****

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PLAN DZIAŁANIA NA ROK 2021[[1]](#footnote-1)** | | | | | | | | | | | | |
| **WERSJA PLANU DZIAŁANIA[[2]](#footnote-2)** | | | | | | **2021/1** | | | | | | |
| **INFORMACJE O INSTYTUCJI OPRACOWUJĄCEJ PLAN DZIAŁANIA** | | | | | | | | | | | | |
| **Numer i nazwa  osi priorytetowej** | | V Wsparcie dla obszaru zdrowia | | | | | | | | | | |
| **Instytucja** | | Ministerstwo Zdrowia  Departament Oceny Inwestycji | | | | | | | | | | |
| **Adres korespondencyjny** | | ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa | | | | | | | | | | |
| **Telefon** | | + 48 882 354 588 | | | | | | | | | | |
| **Faks** | | + 48 22 63 49 568 | | | | | | | | | | |
| **E-mail** | | dep-doci@mz.gov.pl | | | | | | | | | | |
| **Dane kontaktowe osoby (osób)  do kontaktów roboczych** | | Pani Małgorzata Iwanicka-Michałowicz - Zastępca Dyrektora Departamentu Oceny Inwestycji Pan Dariusz Juszczyński – Naczelnik Wydziału Oceny i Monitorowania II | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **DZIAŁANIE/PODDZIAŁANIE PO WER** | | | | | **5.2. Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych** | | | | | | | | |
| **FISZKA PROJEKTU POZAKONKURSOWEGO WDROŻENIOWEGO** | | | | | | | | | | | | | |
| **PODSTAWOWE INFORMACJE O PROJEKCIE** | | | | | | | | | | | | | |
| Tytuł lub zakres projektu[[3]](#footnote-3) | | | **Doskonalenie jakości zarządzania w centrach krwiodawstwa i krwiolecznictwa** | | | | | | | | | | |
| Uzasadnienie realizacji projektu  w trybie pozakonkursowym[[4]](#footnote-4) | | | Realizacja Projektu zaplanowana jest w ramach działania 5.2. i jest spójna z zapisami dokumentu wdrożeniowego *Policy Paper* dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 - Krajowe Strategiczne Ramy zwanym dalej „Policy Paper”. Dokument ten przedstawia priorytety zdrowotne państwa, cele, kierunki interwencji oraz projektowane działania na lata 2014-2020 i ich ramy realizacyjne.  Przedmiotowy projekt wpisuje się w cel operacyjny C dokumentu Policy Paper, tj. poprawa efektywności i organizacji systemu opieki zdrowotnej w kontekście zmieniającej się sytuacji demograficznej i epidemiologicznej oraz wspieranie badań naukowych, rozwoju technologicznego i innowacji w ochronie zdrowia. Realizowany jest przy pomocy narzędzi 20 i 21.  Przesłankami realizacji projektu w trybie pozakonkursowym są:   1. zgodnie z art. 38 ust. 2 ustawy z dnia 7 lipca 2017 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 zaproponowany w projekcie cel główny i zadania bezpośrednio wynikają z ustawy o publicznej służbie krwi, za które organizacyjnie odpowiedzialny jest minister właściwy do spraw zdrowia. Zapewnienie trwałości wszystkich wypracowanych rezultatów projektu będzie zdecydowanie łatwiejsze pod względem organizacyjnym i kontrolnym przez Ministerstwo Zdrowia. Jednocześnie z uwagi na zaangażowanie w aspekty organizacyjne i proceduralne podmiotem odpowiedzialnym za operacyjną obsługę wdrożenia będzie jednostka podległa Ministrowi Zdrowia, która scala i koordynuje zadania publicznej służby krwi w Polsce – Narodowe Centrum Krwi oraz jednostka nadzorująca merytorycznie obszar publicznej służby krwi– Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie. 2. zgodnie z art. 38 ust. 3 ustawy z dnia 7 lipca 2017 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 projekt dotyczy zadań o charakterze publicznym dot. zapewnienia dostępu do świadczeń zdrowotnych o kluczowym znaczeniu tj. zapewnienia dostępności krwi i jej składników, jako warunku sine qua non skutecznego przeprowadzania skomplikowanych operacji i sposobów leczenia, co jest możliwe przy zapewnieniu odpowiedniej liczby dawców krwi i jej składników. 3. Projekt obejmuje 23 podmioty – jednostki organizacyjne publicznej służby krwi (JOPSK), tj. 21 regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa, 1 wojskowe centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa, oraz 1 centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa utworzone przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, które zgodnie z normatywnym aktem prawnym - ustawą o publicznej służbie krwi uzyskały akredytację ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie pobierania krwi i jej składników oraz ich preparatyki. Zgodnie z przywołaną ustawą są to jedyne podmioty realizujące zadania w tym zakresie. | | | | | | | | | | |
