

**ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΕΙΔΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΜΕ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ
ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ Ή ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑ**

ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΟΡΩΝ

1. Ερμηνεία	2
1.1 Ορισμοί	2
1.2 Όροι που δεν ερμηνεύονται διαφορετικά	2
2. Σκοπός	2
3. Ελάχιστες απαιτήσεις	3
3.1 Παρουσία ιατρού	3
3.2 Ψηφιακή αρχειοθέτηση απεικονίσεων	3
3.3 Συντήρηση μηχανημάτων υπολογιστικής και μαγνητικής τομογραφίας.....	4
3.4 Ανώτατο όριο εξετάσεων στο μηχάνημα υπολογιστικής και μαγνητικής τομογραφίας.....	6
3.5 Δείκτες απόδοσης	6
4. Προϋποθέσεις για σύναψη ή/και διατήρηση σύμβασης με τον Οργανισμό	7
5. Μέθοδοι αμοιβής.....	7
Παραρτήματα	9

ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΕΙΔΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΜΕ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ Ή ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑ

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, ασκώντας τις εξουσίες που του παρέχονται δυνάμει των άρθρων 32B(δ) και 64(3) του περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμου, εκδίδει την παρούσα εγκύκλιο για την ακόλουθη εφαρμοζόμενη πρακτική που αφορά στην παροχή υπηρεσιών ειδικού ιατρού με ειδικότητα στην ακτινοδιαγνωστική ή στην ακτινολογία, για την οποία θα εκδοθούν Κανονισμοί σύμφωνα με τα άρθρα 22(1), 32B(γ),(δ),(ε), 64(2)(α),(β),(γ) του περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμου.

1. Ερμηνεία

1.1 Ορισμοί

«**Γενικός Διευθυντής**» σημαίνει το Γενικό Διευθυντή του Οργανισμού και περιλαμβάνει κάθε δεόντως εξουσιοδοτημένο από το Γενικό Διευθυντή πρόσωπο·

«**εγγεγραμμένος φυσικός ιατρικής**» έχει την έννοια που αποδίδεται στον όρο αυτό από τον περί Εγγραφής Φυσικών Ιατρικής Νόμος του 2008·

«**εμπειρογνώμονας ιατρικής φυσικής**» έχει την έννοια που αποδίδεται στον όρο αυτό από τον περί Προστασίας από Ιονίζουσες Ακτινοβολίες και Πυρηνικής και Ραδιολογικής Ασφάλειας και Προστασίας Νόμο·

«**Κ.Δ.Π. 133/2019**» σημαίνει τους περί Γενικού Συστήματος Υγείας (Ειδικοί Ιατροί) Κανονισμούς του 2019·

«**Νόμος**» σημαίνει τον περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμο·

«**παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας**» για σκοπούς της παρούσας Εγκυκλίου σημαίνει πρόσωπο που συμβάλλεται με τον Οργανισμό για την παροχή υπηρεσιών ειδικού ιατρού με ειδικότητα στην ακτινοδιαγνωστική ή στην ακτινολογία·

«**υπηρεσίες φροντίδας υγείας**» για σκοπούς της παρούσας Εγκυκλίου σημαίνει υπηρεσίες φροντίδας υγείας ειδικού ιατρού με ειδικότητα στην ακτινοδιαγνωστική ή στην ακτινολογία.

1.2 Όροι που δεν ερμηνεύονται διαφορετικά

Όροι που χρησιμοποιούνται στην παρούσα Εγκύκλιο και δεν ερμηνεύονται διαφορετικά, έχουν την έννοια που αποδίδεται σε αυτούς από το Νόμο και την Κ.Δ.Π. 133/2019.

2. Σκοπός

(1) Ενόψει απουσίας νομοθεσίας στη Δημοκρατία η οποία να ρυθμίζει τη λειτουργία ακτινοδιαγνωστικών κέντρων, και λόγω του ότι υπάρχει ανάγκη αναβάθμισης της ποιότητας των παρεχόμενων στο Σύστημα υπηρεσιών φροντίδας υγείας ώστε να διασφαλίζεται το βέλτιστο διαγνωστικό αποτέλεσμα για σκοπούς προστασίας των δικαιούχων και διασφάλισης της δημόσιας υγείας, η παρούσα Εγκύκλιος αποσκοπεί στην εισαγωγή προτύπων ασφαλείας και δεικτών απόδοσης με εμπλουτισμό των ακόλουθων ρυθμίσεων για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας:

(α) των ελάχιστων απαιτήσεων και/ή προτύπων εξοπλισμού για την παροχή των υπηρεσιών φροντίδας υγείας·

(β) της διαδικασίας σύναψης σύμβασης για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας·

(γ) των διαδικασιών και μεθόδων αμοιβής των παροχέων υπηρεσιών φροντίδας υγείας στη βάση δεικτών απόδοσης.

Νοείται ότι μέχρι την έκδοση της νομοθεσίας που θα ρυθμίζει τη λειτουργία ακτινοδιαγνωστικών κέντρων, όλα τα θέματα τα οποία ρυθμίζονται στην παρούσα Εγκύκλιο εφαρμόζονται συμπληρωματικά των προνοιών της Κ.Δ.Π. 133/2019 και δύνανται να τροποποιούνται από τον Οργανισμό για βελτίωση τυχόν στρεβλώσεων ή προβλημάτων που ενδέχεται να προκύψουν από την εφαρμογή της παρούσας Εγκυκλίου.

3. Ελάχιστες απαιτήσεις

Ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας πληροί τις ακόλουθες ελάχιστες απαιτήσεις.

3.1 Παρουσία ιατρού

(1) Ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας υποχρεούται να διασφαλίζει ότι οι εξετάσεις υπολογιστικής και μαγνητικής τομογραφίας που διενεργούνται στο υποστατικό του, διενεργούνται στη φυσική παρουσία εγγεγραμμένου στο ΓεΣΥ ειδικού ιατρού με ειδικότητα στην ακτινοδιαγνωστική ή στην ακτινολογία.

(2) Οι απαιτήσεις για τις υπηρεσίες που αναφέρονται στην παράγραφο (1) πιο πάνω, υποβάλλονται μαζί με τα στοιχεία που απαιτούνται μέσω του συστήματος πληροφορικής ή που κατά καιρούς καθορίζει και ανακοινώνει ο Οργανισμός, περιλαμβανομένων των ακτινολογικών εκθέσεων στις οποίες καταγράφεται το ονοματεπώνυμο και ο κωδικός ΓεΣΥ του ιατρού ο οποίος ήταν παρών κατά τη διενέργεια της εξέτασης, ανάλογα με την περίπτωση, ο οποίος δύναται να είναι ο ίδιος με τον εγγεγραμμένο ειδικό ιατρό με ειδικότητα στην ακτινοδιαγνωστική ή στην ακτινολογία ο οποίος γνωματεύει και υπογράφει την ακτινολογική έκθεση.

