

PROGRAM WIELOLETNI* pod nazwą

**„Podniesienie jakości i dostępności świadczeń medycznych
w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym Warszawskiego
Uniwersytetu Medycznego – Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus”**



** opracowane na podstawie przepisów § 4-6 i § 9 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 2 grudnia 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu i trybu finansowania inwestycji z budżetu państwa (Dz. U. poz.1579)*



Uniwersyteckie Centrum Kliniczne
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego



Spis treści

Wstęp – streszczenie i wnioski wynikające z Programu wieloletniego pod nazwą „Podniesienie jakości i dostępności świadczeń medycznych w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus”	4
Podstawa prawna Programu	5
Dane Inwestora	6
Identyfikacja Inwestora odpowiedzialnego za realizację Programu i pozostałych podmiotów uczestniczących w realizacji Programu	6
Informacja na temat struktury zarządzania systemem monitorowania	9
DANE OGÓLNE	10
Nazwa inwestycji	10
Lokalizacja inwestycji, adres i numer ewidencyjny działki	10
OPIS INWESTYCJI	11
Uzasadnienie celowości realizacji inwestycji	11
Identyfikacja stanu obecnego	19
Zidentyfikowane problemy	28
Cele inwestycji objętej Programem	29
MATRYCA LOGICZNA Inwestycji	31
Identyfikacja niezbędnych działań dla zniwelowania zidentyfikowanych braków i wypełnienia potrzeb systemu	35
Identyfikacja ryzyk	36
Opis alternatywnych wariantów, analiza opcji	36
Metodyka analizy	37
WYNIK ANALIZY OPCJI	40
Zagadnienia horyzontalne w projekcie	40
Dane dotyczące zgodności programu wieloletniego pod nazwą „Podniesienie jakości i dostępności świadczeń medycznych w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus” z dokumentami strategicznymi (zagranicznymi i krajowymi)	41
Analiza celowości z uwagi na charakterystykę działalności medycznej jednostek objętych zadaniem inwestycyjnym	55
Dane o planowanym zakresie rzeczowym inwestycji, okresie realizacji inwestycji	60
Zakres rzeczowy inwestycji	60
Zestawienie wskaźników techniczno-ekonomicznych dla zadania	68
Innowacyjność w ramach funkcjonowania obszarów medycznych po realizacji zadania	69
Dane o okresie realizacji inwestycji	75
Ocena efektywności inwestycji, w tym ekonomicznej efektywności (preferowane wykazanie kalkulacji NPV i IRR)	75
Dane o planowanych efektach rzeczowych inwestycji	77

Mierniki stopnia realizacji	79
Zestawienie planowanych środków z poszczególnych źródeł na finansowanie inwestycji w kolejnych latach realizacji	84
Harmonogram rzeczowo-finansowy inwestycji	85
Dane o planowanym okresie zagospodarowania obiektów budowlanych i innych składników majątkowych po zakończeniu inwestycji oraz o planowanej kwocie środków finansowych i źródłach ich pochodzenia, które umożliwiają zagospodarowanie tych efektów rzeczowych w planowanym okresie	85
Analiza celowości i możliwości wykonania inwestycji etapami	86
WARTOŚĆ KOSZTORYSOWA INWESTYCJI Z WYSZCZEGÓLNIENIEM GRUP KOSZTÓW	87
ZAŁĄCZNIKI	87

Wstęp – streszczenie i wnioski wynikające z programu wieloletniego pod nazwą „Podniesienie jakości i dostępności świadczeń medycznych w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus”

W wyniku przeprowadzonych analiz możliwego do wykonania zakresu działań i metod zmierzających do zaspokojenia potrzeb infrastrukturalnych w kontekście wyznaczonych kierunków rozwoju systemu ochrony zdrowia bazującego na podmiotach klinicznych należy uznać, że przedmiot programu wieloletniego pod nazwą „Podniesienie jakości i dostępności świadczeń medycznych w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus”, zwanego dalej „Programem”, w pełni wpisuje się w założenia strategiczne i w sposób kompleksowy i optymalny pozwala na osiągnięcie założonych celów.

Powyższa analiza została oparta o identyfikację potrzeb zdrowotnych na kilku poziomach, mających odzwierciedlenie w wyznaczonych celach i miernikach ich osiągnięcia. Posłużyło to do wyselekcjonowania optymalnej, adekwatnej metody ich zaspokojenia w obszarze zapewnienia infrastruktury niezbędnej do realizacji działań medycznych w połączeniu z dydaktyką na poziomie klinicznym.

Zakres inwestycji stanowiącej narzędzie do osiągnięcia celów Programu został określony w aspekcie rzeczowym i finansowym z uwzględnieniem warunków wejściowych, identyfikacji luk, braków, potrzeb, warunków technicznych, ekonomicznych, organizacyjnych, prawnych i społecznych przy zastosowaniu hierarchizacji priorytetów w ramach wymienionych warunków. Strategicznym założeniem jest dążenie do konsolidacji funkcji medycznych – centralizacja w priorytetowym obszarze działania podmiotu leczniczego, tj. opieka nad pacjentem transplantologicznym – powstanie skonsolidowane Centrum Transplantacyjne ze skonsolidowanym zarządem – powołanym Kierownikiem. Założeniem jest także oddanie do dyspozycji Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, zwanego dalej „WUM”, pawilonów w ramach obszaru, w którym funkcjonuje Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus (tzw. „Kampus Lindley’a”), które nie będą w całości eksploatowane na potrzeby medyczne po zakończeniu inwestycji.

Inwestorem w ramach przedmiotowej inwestycji, pełniącym tym samym funkcję koordynatora realizacji Programu, zgodnie z art. 14 i art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633, z późn. zm.) jest Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, zwane dalej „UCK WUM” (Zakłady Lecznicze: Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus oraz Przychodnia Specjalistyczna Lindleya, zwane dalej łącznie „SKDJ”). Wskazany podmiot jest wydolny organizacyjnie, technicznie, prawnie i finansowo (przy założeniu wnioskowanego dofinansowania) do realizacji Programu, jest doświadczonym beneficjentem, korzystającym ze środków zewnętrznych, w tym z finansowania w ramach programu wieloletniego, dotacji ze środków budżetu państwa o różnym przeznaczeniu, jak również realizatorem licznych przedsięwzięć finansowanych z funduszy strukturalnych.

Wymieniony podmiot leczniczy, dla którego organem tworzącym i kontrolującym jest Warszawski Uniwersytet Medyczny, funkcjonuje jako kliniczna, kluczowa jednostka o profilu wielospecjalistycznym systemu ochrony zdrowia. Realizuje świadczenia medyczne niezbędne do zaspokojenia potrzeb strategicznych wynikających m.in. z sytuacji i prognoz demograficzno-epidemiologicznych, w tym szeroki zakres świadczeń transplantologicznych.

Zakres działań inwestycyjnych objętych Programem obejmuje kompleksową modernizację budynków, opartą o rozbudowę, przebudowę, w tym odtworzenie istniejącej infrastruktury, jak również budowę nowego obiektu, w tym zastępujących obecnie wyeksploatowane (jako optymalna wersja inwestycji). W nowo powstałym budynku jest planowane posadowienie Centrum Transplantacyjnego jako optymalizacja funkcjonowania UCK WUM w tym zakresie. Komplementarnie Program przewiduje interwencję w zakresie infrastruktury sprzętowej.

Program został zaplanowany do realizacji w optymalnej konfiguracji, z wykorzystaniem adekwatnych technologii, co pozwala na osiągnięcie wszystkich zakładanych celów – produktów, rezultatów, efektów długoterminowych. Podmiot leczniczy, którego infrastruktury dotyczy Program, jest także istotnym elementem systemu kształcenia kadr medycznych, nie tylko w województwie mazowieckim, ale także w ujęciu krajowym, co wpływa na duże znaczenie, istotną wartość dodaną Programu i jego ponadregionalność, w tym zgodność i przyczynienie się do osiągnięcia wskaźników zawartych w Strategii Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.), Aktywne społeczeństwo, konkurencyjna gospodarka,

sprawne państwo, Strategii „Europa 2020”, Policy Paper, innych dokumentów strategicznych adekwatnych do obszaru objętego Programem.

Program, w celu zapewnienia jego wykonalności, został zaplanowany do realizacji w odpowiednim czasie z uwzględnieniem konieczności wykonania poszczególnych kroków w procesie inwestycyjnym, co pozwoli w przyszłości na podejmowanie kolejnych inicjatyw rozwojowych. Selekcja zakresu niezbędnego do wykonania dokonana została z uwzględnieniem zmiennych pozwalających na osiągnięcie mierzalnych celów i hierarchizacji potrzeb z punktu widzenia Inwestora.

Program i jego zakres przedmiotowy uwzględnia wszystkie założenia, w tym założenia strategiczne w zakresie koncentracji obszarów zabezpieczenia medycznego pacjentów transplantologicznych w ramach struktur organizacyjnych UCK WUM zgodnie z potrzebami zdrowotnymi. Wzięte są także pod uwagę wymogi, ograniczenia, wynikające z przepisów dotyczących ochrony środowiska – podczas dokonywanej analizy wariantów uwzględniono szereg rozwiązań zapewniających efektywność w każdym wymiarze: technicznym, finansowym, organizacyjnym, społecznym. Z uwagi m.in. na charakter przedsięwzięcia objętego Programem, jak i jego skalę, lokalizację, cel, zakres rzeczowy, czas realizacji, projektowane rozwiązania techniczne i technologiczne, projekt jest w pełni zgodny z politykami równości szans i zrównoważonego rozwoju, nie jest wymagana zdolność do reagowania i adaptacji do zmian klimatu.

Program obejmuje szereg skoordynowanych ze sobą działań, został zaplanowany do realizacji jako optymalna metoda na odtworzenie zasobów lub ich stworzenie w zakresie niezbędnym do realizacji świadczeń medycznych skorelowanych ze specyfiką działania UCK WUM oraz charakterystyką i liczebnością obsługiwanej populacji. Szczególnie ma to znaczenie z punktu widzenia konieczności zapewnienia kompleksowej opieki nad pacjentem transplantologicznym, który będzie leczony w planowanym do utworzenia Centrum. Działania planowane do podjęcia, z uwzględnieniem niezbędnego zarządzania nimi (system zarządzania programem) na poziomie Inwestora, zostały zaplanowane adekwatnie do ich zakresu, wymiaru merytorycznego i warunków zewnętrznych, w tym prawnych.

Zaplanowany w dokumencie Harmonogram realizacji inwestycji jest adekwatny do zakresu niezbędnych do realizacji zadań, a oszacowany budżet, z uwagi na fakt, że oparto o ceny rynkowe i zaplanowano budżet rezerwowy, jest realistyczny. W ramach działań inwestycyjnych w fazie realizacji zapewniona zostanie efektywność kosztowa przez stosowanie przepisów w zakresie prawa zamówień publicznych (celem stosowania systemu zamówień w oparciu o wymienione ustawy jest zapewnienie efektywności dokonywanych zakupów ze środków publicznych w ujęciu koszt/efekt). System monitorowania osiągniętych efektów obejmował będzie dokonywanie analizy ryzyka i zarządzanie wynikami z niej wynikającymi, zaplanowanie działań zarządczych i zaradczych (tam, gdzie będzie to niezbędne z uwagi na mapowanie ryzyk).

Realizacja Programu jest w pełni uzasadniona i wykazuje wysoką wartość dodaną we wszystkich analizowanych obszarach, w tym w szczególności w związku z korzyściami społecznymi.

Realizacja Programu w zakresie rzeczowo-finansowym została przewidziana na lata 2022–2026.

Zakres inwestycji będący przedmiotem pogłębionej analizy został skalkulowany na kwoty:

Wartość całkowita	547 809 930	(547 810 tys. zł)
Dotacja z budżetu państwa	529 881 000	(529 881 tys. zł)
Wkład własny	17 928 930	(17 929 tys. zł)

Podstawa prawna Programu

Program powstał na podstawie i zgodnie z:

- art. 136 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1634, z późn. zm.),
- art. 15–17 ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz. U. z 2021 r. poz. 1057, z późn. zm.),
- § 4–6 oraz § 9 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 2 grudnia 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu i trybu finansowania inwestycji z budżetu państwa (Dz. U. poz. 1579),

- ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz w oparciu o założenia wynikające z:
- **Map Potrzeb Zdrowotnych adekwatnych do lokalizacji i dziedzin medycyny objętych inwestycją,**
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 r. poz. 402),
- ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781),
- ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2022 r. poz. 1657, z późn. zm.),
- ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 i 2674),
- ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (Dz. U. z 2021 r. poz. 1941, z późn. zm.),
- ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane (Dz. U. z 2021 r. poz. 2351, z późn. zm.).

Dane Inwestora

Nazwa Inwestora NIP, REGON	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego NIP 5220002529, REGON 000288975, KRS 0000073036 Numer w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą 000000018598
Adres Inwestora	ul. Banacha 1a, 02-097 Warszawa
Nr telefonu	22 317 91 02
Nr faxu	22 317 91 33
E-mail	uckwum@uckwum.pl

Identyfikacja Inwestora odpowiedzialnego za realizację Programu i pozostałych podmiotów uczestniczących w realizacji Programu

Podmiotem odpowiedzialnym za realizację Programu – Inwestorem jest UCK WUM (Zakłady Lecznicze – Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus oraz Przychodnia Specjalistyczna Lindleya – zwane dalej łącznie „SKDJ”). Organem tworzącym i kontrolującym podmiot jest Warszawski Uniwersytet Medyczny, z siedzibą w Warszawie. Uniwersytet został utworzony rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 24 października 1949 r. w sprawie założenia Akademii Lekarskich w Warszawie, Krakowie, Poznaniu, Lublinie, Łodzi i Wrocławiu (Dz. U. poz. 450), a nazwę nadano mu ustawą z dnia 23 stycznia 2008 r. o nadaniu Akademii Medycznej w Warszawie nazwy „Warszawski Uniwersytet Medyczny” (Dz. U. poz. 226). WUM jest uczelnią medyczną i działa na podstawie ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2022 r. poz. 574, z późn. zm.) oraz Statutu przyjętego uchwałą nr 15/2012 Senatu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z dnia 26 marca 2012 r., z późniejszymi uchwałami zmieniającymi). Podmioty lecznicze utworzone i nadzorowane przez WUM, w tym UCK WUM, stanowią bazę do realizacji zadań polegających na kształceniu przeddyplomowym i podyplomowym w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, uczestniczą w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształcenia osób wykonujących zawód medyczny, są zobowiązane do udostępnienia WUM jednostek organizacyjnych niezbędnych do prowadzenia kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego w zawodach medycznych (§ 39 ust. 7 Statutu WUM).

Powyższe regulacje uwzględniają statuty określające zakres działalności podstawowej podmiotu leczniczego, w którym będzie zlokalizowana inwestycja objęta projektem: Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, a w jego ramach Zakład Leczniczy – Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus. Na podstawie uchwały nr 58/2018 Senatu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z dnia 21 maja 2018 r. w sprawie wyrażenia opinii w przedmiocie połączenia się samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz zarządzenia nr 49/2018 Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z dnia

24 maja 2018 r. w sprawie połączenia się samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, stanowiących akt o połączeniu, z **dniem 1 stycznia 2019 r. rozpoczęło swoją działalność Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (UCK WUM).**

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
ul. Banacha 1a, 02-097 Warszawa
NIP 5220002529, REGON 000288975, KRS 0000073036
Numer w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą 000000018598

UCK WUM powstało w wyniku połączenia trzech szpitali klinicznych, których podmiotem tworzącym jest Warszawski Uniwersytet Medyczny, tj.:

1. Samodzielnego Publicznego Centralnego Szpitala Klinicznego w Warszawie,
2. Samodzielnego Publicznego Dziecięcego Szpitala Klinicznego im. Józefa Polikarpa Brudzińskiego w Warszawie,
3. **Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus w Warszawie.**

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prowadzi taką samą działalność jak szpitale kliniczne funkcjonujące odrębnie do dnia 31 grudnia 2018 r. i udziela świadczeń zdrowotnych w niezmiennym zakresie w dotychczasowych lokalizacjach.

Zakłady Lecznicze UCK WUM – Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus i Przychodnia Specjalistyczna Lindleya – wybudowany w obecnej siedzibie w 1901 r., jest szpitalem uniwersyteckim o długiej, blisko 120-letniej tradycji. Jest jednym z największych mazowieckich szpitali wielospecjalistycznych o charakterze wieloprofilowym z przewagą specjalności zabiegowych, w którym są leczeni pacjenci zarówno z województwa mazowieckiego, jak i całego kraju.

Podstawowym celem UCK WUM, a w jego strukturach SKDJ, jest udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia oraz uczestnictwo w realizacji zadań dydaktycznych i badawczych, w szczególności na potrzeby WUM, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia. Do zadań UCK WUM – Zakładu Leczniczego Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus należy w szczególności:

- 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych i świadczeń specjalistycznych w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych, ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń wysokospecjalistycznych w ramach specjalności reprezentowanych przez jednostki organizacyjne UCK WUM – Zakładu Leczniczego Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus oraz Przychodni Specjalistycznej Lindley'a;
- 2) realizacja dydaktyki klinicznej i badań na bazie jednostek organizacyjnych WUM prowadzących działalność w lokalizacji Lindley'a;
- 3) uczestnictwo w przygotowaniu osób do wykonywania zawodu medycznego oraz doskonalenia zawodowego kadr lekarskich, pielęgniarskich, słuchaczy szkół medycznych;
- 4) prowadzenie działalności mającej na celu promocję zdrowia i profilaktykę zdrowotną.

Zakład Leczniczy Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus prowadzi działalność w jedenastu klinikach specjalistycznych, na bazie 470 łóżek.

W SKDJ są leczeni pacjenci m.in. w zakresie dziedzin medycznych, takich jak: ortopedia i traumatologia narządu ruchu, także w wyniku urazów, choroby wewnętrzne, chirurgia ogólna, transplantologia, immunologia kliniczna, dermatologia, nefrologia, urologia, okulistyka, kardiologia, chirurgia szczękowa, implantologia. Szpital zapewnia dializoterapię.

Wśród jednostek organizacyjnych zapewniających realizację świadczeń dla wymienionych pacjentów funkcjonują:

- Klinika Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej, Chirurgii Jamy Ustnej i Implantologii;
- Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej;
- Klinika Dermatologii i Wenerologii;
- Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii z Centrum Diagnostyki i Leczenia Żylnej Choroby Zakrzepowo-Zatorowej;
- Klinika Dermatologiczna;
- Klinika Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych;
- Klinika Medycyny Transplantacyjnej i Nefrologii;

- Klinika Okulistyki;
- Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu;
- Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej;
- Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

W strukturach UCK WUM – Zakładu Leczniczego Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus funkcjonuje również Szpitalny Oddział Ratunkowy, dla którego wymienione kliniki, jak również pozostałe komórki organizacyjne UCK WUM – Zakładu Leczniczego Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus (zakłady i poradnie), stanowią zaplecze medyczne, umożliwiające sprawne działanie w stanach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia.

Układ urbanistyczny i zespół budowlany UCK WUM – Zakładu Leczniczego Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus znajduje się w rejestrze zabytków. Kompleks szpitalny o łącznej powierzchni użytkowej 54 755 m² (powierzchnia zabudowy 20 484 m², kubatura 305 438 m³) jest zlokalizowany na obszarze 9 ha, zabudowany w większości przypadków budynkami o zabytkowym charakterze (22 budynki: 14 klinicznych i 8 pomocniczych). Analizując infrastrukturę pod względem technicznym, budynki UCK WUM – Zakładu Leczniczego Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus są ułożone pawilonowo, niemalże w 100% nieskomunikowane ze sobą.

Instytucje i podmioty systemu instytucjonalnego Programu:

Instytucja/podmiot systemu realizacji	Nazwa instytucji, jednostki organizacyjnej	Kierownictwo instytucji
Instytucja dotująca i kontrolująca realizację Programu	Ministerstwo obsługujące ministra właściwego do spraw zdrowia	Minister właściwy do spraw zdrowia
Instytucja realizująca odpowiedzialna za postęp rzeczowy, realizację celów, prawidłowe i terminowe wydatkowanie środków w ramach Programu (Realizator)	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Zakład Leczniczy: <ul style="list-style-type: none"> • Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus, • Przychodnia Specjalistyczna Lindleya 	Dyrektor Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Klinicznego
Instytucja, w której są zlokalizowane interwencje Programu	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Zakład Leczniczy: <ul style="list-style-type: none"> • Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus, • Przychodnia Specjalistyczna Lindleya 	Dyrektor Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Klinicznego

Funkcję instytucji realizującej Program (Realizatora – Inwestora) w ramach przedsięwzięcia będzie pełnił UCK WUM. Będzie on odgrywał wiodącą rolę w systemie zarządzania realizacją tej inwestycji. Ponosić będzie odpowiedzialność za skuteczne i efektywne wdrażanie Programu oraz za przestrzeganie

i stosowanie odpowiednich regulacji i zasad dotyczących realizacji Programu. Realizator może powierzyć innym podmiotom część zadań, np. nadzór nad zgodnością przebiegu inwestycji budowlanej z prawem budowlanym, obsługę prawną, w tym w ramach organizacji i prowadzenia postępowań o zamówienie publiczne, jednak nadzoruje działania tych podmiotów i ponosi odpowiedzialność za ich skutki.

UCK WUM, jako Realizator i Inwestor, będzie stroną, która otrzyma finansowanie przewidziane Programem oraz zaangażuje deklarowany wkład własny (jest zakładany transfer środków z poziomu WUM). Przyjęte w podmiocie rozwiązania organizacyjne zapewnią zgodną z Programem oraz odrębnymi przepisami prawa poprawną realizację Programu. Realizator zapewni terminowy i zgodny z prawem przebieg procedur w zakresie zamówień publicznych. Zapewni także obsługę prawną inwestycji, przygotuje i uzgodni z instytucjami, w których są zlokalizowane interwencje Programu, opisy przedmiotu zamówienia do wszystkich planowanych zamówień publicznych. Zapewni realizację Programu w sposób uzgodniony z instytucjami, w których są zlokalizowane interwencje Programu, tak aby w sposób niezakłócony mogła w nich przebiegać realizacja świadczeń zdrowotnych. Realizator będzie stroną umów z wykonawcami w zakresie usług, robót i dostaw przewidzianych w Programie. Realizator zapewni wewnętrzny system organizacyjny, w tym zasoby kadrowe na rzecz monitoringu postępu rzeczowego oraz sprawozdawczości. W zależności od wymagań ministra właściwego do spraw zdrowia podda się działaniom audytowym i kontrolnym.

Realizator Programu zapewni strukturę organizacyjną oraz odpowiedni potencjał administracyjny dla właściwej realizacji Programu. Obejmie ona obszar techniczny, prawny, finansowy oraz zarządczy z zapleczem organizacyjno-technicznym realizacji. Podmiot ten przygotowuje wszystkie dokumenty niezbędne do realizacji Programu, w tym wynikające z obowiązków w zakresie monitoringu i sprawozdawczości, jak również będzie pozostawać w bieżącym kontakcie z instytucjami, w których zlokalizowane są interwencje Programu, na bieżąco informując o planowanych działaniach i ich skutkach. Realizator zapewni udział w przygotowywaniu dokumentacji projektowej (budowlanej i wykonawczej) podmiotów o odpowiednim potencjale i doświadczeniu. Wszystkie rozwiązania projektowe i sprzętowe będą uzgadniane z instytucjami, w których są zlokalizowane interwencje Programu, tak aby w maksymalnym stopniu dostosować je do właściwych wymagań i standardów udzielania świadczeń, ich specyfiki, zakresu i rozmiaru oraz wymagań prawnych wynikających z odrębnych przepisów i rekomendacji.

Realizator jest także odpowiedzialny za realizację obowiązków i pozyskanie wymaganych dokumentów, decyzji i innych wymogów formalnych – pozyska wszelkie niezbędne dla procesu inwestycyjnego pozwolenia i uzgodnienia.

W zakresie zarządczym w ramach procesu inwestycyjnego Realizator na bieżąco monitoruje ryzyka, opracowuje i wdraża mechanizmy ich minimalizacji. Informuje instytucję dotującą i kontrolującą realizację Programu o wszystkich zidentyfikowanych ryzykach mających wpływ na realizację Programu.

W związku z realizacją Programu nie są wymagane i nie przewiduje się sporządzania raportów ewaluacyjnych zgodnie z art. 15 ust. 8 ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju.

Informacja na temat struktury zarządzania systemem monitorowania

W ramach zadań związanych z poszczególnymi funkcjami w strukturze zarządzania realizacją procesu inwestycyjnego opisanego w Programie zostanie stworzony system monitorowania wdrażania poszczególnych zadań, a w ich obszarach – działań.

Opierać się on będzie na systematycznym pozyskiwaniu, gromadzeniu i przetwarzaniu danych o postępie rzeczowym i finansowym. Zgodnie ze wskazaną strukturą, realizacja wymienionych czynności będzie się odbywała na poziomie Inwestora (w zakresie kompetencji Zastępcy Dyrektora UCK WUM ds. Projektów Inwestycyjnych) i Dyrektora Zakładu Leczniczego, w których będzie realizowany Program. Pozwoli to Inwestorowi, wymienionym podmiotom, a także ministrowi właściwemu do spraw zdrowia (dotującemu), na wczesną identyfikację potencjalnych zagrożeń i uruchomienie działań, które je zminimalizują – działania zapobiegawcze, a także wdrożenie działań naprawczych.

Podstawowe instrumenty systemu monitorowania to:

- 1) powołanie zespołu/ów odpowiedzialnego/nych za realizację Programu na każdym etapie;
- 2) opracowanie zakresu kompetencji przypisanych do poszczególnych funkcji, poziomów zarządzania oraz systemu komunikacji międzyinstytucjonalnej;
- 3) stworzenie i na bieżąco aktualizowanie Harmonogramu rzeczowo-finansowego inwestycji;
- 4) zbudowanie systemu sprawozdawczości bieżącej i okresowej;
- 5) opracowanie matrycy ryzyka i planu działań w zakresie ryzyka nieakceptowanego;
- 6) opracowanie systemu analizy ryzyka.

Stosowane metody zarządzania będą adekwatne do fazy realizacji Programu i okresowo weryfikowane pod kątem efektywności. Pozwoli to na osiągnięcie jego celów, przy jednoczesnej minimalizacji ryzyka.

Ścieżkę dowodzenia w organizacji w ramach procesu inwestycyjnego przedstawia poniższa grafika:



Wszystkie podmioty zaangażowane w realizację Programu (proces inwestycyjny) posiadają doświadczenie w realizacji przedsięwzięć inwestycyjnych, co pozwoli na uzyskanie niezbędnej wiedzy i wzmocnienie potencjału intelektualnego kadry, zarówno zarządzającej, jak i zespołów operacyjnych, funkcjonujących na niższych szczeblach hierarchii zarządzania. Wśród wymienionych inwestycji były także projekty finansowane ze środków dotacji, zarówno krajowych, jak i Unii Europejskiej.

DANE OGÓLNE

Nazwa inwestycji

„Podniesienie jakości i dostępności świadczeń medycznych w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus”

Lokalizacja inwestycji, adres i numer ewidencyjny działki

Inwestycja będzie realizowana w infrastrukturze podmiotu leczniczego – UCK WUM w Zakładzie Leczniczym – Szpitalu Klinicznym Dzieciątka Jezus, Przychodni Lindley’a, zlokalizowanym w Warszawie (02-005), przy ul. Williama Heerleina Lindleya 4, działka o numerze ewidencyjnym 9, obręb 2-01-02.

OPIS INWESTYCJI

Uzasadnienie celowości realizacji inwestycji

Sytuacja społeczno-gospodarcza województwa mazowieckiego, z uwzględnieniem analizy otoczenia społeczno-gospodarczego Programu, oraz podstawowe informacje statystyczne.

Należy podkreślić, że **procesy demograficzne i struktury demograficzne danej populacji są ze sobą ściśle powiązane**, leżą u podstaw zmian struktur demograficznych, te zaś wpływają na kształtowanie się procesów demograficznych. W szczególności struktura ludności według płci i wieku jest kształtowana pod wpływem trzech głównych procesów demograficznych: płodności, umieralności i migracji, które decydują o dynamice ludności i jej strukturach demograficznych. Ich wpływ na stan zdrowia (zdrowotność) populacji, potrzeby zdrowotne ludności oraz zapotrzebowanie na usługi zdrowotne jest bezdyskusyjny.

Spadek płodności i umieralności wpływa nie tylko na zmiany liczby ludności, ale przede wszystkim na określone przekształcenia struktury ludności według wieku. Polegają one na tym, że spada udział dzieci i młodzieży w ogólnej liczbie ludności, a zwiększa się liczba i udział osób w wieku starszym (60 lat i więcej lub 65 lat i więcej). Takie zmiany struktury wieku ludności określa się jako **starzenie się populacji**. Zmiana struktury wieku ludności Rzeczypospolitej Polskiej, czyli proces starzenia się ludności, przejawia się znaczącym przyrostem osób w starszym wieku – z 5,9 miliona osób w wieku 65 lat i więcej w 2014 r. (15,5% ogółu ludności) oraz nieco ponad 6,3 mln w 2016 r. (16,4%) do 8,6 mln w 2030 r. (23,2%) oraz 11 mln w 2050 r. (32,7%). Ponadto w grupie osób starszych wzrasta liczba osób sędziwych, definiowanych jako osoby w wieku 80 lat i więcej lub 85 lat i więcej. Grupa osób w wieku 80 lat i więcej wzrasta z ponad 1,5 mln osób w 2014 r. oraz 1,6 mln w 2016 r. do ponad 3,5 mln w 2050 r., zaś osób w wieku 85 lat i więcej z 664 814 tys. w 2014 r. do 742,5 tys. osób w 2016 r. oraz blisko 2,1 mln w 2050 r. Znacząco wzrośnie zatem nie tylko populacja osób starszych, ale w ramach tej grupy ludności zwiększy się liczba i udział osób sędziwych (niezależnie od definiowania tej grupy wieku). Będziemy mieć zatem do czynienia z procesem podwójnego starzenia się ludności. Znaczący wzrost liczby osób starszych (a w tej grupie osób wzrost liczby osób w wieku 80 lat i więcej), które często doświadczają wielu problemów zdrowotnych i niepełnosprawności, spowoduje zwiększenie zapotrzebowania na różnego rodzaju usługi i świadczenia zdrowotne dla tej części populacji, a także wymagać będzie reorganizacji opieki zdrowotnej. Obserwowany spadek umieralności, do którego w znacznym stopniu przyczynia się zmniejszenie współczynników zgonów dla osób w wieku dorosłym i osób starszych, powoduje, że z jednej strony coraz więcej osób dożywa coraz starszego wieku, z drugiej zaś strony przyczynia się do współwystępowania wielu chorób przewlekłych w starszym wieku. Oznacza to, iż przy oczekiwanym znaczącym powiększeniu się populacji osób starszych, w tym także osób sędziwych, należy się liczyć ze wzrostem zapotrzebowania na lekarzy specjalistów w dziedzinie schorzeń przewlekłych lub zwyrodnieniowych, a także usług rehabilitacyjnych. Równolegle jednak jest konieczne zwrócenie uwagi na fakt, że poprawa szans na coraz dłuższe życie wymaga określonych działań skierowanych do ludności dorosłej – zatem konieczne jest zarówno propagowanie zachowań prozdrowotnych wśród osób dorosłych, jak i rozwój usług zdrowotnych nakierowanych na potrzeby zdrowotne tej grupy.

Stan zdrowia ludności i umieralność są silnie zróżnicowane według cech demograficznych i społeczno-ekonomicznych. Stan zdrowia zależy nie tylko od czynników biologicznych (np. wiek czy płeć), ale również społeczno-ekonomicznych (stan rodzinny, stan cywilny czy poziom wykształcenia). Wraz z wiekiem znacząco pogarsza się stan zdrowia i rośnie umieralność. Kobiety mimo dłuższego przeciętnego trwania życia odznaczają się gorszym stanem zdrowia niż mężczyźni. Osoby pozostające w stanie wolnym charakteryzują się gorszym stanem zdrowia i żyją przeciętnie krócej niż te pozostające w małżeństwie. Również wykształcenie jest czynnikiem, który w znacznym stopniu różnicuje stan zdrowia – dla osób z wykształceniem wyższym odnotowuje się lepsze wskaźniki stanu zdrowia niż dla osób o niższych kategoriach wykształcenia. Także miejsce zamieszkania (miasto/wieś) różnicuje stan zdrowia – mieszkańcy miast z reguły charakteryzują się lepszym stanem zdrowia niż osoby mieszkające na wsi. Warto podkreślić, że stan zdrowia w okresie starości jest skutkiem podejmowanych decyzji i stylu życia w przebiegu całego życia, dlatego jest zalecane podejmowanie działań prewencyjnych mających na celu upowszechnianie

pozytywnego wzorca zdrowego stylu życia. Ponadto wyniki wielu analiz wskazują na wpływ warunków we wczesnym etapie życia (w okresie dzieciństwa i niemowlęctwa, a nawet w czasie życia płodowego), dlatego niezwykle ważna jest ochrona zdrowia i wspieranie odporności osób najmłodszych.

Ważne są aspekty demograficzne i epidemiologiczne, ale także kształtowanie społecznej świadomości dotyczącej indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie przez odpowiednie działania edukacyjne, poczynając od dzieci i młodzieży, a kończąc na osobach starszych.

Mając na względzie powyższe, dokonano analizy sytuacji demograficznej i epidemiologicznej, w tym na podstawie właściwych Map Potrzeb Zdrowotnych, zwanych dalej „MPZ”, w celu identyfikacji prognoz, trendów i idących za nimi potrzeb w zakresie zabezpieczenia medycznego – potrzeb wynikających z charakterystyki populacji. Podmiot objęty inwestycją jest zlokalizowany w Warszawie. Mimo że ma charakter podmiotu ogólnokrajowego, obsługuje pacjentów z całego kraju, bezpośredni zasięg oddziaływania obejmuje województwo mazowieckie. Zasadne jest zatem dokonanie analizy w odniesieniu do tego regionu.

Przedsięwzięcie stanowi interwencję w zasoby Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus z siedzibą przy ulicy Lindleya 4 w Warszawie. Jest to Zakład Lecznicy UCK WUM zlokalizowanego pod innym adresem.

Dane lokalizacyjne:

Województwo	mazowieckie
Powiat	miasto stołeczne Warszawa
Gmina	miasto stołeczne Warszawa
Miejscowość	Warszawa
Jednostka pomocnicza – dzielnica	OCHOTA
Jednostka pomocnicza – dzielnica	ŚRÓDMIEŚCIE

Lokalizacja projektu według *Krajowego Rejestru Urzędowego Podziału Terytorialnego Kraju (TERYT)*¹:

14	mazowieckie
1465	Warszawa
1465011	miasto Warszawa

Lokalizacja projektu według Nomenklatury Jednostek Terytorialnych do Celów Statystycznych (NTS):

1.1 Region Centralny, 2.1.14 Województwo mazowieckie, 3.1.14.28 Podregion 28 miasto stołeczne Warszawa, 4.1.14.28.65 Powiat miasto stołeczne Warszawa

Poziom NUTS		Numer
Polska	1	1.0.0
Województwo mazowieckie	2	2.14
Podregion 22 miasto Warszawa	3	3.14.22
Powiat warszawski (w ramach podregionu)		3.14.22.31
Powiat warszawski	4	4.14.20.32

¹ www.stat.gov.pl



Poniższa mapa przedstawia lokalizację na tle dzielnicy, miasta – powiatu, województwa.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: <http://www.mapa.um.warszawa.pl>

Charakterystyka regionu

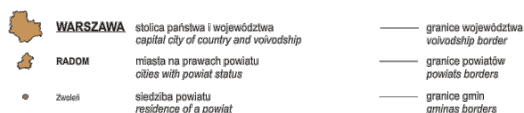
Województwo mazowieckie jest największym województwem w kraju – jego powierzchnia wynosi 35 598 km², co stanowi ok. 11,4% powierzchni kraju (stan na dzień 31.12.2018 r.). Od północy graniczy z województwem warmińsko-mazurskim, od północnego-wschodu z podlaskim, od południowego-wschodu z lubelskim, od południa ze świętokrzyskim, od południowego-zachodu z łódzkim, od północnego-zachodu z kujawsko-pomorskim. Województwo należy do najbardziej zróżnicowanych wewnętrznie województw w kraju. Tworzą go: aglomeracja warszawska, z największym miastem w kraju – stolicą Rzeczypospolitej Polskiej – Warszawą, która pełni nie tylko dominującą rolę społeczno-gospodarczą, lecz także funkcję ważnego dla Europy węzła transportowego, oraz część województwa charakteryzująca się wskaźnikami rozwoju ekonomicznego poniżej średniej krajowej. Województwo mazowieckie według danych statystycznych na dzień 31.12.2018 r. posiada największy wśród województw potencjał ludnościowy. 87 miast, 42 powiaty (w tym 5 miast na prawach powiatu), 314 gmin i ok. 8,5 tys. wsi zamieszkuje łącznie prawie 5,39 mln osób, w tym 3,48 mln w miastach, natomiast na obszarach wiejskich 1,92 mln. Liczba ludności województwa według danych na dzień 31.12.2019 r. to 5 423 168 osób (tendencja wzrostowa w stosunku do poprzednich lat), liczba mieszkańców Warszawy wynosi ponad 1,7 mln (stan na dzień 31.12.2018 r.), co stanowi 33% ludności całego województwa. Największe miasta regionu poza Warszawą to według danych na ten sam dzień (31.12.2018 r.): Radom, w którym mieszka 213 tys. osób, Płock – 120 tys., Siedlce – 77,8 tys., Ostrołęka – 52,2 tys. oraz Ciechanów – 44 tys. obywateli. Średnia gęstość zaludnienia w województwie mazowieckim wynosi 152 osoby na km² i jest większa od średniej krajowej, która wynosi 123 osoby na km². Jest to region najlepiej rozwinięty, ma największy wkład w tworzeniu polskiego produktu krajowego brutto, zwanego dalej „PKB”. Przemysł województwa odznacza się dużym zróżnicowaniem branżowym. 33,7% mieszkańców regionu stanowią osoby z wyższym wykształceniem, zaś 33,2% – ze średnim. Jest to zasługą działających w województwie wyższych uczelni – w roku szkolnym 2018/2019 było ich 97, dla 19 organem tworzącym jest jednostka administracji rządowej, pozostałe są podmiotami

prywatnymi. Do najważniejszych należą: Uniwersytet Warszawski, WUM, Politechnika Warszawska, Szkoła Główna Handlowa i Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego. Na tle całego kraju województwo mazowieckie jest liderem większości statystyk ekonomiczno-gospodarczych. Wewnętrznie odznacza się jednak dużym zróżnicowaniem. Centrum rozwoju społeczno-gospodarczego stanowi Warszawa oraz subregion warszawski wschodni i zachodni. Na drugim biegunie rozwoju znajduje się region radomski oraz duża część regionu ostrołęcko-siedleckiego.

Jednostki administracyjne województwa:

WYSZCZEGÓLNIENIE	2010	2015	2016	2017
Powiaty	37	37	37	37
Miasta na prawach powiatu	5	5	5	5
Gminy	314	314	314	314
miejskie	35	35	35	35
wiejskie	229	228	228	228
miejsko-wiejskie	50	51	51	51
Miasta	85	86	86	86
Jednostki pomocnicze – dzielnice	18	18	18	18
Miejscowości wiejskie	8741	8532	8533	8527
Sołectwa	7319	7328	7335	7334

źródło: www.stat.gov.pl



Demografia

Liczba ludności Rzeczypospolitej Polskiej od wielu lat systematycznie zmniejszała się i w 2019 r. wyniosła 38 382 576 osób, co stanowiło 7,3% ludności Unii Europejskiej spośród 519,2 mln mieszkańców 28 jej państw, co uplasowało nasz kraj na szóstym miejscu. W 2019 r. więcej ludności mieszkało w mieście (3/5 ogółu), a na przestrzeni lat występowała stała nadwyżka kobiet nad mężczyznami (107 kobiet na 100 mężczyzn), co w 2019 r. oznaczało, że Rzeczpospolitą Polską zamieszkiwało 18,6 mln mężczyzn oraz 19,8 mln kobiet. Najwięcej mieszkańców było w województwie mazowieckim, na drugim miejscu uplasowało się województwo śląskie i to ono miało największą gęstość zaludnienia – 366 osób/km², przy średniej dla kraju wynoszącej 123 osoby/km². Najmniej licznym było województwo opolskie (2,56% ogółem), natomiast województwo podlaskie miało najmniejszą gęstość zaludnienia (po 59 osoby/km²). W ujęciu powiatowym największą gęstość zaludnienia miały: powiat m. Świętochłowice – 3723 osób/km² oraz m.st. Warszawa – 3462 osób/km², a najmniejszą powiat bieszczadzki – 19 osób/km² i sejneński – 23 osób/km².

W Polsce, jak również w całej UE, obserwujemy starzenie się społeczeństwa, które wynika z wydłużania się oczekiwanej długości życia, niskiej dzietności oraz obecnej struktury wieku ludności. Rzeczpospolita Polska w 1967 r. przekroczyła próg starości demograficznej, a próg zaawansowanej starości demograficznej 13 lat później. W podziale na tzw. biologiczne grupy wieku, w 2019 r. osoby w wieku 0–14 lat stanowiły 15,3% ludności, osoby w wieku 15–64 lat – 66,6%, a w wieku od 65 lat wzwyż – 18,1%. Niezmiennie, w porównaniu z 1990 r., rośnie grupa osób w najstarszej z tych grup – w 2019 r. zwiększyła się o 215 tys. osób w stosunku do 2018 r. Jej udział w ogólnej populacji jest określany wskaźnikiem starości, który w 2019 r. wyniósł o 7,9 pkt. procentowych więcej niż w 1990 r.

