

Warszawa, dnia 7 sierpnia 2023 r.

Poz. 807

**UCHWAŁA NR 123
RADY MINISTRÓW**

z dnia 5 lipca 2023 r.

w sprawie ustanowienia programu inwestycyjnego pod nazwą „Centrum Medycyny Pediatricznej”

Na podstawie art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. poz. 1875 oraz z 2022 r. poz. 2674) Rada Ministrów uchwala, co następuje:

§ 1. 1. Rada Ministrów ustanawia program inwestycyjny pod nazwą „Centrum Medycyny Pediatricznej”, zwany dalej „Programem inwestycyjnym”, stanowiący załącznik do uchwały.

2. Program inwestycyjny ustanawia się na lata 2023–2027.

§ 2. 1. Program inwestycyjny jest finansowany ze środków Funduszu Medycznego.

2. Łączna kwota środków z Funduszu Medycznego w okresie realizacji Programu inwestycyjnego wyniesie 298 500 000 zł.

3. Kwota środków na realizację Programu inwestycyjnego jest corocznie ujmowana w planie finansowym Funduszu Medycznego stanowiącym załącznik do ustawy budżetowej na dany rok i podawana do publicznej wiadomości na stronie internetowej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.

Prezes Rady Ministrów: *M. Morawiecki*

Załącznik do uchwały nr 123 Rady Ministrów
z dnia 5 lipca 2023 r. (M.P. poz. 807)

**PROGRAM INWESTYCYJNY
CENTRUM MEDYCyny PEDIATRYCZNEJ**

Spis treści

1. DANE INWESTORA	4
2. DANE IDENTYFIKUJĄCE INWESTYCJĘ	4
3. INFORMACJE O INWESTORZE.....	4
3.1 Prowadzona działalność.....	4
3.2 Potencjał techniczny i administracyjny.....	6
3.2.1 Potencjał techniczny i administracyjny UCK predestynujący UCK do pełnienia funkcji inwestora programu inwestycyjnego CMP.....	7
3.3 Potencjał prawny.....	9
3.4 Potencjał finansowy.....	9
3.5 Zasięg oddziaływania świadczonych usług medycznych.....	11
3.6 Osiągnięcia naukowe.....	12
4. SYTUACJA DEMOGRAFICZNA I EPIDEMIOLOGICZNA W REGIONIE	16
4.1 Sytuacja demograficzna.....	16
4.2 Sytuacja epidemiologiczna.....	19
4.2.1.Sytuacja demograficzna i epidemiologiczna w odniesieniu do zakresu inwestycji.....	19
5. DIAGNOZA USŁUG MEDYCZNYCH	22
5.1 Usługi w zakresie ochrony zdrowia w regionie.....	22
5.2 Dane o udzielanych świadczeniach zdrowotnych.....	24
6. STRATEGIE I KIERUNKI ROZWOJU OPIEKI MEDYCZNEJ	25
7. OPIS INWESTYCJI.....	28
7.1 Cel główny i cele szczegółowe służące realizacji celu głównego wraz z uzasadnieniem konieczności podjęcia działań inwestycyjnych.....	29
7.1.1 Cele inwestycji.....	29
7.1.2 Uzasadnienie konieczności podjęcia działań inwestycyjnych.....	30
7.2 Opis zakresu technicznego inwestycji.....	32
7.2.1 Zakres prac projektowych/budowlanych/instalacyjnych:.....	33
7.2.2 Wyposażenie obiektu w łóżka, meble, aparaturę i sprzęt medyczny.....	37
7.2.3 Planowane zmiany organizacyjne.....	38
7.3 Aktualny stan techniczny infrastruktury.....	40
8. ZAKRES RZECZOWO- FINANSOWY INWESTYCJI.....	43
8.1 Zakres rzeczowo-finansowy inwestycji.....	43
8.2 Wartość kosztorysowa inwestycji z wyszczególnieniem grup kosztów.....	44
8.3 Zestawienie źródeł finansowania inwestycji.....	44
8.4 Harmonogram rzeczowo-finansowy inwestycji.....	45

9. MIERNIKI PLANOWANEJ INWESTYCJI	46
10. PLANOWANE EFEKTY MEDYCZNE I RZECZOWE	46
10.1 Planowane efekty dla pacjenta uzyskane w wyniku realizacji inwestycji.....	47
10.2 Planowane efekty medyczne uzyskane w wyniku inwestycji.....	49
11. OCENA EFEKTYWNOŚCI INWESTYCJI.....	52
12. ANALIZA CELOWOŚCI I MOŻLIWOŚCI WYKONANIA INWESTYCJI ETAPAMI	53
13. DANE O PLANOWANYM OKRESIE ZAGOSPODAROWANIA OBIEKTÓW BUDOWLANYCH I INNYCH SKŁADNIKÓW MAJĄTKOWYCH PO ZAKOŃCZENIU REALIZACJI INWESTYCJI	53
14. OŚWIADCZENIE O PRAWIE DO DYSPONOWANIA NIERUCHOMOŚCIĄ	54

1. DANE INWESTORA

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, KRS 0000122150
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
80-952 Gdańsk, ul. Dębinki 7

2. DANE IDENTYFIKUJĄCE INWESTYCJĘ

Centrum Medycyny Pediatricznej (zwane dalej „CMP”)
80-952 Gdańsk, ul. Dębinki 7, działka 1/18 obręb 066

3. INFORMACJE O INWESTORZE

3.1 Prowadzona działalność.

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku (zwane dalej „UCK” albo „szpitalem”) to wielospecjalistyczny szpital kliniczny, największy na Pomorzu i jeden z największych w Rzeczypospolitej Polskiej, szpital ogólnopolski, III-ego stopnia referencyjności. Stanowi on bazę naukowo-dydaktyczną dla uczelni medycznej, którą jest Gdański Uniwersytet Medyczny (zwany dalej „GUMed”).

UCK w Gdańsku zostało utworzone w 1945 r. przez GUMed. Obecnie zatrudnia 4502 pracowników, dysponuje bazą 1161 łóżek szpitalnych. W strukturze UCK znajdują się 33 kliniki (w tym 7 pediatrycznych), 72 poradnie (w tym 26 pediatrycznych), 4 zakłady i 6 laboratoriów. W 2021 r. liczba hospitalizacji przekroczyła 128 000. W poradniach udziela się około 350 000 porad rocznie i liczba ta stale rośnie z uwagi na zwiększanie liczby zatrudnianych lekarzy. Oprócz działalności szpitalnej jest również prowadzona działalność edukacyjna, w zakresie programów zdrowotnych czy badań naukowych i klinicznych.

UCK prowadzi działalność leczniczą w rodzaju: stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (szpitalne i inne niż szpitalne – jako zakład opiekuńczo-leczniczym) oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne. Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych odbywa się w lokalizacjach ul. Dębinki 7, ul. Smoluchowskiego 17 (Centrum Medycyny Inwazyjnej, zwane dalej „CMI”) i Centrum Medycyny Nieinwazyjnej (zwane dalej „CMN”) oraz al. Zwycięstwa 30 w Gdańsku. Działalność leczniczą może realizować w innych lokalizacjach na podstawie odrębnie zawartych umów.

Podstawowym celem UCK jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i badawczych GUMed, ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń wysokospecjalistycznych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia. Należy zwrócić uwagę na to, że UCK zajmuje się również chorobami rzadkimi i należy do Europejskiej Sieci Referencyjnej.

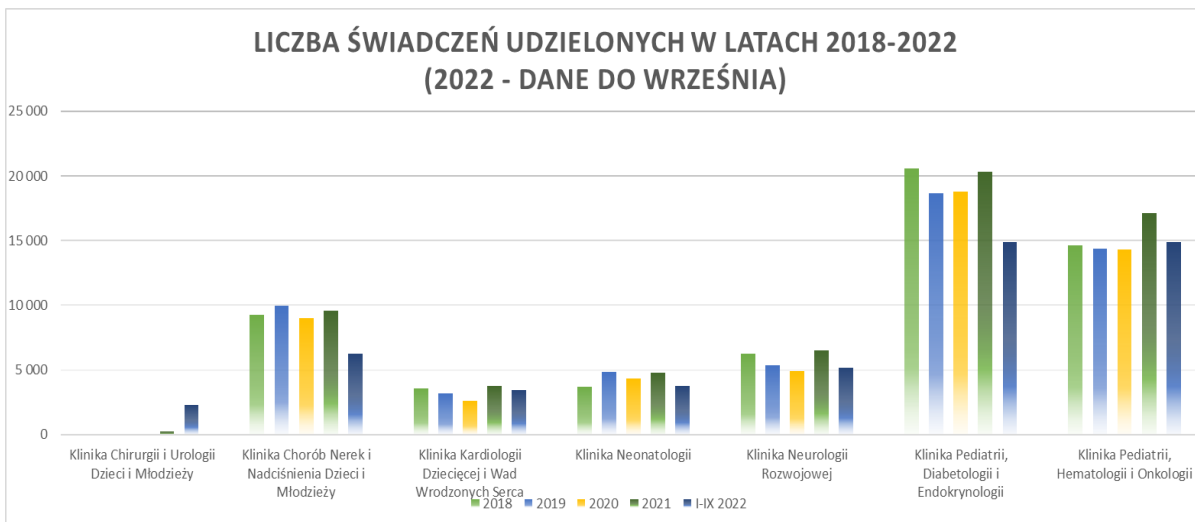
UCK ma zawarte umowy z Pomorskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (zwanym dalej „POW NFZ”) w następujących zakresach świadczeń:

- podstawowa opieka zdrowotna: POZ,
- ambulatoryjna opieka specjalistyczna: AOS,
- leczenie szpitalne: SZP, a w tym programy zdrowotne i lekowe: SZP-L oraz SZP-Z, chemioterapia: SZP-C, teloradioterapia: SZP-R, świadczenia wysokospecjalistyczne: SZP-W,
- opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień: PSY,
- rehabilitacja lecznicza: REH,
- programy zdrowotne: PRO,
- świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze: SPO,
- opieka paliatywna i hospicyjna: OPH.

Dziedziny medycyny, jakimi zajmuje się UCK to: choroby wewnętrzne, alergologia, angiologia, diabetologia, diabetologia dziecięca, endokrynologia, endokrynologia dziecięca, gastroenterologia, geriatria, hematologia, onkologia i hematologia dziecięca, immunologia kliniczna, kardiologia, kardiologia dziecięca, nefrologia, nefrologia dziecięca, dermatologia i wenerologia, neurologia, neurologia dziecięca, onkologia kliniczna, ginekologia onkologiczna, anestezjologia i intensywna terapia, anestezjologia i intensywna terapia dziecięca, choroby płuc, pediatria, neonatologia, położnictwo i ginekologia, chirurgia ogólna, chirurgia dziecięca, chirurgia klatki piersiowej, chirurgia naczyniowa, chirurgia onkologiczna, chirurgia plastyczna, kardiochirurgia, neurochirurgia, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, okulistyka, otolaryngologia, chirurgia szczękowo-twarzowa, urologia, transplantologia kliniczna, reumatologia, genetyka, diagnostyka laboratoryjna, diagnostyka obrazowa, badania izotopowe, terapia izotopowa, PET (Pozytonowa Tomografia Emisyjna), radioterapia, rehabilitacja, psychiatria, profilaktyka, opieka paliatywna i hospicyjna, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, ratownictwo medyczne, podstawowa opieka zdrowotna.

W UCK prowadzą działalność wysokospecjalistyczne kliniki pediatryczne: Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii, Klinika Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii, Klinika Neurologii Rozwojowej, Klinika Chorób Nerek, Nadciśnienia Dzieci i Młodzieży, Klinika Kardiologii Dziecięcej i Wad Wrodzonych Serca, Klinika Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży oraz Klinika Neonatologii. Wzrost realizacji świadczeń dla klinik pediatrycznych nastąpił w 2021 r., gdy świadczenia udzielane pacjentom poniżej 18. roku życia zostały przekazane do Funduszu Medycznego i stały się nielimitowane, co obrazuje poniższy wykres.

Wykres nr 1. Liczba świadczeń udzielona w Klinikach Pediatrycznych UCK w latach 2018–2022.

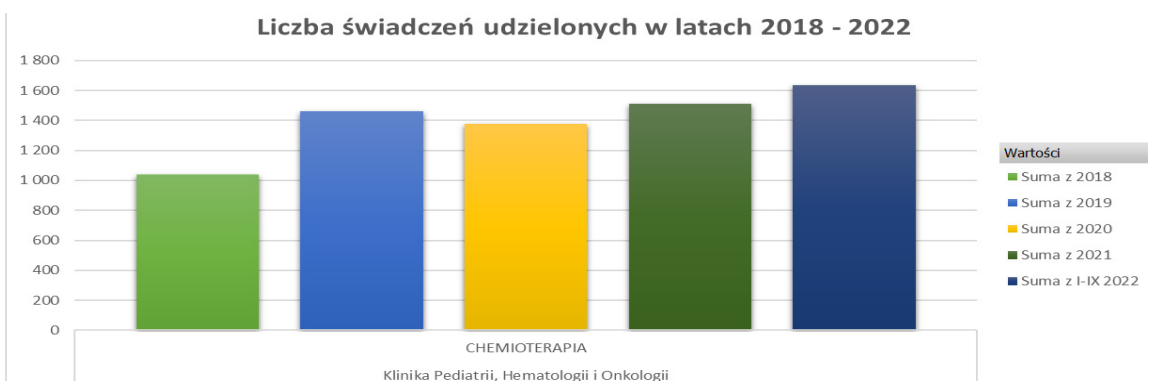


Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentów wewnętrznych UCK.

W działalności klinik pediatrycznych wzrost w udzielaniu świadczeń wynosi 7,5% w okresie 2018–2021 (wykres 1). Należy natomiast zwrócić uwagę na wzrost w zakresie leczenia chemioterapią.

W 2021 r. udzielono o 45% świadczeń tego typu więcej niż w 2018 r. Do końca września 2022 r. liczba tych świadczeń już wzrosła o 58% (wykres nr 2).

Wykres nr 2. Liczba świadczeń udzielonych w zakresie leczenia chemioterapii w Klinice Pediatrii, Onkologii i Hematologii w latach 2018–2022.



Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentów wewnętrznych UCK.

3.2 Potencjał techniczny i administracyjny.

Z perspektywy organizacji udzielania świadczeń dużą rolę odgrywa koordynacja opieki medycznej pacjentów. W strukturach administracyjnych zostały wyłonione działy, które pełnią rolę

Koordinacji Obsługi Pacjenta z wyodrębnionymi sekcjami dokumentacji medycznej i rejestracji, Koordinacji Obsługi Badań Obrazowych, Koordinacji Obsługi Pacjenta Onkologicznego. Obszar obsługi pacjenta z uwagi na ogrom prowadzonej działalności stanowi ważną rolę w procesie leczniczo-diagnostycznym.

UCK posiada kompleks najnowocześniejszych budynków szpitalnych w skali kraju z nowoczesnym zapleczem sprzętowym, bez którego nie byłoby możliwe prowadzenie tak dużej działalności medycznej. UCK w swoich zasobach z cennego i wysokospecjalistycznego sprzętu posiada następujące aparaty:

- akcelerator – 3 szt.
- angiograf – 5 szt.
- aparat rentgenowski – 7 szt.
- gammakamera – 2 szt.
- mammograf – 2 szt.
- platforma nawigacji neurochirurgicznej i planowań – 1 szt.
- przyspieszacz liniowy – 2 szt.
- rezonans magnetyczny – 4 szt.
- skaner PET (Pozytywna Tomografia Emisyjna) – 1 szt.
- system śródoperacyjnego rezonansu magnetycznego – 1 szt.
- tomograf komputerowy – 5 szt.

3.2.1 Potencjał techniczny i administracyjny UCK predestynujący UCK do pełnienia funkcji inwestora programu inwestycyjnego CMP.

UCK przewiduje prowadzenie nadzoru inwestorskiego poprzez pracowników własnych, zatrudnionych na umowę o pracę lub umowę zlecenie. Po podpisaniu umowy z Ministerstwem Zdrowia na finansowanie CMP zostanie powołany Kierownik Projektu, który będzie prowadził inwestycję przez cały okres jej trwania. Pełnienie tej funkcji planuje się powierzyć osobie zatrudnionej przy kierowaniu poprzednimi inwestycjami wieloletnimi realizowanymi przez GUMed na potrzeby UCK. Osoba ta pełniła funkcję koordynatora z ramienia inwestora przy budowie CMI oraz była kierownikiem projektu przy budowie CMN. Wartość obu projektów dotyczyła kwoty 1,2 mld zł.

Do współpracy na etapie projektowania (specjaliści branżowi) planuje się pozyskanie osób pracujących jako inspektorzy nadzoru inwestorskiego przy poprzednich dużych inwestycjach (CMI, CMN) prowadzonych na terenie UCK, ze względu na posiadaną przez nich specjalistyczną wiedzę, konieczną do szczegółowych, technicznych dyskusji z projektantami. Osoby te, w zależności od możliwości, zatrudnione będą na umowę zlecenie lub umowę z podmiotem gospodarczym.

