Załącznik nr 1 do SWKO

RODZAJ BADAŃ, WYCENA PUNKTOWA I SZACUNKOWA LICZBA REALIZACJI PUNKTÓW W ZAKRESIE ŚWIADCZEŃ REZONANSU MAGNETYCZNEGO STANOWIĄCYCH PRZEDMIOT POSTĘPOWANIA

1. Zakres świadczeń.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Kod badania | Nazwa badania | Liczba punktów za badanie |
| 1 | 5.03.00.0000075 | MR - BADANIE GŁOWY BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO | 322,00 |
| 2 | 5.03.00.0000076 | MR - BADANIE JEDNEJ OKOLICY ANATOMICZNEJ INNEJ NIŻ KRĘGOSŁUP BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO | 463,00 |
| 3 | 5.03.00.0000077 | ANGIOGRAFIA MR BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO | 346,00 |
| 4 | 5.03.00.0000078 | MR - BADANIE GŁOWY BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM | 605,00 |
| 5 | 5.03.00.0000079 | MR - BADANIE JEDNEJ OKOLICY ANATOMICZNEJ INNEJ NIŻ ODCINEK KRĘGOSŁUPA BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM | 746,00 |
| 6 | 5.03.00.0000081 | SPEKTROSKOPIA MR | 406,00 |
| 7 | 5.03.00.0000100 | MR - BADANIE DWÓCH ODCINKÓW KRĘGOSŁUPA BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO | 545,00 |
| 8 | 5.03.00.0000101 | MR - BADANIE DWÓCH ODCINKÓW KRĘGOSŁUPA BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM | 828,00 |
| 9 | 5.03.00.0000102 | MR - BADANIE DWÓCH OKOLIC ANATOMICZNYCH INNYCH NIŻ DWA ODCINKI KRĘGOSŁUPA BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO | 685,00 |
| 10 | 5.03.00.0000103 | MR - BADANIE DWÓCH OKOLIC ANATOMICZNYCH INNYCH NIŻ DWA ODCINKI KRĘGOSŁUPA BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM | 969,00 |
| 11 | 5.03.00.0000104 | ANGIOGRAFIA ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM-MR | 887,00 |
| 12 | 5.03.00.0000105 | MR BADANIE BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO I CO NAJMNIEJ DWIE FAZY ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM-MR | 773,00 |
| 13 | 5.03.00.0000106 | MR BADANIE CZYNNOŚCIOWE MÓZGU | 931,00 |
| 14 | 5.03.00.0000118 | MR BADANIE JEDNEGO ODCINKA KRĘGOSŁUPA LUB KANAŁU KRĘGOWEGO BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO | 322,00 |
| 15 | 5.03.00.0000119 | MR BADANIE JEDNEGO ODCINKA KRĘGOSŁUPA LUB KANAŁU KRĘGOWEGO BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM | 605,00 |
| 16 | 5.03.00.0000120 | MR BADANIE TRZECH ODCINKÓW KRĘGOSŁUPA BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO | 767,00 |
| 17 | 5.03.00.0000121 | MR BADANIE TRZECH ODCINKÓW KRĘGOSŁUPA BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM | 1 050,0000 |
| 18 | 5.03.00.0000122 | MR BADANIE TRZECH OKOLIC ANATOMICZNYCH INNYCH NIŻ TRZY ODCINKI KRĘGOSŁUPA BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO | 767,00 |
| 19 | 5.03.00.0000123 | MR BADANIE TRZECH OKOLIC ANATOMICZNYCH INNYCH NIŻ TRZY ODCINKI KRĘGOSŁUPA BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM | 1 050,0000 |
| 20 | 5.03.00.0000124 | MR BADANIE SERCA - CZYNNOŚCIOWE I MORFOLOGICZNE BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO | 786,00 |
| 21 | 5.03.00.0000125 | MR BADANIE SERCA - CZYNNOŚCIOWE I MORFOLOGICZNE BEZ I ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM | 1 073,0000 |
| 22 | 5.03.00.0000126 | MR BADANIE PIERSI | 773,00 |
| 23 | 5.05.00.0000105 | KONSULTACJA W ZAKRESIE KWALIFIKACJI DO WYKONANIA ZNIECZULENIA DO ZABIEGU DIAGNOSTYCZNEGO | 75,00 |
| 24 | 5.05.00.0000107 | ZNIECZULENIE CAŁKOWITE DOŻYLNE - KATEGORIA 2 | 270,00 |

Świadczenia realizowane będą w oparciu o aktualne rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z dnia 6 listopada 2013r.i zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie Rezonans Magnetyczny z dnia 28 czerwca 2019r.

