne założenia, pomija realne koszty. Nie ma odzwierciedlenia z codziennej praktyce Radiologów, elektroradiologów oraz opieki pielęgniarskiej. Skupia się jedynie na niedorzecznym obniżeniu wysokości świadczeń, bez refleksji nad konsekwencjami. Natychmiastowe wdrażanie nowych stawek w pośpiechu, bez konsultacji z całym środowiskiem jest wyrazem nonszalancji i pogardy nie tylko dla nas ale i dla Pacjenta. Wnioskuję o wstrzymanie prac do czasu rzetelnej i merytorycznej pracy nad nim. Wycena świadczeń musi odzwierciedlać faktyczny czas poświęcony Pacjentowi oraz nakład pracy przy diagnostyce wszystkich Pacjentów, również onkologicznych i tych w ciężkim stanie klinicznym. Wzrost innowacyjności pociąga za sobą niejednokrotnie większe koszty i większy nakład pracy związany z wdrażaniem nowych systemów, szkoleń i procedur. Trzeba się zastanowić czy chcemy stać w miejscu i obniżać standardy w celu „łatania dziur budżetowych”, czy utrzymywać poziom i rozwijać się. Taka postawa zawsze niesie za sobą koszty - ale należy uwzględnić realne koszty diagnostyki - konsultacje z dyrekcją szpitali oraz administracją (serwis, kontrasty, utylizacja, opisy, dyżury, ceny prądu i utrzymania placówek). Rozróżnić wycenę badań szpitalnych i ambulatoryjnych (z uwzględnieniem różnicy w poziomie trudności, czasie i ryzyku). Uwzględnić wieloodcinkowość badań i złożoność ich opisu. PS. Proszę wybaczyć ale prośba do nas, jako Specjalistów Radiologii i Diagnostyki obrazowej o dołączanie własnych kalkulacji kosztów uzasadniających inna propozycję jest kolejną niedorzecznością. W ciągu kilku dni, karzecie nam Państwo wyspecjalizować się w wycenach procedur? Posiąść pełną informację co do kosztów prowadzenia placówek i danych wrażliwych na temat kosztów szpitali? Naszą rolą jest przede wszystkim dbanie o Pacjenta, a pośpiech nigdy nie jest w tym dobrym doradcą. Jak widać pośpiech również nie służy decyzjom agencji oceny technologii medycznych.

29.	Magdalena Zgórniak	Odnośnie punktu 3.2.2	W związku z opublikowanym 22 września 2025 r. raportem DAiR.543.3.2025 dotyczącym projektu taryf świadczeń gwarantowanych w zakresie badań TK i MR, jako specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej przedstawiam poniższe uwagi. Raport w obecnym kształcie zawiera istotne błędy metodologiczne, pomija rzeczywiste koszty i prowadzi do wniosków groźnych dla jakości oraz dostępności diagnostyki obrazowej w Polsce. Odnośnie punktu 3.2.2 1. Zaniżanie czasu przygotowania pacjenta w pracowni TK/MR oraz czasu badania. Przedstawione w raporcie czasy przygotowania Pacjenta są nierealistyczne do osiągnięcia: zbieranie wywiadu pozwalającego na bezpieczne dla pacjenta przeprowadzenie badania (np. dot. elementów metalowych w ciele pacjenta – weryfikacja dopuszczenia danego elementu metalowego do badania w danym natężeniu pola magnetycznego; w kierunku chorób ograniczających możliwość zastosowania środków kontrastowych – jak niewydolność nerek, nadczynność tarczycy; w kierunku reakcji uczuleniowych na konkretne środki kontrastowe), planowanie badania przez zespół pracowni (np. ewentualne podawanie doustnych środków cieniujących, dostosowanie protokołu badania do problemu diagnostycznego zawartego w skierowaniu), przyjęcie w pracowni osoby w podeszłym wieku (mała sprawność ruchowa, utrudniony kontakt z pacjentem z powodu zaburzeń słuchu bądź deficytów poznawczych) – zajmują powyżej założonych w raporcie 5 minut. Czas wg Raportu przeznaczony na samo badanie – 5 minut TK nie jest czasem pozwalającym nawet na podstawowe badanie jamy brzusznej z miednicą, ponieważ fazy opóźnione do oceny struktur miednicy wymagają oceny po dłuższym czasie (min. 8 minut, a zależnie od sytuacji klinicznej pacjenta – czasami dłużej); 15 minut na badanie MR nie pozwala na wykonanie dobrego jakościowo badania, które odpowie na problem kliniczny postawiony w rozpoznaniu – podstawowe badania u pacjenta onkologicznego nie trwają krócej niż 40min, a zależnie od postawionego problemu klinicznego i protokołu (np. użycie hepatotropowego środka kontrastowego) – mogą trwać ponad 90min.
		Odnośnie punktu 3.2.5	Odnośnie punktu 3.2.5 2. Znaczenie radiologii dla innych specjalności medycznych. Badania radiologiczne są aktualnie podstawowym narzędziem do diagnostyki i kontroli pacjentów wszystkich pozostałych specjalności medycznych, co jest najbardziej zauważalne w onkologii. Ograniczenie finansowania badań radiologicznych spowoduje zmniejszenie ich dostępności, a co za tym idzie wydłużenie czasu diagnostyki pacjenta – pacjent o większym wstępnym zaawansowaniu choroby generuje większe koszty leczenia, niż pacjent zdiagnozowany szybko, na niskim etapie zaawansowania choroby.

			3. Wysokospecjalistyczny charakter badań radiologicznych. Diagnostyce radiologicznej poddawani są pacjenci obciążeni wieloma chorobami, co w szczególności dotyczy pacjentów onkologicznych. Badania radiologiczne wykonywane u takich pacjentów są badaniami obejmującymi wiele okolic, skomplikowanymi pod względem technicznym, o wysokim stopniu trudności opisu. Ograniczenie finansowania badań radiologicznych wpłynie na odpływ wysoko wyspecjalizowanego personelu wykonującego oraz opisującego takie badania, do sektora prywatnego, który oferuje korzystne wynagrodzenie. 4. Odpowiedzialność personelu pracowni diagnostycznych. Lekarz radiolog ponosi pełną odpowiedzialność karną i cywilną za każdy wykonany opis badania – w raporcie zaznacza się dysproporcja między rosnącymi kwotami odszkodowań a obniżoną wyceną świadczeń. 5. Koszty utrzymania sprawności aparatów medycznych. Aparaty medyczne wymagają ciągłych znacznych nakładów finansowych dla właściwego planowego serwisowania (a co za tym idzie sprawnej pracy i dopuszczenia do użytkowania klinicznego) a w przypadku awarii koszty te są dodatkowo zwiększone przez konieczność zakupu części, których ceny mogą wynosić setki tysięcy złotych.
		Odnośnie punktu 3.2.5	Odnośnie punktu 3.2.5 6. Sytuacja finansowa szpitali. Akceptowalne do tej pory finansowanie procedur radiologicznych pozwalają na zmniejszenie obciążenia finansowego (zakłady radiologii w takiej sytuacji „nie powodują strat”). Zmniejszenie wyceny procedur radiologicznych sprawi, że szpitale będą musiały ponosić koszty, które pogorszą ich sytuację finansową. Będzie to prowadziło do zmniejszenia dostępności procedur radiologicznych dla pacjentów a także może doprowadzić do zaprzestania zakupów nowego sprzętu, który poprawia jakość i szybkość diagnostyki. Wnioskuję o: Wstrzymanie wdrożenia raportu w obecnej formie. Utrzymanie i docelowo – podwyższenie wycen badań szpitalnych, aby odzwierciedlały one realne czasy trwania badań oraz nakład pracy personelu pracowni radiologicznych Uwzględnienie realnych kosztów wykonywanych badań (serwis planowy oraz awarie, materiały użyte do badania, praca personelu pracowni).
30.	Oktawian Trybus		Dostępność i bezpieczeństwo pacjentów

			• TK i MR to świadczenia o znaczeniu krytycznym dla diagnostyki onkologicznej, neurologicznej i urazowej. Obniżki taryf zwiększą ryzyko wydłużenia kolejek, ograniczenia dyżurów i przeniesienia kosztów na pacjentów (poza NFZ), co stoi w sprzeczności z celami polityki zdrowotnej państwa i standardami czasu dostępu. • W pracowniach pełniących całodobowe zabezpieczenie SOR/oddziałów ostrych, utrzymanie gotowości generuje wyższe koszty jednostkowe (dyżury, gotowość techniczna). Taryfa powinna to kompensować (np. współczynnik dyżurowy).
			Utrzymanie MR/TK wymaga wysokokosztowych kontraktów serwisowych (wymiana lamp rentgenowskich w TK, utrzymanie kriogeniki i ciągłości chłodzenia MR, aktualizacje oprogramowania, testy kontroli jakości i bezpieczeństwa), których ceny są indeksowane i denominowane często w EUR/USD. Obniżenie taryf przy nieelastycznych kosztach stałych (serwis, przeglądy, audyty, doszkalanie personelu, testy akredytacyjne i ochrony radiologicznej) grozi zejściem poniżej progu rentowności badań podstawowych (np. TK głowy bez kontrastu, MR stawów), co skutkuje ograniczeniem podaży świadczeń.
			Dla gospodarstw domowych obowiązuje administracyjnie limitowana cena energii (ok. 0,6212 zł/kWh brutto), ale większość przedsiębiorców/świadczeniodawców nie korzysta z takiego zamrożenia i rozlicza się po rynkowych stawkach, na które dodatkowo wpływają opłaty (np. opłata mocowa). (Urząd Regulacji Energetyki)
			W 2025 r. minimalne wynagrodzenie wzrosło do 4 666 zł brutto, co istotnie podnosi całkowity koszt zatrudnienia personelu (techników elektroradiologii, pielęgniarek, lekarzy i fizyków medycznych) we wszystkich formach organizacyjnych
31.	Agnieszka Skierczyńska	Wzrost kosztów pracy	• W 2025 r. minimalne wynagrodzenie wzrosło do 4 666 zł brutto, co istotnie podnosi całkowity koszt zatrudnienia personelu (techników elektroradiologii, pielęgniarek, lekarzy i fizyków medycznych) we wszystkich formach organizacyjnych. (wskazniki.gofin.pl) • Rynek usług zdrowotnych jest rynkiem pracy wysokospecjalistycznej; obniżka taryf przy rosnącej płacy minimalnej i presji płacowej doprowadzi do ograniczenia dostępności świadczeń (rotacje kadr, redukcja godzin pracy pracowni).
		Koszty energii i mediów	Dla gospodarstw domowych obowiązuje administracyjnie limitowana cena energii (ok. 0,6212 zł/kWh brutto), ale większość przedsiębiorców/świadczeniodawców nie korzysta z takiego zamrożenia i rozlicza się po rynkowych stawkach, na które dodatkowo wpływają opłaty (np. opłata mocowa). (Urząd Regulacji Energetyki) • Dane OIRE/PSE wskazują na rynkowe miesięczne ceny energii w 2025 r. rzędu ~480 zł/MWh (styczeń; wartości zmienne w czasie), co wprost przekłada się na koszty pracy generatorów MR (chłodzenie, sprężarki, klimatyzacja) i tomografów (rury lampowe, systemy chłodzenia). (pse.pl)
		Inflacja i wzrost cen usług	W 2025 r. inflacja CPI utrzymuje się w okolicach 3–5% r/r (NBP podaje CPI 3,1–4,1% r/r w miesiącach letnich), przy szybszym wzroście cen usług niż towarów – co szczególnie dotyczy usług zdrowotnych. (NBP Online)

			• Według analiz rynkowych, ceny usług zdrowotnych wzrosły r/r o ok. ~5% (maj 2025), co nie znajduje odzwierciedlenia w proponowanych obniżkach taryf. (300Gospodarka.pl)
		Koszty techniczne i serwisowe aparatury	• Utrzymanie MR/TK wymaga wysokokosztowych kontraktów serwisowych (wymiana lamp rentgenowskich w TK, utrzymanie kriogeniki i ciągłości chłodzenia MR, aktualizacje oprogramowania, testy kontroli jakości i bezpieczeństwa), których ceny są indeksowane i denominowane często w EUR/USD. • Obniżenie taryf przy nieelastycznych kosztach stałych (serwis, przeglądy, audyty, doszkalanie personelu, testy akredytacyjne i ochrony radiologicznej) grozi zejściem poniżej progu rentowności badań podstawowych (np. TK głowy bez kontrastu, MR stawów), co skutkuje ograniczeniem podaży świadczeń.
		Dostępność i bezpieczeństwo pacjentów	• TK i MR to świadczenia o znaczeniu krytycznym dla diagnostyki onkologicznej, neurologicznej i urazowej. Obniżki taryf zwiększą ryzyko wydłużenia kolejek, ograniczenia dyżurów i przeniesienia kosztów na pacjentów (poza NFZ), co stoi w sprzeczności z celami polityki zdrowotnej państwa i standardami czasu dostępu. • W pracowniach pełniących całodobowe zabezpieczenie SOR/oddziałów ostrych, utrzymanie gotowości generuje wyższe koszty jednostkowe (dyżury, gotowość techniczna). Taryfa powinna to kompensować (np. współczynnik dyżurowy).
32.	prof. Marka Gierlotka, Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, dr n.med. Justyna Rajewska-Tabor Przewodnicząca Sekcji Kardiologicznego Rezonansu Magnetycznego i Tomografii Komputerowej PTK		Działając w imieniu Zarządu Głównego i Zarządu Sekcji Kardiologicznego Rezonansu Magnetycznego i Tomografii Komputerowej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego pragniemy poprzeć zmiany dotyczące badań kardiologicznych. Zmiany zaproponowane w najnowszym raporcie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) dotyczące wyceny badań tomografii komputerowej (TK) i rezonansu magnetycznego (MR) serca są ważnym aspektem całego dokumentu. Szczególnie istotne jest wprowadzenie wyraźnego rozróżnienia pomiędzy badaniami rutynowymi a procedurami wysokospecjalistycznymi, które wymagają dodatkowych zasobów i kompetencji klinicznych: zarówno zasobów ludzkich w postaci wysoko wyspecjalizowanych techników elektroradiologii, konieczności obecności przy badaniu lekarza kardiologa i jego konsultacji podczas opisu oraz często podania dodatkowych produktów leczniczych poprawiających jakość wykonywanych badań. Bardzo ważnym aspektem jest uznanie konieczności udziału kardiologa w zaawansowanych badaniach obrazowych serca, takich jak angiografia TK tętnic wieńcowych czy rezonans magnetyczny serca, co jest związane również ze wzrostem proponowanej wyceny tych badań. Rola kardiologa w tych procedurach jest fundamentalna — od przygotowania pacjenta, przez nadzorowanie przebiegu badania i dobór właściwego protokołu, po analizę złożonych obrazów czynnościowych i morfologicznych. Tylko specjalistyczna wiedza kardiologa pozwala w pełni wykorzystać potencjał diagnostyczny metody do uzyskania właściwych wyników i zapewnić pacjentowi realną korzyść kliniczną. Z perspektywy rozwoju systemu należy rozszerzyć grono specjalistów uprawnionych do wykonywania badań kardiologicznych TK i MR. Doświadczony w wykonywaniu i opisie badań kardiologicznych TK i MR specjalista

