Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego ®
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Krakowie
os. Na Skarpie 66, 31-913 Kraków

Kraków, dnia 15.03.2017 r.

ntrala Telefoniczna Szpitala
12 644-01-44

Sekretariat Szpitala
12 644- 08-65

FAX
12 644-47-56

e-mail: zeromski@bci.pl
icelaria@zeromski-szpital.pl

NIP 678-26-80-028
REGON 000630161

www.zeromski-szpital.pl

Pytania i odpowiedzi w sprawie ogłoszonego w dniu 7.03.2017 r., konkursu na świadczenia w zakresie badań patomorfologicznych oraz wykonywania sekcji zwłok.

I dotyczy pkt 3.3.1.SWKO
Obecny zapis:

1.Udzielajacy zamówienia określił warunki dotyczące m.in. formy zlecania badań immunohistochemicznych (IHC): „Badania histopatologiczne IHC oraz cytologiczne metodą cienkoigłową(BAC) wykonywane będą w dni robocze w godz.7:00 – 15:00 na podstawie zlecenia, które zawierać będzie zakres badania określony przez lekarza prowadzącego oraz zostanie zatwierdzone przez Lekarza Kierującego Oddziałem

Proponowany zapis:

„Badania histopatologiczne oraz cytologiczne metodą cienkoigłowa (BAC) wykonywane będą w dni robocze w godz.7: 00 – 15: 00 na podstawie zlecenia, które zawierać będzie zakres badania określony przez lekarza prowadzącego oraz zostanie zatwierdzone przez Lekarza Kierującego Oddziałem.

Odpowiedź:

Tak, wyrażamy zgodę na proponowany zapis.

II dotyczy pkt. 3.3.4 SWKO

Obecny zapis:

2 „Wyniki badań histopatologicznych przesyłane będą drogą elektroniczną (badania z kostek parafinowych max. 10 dni roboczych)……."

Proponowany zapis:
„ Wyniki badań histopatologicznych przesyłane będą droga elektroniczną (badania z kostek parafinowych max. do 10 dni roboczych, a w przypadku wykonania z kostki parafinowej barwień/badań IHC czas wydania wyniku wydłuża się do 15 dni roboczych)(…..)"

Odpowiedź: Zapis pkt 3.3.4. SWKO otrzymuje brzmienie: *„Wyniki badań histopatologicznych przesyłane będą droga elektroniczną - wyniki badań z kostek parafinowych przesyłane będą max. do 10 dni roboczych, a w przypadku wykonania z kostki parafinowej barwień/badań IHC max. do 15 dni roboczych. Do czasu uruchomienia systemu informatycznego lub w razie jego awarii wszelkie wyniki i wykazy muszą być dostarczane Udzielającemu zamówienia w formie papierowej."*

III dotyczy pkt 3.2. SWKO

Wnioskujemy o dodanie do listy badań histopatologicznych pozycji:

1.Badanie cytologiczne płynów z jam ciała

2.Badanie histopatologiczne (cytoblok) płynów z jam ciała

Odpowiedź:

Tak, Udzielający zamówienia dodaje do listy badań histopatologicznych pozycje:

1. Badanie cytologiczne płynów z jam ciała - średnio 20/miesiąc

2.Badanie histopatologiczne (cytoblok) płynów z jam ciała – średnio 20/miesiąc

IV. dotyczy 3.3.10. SWKO

1.Bardzo proszę o przedstawienie szczegółowego opisu wymagań/wytycznych Sekcji Informatycznej przedstawionych w pkt.3.3.10. – przyłączenie sieci komputerowej LAN

Odpowiedź: *Konieczność doprowadzenia przyłącza sieci komputerowej LAN kat 6e do budynku H wraz z zakończeniem punktem dystrybucyjnym (Szafka 6U+ patch panel i urządzeniami aktywnymi zarządzanymi koniecznymi do uruchomienia tego połączenia typu: Switch zarządzany TL-SG3216). Zgodnie z wytycznymi pracowników sekcji informatycznej.*

2 .Proszę o wskazanie osoby odpowiedzialnej za prace dotyczące części informatycznej wskazanej w SWKO (imię, nazwisko, numer telefonu), która z ramienia szpitala będzie odpowiedzialna za ich realizację.

Odpowiedź: *Osobami odpowiedzialnymi za prace części informatycznej z ramienia szpitala będą pracownicy Sekcji Informatycznej:*

Tomasz Kaczmarczyk tel. 12 622 95 65 si@zeromski-szpital.pl

Jakub Madej tel. 12 622 95 65 si@zeromski-szpital.pl

V dotyczy 3.3.6 SWKO

1.Proszę o wskazanie wszystkich systemów informatycznych, których dotyczy przedstawione wymaganie (nazwa systemu, dostawca, lokalizacja)

Odpowiedź: *Obecnie - program badań przesiewowych PBP –MZ.*

2.Jakie dokładnie dane mają być wprowadzone do systemów wykazanych w pkt a w powyżej?

Odpowiedz: *Do systemów wykazanych w pkt a powyżej maja być wprowadzane wyniki badań histopatologicznych*

3.Czy do systemów, których mowa w pkt a powyżej będzie możliwe wprowadzenie danych wymaganych w pkt b powyżej, tzn. czy systemy te posiadają wszystkie pola, do których będzie konieczne wprowadzanie wymaganych danych?