Wymienione wyżej osoby zobowiązane będą do: przygotowania szczegółowych branżowych wytycznych do projektowania, uczestniczenia w naradach technicznych z projektantami, weryfikacji przekazanej przez projektanta dokumentacji, współpracy przy prowadzeniu procedury przetargowej (udzielanie odpowiedzi, współudział przy weryfikacji złożonych ofert).

Inspektorzy nadzoru inwestorskiego z doświadczeniem w pracy przy obiektach szpitalnych i odpowiednimi uprawnieniami zatrudniani będą w wymiarze czasowym i terminach dostosowanych do aktualnych potrzeb i faz realizacji prac budowlano-inwestycyjnych. Przewiduje się zatrudnienie inspektorów w branży budowlano-konstrukcyjnej: koordynatora i inspektora wspomagającego, inspektora w branży sanitarnej, inspektora w branży elektrycznej i inspektora w branży teletechnicznej.

Po stronie UCK inwestycja będzie wymagać współpracy wielu komórek organizacyjnych, między innymi: działu księgowości, działu kadr i płac, działu zamówień publicznych, działu zaopatrzenia, działu aparatury medycznej. Należy zaznaczyć, że wymienione działy realizują w trybie codziennym zadania w szpitalu, którego budżet roczny przekracza obecnie 1,3 mld zł, i zatrudniają doskonałych specjalistów w swoich dziedzinach. Nie przewiduje się żadnych trudności w zleceniu tym komórkom dodatkowych zadań związanych z budową CMP. Powyższe zadania będzie nadzorować bezpośrednio Zastępca Dyrektora Naczelnego ds. Administracyjno-Technicznych (osoba z 16-letnim doświadczeniem w prowadzeniu inwestycji oraz zarządzaniu dużą grupą pracowników) wspomagając tym samym Kierownika Projektu w zakresie współpracy z innymi jednostkami organizacyjnymi szpitala.

Z dotacji celowej przeznaczonej na finansowanie programu inwestycyjnego CMP w ramach nadzoru inwestorskiego opłacane będzie wynagrodzenie kierownika projektu, specjalistów branżowych zatrudnionych na etapie projektowania oraz wynagrodzenie inspektorów nadzorujących prace rozbiórkowe i budowlano-instalacyjne. Osoby te zatrudnione będą w UCK na podstawie umów o pracę lub umów zleceń, a w szczególnych przypadkach – na bazie umów z podmiotami gospodarczymi. W przypadku zaistnienia konieczności sporządzenia w trakcie realizacji inwestycji specjalistycznych opinii i ekspertyz ich koszt rozliczany będzie również w ramach nadzoru inwestorskiego.

Koszty konieczne do poniesienia w trakcie pełnienia nadzoru nad inwestycją, takie jak: zapewnienie, utrzymanie i wyposażenie pomieszczeń dla nadzoru inwestorskiego, koszty obsługi księgowej, prawnej, koszty pracy specjalistów z działu zamówień publicznych, działu aparatury medycznej itp., pokrywać będzie UCK.

3.3 Potencjał prawny.

Podmiotem tworzącym UCK, w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, jest GUMed. UCK jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, w rozumieniu tych przepisów, działającym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

UCK udziela świadczeń zdrowotnych na podstawie wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Pomorskiego w księdze rejestrowej pod nr 000000018619. Posiada osobowość prawną i jest wpisane do Krajowego Rejestru Sądowego. Szpital posiada identyfikator w systemie Regon 000288640 oraz Numer Identyfikacji Podatkowej NIP 957-07-30-409.

UCK kieruje i zarządza Dyrektor Naczelny, który reprezentuje je na zewnątrz jednoosobowo.

Działalność szpitala klinicznego regulują oprócz stosownych aktów prawnych: Statut nadany przez Senat GUMed oraz Regulamin Organizacyjny.

3.4 Potencjał finansowy.

Głównym źródłem finansowania działalności medycznej w UCK są umowy zawarte z Narodowym Funduszem Zdrowia (zwanym dalej „NFZ”). UCK jest jednym z największych szpitali w Rzeczypospolitej Polskiej pod względem wielkości umów zawartych z NFZ. W 2021 r. wysokość przychodu z tytułu umów zawartych z NFZ (wraz z umowami związanymi z COVID-19) wyniosła ponad 1 mld zł. Przychody z tytułu umów zawartych z NFZ stanowią 92% wszystkich przychodów UCK. Pozostałe 8% stanowią przychody z tytułu pozostałej sprzedaży usług podstawowych, badań klinicznych i naukowych, refundacji wynagrodzeń stażystów i rezydentów, czynszów.

Wykres nr 3. Struktura przychodów UCK w 2021 roku



Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentów wewnętrznych UCK.

Wartość umów zawartych przez UCK z NFZ na 2021 r. wyniosła ponad 920 milionów złotych (bez umów związanych z COVID-19). Największa kwota przeznaczona jest na świadczenia udzielane w rodzaju leczenie szpitalne, następnie na świadczenia kontraktowane odrębnie, programy pilotażowe, opiekę psychiatryczną, leczenie uzależnień i pozostałe. Wartość udzielonych świadczeń realizowanych przez kliniki pediatryczne w 2021 przekroczyła już 100 mln. zł.

W 2021 r. przychody UCK z NFZ wzrosły w stosunku do roku poprzedniego o 29% i wyniosły 1 107 mln zł. Wzrosły przychody we wszystkich grupach świadczeń. Zysk netto w 2021 r. wyniósł 25,5 mln zł i był większy niż w 2020 r. (1,8 mln zł). W latach 2019–2021 wyniki szpitala ulegały systematycznej poprawie, wskaźnik zyskowności netto z wartości ujemnych w 2019 r. osiągnął wartość 2,26% w 2021 r. W 2021 r. nastąpił wzrost wartości aktywów o 32% w stosunku do 2019 r. Wzrosła zarówno wartość aktywów trwałych o 27%, jak i aktywów obrotowych o 60%. W latach 2019–2021 nastąpił wzrost wartości kapitałów (funduszy) własnych z 798 mln zł do 1 027 mln zł na koniec 2021 r. Udział kapitałów własnych w pasywach (w finansowaniu majątku szpitala) wyniósł 76% w 2021 r. Wskaźnik zadłużenia aktywów jest niski i utrzymuje się na poziomie 17%. Wskaźnik płynności bieżącej w 2019 r. wyniósł 1,28, a następnie wzrósł w 2021 r. do poziomu 1,32. Natomiast w 2022 r. jego poziom wynosi 1,14.

Zgodnie z Raportem o sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitala, sporządzanym zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 832), w latach 2019–2021 sumaryczna ocena punktowa kondycji finansowej szpitala uległa poprawie do poziomu 61 pkt, przy maksymalnej liczbie 70 pkt. Klasyfikuje to szpital w grupie o bardzo dobrej kondycji finansowej (kondycja finansowa dobra i bardzo dobra, perspektywy rozwoju i wzrostu bardzo dobre).

3.5 Zasięg oddziaływania świadczonych usług medycznych.

W województwie pomorskim UCK spełnia kluczową rolę w zabezpieczeniu pacjentów w świadczenia opieki zdrowotnej. Wśród umów zawartych z POW NFZ z innymi szpitalami w województwie pomorskim wartość umów UCK jest największa i znacznie wyższa od następnego pod względem wielkości szpitala. Zasięg oddziaływania świadczonych usług medycznych w znaczeniu krajowym i regionalnym to przede wszystkim zakres przeszczepów: serca, płuc, wątroby, świadczenia wysokospecjalistyczne kardiologiczne i kardiochirurgiczne.

Oddziaływanie w zasięgu wojewódzkim obejmuje następujące świadczenia zdrowotne: przeszczepy nerek, przeszczepy rogówek, leczenie szpitalne w tym: alergologia, diabetologia, diabetologia dziecięca, endokrynologia, endokrynologia dziecięca, gastroenterologia, geriatria, hematologia, onkologia i hematologia dziecięca, immunologia kliniczna, kardiologia dziecięca, nefrologia, neurologia dziecięca, onkologia kliniczna, ginekologia onkologiczna, anestezjologia i intensywna terapia II poziom referencyjny, choroby płuc, neonatologia III poziom referencyjny, położnictwo i ginekologia III poziom, chirurgia dziecięca, chirurgia klatki piersiowej, chirurgia naczyniowa II poziom, chirurgia onkologiczna, chirurgia plastyczna, kardiochirurgia, chirurgia szczękowo – twarzowa, urologia, transplantologia kliniczna, genetyka, pozytonowa tomografia emisyjna.

Zasięg krajowy, regionalny oraz wojewódzki to ok. 80% całej działalności UCK. Zasięg lokalny obejmuje zakresy świadczeń zdrowotnych: choroby wewnętrzne, kardiologia, dermatologia i wenerologia, neurologia, chirurgia ogólna, neurochirurgia, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, okulistyka, laryngologia, urologia, psychiatria, diagnostyka obrazowa i laboratoryjna.

W UCK prowadzą działalność wysokospecjalistyczne Kliniki Pediatryczne o zasięgu wojewódzkim, a niejednokrotnie ich doświadczenie kwalifikuje się do zasięgu regionalnego i krajowego: Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii, Klinika Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii, Klinika Neurologii Rozwojowej, Klinika Chorób Nerek, Nadciśnienia Dzieci i Młodzieży, Klinika

Kardiologii Dziecięcej i Wad Wrodzonych Serca, Klinika Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży oraz Klinika Neonatologii.

3.6 Osiągnięcia naukowe.

UCK jest największym szpitalem klinicznym GUMed. Tym samym baza osobowa UCK jest w znaczącym procencie tożsama z bazą osobową GUMed.

Uczelnia ta uzyskała status Uczelni Badawczej i uznawana jest za jedną z najważniejszych pod względem naukowym uczelni medycznych w kraju. Ponadto, należy wskazać, że wraz z Politechniką Gdańską (także Uczelnia Badawcza) oraz Uniwersytetem Gdańskim, GUMed współtworzy inicjatywę Uczelni Fahrenheita, inicjując konglomerat naukowy o ogromnym potencjale oddziaływania badawczego, porównywalny ze znaczącymi uczelniami europejskimi.

Aktualnie UCK zatrudnia ponad 450 pracowników naukowych GUMed, w tym 95 pracowników naukowych, którzy podejmują działania w klinikach pediatrycznych takich jak: Klinika Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży, Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii, Klinika Neurologii Rozwojowej, Klinika Chorób Nerek i Nadciśnienia Dzieci i Młodzieży, Klinika Kardiologii Dziecięcej i Wad Serca, Klinika Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii.

Dodatkowo należy wskazać, że szereg klinik zabiegowych (np. Klinika Otolaryngologii czy Klinika Okulistyki) część swojej działalności klinicznej i naukowej dedykują także pacjentom pediatrycznym. Poniżej wskazano aktualne osiągnięcia naukowe dla klinik pediatrycznych, których część ambulatoryjna znajdzie się w planowanej inwestycji.

Klinika Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży zatrudnia 6 pracowników naukowych, w tym: 1 z tytułem profesora, 1 z habilitacją, 3 z doktoratem. Uczestniczy w 3 europejskich sieciach referencyjnych: ERN eUROGEN (urologia dziecięca), ERN ERNICA (chirurgia dziecięca) oraz ERN PaedCan (onkologia dziecięca). Osiągnięty skumulowany IF w latach 2021–2022 wyniósł 22,447 punktów.

Główne tematy badawcze Kliniki to:

- guzy wątroby u dzieci,
- zastosowania wideochirurgii w chirurgii i urologii dzieci,
- chirurgia onkologiczna u dzieci.

Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii zatrudnia 18 pracowników naukowych, w tym: 2 z tytułem profesora, 5 z habilitacją oraz 7 z doktoratem. Dodatkowo 8 lekarzy z doktoratem

zatrudnionych jest w klinice w ramach UCK (bez umocowania w GUMed). W 2021 r. Klinika uzyskała IF 155,186, zaś w 2022 r. IF wyniósł –104,001.

Pracownicy Kliniki brali udział w pracach wielośrodkowych międzynarodowych grup roboczych oraz w skoordynowanej akcji pomocy Ukrainie.

Główne obszary badawcze Kliniki to:

- optymalizacja diagnostyki i terapii nowotworów u dzieci, ze szczególnym uwzględnieniem guzów rzadko występujących,
- wczesne i późne powikłania leczenia przeciwnowotworowego u dzieci, w tym powikłania infekcyjne,
- tworzenie algorytmów diagnostyczno-terapeutycznych u dzieci z chorobami rzadkimi z uwzględnieniem multidyscyplinarnej opieki koordynowanej.

Klinika należy do dwóch Europejskich Sieti Referencyjnych (ERN):

- ERN ITHACA (rzadkie zespoły wad rozwojowych, intelektualnych i innych zaburzeń neurorozwojowych),
- ERN PaedCan (onkologia dziecięca)

Klinika Neurologii Rozwojowej zatrudnia 8 pracowników naukowych, w tym: 2 z tytułem profesora, 3 z doktoratem i 3 asystentów. W 2021 r. uzyskano IF równy 214,7 pkt, zaś w 2022 r. wyniósł - 113,027.

Klinika jest wiodącym w skali kraju ośrodkiem w diagnostyce i leczeniu chorób neurologicznych wieku dziecięcego.

Główne tematy badawcze to:

- padaczka,
- encefalopatie padaczkowe i genetyczne podłoże padaczek,
- choroby nerwowo-mięśniowe,
- bóle głowy.

W Klinice prowadzona jest duża liczba innowacyjnych badań klinicznych oraz programów lekowych. Klinika specjalizuje się w kompleksowej opiece nad pacjentami z padaczką lekooporną, chorobami neurorozwojowymi, chorobami z kręgu neuroimmunologii, chorobami naczyniowymi mózgu, stwardnieniem rozsianym oraz chorobami obwodowego układu nerwowego. W Klinice prowadzonych jest wiele programów lekowych, zwłaszcza program leczenia rdzeniowego zaniku mięśni i stwardnienia rozsianego, leczenie dietą ketogeniczną oraz szereg badań klinicznych.

Klinika Chorób Nerek i Nadciśnienia Dzieci i Młodzieży to największa specjalistyczna jednostka nefrologii dziecięcej w północnej Polsce, pierwszy w Polsce członek Europejskiej Sieci Referencyjnej w zakresie chorób rzadkich w nefrologii: Europejska Sieć Referencyjna dla Chorób Rzadkich / ERKNet.

Klinika zatrudnia 9 pracowników naukowych, w tym: 1 z tytułem profesora, 1 z habilitacją, 4 z doktoratem. W 2021 r. Klinika uzyskała 89,97 pkt IF w 17 opublikowanych pracach, zaś w 2022 r. Klinika uzyskała 58 pkt.

Głównymi tematami badawczymi Kliniki są:

- badania genetyczne w rodzinnych glomerulopatiach,
- leczenie nerkozastępcze u dzieci,
- choroby rzadkie w nefrologii dziecięcej.

Klinika Kardiologii Dziecięcej i Wad Wrodzonych Serca zatrudnia 7 pracowników naukowych, w tym: 1 z tytułem profesora, 1 z habilitacją, 4 z doktoratem i dwóch doktorantów (Szkola Doktorska). W 2021 r. uzyskała 50,521 pkt IF, zaś w 2022 r. – 38,653 pkt IF.

Głównymi tematami badawczymi są:

- wady wrodzone serca: objęci opieką są pacjenci od okresu życia prenatalnego aż do wieku dorosłego włącznie,
- choroby rzadkie krążenia płucnego: Projekt pt. „Badanie rozpowszechniania nadciśnienia płucnego w populacji polskiej. Ogólnopolska Baza Danych Pacjentów z Nadciśnieniem Płucnym.”¹,
- choroby rzadkie mięśnia sercowego: Projekt pt. „Ocena skuteczności stosowania metoprololu w zapobieganiu kardiomiopatii oraz zgonów sercowych u pacjentów z dystrofią mięśniową Duchenne’a”, finansowany w ramach pierwszego konkursu Agencji Badań Medycznych, nr NBK 154/1/2020, EudraCT Number: 2020-004901-29, realizowany w okresie 2021–2026,
- zespoły genetyczne z dominującym zaburzeniem kardiologicznym: Projekt pt. „Ocena skuteczności walsartanu w zwalnianiu poszerzania się aorty u dzieci i młodych dorosłych z uwarunkowanymi genetycznie chorobami aorty piersiowej typu zespołu Marfana – wielośrodkowe badanie randomizowane kontrolowane placebo z podwójnie ślełą próbą”, na który uzyskano dofinansowanie z Agencji Badań Medycznych,

¹ BNP-PL <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03959748> (realizowany w latach 2018-2023)

- zaburzenia rytmu serca i przewodzenia: Współpraca naukowa wielośrodkowa jako wykonawca w ramach rejestru „Zespoły fali J (zespół Brugadów, złośliwy zespół wczesnej repolaryzacji, zespół krótkiego odstępu QT, short-coupled variant Torsades de Pointes)”.