Na zachodzące procesy demograficzne wpływa obserwowany od wielu lat wzrost średniej długości życia i to zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn. Między oczekiwaną długością życia kobiet i mężczyzn występuje różnica – kobiety żyją dłużej, co jest wynikiem zjawiska nadumieralności mężczyzn. W 2019 r. przeciętne dalsze trwanie życia w momencie urodzenia wynosiło ogółem 77,79 lat (74,07 dla mężczyzn i 81,75 dla kobiet). W porównaniu z 1990 r. Polacy żyli dłużej o 7,8, a Polki o 6,5 lat, zatem dynamika wzrostu lat życia jest szybsza u mężczyzn. Pod względem województw najdłuższą oczekiwaną długość życia w momencie urodzenia osiągnęły kobiety w województwie podkarpackim (83,2 lat), najkrótszą w śląskim (80,8 lat). W przypadku mężczyzn najdłuższa oczekiwana długość życia występowała w województwie podkarpackim (75,4 lat), a najkrótsza w łódzkim (72,5 lat). Na przestrzeni lat 2010–2018 obserwowano wzrost długości życia w przypadku obu płci, zarówno w Rzeczypospolitej Polskiej, jak i w krajach Unii Europejskiej. W przypadku Rzeczypospolitej Polskiej 2019 r. był wyjątkowy, bo doszło do niewielkiego spadku oczekiwanej długości życia. Wiek dożywania Polaków w 2018 r. był krótszy o kilka lat niż średnio w Unii Europejskiej w przypadku mężczyzn o 4,6 lata, natomiast w przypadku kobiet o 1,9 lata. W 2019 r. różnice wartości przeciętnego dalszego trwania życia w momencie urodzenia oraz w wieku 60 lat między kobietami zamieszkującymi miasto i wieś praktycznie nie występują, nieznacznie wyraźniejsze różnice są w przypadku mężczyzn, przewaga występuje na rzecz miasta.

Według prognoz Głównego Urzędu Statystycznego liczba ludności Rzeczypospolitej Polskiej na koniec 2025 r. będzie wynosić 37 741 tys. osób (spadek o 1,04% w porównaniu z 2019 r.), w 2030 r. – 37 185 tys. (2,50%), w 2040 r. – 35 668 tys. (6,48%), a w 2050 r. – 33 951 tys. (11%). Spadek liczby ludności nie będzie odbywał się równomiernie ani w przekroju terytorialnym, ani w podziale na miasto i wieś. Wszystkie województwa w Polsce doświadczą spadku bezwzględnej liczby ludności. Największy spadek w 2050 r. względem 2019 r. będzie miał miejsce w województwie śląskim, gdzie liczba mieszkańców zmniejszy się o 817 tys., a najmniejszy w pomorskim (55 tys.). Nieco inaczej rozkładają się jednak zmiany względne. Województwem, w którym ubędzie najwięcej ludności w stosunku do stanu z 2019 r., będzie województwo opolskie ze spadkiem o 23,4%, najmniej, bo tylko 1,1%, ludności ubędzie w województwie mazowieckim.

Prognozowane zmiany liczby ludności na poziomie powiatów prezentują jeszcze większe zróżnicowanie. W liczbach bezwzględnych największe spadki dotkną dużych miast – w Łodzi liczba ludności do 2050 r. zmniejszy się o 195,7 tys., a w Poznaniu o 130 tys. Jednocześnie znacząco powiększać się będą powiaty okalające duże miasta – liczba mieszkańców powiatu poznańskiego wzrośnie o 168 tys., a wołomińskiego (województwo mazowieckie) o 76 tys. Ponownie w ujęciu procentowym różnice te będą wyglądały nieco inaczej. W powiecie hajnowskim (województwo podlaskie) prognozuje się, że do 2050 r. liczba ludności

spadnie aż o 39,9%, a w powiecie m. Konin (wielkopolskie) o 38,1%. Liderami wzrostu będą z kolei powiat wrocławski (+49,1% ludności) oraz gdański (+45,8%). Zmiany te będą wymagały odpowiednich dostosowań organizacyjnych i infrastrukturalnych w systemie opieki zdrowotnej w Polsce. Bardzo istotnym zjawiskiem będzie tzw. suburbanizacja, czyli rozlewanie się dużych miast na obszary przyległe, przy jednoczesnym zmniejszaniu liczby ludności w obszarze obecnych granic miast. Warto zwrócić uwagę, że poza obszarem oddziaływania dużych miast liczba ludności będzie spadać, co może utrudnić dostarczanie usług medycznych oraz dodatkowo zwiększyć wykluczenie społeczne. Analizując przekrój w podziale na typ miejscowości, do 2050 r. ludność miast zmniejszy się aż o 17,4%, podczas gdy ludność wsi spadnie o zaledwie 1,8%.

Prognozowane zmiany demograficzne, czyli malejąca liczba urodzeń oraz rosnąca długość życia, spowodują odwrócenie piramidy wieku.

W związku z wyżej wymienionymi trendami konieczne jest zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej, w tym rozwoju usług zdrowotnych, których odbiorcami są osoby starsze.

- 1) *Ludność województwa (5,42 mln mieszkańców, 14,27% ludności kraju) mimo wyższej płodności charakteryzuje się większym stopniem zaawansowania procesu starzenia się niż ludność Polski.*
- 2) *Wyróżnia się też nieco dłuższym oczekiwanym trwaniem życia oraz przewagą kobiet w grupach wieku już od 30. roku życia. Przewaga ta narasta znacznie w starszych grupach wieku.*
- 3) *Rosnąca grupa osób starszych, w tym osób sędziwych, której znaczną część stanowią kobiety, wymaga rozwoju usług odpowiadających potrzebom zdrowotnym tej grupy.*
- 4) *Różnice między powiatami w umieralności niemowląt wymagają zwiększenia jakości usług zdrowotnych (w tym prewencyjnych, edukacyjnych) zarówno dla kobiet w ciąży, jak i niemowląt.*

Gospodarka województwa mazowieckiego

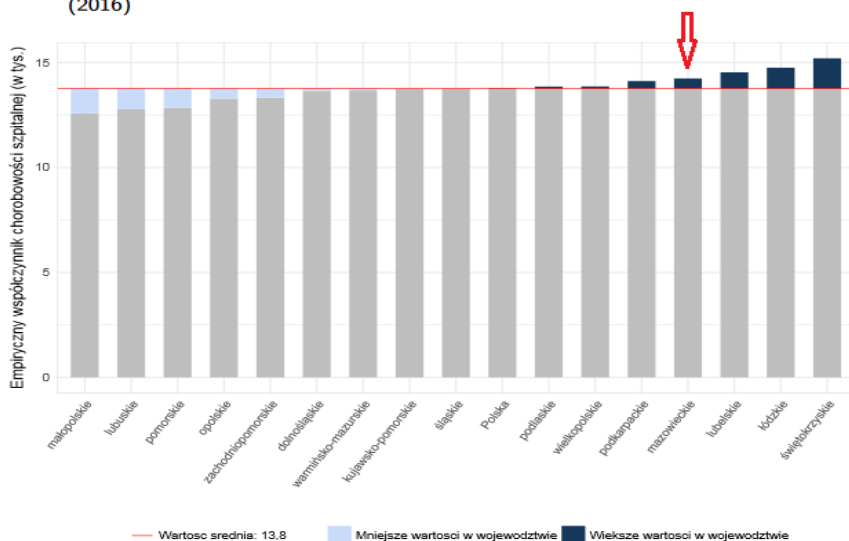
Województwo charakteryzuje najwyższy w kraju potencjał gospodarczy mierzony wartością PKB (stan na koniec 2018 r.). Analiza syntetycznego miernika poziomu rozwoju gospodarczego, jakim jest PKB, wskazuje w województwie mazowieckim na narastanie rozpiętości między podregionami NUTS 3 i pokazuje dominującą rolę miasta Warszawy. Wielkość wskaźnika PKB na 1 mieszkańca jest mocno zróżnicowana wewnątrz regionu. Województwo mazowieckie wyróżnia się w skali kraju najwyższym poziomem rozwoju gospodarczego. Zasadniczy potencjał gospodarczy, kapitałowy i intelektualny skupiony jest w Warszawie i aglomeracji warszawskiej. Analizując sytuację w województwie, widać, że struktura lokalizacji inwestycji wskazuje jednoznaczne preferencje inwestorów w wyborze dużych skupisk ludności. Subregiony województwa odznaczają się słabszym potencjałem gospodarczym i niższą dynamiką rozwojową. Województwo mazowieckie jest największym eksporterem i importerem w kraju. W województwie mazowieckim utrzymuje się powolny, ale stały, rozwój funkcji turystyczno-wypoczynkowej. Warszawa pełni rolę ośrodka turystyki przyjazdowej krajowej i zagranicznej. Udział przyjazdów turystów zagranicznych to blisko 30% wielkości krajowej. Stolica obsługuje ponad 70% turystów zagranicznych przyjeżdżających na Mazowsze. Związane jest to z lokalizacją lotniska międzynarodowego oraz węzła kolejowego, skupiającego połączenia międzynarodowe i będącego dobrym punktem przesiadkowym na terenie całej kraju.

Epidemiologia i wybrane dane z obszaru statystyk medycznych

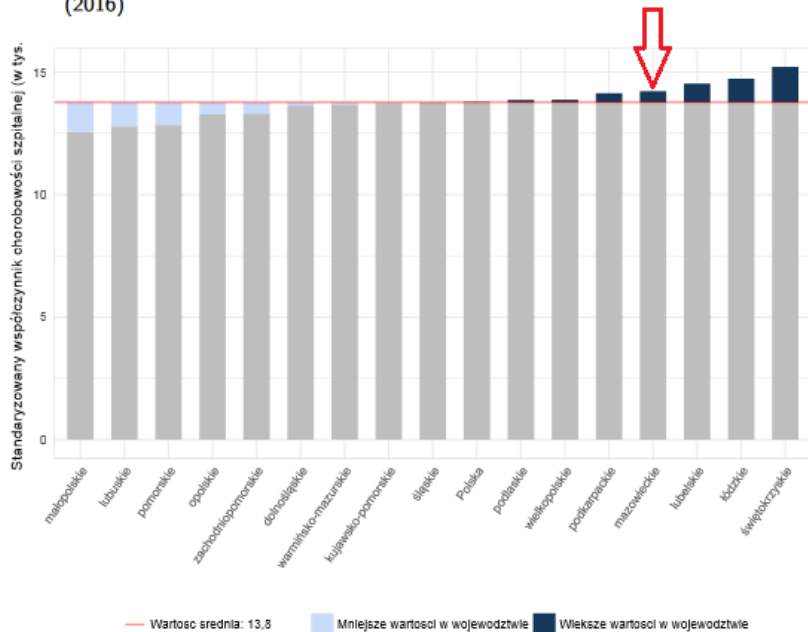
Współczynnik chorobowości szpitalnej wyraża liczbę osób hospitalizowanych z powodu wszystkich przyczyn lub z powodu danej jednostki chorobowej w ciągu roku w przeliczeniu na 100 000 ludności. Współczynnik chorobowości szpitalnej w Rzeczypospolitej Polskiej wyniósł 13 780 osób hospitalizowanych na 100 tys. ludności.

Poniższe wykresy przedstawiają empiryczny oraz standaryzowany współczynnik chorobowości dla województw.

Empiryczny współczynnik chorobowości szpitalnej na 100 tys. ludności w województwach (2016)



Standaryzowany współczynnik chorobowości szpitalnej na 100 tys. ludności w województwach (2016)



Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS

W Rzeczypospolitej Polskiej głównymi przyczynami zgonów są nadal choroby układu krążenia i nowotwory. Podniesienie zdrowotności mieszkańców regionu wiąże się przede wszystkim z wyrównaniem dostępu do świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej oraz do specjalistycznych usług medycznych, zwłaszcza na terenach wiejskich. W ciągu ostatnich kilku lat nieznacznie polepszyła się sytuacja w zakresie ochrony zdrowia. Mimo iż wzrosła liczba lekarzy, zarówno w wartościach bezwzględnych, jak i względnych (w 2017 r. w województwie mazowieckim pracowało 14 299 tys. lekarzy oraz 1568 tys. stomatologów), odnotowuje się nadal deficyt wymienionych specjalistów. Dodatkowo odnotowuje się rosnący odpływ wykwalifikowanej kadry medycznej, zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek.

W 2017 r. na terenie województwa mazowieckiego funkcjonowało 117 szpitali ogólnych, dysponujących 25 214 łóżkami:

Szpitala stacjonarne ogólne według województw w 2017 roku

Województwo	Szpitale		Łóżka		
	Ogółem	Ogółem	Na 10 tys. Ludności		
			Wskaźnik	Miejsce w kraju	
POLSKA	2017	930	181 548	47,2	x
Dolnośląskie		80	14 494	49,9	4
Kujawsko-pomorskie		40	9 632	46,2	9
Lubelskie		52	10 994	51,7	2
Lubuskie		23	4 324	42,5	14-15
Łódzkie		64	12 569	50,8	3
Małopolskie		86	14 853	43,8	12-13
Mazowieckie		117	25 214	46,8	8
Opolskie		29	4 209	42,5	14-15
Podkarpackie		40	10 082	47,4	7
Podlaskie		35	5 797	48,9	5
Pomorskie		42	9 153	39,4	16
Śląskie		154	24 957	54,9	1
Świętokrzyskie		24	6 018	48,2	6
Warmińsko-mazurskie		43	6 396	44,6	10
Wielkopolskie		60	15 266	43,8	12-13
Zachodniopomorskie		41	7 590	44,5	11

Źródło: Dane ze sprawozdania MZ-29

Według danych statystycznych, w szpitalach w województwie mazowieckim leczono najwięcej pacjentów (w 2017 r.):

Działalność szpitali stacjonarnych ogólnych z ruchem międzydziałowym (łącznie z oddziałem neonatologicznym) według województw w 2017 roku

Województwo	Leczeni w ciągu roku				Osobodni w tys.	Przeciętny pobyt chorego		Wykorzystanie łóżka		
	Ogółem	na 1 łóżko		Wskaźnik w dniach		Miejsce w kraju	Wskaźnik w dniach	Miejsce w kraju	Wskaźnik w %	
		Wskaźnik	Miejsce w kraju							
POLSKA	2017	8 289 411	45,3	x	43985,5	5,3	x	240,1	x	65,8
Dolnośląskie		643 420	44,6	11	3436,1	5,3	9-11	238,1	9	65,2
Kujawsko-pomorskie		402 620	41,8	15	2262,5	5,6	13	235,0	11	64,4
Lubelskie		483 488	43,8	13	2871,7	5,9	15	260,1	1	71,3
Lubuskie		221 587	51,7	1	1057,5	4,8	2-3	246,7	6	67,6
Łódzkie		580 523	46,2	8	3098,1	5,3	9-11	246,3	7	67,5
Małopolskie		653 436	44,1	12	3818,6	5,8	14	257,8	2	70,6
Mazowieckie		1 230 312	48,8	3	6267,1	5,1	6-8	248,6	4	68,1
Opolskie		181 265	42,7	14	979,7	5,4	12	231,0	15	63,3
Podkarpackie		476 927	47,9	4	2388,6	5,0	4-5	240,0	8	65,8
Podlaskie		265 986	46,3	7	1343,6	5,1	6-8	233,7	14	64,0
Pomorskie		415 704	46,1	9	2108,6	5,1	6-8	233,9	13	64,1
Śląskie		986 183	39,6	16	5875,4	6,0	16	235,9	10	64,6
Świętokrzyskie		287 271	47,0	5	1515,9	5,3	9-11	247,9	5	67,9
Warmińsko-mazurskie		296 455	46,6	6	1492,1	5,0	4-5	234,4	12	64,2
Wielkopolskie		770 847	44,8	10	3568,0	4,6	1	207,2	16	56,8
Zachodniopomorskie		393 387	51,6	2	1902,0	4,8	2-3	249,4	3	68,3

Źródło: Sprawozdanie MZ-29

Dane powyższe świadczą o tym, że województwo posiada znaczące zasoby pod względem ilościowym, a jakościowo zasoby te podlegają modernizacji, m.in. dzięki zaangażowaniu środków Unii Europejskiej, jednak proces ten wymaga kontynuacji, w szczególności w obszarach zgodnych z trendami demograficznymi i epidemiologicznymi.

Do takich przedsięwzięć należy przedmiotowa inwestycja. Interwencja dotyczy obszarów i dziedzin medycznych zbieżnych z przedstawionymi trendami i służy zabezpieczeniu potrzeb zdrowotnych populacji. Powyższe zostało uwzględnione w dokumentach strategicznych obejmujących obszar ochrony zdrowia na różnych poziomach: od regionalnego do krajowego i międzynarodowego.

Priorytety regionalnej polityki zdrowotnej na Mazowszu: onkologia, choroby wewnętrzne z geriatrią, leczenie psychiatryczne oraz rehabilitacja i neurologia to niektóre z priorytetów regionalnej polityki zdrowotnej województwa mazowieckiego. **Priorytetem ogólnym jest modernizacja istniejących placówek służby zdrowia – m.in. inwestycje w wymianę sprzętu.** Problem chorób nowotworowych dotyczy coraz większej liczby osób, dlatego istnieje konieczność zapewnienia szybkiej diagnostyki i wysokiej jakości kompleksowego leczenia pacjentów. Bardzo ważna jest ciągłość i koordynacja leczenia, tak aby we właściwym czasie pacjent został objęty opieką ambulatoryjną i szpitalną, a w razie potrzeby rehabilitacyjną, paliatywną lub hospicyjną. Wojewoda Mazowiecki zwraca również uwagę na potrzebę utworzenia oddziału transplantacji szpiku dla dzieci.

Choroby wewnętrzne z geriatrią i opieką długoterminową – geriatryka została wskazana w mapach potrzeb zdrowotnych jako dziedzina wymagająca zwiększenia zaplecza kadrowego. Według danych Okręgowej Izby Lekarskiej w województwie mazowieckim jest zaledwie 30 geriatrów. Natomiast w całym kraju jest ich 417. Zalecono tworzenie stanowisk konsultantów geriatrów w szpitalach oraz oddziałów geriatrycznych i pododdziałów geriatrycznych na bazie oddziałów wewnętrznych. Konieczny jest też rozwój różnych form opieki dziennej i ambulatoryjnej oraz zwiększenie dostępności rehabilitacji dla pacjentów.

Psychiatria i opieka środowiskowa – należy dążyć do zmiany formy części leczenia ze stacjonarnej na rzecz różnych form opieki ambulatoryjnej, dziennej i środowiskowej. W celu poprawy dostępności kompleksowej opieki psychiatrycznej zaleca się również tworzenie Centrów Zdrowia Psychicznego – dla dorosłych oraz dzieci i młodzieży.

Rehabilitacja i neurologia – jednym z priorytetów jest zapewnienie kompleksowego leczenia m.in. przez objęcie pacjenta wczesną rehabilitacją, szczególnie poudarową i kardiologiczną. Odpowiednio dobrana rehabilitacja na wczesnym etapie leczenia może poprawić jakość życia i zapobiec niepełnosprawności. Potrzebne są ośrodki wczesnej interwencji dla dzieci oraz całościowa opieka nad seniorami.

Profilaktyka – ważną rolę w zwalczaniu coraz szerzej występujących chorób cywilizacyjnych stanowią działania profilaktyczne. Konieczna jest realizacja prozdrowotnych programów edukacyjnych skierowanych m.in. do dzieci i młodzieży oraz osób starszych. Takie działania pozytywnie wpłyną na obniżenie kosztów leczenia oraz kosztów społecznych (np. zasiłki chorobowe, świadczenia socjalne).

Choroby układu kostno-mięśniowo-stawowego – dostosowanie pomieszczeń do aktualnych wymogów w obiektach służby zdrowia poprawi warunki leczenia chorych, a przede wszystkim zapewni skuteczność leczenia i wpłynie na ograniczenie ilości powikłań. Podjęte działania modernizacyjne zapewnią pełny profil zabiegów ortopedycznych wieku rozwojowego i dorosłych.

Identyfikacja stanu obecnego

Zespół zabudowy szpitala w systemie pawilonowym powstał według autorstwa Józefa Piusa Dziekońskiego i pochodzi z przełomu XIX i XX wieku. Obiekty kubaturowe zespołu szpitalnego są otoczone zielenią wysoką i niską, która wraz z ciągami komunikacyjnymi tworzy zagospodarowanie terenu. Na terenie występuje wartościowy drzewostan mieszany. Dojazd do terenu SKDJ odbywa się przez wewnętrzny układ komunikacyjny z drogi publicznej ulicy Oczki, która stanowi połączenie z miejskim układem komunikacyjnym, oraz z ulicy Nowogrodzkiej i Lindleya (dla karetek). Na działce znajdują się podjazdy do budynku i miejsca postojowe dla samochodów, adekwatne do obecnej kubatury i przewidywanej liczby osób przybywających do SKDJ i przebywających na jego terenie. Teren szpitala znajduje się w obszarze śródmiejskim. Dojazd do nieruchomości nie ulega zmianie w stosunku do istniejącego układu i będzie odbywać się z dróg publicznych. Zespół budowlany Szpitala znajduje się w obszarze ograniczonym ulicami: Nowogrodzką – Chałubińskiego – Oczki – Lindleya i wpisany jest do rejestru zabytków pod numerem A-840.

Układ budynków (pawilonowa zabudowa) oraz obecny stan techniczny i układ funkcjonalny pomieszczeń nie zapewniają optymalnej ergonomii opieki. Transport pacjentów między budynkami rozległego kompleksu szpitalnego UCK WUM – Zakładu Leczniczego Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus odbywa się po terenie zewnętrznym, co także nie jest rozwiązaniem optymalnym. Ze względu na okres powstania kompleksu, jego degradację związaną z upływem czasu, niespełnianie aktualnie obowiązujących norm i przepisów, postęp techniczny i technologiczny, znaczenie i rolę Zakładu Leczniczego UCK WUM – Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus w ochronie zdrowia, niezbędna jest interwencja w infrastrukturę budowlaną i sprzętową stanowiącą zasoby, na bazie których realizowane są świadczenia medyczne.

Strategiczne podejście do planowania inwestycyjnego przez Inwestora obejmuje następujące aspekty:

- 1) analizę stanu infrastruktury;
- 2) identyfikację deficytów i problemów do rozwiązania w celu wyselekcjonowania optymalnego, z punktu widzenia rzeczowego, zakresu inwestycji – priorytety I;
- 3) identyfikację wszystkich składowych i skosztorysowanie koniecznych nakładów;
- 4) wpływ inwestycji, z uwagi na realizowane na danym obszarze świadczenia, na podaż świadczeń i poziom kontraktu, w kontekście kosztów operacyjnych wykorzystywania wytworzonej infrastruktury;
- 5) adekwatność w związku z potrzebami zdrowotnymi populacji, wynikającymi z trendów epidemiologicznych i demograficznych;
- 6) budowanie zaplecza dydaktycznego sprzyjającego kształceniu przyszłych kadr;
- 7) wpływ na proces innowacji, w tym skalowalność inwestycji;
- 8) poprawę warunków pracy i organizacji procesu leczenia;
- 9) wzrost jakości i poprawę warunków udzielania świadczeń w celu uzyskania optymalnego poziomu satysfakcji i zadowolenia pacjentów;
- 10) analizę potencjalnych źródeł finansowania – ekonomizacja procesu inwestycyjnego (nakład – efekt, struktura montażu finansowego).

W związku z tym została dokonana kompleksowa analiza stanu technicznego budynków wykazująca stan bieżący dla zadań objętych wykonaniem w pierwszej kolejności, będący przedmiotem Programu.

Celem powyższej ekspertyzy technicznej było określenie stanu technicznego poszczególnych elementów konstrukcji i wykończenia, ocena stanu bezpieczeństwa oraz możliwych do zastosowania rozwiązań, pozwalających na doprowadzenie infrastruktury do stanu zadowalającego, w tym przede wszystkim spełniającego wymagania prawne, i umożliwiającego dalsze użytkowanie budynków, albo też wskazanie, że nie jest to możliwe lub racjonalne.

Przyjęte kryteria oceny stanu technicznego elementów obiektu budowlanego oraz kryteria ustalania stopnia pilności wykonania robót budowlanych: przyjęto pięciostopniową skalę oceny stanu technicznego obiektu budowlanego – od 5 do 1, tj.:

5	stan techniczny dobry : element obiektu (konstrukcja, wykończenie, wyposażenie, instalacje) jest dobrze (zużycie od 0% do 15%) utrzymany, konserwowany i nie wykazuje widocznego zużycia i uszkodzeń. Cechy i właściwości wbudowanych materiałów i urządzeń odpowiadają wymogom norm i przepisów. Ewentualne wskazanie do wykonania drobnych napraw i prac konserwacyjnych w określonym zakresie
4	stan techniczny zadowalający : element obiektu (konstrukcja, wykończenie, wyposażenie, instalacje) (zużycie od 16% do 30%) utrzymywany jest należycie. Celowe jest wykonanie prac konserwacyjnych lub napraw bieżących, w niewielkim zakresie, polegających na remoncie wytypowanych elementów obiektu budowlanego, który ma na celu zapobieganie skutkom zużycia tych elementów i utrzymanie obiektu budowlanego we właściwym stanie technicznym
3	stan techniczny średni : w elementach obiektu (konstrukcja, wykończenie, wyposażenie, instalacje) (zużycie od 31% do 50%) występują niewielkie uszkodzenia i ubytki niezagrożające bezpieczeństwu użytkowania. Wymagane jest wykonanie naprawy bieżącej wytypowanych elementów w większym zakresie lub (oraz) naprawy głównej, czyli remontu polegającego na wymianie co najmniej jednego elementu obiektu budowlanego
2	stan techniczny nieodpowiedni : w elementach obiektu (konstrukcja, wykończenie, wyposażenie, instalacje) (zużycie od 51% do 70%) występują znaczne ubytki, które mogą zagrażać bezpieczeństwu użytkowania. Cechy i własności wbudowanych materiałów i urządzeń utraciły swoje pierwotne właściwości. Wymagane jest wykonanie remontu kapitalnego, czyli remontu polegającego na wymianie wielu elementów obiektu budowlanego
1	stan techniczny zły : w elementach obiektu (konstrukcja, wykończenie, wyposażenie, instalacje) (zużycie od 71% do 100%) występują tak duże zniszczenia lub (i) ubytki, że nie pozwalają na dalsze bezpieczne użytkowanie obiektu. Wymagane jest wykonanie remontu kapitalnego o bardzo dużym rozmiarze lub rozebranie obiektu

Ustalono cztery stopnie pilności wykonania robót budowlanych – od I do IV:

- I. Remont w przypadku uszkodzeń, które zagrażają bezpieczeństwu użytkowania lub mogą stać się przyczyną zniszczenia lub awarii obiektu. Wytypowane elementy obiektu budowlanego lub wytypowane roboty budowlane wymagają natychmiastowego zabezpieczenia, naprawy głównej, wymiany lub rozbiórki.
- II. Remont, który może być odłożony na okres do 1 roku lub do okresu zimowego bez szkody dla użytkowników obiektu. Okres przesunięcia remontu powinien być wykorzystany do opracowania dokumentacji projektowej oraz przeprowadzenia postępowania przetargowego na wybór wykonawcy robót budowlanych.
- III. Remont, który może być odłożony na okres do 2 lat bez specjalnej szkody dla użytkowników obiektu.
- IV. Remont, który może być odłożony na okres do 3 lat bez specjalnej szkody dla użytkowników obiektu.

Dokonano oceny pod względem dwóch zmiennych wszystkich obszarów objętych Programem, a następnie zidentyfikowano zakresy, które powinny zostać włączone do zakresu inwestycji, oraz te, które są mniej pilne (kolejne działania).

Zmienną decydującą była pilność podjęcia interwencji w określony obszar oraz możliwości finansowe Inwestora.

Poniżej przedstawiona jest ocena infrastruktury objętej, w wyniku analizy, zakresem inwestycji.

Obszar techniczny objęty analizą	Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu (pawilon nr 20)	Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej (pawilon nr 11C i E) wraz z Pracownią Endoskopową i Blokiem operacyjnym	Klinika Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych (pawilon nr 1) z Zakładem Immunologii Klinicznej	Klinika Medycyny Transplantacyjnej, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych ze Stacją Dializ (pawilon nr 1, 1A, 2, 6)	Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej z Blokiem operacyjnym (pawilon nr 7)	Klinika Dermatologiczna; Klinika Dermatologii i Wenerologii (pawilon nr 26, 26/27)	Zakład Radiologii Klinicznej (pawilon nr 12)	Apteka i Laboratorium (pawilon nr 8)
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Ściany fundamentowe	2	2	2	2	2	2	2	2
Ściany zewnętrzne i elewacje	2	2	2	2	2	2	2	2
Ściany wewnętrzne i działowe	3	2	2	2	2	2	2	1
Izolacja termiczna	2	1	1	1	1	1	1	1
Instalacja wodociągowa i kanalizacyjna	2	2	2	2	1	1	2	2
Instalacja centralnego ogrzewania	2	2	2	2	1	1	2	2
Instalacja wentylacji i klimatyzacji	2	1	1	1	1	1	1	1
Instalacja elektryczna, w tym sieci informatyczne i SAP	2	1	1	1	1	1	2	1
Dach	3	2	2	2	2	1	2	2
Infrastruktura w ramach zagospodarowania terenu	1	1	1	1	1	1	1	1

PILNOŚĆ	II	II	II	II	I/II	I/II	II	II
---------	----	----	----	----	------	------	----	----

Powyższa analiza techniczna pozwoliła na podjęcie decyzji zarządczych i wyselekcjonowania optymalnego sposobu działań – zakresu inwestycji minimalizujących negatywne skutki obecnego stanu i pozwalających na osiągnięcie oczekiwanego stanu z założeniem zachowania efektywności ekonomicznej, technicznej, lokalizacyjnej, organizacyjnej.

Stan techniczny budynków oceniono według powyższej skali, w wyniku czego otrzymano poniższe wyniki.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
21	16	16	16	14	13	17	15
II	II	II	II	I/II	I/II	II	II

Powyższe wyniki wskazujące na **nieodpowiedni** (poz. 1) albo **zły stan techniczny** (poz. 2–8) wymienionych budynków potwierdza przeprowadzona ekspertyza techniczna dotycząca pawilonu nr 7, w której zawarte zostały inżynierskie rekomendacje dotyczące decyzji inwestycyjnych. Według nich, z punktu widzenia racjonalności, w tym ekonomicznej, jest zasadne zaniechanie remontu budynku, a jego niwelacja i posadowienie nowej infrastruktury, kumulującej – centralizującej w jednej lokalizacji, obecnie rozproszone, funkcje medyczne – diagnostyczne, terapeutyczne, zabezpieczające funkcjonowanie i wspomagające (pomocnicze) wymienione funkcje podstawowe, w tym w szczególności świadczenia dla pacjentów transplantologicznych oraz służące realizacji pozostałych zadań statutowych (dydaktyka, kształcenie, rozwój dziedzin). Ma to uzasadnienie nie tylko z punktu widzenia technicznego, ale także organizacyjnego. Ważnym aspektem jest także fakt, że budynek ten nie jest objęty opieką konserwatorską.

Wskazane rekomendacje zostały wzięte pod uwagę w procesie decyzyjnym w ramach analizy wariantowości inwestycji.

Kolejnym ważnym wnioskiem jest to, że jedne z najmniej wyeksploatowanych budynków (1, 1A, 2) mogą stać się docelową lokalizacją dla komórek organizacyjnych, które nie są powiązane zakresowo z Centrum Transplantacyjnym, tj. dwie kliniki: Klinika Dermatologii i Wenerologii oraz Klinika Dermatologiczna, a są objęte Programem. Modernizacja tych obiektów na potrzeby dostosowania do potrzeb wymienionych Klinik będzie stanowić wkład UCK WUM i wpisuje się w pełnym zakresie w całokształt realizowanych działań strategicznych jako inicjatywa pozwalająca na osiągnięcie celu głównego. Powyższa modernizacja leży w zakresie rzeczowym i finansowym inwestycji, jednakże jest finansowana ze środków własnych Inwestora (część całościowego wkładu własnego w kwocie 11 928 600 zł). Wkład własny łącznie wynosi 17 928 930 zł (17 929 tys zł).

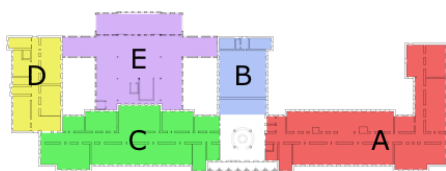
Obecnie zabudowa pawilonowa jest ograniczeniem i czynnikiem utrudniającym oraz zwiększającym koszty realizacji świadczeń medycznych. Ma także znaczenie z punktu widzenia czasu realizacji świadczeń, m.in. z uwagi na konieczność transportu pacjentów między obiektami, w których zlokalizowane są funkcje medyczne, czy też materiałów, leków, niezbędnych zasobów. Utrudnia to także zarządzanie organizacją w warstwie zasobów ludzkich. Brak komunikacji między obiektami powoduje dodatkowo obniżenie komfortu pacjentów w sytuacji konieczności przemieszczenia się, zarówno w ramach świadczeń szpitalnych, jak i opieki ambulatoryjnej.

Analiza techniczna i funkcjonalna obecnie wykorzystywanych budynków wykazała także, że inwestowanie w obecną infrastrukturę traci uzasadnienie ekonomiczne. Tym samym zbyt mała powierzchnia i kubatura bazy lokalowej ogranicza funkcjonowanie i dalszy rozwój UCK WUM – Zakładu Leczniczego Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus. Jest barierą w zakresie działań rozwojowych w przyszłości – możliwości utworzenia nowych, a modernizacja istniejących budynków przestaje mieć racjonalne uzasadnienie, poza przystosowaniem do oczekiwanego stanu infrastruktury obiektów 1, 1A, 2 (po zwolnieniu przez Kliniki przenoszone do nowego budynku jako komórki wchodzące w skład Centrum Transplantacyjnego). Ta przestrzeń, zmodernizowana w ramach zadań Programu, będzie operacyjnie wykorzystywana przez Klinikę Dermatologii i Wenerologii oraz przez Klinikę Dermatologiczną, które zostaną przeniesione z innej, tymczasowej lokalizacji.

Wykorzystywane powierzchnie są wyeksploatowane technicznie oraz częściowo nie nadają się do zaadaptowania ich do obowiązujących wymogów i skorelowania pracy współpracujących ze sobą jednostek ze względu na utrudnienia architektoniczne i rozmieszczenie pomieszczeń. Z uwagi na blisko 120-letnie funkcjonowanie UCK WUM – Zakładu Leczniczego Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus doszło do znacznego wyeksploatowania infrastruktury budowlanej i technicznej SKDJ, która jest przestarzała, zużyta i niedostosowana do zabezpieczania aktualnych potrzeb. W związku z powyższym duża część powierzchni UCK WUM – Zakładu Leczniczego Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus, dotychczas niemodernizowanej, nie spełnia obowiązujących standardów oraz wymagań sanitarno-epidemiologicznych i technicznych. Podobna sytuacja dotyczy aparatury i sprzętu medycznego. Głównym założeniem jest zatem dostosowanie infrastruktury do wymagań prawnych, funkcjonalnych i zapewniających bezpieczne udzielanie świadczeń medycznych, co identyfikuje się jako warunek dalszej efektywnej działalności UCK WUM – Zakładu Leczniczego Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus. Niezbędna jest zatem poprawa jego infrastruktury technicznej.

Analizując poszczególne obiekty objęte planowaną interwencją, w których funkcjonują poszczególne jednostki organizacyjne (wymienione poniżej), pod kątem oceny technicznej, trzeba zauważyć, że ich stan determinuje zakres niezbędnych działań – wykonania robót budowlanych, instalacyjnych oraz doposażenia, w tym wymiany wyeksploatowanego sprzętu medycznego.

Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu jest zlokalizowana w budynku oznaczonym numerem 20 w obszarze kampusu szpitalnego – zarówno Oddziały wchodzące w skład Kliniki, jak i obecnie modernizowany Blok operacyjny, wchodzący w struktury Kliniki. Budynek powstał w 1957 r. (z wyjątkiem skrzydła E). Jest to budynek pięciokondygnacyjny z dodatkową kondygnacją podziemną, wykonany sposobem tradycyjnym, o konstrukcji murowanej i stropach ceramicznych. Stropodach o konstrukcji żelbetowej pokryty papą. Komunikacja pionowa wewnątrz budynku odbywa się głównie przez monumentalne okrągłe schody i windy łączące centralnie umiejscowiony hol wejściowy na parterze z przestrzeniami na piętrach. Dodatkowo komunikacja pionowa odbywa się schodami znajdującymi się na końcu każdego ze skrzydeł A, B i D. Budynek składa się ze skrzydeł oznaczonych symbolami A, B, C, D, E. Klinika jest zlokalizowana w obszarze skrzydeł A, C, D (nie na wszystkich kondygnacjach). Poglądowe rozmieszczenie skrzydeł w budynku przedstawia poniższy schemat:



Skrzydło E jest dobudowanym jednokondygnacyjnym skrzydłem wraz z krytym podjazdem dla karettek na potrzeby Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, w ramach którego roboty zakończone zostały w I kwartale 2017 r. Pozostałe skrzydła powstały w latach 50. XX wieku. Obiekt będący przedmiotem inwestycji znajduje się na terenie zespołu urbanistycznego Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus.

Poradnie ortopedii znajdują się w wymienionej lokalizacji, zatem stan techniczny, opisany wyżej, dotyczy także tego obszaru udzielania świadczeń w zakresie porad specjalistycznych i diagnostyki (AOS).

Obszar funkcjonalny, który wymaga modernizacji polegających na wykonaniu robót budowlano-instalacyjnych, w obecnym stanie stwarza realne ryzyko utraty możliwości operacyjnego wykorzystania z uwagi na fakt, że jego stan techniczny – lokalowy (a także w zakresie wyposażenia) – nie spełnia wymagań prawnych. Obecnie stan infrastruktury odbiega od wymagań prawnych, w szczególności wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Niezbędna jest zatem modernizacja, która pozwoli na spełnienie wymogów w zakresie budowlanym, organizacji i realizacji świadczeń zdrowotnych, zachowania właściwych warunków sanitarnych, w tym septyki i działania profilaktyczne i kontrolne w dziedzinie zakażeń. Powyższe obszary regulują: załącznik nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 290, z późn. zm.), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w szczególności w odniesieniu do zakresu obejmującego prace budowlano-instalacyjne.

Obecnie infrastruktura jest wyeksploatowana, awaryjna, funkcjonalnie odbiegająca od potrzeb, także z uwagi na kryteria operacyjno-organizacyjne realizacji świadczeń, ruchu pacjentów i personelu, nie są zachowane obecnie obowiązujące wymagania dotyczące odległości, jest potrzeba zapewnienia właściwej wentylacji, ochrony przeciwpożarowej, nowoczesnych rozwiązań zapewniających minimalizację ryzyka zdarzeń epidemiologicznych, w tym zakażeń wewnątrzszpitalnych. Wyposażenie również wymaga wymiany w celu zapewnienia zgodności z prawem i kompatybilności funkcjonalnej z innymi jednostkami i infrastrukturą po modernizacji.

Powyższe zostało zidentyfikowane i wzięte pod uwagę w ramach inwentaryzacji budynku na etapie poprzedzającym proces wyboru optymalnej opcji realizacji inwestycji i tworzenia koncepcji.

W zakresie wyposażenia i doposażenia oddziałów wchodzących w skład Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, z uwagi na częstotliwość wykorzystywania oraz wiek, sprzęt i wyposażenie ma wysoki stopień wyeksploatowania, konieczne jest odnowienie i unowocześnienie bazy sprzętowej Kliniki. Podkreślić należy, że zarówno liczba, jak i jakość sprzętu używanego są niezadawalające – wiek obecnie posiadanego i wykorzystywanego sprzętu, który będzie podlegać wymianie, waha się od 10 do 25 lat, a stan implikuje kosztochłonne awarie (koszty serwisowe i przestojów operacyjnych). Sprzęt planowany do wymiany utracił w dużej mierze i zakresie cechy zapewniające funkcjonalność. Jego wykorzystanie znacząco i negatywnie wpływa na jakość udzielanych świadczeń, a przez to ich skuteczność i efektywność. Z uwagi na powyższe – wymaga wymiany.

Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej obecnie funkcjonuje w pawilonie nr 7, którego stan techniczny oceniono na zły, a dodatkowo budynek został poddany ekspertyzie inżynierskiej, z której wynika, że stan techniczny wskazuje na poziom wyeksploatowania, a modernizacja jest ekonomicznie mało racjonalna. Obecnie w budynku są zastosowane materiały i rozwiązania techniczne (m.in. azbest), które są szkodliwe i mogą stwarzać zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentów oraz personelu. Dokonana analiza potwierdziła nieopłacalność przeprowadzenia prac modernizacyjnych pawilonu nr 7, wskazując jednocześnie, jako najbardziej opłacalne ekonomicznie, dokonanie rozbiórki budynku (jako alternatywę wskazano wybudowanie w jego miejsce budynku nowoczesnego, spełniającego wszystkie wymogi techniczne i standardy współczesnych jednostek szpitalnych). W ramach budynku zlokalizowana jest także poradnia (AOS) dla chorych, w zakresie tej dziedziny medycznej, oraz zaplecze zabiegowe (blok operacyjny – 3 sale) jako jeden z punktowo rozłożonych funkcji zabiegowych w SKDJ.

Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej także dysponuje odrębnym blokiem operacyjnym (3 sale) oraz pracownią endoskopową. Zlokalizowana jest w budynkach pawilonu 11C, E – stanowi zachodnią część zlokalizowanego w północno-wschodniej części działki budynku 11, u zbiegu ulic Chałubińskiego i Nowogrodzkiej. Budynek obejmuje w większości powierzchni dwie kondygnacje naziemne, piwnicę nieużytkową oraz częściowo użytkowe poddasze, w rzucie o podłużnym kształcie o trzech traktach, z jednotraktowym przewężeniem w środkowej części, do którego w latach 90. XX wieku została dobudowana część 11E. W części od strony ulicy Nowogrodzkiej fragment budynku obejmujący klatkę schodową i najbliższe pomieszczenia ma wysokość pełnych trzech kondygnacji. Budynek przykryty drewnianym, kopertowym dachem.

