

Warszawa, grudzień 2024 r.

Załącznik

do uchwały nr ……/2024 Rady Ministrów z dnia ……….2024 r.

**Wieloletni Program Inwestycji**

w zakresie rewitalizacji i rozbudowy Narodowego
Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie –

Państwowego Instytutu Badawczego – etap I

Spis treści

[**1.** **Analiza społeczno-gospodarcza otoczenia i trendów w kraju i dla województwa mazowieckiego w zakresie rynku usług medycznych** 3](#_Toc177112105)

[1.1. Struktura demograficzna 3](#_Toc177112106)

[1.2. Sytuacja epidemiologiczna 4](#_Toc177112107)

[1.3. Rozwój gospodarczy i wydatki na zdrowie 5](#_Toc177112108)

[**2.** **Strategie krajowe i województwa mazowieckiego w zakresie walki z rakiem i opieki onkologicznej** 6](#_Toc177112109)

[**3.** **Zgodność Programu z dokumentami strategicznymi na poziomie krajowym i regionalnym** 8](#_Toc177112110)

[3.1. Dokumenty strategiczne na poziomie krajowym 8](#_Toc177112111)

[3.2. Dokumenty strategiczne na poziomie regionalnym 11](#_Toc177112112)

[**4.** **Działalność Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego** 11](#_Toc177112113)

[**5.** **Planowane cele i obszary rozwoju działalności Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego** 12](#_Toc177112114)

[5.1. Obszary rozwoju 12](#_Toc177112115)

[5.2. Planowane obszary działalności medycznej Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego 19](#_Toc177112116)

[5.3. Informacja na temat jednostek odpowiedzialnych za realizację Programu 21](#_Toc177112117)

[5.4. Struktura zarządzania systemem monitorowania w ramach Programu, w tym wskazania w ujęciu zadaniowym mierników realizacji Programu 21](#_Toc177112118)

[**6.** **Zakres i efekty rzeczowe** 22](#_Toc177112119)

[6.1. Zakres i efekty rzeczowe inwestycji 22](#_Toc177112120)

[**7.** **Źródła finansowania** 23](#_Toc177112121)

[7.1. Zestawienie planowanych środków z poszczególnych źródeł na finansowanie inwestycji w kolejnych latach realizacji 24](#_Toc177112122)

[**8.** **Przewidywany okres zagospodarowania obiektów budowlanych i innych składników majątkowych po zakończeniu realizacji inwestycji** 24](#_Toc177112123)

[8.1. Okres zagospodarowania dla inwestycji 24](#_Toc177112124)

[**9.** **Mierniki stopnia realizacji inwestycji** 25](#_Toc177112125)

[9.1. Mierniki 25](#_Toc177112126)

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

## Struktura demograficzna

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

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

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

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

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

Statystycznie, kobiety żyją dłużej niż mężczyźni, natomiast szybszy wzrost przeciętnego trwania życia mężczyzn niż kobiet powoduje systematyczne zmniejszanie się luki pomiędzy średnią długością życia płci – z 8,7 lat w 2006 r. do 8 lat w 2015 r. Oczekiwana długość życia w zdrowiu (tj. życie spędzone w zdrowiu i dobrej kondycji fizycznej) kobiet i mężczyzn w kraju również wzrosła w latach 2006-2015, natomiast rosła wolniej niż przeciętne trwanie życia. Szybszy wzrost oczekiwanej długości życia w zdrowiu mężczyzn niż kobiet pozwolił na przestrzeni analizowanej dekady na zmniejszenie się luki pomiędzy życiem w zdrowiu obydwu płci z 4,4 lat w 2006 r. do 2,9 lat w 2015 r. Różnica pomiędzy przeciętnym trwaniem życia a oczekiwaną długością życia w zdrowiu świadczy o średniej długości ostatnich lat życia spędzonych w chorobie. Niepokojący jest fakt pogłębiania się tej różnicy dla analizowanej dekady – w 2006 r. było to 16,8 i 12,5 kolejno dla kobiet i mężczyzn, natomiast w 2015  r. wzrosło odpowiednio do 18,5 i 13,4 lat. Wydłużanie się trwania życia w chorobie może świadczyć o naprawczym charakterze współczesnej medycyny wykorzystującej technologie medyczne pozwalające na utrzymanie chorującego pacjenta coraz dłużej przy życiu, co jest charakterystyczne dla leczenia chorób, będących aktualnie głównymi przyczynami zgonów.

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

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

## Sytuacja epidemiologiczna

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

W 2015 r. w kraju zanotowano ok. 395 tys. zgonów. Choroby układu krążenia i nowotwory były przyczyną ponad 70% wszystkich zgonów. Najczęstszą przyczyną były choroby układu krążenia, które w 2015 r. stanowiły 46% wszystkich zgonów (180 tys.), przy czym u kobiet aż 51%, natomiast u mężczyzn 41%. Drugą najczęstszą przyczyną były choroby nowotworowe, które stanowiły 27% wszystkich zgonów (105 tys.). Nowotwory nieco częściej były odpowiedzialne za zgony wśród mężczyzn (29%) niż wśród kobiet (25%). Trzecią z kolei przyczyną zgonów wśród mężczyzn były zewnętrzne przyczyny zgonu (np. wypadki) i stanowiły 7% wszystkich zgonów, natomiast wśród kobiet były to choroby układu oddechowego odpowiedzialne za 6% zgonów w 2015 r. Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania w 2015 r., na wsi większy udział wśród przyczyn zgonów miały choroby układu krążenia (48% w porównaniu do 46% w obszarach miejskich), natomiast w miastach większy był udział zgonów z powodu nowotworów (27% w porównaniu do 24% w obszarach wiejskich).

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

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

## Rozwój gospodarczy i wydatki na zdrowie[[1]](#footnote-1)

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

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

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

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

W 2015 r. 61% wydatków na ochronę zdrowia pochodziło z obowiązkowych składkowych ubezpieczeń zdrowotnych. W tym samym roku koszty świadczeń zdrowotnych dla świadczeniobiorców poniesione przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „NFZ”, wyniosły 67 mld zł, z czego 50% przeznaczono na sfinansowanie leczenia szpitalnego, 13% na podstawową opiekę zdrowotną, 12% na refundację leków i 8% na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną.