Klinika koncentruje się na przygotowaniu dzieci do operacyjnego leczenia wrodzonych wad serca, terapii przezskórnej wybranych wad wrodzonych serca oraz terapii za pomocą różnych metod elektrofizjologicznych. Posiada kwalifikacje oraz nowoczesnej klasy sprzęt wymagany do pełnej diagnostyki chorób układu krążenia u dzieci i młodzieży. Ponadto w Klinice konsultuje się i przeprowadza kardiologiczne zabiegi interwencyjne u dorosłych z wrodzonymi wadami serca.

Klinika prowadzi w skali ogólnopolskiej badania dotyczące leczenia tętniczego nadciśnienia płucnego u dzieci, przewlekłej niewydolności serca oraz elektroterapii u dzieci. W jej ramach prowadzone są także badania kliniczne „Ocena skuteczności stosowania metoprololu w zapobieganiu kardiomiopatii u pacjentów z dystrofią mięśniową Duchenne'a”.

Klinika Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii zatrudnia 9 pracowników naukowych w tym: 1 pracownika z tytułem profesora, 6 pracowników z doktoratem. W 2021 r. Klinika uzyskała 42,182 pkt IF, zaś 2022 r. Klinika uzyskała 54,089 pkt IF.

Głównymi tematami badawczymi Kliniki Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii ostatnich lat są:

- nowoczesne terapie biologiczne, w tym limfocytami T regulatorowymi u dzieci i młodzieży z cukrzycą typu 1,
- diagnostyka i leczenie zaburzeń lipidowych u dzieci i młodzieży, w tym hipercholesterolemii rodzinnej,
- nowoczesne technologie w leczeniu i monitorowaniu cukrzycy typu 1 u dzieci,
- epidemiologia cukrzycy,
- wczesne markery rozwoju późnych powikłań naczyniowych.

Klinika Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii jest jedynym w województwie pomorskim ośrodkiem świadczącym usługi w zakresie diagnostyki i leczenia w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej u pacjentów do 18. roku życia w oparciu o najwyższe standardy medyczne Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego i Amerykańskiego Towarzystwa Diabetologicznego, a także Polskiego Towarzystwa Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej.

Klinika prowadzi diagnostykę i leczenie w ramach współpracy ogólnopolskiej i międzynarodowej, w tym 11 międzynarodowych badań klinicznych dotyczących nowoczesnego leczenia hormonem wzrostu u pacjentów niskorosłych, leczenia hipercholesterolemii rodzinnej, prewencji cukrzycy, stosowania nowoczesnych insulin u pacjentów z cukrzycą typu 1.

Nowatorskie metody leczenia cukrzycy u dzieci w Klinice Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii stanowią podstawę bazy diagnostyczno-terapeutycznej. Obejmują one:

- stosowanie nowoczesnego sprzętu dozującego insulinę: osobistych pomp insulinowych zintegrowanych z systemami ciągłego monitorowania glikemii,
- nowoczesne systemy monitorowania glikemii (CGM – stały pomiar glikemii bez udziału pacjenta, FGM – stały pomiar glikemii z udziałem pacjenta),
- nowoczesne insuliny u pacjentów z cukrzycą typu 1 naśladujące profil farmakokinetyczny i farmakodynamiczny insulin wydzielanych przez prawidłowe komórki trzustki (insulina Fisap),
- innowacyjne terapie biologiczne, w tym limfocytami T regulatorowymi u dzieci i młodzieży z cukrzycą typu 1; terapia została zastosowana w Klinice po raz pierwszy na świecie; osiągnięto wysokie wyniki terapeutyczne limfocytami Tregs u dzieci z rozpoznaniem cukrzycy typu 1 zarówno w okresie prediabetes, jak i w czasie trwania choroby; uzyskano przyznanie patentu nr P.399447 pt.: „Szczepionka do leczenia cukrzycy typu 1 u dzieci, zastosowanie sortera komórek oraz sposób namnażania komórek Treg in vitro do wytwarzania szczepionki do leczenia cukrzycy typu 1” oraz patentu nr 415351 pt. „Sposób namnażania in vitro limfocytów T regulatorowych CD4+ FoxP3” także patentu European Patent Office o nr 13739523.2-1412, jak również patentu nr 415351 „Sposób namnażania in vitro limfocytów T regulatorowych CD4+ FoxP3”, jak też patentu w Urzędzie Patentowym Stanów Zjednoczonych (USPTO) na wynalazek pt.: „Method for vivo expansion of regulatory T cells”, United States Patent nr US 11,072,779 B2; klinika uzyskała akredytację w zakresie leczenia limfocytami T regulatorowymi oraz zgodę Głównego Inspektora Farmaceutycznego na wytwarzanie produktu leczniczego terapii zaawansowanej – wyjątku szpitalnego, nr zgody 04/0461/2020 na prowadzenie terapii Tregs dla pacjentów z całej Rzeczypospolitej Polskiej i z zagranicy.

4. SYTUACJA DEMOGRAFICZNA I EPIDEMIOLOGICZNA W REGIONIE

4.1 Sytuacja demograficzna

W 2019 r. przyrost naturalny w województwie był najwyższy w kraju i wyniósł 1,5 osoby na 1 tysiąc ludności.

Na sytuację demograficzną bardzo duży wpływ miała pandemia wywołana wirusem SARS-CoV-2. Niemniej, w 2021 r. jedynie województwo pomorskie wykazało aktywność demograficzną i było województwem zaludniającym się. Ponadto odnotowano wzrost jego liczby ludności wynikający z dodatniego salda migracji, z nadwyżką rekompensującego ubytek naturalny.

Na koniec 2021 r. województwo pomorskie zamieszkiwało 2 358,7 tys. osób, co stanowiło 6,2% ludności Rzeczypospolitej Polskiej. Przyrost naturalny liczony na 1 tys. ludności pomimo negatywnego wskaźnika w 2020 r. od ponad dekady utrzymuje się na najwyższym poziomie w kraju.

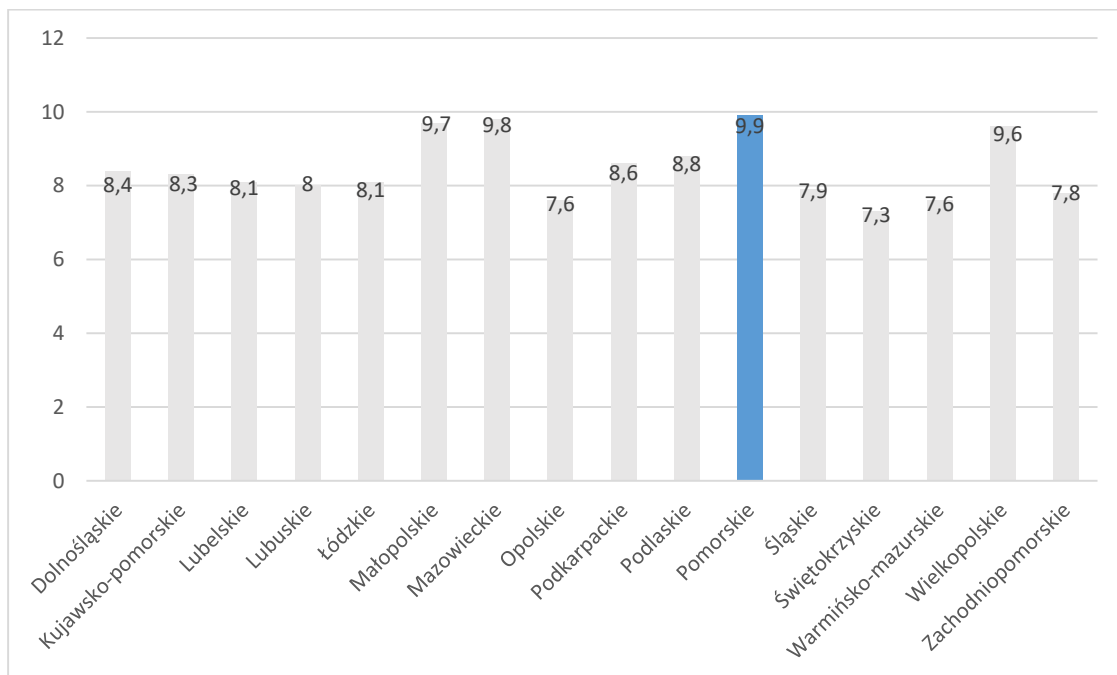
Tabela nr 1. Ludność w wybranych latach według województw.

Województwa	Ludność w tysiącach stan w dniu 31.12				Średnioroczne tempo przyrostu (ubytku) ludności w %			
	2000	2010	2020	2021	2000	2010	2020	2021
Polska	38254,0	38529,9	38088,6	37907,7	-0,02	0,08	-0,32	-0,47
Dolnośląskie	2912,2	2917,2	2908,4	2897,7	-0,17	0,04	-0,33	-0,37
Kujawsko-pomorskie	2067,8	2098,7	2031,6	2017,7	-0,05	0,02	-0,51	-0,68
Lubelskie	2206,2	2178,6	2056,9	2038,3	-0,13	-0,24	-0,62	-0,90
Lubuskie	1008,5	1023,2	993,3	985,5	0,05	0,10	-0,46	-0,79
Łódzkie	2627,8	2542,4	2415,8	2394,9	-0,36	-0,29	-0,70	-0,86
Małopolskie	3222,4	3336,7	3432,7	3430,4	0,35	0,36	-0,02	-0,07
Mazowieckie	5115,0	5267,1	5517,6	5512,8	0,05	0,40	0,00	-0,09
Opolskie	1070,6	1017,2	955,8	948,6	-0,34	-0,25	-0,61	-0,76
Podkarpackie	2101,4	2127,9	2096,2	2085,9	0,12	0,08	-0,26	-0,49
Podlaskie	1210,7	1203,4	1156,6	1148,7	-0,13	-0,12	-0,44	-0,68
Pomorskie	2172,3	2275,5	2358,3	2358,7	0,28	0,45	0,09	0,02
Śląskie	4768,7	4634,9	4412,1	4375,9	-0,37	-0,10	-0,58	-0,82
Świętokrzyskie	1302,7	1282,5	1199,6	1187,7	0,01	-0,32	-0,76	-0,99
Warmińsko-mazurskie	1427,5	1453,8	1385,6	1374,7	0,19	0,01	-0,44	-0,79
Wielkopolskie	3345,3	3446,7	3507,0	3500,0	0,17	0,32	-0,08	-0,20
Zachodniopomorskie	1697,9	1723,7	1661,1	1650,0	0,06	-0,01	-0,50	-0,67

Dane zostały opracowane przy uwzględnieniu wyników Narodowych Spisów Powszechnych (NSP):

dla 2000 r. – NSP 2002, 2010 r. - NSP 2011, dla lat 2020 i 2021- NSP 2021.

Wykres nr 4. Urodzenia żywe na 1 tys. mieszkańców w Polsce w 2021 r.



Wykres nr 4 przedstawia liczbę urodzeń żywych na tysiąc mieszkańców w poszczególnych województwach w 2021 r. Pokazuje, że w województwie pomorskim liczba ta jest największa w Rzeczypospolitej Polskiej. Wynik ten koreluje ze współczynnikiem dzietności kobiet, który również należy do najwyższych w Polsce. Współczynnik ten oczywiście ma przełożenie na ilość najmłodszych pacjentów, którzy będą potrzebowali realizacji usług medycznych, obecnie i w latach przyszłych. Inwestycja CMP zatem doskonale odpowiada na rosnące potrzeby w powyższym zakresie, dlatego została wskazana w Wojewódzkim Planie Transformacji na lata 2022–2026 dla województwa pomorskiego².

Pomorskie jest województwem przodującym w zakresie dzietności kobiet. W 2020 r. wskaźnik wyniósł 1,53. Wartość tego wskaźnika powyżej średniej osiągnęły zaledwie 4 województwa: małopolskie, mazowieckie, pomorskie, wielkopolskie. W 2020 r. w województwie pomorskim współczynnik płodności kobiet (liczba urodzeń żywych na 1000 kobiet w wieku 15–49 lat) wyniósł 44,14 i była to druga lokata w kraju.

Ponadto województwo pomorskie jest obecnie przedstawicielem najmłodszej struktury wieku. Miary w zakresie starzenia się populacji są tam najbardziej korzystne, np. w 2021 r. mediana wieku mieszkańców wyniosła 40 lat, a odsetek dzieci i młodzieży to prawie 20% (dla przypomnienia

² Obwieszczenie Wojewody Pomorskiego z dnia 21 grudnia 2021 r. w sprawie zatwierdzenia Wojewódzkiego Planu Transformacji na lata 2022–2026 (Dz. Urz. Woj. Pom. poz. 5058).

parametry dla Rzeczypospolitej Polskiej to – odpowiednio – prawie 42 lata i 18%). Zgodnie z prognozą Głównego Urzędu Statystycznego, zwanego dalej „GUS”, w 2040 r. województwo pomorskie będzie jednym z czterech najmłodszych regionów Rzeczypospolitej Polskiej, a w 2050 r. – najmłodszym demograficznie województwem w kraju.

Jednocześnie, pomimo negatywnych zmian dotyczących przyrostu naturalnego we wszystkich województwach, w województwie pomorskim wskaźnik ten liczony na 1 tys. ludności, w najbliższych dziesięcioleciach, będzie przyjmował najwyższą wartość w kraju. Województwo pomorskie jest jednym w trzech województw, w odniesieniu, do którego spodziewany jest najmniejszy spadek liczby mieszkańców w perspektywie długoterminowej.

Tym samym, realizacja inwestycji pediatrycznej (przy braku tego rodzaju kompleksowego ośrodka w woj. pomorskim) jest szczególnie uzasadniona.

4.2 Sytuacja epidemiologiczna.

Jak wynika z mapy potrzeb zdrowotnych na okres od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2026 r.³ na terenie województwa pomorskiego wzmocnienia wymagają wszystkie rodzaje i poziomy opieki nad matką i dzieckiem. Istotnym jest stopniowe zwiększanie dostępu do świadczeń pediatrycznych oraz odpowiednie dostosowanie infrastruktury do zwiększonych potrzeb w tym zakresie.

Zgodnie z informacjami zawartymi w Regionalnym Programie Strategicznym w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego i wrażliwości społecznej opracowanego dla województwa pomorskiego (uchwała Zarządu województwa pomorskiego z dnia 29 lipca 2021 r. 758/271/21), co drugi Pomorzanie ma problem z nadwagą bądź otyłością. Są to czynniki, które zwiększają chorobowość i umieralność w zakresie wielu chorób przewlekłych, w szczególności układu krążenia, układu ruchu, cukrzycy czy nowotworów.

Niepokojąco rośnie liczba dzieci cierpiących z powodu, m. in. astmy, alergii, atopowego zapalenia skóry czy otyłości będącej rezultatem (między innymi) nieprawidłowych zachowań żywieniowych oraz braku ruchu.

4.2.1. Sytuacja demograficzna i epidemiologiczna w odniesieniu do zakresu inwestycji.

UCK, zgodnie wykazem świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na terenie

³ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 69).

województwa pomorskiego, jest zakwalifikowane na poziomie szpitali ogólnopolskich, stąd przedstawiana ocena odnosi się do wskaźników ogólnokrajowych.

Zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych przez oddziały chirurgiczne dla dzieci został poddany analizie w okresie od 2017 do 2021 r. W czasie poprzedzającym pandemię wirusa SARS-CoV-2 wykazywały się one stabilnym poziomem zapotrzebowania społecznego, utrzymującym się na poziomie nieprzekraczającym 131 000 hospitalizacji rocznie.

Wprowadzenie stanu zagrożenia epidemicznego, a następnie stanu epidemicznego, związanego z ograniczeniem funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej, przyniosło efekt w postaci zmniejszenia liczby hospitalizacji zrealizowanych przez oddziały chirurgii dziecięcej w 2020 r. o 42%, względem roku poprzedniego. Czasowe zmniejszenie możliwości udzielania przedmiotowych świadczeń odniosło skutek, w postaci istotnego, ponownego wzrostu ilości wykonywanych procedur w okresie luzowania obostrzeń. Liczba hospitalizacji zrealizowanych przez oddziały chirurgii dziecięcej w roku 2021, wzrosła o 16%, w porównaniu z 2020 r. Dla porównania, w zakresie chirurgii ogólnej powyższe parametry wynosiły odpowiednio 38% dla trendu spadkowego i zaledwie 11% wzrostu w okresie zmniejszenia obostrzeń wprowadzonych w związku z pandemią (dane z Mapy Potrzeb Zdrowotnych)⁴.

Wpływ ograniczeń związanych z pandemią wirusa SARS-CoV-2 wyłącza możliwość wiarygodnej oceny na podstawie ogólnodostępnych danych statystycznych aktualnych potrzeb społecznych w przedmiotowym zakresie.