Infrastruktura budowlana jest znacząco wyeksploatowana, była modernizowana w sposób doraźny, niekompleksowy, adekwatnie do możliwości finansowych i technicznych. Ostatnie prace modernizacyjne, dotyczące części obszarów i nie w pełnym zakresie, przeszła w 1995 r. Należy podkreślić, że charakter i zakres wykonywanych zabiegów chirurgicznych w zestawieniu z warunkami, w jakich zabiegi te są wykonywane, jednoznacznie wskazuje na konieczność podjęcia interwencji. Tym samym jest niezbędne zapewnienie Klinice właściwej infrastruktury budowlano-sprzętowej – zgodnie z przepisami, wymaganiami, rekomendacjami i standardami dla tej dziedziny. Z przyczyn lokalowych i niedostosowania warunków sanitarnych (brak możliwości skutecznej izolacji chorych – nosicieli patogennych drobnoustrojów) już dwukrotnie w ciągu ostatniego roku Klinika była zmuszona do zawieszenia programów przeszczepiania narządów i działalności chirurgicznej. Dodatkowo ma znaczenie to, że po uruchomieniu w UCK WUM – Zakładzie Lecznym Szpitalu Klinicznym Dzieciątka Jezus Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Klinika stała się jednostką pierwszego wyboru dla zespołów ratownictwa medycznego w zakresie ostrych

zachorowań chirurgicznych i traumatologii z obszaru 3 dzielnic Warszawy i zakres ten zapewne wkrótce się zwiększy po uruchomieniu lądowiska dla helikopterów. Równocześnie, ze względu na pojawienie się zakażeń w związku z obecnością szczepów *Klebsiella pneumoniae*, konieczne są zmiany infrastrukturalne, które stworzą rzeczywiste możliwości izolacji pacjentów. Wynika to z zalecenia konsultanta krajowego w dziedzinie epidemiologii i Państwowej Inspekcji Sanitarnej, aby każdy chory hospitalizowany w ciągu ostatniego roku podlegał wstępnej kwarantannie, dopóki nie uzyska się wykluczenia nosicielstwa MBL.

Powyższe implikuje konieczność zapewnienia właściwej, bezpiecznej infrastruktury lokalowej i sprzętowej do udzielania świadczeń medycznych. Optymalnym rozwiązaniem jest zlokalizowanie wymienionej jednostki organizacyjnej w planowanym do wybudowania nowym obiekcie wraz z centralizowanymi funkcjami diagnostyczno-zabiegowymi – Blok operacyjny, obszar diagnostyki obrazowej oraz laboratorium i apteka szpitalna. Ponadto, z uwagi na stan techniczny obecnie zajmowanego budynku i jego dostosowanie do potrzeb Kliniki, ponoszenie kosztów modernizacji infrastruktury jest nieracjonalne.

Klinika Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych z Zakładem Immunologii Klinicznej

obecnie zlokalizowana jest w pawilonach nr 1, 1A, 2 (wspólnie z Kliniką Medycyny Transplantacyjnej, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych). Klinika Medycyny Transplantacyjnej, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych oprócz wyżej wymienionej infrastruktury obejmuje powierzchnie obecnie zlokalizowane w pawilonie nr 6, gdzie mieści się zaplecze ambulatoryjne (Poradnia Medycyny Transplantacyjnej i Nefrologii) oraz Stacja Dializ. Podobnie jak w przypadku pozostałych budynków jest ona w dużej mierze wyeksploatowana, nie spełnia częściowo wymagań prawnych w zakresie stanu technicznego, wymaganych powierzchni, przebiegu dróg z zachowaniem warunków bezpieczeństwa z punktu widzenia epidemiologii, a także technicznych (np. przeciwpożarowych). Instalacje są w złym stanie. Jednak z uwagi na to, że stan tej infrastruktury jest lepszy niż budynków, w których funkcjonują: Klinika Dermatologii i Wenerologii oraz Klinika Dermatologiczna, zostaną one zmodernizowane na potrzeby docelowego posadowienia w nich ww. Klinik. Prace te będą realizowane jako wkład własny Inwestora do Programu i stanowić będą dodatkowy wkład, umożliwiając strategiczne założenie – centralizacji świadczeń transplantologicznych w jednej lokalizacji – nowym budynku w ramach Centrum Transplantacyjnego UCK WUM. Dodatkowo awaryjność infrastruktury sprzętowej powoduje przestoje operacyjne, co podwójnie narusza zachowanie efektywności operacyjnej. W związku z tym zasadne jest posadowienie ww. Kliniki w nowym budynku i wykorzystanie (po remoncie) na potrzeby wymienionych Klinik o mniejszych wymaganiach technicznych i powierzchniowych. Klinika docelowo będzie włączona w funkcję Centrum Transplantacyjnego.

Klinika Medycyny Transplantacyjnej, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych ze Stacją Dializ

Klinika jest zlokalizowana w budynku nr 2 i 1A. Podobnie jak w przypadku pozostałych budynków jest ona w dużej mierze wyeksploatowana, nie spełnia częściowo wymagań prawnych w zakresie stanu technicznego, wymaganych powierzchni, przebiegu dróg z zachowaniem warunków bezpieczeństwa z punktu widzenia epidemiologii, a także technicznych (np. przeciwpożarowych). Instalacje są również w złym stanie, jednak z uwagi na to, że stan tej infrastruktury jest lepszy niż budynków, w których funkcjonują: Klinika Dermatologii i Wenerologii oraz Klinika Dermatologiczna, zostaną one zmodernizowane na potrzeby docelowego posadowienia w nich wymienionych Klinik. W Klinice są leczeni pacjenci po przeszczepieniu nerki, wątroby, nerki i trzustki oraz prowadzona jest diagnostyka i leczenie chorób nerek, przede wszystkim pierwotnych i wtórnych kłębuszkowych zapaleń nerek. Klinika ściśle współpracuje z Kliniką Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej, w której wykonywane są zabiegi chirurgiczne, a także pozostałymi jednostkami SKDJ. W ramach Stacji Dializ wykonuje się ok. 14 tys. hemodializ rocznie, pacjentami są osoby ze schyłkową niewydolnością nerek leczone powtarzającymi dializami. W Klinice wykonywane są również zabiegi plazmaferezy i dializy albuminowej. W ramach pracowni jest dokonywana ocena 1200 bioptatów nerek i 400 wątrób rocznie. Klinika, jako jedna z niewielu w kraju, specjalizuje się w ocenie bioptatów nerek i przeszczepionych narządów, wykonuje ocenę patomorfologiczną dla wielu ośrodków transplantacyjnych i nefrologicznych w kraju. W Klinice jest prowadzony Polski Rejestr Nefropatii rozpoznawanych na podstawie biopsji nerki (zgrupowano ponad 6 tys. wyników badań biopsyjnych nerek własnych). Klinika pełni rolę Mazowieckiego Regionalnego Ośrodka Kwalifikacyjnego, w którym jest prowadzona kwalifikacja pacjentów do zabiegu przeszczepienia nerki lub nerki i trzustki z województwa mazowieckiego, lubelskiego i świętokrzyskiego (współpraca z 63 stacjami dializ). W wyniku realizacji inwestycji Klinika będzie włączona w ramach konsolidacji w struktury Centrum Transplantacyjnego.

Klinika Dermatologiczna i Klinika Dermatologii i Wenerologii (2 jednostki organizacyjne) – wraz z AOS są zlokalizowane obecnie w pawilonie nr 26 oraz 27 – poza wyżej wymienionym obszarem, na którym jest posadowiony SKDJ – tzw. „Kampusu Lindley’a”, przy ulicy Koszykowej 82A. Stan techniczny budynków, w tym instalacji, układ funkcjonalny pomieszczeń i zakres niezbędnych do realizacji robót umożliwiających doprowadzenie stanu infrastruktury do poziomu zadawalającego jest podobny do opisanych wyżej i oceniony negatywnie w ramach wyników weryfikacji stanu technicznego infrastruktury. Dodatkowo lokalizacja wyżej wymienionych klinik nie jest rozwiązaniem optymalnym i efektywnym pod każdym względem, co potwierdza dodatkowo zasadność rozpatrywanej opcji modyfikacji lokalizacji tej infrastruktury. Z uwagi na powyższe, nieoptymalne posadowienie oraz postępujący proces degradacji, Kliniki i ambulatorium będą przeniesione do innej lokalizacji na terenie Kampusu Lindley’a, tj. docelowo do zmodernizowanej przestrzeni w pawilonach nr 1, 1A, 2 (połączonych w jeden obiekt), zwalniając tym samym całą powierzchnię budynków nr 26 i 27 (dodatkowo zwolniony zostanie budynek nr 11 z uwagi na przeniesienie do nowego budynku **Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej**). Inwestycja obejmuje doposażenie, w tym wymianę wyeksploatowanej infrastruktury sprzętowej – aparatury i wyposażenia.

Zakład Radiologii Klinicznej obecnie jest położony w ramach terenu, w którym jest zlokalizowana większość budynków Zakładu Leczniczego SKDJ, jest to budynek nr 12 – pięciokondygnacyjny, podpiwniczony z poddaszem użytkowym, ścianami szczytowymi przylega do sąsiednich niższych budynków. Budynek mieści pracownie i laboratoria, niezbędne zaplecze techniczne i administracyjne oraz pomieszczenia służące realizacji statutowych zadań podmiotu i Zakładu Leczniczego (dydaktyka, kształcenie).

W Zakładzie mieszczą się następujące pracownie:

- 1) Pracownia Rezonansu Magnetycznego;
- 2) Pracownia Tomografii Komputerowej;
- 3) Pracownia Radiologiczna z dwoma gabinetami RTG tzw. kostno-płucnymi;
- 4) Pracownia Radiologiczna diagnostyczno-zabiegowa;
- 5) Pracownia Ultrasonograficzna (trzy gabinety w tym jeden zabiegowy).

Dodatkowo w budynku Kliniki Ortopedii znajdują się dwie pracownie z trzema gabinetami RTG kostno-płucnymi.

Zakład Radiologii Klinicznej wykonuje podstawowe i wysokospecjalistyczne badania obrazowe u pacjentów hospitalizowanych i leczonych w poradniach UCK WUM – Zakładu Leczniczego Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Ponad połowę wykonywanych badań stanowią badania obrazowe wysokospecjalistyczne.

Stan techniczny budynku, w tym dachu, instalacji wewnętrznych i przyłączy, komunikacji wewnętrznej wymaga gruntownej modernizacji, która jest możliwa do realizacji, gdyż wykazuje efektywność ekonomiczną i techniczną. W przypadku tej infrastruktury kluczowe jest położenie w odrębnym obiekcie kubaturowym, w oderwaniu od infrastruktury, w której realizowane są podstawowe funkcje medyczne. Zabudowa pawilonowa znacząco dezorganizuje proces udzielania świadczeń, czyniąc go mniej efektywnym. Taki układ implikuje konieczność przemieszczania pacjentów poza miejsce (budynek), w którym są hospitalizowani. Wymaga to zapewnienia dostępności do transportu (w multiplikowanej opcji, aby zapewnić gotowość do podjęcia pacjenta z każdej Kliniki w ramach SKDJ), odpowiedniej jakości obsługi, środka transportu, czasu realizacji transportu itp. Konieczność angażowania zasobów do wymienionych czynności transportu jest mało ekonomiczna i racjonalna.

Z uwagi na konieczność zapewnienia pełnej, kompleksowej i specjalistycznej opieki nad pacjentami, zasadne jest objęcie inwestycją także AOS – poradni specjalistycznych funkcjonujących w dziedzinach zbieżnych z dziedzinami medycznymi, w których są leczeni pacjenci wymienionych Klinik. Obecnie poradnie specjalistyczne funkcjonują w kilku budynkach, dodatkowym czynnikiem niekorzystnym jest sytuacja, w której poradnia nie jest zlokalizowana w tym samym budynku co Klinika lub w budynku zlokalizowanym w niedalekiej odległości od budynku, w którym funkcjonuje Klinika, o odpowiednim zakresie działań (np. w przypadku Poradni Nefrologicznej). Zasadne jest centralizowanie funkcji i lokalizowania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z opieką stacjonarną.

Apteka UCK WUM – Zakładu Leczniczego Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus. Według założeń zarządczych centralna apteka UCK WUM będzie funkcjonować w lokalizacji Zakładu Leczniczego: Centralny Szpital Kliniczny i obsługiwać w znacznym zakresie Zakład Leczniczy Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus w Kampusie Lindley'a, jednak konieczne z uwagi na przepisy prawa w tym zakresie, aby także w lokalizacji SKDJ została usytuowana Apteka. Niezbędne jest zatem włączenie tego obszaru w inwestycję, m.in. z uwagi na stan techniczny budynku (pawilon nr 8), w którym obecnie mieści się Apteka, oraz pozostałe założenia do koncepcji modernizacji infrastruktury. Pawilon nr 8 został zbudowany w 1897 r., w latach 1965–1970 dokonano częściowej przebudowy budynku wraz z nadbudową. Budynek ma pięć kondygnacji o konstrukcji murowanej z cegły pełnej. Stropy są ceramiczne z cegły pełnej, a stropodach pokryty papą, wykonany z betonu. Stolarka okienna jest w stanie wymagającym częściowej lub całkowitej wymiany. Elewacja pokryta jest tynkiem cementowo-wapiennym z pilastrami z cegły klinkierowej. W ramach rozwiązań koncepcyjnych należy wziąć pod uwagę, że niezbędnym działaniem jest utworzenie izby ekspedycyjnej i magazynów oraz pozostawienie funkcjonującej pracowni wykonującej leki recepturowe (istnieje medyczne uzasadnienie takiego rozwiązania – konieczność wykonywania leków *ex tempore* oraz preparatów w przemysłowych ilościach (maści, kremy). Niezbędne jest także zapewnienie zaplecza laboratoryjnego gotowego w trybie pilnym do wykonania badań umożliwiających podejmowanie decyzji terapeutycznych i dokonywanie oceny stanu pacjentów. Konieczne jest zatem zapewnienie także spełniających wymagania techniczne pomieszczeń Laboratorium, w tym dla analizatorów biochemii, immunochemii, badania moczu oraz serologii. Stan techniczny obecnej infrastruktury Laboratorium oraz jego peryferyjne położenie w stosunku do funkcji szpitalnych kierunkuje decyzje zarządcze w opcję zlokalizowania wymienionego obszaru w bezpośrednim sąsiedztwie maksymalnie dużej liczby jednostek organizacyjnych realizujących świadczenia stacjonarne, włącznie z bankiem krwi.

W ramach wymienionej infrastruktury nie są w pełni zapewnione właściwe pomieszczenia (zarówno w zakresie powierzchni, jak i warunków jakościowych i funkcjonalnych) dla personelu, zaplecza techniczne, magazynowe, administracyjne, w tym archiwa medyczne, szatnie oraz pomieszczenia umożliwiające realizację statutowych funkcji podmiotu leczniczego w lokalizacji (SKDJ), w tym funkcji dydaktycznych. Konieczne jest zapewnienie pomieszczeń umożliwiających przeprowadzenie odpraw lekarskich i narad zespołów medycznych, pełniących także funkcję konieczną do zabezpieczenia pokoi rozmów z pacjentami, rodzinami itp. Obecnie taka infrastruktura niemal w 100% nie istnieje, a jest minimalnym wymogiem w zakresie spełnienia wymagania zapewnienia intymności i komfortu rozmów z pacjentami i rodzinami z zachowaniem praw pacjenta.

Dokonując inwentaryzacji stanu zasobów infrastrukturalnych, wzięto pod uwagę także niezbędne do funkcjonowania i warunkujące je zaplecze instalacyjne. Z uwagi na zidentyfikowany stan w tym zakresie, tj. wyeksploatowaną sieć energetyczną, nieoptymalne (bez rezerw) zasoby mocy oraz wymagania prawne w tym zakresie, jest zasadna kompleksowa modernizacja zasilania energetycznego. Obecnie nie jest zapewniona infrastruktura warunkująca bezpieczeństwo w tym zakresie. Konieczna jest rozbudowa rozdzielni NN i stacji transformatorowych oraz wykonanie dwustronnego zasilania energetycznego w celu zapewnienia bezpieczeństwa energetycznego. Podobnie jest w przypadku awaryjnego zasilania realizowanego z poziomu agregatów prądotwórczych. Stan obecny wymaga wymiany i zabezpieczenia rezerwy mocy. Agregaty pracujące w lokalizacji SKDJ są urządzeniami wyeksploatowanymi, 10-letnimi, których awaryjność wzrasta. Dodatkowo, w związku z procesami inwestycyjnymi w innych budynkach i obserwowanym trendem, wzrasta zapotrzebowanie na moc energetyczną. Zachodzi tym samym konieczność wymiany jednostek zapewniających właściwą moc energetyczną, a nowe jednostki muszą zapewnić wymaganą rezerwę mocy i pełną funkcjonalność obiektów. Kolejnym obszarem, który funkcjonalnie jest powiązany z obiektami kubaturowymi, jest sieć ciepłownicza, infrastruktura sanitarna położona w ramach zagospodarowania terenu (wodno-kanalizacyjna), sieć telekomunikacyjna, przeciwpożarowa i alarmowa.

Obecnie wykorzystywane sieci teleinformatyczne są w stanie powodującym znaczne problemy z utrzymaniem ciągłości pracy, dodatkowo konieczne jest wykonanie infrastruktury sygnalizacyjnej (alarmowej) i przeciwpożarowej w układzie systemowym, a nie rozczłonkowanym z występującymi lukami. W zakresie sieci ciepłowniczej i instalacji wodno-kanalizacyjnej poziom wyeksploatowania i awaryjność infrastruktury są znaczne, zatem jej stan należy ocenić jako niezadawalający albo zły. Ponadto zabudowa pawilonowa

i zadrzewienie terenu przyspiesza proces degradacji sieci, ukorzenie roślin narusza elementy instalacyjne, zwiększa korozję, a brak systematycznych działań modernizacyjnych jest sprzyjającym warunkiem do pogarszania się stanu infrastruktury. Podobnie jest w przypadku ciągów pieszych i komunikacyjnych dla pojazdów – powierzchnie asfaltowe i chodniki są wyeksploatowane, nie spełniają warunków technicznych do poruszania się dla osób niepełnosprawnych.

Brak komunikacji nadziemnej lub podziemnej między budynkami, w których funkcjonuje SKDJ.

Zidentyfikowane problemy

Jak już wskazano w części opisującej zakres i stan infrastruktury UCK WUM w ramach Zakładów Lecznicych SKDJ w odniesieniu do wszystkich wskazanych wyżej jednostek organizacyjnych zajmujących się diagnostyką i terapią, jednostek współpracujących z nimi w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych na rzecz osób dorosłych, w tym AOS, obszaru diagnostyki obrazowej, laboratoryjnej, zaplecza farmakologicznego, analityki medycznej, zaplecza technicznego, administracyjnego, magazynowego oraz infrastruktury zapewniającej realizację świadczeń, infrastruktura ta wymaga kompleksowego podejścia zmierzającego do modernizacji w zakresie budynków, infrastruktury lokalowej, kompleksowej modernizacji w zakresie instalacji we wszystkich branżach (instalacje elektryczne, sanitarne), zarówno w budynkach, jak i w terenie, w tym sieci (sanitarnej, ciepłej, teletechnicznej, elektrycznej) oraz doposażenia w zakresie sprzętu i wyposażenia wykorzystywanego w procesie udzielania świadczeń medycznych.

Sprzęt i wyposażenie wymaga w dużej mierze wymiany, a infrastruktura techniczna jest w stanie rodzącym ryzyko, że w bliskiej przyszłości nie będzie spełniała wymagań prawnych, a tym samym, nie będzie możliwości udzielania świadczeń, w tym zabiegowych. Z uwagi na fakt, iż dysponowanie właściwą infrastrukturą do realizacji usług medycznych, co jest warunkiem pozwalającym na realizację świadczeń zgodnie z katalogiem wynikającym z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego możliwości kontynuacji działania UCK WUM w lokalizacji Zakładu Lecznicych, należy podjąć starania zmierzające do eliminacji wymienionego stanu i doprowadzenie infrastruktury do wymagań prawnych zapewniających właściwe warunki do diagnostyki i leczenia. W trakcie prowadzonych prac musi być zapewnione alternatywne (spełniające wskazane wymogi) miejsce realizacji świadczeń, zdolne do obsłużenia hospitalizowanej populacji.

Zasoby sprzętowe i wyposażenie Klinik, z uwagi na ich stan i liczbę, w kontekście istniejącego popytu, liczby obsługiwanych pacjentów i trendów demograficzno-epidemiologicznych, a w konsekwencji – prognoz popytowych w systemie, a zatem też w SKDJ, są niewystarczające i w złym stanie technicznym. Wymagają zatem wymiany na nowy, nowoczesny, odpowiadający specyfice realizowanych świadczeń, potrzebom zdrowotnym pacjentów, sprzęt. Pozwoli to także na wykorzystanie w sposób efektywny potencjału podmiotu.

Analiza operacyjna, bieżąca i strategiczna funkcjonowania UCK WUM pozwoliła na zidentyfikowanie obszarów działalności medycznej i w ślad za nią – administracyjno-organizacyjnej, które mogą podlegać procesowi centralizacji w ramach działania podmiotu. W zakresie realizacji świadczeń w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym planowane są działania konsolidacyjne w zakresie opieki nad pacjentem transplantologicznym.

Planuje się, w ramach działań strategicznych, powołanie Centrum Transplantacyjnego. Centrum Transplantacyjne będzie funkcjonowało w oparciu o założenia zapewnienia kompleksowości, ciągłości i najwyższej jakości wyspospecjalistycznych świadczeń medycznych i planuje się, aby funkcjonowało w nowo tworzonego budynku. Zakłada się, że będzie to komórka centralizująca działalność w zakresie procedur transplantacyjnych, zajmująca się pacjentem transplantologicznym, począwszy od świadczeń niezbędnych do przygotowania pacjenta do procedury przeszczepienia, przez zabieg, skończywszy na dożywotniej opiece medycznej realizowanej zarówno z poziomu szpitalnego, jak i ambulatoryjnego, z powołaniem kierownictwa Centrum. Równolegle zostaną dostosowane programy transplantacyjne oraz skonsolidowane funkcje koordynatorów w poszczególnych obszarach tych programów, ośrodków kwalifikujących oraz uprawnionych do wykonywania przeszczepień zarówno od dawców żywych, jak i zmarłych, adekwatnie do opisanych wyżej rozwiązań. Zwolniona powierzchnia w lokalizacji Banacha

zostanie wykorzystana na potrzeby medyczne Klinik, w których zakresie nie leżą świadczenia transplantologiczne.

Powyższe implikuje potrzebę posadowienia Kliniki Dermatologii i Wenerologii oraz Kliniki Dermatologicznej w innej lokalizacji niż dotychczasowa i innej niż nowo budowany budynek, będzie to zakres stanowiący wkład własny Inwestora w realizację Programu. Pozwoli to na stworzenie warunków umożliwiających realizację głównego celu, jakim jest centralizacja oraz konsolidacja działalności w obszarze transplantologii. W zakresie projektu znajduje się modernizacja budynków na potrzeby opisanych we wcześniejszej treści Klinik wraz z AOS oraz zakup aparatury jako wzmocnienie infrastruktury dla działalności tych komórek organizacyjnych UCK WUM.

Podsumowując, problemy, tj. obszary wymagające interwencji, których metodykę wyselekcjonowania i argumentację wskazującą na konieczność realizacji przedstawiono powyżej, stanowią:

- 1) potrzeby wymagające inwestycji w infrastrukturze budowlanej i sprzętowej – kompleksowa modernizacja w wybranej jako optymalnej opcji;
- 2) potrzeby wymagające inwestycji w infrastrukturze sprzętowej – konieczne doposażenie jednostek oraz wymiana wyeksploatowanej infrastruktury sprzętowej.

Cele inwestycji objętej Programem

Cele Programu przedstawiono poniżej, na trzech różnych płaszczyznach: oddziaływania, rezultatu i produktu. Do analizy wykorzystano metodę matrycy logicznej, która przedstawia wzajemne powiązania celów inwestycji z podejmowanymi działaniami i będącymi ich wynikiem produktami.

Celowość projektu oraz związki między rezultatami i działaniami opisuje logiczna struktura ramowa projektu (*framelog*), zgodna z „Manual Project Cycle Management” wydanym przez Komisję Europejską.

Dodatkowo należy nakreślić warunki brzegowe, dla których podejmowano decyzję o wyborze celów do realizacji. W związku z tym przeprowadzona została analiza SWOT, której wyniki przedstawia poniższa tabela:

SZANSE	ZAGROŻENIA
<ol style="list-style-type: none"> 1) Rozwój technologii medycznych; 2) Rozwój metod diagnostyki i terapii; 3) Systematyczny postęp technologiczny w zakresie aparatury medycznej; 4) Metody leczenia pozwalające na skrócenie okresu hospitalizacji; 5) Terapie minimalizujące skalę powikłań; 6) Intensyfikująca się współpraca w sferze badawczo-rozwojowej; 7) Wzrost świadomości pacjentów w zakresie roli edukacji zdrowotnej i profilaktyki; 8) Rosnąca wczesna wykrywalność chorób, również dzięki większej zgłaszalności pacjentów i monitorowaniu stanu zdrowia – możliwość szybszej interwencji medycznej; 9) Perspektywa finansowa UE 2014–2020 jako szansa dla pozyskiwania źródeł finansowania; 10) Dostępne instrumenty finansowe jako źródło środków na inwestycje i badania; 11) Zmiany systemowe w kierunku racjonalizacji procesu udzielania świadczeń; 12) Kompleksowość i kontynuacja leczenia jako zadania dla zakładów opieki zdrowotnej; 13) Wysoka ocena populacji dla jakości świadczeń udzielanych w podmiotach publicznych o najwyższej referencyjności; 14) Popyt przewyższający podaż; 15) Zwiększony potencjał rozwojowy, pozwalający na 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Zmienne egzogenne – możliwość zmian systemowych, organizacyjnych i prawnych w ochronie zdrowia; 2) Ograniczenia w dostępie do rozwiązań zapewniających instrumenty finansowe dla podmiotów o najwyższej referencyjności, prowadzących jednocześnie kształcenie kadr medycznych; 3) System finansowania uniemożliwiający wypracowanie zysków na poziomie pozwalającym na inwestycje w infrastrukturę; 4) Kontrakty zawierane w horyzontach czasowych niesprzyjających tworzeniu długofalowych strategii rozwojowych; 5) Konieczność podejmowania działań z obszaru zarządzania przez kryzysy; 6) Deficyty kadrowe w niektórych specjalnościach i zawodowych grupach medycznych; 7) Mocna konkurencja na rynku usług medycznych w Warszawie; 8) Niedostosowane do dynamiki zmian demograficznych rozwiązania systemowe; 9) Wysokość kontraktów nieadekwatna do potrzeb zdrowotnych i kosztów realizacji świadczeń.

<p>rozszerzanie działalności medycznej, w szczególności w zakresie transplantologii, przez utworzenie Centrum Transplantacyjnego z centralnym zarządem – Kierownikiem; Zwolnienie obiektów nr 11, 26 i 27 na terenie Kampusu pozwalające na jego zagospodarowanie według planów WUM – stworzenie dalszych możliwości rozwoju.</p>	
MOCNE STRONY	SŁABE STRONY
<ol style="list-style-type: none"> 1) Korzystna lokalizacja w dobrze skomunikowanym obszarze; 2) Szeroki wachlarz świadczeń pozwalających na leczenie kompleksowe i wieloprofilowe; 3) Działania zarządcze zmierzające do poprawy sytuacji finansowej; 4) Systematyczne pozyskiwanie finansowania zewnętrznego jako istotny czynnik dla rozwoju infrastruktury; 5) Zmiany organizacyjne warunkujące poprawność wydatkowania środków; 6) Inwestycje infrastrukturalne jako element realizacji kompleksowej strategii rozwoju podmiotu; 7) Inwestycje infrastrukturalne w obszary, których wzmocnienie jest niezbędne z punktu widzenia zmian demograficznych i epidemiologicznych; 8) Wykwalifikowana i sprawnie działająca kadra medyczna; 9) Wysoki standard usług medycznych; 10) Skuteczne działania zarządcze sprzyjające restrukturyzacji zadłużenia i poprawie wyniku finansowego; 11) Duży potencjał udzielania świadczeń; 12) Centralizacja funkcji medycznych pozwalająca na optymalizację działalności. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Skomplikowany i rozproszony układ budynków Kampusu, negatywnie wpływający na organizację procesu udzielania świadczeń; 2) Niekorzystny układ infrastrukturalny wymagający większych nakładów na utrzymanie infrastruktury niż zabudowa zwarta; 3) Obszar Kampusu Lindley'a znajduje się pod opieką konserwatorską, co implikuje konieczność stosowania skomplikowanych procedur administracyjnych oraz większe koszty inwestycyjne; 4) Ze względu na układ pawilonowy brak centralnego bloku operacyjnego oraz centralnej sterylizatorni; 5) Mimo systematycznej poprawy znacząco wyeksploatowana infrastruktura; 6) Niesatysfakcjonujące wskaźniki wykorzystania łóżek, jako wynik braków i luk m.in. infrastrukturalnych.

MATRYCA LOGICZNA Inwestycji		Program Inwestycji Wieloletniej. Finansowanie ze środków Inwestora i budżetu państwa	Rozpoczęcie realizacji projektu: 2022 r., rozpoczęcie finansowe: 2022 r.	Zakończenie realizacji projektu: 2026 r.
<p><i>„Podniesienie jakości i dostępności świadczeń medycznych w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus”</i></p>			Budżet łączny – 547 809 930 zł (547 810 tys. zł)	Budżet państwa 529 881 000 zł (529 881 tys. zł)
Cel ogólny	<p>Obiektywnie weryfikowalne wskaźniki</p> <ul style="list-style-type: none"> wydłużenie przeciętnego trwania życia, skrócenie czasu hospitalizacji, skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia i ich realizacji, obniżenie kosztów społecznych z tytułu absencji chorobowej czy niepełnosprawności w wyniku chorób, poprawa stanu zdrowia mieszkańców kraju, zmniejszenie wydatków na opiekę zdrowotną w wyniku efektywnego procesu diagnostyki i leczenia, wzrost liczby osób powracających do zdrowia w szybkim czasie, wzrost skuteczności działania systemu m.in. przez zmniejszenie umieralności, zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego obszaru (kraju), spójny rozwój społeczno-gospodarczy obszaru (województwa), wzrost atrakcyjności osiedleńczej obszaru (miasta i województwa) 			
Cel projektu (Cele bezpośrednie)	<p>Poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia w kluczowych obszarach ze względu na trendy epidemiologiczne oraz zasoby pracy</p>			Budżet w ramach wkładu własnego – Inwestor 17 928 930 (17 929 tys. zł)
		Źródła weryfikacji		Założenia wstępne i brzegowe

<p>Cel bezpośredni Poprawa efektywności leczenia pacjentów UCK WUM w ramach SKDJ</p> <p>Cele szczegółowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego populacji zamieszkującej obszar oddziaływania szpitala przez modernizację infrastruktury SKDJ; <input checked="" type="checkbox"/> Zmniejszenie liczby powikłań, a w konsekwencji obniżenie kosztów leczenia z nimi związanych; <input checked="" type="checkbox"/> Zwiększenie dostępności do specjalistycznych i wyskospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych dla pacjentów; <input checked="" type="checkbox"/> Skrócenie czasu i kosztów hospitalizacji pacjentów; <input checked="" type="checkbox"/> Zwiększenie efektywności diagnostyki i terapii; <input checked="" type="checkbox"/> Wzmocnienie roli AOS oraz rozwiązań telemedycznych w opiece nad pacjentami; <input checked="" type="checkbox"/> Zapewnienie kompleksowej, spójnej i kontynuowanej w trybie ambulatoryjnym opieki; <input checked="" type="checkbox"/> Skrócenie czasu i poprawa skuteczności opieki w szpitalu; <input checked="" type="checkbox"/> Skrócenie czasu oczekiwania na diagnostykę i leczenie; <input checked="" type="checkbox"/> Podniesienie standardu obsługi pacjenta i jakości opieki nad nim, w tym minimalizacja ryzyka zakażeń wewnątrzszpitalnych; <input checked="" type="checkbox"/> Rozwój innowacyjnych, skutecznych metod diagnostyki i leczenia pacjentów w UCK WUM i Zakładzie Leczniczym – SKDJ 	<p>Liczba pacjentów, którym udzielono świadczenia; Czas oczekiwania na świadczenie; Czas realizacji świadczeń; Liczba wykonanych procedur</p>	<p>Statystyka medyczna prowadzona przez UCK WUM (rejstry wewnętrzne)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Zapewnienie właściwego zarządzania projektem, w każdym z aspektów jego realizacji, w tym z uwzględnieniem źródeł finansowania przedsiębiorstwa; <input checked="" type="checkbox"/> Brak nieakceptowalnych odchyleń od założeń harmonogramu rzeczowo-finansowego; <input checked="" type="checkbox"/> Stabilność przepisów prawa i strategii dotyczącej funkcjonowania systemu ochrony zdrowia; <input checked="" type="checkbox"/> Kontrakt z płatnikiem publicznym
<p>Cel pozwalający na uzyskanie produktów projektu (cel działania)</p>	<p>Obiektywnie weryfikowalne wskaźniki</p>	<p>Źródła weryfikacji</p>	<p>Założenia wstępne i brzegowe</p>

<p>Osiągnięcie stanu infrastruktury SKDJ umożliwiającego efektywne funkcjonowanie i udzielanie wysokospecjalistycznych świadczeń medycznych</p>	<p>Powierzchnia zmodernizowana; Powierzchnia wybudowana; Wartość zakupionego sprzętu</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Umowa o dofinansowanie projektu; - Protokoły odbioru i FV dotyczące robót budowlanych; - Protokoły odbioru sprzętu i faktury zakupu; - Dowody finansowo-księgowe, Księgi rachunkowe Beneficjenta 	<p><input checked="" type="checkbox"/> projekt uzyska dofinansowanie ze środków z części 46 – Zdrowie;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Brak nieakceptowalnych odchyleń od założeń harmonogramu rzeczowo-finansowego;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Stabilność przepisów prawa w zakresie wymogów prawnych dotyczących infrastruktury szpitalnej;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Na rynku będą dostępne zasoby po stronie wykonawców do realizacji przedmiotu projektu;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Zmodernizowana i doposażona infrastruktura będzie spełniała wymogi Zamawiającego określone w SIWZ i umowach z wykonawcami</p>
<p>Działania (przygotowawcze oraz objęte zakresem rzeczowym projektu)</p>	<p>Zasoby/koszty</p>	<p>Źródła weryfikacji</p>	<p>Założenia wstępne i brzegowe</p>

<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Program Inwestycyjny; <input checked="" type="checkbox"/> Posiadanie niezbędnej dokumentacji technicznej i decyzji administracyjnych umożliwiających realizację działań z zakresu robót budowlanych; <input checked="" type="checkbox"/> Opracowanie pełnej dokumentacji niezbędnej do przeprowadzenia postępowań o zamówienie publiczne, w tym SIWZ w celu wyłonienia dostawców sprzętu; <input checked="" type="checkbox"/> Realizacja postępowań o zamówienia publiczne; <input checked="" type="checkbox"/> Realizacja robót (roboty budowlane, instalacyjne, zagospodarowanie terenu itd.); <input checked="" type="checkbox"/> Dostawa sprzętu 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Program Inwestycyjny; <input checked="" type="checkbox"/> Dokumentacja projektowa; <input checked="" type="checkbox"/> Dokumentacja przetargowa i realizacja postępowań o zamówienia publiczne – opracowana i prowadzona przez właściwe służby; <input checked="" type="checkbox"/> Realizacja robót budowlano-instalacyjnych; <input checked="" type="checkbox"/> Zakup sprzętu i wyposażenia; <input checked="" type="checkbox"/> Nadzory nad realizacją 	<ul style="list-style-type: none"> - Umowa o dofinansowanie projektu; - Protokoły odbioru i FV dotyczące robót budowlanych; - Protokoły odbioru sprzętu i faktury zakupu; - Dowody finansowo-księgowe, Księgi rachunkowe Beneficjenta 	<p><input checked="" type="checkbox"/> Projekt uzyska dofinansowanie ze środków 46 – Zdrowie;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Brak nieakceptowalnych odchyleń od założeń harmonogramu rzeczowo-finansowego;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Stabilność przepisów prawa w zakresie wymogów prawnych dotyczących infrastruktury szpitalnej;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Na rynku będą dostępne zasoby po stronie wykonawców do realizacji przedmiotu projektu;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Zmodernizowana i doposażona infrastruktura będzie spełniała wymogi Zamawiającego określone w SIWZ i umowach z wykonawcami.</p>
<p>Warunki wstępne</p> <p>POPRAWA EFEKTYWNOŚCI SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA W ZAKRESIE DZIEDZIN MEDYCZYNY OBJĘTYCH PROGRAMEM</p>			

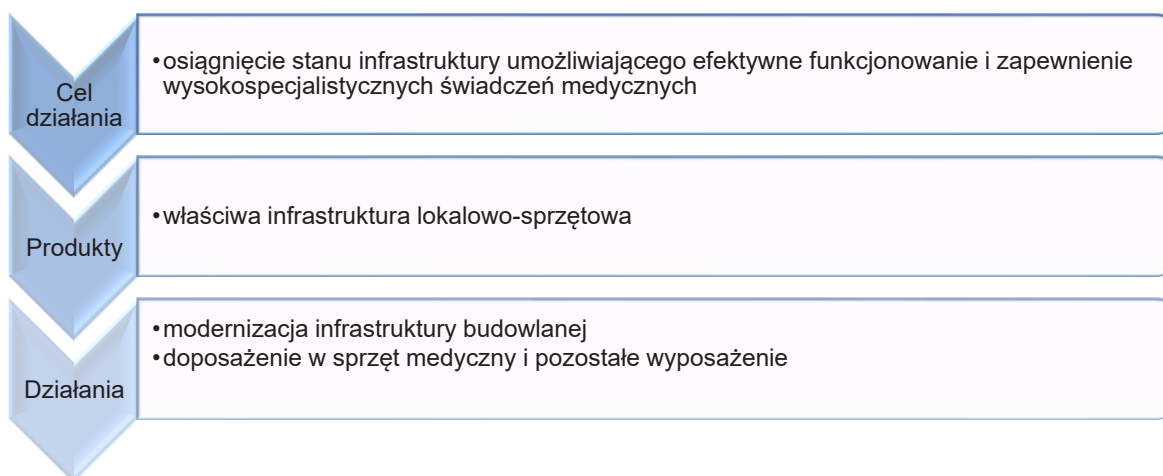
Identyfikacja niezbędnych działań dla zniwelowania zidentyfikowanych braków i wypełnienia potrzeb systemu

Realizacja inwestycji wiąże się z koniecznością podjęcia działań obejmujących docelowo następujące obszary zadaniowe:

- 1) Wykonanie kompletnej dokumentacji projektowej, w tym niezbędnych ekspertyz, analiz, badań, włącznie z doradztwem, uzyskiwaniem niezbędnych decyzji administracyjnych itp. (grupa kosztów 7);
- 2) Realizację prac modernizacyjnych – budowlano-instalacyjnych w zakresie obiektów kubaturowych (budynków) (grupy kosztów 3–4);
- 3) Przygotowanie terenu i przyłączenia obiektów do sieci (grupa kosztów 2);
- 4) Prace w zakresie zagospodarowania terenu (grupa kosztów 5);
- 5) Zakup sprzętu i wyposażenia wymaganych przepisami prawa oraz wynikających ze specyfiki realizowanych świadczeń (ukierunkowane potrzebami zdrowotnymi pacjentów) (grupa kosztów 6);
- 6) Realizacja usługi nadzoru autorskiego, inwestorskiego, odbiorów i rozruchu (grupa kosztów 7).

Wymienione działania, niezbędne do osiągnięcia zaplanowanych produktów, rezultatów i oddziaływań, wymagają podjęcia szeregu innych czynności i działań pozwalających na prawidłowe, rzetelne i zgodne z prawem doprowadzenie do uzyskania oczekiwanych efektów przedmiotowego projektu.

Przedsięwzięcie objęte przedmiotowym Programem składa się z trzech elementów, tworzących łącznie zakres rzeczowo-finansowy. Poniżej przedstawiono związek przyczynowo-skutkowy umożliwiający identyfikację działań niezbędnych do zniwelowania braków i zaspokojenia potrzeb z nimi związanych.



Zakres niezbędnych czynności, składających się na sekwencję kroków – procesy i podprocesy w ramach wymienionych działań wraz z identyfikacją warunków wstępnych, tj. stanu obecnego i sposobu radzenia sobie z problemami stanowiącymi uzasadnienie realizacji działań (projektu), stanowiły podstawę do budowania harmonogramu realizacji inwestycji, a następnie identyfikacji **MIERNIKÓW REALIZACJI RZECZOWEJ**.

Wymienione działania składają się na zakres niezbędnych inwestycji zaspokajających potrzeby zidentyfikowane w przedmiotowym dokumencie, poparte argumentami merytorycznymi.

Realizacja Programu w zakładanym kształcie pozwoli na osiągnięcie jego celów w każdej z perspektyw: ogólnym (poziom oddziaływania), bezpośrednim (poziom rezultatów) oraz działań (poziom produktów).

Identyfikacja ryzyk

Ryzyko nieosiągnięcia wskaźników produktu jest nieznaczne, gdyż Inwestor dopełnił i dopełni w przyszłości wszelkich działań formalno-prawnych warunkujących poprawny proces inwestycyjny. Inwestycja będzie gotowa do realizacji pod kątem formalno-prawnym, Inwestor jest wydolny organizacyjnie, technicznie, prawnie i finansowo do realizacji i nadzoru nad procesem inwestycyjnym. Szacowana obecnie wartość inwestycji będzie różnić się od faktycznie osiągniętej i nie będzie to stanowiło podstawy do wnioskowania, że produkty przedsięwzięcia nie zostały osiągnięte, i wynikać to może z następujących czynników:

- 1) osiągnięcie korzystniejszych cenowo ofert – tańszych – w ramach postępowania o zamówienie publiczne w stosunku do szacunkowych wartości ustalonych na etapie tworzenia Programu i bezpośrednio przed uruchomieniem postępowania o zamówienie publiczne;
- 2) osiągnięcie mniej atrakcyjnych cenowo ofert – droższych – w ramach postępowania o zamówienie publiczne;
- 3) uzyskanie rabatów itp.

Jak w każdej inwestycji występuje natomiast ryzyko nieosiągnięcia wskaźników w zakładanym roku docelowym, które może wynikać z następujących elementów:

- 1) konieczność powtórzenia części lub całości procedury wyłonienia wykonawców – wykonawców dokumentacji projektowej, robót budowlano-instalacyjnych, dostawców sprzętu i wyposażenia, nadzorów, m.in. z uwagi na fakt, że np. złożone oferty mogą przekraczać wartości, którymi dysponuje Inwestor, oferty nie będą odpowiadały założeniom SIWZ lub nie będzie ofert;
- 2) nieterminowe działania wykonawców, powodujące opóźnienia w dostawach sprzętu i wyposażenia, w realizacji robót budowlano-instalacyjnych;
- 3) przestoje w płatnościach i finansowaniu.