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

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

1. **Narodowa Strategia Onkologiczna – program wieloletni na lata 2020-2030;**
2. **Strategia Walki z Rakiem w Polsce 2015-2024.**

**Narodowa Strategia Onkologiczna** została ustanowiona w drodze uchwały nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030 (M.P. z 2024 r. poz. 204), na podstawie art. 1 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 26 kwietnia 2019 r. o Narodowej Strategii Onkologicznej (Dz. U. poz. 969). Narodowa Strategia Onkologiczna jest finansowana z budżetu państwa, a jej wykonawcą jest minister właściwy do spraw zdrowia. Program wpisuje się w ramy innych powiązanych dokumentów strategicznych, takich jak:

1. „Krajowe ramy strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata
2014-2020”;
2. „Narodowy Program Zdrowia 2016-2020”;
3. „Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020”;
4. „Strategia Sprawne Państwo 2020” (Cel 5. Efektywne świadczenie usług publicznych);
5. „Europa 2020. Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu”.

Cele strategiczne Narodowej Strategii Onkologicznej to:

1. obniżenie zachorowalności na choroby nowotworowe przez edukację zdrowotną, promocję zdrowia i profilaktykę, w tym kształtowanie świadomości prozdrowotnej i propagowanie zdrowego stylu życia;
2. poprawę profilaktyki, wczesnego wykrywania, diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych;
3. rozwój systemu opieki zdrowotnej w obszarze onkologii przez koncentrację działań wokół chorego i jego potrzeb, ze szczególnym uwzględnieniem poprawy jakości życia chorych i ich rodzin;
4. zapewnienie równego dostępu do wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej w obszarze onkologii, udzielanych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną;
5. opracowanie i wdrożenie zmian organizacyjnych, które zapewnią chorym równy dostęp do koordynowanej i kompleksowej opieki zdrowotnej w obszarze onkologii;
6. rozwój działalności szkoleniowej i edukacji oraz kształcenia kadr medycznych w obszarze onkologii;
7. rozwój badań naukowych mających na celu poprawę i wzrost efektywności oraz innowacyjności leczenia chorób nowotworowych.

Z kolei w **Strategii Walki z Rakiem w Polsce 2015-2024** wskazano, żecelem jej jest wskazanie głównych kierunków zmian w kraju dla obniżenia wskaźników zachorowalności i  umieralności na nowotwory oraz poprawy jakości życia chorych na nowotwory.

Na poziomie województwa mazowieckiego tematyka walki z chorobami nowotworowymi
i opieki systemowej nad pacjentami onkologicznymi została pośrednio ujęta w dokumenciepn. **„Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa mazowieckiego”** ustanowionym w 2016 r., w którym problem chorób nowotworowych został ujęty, jako pierwszy priorytet tego dokumentu: „Zapewnienie kompleksowej opieki nad pacjentem z chorobą nowotworową na wszystkich etapach postępowania diagnostyczno-terapeutycznego”.

Wytyczne unijne w zakresie walki z rakiem i opieki onkologicznej obejmują:

1. **„Strategic Plan 2016-2020. DG Health & Food Safety”** – dokument odnosi się do obszaru chorób nowotworowych w dwóch celach szczegółowych:
	1. Efektywna kosztowo promocja zdrowia i profilaktyka chorób,
	2. Dostęp do repozytorium danych epidemiologicznych i rejestrów chorób.
2. **„Third EU Health Programme 2014-2020”** –do zagadnienia chorób nowotworowych program odnosi się bezpośrednio w celu dotyczącym promocji zdrowia, profilaktyki chorób i wspierania środowisk propagujących zdrowy styl życia.

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

1. **European Partnership for Action Against Cancer** (Europejskie Partnerstwo na Rzecz Walki z Rakiem; EPAAC) – zadaniem EPAAC było przede wszystkim wsparcie państw członkowskich w ich wysiłkach na rzecz bardziej efektywnej walki z rakiem przez utworzenie ram dla pozyskiwania i wymiany informacji, umiejętności i wiedzy w zakresie profilaktyki i zwalczania raka, aby osiągnąć efekt synergii i uniknąć rozproszenia działań oraz podwajania wysiłków.
2. **Rekomendacje Rady Unii Europejskiej w zakresie badań przesiewowych nowotworów** – Rada Unii Europejskiej wydała w 2003 r. rekomendacje określające zasady dobrych praktyk w zakresie wczesnego wykrywania raka i wezwała wszystkie państwa członkowskie do podjęcia wspólnych działań w celu wdrożenia krajowych programów badań przesiewowych w kierunku raka piersi, szyjki macicy oraz jelita grubego.
3. **Europejski kodeks walki z rakiem** – to inicjatywa Komisji Europejskiej zapoczątkowana w 1987 r. mająca na celu informowanie obywateli o działaniach, które mogą podjąć w odniesieniu do siebie i swojej rodziny, aby zmniejszyć ryzyko zachorowania na raka.

# **Zgodność Programu z dokumentami strategicznymi na poziomie krajowym i regionalnym**

## Dokumenty strategiczne na poziomie krajowym

1. **Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do 2020 roku (z perspektywą do 2030 roku)**;
2. **Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2030,** zwana dalej „KSRR”;
3. **Krajowe ramy strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020;**
4. **Krajowe Inteligentne Specjalizacje**.

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

Wieloletni Program Inwestycji w zakresie rewitalizacji i rozbudowy Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego – etap I, zwany dalej „Programem Rewitalizacji”, wpisuje się w następujący cel szczegółowy wymieniony w Strategii:

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

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

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

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

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

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

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

**Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2030** została ustanowiona w drodze uchwały nr 102 Rady Ministrów z dnia 17 września 2019 r. w sprawie przyjęcia „Krajowej Strategii Rozwoju Regionalnego 2030” (M.P. poz. 1060). Ramy prawne KSRR określają przepisy ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz. U. z 2024 r. poz.  324, z późn. zm.). KSRR 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 jest podstawowym dokumentem strategicznym polityki regionalnej państwa w perspektywie do 2030 r.