			kardiologii, przy zachowaniu modelu ścisłej współpracy i konsultacji z radiologami, będzie alternatywą dla rosnącej liczby tych wysoko specjalistycznych badań i zwiększającej się kolejki oczekujących na te badania. Takie rozwiązanie pozwoli lepiej wykorzystać kompetencje obu grup, zwiększy dostępność wysokospecjalistycznej diagnostyki, a jednocześnie zagwarantuje pacjentom kompleksową i interdyscyplinarną ocenę obrazów. Podsumowując, kierunek zmian obrany przez AOTMiT jest słuszny i potrzebny. Uznanie roli kardiologa, podniesienie wyceny badań oraz otwarcie na możliwość współdzielenia odpowiedzialności za ich opis stanowi wyraźny sygnał, że nowoczesna diagnostyka obrazowa serca ma być nie tylko bardziej dostępna, ale przede wszystkim bardziej wartościowa klinicznie i bezpieczna dla pacjenta.
33. -49.	Prof. dr hab. n.med. Maciej Kostrubiec specjalista w dziedzinie kardiologii i chorób wewnętrznych, Prof. dr hab. n.med. Łukasz Małek Kardiolog, Kardiolog sportowy (MSc) Poradnia Kardiologii Sportowej Centrum Kardiologii Klinicznej Państwowy Instytut Medyczny MSWiA w Warszawie, Prof. Mateusz Śpiewak Pracownia Rezonansu Magnetycznego Narodowy Instytut Kardiologii, Prof. Zenon Huczek Przewodniczący AISN PTK, Prof. dr hab. med. Maciej Lesiak, FESC Kierownik Katedry i I Kliniki Kardiologii		Pragnę poprzeć zmiany dotyczące badań kardiologicznych tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego. Zmiany zaproponowane w najnowszym raporcie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) dotyczące wyceny badań tomografii komputerowej (TK) i rezonansu magnetycznego (MR) serca są ważnym aspektem całego dokumentu. Szczególnie istotne jest wprowadzenie wyraźnego rozróżnienia pomiędzy badaniami rutynowymi a procedurami wysokospecjalistycznymi, które wymagają dodatkowych zasobów i kompetencji klinicznych: zarówno zasobów ludzkich w postaci wysoko wyspecjalizowanych techników elektroradiologii, konieczności obecności przy badaniu lekarza kardiologa i jego konsultacji podczas opisu oraz często podania dodatkowych produktów leczniczych poprawiających jakość wykonywanych badań. Bardzo ważnym aspektem jest uznanie konieczności udziału kardiologa w zaawansowanych badaniach obrazowych serca, takich jak angiografia TK tętnic wieńcowych czy rezonans magnetyczny serca. Rola kardiologa w tych procedurach jest fundamentalna — od przygotowania pacjenta, przez nadzorowanie przebiegu badania i dobór właściwego protokołu, po analizę złożonych obrazów czynnościowych i morfologicznych. Tylko specjalistyczna wiedza kardiologa pozwala w pełni wykorzystać potencjał diagnostyczny uzyskanych wyników i zapewnić pacjentowi realną korzyść kliniczną. Podsumowując, kierunek zmian obrany przez AOTMiT jest słuszny i potrzebny. Uznanie roli kardiologa, podniesienie wyceny badań oraz otwarcie na możliwość współdzielenia odpowiedzialności za ich opis stanowi wyraźny sygnał, że nowoczesna diagnostyka obrazowa serca ma być nie tylko bardziej dostępna, ale przede wszystkim bardziej wartościowa klinicznie i bezpieczna dla pacjenta.

	Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Prof. dr hab. n.med. Wojciech Kosmala Kierownik Zakładu Diagnostyki Obrazowej Serca, dr n.med. Patrycja Mołek-Dziadosz, lek. Krzysztof Górniak Instytut Chorób Serca, Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu, lek. Michał Smolarczyk Kliniczny Oddział Kardiologii AMiSNS Pracownia Kardiologicznego Rezonansu Magnetycznego Szpital św. Wojciecha w Gdańsku, Mateusz Machura, Daria Keller, Karolina Kubisz, Mateusz Dziarmaga, Justyna Sokolska, Sonia Nartowicz, Ewa Dziewięcka, Iga Tomaszewska-Krajniak		
50.	Dr n.med. Justyna Rajewska-Tabor Przewodnicząca Sekcji		Działając w imieniu Zarządu Sekcji Kardiologicznego Rezonansu Magnetycznego i Tomografii Komputerowej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego pragnę poprzeć zmiany dotyczące badań kardiologicznych tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego.

	Kardiologicznego Rezonansu Magnetycznego i Tomografii Komputerowej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego		Zmiany zaproponowane w najnowszym raporcie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) dotyczące wyceny badań tomografii komputerowej (TK) i rezonansu magnetycznego (MR) serca są ważnym aspektem całego dokumentu. Szczególnie istotne jest wprowadzenie wyraźnego rozróżnienia pomiędzy badaniami rutynowymi a procedurami wysokospecjalistycznymi, które wymagają dodatkowych zasobów i kompetencji klinicznych: zarówno zasobów ludzkich w postaci wysoko wyspecjalizowanych techników elektroradiologii, konieczności obecności przy badaniu lekarza kardiologa i jego konsultacji podczas opisu oraz często podania dodatkowych produktów leczniczych poprawiających jakość wykonywanych badań. Bardzo ważnym aspektem jest uznanie konieczności udziału kardiologa w zaawansowanych badaniach obrazowych serca, takich jak angiografia TK tętnic wieńcowych czy rezonans magnetyczny serca. Rola kardiologa w tych procedurach jest fundamentalna — od przygotowania pacjenta, przez nadzorowanie przebiegu badania i dobór właściwego protokołu, po analizę złożonych obrazów czynnościowych i morfologicznych. Tylko specjalistyczna wiedza kardiologa pozwala w pełni wykorzystać potencjał diagnostyczny uzyskanych wyników i zapewnić pacjentowi realną korzyść kliniczną. Podsumowując, kierunek zmian obrany przez AOTMiT jest słuszny i potrzebny. Uznanie roli kardiologa, podniesienie wyceny badań oraz otwarcie na możliwość współdzielenia odpowiedzialności za ich opis stanowi wyraźny sygnał, że nowoczesna diagnostyka obrazowa serca ma być nie tylko bardziej dostępna, ale przede wszystkim bardziej wartościowa klinicznie i bezpieczna dla pacjenta. uwagi ogólne: Proponuję utworzenie odrębnego produktu rozliczeniowego obejmującego CMR serca z oceną perfuzji pod farmakologicznym obciążeniem (adenozyna lub regadenozon), rozliczanego wyżej niż standardowe badanie CMR bez obciążenia. Wycena powinna zostać podniesiona o około 500 punktów w stosunku do badania podstawowego. Wynika to z konieczności pokrycia kosztu ampułki regadenozonu (Rapiscan 400 µg/5 ml, około 430 zł), dodatkowego czasu trwania badania wydłużonego o co najmniej 15 minut, a także użycia dodatkowego sprzętu (pompa infuzyjna, system monitorowania tętna, ciśnienia i saturacji). Należy podkreślić, że badanie musi odbywać się pod bezpośrednim nadzorem kardiologa, a personel musi być przygotowany do postępowania w przypadku działań niepożądanych. Brak odrębnej taryfikacji dla badań CMR z obciążeniem w praktyce uniemożliwia ich szersze wykorzystanie w Polsce, mimo że są one standardem w wielu krajach. Wytyczne ESC 2024 dotyczące przewlekłych zespołów wieńcowych zalecają wykonywanie badań czynnościowych, w tym stress CMR, jako badania pierwszego wyboru u pacjentów z pośrednim i wysokim prawdopodobieństwem choroby wieńcowej (15–85%). Wyniki dużych badań, takich jak MR-INFORM, wykazały, że strategia oparta na stress CMR nie ustępuje inwazyjnemu postępowaniu z wykorzystaniem FFR, a dodatkowo pozwala ograniczyć liczbę niepotrzebnych koronarografii diagnostycznych. W analizach ekonomicznych wykazano, że stress CMR pełni rolę testu bramkującego, a więc pozwala w sposób kosztowo efektywny ograniczyć wykonywanie inwazyjnych procedur u pacjentów, którzy w rzeczywistości ich nie wymagają.

51.-66.	Lek. Karolina Jankowska, Rafał Surmacz, Weronika Pelczar-Płachta, Jolanta Miszczak-Śmiałek, Tomasz Rakowski, Roman Wojdyła, Wiktoria Wojciechowska, Jan Roczniak, Bernadeta Chyrchel, Karol Sabatowski, Artur Dziewierz, Leszek Bryniarski, Krystian Gruszka, Agata Wiktorowicz, Paweł Turek, Wojciech Zasada		Tylko ta część uwag jest widoczna w przesłanym skanie: Pragnę poprzeć zmiany dotyczące badań kardiologicznych tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego. Zmiany zaproponowane w najnowszym raporcie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) dotyczące wyceny badań tomografii komputerowej (TK) i rezonansu magnetycznego (MR) serca są ważnym aspektem całego dokumentu. Szczególnie istotne jest wprowadzenie wyraźnego
67.	lek. Damian Sendrowski, EMBA specjalista chorób wewnętrznych, kardiologii, rehabilitacji medycznej certyfikowany lipidolog PTL i obesitolog PTLO Koordynator Oddziału Kardiologicznego, Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Rehabilitacji Kardiologicznej Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka w Słupsku Sp. z o. o.	3.2.2. Propozycje przebiegu świadczeń tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego	Zmiany zaproponowane w najnowszym raporcie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) dotyczącym wyceny badań tomografii komputerowej (TK) i rezonansu magnetycznego (MR) w zakresie badań kardiologicznych w opinii środowiska kardiologicznego - a więc specjalistów podejmujących decyzje na podstawie wyników tych badań - idą we właściwym kierunku. Dokument ten słusznie różnicuje świadczenia pod względem stopnia ich złożoności, oddzielając proste procedury od badań specjalistycznych, które wymagają zaangażowania dodatkowych zasobów i personelu. Kluczową i pozytywną zmianą jest uwzględnienie konieczności obecności kardiologa przy zaawansowanych badaniach obrazowych serca. Raport słusznie klasyfikuje takie procedury jak angiografia TK tętnic wieńcowych czy badanie serca metodą MR jako badania specjalistyczne, w których udział lekarza specjalisty innego niż radiolog jest niezbędny. Decyzja ta ma fundamentalne znaczenie dla jakości diagnostyki i bezpieczeństwa pacjentów. Obecność kardiologa w trakcie badania przekłada się bezpośrednio na wyższą trafność i wartość kliniczną uzyskiwanych opisów. Badanie kardiologiczne powinni wykonywać i interpretować radiolog i/lub kardiolog, optymalnie pracujący w zespole. Jeżeli jest to niemożliwe z powodu lokalnych uwarunkowań, to zwiększenie dostępności wysokiej jakości badań kardiologicznych TK i MR będzie możliwe wówczas, jeśli wykwalifikowani kardiolodzy posiadający kompetencje w zakresie obrazowania TK i MR będą, obok radiologów, uprawnieni do wykonywania tych badań. Wkład kardiologa jest, jak wskazuje praktyka kliniczna, niezbędny przy interpretacji złożonych

			obrazów czynnościowych i morfologicznych serca, co pozwala na sformułowanie precyzyjniejszych i bardziej użytecznych klinicznie wniosków. Z dostępnych danych raportów NPChUK wynika, że poza wiodącymi ośrodkami akademickimi jakość wykonywanych badań TK serca i tętnic wieńcowych oraz rezonansu magnetycznego serca jest niewystarczająca, a czas oczekiwania na wynik wydłuża się w sposób nieakceptowalny i w oczywisty sposób zagrażający bezpieczeństwu pacjenta. Dostępność tych badań musi ulec radykalnemu zwiększeniu jeśli celem nadrzędnym jest realizacja wytycznych ESC/PTK i innych naukowych towarzystw kardiologicznych, w których rola w/w badań rośnie wykładniczo. Specjaliści AOTMiT słusznie dostrzegają, że zaangażowanie dodatkowego specjalisty generuje koszty. Proponowana w raporcie wyższa wycena dla badań specjalistycznych odzwierciedla rzeczywiste nakłady pracy i zasobów, promując realizację wysokiej jakości, kompleksowej diagnostyki. Podsumowując, usankcjonowanie możliwości wykonywania specjalistycznych badań kardiologicznych TK i MR również przez kardiologa z odpowiednimi kompetencjami to standard, do którego powinniśmy dążyć. Zmiany te świadczą o zrozumieniu specyfiki nowoczesnej diagnostyki obrazowej i stawiają na pierwszym miejscu dobro pacjenta, gwarantując mu dostęp do świadczeń na najwyższym poziomie. Jednocześnie apelujemy o ponowne rozpatrzenie zasad taryfikacji pozostałych badań TK i MR, gdyż w wielu wypadkach wydają się one zaniżone w stosunku do rzeczywistych kosztów i ich dynamiki w ostatnich miesiącach i latach, a niedofinansowanie tych świadczeń z pewnością odbije się negatywnie na ich dostępności i jakości diagnostyki obrazowej, także z powodu zaniechań w dziedzinie inwestycji.
68.	Prof. dr n.med. Małgorzata Pyda Kierownik Pracowni Rezonansu magnetycznego Serca i Naczyń I Klinika Kardiologii Uniwersytet Medyczny w Poznaniu		Pełniąc funkcję Kierownika Pracowni Rezonansu Magnetycznego Serca i Naczyń, w której wykonuje się ok 2 500 badań serc rocznie, w tym badanie czynnościowe pragnę poprzeć zmiany dotyczące badań kardiologicznych zaproponowane w najnowszym raporcie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) dotyczące wyceny badań tomografii komputerowej (TK) i rezonansu magnetycznego (MR) serca które są ważnym aspektem całego dokumentu. Istotny jest udział kardiologa, która został podkreślony w dokumencie. Obecnie wykonuje się wiele badań czynnościowych z podaniem leków, które wymagają monitorowania pacjenta i obecności lekarza kardiologa.
69.	Prof. dr hab. n.med. Katarzyna Karmelita-Katulska Prezes Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego	str. 12–20 (metodologia)	Przyjęte czasy przygotowania i skanowania (5 min TK, 15 min MR, opis 10–15 min) są nierealne klinicznie. W praktyce opis badań złożonych zajmuje 20–40 minut i wymaga porównań z poprzednimi badaniami. Błąd ten prowadzi do zaniżenia wycen świadczeń.
		str. 25–30	Raport nie uwzględnia kosztów rejestracji pacjenta, zgody, przygotowania, dezynfekcji, archiwizacji badań, obsługi PACS/HIS, pracy fizyków medycznych, rosnących kosztów serwisu i energii. Pominięcie tych elementów zaniża realne koszty świadczeń.