Νοείται ότι ο ιατρός ο οποίος είναι παρών κατά τη διενέργεια των ακτινολογικών εξετάσεων είναι εγγεγραμμένος στο Σύστημα και συνδεδεμένος με τον παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας για την παροχή των εν λόγω υπηρεσιών εκ μέρους του.

(3) Οι υποχρεώσεις των παραγράφων (1) και (2) τίθενται σε εφαρμογή την 1^η Απριλίου 2026.

3.2 Ψηφιακή αρχειοθέτηση απεικονίσεων

(1) Ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας υποχρεούται να διασφαλίζει τη ψηφιακή αρχειοθέτηση όλων των απεικονίσεων που συλλέγονται σε απεικονιστική εξέταση, μέσω συστημάτων PACS/VNA κατά τρόπο ασφαλή και ο οποίος να παρέχει τις κατάλληλες εγγυήσεις και τα κατάλληλα τεχνικά και οργανωτικά μέτρα που απαιτεί η ισχύουσα νομοθεσία για την προστασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα σύμφωνα με το άρθρο 32 του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (Κανονισμός (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου).

(2) Ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας υποχρεούται να υποβάλει μία (1) φορά στον Οργανισμό βεβαίωση, στον τύπο που καθορίζεται στο Παράρτημα Ι, ότι το σύστημα ψηφιακής αρχειοθέτησης που διαθέτει στο υποστατικό του τηρεί τις ακόλουθες ελάχιστες προδιαγραφές:

(α) προστασία δεδομένων έναντι απώλειας, μη εξουσιοδοτημένης πρόσβασης, και μη εξουσιοδοτημένης τροποποίησης,

(β) ανάκτηση δεδομένων μέσω απλής αναζήτησης βασικών στοιχείων (εύκολα προσβάσιμο),

(γ) πολιτική διατήρησης δεδομένων για χρονικό διάστημα όπως αυτό καθορίζεται για τη διατήρηση δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που αφορούν στην υγεία σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία για την προστασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και/ή των εκάστοτε οδηγιών του Γραφείου Επιτρόπου Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων,

(δ) συμπερίληψη όλων των σταθμών διάγνωσης σε πρωτόκολλο ποιοτικού ελέγχου από εγγεγραμμένο φυσικό ιατρικής,

(ε) αδιάλειπτη λειτουργία του συστήματος με απαραίτητη χωρητικότητα προς καταχώρηση δεδομένων χωρίς απώλεια αρχικής ποιότητας,

(στ) τήρηση συμφωνιών επεξεργασίας δεδομένων και συμφωνιών εμπιστευτικότητας με συνεργάτες που παρέχουν υπηρεσίες σε σχέση με το σύστημα ψηφιακής αρχειοθέτησης,

(ζ) διασφαλισμένη λειτουργική συνέχεια του συστήματος ψηφιακής αρχειοθέτησης.

(3) Ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας υποχρεούται να διασφαλίζει ότι το σύστημα ψηφιακής αρχειοθέτησης που διαθέτει στο υποστατικό του τυγχάνει της απαραίτητης τεχνικής υποστήριξης ώστε οι ελάχιστες προδιαγραφές που αναφέρονται στην παράγραφο (2) πιο πάνω τηρούνται και εφαρμόζονται.

(4) Τηρουμένων των προνοιών του παρόντος όρου 3.2, ο Οργανισμός δύναται να απαιτεί από τον παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας όπως υποβάλει ισχύουσα σύμβαση για την κατοχή και/ή συντήρηση του συστήματος ψηφιακής αρχειοθέτησης και/ή βεβαίωση διενέργειας ετήσιας συντήρησης.

(5) Ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας, για σκοπούς του παρόντος όρου 3.2, υποχρεούται να διαθέτει στο υποστατικό του εφεδρικό σύστημα ψηφιακής αρχειοθέτησης το οποίο τηρεί τις ελάχιστες προδιαγραφές και υποχρεώσεις που καθορίζονται πιο πάνω, για σκοπούς χρήσης σε περίπτωση απώλειας δεδομένων ή μη επαρκούς λειτουργίας του κύριου ψηφιακού συστήματος.

(6) Σε περίπτωση χρήσης εφεδρικού συστήματος ψηφιακής αρχειοθέτησης ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας υποχρεούται όπως ενημερώνει γραπτώς τον Οργανισμό και υποβάλλει για αυτό τη βεβαίωση στον τύπο που καθορίζεται στο Παράρτημα Ι.

3.3 Συντήρηση μηχανημάτων υπολογιστικής και μαγνητικής τομογραφίας

(1) Ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας υποχρεούται να διασφαλίζει την ορθή προληπτική συντήρηση και, όπου απαιτείται, διορθωτική συντήρηση του μηχανήματος υπολογιστικής και μαγνητικής τομογραφίας ώστε αυτό να χρησιμοποιείται για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας στο πλαίσιο του ΓεΣΥ.

(2) Η προληπτική συντήρηση μηχανήματος υπολογιστικής και μαγνητικής τομογραφίας διενεργείται από εξειδικευμένο τεχνικό προσωπικό της προμηθεύτριας/κατασκευάστριας εταιρείας ή από τεχνικό προσωπικό πιστοποιημένο από την κατασκευάστρια εταιρεία για τη συντήρηση εκάστου μηχανήματος υπό συντήρηση.

(3) Κάθε μηχανήμα υπολογιστικού τομογράφου υποβάλλεται σε προληπτική συντήρηση στη συχνότητα που καθορίζει η κατασκευάστρια εταιρεία ή σε περίπτωση μη καθορισμού της συχνότητας συντήρησης υποβάλλεται σε συντήρηση ετησίως.

(4) Ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας, μετά από κάθε προληπτική συντήρηση σε μηχανήμα υπολογιστικού τομογράφου, υποχρεούται να καλεί εμπειρογνώμονα ιατρικής φυσικής

ο οποίος πραγματοποιεί ποιοτικό έλεγχο, εφόσον απαιτείται, στη βάση διεθνών κατευθυντήριων οδηγιών.

(5) Ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας, με την ολοκλήρωση προληπτικής συντήρησης, υποχρεούται να υποβάλλει στον Οργανισμό βεβαίωση, στον τύπο που καθορίζεται στο Παράρτημα II, για κάθε μηχάνημα υπολογιστικού τομογράφου που υποβλήθηκε σε προληπτική συντήρηση στη συχνότητα που καθορίζεται στην παράγραφο (3) πιο πάνω.