| Cel szczegółowy PO WER, w ramach którego projekt będzie realizowany | | | **Wdrożenie działań projakościowych i rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia ułatwiających dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych.** | | | | | | | | | | |
| Priorytet inwestycyjny | | | 9.IV Ułatwienie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym. | | | | | | | | | | |
| Typ/typy projektów przewidziane do realizacji w ramach projektu | | | Szkolenia pracowników administracyjnych i zarządzających podmiotami leczniczymi, jak również przedstawicieli płatnika i podmiotów tworzących, służące poprawie efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju zdolności analitycznych i audytu wewnętrznego w jednostkach systemu ochrony zdrowia. | | | | | | | | | | |
| Cel główny projektu | | | **Realizacja powyższego projektu przyczyni się do wzrostu porównywalności pod względem jakości i efektywności w zakresie standaryzacji procesów wykonywanych w centrach krwiodawstwa i krwiolecznictwa. W przypadku dawców i kandydatów na dawców krwi i jej składników zapewni jednolity poziom obsługi tych osób. Ww. działania będą prowadzone synchronicznie we wszystkich centrach krwiodawstwa i krwiolecznictwa, co będzie skutkowało trwałymi zmianami systemowymi.**  **Celem głównym jest doskonalenie systemu jakości zarządzania w centrach krwiodawstwa i krwiolecznictwa.**  **Cele szczegółowe**   1. opracowanie i wdrożenie dobrych praktyk organizacyjnych z zakresu zarządzania jakością i bezpieczeństwem dawcy (jednolitych schematów opracowywania standardowych procedur operacyjnych, modeli prowadzenia statystycznej kontroli procesów oraz standardu obsługi dawców); 2. podniesienie w okresie realizacji projektu wiedzy, wzmocnienie kompetencji i umiejętności poprzez przeszkolenie kadry CKiK, w tym kadry zarządzającej, niezbędnych do skutecznego zarządzania jakością i bezpieczeństwem dawcy.   **Kamienie milowe:**  **Jednolity schemat opracowywania standardowych procedur operacyjnych**   1. Opracowanie zestawu ujednoliconych schematów opracowywania standardowych procedur operacyjnych, zgodnych z normami i specyfikacjami systemu jakości (do 10 miesięcy od rozpoczęcia projektu, szacunkowo – 12% budżetu projektu); 2. Przeprowadzenie działań pilotażowych i konsultacyjnych wdrożenia zestawu jednolitych schematów opracowywania standardowych procedur operacyjnych (do 12 miesięcy od rozpoczęcia projektu, szacunkowo – 5% budżetu projektu); 3. Przeprowadzenie szkoleń regionalnych w zakresie wdrożenia zestawu jednolitych schematów opracowywania standardowych procedur operacyjnych (do 15 miesięcy od rozpoczęcia projektu, szacunkowo – 9% budżetu projektu); 4. Wdrożenie jednolitych schematów opracowywania standardowych procedur operacyjnych w 23 JOPSK (do 18 miesięcy od rozpoczęcia projektu, szacunkowo – 5% budżetu projektu); 5. Przeprowadzenie przeglądów akredytacyjnych (do 21 miesięcy od rozpoczęcia projektu, szacunkowo – 2% budżetu projektu);   **Modele prowadzenia statystycznej kontroli procesów w JOPSK**   1. Opracowanie modeli prowadzenia statystycznej kontroli procesów (do 15 miesięcy od rozpoczęcia projektu, szacunkowo – 12% budżetu projektu); 2. Przeprowadzenie działań pilotażowych i konsultacyjnych prowadzenia statystycznej kontroli procesów (do 15 miesięcy od rozpoczęcia projektu, szacunkowo – 4% budżetu projektu); 3. Przeprowadzenie szkoleń regionalnych w zakresie prowadzenia statystycznej kontroli procesów (do 16 miesięcy od rozpoczęcia projektu, szacunkowo – 4% budżetu projektu); 4. Wdrożenie modeli prowadzenia statystycznej kontroli procesów w 23 JOPSK (do 19 miesięcy od rozpoczęcia projektu, szacunkowo – 5% budżetu projektu); 5. Przeprowadzenie przeglądów akredytacyjnych (do 21 miesięcy od