	Katedra Radiologii Ogólnej i Neuroradiologii Uniwersytet Medyczny w Poznaniu	str. 45–47 (porównania międzynarodowe)	Odwołania do porównań międzynarodowych są niewystarczające. W Niemczech, Francji i Austrii stawki są wyższe, a systemy wyceny elastyczne (np. współczynniki GOÄ). Według Eurostatu liczba badań TK w Polsce jest ponad 2x mniejsza niż w Portugalii. Polska pozostaje poniżej średniej europejskiej, a proponowane taryfy jeszcze pogłębią tę dysproporcję.
		str. 68–70, tabela 15	Podział badań MR jedynie na głowę, kręgosłup i 'inne okolice' jest nieadekwatny. Przykład: MR miednicy w endometriozie to badanie wysokospecjalistyczne, którego obniżona wycena (-20,52%) nie odzwierciedla trudności ani znaczenia klinicznego. Takie podejście zagraża dostępności badań.
		str. 70–73, tabela 16	Drastyczne obniżenie wyceny badań pediatrycznych, często wykonywanych w znieczuleniu ogólnym i z udziałem wielu specjalistów, spowoduje nierentowność i ryzyko zamknięcia ośrodków klinicznych. To bezpośrednio zagrozi bezpieczeństwu dzieci.
		Uwagi Ogólne	Proponowane obniżki spowodują: wydłużenie kolejek, ograniczenie dostępności dla pacjentów onkologicznych, neurologicznych i urazowych, spadek jakości diagnostyki, odpływ kadry ze szpitalnictwa. Wnioskujemy o utrzymanie dotychczasowych taryf do czasu rzetelnej analizy z udziałem PLTR, konsultantów krajowych i świadczeniodawców.
			Stanowisko Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego wobec Raportu AOTMiT nr 6/2025 (TK i MR) 1. Wstęp TK i MR stanowią obecnie podstawę nowoczesnej diagnostyki w kluczowych dziedzinach medycyny, w tym w onkologii, neurologii, kardiologii i traumatologii. Liczba wykonywanych badań stale rośnie, co wynika zarówno ze starzenia się społeczeństwa, jak i z coraz szerszego zastosowania nowoczesnych terapii wymagających dokładnego obrazowania. W latach 2015–2025 liczba badań MR w Polsce wzrosła o ponad 80%, a TK o ponad 60%, co pokazuje ogromne znaczenie tych procedur dla systemu opieki zdrowotnej. Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne, jako organizacja zrzeszająca specjalistów radiologii i diagnostyki obrazowej w całej Polsce, przedstawia niniejsze stanowisko wobec opublikowanego Raportu Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) nr 6/2025 dotyczącego taryfikacji świadczeń z zakresu tomografii komputerowej (TK) i rezonansu magnetycznego (MR). Raport przewiduje znaczące obniżenie wycen większości procedur TK i MR finansowanych ze środków publicznych. W naszej ocenie proponowane zmiany stanowią poważne zagrożenie dla jakości, dostępności i bezpieczeństwa diagnostyki obrazowej w Polsce. 2. Podsumowanie kluczowych zmian w raporcie Raport AOTMiT wskazuje na potrzebę obniżenia wyceny prostych badań TK i MR, przy jednoczesnym nieznacznym podwyższeniu wyceny części badań wysokospecjalistycznych. Zgodnie z danymi zawartymi w raporcie, ponad 80% świadczeń TK oraz 64% świadczeń MR miałoby zostać wycenionych poniżej cen

			stosowanych na rynku komercyjnym. Propozycje te, zamiast poprawy efektywności systemu, mogą doprowadzić do dalszego pogorszenia dostępności badań. 3. Błędy metodologiczne raportu W analizie kosztowej przyjęto uproszczone założenia, które nie odpowiadają realiom praktyki klinicznej. Założono np. czas przygotowania pacjenta do badania TK na poziomie 5 minut oraz czas badania MR na poziomie 15 minut, co jest całkowicie nierealne. Faktyczne czasy przygotowania, wykonania badania i opisu są znacznie dłuższe. Podobnie, czas opisu TK i MR określono na 10–15 minut, podczas gdy w praktyce klinicznej szczegółowy opis badań złożonych zajmuje od 20 do 40 minut, często z koniecznością porównania z poprzednimi badaniami. (por. str. 12–20 raportu AOTMiT – metodologia). Podkreślamy, że badania proste, takie jak TK głowy czy TK klatki piersiowej, stanowią 80–90% wszystkich wykonywanych procedur i są kluczowe w stanach nagłych. Zaniżanie ich wyceny prowadzi bezpośrednio do ograniczenia bezpieczeństwa pacjentów. Dodatkowo należy podkreślić, że obowiązkowe włączanie do procedury obrazowej dodatkowych specjalistów, np. kardiologa w przypadku badań TK i MR serca, jest rozwiązaniem nieuzasadnionym organizacyjnie i ekonomicznie. Radiolog posiada pełne kompetencje do przeprowadzenia i interpretacji tych badań zgodnie ze standardami europejskimi (ESR, ESCR). Współpraca interdyscyplinarna jest oczywiście pożądana na etapie dyskusji klinicznej, jednak jej wprowadzenie jako wymóg taryfikacyjny powoduje sztuczny wzrost kosztów, konieczność jednoczesnej obecności dwóch specjalistów oraz ograniczenie dostępności procedur. Takie rozwiązanie w praktyce nie poprawia jakości badań, a prowadzi do dezorganizacji pracy i obniżenia efektywności systemu. (por. opisy procedur wysokospecjalistycznych, str. 68–73). 4. Nieuwzględnione koszty Raport nie uwzględnia szeregu istotnych kosztów związanych z diagnostyką obrazową, w tym: - rejestracji pacjenta i uzyskania świadomej zgody, - przygotowania do badania i nadzoru po podaniu kontrastu, - pracy administracji, informatyków i obsługi systemów PACS/HIS, - pracy fizyków medycznych odpowiedzialnych za kontrolę jakości i bezpieczeństwo badań, - pełnych kosztów serwisu aparatury TK i MR (np. wymiany lamp, serwisu kriogeniki), - rosnących kosztów energii elektrycznej i materiałów eksploatacyjnych. Pominięcie tych elementów prowadzi do zaniżenia realnej wyceny świadczeń. (por. str. 25–30 raportu AOTMiT – struktura kosztów). Należy podkreślić dodatkowo wzrost kosztów energii, środków kontrastowych, wynagrodzeń, serwisu aparatury oraz konieczność inwestycji w modernizację sprzętu i wdrażanie technologii sztucznej inteligencji. 5. Konsekwencje dla systemu ochrony zdrowia Dane z lat 2022–2025 wskazują na dramatyczny wzrost liczby pacjentów oczekujących na badania obrazowe. W przypadku TK liczba oczekujących na badania stabilne wzrosła ze 107 509 do 234 546 osób, a pilnych – z 17 627 do 64 380. W przypadku MR liczba oczekujących na badania stabilne wzrosła ze 171 288 do 331 977, a pilnych – z 52 650 do 151 878. W tej sytuacji obniżanie wycen może spowodować dalsze wydłużenie kolejek, ograniczenie

			dostępności badań dla pacjentów onkologicznych, neurologicznych i urazowych, a w konsekwencji – pogorszenie wyników leczenia i bezpieczeństwa pacjentów. (por. str. 95–100 raportu AOTMiT – dane o kolejkach). Dłuższe kolejki oznaczają opóźnienia w rozpoznaniu nowotworów, udarów mózgu czy zawałów serca. Każdy tydzień zwłoki w diagnostyce onkologicznej obniża szanse na skuteczne leczenie, a opóźnienia w diagnostyce udarowej prowadzą do trwałej niepełnosprawności pacjentów. Obniżki taryf zagrażają zatem nie tylko organizacji systemu, ale także bezpośrednio zdrowiu i życiu pacjentów. 6. Perspektywa kliniczna i przykłady Obniżanie taryf dla wybranych procedur jest szczególnie groźne w przypadku: - badań w trybie ostrym, np. TK głowy, które są fundamentem diagnostyki w stanach nagłych, - badań wysokospecjalistycznych, np. angio-TK aorty, które wymagają wielofazowych protokołów i doświadczonego zespołu, - badań MR miednicy w endometriozie, gdzie zaniżenie wyceny nie odzwierciedla skali trudności i znaczenia diagnostycznego, - badań pediatrycznych w znieczuleniu ogólnym, które są czasochłonne, kosztowne i wymagają szczególnych kompetencji. Takie procedury wymagają nie tylko odpowiednich nakładów finansowych, ale także ochrony jakości i bezpieczeństwa. (por. tabela 15, str. 68–70). (por. tabela 16, str. 70–73). Wskazuje to na konieczność wyższych taryf dla badań wysokospecjalistycznych, które wymagają nowoczesnego sprzętu i specjalistycznej wiedzy. Zaniżenie ich wyceny doprowadzi do sytuacji, w której wiele ośrodków zrezygnuje z wykonywania tych procedur, ograniczając dostępność dla dzieci. 7. Porównania międzynarodowe i ceny komercyjne W Niemczech (GOÄ) stosuje się elastyczne mnożniki (1,0–3,5) zależne od trudności i trybu badania, co pozwala na dostosowanie wyceny do realiów klinicznych. We Francji oraz Austrii wyceny świadczeń TK i MR są znacznie wyższe niż w Polsce i uwzględniają różnicowanie badań pediatrycznych, wieloobszarowych oraz wykonywanych w trybie ostrym. Według danych Eurostatu Polska nadal pozostaje poniżej średniej europejskiej pod względem liczby wykonywanych badań TK i MR – np. liczba badań TK w Polsce jest ponad dwukrotnie mniejsza niż w Portugalii. W Polsce obecne i proponowane stawki są nie tylko niższe niż europejskie, ale także poniżej cen komercyjnych na rynku krajowym (np. badanie TK: 372–1102 zł komercyjnie, wycena NFZ – znacznie niższa). (por. str. 45–47 raportu AOTMiT – porównania międzynarodowe). Widać tu wyraźnie, że systemy europejskie różnicują badania ambulatoryjne i szpitalne, co dowodzi, że ich zrównanie w polskim systemie jest błędem. Według danych Eurostatu Polska wykonuje rocznie ponad dwukrotnie mniej badań TK i MR na 100 tys. mieszkańców niż średnia UE. Oznacza to, że dostępność jest już dziś ograniczona, a proponowane obniżki jeszcze bardziej pogłębią tę dysproporcję. W krajach takich jak Niemcy, Francja czy Austria istnieją dodatkowe współczynniki wyższe dla badań pediatrycznych i szpitalnych, co potwierdza, że polski system powinien iść w tym kierunku. 8. Sprzeczność z priorytetami polityki zdrowotnej

			Proponowane obniżki taryf są sprzeczne z priorytetem rządowego programu P26 „Zdrowe serce, zdrowy mózg”, którego celem jest poprawa dostępności i jakości diagnostyki chorób sercowo-naczyniowych i neurologicznych. Zamiast poprawy dostępu, nowe taryfy doprowadzą do ograniczenia dostępności i dalszego wydłużenia kolejek. (por. str. 95–100 raportu AOTMiT – podsumowanie). W szczególności dotyczy to badań szpitalnych wykonywanych w trybie ostrym, które wymagają większych zasobów i całodobowej gotowości. Brak odrębnej wyceny badań szpitalnych doprowadzi do nierentowności procedur ratujących życie. 9. Wnioski i postulaty Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne apeluje o: - odstąpienie od proponowanych obniżek taryf badań TK i MR, - utrzymanie obecnych taryf co najmniej do czasu przeprowadzenia rzetelnej analizy kosztów, - wprowadzenie mechanizmu corocznej indeksacji taryf (CPI, koszty pracy, energii, serwisu), - dodanie współczynników korygujących dla badań pediatrycznych, kontrastowych, wieloobszarowych i w trybie ostrym, - powołanie zespołu roboczego AOTMiT – PLTR – konsultanci krajowi – świadczeniodawcy w celu opracowania zrównoważonego modelu wycen.
70.	Tomasz Gorycki Wojewódzki Konsultant w/d radiologii i diagnostyki obrazowej dla województwa pomorskiego	str. 32/103	Propozycja zróżnicowania wyceny: badania rutynowe/powszechne – obniżka; badania specjalistyczne – podwyżka.” - To rozróżnienie jest błędne. Badania rutynowe, np. TK głowy bez kontrastu w trybie szpitalnym, często są wykonywane właśnie w trybie ostrym i wymagają szybkiego działania całego zespołu. Ich cena nie powinna być obniżana tylko dlatego, że są częste. To badania priorytetowe w diagnostyce ostrych stanów i fundament bezpieczeństwa pacjentów.
		str. 51/103 str. 52/103	W Anglii system HRG uznaje zmienność nakładu pracy – widać wyższe stawki dla dzieci, badań wieloobszarowych i kontrastowych. Dodatkowo wycenia się osobno koszt opisu badania. Polska praktyka, w której stosuje się jeden uśredniony czas i stawkę, jest sprzeczna nie tylko z tym podejściem, ale też logiką i prowadzi do niedoszacowania świadczeń. W Niemczech stosuje się elastyczne stawki zależne od trudności badania, czasu trwania i trybu (planowy, nagły). Dzięki temu procedury wymagające większego nakładu są odpowiednio finansowane. Polski raport uśrednia wszystko, przyjmując jednocześnie niską wartość Euro, co powoduje, że najbardziej wymagające badania – właśnie te wykonywane w nocy i w trybie ostrym – pozostają chronicznie niedofinansowane.
		str. 57/103	To uśrednienie jest nieadekwatne do praktyki klinicznej. W większości badań stwierdza się zmiany patologiczne, które wymagają szczegółowego opisu, często porównania z badaniami poprzednimi i korelacji klinicznej. Często się zdarza się, że opis trwa 30 minut lub dłużej, zwłaszcza w badaniach skomplikowanych. Założenie, że opis TK głowy, wykonanej u pacjenta szpitalnego trwa 10 minut, oznacza, że radiolog mógłby w ciągu 8 godzin pracy opisać nawet 48 badań, co jest nierealne. W praktyce przyjęcie takich uśrednionych wartości prowadzi do sztucznego zaniżenia kosztów świadczenia.

