



Warszawa, 13 kwietnia 2026 r.

wg. rozdzielnika

Szanowna Pani/Szanowny Panie,

Działając na podstawie art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 9 maja 1996 r. o wykonywaniu mandatu posła i senatora (t.j. Dz.U. 2022 poz. 1339), zwracam się z interwencją poselską w sprawie ochrony radiologicznej pacjentów w kierowanej przez Panią/Pana placówce.

Powodem niniejszej interwencji jest komunikat Ministerstwa Zdrowia z dnia 11 kwietnia 2026 r., w którym wskazano, że system diagnostyki obrazowej w Polsce osiągnął punkt, w którym dalszy wzrost liczby badań bez równoległego wdrożenia mechanizmów jakościowych, organizacyjnych i cyfrowych generuje ryzyko dla bezpieczeństwa pacjentów i systemu. Ministerstwo zapowiedziało wdrożenie w ciągu 18 miesięcy reform obejmujących m.in. standaryzację wskazań klinicznych, cyfryzację procesu kierowania na badania, monitorowanie dawek i jakości oraz audyt praktyki klinicznej.

Jednocześnie zarządzenie nr 34/2026/DSOZ Prezesa NFZ z 31 marca 2026 r. wprowadziło od 1 kwietnia 2026 r. współczynniki obniżające finansowanie nadwykonań w diagnostyce kosztochłonnej (0,5 dla TK i MR, 0,6 dla endoskopii), co — w połączeniu z komunikatem MZ o nadmiarowości badań — rodzi uzasadnione obawy o dostępność diagnostyki obrazowej dla pacjentów.

W związku z powyższym, zwracam się o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania. W przypadku pytań, które nie dotyczą profilu działalności Państwa placówki, proszę o wpisanie „nie dotyczy”.

I. Model organizacyjny diagnostyki obrazowej

1. Które rodzaje badań radiologicznych szpital wykonuje samodzielnie, przy użyciu własnego sprzętu i personelu, a które zleca podmiotom zewnętrznym (podwykonawcom)? Proszę o zestawienie w formie tabeli: rodzaj badania — realizacja własna / podwykonawca / model mieszany.
2. Jaką infrastrukturę diagnostyki obrazowej posiada szpital? Proszę o informacje dotyczące: liczby i rodzaju pracowni radiologicznych, ich lokalizacji w strukturze szpitala, roku uruchomienia poszczególnych pracowni, liczby stanowisk opisowych i stacji lekarskich.
3. Jaki system archiwizacji obrazów (PACS) i system informatyczny radiologiczny (RIS) stosuje szpital? Proszę o podanie producenta, wersji, roku wdrożenia oraz informacji o integracji RIS z szpitalnym systemem informacyjnym (HIS).
4. Ilu lekarzy radiologów (specjalistów radiologii i diagnostyki obrazowej) zatrudnia szpital — na umowę o pracę oraz na umowy cywilnoprawne? Ilu techników elektroradiologii? Czy obsada kadrowa jest wystarczająca do zapewnienia ciągłości pracy pracowni, w tym dyżurów



nocnych i świątecznych? Proszę o kopie zanonimizowanych kontraktów zawierających dane o stawkach.

5. Czy szpital korzysta z teleradiologii (zdalnego opisywania badań)? Jeśli tak — z jakim podmiotem, jaki procent badań jest opisywany zdalnie, jaki jest średni czas oczekiwania na opis w trybie pilnym i planowym?

6. Proszę o wskazanie wszystkich podmiotów zewnętrznych, którym szpital zleca wykonywanie badań radiologicznych. Dla każdego podwykonawcy proszę o podanie: pełnej nazwy i NIP, zakresu zlecanych badań, formy prawnej współpracy, daty zawarcia i okresu obowiązywania umowy, trybu wyboru podwykonawcy (przetarg, konkurs ofert, zamówienie z wolnej ręki, inna podstawa).

7. Jakie są warunki finansowe umów z podwykonawcami diagnostyki obrazowej? Proszę o podanie: cen jednostkowych za poszczególne rodzaje badań, łącznej rocznej wartości umów za ostatnie 3 lata, informacji czy wynagrodzenie jest ryczałtowe czy uzależnione od liczby badań.