Program Rewitalizacji wpisuje się w następujący cel 1.5.3. wymieniony w KSRR:Zwiększenie spójności rozwoju kraju w wymiarze społecznym, gospodarczym, środowiskowym i przestrzennym **−** Rozwój infrastruktury wspierającej dostarczanie usług publicznych i podnoszącej atrakcyjność inwestycyjną obszarów**:** Infrastruktura społeczna.

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

Program Rewitalizacji wpisuje się cel główny strategiczny–*zwiększenie długości życia w zdrowiu, jako czynnika wpływającego na jakość życia i wzrost gospodarczy w kraju* określony w *Policy Paper* oraz

w następujące cele długoterminowe wymienione w *Policy Paper*:

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

**Krajowe Inteligentne Specjalizacje**

Program Rewitalizacji wpisuje się w następujące Krajowe Inteligentne Specjalizacje:

**Krajowe Inteligentne Specjalizacje 1. Zdrowe Społeczeństwo: DZIAŁ II – Diagnostyka i terapia chorób**.

## Dokumenty strategiczne na poziomie regionalnym

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

Program Rewitalizacji wpisuje się w następujący cel wymieniony w Strategii:

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

**Regionalna Strategia Innowacji dla Mazowsza do 2020 roku**

Program Rewitalizacji wpisuje się cel główny: *wzrost innowacyjności Mazowsza, prowadzący do przyspieszenia wzrostu i zwiększenia konkurencyjności w skali Unii Europejskie* i związane z nim kierunki działań Strategii.

# **Działalność Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego**

Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, zwany dalej „NIO-PIB”, jest największym szpitalem onkologicznym w kraju (w 2017 r. liczba hospitalizowanych wyniosła 84 tys. pacjentów, liczba porad 376 tys.) oraz największym podmiotem leczniczym w województwie mazowieckim pod względem wielkości umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych z NFZ. W latach 2015-2017 wartości ww. umów NIO-PIB stanowiły ok. 5-6% wszystkich umów przydzielonych przez NFZ w województwie. Wartości ww. umów szpitala wyniosły 441,15 mln zł, 475,54 mln zł oraz 523,49 mln zł kolejno dla lat 2015-2017. Oznacza to, że wartości umów NIO-PIB z NFZ wzrosły w 2017 r. o 6% w porównaniu do 2016 r. i o 14% w porównaniu do 2015 r.

Zakresy świadczeń opieki zdrowotnej: leczenie szpitalne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna i świadczenia zdrowotne realizowane na podstawie odrębnych umów z NFZ stanowiły w analizowanych latach łącznie 99% umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej podpisanych przez NIO-PIB z NFZ. Te trzy rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej będą przedmiotem dalszej analizy umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych z NFZ w województwie mazowieckim w zakresie opieki onkologicznej, w rozumieniu ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej, w latach 2015-2017. Instytut udziela również świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza, profilaktyczne programy zdrowotne, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień oraz opieka paliatywna i hospicyjna, co stanowi ok. 1% działalności szpitala.

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

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

# **Planowane cele i obszary rozwoju działalności Narodowego Instytutu Onkologii** **im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego**

## Obszary rozwoju

Kierunki rozwoju i zmiany w zakresie opieki onkologicznej uwzględniają działania w pięciu obszarach:

1. systemowym;
2. populacyjnym;
3. indywidualnym (zorientowanym na pacjenta);
4. dydaktyczno-szkoleniowym;
5. naukowo-badawczym.

Obszary dla planowanych kierunków rozwoju działalności NIO-PIB są zbieżne z obszarami krajowych dokumentów strategicznych i uwzględniają dwa istotne cele:

**Cel 1:**

***Poprawa świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie chorób nowotworowych***

**Cel 2:**

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

**Obszar systemowy**

W obszarze systemowym kierunki rozwoju działalności NIO-PIB dla Celu 1 uwzględniają m.in. następujące działania:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr** | **Działanie** |
| 1 | **Pełnienie funkcji Krajowego Ośrodka Monitorującego (**na mocy ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej) |
| 1. zapewnienie opracowywania i aktualizowania przez odpowiednie towarzystwa naukowe lub zespoły naukowe wytycznych postępowania diagnostyczno-leczniczego w onkologii, w tym przez adaptację krajowych i zagranicznych opracowań, oraz standardów organizacyjnych w onkologii i przekazuje je do Krajowej Rady Onkologicznej, zwanej dalej „Radą”;
2. analizowanie na poziomie krajowym danych dotyczących stosowania kluczowych zaleceń dotyczących organizacji i postępowania klinicznego, właściwych dla nich wskaźników jakości opieki onkologicznej oraz ścieżek pacjenta dla poszczególnych jednostek chorobowych lub dziedzin medycyny dotyczących świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie opieki onkologicznej i przekazywanie wyników i wniosków z dokonanych analiz za dany rok kalendarzowy do Rady w terminie do dnia 31 maja następnego roku kalendarzowego za rok poprzedni;
3. opracowanie propozycji zmian wskaźników jakości opieki onkologicznej i przekazywanie do zaopiniowania Radzie;
4. monitorowanie przebiegu, jakość i efektów programów zdrowotnych dotyczących profilaktyki onkologicznej oraz przedstawianie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia propozycji modyfikacji realizacji tych programów, opierając się na wnioskach opracowanych na podstawie nieprzetworzonych danych źródłowych dotyczących indywidualnych osób objętych opieką onkologiczną z systemów, dla których administratorem danych jest NFZ na podstawie art. 22 ust. 4 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2023 r. poz. 2465);
5. prowadzenie szkolenia dotyczącego profilaktyki, diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego dla osób udzielających świadczeń opieki onkologicznej;
6. realizacja zadań zleconych przez Radę;
7. opracowanie wzoru anonimowej ankiety oceny satysfakcji świadczeniobiorców i udostępnienie tej ankiety na swojej stronie internetowej;
8. przygotowanie rekomendacji dla ministra właściwego do spraw zdrowia, w zakresie promocji zdrowia oraz edukacji społecznej, w porozumieniu z Radą;
9. inicjacja działań dotyczących zapobiegania chorobom nowotworowym i ich zwalczania, w porozumieniu z Radą.
 |
| 2 | **Pełnienie funkcji Wojewódzkiego Ośrodka Monitorującego (**na mocy ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej) |
| 1. współpraca ze świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w ramach opieki onkologicznej w procesie organizacji profilaktyki, diagnostyki i opieki po zakończonym leczeniu onkologicznym;
2. opracowanie rocznych raportów za dany rok kalendarzowy na temat dostępności świadczeń opieki onkologicznej na terenie danego województwa, uwzględniając mapy potrzeb zdrowotnych, o których mowa w art. 95a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), oraz przekazuje te raporty do Krajowego Ośrodka Monitorującego, zwanego dalej „KOM”, w terminie do dnia 30 kwietnia następnego roku kalendarzowego za rok poprzedni;
3. przygotowanie nie później niż przed upływem 6 miesięcy przed weryfikacją, o której mowa w art. 18 ust. 1, analizy danych pozyskanych z systemu Krajowej Sieci Onkologicznej umożliwiających weryfikację wskaźników jakości opieki onkologicznej na poziomie danego województwa, na potrzeby analizy prowadzonej przez NFZ;
4. prowadzenie szkolenia dotyczące profilaktyki, diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego dla osób udzielających świadczeń opieki onkologicznej na obszarze danego województwa;
5. monitorowanie przebiegu, jakość i efektów programów zdrowotnych dotyczących profilaktyki onkologicznej w odniesieniu do pacjentów objętych opieką onkologiczną na terenie województwa oraz przedstawia KOM propozycje modyfikacji realizacji tych programów, opierając się na wnioskach opracowanych na podstawie nieprzetworzonych danych źródłowych dotyczących indywidualnych osób objętych opieką onkologiczną, z systemów, dla których administratorem jest NFZ na podstawie art. 22 ust. 4 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia;
6. realizacja zadań zleconych przez Radę.
 |
| 3 | **Prowadzenie i rozwijanie Krajowego Rejestru Nowotworów:** |
| 1. rozszerzenie celów Krajowego Rejestru Nowotworów o prowadzenie modułu analitycznego dla Krajowej Sieci Onkologicznej;
2. utworzenie systemu dla skutecznego pozyskiwania kompletnych danych dobrej jakości;
3. rozwój funkcjonalności Krajowego Rejestru Nowotworów, umożliwiający m.in. poprawę jakości danych oraz całkowicie elektroniczną wymianę danych między podmiotami leczniczymi a Krajowym Rejestrem Nowotworów;
4. rozbudowa infrastruktury technicznej Krajowego Rejestru Nowotworów pozwalająca na budowę rejestrów narządowych obok rejestru centralnego.
 |
| 4 | **Koordynowanie badań naukowych na poziomie kraju:** |
| 1. współudział w kreowaniu krajowej polityki naukowej w zakresie onkologii;
2. inicjowanie tworzenia ogólnopolskich ośrodków badań wielkoskalowych z użyciem technologii sekwencjonowania następnej generacji;
3. inicjowanie i opiniowanie krajowych badań niekomercyjnych umożliwiających optymalizację technologii medycznych na potrzeby systemu ochrony zdrowia i płatnika publicznego m.in. dla Ministerstwa Zdrowia i agencji finansujących;
4. koordynacja populacyjnych badań genetycznych i molekularnych w onkologii;
5. utworzenie krajowego systemu bankowania krwi i tkanek wraz z repozytorium danych klinicznych, patomorfologicznych oraz laboratoryjnych;
6. powołanie sieci pracowni naukowych na potrzeby badań przedklinicznych;
7. inicjowanie opracowania modelu krajowych badań interwencyjnych i obserwacyjnych w zakresie onkologii precyzyjnej;
8. opracowanie projektu krajowego repozytorium z ośrodkiem analitycznym danych naukowych z dziedziny onkologii z uwzględnieniem integracji systemów informatycznych;
9. prowadzenie działań promocyjnych i koordynacja badań klinicznych wczesnych faz oraz badań wdrożeniowych produktów leczniczych;
10. promowanie współpracy między zespołami klinicznymi i przedstawicielami nauk podstawowych na potrzeby rozwoju onkologii precyzyjnej.
 |

**Obszar populacyjny:**

W obszarze populacyjnym kierunki rozwoju działalności NIO-PIB dla Celu 1 uwzględniają m.in. następujące działania:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr** | **Działanie** |
| 1 | **Koordynacja i współuczestnictwo w tworzeniu i opracowywaniu programów prewencyjnych i przesiewowych:** |
| 1. projektowanie, prowadzenie i ewaluacja programów pilotażowych w zakresie nowych technologii w programach przesiewowych raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego, np.:
2. Test immunochemiczny na krew utajoną w kale w porównaniu do kolonoskopii dla programu przesiewowego raka jelita grubego,
3. Test HPV DNA w porównaniu do cytologii przesiewowej dla programu przesiewowego raka szyjki macicy;
4. mammografia z tomosyntezą w porównaniu do standardowej dla programu przesiewowego raka piersi; Wdrożenie do programów profilaktycznych technologii, które w programach pilotażowych wykazały pozytywne rezultaty.
 |
| 2 | **Realizacja programów prewencyjnych i przesiewowych:** |
| 1. stworzenie ośrodka nadzoru grup wysokiego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego, przełyku, żołądka, piersi oraz szyjki macicy, w którym to ośrodku wprowadzone byłyby techniki zaawansowanego obrazowania;
2. poprawa jakości realizacji istniejących programów profilaktycznych przez monitorowanie i raportowanie kluczowych wskaźników jakości oraz tworzenie systemów szkolenia dla personelu realizującego te działania;
3. reorganizacja rejestracji i utworzenie call centr w Centrum Profilaktyki Nowotworów.
 |
| 3 | **Realizacja konsultacji w specjalistycznych poradniach profilaktycznych:** |
| 1. zwiększenie liczby i zakresu porad genetycznych w Pracowni Genetyki;
2. zwiększenie liczby i zakresu porad onkologa w Poradni Profilaktyki Nowotworów Skóry;
3. rozszerzenie małoinwazyjnych technik leczenia endoskopowego nowotworów przewody pokarmowego i zabiegów ginekologicznych w zmianach przednowotworowych raka szyjki macicy.
 |
| 4 | **Realizacja szkoleń dla lekarzy (w tym podstawowej opieki zdrowotnej) i innych zawodów medycznych z zakresu onkologii:** |
| 1. edukacja lekarzy i innych zawodów medycznych obejmująca takie obszary w zakresie chorób nowotworowych jak profilaktyka, diagnostyka onkologiczna, leczenie onkologiczne i opieka nad pacjentami po leczeniu onkologicznym;
2. prowadzenie szkoleń „hands on” z wykonywania małoinwazyjnych zabiegów leczenia endoskopowego nowotworów przewodu pokarmowego i zabiegów ginekologicznych w zmianach przednowotworowych raka szyjki macicy.
 |