		Ogólne	Raport AOTMiT definiuje przebieg świadczenia TK/RM w trzech krokach (kwalifikacja pacjenta, wykonanie badania, opis wyniku). Taki model pomija wiele czynności organizacyjnych, administracyjnych i technicznych, które realnie mają miejsce przy każdym badaniu tj: rejestracja pacjenta (telefon, infolinia, punkt rejestracji, uzyskanie świadomej zgody pacjenta oraz poinformowanie pacjenta o przebiegu badania, przygotowanie pacjenta (wenflon, kontrast, ułożenie), wczytanie i porównanie badań poprzednich, sprzątanie i dezynfekcja gabinetu, opieka nad pacjentem po podaniu śr. kontrastującego, obsługa informatyczna i archiwizacja. Nie uwzględniono również pracy fizyka medycznego. Podsumowując obniżka taryf TK i RM jest nieuzasadniona. Już obecne wyceny są niższe niż średnie ceny komercyjne i taryfy zagraniczne. Ich dalsze obniżanie może doprowadzić do ograniczenia dostępności, obniżenia jakości diagnostyki i destabilizacji rynku świadczeniodawców
71.	Justyna Rup Kierownik Działu Kosztów i Analiz Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	3.1.1. Dane finansowo-księgowe Tabela 8. Liczność próby danych finansowo-księgowych za 2024 r.	Dane pozyskane za 2024 r. dotyczące kosztów infrastruktury mogą być niedoszacowane z uwagi na: - liczebność próby: dla TK 57, a dla RM 32 podmioty z 657 (dane o liczbie podmiotów na str. 42 raportu rys.14) wzrost kosztów wynagrodzeń w gospodarce (poza ochroną zdrowia), który przekłada się na koszt kupowanych przez podmioty medyczne usług. W 2025r. wynagrodzenie minimalne wzrosło o 7,6%, a w 2026r. planowany jest wzrost o kolejne 3%. - wzrost cen towarów i usług w gospodarce o ok 3% względem poprzedniego roku (dane GUS za sierpień 2025r) - wzrost kosztów energii cieplnej z uwagi na zakończenie z dniem 30.06.2025r obowiązywania ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie niektórych źródeł ciepła związanych z sytuacją na rynku paliw - po 31.12.2025r przestanie obowiązywać ustawa o środkach nadzwyczajnych mających na celu ograniczenie wysokości cen energii elektrycznej oraz wsparciu niektórych odbiorców w latach 2023-2025, co może skutkować znacznym wzrostem cen energii elektrycznej, który przełoży się zarówno na koszty bezpośrednie pracowni (wg zużycia) oraz na koszty kupowanych towarów i usług. Z uwagi na powyższe, zastosowane mnożniki zmian wielkości kosztów (Tabela 10, str. 58) mogą myć niewystarczające.
		3.2.2. Propozycje przebiegu Świadczeń tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego str.58-59	W odniesieniu do danych własnych, czas niezbędny do wykonania badania przyjęty do analizy został znacznie zaniżony. Z uwagi na profil działalności tj. onkologia, chirurgia, neurologia nie ma możliwości wykonania obrazowania TK w 5 minut, a |RM w 15 minut. Stosowanie takiego uproszczenia (dla osób z zaburzeniami neurologicznymi, po udarach mózgu, po skomplikowanych zabiegach chirurgicznych, w zaawansowanej chorobie nowotworowej, mających często znaczne ograniczenia w poruszaniu się) i przekładanie tego na obniżenie wycen może prowadzić do obniżenia jakości badań poprzez próbę przyspieszenia realizacji.

		3.2.4. Stawki godzinowe wynagrodzeń str.60	Do obliczenia kosztów wynagrodzeń uwzględniono czas potrzebny na przygotowanie pacjenta do badania oraz wykonanie obrazowania, a następnie opisu. Praktyka pokazuje, że niezbędne jest również uwzględnienie czasu na |obserwację pacjenta po badaniu (w przypadku badań z kontrastem). W raporcie nie uwzględniono również nakładów niezbędnych do utrzymania pracowni w gotowości.
		3.2.6.Wynik analizy kosztów Ograniczenia przeprowadzonej analizy str.66-67	W koszcie każdego badania znajdują się jeszcze koszty funkcjonowania pracowni, istotne z uwagi na bezpieczeństwo i zaopiekowanie pacjenta tj. koszty personelu obsługującego rejestracje (lub koszt oprogramowania do rejestracji on-line) koszty utrzymania czystości, koszty obsługi administracyjnej po stronie placówki. Tutaj niekoniecznie zadziała efekt skali, gdyż wraz ze wzrostem ilości wykonywanych badań wzrasta zapotrzebowanie na personel rejestrujący/wydający wyniki badania, częstotliwość sprzątania, personel sprawozdający wykonane procedury. Kilkakrotnie w raporcie pojawia się informacja, że nie została przeprowadzona szczegółowa analiza lub konsultacje ze względu na krótki czas na realizację procesu taryfikacyjnego. Ponadto sformułowania typu: "uzyskane wyniki można uznać za stosunkowo dobrze odzwierciedlające realne warunki funkcjonowania większości pracowni" wskazują na brak wyczerpujących danych niezbędnych do zmian w wysokości finansowania.
		4.2. Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej Str. 84-100	Na czas opisu składa się analiza porównawcza z badaniami poprzednimi, której nie da się wykonać w 5 min w przypadku badania TK i 15 min w przypadku badania MR. Czas pracy personelu wydłuża się również przez wgranie do systemu badań poprzednich co trwa czasami kilkadziesiąt minut w zależności od ilości badań wykonanych wcześniej u pacjenta. Zmiany zapisane w raporcie jedynie spowodują obniżenie jakości opisów, ze względu na brak czasu na wystarczającą analizę badania i porównanie go z wynikami poprzednich badań co jest nieodzowne dla prawidłowej i rzetelnej oceny. Absolutnie nie ma uzasadnienia podział badań na rutynowe i specjalistyczne, każde badanie TK i MR jest badaniem specjalistycznym wymagającym dokładnej analizy przez lekarza specjalistę.
72.	Magdalena Perłowska	STRONA 62 I 69	KOSZTY OPISU BADANIA REZONASU MAGNETYCZNEGO NP. GŁOWY SĄ W RAPORCIE MOCNO ZANIŻONE. OPIS BADANIA NP. REZONANSU GŁOWY KOSZTUJE MININUM OKOŁO 220 ZŁ, A NIE 116 ZŁ JAK PRZYJĘTO W RAPORCIE. W ZWIĄZKU Z POWYŻSZYM KOSZTY BADAŃ REZONANSU MAGNETYCZNEGO W RAPORCIE SĄ MOIM ZDANIEM MOCNO ZANIŻONE (CHOCIAŻBY ZE WZGLĘDU NA ŹLE OSZACOWANY KOSZT SAMEGO OPISU), A W ZWIĄZKU Z TYM PROPONOWANA CENA SAMYCH BADAŃ W RAPORCIE TEŻ JEST ZANIŻONA. PRZYJĘCIE TAKICH CEN ZA BADANIE DOPROWADZI DO TEGO, ŻE WYKONYWANIE BADAŃ PRZEZ PODMIOTU PRYWATNE BĘDZIE NIEOPŁACALNA I ZWIĘKSZĄ SIĘ PROBLEMY Z CZASEM OCZEKIWANIA NA BADANIA PRZEZ PACJENTÓW.
73.	Aleksandra Stefaniak-Kałużna Kierownik Działu Organizacji i Nadzoru		Przyjęte czasy przygotowania i skanowania (5 min. TK, 15 min. RM, opis 10-15 min.) są nierealne klinicznie. W przypadku świadczeń ambulatoryjnych udzielanych dzieciom czas trwania procedury jest znacząco dłuższy od przedstawionego w raporcie. Dla badań TK bez kontrastu wraz z opisem wynosi 45 min., z kontrastem z opisem wynosi 50 min. W przypadku RM z opisem czas trwania świadczenia wynosi 90 min. Pacjenci pediatryczni, w

	Szpital Kliniczny im. K. Jonschera UM w Poznaniu		szczególności w przedziale wiekowym 0-12 lat wymagają odpowiedniego przygotowania do badania a także opieki w trakcie i po zakończeniu procedury, w tym często opieki anestezjologicznej.
74.	Alicja Tkaczyk Asystentka Biura w imieniu Związku Przedsiębiorców i Pracodawców formularz wypełnił: Jakub Bińkowski	Tabela 12 str. 60	Jednym z błędnych założeń Raportu jest oparcie całej kalkulacji kosztów osobowych na nieaktualnym założeniu o godzinowym modelu wynagradzania radiologów. Raport całkowicie ignoruje dominujący na rynku model wynagradzania radiologów za opisane badanie (tzw. "płatność od opisu"). Przyjęcie stawek godzinowych, w dodatku zaniżonych, prowadzi do fundamentalnego niedoszacowania kosztów i czyni całą analizę niewiarygodną. Cała metodologia kalkulacji kosztów opisu opiera się na "uśrednionym czasie pracy specjalisty" oraz "stawkach godzinowych". W Tabeli 12 (str. 60) przedstawiono wyłącznie statystyki godzinowych stawek brutto-brutto. Nigdzie w Raporcie nie ma nawet wzmianki o powszechnym w Polsce systemie rozliczeń za opisane badanie. W obecnych warunkach rynkowych, ze względu na niedobór specjalistów, radiolodzy bardzo rzadko pracują na stawkach godzinowych. Standardem stała się płatność za konkretną wykonaną pracę - opis badania. Stawki te są znacznie wyższe niż sugerowałyby to wyliczenia zawarte w Raporcie. Co więcej, Raport ignoruje fakt, że wynagrodzenia radiologów w ostatnich trzech latach wzrosły dynamicznie, o kilkaset procent, właśnie z powodu ich niedoboru na rynku. Taki wzrost powinien być kluczowym czynnikiem przemawiającym za podniesieniem, a nie obniżeniem wyceny świadczeń.
		Tabela 9 str. 57 Tabela 4 str. 34	Nawet przyjmując (błędne) założenie o stawkach godzinowych, dane, na których opiera się Raport, pochodzą ze zbyt małej próby, by mogły być wiarygodne. Raport opiera się na danych z niewielkiej i niereprezentatywnej próby świadczeniodawców, co podważa wiarygodność wyliczonych stawek wynagrodzeń, które i tak są już zaniżone z powodu błędnego modelu rozliczeń. Tabela 9 (str. 57) wskazuje, że dane o stawkach dla radiologów pracujących w pracowniach RM pochodzą od zaledwie 37 podmiotów niepublicznych. W 2024 roku badania RM w trybie AOS realizowało 366 podmiotów niepublicznych (Tabela 4, str. 34). Oznacza to, że dane zebrano od zaledwie około 10% placówek niepublicznych, które dominują na rynku. Podmioty niepubliczne odpowiadają za największą liczbę badań i najsilniej konkurują o personel. Istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że dane z tak małej próby nie odzwierciedlają realnych, rynkowych stawek, które wiodące placówki muszą oferować, aby pozyskać specjalistów. Stawki przedstawione w Raporcie mogą pochodzić z placówek o niższych zarobkach, co sztucznie zaniża średnią użytą do kalkulacji taryfy.
		Rozdział 3.2.3 str. 59 Rozdział 3.2.6 str. 61 Tabela 10 Raportu	Raport przyjmuje uproszczone założenia dotyczące wliczania kosztów personelu do tzw. "kosztów infrastruktury", co zaciera realny obraz struktury wydatków. Włączenie wynagrodzeń lekarza radiologa nadzorującego badanie, technika i pielęgniarki do kosztów stałych (infrastruktury) jest metodologicznym błędem, który prowadzi do zaniżenia realnych kosztów osobowych i uniemożliwia ich prawidłową waloryzację. W rozdziale 3.2.3 (str. 59) oraz 3.2.6 (str. 61) Raport stwierdza, że wynagrodzenia personelu stale przebywającego w pracowni (w tym lekarza radiologa) zostały włączone do kosztów infrastruktury. Koszty te są następnie uśredniane i przedstawiane jako jedna stawka godzinowa w Tabeli 11 (str. 60). Ponadto, w punkcie 3.2.4. ograniczono się do jedynie do wskazania stawki godzinowej lekarza-radiologa, natomiast kosztów