8. Na czym sprzęcie realizowane są badania zlecane podwykonawcy — szpitala czy podwykonawcy? Kto ponosi koszty serwisowania, testów specjalistycznych i modernizacji sprzętu? Kto jest właścicielem danych obrazowych (DICOM) generowanych podczas badań?

9. Kto ponosi odpowiedzialność za ochronę radiologiczną pacjenta w przypadku badań realizowanych przez podwykonawcę — szpital kierujący czy podwykonawca? Kto przeprowadza audyty kliniczne wewnętrzne dla tych badań? Kto raportuje dane do KCOR i CRDEM? Czy umowa z podwykonawcą zawiera klauzule dotyczące standardów ochrony radiologicznej?

10. Czy szpital przeprowadził analizę ekonomiczną porównującą koszty realizacji diagnostyki obrazowej we własnym zakresie z kosztami podwykonawstwa? Kiedy przeprowadzono ostatnią taką analizę i jakie były jej wyniki? Jeśli nie przeprowadzono — dlaczego?

11. Czy szpital posiada plan rozwoju diagnostyki obrazowej na najbliższe 3–5 lat? Czy plan ten uwzględnia: wiek eksploatowanej aparatury radiologicznej (w szczególności urządzeń powyżej 10 lat) jako przesłankę wymiany lub modernizacji, ewentualną zmianę modelu realizacji (własny/podwykonawstwo), wymogi automatyzacji gromadzenia danych dozymetrycznych, integrację z CRDEM oraz dostępność kadry radiologicznej na lokalnym rynku pracy?

II. Struktura organizacyjna i dokumentacja

12. Czy w szpitalu wyznaczono inspektora ochrony radiologicznej (IOR)? Proszę o podanie imienia i nazwiska, kwalifikacji oraz zakresu uprawnień IOR (typ IOR-1, IOR-2, IOR-3, IOR-1R).

13. Czy szpital posiada aktualne zezwolenie na wykonywanie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące, wydane przez właściwego państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego? Proszę o kopię zezwolenia ze wskazaniem daty wydania i terminu ważności.





14. Czy w szpitalu opracowano i wdrożono szczegółowe medyczne procedury radiologiczne dla każdego rodzaju wykonywanego badania?

15. Czy procedury szczegółowe są opracowane z uwzględnieniem wzorcowych medycznych procedur radiologicznych? W jaki sposób szpital monitoruje ich aktualność?

16. Czy opracowano i wdrożono program zapewnienia jakości obejmujący kontrolę jakości urządzeń radiologicznych? Kto odpowiada za realizację tego programu?

17. Czy szpital posiada wewnętrzny System Zarządzania Jakością (SZJ) w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta? Jeśli tak, proszę o przedstawienie dokumentu opisującego ten system.

III. Sprzęt radiologiczny — inwentaryzacja, interoperacyjność, zdolność dozymetryczna

18. Proszę o przedstawienie pełnej inwentaryzacji sprzętu radiologicznego eksploatowanego w szpitalu, obejmującej dla każdego urządzenia: typ (RTG, CT, mammograf, fluoroskopia, radiologia zabiegowa, aparat przenośny, CBCT, densytometr), producenta, dokładną nazwę modelu, rok produkcji, rok instalacji w szpitalu, datę ostatniego testu specjalistycznego, datę ostatniego przeglądu serwisowego, wersję oprogramowania (firmware). Proszę o informację, które urządzenia zostały zgłoszone do NFZ.

19. Czy dla wszystkich urządzeń radiologicznych wykonywane są testy specjalistyczne? Proszę o zestawienie wyników testów za ostatnie 3 lata.

20. Kto wykonuje testy specjalistyczne — akredytowane laboratorium, fizyk medyczny, czy inny podmiot? Proszę o podanie nazwy podmiotu.

21. Czy aparatura radiologiczna posiada wbudowane funkcje automatycznej kontroli ekspozycji (AEC) i modulacji dawki (np. automatyczna modulacja prądu lampy w CT)? Czy te funkcje są rutynowo wykorzystywane przez personel?

22. Czy poszczególne urządzenia radiologiczne generują strukturalne raporty dozymetryczne (DICOM Radiation Dose Structured Report — RDSR) automatycznie po każdym badaniu? Dla każdego urządzenia proszę o informację: czy generuje RDSR, a jeśli nie — w jaki sposób dane o dawce są rejestrowane (ręcznie, w nagłówku DICOM, w protokole papierowym, czy nie są rejestrowane wcale) i czy producent oferuje aktualizację oprogramowania umożliwiającą obsługę RDSR.