rozpoczęcia projektu, szacunkowo – 2% budżetu projektu);   **Standard obsługi dawców i kandydatów na dawców krwi i jej składników**   1. Opracowanie standardu obsługi dawców i kandydatów na dawców krwi i jej składników w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi (do 9 miesięcy od rozpoczęcia projektu, szacunkowo – 9% budżetu projektu); 2. Przeprowadzenie działań pilotażowych i konsultacyjnych wdrożenia standardu (do 12 miesięcy od rozpoczęcia projektu, szacunkowo – 5% budżetu projektu); 3. Przeprowadzenie szkoleń regionalnych w zakresie wdrożenia standardu obsługi dawców i kandydatów na dawców krwi i jej składników w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi oraz w zakresie kontroli jego wdrożenia (do 15 miesięcy od rozpoczęcia projektu, szacunkowo – 9% budżetu projektu); 4. Wdrożenie standardu w 23 JOPSK (do 18 miesięcy od rozpoczęcia projektu, szacunkowo – 5% budżetu projektu); 5. Przeprowadzenie przeglądów akredytacyjnych (do 21 miesięcy od rozpoczęcia projektu, szacunkowo – 2% budżetu projektu);   Koszty pośrednie w projekcie: 10% budżetu projektu | | | | | | | | | | |
| Główne zadania przewidziane do realizacji w projekcie ze wskazaniem grup docelowych | | | Główne zadania:   1. **Stworzenie i wdrożenie jednolitego schematu opracowywania standardowych procedur operacyjnych i podręcznika wdrożeniowego**    1. Powołanie zespołu roboczego do opracowania ujednoliconego schematu opracowywania standardowych procedur operacyjnych   Zespół złożony będzie z wyznaczonych pracowników Wnioskodawcy i Partnera oraz ekspertów zewnętrznych –wyłonionych w konkursie, znających tematykę służby krwi i procedur operacyjnych w JOPSK, dających rękojmię prawidłowego wykonania zadania.   * 1. Opracowanie projektu ujednoliconego schematu opracowywania standardowych procedur operacyjnych w obszarze m.in. zapewnienia jakości, pobierania, preparatyki, badania oraz wydawania krwi i jej składników.   2. Pilotaż / konsultacje - pozwalające na zweryfikowanie użyteczności schematu opracowywania standardowych procedur operacyjnych oraz rzeczywistej możliwości ich wdrożenia w codziennych działaniach operacyjnych.   Liczba jednostek poddanych pilotażowi: 5 (zakwalifikowanych na podstawie wielkości podmiotów, biorąc pod uwagę jako klasyfikator: liczbę pobranych donacji, tj. 2 duże (pow. 85 tys.), 2 średnie (pow. 35 tys.) i 1 mała jednostka (do 35 tys.).Opracowanie wersji finalnej (korekta) i publikacja podręcznika (monografii) wdrożeniowego jak również tzw. aktywnego – z możliwością wyszukiwania po słowach kluczowych na stronie internetowej NCK, w specjalnie utworzonej zakładce strony.   * 1. Opracowanie programu szkoleniowego i przeprowadzenie szkoleń z zakresu schematu opracowywania standardowych procedur operacyjnych   Przeprowadzenie 5 szkoleń (stacjonarnych bądź w formie zdalnej) w całej Polsce dla 276 Pracowników JOPSK z min. 5 działów jak: Dział Zapewnienia Jakości, Dział Dawców i Pobierania, Dział Preparatyki, Dział Laboratoryjny, Dział Ekspedycji). Ponadto, przygotowanie zakładki na stronie Narodowego Centrum Krwi z materiałami szkoleniowymi jak również zorganizowanie 15 dyżurów konsultacyjnych w zakresie sposobu wdrażania, zgodnych z wcześniej opracowanym i udostępnionym harmonogramem.  Liczba zorganizowanych szkoleń: 5  Liczba przeszkolonych osób: 276  Liczba zorganizowanych dyżurów konsultacyjnych: 15   * 1. Przeprowadzenie wizyt powdrożeniowych na podstawie opracowanego protokołu wdrożeniowego.   Liczba przeprowadzonych wizyt w formie stacjonarnej bądź w formie zdalnej: 23   1. **Opracowanie modeli prowadzenia statystycznej kontroli procesów i podręcznika wdrożeniowego**    1. Powołanie zespołu roboczego do opracowania modeli prowadzenia statystycznej kontroli procesów (składające się z kart kontrolnych).   Zespół złożony będzie z wyznaczonych pracowników Wnioskodawcy i Partnera oraz ekspertów zewnętrznych –wyłonionych w konkursie, znających tematykę służby krwi i procedur operacyjnych w JOPSK dających rękojmię prawidłowego wykonania zadania, jak również analityków / statystyków.   * 1. Opracowanie modeli prowadzenia statystycznej kontroli procesów.   2. Pilotaż / konsultacje - pozwalające na zweryfikowanie użyteczności modeli oraz rzeczywistej możliwości ich wdrożenia w codziennych działaniach operacyjnych.   Liczba jednostek poddanych pilotażowi: 5 (zakwalifikowanych na podstawie wielkości podmiotów biorąc pod uwagę, jako klasyfikator: liczbę pobranych donacji, tj. 2 duże (pow. 85 tys.), 2 średnie (pow. 35 tys.) i 1 mała jednostka (do 35 tys.).   * 1. Opracowanie wersji finalnej (korekta) i publikacja podręcznika (monografii) wdrożeniowego aktywnego – z możliwością wyszukiwania po słowach kluczowych) na stronie internetowej NCK, w specjalnie utworzonej zakładce strony.   2. Opracowanie programu szkoleniowego i przeprowadzenie szkoleń w zakresie prowadzenia statystycznej kontroli procesu   Przeprowadzenie 3 szkoleń (stacjonarnych bądź w formie zdalnej) w całej Polsce dla 69 Pracowników z 23 JOPSK z Działu Zapewnienia Jakości (po 3 pracowników z danej jednostki). Ponadto, przygotowanie zakładki na stronie Narodowego Centrum Krwi z materiałami szkoleniowymi jak również zorganizowanie 5 dyżurów konsultacyjnych w zakresie sposobu wdrażania, zgodnych z wcześniej opracowanym i udostępnionym harmonogramem.  Liczba zorganizowanych szkoleń: 3  Liczba przeszkolonych osób: 69  Liczba zorganizowanych dyżurów konsultacyjnych: 5   * 1. Przeprowadzenie wizyt powdrożeniowych na podstawie opracowanego protokołu wdrożeniowego.   Liczba przeprowadzonych wizyt w formie stacjonarnej bądź w formie zdalnej: 23   1. **Opracowanie standardu obsługi dawców i podręcznika wdrożeniowego**    1. Powołanie zespołu roboczego do opracowania zestawu standardów obsługi dawców ze szczególnym uwzględnieniem warunków / kryteriów kwalifikacji kandydatów na dawców i dawców krwi i jej składników.   Zespół złożony będzie z wyznaczonych pracowników Wnioskodawcy i Partnera oraz ekspertów zewnętrznych wyłonionych w konkursie, znających tematykę służby krwi i warunków kwalifikacji dawców krwi i jej składników dających rękojmię prawidłowego wykonania zadania. Dodatkowo, przewiduje się konsultacje z Konsultantami Krajowymi /Konsultantami Wojewódzkimi w wybranych dziedzinach.   * 1. Opracowanie projektu standardów obsługi w szczególności dla lekarzy i pielęgniarek kwalifikujących kandydatów na dawców i dawców do oddawania krwi lub jej składników.   2. Pilotaż / konsultacje - pozwalające na zweryfikowanie użyteczności standardów oraz rzeczywistej możliwości ich wdrożenia w codziennych działaniach operacyjnych   Liczba jednostek poddanych pilotażowi: 5 (zakwalifikowanych na podstawie wielkości podmiotów biorąc pod uwagę, jako klasyfikator: liczbę pobranych donacji, tj. 2 duże (pow. 85 tys.), 2 średnie (pow. 35 tys.) i 1 mała jednostka (do 35 tys.).   * 1. Opracowanie wersji finalnej (korekta) i publikacja podręcznika wdrożeniowego   2. Publikacja podręcznika (aktywnego – z możliwością wyszukiwania po słowach kluczowych) na stronie internetowej NCK, w specjalnie utworzonej zakładce strony.   3. Opracowanie programu szkoleniowego i przeprowadzenie szkoleń w zakresie standardu obsługi dawców   Przeprowadzenie 5 szkoleń (stacjonarnych bądź w formie zdalnej) w całej Polsce dla 200 pracowników JOPSK. Ponadto, przygotowanie zakładki na stronie Narodowego Centrum Krwi z materiałami szkoleniowymi jak również zorganizowanie 15 dyżurów konsultacyjnych w zakresie sposobu wdrażania, zgodnych z wcześniej opracowanym i udostępnionym harmonogramem.  Liczba zorganizowanych szkoleń: 5  Liczba przeszkolonych osób: 200  Liczba zorganizowanych dyżurów konsultacyjnych: 15   * 1. Przeprowadzenie wizyt powdrożeniowych na podstawie opracowanego protokołu wdrożeniowego.   