Opisana powyżej tendencja, zwłaszcza w korelacji z obecnym czasem oczekiwania na hospitalizację w oddziale chirurgii dziecięcej, sięgającym nawet 4 lat i pięciu miesięcy, wskazuje na niezmnieszone zapotrzebowanie na świadczenia w wymienionym zakresie, utrzymujące się na poziomie z okresu poprzedzającego pandemię. Podobnie stabilne (z uwzględnieniem czynnika pandemii), pozostają poziomy świadczeń z zakresu reumatologii oraz immunologii klinicznej dla dzieci. Specjalności te, będące ze sobą w ścisłym związku, pozostają jednak na marginalnym poziomie zabezpieczenia zarówno na poziomie regionalnym, jak i ogólnokrajowym.

Niedostrzeganym wydaje się pozostawać ich wpływ na obciążenie systemu ochrony zdrowia w zakresie pozostałych specjalności, w perspektywie długoterminowej. Wczesne postawienie rozpoznania immunologicznego pozwala na indywidualizowaną terapię pacjenta, a tym samym na uniknięcie powikłań narządowych, ograniczenie innych kosztownych i potencjalnie inwazyjnych procedur.

⁴ <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy>

Obecny brak powszechnego dostępu do immunologii klinicznej dla dzieci powoduje, że świadczenia z tego zakresu podlegają kompensacji w ramach świadczeń w hematologii, dermatologii, alergologii czy pneumonologii.

Świadczenia te udzielane są w wyniku niewłaściwego różnicowania rzeczywistego podłoża objawów prezentowanych przez pacjenta. Ponadto, patogeneza wielu chorób reumatycznych, zwłaszcza w wieku rozwojowym, związana jest z obecnością tak zwanych „wrodzonych błędów odporności”, wśród których dużą grupę stanowią błędy zwiększające ryzyko autoimmunizacji u dziecka. Nowoczesna diagnostyka immunologiczna, jeszcze przed włączeniem leczenia reumatologicznego, w tym diagnostyka immunogenetyczna, pozwala na wczesne rozpoznanie wrodzonych błędów, które w wielu przypadkach prowadzą do chorób reumatycznych.

Ponadto podstawą profilaktyki zdrowotnej są badania przesiewowe noworodków, które wskazują, że na 350 tys. noworodków zdiagnozowano 30 przypadków chorób rzadkich, metabolicznych (dane za 2020 r. z Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie).

Jednym z głównych założeń „Planu dla Chorób Rzadkich” przyjętego uchwałą Rady Ministrów w 2021 r.⁵, jest przerwanie tzw. „odysei diagnostycznej”, czyli wieloletniej i trudnej drogi pacjentów w związku z diagnostyką chorób rzadkich. Aby nowoczesna diagnostyka genetyczna mogła być dostępna, konieczne jest zapewnienie dostępu do nowoczesnej technologicznie infrastruktury laboratoryjnej oraz odpowiednie finansowanie procedur diagnostycznych, co zostało przewidziane w Planie.

Wczesne rozpoznanie choroby rzadkiej ma kluczowe znaczenie, aby wdrożyć właściwą i spersonalizowaną opiekę. Chorób rzadkich zidentyfikowano około 8 000. Szacuje się, że chorzy na choroby rzadkie stanowią 6%–8% każdej populacji, co w Rzeczypospolitej Polskiej odpowiada ok. 2–3 milionom osób, stanowiących tym samym bardzo dużą grupę pacjentów. Problem polega na tym, że są to choroby nie tylko rzadkie, ale mają też niezwykle zróżnicowany obraz kliniczny i dlatego tak trudno jest je rozpoznawać bez wsparcia odpowiednimi badaniami diagnostycznymi.

Zgodnie z rekomendacją wyrażoną w Planie dla Chorób Rzadkich, cenną inicjatywą, w szczególności w dużych placówkach, w obrębie których działa kilka ośrodków leczenia chorób rzadkich, byłoby tworzenie specjalistycznych wielodyscyplinarnych zespołów medycznych złożonych z lekarzy prowadzących pacjenta, genetyka klinicznego i biologa molekularnego. Wymienieni specjaliści podczas spotkań konsultacyjnych analizowaliby trudne diagnostycznie przypadki chorób rzadkich i podejmowali decyzje w zakresie wyboru odpowiedniej metody badania oraz interpretacji otrzymanych wyników badań. Uwzględniając fakt, że UCK prowadzi obecnie działalność w ramach 5 ośrodków

⁵ Uchwała nr 110 Rady Ministrów z dnia 24 sierpnia 2021 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Plan dla Chorób Rzadkich (M.P. poz. 883).

należących do ERN ubiegających się o włączenie do grupy ośrodków eksperckich chorób rzadkich w Rzeczypospolitej Polskiej (ESRCR), zasadnym jest rozbudowa infrastruktury UCK, aby wspomóc działalność tych ośrodków.

Ponadto zgodnie z przywołanym wyżej Planem dla Chorób Rzadkich, *„każdy pacjent, bez względu na rzadkość swojej choroby, powinien mieć równy i łatwy dostęp do szybkiej, nowoczesnej i wiarygodnej diagnostyki oraz możliwie najlepszej opieki medycznej”*.

Również istotnym czynnikiem, wymagającym wskazania w ramach niniejszego opracowania jest udział imigrantów napływających do Rzeczypospolitej Polskiej w związku z konfliktem zbrojnym na Ukrainie w wolumenie pacjentów, których potrzeby zdrowotne zabezpieczane są w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia. Brak jest oficjalnych, wiarygodnych danych statystycznych umożliwiających analizę w zakresie potrzeb zdrowotnych migrantów w odniesieniu do przedmiotowego zakresu. Przyjmując za standard obowiązującą politykę równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, obejmującą nie tylko obywateli polskich, ale również osoby objęte ustawowo pomocą (w tym uchodźców z Ukrainy) należy uwzględnić ich udział w opracowywanym planie rozwoju powyższych specjalności.

5. DIAGNOZA USŁUG MEDYCZNYCH

5.1 Usługi w zakresie ochrony zdrowia w regionie.

Miasto Gdańsk, jak również całe Trójmiasto, nie dysponują obecnie kompleksowym wielospecjalistycznym centrum medycyny dziecięcej. Takim ośrodkiem nie dysponuje również całe województwo pomorskie, co stawia je w szczególnie niekorzystnej sytuacji w skali kraju w porównaniu z większością innych regionów. Skutkuje to brakiem skoncentrowanej bazy leczniczej wyposażonej w odpowiedni sprzęt medyczny oraz wielospecjalistyczną kadrę medyczną o wąskich kompetencjach, co utrudnia lub wręcz uniemożliwia kompleksowe leczenie wielu chorób dziecięcych, szczególnie chorób rzadkich.

Poszczególne usługi z zakresu specjalności pediatrycznych rozbite są pomiędzy wieloma szpitalami o różnej strukturze właścicielskiej, co jest szczególnie kłopotliwe w odniesieniu do szeroko pojmowanej działalności zabiegowej, onkologii oraz leczenia wad wielonarządowych. Obecnie żaden szpital w województwie pomorskim nie realizuje pełnego zakresu świadczeń z medycyny dziecięcej.

W zakresie świadczeń zdrowotnych realizowanych przez oddział chirurgii dziecięcej w województwie pomorskim, są one udzielane wyłącznie w ramach działalności czterech podmiotów leczniczych. Zgodnie z wartościami prognozowanymi przez GUS, opartymi na występującym trendzie, poziom zabezpieczenia obywateli województwa w oparciu o zasoby własne, określony został na

poziomie 80,1%. Zaspokojenie zapotrzebowania społecznego w pozostałym zakresie wymaga udziału podmiotów leczniczych działających w innych województwach.

Należy przy tym podkreślić, że w skali ogólnokrajowej, świadczenia z powyższego zakresu realizowane są w znacznej części (44% w 2021 r.) w trzech województwach, tj. mazowieckim, śląskim i wielkopolskim. Tym samym zabezpieczone lokalnie pozostają potrzeby lecznicze mieszkańców Polski wschodniej, południowej oraz zachodniej.

Mimo niezmiennie korzystnej sytuacji demograficznej województwa pomorskiego, jak również potencjału rozwojowego funkcjonującego w Gdańsku ośrodka akademickiego, skupiającego najlepszych specjalistów w skali kraju, Polska północna nie dysponuje obecnie dostatecznym zapleczem pozwalającym na zaspokojenie nawet lokalnych potrzeb obywateli w zakresie opisywanej specjalności.

Podobne zjawisko niedostatecznego zabezpieczenia potrzeb ludności na poziomie regionalnym zaobserwować można w zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach oddziału reumatologicznego dla dzieci. Ponad 36% hospitalizacji w 2021 r. zostało zrealizowanych przez jeden z 4 ośrodków funkcjonujących na terenie Rzeczypospolitej Polskiej (zlokalizowany w województwie mazowieckim). Pozostałe powiaty lecznicze udzielają ww. świadczeń w istotnie niższym zakresie, nieprzekraczającym 27% udziału w ogólnej liczbie hospitalizacji.

Analogicznie, świadczenia w ramach oddziału immunologii klinicznej dla dzieci realizowane są zaledwie w trzech ośrodkach na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, z czego przeważająca część procedur – 87% w 2021 roku wykonywana jest przez podmioty lecznicze zlokalizowane w województwach dolnośląskim i małopolskim.

Powyższe zjawisko stanowi nie tylko potencjalną barierę w zakresie dostępu do świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców Polski północnej, wynikającą z odległości podmiotów leczniczych od miejsca zamieszkania, ale z uwagi na przytoczone powyżej lokalizacje ośrodków realizujących szpitalne świadczenia stacjonarne w zakresie reumatologii dla dzieci, nie wpisuje się w pożądany kierunek rozwoju obu opisywanych specjalności we wzajemnym współdziałaniu.

Ponadto dane NFZ wskazują, iż w wielu zakresach AOS średni czas oczekiwania na świadczenia pediatryczne w przypadkach stabilnych sięga od ponad 100 do nawet 436 dni (np. w zakresie endokrynologii, diabetologii, neurologii, ginekologii czy kardiologii dziecięcej), co jest nieakceptowalne ze społecznego i medycznego punktu widzenia. Również w zakresie świadczeń szpitalnych występują długie okresy oczekiwania w przypadkach stabilnych, np. w zakresie dziennej rehabilitacji średnio nawet do 672 dni, w zakresie okulistyki dziecięcej do 292 dni czy chirurgii dziecięcej do 216 dni. Świadczenia z tych zakresów będą realizowane w CMP, co winno poprawić ich dostępność.

5.2 Dane o udzielanych świadczeniach zdrowotnych.

W ramach wszystkich poradni specjalistycznych UCK w trybie ambulatoryjnym udziela się ok. 1 500 porad dziennie, w tym dla dzieci około 250 porad dziennie (nie licząc pacjentów przyjmowanych w trybie ambulatoryjnym w programach lekowych). Zatem rocznie UCK przyjmuje ok. 28 000 dzieci w ramach poradni.

Świadczenia udzielane dzieciom stanowią w UCK udział ok. 15% w skali całej działalności. Są one realizowane przez funkcjonujące w UCK wysokospecjalistyczne kliniki pediatryczne o zasięgu wojewódzkim, a niejednokrotnie ich doświadczenie kwalifikuje się do zasięgu regionalnego i krajowego. Są to: Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii, Klinika Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii, Klinika Neurologii Rozwojowej, Klinika Chorób Nerek, Nadciśnienia Dzieci i Młodzieży, Kliniki Kardiologii Dziecięcej i Wad Wrodzonych Serca, Klinika Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży oraz Klinika Neonatologii. Zasięg lokalny realizowany jest w ramach niektórych świadczeń planowych: Kliniki Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży, Kliniki Neonatologii oraz Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

W ramach aktualnie posiadanych zasobów, UCK utworzyło (w 2020 r.) i rozwija Centrum Chorób Rzadkich. W 2021 r. UCK rozpoczęło również badania pod kątem rdzeniowego zaniku mięśni (SMA). Dzięki badaniom przesiewowym możliwe jest wdrożenie nowoczesnych technologii leczenia dzieci obciążonych tą genetyczną chorobą w bardzo krótkim czasie.

Realizacja planowanej inwestycji pozwoli rozbudować bazę podstawową oraz towarzyszącą Centrum Chorób Rzadkich niezbędną do jego prawidłowego funkcjonowania i dalszego rozwoju oraz połączyć ją z niszową w skali kraju działalnością w obszarze reumatologii dziecięcej oraz dziecięcej immunologii klinicznej.

Powyższe działania, oprócz oczywistych korzyści dla mieszkańców Polski północnej w postaci zwiększenia lokalnego dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz ograniczenia czasu oczekiwania na ich udzielenie, pozwolą uwzględnić w rozwoju pediatrii na poziomie krajowym aktualny dorobek przedmiotowych specjalności. Wśród konsekwencji wskazanego wyżej działania należy wskazać potencjalne zjawisko odciążenia pozostałych specjalności, zaangażowanych w proces leczenia pacjentów, których objawy nie zostały pierwotnie właściwie zakwalifikowane do diagnostyki w kierunku chorób rzadkich. Ich zakres znajduje się także w obszarze założeń Regionalnego Programu Strategicznego w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego i wrażliwości społecznej.

Dodatkowo, realizacja inwestycji zwiększy potencjał realizacji świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach oddziału chirurgii dziecięcej, w sposób odpowiadający bieżącym

i prognozowanym potrzebom mieszkańców województwa pomorskiego oraz należyte wykorzystanie potencjału UCK.

W wyniku realizacji inwestycji uzyskana zostanie pełna kompleksowość świadczeń pediatrycznych przy jednoczesnym znacznym zwiększeniu dostępności do świadczeń ambulatoryjnych i jednodniowych dla pacjentów z województwa pomorskiego i całej Polski północnej. Poprawa warunków lokalowych i rozbudowa bazy dla pediatrii z pewnością przyczyni się do skrócenia kolejek na świadczenia u dzieci z zakresu ambulatoryjnej medycyny specjalistycznej, jak i leczenia szpitalnego.

6. STRATEGIE I KIERUNKI ROZWOJU OPIEKI MEDYCZNEJ

Określona w programie inwestycja przyczyni się do realizacji celów z zakresu ochrony zdrowia, przyjętych w strategiach na poziomie krajowym i wojewódzkim, zwłaszcza w następujących obszarach:

- zwiększenie dostępności do wysokiej jakości usług zdrowotnych w priorytetowych dziedzinach medycyny (np. pediatrii, rehabilitacji pediatrycznej, intensywnej terapii, chirurgii dziecięcej, reumatologii i immunologii dziecięcej),
- prowadzenie działań mających na celu zapewnienie wysokiej jakości usług zdrowotnych poprzez m.in. rozwój nowoczesnej infrastruktury, innowacyjnych technologii medycznych w priorytetowych dziedzinach medycyny,
- podejmowanie wyzwań zgodnych z trendami demograficznymi, w tym przede wszystkim odpowiadających zapewnieniu lepszego dostępu i poprawy jakości świadczeń udzielanych dzieciom.

ZDROWA PRZYSZŁOŚĆ - RAMY STRATEGICZNE ROZWOJU SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA NA LATA 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.

Zgodnie z przedmiotową strategią istotną determinantą jakości, dostępności i efektywności świadczeń zdrowotnych jest infrastruktura budowlana i techniczna systemu ochrony zdrowia. Stąd też rozwój i modernizacja infrastruktury systemu ochrony zdrowia zgodnie ze zmieniającymi się potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa stanowi kluczowy priorytet polityki zdrowotnej. Podstawowym działaniem w tym obszarze są inwestycje w infrastrukturę budowlaną i techniczną oraz jej modernizację, jak również w wymianę i rozwój aparatury i sprzętu medycznego, by wspierać innowacje organizacyjne i procesowe, zwiększające wydajność i jakość opieki.