(6) Κάθε μηχάνημα μαγνητικού τομογράφου υποβάλλεται σε προληπτική συντήρηση ετησίως.

(7) Ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας, μετά από κάθε ετήσια προληπτική συντήρηση σε μηχάνημα μαγνητικού τομογράφου, υποχρεούται να διασφαλίζει ότι το μηχάνημα υποβάλλεται και σε ποιοτικό έλεγχο από εγγεγραμμένο φυσικό ιατρικής, στη βάση διεθνών κατευθυντήριων οδηγιών.

(8) Ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας υποχρεούται να υποβάλλει στον Οργανισμό βεβαίωση, στον τύπο που καθορίζεται στο Παράρτημα II, για κάθε μηχάνημα μαγνητικού τομογράφου που υποβλήθηκε σε προληπτική συντήρηση, στην οποία να δηλώνεται η λειτουργικότητα του μηχανήματος και η καταγραφή οποιωνδήποτε βλαβών εντοπίστηκαν.

(9) Στις περιπτώσεις όπου το αποτέλεσμα ποιοτικού ελέγχου σε μηχάνημα υπολογιστικής και μαγνητικής τομογραφίας είναι μερικώς επιτυχές ή ανεπιτυχές, ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας υποχρεούται να διασφαλίζει ότι κάθε μηχάνημα υποβάλλεται σε διορθωτική συντήρηση.

(10) Η διορθωτική συντήρηση μηχανήματος υπολογιστικής και μαγνητικής τομογραφίας διενεργείται από εξειδικευμένο τεχνικό προσωπικό της προμηθεύτριας/κατασκευάστριας εταιρείας ή από τεχνικό προσωπικό πιστοποιημένο από την κατασκευάστρια εταιρεία για τη συντήρηση εκάστου μηχανήματος υπό συντήρηση.

(11) Ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας, μετά από κάθε διορθωτική συντήρηση σε μηχάνημα υπολογιστικής και μαγνητικής τομογραφίας, υποχρεούται να διασφαλίζει ότι κάθε μηχάνημα υποβάλλεται και σε ποιοτικό έλεγχο από τον εμπειρογνώμονα ιατρικής φυσικής ή τον εγγεγραμμένο φυσικό ιατρικής που διενήργησε τον ποιοτικό έλεγχο σύμφωνα με την παράγραφο (4) και (7) αντίστοιχα.

(12) Ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας υποχρεούται να υποβάλλει στον Οργανισμό βεβαίωση, στον τύπο που καθορίζεται στο Παράρτημα II, για κάθε μηχάνημα υπολογιστικού και μαγνητικού τομογράφου που υποβλήθηκε σε διορθωτική συντήρηση.

(13) Στις περιπτώσεις όπου το αποτέλεσμα ποιοτικού ελέγχου, μετά από διορθωτική συντήρηση, σε μηχάνημα υπολογιστικής και μαγνητικής τομογραφίας είναι μερικώς επιτυχές, ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας υποχρεούται να διασφαλίζει ότι τέτοιο μηχάνημα λειτουργείται και/ή χρησιμοποιείται σύμφωνα με τις προϋποθέσεις λειτουργίας που εξάγονται στον ποιοτικό έλεγχο.

(14) Στις περιπτώσεις όπου το αποτέλεσμα ποιοτικού ελέγχου, μετά από διορθωτική συντήρηση, σε μηχάνημα υπολογιστικής και μαγνητικής τομογραφίας είναι ανεπιτυχές, ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας υποχρεούται να αναστείλει άμεσα τη λειτουργία και/ή χρήση τέτοιου μηχανήματος μέχρι την αποκατάσταση των παρατηρήσεων που εξάγονται στον ποιοτικό έλεγχο.

(15) Στις περιπτώσεις που αναφέρονται στις παραγράφους (13) και (14), ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας επαναφέρει το μηχάνημα υπολογιστικής και μαγνητικής τομογραφίας σε

κανονική λειτουργία μόνο κατόπιν υποβολής στον Οργανισμό βεβαίωσης διορθωτικής συντήρησης, στον τύπο που καθορίζεται στο Παράρτημα II.

3.4 Ανώτατο όριο εξετάσεων στο μηχάνημα υπολογιστικής και μαγνητικής τομογραφίας

(1) Ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας υποχρεούται να διασφαλίζει ότι οι απεικονιστικές εξετάσεις που διενεργούνται –

(α) σε μηχάνημα υπολογιστικού τομογράφου είναι μέχρι πέντε (5) εξετάσεις ανά ώρα,

(β) σε μηχάνημα μαγνητικού τομογράφου είναι μέχρι τρεις (3) εξετάσεις ανά ώρα.

(2) Ο Οργανισμός δύναται να απαιτεί από τον παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας όπως υποβάλει στοιχεία που να τεκμηριώνουν τον αριθμό των απεικονιστικών εξετάσεων που διενεργήθηκαν ανά ώρα σε κάθε μηχάνημα.

3.5 Δείκτες απόδοσης

(1) Οι δείκτες απόδοσης των παροχέων υπηρεσιών φροντίδας υγείας αφορούν τις ακτινοδιαγνωστικές εξετάσεις υπολογιστικής και μαγνητικής τομογραφίας και καθορίζονται στο Παράρτημα III.

(2) Για το δείκτη απόδοσης που αφορά στην ηλικία του μηχανήματος υπολογιστικής και μαγνητικής τομογραφίας, ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας υποχρεούται όπως υποβάλει στον Οργανισμό δήλωση υπογεγραμμένη από την προμηθεύτρια/κατασκευάστρια εταιρεία που να περιλαμβάνει το serial number του κάθε μηχανήματος καθώς και το πιστοποιητικό συμμόρφωσης του κατασκευαστικού οίκου (CE Mark) το οποίο αφορά το κάθε μηχάνημα, στο οποίο φαίνεται το έτος κατασκευής του.

(3) Μηχάνημα υπολογιστικής και μαγνητικής τομογραφίας το οποίο εμπίπτει με βάση το έτος κατασκευής του στην ηλικιακή κατηγορία μεγαλύτερη των δέκα (10) ετών, δύναται να αναβαθμίζεται, κατόπιν σχετικής τεκμηρίωσης από τον παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας, στην ηλικιακή κατηγορία 0-10 έτη σε περίπτωση αναβάθμισης του συστήματος επιπέδου state-of-the-art από την προμηθεύτρια/κατασκευάστρια εταιρείας ή από προσωπικό πιστοποιημένο από την κατασκευάστρια εταιρεία με τροποποίηση του τεχνικού φακέλου και νέο CE Mark.

