

# Wieloletni Program Inwestycji

w zakresie rewitalizacji i rozbudowy  
Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie  
w Warszawie – etap I



Warszawa, 2019 r.



## Spis treści

1.	Analiza społeczno-gospodarcza otoczenia i trendów w kraju i dla województwa mazowieckiego w zakresie rynku usług medycznych .....	2
1.1	Struktura demograficzna.....	2
1.2	Sytuacja epidemiologiczna .....	3
1.3	Rozwój gospodarczy i wydatki na zdrowie .....	4
2.	Strategie krajowe i województwa mazowieckiego w zakresie walki z rakiem i opieki onkologicznej .....	6
3.	Zgodność Programu z dokumentami strategicznymi na poziomie krajowym i regionalnym .....	10
	Dokumenty strategiczne na poziomie krajowym.....	10
	Dokumenty strategiczne na poziomie regionalnym.....	12
4.	Działalność Centrum Onkologii – Instytutu .....	13
5.	Planowane cele i obszary rozwoju działalności Centrum Onkologii – Instytut.....	14
5.1	Planowane obszary działalności medycznej Centrum Onkologii – Instytut .....	21
5.1.1	Etap II - Planowany rozwój działalności Centrum Onkologii – Instytut w obszarze terapii protonowej .....	22
5.2	Informacja na temat jednostek odpowiedzialnych za realizację Programu .....	22
5.3	Struktura zarządzania systemem monitorowania w ramach Programu, w tym wskazania w ujęciu zadaniowym mierników realizacji Programu .....	23
6.	Zakres i efekty rzeczowe etapu I inwestycji .....	24
7.	Źródła finansowania .....	26
8.	Przewidywany okres zagospodarowania obiektów budowlanych i innych składników majątkowych po zakończeniu realizacji etapu I.....	27



# **1. Analiza społeczno-gospodarcza otoczenia i trendów w kraju i dla województwa mazowieckiego w zakresie rynku usług medycznych**

## **1.1 Struktura demograficzna**

Stan zdrowia społeczeństwa – i w konsekwencji popyt na usługi opieki zdrowotnej – kształtowany jest przez szereg niemedycznych czynników, wśród których istotną rolę odgrywają zjawiska demograficzne. Trzy kluczowe trendy demograficzne, które występują obecnie w kraju to:

- depopulacja, czyli spadek liczby ludności;
- wydłużanie się przeciętnego trwania życia;
- starzenie się społeczeństwa, polegające na zmianie struktury wieku ludności w kierunku wzrostu odsetek osób starszych w całej populacji.

Zgodnie z prognozą GUS, liczba ludności w kraju spadnie o 12% na przestrzeni 34 lat z poziomu 38,4 mln osób w 2016 r. do 33,9 mln w 2050 r., przy czym przede wszystkim spadnie liczba ludności w miastach. Przyczyną depopulacji kraju jest przewidywany pogłębiający się ujemny przyrost naturalny ludności – w 2016 r. liczba urodzeń na jeden zgon wyniosła 0,99.

Zjawisko to jest marginalne w województwie mazowieckim, gdzie prognozowany jest spadek liczby ludności jedynie o 1% - z 5,4 mln osób w 2016 r. do 5,3 mln osób w 2050 r. W zakresie liczby gospodarstw domowych spodziewany jest ich spadek w kraju z 14,1 mln w 2016 r. (dla 2,7 osób przypadających przeciętnie na gospodarstwo) do 13,5 mln w 2050 r. (dla prognozy 2,5 osób przypadających przeciętnie na gospodarstwo). Przewiduje się, że w województwie mazowieckim dla lat 2016-2050 zostanie również zanotowany spadek liczby osób przypadających na gospodarstwo z 2,6 do 2,5, natomiast wzrośnie liczba gospodarstw domowych z 2 do 2,2 mln, co jest wyjaśnione m.in. ich przyrostem na obszarach wiejskich.

Innym zjawiskiem demograficznym jest wydłużanie się przeciętnego trwania życia. W latach 2006-2015 przeciętne trwanie życia kobiet w kraju wydłużyło się aż o 2 lata (z 79,6 do 81,2), natomiast mężczyzn w kraju jeszcze więcej – aż o 2,7 lat (z 70,9 do 73,6).

Statystycznie, kobiety żyją dłużej niż mężczyźni, natomiast szybszy wzrost przeciętnego trwania życia mężczyzn niż kobiet powoduje systematyczne zmniejszanie się luki pomiędzy średnią długością życia płci – z 8,7 lat w 2006 r. do 8 lat w 2015 r. Oczekiwana długość życia w zdrowiu (tj. życie spędzone w zdrowiu i dobrej kondycji fizycznej) kobiet i mężczyzn w kraju również wzrosła w latach 2006-2015, natomiast rosła wolniej niż przeciętne trwanie życia. Szybszy wzrost oczekiwanej długości życia w zdrowiu mężczyzn niż kobiet pozwolił na przestrzeni analizowanej dekady na zmniejszenie się luki



między życiem w zdrowiu obydwu płci z 4,4 lat w 2006 r. do 2,9 lat w 2015 r. Różnica pomiędzy przeciętnym trwaniem życia a oczekiwaną długością życia w zdrowiu świadczy o średniej długości ostatnich lat życia spędzonych w chorobie. Niepokojący jest fakt pogłębiania się tej różnicy dla analizowanej dekady – w 2006 r. było to 16,8 i 12,5 kolejno dla kobiet i mężczyzn, natomiast w 2015 r. wzrosło odpowiednio do 18,5 i 13,4 lat. Wydłużanie się trwania życia w chorobie może świadczyć o naprawczym charakterze współczesnej medycyny wykorzystującej technologie medyczne pozwalające na utrzymanie chorującego pacjenta coraz dłużej przy życiu, co jest charakterystyczne dla leczenia chorób, będących aktualnie głównymi przyczynami zgonów.

W województwie mazowieckim w 2015 r. przeciętne dalsze trwanie życia noworodka było wyższe niż średnia dla kraju i wyniosło 82 i 74 lata kolejno dla kobiet i mężczyzn.

Kolejnym trendem demograficznym występującym w kraju jest starzenie się społeczeństwa. Zgodnie z danymi GUS, w 2016 r. osoby w wieku powyżej 65 lat stanowiły 17% populacji województwa mazowieckiego, 16% w kraju. Wskaźnik obciążenia demograficznego (stosunek liczby osób w wieku nieprodukcyjnym do liczby osób w wieku produkcyjnym) wyniósł w 2016 r. kolejno 62% dla kraju i 65% dla województwa mazowieckiego. Według prognoz GUS na 2050 r., osoby powyżej 65 roku życia będą stanowiły aż 33% populacji kraju, 31% województwa mazowieckiego, przy wskaźniku obciążenia demograficznego dla kraju i województwa mazowieckiego kolejno 105% i 77%. Oznacza to, że w 2050 r. co trzecia osoba w kraju i w województwie mazowieckim będzie miała ukończony 65 rok życia. Prognozy na kolejne lata (po 2050 r.) wskazują na utrzymywanie się trendu starzenia się społeczeństwa.

## **1.2 Sytuacja epidemiologiczna**

Niezakaźne choroby przewlekłe są głównymi przyczynami zgonów zarówno w Unii Europejskiej, jak i w kraju oraz województwie mazowieckim.

