

## **Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2006 - 2008 - "POLKARD"**

Warszawa 19.02.2008 r.

### **OGŁOSZENIE**

Na podstawie art. 48 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135) Ministerstwo Zdrowia ogłasza konkurs ofert na wybór realizatorów programu polityki zdrowotnej p.t.: „**Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2006 – 2008 - POLKARD**”

Celem ogólnym „**Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo - Naczyniowego na lata 2006-2008**” - „**POLKARD**” jest utrzymanie tempa redukcji umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce, co najmniej na poziomie obserwowanym w latach 1990-2004.

Celem realizacji zadania będącego przedmiotem Konkursu jest poprawa skuteczności i jakości rehabilitacji kardiologicznej chorych z chorobami układu krążenia oraz obniżenie umieralności w tej grupie chorych.

**Przedmiotem Konkursu jest uzupełnienie braków w wyposażeniu Regionalnych Ośrodków Kompleksowej Rehabilitacji Kardiologicznej oraz innych ośrodków odgrywających istotną rolę w poszczególnych województwach.**

Do konkursu mogą przystąpić **Regionalne Ośrodki Kompleksowej Rehabilitacji Kardiologicznej oraz inne Ośrodki** wiodące w województwach.

#### **Oferta przystąpienia do konkursu powinna zawierać:**

1. Oświadczenie dyrektora o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia.
2. Prawidłowo wypełnione załączniki nr 1,2,3.
3. Wyciąg KRS, statut jednostki oraz kopię rejestru zakładu opieki zdrowotnej prowadzonego przez wojewodę lub Ministra Zdrowia, potwierdzone za zgodność z oryginałem.
4. Uwierzytelnioną kopię polisy ubezpieczenia OC.
5. Pisemną zgodę oferenta na przeprowadzenie kontroli i udostępnienie dokumentów umożliwiających weryfikację podanych w ofercie danych.
6. Opinię konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie kardiologii.
7. Opinię Kierownika Regionalnego Ośrodka KRK.
8. Zgodę dyrektora Jednostki o gotowości przystąpienia do konkursu.
9. Zgodę dyrektora Jednostki współpracującej lub mającej nadzór naukowy.
10. Potwierdzenie współpracy z ośrodkiem transplantologii (tylko w przypadku ubiegania się o system do wysiłkowej próby ergospirometrycznej)
11. **Wymagany 10% udział własny w kosztach zakupu aparatury** (wykaz przewidywanego rodzaju aparatury medycznej do zakupu – załącznik nr 4).

#### **Wymagania stawiane oferentom:**

1. Województwo (podkreślić).
2. **Prowadzenie rehabilitacji stacjonarnej i ambulatoryjnej oraz telerehabilitacji.**
3. **Prowadzenie kompleksowej rehabilitacji:**
  - farmakoterapia
  - kinezyterapia
  - psychoterapia

- prewencja
- edukacja

4. Prowadzenie działalności dydaktycznej w latach 2006-2007.

5. Kliniczna charakterystyka rehabilitowanych pacjentów wg załącznika 2 pkt. X

**W pierwszej kolejności będą uwzględnione oferty jednostek, które w latach 2003-2005 nadesłały ankiety dotyczące funkcjonowania Oddziału rehabilitacji kardiologicznej.**

**Kryteria oceny ofert:**

1. Stopień spełnienia wyżej zdefiniowanych wymagań stawianych oferentom.
2. Ocena treści ankiet według załącznika nr 2.

**Uwaga!**

- Przedłożona oferta powinna zawierać spis załączonych dokumentów.
- Wszystkie strony oferty powinny być ponumerowane i parafowane przez oferenta. Kopie oryginalnych dokumentów powinny być uwierzytelnione przez oferenta podpisem potwierdzającym zgodność z oryginałem.
- Dokumenty przedłożone w ofercie będą stanowiły podstawę potwierdzenia spełnienia przez oferenta wymagań związanych z przystąpieniem do konkursu oraz oceny parametrów ośrodka.
- Oferty niekompletne, nieprawidłowo wypełnione lub zawierające błędne dane zostaną uznane w postępowaniu konkursowym za nieważne.
- Niedozwolone jest poprawianie lub uzupełnianie ofert.
- W wyjątkowych i uzasadnionych przypadkach komisja konkursowa może wystąpić do oferenta z prośbą o złożenie wyjaśnień lub przesłanie dodatkowych dokumentów, poza wymaganymi w ogłoszeniu o konkursie.
- Do oferty powinno być dołączone upoważnienie do podpisania oferty, o ile nie wynika ono z innych dokumentów załączonych przez oferenta.
- Zastrzega się możliwość przesunięcia terminu składania ofert, odwołania konkursu lub unieważnienia konkursu.