(4) Σε περίπτωση αναβάθμισης δυνάμει του εδαφίου (3), ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας υποχρεούται όπως υποβάλει στον Οργανισμό βεβαίωση η οποία να συνυπογράφεται από την προμηθεύτρια/κατασκευάστρια εταιρεία ή από προσωπικό πιστοποιημένο από την κατασκευάστρια εταιρεία καθώς και από εγγεγραμμένο φυσικό ιατρικής ο οποίος να επιβεβαιώνει με υπεύθυνη δήλωση ότι η αναβάθμιση του εκάστοτε συστήματος το καθιστά κατάλληλο για μεταφορά στην πρώτη ηλικιακή κατηγορία.

(5) Για το δείκτη απόδοσης που αφορά στο επίπεδο τεχνολογίας του συστήματος μαγνητικής τομογραφίας, ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας υποχρεούται όπως υποβάλει στον Οργανισμό βεβαίωση από εγγεγραμμένο φυσικό ιατρικής ο οποίος να επιβεβαιώνει με υπεύθυνη δήλωση, σε προκαθορισμένο έντυπο το οποίο θα διατεθεί από τον Οργανισμό, τα χαρακτηριστικά του επιπέδου τεχνολογίας του εκάστοτε συστήματος.

(6) Για το δείκτη απόδοσης που αφορά στην πιστοποίηση με το πρότυπο CYS ISO 7101:2023, ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας υποχρεούται όπως υποβάλει στον Οργανισμό σχετικό

ισχύον πιστοποιητικό με το πρότυπο CYS ISO 7101 εκδομένο από διαπιστευμένο φορέα πιστοποίησης.

Νοείται ότι δεν απαιτείται υποβολή πιστοποιητικού με το πρότυπο CYS ISO 7101 στις περιπτώσεις όπου οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας παρέχονται εντός νοσηλευτηρίου ενταγμένου στο Σύστημα το οποίο ολοκλήρωσε διαπίστευση με ISQua-approved standards από οργανισμό εγκεκριμένο με τη διαπίστευση ISQua, δεδομένου ότι το ακτινοδιαγνωστικό τμήμα περιλαμβάνεται στο πεδίο διαπίστευσης.

(7) Ο Οργανισμός ελέγχει την εφαρμογή και τήρηση των δεικτών απόδοσης που καθορίζονται στο Παράρτημα III με οποιοδήποτε τρόπο κρίνει αναγκαίο και αποτελεσματικό και σύμφωνα με τον περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμο.

4. Προϋποθέσεις για σύναψη ή/και διατήρηση σύμβασης με τον Οργανισμό

(1) Φυσικό ή νομικό πρόσωπο ιδιωτικού ή δημόσιου δικαίου ή οι ενώσεις αυτών ή οι κρατικές υπηρεσίες υγείας που εγγράφονται στο Σύστημα δυνάμει της Κ.Δ.Π. 133/2019 και συνάπτουν σύμβαση για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας ειδικού ιατρού με ειδικότητα στην ακτινοδιαγνωστική ή στην ακτινολογία δυνάμει του Κανονισμού 14 της Κ.Δ.Π. 133/2019, πέραν των στοιχείων που καθορίζονται στο Παράρτημα IV της Κ.Δ.Π. 133/2019, υποβάλλουν στον Οργανισμό σε ηλεκτρονική μορφή, ανάλογα με την περίπτωση, δεόντως συμπληρωμένα και υπογεγραμμένα τα Παραρτήματα I και II.

(2) Τηρουμένων των προνοιών της παραγράφου (1), τα Παραρτήματα I και II υποβάλλονται σύμφωνα με τα όσα προνοούνται στον όρο 3.2 και 3.3 ή όποτε ζητηθούν από τον Οργανισμό.

5. Μέθοδοι αμοιβής

(1) Τηρουμένων των προνοιών του Κανονισμού 7(1)(β) της Κ.Δ.Π. 133/2019, ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας αμείβεται στη βάση τιμής μονάδας για την επίτευξη δεικτών απόδοσης που καθορίζονται στο Παράρτημα III.

(2) Για σκοπούς υπολογισμού της αμοιβής για την επίτευξη δεικτών απόδοσης, ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας υποχρεούται όπως υποβάλει σε ηλεκτρονική μορφή στον Οργανισμό τα έντυπα που καθορίζονται στο Παράρτημα IV, δεόντως συμπληρωμένα και υπογεγραμμένα, και σε περίπτωση οποιασδήποτε τροποποίησης και/ή μεταβολής των πραγματικών δεδομένων του παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας που αφορούν στο Παράρτημα IV να υποβάλλει άμεσα τον Οργανισμό επικαιροποιημένα τα έντυπα του Παραρτήματος IV.

(3) Ο συνολικός σφαιρικός προϋπολογισμός των παροχέων υπηρεσιών φροντίδας υγείας κατανέμεται μεταξύ των ακτινοδιαγνωστικών εξετάσεων υπολογιστικής και μαγνητικής τομογραφίας και των υπόλοιπων απεικονιστικών πράξεων ή/και δραστηριοτήτων, όπως καθορίζεται με Απόφαση.

(4) Το μέρος του σφαιρικού προϋπολογισμού των παροχέων υπηρεσιών φροντίδας υγείας που αντιστοιχεί στις ακτινοδιαγνωστικές εξετάσεις υπολογιστικής και μαγνητικής τομογραφίας, το οποίο κατανέμεται για την επίτευξη των δεικτών απόδοσης που καθορίζονται στο Παράρτημα III, καθορίζεται με Απόφαση.

(5) (α) Για σκοπούς υπολογισμού της αμοιβής για την επίτευξη δεικτών απόδοσης, χρησιμοποιείται η συνολική βαθμολογία που συγκεντρώνει κάθε παροχέας υπηρεσιών φροντίδας

υγείας σύμφωνα με το Παράρτημα III για τα συστήματα υπολογιστικού τομογράφου και για τα συστήματα μαγνητικού τομογράφου.

(β) Σε περίπτωση όπου παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας διαθέτει πέραν του ενός συστήματος υπολογιστικού ή μαγνητικού τομογράφου, η αντίστοιχη συνολική βαθμολογία υπολογίζεται με βάση τον σταθμισμένο μέσο όρο, ο οποίος λαμβάνει υπόψη το ποσοστό χρήσης του μηχανήματος σύμφωνα με το Παράρτημα IV (Α) και (Β) και τη συνολική βαθμολογία του κάθε συστήματος σύμφωνα με το Παράρτημα III.