W 2015 r. w kraju zanotowano ok. 395 tys. zgonów. Choroby układu krążenia i nowotwory były przyczyną ponad 70% wszystkich zgonów. Najczęstszą przyczyną były choroby układu krążenia, które w 2015 r. stanowiły 46% wszystkich zgonów (180 tys.), przy czym u kobiet aż 51%, natomiast u mężczyzn 41%. Drugą najczęstszą przyczyną były choroby nowotworowe, które stanowiły 27% wszystkich zgonów (105 tys.). Nowotwory nieco częściej były odpowiedzialne za zgony wśród mężczyzn (29%) niż wśród kobiet (25%). Trzecią z kolei przyczyną zgonów wśród mężczyzn były zewnętrzne przyczyny zgonu (np. wypadki) i stanowiły 7% wszystkich zgonów, natomiast wśród kobiet były to choroby układu oddechowego odpowiedzialne za 6% zgonów w 2015 r. Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania w 2015 r., na wsi większy udział wśród przyczyn zgonów miały choroby układu krążenia (48% w porównaniu do 46% w obszarach miejskich), natomiast w miastach większy był



udział zgonów z powodu nowotworów (27% w porównaniu do 24% w obszarach wiejskich).

Według wieku choroby układu krążenia były najczęstszą przyczyną zgonów wśród osób w wieku 45-49 oraz powyżej 70 lat, natomiast nowotwory wśród osób w wieku 50-69 lat. Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów liczba nowych zachorowań na nowotwory w kraju w 2015 r. wyniosła 163 tys.

W województwie mazowieckim w 2015 r. zanotowano 55 tys. zgonów, z czego przyczyną 45% były choroby układu krążenia (25 tys.) i 27% nowotwory (15 tys.). Liczba nowych zachorowań na nowotwory w 2015 r. w województwie mazowieckim wyniosła 19,5 tys. (wg danych Krajowego Rejestru Nowotworów).

### **1.3       Rozwój gospodarczy i wydatki na zdrowie<sup>1</sup>**

W kraju obserwuje się tendencję rocznego wzrostu PKB. Na przestrzeni jednej dekady (2006-2015) produkt krajowy brutto (w cenach bieżących) wzrósł z 1,1 bln PLN w 2006 r. do 1,8 bln PLN w 2015 r. Tempo wzrostu PKB wahało się w analizowanym okresie z roku na rok – pomiędzy maksymalnym rocznym wzrostem w wysokości 7% w 2007 r. a minimalnym w wysokości 1,4% w 2013 r.

W kraju obserwuje się również roczną tendencję wzrostu wydatków na ochronę zdrowia. Przykładowo na przestrzeni czterech lat 2012-2015 publiczne i prywatne wydatki na ochronę wzrosły o 13% - z 101 mld PLN w 2012 r. do 114 mld PLN w 2015 r.

W 2015 r. nakłady na ochronę zdrowia stanowiły 6,34% PKB, z czego wydatki publiczne stanowiły 4,44% PKB, natomiast wydatki prywatne 1,9% PKB.

W 2015 r. 70% stanowiły wydatki publiczne (80 mld PLN), a 30% opłaty bezpośrednie z gospodarstw domowych i inne wydatki prywatne (34 mld PLN). Blisko 80% wszystkich wydatków na zdrowie w 2015 r. przeznaczono na usługi lecznicze oraz leki i materiały nietrwałego użytku. Z pieniędzy publicznych najwięcej (66%) wydano na usługi lecznicze (52,7 mld PLN). Z wydatków bezpośrednich gospodarstw domowych 59% przeznaczono na leki i materiały nietrwałego użytku (15,7 mld PLN). Inne wydatki prywatne w 70% również stanowiły usługi lecznicze (6,6 mld PLN).

W 2015 r. 61% wydatków na ochronę zdrowia pochodziło z obowiązkowych składkowych ubezpieczeń zdrowotnych. W tym samym roku koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych poniesione przez Narodowy Fundusz Zdrowia (dalej „NFZ”) wyniosły 67 mld PLN, z czego 50% przeznaczono na

---

<sup>1</sup> Na podstawie danych GUS.



sfinansowanie leczenia szpitalnego, 13% na podstawową opiekę zdrowotną, 12% na refundację leków i 8% na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną.



## **2. Strategie krajowe i województwa mazowieckiego w zakresie walki z rakiem i opieki onkologicznej**

Tematyka walki z chorobami nowotworowymi i opieki systemowej nad pacjentami onkologicznymi w kraju jest szeroko dyskutowana przez środowisko oraz ujęta w dwóch dokumentach dedykowanych wyłącznie zagadnieniu opieki onkologicznej i walki z rakiem w kraju:

- **„Program Wieloletni na lata 2016-2024 – Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych”;**
- **„Strategia Walki z Rakiem w Polsce 2015-2024” (aktualizacja maj 2017).**

**„Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024”** został formalnie przyjęty i ustanowiony w drodze uchwały nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2016-2024 (dalej „Program”), na podstawie art. 136 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 869). Program jest finansowany z budżetu państwa, a jego wykonawcą i nadzorującym jest minister właściwy do spraw zdrowia. Program wpisuje się w ramy innych powiązanych dokumentów strategicznych, takich jak:

- „Krajowe ramy strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”;
- „Narodowy Program Zdrowia 2016-2020” (dokument ustanowiony w kolejnym roku po uchwaleniu Programu);
- „Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020”;
- „Strategia Sprawne Państwo 2020” (Cel 5. Efektywne świadczenie usług publicznych);
- „Europa 2020. Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu”.

Program uwzględnia następujące aspekty związane z opieką onkologiczną i walką z rakiem w kraju:

- Analiza stanu obecnej sytuacji epidemiologicznej w kraju uzupełniona o proponowane inicjatywy mające na celu zmniejszenie zapadalności na nowotwory i poprawę opieki onkologicznej oraz analizę SWOT dla Programu;
- Cel główny i lista priorytetów Programu rozpisanych na cele szczegółowe i kierunki interwencji, w tym:
  - ▶ Promocja zdrowia i profilaktyka nowotworów:
    - Utrwalanie prawidłowych wzorców zdrowego stylu życia,
    - Profilaktyka pierwotna (I fazy), polegająca na zapobieganiu chorobom przez kontrolowanie czynników ryzyka,