			pozostałego personelu nie wskazano - uniemożliwia to weryfikację założeń co do kosztów personelu. Takie podejście jest nieprawidłowe. Wynagrodzenia personelu, zwłaszcza lekarzy, są jednym z najbardziej dynamicznie rosnących składników kosztów, a ich "ukrycie" w ogólnej kategorii kosztów infrastruktury uniemożliwia transparentną analizę. Uniemożliwia to również prawidłowe zastosowanie wskaźników waloryzacji wynagrodzeń. Nadzór lekarza nie jest kosztem "infrastrukturalnym" jak amortyzacja sprzętu, lecz bezpośrednim kosztem osobowym związanym z wykonaniem procedury medycznej. Ponadto, zgodnie z Raportem, waloryzacja płac została odnotowana tylko o 9,1% do 01.07.2025 r. (Tabela 10 Raportu) - co stanowi wynik poniżej realnych podwyżek minimalnych. Raport stosuje mnożnik wynagrodzeń 1,091 (Tabela 10). Tymczasem rządowe tabele minimalnych wynagrodzeń w ochronie zdrowia od 1 lipca 2025 podnoszą minima dla wielu grup rzędu ~14% i więcej - przykładowo z 8515 zł do 9736 zł (“+14,3%). Zastosowanie 9,1% zaniża koszt pracy względem obowiązującego minimum. Ponadto, sedacja/anestezja pediatryczna jest pomijana lub marginalizowana w AOS. W praktyce część badań MR u dzieci wymaga sedacji/anestezji (zespół, leki, sala wybudzeń, dodatkowy personel). W Raporcie brak pełnego ujęcia tych kosztów poza nielicznymi świadczeniami specjalistycznymi
		Tabela 8 str. 56 Tabela 4 str. 34 rysunek 5 str. 31	Podobnie jak w przypadku wynagrodzeń, dane dotyczące kosztów ogólnych (infrastruktury) pochodzą z bardzo małej liczby placówek. Analiza kosztów infrastruktury opiera się na danych z zaledwie 32 pracowni RM i 57 pracowni TK, co stanowi znikomą część rynku i nie może być podstawą do tworzenia ogólnopolskiej taryfy. Tabela 8 (str. 56) pokazuje, że dane finansowo- księgowe dla RM zebrano od 32 pracowni. Zgodnie z Tabelą 4 (str. 34), w 2024 roku w AOS działało 366 podmiotów realizujących badania RM. Oznacza to, że analiza dla RM opiera się na danych od mniej niż 9% podmiotów na rynku. Agencja sama przyznaje w rozdziale "Ograniczenia przeprowadzonej analizy kosztów" (str. 66), że próba jest niewielka, ale jednocześnie broni się, że wyniki można uznać za "stosunkowo dobrze odzwierciedlające realne warunki". Jest to stwierdzenie, które można łatwo zakwestionować. Brak informacji o metodologii doboru placówek do badania rodzi podejrzenie, że próba może być niereprezentatywna i nie uwzględniać podmiotów o wyższych kosztach operacyjnych (np. w dużych aglomeracjach). Ponadto, Agencja nie przedstawiła danych co do struktury populacji świadczeniodawców z uwzględnieniem stosowanej przez siebie cechy jakościowej, tj. niepubliczny; powiatowy, gminny, miejski; wojewódzki; kliniczny; inny. Uwzględniając jednak, zgodnie z twierdzeniami Raportu (rysunek 5, s. 31) liczbę świadczeń udzielanych przez podmioty niepubliczne (oraz zakładając, na potrzeby tego wnioskowania, że wyższa liczba świadczeń koreluje z większą liczbą świadczeniodawców o danej cesze), ich udział jest istotny, gdyż w 2024 roku podmioty niepubliczne zrealizowały 1,7 mln /2,5 mln, tj. 68% badań RM, oraz 0,7 mln/2 mln, tj. 35% badań TK.
		Tabela 13 str. 62 Tabeli 14 str. 64	Raport wielokrotnie powołuje się na "efekt skali" jako kluczowy czynnik pozwalający na obniżenie jednostkowego kosztu badania. Jest to jednak argument oparty na błędnym założeniu, że struktura kosztów pracowni diagnostycznej opiera się na wysokich kosztach stałych, które można "rozcieńczyć" poprzez zwiększenie liczby badań. W rzeczywistości jest odwrotnie - koszty stałe stanowią niewielki procent kosztów funkcjonowania centrum diagnostycznego, podczas gdy znaczącą, dominującą część stanowią właśnie koszty

			zmienne, które rosną wraz z każdym kolejnym badaniem. Koszty stałe (amortyzacja, czynsz) to tylko ułamek całkowitych kosztów. Znaczącą większość stanowią koszty zmienne: wynagrodzenia wysoko wykwalifikowanego personelu, energia elektryczna, środki kontrastowe i materiały medyczne. Wzrost liczby badań prowadzi do eskalacji kosztów zmiennych, a nie do oszczędności. Raport sam, choć nie wprost, dostarcza dowodów na dominację kosztów zmiennych. W Tabeli 13 (str. 62) i Tabeli 14 (str. 64), w niemal każdym przypadku, suma kosztów opisu (bezpośrednio zmienny koszt pracy radiologa) oraz kosztu kontrastu (bezpośrednio zmienny koszt materiałowy) jest wyższa niż koszt całej infrastruktury, w którą błędnie wliczono pensje techników i pielęgniarek. Przykładowo, dla badania TK głowy z kontrastem (5.03.00.0000094), koszt zmienny (kontrast + opis) wynosi 306 zł, podczas gdy koszt infrastruktury to tylko 137 zł. Skoro koszty zmienne stanowią ponad 60-70% całkowitego kosztu procedury, jakikolwiek marginalny zysk z rozłożenia kosztów stałych jest natychmiast niwelowany przez rosnące wydatki związane z realizacją każdego kolejnego badania. W warunkach gwałtownego wzrostu cen energii elektrycznej oraz lawinowo rosnących wynagrodzeń specjalistów, każde dodatkowe badanie staje się droższe w realizacji, a nie tańsze. Teza o "obniżeniu kosztu jednostkowego" jest więc niesłuszna. Ponadto, Raport deklaruje, że czasy są „> minimalnych PLTR", lecz bez przedstawienia rozkładu czasów w reprezentatywnej próbie, zwłaszcza dla badań złożonych i pacjentów trudnych (dzieci, seniorzy, otyłość, klaustrofobia)
		rozdział 3.2.6 str. 66 rozdział 3.2.4 str. 60	Raport opiera się na wadliwym założeniu, że koszt opisu badania można sprowadzić do uśrednionej stawki godzinowej lekarza zatrudnionego w danej placówce. Jest to podejście oderwane od rzeczywistości. Kalkulacja kosztu opisu oparta wyłącznie na wewnętrznych, uśrednionych stawkach godzinowych jest fikcją. Ignoruje ona fakt, że coraz więcej podmiotów, zwłaszcza publicznych, zmuszonych jest do zakupu usług opisu na wolnym rynku, gdzie ceny są dyktowane przez firmy teleradiologiczne i nie mają nic wspólnego ze stawką godzinową. Cała metodologia wyceny "kosztu opisu badania" (rozdział 3.2.6, str. 66, oraz rozdział 3.2.4, str. 60) bazuje na danych o wynagrodzeniach personelu zatrudnionego lub udzielającego świadczeń bezpośrednio w analizowanych placówkach. W Tabeli 12 (str. 60) przedstawiono wyłącznie statystyki stawek godzinowych. W Raporcie nie ma ani słowa o outsourcingu, teleradiologii czy cennikach firm zewnętrznych. Aby poznać realny koszt usługi opisu, Agencja powinna była przeprowadzić analizę rynku usług teleradiologicznych. Ceny rynkowe za opis pojedynczego badania, zwłaszcza w trybie pilnym, są znacznie wyższe niż te wynikające z przeliczenia uśrednionej stawki godzinowej. Pominięcie tego kluczowego komponentu kosztowego prowadzi do rażącego niedoszacowania rzeczywistych wydatków ponoszonych przez świadczeniodawców.
		rozdział 2.3.5. str. 43	Agencja wskazuje w Raporcie (2.3.5., s. 43) na istotny udział dofinansowań unijnych, co miało również obniżyć koszt zakupu sprzętu dla podmiotów leczniczych, należy jednak zauważyć, że Agencja nie przedstawiła struktury

			beneficjentów środków unijnych (tj. podmiot niepubliczny, powiatowy, gminny, miejski; wojewódzki; kliniczny; inny), a w szczególności nie zróżnicowała beneficjentów na podmioty publiczne i niepubliczne. Wielu świadczeniodawców takich dofinansowań nie otrzymało, a zatem samodzielnie ponosili oni koszty inwestycji. Dofinansowania unijne nie powinny być w żaden sposób uwzględniane przy dokonywaniu wyceny tych świadczeń. Podmioty finansujące sprzęt same muszą przez wiele lat spłacać raty leasingowe lub raty kredytów i muszą na to „zarobić". Autor Raportu sam wskazuje na wysoką kapitałochłonność inwestycji w tego typu sprzęt. Wobec tego obniżenie taryf może w znacznie większym stopniu negatywnie wpłynąć na wypłacalność podmiotów, które same finansują zakup sprzętu a wręcz może wpłynąć na utratę płynności przez niektóre z tych podmiotów, a tym samym na ograniczenie dostępności badań dla pacjentów powodując zwiększenie kolejek
		rozdział 3.1.1. rozdział 3.2.1.	Dane finansowo-księgowe (3.1.1.) pochodzą z roku 2024 i zostały one jedynie zwaloryzowane przy wykorzystaniu przyjętych mnożników zmian wielkości kosztów (3.2.1.). Mnożniki te nie uwzględniają zmian w cenie energii elektrycznej, które wynikają ze zmian w przepisach prawa - podczas gdy, zgodnie z obecnie procedowaną ustawą, zamrożona stawka energii elektrycznej dla świadczeniodawców (art. 2 pkt 2 lit. e tiret pierwsze ustawy z dnia 27 października 2022 r. o środkach nadzwyczajnych mających na celu ograniczenie wysokości cen energii elektrycznej oraz wsparciu niektórych odbiorców w latach 2023-2025) utrzymana zostanie jedynie do końca roku 2025. Urządzenia RM i TK wymagają natomiast dużych ilości energii elektrycznej.
		rozdział 2.3.5 str. 43-44	Raport zakłada, że większa liczba badań prowadzi do "lepszego zwrotu z inwestycji", pomijając fakt, że koszty tych inwestycji dramatycznie wzrosły, a wraz z nimi koszty utrzymania działalności. Teza o "lepszym zwrocie z inwestycji" jest nieaktualna w obliczu drastycznego wzrostu kosztów zakupu nowego sprzętu, budowy lub adaptacji pomieszczeń oraz ich bieżącego utrzymania (np. waloryzowane czynsze). Raport sam wskazuje na wysoką kapitałochłonność inwestycji. W rozdziale 2.3.5 (str. 43-44) podano, że średnia wartość projektu zakupu aparatu RM to blisko 7,8 mln zł, a TK - 4,6 mln zł. Są to dane historyczne, które nie uwzględniają najnowszych wzrostów cen sprzętu, materiałów i usług budowlanych, co czyni te szacunki zaniżonymi w stosunku do obecnych realiów. Każda nowa inwestycja lub odtworzenie starego sprzętu odbywa się obecnie przy znacznie wyższych kosztach. Dodatkowo rosną także koszty stałe, takie jak czynsze za najem powierzchni (które podlegają waloryzacji o wskaźniki inflacji) oraz koszty serwisowania i utrzymania zaawansowanej infrastruktury IT. Twierdzenie, że efekt skali obniża ceny, jest nieuzasadnione, gdy sama baza kosztowa, od której liczymy oszczędności, stale rośnie. Ponadto, w Raporcie zwraca się uwagę na potrzebę intensywniejszego wykorzystania aparatury medycznej. Na pewno nie nastąpi to poprzez obniżenie ceny świadczeń, ponieważ głównym czynnikiem niższego niż oczekiwana wykorzystania aparatury jest niska dostępność lekarzy radiologów i personelu medycznego. Przykładem negatywnego efektu niższego finansowania służby zdrowia (a takim przykładem jest obniżka taryfy) jest koniec

			2024 r. kiedy w wyniku braku płatności za nadwykonania szpitale znacząco ograniczyły przyjmowanie pacjentów od połowy grudnia 2024. W związku z tym oczekiwanym efektem spadku wycen świadczeń MR i TK będzie ograniczenie tych świadczeń dla pacjentów i wydłużenie kolejek na badania. Każda próba zwiększenia ilości badań przekłada się na zwiększenie wynagrodzeń lekarzy (i jednostkowego kosztu badania), gdyż wiąże się z wydłużeniem godzin pracy i większą ilością pracy dla obecnego personelu.
		str. 11 str. 13	Fakt, że badania TK i RM stały się rutynowe, nie oznacza, że stały się mniej wartościowe - wręcz przeciwnie. Ich powszechność jest dowodem na ogromną wartość diagnostyczną i kluczową rolę w nowoczesnym procesie leczenia. Status "badania rutynowego" świadczy o jego fundamentalnym znaczeniu klinicznym. TK i RM są dziś niezbędne do prawidłowej diagnostyki w niemal każdej dziedzinie medycyny, co powinno prowadzić do wzrostu, a nie spadku ich wyceny, aby zapewnić stabilność i jakość ich realizacji. Sam Raport podkreśla, że badania te są "jednym z kluczowych filarów współczesnej diagnostyki medycznej" o "wysokiej wartości diagnostycznej" (str. 11). Rysunek 1 (str. 13) i Rysunek 2 (str. 13) pokazują, że TK i RM są podstawą diagnostyki w najpoważniejszych schorzeniach, takich jak nowotwory, choroby układu nerwowego, krążenia czy schorzenia mięśniowo-szkieletowe. Właściwe wykorzystanie tych badań prowadzi do "ograniczenia kosztów pośrednich w ochronie zdrowia" (str. 11). Skoro badania te stały się tak fundamentalne, że system ochrony zdrowia nie może bez nich funkcjonować, ich wycena musi odzwierciedlać tę kluczową rolę. Obniżanie taryf dla "rutynowych", czyli de facto "niezbędnych", procedur jest działaniem krótkowzrocznym, które podważa finansowe podstawy filaru diagnostyki i zagraża jakości leczenia.
		str. 28 str. 29 str. 41	Logika Raportu, jakoby masowość prowadziła do obniżenia kosztów, załamuje się w konfrontacji z twardymi danymi dotyczącymi rynku pracy radiologów. Liczba wykształconych i kompetentnych radiologów nie rośnie proporcjonalnie do lawinowego wzrostu zapotrzebowania na badania. Ta dysproporcja prowadzi do ostrej rywalizacji o personel, co skutkuje drastycznym wzrostem wynagrodzeń, które są głównym kosztem zmiennym. Raport pokazuje, że w latach 2017-2024 liczba badań RM wzrosła o 691%, a TK o 48% (str. 29). W tym samym czasie, jak wynika z Rysunku 13 (str. 41), liczba radiologów w latach 20202023 wzrosła zaledwie o 10%. Wzrost popytu jest więc wielokrotnie szybszy niż wzrost podaży najważniejszego zasobu ludzkiego. Ta rosnąca luka między popytem a podażą personelu jest głównym czynnikiem kosztotwórczym. Placówki muszą konkurować o ograniczoną liczbę specjalistów, oferując coraz wyższe stawki - najczęściej w modelu "od opisu", który Raport całkowicie ignoruje. Twierdzenie, że koszt jednostkowy badania spada, jest absurdem w sytuacji,