Liczba przeprowadzonych wizyt w formie stacjonarnej bądź wirtualnej: 23  Grupą docelową projektu są pracownicy bezpośrednio zaangażowani w przestrzeganie procedur operacyjnych, prowadzących statystyczną kontrolę procesów oraz mających bezpośredni kontakt z kandydatami na dawców i dawcami krwi i jej składników jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi (**grupa bezpośrednia**)  Projekt jest realizowany z uwagi na dążenie do uspójnienia procesów zachodzących w CKiK przy jednoczesnym uwzględnieniu specyfiki danego centrum, które posiada różną infrastrukturę techniczną, co skutkuje koniecznością dostosowania procedur do posiadanych zasobów. Tym niemniej należy podkreślić, iż kontrole SOP prowadzone w ramach nadzoru merytorycznego przez IHiT wykazują liczne niespójności w stosowanym nazewnictwie, procedury często zawierają zbyt ogólnikowe informacje lub nie są w pełni zgodne z obowiązującymi przepisami i stanem faktycznym centrum oraz niektóre działania nie są ujmowane w SOP w poszczególnych JOPSK. Także w przypadku prowadzenia statystycznej kontroli procesu oraz w trakcie kwalifikowania dawców i kandydatów na dawców krwi i jej składników (elementów obsługi dawcy) stwierdza się zróżnicowane postępowanie w zależności od ckik. W związku z czym istnieje potrzeba wdrożenia dobrych praktyk organizacyjnych w powyższym zakresie we wszystkich JOPSK. | | | | | | | | | | |
| Podmiot zgłaszający projekt[[5]](#footnote-5) | | | Minister właściwy ds. zdrowia | | | | | | | | | | |
| Podmiot, który będzie wnioskodawcą | | | Narodowe Centrum Krwi | | | | | | | | | | |
| Uzasadnienie wyboru podmiotu, który będzie wnioskodawcą[[6]](#footnote-6) | | | NCK jest państwową jednostką budżetową podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, a jego działalność jest finansowana z budżetu państwa. NCK, realizuje na rzecz ministra właściwego do spraw zdrowia szereg zadań w zakresie dotyczącym krwiodawstwa i krwiolecznictwa. NCK działa na podstawie Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2010 r. sprawie Narodowego Centrum Krwi (Dz. Urz. MZ z 2010 Nr 9, poz. 60 z późn. zm.), nadającym NCK statut, stanowiący załącznik do ww. Zarządzenia.  Przedmiotem działalności NCK jest realizacja zadań związanych m.in. z nadzorem nad organizacją pobierania krwi, oddzielania jej składników, monitorowaniem potrzeb w zakresie zaopatrzenia w krew, jej składniki oraz krwiopochodne produkty lecznicze jak również opracowywaniem bieżących i perspektywicznych programów w tym zakresie. Jako organ administracji państwowej  posiada stabilność instytucjonalną. Posiada duże doświadczenie merytoryczne w proponowaniu oraz realizowaniu rozwiązań mających na celu zapewnienie samowystarczalności Rzeczypospolitej w krew i jej składniki. Jest realizatorem programów polityki zdrowotnej z zakresu krwiodawstwa i krwiolecznictwa  Narodowe Centrum Krwi jest jednostką doświadczoną w projektowaniu i nadzorowaniu działań związanych z wdrażaniem szkoleń wśród personelu medycznego biorącego udział w krwiodawstwie i krwiolecznictwie. NCK jest bardzo dobrze zorientowane w tematyce gospodarowania krwią i jej składnikami w Polsce, doskonale rozumie jej problematykę. Przy współpracy z ekspertami z dziedzin transfuzjologii klinicznej i hematologii i innych, opracuje i wdroży projekt szkoleniowy odpowiednio dostosowany do aktualnych potrzeb.  Jednocześnie warto wskazać, że NCK ma szerokie doświadczenia we wdrażaniu, realizacji i nadzorowaniu projektów finansowanych ze środków unijnych np. Joint Action / VISTART 2014 on “Strengthening the Member States’ capacity of monitoring and control in the field of blood transfusion and tissue and cell transplantation” w ramach Trzeciego Programu działań Unii Europejskiej w dziedzinie zdrowia (2014-2020) czy innych projektów krajowych związanych z krwiodawstwem i krwiolecznictwem np. programy polityki zdrowotnej. NCK z sukcesem realizował prowadzone dotąd projekty, dlatego też jest dobrze przygotowane do objęcia funkcji kierowniczej, integrującej i koordynującej działania i podmioty zaangażowane w niniejszy projekt.  Podsumowując, NCK jest w pełni przygotowane do realizacji projektu pod względem organizacyjnym i merytorycznym. Do tej pory jednostka nadzorowała projekty, których zadaniem było opracowanie jednolitych standardów, wytycznych czy organizacja szkoleń stacjonarnych oraz e-learningowych. Na podstawie tych doświadczeń, posiadanej wiedzy merytorycznej oraz odpowiedniego zaplecza kadrowego niezbędnego do wykonania projektu, NCK odpowiednio i efektywnie spełni założenia niniejszego projektu. | | | | | | | | | | |