- Działania na poziomie centralnym i lokalnym,
- Działania przede wszystkim o charakterze informacyjnym, promocyjnym, edukacyjnym i przeciwdziałającym zachorowaniom na nowotwory na temat postaw prozdrowotnych oraz na rzecz zwiększenia zgłaszalności na badania profilaktyczne,
- Działania szczególnie adresujące problem zachorowań raka szyjki macicy, raka piersi, raka jelita grubego oraz raka płuc.
- ▶ Profilaktyka wtórna, diagnostyka oraz wykrywanie nowotworów:
  - Profilaktyka wtórna (II fazy), polegająca na zapobieganiu konsekwencjom choroby przez jej wczesne wykrycie i leczenie (np. badanie przesiewowe),
  - Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe,
  - Opracowanie i wdrożenie procedur zapewnienia jakości diagnostyki nowotworów, w tym działania polegające na uzupełnianiu oraz wymianie wyeksploatowanego sprzętu diagnostycznego,
  - Badania przesiewowe szczególnie w kierunku wczesnego wykrywania raka szyjki macicy, raka piersi, raka jelita grubego oraz raka płuc.
- ▶ Wsparcie procesu leczenia nowotworów:
  - Profilaktyka III fazy, polegająca na zahamowaniu postępu choroby oraz ograniczenie powikłań,
  - Opracowanie i wdrożenie procedur zapewnienia jakości w terapii nowotworów, w tym działania polegające na uzupełnianiu oraz wymianie wyeksploatowanego sprzętu do leczenia nowotworów (np. przyspieszacz liniowe do radioterapii),
  - Zakup endoprotez na potrzeby leczenia dzieci z nowotworami kości,
  - Zintegrowana opieka nad pacjentami onkologicznymi i ich bliskimi.
- ▶ Edukacja onkologiczna:
  - Działania mające na celu rozwój i upowszechnianie nauczania onkologii w kształceniu przeddyplomowym i podyplomowym lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych, psychologów oraz przedstawicieli innych zawodów medycznych,
  - Szkolenia z zakresu onkologii dla lekarzy,
  - Szkolenia specjalistyczne dla personelu obsługującego badania przesiewowe,
  - Szkolenia z zakresu przed- i podyplomowego kształcenia lekarzy i przedstawicieli innych zawodów medycznych mających zastosowanie w ochronie zdrowia,
  - Szkolenia z zakresu psychoonkologii,





- Wsparcie państwowych uczelni medycznych w zakresie podniesienia poziomu nauczania przeddyplomowego.
- ▶ Wspomaganie systemu rejestracji nowotworów:
  - Poprawa działania systemu zbierania i gromadzenia danych o nowotworach,
  - Zapewnienie sprawnej wymiany danych i ich weryfikacji,
- Zapewnienie dostępu, w tym publicznego, do danych umożliwiających wczesne podejmowanie decyzji o znaczeniu kierunkowym dla pozostałych priorytetów Programu;  
Sposób realizacji Programu wskazujący ministra właściwego do spraw zdrowia jako wykonawcę Programu upoważnionego do wprowadzania zmian w poszczególnych priorytetach oraz do powierzenia realizacji poszczególnych zadań lub działań z zakresu Programu innym podmiotom;
- Plan finansowy Programu określający planowane nakłady z budżetu państwa w maksymalnej rocznej kwocie 250 mln zł łącznie na wydatki bieżące i majątkowe;
- Monitoring Programu i ocena stopnia osiągnięcia jego celów polegają na opisanu metody stałego monitorowania (coroczna ocena efektów, sprawozdania z realizacji) opartej m.in. o mierniki z określonym wskaźnikiem docelowym do 2024 r. (np. 5-letnie przeżycia chorych na nowotwory, zgłaszalność na badania przesiewowe, liczba przeszkolonych osób, kompletność rejestracji danych o nowotworach złośliwych).

**„Strategia Walki z Rakiem w Polsce 2015-2024”** - celem Strategii jest wskazanie głównych kierunków zmian w kraju dla obniżenia wskaźników zachorowalności i umieralności na nowotwory oraz poprawy jakości życia chorych na nowotwory.

Na poziomie województwa mazowieckiego tematyka walki z chorobami nowotworowymi i opieki systemowej nad pacjentami onkologicznymi została pośrednio ujęta w dwóch dokumentach:

- **„Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa mazowieckiego”** ustanowiony w 2016 r - problem chorób nowotworowych został ujęty jako pierwszy priorytet dokumentu: „Zapewnienie kompleksowej opieki nad pacjentem z chorobą nowotworową na wszystkich etapach postępowania diagnostyczno-terapeutycznego”.
- **„Program przeciwdziałania wybranym problemom zdrowotnym w województwie mazowieckim na lata 2012-2017”** – jednym z celów operacyjnych w dokumencie jest „Zapobieganie i wczesne wykrywanie chorób nowotworowych”.

Wytyczne unijne w zakresie walki z rakiem i opieki onkologicznej:

- **„Strategic Plan 2016-2020. DG Health & Food Safety”** – dokument odnosi się do



obszaru chorób nowotworowych w dwóch celach szczegółowych:

- ▶ Efektywna kosztowo promocja zdrowia i profilaktyka chorób,
  - ▶ Dostęp do repozytorium danych epidemiologicznych i rejestrów chorób.
- „**Third EU Health Programme 2014-2020**” – do zagadnienia chorób nowotworowych program odnosi się bezpośrednio w celu dotyczącym promocji zdrowia, profilaktyki chorób i wspierania środowisk propagujących zdrowy styl życia.

Do przykładowych inicjatyw europejskich dedykowanych wyłącznie zagadnieniu opieki onkologicznej i walki z rakiem należą:

**European Partnership for Action Against Cancer** (Europejskie Partnerstwo na Rzecz Walki z Rakiem; EPAAC) – zadaniem EPAAC było przede wszystkim wsparcie państw członkowskich w ich wysiłkach na rzecz bardziej efektywnej walki z rakiem przez utworzenie ram dla pozyskiwania i wymiany informacji, umiejętności i wiedzy w zakresie profilaktyki i zwalczania raka, aby osiągnąć efekt synergii i uniknąć rozproszenia działań oraz podwajania wysiłków.

**Rekomendacje Rady Unii Europejskiej w zakresie badań przesiewowych nowotworów** –

Rada Unii Europejskiej wydała w 2003 r. rekomendacje określające zasady dobrych praktyk w zakresie wczesnego wykrywania raka i wezwała wszystkie państwa członkowskie do podjęcia wspólnych działań w celu wdrożenia krajowych programów badań przesiewowych w kierunku raka piersi, szyjki macicy oraz jelita grubego.

**Europejski kodeks walki z rakiem** – to inicjatywa Komisji Europejskiej zapoczątkowana w 1987 r. mająca na celu informowanie obywateli o działaniach, które mogą podjąć w odniesieniu do siebie i swojej rodziny, aby zmniejszyć ryzyko zachorowania na raka.



### 3. Zgodność Programu z dokumentami strategicznymi na poziomie krajowym i regionalnym

#### Dokumenty strategiczne na poziomie krajowym

- Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do 2020 roku (z perspektywą do 2030 roku.)
- Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Krajowe ramy strategiczne
- Krajowe Inteligentne Specjalizacje (KIS)

#### **Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do 2020 roku (z perspektywą do 2030 roku)**

Program Rewitalizacji wpisuje się w następujący cel szczegółowy wymieniony w Strategii:

Program służy osiągnięciu **strategicznego celu** Strategii - *tworzenie warunków dla wzrostu dochodów mieszkańców kraju przy jednoczesnym wzroście spójności w wymiarze społecznym, ekonomicznym, środowiskowym i terytorialnym* przez realizację celów **w sferze instytucjonalnej** nakierunkowanych na państwo bardziej przyjazne obywatelom, co będzie przejawiało się w poprawie jakości funkcjonowania jego organów i poszczególnych instytucji służących rozwojowi.