Planowana inwestycja wpisuje się w założenia ww. strategii, w szczególności w trzech kierunkach planowanych interwencji:

- 1) kierunek interwencji nr 2 – w zakresie poprawy jakości, przyjazności i efektywności świadczonych usług zdrowotnych poprzez standaryzację i reorganizację opieki oraz poprawę procesów, w tym poprzez wsparcie i rozwój opieki koordynowanej;
- 2) kierunek interwencji nr 3 – w zakresie poprawy dostępności i efektywności opieki zdrowotnej poprzez rozwój i modernizację infrastruktury systemu ochrony zdrowia; przedmiotowy zakres umożliwi realizacja zadań polegających m.in na:
 - realizacji projektu inwestycyjnego (roboty budowlane, wyposażenie, wymiana sprzętu medycznego) – poprawa warunków leczenia szpitalnego oraz udzielania świadczeń w ramach AOS,
 - rozwoju nowoczesnego szpitala zapewniającego lepszy dostęp do usług medycznych oraz wyższą jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń zdrowotnych,
 - skróceniu czasu hospitalizacji dzięki zastosowaniu nowoczesnych technologii, a tym samym zwiększeniu dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej,
 - rozwoju komórek funkcjonalnych pełniących funkcję usługową względem oddziałów, takich jak np. pracownie czy laboratoria,
 - zakupie oraz wymianie aparatury i sprzętu medycznego z uwagi na ciągły rozwój technologii medycznych oraz utrzymujący się deficyt zarówno w jakości, jak i liczbie wykorzystywanej aparatury specjalistycznej; projekt zakłada wyposażenie wszystkich jednostek, które obejmuje inwestycja, w nowoczesną aparaturę medyczną; do głównych pozycji w ramach zakupu aparatury należeć będą m.in.: tomograf komputerowy, rezonans magnetyczny, angiograf, aparat rentgenowski (RTG), tory wizyjne na blokach operacyjnych, stoły operacyjne z funkcją wymiennych blatów, mobilne aparaty RTG, respiratory, aparaty do znieczulenia, kardiomonitory i inne,
 - wzmocnieniu działań na rzecz dostosowania podmiotu do standardów dostępności – poprawie ulegnie dostępność architektoniczna szpitala (nowy budynek szpitala i przychodnie spełnią wszystkie najważniejsze kryteria dostępności architektonicznej),
- 3) kierunek interwencji nr 4 – w zakresie wsparcia rozwoju kadr systemu ochrony zdrowia w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społeczeństwa – inwestycja, poprzez stworzenie dodatkowej bazy klinicznej, umożliwi prowadzenie kompleksowego nauczania przed i podyplomowego w zakresie medycyny dziecięcej; poprawi to warunki kształcenia oraz podniesie jego jakość zarówno w stosunku do studentów medycyny i innych kierunków medycznych, jak i w zakresie kształcenia specjalizacyjnego na kierunkach pediatrycznych.

STRATEGIA ROZWOJU WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO 2030

Dokument ten został przyjęty uchwałą nr 376/XXXI/21 Sejmiku Województwa Pomorskiego z dnia 12 kwietnia 2021 r. i wskazuje na cele strategiczne oraz operacyjne, w zakres których wchodzi między innymi działania ukierunkowane na rozwój systemu ochrony zdrowia w aspekcie zapewnienia małym mieszkańcom województwa optymalną dostępność usług zdrowotnych, polepszenie ich jakości oraz racjonalizację zasobów systemu opieki zdrowotnej.

Przedmiotowy program inwestycyjny wpisuje się w cel strategiczny „1. TRWAŁE BEZPIECZEŃSTWO” w zakresie celu operacyjnego „1.3. BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE” i odpowiada na wyzwania dotyczące m. in.:

- powikłań zdrowotnych u osób, które przebyły COVID-19, oraz pogarszającego się stanu zdrowia pacjentów, którzy ucierpieli wskutek niedostępności świadczeń zdrowotnych powodowanej walką z pandemią COVID-19 – zwiększona zostanie dostępność do świadczeń zdrowotnych dla dzieci oraz poprawa bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego pacjentów poprzez wprowadzenie najnowocześniejszych innowacji architektonicznych, technologicznych, wyposażeniowych i organizacyjnych (zostanie stworzona skuteczna bariera w transmisji czynników zakaźnych),
- wspierania podstawowej działalności leczniczej m.in. poprzez świadczenie usług rehabilitacyjnych stymulujących procesy zdrowotne – inwestycja zakłada utworzenie w nowym budynku kompleksu pomieszczeń dla rehabilitacji dziennej i ambulatoryjnej i fizjoterapii pediatrycznej wraz z nowym wyposażeniem, co pozwoli na scentralizowanie tych świadczeń oraz usprawni realizowanie procedur bez konieczności transportu chorego dziecka do innego obiektu,
- dostosowania zasobów organizacyjnych i ich funkcji do rzeczywistych potrzeb (kadry, usługi, infrastruktura, sprzęt medyczny) – realizacja nowoczesnego budynku UCK doprowadzi do optymalizacji wykorzystania potencjału infrastrukturalnego i personelu medycznego – jej realizacja obejmuje m.in. centralizację infrastruktury; powstanie tzw. pediatrycznej „platformy gorącej” (skupienie w bezpośredniej bliskości intensywnych form opieki nad pacjentem), tj. skupienie w jednej lokalizacji: izby przyjęć, zakładu radiologii, intensywnej terapii i bloku operacyjnego da gwarancję szybkiej diagnostyki i zaopatrzenia operacyjnego pilnych przypadków, a także zmniejszy konieczność transportu wewnętrznego na terenie UCK oraz pozwoli optymalnie wykorzystywać personel medyczny i pomocniczy,
- przemodelowania udzielanych świadczeń w stronę opieki koordynowanej – do celów inwestycji należą m.in.: poprawa obsługi ambulatoryjnej i dziennej pacjentów, centralizacja poradni i pracowni diagnostycznych oraz rozwój świadczeń rehabilitacyjnych; powyższe sprawi, że UCK – w

ramach jednego kompleksu – będzie w stanie zapewnić całościową i nieprzerwaną opiekę zdrowotną nad małym pacjentem, od etapu diagnozy, przez leczenie, aż po rehabilitację.

WOJEWÓDZKI PLAN TRANSFORMACJI WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO na lata 2022–2026

Inwestycja została ujęta w Wojewódzkim Plan Transformacji Zdrowotnej dla woj. pomorskiego jako jeden z głównych obszarów działań w obszarze 2.4. Leczenie szpitalne – „Utworzenie wielozakresowego, wysokospecjalistycznego Centrum Pediatricznego - AOS, hospitalizacja, rehabilitacja (...) z lokalizacją w Gdańsku”.

Realizacja inwestycji pozwoli na osiągnięcie celów wyznaczonych w ww. WPT dla województwa pomorskiego, tj. m.in.:

- zapewnienie wielozakresowej kompleksowej opieki zachowawczo-zabiegowej dla dzieci i młodzieży,
- zwiększenie dostępności do świadczeń wysokospecjalistycznych w ośrodku o odpowiednim zapleczu kadrowo-diagnostyczno-terapeutycznym,
- szybką i pełną diagnostykę.

REGIONALNA Polityka Zdrowotna Województwa Pomorskiego

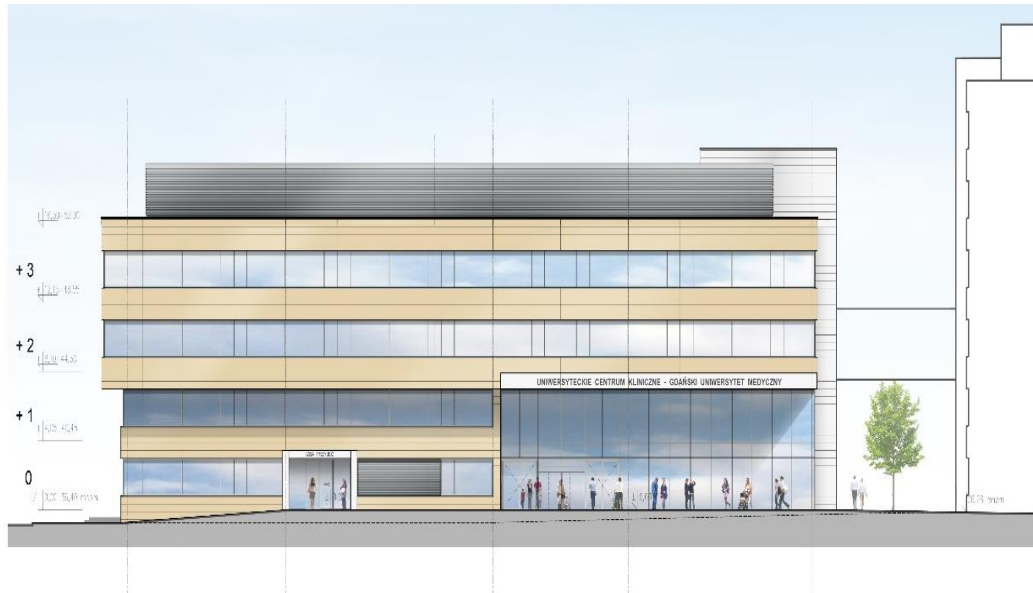
Inwestycja wpisuje się również w regionalną Politykę Zdrowotną Województwa Pomorskiego, w której znalazło się utworzenie CMP, jako ośrodka realizującego kompleksowo świadczenia dla dzieci z uwzględnieniem leczenia chorób rzadkich (priorytet 5, zad. 4).

7. OPIS INWESTYCJI

Program inwestycyjny CMP obejmuje budowę i wyposażenie nowego, 6-kondygnacyjnego budynku szpitalnego o powierzchni całkowitej 29 029 m². W skład budynku wejdą następujące jednostki szpitalne:

- na poziomie +3: Klinika Chirurgii – 37 łóżek, Sala Pooperacyjna - 5 łóżek, Klinika Reumatologii i Immunologii - 25 łóżek,
- na poziomie +2: Blok Operacyjny z 4 salami, Sala Intensywnego Nadzoru z 6 łózkami wybudzeniowymi, Klinika Intensywnej Terapii – 12 łóżek,
- na poziomie +1: Oddział Dzienny – 15 łóżek, Oddział Dzienny Rehabilitacji Dziecięcej, Zakład Radiologii Pediatricznej z 6 łózkami wybudzeniowymi, Pracownie Endoskopii, Zespół Poradni i Pracowni,
- na poziomie 0: hall, Izba Przyjęć z rejestracją, Zespół Poradni i Pracowni, Oddział Obserwacyjny – 4 łóżka,

- na poziomie -2 oraz -1 znajdują się pomieszczenia techniczne, szatnie, magazyny, archiwum, pomieszczenia na odpady oraz miejsca postojowe.



Rys. 1. Centrum Medycyny Pediatricznej (elewacja zachodnia z wejściem głównym według wstępnej koncepcji architektonicznej).

7.1 Cel główny i cele szczegółowe służące realizacji celu głównego wraz z uzasadnieniem konieczności podjęcia działań inwestycyjnych.

7.1.1 Cele inwestycji

Celem głównym inwestycji jest poprawa jakości działalności pediatrycznej ze szczególnym uwzględnieniem i skupieniem w bezpośredniej bliskości intensywnych form opieki nad pacjentem, tj. skupienie w jednej lokalizacji: izby przyjęć, zakładu radiologii, oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci, bloku operacyjnego oraz rozwój dziedzin pediatrycznych poprzez stworzenie infrastruktury dla jednostek do tej pory niewystępujących w UCK. Realizacja tego celu odbędzie się poprzez budowę nowoczesnego budynku szpitalnego.

Cele szczegółowe służące realizacji celu głównego:

- uproszczenie i skrócenie tras transportu pacjentów na terenie szpitala,
- optymalne wykorzystywanie czasu pracy personelu medycznego i pomocniczego,

- usprawnienie obsługi ambulatoryjnej i dziennej pacjentów poprzez umieszczenie wszystkich poradni i pracowni w jednym budynku (obecnie poradnie i pracownie są rozproszone i pacjenci mają problem z ich lokalizacją),
- możliwość diagnostyki i realizacji części procedur poza oddziałami łózkowymi, dzięki stworzeniu ogólnego 15-łóżkowego oddziału dziennego wspólnego dla wszystkich klinik pediatrycznych,
- zwiększenie komfortu pacjentów, między innymi poprzez zapewnienie możliwości noclegu opiekunom dzieci,
- usprawnienie procesu nauczania przed- i podyplomowego w zakresie medycyny dziecięcej,
- poprawa warunków rehabilitacji i fizjoterapii pediatrycznej (obecne warunki lokalowe limitują wykonywanie świadczeń i uniemożliwiają wykorzystanie pełnego potencjału personelu),
- poprawa bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego pacjentów, poprzez wprowadzenie najnowocześniejszych innowacji architektonicznych, technologicznych, wyposażeniowych i organizacyjnych (stworzenie skutecznej bariery w transmisji czynników zakaźnych).

7.1.2 Uzasadnienie konieczności podjęcia działań inwestycyjnych.

Obecnie jednostki organizacyjne szpitala sprawujące opiekę pediatryczną są rozproszone, warunki lokalowe, w jakich pracują, nie są właściwe ani dla personelu, ani dla pacjentów do 18. roku życia i ich opiekunów. Często występujące awarie i usterki typowe dla zdekapitalizowanej infrastruktury powodują przestoje i uniemożliwiają sprawne planowanie usług np. w radiologii. Pediatrzy pracują w obiektach i przestrzeniach wyodrębnionych na ich potrzeby w starych budynkach. Niemożliwym jest dostosowanie tych pomieszczeń w pełni do obecnych przepisów (m.in. przeciwpożarowych). Szpital współpracuje ściśle ze specjalistami ochrony przeciwpożarowej, stosuje uzgodnione z nimi rozwiązania zastępcze pozwalające na zapewnienie maksymalnego w tych warunkach bezpieczeństwa. Rosnące nakłady eksploatacyjne na istniejące budynki stanowią barierę w rozwoju jednostek pediatrycznych.

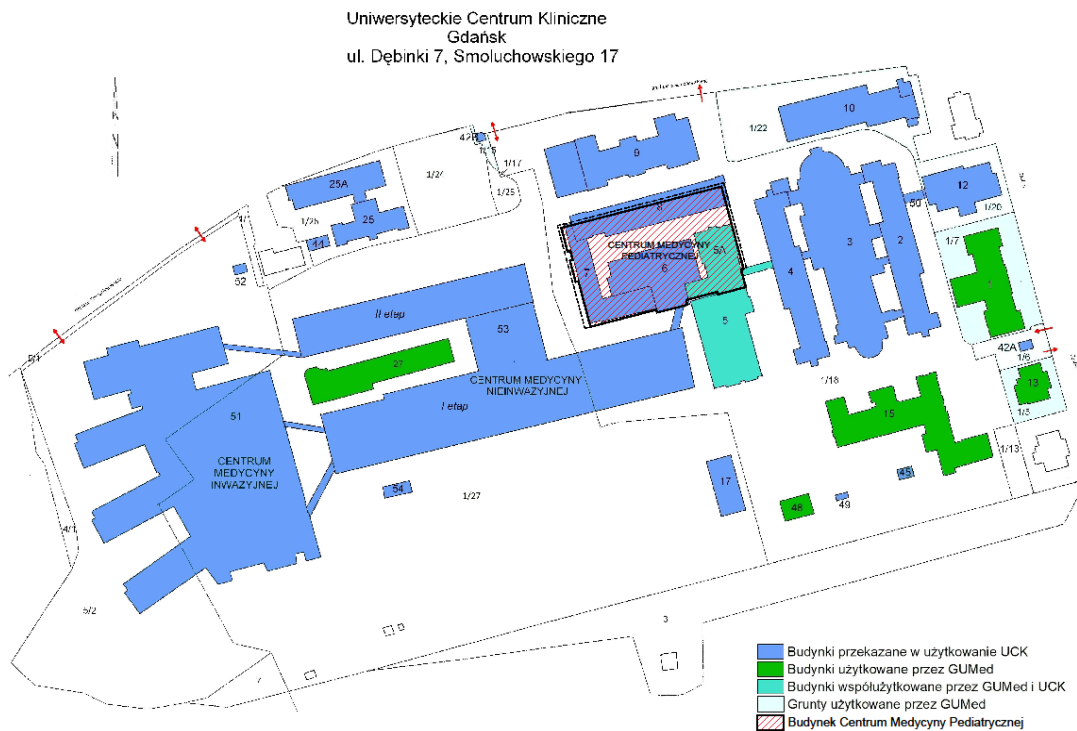
Klinika Chirurgii Dziecięcej tymczasowo zlokalizowana jest w nowym obiekcie (przeniesiona z bazy obcej i ulokowana w CMN w części Kliniki Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej, powodując zmniejszenie bazy łóżkowej tej ostatniej). Po oddaniu inwestycji na odzyskanej powierzchni w CMN zostaną przywrócone pierwotne funkcje służące obsłudze dorosłych pacjentów kardiologicznych.

Nowy obiekt CMP pozwoli na pracę jednostek przenoszonych z innych lokalizacji jak i jednostek nowo utworzonych w przestrzeni zaprojektowanej według wymagań aktualnych technologii medycznych, przepisów bhp oraz przeciwpożarowych. Nie bez znaczenia jest także wprowadzenie przyjaznych dzieciom i estetycznych rozwiązań architektonicznych zmniejszających stres pacjentów.

Istotna jest też możliwość otrzymania porad, wykonania badań czy obserwacja pacjenta w ramach jednego budynku bez konieczności kłopotliwego i czasochłonnego przemieszczania się osób uczestniczących w procedurach medycznych.