**Obszar indywidualny (zorientowany na pacjenta)**

W obszarze indywidualnym kierunki rozwoju działalności NIO-PIB dla Celu 1 uwzględniają m.in. następujące działania:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr** | **Działanie** |
| 1 | **Zwiększenie dostępności oraz skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne:** |
| 1. lepsze wykorzystanie bazy łóżkowej;
2. skrócenie czasu hospitalizacji;
3. przeniesienie na tryb ambulatoryjny realizacji części świadczeń zdrowotnych z zakresu diagnostyki, chemioterapii i radioterapii oraz rozbudowanie w tym obszarze tzw. świadczeń jednodniowych.
 |
| 2 | **Zapewnienie wysokiej jakości kompleksowej realizacji diagnostyki i leczenia pacjentów z chorobami nowotworowymi przez wykorzystanie własnych zasobów oraz ścisłą współpracę NIO-PIB z innymi ośrodkami onkologicznymi:** |
| 1. optymalizacja ścieżki pacjenta w ramach klinik narządowych;
2. bieżące wdrażanie nowych standardów klinicznych;
3. wdrażanie własnych autorskich schematów diagnostyczno-terapeutycznych w oparciu o prowadzone badania kliniczne;
4. bieżąca modernizacja aparatury i sprzętu medycznego;
5. rozwijanie działalności leczniczej w zakresie opieki rehabilitacyjnej dla pacjentów z chorobami nowotworowymi;
6. rozwijanie zaplecza infrastrukturalnego i kadrowego dla działalności w zakresie wsparcia psychologicznego pacjentów i ich rodzin.
 |
| 3 | **Realizacja większej liczby świadczeń zdrowotnych skoncentrowanych przede wszystkim na procedurach wysokospecjalistycznych, unikalnych i kompleksowych (w tym dla leczenia radykalnego) oraz mniejszej liczby świadczeń standardowych, które mogą być realizowane przez ośrodki o niższym stopniu referencyjności:** |
| 1. zapewnienie właściwego przepływu chorych przez alokację trudnych przypadków klinicznych w  NIO-PIB oraz standardowych w współpracujących ośrodkach onkologicznych – zgodnie z referencyjnością i zakresem kompetencji ośrodków onkologicznych.
 |
| 4 | **Rozwijanie działalności konsultacyjnej:** |
| Dla sprawnego funkcjonowania Krajowej Sieci Onkologicznej na poziomie kraju i regionu działania w tym obszarze dotyczyłyby:1. udzielania porad w zakresie przypadków klinicznych;
2. kontynuacji konsultacji i odległej obserwacji w trakcie poszczególnych etapów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego dla pacjentów leczonych w innych ośrodkach onkologicznych.
 |
| 5 | **Tworzenie ośrodków doskonałości (centers of excellence):** |
| 1. utrzymanie i rozwój narządowego charakteru klinik;
2. rozbudowa ośrodków o wysokospecjalistycznym i unikalnym na skalę kraju charakterze działalności, np.: zatwierdzony projekt budowy Centrum Doskonałości Endykronologii Onkologicznej i Medycyny Nuklearnej przeznaczony kompleksowej diagnostyce i terapii nowotworów złośliwych endokrynnych oraz diagnostyce i terapii izotopowej oraz projekt budowy ośrodka terapii protonowej.
 |
| 6 | **Tworzenie międzyklinicznych i interdyscyplinarnych zespołów doskonałości realizujących świadczenia wysokospecjalistyczne:** |
| 1. tworzenie zespołów np. chirurgii rekonstrukcyjnej, radioterapii stereotaktycznej czy radioterapii dla dzieci.
 |

W obszarze indywidualnym kierunki rozwoju działalności NIO-PIB dla Celu 2 uwzględniają m.in. następujące działania:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr** | **Działanie** |
| 1 | **Zwiększenie bezpieczeństwa i komfortu pacjentów i ich rodzin podczas realizacji leczenia:** |
| 1. zwiększenie ochrony radiologicznej;
2. zapewnienie pacjentom dostępu do odpowiednio rozplanowanej i dostosowanej przestrzeni (przyjaznej pod względem intymności, estetyki i komfortu psychicznego) w szpitalu, przychodniach i ambulatorium;
3. zapewnienie odpowiednich warunków socjalnych, dostępu do terenów zielonych i zwiększonej bazy parkingowej.
 |
| 2 | **Zwiększenie bezpieczeństwa i komfortu pracowników Instytutu:** |
| 1. zwiększenie ochrony radiologicznej;
2. dostosowanie powierzchni użytkowej do obowiązujących standardów i przepisów prawa (w tym. wymogów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów przeciwpożarowych));
3. zapewnienie pracownikom odpowiednich warunków pracy, warunków socjalnych oraz dostępu do zwiększonej bazy parkingowej.
 |