**Cel szczegółowy II – rozwój społecznie wrażliwy i terytorialnie zrównoważony poprzez realizację działań w:**

- **sferze spójność społeczna** - *poprawa dostępności usług świadczonych w odpowiedzi na wyzwania demograficzne oraz wzrost i poprawa wykorzystania potencjału kapitału ludzkiego na rynku pracy,*
- **obszarze kapitał ludzki i społeczny** - *poprawa jakości kapitału ludzkiego i zwiększenie udziału kapitału społecznego w rozwoju społeczno-gospodarczym kraju.*

Jakość kapitału ludzkiego, to również działania na rzecz pozostawania w jak najlepszym zdrowiu, co stanowi warunek niezbędny dla utrzymywania aktywności zawodowej i społecznej, a także stanowi o jakości życia.

W perspektywie długookresowej efektem realizacji Strategii będzie wzrost dochodów społeczeństwa oraz poprawa jakości życia przez m.in. lepszy dostęp do infrastruktury i zapewnienie odpowiedniej opieki medycznej, poprawiającej zdrowotność społeczeństwa.



W związku z powyższym Program Rewitalizacji w znacznym stopniu wpływa na realizację celów Strategii przez podniesienie jakości kapitału ludzkiego, dzięki działaniom na rzecz pozostawania w jak najlepszym zdrowiu. Poprawia jakość życia obywateli, dzięki zapewnieniu lepszemu dostępowi do usług z zakresu opieki zdrowotnej, co jest niezmiernie ważne w postępującym procesie starzenia się społeczeństwa. Według statystyk w perspektywie średnio- i długookresowej spadek populacji osób w wieku produkcyjnym oraz stały wzrost populacji w wieku 65+ będzie prowadził do istotnych przemian na rynku pracy oraz wzrostu zapotrzebowania na usługi w obszarze opieki zdrowotnej.

W nawiązaniu do powyższego, dzięki kierunkom działań przewidzianym w Programie Rewitalizacji, sprzyja on poprawie jakości życia przez zapewnienie odpowiedniej opieki medycznej, co jest niezmiernie istotne, gdyż dobry stan zdrowia całego społeczeństwa jest znaczącą determinantą wzrostu gospodarczego.

### **Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Krajowe ramy strategiczne.**

Program Rewitalizacji wpisuje się w następujące cele wymienione w *Policy Paper*:

► **Cel główny strategiczny** - *zwiększenie długości życia w zdrowiu jako czynnika wpływającego na jakość życia i wzrost gospodarczy w kraju*

▪ **Cele długoterminowe:**

- **Cel długoterminowy 2 do 2030** - *dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do prognozowanych do 2030 r. zmian demograficznych, w szczególności wzmocnienie działań na rzecz rozwoju infrastruktury i zasobów kadrowych w obszarach opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi,*
- **Cel długoterminowy 3 do 2030** - *wdrożenie instrumentów podnoszących jakość świadczonych usług zdrowotnych i efektywność systemu opieki zdrowotnej,*
- **Cel długoterminowy 4 do 2030** - *zwiększenie dostępności do wysokiej jakości usług zdrowotnych w priorytetowych, wynikających z uwarunkowań epidemiologicznych, dziedzinach medycyny (np. kardiologia, onkologia, neurologia, medycyna ratunkowa, ortopedia i traumatologia, psychiatria).*

### **Krajowe Inteligentne Specjalizacje (KIS) – stan na 01.01.2019 r.**

Program Rewitalizacji wpisuje się w następujące Krajowe Inteligentne Specjalizacje:

► **KIS 1. Zdrowe Społeczeństwo**

- **DZIAŁ II – Diagnostyka i terapia chorób**



### **Dokumenty strategiczne na poziomie regionalnym**

#### **Strategia Rozwoju Województwa Mazowieckiego do 2030 roku „Innowacyjne Mazowsze”**

Program Rewitalizacji wpisuje się w następujący cel wymieniony w Strategii:

Program jest spójny z **wizją** Strategii *w obszarze konkurencyjności i innowacyjności, wysokiego wzrostu gospodarczego oraz bardzo dobrych warunków życia mieszkańców Mazowsza.*

#### **Regionalna Strategia Innowacji dla Mazowsza do 2020 roku (RIS)**

Program Rewitalizacji wpisuje się w następujące cel i kierunki działań Strategii:

- ▶ **Cel główny** - *wzrost innowacyjności Mazowsza, prowadzący do przyspieszenia wzrostu i zwiększenia konkurencyjności w skali Unii Europejskiej.*



#### **4. Działalność Centrum Onkologii – Instytutu**

Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie jest największym szpitalem onkologicznym w kraju (w 2017 r. liczba hospitalizowanych wyniosła 84 tys. pacjentów, liczba porad 376 tys.) oraz największym podmiotem leczniczym w województwie mazowieckim pod względem wielkości kontraktu z NFZ. W latach 2015-2017 wartości kontraktu Instytutu stanowiły ok. 5-6% wszystkich kontraktów przydzielonych przez NFZ w województwie. Wartości kontraktu szpitala wyniosły 441,15 mln PLN, 475,54 mln PLN oraz 523,49 mln PLN kolejno dla lat 2015-2017. Oznacza to, że kontrakt Instytutu z NFZ wzrósł w 2017 r. o 6% w porównaniu do 2016 r. i o 14% w porównaniu do 2015 r.

Rodzaje świadczeń leczenie szpitalne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna i świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie stanowiły w analizowanych latach łącznie 99% kontraktu Centrum Onkologii – Instytut z NFZ. Te trzy rodzaje świadczeń będą przedmiotem dalszej analizy kontraktów zawartych z NFZ w województwie mazowieckim w zakresie opieki onkologicznej w latach 2015-2017. Instytut udziela również świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza, profilaktyczne programy zdrowotne, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień oraz opieka paliatywna i hospicyjna, co stanowi ok. 1% działalności szpitala.

Zgodnie z onkologiczną mapą potrzeb zdrowotnych opracowaną przez Ministerstwo Zdrowia w 2015 r. dla województwa mazowieckiego, liczba pacjentów onkologicznych leczonych przez Centrum Onkologii – Instytut w 2012 r. była największa zarówno na poziomie krajowym, jak i regionalnym, a udział rynkowy Instytutu liczony liczbą pacjentów wyniósł 5% dla kraju i 30% dla województwa mazowieckiego. Pacjenci pochodzący spoza województwa mazowieckiego stanowili ponad 20% wszystkich pacjentów, co świadczy o ponadregionalnym charakterze działalności Instytutu w zakresie leczenia nowotworów.

Centrum Onkologii – Instytut jako największy instytut medyczny nadzorowany przez Ministerstwo Zdrowia, oprócz funkcji głównego ośrodka onkologicznego w kraju o najwyższym stopniu referencyjności prowadzącego działalność leczniczą, prowadzi również działalność w obszarze naukowo-badawczym w zakresie chorób nowotworowych. Badania kliniczne realizowane przez Instytut dotyczą m.in. oceny wartości leczenia skojarzonego i uzupełniającego, jakości życia chorych, radiobiologii klinicznej. Centrum Onkologii – Instytut pracuje również nad udoskonalaniem i rozwojem nowych metod radioterapii. W obszarze naukowo-badawczym, Instytut posiada kategorię A w ocenie parametrycznej jednostek, odnotowując 396 opublikowanych prac w 2017 r., w tym 339 oryginalnych, z sumarycznym *Impact Factor* w wysokości 1454,614.