Inwestor zaplanował następujące działania mające na celu minimalizację powyższego ryzyka – działania zapobiegawcze i naprawcze (w ramach systemu zarządzania procesem inwestycyjnym), będące elementem systemu monitoringu i reagowania na odchylenia w ramach zbierania informacji o postępie rzeczowym:

- 1) zaplanowanie czasu realizacji działań/zadań z uwzględnieniem marginesu czasowego;
- 2) przeprowadzenie uprzedniego rozeznania rynku w celu oszacowania wartości przedmiotu zamówienia według realnych cen. W przypadku wystąpienia okoliczności wskazujących na konieczność lub zasadność powtórzenia czynności rozeznania rynku w celu oszacowania wartości przedmiotu zamówienia zostanie ono dokonane;
- 3) wybór odpowiedniego trybu zamówień publicznych;
- 4) odpowiednie ustalenie harmonogramu realizacji przedsięwzięcia i płatności na podstawie przepływów finansowych;
- 5) adekwatne zapisy umów z Wykonawcami zabezpieczające terminy płatności oraz sankcje za niedotrzymanie terminów wykonania robót i dostaw.

Opis alternatywnych wariantów, analiza opcji

Zasadniczym celem identyfikowania alternatywnych rozwiązań jest zapewnienie możliwości wyboru najlepszego z dostępnych wariantów realizacji inwestycji. W przedmiotowym rozdziale zidentyfikowano cztery realne warianty realizacji projektu, mające na celu wyselekcjonowanie najbardziej optymalnego z uwzględnieniem wcześniejszego wnioskowania na temat stanu technicznego infrastruktury.

Analizie poddano następujące warianty:

- 1) wariant inwestycyjny w wersji odpowiadającej na wszystkie braki i potrzeby zidentyfikowane na etapie analizy przedkonceptyjnej;
- 2) alternatywny wariant inwestycyjny;
- 3) wariant inwestycyjny zaspokajający część potrzeb, tzw. „wariant minimum”;
- 4) wariant bezinwestycyjny.

Analizę i wybór wariantów inwestycyjnych przeprowadzono na etapie analizy potrzeb i fazy koncepcyjnej, bezpośrednio poprzedzającej etap planowania przedsięwzięcia. Powyższe pozwoliło na przeprowadzenie analizy wielokryterialnej, pozwalającej na określenie cech przewagi wariantu optymalnego,

wyselekcjonowanego jako rekomendowany do realizacji. Wszystkie zadania inwestycyjne przewidziane w Programie wspólnie składają się na produkt planowany do osiągnięcia, zgodnie z wynikami analizy potrzeb, a przez to także reakcji na potrzeby rynku i warunków społeczno-gospodarczych i prawnych.

Metodyka analizy

Przedmiotem analizy porównawczej, dokonanej na potrzeby wyboru optymalnego rozwiązania, tj. takiego zakresu i formuły realizacji przedsięwzięcia, które będzie odznaczało się najkorzystniejszymi cechami ze względu ekonomicznego, technicznego, organizacyjnego, lokalizacyjnego, prawnego itp. Warianty realizacji projektu (inwestycyjne) różnią się sposobem dojścia do założonego celu głównego oraz celów szczegółowych Projektu, prezentują przez to różny zakres rzeczowy i odmienne działania w ramach nich podejmowane. Warianty stanowiące punkt odniesienia to wariant bezinwestycyjny i wariant „minimum”.

Wariant I – bezinwestycyjny – polegający na całkowitym zaniechaniu inwestycji w zakresie wdrażania przedsięwzięcia, tzn. rezygnacji z odtworzenia zasobów i pozostawieniu obecnej sytuacji: stanu infrastruktury, wiedzy i umiejętności kadry na teraźniejszym poziomie.

Wariant II – „minimum” – obejmujący działania najprostsze do realizacji, niewymagające zaangażowania dużych nakładów pracy oraz wydatkowania środków na przygotowanie dokumentacji projektowej, możliwe do wykonania w relatywnie niedługim czasie siłami własnymi, z pominięciem ingerencji w infrastrukturę budowlaną, tj. doposażenie;

Wariant III – inwestycyjny – realizacja pełnego zakresu projektu z opcją odtworzenia zasobów z założeniem przez remont lub modernizację infrastruktury w bieżącej lokalizacji, tj. z pominięciem rekomendacji zawartych w przeprowadzonej analizie i ekspertyzie technicznej w ramach inwestycji.

Wariant IV – inwestycyjny – realizacja pełnego zakresu obejmującego realizację robót w zakresie obejmującym modernizację budynku nr 20, infrastruktury sieciowej i drogowej oraz budowę nowego budynku kumulującego funkcje medyczne i pomocnicze oraz towarzyszące, wyprowadzenie funkcji medycznych z innych, wyeksploatowanych budynków do jednego, nowoczesnego centrum diagnostyczno-terapeutycznego wraz z funkcjami pomocniczymi, towarzyszącymi i służącymi realizacji zadań statutowych (dydaktyka), i z łącznikiem w ramach inwestycji wraz z zakupem sprzętu i wyposażenia medycznego oraz zakup aparatury.

W ramach I etapu analizy – analizy strategicznej dokonano analizy jakościowej – wielokryterialnej, pod względem kryteriów: technicznych, instytucjonalnych, ekonomicznych, środowiskowych i społecznych, organizacyjnych i prawnych, stosując następujące oceny:

- (-) – wpływ negatywny
- (+) – niewielki wpływ pozytywny;
- (++) – znaczący wpływ pozytywny
- (+++)

KRYTERIUM	Techniczne	Instytucjonalne	Ekonomiczne	Środowiskowe i społecznie	Organizacyjne i prawne
Wariant I	-	-	+	-	+
Wariant II	+	+	+	+	+
Wariant III	++	+	-	++	-
Wariant IV	+++	++	++	+++	++

W celu analizy wariantów projektu jako metodologię wyboru optymalnego rozwiązania zastosowano analizę wielokryterialną. Spośród wielu kryteriów możliwych do zastosowania w analizie wariantów realizacji inwestycji

przyjęto te, które są najbardziej miarodajne dla podejmującego decyzję, a także są rozróżniające, tj. przyjmują istotnie różne wartości dla poszczególnych wariantów.

Analiza wariantów realizacji uwzględnia kryteria z grup:

Kryterium ekonomiczne i finansowe;

Kryterium organizacyjne i funkcjonalne;

Kryterium technologiczne, w tym innowacyjności rozwiązań.

Kryteria poszczególnych wariantów oceny zostały oparte o cele, do jakich ma się przyczynić projekt. Poszczególnym grupom kryteriów przypisano wartości punktowe oraz założono, że mają one różne wagi z punktu widzenia znaczenia dla osiągnięcia celów projektu.

Przyjęto następujące założenie dotyczące punktacji:

0 – brak wpływu na realizację celów projektu;

1 – niewielki wpływ na realizację celów projektu;

2 – umiarkowany wpływ na realizację celów projektu;

3 – istotny wpływ na realizację celów projektu;

4 – bardzo duży wpływ na realizację celów projektu.

Przyjęto następujące założenia dotyczące wagi kryteriów:

Kryterium ekonomiczne i finansowe (waga 25);

Kryterium organizacyjne i funkcjonalne (waga 35);

Kryterium innowacyjności (waga 40).

Podział poszczególnych grup kryteriów na kryteria cząstkowe wraz z wartościami kryteriów (macierz oceny).

Kryteria wyboru wariantów		Warianty realizacji inwestycji			
		Wariant I	Wariant II	Wariant III	Wariant IV
Kryteria ekonomiczne i finansowe	Kosztochłonność zadania inwestycyjnego	4	3	1	2
	Dostosowanie rozwiązań technicznych do potrzeb jednostki w aspekcie finansowym	0	3	2	4
Kryteria organizacyjne i funkcjonalne	Uwzględnienie sposobu realizacji przedsięwzięcia do charakteru funkcjonowania jednostki	0	0	3	4
	Funkcjonalność zakresu inwestycji do potrzeb przedmiotu działania jednostki i efektywności udzielanych świadczeń	0	1	2	4
Kryterium technologiczne i innowacyjności	Zastosowanie nowoczesnych rozwiązań technicznych i technologicznych, zarówno w aspekcie technologii wykonania, jak i na etapie eksploatacji	0	2	1	4
SUMA		4	9	9	18

Wybór optymalnego wariantu ma istotne znaczenie dla osiągnięcia celów projektu. Opiera się on o sumę iloczynów poszczególnych wag i odpowiadających im sum ocen punktowych. Poniższa tabela przedstawia analizę wielokryterialną poszczególnych wariantów realizacji inwestycji.

Wariant I	Wagi	Ocena punktowa (suma)	Wpływ
Kryteria ekonomiczne i finansowe	25	4	100
Kryteria organizacyjne i funkcjonalne	35	0	0
Kryterium technologiczne i innowacyjności	40	0	0
RAZEM WPŁYW	100		
Wariant II	Wagi	Ocena punktowa (suma)	Wpływ
Kryteria ekonomiczne i finansowe	25	6	150
Kryteria organizacyjne i funkcjonalne	35	1	35
Kryterium technologiczne i innowacyjności	40	2	80
RAZEM WPŁYW	265		
Wariant III	Wagi	Ocena punktowa (suma)	Wpływ
Kryteria ekonomiczne i finansowe	25	3	75
Kryteria organizacyjne i funkcjonalne	35	5	175
Kryterium technologiczne i innowacyjności	40	1	40
RAZEM WPŁYW	290		
Wariant IV	Wagi	Ocena punktowa (suma)	Wpływ
Kryteria ekonomiczne i finansowe	25	6	150
Kryteria organizacyjne i funkcjonalne	35	8	280
Kryterium technologiczne i innowacyjności	40	4	160
RAZEM WPŁYW	590		

WYNIK ANALIZY OPCJI

Powyższa analiza wskazuje, że zaprezentowany Wariant IV należy przyjąć jako optymalny wariant realizacji przedsięwzięcia, pozwalający na osiągnięcie celów Programu, dlatego też został zarekomendowany do wdrożenia. Pozwala osiągnąć maksimum korzyści przy założonych nakładach inwestycyjnych.

Ponadto, uzasadniając wybór wariantu, Inwestor kierował się definicją przedsięwzięć określonych jako priorytety w strategii działania podmiotu i dokumentach programowych oraz strategicznych na poziomie lokalnym, regionalnym oraz w strategiach branżowych, jak i wymogów prawa w tym zakresie.

Nie bez znaczenia dla wyboru tego wariantu było również porównanie korzyści bezpośrednich i pośrednich – korzyści wynikające z Wariantu IV pozwolą istotnie wpłynąć na poprawę operacyjnej wydajności podmiotu (która będzie profitować nie jednorazowo, lecz latami), zyskać szansę na rozwój, skorelowany z wynikami finansowymi, oraz uwolnić potencjał redukcji kosztów.

Powyższy wariant został wyselekcjonowany jako zakres do realizacji i zostanie przedstawiony w punkcie identyfikującym zakres prac do wykonania w ramach Programu.

Planowane do osiągnięcia efekty realizacji przedsięwzięcia w wymienionym wariantcie:

- 1) wzrost efektywności leczenia wynikający z przeniesienia strategicznych jednostek do nowego budynku. Połączenie i zintegrowanie nowych budynków z pozostałą częścią UCK WUM – Zakładu Leczniczego Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus pozwoli na lepszą organizację pracy oraz usprawnienie działań logistycznych personelu UCK WUM – Zakładu Leczniczego Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus;
- 2) wzrost bezpieczeństwa wykonywanych procedur medycznych dzięki budowie nowoczesnego budynku spełniającego wymagane standardy medyczne i techniczne oraz umiejscowienie w nim Klinik, obszarów diagnostycznych i pozostałych funkcji towarzyszących i usługowych;
- 3) właściwe zaplecze techniczne i posiadane zasoby pozwolą na zwiększenie jakości i dostępności do realizacji świadczeń medycznych, w tym zapewnienie właściwego komfortu pobytu pacjentów przez dostosowanie sal chorych pacjentów do standardów i wymogów prawa, tj. sale 2–3-osobowe wyposażone w węzeł sanitarny, instalacje przyzywowe;
- 4) wzrost standardu infrastruktury budowlanej UCK WUM – Zakładu Leczniczego Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus oznaczający poprawę warunków realizacji świadczeń zdrowotnych dla pacjentów i personelu;
- 5) zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów i personelu;
- 6) pełne dostosowanie obiektu do obsługi osób z niepełnosprawnościami;
- 7) pełne bezpieczeństwo pacjentów i kadry medycznej. Przy projektowaniu budynku zostaną opracowane najnowsze standardy w zakresie bezpieczeństwa;
- 8) zapewnienie warunków technicznych pozwalających na realizowanie funkcji statutowych w bezpiecznym środowisku, zapewnienie zasilania w energię, ciepła, dostępu do infrastruktury teletechnicznej w zakresie umożliwiającym sprawne działanie, także w sytuacjach awaryjnych;
- 9) możliwość instalacji najnowocześniejszego sprzętu medycznego. Obecna infrastruktura UCK WUM – Zakładu Leczniczego Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus nie jest w pełni dostosowana do instalacji zaawansowanej technologicznie aparatury.

Program wskazuje na najlepsze z możliwych do zastosowania rozwiązań organizacyjnych, technicznych i technologicznych oraz finansowo-ekonomicznych. Uzasadnia wybór opcji, której realizacja doprowadzi do rozwiązania zdiagnozowanych problemów, ponadto określa korzyści i koszty wynikające z jego realizacji.

Zagadnienia horyzontalne w projekcie

Zasada dodatkowości – inwestycja ujęta jako przedmiot Programu przyczynia się do realizacji planów strategicznych w aspekcie sektorowym, a także przestrzennym – na poziomie regionalnym, krajowym i unijnym, jak również odpowiada na wynikające z trendów demograficznych zapotrzebowanie na świadczone przez podmiot leczniczy (UCK WUM) i SKDJ usługi medyczne. Projekt zapewnia poprawę życia mieszkańców regionu i przyczynia się do zmniejszenia różnic w dostępie do specjalistycznej opieki medycznej. Przy realizacji niniejszej inwestycji zostaje zachowana zasada dodatkowości, zatem wysokość wydatków publicznych na bezpośrednią realizację celów rozwoju nie będzie ulegać zmniejszeniu. UCK WUM – Zakład Leczniczy Szpital

Kliniczny Dzieciątka Jezus nie będzie zmniejszać poziomu wydatków rozwojowych kosztem otrzymywanych. Zasada dodatkowości polegająca na wspieraniu z publicznych środków finansowych projektów zgodnych z kierunkami rozwoju kraju, przy zaangażowaniu środków własnych Beneficjenta, będzie więc zachowana.

Dostosowanie dla osób niepełnosprawnych – wytworzona infrastruktura zapewni bezpośredni dostęp dla osób z niepełnosprawnościami, w tym niepełnosprawnych z dysfunkcjami ruchu. Program podmiotowo skierowany jest również do osób starszych, które mogły utracić pełną sprawność lub zachowały ją w ograniczonym stopniu. Sprzęt i wyposażenie będzie w pełni ergonomiczne, w wielu przypadkach mobilne, co umożliwi jego przetransportowanie i udzielenie świadczenia pacjentom unieruchomionym.

Równość szans – w kontekście równouprawnienia kobiet i mężczyzn oraz niedyskryminacji zostanie zapewniony równy dostęp do wytworzonej w ramach projektu infrastruktury oraz działań pozainwestycyjnych dla kobiet, mężczyzn, mniejszości narodowych, osób niepełnosprawnych oraz osób z obszarów miejskich i wiejskich. Procedury dotyczące wdrażania projektu będą przeprowadzone z poszanowaniem polskiego prawa przy zapewnieniu równych szans dla wszystkich zainteresowanych instytucji i osób fizycznych bez względu na ich płeć, rasę, narodowość, a także zasady zrównoważonego rozwoju i propagowania ochrony i poprawy jakości środowiska naturalnego. Świadczenia wykonywane przy pomocy wytworzonej infrastruktury będą realizowane w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia, czyli bezpłatnie dla pacjentów, bez pobierania opłat bezpośrednich od użytkownika. Źródłem finansowania świadczeń zdrowotnych będzie umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia, a więc środki będą pochodzić z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Podstawowym źródłem uzyskiwania środków finansowych przez UCK WUM – Zakład Leczniczy Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. kontrakt) zawarta z instytucją ubezpieczenia zdrowotnego, czyli z Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia.

Polityka zatrudnienia – realizacja będzie miała co najmniej neutralny wpływ na politykę zatrudnienia.

Polityka społeczeństwa informacyjnego – inwestycja zakłada działania, które będą wiązały się z rozwojem społeczeństwa informacyjnego – część zakupionego w ramach projektu sprzętu, tj. aparatura do diagnostyki obrazowej, wykorzystuje technologie cyfrowe, umożliwiające uzyskanie obrazu w formie elektronicznej, a także pozwala na jego archiwizację, transfer i obróbkę z wykorzystaniem technologii ICT. W związku z powyższym należy przyjąć, iż projekt ma pozytywny wpływ na politykę społeczeństwa informacyjnego.

Efektywność energetyczna – z uwagi na zastosowanie nowoczesnych technologii i rozwiązań przedsięwzięcie przewiduje wykorzystanie także energooszczędnych rozwiązań technicznych i technologicznych. Wszystkie urządzenia będą posiadały najbardziej ekologiczną klasę energetyczną, zatem projekt przyczyni się do poprawy efektywności energetycznej. Zakupiony sprzęt i wyposażenie będzie cechować się niskim zużyciem energii, a także mniejszą awaryjnością, co będzie przekładać się na zmniejszenie zapotrzebowania na energię (w szerokim tego słowa znaczeniu) w procesie diagnozy awarii i jej usunięcia. Efekt ten zostanie dodatkowo wzmocniony zastosowaniem nowoczesnych rozwiązań i technologii w budownictwie. Zmodernizowana infrastruktura w obszarze instalacji będzie sprzyjać oszczędnościom energetycznym.

Dane dotyczące zgodności programu wieloletniego pod nazwą „Podniesienie jakości i dostępności świadczeń medycznych w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus” z dokumentami strategicznymi (zagranicznymi i krajowymi)

Analiza zgodności założeń inwestycyjnych Programu z potrzebami systemu ochrony zdrowia i kierunkami Rozwoju. Kształtując zakres rzeczowy inwestycji, jej cel strategiczny oraz cele szczegółowe przyjęto kilka zasadniczych kryteriów:

Kluczowe zmienne do założeń inwestycyjnych
CELE (strategiczny, szczegółowe, operacyjne), ZAKRES, BUDŻET, CZAS REALIZACJI

Kryterium zgodności z potrzebami systemu wynikającymi z sytuacji epidemiologiczno – demograficznej. Na poziomie operacyjnym dokonano analizy zgodności z Mapami Potrzeb Zdrowotnych

Kryterium jakości diagnostyki i leczenia, kompleksowości, zapewnienia satysfakcji pacjentów

Kryterium potencjału rozwojowego w obszarze medycyny – innowacyjność, nowe technologie i procedury

Kryterium zapewnienia popytu na realizowane świadczenia, również w kontekście potrzeb zdrowotnych

Kryterium wykonalności prawnej, technicznej i organizacyjnej

Poniższe analizy w sposób jednoznaczny wskazują na konieczność utrzymania i rozwoju infrastruktury zapewniającej wielodyscyplinarną realizację świadczeń w zakresie kluczowych chorób populacji. Ponadto niezbędne jest połączenie jej z działalnością dydaktyczną, naukową i badawczą Klinik. UCK WUM – Zakład Leczniczy Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus stanowi istotny podmiot na mapie zasobów ochrony zdrowia, zatem inwestycja w tym zakresie jest w pełni zgodna z trendami demograficzno-epidemiologicznymi, założeniami strategicznymi, co wykazano poniżej. Analiza zgodności z potrzebami systemu wynikającymi z sytuacji epidemiologiczno-demograficznej.

Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla województwa mazowieckiego (2018 r.)

Oddział urazowo-ortopedyczny

SKDJ wykazał w 2016 r. ponad 4000 hospitalizacji i ponad 26 tys. osobodni, jako drugi co do liczebności dni hospitalizacji w województwie. W ponad 75% hospitalizacji były realizowane procedury wszczepienia endoprotezoplastyk stawów, artroskopie, znaczący odsetek to także duże zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy oraz złamania lub zwichnięcia w obrębie kończyny górnej. Głównie przyczyną hospitalizacji są choroby układu kostno-mięśniowego oraz urazy. Średni wiek pacjentów to 53,3; natomiast ponad 34% pacjentów było w wieku 65+, a 10% pacjentów to osoby w wieku 80+.

Prognozuje się wzrost zapadalności, liczby hospitalizacji i osobodni, jednak według MPZ nie ma konieczności zwiększania liczby łóżek w dedykowanych oddziałach. Konieczne jest zatem zapewnienie zasobów niezbędnych do udzielania świadczeń dla pacjentów w wieku starszym, z uwzględnieniem trendów w zakresie zapadalności. Odpowiada to w pełni założeniom inwestycji – zostanie dokonana modernizacja zapewniająca sprawowanie opieki nad pacjentami w odpowiednich warunkach infrastrukturalnych z wykorzystaniem potencjału w optymalnych rozmiarach.

Oddział dermatologiczny

Zgodnie z treścią MPZ w zakresie leczenia szpitalnego w zakresie świadczeń realizowanych na oddziale (łącznie ze świadczeniami w zakresie wenerologii), w 2016 r. SKDJ przyjął największą liczbę pacjentów i sprawozdał największą liczbę hospitalizacji – 4,3 tys. pacjentów, 5,2 tys. hospitalizacji. Głównie były realizowane procedury dotyczące grupy dużych chorób dermatologicznych, a wśród nich nieczerniakowych złośliwych nowotworów skóry, stanów przedrakowych, raka in situ. Kliniki zabezpieczają pacjentów w zakresie onkologicznym, co ma istotne znaczenie z punktu widzenia prognoz wskazujących na wzrost zapadalności w tym zakresie na choroby. Struktura wieku pacjentów również świadczy o starzejącym się społeczeństwie – średnia wieku pacjentów to 57,7, a osoby w wieku 80+ stanowią blisko 13% wszystkich pacjentów (65+ – ponad 40%). Znaczący jest także poziom wielochorobowości wysokiej i bardzo wysokiej.

W ramach hospitalizacji SKDJ jako jedyny podmiot przeprowadził hospitalizacje z procedurą immunizacji lub wstrzyknięcia gammaglobulin. Jakkolwiek prognozy wskazują na zwiększoną zapadalność, nie jest konieczne zwiększenie liczby łóżek. Odpowiada to w pełni założeniom inwestycji – dokonana zostanie modernizacja zapewniająca sprawowanie opieki nad pacjentami w odpowiednich warunkach infrastrukturalnych z wykorzystaniem potencjału w optymalnych rozmiarach.

Prognozuje się wzrost zapadalności, liczby hospitalizacji i osobodni, jednak według MPZ nie ma konieczności zwiększania liczby łóżek w dedykowanych oddziałach. Konieczne jest zatem zapewnienie zasobów niezbędnych do udzielania świadczeń dla pacjentów w wieku starszym, z uwzględnieniem trendów w zakresie zapadalności. Odpowiada to w pełni założeniom inwestycji – dokonana zostanie modernizacja zapewniająca sprawowanie opieki nad pacjentami w odpowiednich warunkach infrastrukturalnych z wykorzystaniem potencjału w optymalnych rozmiarach.

Oddział urologiczny

SKDJ zrealizował w 2016 r. znaczącą liczbę hospitalizacji w tym obszarze spośród podmiotów posiadających w swoich strukturach oddział urologiczny – 4,08 tys., wykazując największą liczbę osobodni. Najczęstszym produktem sprawozdawanym były średnie zabiegi endoskopowe na pęcherzu moczowym. Głównymi jednostkami chorobowymi była kamica moczowa, nowotwór złośliwy pęcherza oraz wady układu moczowego. Znaczący odsetek pacjentów stanowią chorzy z przebytą i aktywną chorobą zakrzepowo-zatorową. Znaczące jest to, że w SKDJ funkcjonuje Centrum Diagnostyki i Leczenia Żylnej Choroby Zakrzepowo-Zatorowej, co gwarantuje sprawną, kompleksową i specjalistyczną opiekę medyczną. Średni wiek pacjentów to 60 lat, 45% to pacjenci 65+, a blisko 13% – 80+.

Prognozuje się wzrost zapadalności, liczby hospitalizacji i osobodni, MPZ przewidują konieczność zwiększania liczby łóżek w dedykowanych oddziałach. Konieczne jest zatem zapewnienie zasobów niezbędnych do udzielania świadczeń dla pacjentów w wieku starszym, z uwzględnieniem trendów w zakresie zapadalności. Odpowiada to w pełni założeniom inwestycji – zostanie dokonana modernizacja zapewniająca sprawowanie opieki nad pacjentami w odpowiednich warunkach infrastrukturalnych z wykorzystaniem potencjału w optymalnych rozmiarach.

Oddział transplantologiczny

Według danych z MPZ, SKDJ jest wiodącą placówką hospitalizującą pacjentów wymagających transplantacji. W 2016 r. wykonano blisko 3 tys. hospitalizacji, blisko 16,3 tys. osobodni – najwięcej w województwie mazowieckim. W ramach hospitalizacji w każdym przypadku wykonano zabieg kompleksowy. Główną przyczyną hospitalizacji były choroby nerek i wątroby. Znaczącą grupą pacjentów są osoby z powikłaniami po przeszczepie nerki.

Prognozuje się wzrost zapadalności, liczby hospitalizacji i osobodni, jednak według MPZ nie ma konieczności zwiększania liczby łóżek w dedykowanych oddziałach. Konieczne jest zatem zapewnienie zasobów niezbędnych do udzielania świadczeń dla pacjentów w wieku starszym, z uwzględnieniem trendów w zakresie zapadalności. Odpowiada to w pełni założeniom inwestycji – zostanie dokonana modernizacja zapewniająca sprawowanie opieki nad pacjentami w odpowiednich warunkach infrastrukturalnych z wykorzystaniem potencjału w optymalnych rozmiarach.

Oddział immunologii klinicznej

Według danych z MPZ, SKDJ jest wiodącą placówką hospitalizującą pacjentów wymagających opieki w zakresie wymienionej dziedziny, jedną z dwóch funkcjonujących w województwie (650 hospitalizacji), realizującą większą liczbę hospitalizacji, w tym związanych z transfuzją. Główną grupą chorób były choroby układu odpornościowego (nieokreślone). Średni wiek pacjentów to 45 lat. Nie było pacjentów w wieku starszym i 80+, co jest związane bezpośrednio z charakterystyką oddziału i chorób leczonych w jego strukturach, natomiast wysoki jest poziom wielochorobowości pacjentów.

Prognozuje się wzrost zapadalności, liczby hospitalizacji i osobodni, jednak MPZ wskazują na stagnację w zakresie liczby łóżek w dedykowanych oddziałach. Konieczne jest zatem zapewnienie zasobów niezbędnych do udzielania świadczeń dla pacjentów w wieku starszym, z uwzględnieniem trendów w zakresie zapadalności. Odpowiada to w pełni założeniom inwestycji – dokonana zostanie modernizacja zapewniająca sprawowanie

opieki nad pacjentami w odpowiednich warunkach infrastrukturalnych z wykorzystaniem potencjału w optymalnych rozmiarach.

Oddział chorób wewnętrznych

W 2016 r. w SKDJ zrealizowano ponad 1,2 tys. hospitalizacji, spośród analizowanych w MPZ grup przyczyn najczęstszą była niewydolność krążeniowa pacjentów w wieku 65+. W ramach procedur zabiegowych realizowano średnie zabiegi. W tym zakresie obserwuje się w sposób wyjątkowo klarowny strukturę społeczeństwa – średni wiek pacjentów to 59,2; ponad 40% to pacjenci 65+, a blisko 14% – 80+. Najdłużej w oddziale przebywają najstarsi pacjenci – średnio blisko 8 dni.

Analizując strukturę przyczyn hospitalizacji, najliczniejsza jest niewydolność nerek – 14,29%, następnie choroby układu pokarmowego – 4% i choroby układu pokarmowego – 3,2%.

Prognozuje się wzrost zapadalności, liczby hospitalizacji i osobodni, MPZ wskazują na konieczność zwiększenia w zakresie liczby łóżek w dedykowanych oddziałach. Konieczne jest zatem zapewnienie zasobów niezbędnych do udzielania świadczeń dla pacjentów w wieku starszym, z uwzględnieniem trendów w zakresie zapadalności. Odpowiada to w pełni założeniom inwestycji – zostanie dokonana modernizacja zapewniająca sprawowanie opieki nad pacjentami w odpowiednich warunkach infrastrukturalnych z wykorzystaniem potencjału w optymalnych rozmiarach.

Oddział nefrologiczny

W 2016 r. SKDJ zrealizował 500 hospitalizacji dla 400 pacjentów, ze znacznym (2 lokata w województwie) odsetkiem pacjentów spoza województwa mazowieckiego. Głównie było to leczenie powikłań leczenia nerko-zastępczego, przewlekła niewydolność nerek oraz inne choroby nerek – niewydolność nerek i choroby kłębuszków nerkowych. Obłożenie w 2016 r. przekroczyło 100%, podobnie było w latach 2007–2018 (na podstawie statystyk wewnętrznych), co świadczy o wysokim poziomie realizowanych świadczeń przy jednocześnie istniejących ograniczonych zasobach, co implikuje konieczność ich wzmocnienia. Także prognozy MPZ wskazują na potrzebę zwiększenia liczby łóżek w oddziałach nefrologicznych w województwie. Średni wiek pacjentów to 54,2; znaczący jest odsetek pacjentów 65+ (33,6%) i 80+ (13,2%).

Oddział chirurgii ogólnej, w tym wieloprofilowy zabiegowy

W 2016 r. SKDJ wykazał 1,8 tys. hospitalizacji dla 1,5 tys. pacjentów. Spośród analizowanych w MPZ procedur zabiegowych były wykonane średnie i endoskopowe zabiegi przewodu pokarmowego, ale także leczenie zachowawcze. Znaczący odsetek przyczyn hospitalizacji stanowią choroby czynnościowe górnego odcinka przewodu pokarmowego, choroby wymagające pilnej operacji chirurgicznej w dolnym odcinku przewodu pokarmowego i przepukliny. Głównie pacjenci są ze średnim poziomem wielochorobowości.

Prognozuje się wzrost zapadalności, liczby hospitalizacji i osobodni, jednak MPZ wskazują na stagnację w zakresie liczby łóżek w dedykowanych oddziałach. Konieczne jest zatem zapewnienie zasobów niezbędnych do udzielania świadczeń dla pacjentów w wieku starszym, z uwzględnieniem trendów w zakresie zapadalności. Odpowiada to w pełni założeniom inwestycji – dokonana zostanie modernizacja zapewniająca sprawowanie opieki nad pacjentami w odpowiednich warunkach infrastrukturalnych z wykorzystaniem potencjału w optymalnych rozmiarach.

Z uwagi na zakres świadczeń realizowanych w wymienionych oddziałach dodatkowo zanalizowano MPZ w zakresie grup chorób:

Choroby układu kostno-mięśniowego

Według diagnozy demograficznej i epidemiologicznej zawartej w MPZ w zakresie lecznictwa szpitalnego dla województwa mazowieckiego opublikowanych w 2018 r. i bazujących na danych z 2016 r. (w wybranych przypadkach w latach 2017 i 2018), w województwie mazowieckim obserwuje się większą liczbę osób starszych, tj. powyżej 65. roku życia, niż średnia w kraju, co oznacza, że populacja województwa mazowieckiego jest nieco starsza niż ludność Polski. Powyższe wpływa w sposób bezpośredni na cechy i warunki systemu zabezpieczenia zdrowotnego dla wymienionej populacji. UCK WUM jest podmiotem obsługującym pacjentów z całego kraju, zasadnicza część pacjentów pochodzi z Warszawy i województwa mazowieckiego. Niemniej jednak zjawisko „starzejącego się społeczeństwa” dotyczy wszystkich województw. Świadczy o tym m.in. wskaźnik obciążenia demograficznego – w 2016 r. na każdy tysiąc osób dorosłych

(w wieku produkcyjnym 15–64 lata) przypadały 484 osoby w wieku 0–14 lat oraz w wieku 65 lat i więcej. Województwo mazowieckie plasowało się na pierwszym miejscu wśród województw o największej wartości tego wskaźnika; był on o 26 osób (na tysiąc osób dorosłych) wyższy niż ten zaobserwowany dla Polski ogółem. Prognozy wskazują na dalsze starzenie się społeczeństwa.

W związku z tymi trendami w podsumowaniu charakterystyki demograficznej określono, że konieczne jest zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej, w tym rozwoju usług zdrowotnych, których odbiorcami są osoby starsze. Analizując statystyki SKDJ, ta grupa wiekowa stanowi większość w populacji leczonych pacjentów. MPZ jednoznacznie wskazują na istotną rolę Zakładu Leczniczego (wcześniej podmiotu leczniczego) w systemie ochrony zdrowia w zakresie przedmiotowej grupy chorób. SKDJ obsługuje pacjentów dorosłych we wszystkich grupach chorób analizowanych w MPZ:

Choroby układowe tkanki łącznej (dorośli) – obsłużono w 2016 r. 150 pacjentów – 5. miejsce w województwie pod względem wymienionego parametru; średni wiek pacjentów – 53,9; pacjenci 61+ to 38% populacji objętej opieką medyczną. Z danych wynika, że 98% pacjentów to pacjenci przewlekle chorzy, wymagający zapewnienia kompleksowej opieki skoordynowanej z poziomem AOS, podstawowej opieki zdrowotnej, zwanej dalej „POZ”, i rehabilitacji leczniczej (UCK WUM zapewnia taką opiekę).

Artropatie wielostawowe (dorośli) – 100 hospitalizowanych pacjentów ze średnią wieku 59 lat. W ramach świadczeń SKDJ realizował procedury zabiegowe (60% to kompleksowe zabiegi specjalistyczne) i leczenie zachowawcze, 100% pacjentów wypisanych do dalszej opieki;

Choroby powięzi, ścięgien i tkanek miękkich (zapalne) – dorośli – obsłużono w 2016 r. 800 pacjentów – 2. miejsce w województwie pod względem wymienionego parametru; średni wiek pacjentów – 58,8; pacjenci 61+ to 47,7% populacji leczonej. Głównie to pacjenci z wielochorobowością na poziomie średnim lub wysokim. Z danych wynika, że 100% pacjentów to pacjenci przewlekle chorzy, wymagający zapewnienia kompleksowej opieki skoordynowanej z poziomem AOS, POZ i rehabilitacji leczniczej (UCK WUM zapewnia taką opiekę);

Choroby stawów – obsłużono w 2016 r. 1,04 tys pacjentów (4. miejsce w województwie), średnia wieku to 56,7; przy czym pacjenci 61+ to 52,7% wszystkich pacjentów. W ramach świadczeń SKDJ realizował procedury zabiegowe (91,5%), ponad 41% to kompleksowe zabiegi specjalistyczne oraz leczenie zachowawcze, 98,7% pacjentów wypisanych do dalszej opieki;

Choroby powięzi, ścięgien i tkanek miękkich (niezapalne) – 260 pacjentów obsłużonych w 2016 r. w wieku średnio 54,4, przy czym blisko 40% populacji to osoby w wieku 61+.

Zaburzenia mineralizacji i struktury kości – 80 pacjentów obsłużonych w 2016 r. (5. miejsce w województwie), średnia wieku to 57,1;

Inne choroby kości i tkanki chrzęstnej – 100 pacjentów w 2016 r. (3. miejsce w województwie), średnia wieku – 56,2, pacjenci głównie z wielochorobowością średnią i dużą;

Inne choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej – 4. miejsce w województwie pod względem liczby hospitalizacji, z uwagi na charakter wymienionej grupy chorobowej, pacjenci plasują się w niższych przedziałach wiekowych, w SKDJ średni wiek pacjentów to 32,2. Realizowane były głównie zabiegi kompleksowe oraz leczenie zachowawcze. Ponad 95 % pacjentów wymaga dalszej opieki;

Endoprotezoplastyki – SKDJ jest wiodącą jednostką w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego, kolanowego (najliczniejsza liczba procedur w województwie w 2016 r.).

Z uwagi na powyższe, jest konieczna modernizacja zasobów bez zwiększania liczby łóżek na tego typu oddziałach. Inwestycja przewiduje działania zbieżne z tym założeniem, zatem wpisuje się w pełni w zapisy MPZ.

Choroby nerek i układu moczowego

Dane w zakresie prognoz demograficznych i epidemiologicznych wpływających na kształt systemu i zasobów niezbędnych do zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego jest zbliżony z przedstawionym w odniesieniu do innych dziedzin medycyny.

Zgodnie z treścią MPZ w zakresie leczenia szpitalnego, w 2016 r. SKDJ przyjął niemal największą liczbę pacjentów i sprawozdał największą liczbę hospitalizacji:

Tabela 2.1.4: Liczba hospitalizacji wykazanych przez świadczeniodawców

ID	Liczba pacjentów [tys.]	Liczba hospitalizacji [tys.]	Liczba hospitalizacji w trybie jednodniowym [tys.]	Liczba hospitalizacji trwających 1 dzień (bez trybu jednodniowego) [tys.]	Procent hospitalizacji w województwie [%]	Skumulowany procent hospitalizacji w województwie [%]
07.0003	2,04	5,51	-	2,27	9,0	9,0
07.0019	2,54	4,32	-	1,59	7,0	16,0

Podobnie w przypadku chorób kłębuszków nerkowych:

Tabela 2.1.51: Liczba hospitalizacji wykazanych przez świadczeniodawców

ID	Liczba pacjentów [tys.]	Łączna liczba hospitalizacji (w tym tryb jednodniowy) [tys.]	Liczba hospitalizacji trwających 1 dzień (bez trybu jednodniowego) [tys.]	Liczba hospitalizacji jednodniowych [tys.]	Procent hospitalizacji w województwie [%]	Skumulowany procent hospitalizacji w województwie [%]
07.0003	0,16	0,37	0,00	-	21,2	21,2
07.0019	0,17	0,24	0,01	-	13,9	35,1
07.0005	0,14	0,20	0,00	-	11,6	46,7
07.0004	0,06	0,11	0,00	-	6,9	53,6

W przypadku wad nerek, SKDJ jest wiodącą placówką, w 2016 r. wykazał najwyższą liczbę wykonanych procedur i liczby pacjentów:

Tabela 2.1.186: Liczba hospitalizacji wykazanych przez świadczeniodawców

ID	Liczba pacjentów [tys.]	Łączna liczba hospitalizacji (w tym tryb jednodniowy) [tys.]	Liczba hospitalizacji trwających 1 dzień (bez trybu jednodniowego) [tys.]	Liczba hospitalizacji jednodniowych [tys.]	Procent hospitalizacji w województwie [%]	Skumulowany procent hospitalizacji w województwie [%]
07.0019	0,51	0,72	0,31	-	14,8	14,8
07.0003	0,28	0,49	0,19	-	10,0	24,8
07.0008	0,18	0,23	0,05	-	4,8	29,6
07.0021	0,17	0,22	0,05	-	4,6	34,2

To co kluczowe, m.in. z punktu widzenia charakteru inwestycji i jej zakresu – SKDJ jest także wiodącą placówką w zakresie sprawowania opieki nad pacjentami z powikłaniami po przeszczepie nerek, w tym realizowanych w SKDJ – zapewnia kompleksowość realizowanych świadczeń.

Tabela 2.1.269: Liczba hospitalizacji wykazanych przez świadczeniodawców

ID	Liczba pacjentów [tys.]	Łączna liczba hospitalizacji (w tym tryb jednolitego) [tys.]	Liczba hospitalizacji trwających 1 dzień (bez trybu jednolitego) [tys.]	Liczba hospitalizacji jednolitego [tys.]	Procent hospitalizacji w województwie [%]	Skumulowany procent hospitalizacji w województwie [%]
07.0019	0,53	0,97	0,28	-	84,4	84,4
07.0005	0,11	0,15	-	-	13,4	97,8
07.0010	0,01	0,01	0,00	-	0,9	98,7

SKDJ realizuje największą liczbę przeszczepów nerek (dane z MPZ z 2016 r.), ponad dwukrotnie więcej niż kolejny w rankingu podmiot:

Tabela 2.1.307: Liczba hospitalizacji wykazanych przez świadczeniodawców

ID	Liczba pacjentów [tys.]	Łączna liczba hospitalizacji (w tym tryb jednolitego) [tys.]	Liczba hospitalizacji trwających 1 dzień (bez trybu jednolitego) [tys.]	Liczba hospitalizacji jednolitego [tys.]	Procent hospitalizacji w województwie [%]	Skumulowany procent hospitalizacji w województwie [%]
07.0019	0,12	0,12	-	-	49,4	49,4
07.0005	0,05	0,05	-	-	20,2	69,5

W zakresie urologii:

W przypadku kamicy moczowej – ma 3. pozycję w województwie;

Infekcji dróg moczowych – także 3. pozycja z uwagi na liczbę hospitalizacji.

Podobnie dane kształtują się dla AOS.

Według prognoz zapadalność na wymienione choroby będzie utrzymywała się na zbliżonym poziomie lub rosła, w nielicznych przypadkach oznaczono prognozę nieznacznego spadku. Nie przewiduje się konieczności zwiększenia liczby łóżek. Tym samym inwestycja w pełni odpowiada MPZ.

Nienowotworowe choroby układu moczowo-płciowego kobiet

SKDJ jest wiodącą placówką hospitalizującą pacjentki z przetokami (ponad 11% wszystkich hospitalizacji w województwie). Średnia wieku pacjentek to 54,2, a najliczniejsze grupy wiekowe to 30–50 i 61+, co jest zbliżone z charakterystyką demograficzną województwa. Ponad 61% pacjentek wymaga kontynuacji leczenia, w tym z poziomu AOS, którą także zapewnią SKDJ.

Choroby wątroby, dróg żółciowych i trzustki (z wyłączeniem nowotworów złośliwych i niezłośliwych)

Według danych z MPZ, SKDJ jest wiodącą placówką hospitalizującą pacjentów z chorobami wątroby, pęcherzyka żółciowego (z kamicą i bez), wad wrodzonych wątroby, trzustki i dróg żółciowych, w przypadku ostrego zapalenia trzustki oraz w pozostałych chorobach wątroby.

Według MPZ, zapadalność będzie rosła, jednak nie jest konieczne zwiększanie liczby łóżek.