| Czy projekt będzie realizowany w partnerstwie? | | | **TAK** | | **X** | | | **NIE** | | | |  | |
| Podmioty, które będą partnerami  w projekcie  i uzasadnienie ich wyboru[[7]](#footnote-7) | | | Zgodnie z art. 33 ustawy z dnia 7 lipca 2017 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 projekt będzie realizowany na zasadach „projektu partnerskiego” z Instytutem Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie  Instytut Hematologii i Transfuzjologii jest jednostką badawczą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 roku o instytutach badawczych (Dz. U. 2010 Nr 96 poz. 618 z późn. zm.) nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Celem działalności Instytutu jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz prowadzenie badań naukowych, badań klinicznych i prac rozwojowych w dziedzinie hematologii, transfuzjologii i dyscyplin pokrewnych, przystosowywanie ich wyników do potrzeb praktyki oraz ich wdrażanie i upowszechnianie.  Do zadań Instytutu w zakresie publicznej służby krwi należy w szczególności nadzór merytoryczny nad jednostkami organizacyjnymi publicznej służby krwi, kontrola i ocena merytoryczna jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi, w tym, w zakresie spełniania warunków akredytacyjnych, opracowywanie programów szkolenia i prowadzenie szkoleń w dziedzinie krwiodawstwa i krwiolecznictwa, udzielanie konsultacji jednostkom organizacyjnym publicznej służby krwi oraz podmiotom leczniczym prowadzącym leczenie krwią, związanych z leczeniem krwią, opracowywanie dobrych praktyk dotyczących pobierania krwi, preparatyki, badania, przechowywania i wydawania obowiązujących w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi oraz dobrych praktyk obowiązujących w szpitalnych bankach krwi i pracowniach immunologii transfuzjologicznej, prowadzenie prac badawczo-rozwojowych w dziedzinie krwiodawstwa i krwiolecznictwa, współpraca w zakresie krwiodawstwa i krwiolecznictwa z krajowymi i zagranicznymi instytucjami i organizacjami prowadzącymi działalność w zakresie pobierania krwi ludzkiej, badania, preparatyki, przechowywania i wydawania, prowadzenie nadzoru w ramach czuwania nad bezpieczeństwem krwi, m.in. poprzez przyjmowanie zgłoszeń niepożądanych zdarzeń i odczynów poprzetoczeniowych oraz współpraca w tym zakresie z UE, działania opiniotwórcze oraz doradcze oparte na monitorowaniu rozwoju nowych metod obowiązujących w krwiodawstwie i krwiolecznictwie oraz na podstawie prowadzonych badań własnych.  Instytut posiada doświadczenie w realizacji wielu projektów z funduszy unijnych i programów polityki zdrowotnej. Najważniejsze projekty realizowane przez Instytut w obszarze służby krwi, to:  projekty realizowane samodzielnie:   * Rozwój kontroli instytucjonalnej nad bezpieczeństwem i jakością krwi ludzkiej i jej składników. Projekt realizowany w ramach środków przejściowych Transition Facility (2006-2009). * „Utworzenie Krajowego Rejestru Dawców Krwi” (KRDK). Projekt realizowany w ramach Sektorowego Programu Operacyjnego - Wzrost Konkurencyjności Przedsiębiorstw (SPO-WKP) Działanie 1.5: Rozwój systemu dostępu przedsiębiorców do informacji i usług publicznych on-line (2005-2009). * Kompleksowa informatyzacja krwiodawstwa i krwiolecznictwa w Polsce. Projekt realizowany ze środków Europejskiego Obszaru Gospodarczego, Norweski Mechanizm Finansowy (EOG-NMF) (2007-2011).   