## 5. Planowane cele i obszary rozwoju działalności Centrum Onkologii – Instytut

Kierunki rozwoju i zmiany w zakresie opieki onkologicznej przedstawione w Narodowym Programie Zwalczania Chorób Nowotworowych oraz Strategii Walki z Rakiem uwzględniają działania w pięciu obszarach:

- systemowym;
- populacyjnym;
- indywidualnym (zorientowanym na pacjenta);
- dydaktyczno-szkoleniowym;
- naukowo-badawczym.

Obszary dla planowanych kierunków rozwoju działalności Centrum Onkologii – Instytut są zbieżne z obszarami krajowych dokumentów strategicznych i uwzględniają dwa istotne cele:

### **Cel 1:**

*Poprawa świadczenia usług zdrowotnych w zakresie chorób nowotworowych*

### **Cel 2:**

*Poprawa bezpieczeństwa i komfortu pacjentów i ich rodzin oraz pracowników*

### **Obszar systemowy**

W obszarze systemowym kierunki rozwoju działalności Centrum Onkologii – Instytut dla Celu 1 uwzględniają m.in. następujące działania:

<b>Nr</b>	<b>Działanie</b>
1	<b>Koordinacja działań Krajowej Sieci Onkologicznej na poziomie kraju:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Strategiczna ocena jakości działania Krajowej Sieci Onkologicznej, obejmująca m.in.:<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Analizę danych populacyjnych;</li></ul></li></ul>



- Ocenę jakości (w tym przestrzegania oraz efektywności postępowania diagnostyczno-terapeutycznego) działalności ośrodków onkologicznych;
- Analizę danych w odniesieniu do map potrzeb zdrowotnych oraz obowiązujących wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego;
- Współpracę z towarzystwami naukowymi w opracowaniu i bieżącej modyfikacji systemu zasad zewnętrznych audytów klinicznych;
- Przygotowywanie cyklicznych raportów sprawozdawczych;
- Opracowywanie wskaźników referencyjności i zakresów kompetencji dla ośrodków onkologicznych;
- Inicjowanie i koordynowanie prac w zakresie opracowywania standardów i wytycznych w onkologii w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorych oraz obserwacji po zakończeniu leczenia (w tym definiowanie ścieżek pacjenta);
- Udział w tworzeniu zasad finansowania świadczeń onkologicznych.

### **Koordinacja działań Krajowej Sieci Onkologicznej na poziomie województwa mazowieckiego:**

Nawiązanie i rozwój współpracy koordynującego ośrodka onkologicznego z innymi regionalnymi ośrodkami onkologicznymi, co obejmowałoby swoim zakresem przede wszystkim:

- 2
- Koordinację, monitorowanie realizacji i jakości całościowej opieki nad pacjentem onkologicznym wg założonego planu leczenia w regionalnych ośrodkach onkologicznych;
  - Zapewnienie optymalnego przepływu pacjentów pomiędzy ośrodkami w regionie – zależnie od złożoności planowanego leczenia oraz stopnia referencyjności i możliwości terapeutycznych danego ośrodka onkologicznego.

### **Prowadzenie i rozwijanie Krajowego Rejestru Nowotworów:**

- 3
- Rozszerzenie celów Krajowego Rejestru Nowotworów o prowadzenie modułu analitycznego dla Krajowej Sieci Onkologicznej;
  - Utworzenie systemu dla skutecznego pozyskiwania kompletnych danych dobrej jakości;
  - Rozwój funkcjonalności Krajowego Rejestru Nowotworów, umożliwiający m.in. poprawę jakości danych oraz całkowicie elektroniczną wymianę danych pomiędzy podmiotami leczniczymi a Krajowym Rejestrem Nowotworów;
  - Rozbudowa infrastruktury technicznej Krajowego Rejestru Nowotworów pozwalająca na budowę rejestrów narządowych obok rejestru centralnego.

### **Koordinowanie badań naukowych na poziomie kraju:**

- 4
- Współdziałanie w kreowaniu krajowej polityki naukowej w zakresie onkologii;
  - Inicjowanie tworzenia ogólnopolskich ośrodków badań wielkoskalowych z użyciem technologii sekwencjonowania następnej generacji;





- Inicjowanie i opiniowanie krajowych badań niekomercyjnych umożliwiających optymalizację technologii medycznych na potrzeby systemu ochrony zdrowia i płatnika publicznego m.in. dla Ministerstwa Zdrowia i agencji finansujących;
- Koordynacja populacyjnych badań genetycznych i molekularnych w onkologii;
- Utworzenie krajowego systemu bankowania krwi i tkanek wraz z repozytorium danych klinicznych, patomorfologicznych oraz laboratoryjnych;
- Powołanie sieci pracowni naukowych na potrzeby badań przedklinicznych;
- Inicjowanie opracowania modelu krajowych badań interwencyjnych i obserwacyjnych w zakresie onkologii precyzyjnej;
- Opracowanie projektu krajowego repozytorium z ośrodkiem analitycznym danych naukowych z dziedziny onkologii z uwzględnieniem integracji systemów informatycznych;
- Prowadzenie działań promocyjnych i koordynacja badań klinicznych wczesnych faz oraz badań wdrożeniowych produktów leczniczych;
- Promowanie współpracy między zespołami klinicznymi i przedstawicielami nauk podstawowych na potrzeby rozwoju onkologii precyzyjnej.

### Obszar populacyjny:

W obszarze populacyjnym kierunki rozwoju działalności Centrum Onkologii – Instytut dla Celu 1 uwzględniają m.in. następujące działania:

Nr	Działanie
1	<b>Koordynacja i współuczestnictwo w tworzeniu i opracowywaniu programów prewencyjnych i przesiewowych:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Projektowanie, prowadzenie i ewaluacja pilotaży nowych technologii w programach przesiewowych raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego, np.:<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Test immunochemiczny na krew utajoną w kale w porównaniu do kolonoskopii dla programu przesiewowego raka jelita grubego;</li><li>▪ Test HPV DNA w porównaniu do cytologii przesiewowej dla programu przesiewowego raka szyjki macicy;</li><li>▪ Mammografia z tomosyntezą w porównaniu do standardowej dla programu przesiewowego raka piersi;</li></ul></li><li>▪ Wdrożenie do programów profilaktycznych technologii, które w pilotażach wykazały pozytywne rezultaty.</li></ul>
2	<b>Realizacja programów prewencyjnych i przesiewowych:</b>



	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Stworzenie ośrodka nadzoru grup wysokiego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego, przełyku, żołądka, piersi oraz szyjki macicy, w którym to ośrodku wprowadzone byłyby techniki zaawansowanego obrazowania;</li><li>▪ Poprawa jakości realizacji istniejących programów profilaktycznych przez monitorowanie i raportowanie kluczowych wskaźników jakości oraz tworzenie systemów dedykowanego szkolenia dla personelu realizującego te działania;</li><li>▪ Reorganizacja rejestracji i utworzenie call centr w Centrum Profilaktyki Nowotworów.</li></ul>
3	<b>Realizacja konsultacji w specjalistycznych poradniach profilaktycznych:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Zwiększenie liczby i zakresu porad genetycznych w Pracowni Genetyki;</li><li>▪ Zwiększenie liczby i zakresu porad onkologa/dermatologa w Poradni Profilaktyki Nowotworów Skóry;</li><li>▪ Rozszerzenie małoinwazyjnych technik leczenia endoskopowego nowotworów przewody pokarmowego i zabiegów ginekologicznych w zmianach przednowotworowych raka szyjki macicy.</li></ul>
4	<b>Realizacja szkoleń dla lekarzy (w tym podstawowej opieki zdrowotnej) i innych zawodów medycznych z zakresu onkologii:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Edukacja lekarzy i innych zawodów medycznych obejmująca takie obszary onkologiczne jak profilaktyka, diagnostyka onkologiczna, leczenie i opieka nad pacjentami po leczeniu onkologicznym;</li><li>▪ Prowadzenie szkoleń „hands on” z wykonywania małoinwazyjnych zabiegów leczenia endoskopowego nowotworów przewodu pokarmowego i zabiegów ginekologicznych w zmianach przednowotworowych raka szyjki macicy.</li></ul>