**Obszar dydaktyczno-szkoleniowy**

W obszarze dydaktyczno-szkoleniowym kierunki rozwoju działalności NIO-PIB dla Celu 1 uwzględniają m.in. następujące działania:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr** | **Działanie** |
| 1 | **Udział w kształceniu przeddyplomowym w zakresie onkologii:** |
| 1. utrzymanie aktualnego zakresu działalności i doskonalenie jakości w nauczaniu przeddyplomowym studentów;
2. koordynacja i współuczestnictwo w tworzeniu i opracowywaniu programów szkolenia przeddyplomowego.
 |
| 2 | **Udział w kształceniu podyplomowym oraz specjalizacji w zakresie onkologii:** |
| 1. utrzymanie aktualnego zakresu działalności i doskonalenie jakości w nauczaniu podyplomowym oraz specjalizacji w zakresie onkologii dla zawodów medycznych oraz pokrewnych (np. fizycy medyczni, technicy, patomorfolodzy, radiodiagności itp.);
2. koordynacja i współuczestnictwo (we współpracy z uczelniami wyższymi) w tworzeniu i opracowywaniu programów szkolenia podyplomowego oraz specjalizacji w zakresie onkologii.
 |
| 3 | **Edukacja i realizacja szkoleń:** |
| 1. realizacja szkoleń (w tym multimedialnych) z zakresu sposobu planowania leczenia w zespołach interdyscyplinarnych oraz dla koordynatorów diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego;
2. zwiększenie udziału w edukacji i szkoleniach na poziomie europejskim w tematyce leczenia rzadkich chorób nowotworowych.
 |

**Obszar naukowo-badawczy**

W obszarze naukowo-badawczym kierunki rozwoju działalności NIO-PIB dla Celu 1 uwzględniają m.in. następujące działania:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr** | **Działanie** |
| 1 | **Prowadzenie projektów naukowo-badawczych w dziedzinie onkologii:** |
| 1. rozwijanie działalności NIO-PIB w zakresie onkologicznych badań populacyjnych, klinicznych, klinicznych wczesnych faz oraz przedklinicznych;
2. organizowanie konkursów i dysponowanie środkami finansowymi na prowadzenie akademickich niekomercyjnych badań klinicznych i badań populacyjnych.
 |
| 2 | **Rozwijanie działalności w zakresie zarządzania własnością intelektualną:** |
| rozwijanie kompetencji, realizowanie zadań i ścisła współpraca z innymi ośrodkami badawczymi w zakresie zarządzania własnością intelektualną, w tym szczególnie w obszarze:1. komercjalizacji bezpośredniej wyników badań naukowych i aplikowania nowych technologii do praktyki klinicznej,
2. ochrony prawno-patentowej;
3. przygotowania ofert na świadczenie usług naukowo-badawczych na rzecz przedsiębiorców w ramach ogłaszanych konkursów oraz w zakresie aplikowania o środki na zakup aparatury medycznej.
 |
| 3 | **Nawiązywanie i rozwijanie ścisłej współpracy w formule partnerstw publiczno-biznesowych:** |
| współpraca NIO-PIB z komercyjnymi podmiotami gospodarczymi (tzw. przemysłem), w tym:1. koordynacja, organizowanie i prowadzenie projektów naukowo-badawczych w celu wdrożenia na rynek nowych i innowacyjnych terapii onkologicznych dostępnych dla pacjentów;
2. inicjowanie udziału NIO-PIB w krajowych i międzynarodowych programach badawczych;
3. wspieranie kształcenia wysoko wykwalifikowanych specjalistów w dziedzinie onkologii;
4. pozyskiwanie środków finansowych na badania naukowe.
 |
| 4 | **Rozszerzenie dostępu do nowych i innowacyjnych terapii dla pacjentów z chorobami nowotworowymi:** |
| 1. stworzenie, prowadzenie i rozwijanie bazy dotyczącej aktualnie prowadzonych i rozpoczynających się badań klinicznych dla ułatwienia przepływu przypadków klinicznych między ośrodkami onkologicznymi, usprawnienia procesu rekrutacji pacjentów i prowadzenia wspólnej rekrutacji do badań;
2. prowadzenie badań równolegle w różnych ośrodkach onkologicznych.
 |

## Planowane obszary działalności medycznej Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego

Aktualne rozproszenie NIO-PIB między dwa kompleksy w odrębnych lokalizacjach – przy ul. W. K. Roentgena 5 w Warszawie oraz ul. Wawelskiej 15 w Warszawie posiada wiele wad, w tym powoduje m.in.:

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

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

Przeniesienie działalności leczniczej z kompleksu przy ul. Wawelskiej 15 w Warszawie wiąże się również bezpośrednio z przeniesieniem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych z NFZ do rozbudowanego kompleksu przy ul. W. K. Roentgena 5 w Warszawie. W rozbudowanym kompleksie NIO-PIB mieszczącym się przy ul. W.K. Roentgena 5 w Warszawie planuje się kontynuację działalności leczniczej obydwu lokalizacji NIO-PIB w zakresie opieki onkologicznej dla trzech rodzajów świadczeń – leczenie szpitalne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna i świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie:

1. programy i leki w programach lekowych i chemioterapii;
2. teleradioterapia i brachyterapia;
3. obszar chirurgii onkologicznej;
4. obszar onkologii klinicznej;
5. poradnia chirurgii onkologicznej,
6. poradnia onkologiczna;
7. obszar ginekologii onkologicznej;
8. terapia izotopowa;
9. badania izotopowe;
10. badania medycyny nuklearnej;
11. obszar neurochirurgiczny;
12. obszar chirurgii klatki piersiowej;
13. obszar chirurgii szczękowo-twarzowej;
14. obszar urologiczny;
15. obszar hematologiczny;
16. obszar gastroenterologiczny;
17. obszar endokrynologiczny.

