**Załącznik nr 2 do SWKO**

**SPECYFIKACJA ŚWIADCZEŃ W POSTĘPOWANIU O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W TRYBIE KONKURSU OFERT W SPZOZ MSWiA**

**IM. PROF. L. BIERKOWSKIEGO W POZNANIU:**

**WYKONYWANIE USŁUG TELERADIOLOGICZNYCH W ROZUMIENIU 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 (DZ.U. Z 2019 R. POZ. 834) NA RZECZ PACJENTÓW SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W POZNANIU IM. PROF. LUDWIKA BIERKOWSKIEGO**

1. Usługa teleradiologiczna jest wykonywana przez lekarza, który:
   1. posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie rentgenodiagnostyki, radiologii lub radiodiagnostyki lub specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie rentgenodiagnostyki, radiologii, radiodiagnostyki lub radiologii i diagnostyki obrazowej – w przypadku badań radiograficznych,
   2. posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie rentgenodiagnostyki, radiologii, radiodiagnostyki lub radiologii i diagnostyki obrazowej – w przypadku badań tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego oraz cyfrowej angiografii subtrakcyjnej;
2. Wykonanie usługi teleradiologicznej wymaga spełnienia następujących warunków:
   1. stosowania środków techniczno-organizacyjnych służących zapewnieniu bezpiecznej transmisji dokumentów elektronicznych w postaci graficznej (obraz radiologiczny) i tekstowej (zlecenie wykonania usługi teleradiologicznej, ocena i opis obrazu radiologicznego) w sposób zapewniający ich ochronę przed nieuprawnionym wykorzystaniem,
   2. zapewnienia wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, w tym stanowiska opisowego, oraz warunków dotyczących opisu i przeglądu obrazów radiologicznych rejestrowanych w postaci elektronicznej, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 33c ust. 9 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe,
   3. zapewnienia łączy oraz wyposażenia elektronicznego umożliwiającego odpowiednią szybkość i jakość transmisji danych (obrazu i dźwięku),
   4. zachowania kompresji bezstratnej danych obrazowych.
3. Udzielający zamówienia wymaga pisemnego udokumentowania przynajmniej 1- rocznego doświadczenia w dziedzinie wykonywania usług teleradiologicznych.
4. Przyjmujący zamówienie prowadzi stałą wewnętrzną i zewnętrzną kontrolę jakości wykonywanych opisów badań potwierdzoną certyfikatami/oświadczeniem przedłożonymi przez Przyjmującego zamówienie.
5. Udzielający zamówienia nie poniesie żadnych dodatkowych kosztów związanych integracją oprogramowania wykorzystywanego przez Przyjmującego zamówienie z systemem PACS Udzielającego zamówienia, w szczególności opłat instalacyjnych, opłat abonentowych oraz kosztów przeszkolenia personelu Udzielającego zamówienia. Ponadto Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do organizacji szkoleń dla personelu Udzielającego zamówienie w trakcie trwania Umowy na każdy wniosek Udzielającego zamówienia np. po zatrudnieniu nowych pracowników przez Udzielającego zamówienie.
6. Udzielający zamówienia dostarczy skierowania, obrazy radiologiczne a także obrazy do porównań i wyniki badań (o ile pacjent dostarczy) do przeprowadzenia opisu badania drogą elektroniczną (co zapewni integracja oprogramowania Udzielającego zamówienia z oprogramowaniem Przyjmującego zamówienie);
7. Ocena i opis obrazu radiologicznego w ramach teleradiologii zawiera:

1) dane pacjenta:

a) imię (imiona) i nazwisko,

b) adres miejsca zamieszkania,

c) datę urodzenia,

d) numer PESEL, a w przypadku osób, którym nie nadano numeru PESEL – serię i numer paszportu albo innego dokumentu stwierdzającego tożsamość albo niepowtarzalny identyfikator nadany przez państwo członkowskie Unii Europejskiej dla celów transgranicznej identyfikacji, o którym mowa w rozporządzeniu wykonawczym Komisji (UE) 2015/1501;