Tabela nr 2. Zmiany w lokalizacji jednostek obecnie funkcjonujących w UCK i objętych inwestycją CMP

Lp.	Komórki organizacyjne	Obecna lokalizacja	Lokalizacja po zakończeniu inwestycji	Zakładana działalność w zwolnionych przez jednostki powierzchniach
1	2	3	4	5
1	Izba Przyjęć Pediatria	Parter bud. nr 3	Parter bud. CMP	Rozwój działalności ambulatoryjnej klinik internistycznych
2	Zespół Poradni i Pracowni	Parter bud. nr 3, parter bud. nr 4	Parter i 1 piętro bud. CMP	Rozwój działalności ambulatoryjnej klinik internistycznych
3	Zakład Radiologii Pediatria	Parter bud. nr 5	1 piętro bud. CMP	Budynek zwolniony z działalności szpitalnej, przekazany właścicielowi (GUMed)
4	Klinika Intensywnej Terapii (odcinek pediatryczny)	Parter bud. nr 3	2 piętro bud. CMP	Rozwój działalności ambulatoryjnej klinik internistycznych
5	Blok Operacyjny	Parter bud. nr 3	2 piętro bud. CMP	Rozwój działalności ambulatoryjnej klinik internistycznych
6	Klinika Chirurgii Dziecięcej	3 piętro bud. CMN	3 piętro bud. CMP	Klinika Kardiochirurgii



Rys. 2. Mapa terenu szpitala

7.2 Opis zakresu technicznego inwestycji.

Nowy obiekt zostanie zlokalizowany w głównym kompleksie szpitalnym przy ul. Dębinki 7 w Gdańsku i zostanie połączony łącznikami z pozostałą infrastrukturą szpitalną. W ramach inwestycji nastąpi wyburzenie starych budynków. Inwestycja zakłada budowę kompleksu oraz jego całkowite wyposażenie i ma na celu przygotowanie pomieszczeń pod docelową przeprowadzkę jednostek.



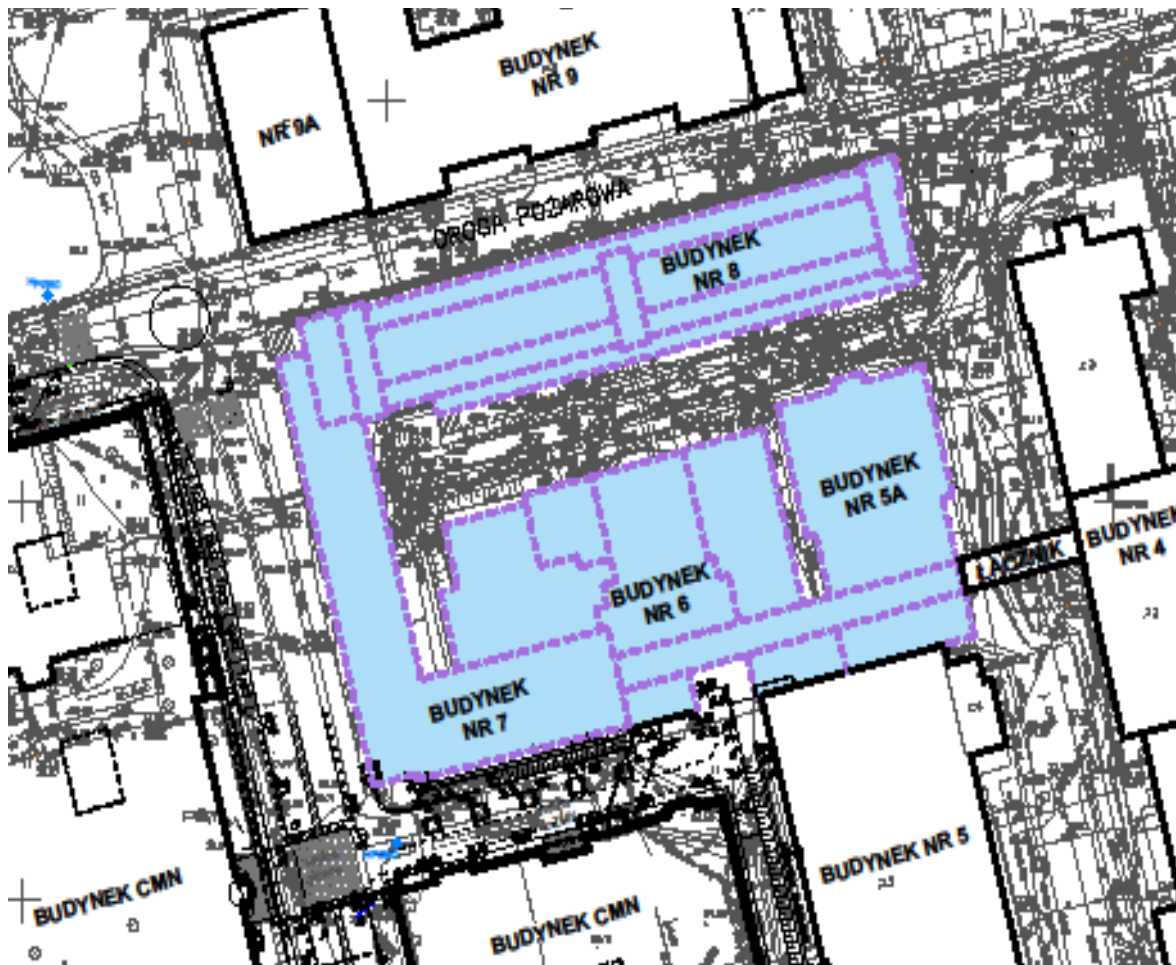
Rys. 3. Lokalizacja CMP na terenie UCK, obszar objęty zagospodarowaniem w ramach programu inwestycyjnego.

7.2.1 Zakres prac projektowych/budowlanych/installacyjnych:

Prace projektowe: wykonanie projektu budowlanego i wykonawczego inwestycji na podstawie postępowania konkursowego. Inwentaryzacja konserwatorska łącznika do budynku 4 i wskazanych przez konserwatora elementów w budynku 5A.

Prace budowlano-installacyjne:

a. Wyburzenie istniejących budynków 6,7,8 i 5A (z zachowaniem łącznika do bud. 4, korytarza i jednej ściany budynku od strony bud. 4 – wymóg konserwatora zabytków), likwidacja, bądź przełożenie istniejących na terenie inwestycji istniejących sieci instalacyjnych.



Rys. 4. Plan wyburzeń istniejących obiektów (budynki zaznaczone kolorem niebieskim).

Prace wyburzeniowe przeprowadzone zostaną sukcesywnie. W pierwszej kolejności likwidacji ulegną budynki 7 i 8 ze względu na termin ważności decyzji o pozwoleniu na rozbiórkę (upływa we wrześniu 2023 r.). Z tego względu zostanie przeprowadzone odrębne postępowanie przetargowe na ich rozbiórkę. Budynki 5A i 6 zostaną zlikwidowane tuż przed rozpoczęciem prac ziemnych, a rozbiórka ze względu na wymóg konserwatora zabytków dotyczący pozostawienia fragmentów ich konstrukcji będzie wymagała wykonania specjalistycznych opracowań projektowych, wzmocnień i zabezpieczeń.

Kliniki z budynku nr 7 zostały przeniesione do nowego budynku A Centrum Medycyny Nieinwazyjnej w 2021 r. Budynek jest gotowy do wyburzenia.

Jednostki z budynku nr 8 również w 2021 r. zmieniły lokalizację na obiekt CMN, z wyjątkiem Oddziału Dziennego Kliniki Endokrynologii i Chorób Wewnętrznych, który zostanie przeniesiony do budynku nr 4. Przenosiny planowane są w styczniu 2023 r.

Budynek nr 5A jest obecnie pusty i przygotowany do wyburzenia. Działająca w nim wcześniej Kardiologia Inwazyjna funkcjonuje od września 2021 r. w budynku CMN.

Budynek nr 6 w części jest obecnie użytkowany przez administrację szpitala. Biura zostaną przeniesione do budynku nr 9 (obiekt w trakcie remontu) w trzecim kwartale 2023 r. Po tym terminie obiekt będzie można rozebrać.

Poniżej załączono zdjęcia obiektów przeznaczonych do rozbiórki.



Zdjęcie nr 1 – Budynek nr 7 przeznaczony do rozbiórki.



Zdjęcie nr 2 – Budynek nr 8 przeznaczony do rozbiórki.



Zdjęcie nr 3 – Budynek 5A przeznaczony do rozbiórki.



Zdjęcie nr 4 – Budynek nr 6 przeznaczony do rozbiórki.

b. Budowa nowego obiektu (2 kondygnacje podziemne, 4 nadziemne) o powierzchni całkowitej do 29 029 m², w tym:

- wykonanie obudowy wykopu wraz z zabezpieczeniem konstrukcji łącznika oraz elementów budynku 5a przeznaczonych do zachowania,
- roboty ziemne, roboty żelbetowe, pokrycie dachu, wykonanie elewacji, montaż okien i fasad, roboty wykończeniowe: tynki, posadzki, sufity itp., montaż stolarki drzwiowej,
- wykonanie przyłączy, sieci instalacyjnych, robót zagospodarowania terenu,
- wykonanie instalacji sanitarnych, elektrycznych, teletechnicznych.

7.2.2 Wyposażenie obiektu w łóżka, meble, aparaturę i sprzęt medyczny.

Plan inwestycji zakłada oddanie w użytkowanie jednostkom pediatrycznym pomieszczeń w pełni wyposażonych, gotowych do realizacji świadczeń zdrowotnych. Przewidywane są zakupy wyposażenia o łącznej wartości 53,4 milionów złotych.

Tabela nr 3. Zestawienie planowanego wyposażenia budynku CMP.

L.p.	Nazwa sprzętu i wyposażenia medycznego	Ilość	Lokalizacja sprzętu w jednostce organizacyjnej
1	2	3	4
1	angiograf cyfrowy	1	Blok Operacyjny
2	aparat rezonansu magnetycznego	1	Zakład Radiologii
3	aparat USG do przepływów mózgowych	1	Blok Operacyjny
4	stacjonarny aparat RTG	1	Zakład Radiologii
5	tomograf komputerowy	1	Zakład Radiologii
6	RTG śródoperacyjny	1	Blok Operacyjny
7	tor wizyjny z instrumentarium	6	Blok Operacyjny, Pracownia Endoskopii
8	aparat do znieczulenia	4	Blok Operacyjny
9	respirator	24	Blok Operacyjny, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla dzieci j, Pracownia Endoskopii,
10	Wyroby medyczne (nie wymienione wyżej), niezbędne do funkcjonowania jednostek: kardiomonitor, aparaty do elektrokardiogramu (EKG), pompy infuzyjne, stoły operacyjne, lampy zabiegowe, łóżka szpitalne, ssaki medyczne, leżanki, wózki zabiegowe i transportowe, narzędzia operacyjne.		
11	Wyposażenie meblowe: socjalno-bytowe (pokoje socjalne, poczekalnie), biurowo-administracyjne (pokoje biurowe, rejestracje), meble medyczne (pokoje zabiegowe, przygotowawcze, konsultacyjne).		
12	Zakupy informatyczne: komputery, urządzenia wielofunkcyjne, drukarki kodów kreskowych.		

7.2.3 Planowane zmiany organizacyjne.

Inwestycja umożliwi ułożenie wielu procesów praktycznie od nowa. Wymuszone dotychczasowe rozwiązania narzucone często przez infrastrukturę można dowolnie modelować, zmieniać. Realizacja projektu przełoży się na niżej wymienione zmiany organizacyjne.

- Powołanie w strukturach Pediatrycznej Izby Przyjęć Pododdziału Obserwacyjnego – obecnie szpital nie ma w swojej strukturze łóżek obserwacyjnych dla pacjentów z infekcjami zakaźnymi. Efektem tej części inwestycji będzie możliwość prowadzenia hospitalizacji dzieci z infekcjami ogólnymi poza strukturą właściwych oddziałów, a tym samym efektywniejsze wykorzystywanie łóżek szpitalnych na docelowych oddziałach oraz sprawniejszy nadzór epidemiologiczny nad chorymi. Inwestycja zakłada centralizację izolatek na oddziale obserwacyjnym. Jest to rozwiązanie optymalniejsze kosztowo w porównaniu z realizacją tej funkcji na kilku oddziałach szpitalnych. Obecnie szpital leczy tych chorych w ramach procedur leczenia szpitalnego na dedykowanych oddziałach szpitalnych, w związku z powyższym nie ma ryzyka braku finansowania tych świadczeń przez płatnika publicznego.
- Powołanie w strukturach Pediatrycznego Oddziału Dziennego – obecnie szpital nie posiada w swoich strukturach takiego oddziału. Jedynie pacjenci ze schorzeniami onkohematologicznymi mają dedykowany oddział dzienny, a pozostali pacjenci przyjmowani są na oddziałach stacjonarnych. Efektem tej części inwestycji będzie możliwość zwiększenia ilości chorych leczonych na oddziałach szpitalnych poprzez przekierowanie części z nich w ramach jednodniowych hospitalizacji na oddział dzienny. Dodatkowym atutem takiego rozwiązania jest zwiększenie reżimu sanitarnego poprzez ograniczenie przebywania chorych na oddziałach wyłącznie dla dłuższych hospitalizacji. Centralizacja świadczeń oddziału dziennego w efekcie pozwoli również na optymalne wykorzystanie personelu pielęgniarskiego, trudnego do pozyskania na rynku pracy. Organizacja świadczeń udzielanych w trybach jednodniowych to grupa hospitalizacji z największym potencjałem rozwojowym i jest pod nadzorem zarządzających klinikami. Nowe trendy leczenia szpitalnego wskazują na przewagę hospitalizacji jednodniowych, na rzecz pozostawienia miejsca na specjalistycznych oddziałach dla pacjentów z poważniejszymi problemami zdrowotnymi, wymagającymi dłuższej opieki szpitalnej. Trend ten jest premiiowany przez płatnika (NFZ) w nowych korektach wyceny świadczeń. Stworzenie centralnego oddziału dziennego pracującego na rzecz kilku klinik pediatrycznych pozwoli na zwiększenie dostępu do świadczeń i skrócenie kolejek pacjentów oczekujących na leczenie.
- Powołanie w strukturach Oddziału Dziennego Rehabilitacji Pediatrycznej – obecnie brak dedykowanej jednostki w strukturach szpitala. Efektem tej części inwestycji będzie powołanie

niewielkiego oddziału, który umożliwi realizację procedur fizjoterapeutycznych w miejscu zlokalizowanym w bezpośrednim sąsiedztwie oddziałów szpitalnych oraz jednostek prowadzących procedury diagnostyczno-lecznicze (Zespołu Poradni, Zakładu Radiologii). Stworzenie nowego oddziału jest konieczne dla utrzymania najlepszego poziomu opieki i standardów. Szpital zapewnia obecnie świadczenia rehabilitacyjne świadczone przez Zespół Fizjoterapeutów pacjentom hospitalizowanym w klinikach. Jednakże ich realizacja wymaga niejednokrotnie przewożenia chorych do obiektu odległego o trzy kilometry (budynek przy al. Zwycięstwa w Gdańsku). W wyniku inwestycji powstanie infrastruktura umożliwiająca świadczenie usług w jednej lokalizacji, dodatkowo w trybie ambulatoryjnym bądź jednodniowym.

- Powołanie w strukturach Pracowni Endoskopii Pediatricznej – obecnie brak dedykowanej jednostki w strukturach szpitala. Efektem tej części inwestycji będzie możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w kampusie szpitalnym. Obecnie dzieci w przypadku konieczności przeprowadzenia badań endoskopowych transportowane są do innego podmiotu medycznego odległego o pięć kilometrów. W przypadku powołania tej pracowni, świadczenia będą realizowane w ramach istniejącego kontraktu NFZ w zakresie ambulatoryjnego świadczenia diagnostycznego kosztochłonnego.
- Scalenie działalności Zakładu Radiologii Pediatricznej (obecnie działalność prowadzona w dwóch jednostkach i budynkach). Efektem tej części inwestycji będzie centralizacja działalności i optymalne wykorzystanie kadry medycznej i administracyjnej zakładu. Dodatkowo zakłada się budowę infrastruktury przyjaznej pacjentowi: nowego punktu rejestracyjnego i dużej poczekalni. Obecnie UCK realizuje świadczenia diagnostyczne pediatriczne, jednakże nie w ramach jednej wydzielonej struktury.
- Blok Operacyjny – centralizacja funkcji w ramach jednej lokalizacji zamiast w obecnych dwóch. Efektem tej części inwestycji będzie optymalizacja wykorzystania kadry medycznej na blokach operacyjnych, a także zmniejszenie kosztów funkcjonowania bloku.
- Powołanie Kliniki Reumatologii i Immunologii Dziecięcej – obecnie brak dedykowanej jednostki w strukturach szpitala. Efektem tej części inwestycji będzie możliwość realizacji kompleksowych świadczeń pediatricznych w UCK. Przedmiotowe świadczenia realizowane są już przez szpital w ramach posiadanych kontraktów z NFZ i rozliczane z płatnikiem w zakresie leczenia pediatricznego. Świadczenia udzielane pacjentom poniżej 18. roku życia zostały uznane przez płatnika jako Nielimitowane, zatem celem zarządzających zespołami klinicznymi stało się zwiększenie dostępności do świadczeń najbardziej potrzebującym pacjentom.