## Informacja na temat jednostek odpowiedzialnych za realizację Programu

Ministerstwo Zdrowia nadzoruje realizację Programu oraz wydatkowanie środków budżetowych, jak również posiada wypracowane standardy sprawozdawczości niezbędne do prowadzenia nadzoru, które będą zachowane i pozwolą na okresowe kontrole stanu zaawansowania realizacji Programu. Program realizuje NIO-PIB jako inwestor, przez specjalnie powołany do obsługi organizacyjno-finansowej zespół, który składać się będzie z  osób posiadających sprawdzone kompetencje, wpisujące się w sprawnie działającą strukturę organizacyjną, odpowiedzialnych za wdrożenie, prawidłową realizację i rozliczenie przedsięwzięcia. Nadzór finansowy pełni Zastępca Dyrektora do spraw Administracji i Inwestycji. Nadzór techniczny nad realizacją Programu, tj. nadzór nad wykonaniem prac budowlanych, sprawuje Kierownik Projektu, który jest odpowiedzialny za prawidłowy przebieg prac, ich terminowość oraz sprawdzenie jakości oddawanych prac (protokoły zdawczo-odbiorcze). Funkcje kontrolne nad realizacją Programu sprawować będzie Komitet Sterujący. Ze strony NIO-PIB osobą odpowiedzialną za realizację części klinicznej inwestycji będzie Zastępca Dyrektora do spraw Klinicznych.

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

W dniu 19 października 2020 r. na podstawie zarządzenia nr 82/2020 dyrektora Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego powołano Zespół w celu realizacji programu pn. „Wieloletni Program Inwestycji w zakresie rewitalizacji i rozbudowy Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy – etap I”. W skład zespołu wchodzą osoby aktualnie pracujące w NIO-PIB i posiadające sprawdzone kompetencje przy innych projektach inwestycyjnych. Zapewni to rzetelność realizacji postawionych zadań oraz ich realizację w reżimie czasowym i budżetowym. Aktualne zasoby kadrowe NIO-PIB, składające się z inżynierów we wszystkich wymaganych specjalnościach, posiadających wymagane prawem uprawnienia budowlane, na bieżąco obsługujących trwające inwestycje w zakresie budowy i wyposażenia (pracownicy etatowi) zapewnią realizację Programu. Ustanowienie bezpośredniego nadzoru ze strony NIO-PIB ułatwi efektywne realizowanie Programu i skuteczne osiągnięcie jego celów, przy jednoczesnej neutralizacji wpływu istniejących ograniczeń i ryzyka.

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

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

# **Zakres i efekty rzeczowe**

## Zakres i efekty rzeczowe inwestycji

1. **zakres rzeczowy:**

Prace przygotowawcze i rozbiórkowe:

* + 1. przygotowanie terenu (rozbiórka nawierzchni) i przyłączenie obiektów do sieci;
		2. wyburzenia istniejących obiektów:
		3. nr 2 – budynek Zakładu Anatomii Patologii,
		4. nr 3 – budynek kuchni,
		5. nr 4 – budynek pralni.

Budowa nowych obiektów podstawowych:

* + 1. odstojniki na ścieki radioaktywne (inwestycja CeDEON): obiekt stanowiący potrzebę funkcjonalną Instytutu;
		2. budynek N4 – budynek kliniczny: największy i najważniejszy spośród planowanych obiektów. W skład obiektu wchodzą przede wszystkim: kliniki narządowe, blok operacyjny oraz Oddział Intensywnej Terapii, Izba przyjęć (wraz z Ruchem Chorych), podjazd dla karetek, zbiornik retencyjny, stacja trafo;
		3. parking wielopoziomowy P2 będący otwartym obiektem parkingowym umożliwiający zaparkowanie około 600 pojazdów;
		4. zagospodarowanie terenu: park o funkcji terapeutyczno-rekreacyjnej.

Powierzchnie modernizowane:

* modernizacja budynku kotłowni wraz z przyległą infrastrukturą (komin i urządzenia techniczne) i częściowa zamiana jego przeznaczenia na funkcje: centralnej dyspozytorni, archiwum oraz pomocniczych powierzchni administracyjnych.

Budowa sieci i obiektów pomocniczych:

1. sieć kanalizacji deszczowej i sanitarnej;
2. sieć energetyczna;
3. sieć teletechniczna;
4. sieć wodociągowa;
5. sieć c.o.;
6. drogi, chodniki, place.

Wyposażenie w aparaturę medyczną i niemedyczną.

1. **planowane do uzyskania efekty rzeczowe** (zestawienie powierzchni obliczeniowej użytkowej[[2]](#footnote-2))**:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Rodzaj powierzchni użytkowej** |  | **Wielkość [m2]** |
| 1 | Obecna powierzchnia Instytutu (łącznie z lokalizacją przy ul. Wawelskiej) |  | 86 680 |
| 2 | Powierzchnia nowoprojektowana | budynek szpitala N4 (powierzchnia podstawowa i pomocnicza),powierzchnie technicznie (w tym budynek kotłowni)  | 47 000 |
| parking P2 | 17 628 |

Liczba łóżek w wyniku realizacji inwestycji wyniesie: **676**. Powierzchnia użytkowa obliczeniowa: zwiększenie z 86 680 m² (łącznie z lokalizacją przy ul. Wawelskiej) do **114 853**m2.

Zwiększenie miejsc parkingowych: z **571** do **1031** (w ramach parkingu wielopoziomowego P2 oraz pozostałych miejsc naziemnych).

# **Źródła finansowania**

* 1. dotacja celowa z części 46 – Zdrowie;
	2. środki własne inwestora;
	3. środki z Unii Europejskiej – Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko 2014-2020.