(6) Η τιμή μονάδας για την επίτευξη δεικτών απόδοσης για την κάθε κατηγορία που καθορίζεται στην παράγραφο (4), υπολογίζεται με βάση τον σφαιρικό προϋπολογισμό για τον οποίο εφαρμόζονται δείκτες απόδοσης και το συνολικό αριθμό μονάδων για την κάθε κατηγορία, όπως αυτός αναπροσαρμόζεται με βάση τη συνολική βαθμολογία που συγκεντρώνει κάθε παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας σύμφωνα με την παράγραφο (5).

(7) Η αμοιβή του παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας για την επίτευξη δεικτών απόδοσης για την κάθε κατηγορία που καθορίζεται στην παράγραφο (4), υπολογίζεται με βάση την τιμή μονάδας που υπολογίζεται σύμφωνα με την παράγραφο (6), και τον αριθμό μονάδων του παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας, όπως αυτός αναπροσαρμόζεται με βάση τη συνολική βαθμολογία που συγκεντρώνει σύμφωνα με την παράγραφο (5).

(8) Ο προϋπολογισμός και οποιοδήποτε άλλο θέμα αφορά το ύψος της αμοιβής καθορίζεται με Απόφαση.

Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας

Ημερομηνία Έκδοσης: 5 Μαρτίου 2026

Παραρτήματα

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΈΝΤΥΠΟ 1 - ΨΗΦΙΑΚΗ ΑΡΧΕΙΟΘΕΤΗΣΗ ΕΙΚΟΝΩΝ

Η ψηφιακή αρχειοθέτηση εικόνων μέσω συστημάτων PACS/VNA αποτελεί προϋπόθεση για σύναψη σύμβασης και/ή διατήρησης υφιστάμενης σύμβασης ειδικού ιατρού με ειδικότητα στην ακτινοδιαγνωστική/ακτινολογία με τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας. Το παρόν Έντυπο 1, απαιτείται όπως προσκομιστεί μία (1) φορά ανά υποστατικό/κτιριακή εγκατάσταση στην οποία παρέχονται οι υπηρεσίες ειδικού ιατρού με ειδικότητα στην ακτινοδιαγνωστική/ακτινολογία.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΡΟΧΕΑ	
Επωνυμία Ακτινοδιαγνωστικού Κέντρου/Νοσηλευτηρίου <i>(Επωνυμία συμβεβλημένου παροχέα για την παροχή υπηρεσιών Ειδικού Ιατρού με ειδικότητα στην Ακτινοδιαγνωστική/Ακτινολογία)</i>	
Κωδικός ΓεΣΥ	
Διεύθυνση υποστατικού του παροχέα όπου παρέχονται οι υπηρεσίες	

ΕΛΑΧΙΣΤΕΣ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΨΗΦΙΑΚΗΣ ΑΡΧΕΙΟΘΕΤΗΣΗΣ ΕΙΚΟΝΩΝ
Προστασία δεδομένων έναντι απώλειας
Ανάκτηση δεδομένων μέσω απλής αναζήτησης βασικών στοιχείων (εύκολα προσβάσιμο)
Διατήρηση των δεδομένων για χρονικό διάστημα όπως αυτό καθορίζεται για τη φύλαξη κλινικών στοιχείων με βάση τους ισχύοντες νόμους και κανονισμούς από την ημέρα διενέργειας της εξέτασης
Συμπερίληψη όλων των σταθμών διάγνωσης σε πρωτόκολλο ποιοτικού ελέγχου από εγγεγραμμένο φυσικό ιατρικής
Αδιάλειπτη λειτουργία του συστήματος με απαραίτητη χωρητικότητα προς καταχώρηση δεδομένων χωρίς απώλεια αρχικής ποιότητας
Ύπαρξη εφεδρικού συστήματος σε περίπτωση απώλειας δεδομένων ή μη επαρκούς λειτουργίας του κύριου συστήματος
Το σύστημα τυγχάνει της απαραίτητης τεχνικής υποστήριξης, ώστε τα πιο πάνω να διασφαλίζονται μέσω ετήσιας συντήρησης, από αρμόδια εταιρεία με την οποία υπάρχει σύμβαση συντήρησης σε ισχύ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
Δηλώνω υπεύθυνα και βεβαιώνω ότι, το υποστατικό διαθέτει σύστημα ψηφιακής αρχειοθέτησης που τηρεί όλες τις πιο πάνω αναφερόμενες προδιαγραφές και βρίσκεται σε πλήρη λειτουργικότητα.
Ονοματεπωνυμο Εξουσιοδοτημένου Υπογράφοντα Παροχέα:
Ιδιότητα:
Υπογραφή και σφραγίδα:
Ημερομηνία:

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

ΈΝΤΥΠΟ 2 – ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΜΑΓΝΗΤΙΚΩΝ ΤΟΜΟΓΡΑΦΩΝ

Η διασφάλιση της ορθής συντήρησης του συστήματος υπολογιστικής και μαγνητικής τομογραφίας του παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας, αποτελεί προϋπόθεση για σύναψη σύμβασης και/ή διατήρησης υφιστάμενης σύμβασης ειδικού ιατρού με ειδικότητα στην ακτινοδιαγνωστική/ακτινολογία με τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας. Η προληπτική και διορθωτική συντήρηση υπολογιστικού και μαγνητικού τομογράφου διενεργείται από εξειδικευμένο τεχνικό προσωπικό της προμηθεύτριας/κατασκευάστριας εταιρείας ή από τεχνικό προσωπικό πιστοποιημένο από την κατασκευάστρια εταιρεία για τη συντήρηση του συγκεκριμένου μηχανήματος.

Υπολογιστικός Τομογράφος:

- Απαιτείται βεβαίωση ότι πραγματοποιήθηκε προληπτική συντήρηση σε συχνότητα που καθορίζεται από την κατασκευάστρια εταιρεία (αναγράφεται στο εγχειρίδιο του κατασκευαστή ή περιλαμβάνεται σε γραπτή δήλωση του κατασκευαστή), ενώ σε περίπτωση μη καθορισμού, η εν λόγω συντήρηση πρέπει να πραγματοποιείται τουλάχιστον ετησίως.
- Μετά από κάθε προληπτική συντήρηση υπολογιστικού τομογράφου, ενημερώνεται ο εμπειρογνώμονας ιατρικής φυσικής ο οποίος πραγματοποιεί και ποιοτικό έλεγχο, εφόσον απαιτείται, στη βάση διεθνών κατευθυντήριων οδηγιών.

Μαγνητικός Τομογράφος:

- Απαιτείται βεβαίωση ότι πραγματοποιήθηκε μία (1) προληπτική συντήρηση ετησίως.
- Μετά από την ετήσια προληπτική συντήρηση του μαγνητικού τομογράφου, πραγματοποιείται ποιοτικός έλεγχος από εγγεγραμμένο φυσικό ιατρικής, στη βάση διεθνών κατευθυντήριων οδηγιών.