### Obszar indywidualny (zorientowany na pacjenta)

W obszarze indywidualnym kierunki rozwoju działalności Centrum Onkologii – Instytut dla Celu 1 uwzględniają m.in. następujące działania:

Nr	Działanie
1	<b>Zwiększenie dostępności oraz skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Lepsze wykorzystanie bazy łóżkowej;</li><li>▪ Skrócenie czasu hospitalizacji;</li><li>▪ Przeniesienie na poziom ambulatoryjny części świadczeń z zakresu diagnostyki, chemioterapii i radioterapii oraz rozbudowanie w tym obszarze tzw. świadczeń jednodniowych.</li></ul>
2	<b>Zapewnienie wysokiej jakości kompleksowej realizacji diagnostyki i leczenia pacjentów onkologicznych przez wykorzystanie własnych zasobów oraz ścisłą współpracę Instytutu z innymi ośrodkami onkologicznymi:</b>



	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Optymalizacja ścieżki pacjenta w ramach klinik narządowych;</li><li>▪ Bieżąca adaptacja nowych standardów klinicznych;</li><li>▪ Wdrażanie własnych autorskich schematów diagnostyczno-terapeutycznych w oparciu o prowadzone badania kliniczne;</li><li>▪ Bieżąca modernizacja aparatury i sprzętu;</li><li>▪ Rozwijanie działalności w zakresie opieki rehabilitacyjnej dla pacjentów onkologicznych;</li><li>▪ Rozwijanie zaplecza infrastrukturalnego i kadrowego dla działalności w zakresie wsparcia psychologicznego pacjentów i ich rodzin.</li></ul>
3	<p><b>Realizacja większej liczby świadczeń medycznych skoncentrowanych przede wszystkim na procedurach wysokospecjalistycznych, unikalnych i kompleksowych (w tym dla leczenia radykalnego) oraz mniejszej liczby świadczeń standardowych, które mogą być realizowane przez ośrodki o niższym stopniu referencyjności:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Zapewnienie właściwego przepływu chorych przez alokację trudnych przypadków klinicznych w COI oraz standardowych w współpracujących ośrodkach onkologicznych – zgodnie z referencyjnością i zakresem kompetencji ośrodków onkologicznych.</li></ul>
4	<p><b>Rozwijanie działalności konsultacyjnej:</b></p> <p>Dla sprawnego funkcjonowania Krajowej Sieci Onkologicznej na poziomie kraju i regionu działania w tym obszarze dotyczyłyby:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Udzielania porad w zakresie przypadków klinicznych;</li><li>▪ Kontynuacji konsultacji i odległej obserwacji w trakcie poszczególnych etapów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego dla pacjentów leczonych w innych ośrodkach onkologicznych.</li></ul>
5	<p><b>Tworzenie ośrodków doskonałości (centers of excellence):</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Utrzymanie i rozwój narządowego charakteru klinik;</li><li>▪ Rozbudowa ośrodków o wysokospecjalistycznym i unikalnym na skalę kraju charakterze działalności, np.: zatwierdzony projekt budowy Centrum Doskonałości Endokrynologii Onkologicznej i Medycyny Nuklearnej dedykowanego kompleksowej diagnostyce i terapii nowotworów złośliwych endokrynnych oraz diagnostyce i terapii izotopowej oraz projekt budowy ośrodka terapii protonowej.</li></ul>
6	<p><b>Tworzenie międzyklinicznych i interdyscyplinarnych zespołów doskonałości realizujących świadczenia wysokospecjalistyczne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Tworzenie zespołów np. chirurgii rekonstrukcyjnej, radioterapii stereotaktycznej czy radioterapii dla dzieci.</li></ul>

W obszarze indywidualnym kierunki rozwoju działalności Centrum Onkologii – Instytut dla Celu 2 uwzględniają m.in. następujące działania:

Nr	Działanie
1	<b>Zwiększenie bezpieczeństwa i komfortu pacjentów i ich rodzin podczas realizacji leczenia:</b>



- Zwiększenie ochrony radiologicznej;
- Zapewnienie pacjentom dostępu do odpowiednio rozplanowanej i dostosowanej przestrzeni (przyjaznej pod względem intymności, estetyki i komfortu psychicznego) w szpitalu, przychodniach i ambulatorium;
- Zapewnienie odpowiednich warunków socjalnych, dostępu do terenów zielonych i poszerzonej bazy parkingowej.

#### **Zwiększenie bezpieczeństwa i komfortu pracowników Instytutu:**

2

- Zwiększenie ochrony radiologicznej;
- Dostosowanie powierzchni użytkowej do obowiązujących standardów i przepisów prawa (w tym np. wymogów Sanepidu, BHP, PPOŻ);
- Zapewnienie pracownikom odpowiednich warunków pracy, warunków socjalnych oraz dostępu do poszerzonej bazy parkingowej.

### **Obszar dydaktyczno-szkoleniowy**

W obszarze dydaktyczno-szkoleniowym kierunki rozwoju działalności Centrum Onkologii – Instytut dla Celu 1 uwzględniają m.in. następujące działania:

<b>Nr</b>	<b>Działanie</b>
1	<b>Udział w kształceniu przeddyplomowym w zakresie onkologii:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Utrzymanie aktualnego zakresu działalności i doskonalenie jakości w nauczaniu przeddyplomowym studentów;</li><li>▪ Koordynacja i współuczestnictwo w tworzeniu i opracowywaniu programów szkolenia przeddyplomowego.</li></ul>
2	<b>Udział w kształceniu podyplomowym oraz specjalizacji w zakresie onkologii:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Utrzymanie aktualnego zakresu działalności i doskonalenie jakości w nauczaniu podyplomowym oraz specjalizacji w zakresie onkologii dla zawodów medycznych oraz pokrewnych (np. fizycy medyczni, technicy, patomorfologodzy, radiodiagnosty itp.);</li><li>▪ Koordynacja i współuczestnictwo (we współpracy z jednostkami akademickimi) w tworzeniu i opracowywaniu programów szkolenia podyplomowego oraz specjalizacji w zakresie onkologii.</li></ul>
3	<b>Edukacja i realizacja szkoleń:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Realizacja szkoleń (w tym multimedialnych) z zakresu sposobu planowania leczenia w zespołach interdyscyplinarnych oraz dla koordynatorów diagnostyki i leczenia onkologicznego;</li><li>▪ Zwiększenie udziału w edukacji i szkoleniach na poziomie europejskim w tematyce leczenia rzadkich chorób nowotworowych.</li></ul>