			gdy koszt jego kluczowego elementu - opisu przez radiologa - dynamicznie rośnie z powodu presji rynkowej. Co więcej, na stronie 28 Raportu, mowa jest o podaży świadczeń jako zależnej od potencjału infrastrukturalnego, kadrowego oraz od środków finansowych przeznaczanych na ten cel. Niestety mamy obecnie do czynienia o ograniczonej możliwości wzrostu potencjału kadrowego (ogólnie znany problem braków lekarzy i pozostałego personelu medycznego). Skoro podaż świadczeń zależy też od środków finansowych to ograniczenie tych środków na pewno nie wpłynie na zwiększenie podaży świadczeń. Jednocześnie, Raport stwierdza, że dostęp do kadr medycznych i pracowni TK/RM jest zapewniony w całym kraju. Wnioski o „zapewnionym dostępie” są nieuprawnione - dane pokazują duże różnice regionalne (np. 15 radiologów/100 tys. w Mazowieckim vs. 6-7 w woj. wschodnich). W praktyce oznacza to ograniczoną dostępność specjalistów w niektórych regionach, której Raport nie podkreśla. Analiza nie rozróżnia radiologów dziecięcych i dorosłych, co zaniża obraz braków kadrowych w pediatrii.
		str. 32	Raport błędnie utożsamia "badania proste" (np. jedna okolica bez kontrastu) z niskimi kosztami opisu, ignorując rosnące wymagania dotyczące jakości i precyzji diagnostycznej.
		Tabela 5 str. 37-38	Nawet "rutynowe" badanie głowy czy kręgosłupa wymaga dziś od radiologa znacznie większej wiedzy i precyzji niż dekadę temu. Postęp medycyny, nowe techniki obrazowania i rosnące oczekiwania klinicystów sprawiają, że wartość intelektualna opisu każdego badania rośnie, niezależnie od jego formalnej "prostoty". Sam Raport wskazuje, że wraz z upowszechnieniem badań rośnie ich rola w diagnostyce coraz bardziej skomplikowanych schorzeń (Tabela 5, str. 37-38). Ponadto, w przypadku TK, Raport sam przyznaje, że "coraz większy ciężar przesuwa się w stronę badań o większej złożoności" (str. 32). Radiolog opisujący dziś "proste" badanie RM kręgosłupa musi posiadać wiedzę pozwalającą na różnicowanie subtelnych zmian, które mogą decydować o dalszym leczeniu pacjenta. Presja na jakość i unikanie błędów diagnostycznych w dobie powszechnych postępowań sądowych jest ogromna. Wartość pracy specjalisty nie maleje, lecz rośnie wraz z postępem wiedzy medycznej. Obniżanie wyceny świadczeń, w których kluczową rolę odgrywa praca intelektualna wysoko wykwalifikowanego eksperta, jest nieuzasadnione i szkodliwe dla systemu. Ponadto, Raport zwraca uwagę na podział badań na proste i rutynowe (które, w założeniu Raportu, mogą być realizowane szybciej i taniej) oraz na te złożone i specjalistyczne (które są bardziej wymagające i kosztotwórcze). Trzeba podkreślić, że już obecnie te pierwsze (proste i rutynowe) są niżej wyceniane niż te drugie (złożone i specjalistyczne) a więc kosztochłonność jest już odzwierciedlona w cenach świadczeń.

		Rysunek 11 str. 39-40 Tabela 19 str. 85-86 rozdział 5 str. 87 i nast.	Raport przytacza dane o rosnących kolejkach, ale jednocześnie rekomenduje cięcia finansowe, co jest działaniem wewnętrznie sprzecznym i potencjalnie szkodliwym dla pacjentów. Raport ignoruje własne dane wskazujące na dramatyczny wzrost liczby pacjentów oczekujących na badania i nie wyciąga z nich logicznych wniosków. Wzrost kolejek świadczy o niewystarczającej podaży świadczeń w stosunku do rosnącego popytu, co powinno być sygnałem do zwiększenia, a nie obniżenia finansowania. Na stronach 39-40 Raport przedstawia twarde dane (Rysunek 11), z których wynika, że w latach 2022-2025 liczba pacjentów w kolejkach wzrosła ponad dwukrotnie. Dla rezonansu magnetycznego w przypadkach stabilnych liczba oczekujących wzrosła ze 171 tys. do 332 tys., a w przypadkach pilnych z 53 tys. do 152 tys. Jednocześnie w rozdziale 5 (str. 87 i nast.) Raport rekomenduje cięcia w finansowaniu tych świadczeń o 182,7 mln zł. Jest to fundamentalna sprzeczność logiczna. Z jednej strony Agencja diagnozuje rosnący problem z dostępnością do kluczowych badań diagnostycznych, a z drugiej proponuje rozwiązanie, które ten problem nieuchronnie pogłębi. Ograniczenie przychodów placówek, zwłaszcza tych realizujących najwięcej badań (Tabela 19, str. 85-86), doprowadzi do ograniczenia ich możliwości inwestycyjnych, zatrudniania personelu i wydłużenia czasu pracy aparatury, co bezpośrednio przełoży się na dalsze wydłużenie kolejek.
		rozdział 2.5 str. 54 Załącznik 4 Tabela 1 i 2	Raport wykorzystuje dane o cenach komercyjnych w sposób wybiórczy, pomijając fakt, że w większości przypadków ceny te są wyższe od wycen NFZ, co powinno być argumentem za podniesieniem, a nie obniżeniem taryf. Analiza cenników komercyjnych, zamiast wspierać tezę o zawyżonych wycenach publicznych, dostarcza dowodów na ich niedoszacowanie. Raport marginalizuje fakt, że rynek prywatny wycenia większość badań znacznie wyżej, co odzwierciedla realne koszty i presję rynkową. W rozdziale 2.5 (str. 54) Raport sam stwierdza, że ponad 80% produktów TK (15 z 18) i 64% produktów RM (14 z 22) ma niższą wycenę w systemie publicznym niż ceny rynkowe. W Załączniku 4 (Tabela 1 i 2) widzimy konkretne przykłady: średnia komercyjna cena "TK innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego" to 423 zł, podczas gdy obecna wycena NFZ to 292 zł. To samo dotyczy "MR głowy bez wzmocnienia kontrastowego" - średnia komercyjna to 698 zł wobec 489 zł w NFZ. Ceny komercyjne są barometrem realnych kosztów prowadzenia działalności. Skoro rynek, na którym działa silna konkurencja, wycenia te usługi drożej, oznacza to, że publiczne taryfy są zaniżone. Zamiast obniżać je jeszcze bardziej, AOTMiT powinien potraktować te dane jako sygnał alarmowy, że obecne finansowanie nie pokrywa kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców, co w długim terminie zagraża stabilności systemu.

		str. 29, 90 str. 36 str. 70-73	Raport włącza do analizy badania szpitalne, ale jednocześnie przyznaje, że ich sprawozdawczość jest "marginalna" i "niemiarodajna", co sprawia, że wyciąganie na tej podstawie wniosków dla całego sektora jest nieuprawnione. Analiza kosztów i wycen dla leczenia szpitalnego opiera się na danych, które, jak przyznaje sam Raport, nie odzwierciedlają rzeczywistej skali działalności. Proponowanie drastycznych obniżek dla świadczeń szpitalnych na podstawie danych o "marginalnym charakterze" jest metodologicznie nieuzasadnione. Raport wielokrotnie podkreśla problematyczność danych szpitalnych: "ich realizacja ma charakter marginalny" (str. 29, 90); "liczba produktów rozliczeniowych sprawozdawanych w ramach leczenia szpitalnego nie odzwierciedla faktycznej liczby wykonanych badań" (str. 36); "wyniki takiej analizy mogłyby być niemiarodajne" (str. 36). Mimo to, w Tabeli 16 (str. 70-73) proponuje się bardzo głębokie cięcia dla badań szpitalnych, np. -37,80% dla "MR jednej okolicy anatomicznej innej niż kręgosłup". Agencja zdaje sobie sprawę z wadliwości danych szpitalnych, a mimo to używa ich do uzasadnienia radykalnych zmian w taryfach. Jest to niekonsekwentne i niebezpieczne, ponieważ może prowadzić do niedoszacowania kosztów ponoszonych przez szpitale (zwłaszcza kliniczne i wojewódzkie), które realizują diagnostykę u najciężej chorych pacjentów.
75.	Anna Kotuła Zastępca Dyrektora Oddziału ds. Finansów i Zarządzania W imieniu Narodowego Instytutu Onkologii- PIB, Oddział w Gliwicach	3.2.2. Propozycje przebiegu świadczeń tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego str. 59	Proszę o weryfikację przyjętych założeń: dla badań o niskim stopniu złożoności czas przygotowania na poziomie 5 minut, średni czas skanowania jednej okolicy anatomicznej na poziomie 5 minut w przypadku TK oraz 15 minut w przypadku RM. W oparciu o analizę badań realizowanych w Narodowym Instytucie Onkologii-PIB, Oddział w Gliwicach należy założyć średni czas przygotowania na poziomie 10 minut, średni czas skanowania jednej okolicy anatomicznej na poziomie 8-10 minut w przypadku TK oraz 25-30 minut w przypadku RM.
		Tabela 12 Statystyki godzinowych stawek lekarza w podziale na miejsce zatrudnienia (brutto-brutto) [zł] str. 60	Proszę o podwyższenie godzinowych stawek lekarzy (poziom wynagrodzeń brutto-brutto) o stawki lekarzy zatrudnionych w ramach kontraktów lekarskich, aby przedstawić rzeczywiste koszty pracy. Dla badań TK godzinowa stawka lekarzy w odniesieniu do danych z tabeli 12 winna wzrosnąć o 130-150 zł, natomiast dla badań MR winna wzrosnąć o 150-180 zł.
		3.2.2. Propozycje przebiegu świadczeń tomografii komputerowej i rezonansu	Koszty nie uwzględniają udziału sekretarek medycznych bezpośrednio zaangażowanych w procedurę: od ustalenia terminu badania, poprzez zarejestrowania pacjenta, aż po wynik.

		magnetycznego str. 59 oraz 3.2.6. Wynik analizy kosztów str. 62	
76.	dr hab. Grzegorz Staśkiewicz, prof. UM, MSc Clin Edu Przewodniczący Sekcji Radiologii Sercowo-Naczyniowej PLTR Kierownik Zakładu Radiologii i Medycyny Nuklearnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie	str. 56, 58 i inn.	Koncepcja dołączenia kardiologa do zespołu wykonującego badanie TK serca jest zaskakująca. W żadnym innym typie badań TK nie funkcjonuje dołączanie lekarzy innych specjalności do zespołu wykonującego badanie, a w całej Polsce badania TK serca i tętnic wieńcowych są wykonywane obecnie przez zespoły w składzie których nie ma kardiologa, przy adekwatnym do kosztów poziomie finansowania. Brak określenia, jaka miałby być rola kardiologa w takim zespole. Dołączanie kardiologów do zespołów wykonujących badania TK spowoduje odsunięcie ich od dotychczasowych obowiązków.
		str. 61 i 97	Dwukrotnie w raporcie pada określenie kardiologa jako „nadzorującego” badanie. Na jakiej podstawie lekarz innej specjalności miałby nadzorować wykonywania badania tomograficznego? Wykonanie badania zależy od prawidłowego przygotowania pacjenta - w tym podania odpowiednich leków, dobrania parametrów technicznych - jak zakres badania, napięcie lampy, tempo i ilość podawanego środka cieniującego, oraz prawidłowe poinstruowanie pacjenta o przebiegu badania. Wszystkie te elementy wykonuje zespół składający się z elektroradiologa i personelu pielęgniarskiego pod nadzorem lekarza radiologa. Szkolenie specjalizacyjne w radiologii odbywa się zgodnie z europejskim programem kształcenia, który jasno potwierdza kwalifikacje specjalisty radiologii do wykonywania i oceny badań serca i tętnic wieńcowych.
77.	Bartłomiej Nowak Ogólnopolski Związek Zawodowy Elektroradiologów Zarząd Główny		Po analizie raportu AOTMiT dotyczącego taryfikacji świadczeń TK i MR Ogólnopolski Związek Zawodowy Elektroradiologów przedstawia następujące uwagi. Dokument ten jest **niekompletny, obarczony błędami merytorycznymi i metodologicznymi**, a w konsekwencji **nie może stanowić podstawy do obniżenia wyceny świadczeń**. Raport pomija kluczowe elementy kosztowe (zwłaszcza udział elektroradiologów), opiera się na uśrednionych i odrealnionych danych, ignoruje obowiązujące przepisy oraz nie uwzględnia problemów jakości i bezpieczeństwa w diagnostyce obrazowej. Zwracamy uwagę, że pozorne skrócenie kolejek do badań obrazowych przełożyło się na **wydłużenie czasu oczekiwania na opis badania**. **1. Koszty kadrowe - pominięcie elektroradiologów** Raport wskazuje, że największą część kosztów pochłaniają honoraria radiologów za opis badań. Wynagrodzenia elektroradiologów zostały wliczone do kosztów infrastruktury i nie zostały wyodrębnione, co prowadzi do zaniżenia ich roli w procesie diagnostycznym. Obniżenie wycen świadczeń uderzy przede wszystkim w elektroradiologów, którzy i tak często nie otrzymują wynagrodzeń zgodnych z ustawą z 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia

			pracowników medycznych. Dotyczy to zwłaszcza magistrów elektroradiologii, którzy niejednokrotnie nie otrzymują wynagrodzenia na poziomie ustawowym. **2. Błędna nomenklatura – brak dostosowania do aktualnych przepisów prawa** Raport posługuje się pojęciem „technik elektroradiologii" lub „technik radiologii". Nie jest jasne, czy AOTMiT brała pod uwagę wyłącznie techników elektroradiologii, czy także absolwentów uczelni wyższych na kierunku elektroradiologia. Jest to niezgodne z ustawą z 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (Dz.U. 2023 poz. 1972), która wyodrębniła zawód elektroradiologa. Brakuje również dostosowania innych aktów prawnych – m.in. rozporządzeń i obwieszczeń – do tej ustawy (np. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z 25 marca 2024 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia o zakresie niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców). Raport nie jest więc dostosowany do aktualnego prawa i nie odzwierciedla rzeczywistej struktury kadrowej i płacowej pracowni diagnostycznych. **3. Procedury wzorcowe i czas badań** Obwieszczenie MZ w sprawie procedur wzorcowych w zakresie procedur diagnostyki obrazowej i radiologii nie uległo aktualizacji. Raport przyjął uśrednione czasy badań: TK – 5 minut, MR – 15 minut. Jest to znacząco odrealnione zarówno od istniejących przepisów (obwieszczenie MZ), jak i od praktyki klinicznej. Dane raportu są sprzeczne z realnymi czasami badań, np.: TK jamy brzusznej – przygotowanie ok. 15 min (nawodnienie, opcjonalne podanie leków), TK serca – przygotowanie 20–30 min (przygotowanie farmakologiczne, monitorowanie rytmu serca), MR głowy ze środkiem kontrastowym – ok. 30 min (szczegółowy wywiad, kwalifikacja, procedura). Takie założenia zaniżają faktyczną czasochłonność badań i koszty pracy personelu. Błędem metodologicznym jest też opieranie się w dużej mierze na danych z sektora prywatnego, gdzie maksymalizacja zysku często odbywa się kosztem przestrzegania regulacji. **4. Brak regulacji prawnych w MR w zakresie procedur medycznych i bezpieczeństwa** • Badania w zakresie TK są uregulowane w Prawie atomowym i przepisach o ochronie radiologicznej. • MR **nie ma odpowiednich i analogicznych regulacji prawnych**, mimo ryzyk związanych z polem magnetycznym i implantami medycznymi. – Departament Zdrowia Publicznego MZ miał podjąć się regulacji natomiast przez rok nie przedstawiono żadnych konkretów.