2) informacje dotyczące:

a) rodzaju badania radiologicznego,

b) użytej metody obrazowania, zastosowanych parametrów fizycznych oraz ilości i rodzaju zastosowanego środka kontrastującego oraz drogi jego podania,

c) zakresu zobrazowanych struktur anatomicznych;

3) datę wystawienia zlecenia na usługę teleradiologiczną;

4) datę wykonania usługi teleradiologicznej;

5) nazwę i adres podmiotu świadczącego;

6) identyfikator podmiotu świadczącego – I część jego kodu resortowego z systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, a w przypadku gdy podmiotem świadczącym jest podmiot działający na podstawie wpisu do rejestru prowadzonego przez okręgową radę lekarską lub Wojskową Radę Lekarską, identyfikatorem jest numer wpisu tego podmiotu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wraz z kodem właściwej izby, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;

7) oznaczenie lekarza, o którym mowa w § 4 pkt 2:

a) imię (imiona) i nazwisko,

b) informację o uzyskanych specjalizacjach,

c) numer prawa wykonywania zawodu,

d) kwalifikowany podpis elektroniczny albo podpis zaufany;

8) nazwę i adres podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w którym wykonano badanie radiologiczne, oraz datę wykonania tego badania;

9) omówienie obrazu radiologicznego obejmujące stwierdzone nieprawidłowości, ich rozmiar i umiejscowienie oraz wskazanie elementów lub procesów utrudniających interpretację obrazu radiologicznego; w przypadku odmowy wykonania opisu obrazu radiologicznego informację, że obraz nie jest wystarczający do oceny;

10) zalecenia dotyczące dalszego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.