Το αποτέλεσμα του ποιοτικού ελέγχου ενός μηχανήματος μπορεί να είναι:

1. το μηχάνημα παραμένει σε κανονική χρήση
2. απαιτείται άμεση αναστολή της λειτουργίας του μηχανήματος μέχρι την αποκατάσταση των παρατηρήσεων και την υποβολή βεβαίωσης διορθωτικής συντήρησης
3. το μηχάνημα δύναται να συνεχίσει τη λειτουργία του με περιορισμούς στη διενέργεια συγκεκριμένων εξετάσεων, όπως αυτοί καθορίζονται στο πεδίο «Προϋποθέσεις Λειτουργίας» στο έντυπο που ακολουθεί.

Στις περιπτώσεις 2 και 3, η επαναφορά σε κανονική λειτουργία προϋποθέτει την υποβολή βεβαίωσης διορθωτικής συντήρησης.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΡΟΧΕΑ	
Επωνυμία Ακτινοδιαγνωστικού Κέντρου/Νοσηλευτηρίου <i>(Επωνυμία συμβεβλημένου παροχέα για την παροχή υπηρεσιών Ειδικού Ιατρού με ειδικότητα στην Ακτινοδιαγνωστική/ Ακτινολογία)</i>	
Κωδικός ΓεΣΥ	
Διεύθυνση υποστατικού του παροχέα όπου παρέχονται οι υπηρεσίες	

Τα ακόλουθα συμπληρώνονται **για κάθε μηχάνημα** το οποίο υποβλήθηκε σε συντήρηση.

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ	
Αύξων αριθμός Μηχανήματος <i>(ο αριθμός αυτός θα πρέπει να είναι κοινός για όλα τα έντυπα που αφορούν το εν λόγω μηχάνημα)</i>	
Είδος Μηχανήματος <i>(σημειώστε με √)</i>	Μαγνητικός Τομογράφος <input type="checkbox"/>
	Υπολογιστικός Τομογράφος <input type="checkbox"/>
Serial Number μηχανήματος	
Βεβαίωση εν ενεργεία συμβολαίου συντήρησης με τον κατασκευαστή ή αντιπρόσωπο αυτού ή από τεχνικό προσωπικό πιστοποιημένο από την κατασκευάστρια εταιρεία	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Ημερομηνία διενέργειας προληπτικής συντήρησης	
Αποτέλεσμα προληπτικής συντήρησης	Λειτουργικότητα συστήματος (ΝΑΙ/ΟΧΙ):
	Καταγραφή βλαβών:

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΠΟΙΟΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ <i>(όπου εφαρμόζεται)</i>	
Ημερομηνία Ελέγχου Περιγραφή Ελέγχου	<input type="checkbox"/> Ποιοτικός Έλεγχος μετά από συντήρηση <input type="checkbox"/> Ποιοτικός Έλεγχος μετά από επιδιόρθωση βλάβης
Αποτέλεσμα	<input type="checkbox"/> Το μηχάνημα παραμένει σε κανονική χρήση

	<input type="checkbox"/> Άμεση αναστολή της λειτουργίας του μηχανήματος μέχρι της αποκατάσταση όσων αναφέρονται στο πεδίο «Παρατηρήσεις» <input type="checkbox"/> Η λειτουργία του μηχανήματος μπορεί να συνεχιστεί, εφόσον τηρούνται οι όροι που αναφέρονται στο πεδίο «Προϋποθέσεις Λειτουργίας»
Παρατηρήσεις (όπου εφαρμόζεται)	
Προϋποθέσεις Λειτουργίας (όπου εφαρμόζεται)	

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΔΙΟΡΘΩΤΙΚΗΣ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ (όπου εφαρμόζεται)	
Ημερομηνία διενέργειας διορθωτικής συντήρησης	
Σχόλια	

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ		
<p>Δηλώνω υπεύθυνα και βεβαιώνω ότι, τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή και ότι διενεργήθηκε η απαραίτητη συντήρηση (προληπτική ή/και διορθωτική) και ο ποιοτικός έλεγχος στο/στα μηχανήμα/μηχανήματα.</p>		
Κατασκευάστρια/Προμηθεύτρια Εταιρεία ή Πιστοποιημένος Τεχνικός	Επωνυμία κατασκευάστριας/προμηθεύτριας εταιρείας:	
	Όνοματεπώνυμο Εκπρόσωπου:	
	<table border="1"> <tr> <td>Υπογραφή και σφραγίδα:</td> <td>Ημερομηνία:</td> </tr> </table>	Υπογραφή και σφραγίδα:
Υπογραφή και σφραγίδα:	Ημερομηνία:	

Εμπειρογνώμονας ιατρικής φυσικής / Εγγεγραμμένος φυσικός ιατρικής	Όνοματεπώνυμο:	
	Αριθμός Μητρώου:	
	Υπογραφή:	Ημερομηνία:
Όνοματεπώνυμο Εξουσιοδοτημένου Υπογράφοντα Παροχέα:	Υπογραφή και σφραγίδα:	Ημερομηνία:
Ιδιότητα:		

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

Στους Πίνακες 1 μέχρι 3 γίνεται αναφορά στους δείκτες απόδοσης που χρησιμοποιούνται για σκοπούς αποζημίωσης του παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας και αφορούν μαγνητικούς τομογράφους (Πίνακας 1), υπολογιστικούς τομογράφους (Πίνακας 2) και άλλους δείκτες (Πίνακας 3).

Πίνακας 1

A/A	Κριτήρια Μαγνητικού Τομογράφου		Βαθμολογία	
1	Ηλικία Συστήματος Υπολογιστικής και Μαγνητικής Τομογραφίας	0-10 έτη	20	
		11-15 έτη	15	
		>16 ετών	10	
2	Τεχνολογία Συστήματος Μαγνητικού Τομογράφου	α. Ένταση μαγνητικού πεδίου	≥1,5 Tesla	40
			1-1,4 Tesla	20
			0,5-0,9 Tesla	10
			<0,5	5
		β. Τύπος	Ανοιχτού Τύπου	20
		γ. Μεταβαλλόμενο μαγνητικό πεδίο	Μέγιστο μεταβαλλόμενο μαγνητικό πεδίο από 45 mT/m και άνω	20
			Μέγιστο μεταβαλλόμενο μαγνητικό πεδίο από 31 mT/m μέχρι 44 mT/m	15
			Μέγιστο μεταβαλλόμενο μαγνητικό πεδίο μέχρι 30 mT/m	10
		δ. Ρυθμός μεταβολής πεδίου	Μέγιστος ρυθμός μεταβολής μαγνητικού πεδίου από 200 T/m/s και άνω	20
			Μέγιστος ρυθμός μεταβολής μαγνητικού	15