7.3 Aktualny stan techniczny infrastruktury.

Inwestycja zakłada wybudowanie budynku, w którym znajdzie się szereg nowych jednostek organizacyjnych. Do najważniejszych można zaliczyć: Oddział Obserwacyjny, Oddział Dzienny Pediatriczny, Oddział Dzienny Rehabilitacji Pediatricznej, Pracownię Endoskopii czy Klinikę Reumatologii i Immunologii Dziecięcej.

Oprócz tego projekt zakłada przeniesienie jednostek z budynków obecnie istniejących do nowej infrastruktury. Przeniesienie działalności Izby Przyjęć, Poradni i Pracowni Dziecięcych, Zakładu Radiologii Pediatricznej, Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla dzieci, Bloku Operacyjnego zwolni pomieszczenia, które obecnie zajmują budynek z lat 1910–1913 oraz 1993 r. Szczególnie budynki nr 3, 4 z początku XX wieku są niemal całkowicie wyeksploatowane i prowadzenie w nich działalności leczniczej, szczególnie na potrzeby dzieci, nie powinno mieć miejsca. Budynki z racji ich wieku, wielu barier architektonicznych i rozwiązań technicznych, nawet po modernizacji nie będą w stanie pełnić funkcji nowoczesnej przestrzeni, szczególnie zabiegowej i interwencyjnej.

Zwalniane powierzchnie w budynkach nr 3 oraz 4 przeznaczone zostaną na rozwój ambulatoryjnej lub dziennej działalności internistycznej dla pacjentów dorosłych, która jest już prowadzona częściowo w budynku nr 4. Inwestycja ta zostanie pokryta ze środków własnych szpitala lub przyszłych projektów w ramach funduszy zewnętrznych.

Poradnie i pracownie dziecięce zlokalizowane obecnie w budynkach nr 3 i 4 (wzniesionych w latach 1910–1913) są niewielkich rozmiarów i niedoświetlone. Wiele z nich nie ma bezpośredniego dostępu do światła dziennego. Układ pomieszczeń nie jest przystosowany do tego typu działalności, gdyż pierwotne przeznaczenie tych rejonów to szpitalny oddział ratunkowy. W wielu pomieszczeniach brakuje instalacji gazów medycznych, co wymusza konieczność dostarczania butli z gazami przez brygady techniczne. Instalacje techniczne mają kilkadziesiąt lat, w związku z tym często występują ich awarie i usterki. Jednym z większych problemów w obrębie poradni jest brak instalacji wentylacji mechanicznej, co znacząco obniża komfort pacjentów podczas realizacji przyjęć w gabinetach oraz podczas oczekiwania na wizytę.

Blok Operacyjny pediatriczny oraz Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla dzieci zlokalizowane są w budynku wzniesionym w 1911 r. Układ pomieszczeń bloku jest niefunkcyjny i przyczynia się do występowania wielu utrudnień w codziennej obsłudze. Zbyt małe powierzchnie poszczególnych sal operacyjnych, mała powierzchnia magazynowa, zbyt mały obszar szluz materiałowych i osobowych sprawiają, że użytkowanie bloku jest nieefektywne. Szczególnie widać to na sali hybrydowej, która według nowoczesnych standardów powinna mieć około 70 m², a tymczasem jej powierzchnia wynosi około 40 m². Oddział Intensywnej Terapii został „wtłoczony” w strukturę bloku

operacyjnego, co uniemożliwiło jego optymalne zaprojektowanie, gdy powstawał kilka lat temu. Zamiast gruntowanej modernizacji z pełną wymianą instalacji odbył się remont, który nie zapewnił optymalnych warunków dla chorych i personelu. Na oddziale znajdują się tylko 4 łóżka i praktycznie brak infrastruktury socjalno-dyżurowej. Personel lekarski ma do dyspozycji wyłącznie jedno pomieszczenie. Gruntowny remont pomieszczeń odbył się kilkadziesiąt lat temu i większość instalacji jest z tego okresu. Centrala wentylacyjna ma około 20 lat i podlega licznym usterkom.

Zakład Radiologii Pediatricznej znajduje się w pomieszczeniach oddalonych od klinik pediatrycznych, w budynku nr 5, co sprawia, że dzieci na badania tomografii komputerowej bądź RTG transportowane są głównymi korytarzami szpitala. Budynek nr 5 jest w złym stanie technicznym, ze stolarką okienną niedostosowaną do obecnych wymogów i nieefektywnym systemem grzewczym. Z tych powodów niemożliwym jest zapewnienie oczekującym na korytarzach pacjentom optymalnych warunków termicznych. Pomieszczenia zakładu są niewielkich rozmiarów i niedoświetlone. W budynkach występują również problemy w funkcjonowaniu central wentylacyjnych i sieci teletechnicznej.

We wszystkich powyższych lokalizacjach brak sieci Wi-Fi oraz telefonii DECT (*Digital Enhanced Cordless Telecommunications*) – cyfrowego systemu stosowanego w bezprzewodowych telefonach stacjonarnych pozwalającego na komunikację personelu za pomocą przenośnych aparatów na odległość nawet do 500 m. Sieci Wi-Fi oraz DECT ułatwiają pracę personelu i codzienne szybkie rozwiązywanie problemów organizacyjnych.

Kilka jednostek, które znajdują się w obiekcie oprócz infrastruktury lokalowej, ma wielomilionowe potrzeby inwestycyjne w ramach aparatury medycznej. Wyposażenie radiologii pediatricznej to tomograf komputerowy z 2008 r., aparaty USG z lat 2012–2015 oraz RTG z 2016 r. Jedyne w szpitalu angiograf dziecięcy znajdujący się na bloku operacyjnym został wyprodukowany w 2012 roku. Pozostała aparatura na tej samej sali operacyjnej jak: kolumny, lampy, stoły są z lat 1999–2011. Wiele pozycji sprzętowych w innych jednostkach wymaga pilnego odtworzenia tak, aby spełniać rosnące wymagania medycyny.

Poniżej przedstawiono zdjęcia budynków 4, 5 w których działają obecnie jednostki pediatryczne.



Zdjęcie nr 5 - Budynek nr 4 elewacja zachodnia.



Zdjęcie nr 6 - Budynek nr 5 elewacja wschodnia.

8. ZAKRES RZECZOWO- FINANSOWY INWESTYCJI

8.1 Zakres rzeczowo-finansowy inwestycji

Zakres rzeczowy inwestycji to budowa 6 kondygnacyjnego obiektu (w tym 2 kondygnacje podziemne) wraz z niezbędną techniczną infrastrukturą towarzyszącą (przełożenie istniejących sieci, nowe sieci, przyłącza, zagospodarowanie terenu) oraz wyposażeniem w sprzęt medyczny, meble.

Wstępnie zakładane parametry przestrzenne obiektu:

- powierzchnia zabudowy: 4862 m²,
- powierzchnia całkowita 29 029 m²,
- kubatura 116 525 m³.

Opis obiektu i prac do wykonania wraz z rozmieszczeniem w jego przestrzeni poszczególnych jednostek organizacyjnych zawarto w części 7. (Opis inwestycji) niniejszego programu.

Tabela 4 – Zakres rzeczowo-finansowy inwestycji						
Lp.	KOMÓRKI ORGANIZACYJNE OBJĘTE INWESTYCJĄ	Powierzchnia całkowita w m ²		Liczba łóżek		Szacunkowa wartość brutto (zł)
		Przed inwestycją	Po inwestycji	Przed inwestycją	Po inwestycji	
1	2	3	4	5	6	7
ISTNIEJĄCE KOMÓRKI ORGANIZACYJNE						
1	Izba Przyjęć Pediatryczna	150	1066	0	0	9 530 000
2	Zespół Poradni i Pracowni	720	4039	0	0	36 163 000
3	Zakład Radiologii Pediatrycznej	227	2994	2	6	41 236 000
4	Klinika Intensywnej Terapii (odcinek pediatryczny)	450	2559	4	12	28 715 000
5	Blok Operacyjny	500	5121	0	6	57 506 600
6	Klinika Chirurgii Dziecięcej	404	4821	12	42	46 016 000
NOWO UTWORZONE KOMÓRKI ORGANIZACYJNE						
7	Klinika Reumatologii i Immunologii Dziecięcej	<i>nie dotyczy</i>	3134	0	25	29 279 500
8	Oddział Obserwacyjny	<i>nie dotyczy</i>	811	0	4	7 559 000
9	Oddział Dzienny	<i>nie dotyczy</i>	1715	0	15	16 702 500
10	Oddział Dzienny rehabilitacji pediatrycznej	<i>nie dotyczy</i>	556	0	0	5 131 000
11	Pracownie Endoskopii	<i>nie dotyczy</i>	1 627	0	0	17 028 000
12	Pomieszczenia edukacyjne	<i>nie dotyczy</i>	586	0	0	5 033 400
RAZEM		2451	29 029	18	110	299 900 000

8.2 Wartość kosztorysowa inwestycji z wyszczególnieniem grup kosztów

Tabela 5 - Wartość Kosztorysowa Inwestycji z wyszczególnieniem grup kosztów		
Lp.	Rodzaj grupy kosztów	Wartość prac brutto (zł)
1	2	3
1	Pozyskanie działki budowlanej	0
2	Przygotowanie terenu i przyłączenia obiektów do sieci	7 000 000
3	Budowa obiektów podstawowych	115 000 000
4	Instalacje	106 000 000
5	Zagospodarowanie terenu i budowa obiektów pomocniczych	2 500 000
6	Wyposażenie	53 400 000
7	Prace przygotowawcze, projektowe, obsługa inwestorska, nadzory autorskie oraz ewentualnie szkolenia	16 000 000
RAZEM		299 900 000

8.3 Zestawienie źródeł finansowania inwestycji

Tabela 6 – Zestawienie źródeł finansowania inwestycji		Planowane nakłady w poszczególnych latach:					Wartości brutto w pełnych złotych		
Lp.	Źródła finansowania inwestycji	Wartość Kosztorysowa Inwestycji (W/KI)	Nakłady dotychczas poniesione	w latach:					2027
				2023	2024	2025	2026	2027	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1	Środki własne inwestora	1 400 000	0	0	0	0	1 400 000	0	
2	Środki z Subfunduszu Infrastruktury Strategicznej - Fundusz Medyczny	298 500 000	0	11 000 000	34 500 000	76 300 000	130 900 000	45 800 000	
OGÓŁEM		299 900 000	0	11 000 000	34 500 000	76 300 000	132 300 000	45 800 000	

8.4 Harmonogram rzeczowo-finansowy inwestycji

Tabela 7 – Harmonogram rzeczowo-finansowy inwestycji w ujęciu rocznym w złotych brutto												
Lp.	Rodzaj grupy kosztów	Wartość wg WKI w tys. zł	Środki własne		Środki z innych źródeł	Środki z MZ	Planowane nakłady na lata:					
			poniesione*	planowane			2023	2024	2025	2026	2027	
1	2	3 (4+5+6+7)	4	5	6	7 (8+9+ 10+11+12)	8	9	10	11	12	
1	Pozyskanie działki budowlanej	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
2	Przygotowanie terenu	7 000 000	0	0	0	7 000 000	5 000 000	2 000 000	0	0	0	
3	Budowa obiektów podstawowych	115 000 000	0	0	0	115 000 000	0	25 000 000	40 000 000	30 000 000	20 000 000	
4	Instalacje	106 000 000	0	0	0	106 000 000	0	1 000 000	34 000 000	60 000 000	11 000 000	
5	Zagospodarowanie terenu i budowa	2 500 000	0	0	0	2 500 000	0	0	1 000 000	1 000 000	500 000	
6	WyposaŹenie	53 400 000	0	1 400 000	0	52 000 000	0	0	0	38 600 000	13 400 000	
7	Prace przygotowawcze, projektowe	16 000 000	0	0	0	16 000 000	6 000 000	6 500 000	1 300 000	1 300 000	900 000	
RAZEM			0	1 400 000	0	298 500 000	11 000 000	34 500 000	76 300 000	130 900 000	45 800 000	
ŁĄCZNIE			1 400 000			298 500 000						

9. MIERNIKI PLANOWANEJ INWESTYCJI

Tabela 8 – Mierniki stopnia realizacji inwestycji					
Lp.	Rok realizacji	Zakres rzeczowy realizowanego celu	Wartość wg. WKI w złotych	Mierniki - udział realizowanego zakresu rzeczowego	
				rocznie %	narastająco %
1	2	3	4	5	6
1	2023	Przygotowanie terenu pod budowę	11 000 000	4	4
		Prace projektowe, obsługa inwestorska			
2	2024	Przygotowanie terenu pod budowę	34 500 000	12	16
		Budowa obiektów podstawowych			
		Instalacje			
		Prace projektowe, obsługa inwestorska i nadzór autorski			
3	2025	Budowa obiektów podstawowych	76 300 000	25	41
		Instalacje			
		Zagospodarowanie terenu i budowa obiektów pomocniczych			
		Obsługa inwestorska i nadzór autorski			
4	2026	Budowa obiektów podstawowych	132 300 000	44	85
		Instalacje			
		Zagospodarowanie terenu i budowa obiektów pomocniczych			
		Obsługa inwestorska i nadzór autorski			
		Zakup sprzętu i wyposażenia			
5	2027	Budowa obiektów podstawowych	45 800 000	15	100
		Instalacje			
		Zagospodarowanie terenu i budowa obiektów pomocniczych			
		Obsługa inwestorska i nadzór autorski			
		Zakup sprzętu i wyposażenia			
Ogółem			299 900 000	100	100

10. PLANOWANE EFEKTY MEDYCZNE I RZECZOWE

Efekty rzeczowe w postaci:

- pozyskania zwiększonych powierzchni dla istniejących jednostek organizacyjnych lub stworzenia miejsca dla nowo tworzonych,
- zwiększenia liczby łóżek do dyspozycji pacjentów pediatrycznych

– wskazano w tabeli 4 w pkt. 8.1 niniejszego programu.

Ponadto inwestycja umożliwi realizację następujących celów rzeczowych:

- stworzenie wygodnej dla pacjenta przestrzeni w strefie przyjmowania pacjentów do szpitala,
- centralizację wszystkich pracowni i poradni pediatrycznych w jednej zwartej infrastrukturze,
- stworzenie pediatrycznej „platformy gorącej” (skupienie w bezpośredniej bliskości intensywnych form opieki nad pacjentem), tj. zlokalizowanie izby przyjęć, zakładu radiologii, oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci, bloku operacyjnego w bliskiej odległości,
- przeniesienie wszystkich zabiegów dzieci z klinik dorosłych na oddział chirurgii dziecięcej,
- możliwość prowadzenia rehabilitacji pediatrycznej w miejscu,
- możliwość obserwacji dzieci z infekcjami poza oddziałami szpitalnymi,
- budowę przestrzeni efektywnej kosztowo w zakresie eksploatacji,
- budowę przestrzeni do realizacji świadczeń medycznych w oparciu o nowoczesne rozwiązania teletechniczne (telefonia DECT, Wi-Fi, system przyzywowy zintegrowany z telefonią, system mobilnego kardiomonitringu).

10.1 Planowane efekty dla pacjenta uzyskane w wyniku realizacji inwestycji.

Pacjent w XXI wieku oczekuje od jednostki medycznej wysokiej jakości świadczonych usług, która przejawia się w przede wszystkim w bezpieczeństwie realizacji świadczeń, wysokiej wiedzy medyków, nowoczesnej aparaturze medycznej i komfortowych warunkach, w których te świadczenia są realizowane.

Inwestycja daje możliwości organizacji procesu leczniczego *de facto* na nowo, likwiduje bowiem obecne bariery funkcjonalne. Nowy budynek zostanie wyposażony w nowoczesną aparaturę medyczną, która zapewni możliwość szybszej realizacji świadczeń (aparatura taka jak: tomograf komputerowy, rezonans magnetyczny) oraz możliwość prowadzenia kompleksowej realizacji świadczeń zabiegowych na najwyższym poziomie (aparatura taka jak: wieże endoskopowe, RTG śródoperacyjne, endoskopia).

Jedną z kluczowych korzyści realizacji inwestycji jest centralizacja bloku operacyjnego, Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla dzieci i diagnostyki obrazowej w jednym budynku, co znacząco przełoży się na bezpieczeństwo pacjenta. Obecnie blok operacyjny pediatryczny jest podzielony na dwa budynki. Tylko w jednej lokalizacji jest Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla dzieci co sprawia, że do znaczącego obciążenia pacjenta podczas zabiegu operacyjnego dochodzi jeszcze (w przypadku ciężkich zabiegów) również transport wewnątrzszpitalny na większą odległość. Równocześnie radiologia pediatryczna zlokalizowana jest w budynku nr 5, całkowicie poza obszarem

pediatrycznym. Powyższe funkcjonujące rozwiązanie nie zapewnia wysokiej jakości świadczeń i wydłuża czas ich udzielania.