1. Udzielający zamówienia oczekuje podania ceny ryczałtowej brutto sporządzenia opisu badania pojedynczej okolicy anatomicznej zgodnie z regułami sztuki medycznej – przy czym wskazana cena opisu obejmuje określone w pkt. 7 elementy oceny obrazu radiologicznego oraz inne elementy związane z wykonaniem usługi teleradiologicznej. Podana cena jest ceną całkowitą;
2. Udzielający zamówienia oczekuje, że zatwierdzony opis badania dostępny będzie w formie elektronicznej, poprzez dostęp on-line (poprzez dedykowane oprogramowanie lub inny sposób ustalony przez strony);
3. Udzielający zamówienia oczekuje przekazania pisemnej (lub w formacie pdf) instrukcji stanowiska do wysyłania badań i odbierania opisów badań;
4. Udzielający zamówienia oczekuje wskazania oferowanego terminu uzyskania opisu badania w dniach kalendarzowych (dni) lub godzinach (h).
5. Udzielający zamówienia wymaga następujących trybów badań:
   1. Planowy – dotyczący pacjentów ambulatoryjnych (10 dni),
   2. CITO – dotyczy pacjentów hospitalizowanych (24h)
   3. Na ratunek – dotyczy pacjentów w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, w tym pacjentów SOR (1h),
   4. Na ratunek - Głowa trombolitczyna – TK: głowa, angiografia szyjna i mózgowa (0,5h);
6. Udzielający zamówienia oczekuje całkowitego wypełniania niniejszej specyfikacji.
7. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się zapewnić następującą ilość stanowisk do realizacji umowy:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA** | | | | | | | |
| **Lp.** | **Okolica anatomiczna** | | **Tryb badania (priorytet)** | **Przewidywana liczba zleceń w miesiącu** | **Dostępność:**  **Oferowana ilość zleceń w miesiącu (można wpisać „pełna dostępność”)** | **Oczekiwany termin uzyskania opisu badania** | **Dostępność:**  **oferowany termin uzyskania opisu badania** | **Oferowana Cena sporządzenia 1 opisu badania (brutto)** |
|  | * Głowa, * Twarzoczaszka, * Zatoki, * Kręgosłup z podziałem na odcinki (szyjny, piersiowy, ls), * Kości skroniowe, | | **PLANOWY** | 30 |  | 10 dni |  |  |
| **CITO** | 10 |  | 2h |  |  |
| **NA RATUNEK** | 20 |  | 1h |  |  |
| **NA RATUNEK: (Głowa trombolityczna,**  **angiografia szyjna i mózgowa):** | 20 |  | 0,5h |  |  |
|  | * Brzuch, * Klatka piersiowa, * Miednica | | **PLANOWY** | 30 |  | 10 dni |  |  |
| **CITO** | 10 |  | 2h |  |  |
| **NA RATUNEK** | 10 |  | 1h |  |  |
|  | W obrębie kończyny górnej prawnej lub lewej:   * Staw barkowy, * Staw łokciowy, * Staw nadgarstkowy, * Dłoń, * Kość ramienna, * Przedramię, | | **PLANOWY** | 15 |  | 10 dni |  |  |
| **CITO** | 5 |  | 2h |  |  |
| **NA RATUNEK** | - |  | 1h |  |  |
|  | obrębie kończyny dolnej prawnej lub lewej:   * Staw biodrowy, * Staw kolanowy, * Staw skokowy, * Kość udowa, * Podudzie, * Stopa, | | **PLANOWY** | 15 |  | 10 dni |  |  |
| **CITO** | 5 |  | 2h |  |  |
| **NA RATUNEK** | - |  | 1h |  |  |
|  | * Szyja, * ANGIO – wszystkie odcinki anatomiczne w opcji ANGIO, bez rozróżnienia stron na prawą i lewą; | | **PLANOWY** | 20 |  | 10 dni |  |  |
| **CITO** | 5 |  | 2h |  |  |
| **NA RATUNEK** | 10 |  | 1h |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA - ONKOLOGICZNA** | | | | | | |
| **Lp.** | **Okolica anatomiczna** | | **Tryb badania (priorytet)** | **Przewidywana liczba zleceń** | **Dostępność:**  **Oferowana ilość zleceń w miesiącu (można wpisać „pełna dostępność”)** | **Oczekiwany termin uzyskania opisu badania** | **Oferowany termin uzyskania opisu badania** | **Oferowana cena sporządzenia 1 opisu badania (brutto)** |
|  | TK: onkologiczne bez porównania | | **PLANOWY** | 15 |  | 10 dni |  |  |
|  | TK: onkologiczne z porównaniem | | **PLANOWY** | 15 |  | 10 dni |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **REZONANS MAGNETYCZNY** | | | | | | |
| **Lp.** | **Okolica anatomiczna** | | **Tryb badania (priorytet)** | **Przewidywana liczba zleceń** | **Dostępność:**  **Oferowana ilość zleceń w miesiącu (można wpisać „pełna dostępność”)** | **Oczekiwany termin uzyskania opisu badania** | **Oferowany termin uzyskania opisu badania** | **Oferowana cena sporządzenia 1 opisu badania (brutto)** |
|  | * MRI: Głowa * MRI: Kręgosłup * MRI: Jama brzuszna * MRI: Miednica * MRI: Stawy * MRI: Inne | | **PLANOWY** | 90 |  | 10 dni |  |  |
| **CITO** | 5 |  | 2h |  |  |
| **NA RATUNEK** | 5 |  | 1h |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **RTG** | | | | | | |
| **Lp.** | **Okolica anatomiczna** | | **Tryb badania (priorytet)** | **Przewidywana liczba zleceń** | **Dostępność:**  **Oferowana ilość zleceń w miesiącu (można wpisać „pełna dostępność”)** | **Oczekiwany termin uzyskania opisu badania** | **Oferowany termin uzyskania opisu badania** | **Oferowana cena sporządzenia 1 opisu badania (brutto)** |
|  | * RTG: wszystkie odcinki anatomiczne | | **PLANOWY** | - |  | 10 dni |  |  |
| **CITO** | - |  | 2h |  |  |
| **NA RATUNEK** | 10 |  | 1h |  |  |