## Obszar naukowo-badawczy

W obszarze naukowo-badawczym kierunki rozwoju działalności Centrum Onkologii – Instytut dla Celu 1 uwzględniają m.in. następujące działania:

Nr	Działanie
1	<p><b>Prowadzenie projektów naukowo-badawczych w dziedzinie onkologii:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Rozwijanie działalności Instytutu w zakresie onkologicznych badań populacyjnych, klinicznych, klinicznych wczesnych faz oraz przedklinicznych;</li><li>▪ Organizowanie konkursów i dysponowanie środkami finansowymi na prowadzenie akademickich niekomercyjnych badań klinicznych i badań populacyjnych.</li></ul>
2	<p><b>Rozwijanie działalności w zakresie zarządzania własnością intelektualną:</b></p> <p>Rozwijanie kompetencji, realizowanie zadań i ścisła współpraca z innymi ośrodkami badawczymi w zakresie zarządzania własnością intelektualną, w tym szczególnie w obszarze:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Komercjalizacji bezpośredniej wyników badań naukowych i aplikowania nowych technologii do praktyki klinicznej;</li><li>▪ Ochrony prawno-patentowej;</li><li>▪ Przygotowania ofert na świadczenie usług naukowo-badawczych na rzecz przedsiębiorców w ramach ogłaszanych konkursów oraz w zakresie aplikowania o środki na zakup aparatury medycznej.</li></ul>
3	<p><b>Nawiązywanie i rozwijanie ścisłej współpracy w formule partnerstw publiczno-biznesowych:</b></p> <p>Współpraca Instytutu z komercyjnymi podmiotami gospodarczymi (tzw. przemysłem), w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Koordynacja, organizowanie i prowadzenie projektów naukowo-badawczych celem wdrożenia na rynek nowych i innowacyjnych terapii onkologicznych dostępnych dla pacjentów;</li><li>▪ Inicjowanie udziału Instytutu w krajowych i międzynarodowych programach badawczych;</li><li>▪ Wspieranie kształcenia wysoko wykwalifikowanych specjalistów w dziedzinie onkologii;</li><li>▪ Pozyskiwanie środków finansowych na badania naukowe.</li></ul>
4	<p><b>Rozszerzenie dostępu dla pacjentów onkologicznych do nowych i innowacyjnych terapii:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Stworzenie, prowadzenie i rozwijanie bazy dotyczącej aktualnie prowadzonych i rozpoczynających się badań klinicznych dla ułatwienia przepływu przypadków klinicznych między ośrodkami onkologicznymi, usprawnienia procesu rekrutacji pacjentów i prowadzenia wspólnej rekrutacji do badań;</li><li>▪ Prowadzenie badań równolegle w różnych ośrodkach onkologicznych.</li></ul>



## **5.1 Planowane obszary działalności medycznej Centrum Onkologii – Instytut**

Aktualne rozproszenie Centrum Onkologii – Instytut pomiędzy dwa kompleksy w odrębnych lokalizacjach – przy ul. Roentgena 5 w Warszawie oraz ul. Wawelskiej 15 w Warszawie posiada wiele wad, w tym powoduje m.in.:

- niski poziom integracji i współpracy obydwu ośrodków;
- zaistnienie sytuacji bezpośredniej konkurencji w obszarze działalności medycznej;
- liczne funkcjonalne niedogodności oraz konieczność dublowania funkcji zarówno medycznych, jak i niemedycznych;
- ponoszenie kosztów związanych z transportem medycznym pacjentów i materiału biologicznego.

Przeniesienie wszystkich funkcji kompleksu przy ul. Wawelskiej 15 w Warszawie do rozbudowanego kompleksu Instytutu przy ul. Roentgena 5 w Warszawie, pozwoli to na integrację ośrodków i osiągnięcie synergii wynikającej z połączenia obydwu kompleksów, zarówno w obszarze działalności medycznej (w tym optymalne wykorzystanie potencjału sprzętowego, technologicznego oraz personelu medycznego), jak i w niemedycznych aspektach funkcjonowania podmiotów – usługi wsparcia, administracja, usługi techniczne itp.

Przeniesienie działalności medycznej z kompleksu przy ul. Wawelskiej 15 w Warszawie wiąże się również bezpośrednio z przeniesieniem kontraktu z NFZ do rozbudowanego kompleksu przy ul. Roentgena 5 w Warszawie. W rozbudowanym kompleksie Centrum Onkologii – Instytut mieszczącym się przy ul. Roentgena 5 w Warszawie planuje się kontynuację działalności medycznej obydwu lokalizacji Instytutu m.in. dla następujących obszarów będących produktami kontraktowymi z NFZ realizowanymi w zakresie opieki onkologicznej dla trzech rodzajów świadczeń – leczenie szpitalne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna i świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie:

- programy i leki w programach lekowych i chemioterapii;
- teleradioterapia i brachyterapia;
- obszar chirurgii onkologicznej;
- obszar onkologii klinicznej;
- poradnia chirurgii onkologicznej;
- poradnia onkologiczna;
- obszar ginekologii onkologicznej;
- terapia izotopowa;
- badania izotopowe;



- badania medycyny nuklearnej;
- obszar neurochirurgiczny;
- obszar chirurgii klatki piersiowej;
- obszar chirurgii szczękowo-twarzowej;
- obszar urologiczny;
- obszar hematologiczny;
- obszar gastroenterologiczny;
- obszar endokrynologiczny.

Działalność w ramach powyższych obszarów oznacza kontynuację i konsolidację dotychczasowej aktywności obydwu kompleksów. Ponadto, planuje się rozwój kompetencji w obszarze radioterapii i świadczenie usług w zakresie terapii protonowej, w ramach której świadczeniem finansowanym aktualnie przez NFZ jest leczenie nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku. Założenia w zakresie udzielania w przyszłości świadczeń z zakresu terapii protonowej przedstawiono w kolejnym rozdziale.

### **5.1.1 Etap II - Planowany rozwój działalności Centrum Onkologii – Instytut w obszarze terapii protonowej**

Dla planowanej inwestycji w zakresie rewitalizacji i rozbudowy Centrum Onkologii – Instytut zakłada się utworzenie ośrodka radioterapii protonowej (etap II).

Zakład protonoterapii będzie stanowił integralną część Zakładu Radioterapii tzw. klasycznego, czyli wykorzystującego wiązkę fotonową. Procedury terapii protonowej realizowane będą w tym samym zakresie. W zakresie wyposażenia, oprócz aparatury wchodzącej w skład linii protonoterapii (tj. cyklotron, dwa obrotowe gantry), konieczne będzie doposażenie Zakładu Protonoterapii w 2-3 stacje do planowania leczenia dla fizyków medycznych oraz sprzęt do pomiarów dozymetrycznych wiązki protonów. Po wybudowaniu Zakładu Protonoterapii baza sprzętowa do wysokokonformalnej, nowoczesnej radioterapii powiększy się o dwa bunkry – 18% istniejącej do napromieniania aparatury.