projekty realizowane w ramach konsorcjów międzynarodowych:   * EU Optimal Blood Use Project (EUOBUP). Projekt współfinansowany przez Komisję Europejską w ramach programu „Programme of community action in the field of public health (2003-2008)” (2003-2008). * EU-Q-Blood SOP Project. Development of pan-European standard operating procedure (SOP) methodology reflecting European best practice. Grant realizowany w ramach Pierwszego Programu Zdrowie Publiczne Unii Europejskiej (2003-2008). (2006 – 2008). * European Blood Inspection System – Eubis. Development of pan-European standards and criteria for the Inspection of blood establishment. Grant realizowany w ramach 6 Programu Ramowego Zdrowie Publiczne Unii Europejskiej (2007-2010) . * Improving the safety of blood and organ supply by creating the research infrastructure to monitor emerging pathogens and develop new screening tests / Grant europejski realizowany w ramach 6 Programu Ramowego Unii Europejskiej 2007 - 2010. Consortium BOTIA. * Prevention of foetal/neonatal alloimmune thrombocytopenia (FNAIT) in Polish foetuses and new-borns. PREVFNAIT. Projekt realizowany w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2009-2014 (2013-2016) . * Joint Action / VISTART 2014 on “Strengthening the Member States’ capacity of monitoring and control in the field of blood transfusion and tissue and cell transplantation” w ramach Trzeciego Programu działań Unii Europejskiej w dziedzinie zdrowia (2014-2020).   projekty realizowane w ramach współpracy krajowej:   * e-Krew – Informatyzacja Publicznej Służby Krwi oraz Rozwój Nadzoru nad Krwiolecznictwem. Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Priorytetu nr II „E-administracja i otwarty rząd” Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa na lata 2014-2020   Instytut jest w pełni przygotowany do realizacji projektów, posiada odpowiednie doświadczenie oraz dysponuje specjalistami wysokiej klasy w dziedzinie krwiodawstwa i krwiolecznictwa. | | | | | | | | | | |
| Czy projekt będzie projektem grantowym? | | | **TAK** | |  | | | **NIE** | | | | **×** | |
| Przewidywany termin  złożenia wniosku  o dofinansowanie (kwartał albo miesiąc oraz rok) | | | II kwartał 2021 | | | | | | | | | | |
| Przewidywany okres realizacji projektu | | | Data rozpoczęcia (miesiąc oraz rok) | | 2021-09-01 | | | Data zakończenia (miesiąc oraz rok) | | | | 2023-06-30 | |
| **SZACOWANY BUDŻET PROJEKTU** | | | | | | | | | | | | | |
| Szacowana kwota wydatków w projekcie w podziale na lata i ogółem (PLN) | | | | | | | | | | | | | |
| w roku 2021 | | w roku 2022 | | w roku 2023 | | | ogółem | | | | | | |
| 300 000,00 | | 5 200 000,00 | | 1 100 000,00 | | | 6 600 000,00 zł | | | | | | |
| Szacowany wkład własny beneficjenta (PLN) | | | | | | | | | | | | | |
| TAK | x 3% wkładu niepieniężnego w postaci potencjału kadrowego/merytorycznego wnioskodawcy/partnera | | | | | | | | | NIE |  | | |
| Szacowany wkład UE (PLN) | | | | | | | | | | | | | |
| 5 555 220 (84,17 %) | | | | | | | | | | | | | |
| **ZAKŁADANE EFEKTY PROJEKTU WYRAŻONE WSKAŹNIKAMI (W PODZIALE NA PŁEĆ I OGÓŁEM)** | | | | | | | | | | | | | |
| **WSKAŹNIKI REZULTATU** | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa wskaźnika | | | | | | | Wartość docelowa | | | | | | |
| W podziale na:[[8]](#footnote-8) | | | | Ogółem w projekcie | | |
| Kobiety | | Mężczyzn | |  | | |
| Liczba podmiotów, które wdrożyły ujednolicone schematy opracowywania standardowych procedur operacyjnych, modele statystycznej kontroli procesu oraz standardów obsługi dawców | | | | | | | - | | - | | 21 | | |
| Liczba pracowników podmiotów leczniczych, w tym administracji systemu ochrony zdrowia, którzy dzięki EFS podnieśli kompetencje w zakresie zarządzania i kontroli. | | | | | | | 212 | | 23 | | 235 | | |
| Liczba pracowników CKiK , którzy dzięki EFS podnieśli wiedzę kompetencje i umiejętności w zakresie zarządzania i kontroli jakości (standardu jednolitego schematu opracowywania procedur operacyjnych) | | | | | | | 227 | | 25 | | 252 | | |
| Liczba pracowników CKiK , którzy dzięki EFS podnieśli wiedzę kompetencje i umiejętności w zakresie prowadzenia statystycznej kontroli procesu | | | | | | | 57 | | 6 | | 63 | | |
| Liczba pracowników CKiK , którzy dzięki EFS podnieśli wiedzę, kompetencje i umiejętności w zakresie obsługi dawców (standardu obsługi kandydata na dawcę i dawców krwi) | | | | | | | 166 | | 19 | | 185 | | |
| **WSKAŹNIKI PRODUKTU** | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa wskaźnika | | | | | | | Wartość docelowa | | | | | | |