Odpowiedź: *System PBP – MZ posiada pola konieczne do wprowadzania wymaganych danych.*

4.Na jakiej podstawie pracownicy Oferenta będą mogli korzystać z systemów przedstawionych w pkt a powyżej w kontekście dostępu do danych osobowych i danych wrażliwych? Kto wyda formalnie upoważnienie do przetwarzania danych osobowych pacjentów, w systemach, o których mowa w pkt 1?

Odpowiedź:

Udzielający zamówienia dodaje do załącznika nr 3 SWKO (umowa) po §7 - §7[1] który otrzymuje brzmienie:

1. W celu prawidłowego wykonania przez Przyjmującego Zamówienie obowiązków wynikających z Umowy i wyłącznie w zakresie niezbędnym dla wykonania przez niego tych obowiązków, Udzielający Zamówienie powierza Przyjmującemu Zamówienie przetwarzanie danych osobowych, do których dostęp Przyjmujący Zamówienie uzyska w związku z realizacją Umowy.

2. Przyjmujący Zamówienie będzie przetwarzał dane osobowe wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w wskazanych przez niego lokalizacjach. Przyjmujący Zamówienie przedstawi Udzielającemu Zamówienie te lokalizacje w terminie 20 dni od dnia zawarcia Umowy oraz każdorazowo niezwłocznie po zmianie lokalizacji przetwarzania danych.

3. Do przetwarzania danych osobowych mogą być dopuszczeni jedynie przedstawiciele Przyjmującego Zamówienie posiadający imienne upoważnienie do przetwarzania danych osobowych. Upoważnienie wygasa z chwilą ustania współpracy bądź odwołania upoważnienia. Lista osób upoważnionych przez Przyjmującego Zamówienie do przetwarzania danych osobowych stanowi załącznik nr 4 do Umowy. Udzielający Zamówienie umocowuje Przyjmującego Zamówienie do wydawania i odwoływania przedstawicielom Przyjmującego Zamówienie imiennych upoważnień do przetwarzania danych osobowych. Upoważnienia przechowuje Przyjmujący Zamówienie w swojej siedzibie. Przyjmujący Zamówienie prowadzi ewidencję pracowników upoważnionych do przetwarzania danych osobowych w związku z wykonywaniem Umowy.

4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do bezwzględnego zachowania w poufności wszelkich informacji oraz danych osobowych, jak również sposobu ich zabezpieczania, powierzonych mu w trakcie obowiązywania Umowy lub uzyskanych w związku z wykonywaniem czynności objętych niniejszą Umową, także po wygaśnięciu Umowy.

oraz dodaje załącznik nr 4,5, 6 do umowy – o treści **:**

Załącznik nr 4

Wykaz osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych

Lp.	Nr upoważnienia	Imię	Nazwisko	Data nadania uprawnień	Data ustania uprawnień
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

.....
data

.....
podpis osoby sporządzającej

Załącznik nr 5

UPOWAŻNIENIE Nr_

DO PRZETWARZANIA DANYCHOSOBOWYCH

Z dniem[_____] r., na podstawie art. 37 w związku z art. 31 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. 2016 poz. 922), upoważniam[_____] do przetwarzania danych osobowych pacjenta w zbierze danych osobowych Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SPZOZ w Krakowie. Upoważnienie wygasa z chwilą ustania Pana/Pani* stosunku prawnego z[_____]lub z chwilą jego odwołania.

_____

Czytelny podpis osoby upoważnionej do
wydawania i odwoływania upoważnień.

_____

(miejscowość, data)

Oświadczam, że zapoznałem/am się z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych, w tym z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz.U. 2016 poz. 922), a także z obowiązującymi w_____Polityką bezpieczeństwa ochrony danych osobowych oraz Instrukcją zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych i zobowiązuję się do przestrzegania zasad przetwarzania danych osobowych określonych w tych dokumentach.

Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy przetwarzanych danych osobowych, z którymi zapoznałem/am się oraz sposobów ich zabezpieczania, zarówno w okresie trwania umowy jak również po ustania stosunku prawnego łączącego mnie z[__].

Upoważnienie wygasa z chwilą ustania Pana/Pani* stosunku prawnego z[_____]lub z chwilą jego odwołania.

_____

Czytelny podpis osoby składające oświadczenie

Upoważnienie otrzymałem

(miejscowość, data, podpis)

*niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 6

ODWOŁANIE UPOWAŻNIENIA Nr____

DO PRZETWARZANIA DANYCHOSOBOWYCH

Z dniem r., na podstawie art.37 w związku z art. 31 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. 2016 poz. 922), odwołuję upoważnienie Pana/Pani*..... ..... do przetwarzania danych osobowych wydane w dniu.....

_____

Czytelny podpis osoby, upoważnionej do wydawania i odwoływania upoważnień

_____

(miejscowość, data)

epotrzebne skreślić

5.Kto będzie odpowiedzialny za zapewnienie dostępu do systemów przedstawionych w pkt a powyżej, z wymaganym / odpowiednim poziomem uprawnień?

Odpowiedź: *Odpowiedzialnym będzie pracownik Sekcji Informatycznej, który w takich systemach jest zazwyczaj lokalnym administratorem i posiada możliwość zakładania kont i nadawania uprawnień.*

DYREKTOR
Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Krakowie

Dr n. med. Jerzy Friedlger

Jaromir Gracka
B. Łoziewska
Zbigniew Kryl