**Termin i miejsce składania ofert:**

Oferty w formie pisemnej należy składać w siedzibie Ministerstwa Zdrowia, w nieprzekraczalnym terminie do dnia **19.03.2008 roku** na adres:

Ministerstwo Zdrowia, Departament Polityki Zdrowotnej, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa z adnotacją na kopercie: „Konkurs ofert na realizację programu polityki zdrowotnej: **POLKARD - sieć pododdziałów rehabilitacji kardiologicznej**”.

.....  
pieczęć nagłówkowa oferenta

**ZGŁOSZENIE OFERTOWE**

Pełna nazwa oferenta	
Województwo	
Adres	
Numery telefonu i faksu	
Adres elektroniczny sekretariatu dyrektora	
Nazwisko i imię dyrektora zakładu opieki zdrowotnej	
Data i numer wpisu do KRS Pełna nazwa sądu dokonującego rejestru	
Nazwa banku i numer konta oferenta	

.....  
Pieczęć i podpis głównego księgowego  
ZOZ

.....  
Pieczęć i podpis dyrektora ZOZ

Data .....

I. Informacja o wyposażeniu

Rodzaj aparatury	Ilość dostępna w szpitalu	Ilość będąca na wyposażeniu oddziału kardiologii/ambulatorium
Zestaw do prób wysiłkowych		
Zestaw do ergospirometrii		
Zestaw do treningu interwałowego		
AparatUSG 2D/3D		
Kardiomonitor		
24 godzinne rejestratory ciśnienia		
EKG		
EKG z możliwością 24 godz. rejestracji (met. Holtera)		
Defibrylator		
System do telerehabilitacji ( liczba urządzeń)		

II. Baza lecznicza

## Rehabilitacja stacjonarna

Stan posiadania (łóżka, stanowiska, gabinety pracownie)	Zakreślić właściwe	
Najmniej 15 łóżek (pożądane w pokojach 1-3 osobowych)	TAK	NIE
Stanowisko intensywnego nadzoru kardiologicznego (minimum 1 łóżko na 40 pacjentów)	TAK	NIE
Sygnalizacja alarmowa we wszystkich pomieszczeniach dostępnych dla pacjentów	TAK	NIE
Gabinet zabiegowy	TAK	NIE
Pracownia psychologiczna	TAK	NIE
W przypadku obiektu wielokondygnacyjnego winda do transportu pacjenta	TAK	NIE

## Rehabilitacja ambulatoryjna

Stan posiadania (łóżka, stanowiska, gabinety pracownie)	Zakreślić właściwe	
Gabinety badań lekarskich	TAK	NIE
Gabinet zabiegowy z możliwością prowadzenia reanimacji	TAK	NIE

**III. Baza rehabilitacyjno-zabiegowa zabezpieczająca realizację wszelkich form rehabilitacji.**

Stan posiadania	Zakreślić właściwe	
	TAK	NIE
Sala gimnastyczna	TAK	NIE
Sala monitorowanych treningów na cykloergometrze i/lub bieżni ruchomej	TAK	NIE
Pracownia psychologii klinicznej z pomieszczeniami umożliwiającymi indywidualną i grupową terapię psychologiczną	TAK	NIE
Pomieszczenia umożliwiające działalność informacyjno-edukacyjną	TAK	NIE
Zaplecze socjalne dla pacjentów		
- poczekalnia,	TAK	NIE
- przebieralnia,	TAK	NIE
- punkt spożywania posiłków	TAK	NIE
Rejestracja	TAK	NIE
Basen	TAK	NIE
Gabinet odnowy biologicznej	TAK	NIE
Zaplecze sportowe na otwartej przestrzeni	TAK	NIE
Zaplecze do zajęć dydaktycznych	TAK	NIE

**IV. Wybrane wymagania organizacyjne**

**Rehabilitacja stacjonarna**

Wymagania organizacyjne	Zakreślić właściwe	
Stała obecność lekarza prowadzącego	TAK	NIE
Codziennie badania lekarskie z oceną postępów rehabilitacji	TAK	NIE
Usprawnienie w cyklach przed i po południowych	TAK	NIE
Całodobowy nadzór lekarsko-pielęgniarski	TAK	NIE

**Rehabilitacja ambulatoryjna**

Wymagania organizacyjne	Zakreślić właściwe	
Stały nadzór nad prowadzonymi treningami	TAK	NIE
Codziennie badania lekarskie z oceną postępów rehabilitacji	TAK	NIE

## V. Informacja o kadrze medycznej

### Kierownik Zespołu:

- Prof.dr hab.n.med.
- Doc.dr hab.n.med.
- Dr n.med.