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Źródła finansowania inwestycji**  | **Szacunkowy łączny koszt inwestycji brutto**  | **Planowane nakłady w latach (w tys. zł)** |
|  |
| **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** | **2024** | **2025** | **2026** | **2027** | **2028** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* | *10* | *11* | *12* |
| 1 | Środki własne inwestora | 113 972 | 0 | 7 | 0 | 0 | 5 281 |  |  |  |  | 108 684 |
| 2 |  **Dotacja celowa ze środków ustalonych w części 46 - Zdrowie**  | **738 785**  | **0** | **448** | **23 880** | **0** | **35 332**  | **2 000** | **19 000**  | **189 000** | **227 747** | **241 378** |
| 3 | Dotacja celowa z innych części budżetowych | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |
| 4 | Kredyt lub pożyczka objęta poręczeniem lub gwarancją Skarbu Państwa | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |
| 5 | Środki z innych źródeł niż dotacje celowe z budżetu państwa  | 0 | 0 | 0 | 0 |   | 0 | 0 |  |  |  |  |
| 6 | Środki z UE - Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko | **22 283** | **3 244** | **15 157** | **3 882** | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |
| 7 |  **Ogółem**  | **875 040** | **3 244** | **15 612** | **27 762** | **0** | **40 613** | **2 000**  | **19 000** | **189 000** | **227 747** | **350 062** |

# **Przewidywany okres zagospodarowania obiektów budowlanych i innych składników majątkowych po zakończeniu realizacji inwestycji**

## Okres zagospodarowania dla inwestycji

Inwestycja uwzględnia następujące obiekty:

1. CeDEON – zagospodarowanie IV kwartał 2021 r.;
2. budynek kliniczny N4 – zagospodarowanie IV kwartał 2028 r.;
3. parking P2 – zagospodarowanie III kwartał 2023 r.;
4. budynek kotłowni – zagospodarowanie II kwartał 2023 r.

# **Mierniki stopnia realizacji inwestycji**

## Mierniki

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rok realizacji** | **Wielkość środków**  | **Cel programu** | **Zakres rzeczowy zrealizowanego celu** | **Miernik – udział zrealizowanego zakresu rzeczowego** |
| **Rocznie %** | **Narastająco %** |
| **2019** | 3 244 tys. zł/POIŚ | Podniesienie jakości świadczonych usług medycznych, radykalna poprawa komfortu pacjentów oraz zapewnienie warunków do racjonalnego, nowoczesnego i skutecznego leczenia przez dostosowanie NIO-PIB do obecnie obowiązujących standardów. | * Wykonanie robót budowlanych CeDEON – roboty ziemne i konstrukcyjne.
 | **0** | **0** |
| **2020** | 15 157 tys. zł/ POIŚ448 tys. zł/MZ7 tys. zł/środki inwestora | * Wykonanie robót budowlanych CeDEON – kontynuacja
* Sporządzenie dokumentacji projektowej wraz z wykonaniem robót budowlanych dla wyburzenia budynków 2, 3, 4
* Sporządzenie dokumentacji projektowej dla budowy parkingu P2
* Sporządzenie dokumentacji koncepcyjnej – masterplanu
* Sporządzenie dokumentacji projektowej dla przebudowy budynku kotłowni
* Nadzór autorski i inwestorski
 | **2** | **2** |
| **2021** | 3 882 tys. zł/POIŚ6 126 tys. zł /MZ17 754 tys. zł/ MZ Środki niewygasające | * Wykonanie robót budowlanych CeDEON – zakończenie inwestycji
* Wykonanie robót budowlanych dla wyburzenia budynków 2, 3, 4
* Sporządzenie dokumentacji projektowej wraz z wykonaniem robót budowlanych dla budowy parkingu P2
* Sporządzenie dokumentacji koncepcyjnej – masterplanu
* Sporządzenie dokumentacji projektowej wraz z wykonaniem robót budowlanych dla przebudowy budynku kotłowni
* Nadzór autorski i inwestorski
 | **1** | **3** |
| **2022** | 0 zł /MZ | * Wykonanie robót budowlanych dla wyburzenia budynków 2, 3, 4 - kontynuacja
* Wykonanie robót budowlanych budowy parkingu P2
* Rozpoczęcie prac związanych z przygotowaniem kompletnej dokumentacji projektowej dla budowy, rozbudowy i modernizacji NIO-PIB
* Wykonanie robót budowlanych dla przebudowy budynku kotłowni
* Nadzór autorski i inwestorski
 | **2** | **5** |
| **2023** | 35 332 tys. zł /MZ5 281 tys. zł/ środki inwestora | * Kontynowanie robót budowlanych dla budowy parkingu P2
* Kontynowanie prac związanych z przygotowaniem kompletnej dokumentacji projektowej dla budowy, rozbudowy i modernizacji NIO-PIB
* Wykonanie robót budowlanych dla przebudowy budynku kotłowni
* Nadzór autorski i inwestorski
 | **5** | **10** |
| **2024** | 2 000 tys. zł /MZ | * Kontynuowanie prac związanych z przygotowaniem kompletnej dokumentacji projektowej dla budowy, rozbudowy i modernizacji NIO-PIB
* Nadzór autorski i inwestorski
 | **1** | **11** |
| **2025** | 19 000 tys. zł /MZ | * Kontynuowanie prac związanych z przygotowaniem kompletnej dokumentacji projektowej dla budowy, rozbudowy i modernizacji NIO-PIB Nadzór autorski i inwestorski
 | **2** | **13** |
| **2026** | 189 000 tys. zł /MZ | * Rozpoczęcie robót budowlanych dla budowy, rozbudowy i modernizacji NIO-PIB
* Nadzór autorski i inwestorski
 | **22** | **35** |
| **2027** | 227 747 tys. zł /MZ | * Kontynuowanie robót budowlanych dla budowy, rozbudowy i modernizacji NIO-PIB
* Nadzór autorski i inwestorski
 | **26** | **61** |
| **2028** | 241 378 tys. zł /MZ108 684 tys. zł/ środki inwestora | * Kontynowanie robót budowlanych dla budowy, rozbudowy i modernizacji NIO-PIB
* Wyposażenie wybudowanych obiektów
* Nadzór autorski i inwestorski
* Zagospodarowanie terenu budowy
 | **39** | **100** |

1. Na podstawie danych GUS. [↑](#footnote-ref-1)
2. Powierzchnie użytkowe określono według definicji z art. 1a ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 70, z późn. zm.): „Powierzchnia użytkowa budynku lub jego części – powierzchnia mierzona po wewnętrznej długości ścian na wszystkich kondygnacjach, z wyjątkiem powierzchni klatek schodowych oraz szybów dźwigowych; za kondygnację uważa się również garaże podziemne, piwnice, sutereny i poddasza użytkowe”. [↑](#footnote-ref-2)