			• Skutkiem tego sektor prywatny realizuje świadczenia MR **masowo, z naciskiem na ilość, a nie jakość i bezpieczeństwo**. **5. Nieprawidłowa realizacja świadczeń i nadużywanie teleradiologii** Coraz częściej badania TK i MR wykonywane są **bez obecności radiologa w miejscu akwizycji obrazu (co stanowi naruszenie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 kwietnia 2019 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej wykonywanej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych)** a badania są nadzorowane w trybie teleradiologii. • **Rozporządzenie MZ z 11 kwietnia 2019 r. (Dz.U. 2019 poz. 834)**: • dopuszcza teleradiologię wyłącznie do opisu badań, • nakazuje obecność radiologa nadzorującego akwizycję obrazu w pracowni. • W praktyce wymóg ten jest nagminnie omijany, a NFZ nie prowadzi skutecznej kontroli i weryfikacji. • W sektorze prywatnym jest to nagminne. Wątpliwości budzi też fakt brak radiologa na szpitalnych oddziałach ratunkowych gdzie wymagany jest m.in. natychmiastowy dostęp do badań diagnostycznych np. USG czy TK. Rozwiązaniem tego problemu miało być uregulowanie kompetencji dla magistrów elektroradiologii natomiast w tej sprawie MZ nadal nie podjęło działań. • W sektorze prywatnym zdarza się że ratownicy medyczni zabezpieczają pracownie z powodu braku radiologów na miejscu **6. Powtarzalność badań i brak integracji** • Brak wspólnej bazy badań obrazowych (np.: na platformie e Zdrowie) skutkuje powtarzaniem tych samych badań (np. badania prywatne są ponownie wykonywane w szpitalu np. w celu weryfikacji diagnostycznej lub podważana jakość badania z sektora prywatnego). • Generuje to dodatkowe koszty systemowe, których raport nie analizuje. • Optymalizacja powinna obejmować integrację systemów diagnostycznych i eliminację powtarzalności, a nie jedynie obniżanie taryf świadczeń. **7. Analiza regionalna – województwo świętokrzyskie – wątpliwości w analizie danych** • Na przykładzie woj. świętokrzyskiego gdzie wg. raportu istnieje najwyższy wskaźnik badań MR (9 984/100 tys. mieszkańców, 15 realizatorów) – te dane nie korelują z liczbą radiologów dostępnych w

			regionie - świadczenia muszą być nadzorowane w trybie teleradiologii co jest niezgodne z wskazanymi w piśmie regulacjami (**Rozporządzenie MZ z 11 kwietnia 2019 r. (Dz.U. 2019 poz. 834)** • Wynika też że większość badań musi być opisywana zdalnie. • Dane te **nie są wiarygodne jako odzwierciedlenie realnych możliwości kadrowych regionu** albo w sposób nierzetelny realizowane są świadczenia. **8. Efekty skali – błędne założenia raportu** Raport (rozdz. 2.37) wskazuje na efekty skali: optymalizację kosztów, poprawę dostępności i jakości. W sektorze prywatnym to fikcja – efekty skali oznaczają zwiększenie liczby badań kosztem jakości, bezpieczeństwa pacjentów i maksymalizacji zysku. Raport nie uwzględnia ryzyk prawnych i organizacyjnych wynikających z masowej komercjalizacji usług diagnostycznych. **9. Współpraca z ekspertami – brak udziału elektroradiologów** W rozdziale **3.1.3 „Współpraca z ekspertami"** raport wskazuje na konsultacje z ekspertami radiologii. **Pominięto środowisko elektroradiologów**, które w praktyce realizuje większość procedur: - przygotowania pacjenta, - przebywa w polu elektromagnetycznym - przeprowadza akwizycje obrazu, - prowadzi nadzór nad bezpieczeństwem. Dane przekazane przez konsultanta krajowego są przez to **niepełne i wątpliwe metodologicznie**. Zakładamy też że nie przeprowadzono także analizy ryzyka związanego z ekspozycją elektroradiologów na pole magnetyczne rezonansu, mimo że wiele publikacji wskazuje na jego negatywny wpływ na zdrowie z częstszym przebywaniem i przemieszczaniem się w polu aparatu (związanego ze zwiększeniem się ilości badań). **10. Podsumowanie i wnioski** Raport AOTMiT jest **niekompletny, niezgodny z aktualnym prawem i oparty na uproszczonych założeniach**. • Pomija koszty elektroradiologów, mimo ich kluczowej roli – należałoby zwiększyć koszty ale z warunkiem uregulowania wynagrodzenia u elektroradiologów • Największy udział kosztów mają radiolodzy – obniżenie wycen uderzy w pozostały personel. • Raport ignoruje procedury wzorcowe i bazuje na nierealnych czasach badań. • Brak regulacji MR, brak kontroli NFZ i nieprawidłowe wykorzystanie teleradiologii stwarzają zagrożenia.

			• Założenia o efektach skali są błędne i nie uwzględniają ryzyk sektora prywatnego. • Współpraca z ekspertami była jednostronna – pominięto elektroradiologów. **Wnosimy o:** • Rezygnację z obniżenia wyceny świadczeń TK i MR w oparciu o obecny raport. • Przeprowadzenie nowej analizy z udziałem radiologów i elektroradiologów, z uwzględnieniem realnych kosztów, czasów badań i obowiązującego prawa. • Zobowiązanie MZ do: • aktualizacji procedur wzorcowych, • uregulowania badań MR i kompetencji magistrów elektroradiologii w związku z brakiem radiologów w miejscu akwizycji obrazu, • wprowadzenia systemu integracji baz obrazowych w celu eliminacji i powtarzalności badań. • Optymalizacje procesów diagnostycznych pomiędzy specjalistami a nie redukcji kosztów w udzielanych świadczeniach • skutecznych kontroli NFZ dotyczących sposobu udzielania świadczeń oraz zmian w zapisach warunków ich realizacji.
78.	Agnieszka Lis Rada Rezydentów PLTR	„Porównania międzynarodowe – Niemcy (GOÄ): mnożnik 1,0–3,5 w zależności od trudności, czasu i trybu nagłego.” „Porównania międzynarodowe – Anglia (HRG): odrębne pozycje i jawny koszt opisu, różnice wg liczby okolic, podania środka kontrastującego, wieku pacjenta.”	Porównania międzynarodowe pokazują, że stosowane w Polsce uśrednianie czasu i stawki jest nieadekwatne i prowadzi do niedoszacowania świadczeń. W Anglii (HRG) stosuje się odrębne pozycje i jawne koszty opisu, zróżnicowane według liczby okolic, podania kontrastu czy wieku pacjenta - wyższe stawki przewidziane są m.in. dla dzieci i badań wieloobszarowych. W Niemczech (GOÄ) obowiązuje mnożnik 1,0–3,5 w zależności od trudności, czasu badania i trybu (planowy, nagły), co pozwala właściwie wyceniać procedury wymagające większego nakładu pracy. W polskim raporcie zastosowano natomiast jeden uśredniony model, przy jednoczesnym przyjęciu zaniżonej wartości Euro, co skutkuje chronicznym niedofinansowaniem najbardziej wymagających badań, zwłaszcza w trybie ostrym.

		„Propozycja zróżnicowania wyceny: badania rutynowe/ powszechne – obniżka; badania specjalistyczne – podwyżka.”	Proponowane rozróżnienie badań na „rutynowe/powszechne” i „specjalistyczne” jest nieadekwatne i prowadzi do błędnych wniosków. Badania określane jako „rutynowe”, takie jak TK głowy bez kontrastu w trybie szpitalnym, bardzo często są wykonywane w trybie ostrym i mają kluczowe znaczenie dla diagnostyki stanów zagrożenia życia. Nie mogą one podlegać obniżonej wycenie wyłącznie z powodu częstego wykonywania, ponieważ stanowią fundament bezpieczeństwa pacjentów. Podobnie TK klatki piersiowej bez kontrastu z oceną w technice HR zostało w raporcie zakwalifikowane jako badanie „proste”, tymczasem wymaga ono wykonania dodatkowych faz (wdech, wydech), a także przeprowadzenia pacjenta przez skomplikowaną instrukcję oddechową.
		„Koszty stałe oszacowane na podstawie średniego czasu przygotowania i skanowania; obejmują amortyzację, energię, wynagrodzenia technika, pielęgniarki i lekarza radiologa.”	Choć w raporcie ujęto koszty personelu, nie zostały one przedstawione w sposób przejrzysty, a ich wysokość została zaniżona m.in. poprzez przyjęcie nierealistycznego czasu pracy radiologa wykonującego opis. Nie uwzględniono także nadzoru radiologa nad badaniem, który jest nieodzowny w przypadku badań ratujących życie lub wykonywanych w stanie zagrożenia życia. W kalkulacji pominięto ponadto koszty pracy administracji, fizyka medycznego (kontrola dawki w badaniach TK), personelu IT zajmującego się obsługą systemów informatycznych i archiwizacją, jak również czas poświęcony na bezpośrednią obsługę pacjenta. Raport nie różnicuje również kosztów w zależności od trybu badania, choć badania wykonywane w trybie ostrym wymagają znacznie większych nakładów pracy niż badania planowe. Co więcej, uwzględniono jedynie zużycie energii przez aparaturę diagnostyczną, pomijając konieczne zużycie energii przez systemy chłodzące, a także stale rosnące koszty obsługi serwisowej.
		„Przebieg świadczenia obejmuje etap kwalifikacji pacjenta, wykonania badania oraz opis wyniku przez radiologa.”	Należy podkreślić, że proces realizacji świadczenia obejmuje również szereg czynności organizacyjno-technicznych, które nie zostały należycie uwzględnione w kalkulacji. Są to m.in. rejestracja i kwalifikacja pacjentów, nadzór nad dokumentacją medyczną i jej obiegiem, przygotowanie oraz dezynfekcja pracowni, a także obsługa i bieżąca konserwacja aparatury. Pominięcie tych nakładów prowadzi do zaniżenia rzeczywistych kosztów i nie oddaje w pełni charakteru świadczenia.
		„Dane przekazane przez konsultanta krajowego… w zakresie czasu opisu badania… Dla badań o niskim stopniu złożoności czas przygotowania 5 minut, średni czas skanowania: TK 5 min,	Przyjęte w raporcie wartości uśrednione zupełnie nie oddają realiów codziennej pracy. W ogromnej większości badań uwidaczniane są zmiany wymagające szczegółowej analizy, odniesienia do wcześniejszych wyników oraz uwzględnienia kontekstu klinicznego. Nierzadko sam opis jednego badania zajmuje ponad 20 minut, szczególnie w sytuacjach nagłych i dyżurowych. Teoretyczne założenie, że opis tomografii głowy pacjenta hospitalizowanego trwa 10 minut, prowadziłoby do wniosku, że radiolog jest w stanie wykonać 48 opisów w ciągu jednego dnia pracy. Takie kalkulacje są całkowicie oderwane od rzeczywistości i skutkują znacznym, sztucznym zaniżeniem rzeczywistych kosztów świadczeń.