1. **Liczba świadczeń.**

Szacunkowa liczba punktów do wykonania miesięcznie: 170 580 pkt (słownie: sto siedemdziesiąt tysięcy pięćset osiemdziesiąt)

Liczba punktów może ulec zwiększeniu, co wynika z poziomu realizacji świadczeń oraz poziomu i wartości umów zawartych z WOW NFZ w Poznaniu.

Wycena punktowa poszczególnych badań może ulec zmianie, jednak wynika to bezpośrednio ze zmiany wskazanej przez NFZ w zmianie zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie Rezonans Magnetyczny

Załącznik nr 1a do SWKO

Minimalne wymagania dotyczące realizacji świadczeń w zakresie badań rezonansu magnetycznego

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kod ICD-9** | **Nazwa świadczenia gwarantowanego** | **Warunki realizacji świadczeń** |
| 1 | 88.900 | RM głowy bez wzmocnienia kontrastowego | **1. Personel:**  1) lekarz:  a) specjalista w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki, lub rentgenodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej lub  b) specjalista w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki lub radiologii i diagnostyki obrazowej oraz  - lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej, lub  - lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki lub rentgenodiagnostyki;  2) osoba, która:  a) rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia wyższe w zakresie elaktroradiologii obejmujące co najmniej 1700 godzin kształcenia w zakresie elektroradiologii i uzyskała co najmniej tytuł licencjata lub inżyniera,  b) ukończyła studia wyższe na kierunku lub w specjalności elektroradiologia obejmujące co najmniej 1700 godzin w zakresie elektroradiologii i uzyskała tytuł licencjata lub inżyniera,  c) ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy technik elektroradiolog lub technik elektroradiologii lub dyplom potwierdzający kwalifikacje w zawodzie technik elektroradiolog.  **2. Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną:**  1) system MR min. 10 mT/m;  2) oprogramowanie i wyposażenie dostosowane do zakresu klinicznego wykonywanych badań;  3) urządzenie do rejestracji obrazów uzyskanych w trakcie badania. |
| 2 | 88.901 | RM głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym |
| 3 | 88.973 | RM szyi bez wzmocnienia kontrastowego |
| 4 | 88.975 | RM szyi bez i ze wzmocnieniem kontrastowym |
| 5 | 88.923 | RM klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego |
| 6 | 88.924 | RM klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym |
| 7 | 88.971 | RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego |
| 8 | 88.976 | RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym |
| 9 | 88.902 | RM kończyny górnej bez wzmocnienia kontrastowego |
| 10 | 88.903 | RM kończyny górnej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym |
| 11 | 88.904 | RM kończyny dolnej bez wzmocnienia kontrastowego |
| 12 | 88.905 | RM kończyny dolnej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym |
| 13 | 88.931 | RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka szyjnego bez wzmocnienia kontrastowego |
| 14 | 88.936 | RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka szyjnego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym |
| 15 | 88.932 | RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka lędźwiowego (lędźwiowo-krzyżowego) bez wzmocnienia kontrastowego |
| 16 | 88.937 | RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka lędźwiowego (lędźwiowo-krzyżowego) bez i ze wzmocnieniem kontrastowym |
| 17 | 88.933 | RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka piersiowego bez wzmocnienia kontrastowego |
| 18 | 88.938 | RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka piersiowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym |
| 19 | 88.977 | Angiografia bez wzmocnienia kontrastowego - RM | **1. Personel:**  1) lekarz specjalista w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki, lub rentgenodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej lub lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki lub rentgenodiagnostyki pod nadzorem lekarza specjalisty w dziedzinie: radiologii lub radiodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej;  2) osoba, która:  a) rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia wyższe w zakresie elaktroradiologii obejmujące co najmniej 1700 godzin kształcenia w zakresie elektroradiologii i uzyskała co najmniej tytuł licencjata lub inżyniera,  b) ukończyła studia wyższe na kierunku lub w specjalności elektroradiologia obejmujące co najmniej 1700 godzin w zakresie elektroradiologii i uzyskała tytuł licencjata lub inżyniera,  c) ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy technik elektroradiolog lub technik elektroradiologii lub dyplom potwierdzający kwalifikacje w zawodzie technik elektroradiolog.  **2. Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną:**  1) system MR min. 25 mT/m, min. 1.0 T;  2) dwukomorowa strzykawka automatyczna do podania środka kontrastowego;  3) oprogramowanie i wyposażenie dostosowane do zakresu klinicznego wykonywanych badań;  4) urządzenie do rejestracji obrazów uzyskanych w trakcie badania. |
| 20 | 88.978 | Angiografia ze wzmocnieniem kontrastowym - RM |
| 21 | 88.979 | Badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym - RM |
| 22 | 88.925 | RM serca - badanie czynnościowe i morfologiczne bez wzmocnienia kontrastowego | **1. Personel:**  1) lekarz specjalista w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki, lub rentgenodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej lub lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki lub rentgenodiagnostyki pod nadzorem lekarza specjalisty w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej;  2) osoba, która:  a) rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia wyższe w zakresie elaktroradiologii obejmujące co najmniej 1700 godzin kształcenia w zakresie elektroradiologii i uzyskała co najmniej tytuł licencjata lub inżyniera,  b) ukończyła studia wyższe na kierunku lub w specjalności elektroradiologia obejmujące co najmniej 1700 godzin w zakresie elektroradiologii i uzyskała tytuł licencjata lub inżyniera,  c) ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy technik elektroradiolog lub technik elektroradiologii lub dyplom potwierdzający kwalifikacje w zawodzie technik elektroradiolog;  3) fizyk lub fizyk medyczny, lub inżynier medyczny.  **2. Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną:**  1) system MR min 30mT/m, min 100 mT/m/ms, min 1.5T;  2) dwukomorowa strzykawka automatyczna do podania środka kontrastowego;  3) oprogramowanie i wyposażenie dostosowane do zakresu klinicznego wykonywanych badań;  4) urządzenie do rejestracji obrazów uzyskanych w trakcie badania. |
| 23 | 88.926 | RM serca - badanie czynnościowe i morfologiczne bez i ze wzmocnieniem kontrastowym |
| 24 | 88.913 | Badanie czynnościowe mózgu - RM |
| 25 | 88.970 | Spektroskopia - RM |
| 26 | 88.906 | RM piersi | **1. Personel:**  1) lekarz:  a) specjalista w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki, lub rentgenodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej, lub  b) specjalista w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej oraz  c) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej, lub  d) lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki, lub rentgenodiagnostyki;  2) osoba, która:  a) rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia wyższe w zakresie elektroradiologii obejmujące co najmniej 1700 godzin kształcenia w zakresie elektroradiologii i uzyskała co najmniej tytuł licencjata lub inżyniera,  b) ukończyła studia wyższe na kierunku lub w specjalności elektroradiologia obejmujące co najmniej 1700 godzin w zakresie elektroradiologii i uzyskała tytuł licencjata lub inżyniera,  c) rozpoczęła przed dniem 1 września 2019 r. i ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy technik elektroradiolog lub technik elektroradiologii lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie technik elektroradiolog,  d) rozpoczęła po dniu 31 sierpnia 2019 r. i ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną i uzyskała dyplom zawodowy w zawodzie technik elektroradiolog. **2. Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną:**  1) system MR min. 10 mT/m;  2) oprogramowanie i wyposażenie dostosowane do zakresu klinicznego wykonywanych badań;  3) urządzenie do rejestracji obrazów uzyskanych w trakcie badania. |