Choroby górnego odcinka przewodu pokarmowego (z wyłączeniem nowotworów złośliwych i niezłośliwych)

Według danych z MPZ, SKDJ w 2016 r. hospitalizował 380 pacjentów w ramach 440 hospitalizacji. Główną przyczyną było choroby czynnościowe górnego odcinka przewodu pokarmowego, zaburzenia wchłaniania z przewodu pokarmowego oraz krwawienia z przewodu pokarmowego. Średni wiek pacjentów to 64 lata (więcej niż średnia dla województwa), ponad 59% pacjentów jest w wieku 61+. W zakresie świadczeń zabiegowych – były to głównie zabiegi średnie, jest realizowane także leczenie zachowawcze. Przyczyną leczenia zachowawczego w przeważającej części były krwawienia z przewodu pokarmowego, zabiegi to głównie średnie i endoskopowe zabiegi przewodu pokarmowego. Najliczniejszą grupą chorych są pacjenci z chorobami

czynnościowymi górnego odcinka przewodu pokarmowego – 230 pacjentów w wieku średnio 55 lat, najwięcej pacjentów w wieku 61+ (43,6%). Są to pacjenci z wysokim stopniem wielochorobowości. Głównie realizuje się procedury zabiegowe z grupy zabiegów średnich i endoskopowych. Z powodu zaburzeń wchłaniania, w SKDJ w 2016 r. hospitalizowano 80 pacjentów w wieku średnio 54,8 (ponad 40% to pacjenci w wieku 61+) ze średnim lub wysokim stopniem wielochorobowości, zatem wymagający kompleksowej opieki medycznej. Aż 32,7% pacjentów pochodziło spoza województwa mazowieckiego. Głównymi grupami chorób były zaburzenia krzepliwości, inne choroby krwi i śledziony oraz zaburzenia odżywienia.

Choroby dolnego odcinka przewodu pokarmowego (z wyłączeniem nowotworów złośliwych i niezłośliwych)

Według danych z MPZ, w SKDJ w 2014 r. obsłużono 750 pacjentów w zakresie wymienionych grupy chorób i sprawozdano 0,84 tys. hospitalizacji. Odnosząc wymienione wartości do poszczególnych rozpoznań, realizowano hospitalizację według poniższej specyfikacji:

Choroby wymagające pilnej operacji chirurgicznej w dolnym odcinku przewodu pokarmowego (dopp) – dorośli – 2,8% hospitalizacji w województwie;

Pozostałe choroby wymagające operacji chirurgicznej w dopp – dorośli – 1,2% hospitalizacji w województwie;

Nienowotworowe choroby proktologiczne – dorośli – 0,7% hospitalizacji w województwie;

Wrzodzące zapalenie jelita grubego (wzjg) – dorośli – 0,3% hospitalizacji w województwie;

Zapalenia jelita w tym infekcyjne i pasożytnicze (bez choroby Leśniowskiego-Crohna i wzjg) – dorośli – 1,0% hospitalizacji w województwie;

Choroby czynnościowe jelit – dorośli – 2,1% hospitalizacji w województwie;

Choroba uchyłkowa – 0,4% hospitalizacji w województwie;

Inne przyczyny hospitalizacji (badania kontrolne i przesiewowe) – dorośli – 3,1% hospitalizacji w województwie;

Inne choroby jelit – dorośli – 1,5%;

W ramach hospitalizacji w SKDJ 5% stanowiły takie, w których wykonano procedurę endoskopową, 79% – chirurgiczną.

We wszystkich dziedzinach i grupach chorób pacjenci wymagają kompleksowej i specjalistycznej opieki medycznej włączającej także leczenie po hospitalizacji. UCK WUM oraz SKDJ zabezpieczają pacjentów w ramach AOS we wszystkich dziedzinach, zapewniając ciągłość i kompleksowość procesu leczenia bez konieczności przenoszenia między podmiotami leczniczymi. Ma to kluczowe znaczenie z punktu widzenia efektywności procesu leczenia skutkującej lepszymi efektami diagnostyki i terapii.

Poszczególne Kliniki zabezpieczają medycznie populację w zakresie diagnostyki i leczenia szeregu jednostek chorobowych uznanych jako istotne – kluczowe z punktu widzenia demografii i epidemiologii problemy zdrowotne. Lokując wymienione zakresy działalności Klinik w przyjętej strukturze konstrukcji zbioru, przegląd MPZ obejmował poniższe dokumenty. Poniżej przedstawiono macierz zgodności z MPZ oraz dokonano analizy w kontekście zakresu rzeczowego planowanej inwestycji i kluczowych trendów demograficzno-epidemiologicznych.

Infrastruktura/Jednostka objęta Programem		Mapa potrzeb zdrowotnych	
Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu		Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa mazowieckiego	Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla województwa mazowieckiego
Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej		Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie nienowotworowych chorób układu płciowego mężczyzn dla województwa mazowieckiego	
		Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób nerek i dróg moczowych dla województwa mazowieckiego	

Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Klinika Medycyny Transplantacyjnej, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych wraz ze Stacją Dializ Klinika Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych z Zakładem Immunologii Klinicznej	Zakład Radiologii Klinicznej Apteka Centralna Laboratorium Centralne Infrastruktura towarzysząca, w tym zasilająca, sieciowa, zagospodarowanie terenu itd.	Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób wątroby, dróg żółciowych i trzustki (z wyłączeniem nowotworów złośliwych i niezłośliwych) dla województwa mazowieckiego
		Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób górnego odcinka przewodu pokarmowego (z wyłączeniem nowotworów złośliwych i niezłośliwych) dla województwa mazowieckiego
		Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób dolnego odcinka przewodu pokarmowego (z wyłączeniem nowotworów złośliwych i niezłośliwych) dla województwa mazowieckiego
		Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa mazowieckiego
Klinika Dermatologiczna Klinika Dermatologii i Wenerologii		Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób skóry dla województwa mazowieckiego

Powyższa analiza w zakresie adekwatnych MPZ w sposób jednoznaczny wskazuje na konieczność utrzymania infrastruktury zapewniającej realizację świadczeń w zakresie wymienionych chorób oraz jej rozwój, połączony z działalnością dydaktyczną, naukową i badawczą Klinik. UCK WUM w ramach Zakładu Leczniczego – Szpitala Klinicznego Dzieciątka stanowi istotny podmiot na mapie zasobów ochrony zdrowia, zatem inwestycja w tym zakresie jest w pełni zgodna z trendami demograficzno-epidemiologicznymi i rekomendacjami wynikającymi z MPZ.

Długofalową wizję rozwoju systemu ochrony zdrowia, a także cele strategiczne oraz narzędzia ich realizacji w latach 2014–2020, przedstawiał dokument pn. „Krajowe ramy strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020”. Obecnie procedowana jest aktualizacja wymienionego dokumentu strategicznego jako kontynuacja założonych celów do osiągnięcia, wzbogacona o doświadczenie, analizy, wiedzę ekspercką oraz zaplanowane trendy w obszarze zdrowia. Dokument ten pt. „**Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027**”, obecnie na etapie konsultacji, identyfikuje zakres głównych wyzwań w systemie ochrony zdrowia oraz wskazuje kierunki zmian systemowych. W strukturze systemu zarządzania rozwojem Rzeczypospolitej Polskiej powyższy dokument strategiczny ma stanowić politykę publiczną. Policy Paper był pierwszym dokumentem w skali europejskiej, który w tak dokładny sposób opisywał stan krajowego systemu ochrony zdrowia. W związku z tym, że istotą interwencji w obszarze zdrowia jest ich systematyczność, stałość i powtarzalność – jedynie konsekwencja działań w perspektywie wieloletniej jest gwarantem osiągnięcia zakładanych zmian zdrowotnych, z tego też powodu kontynuowane będą działania w ramach Policy Paper, które przynoszą skutki dla zdrowotności społeczeństwa polskiego. Wśród najistotniejszych czynników, które także wzięto pod uwagę podczas pracy nad powyższym dokumentem strategicznym, wskazać należy: poprawiające się warunki życia, wzrastającą wiedzę i świadomość w wymiarze dbania o własne zdrowie, a także reformy systemu opieki zdrowotnej. Niemniej umieralność, przeciętna długość życia i długość życia w zdrowiu w naszym kraju w dalszym ciągu odbiegają od średnich wskaźników dla krajów Unii Europejskiej, a poprawa tych wskaźników nie następuje w wystarczająco szybkim tempie. Społeczeństwo jest w istotnym stopniu obciążone chorobami cywilizacyjnymi, wynikającymi przede wszystkim z niewłaściwego stylu życia, a także zagrożone ich dalszym rozprzestrzenianiem się. Pozostawanie w zdrowiu natomiast jest nie tylko warunkiem zachowania aktywności społecznej czy ekonomicznej, ale przede wszystkim jednym z kluczowych wymiarów dobrej jakości życia i włączenia społecznego. Zwiększenie długości życia w zdrowiu

wpływa ostatecznie na poprawę jego jakości. Zdrowie jest także istotnym warunkiem rozwoju gospodarczego, gdyż zdrowe społeczeństwo przekłada się na większą produktywność oraz dłuższą aktywność zawodową. Podejmowane interwencje w obszarze ochrony zdrowia są również kluczowe w ograniczaniu ryzyka ubóstwa wskutek dezaktywacji zawodowej spowodowanej przyczynami zdrowotnymi oraz ryzyka wykluczenia społecznego wynikającego z przyczyn zdrowotnych. W ramach tego kluczowego projektu dokumentu zdefiniowano wizję oraz cele pogrupowane w obszary: pacjent, procesy, rozwój, finanse. Dla zrealizowania wizji wskazano 15 Celów, które będą realizowane przez sześć Kierunków interwencji wyznaczonych do realizacji tych Celów za pomocą narzędzi. Dokument określa ramy strategiczne koniecznych działań. Jego uzupełnieniem na poziomie operacyjnym będą m.in. plany transformacji – krajowy i wojewódzkie, które zastąpią regionalne priorytety polityki zdrowotnej i będą stanowić istotny element operacjonalizacji wniosków z mapy potrzeb zdrowotnych. Obydwa dokumenty opierają się na wiedzy i doświadczeniu z zakresu epidemiologii, demografii, analizy zasobów oraz prognozowania potrzeb, co powoduje, że stanowią kluczowy punkt odniesienia m.in. do zarządzania systemem ochrony zdrowia.

Inwestycja ta wpisuje się zarówno w treść dokumentu strategicznego opracowanego na lata 2014–2020, jak i 2021–2027. Według treści dokumentu będącego w toku procedowania, misją nakreśloną jest *Zapewnienie równego i adekwatnego do potrzeb zdrowotnych dostępu do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych przez przyjazny, nowoczesny i efektywny system ochrony zdrowia*, wizją: *Wydłużenie trwania życia i poprawa stanu zdrowia Polaków*. Inwestycja, jako przedsięwzięcie infrastrukturalne w podmiocie leczniczym będącym wysokospecjalistycznym zapleczem medycznym uczelni medycznej, wprost wpisuje się w obszar ukierunkowany na Rozwój i cel określony jako 3.2 [Infrastruktura] pn. Rozwój i modernizacja infrastruktury ochrony zdrowia zgodny z potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa. W ramach tego celu jest adekwatny kierunek interwencji 3 mający na celu doprowadzenie do poprawy dostępności i efektywności opieki zdrowotnej przez rozwój i modernizację infrastruktury systemu ochrony zdrowia. Tym samym działania te są zgodne i wpisują się w Narzędzie 3.1 Wsparcie infrastrukturalne podmiotów leczniczych jako odpowiedź na wyzwanie identyfikujące obszar wymagający wsparcia, tj. Modernizacja infrastruktury budowlanej i technicznej szpitali, której pogarszający się stan może powodować istotne obniżenie jakości świadczonych usług zdrowotnych.

Do najważniejszych europejskich dokumentów strategicznych, w założenia których wpisuje się przedmiotowe przedsięwzięcie, należą:

Inwestycja w pełni wpisuje się także w dokument pod nazwą **Europejski Zielony Ład**, który jest planem działania na rzecz zrównoważonej gospodarki Unii Europejskiej. Realizację powyższego celu można osiągnąć przez przekształcenie wyzwań związanych z klimatem i środowiskiem w nowe możliwości we wszystkich obszarach polityki, a także zadbanie o to, aby transformacja była sprawiedliwa i sprzyjała włączeniu społecznemu. Zgodnie z treścią powyższego dokumentu między innymi celem powyższej strategii jest również ochrona, zachowanie i poprawa kapitału naturalnego Unii Europejskiej oraz **ochrona zdrowia** i dobrostanu obywateli przed zagrożeniami i negatywnymi skutkami związanymi ze środowiskiem. Transformacja ta musi przebiegać zarazem w sprawiedliwy i sprzyjający włączeniu społecznemu sposób: na pierwszym miejscu należy stawiać ludzi (...). Tym samym inwestycja w infrastrukturę ochrony zdrowia, zapewnienie najwyższej jakości świadczeń i efektywność działania systemu ochrony zdrowia jest niewątpliwie kluczowym narzędziem i działaniem na rzecz osiągnięcia powyższego założenia i celu. Osiągnięcie celów jest uzależnione od zrównoważonego wykorzystywania zasobów i poprawy zdrowia ludzkiego. Tym samym przedsięwzięcie przyczynia się do uzyskania zaplanowanego rezultatu działań i wpisuje w powyższe założenia strategiczne. W ramach elementu *Budowanie i remontowanie w sposób oszczędzający energię i zasoby (2.1.4)* wprost nakreślono konieczność modernizacji obiektów ochrony zdrowia (szpitali) z uwzględnieniem nowoczesnych technologii skutkujących także efektywnością energetyczną w celu osiągnięcia optymalnej efektywności, także ekonomicznej. Powyższe założenie jest także przyjęte dla przedmiotowej inwestycji, co dodatkowo potwierdza spójność założeń i zgodność przedsięwzięcia z przedmiotową Strategią.

Strategia Unii Europejskiej dla Regionu Morza Bałtyckiego (SUE RMB) i Plan Działań na rzecz realizacji Strategii (Komunikat Komisji z dnia 10.9.2015 SWD (2015) 177 *final*). Jednym z trzech głównych celów Strategii jest zwiększenie dobrobytu (*increase prosperity*) w państwach makroregionu Morza Bałtyckiego, co

będzie realizowane przez działania w kluczowych obszarach (*policy areas*) **zdrowia**, edukacji, kultury, turystyki oraz innowacji. Dobrobyt makroregionu zależy od kapitału ludzkiego, a zdrowie populacji jest kluczowym czynnikiem warunkującym zrównoważony rozwój ekonomiczny i społeczny. Inwestycje w poprawę i promocję zdrowia zwracają się w dwójnasób, ponieważ osoby zdrowe są bardziej skłonne dłużej pozostawać na rynku pracy i są bardziej produktywne, a jednocześnie zmniejszają się koszty ich leczenia. W Planie Działań dla SUE RMB podkreślono, że region Morza Bałtyckiego jest nadal bardzo zróżnicowany pod względem stanu zdrowia populacji i warunków socjalnych. Poważnym problemem pozostaje wysoka umieralność z powodu chorób niezakaźnych, przemocy, nadużywania alkoholu i substancji psychoaktywnych oraz wzrost zachorowań na choroby zakaźne, takie jak gruźlica i AIDS. W celu ograniczenia istniejących nierówności w zdrowiu niezbędne jest zapewnienie odpowiedniego poziomu ochrony zdrowia. Do aktualnych wyzwań, przed jakimi stoją systemy opieki zdrowotnej w makroregionie, należą: zmiany demograficzne, utrudniony dostęp do świadczeń zdrowotnych na terenach odległych oraz znaczące regionalne zróżnicowanie w zdrowiu, także jeżeli chodzi o dostępność i jakość usług medycznych. Realizacja przedsięwzięcia, którego celem jest zwiększenie efektywności, m.in. przez zapewnienie właściwej dostępności do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych dla pacjentów, **przyczyni się do osiągnięcia celu głównego obszaru priorytetowego zdrowie, jakim jest „ograniczenie przedwczesnej, możliwej do uniknięcia utraty kapitału ludzkiego (umieralności)” oraz wskaźnika „zmniejszenia odsetka przedwczesnych, możliwych do uniknięcia zgonów w makroregionie Morza Bałtyckiego o 10%”**. Planowane inwestycje w infrastrukturę UCK WUM – Zakładu Leczniczego Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus pozwolą na zwiększenie poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego i bardziej efektywne leczenie pacjentów znajdujących się w stanach zagrożenia życia i zdrowia. Tym samym przedsięwzięcie UCK WUM – Zakładu Leczniczego Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus w pełni wpisuje się w założenia SUE RMB.

Do najważniejszych krajowych dokumentów strategicznych, w założenia których wpisuje się przedmiotowe przedsięwzięcie należą:

Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju – Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności stanowi podstawowy dokument strategiczny, określający główne trendy, wyzwania i scenariusze rozwoju społeczno-gospodarczego kraju, z uwzględnieniem zasady zrównoważonego rozwoju. Głównym celem działań przedstawionych w Strategii jest „poprawa jakości życia Polaków (wzrost PKB na mieszkańca w relacji do najbogatszego państwa Unii Europejskiej i zwiększenie spójności społecznej), dzięki stabilnemu, wysokiemu wzrostowi gospodarczemu”. W dokumencie zaznaczono, że jakość życia jest pojęciem wielowymiarowym, związanym w znacznej mierze z długością życia i długością życia w zdrowiu. Podkreślono również, że poprawa stanu zdrowia Polaków wymaga prowadzenia szeregu „międzysektorowych działań prozdrowotnych, a w szczególności sprawnie funkcjonującego systemu ochrony zdrowia”. Zapewnienie odpowiedniego poziomu zdrowia społeczeństwa wiąże się z koniecznością zwiększenia nakładów finansowych w tym obszarze. Zgodnie z zapisami Strategii, wydatki na ochronę zdrowia są traktowane jako *wydatki rozwojowe*, priorytetowe z punktu widzenia długofalowej polityki państwa. Zakłada się, że w kolejnych latach nastąpi znaczący wzrost wydatków publicznych na opiekę zdrowotną. Zwiększone zostaną także publiczne nakłady na badania i rozwój w obszarze zdrowia. Zapisy **Długookresowej Strategii Rozwoju Kraju – Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności** podkreślają znaczenie odpowiedniego poziomu zdrowia populacji dla długofalowego rozwoju społeczno-gospodarczego kraju. **W ramach Celu 6 Rozwój kapitału ludzkiego przez wzrost zatrudnienia i stworzenie „workfarestate” przewidziano działania bezpośrednio związane z ochroną zdrowia.** Do proponowanych w tym obszarze kierunków interwencji należą:

- 1) wdrożenie instrumentów podnoszących jakość świadczonych usług zdrowotnych i efektywność systemu ochrony zdrowia;
- 2) dostosowanie systemu ochrony zdrowia 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;
- 3) zwiększenie dostępności do wysokiej jakości usług zdrowotnych w priorytetowych, wynikających z uwarunkowań epidemiologicznych, dziedzinach medycyny (m.in. kardiologia, **onkologia**, neurologia, medycyna ratunkowa, **ortopedia i traumatologia**, psychiatria);
- 4) opracowanie i wdrożenie międzysektorowych rozwiązań systemowych i działań wzmacniających kształtowanie postaw prozdrowotnych zwiększających dostępność do programów zdrowotnych

(profilaktycznych, rehabilitacyjnych) w celu zmniejszenia zachorowalności i umieralności, w szczególności z powodu chorób cywilizacyjnych.

Efektom realizacji przedsięwzięcia będzie przede wszystkim poprawa efektywności funkcjonowania systemu w oparciu o efektywne funkcjonowanie podmiotu leczniczego realizującego świadczenia specjalistyczne. W związku z powyższym zakres rzeczowy i cele inwestycji przyczynią się do osiągnięcia kierunków interwencji określonych w Długookresowej Strategii Rozwoju Kraju, **w szczególności w zakresie celu 6 określonego w tym dokumencie.**

Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.) – Strategia została przyjęta uchwałą nr 8 Rady Ministrów z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie przyjęcia Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.) (M.P. poz. 260). Celem głównym Strategii jest tworzenie warunków dla wzrostu dochodów mieszkańców Rzeczypospolitej Polskiej przy jednoczesnym wzroście spójności w wymiarze społecznym, ekonomicznym, środowiskowym i terytorialnym. W ramach celu szczegółowego II (Rozwój społecznie wrażliwy i terytorialnie zrównoważony) działania będą ukierunkowane także na redukcję ubóstwa i wykluczenia społecznego oraz poprawę dostępu do usług świadczonych w odpowiedzi na wyzwania demograficzne. Strategia zakłada większą efektywność systemu opieki zdrowotnej, w tym konkretnego określenia zakresu świadczonych usług zdrowotnych, z uwzględnieniem zapewnienia wysokiej jakości świadczeń, kompleksowości i dostępności, adekwatne do wyżej wymienionych założeń zasoby kadrowe oraz zmiany infrastrukturalne. Zaplanowana inwestycja w pełni wpisuje się w te założenia, gdyż ma na celu optymalizację procesów świadczenia usług z wykorzystaniem nowoczesnej infrastruktury medycznej. Zakłada się centralizację kluczowych działań medycznych, a w konsekwencji funkcjonowanie nowoczesnego miejsca realizacji usług w najwyższej jakości i niezbędnej liczbie, odpowiadając wyzwaniom epidemiologicznym społeczeństwa, adekwatnie do zmian demograficznych i trendów w tym zakresie. Potwierdzeniem tego faktu jest wpisywanie się założeń Inwestycji w zapisy MPZ jako działań pozytywnie wpływających na poprawę stanu zdrowia populacji i zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych. W zmodernizowanej infrastrukturze będą świadczone usługi z zakresu m.in. transplantologii, chirurgii, urologii, nefrologii, ortopedii, reumatologii i dermatologii z uwzględnieniem osób starszych i z chorobami onkologicznymi. Znaczące jest także to, że podmiot stanowi obecnie, a po zakończeniu inwestycji – będzie stanowić, jedną z najnowocześniejszych baz klinicznych WUM dla kształcenia przyszłych kadr medycznych, w tym również wsparcie dla kształcenia podyplomowego.

Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2030 (KSRR 2030) rozwija postanowienia Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.) określone w filarze **rozwój społecznie wrażliwy i terytorialnie zrównoważony**. KSRR 2030 jest podstawowym dokumentem strategicznym polityki regionalnej państwa w perspektywie do 2030 r. W ramach tej Strategii inwestycja wpisuje się w założenia:

Celu 1 – Zwiększenie spójności rozwoju kraju w wymiarze społecznym, gospodarczym, środowiskowym i przestrzennym, a w jego ramach – Celu 1.5 Rozwój infrastruktury wspierającej dostarczanie usług publicznych i podnoszącej atrakcyjność inwestycyjną obszarów. W tym zakresie Inwestycja w pełni wpisuje się w założenia dotyczące obszaru infrastruktury społecznej (1.5.3). Według postawionej diagnozy zmiany demograficzne i starzenie się społeczeństwa będą miały znaczący wpływ na zmianę zapotrzebowania na konkretne usługi publiczne, w tym społeczne i zdrowotne, i rodzaj infrastruktury społecznej. Rosnąca liczba osób o szczególnych potrzebach (seniorów oraz osób z niepełnosprawnościami) już teraz powoduje, że stają się one coraz istotniejszą grupą konsumentów. Szczególne znaczenie w tym kontekście mają działania poprawiające dostępność przestrzeni, dóbr i usług, które zwiększają udział np. osób starszych czy osób z niepełnosprawnościami w życiu społecznym. Kluczowa jest również poprawa dostępności infrastruktury zdrowotnej. Głównym obszarem oddziaływania polityki regionalnej w tym zakresie będzie poprawa dostępności przestrzeni publicznej oraz usług publicznych zarówno w aspekcie architektonicznym, jak też informacyjnym i komunikacyjnym. Będzie to możliwe przez modernizację lub poprawę istniejącej infrastruktury społecznej. Poprawa dostępności obejmie m.in. infrastrukturę w ramach służby zdrowia.

Celu 2 – Wzmacnianie regionalnych przewag konkurencyjnych, a w ramach działań przewidzianych do jego realizacji – działania 2.1.3 – założono, że dłuższe funkcjonowanie na rynku pracy jest silnie powiązane z aspektem zdrowotnym. Zły stan zdrowia oraz niepełnosprawność wpływają na ograniczenie aktywności zawodowej. Istotnym elementem działań w tym zakresie będzie profilaktyka problemów zdrowotnych u osób pracujących, pozwalająca na wydłużenie okresu aktywności zawodowej oraz lepszą jakość życia w późniejszym

wieku. Szczególną interwencją z poziomu regionalnego w zakresie **poprawy dostępności do świadczeń medycznych oraz profilaktyki** zostaną objęte obszary, na których występuje kumulacja problemów zdrowotnych mieszkańców, w tym obszary wiejskie.

Założenia i cele inwestycji – stworzenie bazy medycznej, w której kształcą się osoby w zawodach medycznych, wpisują się także w cel 2, działanie 2.1.1 (w ramach 2.1 – Rozwój kapitału ludzkiego i społecznego). Działanie to ukierunkowane jest na podniesienie jakości kształcenia wyższego – rolą szkolnictwa wyższego jest bowiem przyciąganie kapitału ludzkiego oraz „dostarczanie” absolwentów o wysokich kwalifikacjach i kompetencjach. Zapewnienie nowoczesnej bazy klinicznej do kształcenia i podnoszenia kwalifikacji zasobów systemu jest kluczowe dla osiągnięcia zakładanego celu i oczekiwanych efektów Strategii.

Inwestycja jest także zgodna i wpisuje się w założenia kolejnej strategii zintegrowanej pn. „**Strategia Sprawne i Nowoczesne Państwo 2030 (SSiNP 2030)**” przez zaplanowanie do wykorzystania nowoczesnych technologii cyfrowych w ramach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jako działań komplementarnych.

Przedsięwzięcie jest także zgodne i wpisuje się w najważniejszą strategię zintegrowaną poruszającą kwestie dotyczące zdrowia pn. „**Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2030**”, przyjętą uchwałą nr 184/2020 Rady Ministrów z dnia 14 grudnia 2020 r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego. Cel szczegółowy 2, w ramach którego przedmiot inwestycji wykazuje zgodność, to poprawa zdrowia obywateli oraz systemu opieki zdrowotnej; Obszar: Kapitał Ludzki; Kierunek interwencji: Poprawa stanu zdrowia obywateli oraz efektywności systemu opieki zdrowotnej. W celu poprawy stanu zdrowia obywateli oraz efektywności systemu opieki zdrowotnej konieczne jest podjęcie działań w obszarze promocji i profilaktyki zdrowotnej, medycyny naprawczej, rehabilitacji, opieki długoterminowej, e-zdrowia (w tym telemedycyny), innowacyjnych technologii w ochronie zdrowia, działań pro jakościowych (w tym koordynacja opieki), kształcenia kadr medycznych, zmniejszenia nierówności w zdrowiu i dostępie do ochrony zdrowia oraz **inwestycji infrastrukturalnych**, wzrostu nakładów na ochronę zdrowia, kolejek do świadczeń opieki zdrowotnej, informacji w ochronie zdrowia. Tym samym przedsięwzięcie wprost i bezpośrednio przyczynia się do realizacji wymienionych założeń strategicznych i ma pozytywny wpływ na osiągnięcie zakładanych rezultatów.

Przedsięwzięcie jest zgodne ze **Strategią Rozwoju Województwa Mazowieckiego do 2030 roku. Innowacyjne Mazowsze**, która wyznacza priorytetowe kierunki rozwoju regionu na kolejne lata. Głównym celem Strategii jest *zmniejszenie dysproporcji rozwoju w województwie mazowieckim oraz wzrost znaczenia Obszaru Metropolitalnego Warszawy w Europie*. Osiągnięcie powyższego celu pozwoli na zwiększenie spójności terytorialnej Mazowsza i podniesienie jakości życia w subregionach, mniejszych miejscowościach i na obszarach wiejskich. Realizacja przedsięwzięcia wpisuje się w jeden z celów strategicznych (rozwojowych) Strategii, jakim jest *Poprawa jakości życia oraz wykorzystanie kapitału ludzkiego i społecznego do tworzenia nowoczesnej gospodarki*. Wsparcie obszaru ochrony zdrowia zostało przewidziane w **działaniu 24 Podnoszenie standardów funkcjonowania infrastruktury społecznej oraz działania na rzecz ochrony zdrowia bezpieczeństwa publicznego**. W ramach **działania 24.1 Budowa i rozwój infrastruktury społecznej, w tym o zasięgu regionalnym**, przewiduje się modernizację istniejących oraz tworzenie nowych ośrodków opieki długoterminowej, rozwój infrastruktury dziennych placówek opieki oraz poradni psychologiczno-terapeutycznych. **Działanie 24.3 Profilaktyka i ochrona zdrowia** będzie ukierunkowane na opiekę geriatryczną (w tym tworzenie nowych oddziałów i poradni), zwiększenie dostępności do specjalistycznych usług medycznych oraz promocję zdrowia. **Działanie 24.4 Poprawa bezpieczeństwa publicznego** obejmuje m.in. rozwój ratownictwa medycznego. Jednym z wyzwań dla obszaru *Spółeczeństwo* jest zwiększenie dostępności usług publicznych i społecznych, w tym zdrowotnych i socjalnych z zakresu opieki długotrwałej i paliatywnej.

W Strategii podkreślono także znaczenie rozwoju nowoczesnych rozwiązań informacyjno-komunikacyjnych: „Do poprawy dostępności powinno też przyczynić się wdrożenie przedsięwzięć telemedycznych oraz z zakresu e-zdrowia,(...)”. Mając na uwadze powyższe zapisy, należy podkreślić, że przedsięwzięcie UCK WUM – SKDJ wpisuje się w założenia i cele Strategii Rozwoju Województwa Mazowieckiego do 2030 roku. Innowacyjne Mazowsze. Tym samym przedmiotowe przedsięwzięcie jest w pełni zgodne z założeniami **Strategii Rozwoju Województwa Mazowieckiego do 2030 roku**. Strategia, przyjęta uchwałą nr 158/13 Sejmiku Województwa Mazowieckiego z dnia 28 października 2013 r., zawiera długofalową wizję rozwoju województwa mazowieckiego, w myśl której Mazowsze do 2030 r. stanie się regionem spójnym terytorialnie, konkurencyjnym,

innowacyjnym, zapewniającym mieszkańcom bardzo dobre warunki życia. Z uwagi na duże zróżnicowanie przestrzenne rozwoju województwa mazowieckiego jest konieczne prowadzenie polityki zmniejszającej te dysproporcje. W układzie celów Strategii rozwoju województwa mazowieckiego do 2030 r. zastosowano wielowymiarowe podejście, które uwzględnia złożoność wszystkich sfer działalności człowieka. Inwestycja objęta Programem wpisuje się w założenia dotyczące głównie obszaru SPOŁECZEŃSTWA, w ramach którego celem strategicznym jest poprawa jakości życia oraz wykorzystanie kapitału ludzkiego i społecznego do tworzenia nowoczesnej gospodarki, przez podnoszenie standardów funkcjonowania infrastruktury społecznej oraz działania na rzecz ochrony zdrowia i bezpieczeństwa publicznego (cel II). Projekt wpisuje się zatem w wyżej wymienione założenia dokumentu: Obszar: Społeczeństwo, kierunek działań 24, działanie 24.1, 24.3, 24.4.

Zakres rzeczowy i cele przedsięwzięcia wpisują się w założenia „**Strategii Rozwoju Polski Centralnej do roku 2020 z perspektywą 2030**”. Analiza SWOT sytuacji społeczno-gospodarczej w makroregionie wykazała, że szansą jest *rosnące zapotrzebowanie na farmaceutyki, sprzęt i usługi medyczne na skutek wydłużania się i zmiany stylu życia*, co należy wykorzystać przez mocne strony, do których należy m.in. *wysoki poziom specjalizacji usług medycznych*. Istotne jest jednak, że zagrożeniem jest nieefektywność, w tym finansowa, systemu. W związku z powyższym, ze względów demograficznych i epidemiologicznych oraz koniecznością podążania za trendami rozwojowymi, jako jeden z celów – kierunek działań postawiono w Strategii *Wspieranie rozwoju wysokospecjalistycznych usług medycznych*, co ma posłużyć efektywnemu wykorzystaniu zasobów regionu: „W zakresie usług medycznych nadal rozwijane będą usługi wysokospecjalistyczne, dzięki którym Polska Centralna stanie się atrakcyjnym miejscem dla turystyki medycznej oraz dla prowadzenia badań klinicznych.”. W związku z powyższym, mając na względzie charakter inwestycji w infrastrukturę szpitala klinicznego, realizującego wysokospecjalistyczne świadczenia medyczne w dziedzinach stanowiących istotne problemy zdrowotne populacji, służącą zwiększeniu efektywności funkcjonowania podmiotu, przyczyniając się do poprawy w tym zakresie w działaniu systemu ochrony zdrowia, wpisuje się i przyczynia do realizacji działań nakreślonych w Strategii. Przedmiotowe przedsięwzięcie ma jednak charakter ponadregionalny, ponieważ jego realizacja pozwoli na zwiększenie dostępności do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych dla chorych, zarówno dla mieszkańców makroregionu, ale nie tylko. UCK WUM – SKDJ obsługuje chorych z całego kraju, co świadczy o jego ponadregionalności.

Strategia #Warszawa2030 – z uwagi na założenia przedsięwzięcia, wpisuje się ono w założenia celu strategicznego 2 – Wygodna Lokalność, a w jego ramach celu operacyjnego 2.1 – korzystamy z usług blisko domu, który przewiduje ułatwienie i zwiększenie dostępności do podstawowych usług społecznych, w tym w zakresie ochrony zdrowia.

Polityka ekologiczna państwa 2030 (PEP2030) – z uwagi na fakt, że zgodnie z treścią dokumentu, człowiek jest nadrzędną wartością, w wyżej wymienionym dokumencie strategicznym priorytety koncentrują się na jakości życia, zdrowiu i dobrobycie Polaków. W związku z tym zakres przedsięwzięcia pozwalający na zastąpienie obecnie wyeksploatowanej, nieekologicznej infrastruktury szpitala nowoczesną bazą medyczną, w której zakłada się wykorzystanie rozwiązań przyjaznych środowisku naturalnemu, mających w założeniu dbałość o zasoby (głównie nieodnawialne), a tym samym przyczynianie się do zrównoważonego zarządzania nimi, wpisuje się w założenia i cele wymienionej Polityki – głównie Cel szczegółowy 1 – Środowisko i zdrowie oraz Cel szczegółowy 2 – Środowisko i gospodarka, a także przez realizację wymienionych założeń w okresie operacyjnym Cel horyzontalny – Środowisko i edukacja. Zgodnie z założeniami inwestycyjnymi, w toku prac koncepcyjnych i projektowych, jeden z celów, jakim jest utrzymanie dobrego stanu środowiska naturalnego, w tym głównie powietrza, ma zostać osiągnięty przez zastosowane właściwych, nowoczesnych rozwiązań technicznych i technologicznych, zatem spowodowany zmniejszeniem ilości szkodliwych substancji emitowanych do powietrza dzięki energooszczędnym rozwiązaniom w zakresie robót budowlano-instalacyjnych oraz doposażenia.

Podsumowanie

Dokument strategiczny	Cel/działanie/priorytet, w które wpisuje się inwestycja objęta Programem
-----------------------	--

„Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027” (w trakcie procedowania)	Misja: Zapewnienie równego i adekwatnego do potrzeb zdrowotnych dostępu do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych przez przyjazny, nowoczesny i efektywny system ochrony zdrowia; Wizja: Wydłużenie trwania życia i poprawa stanu zdrowia Polaków; Obszar Rozwój, cel określony jako 3.2 [Infrastruktura] pn. Rozwój i modernizacja infrastruktury ochrony zdrowia zgodny z potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa. Kierunek interwencji 3: poprawa dostępności i efektywności opieki zdrowotnej przez rozwój i modernizację infrastruktury systemu ochrony zdrowia. Narzędzie 3.1 Wsparcie infrastrukturalne podmiotów leczniczych, jako odpowiedź na wyzwanie identyfikujące obszar wymagający wsparcia, tj.: Modernizacja infrastruktury budowlanej i technicznej szpitali, której pogarszający się stan może powodować istotne obniżenie jakości świadczonych usług zdrowotnych.
Europejski Zielony Ład	Cel: ochrona, zachowanie i poprawa kapitału naturalnego Unii Europejskiej oraz ochrona zdrowia i dobrostanu obywateli przed zagrożeniami i negatywnymi skutkami związanymi ze środowiskiem, w tym m.in. element pn. Budowanie i remontowanie w sposób oszczędzający energię i zasoby.
Strategia Unii Europejskiej dla Regionu Morza Bałtyckiego (SUE RMB) i Plan Działań na rzecz realizacji Strategii	Cel głównego obszaru priorytetowego zdrowie, jakim jest „ograniczenie przedwczesnej, możliwej do uniknięcia utraty kapitału ludzkiego (umieralności)”.
Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju – Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności	Cel 6 Rozwój kapitału ludzkiego przez wzrost zatrudnienia i stworzenie „workfarestate”.
Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.)	Cel szczegółowy II – Rozwój społecznie wrażliwy i terytorialnie zrównoważony.
Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2030 (KSRR)	Cel 1 – Zwiększenie spójności rozwoju kraju w wymiarze społecznym, gospodarczym, środowiskowym i przestrzennym, a w jego ramach – Cel 1.5 Rozwój infrastruktury wspierającej dostarczanie usług publicznych i podnoszącej atrakcyjność inwestycyjną obszarów w ramach obszaru infrastruktury społecznej (1.5.3). Cel 2 Wzmacnianie regionalnych przewag konkurencyjnych, a w ramach działań przewidzianych do jego realizacji – działania 2.1.1 i 2.1.3.
„Strategia Sprawne i Nowoczesne Państwo 2030 (SSiNP 2030)”	Zaplanowanie do wykorzystania nowoczesnych technologii cyfrowych w ramach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jako działań komplementarnych.
SRKL 2030	Cel szczegółowy 2 – poprawa zdrowia obywateli oraz systemu opieki zdrowotnej; Obszar: Kapitał Ludzki; Kierunek interwencji: Poprawa stanu zdrowia obywateli oraz efektywności systemu opieki zdrowotnej.
Strategia Rozwoju Województwa Mazowieckiego do 2030 roku. Innowacyjne Mazowsze	Cel Strategii – zmniejszenie dysproporcji rozwoju w województwie mazowieckim oraz wzrost znaczenia Obszaru Metropolitalnego Warszawy w Europie. Cel strategiczny – Poprawa jakości życia oraz wykorzystanie kapitału ludzkiego i społecznego do tworzenia nowoczesnej gospodarki. Działanie 24 Podnoszenie standardów funkcjonowania infrastruktury społecznej oraz działania na rzecz ochrony zdrowia i bezpieczeństwa publicznego: 24.1 Budowa i rozwój infrastruktury społecznej, w tym o zasięgu regionalnym, działanie 24.3 Profilaktyka i ochrona zdrowia, działanie 24.4 Poprawa bezpieczeństwa publicznego.
Strategia Rozwoju Polski Centralnej do roku 2020 z perspektywą 2030	Wspieranie rozwoju wysokospecjalistycznych usług medycznych.
Strategia #Warszawa2030	Cel strategiczny 2 – Wygodna Lokalność, cel operacyjny 2.1 – korzystamy z usług blisko domu.
Polityka ekologiczna państwa 2030 (PEP 2030)	Cel szczegółowy 1 – Środowisko i zdrowie; Cel szczegółowy 2 – Środowisko i gospodarka; Cel horyzontalny – Środowisko i edukacja.

Analiza celowości z uwagi na charakterystykę działalności medycznej jednostek objętych zadaniem inwestycyjnym

Interwencja dotyczy jednostek organizacyjnych podmiotu leczniczego, mającego znaczącą funkcję i rolę w systemie ochrony zdrowia. Poniższa, krótka charakterystyka działalności medycznej świadczy o ogromnym potencjale wymienionej jednostki, który zostanie zachowany, a w połączeniu z nowoczesnym zapleczem

technicznym (lokalowym i sprzętowym) – pomnożony w fazie operacyjnej. Stanowi to uzasadnienie merytoryczne do podjęcia decyzji o zasadności kierowania środków publicznych w nw. zakres rzeczowy inwestycji. Konieczność i potrzeba kontynuacji działalności w dotychczasowym, a w przyszłości – poszerzonym, zakresie, wynika także z MPZ. Inwestycja odpowiada trendom i prognozom zawartym w wymienionym dokumencie, co przekłada się na duże prawdopodobieństwo optymalizacji działania podmiotów i systemu.

Poniższa tabela identyfikuje obszary medyczne – działalność jednostek medycznych, które będą podlegały modernizacji/zmianie lokalizacji w ramach inwestycji.

Założeniem dla działania Centrum Transplantacyjnego jest zapewnienie ciągłości diagnostyki i leczenia, włącznie z kwalifikowaniem do zabiegu przeszczepienia, zabiegiem i opieką po transplantacji w jednej lokalizacji (indywidualne podejście do każdego pacjenta). Zakłada się, że w lokalizacji SKDJ Centrum Transplantacyjne będzie funkcjonowało na bazie obecnych rozdzielnych Klinik (Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, Kliniki Medycyny Transplantacyjnej i Nefrologii, Kliniki Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych). Zapewni to ciągłość świadczenia od przygotowania pacjenta, przez zabieg, po opiekę po transplantacji, którą należy sprawować nad pacjentem dożywotnio z powołanym centralnym zarządem Kliniki – Kierownikiem.