			πεδίου από 50 T/m/s - 199 T/m/s	
			Μέγιστος ρυθμός μεταβολής μαγνητικού πεδίου κάτω από 50 T/m/s	10
	Μέγιστη Βαθμολογία			100

Πίνακας 2

A/A	Κριτήρια Υπολογιστικού Τομογράφου		Βαθμολογία	
1	Ηλικία Συστήματος Υπολογιστικής και Μαγνητικής Τομογραφίας	0-10 έτη	20	
		11-15 έτη	15	
		>16 ετών	10	
2	Τεχνολογία Συστήματος Υπολογιστικού Τομογράφου	α. Αριθμός ανατομικών τομών ¹	≥128 ανατομικές τομές ή δίλυχνα συστήματα 64 ανατομικών τομών	50
			Συστήματα 64 έως 80 ανατομικών τομών	45
			Συστήματα 16 έως 40 ανατομικών τομών	25
		β. Επίπεδο δόσης ακτινοβολίας ²	Μείωση δόσης χωρίς μείωση στην ποιότητα εικόνας ίση ή άνω του 75%	30
			Μείωση δόσης χωρίς μείωση στην ποιότητα εικόνας 50-75%	25
			Μείωση δόσης χωρίς μείωση στην ποιότητα εικόνας έως 50%	20

			Χωρίς μείωση δόσης
			10
	Μέγιστη Βαθμολογία		100

1. Detector rows

2. Η μείωση του επιπέδου ακτινοβολίας δηλώνεται από τον κατασκευαστή σε σχέση με εικόνες αντίστοιχης ποιότητας χωρίς τη χρήση τεχνολογιών μείωσης δόσης ακτινοβολίας

Πίνακας 3

A/A	Κριτήρια Ακτινοδιαγνωστικών Κέντρων		Βαθμολογία
4	Πιστοποίηση με το πρότυπο ISO 7101	ΝΑΙ	Δ/Ε (Η ημερομηνία εφαρμογής θα ανακοινωθεί σε μεταγενέστερο χρόνο)
		ΟΧΙ	
5	Βαθμός ικανοποίησης των πρωτοκόλλων απεικόνισης		Δ/Ε (Η ημερομηνία εφαρμογής θα ανακοινωθεί σε μεταγενέστερο χρόνο)
	Μέγιστη Βαθμολογία		Δ/Ε

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV

ΈΝΤΥΠΟ 3 - ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΜΑΓΝΗΤΙΚΟΥ & ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΟΥ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΥ

Το παρόν έντυπο και τα Παραρτήματα του συμπληρώνονται και υποβάλλονται **για κάθε μηχάνημα** που υπάρχει στο υποστατικό του παροχέα όπου παρέχονται οι υπηρεσίες ειδικού ιατρού με ειδικότητα στην ακτινοδιαγνωστική/ακτινολογία (δηλ. για κάθε μηχάνημα υποβάλλεται ξεχωριστά το Έντυπο 3).

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΡΟΧΕΑ	
Επωνυμία Ακτινοδιαγνωστικού Κέντρου/Νοσηλευτηρίου <i>(Επωνυμία συμβεβλημένου παροχέα για την παροχή υπηρεσιών Ειδικού Ιατρού με ειδικότητα στην Ακτινοδιαγνωστική/Ακτινολογία)</i>	
Κωδικός ΓεΣΥ	
Διεύθυνση υποστατικού του παροχέα όπου παρέχονται οι υπηρεσίες	
Αριθμός Μαγνητικών Τομογράφων (MRI) που υπάρχουν στο υποστατικό	
Αριθμός Υπολογιστικών Τομογράφων (CT) που υπάρχουν στο υποστατικό	

Σε περίπτωση που δηλώθηκαν πέραν του ενός μηχανήματος υπολογιστικού ή μαγνητικού τομογράφου, η απόδοση των μονάδων, για σκοπούς υπολογισμού της βαθμολογίας του κάθε μηχανήματος, γίνεται ξεχωριστά για το κάθε μηχάνημα.

Κατά τη δήλωση των μηχανημάτων, καταγράφεται, μεταξύ άλλων, και το ποσοστό χρήσης κάθε μηχανήματος, βασιζόμενο στον αριθμό των εξετάσεων που διενεργείται στο καθένα.

Σε περίπτωση αναβάθμισης του συστήματος επιπέδου state-of-the-art από την προμηθεύτρια/κατασκευάστρια εταιρεία ή από προσωπικό πιστοποιημένο από την κατασκευάστρια εταιρεία με καθολική τροποποίηση του τεχνικού φακέλου και νέο CE Mark, απαιτείται η προσκόμιση σχετικής βεβαίωσης στο έντυπο που παρατίθεται στο Παράρτημα Γ.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α - ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΜΑΓΝΗΤΙΚΟΥ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΥ

Το Παράρτημα Α συμπληρώνεται και υποβάλλεται για κάθε μηχάνημα μαγνητικού τομογράφου που υπάρχει στο υποστατικό του παροχέα όπου παρέχονται οι υπηρεσίες ειδικού ιατρού με ειδικότητα στην ακτινοδιαγνωστική/ακτινολογία.

ΕΙΔΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ:	ΜΑΓΝΗΤΙΚΟΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΣ
Αύξων αριθμός μηχανήματος <i>(ο αριθμός αυτός θα πρέπει να είναι κοινός για όλα τα έντυπα που αφορούν το εν λόγω μηχάνημα)</i>	
Serial Number μηχανήματος	
Κατασκευάστρια/Προμηθεύτρια Εταιρεία	
Έτος κατασκευής μηχανήματος	
Αριθμός πιστοποιητικού CE Mark	
Ποσοστό χρήσης μηχανήματος <i>(συμπληρώνεται μόνο σε περίπτωση δήλωσης περισσότερων του ενός μηχανήματος MRI στο ίδιο υποστατικό)</i>	
ΤΥΠΟΣ (σημειώστε με √ ό,τι ισχύει)	
Ανοιχτού Τύπου	
ΕΝΤΑΣΗ ΜΑΓΝΗΤΙΚΟΥ ΠΕΔΙΟΥ (σημειώστε με √ ό,τι ισχύει)	
3 Tesla	
1,5 Tesla	
1-1,4 Tesla	
0,5-0,9 Tesla	