Załącznik nr 2 do SWKO

**DANE IDENTYFIKUJĄCE OFERENTA**

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZWA OFERENTA** |  |
| **ADRES WRAZ Z KODEM POCZTOWYM** |  |
| **NUMER TELEFONU** |  |
| **NUMER FAXU** |  |
| **ADRES E-MAIL** |  |
| **IMIĘ I NAZWISKO OSOBY LUB OSÓB UPRAWNIONYCH DO REPREZENTOWANIA OFERENTA** |  |
| **REGON** |  |
| **NIP** |  |
| **NR WPISU DO REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ** |  |
| **DATA I NUMER WPISU DO KRS LUB DATA WPISU DO CEIDG** |  |
| **NAZWA BANKU I NUMER KONTA BANKOWEGO OFERENTA** |  |

Załącznik nr 2a do SWKO

**OFERTA CENOWA**

**na**

**BADANIA W RAMACH UMOWY Z NARODOWYM FUNDUSZEM ZDROWIA**

**Ofertę cenową przyjmujący zamówienie określa podając wartość procentową stawki bazowej, która na dzień ogłoszenia zamówienia zostaje określona na wartość: 1,35 zł**

**Oferowana wartość procentowa stawki bazowej wynosi………………………..**

**……………………………………**……..

(data i podpis Oferenta)

Załącznik nr 3 do SWKO

**OŚWIADCZENIA OFERENTA**

Oświadczam, że jako oferent :

1. zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, w zakresie którego składa niniejszą ofertę,
2. zapoznałem się ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert wraz z jego załącznikami i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń,
3. znam warunki i zasady udzielania świadczeń w zakresie badań rezonansu magnetycznego określone przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
4. jestem uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z przedmiotem konkursu, na który jest składana oferta, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (j.t. Dz. U. z 2022. 633 ze zm.) i pozostałych przepisach,
5. posiadam uprawnienia do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymogami ustawowymi.
6. znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zadań objętych konkursem ofert,
7. posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania przedmiotu konkursu, a moje możliwości wykonywania badań rezonansu magnetycznego są w liczbie i rodzaju nie mniejszym niż objętym niniejszym konkursem.
8. dysponuję sprzętem posiadającym niezbędne atesty i certyfikaty dopuszczenia do obrotu i stosowania w placówkach ochrony zdrowia, spełniającym wszystkie wymagania NFZ,
9. dysponuję osobami uprawnionymi do wykonania niniejszego zamówienia, tj.: personelem uprawnionym i zdolnym do realizacji badań zgodnie z właściwymi wymogami prawa oraz standardami NFZ, dotyczącymi osób wykonujących czynności w pracowni rezonansu magnetycznego,
10. oferuję realizację usług przez cały okres wskazany w umowie,
11. nie zachodzi wobec mnie przeszkoda do zawarcia umowy, o której mowa w art. 132 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022.2561 z późn. zm.),
12. przyjmuję do wiadomości i zgadzam się na zmianę zakresu i rodzaju badań w przypadku jeśli zmiana ta będzie wynikała ze zmiany warunków udzielania świadczeń określanych przez NFZ,
13. zobowiązuję się do realizacji badań rezonansu magnetycznego dla pacjentów hospitalizowanych w SPZOZ
14. wszystkie złożone dokumenty w ofercie są zgodne z aktualnym na dzień składania oferty stanem prawnym i faktycznym,
15. wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych do celów związanych z konkursem ofert.

………………………………………..

(data i podpis Oferenta)

**Załącznik nr 4 do SWKO**

**DANE POTWIERDZAJĄCE DOŚWIADCZENIE OFERENTA**

**Wykaz wykonanych usług z zakresu badań rezonansu magnetycznego na rzecz podmiotów leczniczych i/lub NFZ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Udzielający zamówienia**  **(podać nazwę i adres jednostki oraz wskazać, czy jest to podmiot leczniczy)** | **Nazwa i liczba udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej** | **Miejsce wykonywania świadczeń** | **Okres wykonywania badań** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

………………………………………..

(data i podpis Oferenta)

Załącznik nr 5 do SWKO

**WYKAZ PERSONELU**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Imię i nazwisko** | **Numer PWZ** | **Kwalifikacje zawodowe - specjalizacja** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

………………………………………..

(data i podpis Oferenta)

**Załącznik nr 6 do SWKO**

**WYKAZ ZASOBÓW**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **RODZAJ APARATU** | **ROK PRODUKCJI** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

………………………………………..

(data i podpis Oferenta)