### A. Informacja o kadrze oddziału rehabilitacji kardiologicznej

Rodzaj specjalności	Liczba zatrudnionych pracowników	Łączny wymiar zatrudnienia (w etatach przeliczeniowych)	Planowane zwiększenie wymiaru zatrudnienia
Lekarze kardiolodzy			
Pielęgniarki dyplomowane			
Lekarze z II <sup>o</sup> z chorób wewnętrznych			
Lekarze z II <sup>o</sup> z rehabilitacji medycznej			
Lekarze w trakcie specjalizacji z kardiologii			
Pielęgniarki			
Fizjoterapeuci z II stopniem			
Fizjoterapeuci z I stopniem			
Fizjoterapeuci w trakcie specjalizacji			
Psycholog			
Terapeuta zajęciowy			
Pracownik socjalny			
Dietetyk			

### B. Informacja o kadrze ambulatorium

Rodzaj specjalności	Liczba zatrudnionych pracowników	Łączny wymiar zatrudnienia (w etatach przeliczeniowych)	Planowane zwiększenie wymiaru zatrudnienia
Lekarze kardiolodzy			
Lekarze w trakcie specjalizacji z Kardiologii			
Lekarze z II <sup>o</sup> specjalizacji z chorób wewnętrznych			
Lekarze z II <sup>o</sup> z rehabilitacji medycznej			
Pielęgniarki dyplomowane Pielęgniarki			
Fizjoterapeuci z II stopniem			
Fizjoterapeuci z I stopniem			
Fizjoterapeuci w trakcie specjalizacji			

Psycholog			
Terapeuta zajęciowy			
Pracownik socjalny			
Dietetyk			

#### **VI. Informacja o aktywności jednostki**

<b>Działalność leczniczo-rehabilitacyjna</b>	<b>2007</b>
Działalność dydaktyczna (podać ilość organizowanych kursów i dla kogo)	
Liczba chorych z chorobami układu krążenia leczonych w oddziale / klinice rehabilitacji kardiologicznej	
Liczba chorych leczonych w trybie ambulatoryjnym	
Liczba chorych rehabilitowanych w domu (telerehabilitacja)	

#### **VII. Informacja o systemie rehabilitacji pacjentów**

<b>Rodzaj dostępnej rehabilitacji</b>	<b>Zakreślić właściwe</b>	
Rehabilitacja stacjonarna	TAK	NIE
Rehabilitacja w trybie ambulatoryjnym	TAK	NIE
Rehabilitacja w innym ośrodku	TAK	NIE
Telerehabilitacja w warunkach domowych	TAK	NIE

#### **VIII. Informacja o organizacji działalności naukowo-badawczej**

Ośrodek ma status Ośrodka Naukowo-Badawczego	TAK	NIE
Ośrodek współpracuje z Ośrodkiem Naukowo-Badawczym	TAK	NIE

**IX. Kliniczna charakterystyka rehabilitowanych pacjentów (zakreślić właściwe)**

- z chorobą niedokrwioną serca bez zawału i po zawale    tak     nie
- po zabiegu kardiochirurgicznym (w tym po transplantacji serca)    tak     nie
- po przezskórnej angioplastyce tętnic wieńcowych    tak     nie
- z niewydolnością serca w każdej klasie NYHA    tak     nie
- po implantacji stymulatora serca lub kardiowertera-defibrylatora    tak     nie
- z miażdżycą tętnic kończyn dolnych    tak     nie
- nadciśnienie tętnicze    tak     nie

**X. Ilość pacjentów rehabilitowanych w latach 2006 – 2007.**

— stacjonarnie     ; ambulatoryjnie     ; w domu (telerehabilitacja)   

—  
—

**Plan rzeczowo-finansowy**

**Planowany zakup .....**

**Orientacyjny koszt zakupu .....**

**Deklarowany 10% udział własny oferenta w kosztach zakupu**

**Uzasadnienie wniosku z określeniem celowości posiadania aparatury.**

.....  
Pieczęć i podpis głównego księgowego

.....  
Pieczęć i podpis dyrektora

Data .....

**Przewidywany rodzaj aparatury medycznej do zakupu dla Ośrodków Rehabilitacji Kardiologicznej (WORK) w ramach Programu POLKARD w 2008 roku.**

**W pierwszej kolejności zakupy będą dotyczyły:**

1. Zestawu do prób wysiłkowych (komputer, rower+ bieżnia
  2. Zestawu do ergospirometrii wysiłkowej ( tylko dla ośrodków współpracujących z ośrodkami transplantacji serca i/lub płuc) -
  3. Zestawu do treningu interwałowego (komputer + 4 stanowiska treningowe)
  4. Zintegrowanego zestawu do treningu interwałowego i próby wysiłkowej (komputer + 4 stanowiska treningowe)
  5. Holtera (24-godzinne EKG)
  6. EKG 12 kanałowe z analizą
  7. Systemu do telerehabilitacji
  8. Holtera do 24-godzinne RR
  9. Zestawów typu „nording walking”
- W drugiej kolejności zakupy mogą dotyczyć
1. Aparatu echokardiograficznego -
  2. Monitora do Sali R