W lokalizacji Lindley'a, której dotyczy przedmiotowy projekt, na bazie wymienionych Klinik obecnie funkcjonuje jeden z największych ośrodków przeszczepień, będący kluczowym elementem polskiej transplantologii w zakresie przeszczepień nerki, wątroby, trzustki, jak również realizacji świadczeń chirurgicznych dla pacjentów onkologicznych i z chorobami wymagającymi zabiegów bariatrycznych z perspektywą rozszerzania działalności o procedury dotyczące kolejnych narządów. Zgodnie z wymienionymi założeniami zapewnienia koordynacji, kompleksowości i ciągłości świadczeń, w wyniku inwestycji, w ramach działalności Centrum Transplantacyjnego pacjent będzie w pełni zabezpieczony medycznie w zakresie opieki przed transplantacją oraz dożywotnią opieką po zabiegu przeszczepienia wymienionych narządów (nerka, wątroba, trzustka). Kompatybilnie w stosunku do wymienionego zakresu będzie sprawowana opieka nad pacjentami z chorobami nerek, innymi niż implikujące procedurę transplantacyjną wraz z zapewnieniem dializoterapii. W przestrzeni zwolnionej w lokalizacji Centralnego Szpitala Klinicznego będą realizowane inne niż transplantologiczne funkcje medyczne. Z uwagi na fakt, że infrastruktura w ramach Centralnego Szpitala Klinicznego, z uwagi na rozwiązania architektoniczne i instalacyjne, jest trudna do modernizacji w celu zachowania właściwych i wymaganych przestrzeni, odległości itd., dysponowanie dodatkową powierzchnią przyczyni się równocześnie do zwiększenia komfortu pobytowego oraz zwiększy ergonomię pracy. Nie planuje się zmiany rodzaju funkcji, które są obecnie realizowane.

Założeniem jest także centralizacja organizacyjna oraz lokalizacyjna specjalistycznej opieki ambulatoryjnej. Tym samym plany strategiczne UCK WUM i zakres Programu zmierzają do zapewnienia infrastruktury umożliwiającej optymalizację funkcjonowania podmiotu leczniczego, przy zachowaniu ważnej roli ośrodka dydaktycznego, naukowego i badawczego.

„Podniesienie jakości i dostępności świadczeń medycznych w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus”	
UCK WUM (Zakład Leczniczy – SKDJ)	
Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu	Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu
Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej	Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej
Klinika Dermatologiczna i Klinika Dermatologii i Wenerologii	Klinika Dermatologiczna i Klinika Dermatologii i Wenerologii
Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej	Centrum Transplantacyjne
Klinika Medycyny Transplantacyjnej i Nefrologii	
Klinika Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych	

Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu

Wymieniona jednostka organizacyjna jest znaczącym elementem systemu, realizującym świadczenia medyczne w zakresie „ortopedii i traumatologii narządu ruchu” wraz z leczeniem pourazowym oraz zabezpieczeniem kontynuacji opieki na poziomie AOS, w tym rehabilitacji. Przeważającą grupą pacjentów są osoby powyżej 64. roku życia, co świadczy o tym, że ta grupa pacjentów jest istotnym (głównym) „nośnikiem” popytu. Starzejące się społeczeństwo daje możliwość wnioskowania o konieczności zapewnienia zasobów dla zwiększonego popytu w przyszłości. Powyższe potwierdzają dane przedstawione wyżej, wynikające m.in. z MPZ. Jednocześnie należy podkreślić, że zasadniczą grupą chorób, będących przyczyną hospitalizacji, są choroby z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu (blisko 50%), a spośród nich – choroby stawów. Powyższe potwierdza rangę wymienionych oddziałów w systemie ochrony zdrowia.

W związku z chorobami stawów, według danych z MPZ, zasadniczą część hospitalizacji w tym zakresie odbywała się na oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej. Ponadto Klinika stanowi jednostkę tzw. „pierwszego wyboru” w ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego dla dwóch dzielnic Warszawy (Wola i Śródmieście).

Zasadniczą grupą świadczeń realizowanych w UCK WUM (w SKDJ) była endoprotezoplastyka pierwotna całkowita biodra, znaczny odsetek – choroby niezapalne kości i stawów oraz duże zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy. W znaczącej większości pacjenci to osoby z wielochorobowością, natomiast opieka nad takimi pacjentami jest możliwa w SKDJ z uwagi na jego zaplecze medyczne, w tym w zakresie kardiologii, geriatrici, okulistyki, urologii, mikrobiologii, ale także intensywnej terapii i rehabilitacji. Szczególne znaczenie, w kontekście chorób współistniejących, a istotnych z punktu widzenia najczęściej realizowanych procedur – zabiegowych – w Klinice, mają choroby układu krążenia. Zakład leczniczy realizuje także świadczenia takie jak: artopatie wielostawowe zapalne u dorosłych i w wieku podeszłym, są leczone zaburzenia mineralizacji i struktury kości dorosłych i inne choroby kości i tkanki chrzęstnej u dorosłych, choroby powięzi, ścięgien i tkanek miękkich (zapalne) u dorosłych oraz inne choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej. Należy podkreślić, że SKDJ jest wiodącym podmiotem w zakresie endoproteoplastyk: stawu biodrowego, stawu kolanowego, są realizowane hospitalizacje związane z endoprotezoplastyką rewizyjną oraz jest sprawowana opieka ambulatoryjna, a także rehabilitacja. W leczeniu pacjentów, których poddano procedurze endoprotezoplastyki stawu biodrowego, istotną rolę odgrywa rehabilitacja po zabiegu. Obecnie rocznie wykonuje się około tysiąca pierwotnych i wtórnych endoprotezoplastyk stawu biodrowego i kolanowego oraz operacji rewizyjnych tych stawów. Zabiegi są wykonywane także w oparciu o komputerowe projektowanie i wszczepianie implantów wykonanych w technice 3D. Celem jest wprowadzenie kompleksowej usługi dotyczącej endoprotezoplastyki dużych stawów, która zapewni chorym rozbudowaną opiekę przed i pooperacyjną wspartą specjalistyczną rehabilitacją, założeniem jest wprowadzenie nowych technik chirurgicznych w obrębie stawu ramienniełopatkowego, z zastosowaniem implantu kostnego o właściwościach osteoindukcyjnych, którego zastosowanie unowocześni operacje rekonstrukcyjne więzadła krzyżowego przedniego stawu kolanowego. Podjęto również współpracę z Wydziałem Inżynierii Materiałowej Politechniki Warszawskiej i Centrum Organizacyjno-Koordinacyjnym do Spraw Transplantacji „Poltransplant” nad wykorzystaniem przeszczepów alogenicznych do rekonstrukcji tkankowych w ortopedii. W Klinice intensyfikuje się rozwój technik małoinwazyjnych w ortopedii. Klinika zapewnia także świadczenie na wysokim poziomie dla chorych z urazami i schorzeniami w obrębie ręki.

Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej

Klinika jest jedną z wiodących jednostek urologicznych w kraju, jako jednostka organizacyjna podmiotu klinicznego oferuje świadczenia dla pacjentów z wielochorobowością na poziomie wysokim albo bardzo wysokim, co jest możliwe dzięki wielodyscyplinarności zespołu. Klinika dysponuje takimi zasobami jak: onkolog, internista, radiolog, kardiolog, nefrolog. Pozwala to na konsultacje. Klinika rocznie obsługuje ok. 5 tys. pacjentów, prowadzi także konsultacje ambulatoryjne, zarówno dla leczonych w SKDJ, jak i na rzecz innych podmiotów leczniczych. W ramach działalności zmierza się do racjonalizacji opieki urologicznej. W ramach współpracy z innymi jednostkami UCK WUM – Zakładu Leczniczego Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus są prowadzone i będą kontynuowane projekty kardiourologiczne, urogeriatryczne i nefrourologiczne pozwalające na wielodyscyplinarną opiekę nad chorym, również w aspekcie medycyny senioralnej (obszar opieki geriatrycznej). W ramach działań rozwojowych są planowane kolejne wdrożenia systemowe, mające na celu poprawę stanu zdrowia pacjentów w kontekście zidentyfikowanych problemów zdrowotnych i trendów, takie jak:

Kompleksowy program zdrowia dla mężczyzn, Program opieki nad pacjentami geriatrycznymi z problemami urologicznymi i nefrologicznymi (urogeriatria), Projekt badań przesiewowych w celu zwiększenia wykrywalności nowotworów złośliwych i ich wczesnego leczenia (uroonkologia), Projekt regeneracji dolnych dróg moczowych (uroginekologia), Projekt ochrony zdrowia reprodukcyjnego mężczyzn (uroandrologia). Jak wskazują statystyki, średni wiek pacjentów wynosi ponad 60 lat, co stanowi podstawę do wnioskowania, że posadowienie Kliniki Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej w podmiocie wielospecjalistycznym zapewnia najwyższy poziom realizowanych świadczeń i jest zasadne inwestowanie kompleksowo w wymieniony zakres infrastruktury.

Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej

W Klinice od 50 lat dokonuje się transplantacji narządów. Obecnie, według statystyk, w Klinice wykonuje się najwięcej procedur transplantacyjnych w kraju, tj. blisko 200 przeszczepień narządów – wątroby, trzustki, nerki, 100 pobrań narządowych i około 300 innych operacji u chorych po przeszczepieniu i przygotowywanych do transplantacji narządu. Stanowi to 15% wszystkich przeszczepianych narządów unaczynionych dokonywanych w całej Polsce (przy 32 ośrodkach posiadających pozwolenie na tego rodzaju procedury). Dla części chorych z niewydolnością nerek osób dorosłych z wadami dolnych dróg moczowych – Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej jest jedynym oddziałem w Polsce zdolnym do podjęcia się przeszczepienia nerki w sytuacji nietypowego odprowadzenia moczu oraz w złożonych sytuacjach klinicznych (np. z jednoczasową cystectomią lub histerektomią). Klinika zapewnia kontynuację leczenia z poziomu ambulatoryjnego. Pod opieką poradni transplantacyjnej UCK WUM – Zakładu Leczniczego Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus znajduje się blisko 1500 chorych po przeszczepieniu wątroby, u których późne powikłania w postaci zwężeń dróg żółciowych są częste i wymagają kolejnych interwencji zabiegowych na drogach żółciowych. Pacjentami Kliniki są głównie chorzy z Warszawy, województwa mazowieckiego, ale także z terenu całego kraju, jak np. w sytuacji przeszczepiania nerek czy wątroby oraz guzów nowotworowych w przypadku marskości wątroby. Około 20% z tych chorych to osoby powyżej 75. roku życia, które ze względu na wiek mają inne wymogi, jeżeli chodzi o infrastrukturę oraz przygotowanie do leczenia i rehabilitację pooperacyjną.

Z uwagi na działalność Kliniki, interwencja w infrastrukturę jest zasadna z punktu widzenia Narodowego Programu Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej. Zespół Kliniki jest zdolny do wprowadzania i rozszerzania wykonywanych procedur, np. inicjując w kraju przeszczepianie wysp trzustkowych, wymianę nerek między parami (przeszczepienia krzyżowe), a ostatnio również rozpoczynając program jednoczasowego przeszczepienia serca i nerki w Instytucie Kardiologii. Optymalizacja warunków infrastrukturalnych umożliwi sukcesywne zwiększanie liczby przeszczepień od dawcy żywego, rozpoczęcie programu pobierania narządów po nieodwracalnym zatrzymaniu krążenia, a także przeszczepienia jelita. Dzięki współpracy Kliniki z podmiotami rynkowymi na rynek krajowy wprowadzono produkowane w całości w Polsce odpowiedniki płynów do prezerwacji narządów, co ma istotne znaczenie dla wymienionej dziedziny i świadczy o potencjale jednostki i zespołu.

Zgodnie z wymienionymi założeniami zapewnienia koordynacji, kompleksowości i ciągłości świadczeń, pacjent jest i będzie także w tej lokalizacji zabezpieczony w zakresie opieki przed transplantacją oraz dożywotnią opieką po zabiegu przeszczepienia wymienionych narządów (nerka, wątroba, trzustka). Kompatybilnie w stosunku do wskazanego zakresu będzie sprawowana opieka nad pacjentami z chorobami nerek, innymi niż implikujące procedurę transplantacyjną wraz z zapewnieniem dializoterapii.

Klinika Dermatologiczna i Klinika Dermatologii i Wenerologii

Kliniki te – jednostki UCK WUM w ramach Zakładu Leczniczego Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus mają kluczowe znaczenie jako element systemu ochrony zdrowia w zakresie chorób skóry, dysponują wysoce wykształconym zespołem, co przekłada się na potencjał jednostki do działania i rozwoju. Jak już wielokrotnie podkreślano, zwiększający się udział osób starszych w ogólnej populacji, a przede wszystkim wzrastająca liczba różnych chorób skóry o charakterze onkologicznym oraz związanych z zaburzeniami immunologicznymi, przekłada się na wzrastające obciążenie systemu ochrony zdrowia i implikuje konieczność zapewnienia właściwej infrastruktury do leczenia. Choroby skóry pojawiają się w coraz młodszym wieku, stanowią jedne z głównych determinantów wykluczenia społecznego, w tym zawodowego. Wychodząc naprzeciw skutkom starzejącego się społeczeństwa, wiele państw podjęło działania, które mają na celu wydłużenie okresu aktywności zawodowej i społecznej osób starszych lub przewlekle chorych, także ze schorzeniami

dermatologicznymi. Szczególne znaczenie społeczne i ekonomiczne mają nowotwory skóry, często związane z zaburzeniami funkcji układu immunologicznego, choroby autoimmunizacyjne oraz schorzenia dermatologiczne o podłożu zapalnym. Liczba nowotworów skóry na świecie stale się zwiększa mimo wielu prób wdrażania globalnych i lokalnych programów profilaktycznych.

Klinika Dermatologiczna specjalizuje się we wczesnym diagnozowaniu i leczeniu wielu chorób skóry wieku podeszłego, w tym w szczególności czerniaka skóry, raków skóry, chłoniaków pierwotnie skórnych, pemfigoidu, piodermii zgorzeliowej. Wobec rosnącej liczby osób starszych w społeczeństwie rośnie zapotrzebowanie na wczesną diagnostykę tego rodzaju stanów przedrakowych. W ramach działalności kliniki są leczone m.in., autoimmunizacyjne choroby tkanki łącznej (twardzina układowa, morphea, toczeń skórny i układowy, zapalenie skórno-mięśniowe) oraz autoimmunizacyjne choroby pęcherzowe (pęcherzyca, pemfigoid). Kliniki będą posadowione w zmodernizowanej przestrzeni obiektu w Kampusie Lindley'a, co będzie wkładem – zaangażowaniem własnym Inwestora w realizację założeń strategicznych, zakres będzie sfinansowany ze środków Inwestora. Posadowienie wymienionych Klinik w zwolnionych pawilonach nr 1, 1A i 2 stanowi zakres umożliwiający osiągnięcie zakładanych celów, głównie centralizacji funkcji i zarządu Centrum Transplantacyjnego.

Klinika Medycyny Transplantacyjnej, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych ze Stacją Dializ

Klinika jest zlokalizowana w budynku nr 2 i 1A. Podobnie jak w przypadku pozostałych budynków jest ona w dużej mierze wyeksploatowana, nie spełnia częściowo wymagań prawnych w zakresie stanu technicznego, wymaganych powierzchni, przebiegu dróg z zachowaniem warunków bezpieczeństwa z punktu widzenia epidemiologii, a także technicznych (np. przeciwpożarowych). Instalacje są również w złym stanie, jednak z uwagi na to, że stan wskazanej infrastruktury jest lepszy niż budynków, w których funkcjonują: Klinika Dermatologii i Wenerologii oraz Klinika Dermatologiczna, zostaną one zmodernizowane na potrzeby docelowego posadowienia w nich wymienionych Klinik. W Klinice leczeni są pacjenci po przeszczepieniu nerki, wątroby, nerki i trzustki oraz prowadzona jest diagnostyka i leczenie chorób nerek, przede wszystkim pierwotnych i wtórnych kłębuszkowych zapaleń nerek. Klinika ściśle współpracuje z Kliniką Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej, w której wykonywane są zabiegi chirurgiczne, a także pozostałymi jednostkami SKDJ. W ramach Stacji Dializ wykonuje się ok. 14 tys. hemodializ rocznie, pacjentami są osoby ze schyłkową niewydolnością nerek leczeni powtarzanym dializami. W Klinice są wykonywane również zabiegi plazmaferazy i dializy albuminowej. W ramach pracowni jest dokonywana ocena 1200 biopłatów nerek i 400 wątrób rocznie. Klinika, jako jedna z niewielu w kraju, specjalizuje się w ocenie biopłatów nerek i przeszczepionych narządów, wykonuje ocenę patomorfologiczną dla wielu ośrodków transplantacyjnych i nefrologicznych w kraju. W Klinice jest prowadzony Polski Rejestr Nefropatii rozpoznawanych na podstawie biopsji nerki (zgromadzono ponad 6 tys. wyników badań biopsyjnych nerek własnych). Klinika pełni rolę Mazowieckiego Regionalnego Ośrodka Kwalifikacyjnego, w którym jest prowadzona kwalifikacja pacjentów do zabiegu przeszczepienia nerki lub nerki i trzustki z województwa mazowieckiego, lubelskiego i świętokrzyskiego (współpraca z 63 stacjami dializ). W wyniku realizacji inwestycji Klinika będzie włączona w ramach konsolidacji w struktury Centrum Transplantacyjnego.

Klinika Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych z Zakładem Immunologii Klinicznej

Obecnie Klinika jest zlokalizowana w pawilonach 1, 1A, 2 (wspólnie z Kliniką Medycyny Transplantacyjnej, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych). Zakres jej działania to kwalifikowanie i prowadzenie chorych po zabiegu przeszczepienia nerki i wątroby, nerki i trzustki oraz kompleksowa diagnostyka chorób o podłożu autoimmunologicznym. Leczeni pacjenci charakteryzują się znikomą albo bardzo obniżoną odpornością ze względu na niedobory immunologiczne, a także w związku z leczeniem immunosupresyjnym. Klinika zapewnia opiekę nad chorymi we wczesnym i późnym okresie potransplantacyjnym, jest realizowane leczenie immunosupresyjne, obejmujące też chorych z pierwotnymi i wtórnymi glomerulopatiami i pacjentów z immunopatiami ogólnoustrojowymi z położeniem nacisku na opracowanie nowych protokołów immunosupresyjnych, leczenie powikłań zarówno przeszczepienia per se, jak i leczenia immunosupresyjnego, monitorowanie i leczenie nadciśnienia tętniczego, zaburzeń metabolicznych, głównie wywołanych przez cukrzycę. Ponadto Klinika prowadzi diagnostykę chorób nerek i wątroby oraz chorych internistycznych. W wyniku realizacji inwestycji – w strukturach Centrum Transplantacyjnego.

Podsumowując, wszystkie obszary medyczne i dziedziny, w których zabezpieczają wymienione jednostki medyczne pacjentów z Warszawy, województwa mazowieckiego i kraju, są istotne z punktu widzenia potrzeb medycznych, a infrastruktura niezbędna do zabezpieczenia możliwości udzielania świadczeń. W tym zakresie interwencja w opisany obszar infrastrukturalny jest uzasadniona merytorycznie. Planowana konsolidacja obszarów i funkcji medycznych ma na celu optymalizację funkcjonowania podmiotu i budowanie potencjału do dalszego rozwoju w kluczowej dziedzinie. Równolegle będą prowadzone działania konsolidacyjne w strukturach organizacyjnych, a także w ujęciu formalnym, związanym z działalnością transplantacyjną. Centrum Transplantacyjne będzie funkcjonowało z jednym zarządem – Kierownikiem powołanym do zarządzania wymienioną komórką.

Dane o planowanym zakresie rzeczowym inwestycji, okresie realizacji inwestycji

Zakres rzeczowy inwestycji

Zidentyfikowany stan bieżący, zanalizowany i zweryfikowany pod kątem możliwych do realizacji zadań w celu uzyskania stanu docelowego – pożądanego, zidentyfikowane problemy oraz planowany do osiągnięcia cel główny, cele bezpośrednie i zidentyfikowane czynności posłużyły do przeprowadzenia analizy opcji. W wyniku powyższego, po dokonaniu wnioskowania na podstawie analizy wielokryterialnej, jakościowej i ilościowej, Inwestor podjął decyzję o sposobie realizacji inwestycji i zakresie rzeczowym przedmiotowej inwestycji. Wszystkie poczynione działania przedkonceptyjne zostały opisane we wcześniejszych punktach dokumentu. Pozwoliło to na zdefiniowanie zadań ujętych w inwestycji objętej Programem.

Potrzeby inwestycyjne odpowiadają zatem wprost zidentyfikowanym lukom, brakom i deficytom, jak również skupiają się na dążeniu do optymalizacji funkcjonowania podmiotu leczniczego, a zaplanowane działania mają na celu niwelację niepożądanego stanu i doprowadzenie do osiągnięcia celu głównego, jakim jest utworzenie infrastruktury odpowiadającej potrzebom zdrowotnym populacji, wymogom prawnym, standardom obowiązującym obecnie w kraju i na świecie, adekwatnie do rangi realizowanych działań medycznych.

W związku z tym zdefiniowano następujące zadania, a w ich zakresie – działania zmierzające do osiągnięcia określonych efektów rzeczowych:

Zadanie nr 1 – Przebudowa Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu
Zadanie nr 2 – Przebudowa budynku na potrzeby Klinik Dermatologii i Wenerologii oraz Kliniki Dermatologicznej wraz z AOS
Zadanie nr 3 – Budowa nowego budynku szpitalnego na terenie kampusu wraz z łącznikiem z budynkiem głównym
Zadanie nr 4 – Modernizacja sieci ciepłowniczych, teleinformatycznych, sieci przeciwpożarowej i alarmowej, zasilania energetycznego i infrastruktury wodno-kanalizacyjnej
Zadanie nr 5 – Przebudowa nawierzchni asfaltowych i ciągów pieszych, modernizacja ciągów komunikacyjnych

W ramach wskazanych w powyższej tabeli zadań przewidziano do realizacji czynności (zgrupowane w odpowiednich grupach kosztowych) pozwalające na osiągnięcie pełnej funkcjonalności obiektów modernizowanych, rozbudowywanych lub budowanych. Dotyczy to zarówno warstwy lokalowej – budynków, jak i wyposażenia i aparatury, która jest niezbędna do realizacji świadczeń w określonej jakości i ilości, adekwatnie do potrzeb zdrowotnych populacji.

Zakres rzeczowy zgrupowany w zadania:

Zadanie nr 1 – Przebudowa Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu

W związku ze stanem technicznym budynku oraz przyłączy jest konieczne dokonanie gruntownej modernizacji zarówno części przeznaczonyj na hospitalizację, jak i w obszarze przeznaczonym na funkcję ambulatorium.

W ramach inwestycji przewidziano realizację robót ogólnobudowlanych oraz instalacyjnych we wszystkich branżach.

W zakresie wyburzeń jest planowane wyburzenie wszystkich przegród wewnętrznych oraz elementów wykończeniowych strefy przewidzianej do przebudowy, w tym zerwanie posadzek, stropów podwieszanych, demontaż otworów okiennych i drzwiowych oraz pozostawienie jedynie konstrukcji nośnej. Następnie wyburzenia obejmować będą instalacje. Według koncepcji projekt i roboty obejmować będą także modernizację warstw wykończeniowych elewacji budynku nr 20, zgodnie z ewentualnymi zaleceniami konserwatorskimi. Zalecenia te będą poprzedzały etap projektowy. Istniejące klatki schodowe nie spełniają warunków ochrony przeciwpożarowej dla obiektów tego typu. Na etapie koncepcji i projektu budowlanego będzie konieczne, w zależności od wytycznych konserwatorskich, zaplanowanie właściwych działań, pozwalających w efekcie uzyskać stan akceptowalny – bezpieczny z punktu widzenia p.poż. Inwestycja obejmie także całkowitą wymianę pokrycia dachu.

Zakres prac instalacyjnych będzie dotyczyć instalacji wszystkich rodzajów, tj.:

- 1) instalacji elektrycznej i teletechnicznej – z uwagi na zły stan instalacji elektrycznych – stare, zużyte przewody niespełniające wymaganych parametrów określonych w obowiązujących normach i rozporządzeniach w tym zakresie – jest konieczna kompleksowa wymiana instalacji, łącznie i w korelacji z pozostałymi instalacjami, adekwatnie włączając wymagania montowanych urządzeń (np. wentylacyjnych, klimatyzacyjnych), ich lokalizację, a także planowany układ funkcjonalno-przestrzenny modernizowanego obszaru. Przewidziana do realizacji modernizacja infrastruktury w zakresie przedmiotowych instalacji przewiduje konieczność uwzględnienia w sieci nowych urządzeń, położenia poszczególnych odbiorników, ich potrzeb technicznych, zapewnienia dostępu do zasobów cyfrowych przez sieci teletechniczne, zagwarantowanie wydolności sieci, instalacji urządzeń zapewniających rezerwowe podtrzymanie zasilania itp.;
- 2) instalacji wodociągowej – jest konieczna kompleksowa modernizacja instalacji polegająca na całkowitej wymianie istniejących rurociągów na nową infrastrukturę, zgodnie z przepisami, łącznie z infrastrukturą hydrantową;
- 3) instalacji kanalizacyjnej – należy przeprowadzić całkowitą wymianę istniejących rurociągów na nowe rurociągi. Dotyczy to zarówno instalacji kanalizacji sanitarnej, jak i deszczowej;
- 4) instalacji centralnego ogrzewania – jest zasilana z węzła cieplnego zlokalizowanego w piwnicy budynku. Jest to instalacja wodna, pompowa, dwuprzewodowa z rozdziałem dolnym bez strefowania. W instalacji są zamontowane przeważnie grzejniki żeliwne oraz stalowe rurowe. Ze względu na zły stan techniczny instalacji centralnego ogrzewania należy całkowicie wymienić istniejącą instalację, w tym wymienić grzejniki na higieniczne (posiadające odpowiednie certyfikaty i dopuszczenia dla pomieszczeń podmiotów wykonujących działalność leczniczą) oraz grzejniki łazienkowe drabinkowe. Instalacja centralnego ogrzewania powinna być wyposażona w niezbędną armaturę, m.in. umożliwiającą regulację hydrauliczną oraz odcinającą umożliwiającą etapowe prowadzenie prac modernizacyjnych w budynku i możliwość odcięcia poszczególnych części instalacji w czasie awarii bez konieczności wyłączenia z pracy, co obecnie nie jest w pełni możliwe;
- 5) instalacji wentylacji i klimatyzacji – obecnie tylko niektóre pomieszczenia w przewidzianym do modernizacji pawilonie nr 20 Kliniki Ortopedii UCK WUM – Zakładu Leczniczego Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus posiadają instalację wentylacji mechanicznej. Są to pomieszczenia sal operacyjnych oraz pracownia diagnostyki obrazowej. Pozostałe pomieszczenia są wyposażone w wentylację grawitacyjną. Istniejąca instalacja wentylacji mechanicznej jest w złym stanie technicznym, kanały są skorodowane, a istniejące zespoły wentylacyjne w większości nie są użytkowane. Instalacja nie zapewnia w obsługiwanych pomieszczeniach optymalnych warunków cieplno-wilgotnościowych, jak również wymaganej czystości powietrza. Ze względu na zły stan techniczny istniejącej instalacji wentylacji mechanicznej należy przewidzieć, że wszystkie elementy istniejącej wentylacji będą zdemontowane, tak aby w czasie modernizacji instalacja została wykonana wyłącznie z nowych elementów. Wszystkie pomieszczenia objęte inwestycją muszą być wentylowane mechanicznie lub klimatyzowane. Centrale wentylacyjne i klimatyzacyjne służące do obsługi Kliniki Ortopedii należy lokalizować w pomieszczeniach technicznych w optymalnej lokalizacji. Centrale wentylacyjne i klimatyzacyjne powinny być wyposażone w wymienniki do odzysku ciepła, filtry powietrza o klasie wymaganej przepisami oraz wytycznymi technologicznymi, nagrzewnice wodne oraz chłodnice, jak również powinny posiadać kompletny układ regulacji

automatycznej. Wszystkie centrale powinny posiadać atest higieniczny z przeznaczeniem do pomieszczeń o wysokich wymaganiach higienicznych, takich jak sale operacyjne czy pomieszczenia służby zdrowia.

W ramach zadania przewiduje się następujące grupy kosztów (kwoty w tys. zł):

Zadanie nr 1 – Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu	93 089
Przygotowanie terenu i przyłączenia obiektów do sieci	782
Budowa obiektów podstawowych	45 224
Instalacje	33 681
Zagospodarowanie terenu i budowa obiektów pomocniczych	-
Wyposażenie	10 613
Prace przygotowawcze, projektowe, obsługa inwestorska oraz ewentualnie szkolenia i rozruch technologiczny	2 789

Zadanie nr 2 – Przebudowa budynku na potrzeby Klinik Dermatologii i Wenerologii oraz Kliniki Dermatologicznej wraz z AOS

Kampus ma zabudowę pawilonową, a Kliniki świadczące usługi medyczne w zakresie szeroko pojętej dermatologii są zlokalizowane poza kompleksem głównym, przy ulicy Koszykowej. Z uwagi na powyższe, stan budynków zajmowanych przez wymienione Kliniki, jak również na potrzebę zlokalizowania Klinik i opieki ambulatoryjnej dermatologicznej i wenerologicznej na terenie Kampusu (główny teren SKDJ), m.in. z uwagi na realizowanie konsultacji medycznych na potrzeby innych Klinik oraz Szpitalny Oddział Ratunkowy, zostanie zmodernizowana przestrzeń zwolniona przez Kliniki docelowo tworzące Centrum Transplantacyjne, tj. pawilony nr 1, 1A i 2, o powierzchni adekwatnej do potrzeb funkcjonowania wymienionych Klinik wraz z AOS.

Zakres prac instalacyjnych będzie dotyczyć instalacji wszystkich rodzajów, tj.:

- 1) instalacji elektrycznej i teletechnicznej – z uwagi na niezadowalający stan instalacji elektrycznych, stare, zużyte przewody niespełniające wymaganych parametrów, jest konieczna wymiana instalacji, w korelacji z pozostałymi instalacjami, adekwatnie włączając wymagania montowanych urządzeń (np. wentylacyjnych, klimatyzacyjnych), ich lokalizację, a także planowany układ funkcjonalno-przestrzenny modernizowanego obszaru. Przewidziana do realizacji modernizacja infrastruktury w zakresie przedmiotowych instalacji przewiduje konieczność uwzględnienia w sieci nowych urządzeń, położenia poszczególnych odbiorników, ich potrzeb technicznych, zapewnienia dostępu do zasobów cyfrowych przez sieci teletechniczne, zagwarantowanie wydolności sieci, instalacji urządzeń zapewniających rezerwowe podtrzymanie zasilania itp.;
- 2) instalacji wodociągowej – jest konieczna kompleksowa modernizacja instalacji, z uwzględnieniem lokalizacji i funkcji poszczególnych pomieszczeń, przestrzeni sanitarnych itp.;
- 3) instalacji kanalizacyjnej – należy założyć całkowitą wymianę istniejących instalacji, z uwagi na ich poziom wyeksploatowania, awaryjność i ryzyko awarii;
- 4) instalacji centralnego ogrzewania – ze względu na stan techniczny instalacji centralnego ogrzewania należy wymienić istniejącą instalację, w tym wymienić grzejniki na higieniczne (posiadające odpowiednie certyfikaty i dopuszczenia do pomieszczeń medycznych) oraz grzejniki łazienkowe drabinkowe. Instalacja centralnego ogrzewania powinna być wyposażona w niezbędną armaturę, m.in. umożliwiającą regulację hydrauliczną oraz odcinającą umożliwiającą etapowe prowadzenie prac modernizacyjnych w budynku i możliwość odcięcia poszczególnych części instalacji w czasie awarii bez konieczności wyłączenia z pracy, co obecnie nie jest w pełni możliwe;
- 5) instalacji wentylacji i klimatyzacji – obecnie tylko niektóre pomieszczenia w przewidzianym do modernizacji obiekcie posiadają instalację wentylacji mechanicznej. W związku z tym należy zaplanować uzupełnienie wymienionej instalacji oraz modernizację pozostałej istniejącej wentylacji mechanicznej oraz zaplanować klimatyzowanie pomieszczeń (wybranych albo wszystkich) w celu zapewnienia właściwej jakości powietrza;
- 6) planuje się także prace pozwalające na skuteczne podłączenie zmodernizowanego w części budynku do sieci, aby zapewnić sprawne funkcjonowanie;

- 7) w ramach robót ogólnobudowlanych będzie konieczne wykonanie prac grubych – wyburzeń i demontaży, a następnie postawienie przegród, właściwe ich wyciszenie, wykonanie prac wykończeniowych, w tym tynkarskich i malarskich, wymianę okładzin, montaż elementów zapewniających bezpieczeństwo pacjentów i personelu, wymianę stolarki wewnętrznej, wymianę poszycia dachu;
- 8) w ramach zagospodarowania terenu planuje się modernizację przestrzeni wejściowej i bezpośrednio przyległej do budynku.

Zmodernizowana infrastruktura będzie stanowiła bazę do realizacji świadczeń medycznych zarówno w trybie stacjonarnym, jak i ambulatoryjnym, pozwalając równocześnie na sprawowanie dyżurów dermatologicznych dla Szpitalnego Oddziału Ratunkowego i konsultacji na potrzeby innych Klinik. Tym samym będą zwolnione z eksploatacji budynki posadowione w pawilonach nr 26 i 27.

Planuje się następujące koszty wymienionego zadania, ponoszone ze środków UCK WUM (część całkowitego wkładu własnego) – kwoty w tys. zł:

Zadanie nr 2 – Przebudowa budynku na potrzeby Klinik Dermatologii i Wenerologii oraz Kliniki Dermatologicznej wraz z AOS	11 929
Przygotowanie terenu i przyłączenia obiektów do sieci	185
Budowa obiektów podstawowych	4 182
Instalacje	5 535
Zagospodarowanie terenu i budowa obiektów pomocniczych	246
Wyposażenie	1 080
Prace przygotowawcze, projektowe obsługa inwestorska oraz ewentualnie szkolenia i rozruch technologiczny	701

Zadanie nr 3 – Budowa nowego budynku szpitalnego na terenie kampusu wraz z łącznikiem z budynkiem głównym

Kampus ma zabudowę pawilonową. Głównym budynkiem UCK WUM – Zakładu Leczniczego Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus jest obiekt zwrócony frontem do placu Starynkiewicza i mieszczący główne wejście do szpitala, Klinikę Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, Szpitalny Oddział Ratunkowy, Klinikę Anestezjologii i Intensywnej Terapii wraz z pomieszczeniami administracyjnymi, towarzyszącymi i pozwalającymi na realizację pozostałych zadań statutowych. Kolejne budynki są rozmieszczone w systemie pawilonowym wzdłuż zabytkowej alei będącej główną osią komunikacyjną. W środku zespołu budynków znajduje się zabytkowa kuchnia ze stołówką szpitalną. Działalność medyczna Zakładu jest realizowana w oparciu o Kliniki zlokalizowane w oddzielnych budynkach z przemieszoną strukturą poradni, diagnostyki. Także obszar zabiegowy jest rozczłonkowany. Powyższe powoduje znaczące utrudnienia zarówno w realizacji działań medycznych, jak i w warstwie organizacyjnej, technicznej i logistycznej. Większość budynków jest niedostępna dla osób z niepełnosprawnościami, w tym głównie dla osób niepełnosprawnych ruchowo. Większość ruchu ambulatoryjnego i osób odwiedzających korzysta z traktów i wejść bez wskazanych dostosowań. Dotyczy to także posadowionych poza Kampusem Klinik Dermatologii i Wenerologii oraz Dermatologicznej, które będą doposażone w ramach przedmiotowej inwestycji, natomiast ich przeniesienie do zmodernizowanych obiektów w ramach Kampusu stanowi wkład własny Inwestora (część całkowitego wkładu własnego).

Zasoby infrastrukturalne w postaci nieruchomości gruntowej, jaką dysponuje Inwestor, pozwalają zlokalizować na jego terenie dodatkowy budynek pozwalający zoptymalizować funkcjonowanie UCK WUM – Zakładu Leczniczego Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus.

Zasadna jest zatem, w związku z wynikami analiz technicznych, realizacja inwestycji polegającej na budowie nowoczesnego budynku diagnostyczno-leczniczego koncentrującego działalność leczniczą, w szczególności zabiegową, ale także zachowawczą, wraz z niezbędną infrastrukturą towarzyszącą – apteką, laboratorium oraz obszarem ambulatoryjnym. Rozwiązanie takie pozwoli skupić działalność medyczną na mniejszym obszarze (powierzchni zabudowy oraz powierzchni budynków), minimalizując koszty transportu wewnętrznego i upraszczając go. Pozwoli to także zoptymalizować wykorzystanie personelu oraz zapewni dostosowanie budynku do rzeczywistych potrzeb odrębnie działających klinik, które znalazłyby posadowienie w nowym obiekcie, oraz Centrum Transplantacyjnego, skupiającego działalność medyczną realizowaną na rzecz

pacjentów przygotowywanych do zabiegu, poddawanych przeszczepom i nad którymi sprawowana jest opieka po transplantacji, zarządzanego przez Kierownika Centrum Transplantacyjnego.

Inwestycja ta zapewni wreszcie możliwość zastosowania najnowocześniejszych technologii i rozwiązań, których nie da się zaimplementować w wyeksploatowane budynki.

Zadanie zatem obejmuje i skupia się na budowie nowego budynku szpitalnego UCK WUM – Zakładu Leczniczego Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus, co pozwoli także na nieprzerwane i niezakłócone funkcjonowanie większości Klinik przeznaczonych do przeprowadzki do czasu zakończenia inwestycji. Ma to istotne znaczenie ze względu na konieczność utrzymania wykonania świadczeń zdrowotnych na niezmiennym poziomie. Taka opcja (zgodnie z analizą) jest także uzasadniona ekonomicznie – absorbuje mniejsze koszty inwestycyjne wobec braku konieczności udostępniania na czas modernizacji zastępczych pomieszczeń dla poszczególnych jednostek organizacyjnych. Powyższe jest także uzasadnione doświadczeniami Inwestora – WUM (m.in. w zakresie modernizacji budynków Wydziału Farmacji WUM).

Założenia dla nowo projektowanego budynku:

- 1) nowa infrastruktura będzie kumulowała ściśle ze sobą współpracujące jednostki UCK WUM – Zakładu Leczniczego Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus, takie jak m.in. Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, Klinika Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych z Zakładem Immunologii Klinicznej, Klinika Medycyny Transplantacyjnej, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych wraz ze Stacją Dializ, tworząc docelowo Centrum Transplantacyjne. Są to Kliniki powiązane ze sobą w zakresie specyfiki i zakresu udzielnych świadczeń, obsługują ten sam profil pacjenta, tj. działalność transplantacyjną i choroby immunologiczne. Tym samym umieszczenie ich w jednej lokalizacji należy uznać za zasadne i efektywne w rozumieniu efektu zdrowotnego, a także organizacyjnie, technicznie, prawnie i ekonomicznie. Zakłada się dokonanie scentralizowania w jednym miejscu świadczeń transplantologicznych, co implikuje przesunięcie ich z ośrodka UCK WUM zlokalizowanego w CSK. Tym samym Kliniki UCK WUM w CSK w części organizacyjnej prowadzącej działalność w zakresie transplantacji będą skonsolidowane w ramach Centrum;
- 2) do nowego budynku zostanie przeniesiona także Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej UCK WUM – Zakładu Leczniczego Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus, której infrastruktura jest na tyle wyeksploatowana, że nie jest zasadne ekonomicznie dokonywać inwestycji w ich materię. Obecnie Klinika funkcjonuje w budynku nr 7, który nie jest objęty opieką konserwatorską, co umożliwi m.in. posadowienie w jego miejsce nowego budynku. Ponadto zespół kliniczny wskazanej Kliniki ściśle współpracuje z Klinikami, które stworzą Centrum Transplantacyjne, z uwagi na współistniejące choroby u pacjentów, obraz kliniczny itp. Zasadne i efektywne jest zatem zlokalizowanie ich w bezpośrednim sąsiedztwie (jednym budynkiem), co eliminuje niepożądany stan, tj. konieczność przemieszczania pacjenta między budynkami. Nowa lokalizacja umożliwi ich dostosowanie do obowiązujących standardów sanitarno-epidemiologicznych, wpłynie pozytywnie na poprawę warunków leczenia oraz pracy personelu;
- 3) w celu zapewnienia funkcji diagnostycznych konieczne i zasadne jest przeniesienie Zakładu Radiologii Klinicznej ze zlokalizowanego najdalej w stosunku do budynku, w którym jest zlokalizowany Szpitalny Oddział Ratunkowy i Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii. To rozwiązanie zapewni osiągnięcie głównego celu, jakim jest centralizacja funkcji i szybkość dostępu do specjalistycznej diagnostyki, w tym obrazowej. Tym samym jest to racjonalne z punktu widzenia jakości udzielania świadczeń, jak również bezpieczeństwa pacjenta. Obszar diagnostyczny będzie zapewniał realizację badań dzięki: pracowni MR (planowany aparat $\geq 3,0$ T), pracowni tomograficznej (planowana: wolumetryczna), pracowni RTG, pracowni USG, w tym na potrzeby ambulatorium oraz na potrzeby szpitalne (pacjentów hospitalizowanych);
- 4) centralizacja będzie dotyczyć także obszarów zabiegowych, co pozwoli na skumulowanie funkcji w jednym miejscu i usprawni proces udzielania świadczeń. Zminimalizowane zostaną także ryzyka dotyczące nieefektywnego wykorzystywania zasobów. W związku z tym w budynku zostanie zlokalizowany Blok operacyjny zastępujący obecnie dwa funkcjonujące w odrębnych Klinikach i budynkach, Pracownię endoskopową wraz z zapleczem, adekwatnie do wymienionej funkcji, zgodnie z przepisami prawa. Wskazany obszar zabiegowy będzie umożliwiał przeprowadzenie zabiegu z wykorzystaniem metod śródoperacyjnej radiologii interwencyjnej według najnowocześniejszych metod,

standardów i technologii, ESWL oraz endoskopię górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego wraz z niezbędnym zapleczem. Planowany Blok operacyjny będzie obejmował zespół 6 sal operacyjnych, w tym jedną z możliwością realizacji metody śródoperacyjnej radiologii (sala hybrydowa). Wszystkie sale operacyjne, według założeń, będą zaprojektowane i wykonane w wersji zunifikowanej, pozwalającej na przeprowadzenie zabiegów operacyjnych pacjentom w zakresie dowolnej dziedziny medycznej (w celu maksymalizacji efektywności wykorzystania zasobów). Z uwagi na fakt zlokalizowania w nowym budynku Centrum Transplantacyjnego oraz Kliniki Urologii sale będą służyły głównie na potrzeby pacjentów leczonych w tych jednostkach organizacyjnych (chirurgia, transplantologia, urologia). W ramach obszaru zabiegowego planowane jest także zlokalizowanie dedykowanej sali do realizacji świadczeń w zakresie leczenia kamicy nerkowej i moczowodowej metodą ESWL oraz obszar endoskopowy (2 Pracownie endoskopowe);

- 5) zostanie skumulowana także funkcja opieki ambulatoryjnej – w budynku zostanie posadowiona Poliklinika – zespół poradni specjalistycznych tożsamy z działalnością klinik wraz z centralną rejestracją;
- 6) w nowym budynku zostaną ulokowane także inne struktury pełniące funkcje towarzyszące, usługowe i pomocnicze dla działalności medycznej, powiązane z pozostałą działalnością statutową i pełniące funkcje socjalne i porządkowe, m.in.: apteka, laboratorium badań podstawowych w niezbędnym zakresie ze stacją odbiorczą poczty pneumatycznej i punktem ekspedycyjnym badań, obszar dekontaminacji ze stacją mycia łóżek, archiwum dokumentacji medycznej dla Klinik i Zakładów w lokalizacji, szatnie, punkt dystrybucji posiłków, garaż podziemny;
- 7) w celu eliminacji obecnie istniejącego niepożądanego stanu rozdzielności budynków – bez komunikacji, nowy budynek zostanie bezpośrednio skomunikowany łącznikiem z budynkiem głównym UCK WUM – Zakładu Leczniczego Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus (pawilonem nr 20). Powstanie w pełni zintegrowany kompleks UCK WUM – Zakład Leczniczy Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus w Warszawie, co poprawi organizację pracy;
- 8) Centrum Transplantacyjne będzie zlokalizowane w jednym miejscu – w nowo budowanym budynku, natomiast Klinika Dermatologii i Wenerologii oraz Klinika Dermatologiczna zostaną środkami własnymi posadowione w zmodernizowanej infrastrukturze poza budynkiem nowo tworzoną (zadanie nr 2), zostanie zwolniona powierzchnia w budynkach nr 26 i 27 (obecnie są posadowione w nich wymienione Kliniki) oraz pawilon nr 11, gdzie obecnie jest posadowiona Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej.