23. Czy urządzenia radiologiczne posiadają interfejsy programistyczne (API) lub mechanizmy integracyjne (DICOM Modality Worklist, DICOM MPPS, HL7 FHIR) umożliwiające automatyczne przekazywanie danych o dawce do systemów informatycznych szpitala (RIS, PACS, HIS)?

24. Czy dane o dawce promieniowania (DAP, CTDIvol, DLP, czas fluoroskopii) są automatycznie przypisywane do konkretnego badania i pacjenta w systemie RIS/PACS — bez ręcznego przepisywania?



25. Czy istnieje możliwość wygenerowania z systemu informatycznego szpitala zestawienia skumulowanych dawek promieniowania dla konkretnego pacjenta na podstawie jego numeru PESEL lub identyfikatora szpitalnego?

26. Czy szpital posiada i stosuje oprogramowanie do zarządzania dawkami (dose management software), umożliwiające śledzenie skumulowanych dawek pacjentów i generowanie raportów?

27. Czy szpital posiada system alertów dawkowych (dose alerts), które ostrzegają operatora o przekroczeniu ustalonych progów dawki w aparatach CT i urządzeniach do radiologii zabiegowej?

28. Czy szpital dysponuje lub planuje wdrożenie mechanizmu automatycznego porównywania dawek z diagnostycznymi poziomami referencyjnymi (DRL) w czasie rzeczywistym — systemu, który po każdym badaniu sprawdza, czy dawka mieści się w granicach DRL i generuje alert w przypadku przekroczenia?

29. Czy w związku z realizowanymi badaniami radiologicznymi szpital raportuje zdarzenia medyczne do systemu P1 (Platformy P1 prowadzonej przez Centrum e-Zdrowia)? Jeśli tak — jakie dane są przekazywane, w jakim formacie i z jaką częstotliwością? Jeśli nie — dlaczego?

IV. Zasada uzasadnienia ekspozycji medycznej

30. W jaki sposób szpital realizuje zasadę uzasadnienia ekspozycji medycznej, tj. zapewnia, że każde badanie z użyciem promieniowania jonizującego jest medycznie uzasadnione?

31. Czy istnieje procedura weryfikacji, czy lekarz kierujący na badanie dokonał indywidualnej oceny uzasadnienia dla konkretnego pacjenta, z uwzględnieniem informacji o wcześniejszych ekspozycjach?

32. Czy szpital prowadzi statystykę odrzuconych skierowań na badania radiologiczne z powodu braku uzasadnienia medycznego? Jaki procent skierowań jest odrzucany?

33. W jaki sposób szpital realizuje obowiązek uwzględniania alternatywnych metod diagnostycznych przy kierowaniu na badania z promieniowaniem? Czy istnieją wytyczne kliniczne (clinical decision support) lub algorytmy wspierające lekarzy kierujących?

34. W jaki sposób szpital zapobiega nieuzasadnionemu powtarzaniu badań wykonanych już w innej placówce? Czy istnieje procedura weryfikacji wcześniejszych badań obrazowych pacjenta (np. poprzez systemy PACS, e-Zdrowie, IHE)?

V. Zasada optymalizacji (ALARA)

35. W jaki sposób szpital realizuje zasadę optymalizacji (ALARA)?

36. Czy w szpitalu ustanowiono diagnostyczne poziomy referencyjne (DRL) dla poszczególnych typów badań? Proszę o ich przedstawienie i porównanie z krajowymi DRL.



37. W jaki sposób szpital monitoruje dawki promieniowania otrzymywane przez pacjentów? Czy prowadzone jest systematyczne zbieranie i analiza danych dozymetrycznych (DAP, CTDIvol, DLP)?

38. Co dzieje się w przypadku przekroczenia diagnostycznego poziomu referencyjnego? Czy istnieje procedura analizy przyczyn przekroczenia i wdrażania działań korygujących?

39. Czy szpital monitoruje dawki skumulowane u pacjentów poddawanych wielokrotnym badaniom obrazowym (np. pacjenci onkologiczni, urazowi, kardiologiczni)? Jaki mechanizm zapobiega nadmiernej ekspozycji?