## **5.2 Informacja na temat jednostek odpowiedzialnych za realizację Programu**

Ministerstwo Zdrowia będzie nadzorować realizację Programu oraz wydatkowanie środków budżetowych. Ministerstwo Zdrowia posiada wypracowane standardy sprawozdawczości niezbędne do prowadzenia nadzoru, które będą zachowane i pozwolą na okresowe kontrole stanu zaawansowania realizacji Programu. Program realizować będzie CO-I jako inwestor, przez specjalnie powołany do obsługi organizacyjno-finansowej zespół/ komórkę organizacyjną, która składać się będzie z osób



posiadających sprawdzone kompetencje, wpisujące się w sprawnie działającą strukturę organizacyjną, będące odpowiedzialne za wdrożenie, prawidłową realizację i rozliczenie przedsięwzięcia. Nadzór finansowy będzie pełnił Dyrektor ds. Zarządzania. Nadzór techniczny nad realizacją Programu, tj. nadzór nad wykonaniem prac budowlanych będzie sprawował Kierownik Projektu, który będzie odpowiedzialny za prawidłowy przebieg prac, ich terminowość oraz sprawdzenie jakości oddawanych prac (protokoły zdawczo-odbiorcze). Funkcje kontrolne nad realizacją Programu sprawować będzie Komitet Sterujący. Ze strony Szpitala osobą odpowiedzialną za realizację części klinicznej inwestycji będzie Zastępca Dyrektora ds. Zarządzania oraz Zastępca Dyrektora ds. Klinicznych.

### **5.3 Struktura zarządzania systemem monitorowania w ramach Programu, w tym wskazania w ujęciu zadaniowym mierników realizacji Programu**

Program zostanie zrealizowany zgodnie z metodologią zarządzania projektami Prince 2. Na podstawie dotychczasowych doświadczeń CO-I w dziedzinie inwestycji oraz obowiązujących w CO-I systemów zarządzania planuje się zbudować zespół z osób aktualnie pracujących w CO-I, posiadających sprawdzone kompetencje przy innych projektach inwestycyjnych. Gwarantuje to w najwyższym możliwym stopniu rzetelność realizacji postawionych zadań oraz ich realizację w reżimie czasowym i budżetowym. Aktualne zasoby kadrowe CO-I, składające się z inżynierów we wszystkich wymaganych specjalnościach, posiadających wymagane prawem uprawnienia budowlane, na bieżąco obsługujących trwające inwestycje w zakresie budowy i wyposażenia (pracownicy etatowi) zapewnią realizację przedmiotowego Programu. Ustanowienie bezpośredniego nadzoru ze strony CO-I ułatwi efektywne realizowanie Programu i skuteczne osiągnięcie jego celów, przy jednoczesnej neutralizacji wpływu istniejących ograniczeń i ryzyka.

W oparciu o przyjęty harmonogram rzeczowo-finansowy Programu, stworzony zostanie system monitorowania przebiegu prac w ujęciu kwartalnym, półrocznym i rocznym. Na bieżąco weryfikowany będzie postęp rzeczowy i finansowy zadań, identyfikowane zagrożenia, podejmowane działania naprawcze i prewencyjne.

Stała obecność na miejscu inwestycji inwestora, sprawującego bezpośredni nadzór, wspomagana będzie okresowymi wizytacjami z urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia. Kontroli będzie podlegał przede wszystkim stan prac oraz dokumentacja finansowa i rzeczowa Programu.





## 6. Zakres i efekty rzeczowe etapu I inwestycji

### a) zakres rzeczowy:

Prace przygotowawcze i rozbiórkowe:

- ▶ Przygotowanie terenu (rozbiórka nawierzchni) i przyłączenie obiektów do sieci.
- ▶ Wyburzenia istniejących obiektów:
  - nr 2 – budynek Zakładu Anatomii Patologii;
  - nr 3 – budynek kuchni;
  - nr 4 – budynek pralni;
  - nr T5 – centralna rozprężalnia tlenu i rozdzielnia podtlenu azotu;
  - nr T6 – budynek agregatów prądotwórczych.

Budowa nowych obiektów podstawowych:

- odstożniki na ścieki radioaktywne (inwestycja CeDEON): obiekt stanowiący pilną potrzebę funkcjonalną uwzględniony w ramach budowy nowego budynku klinicznego N4 w obszarze Oddziału Terapii Jodowej;
- nr N4 – budynek kliniczny: największy i najważniejszy spośród planowanych obiektów. Budynek trzyskrzydłowy z dwoma wysokimi skrzydłami i jednym niskim, połączony z istniejącym zespołem budynków. W skład obiektu wchodzi m.in.: kliniki narządowe (8 kondygnacji), blok operacyjny oraz Oddział Intensywnej Terapii, Oddział Terapii Jodowej, Hol szpitalny, Izba przyjęć (wraz z Ruchem Chorych), podjazd dla karettek;
- parking wielopoziomowy P2: otwarty obiekt parkingowy umożliwiający zaparkowanie do 400 pojazdów;
- budowa łączników J (magistralny korytarz na poziomie +1 łączący budynek kliniczny z istniejącym kompleksem) i K (łącznik na poziomie +2 pomiędzy nowym budynkiem klinicznym, a apteką), zapewniających pełną komunikację z istniejącymi obiektami szpitala;
- zagospodarowanie terenu: park o funkcji terapeutyczno – rekreacyjnej.

Przebudowa istniejących obiektów:

- przebudowa budynku nr 7 (budynek Kliniczny) w zakresie: chemoterapii, apteki, poradni, pomieszczeń administracji, pomieszczeń technicznych;
- przebudowa łączników A (2 kondygnacje), B (2 kondygnacje), C (2 kondygnacje).

Budowa sieci i obiektów pomocniczych:

- sieć kanalizacji deszczowej i sanitarnej;
- sieć energetyczna;



- sieć teletechniczna;
- sieć wodociągowa;
- sieć c.o.;
- zbiornik retencyjny;
- stacje trafo;
- drogi, chodniki, place.

Wyposażenie w aparaturę medyczną i niemedyczną.

**b) planowane do uzyskania efekty rzeczowe:**

- liczba łóżek: zwiększenie z 726 do 777 (o 51 szt.);
- powierzchnia użytkowa obliczeniowa: zwiększenie z 86 680 m<sup>2</sup> (łącznie z Wawelską) do 141 870 m<sup>2</sup>;
- zwiększenie miejsc parkingowych: z 431 do 600.



## **7. Źródła finansowania**

- ▶ dotacja celowa z części 46 – Zdrowie;
- ▶ środki własne inwestora;
- ▶ środki z UE – Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko 2014-2020.



## **8. Przewidywany okres zagospodarowania obiektów budowlanych i innych składników majątkowych po zakończeniu realizacji etapu I**

Z uwagi na przyjęty etapowy model realizacji inwestycji, inwestycja nie wymaga dodatkowego okresu na zagospodarowanie po jej zakończeniu. Zakończenie każdego z etapów oznacza gotowość na przejęcie określonej funkcji.

Etap I uwzględnia następujące obiekty:

- ▶ CeDEON – zagospodarowanie IV kwartał 2020 roku;
- ▶ budynek kliniczny N4 – zagospodarowanie IV kwartał 2023 – I kwartał 2024 roku;
- ▶ parkingi P2 – zagospodarowanie I-II kwartał 2022 roku;
- ▶ budynek nr 7 (kliniczny) – zagospodarowanie IV kwartał 2024 – I kwartał 2025 roku.