Budowa nowego budynku umożliwi realizację świadczeń w najwyższej jakości i pożądanej liczbie, koncentrację procedur wysokospecjalistycznych oraz dyscyplinarną integrację różnych jednostek. Umożliwi prawidłowe funkcjonowanie i dalszy rozwój ważnych z punktu widzenia epidemiologicznego jednostek o najwyższej referencyjności w regionie w zakresie transplantologii (skonsolidowane funkcje utworzą Centrum Transplantacyjne) oraz wysokospecjalistycznych zabiegów operacyjnych. Pozwoli to na utrzymanie znaczącej roli UCK WUM – Zakładu Leczniczego Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus w regionie, zarówno w zakresie leczenia pacjentów, jak i kształcenia. Ponadto stworzony zostanie nowoczesny szpital, zapewniający pożądane warunki pacjentom i personelowi. Zintegrowana struktura nowoczesnego UCK WUM – Zakładu Leczniczego Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus umożliwi racjonalne wspólne wykorzystywanie nowoczesnej aparatury medycznej i zasobów ludzkich oraz wdrażanie nowych technologii medycznych. Przewiduje się, że w nowym budynku powinny znaleźć się również struktury pomocnicze, m.in. punkt usługowo-gastronomiczny, magazyny, administracja, serwerownia itp. Modernizacja części powierzchni dotychczas eksploatowanych obiektów, które mają 120 lat, pozwoli na doprowadzenie ich stanu technicznego i sanitarnego do obecnie obowiązujących standardów. Pozwoli to na poprawę jakościową opieki nad pacjentami, zmniejszy także znacznie ryzyko epidemiologiczne związane z pobytem pacjentów w UCK WUM – Zakładzie Leczniczym Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus.

Powierzchnie użytkowe po jednostkach, które zmienią lokalizację, przenosząc się do nowego budynku, będą podlegać modernizacji, a następnie adaptacji do nowych funkcjonalności zgodnych z rozwojowymi potrzebami Uniwersytetu i UCK WUM – Zakładu Leczniczego Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus. Stosownie do tego będą one wyposażone w aparaturę medyczną oraz inne niezbędne do ich funkcjonowania wyposażenie.

Planowane jest następujące przeznaczenie zwolnionych zasobów infrastrukturalnych (powierzchni w pawilonach, których funkcje zostaną przeniesione do nowego budynku):

Obiekt	Sposób zagospodarowania
<i>pawilony nr 11E i 11C</i>	Zasób zwrócony do dyspozycji właściciela nieruchomości – WUM z przeznaczeniem na działalność naukową/dydaktyczną lub medyczną w obszarze rozszerzonej działalności ambulatoryjnej i diagnostycznej
<i>pawilon nr 1</i> <i>pawilony nr 1A, 2</i>	Obiekty zmodernizowane w adekwatnej przestrzeni na potrzeby posadowienia Kliniki Dermatologii i Wenerologii oraz Kliniki Dermatologii (w ramach zaangażowania wkładu własnego Inwestora)
<i>pawilon nr 6</i>	Zwolniona powierzchnia zostanie wykorzystana na potrzeby AOS zlokalizowanej obecnie w części pawilonu
<i>pawilon nr 7</i>	Bydynek planowany do wyburzenia
<i>pawilon nr 8</i> <i>pawilony nr 26 i 27</i> <i>pawilon nr 12</i>	Zasób zwrócony do dyspozycji właściciela nieruchomości – WUM z przeznaczeniem na działalność naukową/dydaktyczną lub medyczną w obszarze rozszerzonej działalności ambulatoryjnej i diagnostycznej

Planowaną lokalizację poszczególnych jednostek organizacyjnych objętych inwestycją przedstawia poniższa tabela:

Jednostka organizacyjna	Obecna lokalizacja	Lokalizacja po zakończeniu inwestycji	Sposób zagospodarowania obiektów zwolnionych
Klinika Dermatologiczna; Klinika Dermatologii i Wenerologii i AOS	pawilony nr 26 i 27	pawilony nr 1, 1A i 2	Zasób zwrócony do dyspozycji właściciela nieruchomości – WUM z przeznaczeniem na działalność naukową/dydaktyczną lub medyczną w obszarze rozszerzonej działalności ambulatoryjnej i diagnostycznej
Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu wraz z AOS	pawilon nr 20	pawilon nr 20	(przebudowa-modernizacja w ramach Programu)
Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej wraz z Pracownią Endoskopową i Blokiem operacyjnym oraz AOS	pawilony nr 11C i E	nowo tworzony budynek	Zasób zwrócony do dyspozycji właściciela nieruchomości – WUM z przeznaczeniem na działalność naukową/dydaktyczną lub medyczną w obszarze rozszerzonej działalności ambulatoryjnej i diagnostycznej
Klinika Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych z Zakładem Immunologii Klinicznej i AOS	pawilon nr 1	nowo tworzony budynek	Przebudowa w ramach wkładu własnego celu dostosowania do funkcjonowania Kliniki Dermatologicznej; Kliniki Dermatologii i Wenerologii i AOS
Klinika Medycyny Transplantacyjnej, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych ze Stacją Dializ i AOS	pawilony nr 1, 1A, 2 i 6	Planowana modernizacja w ramach wkładu własnego na potrzeby posadowienia Kliniki Dermatologii i Wenerologii i Kliniki Dermatologicznej – pawilony nr 1, 1A, 2	Pawilon nr 6 – zwolniona powierzchnia zostanie wykorzystana na potrzeby AOS zlokalizowanej obecnie w części pawilonu
Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej z Blokiem operacyjnym i AOS	pawilon nr 7		wyburzenie
Zakład Radiologii Klinicznej	pawilon nr 12		
Apteka i Laboratorium	pawilon nr 8		Zasób zwrócony do dyspozycji właściciela nieruchomości – WUM z przeznaczeniem na działalność naukową/dydaktyczną lub medyczną w obszarze rozszerzonej działalności ambulatoryjnej i diagnostycznej

Mając jednak na względzie fakt, że zgodnie z § 3 pkt 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 2 grudnia 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu i trybu finansowania inwestycji z budżetu państwa, w ramach Programu uwzględnione są także działania w zakresie przygotowania inwestycji, powyższe założenia mogą ulec zmianie, np. w wyniku zaleceń konserwatorskich. Niezbędne będzie opracowanie studium historyczno-konserwatorskiego, uwzględniającego zarówno potrzeby inwestycyjne, jak i zachowanie walorów zabytkowego układu przestrzennego, w tym wielkość, wysokość budynków i kształt brył. Na podstawie powyższych działań i wytycznych konserwatorskich będzie możliwe określenie finalnego kształtu planowanego do utworzenia nowego budynku oraz możliwości wykorzystania obszarów zwolnionych.

W ramach zadania zaplanowane zostało wykonanie łącznika. Ta infrastruktura umożliwi bezkolizyjny transport hospitalizowanego pacjenta między budynkami, bez konieczności transportu np. pojazdem transportowym czy ambulansem. Pacjent będzie przemieszczany w warunkach szpitalnych bez kontaktu z niesprzyjającymi warunkami atmosferycznymi. Dodatkowo jego wykonanie umożliwi poprowadzenie głównych magistral instalacji elektrycznych, sanitarnych, teletechnicznych itp. wewnątrz łącznika, co wpłynie na łatwiejszą kontrolę sieci instalacyjnej oraz dostęp do niej podczas konserwacji.

W ramach zadania przewiduje się następujące grupy kosztów (w tys. zł):

Zadanie nr 3 – Budowa nowego budynku szpitalnego na terenie kampusu wraz z łącznikiem z budynkiem głównym	364 720
Przygotowanie terenu i przyłączenia obiektów do sieci	5 945
Budowa obiektów podstawowych	189 527
Instalacje	74 051
Zagospodarowanie terenu i budowa obiektów pomocniczych	3 355
Wyposażenie	82 291
Prace przygotowawcze, projektowe obsługa inwestorska oraz ewentualnie szkolenia i rozruch technologiczny	9 551

Zadanie nr 4 – Modernizacja sieci ciepłowniczych, teleinformatycznych, sieci przeciwpożarowej i alarmowej, zasilania energetycznego i infrastruktury wodno-kanalizacyjnej

Jak już wskazano wyżej, jest konieczna kompleksowa wymiana instalacji i urządzeń (elementy sieci ciepłowniczej, teleinformatycznej, instalacji przeciwpożarowej). Stały wzrost zapotrzebowania na moc energetyczną implikuje konieczność wymiany jednostek zasilających szpital w energię w razie awarii – agregaty prądotwórcze. Nowe jednostki będą zapewniać wymaganą rezerwę mocy i pełną funkcjonalność obiektów.

Wykonanie wewnętrznego monitoringu pożarowego będzie polegać na połączeniu w jedną sieć wszystkich central sygnalizacji pożaru znajdujących się w pawilonach nr 1A, 3, 4, 11 i 20. Centrala główna zlokalizowana w portierni przy wjeździe na teren UCK WUM – Zakładu Leczniczego Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus od ulicy Oczki zapewni sterowanie centralami z możliwością przyjmowania, kasowania i blokowania nadchodzących sygnałów.

W ramach zadania przewiduje się następujące grupy kosztów (w tys. zł):

Zadanie nr 4 – Modernizacja sieci ciepłowniczych, teleinformatycznych, sieci przeciwpożarowej i alarmowej, zasilania energetycznego i infrastruktury wodno-kanalizacyjnej	72 897
Przygotowanie terenu i przyłączenia obiektów do sieci	0
Budowa obiektów podstawowych	25 000
Instalacje	42 000
Zagospodarowanie terenu i budowa obiektów pomocniczych	0
Wyposażenie	0
Prace przygotowawcze, projektowe obsługa inwestorska oraz ewentualne szkolenia i rozruch technologiczny	5 897

Zadanie nr 5 – Przebudowa nawierzchni asfaltowych i ciągów pieszych, modernizacja ciągów komunikacyjnych

Zadanie obejmuje prace budowlane w zakresie zagospodarowania terenu w celu poprawy bezpieczeństwa na ciągach pieszych, przystosowanie nawierzchni komunikacyjnych na potrzeby osób z niepełnosprawnością ruchową.

W ramach zadania przewiduje się następujące grupy kosztów (w tys. zł):

Zadanie nr 5 – Przebudowa, miejscowe odtworzenie nawierzchni asfaltowych i ciągów pieszych, modernizacja ciągów komunikacyjnych	5 175
Przygotowanie terenu i przyłączenia obiektów do sieci	0
Budowa obiektów podstawowych	0
Instalacje	0
Zagospodarowanie terenu i budowa obiektów pomocniczych	5 000
Wyposażenie	0
Prace przygotowawcze, projektowe, obsługa inwestorska oraz ewentualne szkolenia i rozruch technologiczny	175

Zestawienie wskaźników techniczno-ekonomicznych dla zadania

Zestawienie wskaźników techniczno-ekonomicznych dla kosztów całkowitych							
	powierzchnia użytkowa (PU)	liczba łóżek	koszt 1 m² PC	koszt 1 m² PU	koszt przypadający na 1 łóżko	koszt przypadający na 1 łóżko (różnica między stanem początkowym a docelowym)	KOSZT CAŁKOWITY
Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu wraz z AOS	14 018	60	4 813	6 641	1 551 484	2 327 226	93 089 042
Zmodernizowana powierzchnia na potrzeby Kliniki Dermatologii i Wenerologii oraz Kliniki Dermatologicznej z AOS	2 500	40	3 817	4 771	298 215	745 538	11 928 600
Nowy budynek wraz z łącznikiem	29 214	236	10 056	12 485	1 545 426	7 443 276	364 720 511
RAZEM powierzchnia modernizowanej i budowanej infrastruktury	45 732	336	7 998	10 272	1 398 030		469 738 153

Zestawienie wskaźników techniczno-ekonomicznych dla kosztów robót budowlano-instalacyjnych							
	powierzchnia użytkowa (PU)	liczba łóżek	koszt 1 m² PC	koszt 1 m² PU	koszt przypadający na 1 łóżko	koszt przypadający na 1 łóżko (różnica między stanem początkowym a docelowym)	KOSZT robót budowlano-instalacyjnych
Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu wraz z AOS	14 018	60	4 120	5 685	1 328 117	1 992 175	79 686 998
Zmodernizowana powierzchnia na potrzeby Kliniki Dermatologii i Wenerologii oraz Kliniki Dermatologicznej z AOS	2 500	40	3 247	4 059	253 688	634 219	10 147 500
Nowy budynek wraz z łącznikiem	29 214	236	7 524	9 341	1 156 265	5 568 951	272 878 609
RAZEM powierzchnia modernizowanej i budowanej infrastruktury	45 732	336	6 175	7 931	1 079 503		362 713 107

Podstawą obliczenia wartości kosztorysowej dla poszczególnych działań w ramach inwestycji (koszty robót budowlanych i instalacyjnych) w odniesieniu do obiektów modernizowanych (przestrzeń pawilonu nr 20), nowo budowanych (nowy budynek wraz z łącznikiem) – kategorie kosztów 2–4 oraz zagospodarowania terenu (kategoria kosztów 5) były oszacowania na podstawie wiedzy eksperckiej oraz warunków rynkowych (w tym cen wynikających z SEKOCENBUDU).

Kalkulacje są wynikiem pracy zespołu składającego się z projektantów branżowych, inżynierów budowlanych i instalacyjnych oraz osób uczestniczących w procesach inwestycyjnych realizowanych w UCK WUM. Szacowane koszty uwzględniają planowany do wykonania zakres prac, koszty wykonania w związku ze stanem obecnej infrastruktury, warunki ich realizacji, w tym charakterystykę infrastruktury (zabytkowy charakter i wiążące się z tym faktem wymagania konserwatorskie).

Jednocześnie przyjęto wskaźniki graniczne limitujące wartość wydatków inwestycyjnych w zakres kosztu robót budowlano-instalacyjnych na poziomie średnich kosztów wykonawstwa: koszt robót w przeliczeniu na 1 m² powierzchni użytkowej nie więcej niż 12 tys. zł.

W zakresie kosztów wyposażenia oraz zagospodarowania terenu zastosowano także wymienioną metodologię kalkulacji, tj. wiedzę ekspercką oraz wycenę rynkową (w tym dane pochodzące z szacunków SEKOCENBUD-u w zakresie kosztów zagospodarowania terenu). W zakresie kosztów wyposażenia wzięto pod uwagę fakt konieczności wymiany oraz doposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz niezbędne pozostałe wyposażenie w pełnym zakresie, z uwagi na brak możliwości lub uzasadnienia do dalszego użycia

wyekspluatowanej infrastruktury w zmodernizowanej oraz budowanej infrastrukturze. Ceny oparto o bieżącą wycenę planowanego do zakupu sprzętu i wyposażenia, przy założeniu, że wartość wymienionej kategorii kosztów nie powinna przekroczyć 20% wartości inwestycji (według obecnych kalkulacji wskaźnik ten wynosi 17,16%).

Z uwagi na etap, na jakim znajduje się inwestycja, nie jest możliwe dokonanie szczegółowego szacowania ilościowo-wartościowego prac do wykonania w układzie i poziomie szczegółowości właściwej dla kosztorysu inwestorskiego. Będzie to możliwe po etapie projektowania, w ramach przedmiarowania robót. Z uwagi na metodologię użycia rynkowych wycen kosztów realizacji prac budowlano-instalacyjnych w przeliczeniu na jednostkę powierzchni można uznać, że szacunki są realistyczne, będą uszczegóławiane i aktualizowane w ramach kolejnych działań inwestycyjnych, zgodnie z przebiegiem procesu inwestycyjnego – projektowania, przedmiarowania, kosztorysowania (w rozumieniu właściwych przepisów prawa), szacowania wartości przedmiotu zamówienia przed wszczęciem postępowania w celu wyłonienia wykonawcy robót, w toku prac, powykonawczo. Z uwagi na powyższe zastosowano także w kategoriach kosztów, w których jest to dopuszczone, rezerwowe budżetowanie.

Innowacyjność w ramach funkcjonowania obszarów medycznych po realizacji zadania

Zmodernizowana i nowo powstała infrastruktura według najnowszej wiedzy technicznej i technologicznej pozwoli na znaczące zwiększenie efektywności udzielania świadczeń przez zastosowanie szeroko pojętych innowacji, w tym procesowych, organizacyjnych oraz nowoczesnych technologii medycznych (metod klinicznych). Pozwoli to na rozszerzenie wachlarza świadczeń także o procedury dotychczas niewykonywane. Szacowana optymalizacja działania klinik, dzięki właściwym zasobom, przełoży się na zwiększenie dostępności do świadczeń, skracając tym samym czas oczekiwania na świadczenie oraz liczbę oczekujących. Ponadto wdrożenie nowoczesnych rozwiązań diagnostyczno-terapeutycznych pozwoli na efektywność procesu leczenia i minimalizowanie ryzyka reoperacji.

W zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu zostanie wprowadzona usługa kompleksowa dotycząca endoprotezoplastyki dużych stawów, która zapewni chorym rozbudowaną opiekę przed- i pooperacyjną. Zmniejszy się istotnie czas oczekiwania na leczenie operacyjne. Nowoczesna infrastruktura zabiegowa umożliwi wprowadzenie planowanych nowych technik operacyjnych w obrębie stawu barkowego. Dzięki nowym warunkom będzie możliwe kontynuowanie podjętych prac nad użyciem implantów opracowanych w technologii 3D. W Klinice rozpoczęto i będzie możliwe kontynuowanie programu wykonywania trudnych operacji w oparciu o techniki 3D. W ramach zasobów kadrowych Kliniki jest naukowiec, który uzyskał patent (P.413009) na implant kostny o właściwościach osteoindukcyjnych, którego zastosowanie unowocześni operacje rekonstrukcyjne więzadła krzyżowego przedniego stawu kolanowego. Podjęto również współpracę z Wydziałem Inżynierii Materiałowej Politechniki Warszawskiej i Poltransplantem nad wykorzystaniem przeszczepów allogenicznym do rekonstrukcji tkankowych w ortopedii. Dzięki inwestycji będzie możliwe nie tylko kontynuowanie praktyk, ale także ich rozszerzenie, w tym w zakresie intensywnego rozwoju technik małoinwazyjnych w ortopedii, co wymaga zastosowania nowoczesnego sprzętu oraz właściwej infrastruktury lokalowej. Planuje się rozszerzenie katalogu realizowanych świadczeń, co będzie możliwe po zakończeniu inwestycji w oparciu o nową infrastrukturę o procedury oznaczone kodem H56C, H89C w ramach krótko trwającej hospitalizacji w związku z wykonywaniem blokad około kręgosłupowych, podawaniem czynników wzrostu oraz komórek macierzystych i kwasu hialuronowego w połączeniu z czynnikami wzrostu. Jest to nowa procedura obecnie nierealizowana w wymienionym modelu opieki. Pozwoli to na zaspokojenie zgłaszanego popytu na świadczenia, który obecnie nie był zaspokajany przez podmiot. Klinika jest wiodącym ośrodkiem w województwie zajmującym się wprowadzaniem nowoczesnych technik ortopedycznych, szczególnie opartych o techniki małoinwazyjne. Prowadzi badania nad zastosowaniem niestandardowych implantów opartych o techniki 3D. Prowadzi badania w oparciu o współpracę z innymi ośrodkami akademickimi krajowymi i zagranicznymi, jak również z Politechniką Warszawską oraz Centrum Organizacyjno-Koordinacyjnym do Spraw Transplantacji „Poltransplant”.

W zakresie urologii: w efekcie realizacji inwestycji pozwalającej na stworzenie nowej infrastruktury (budynku) oraz uzupełnienia nowoczesnej aparatury wykorzystywanej w Klinice będzie możliwe posadowienie na bazie Kliniki ośrodka kompleksowej opieki urologicznej o istotnym potencjale leczniczym, dydaktycznym i naukowym. Inwestycja pozwoli na racjonalizację opieki urologicznej. Część hospitalizacji będzie mogła być realizowana w ramach minimalnie inwazyjnej chirurgii jednego dnia oraz w ramach AOS. Z uwagi na znaczący problem

wielochorobowości, dzięki interdyscyplinarnemu charakterowi SKDJ, w ramach współpracy z innymi jednostkami UCK WUM będzie możliwe kontynuowanie programów kompleksowej opieki, obejmującej projekty kardiourologiczne, urogeriatryczne i nefrourologiczne, pozwalające na wielodyscyplinarną opiekę nad chorym, również w aspekcie medycyny senioralnej. Tego rodzaju świadczenia są obecnie niezaspokajane w regionie, mamy do czynienia raczej z izolowaniem specjalności z pominięciem całościowej analizy stanu zdrowia i podjęcia adekwatnej, także kompleksowej opieki. Dzięki modernizacji zasobów Kliniki będzie możliwe stworzenie kompleksowego programu zdrowia dla mężczyzn, opracowanie i wdrożenie programu opieki nad pacjentami geriatrycznymi z problemami urologicznymi i nefrologicznymi (urogeriatria), programu badań przesiewowych w celu zwiększenia wykrywalności nowotworów złośliwych i ich wczesnego leczenia (uroonkologia), programu regeneracji dolnych dróg moczowych (uroginekologia) oraz z uwagi m.in. na zmniejszenie dzietności populacji – program ochrony zdrowia reprodukcyjnego mężczyzn (uroandrologia). W związku z modernizacją infrastruktury budowlanej i sprzętowej będzie możliwe realizowanie nowych świadczeń – produktów związanych z chorobami urologicznymi, także w opcji interdyscyplinarnej opieki kompleksowej, dla pacjentów z chorobami onkologicznymi, z wielochorobowością, w której choroby urologiczne są współistniejące lub są chorobami wiodącymi. Do tych świadczeń należą procedury realizowane w zakresie leczenia zabiegowego: A04 – Wszczepienie/wymiana stymulatora rdzenia kręgowego lub wymiana generatora do stymulacji struktur głębokich mózgu w przebiegu leczenia chorób urologicznych, T03 – Zaopatrzenie miednicy i uda w obrażeniach mnogich z pw, w ramach hospitalizacji w związku z leczeniem urologicznym, możliwe będą do realizacji także radykalne zabiegi w rakach gruczołów dokrewnych (G31H) i zabiegi operacyjne – rewizyjne w przypadkach infekcji wokół protezy (H10). W związku z realizacją obecnie sprawozdawanych procedur, jak również nowego zakresu, będą realizowane także procedury skatalogowane w ramach kodu S56 – Posocznica o ciężkim przebiegu w trakcie leczenia w dziedzinie analizowanej, jak również świadczenia w ramach kodu P17 – Choroby układu moczowo-płciowego. Modernizacja obszaru pracowni endoskopowej pozwoli na poszerzenie zakresu świadczeń w tym obszarze o produkt o kodzie L45 – Endoskopowe zabiegi gruczołu krokowego lub pęcherza moczowego, L25 – Duże endoskopowe zabiegi na pęcherzu moczowym. Poszerzony będzie także zakres w obszarze leczenia zachowawczego, np. T09 – Leczenie zachowawcze obrażeń mnogich. Poszerzony zakres świadczeń pozwoli na zaspokojenie potrzeb obecnie niezaspokajanych, co wpłynie pozytywnie na funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej i jego efektywność, zarówno w dziedzinie, jak i z metapoziomu. Zwiększone zasoby infrastrukturalne pozwolą także na efektywne wykorzystanie zasobów kadrowych, obecnie deficytowych.

Kliniki Dermatologiczne specjalizują się we wczesnym diagnozowaniu i leczeniu wielu chorób skóry wieku podeszłego, w tym w szczególności czerniaka skóry, raków skóry, chłoniaków pierwotnie skórnych, pemfigoidu, piodermii zgorzelinowej. Wobec rosnącej liczby osób starszych w społeczeństwie rośnie zapotrzebowanie na wczesną diagnostykę tego rodzaju stanów przedrakowych. W ramach działalności Kliniki leczone są m.in. autoimmunizacyjne choroby tkanki łącznej i autoimmunizacyjne choroby pęcherzowe, autoimmunizacyjne choroby tkanki łącznej (twardzina układowa, morphea, toczeń skórny i układowy, zapalenie skórno-mięśniowe) oraz autoimmunizacyjne choroby pęcherzowe (pęcherzyca, pemfigoid).

Inwestycja pozwoli na włączenie kompleksowej metody leczenia chorób skóry, dotychczas nie stosowanej, polegającej na wielodyscyplinarnej diagnostyce opartej o badania obrazowe, laboratoryjne, podejmowanie decyzji o zespole medycznym i dalszym postępowaniu medycznym. W terapii będzie współuczestniczyć szereg specjalistów oraz dostępne zasoby, w tym aparaty wykorzystujące różne technologie. Jest to innowacyjna technicznie, organizacyjnie i procesowo metoda, dotychczas nie stosowana w systemie. Realizacja inwestycji pozwoli na zabezpieczenie procedur medycznych w optymalnej ilości i najwyższej jakości, co zniweluje po części ten problem, i świadczenia niezaspokajane zaczną być zaspokajane w ramach zakresu świadczeń realizowanych w podmiocie. Modernizacja infrastruktury sprzętowej pozwoli na poszerzenie zakresu wczesnej diagnostyki i leczenia chorób skóry o najgorszym rokowaniu, w tym w szczególności nowotworów skóry, autoimmunizacyjnych chorób tkanki łącznej, autoimmunizacyjnych chorób pęcherzowych, ciężkich chorób alergicznych i ektodermalnych zaburzeń genetycznych.

Poszerzone możliwości infrastrukturalne pozwolą na poszerzenie katalogu realizowanych produktów (świadczeń medycznych) o nowe, nierealizowane obecnie świadczenia. Należą do nich m.in. produkty skatalogowane pod pozycjami: D55 Ziarniniaki, choroby płuc alergiczne i z autoimmunizacji, S52 Niedobory odporności inne niż HIV /AIDS, E55 Zakrzepica żył głębokich oraz Q66 – Choroby naczyń, C57 Inne choroby

gardła, uszu i nosa, H87C – Choroby zapalne stawów i tkanki łącznej (świadczenie realizowane w ramach hospitalizacji krótszej niż 4 dni). Świadczenia te będą realizowane także w zakresie interdyscyplinarnej opieki medycznej pacjentów hospitalizowanych lub leczonych ambulatoryjnie w przebiegu chorób dermatologicznych i wenerologicznych. Będzie to możliwe dzięki doposażeniu w zakresie aparatury medycznej zarówno w jednostkach organizacyjnych realizujących świadczenia w przedmiotowej dziedzinie, jak również dzięki centralizacji lokalizacyjnej i wzmocnieniu infrastrukturalnemu obszaru diagnostyki obrazowej i endoskopowej w nowym budynku. Układ funkcjonalności obszarów medycznych w nowej lokalizacji i wymienione zasoby pozwolą także na leczenie pacjentów w zakresie poważnych stanów chorobowych o różnej etiologii, w tym zaburzeniach funkcjonowania układu immunologicznego, w tym dużych chorób infekcyjnych skóry (J46). Powyższy zakres jest nowym, dotychczas nierealizowanym w ramach Klinik świadczących usługi medyczne w dziedzinie. Świadczy to jednoznacznie o tym, że w wyniku inwestycji będą zaspokajane potrzeby dotychczas niezaspokajane, na które jest popyt z uwagi na potrzeby zdrowotne populacji.

Rośnie liczba chorych z guzami wątroby, w tym kwalifikowanymi do przeszczepienia, konieczne wydaje się zwiększanie dla nich dostępu do leczenia kompleksowego, w tym z zastosowaniem technik radiologii inwazyjnej oraz przeszczepienia wątroby przez akceptację dla tej grupy biorców narządów o rozszerzonych kryteriach, nieakceptowalnych w innych wskazaniach. Inwestycja umożliwi efektywniejszą izolację chorych, redukując liczbę zakażeń szpitalnych, pozwoli na wieloaspektową diagnostykę i leczenie endoskopowe patologii dróg żółciowych. Taka kompleksowość działań i włączenie interdyscyplinarnego zespołu jest obecnie niewykorzystywaną metodą leczenia.

Poszerzone możliwości wynikające z reorganizacji infrastrukturalnej jednostek organizacyjnych, w tym centralizacja obszarów w zakresie diagnostyki, hospitalizacji, zabiegowego, opieki ambulatoryjnej, połączone z doposażeniem i wymianą wyeksploatowanej infrastruktury pozwolą na rozszerzenie katalogu świadczeń medycznych o szeroki zakres produktów, co równocześnie zapewni zabezpieczenie potrzeb pacjentów, które dotychczas nie były zaspokajane. Do świadczeń tych należą także produkty, które wymagają interdyscyplinarnego podejścia, zgodnie z założeniem nadrzędnym – realizacji kompleksowej, obejmującej pełną charakterystykę kliniczną pacjenta opiekę medyczną, w tym: świadczenia realizowane wobec pacjentów z zaburzeniami krzepności i innymi chorobami krwi i śledziony (S05), pacjentów będących pod opieką innych jednostek UCK WUM, np. Cukrzyca ze stanami hiperglikemicznymi (K37), Przewlekła niewydolność nerek (L83), Choroby tkanek miękkich (H86), Zakażenia nerek lub dróg moczowych (L07). Kluczowe znaczenie mają także procedury (świadczenia), które będą realizowane wobec pacjentów starszych, w tym np. L84E i L84F – choroby nerek u pacjentów geriatrycznych.

Ponadto zasoby wytworzone w wyniku inwestycji znacząco poszerzą zakres świadczeń medycznych realizowanych w ramach obszarów odrębnie kontraktowanych z publicznym płatnikiem. Będą realizowane nowe świadczenia, tym samym zaspokojone zostaną świadczenia obecnie niezaspokajane przez podmiot, a dotyczące m.in.:

- 1) leczenia ciężkich powikłań infekcyjnych u chorego po przeszczepieniu narządu lub szpiku, wymagające intensywnego leczenia przeciwgrzybiczego lub przeciwwirusowego – diagnostyka, leczenie pacjenta od 31 dnia po wykonaniu przeszczepu i trwające powyżej 3 dni (kod produktu – 5.52.01.000146);
- 2) reakcji medycznej i podjęcia działań w przypadku ostrego sterydoopornego (i nie tylko) odrzucania przeszczepu lub ostrej choroby przeszczep przeciw gospodarzowi – diagnostyka, leczenie pacjenta od 31 dnia od wykonania przeszczepu (5.52.01.0001461, 5.52.01.0001460);
- 3) trwającego powyżej 3 dni leczenia powikłania infekcyjnego u chorego po przeszczepieniu narządu lub szpiku, obejmującego zakres: diagnostyka, leczenie od 31 dnia po wykonaniu przeszczepu – 5.52.01.000146;
- 4) diagnostyki potencjalnego dawcy i pobrania wyłącznie obu nerek i trzustki (5.52.01.0001485);
- 5) diagnostyki potencjalnego dawcy i pobrania wyłącznie obu nerek (5.52.01.0001481);

- 6) leczenia w przypadku powikłania nieinfekcyjnego u chorego po przeszczepieniu narządu lub szpiku – diagnostyka, leczenie (diagnostyka, leczenie pacjenta od 31 dnia po wykonaniu przeszczepu) trwające powyżej 3 dni (5.52.01.0001023).

Znacząco rozszerzy się katalog świadczeń w zakresie diagnostyki potencjalnych dawców:

- 1) diagnostyka potencjalnego dawcy i pobranie obu nerek i trzustki w przypadku pobrania wielonarządowego (nerki, trzustka i inny narząd) – 5.52.01.0001486;
- 2) diagnostyka potencjalnego dawcy i pobranie obu nerek i trzustki w przypadku pobrania wielonarządowego (nerki, trzustka i dwa inne narządy) (5.52.01.0001487);
- 3) diagnostyka potencjalnego dawcy i pobranie obu nerek i trzustki w przypadku pobrania wielonarządowego (nerki, trzustka i trzy lub więcej innych narządów) – 5.52.01.0001488;
- 4) diagnostyka potencjalnego dawcy i pobranie obu nerek w przypadku pobrania wielonarządowego (nerki i inny narząd, poza trzustką) (5.52.01.0001482);
- 5) diagnostyka potencjalnego dawcy i pobranie obu nerek w przypadku pobrania wielonarządowego (nerki i dwa inne narządy, poza trzustką) – 5.52.01.0001483;
- 6) diagnostyka potencjalnego dawcy i pobranie obu nerek w przypadku pobrania wielonarządowego (nerki i trzy lub więcej innych narządów, poza trzustką) – 5.52.01.0001484;
- 7) diagnostyka potencjalnego dawcy narządów bez pobrania – kategoria I (5.52.01.0001479) i II (5.52.01.0001495).

Zgodnie z założeniem ciągłości opieki nad pacjentem „transplantologicznym”, realizowane będą także takie świadczenia jak:

- 1) kwalifikacja do przeszczepu nerki i trzustki – 5.52.01.0001358 wraz z badaniem kontrolnym (5.52.01.0001357);
- 2) hospitalizacja do dializy wątrobowej – 5.52.01.0001478;
- 3) powikłania nieinfekcyjne u chorego po przeszczepieniu narządu lub szpiku – diagnostyka, leczenie (diagnostyka, leczenie pacjenta od 31 dnia po wykonaniu przeszczepu) < 4 dni – 5.52.01.0001494;
- 4) powikłania infekcyjne u chorego po przeszczepieniu narządu lub szpiku – diagnostyka, leczenie (diagnostyka, leczenie pacjenta od 31 dnia po wykonaniu przeszczepu) < 4 dni – 5.52.01.0001493;
- 5) świadczenia w przypadku przewlekłego odrzucania przeszczepu lub przewlekła choroba przeszczep przeciw gospodarzowi – diagnostyka, leczenie (diagnostyka, leczenie pacjenta od 31 dnia po wykonaniu przeszczepu) – 5.52.01.0001006;
- 6) podejmowanie czynności medycznych w przypadku pogorszenia czynności przeszczepionego narządu – diagnostyka, leczenie od 31 dnia po wykonaniu przeszczepu – 5.52.01.0001391;
- 7) hospitalizacja związana z przetoczeniem krwi, produktów krwiopochodnych w tym immunoglobulin (5.52.01.0001464).

Rozszerzone możliwości diagnostyczne i terapeutyczne, wzmocnione w zakresie infrastrukturalnym obszary zabiegowe znacząco zwiększą zakres świadczeń medycznych realizowanych w ramach obszarów odrębnie kontraktowanych z publicznym płatnikiem. Będą realizowane nowe świadczenia, tym samym zaspokojone zostaną świadczenia obecnie niezaspokajane przez podmiot, a dotyczące, zgodnie z założeniem, ciągłości opieki nad pacjentem „transplantologicznym”, opieki przed, w trakcie procedury i po zabiegu transplantologicznym, tj.:

- 1) hospitalizacja związana z kwalifikacją do przeszczepu wątroby, trzustki, serca, płuca, serca i płuca (5.52.01.000139);

- 2) diagnostyka i leczenie chorego z niewydolnością wątroby w okresie kwalifikacji do przeszczepu wątroby (5.52.01.0001155).

Powyższe wskazuje na rosnący potencjał podmiotu i zakładu leczniczego, dodatkowo wzmocniony w zakresie działalności zakładu – Ambulatorium, zapewniając zabezpieczenie kluczowej potrzeby – kompleksowej opieki specjalistycznej w modelu ukierunkowanym na minimalizację długości hospitalizacji.

W zakresie chorób wewnętrznych – stanowią one jedną z kluczowych dziedzin medycznych wymagających zabezpieczenia w związku z trendami demograficznymi i epidemiologicznymi. Struktura wiekowa pacjentów obsługiwanych w zakładach leczniczych objętych inwestycją potwierdza fakt konieczności zapewnienia wydolności organizacyjnej do realizacji świadczeń „internistycznych”. Dzięki interwencji w ten obszar będzie możliwe poszerzenie katalogu świadczeń o:

- 1) choroby układu krwiotwórczego i odpornościowego – świadczenie realizowane poniżej 2 dni (S04);
- 2) D18 – leczenie nietypowego zapalenia płuc, w tym wirusowego;
- 3) leczenie ostrych chorób wątroby – G16;
- 4) leczenie chorób układu krążenia – E77;
- 5) leczenie chorób zakaźnych niewirusowych – S60;
- 6) leczenie chorób infekcyjnych jelit – F47F;
- 7) G26F – choroby dróg żółciowych;
- 8) E71 – stany po omdleniach i zapaściach, w przypadku bólu głowy (A59), zaburzeniach elektrolitowych – K26 oraz w przypadku chorób układu krwiotwórczego i odpornościowego, możliwe do realizacji poniżej 2 dni (S04).

Znacząco poszerza to możliwości diagnostyczne i terapeutyczne w obszarze realizowanych świadczeń, a tym samym wpływa na zaspokojenie potrzeb obecnie niezaspokajanych. Realizacja wymienionych produktów jest planowana z uwagi na strategiczne podejście do procesu opieki nad pacjentem – ciągłej, kompleksowej, realizowanej w jednym miejscu, efektywnej kosztowo i w aspektach zdrowotnych.

W obszarze nefrologii – dzięki interwencji w ten obszar, będzie możliwe poszerzenie katalogu świadczeń dotychczas nierealizowanych, co pozwoli na zaspokojenie potrzeb obecnie nierealizowanych wobec pacjentów „nefrologicznych”. Oprócz wyżej wymienionych planuje się realizację świadczeń niezbędnych w przypadku zaawansowanych procedur medycznych w przebiegu chorób nerek, w tym m.in. o Zakażenia nerek lub dróg moczowych (L07). Istotne znaczenie mają także procedury (świadczenia), które będą realizowane wobec pacjentów starszych (65+), w tym np. L84E i L84F – Choroby nerek u pacjentów geriatrycznych. Ponadto zasoby wytworzone w wyniku inwestycji znacząco poszerzą zakres świadczeń medycznych realizowanych w ramach obszarów odrębnie kontraktowanych z płatnikiem. Będą realizowane nowe świadczenia, tym samym zaspokojone zostaną świadczenia obecnie niezaspokajane przez podmiot, a dotyczące m.in.: leczenia ciężkich powikłań infekcyjnych u chorego po przeszczepieniu narządu lub szpiku, wymagające intensywnego leczenia przeciwgrzybiczego lub przeciwwirusowego – diagnostyka, leczenie pacjenta od 31 dnia po wykonaniu przeszczepu i trwające powyżej 3 dni (kod produktu – 5.52.01.000146),

reakcji medycznej i podjęcia działań w przypadku ostrego sterydoopornego (i nie tylko) odrzucania przeszczepu lub ostrej choroby przeszczep przeciw gospodarzowi – diagnostyka, leczenie pacjenta od 31 dnia od wykonania przeszczepu (5.52.01.0001461, 5.52.01.0001460),

trwające powyżej 3 dni leczenie powikłania infekcyjnego u chorego po przeszczepieniu narządu lub szpiku, obejmujące zakres: diagnostyka, leczenie od 31 dnia po wykonaniu przeszczepu – 5.52.01.000146,

Leczenie w przypadku powikłania nieinfekcyjnego u chorego po przeszczepieniu narządu lub szpiku – diagnostyka, leczenie (diagnostyka, leczenie pacjenta od 31 dnia po wykonaniu przeszczepu) trwające powyżej

3 dni (5.52.01.0001023). Dodatkowo planuje się wzmocnienie zakresu udzielania świadczeń w obszarze leczenia ziarniniaków, chorób płuc alergicznych i z autoimmunizacji (D55).

Planowana do utworzenia infrastruktura i sprzęt do zakupu umożliwi stworzenie przestrzeni zabiegowej w ramach scentralizowanego bloku operacyjnego o nowych, nowoczesnych i innowacyjnych możliwościach w zakresie udzielania świadczeń. Funkcjonalność sali będzie polegać na możliwości stworzenia interdyscyplinarnego zespołu medycznego i wykonanie kilku zabiegów równocześnie. Zazwyczaj w tego typu sytuacjach, w których pacjent potrzebuje kilku interwencji, zabiegi odbywają się z koniecznością czasowej przerwy między nimi, potrzebnej m.in. na ocenę efektów wykonanego zabiegu i regenerację, jednakże wiąże się to także z ryzykami, w tym np. powikłaniami, zakażeniami (także wewnątrzszpitalnymi), pogorszeniem stanu zdrowia z uwagi na przesunięcie w czasie kolejnego zabiegu. Dodatkowo tak przygotowana infrastruktura pozwala także na przeprowadzenie zabiegów małoinwazyjnych z wykorzystaniem najnowszych technologii, w tym laserowych, angażujących zdalne operowanie narzędziem itp. Dzięki temu skraca się czas leczenia pacjenta i jego pobyt w szpitalu, następuje szybsza mobilizacja i przeniesienie leczenia na poziom AOS. Dzięki wyposażeniu sali w specjalistyczny sprzęt do obrazowania pozwala na dysponowanie kompleksowym obrazem stanu pacjenta i jego monitorowanie w czasie rzeczywistym, nie ma potrzeby transportowania pacjenta uprzednio między pracownikami. Umożliwia to także przeprowadzanie minimalnie inwazyjnych zabiegów i przyspiesza diagnostykę, w efekcie skracając czas trwania operacji.