< 0,5 Tesla	
ΜΕΤΑΒΑΛΛΟΜΕΝΟ ΜΑΓΝΗΤΙΚΟ ΠΕΔΙΟ (σημειώστε με √ ό,τι ισχύει)	
Μέγιστο μεταβαλλόμενο μαγνητικό πεδίο από 45 mT/m και άνω	
Μέγιστο μεταβαλλόμενο μαγνητικό πεδίο από 31 mT/m μέχρι 44 mT/m	
Μέγιστο μεταβαλλόμενο μαγνητικό πεδίο μέχρι 30 mT/m	
ΡΥΘΜΟΣ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΠΕΔΙΟΥ (σημειώστε με √ ό,τι ισχύει)	
Μέγιστος ρυθμός μεταβολής μαγνητικού πεδίου από 200 T/m/s και άνω	
Μέγιστος ρυθμός μεταβολής μαγνητικού πεδίου από 50 T/m/s - 199 T/m/s	
Μέγιστος ρυθμός μεταβολής μαγνητικού πεδίου κάτω από 50 T/m/s	

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ		
<p>Δηλώνω υπεύθυνα και βεβαιώνω ότι, τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή και το μηχάνημα βρίσκεται σε πλήρη λειτουργικότητα.</p>		
Εγγεγραμμένος φυσικός ιατρικής	Όνοματεπώνυμο:	
	Αριθμός Μητρώου:	
	Υπογραφή:	Ημερομηνία:
Όνοματεπώνυμο Εξουσιοδοτημένου Υπογράφοντα Παροχέα:	Υπογραφή και σφραγίδα:	Ημερομηνία:
Ιδιότητα:		

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β - ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΟΥ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΥ

Το Παράρτημα Β συμπληρώνεται και υποβάλλεται για κάθε μηχάνημα Υπολογιστικού Τομογράφου που υπάρχει στο υποστατικό του παροχέα όπου παρέχονται οι υπηρεσίες ειδικού ιατρού με ειδικότητα στην ακτινοδιαγνωστική/ακτινολογία.

ΕΙΔΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ:	ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΟΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΣ
Αύξων αριθμός μηχανήματος <i>(ο αριθμός αυτός θα πρέπει να είναι κοινός για όλα τα έντυπα που αφορούν το εν λόγω μηχάνημα)</i>	
Serial Number μηχανήματος	
Κατασκευάστρια/Προμηθεύτρια Εταιρεία	
Έτος κατασκευής	
Αριθμός πιστοποιητικού CE Mark	
Ποσοστό χρήσης μηχανήματος <i>(συμπληρώνεται μόνο σε περίπτωση δήλωσης περισσότερων του ενός μηχανήματος CT στο ίδιο υποστατικό)</i>	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΝΑΤΟΜΙΚΩΝ ΤΟΜΩΝ¹ (σημειώστε με √ ό,τι ισχύει)	
256 ανατομικές τομές και άνω ή δίλυχνα συστήματα 96 ανατομικών τομών και άνω	
128 ανατομικές τομές ή δίλυχνα συστήματα 64 ανατομικών τομών	
Συστήματα 64 έως 80 ανατομικών τομών	
Συστήματα 16 έως 40 ανατομικών τομών	
ΕΠΙΠΕΔΟ ΔΟΣΗΣ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑΣ (σημειώστε με √ ό,τι ισχύει)	

Μείωση δόσης χωρίς μείωση στην ποιότητα εικόνας ίση ή άνω του 75%	
Μείωση δόσης χωρίς μείωση στην ποιότητα εικόνας 50-75%	
Μείωση δόσης χωρίς μείωση στην ποιότητα εικόνας έως 50%	
Χωρίς μείωση δόσης	

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ		
Δηλώνω υπεύθυνα και βεβαιώνω ότι, τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή και το μηχάνημα βρίσκεται σε πλήρη λειτουργικότητα.		
Εμπειρογνώμονας ιατρικής φυσικής / Εγγεγραμμένος φυσικός ιατρικής	Όνοματεπώνυμο:	
	Αριθμός Μητρώου:	
	Υπογραφή:	Ημερομηνία:
Όνοματεπώνυμο Εξουσιοδοτημένου Υπογράφοντα Παροχέα:	Υπογραφή και σφραγίδα:	Ημερομηνία:
Ιδιότητα:		

1. Detector rows

2. Η μείωση του επιπέδου ακτινοβολίας δηλώνεται από τον κατασκευαστή σε σχέση με εικόνες αντίστοιχης ποιότητας χωρίς τη χρήση τεχνολογιών μείωσης δόσης ακτινοβολίας

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ - ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΜΑΓΝΗΤΙΚΟΥ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΥ

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗΣ ΤΟΥ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΟΣ

Το Παράρτημα Γ συμπληρώνεται και υποβάλλεται μόνο σε περίπτωση αναβάθμισης του μηχανήματος υπολογιστικού και μαγνητικού τομογράφου και υποβάλλεται για κάθε μηχανήμα το οποίο αναβαθμίστηκε στο υποστατικό του παροχέα όπου παρέχονται οι υπηρεσίες ειδικού ιατρού με ειδικότητα στην ακτινοδιαγνωστική/ακτινολογία.

ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΕΠΙΠΕΔΟΥ STATE-OF-THE-ART	
Αύξων αριθμός μηχανήματος <i>(ο αριθμός αυτός θα πρέπει να είναι κοινός για όλα τα έντυπα που αφορούν το εν λόγω μηχανήμα)</i>	
Είδος μηχανήματος (MRI/CT)	
Ημερομηνία διενέργειας αναβάθμισης	
Serial Number μηχανήματος	
Κατασκευάστρια/Προμηθεύτρια Εταιρεία	
Έτος κατασκευής	
Αναλυτική περιγραφή της αναβάθμισης	
Δήλωση συμμόρφωσης CE για όλα τα προϊόντα που αναφέρονται στην αναβάθμιση	

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ		
<p>Δηλώνω υπεύθυνα και βεβαιώνω ότι, τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή και το μηχάνημα έχει αναβαθμιστεί.</p>		
Κατασκευάστρια/Προμηθεύτρια Εταιρεία ή Πιστοποιημένος Τεχνικός	Επωνυμία κατασκευάστριας/προμηθεύτριας εταιρείας:	
	Όνοματεπώνυμο Εκπρόσωπου:	
	Υπογραφή και σφραγίδα:	Ημερομηνία:
Εμπειρογνώμονας ιατρικής φυσικής / Εγγεγραμμένος φυσικός ιατρικής	Όνοματεπώνυμο:	
	Αριθμός Μητρώου:	
	Υπογραφή:	Ημερομηνία:
Όνοματεπώνυμο Εξουσιοδοτημένου Υπογράφοντα Παροχέα:	Υπογραφή και σφραγίδα:	Ημερομηνία:
Ιδιότητα:		