| W podziale na:[[9]](#footnote-9) | | | | Ogółem w projekcie | | |
| Kobiety | | Mężczyzn | |
| Liczba podmiotów objętych wsparciem w ramach projektu | | | | | | | - | | - | | 23 | | |
| Liczba pracowników podmiotów leczniczych, w tym administracji systemu ochrony zdrowia objętych wsparciem EFS w celu poprawy efektywności jej funkcjonowania | | | | | | | 248 | | 28 | | 276 | | |
| Liczba pracowników, objętych wsparciem w celu doskonalenia skutecznego zarządzania jakością (standardu przygotowywania właściwych procedur operacyjnych) | | | | | | | 248 | | 28 | | 276 | | |
| Liczba pracowników CKiK, objętych wsparciem w celu doskonalenia skutecznego zarządzania jakością (modeli prowadzenia statystycznej kontroli procesów) | | | | | | | 62 | | 7 | | 69 | | |
| Liczba pracowników CKiK, objętych wsparciem, w celu poprawy sprawności i skuteczności obsługi dawców (standardu obsługi) | | | | | | | 180 | | 20 | | 200 | | |
| Liczba zorganizowanych dyżurów konsultacyjnych | | | | | | | - | | - | | 35 | | |
| Liczba zorganizowanych szkoleń | | | | | | | - | | - | | 13 | | |
| Liczba opracowanych publikacji | | | | | | | - | | - | | 3 | | |
| **SZCZEGÓŁOWE KRYTERIA WYBORU PROJEKTU** | | | | | | | | | | | | | |
| **KRYTERIA DOSTĘPU** | | | | | | | | | | | | | |
| - | | | | | | | | | | | | | |
| Uzasadnienie: | |  | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PODPIS OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO PODEJMOWANIA DECYZJI W ZAKRESIE PLANU DZIAŁANIA** | | | |
| Miejscowość, data |  | Pieczęć i podpis osoby upoważnionej |  |
| **DATA ZATWIERDZENIA PLANU DZIAŁANIA I IDENTYFIKACJI PROJEKTÓW POZAKONKURSOWYCH, KTÓRYCH FISZKI PO RAZ PIERWSZY ZAWARTO W PLANIE DZIAŁANIA, W ROZUMIENIU ART. 48 UST. 3 USTAWY Z DNIA 11 LIPCA 2014 R. *O ZASADACH REALIZACJI PROGRAMÓW W ZAKRESIE POLITYKI SPÓJNOŚCI W PERSPEKTYWIE FINANSOWEJ 2014-2020* (DZ.U. Z 2018 R. POZ. 1431, z późn. zm.)**  *(wypełnia Instytucja Zarządzająca POWER, wprowadzając Roczny Plan Działania jako załącznik do Szczegółowego Opisu Osi Priorytetowych POWER)* | | | |
| **24 CZERWCA 2021** | | | |

1. **Możliwość zatwierdzenia Rocznego Planu Działania przez Instytucję Zarządzającą PO WER jest uzależniona   
   od uprzedniego przyjęcia opisu projektu zawartego w tym RPD przez Komitet Sterujący ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia.** [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy wpisać odpowiedni nr wersji Planu Działania w następującym formacie: „2021/1”, „2021/2”, „2021/…”. [↑](#footnote-ref-2)
3. Należy wskazać roboczą nazwę projektu albo skrótowo opisać istotę, zakres przedmiotowy projektu. [↑](#footnote-ref-3)
4. W szczególności w świetle art. 38 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz.U. z 2018 r. poz. 1431, z późn. zm.) oraz podrozdziału 5.2.1 *Polityka spójności*, rozdziału 5.2 *Zasady wyboru projektów Umowy Partnerstwa.* [↑](#footnote-ref-4)
5. W przypadku opracowywania Rocznego Planu Działania przez IP, podmiotem zgłaszającym projekt jest IP. W przypadku opracowywania Rocznego Planu Działania przez IZ należy wpisać nazwę podmiotu, który zgłosił projekt do IZ. [↑](#footnote-ref-5)
6. W szczególności w świetle art. 38 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz.U. z 2018 r. poz. 1431, z późn. zm.) oraz podrozdziału 5.2.1 *Polityka spójności*, rozdziału 5.2 *Zasady wyboru projektów* Umowy Partnerstwa. [↑](#footnote-ref-6)
7. Wypełnić w przypadku projektu realizowanego w partnerstwie. W przypadku, gdy nie są znane konkretne podmioty, które będą partnerami w projekcie, należy wpisać pożądane cechy partnerów oraz uzasadnić wskazanie określonych cech. [↑](#footnote-ref-7)
8. Rozbicie wartości docelowych na płeć jest nieobowiązkowe – wypełniane w zależności od specyfiki wsparcia i samego projektu oraz zidentyfikowanego problemu, który projekt ma rozwiązać lub złagodzić. [↑](#footnote-ref-8)
9. Rozbicie wartości docelowych na płeć jest nieobowiązkowe – wypełniane w zależności od specyfiki wsparcia i samego projektu oraz zidentyfikowanego problemu, który projekt ma rozwiązać lub złagodzić. [↑](#footnote-ref-9)