Tak nowoczesne zasoby pozytywnie wpływają na jakość i dostępność do nowego świadczenia zarówno w przedmiotowej dziedzinie, jak i we wszystkich innych dziedzinach, gdzie będzie miała zastosowanie terapia wykorzystująca inwazyjne metody (zabiegi), w tym: nefrologii, transplantologii, urologii.

Planowane jest zwiększenie katalogu realizowanych świadczeń medycznych. Do świadczeń tych należą także produkty, które wymagają interdyscyplinarnego podejścia, zgodnie z założeniem nadrzędnym – realizacji kompleksowej, obejmującej pełną charakterystykę kliniczną pacjenta opieki medycznej, w tym: świadczenia realizowane wobec pacjentów z zaburzeniami krzepności i innymi chorobami krwi i śledziona (S05), pacjentów będących pod opieką innych jednostek UCK WUM, np. Cukrzyca ze stanami hiperglikemicznymi (K37), Przewlekła niewydolność nerek (L83), Choroby tarczycy (K47), Choroby infekcyjne jelit u osób poniżej 65. roku życia (F47F), Choroby tkanek miękkich (H86), Zakażenia nerek lub dróg moczowych (L07). Kluczowe znaczenie mają także procedury (świadczenia), które będą realizowane wobec pacjentów starszych, w tym np. L84E i L84F – Choroby nerek u pacjentów geriatrycznych.

Centralizacja obszaru diagnostycznego wpływa na zwiększenie możliwości działań i użycie nowoczesnych technologii w procesie udzielania świadczeń. Poszerzone możliwości diagnostyczne dzięki wzmocnieniu zasobów infrastrukturalnych pozwolą na zwiększenie potencjału jednostki i podmiotu. Tym samym będzie możliwe zwiększenie zakresu świadczeń we wszystkich dziedzinach objętych inwestycją. W zakresie przedmiotowej dziedziny, dzięki unowocześnieniu zasobów w zakresie diagnostyki obrazowej, poszerzenie katalogu produktów będzie obejmować m.in.: świadczenia w zakresie leczenia zatorów płucnych i zaburzeń hemodynamicznych w ich przebiegu (111 D16), leczenie choroby niedokrwiennej serca (angiografia TK) (170 E56), leczenie schorzeń jamy brzusznej (210 F46), schorzeń nerek i dróg moczowych (371 L07, 407 L85, 408L86) oraz leczenie zachowawcze urazów (658 T07). Nowoczesny (planowany 3T) rezonans magnetyczny pozwoli na wykonanie nw. procedur: badania wątroby i nerek własnych i przeszczepionych: angiografia i perfuzja bezkontrastowa (ASL), spektroskopia i pHmetria tkankowa, elastografia-MR, badanie oksigenacji tkanek (BOLD), obrazowanie dyfuzyjne. Możliwa będzie diagnostyka potencjalnego dawcy oraz wczesne i odległe monitorowanie przeszczepów narządów określające wydolność przeszczepionego narządu i ewentualne powikłania leczenia. Możliwe będzie poszerzenie diagnostyki w przypadku wielochorobowości – rozbudowana diagnostyka kardiologiczna z oceną waskularyzacji i żywotności mięśnia sercowego, zaawansowane techniki obrazowania chrząstki stawowej (relaksometria, obrazowanie wolumetryczne) w diagnostyce zespołów bólowych kręgosłupa i układu mięśniowo-szkieletowego. Ponadto specyfikacja planowanego do zakupu sprzętu będzie umożliwiała zastosowanie wyników diagnostyki obrazowej (przystawki do biopsji i drenaży) do narządowej diagnostyki przed- i potransplantacyjnej, leczenia powikłań po przeszczepach narządowych, chorób jamy brzusznej, naczyń, tarczycy, a wyposażenie sali operacyjnej w aparaturę do diagnostyki obrazowej śródoperacyjnej pozwoli na leczenie chorób naczyń ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów po przeszczepach narządowych.

Tym samym realizacja inwestycji we wszystkich obszarach i dziedzinach medycznych, których dotyczy, pozwala na wdrożenie nowoczesnych – innowacyjnych metod klinicznych o udowodnionej skuteczności – efektywny proces leczenia jest kluczowy i stanowi cel przedmiotowej inwestycji.

Dane o okresie realizacji inwestycji

ZADANIA w ramach inwestycji	Początek inwestycji	Koniec inwestycji
Zadanie nr 1 – Przebudowa Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu	2022	2026
Zadanie nr 2 – Przebudowa budynku na potrzeby Klinik Dermatologii i Wenerologii oraz Kliniki Dermatologicznej wraz z AOS		
Zadanie nr 3 – Budowa nowego budynku szpitalnego na terenie kampusu wraz z łącznikiem z budynkiem głównym		
Zadanie nr 4 – Modernizacja sieci ciepłowniczych, teleinformatycznych, sieci przeciwpożarowej i alarmowej, zasilania energetycznego i infrastruktury wodno-kanalizacyjnej		
Zadanie nr 5 – Przebudowa nawierzchni asfaltowych i ciągów pieszych, modernizacja ciągów komunikacyjnych		

Ocena efektywności inwestycji, w tym ekonomicznej efektywności (preferowane wykazanie kalkulacji NPV i IRR)

Do oszacowania efektywności projektu został wykorzystany wskaźnik finansowej efektywności przedsięwzięcia (FNPV/C i FIRR/C). Otrzymane wyniki finansowe kształtują się następująco:

Wskaźniki finansowe:

Wartości obliczone dla 20-letniego okresu odniesienia	
FNPV/C – Finansowa zaktualizowana wartość netto	3 896 004,14 zł
FIRR/C – Finansowa wewnętrzna stopa zwrotu	0,07%

Finansowa wewnętrzna stopa zwrotu (FIRR/C) w analizie jest bliska 0,00, jednakże nieujemna, można podjąć decyzję o zasadności przyjęcia inwestycji do realizacji, mimo minimalnej efektywności finansowej. Drugi wskaźnik oceniający efektywność inwestycji – finansowa zaktualizowana wartość netto (FNPV/C) jest wartością dodatnią, co wskazuje na fakt, że inwestycja może zostać przyjęta do realizacji.

Przeprowadzona analiza efektywności finansowej przedsięwzięcia wykazała zatem, że projekt jest rentowny, choć w minimalnym zakresie, co jest związane m.in. z charakterystyką obszaru działania, jakiego dotyczy, często kosztownych procedur, a kontraktowanych z publicznym płatnikiem w sposób nieuwzględniający tego faktu w pełnym zakresie.

W przeciwieństwie do analizy finansowej, ratowanie ludzkiego życia i zdrowia ma ogromne znaczenie w aspekcie ekonomicznym, co potwierdza analiza w tym zakresie, przedstawiona poniżej. Analiza źródeł finansowania została przeprowadzona w sposób uwzględniający faktyczny wpływ dotacji na konto projektu.

Analiza wykazała, że zaplanowany montaż finansowy zapewnia trwałość finansową projektu w całym okresie prognozy. Kolejnym elementem analizy finansowej była analiza sprawozdań finansowych dla projektu. Analiza ta potwierdziła finansową trwałość projektu. Źródła finansowania zapewniają realizację projektu. Jako ostatnią przeprowadzono analizę sytuacji finansowej. W jej wyniku stwierdzono, że jest ona stabilna i pozwala ponieść ciężar realizacji projektu – saldo gotówkowe w każdym roku badanego okresu jest dodatnie. Pozwala to stwierdzić, że beneficjent (przy zakładanym montażu finansowym) będzie w stanie zapewnić środki finansowe na realizację i funkcjonowanie projektu. Świadczy to pozytywnie o przyjętym planie realizacji zadania i potwierdza trwałość finansową projektu.

Analiza ekonomiczna

Celem projektu nie jest maksymalizacja zysku i poprawa wyniku finansowego, lecz optymalizacja realizacji procesów w ramach działalności w obszarze funkcjonowania jako podmiot systemu ochrony zdrowia, zwiększenie jakości realizowanych usług medycznych UCK WUM w ramach SKDJ w zakresie diagnostyki i leczenia. Osiągnięcie celów określonych we wcześniejszych częściach Programu, o charakterze ekonomiczno-społecznym, zwiększającym efektywność funkcjonowania całego systemu (efekt makro) wiąże się z efektami, których nie można uwzględnić w analizie finansowej. W tym celu została przeprowadzona niżej opisana analiza ekonomiczna. Szczegółowe informacje i obliczenie są zawarte w modelu finansowym stanowiącym integralną część Programu. Celem analizy ekonomicznej jest identyfikacja efektów projektu w ujęciu społecznym, tj. z uwzględnieniem kosztów i korzyści z punktu widzenia społeczeństwa oraz gospodarki w skali makro. Efekty społeczne w postaci korzyści są możliwe do skwantyfikowania adekwatnie do interwencji, która je wywołuje.

W związku z powyższym korzyści społeczne, m.in. takie jak: poprawa jakości i dostępności do świadczeń medycznych, skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie medyczne, usprawnienie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, skrócenie czasu diagnostyki i terapii, zwiększenie trafności diagnozy i tym samym – procesu leczenia, skrócenie czasu hospitalizacji przy zapewnieniu opieki specjalistycznej w ramach AOS, zwiększenie dostępu do rehabilitacji (w konsekwencji szybszy powrót do zdrowia, aktywności zawodowej itd.), postęp w zakresie wykorzystywanych rozwiązań infrastrukturalnych i technologii czy też konkretnych wskaźników, np.: zmniejszenie umieralności czy wydłużenie życia w zdrowiu, zmniejszenie kosztów absencji czy inwalidztwa w odniesieniu do społeczeństwa, są możliwe do określenia na poziomie całego systemu.

Mają na to bezpośredni wpływ globalne wydatki na ochronę zdrowia. Wartości nakładów finansowych – inwestycyjnych i bieżących na ochronę zdrowia są wysokie. Możliwe jest zidentyfikowanie skwantyfikowanych efektów realizacji określonych działań w skali makro (na poziomie analizy skuteczności systemu). W przypadku jednostkowej interwencji brak jest możliwości oszacowania wartości spodziewanych efektów społecznych dotyczących np. poprawy stanu zdrowia populacji całego kraju. Możliwe jest oszacowanie prognozowanego wpływu punktowo – w zakresie działania podmiotu. Tak też jest w przypadku przedmiotowego projektu, którego koszt realizacji jest wielokrotnie mniejszy niż wymienione nakłady.

W związku z powyższym, z uwagi na znaczącą trudność kwantyfikacji wszystkich korzyści i kosztów ekonomiczno-społecznych wynikających z realizacji przedmiotowego projektu, dokonano analizy w ujęciu jakościowym, poszerzając o analizę ilościowo-wartościową w zakresie, w którym miało to uzasadnienie.

Po przeprowadzeniu analizy przewidywanych do uzyskania, w wyniku realizacji przedmiotowego Programu, korzyści i kosztów społecznych uzyskano wyniki wskazujące na to, że osiągnięcie pełnej efektywności podmiotu leczniczego w zakresie diagnostyki i terapii, tożsamych z korzyściami ekonomicznymi, tj. mającymi znaczenie z punktu widzenia społeczno-gospodarczego, są:

- 1) zwiększenie efektywności funkcjonowania podmiotu, co ma bezpośrednie przełożenie na usprawnienie systemu ochrony zdrowia;
- 2) poprawa jakości i dostępności do świadczeń w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia;
- 3) poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego populacji zamieszkującej obszar oddziaływania szpitala (nie tylko województwo mazowieckie, ale cały kraj);
- 4) zmniejszenie liczby zgonów, w szczególności zgonów w związku z realizacją zabiegów, w tym kompleksowych, z uwzględnieniem realizacji świadczenia w ramach publicznego finansowania ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia (bez angażowania finansowania prywatnego);

- 5) zmniejszenie liczby skutków, które można uznać jako „ciężkie”, powstałych w wyniku stanów chorobowych, w tym urazów, a co za tym idzie obniżenie kosztów leczenia z nimi związanych;
- 6) zwiększenie dostępności do specjalistycznych i wyskospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych, co pozwoli na zachowanie/utrzymanie aktywności zawodowej;
- 7) podniesienie poziomu wiedzy dotyczącej prawidłowego funkcjonowania systemu opieki, w tym kompleksowej i koordynowanej;
- 8) nabycie praktycznych umiejętności w dziedzinie strategii i zarządzania projektami usprawniania systemu w tym zakresie w odniesieniu do wymienionej grupy chorych;
- 9) skrócenie czasu i kosztów hospitalizacji pacjentów;
- 10) zwiększenie roli AOS;
- 11) poprawa skuteczności diagnostyki i terapii (głównie zabiegowej) w szpitalu i opieki w ramach AOS;
- 12) zwiększenie jakości działań w obszarze diagnostyki i terapii w zakresie intensywnej terapii oraz pacjentów poddawanych zabiegom na bloku operacyjnym;
- 13) wydłużenie przeciętnego trwania życia;
- 14) poprawa jakości życia mieszkańców miasta, regionu, kraju;
- 15) obniżenie kosztów społecznych z tytułu absencji chorobowej czy niepełnosprawności;
- 16) zmniejszenie wydatków na opiekę zdrowotną spowodowane większą liczbą wyskospecjalistycznych badań i przyspieszeniem wydawania diagnozy i skuteczności terapii;
- 17) wzrost liczby osób powracających do zdrowia w szybkim czasie;
- 18) spójny rozwój społeczno-gospodarczy obszaru (województwa);
- 19) wzrost atrakcyjności osiedleńczej obszaru (województwa);
- 20) zwiększenie ilości i rozmiarów „inwalidztwa unikniętego”;
- 21) wzrost poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa;
- 22) podniesienie standardu obsługi pacjenta i jakości opieki nad nim, budowanie potencjału instytucjonalnego, w tym kadrowego – wyposażanie w wiedzę, umiejętności i doświadczenie kadry publicznego sektora ochrony zdrowia;
- 23) zmniejszenie dysproporcji w dostępie do usług medycznych;
- 24) utrzymanie dobrego stanu środowiska naturalnego, w tym głównie powietrza, spowodowane zmniejszeniem ilości szkodliwych substancji emitowanych do powietrza – energooszczędne rozwiązania w zakresie robót budowlano-instalacyjnych oraz doposażenia.

Po stronie kosztów należy zidentyfikować nakłady inwestycyjne oraz koszty operacyjne, w tym w zakresie nabytej i wytworzonej infrastruktury – pojawiające się po zakończeniu okresu gwarancyjnego, jak również nakłady odtworzeniowe umożliwiające utrzymanie produktów projektu w prawidłowym stanie technicznym i w pełnej sprawności i gotowości do użycia. Powyższe można jednak uznać jako „koszty nie do uniknięcia” i związane w naturalny sposób z procesem unowocześniania i rozwoju wiążącego się ze zwiększaniem zasobów produkcyjnych podmiotu.

Dane o planowanych efektach rzeczowych inwestycji

Planowane efekty rzeczowe zostały przedstawione tabelarycznie:

ZAKRES	Stan bieżący – przedinwestycyjny			Jednostki funkcjonujące po zakończeniu inwestycji	Planowany stan docelowy – po inwestycyjny		
	powierzchnia całkowita (PC) w m ²	powierzchnia użytkowa (PU) w m ²	liczba łóżek (szt.)		powierzchnia całkowita (PC) w m ²	powierzchnia użytkowa (PU) w m ²	liczba łóżek (szt.)
Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu wraz z AOS	19 341,00	14 018,00	100	Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu wraz z AOS	19 341,00	14 018,00	60
Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej	7 480,70	6 241,70	60	Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej	4 782,33	3 825,86	70

Klinika Medycyny Transplantacyjnej, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych wraz ze Stacją Dializ	4 939,44	3 951,55	50	Centrum Transplantacyjne	24 894,68	19 915,74	166
Klinika Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych	3 566,46	2 853,17	29				
Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej	4 960,70	3 792,88	48				
Apteka	1 610,00	1 288,00		Apteka	400	320	
Laboratorium	1 610,00	1 288,00		Laboratorium	400	320	
Bloki operacyjne	1 690,88	1 352,70		Bloki operacyjne	2 600,00	2 080,00	
Pracownia endoskopowa	64	51,2		Pracownia endoskopowa	450	360	
Zespół Poradni (AOS)	1 075,00	860		Zespół Poradni (AOS)	900	720	
Zakład Radiologii Klinicznej	2 510,00	2 008,00		Zakład Radiologii Klinicznej	850	680	
Łącznik				Łącznik	992	992	
Klinika Dermatologii + Klinika Dermatologii i Wenerologii z AOS	14 528,00	11 622,40	56	Klinika Dermatologii + Klinika Dermatologii i Wenerologii z AOS	3 125,00	2 500,00	40,00
	63 376,18	49 327,60	343,00	RAZEM	58 735,01	45 731,60	336,00

Porównanie stanu obecnego ze stanem docelowym w ramach inwestycji:

ZAKRES	Różnica		
	powierzchnia całkowita (PC) w m ²	powierzchnia użytkowa (PU) w m ²	liczba łóżek (szt.)
Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu wraz z AOS	0,00	0,00	-40,00
Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej	-2 698,37	-2 415,84	10,00
Centrum Transplantacyjne	11 428,08	9 318,14	39,00
Klinika Dermatologii + Klinika Dermatologii i Wenerologii	-11 403,00	-9 122,40	-16,00
Apteka	-1 210,00	-968,00	0
Laboratorium	-1 210,00	-968,00	0
Bloki operacyjne	909,12	727,30	0
Pracownia endoskopowa	386,00	308,80	0
Zespół Poradni (AOS)	-175,00	-140,00	0
Zakład Radiologii Klinicznej	-1 660,00	-1 328,00	0
Łącznik	992,00	992,00	0
	-4 641,17	-3 596,00	-7,00

Mierniki stopnia realizacji

Mierniki stopnia realizacji inwestycji w latach (2021–2026) – wskaźniki monitorujące efekty na poziomie produktów, wynikające bezpośrednio z celów Programu są następujące:

Lp.	Nazwa wskaźnika	Jednostka	Wartość oczekiwana do uzyskania	Rok osiągnięcia wskaźnika
1	Powierzchnia zmodernizowana (PU)	m ²	16 518,00	2026
2	Powierzchnia wybudowana (PU)	m ²	29 213,60	2026
3	Wartość zakupionego sprzętu	PLN	93 984 150	2026

Udział zrealizowanego **zakresu rzeczowego** liczony w okresach rocznych z uwzględnieniem wagi prac przedstawia się następująco:

Rok realizacji	Wielkość środków (w tys. zł)	Cel programu	Zakres rzeczowy zrealizowanego celu	Zakres	Miernik – udział zrealizowanego o zakresie rzeczowego	
					Rocznie %	Narastająco %
2022	91– MZ		Prace przygotowawcze – czynności poprzedzające fazę projektową, obejmujące m.in. analizę dokumentacji archiwalnej dotyczącej terenu inwestycji oraz zakresu niezbędnych do uzyskania dokumentów. Rozpoczęcie procedur administracyjnych związanych z realizacją inwestycji, zmierzające do uzyskania niezbędnych opinii/decyzji organów administracyjnych. Wsparcie eksperckie.	modernizacja istniejącej infrastruktury i budowa nowego budynku	3	3
			Prace przygotowawcze i koncepcyjne - rozpoczęcie procesu inwentaryzacji obszaru inwestycji, obejmującego m.in. badania geologiczne i hydrogeologiczne, badania sozologiczne, inwentaryzację geodezyjną obejmującą zarówno obiekty, jak i sieci instalacyjne, zagospodarowanie terenu oraz inwentaryzację przyrodniczą.			
2023	3 985 – MZ	Poprawa efektywności leczenia pacjentów UCK WUM w ramach Zakładu Leczniczego – SKDJ przez zmianę i poprawę infrastruktury oraz przemiany organizacyjne dostosowane do dynamiki trendów demograficznych	Kontynuacja prac przygotowawczych i koncepcyjnych w toku proces inwentaryzacji obszaru inwestycji, obejmującego m.in. badania geologiczne i hydrogeologiczne, badania sozologiczne, inwentaryzację geodezyjną obejmującą zarówno obiekty, jak i sieci instalacyjne, zagospodarowanie terenu oraz inwentaryzację przyrodniczą, wsparcie eksperckie. Uzyskanie mapy do celów projektowych.	modernizacja istniejącej infrastruktury i budowa nowego budynku	10	13
			Prace przygotowawcze - Ekspertyzy branżowe (dotyczy zarówno modernizacji budynku nr 20, jak i budowy nowego budynku).			
			Prace przygotowawcze i koncepcyjne - uzyskanie niezbędnych decyzji/opinii organów administracyjnych, w tym uzyskanie Decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach, zgody na realizację przedsięwzięcia oraz Decyzji o ustaleniu lokalizacji celu publicznego. Wykonanie opracowań koncepcyjnych.			
			Prace projektowe - Rozpoczęcie etapu opracowania: projektu budowlanego, projektu wykonawczego stanowiącego podstawę do opracowania opisu przedmiotu zamówienia na wyłonienie wykonawcy robót budowlano-instalacyjnych, a także kosztorysu inwestorskiego.			
2024	45 478 – MZ		Prace projektowe - Kontynuacja rozpoczętego w 2023 r. etapu opracowania: projektu budowlanego, projektu wykonawczego stanowiącego podstawę do przeprowadzenia postępowania o zamówienie publiczne oraz wyłonienia wykonawcy robót budowlano-instalacyjnych, a także kosztorysu inwestorskiego. Uzyskanie prawomocnej decyzji o pozwoleniu na budowę. Kontynuacja wsparcia eksperckiego.	modernizacja istniejącej infrastruktury i budowa nowego budynku	17	30
			Faza wykonawcza projektu - Rozpoczęcie robót budowlano-instalacyjnych.			
			Nadzór autorski nad realizowanymi robotami budowlano-instalacyjnymi na podstawie opracowanej dokumentacji projektowej			
			Nadzór inwestorski nad realizowanymi robotami budowlano-instalacyjnymi we wszystkich branżach			
			Przygotowanie terenu budowy, w tym organizacja zaplecza budowy			
			Przyłącza do budynku			
Prace rozbiórkowe i demontaże (modernizacja budynku nr 20, rozbiórka istniejących budynków kolidujących z budową						

		nowego budynku). Prace demontażowe w zakresie istniejących instalacji wodno-kanalizacyjnych; centralnego ogrzewania; wentylacyjnych i klimatyzacyjnych; gazów medycznych oraz elektrycznych i teletechnicznych.				
2025	210 067 – MZ 3 486 – Inwestor	Stan surowy	modernizacja istniejącej infrastruktury i budowa nowego budynku	35	65	
		Nadzór autorski nad realizowanymi robotami budowlano- instalacyjnymi na podstawie opracowanej dokumentacji projektowej				
		Nadzór inwestorski nad realizowanymi robotami budowlano- instalacyjnymi we wszystkich branżach				
		Wsparcie eksperckie				
		Przyłącza do budynku, poprzedzone przygotowaniem terenu				
		Kontynuacja rozpoczętych w 2024 r. prac rozbiórkowych i demontażowych.				
		Stan surowy				
		Instalacje wodno-kanalizacyjne				
		Instalacje CO				
		Instalacje wentylacji i klimatyzacji				
		Instalacje elektryczne i teletechniczne				
		Gazy medyczne				
		Prace wykończeniowe				
		Urządzenia technologiczne				
		Budowa łącznika	<i>budowa łącznika</i>			
		Budowa sieci	<i>modernizacja sieci</i>			
		Modernizacja dróg, ciągów komunikacyjnych, nawierzchni	<i>modernizacja ciągów komunikacyjnych, dróg nawierzchni na terenie SKDJ</i>			
2026	270 260 – MZ 14 443 – Inwestor	Nadzór autorski nad realizowanymi robotami budowlano- instalacyjnymi na podstawie opracowanej dokumentacji projektowej	modernizacja i budowa nowego budynku	35	100	
		Nadzór inwestorski nad realizowanymi robotami budowlano- instalacyjnymi we wszystkich branżach				
		Rozruch i uruchomienie				
		Instalacje wodno-kanalizacyjne				
		Instalacje CO				
		Instalacje wentylacji i klimatyzacji				
		Instalacje elektryczne i teletechniczne				
		Gazy medyczne				
		Prace wykończeniowe				
		Urządzenia technologiczne				
		Budowa łącznika				<i>budowa łącznika</i>
		Budowa sieci				<i>modernizacja sieci</i>
		Modernizacja dróg, ciągów komunikacyjnych, nawierzchni				<i>modernizacja ciągów komunikacyjnych, dróg nawierzchni na terenie SKDJ</i>
		Zakup pierwszego wyposażenia				<i>Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, Kliniki posadowione w nowym budynku,</i>

							w tym Centrum Transplantacyjne, Klinika Dermatologii i Wenerologii, Klinika Dermatologiczna		
--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

Udział zrealizowanego zakresu rzeczowego w ujęciu rzeczowo-finansowym, co roku i narastająco w okresach rocznych z uwzględnieniem wagi prac i montażem finansowym przedstawia się następująco:

W tysiącach złotych:

w tys. zł	2022	2023	2024	2025	2026	RAZEM
Prace projektowe	91	3 244	5 275	2 451	0	11 061
Nadzór autorski	0	0	281	386	458	1 125
Nadzór inwestorski	0	0	943	1 543	1 488	3 974
Ekspertyzy	0	741	183	159	0	1 083
Rozruch i uruchomienie	0	0	0	0	1 870	1 870
Przygotowanie terenu	0	0	2 254	269	90	2 613
Przyłącza do budynku	0	0	3 382	404	513	4 299
Prace rozbiórkowe i demontaże	0	0	2 063	685	1 593	4 341
Stan surowy	0	0	18 572	63 037	2 125	83 734
Prace wykończeniowe	0	0	0	60 296	90 853	151 149
Instalacje wodno kanalizacyjne	0	0	2 505	6 712	8 318	17 535
Instalacje centralnego ogrzewania	0	0	2 505	7 384	8 696	18 585
Instalacje wentylacyjne i klimatyzacyjne	0	0	2 505	10 069	12 855	25 429
Instalacje gazów medycznych	0	0	0	4 699	7 562	12 261
Instalacje elektryczne i teletechniczne	0	0	5 010	14 097	14 367	33 474
Urządzenia technologiczne i transportu	0	0	0	2 014	2 268	4 282
Zakup pierwszego wyposażenia oraz wysokospecjalistycznego sprzętu medycznego	0	0	0	0	93 984	93 984
Budowa sieci	0	0	0	35 171	33 239	68 410
Modernizacja dróg, ciągów komunikacyjnych, nawierzchni	0	0	0	4 177	4 424	8 601
	91	3 985	45 478	213 553	284 703	547 810
Źródło finansowania:						
MZ	91	3 985	45 478	210 067	270 260	529 881
Inwestor	0	0	0	3 486	14 443	17 929
						547 810

Narastająco:

narastająco w tys. zł	2022	2023	2024	2025	2026
Prace projektowe	91	3 335	8 611	11 061	11 061
Nadzór autorski	0	0	281	667	1 125
Nadzór inwestorski	0	0	943	2 486	3 974
Ekspertyzy	0	741	924	1 083	1 083
Rozruch i uruchomienie	0	0	0	0	1 870
Przygotowanie terenu	0	0	2 254	2 523	2 613

<i>Przyłącza do budynku</i>	0	0	3 382	3 786	4 299
<i>Prace rozbiórkowe i demontaże</i>	0	0	2 063	2 748	4 341
<i>Stan surowy</i>	0	0	18 572	81 609	83 734
<i>Prace wykończeniowe</i>	0	0	0	60 296	151 149
<i>Instalacje wodno kanalizacyjne</i>	0	0	2 505	9 217	17 535
<i>Instalacje centralnego ogrzewania</i>	0	0	2 505	9 889	18 585
<i>Instalacje wentylacyjne i klimatyzacyjne</i>	0	0	2 505	12 574	25 429
<i>Instalacje gazów medycznych</i>	0	0	0	4 699	12 261
<i>Instalacje elektryczne i teletechniczne</i>	0	0	5 010	19 107	33 474
<i>Urządzenia technologiczne i transportu</i>	0	0	0	2 014	4 282
<i>Zakup pierwszego wyposażenia oraz wysokospecjalistycznego sprzętu medycznego</i>	0	0	0	0	93 984
<i>Budowa sieci</i>	0	0	0	35 171	68 410
<i>Modernizacja dróg, ciągów komunikacyjnych, nawierzchni</i>	0	0	0	4 177	8 601
<i>wydatki narastająco (w tys. zł)</i>	91	4 076	49 554	263 107	547 810
<i>Źródło finansowania:</i>					
MZ	91	4 076	49 554	259 621	529 881
Inwestor	0	0	0	3 486	17 929

0,20% 0,74% 9,05% 48,03% 100,00%

2022	2023	2024	2025	2026
1%	1%	10%	49%	100%

Źródło finansowania (w tys. zł):

MZ	91	4 076	49 554	259 621	529 881
Inwestor	0	0	0	3 486	17 929

Finansowanie w ujęciu %

MZ	0,02%	0,77%	9,35%	49,00%	100,00%
Inwestor	0,00%	0,00%	0,00%	19,44%	100,00%

Zestawienie planowanych środków z poszczególnych źródeł na finansowanie inwestycji w kolejnych latach realizacji

Zestawienie planowanych do poniesienia wydatków w poszczególnych grupach kosztów w poszczególnych latach realizacji wraz z montażem finansowym (źródła finansowania wydatków w poszczególnych latach) przedstawia poniższa tabela:

Zestawienie wydatkowania w grupach kosztów	W ZŁOTYCH						
GRUPA kosztów	Brutto	2022	2023	2024	2025	2026	RAZEM
1	-	0	0	0	0	0	-
2	6 911 879	-	-	5 636 079	672 738	603 062	6 911 879
3	263 932 775	-	-	20 635 414	137 036 953	106 260 408	263 932 775
4	155 267 474	-	-	12 524 860	67 127 080	75 615 534	155 267 474
5	8 601 200	-	-	-	4 177 600	4 423 600	8 601 200
6	93 984 150	-	-	-	-	93 984 150	93 984 150
7	19 112 452	90 774	3 985 000	6 682 175	4 538 321	3 816 182	19 112 452
	547 809 930	90 774	3 985 000	45 478 528	213 552 692	284 702 936	547 809 930
	MZ	90 774	3 985 000	45 478 528	210 066 842	270 259 856	529 881 000
	Inwestor	-	-	-	3 485 850	14 443 080	17 928 930
	MZ	100,00%	100,00%	100,00%	98,37%	94,93%	96,73%
	Inwestor	0,00%	0,00%	0,00%	1,63%	5,07%	3,27%

Zestawienie wydatkowania w grupach kosztów	W TYS. ZŁOTYCH						
GRUPA kosztów	Brutto	2022	2023	2024	2025	2026	RAZEM
1	-	-	-	-	-	-	-
2	6 912	-	-	5 636	673	603	6 912
3	263 933	-	-	20 635	137 037	106 260	263 933
4	155 267	-	-	12 525	67 127	75 616	155 267
5	8 601	-	-	-	4 178	4 424	8 601
6	93 984	-	-	-	-	93 984	93 984
7	19 112	91	3 985	6 682	4 539	3 816	19 112
	547 810	91	3 985	45 478	213 553	284 703	547 810
	MZ	91	3 985	45 478	210 067	270 260	529 881
	Inwestor	-	-	-	3 486	14 443	17 929
	MZ	100,00%	100,00%	100,00%	98,37%	94,93%	96,73%
	Inwestor	0,00%	0,00%	0,00%	1,63%	5,07%	3,27%

Harmonogram rzeczowo-finansowy inwestycji

Harmonogram inwestycji został zaplanowany adekwatnie do zakresu objętego inwestycją. Czas przeznaczony na poszczególne etapy, w ich ramach – działania, a szerzej – kamienie milowe, uwzględnia wolumen dostępnych zasobów oraz warunki zewnętrzne, np. czas niezbędny na procedowanie aspektów administracyjnych (np. decyzji, pozwoleń, zaleceń, opinii, uzgodnień). Poniższy harmonogram nie uwzględnia kategorii kosztów (1), z uwagi na fakt, że budżet nie przewiduje wydatków w tym zakresie. Załączony harmonogram identyfikuje ten fakt.

		2022	2023	2024	2025	2026
Zadanie nr 1 – Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu	93 089 042	13 616	603 727	9 022 446	35 408 751	48 040 502
Zadanie nr 2 – Przebudowa budynku na potrzeby Klinik Dermatologii i Wenerologii oraz Kliniki Dermatologicznej wraz z AOS	11 928 600	-	-	-	485 850	11 442 750
Zadanie nr 3 – Budowa nowego budynku szpitalnego na terenie kampusu wraz z łącznikiem z budynkiem głównym	364 720 511	45 387	2 102 044	32 069 848	141 540 030	188 963 202
Zadanie nr 4 – Modernizacja sieci ciepłowniczych, teleinformatycznych, sieci przeciwpożarowej i alarmowej, zasilania energetycznego i infrastruktury wodno-kanalizacyjnej	72 896 570	27 232	1 198 268	4 368 043	33 579 897	33 723 130
Zadanie 5 – Przebudowa, miejscowe odtworzenie nawierzchni asfaltowych i ciągów pieszych, modernizacja ciągów komunikacyjnych	5 175 207	4 539	80 961	18 191	2 538 164	2 533 352
		90 774	3 985 000	45 478 528	213 552 692	284 702 936

Dane o planowanym okresie zagospodarowania obiektów budowlanych i innych składników majątkowych po zakończeniu inwestycji oraz o planowanej kwocie środków finansowych i źródłach ich pochodzenia, które umożliwiają zagospodarowanie tych efektów rzeczowych w planowanym okresie

Po zakończeniu inwestycja będzie w pełni funkcjonalna, tj. będzie możliwy formalny odbiór i przejęcie do eksploatacji (fazy operacyjnej). Produktami inwestycji będą gotowe do użytkowania zarówno pod względem technicznym, jak i formalnym obiekty – przestrzenie oraz budynki, w tym zakresie inwestycja nie będzie wymagała zagospodarowania, tj. dodatkowych elementów umożliwiających funkcjonowanie. Zakres inwestycji został tak zaplanowany, aby po zakończeniu nie było potrzeby dokonywania interwencji w żadnym zakresie. Z tego powodu w zakresie rzeczowym ujęto zadania dotyczące modernizacji sieci oraz infrastruktury towarzyszącej zapewniającej możliwość odbiorów i użytkowania wytworzonej infrastruktury – zmodernizowanych budynków i budowa nowego obiektu budowlanego. W odniesieniu do zakupu sprzętu i aparatury medycznej, w zakresie, w jakim będzie to niezbędne, w trakcie realizacji inwestycji będą pozyskiwane stosowne decyzje i pozwolenia (np. w obszarze aparatury do diagnostyki obrazowej), według harmonogramu skorelowanego z tempem prac budowlanych oraz planowanymi terminami odbiorów. Zakup infrastruktury sprzętowej wraz z realizacją szkoleń obsługowych, kończących proces inwestycyjny, jest planowany w końcowej fazie realizacji inwestycji, ale przed odbiorami technicznymi, w tym służb zewnętrznych (m.in. Sanepid) z uwagi na charakterystykę obszarów medycznych. Wymieniony zakup jest planowany w okresie I–IV kwartał 2026 r. za kwotę 93 984 tys. zł, finansowany ze środków dotacji celowej. W IV kwartale 2026 r. jest planowany rozruch (rozpoczęcie okresu operacyjnego).

Po wymienionych działaniach realizacja zadania będzie kompletna, zakończona uzyskaniem produktów w IV kwartale 2026 r. W tych terminach planowany jest okres zagospodarowania obiektów po zakończeniu poszczególnych zadań, rozruch i rozpoczęcie fazy operacyjnej – eksploatacji.

Inwestor zapewni środki w ramach wkładu własnego w wysokości 17 929 tys. zł w ramach inwestycji. Zgodnie z zasadami gospodarki finansowej UCK WUM, w okresie operacyjnym, będą konieczne do ponoszenia z jego budżetu koszty operacyjne, a po okresie gwarancyjnym, jednak poza okresem odniesienia, mogą się pojawić koszty odtworzeniowe (nie są brane pod uwagę w kalkulacjach finansowych). Nie przewiduje się zmiany przeznaczenia wytworzonej infrastruktury ani jej zbycia, zatem nie jest szacowana także wartość rezydualna.

W związku z tym UCK WUM zapewni środki na utrzymanie obiektów budowlanych i innych składników majątkowych ze środków publicznych w wysokości niezbędnej do zachowania operacyjnej gotowości do

działania w każdym roku operacyjnej działalności. Według prognoz wartość wymienionych pozycji będzie kształtowała się na poniższym poziomie w poszczególnych okresach odniesienia:

ROK:	0	1	2	3	4	5	6	
Wpływy	195 810 388,86	204 701 423,27	205 110 826,11	205 521 047,77	205 932 089,86	206 343 954,04	206 756 641,95	
Wydatki	717 478 058,90	181 094 169,12	181 154 254,08	181 215 609,22	181 278 223,70	181 342 086,81	181 407 187,93	
ROK:	7	8	9	10	11	12	13	14
Wpływy	207170155,23	207584495,54	207999664,54	208207664,20	208415871,86	208624287,74	208832912,02	209041744,94
Wydatki	181473516,57	181541062,32	181609814,89	181679764,10	181770998,77	181863048,24	181955907,53	181963498,85
ROK:	15	16	17	18	19	20		
Wpływy	209 250 786,68	209 460 037,47	209 669 497,50	209 879 167,00	210 089 046,17	210 299 135,22		
Wydatki	181 971 761,06	181 980 689,16	181 990 278,19	182 000 523,21	182 011 419,37	182 022 961,80		

Źródłem pochodzenia tych środków będą płatności za wykonane procedury – środki otrzymywane z Narodowego Funduszu Zdrowia w wysokości od 195 810 388,86 zł do 210 299 135,22 zł. Kwoty te zapewnią możliwość pokrycia wydatków operacyjnych i ewentualnych nakładów.

Poziom finansowania SKDJ nie stwarza zagrożenia dla utrzymania finansowej trwałości inwestycji. Świadczenia zdrowotne stacjonarne i ambulatoryjne są realizowane przede wszystkim w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia (97% przychodów netto ze sprzedaży świadczeń zdrowotnych), w szczególności w następujących rodzajach umów: leczenie szpitalne oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Analiza celowości i możliwości wykonania inwestycji etapami

Inwestycja zaplanowana do realizacji, w związku z jej zakresem i koniecznością zapewnienia kompatybilności rozwiązań projektowych i wykonawczych, nie przewiduje etapowania. W związku z tym nie zaplanowano sekwencyjnego działania, a jeden proces inwestycyjny, obejmujący kolejne kroki/działania, zgodnie z logiką przedsięwzięcia i procedurami niezbędnymi do realizacji. Tym samym w Programie nie są wyróżnione etapy realizacyjne, a zaplanowane zadania i procedury wynikają z zakresu implikującego przyjęcie kolejności działań. Realizacja programu wieloletniego nie zakłada wykonywania inwestycji etapami w rozumieniu rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 2 grudnia 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu i trybu finansowania inwestycji z budżetu państwa.

Program obejmuje modernizację istniejącej infrastruktury oraz rozbudowę kompleksu budynków szpitala o nowy budynek. Program w warstwie finansowej przewiduje wydatki dotyczące przygotowania terenu, robót budowlanych, instalacyjnych, zagospodarowanie terenu, zakup wyposażenia oraz prace przygotowawcze, ekspertyzy, koszty uruchomienia i rozruchu.

Przewiduje się następujące szacunkowe parametry inwestycji:

ZAKRES Inwestycji	Planowany stan docelowy – poinwestycyjny		
	powierzchnia całkowita (PC) w m ²	powierzchnia użytkowa (PU) w m ²	liczba łóżek (szt.)
	58 735,01	45 731,60	336,00

WARTOŚĆ KOSZTORYSOWA INWESTYCJI Z WYSZCZEGÓLNIENIEM GRUP KOSZTÓW

Realizacja Programu w zakresie rzeczowo-finansowym została przewidziana na lata 2022–2026. Program będący przedmiotem pogłębionej analizy skalkulowany został na kwotę 547 809 930,00 zł (547 810 tys. zł), z czego:

- środki Inwestora – 17 928 930,00 zł (17 929 tys. zł);
- środki dotacji z budżetu państwa – 529 881 000,00 zł (529.881 tys. zł).

Lp.	Rodzaje grup kosztów	Wartość prac
		brutto w zł
1	2	3
1	Pozyskanie działki budowlanej	-
2	Przygotowanie terenu i przyłączenia obiektów do sieci	6 911 879
3	Budowa obiektów podstawowych	263 932 775
4	Instalacje	155 267 474
5	Zagospodarowanie terenu i budowa obiektów pomocniczych	8 601 200
6	Wyposażenie	93 984 150
7	Prace przygotowawcze, projektowe obsługa inwestorska oraz ewentualnie szkolenia i rozruch technologiczny	19 112 452
RAZEM		547 809 930
W tym rezerwa (do 10% – nowe zadania, do 15% przebudowa/modernizacja od wartości rbm z grup 2, 3, 4, 5)		44 592 436

Wyliczenie kwoty rezerwy:			
kategorie kosztów 2–5	434 713 328	44 592 436	wskaźnik
nowy budynek	272 878 609	27 287 861	10%
modernizacja i przebudowa	161 834 719	17 304 575	11%

ZAŁĄCZNIKI

1. Wartość kosztorysowa inwestycji z wyszczególnieniem 7 grup kosztów.
2. Zestawienie planowanych środków z poszczególnych źródeł na finansowanie inwestycji w kolejnych latach realizacji.
3. Harmonogram rzeczowo-finansowy inwestycji.
4. Oświadczenie Inwestora o prawie do dysponowania nieruchomością na cele budowlane, o którym mowa w art. 3 pkt 11 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane.
5. Pisemne zobowiązanie Inwestora do przeznaczenia środków własnych, pokrywających różnicę między wartością kosztorysową inwestycji a środkami przydzielonymi przez Ministra Zdrowia lub pochodzącymi z innych źródeł.