VI. Ochrona szczególnych grup pacjentów

40. Jakie dodatkowe środki ochrony radiologicznej stosuje szpital wobec osób poniżej 16. roku życia? Czy protokoły badań diagnostycznych (w szczególności CT) są dostosowane do parametrów pediatrycznych?

41. Czy istnieją odrębne diagnostyczne poziomy referencyjne lub protokoły badań dla pacjentów pediatrycznych w tomografii komputerowej?

42. Jakie procedury stosuje szpital w przypadku badań radiologicznych kobiet w ciąży lub potencjalnie ciężarnych? Czy istnieje procedura weryfikacji stanu ciąży przed badaniem?

43. Czy jednostka ochrony zdrowia udostępnia w pomieszczeniach, w miejscach publicznie dostępnych, informacje o szczególnej ochronie kobiet w ciąży poddawanych ekspozycjom medycznym?

44. Czy pacjenci otrzymują informację o dawce promieniowania otrzymanej podczas badania? Czy istnieje procedura informowania pacjenta o ryzyku związanym z ekspozycją?

VII. Personel — kwalifikacje i szkolenia

45. Czy cały personel wykonujący lub nadzorujący medyczne procedury radiologiczne posiada ważny certyfikat z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta? Proszę o zestawienie personelu z datami ważności certyfikatów.

46. W jaki sposób szpital zapewnia szkolenia z zakresu ochrony radiologicznej dla personelu medycznego (lekarzy kierujących, lekarzy wykonujących, techników elektroradiologii, fizyków medycznych)? Ile godzin szkoleń odbyło się w ciągu ostatnich 3 lat?

47. Czy szpital zatrudnia fizyka medycznego posiadającego specjalizację w dziedzinie fizyki medycznej? Jaki jest zakres jego obowiązków w kontekście ochrony radiologicznej pacjenta?

48. Czy lekarze kierujący na badania radiologiczne (np. interniści, chirurdzy, ortopedzi) przeszli szkolenie w zakresie uzasadniania ekspozycji medycznej i są świadomi alternatyw dla badań z promieniowaniem jonizującym?





VIII. Audyty kliniczne

49. Czy szpital przeprowadza audyty kliniczne wewnętrzne nie rzadziej niż raz w roku? Proszę o udostępnienie raportów z audytów za ostatnie 3 lata.

50. Kto przeprowadza audyty kliniczne wewnętrzne? Czy osoby te posiadają kwalifikacje odpowiednie do zakresu udzielanych świadczeń?

51. Czy raporty z audytów klinicznych wewnętrznych są sporządzane w terminie 14 dni od zakończenia audytu?

52. Czy kopie raportów z audytów są niezwłocznie przekazywane właściwej komisji procedur i audytów?

53. Czy szpital był poddany audytowi klinicznemu zewnętrznemu? Jeśli tak, proszę o udostępnienie wyników i informacji o wdrożonych zaleceniach.

54. Czy kierownik jednostki niezwłocznie usunął wszelkie nieprawidłowości stwierdzone w trakcie audytów klinicznych oraz wprowadził zalecenia? Proszę o zestawienie zaleceń i sposobu ich realizacji za ostatnie 3 lata.

IX. Ekspozycje niezamierzone i narażenia przypadkowe

55. Czy w szpitalu wystąpiły w ciągu ostatnich 5 lat ekspozycje niezamierzone lub narażenia przypadkowe? Ile takich zdarzeń miało miejsce i do jakich kategorii je zakwalifikowano?

56. Czy szpital posiada procedurę zgłaszania ekspozycji niezamierzonych i narażeń przypadkowych do Centralnego Rejestru ENiNP prowadzonego przez KCOR?

57. Czy w przypadku ekspozycji niezamierzonych istotnych z punktu widzenia ochrony radiologicznej konsultant krajowy wnioskował o powołanie przez ministra zdrowia komisji do zbadania okoliczności? Jakie były wyniki prac komisji?

58. Jakie działania korygujące i zapobiegawcze wdrożono po ewentualnych ekspozycjach niezamierzonych?

59. Czy w szpitalu odbyła się w ciągu ostatnich 3 lat analiza ryzyka (risk assessment) dotycząca ochrony radiologicznej pacjenta, obejmująca identyfikację potencjalnych źródeł ekspozycji niezamierzonej?