Jednym z większych problemów organizacyjnych w obecnie funkcjonującym szpitalu jest organizacja świadczeń ambulatoryjnych. Rejestracja jest ciasna, całkowicie niefunkcjonalna, a dodatkowo usytuowana w budynku innym niż lokalizacja większości poradni. Sprawia to, że pacjenci mają problem z odnalezieniem właściwego gabinetu, ponadto oczekują na udzielenie porady w niedostosowanych do tych funkcji korytarzach (wąskich, niewystarczająco wentylowanych). Planowany budynek rozwiąże te problemy, gdyż w opracowanej koncepcji zespół poradni jest scentralizowany, z dedykowanymi dla nich poczekalniami. Nowoczesna infrastruktura techniczna zapewni odpowiednią ilość wymian świeżego powietrza.

Poprzez inwestycje pacjenci zyskają także nowy oddział dzienny dedykowany większości specjalizacji pediatrycznych. Dzięki temu procedury jednodniowe nie będą realizowane na dotychczasowych oddziałach, gdzie generują zwiększony, niepotrzebny ruch pośród osób hospitalizowanych w trybie stacjonarnym.

Nowoczesny budynek to również szereg rozwiązań w zakresie infrastruktury, które zapewnią większy komfort przebywania chorych. Projektowane na nowo sale chorych dają możliwość już na tym etapie wkomponowania miejsca dla opiekunów chorych. Sale będą większe niż obecnie, dwuosobowe, wszystkie z węzłem sanitarnym. Na oddziałach zostaną utworzone szatnie dla opiekunów wraz z zapleczem socjalnym.

Rozwiązania w zakresie teleinformatycznym sprawią, że każdy pacjent w szpitalu będzie miał dostęp do darmowego Wi-Fi, a dzięki integracji systemu przyzywowego z cyfrową telefonią DECT pacjent będzie miał możliwość porozmawiania z pielęgniarką bez konieczności jej osobistego stawiennictwa przy łóżku chorego. Każda sala chorych zostanie przystosowana do montażu telewizora.

Poniżej wymienione zostały efekty dla pacjentów w odniesieniu do poszczególnych jednostek organizacyjnych:

1. Izba Przyjęć Pediatryczna:
 - zwiększenie liczby gabinetów przyjęć do 4,
 - duża przestronna poczekalnia,
 - duża przestronna rejestracja,
 - system biletowy do rejestracji,
 - oddzielne wejście;
2. Zespół Poradni i Pracowni:
 - dogodna lokalizacja na parterze,

- rejestracja przy wejściu do budynku,
 - bliska odległość do szatni,
 - system biletowy do rejestracji,
 - czytelny układ pomieszczeń jednostki.;
3. Zakład Radiologii Pediatricznej:
- duże poczekalnie,
 - odseparowanie pacjentów zewnętrznych od szpitalnych,
 - duże przebieralnie;
4. Klinika Intensywnej Terapii:
- nowoczesne rozwiązania techniczne zwiększające bezpieczeństwo pacjenta,
 - wygodne łóżka zapobiegające odleżynom;
5. Klinika Chirurgii Dziecięcej:
- odseparowanie dzieci młodszych od starszych,
 - 2-łóżkowe sale chorych,
 - sale chorych zapewniające komfort opiekunom,
 - nowoczesne rozwiązania teletechniczne,
 - możliwość rozmowy chorego z personelem przez telefon;
6. Klinika Reumatologii i Immunologii Dziecięcej:
- odseparowanie dzieci młodszych od starszych,
 - 2-łóżkowe sale chorych,
 - sale chorych zapewniające komfort opiekunom,
 - nowoczesne rozwiązania teletechniczne,
 - możliwość rozmowy chorego z personelem przez telefon;
7. Oddział Dzienny Rehabilitacji Pediatricznej:
- brak konieczności transportu pacjenta do innej lokalizacji,
 - komfortowe warunki udzielanych świadczeń,
 - przestrzenna przebieralnia.

10.2 Planowane efekty medyczne uzyskane w wyniku inwestycji.

Inwestycja w znaczący sposób przyczyni się do poprawy ergonomii pracy personelu medycznego zaangażowanego w opiekę medyczną nad dziećmi w obrębie UCK dzięki lokalizacji kluczowych dla ratowania życia jednostek (blok operacyjny, intensywna terapia dla dzieci, zakład diagnostyki obrazowej) w jednym obiekcie i bezpośrednio sąsiadujących lokalizacjach oraz w oparciu o nowoczesną infrastrukturę i najnowocześniejsze wyposażenie. Funkcje te obecnie są realizowane w

pomieszczeniach zlokalizowanych w kilku obiektach odległych od siebie o kilkaset metrów. Budowa nowej infrastruktury stworzy nowoczesne warunki pracy w zakresie radiologii pediatricznej, działalności zabiegowej oraz intensywnej terapii, odpowiadające współczesnym zasadom ergonomii.

Dodatkowo, inwestycja CMP poprzez stworzenie dodatkowej bazy dydaktycznej umożliwi prowadzenie kompleksowego nauczania przed- i podyplomowego w zakresie medycyny dziecięcej. Poprawi to warunki kształcenia oraz podniesie jego jakość zarówno w stosunku do studentów medycyny i innych kierunków medycznych, jak i w zakresie kształcenia specjalizacyjnego na kierunkach pediatricznych.

Ponadto inwestycja wpłynie na podniesienie kwalifikacji osób wykonujących zawód medyczny ze względu na wymuszenie współpracy między wieloma profesjonalistami medycznymi i wprowadzenie do użytku nowych technologii medycznych.

Powstanie CMP przyczyni się do stworzenia zdecydowanie lepszych warunków do udziału klinik dziecięcych GUMed w europejskich sieciach referencyjnych – ERN. Obecnie GUMed jest liderem w Polsce w zakresie partycypacji jednostek pediatricznych w sieciach: PAEDCAN – dedykowanej nowotworom u dzieci, eUROGEN – dedykowanej schorzeniom urologicznym, ERKNet – dedykowanej chorobom rzadkim oraz ERNICA – dedykowanej chirurgii dziecięcej. W UCK powstało też interdyscyplinarne Centrum Chorób Rzadkich. GUMed jest też jednym z trzech polskich partnerów paneuropejskiej inicjatywy w zakresie chorób rzadkich (European Joint Programme in Rare Diseases).

Inwestycja zwiększy konkurencyjność klinik dziecięcych w obrębie UCK na polskim i europejskim rynku świadczeń medycznych. Umożliwi też szersze wdrażanie multidyscyplinarnych projektów naukowych opartych na współpracy z przedstawicielami dziedzin podstawowych w obrębie GUMed, a także z innymi trójmiejskimi uczelniami, w tym szczególnie z Politechniką Gdańską w zakresie analizy badań obrazowych, zastosowania rzeczywistości wirtualnej i sztucznej inteligencji oraz sieci neuronowych do głębokiego uczenia. Nie bez znaczenia jest zwiększenie atrakcyjności UCK i GUMed jako partnera współpracy międzynarodowej dzięki stworzeniu nowoczesnych warunków dla diagnostyki i leczenia pacjentów pediatricznych.

Nowoczesny obiekt znacząco poprawi warunki prowadzenia i rozwoju prac badawczych i rozwojowych w dziedzinie zdrowia w województwie pomorskim poprzez integrację działalności klinicznej, badań naukowych oraz prac rozwojowych we współpracy z innymi uczelniami i biznesem. Pozwoli też ona szerzej wykorzystać możliwości stwarzane przez istniejący w UCK i GUMed ośrodek badań klinicznych wczesnych faz oraz potencjalne finansowanie z Agencji Badań Medycznych.

Dzięki inwestycji możliwy będzie też szerszy udział UCK i uczelni w Planie dla Chorób Rzadkich, jak i w dalszych inicjatywach europejskich z tego zakresu. Umożliwi to testowanie i walidację

innowacyjnych produktów technicznych w oparciu o powyższą współpracę z potencjałem późniejszej komercjalizacji. Pozwoli też na powstanie hubu technologicznego, jak i akceleratora przedsiębiorczości w zakresie innowacyjnych rozwiązań medycznych.

Podsumowując można stwierdzić, iż inwestycja stanowi odpowiedź na nowoczesne trendy medyczne, jak i rekomendacje towarzystw i grup naukowych, które postulują koncentrację opieki wysokospecjalistycznej w dobrze wyposażonych, multidyscyplinarnych ośrodkach o odpowiednim doświadczeniu, opierających swoją działalność na współpracy międzynarodowej, np. w ramach europejskich sieci referencyjnych. Dotyczy to szczególnie schorzeń rzadkich i ultraradkich. W UCK zgromadzono już odpowiednie zasoby kompetencji ludzkich i doświadczenia, które dzięki inwestycji zostaną w należyty sposób wykorzystane.

Przewiduje się uzyskanie następujących efektów medycznych w odniesieniu do poszczególnych jednostek organizacyjnych:

1. Izba Przyjęć Pediatryczna:

- zwiększenie możliwości przyjęć dzieci na procedury planowe (poprzez zwiększenie liczby gabinetów przyjęciowych),
- możliwość szybszej diagnostyki pacjentów w ciężkim stanie (bliskość Zakładu Radiologii);

2. Zespół Poradni i Pracowni:

- zwiększenie liczby obsługiwanych pacjentów (zwiększenie liczby gabinetów, centralizacja infrastruktury),
- możliwość efektywniejszej diagnostyki pacjenta wymagającego wykonania procedur w kilku pracowniach;

3. Klinika Intensywnej Terapii:

- zwiększenie jakości realizowanych świadczeń (zakup nowoczesnej aparatury),
- zwiększenie bezpieczeństwa realizowanych świadczeń (zakup nowoczesnej aparatury, bliskość Bloku Operacyjnego),
- możliwość sprostania zapotrzebowaniu na procedury (zwiększenie ilości łóżek);

4. Zakład Radiologii Pediatrycznej:

- zwiększenie jakości realizowanych świadczeń (zakup nowoczesnej aparatury),
- efektywna praca personelu medycznego (centralizacja wszystkich urządzeń diagnostycznych);

5. Klinika Chirurgii Dziecięcej:

- zwiększenie liczby realizowanych świadczeń (większa liczba łóżek),
- polepszenie jakości realizowanych świadczeń (zakup nowoczesnej aparatury),

- zwiększenie bezpieczeństwa pacjenta (bliskość Bloku Operacyjnego, Kliniki Intensywnej Terapii i Zakładu Radiologii),
 - możliwość wprowadzenia technik robotycznych (większa dostępność do Bloku Operacyjnego);
6. Klinika Reumatologii i Immunologii Dziecięcej:
- możliwość leczenia kompleksowego pacjentów szpitala,
 - zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów (brak konieczności transportu/konsultacji pacjentów do innych ośrodków);
7. Oddział Dzienny Rehabilitacji Pediatricznej:
- zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów (brak konieczności transportu pacjenta do innej lokalizacji),
 - zwiększenie jakości realizowanych procedur (poprzez dedykowaną infrastrukturę),
 - szybsza diagnostyka pacjentów;
8. Blok Operacyjny:
- możliwość wprowadzenia technik robotycznych (większa powierzchnia sal operacyjnych),
 - polepszenie jakości realizowanych świadczeń (zakup nowoczesnej aparatury);
9. Oddział Obserwacyjny:
- zmniejszenie liczby izolacji na klinikach docelowych,
 - zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów (bariera epidemiologiczna izolatek).

11. OCENA EFEKTYWNOŚCI INWESTYCJI

Założenia i wnioski z prognoz finansowych.

Jednostki organizacyjne zlokalizowane w CMP wykonywać będą świadczenia na rzecz pacjentów ubezpieczonych w NFZ, czyli będą generować przychody z tytułu świadczeń rozliczonych z NFZ. W związku ze zmienną sytuacją gospodarczą i długim okresem prognoz przyjęto metodologię finansowej oceny efektywności inwestycji bazującą na cenach stałych z 2021 r. Jednocześnie założono roczny wzrost wolumenu świadczeń o 5% i związany z tym proporcjonalny wzrost przychodów i kosztów o 5%.

W prognozach przyjęto pięcioletni czas trwania inwestycji i trzydziestoletni okres eksploatacji. Analiza strumieni przepływów gotówkowych netto (NCF) w okresie inwestycji oraz okresie eksploatacji, przy cenach stałych 2021 r. i rocznej dynamice kosztów i przychodów na poziomie 5% wykazała opłacalność inwestycji.

Wewnętrzna stopa zwrotu IRR (ang. *internal rate of return*) obliczona dla inwestycji wyniosła 5,0954%.

Wartość bieżąca netto NPV (ang.: *net present value*), przy stopie dyskonta 5%, wyniosła 3,916 mln zł.

12. ANALIZA CELOWOŚCI I MOŻLIWOŚCI WYKONANIA INWESTYCJI ETAPAMI

Nie przewiduje się etapowania inwestycji.

Inwestycja obejmuje budowę jednego obiektu 6 kondygnacyjnego bez wydzielonych konstrukcyjnie kubatur. Ze względów technicznych, technologicznych oraz dla osiągnięcia celów programu inwestycyjnego i uzyskania efektów rzeczowych należy ją zrealizować jednoetapowo.

13. DANE O PLANOWANYM OKRESIE ZAGOSPODAROWANIA OBIEKTÓW BUDOWLANYCH I INNYCH SKŁADNIKÓW MAJĄTKOWYCH PO ZAKOŃCZENIU REALIZACJI INWESTYCJI

Dla planowanej inwestycji już przy założeniu 30-letniej eksploatacji obliczono wskaźniki NPV i IRR potwierdzające, że inwestycja ma solidne fundamenty w zakresie ekonomicznym. Zdecydowana większość przychodów z użytkowania obiektu pochodzić będzie z realizacji świadczeń z NFZ. Na obecnym etapie nie występują żadne zagrożenia mogące zmniejszyć lub spowodować utratę kontraktu z płatnikiem publicznym w zakresie świadczeń wskazanych w programie inwestycji.

Analiza sytuacji szpitala w ostatnich latach wskazuje stałe zwiększenie środków uzyskiwanych z NFZ. Wartość obecnego kontraktu z NFZ dla jednostek, które obejmuje inwestycja w 2022 r. osiągnęła kwotę 18,354 mln zł. W związku z planowym powstaniem nowych jednostek organizacyjnych w planowanym budynku, a także znaczącym rozwojem jednostek już istniejących planowany przychód po oddaniu inwestycji szacuje się na 62,2 mln zł, co ma odzwierciedlenie w tabeli eksploatacji – NCF.

Miejsca parkingowe znajdujące się w podziemiach projektowanego budynku będą opłacane przez personel szpitala po stawce odzwierciedlającej faktyczne koszty ponoszone przez szpital. Takie procedury stosowane są w przypadku dwóch poprzednich inwestycji wieloletnich przeznaczonych na potrzeby UCK.

Kilkuletni okres eksploatacji nowoczesnych obiektów CMI oraz CMN (o powierzchni łącznej ponad 100 tys. m²) pozwala na stwierdzenie, że koszt utrzymania nowej infrastruktury, mimo znacznego rozbudowania jej technologicznego wyposażenia nie jest znacząco wyższy od kosztów utrzymania starych, wyeksploatowanych budynków. Dodatkowo efekt centralizacji infrastruktury zmniejsza koszty organizacji świadczeń w zakresie transportu chorych i materiałów.

Na etapie projektowania szpital będzie promował rozwiązania efektywne energetycznie mając na celu ograniczenie zużycia mediów.

Po zakończonych odbiorach inwestycji (odbiór techniczny obiektu oraz odbiór przez Państwową Staż Pożarną) nastąpi proces wyposażania budynku, który potrwa około 3 miesięcy. Zamiarem UCK jest podpisanie w okresie około 6 miesięcy przed formalnym zakończeniem inwestycji wszystkich umów na dostawy sprzętu i wyposażenia, aby umożliwić zagospodarowanie obiektu bezpośrednio po formalnym odbiorze budynku. Korzystając z doświadczeń w realizacji poprzednich inwestycji inwestor zamierza jednocześnie montować meble oraz sprzęt medyczny. Po etapie wyposażania pomieszczeń nastąpi proces stopniowego ich zasiedlania. Przenosiny istniejących jednostek odbywać się będą sukcesywnie w czasie 2–3 tygodni.

14. OŚWIADCZENIE O PRAWIE DO DYSPONOWANIA NIERUCHOMOŚCIĄ

UCK posiada prawo do dysponowania nieruchomością na cele budowlane, o którym mowa w art. 3 pkt 11 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. - Prawo budowlane (Dz. U. z 2023 r. poz. 682, z późn. zm.) wynikające z zarządu do nieruchomości zlokalizowanej, przy ul. Dębinki 7, 80-952 Gdańsk, woj. pomorskie. Identyfikator działki ewidencyjnej: 1/18 obręb 066, jedn. ewid. M. Gdańsk.