		RM 15 min. Czas opisu uśredniony to 10 I 15 min.”	
79.	Andrzej Weigl Prokurent Dyrektor TMS Diagnostyka Sp. z o.o.	Określenie podmiotu opiniującego	Uwagi oparto na faktycznych danych finansowych z 2024 r. dla niepublicznego podmiotu medycznego wykonującego w sposób ciągły około 12.000 badań TK oraz 11.000 badań MR, z czego 90% na rzecz NFZ. Dwa systemy MR 1,5 Tesli pracujące 5 dni/tydz. po 12 godz., czasami uruchamiane dodatkowo soboty, oraz dwa systemy TK 320-rzędowy i 80-rzędowy (ale jeden z aparatów pracuje co drugi dzień) pracujące w tych samych godzinach. ŚREDNIE CZASY BADAŃ: MR - 35 min, TK - 23 min.
		Raport oceniający czas wykonania badania TK i MR	1. Raport zakłada za małe czasy wykonania badań, szczególnie dla podmiotów wykonujących trudniejsze badania (TK: jama brzuszna, onkologia, wieloobszarowe, miednica, angio, serce; MR: onkologia, ortopedia) 2. Krótsze czasy mogą dotyczyć tylko ośrodków AOS typowo "neurologicznych" wykonujących większość badań głowy i kręgosłupa 3. Dążenie do zmniejszenia czasu badania, to prosta namowa do obniżenia jakości obsługi pacjenta, do wykonywania badań TK dla niepełnego obszaru lub do niestarannego ułożenia pacjenta na stole, a dla badań MR do zmniejszenia ilości sekwencji - w konsekwencji do obniżenia jakości badań! 4. Biorąc pod uwagę, że na badania kierowane są coraz starsze osoby, konieczność nie tylko technicznego wykonania badania, ale również wytłumaczenia procedury, starannego ułożenia, uspokojenia, itp., wnioskujemy o przyjęcie średnich czasów badania dla TK na 25 min., a dla MR na 40 min.
		Raport oceniający stawki godzinowe radiologów za wykonanie opisu badania	1. Rynek (lekarze radiolodzy i firmy teleradiologiczne) ukształtowały stawki od opisu jednego obszaru danego badania, a nie stawki godzinowe. 2. Dla badań wieloobszarowych stawki wynikają z prostego mnożenia ilości obszarów 3. Stawki TK za opis jednego prostego obszaru (głowa, odcinek kręgosłupa) wynoszą 100-150 zł, dla jamy brzusznej 110-200 zł, dla serca 200-300 zł. W teleradiologii stawki są jeszcze wyższe. Radiolog, zależnie od doświadczenia, opisuje 2-5 badań/godzinę, zatem stawka godzinowa wynosi 300-600 zł/godz. 4. Stawki MR są 10-20% wyższe. 5. Popyt na wykonanie opisów przewyższa podaż radiologów, w ciągu roku stawki za opisy wzrosły o 15-25% 6. Wnioskuje się o urealnienie stawek za opisy
		Koszty personelu medycznego, energii elektrycznej, ciepła - INFLACJA	1. Odniesienie do wskaźnika wzrostu cen usług ogółem lub do wzrostu minimalnego wynagrodzenia wydaje się niewłaściwym założeniem. Sektor medyczny, zwłaszcza lekarze i pielęgniarki są personelem wysokospecjalistycznym i coroczny wzrost wynagrodzeń jest znacząco wyższy - wynosi 10-25%. 2. Wzrost kosztów energii dla niepublicznych podmiotów jest prognozowany na wyższym poziomie

		Amortyzacja i koszty finansowe	1. Podmioty publiczne, co uwypuklono w raporcie, finansowały zakupy systemów TK i MR ze środków unijnych. Podmioty niepubliczne, pomimo że realizowały zadania publiczne (kontrakty NFZ) w praktyce finansowały zakup aparatury z kredytu lub częściowo środków własnych. Przykładowo w opiniującym podmiocie udział kosztów na amortyzację sprzętu oraz na pozyskanie w bankach środków finansowych wyniósł 27% wszystkich kosztów. 2. W raporcie nie podano systematyki obliczenia kosztów w tym zakresie dla podmiotów niepublicznych oraz publicznych, a są one zupełnie różne. Wydaje się jednak, że raport traktuje podmioty niepubliczne w sposób dyskryminujący, wręcz grożący załamaniem się rynku prywatnego - dla AOS oznaczałoby to równoczesne załamanie się usług TK i MR
80.	Robert Zawadzki Dyrektor Działu Zarządzania Kontraktami z NFZ Pełnomocnik Zarządu LUX MED		Należy podkreślić, że oceniany projekt nowych taryf może mieć bardzo poważne skutki dla Systemu Ochrony Zdrowia. Jego wnikliwa analiza musiała być przeprowadzona w bardzo ograniczonym czasie z uwagi na ustawowy termin 7 dni na zgłaszanie uwag do projektu. W naszej ocenie Raport DAiR.543.3.2025 należy ocenić negatywnie z następujących powodów: 1. Raport przygotowano w dużym pośpiechu co skutkuje wieloma błędami. 2. Przed jego opracowaniem Agencja nie pozyskała prawidłowych i rzetelnych danych kosztowych od podmiotów realizujących przedmiotowe świadczenia. 3. Zgodnie z treścią pkt. 3.1 Agencja wykorzystała szczątkowe dane historyczne z drastycznie małej liczby podmiotów przekazujących ogólne dane w związku z innymi procesami taryfikacyjnymi (57 w przypadku TK oraz 32 w przypadku MR) - pozyskane zbiorczo w 2024 r. 4. Dane o wynagrodzeniach pozyskiwane przez Agencję w związku z procesem wyceny skutków ustawy o minimalnych wynagrodzeniach w ochronie zdrowia nie mogą zostać uznane za kompleksowe i rzetelne ponieważ dotyczą głównie personelu zatrudnionego na podstawie umowy o pracę. 5. Z danych dostępnych w Informatorze o umowach zawartych przez NFZ (https://www.nfz.gov.pl/o-nfz/informator-o-zawartych-umowach/) nie wynika fakt średniej ceny za punkt rozliczeniowy świadczeń TK i MR na poziomie 1,52 zł. W naszej opinii wycena jednostki rozliczeniowej przyjęta w Raporcie jest zawyżona co negatywnie przekłada się na skutki wyliczeń AOTMiT - obniżenie taryf. Według naszych szacunków średnia cena jest niższa o 3-4 grosze co oznacza błąd na poziomie 2,5-3%. 6. Zawarte w Raporcie analizy cenników komercyjnych w Polsce oparto o wątpliwej jakości dane - wskazane w tabeli załącznika nr 4 dane nie znajdują potwierdzenia w cennikach publikowanych na stronach internetowych podmiotów oferujących komercyjne badania - m.in. Affidea, Helimed, LUX MED, VOXEL i inne. Zaskakujące są wyniki dokonanego przez autorów Raportu uśredniania cen poszczególnych typów badań - poniżej jeden z przykładów, który obrazuje poziom manipulacji danymi:

Kod świadczenia	Nazwa świadczenia	Liczba	Min [zł]	Średnia [zł]	Max [zł]
5.03.00.0000087	Badanie kardiologiczne TK (obejmuje badanie morfologii i czynności mięśnia sercowego - także ze wzmocnieniem kontrastowym	30	300,00	848,83	1 620,00

Nie sposób uwierzyć, że analitycy AOTMiT znaleźli ofertę komercyjną realizacji tego bardzo specjalistycznego badania za 300 zł - nawet jeśli jakiś podmiot omyłkowo wskazał taką cenę to rzetelne podejście nakazuje eliminację takich „artefaktów" jako niewiarygodnych i zaburzających analizę. Przyjęcie ceny minimalnej 300 zł miało prawdopodobnie jeden cel - sztuczne zaniżenie średniej ceny na poziome 848 zł, która w rzeczywistości podmiotów wykonujących takie specjalistyczne badania jest nieosiągalna. Realnie badanie takie kosztuje średnio 1500 zł plus koszty podania kontrastu (200-300 zł).

7. Analiza kosztów TK i MR w Niemczech oparta została o nieaktualne dane. Dostępne w internecie informacje z 2025 r. mówią o cenach wyższych o 132% (TK głowy =166,57 Euro co przy kursie 4,27 PLN oznacza koszt 711,25 zł podczas gdy w Raporcie AOTMiT wskazano cenę 306,54 zł. (https://www.praktischarzt.de/untersuchungen/computertomographie/)

Computertomographie Kosten

Die Computertomographie wird nach der Gebiihrenordnung fürÁrzte (GOÁ) abgerechnet. Jede Untersuchung erhalt einen gewissen Punktwert, aus dem sich jeweils die Summę berechnet, die der Arzt in Rechnung stellen kann. Die Angaben für die Computertomographie gelten allein für die technische Untersuchung ohne Beratung.
Ein Kopf-CT kostet demnach 166,57 Euro, für ein CT des Bauchraums werden 151,55 Euro berechnet, ein Thorax-CT kostet 134,06 Euro, für eine Untersuchung des Skeletts führt die GOÁ 110,75 Euro an. Zusatzliche Kosten fallen beispielsweise für die Gabe von Kontrastmitteln und für die die nachtragliche 3D- Rekonstruktion an. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten bei medizinischer Indikation für Kassenpatienten.

Podobne rozbieżności cen odnotowaliśmy także w analizie zbioru danych, które wskazano bezpośrednio w Raporcie

*1 pkt= 0,058 EURO; **wycena oszacowana przy wykorzystaniu współczynnika 2,3;
Źródło: opracowanie własne na podstawie GOÄ-Ziffern 2025 – Abrechnungsstelle.com

https://abrechnungsstelle.com/goae/goae-abschnitt/o/

GOÄ-Ziffer: 5370

GOÄ 5370: Computergesteuerte Tomographie im Kopfbereich – gegebenenfalls einschließlich des kranio-zervikalen Übergangs –

	2.000	› Punktzahl
1,0	116,57 €	› Einfachsatz
1,8	209,83 €	› Regelhöchstsatz
2,5	291,44 €	› Höchstsatz

Ausschlussziffern: GOÄ 5369, GOÄ 5378, GOÄ 5810, GOÄ 5831, GOÄ 5840, GOÄ 5841

W przypadku Rezonansu gruczołu piersiowego mamy rozbieżność:

GOÄ-Ziffer: 5721

GOÄ 5721: Magnetresonanztomographie der Mamma(e)

	4.000	› Punktzahl
1,0	233,15 €	› Einfachsatz
1,8	419,67 €	› Regelhöchstsatz
2,5	582,87 €	› Höchstsatz

Ausschlussziffern: GOÄ 5735

GOÄ – kod i nazwa	Waga [PKT]*	Wycena [PLN]**
34431 - Rezonans magnetyczny (MRT) kobiecego gruczołu piersiowego	2007	1 152,11

419,67 Euro to ok. 1793 zł. Ponadto w Raporcie wskazano istnienie mechanizmu sumowania kosztów skanowania z kosztami podania kontrastu, postprocesingu pozyskanych obrazów (rekonstrukcje) oraz opisu radiologa. Niestety w Raporcie i jego załącznikach autorzy nie pokazali cen tych sumowanych ze sobą składowych co w znaczącym stopniu wpływa na rzetelność analizy.

8. Przedstawiona w pkt. 3.2.3 analiza kosztów zajęcia infrastruktury, do których wliczono także koszty wynagrodzeń personelu medycznego i pomocniczego, są w naszej opinii drastycznie zaniżone i w konsekwencji prowadzą do fałszywych wyników wyceny poszczególnych badań. W Raporcie brak jest informacji o metodyce kalkulacji kosztów działania pracowni TK i MR co uniemożliwia jej analizę i poszukiwanie źródła wynikłych błędów. Za błędne należy uznać także postępowanie autorów Raportu w zakresie szacowania kosztów stałych, które nie były przedmiotem szczegółowych wyliczeń (zapewne z powodu braku danych). Koszty te autorzy ustalili w oparciu o niewiarygodne szacunki i wadliwą metodykę - świadczy o tym poniższy fragment Raportu:

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). 9. W Raporcie w pkt. 3.2.6 poddano analizie m.in. koszty opisu obrazów przez radiologa. W analizie tej zupełnie pominięto merytoryczne uwarunkowania badań wielu okolic, które najczęściej wykonywane są u pacjentów z nowotworami celem oceny stopnia zaawansowania i dynamiki zmian. W trakcie opisu tego typu badań radiolog zobowiązany jest do porównania aktualnie uzyskanych obrazów z poprzednimi badaniami wykonanymi także innymi technikami (TK, MR, PET, SPECT) i sporządzenia oceny wg RECIST 1.1. Jest to czasochłonna i skomplikowana procedura wymagająca m.in. dokonania pomiarów wielkości licznych zmian, dodatkowych rekonstrukcji etc. Niestety w analizie AOTMiT potraktowano te badania jak statystyczny opis TK zatok lub MR kręgosłupa L-S. 10. Brak rzetelności przy opracowaniu Raportu i kontrowersyjne propozycje zmian szczegółowo obrazują poniższe tabele dotyczące TK oraz MR:

typ badania	Obecna taryfa NFZ przy cenie 1,52	Cena komercyjna wg AOTMiT	Realne ceny komercyjne w analizie rynku	efekt projektowanej zmiany taryfy
5.03.00.0000075 MR badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego	489,44 zł		730,00 zł	-18,94%
5.03.00.0000078 MR badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	919,60 zł		1 060,00 zł	7,44%
5.03.00.0000118 MR badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez wzmocnienia kontrastowego	489,44 zł		760,00 zł	-18,94%
5.03.00.0000076 MR badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż kręgosłup bez wzmocnienia kontrastowego	703,76 zł		750-950 zł	-20,52%
5.03.00.0000100 MR badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	828,40 zł		1 150,00 zł	-16,70%
5.03.00.0000120 MR badanie trzech odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	1 165,84 zł		1 470,00 zł	-15,51%
5.03.00.0000102 MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	1 041,20 zł		1 250,00 zł	-22,48%
5.03.00.0000103 MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1 472,88 zł		1480 - 1780 zł	11,25%
5.03.00.0000104 Angiografia ze wzmocnieniem kontrastowym - MR	1 348,24 zł	1 116,00 zł	1 500,00 zł	-5,64%
5.03.00.0000081 Spektroskopia - MR wzmocnieniem kontrastowym	617,12 zł	1 177,00 zł	695 - 2000	8,62%
5.03.00.0000087 Badanie kardiologiczne TK (obejmuje badanie morfologii i czynności mięśnia sercowego - także ze wzmocnieniem kontrastowym	915,04 zł	849,00 zł	1 500,00 zł	10,80%
5.03.00.0000088 TK: angiografia (z wyłączeniem angiografii tt. wieńcowych)	717,44 zł		1 100,00 zł	-12,92%

			Podsumowując ww. argumenty przemawiające za negatywną oceną Raportu należy stwierdzić, że: a) Raport przygotowany jest nierzetelnie i oparty na błędnych danych. b) Proponowane zmiany taryf w większości przypadków są pozbawione merytorycznego uzasadnienia i należy uznać je za próbę ograniczania kosztów ponoszonych przez NFZ w związku pogarszającą się kondycją finansową. c) Ewentualne wprowadzenie projektowanych zmian wywoła negatywne skutki dla całego Systemu Ochrony Zdrowia i z pewnością odbije się na pacjentach, którym pogorszy się dostęp do nowoczesnej diagnostyki obrazowej w warunkach ambulatoryjnych, której w Polsce wykonujemy znacznie mniej niż średnia w Unii Europejskiej. d) Wątpliwym w naszej opinii jest wskazanie przez autorów Raportu jakoby większość wyliczeń i analiz oparto o opinie i materiały przygotowane przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej. W związku z powyższym składamy wniosek o zaniechanie projektowanych zmian i przystąpienie do procesu taryfikacyjnego opartego o aktualne i rzetelne dane oraz prowadzonego wspólnie z przedstawicielami nadzoru specjalistycznego oraz podmiotów leczniczych posiadających duże kompetencje w zakresie diagnostyki obrazowej. Z uwagi na potencjalnie ogromną skalę negatywnych skutków projektowanych zmian naszą krytyczną opinię przekażemy wspólnie z przedstawicielami innych podmiotów i organizacji do wiadomości Pani Minister Zdrowia Jolanty Sobierańskiej-Grendy, która na podstawie Art. 11 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych posiada kompetencje odmowy zatwierdzenia Obwieszczeń taryfikacyjnych Prezesa AOTMiT.