X. Kontrole zewnętrzne

60. Czy w ciągu ostatnich 5 lat szpital był kontrolowany przez właściwego państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego w zakresie ochrony radiologicznej? Proszę o udostępnienie protokołów kontroli i informację o stwierdzonych nieprawidłowościach.

61. Czy w ciągu ostatnich 5 lat szpital był kontrolowany przez Państwową Agencję Atomistyki (PAA)? Proszę o udostępnienie wyników kontroli.

62. Jakie zalecenia pokontrolne wydały organy nadzoru (PWIS, PAA) i czy zostały one w pełni zrealizowane? Proszę o zestawienie zaleceń i statusu ich realizacji.



XI. Ochrona osłonowa i infrastruktura

63. Czy pomieszczenia, w których eksploatowane są urządzenia radiologiczne, spełniają wymagania dotyczące osłon radiologicznych?

64. Czy szpital zapewnia środki ochrony indywidualnej (fartuch ołowiowy, osłona na tarczycę, osłony gonadalne, okulary ochronne) dla pacjentów podczas badań radiologicznych? W jaki sposób kontrolowany jest stan techniczny tych środków?

65. Czy szpital posiada projekt osłon radiologicznych dla każdego pomieszczenia z urządzeniami radiologicznymi, zatwierdzony przez inspektora ochrony radiologicznej?

XII. Wpływ zarządzenia nr 34/2026/DSOZ Prezesa NFZ na dostępność diagnostyki obrazowej

66. Jaka jest wartość kontraktu szpitala z NFZ na diagnostykę obrazową (TK, MR) na rok 2026? Jaka była wartość faktycznie wykonanych świadczeń w tej kategorii w latach 2024 i 2025? Jaki procent stanowiły nadwykonania?

67. Czy w związku z wejściem w życie zarządzenia nr 34/2026/DSOZ szpital podjął lub planuje podjąć decyzję o ograniczeniu liczby wykonywanych badań TK lub MR ponad limit kontraktowy? Czy pacjenci są lub będą przekładani na późniejsze terminy z powodu wyczerpania limitu?

68. Czy szpital wdrożył lub planuje wdrożyć procedury priorytetyzacji badań diagnostycznych w sytuacji ograniczeń wynikających z nowego modelu finansowania — tak aby ewentualne ograniczenia dotyczyły w pierwszej kolejności badań, które w ocenie Ministerstwa Zdrowia i NFZ są wykonywane nadmiarowo, a nie badań pilnych lub uzasadnionych stanem zdrowia pacjenta?

69. Czy zmiana modelu finansowania nadwykonań wpłynęła lub wpłynie na warunki umów z podwykonawcami diagnostyki obrazowej? Czy szpital renegocjuje stawki z podwykonawcami w związku z obniżeniem współczynnika finansowania nadwykonań?

70. Czy szpital przeprowadził analizę struktury wykonywanych badań TK i MR pod kątem identyfikacji badań potencjalnie nadmiarowych (np. powtarzanych bez uzasadnienia, zleczanych bez rozważenia alternatyw diagnostycznych)? Jeśli tak — jakie były wyniki i jakie wnioski wyciągnięto?

W związku z wątpliwościami, które część podmiotów kierowała w związku z zakresem podmiotowym obowiązywania art. 20 ustawy o wykonywaniu mandatu posła i senatora, uprzejmie informuję, że zgodnie z ugruntowaną linią prezentowaną przez Kancelarię Sejmu podmioty realizujące świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych są zobowiązane do udzielenia odpowiedzi bez względu na formę prawną w której prowadzą działalność.





Janusz Cieszyński
Poseł na Sejm RP

Proszę o przesłanie odpowiedzi wyłącznie w postaci elektronicznej na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-41943-94783-TETVW-20.

Z wyrazami szacunku

Janusz Cieszyński

/-----dokument podpisany elektronicznie-----/



Biuro poselskie Janusza Cieszyńskiego
Słowackiego 10, lok. 4UA, 19-300 Ełk



Kontakt:
janusz.cieszynski@sejm.pl



facebook.com/Cieszy
twitter.com/jciesz



Podpisano przez/ Signed by:
JANUSZ
CIESZYŃSKI
Data/ Date: 13.04.2026 15:05
mSzofir

RIS