

**PLAN DZIAŁANIA NA RZECZ POPRAWY
ZAPEWNIENIA DOSTĘPNOŚCI OSOBOM ZE SZCZEGÓLNYMI POTRZEBAMI W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZESPOLE
ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ – SZPITAL W IŁŻY
NA LATA 2025-2029**

Na podstawie art. 14 ust. 3 w zw. z art. 6 ustawy z dnia 19 lipca 2019 roku o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (tj. Dz. U. z 2024 r. poz. 1411) ustala się poniższy plan na rzecz poprawy zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.

Niniejszy Plan obejmuje w szczególności analizę stanu zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami oraz planowane działania w zakresie poprawy realizacji zadań w obszarze dostępności Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej – Szpital w Iłży.

W dalszej części planu stosujemy nazwę szpital, która określa nazwę naszej instytucji.

Wstęp

Przygotowaliśmy plan działania na rzecz poprawy zapewniania dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami. Będziemy realizować ten plan, żeby zwiększyć dostępność architektoniczną, cyfrową i informacyjno-komunikacyjną. Poprawi to jakość życia osób/pacjentów/pracowników ze szczególnymi potrzebami. Plan został opracowany zgodnie z wymaganiami ustawy oraz obowiązującymi standardami dostępności.

Plan obejmuje 4 obszary dostępności:

- dostępność architektoniczna,
- dostępność cyfrowa,
- dostępność informacyjno- komunikacyjną,
- pozostałe działania.

Jeżeli nie mogliśmy przyporządkować działania do rodzaju dostępności, umieszczaliśmy je w obszarze "pozostałe działania". Znajdziesz tam działania dotyczące na przykład:

- działań związanych z zatrudnieniem (rekrutacja, miejsca pracy),
- współpracy z organizacjami pozarządowymi,
- podnoszenia jakości obsługi pacjentów i innych osób.

Podstawa prawna

Podstawą prawną do przygotowania planu na rzecz poprawy dostępności jest Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (t.j. Dz. U. 2024 poz. 1411).

Ustawa jest powiązana z Konwencją ONZ o prawach osób z niepełnosprawnościami sporządzoną w Nowym Jorku 13 grudnia 2006 r. (Dz.U. 2012 poz.1169).

Inne ustawy dotyczące dostępności:

- ustawa z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych (t.j. Dz. U. 2023 poz.1440),
- ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się Dz.U. 2023 poz. 20).

Przy tworzeniu planu uznaliśmy za istotne jeszcze inne ustawy, rozporządzenia, standardy dostępności oraz wewnętrzną organizację. Część z nich dotyczy wprost dostępności, a część sposobu naszego działania.

Przepisy regulujące sposób funkcjonowania podmiotu, w szczególności:

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. 2024.poz.799);
2. Ustawa z dnia 18 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. 2023. poz. 1692);
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj.Dz.U.2024 poz.44);
4. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. 2024. poz. 146);

5. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U.2024 poz.581 t.j.);
6. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j.Dz.U.2025 poz. 91).

Na potrzeby planu przyjęliśmy, że „osoba ze szczególnymi potrzebami” to osoba, która ze względu na swoje cechy zewnętrzne lub wewnętrzne, albo ze względu na okoliczności, w których się znajduje, musi podjąć dodatkowe działania lub zastosować dodatkowe środki w celu przezwyciężenia bariery, aby uczestniczyć w różnych sferach życia na zasadzie równości z innymi osobami.

Taka definicja oznacza, że są to osoby z niepełnosprawnością, ale także inne osoby, na przykład:

- poruszające się na wózku lub o kulach,
- kurierzy i dostawcy z ciężkimi przesyłkami,
- rodzice z wózkami dziecięcymi,
- niewidome i słabowidzące,
- z niepełnosprawnością słuchu, Głusi,
- głuchoniewidome – z jednoczesnym uszkodzeniem wzroku i słuchu,
- z zaburzeniami psychicznymi,
- z niepełnosprawnością intelektualną,
- cudzoziemcy,
- mające trudności w komunikowaniu się z otoczeniem,
- o nietypowym wzroście (bardzo niskie lub bardzo wysokie),
- starsze, u których szczególne potrzeby pojawiły się wraz z wiekiem,
- kobiety w ciąży,
- z nadwagą.

Każdy może mieć szczególne potrzeby na jakimś etapie życia lub w konkretnej sytuacji. Dostępność pomaga wszystkim poprzez usuwanie barier.

Analiza stanu zastanego

Nasza siedziba znajduje się w miejscowości Iłża, przy ulicy Bodzentyńskiej 17. Funkcjonujemy w dwóch lokalizacjach:

1. Przy ulicy Bodzentyńskiej 17, 27-100 Iłża. (jeden budynek)

- Dyrekcja i Administracja (pierwsze i drugie piętro),
- Zakład Rehabilitacji Ogólnoustrojowej oraz Rejestracja i **Punkt Informacyjny** (parter),
- Poradnie specjalistyczne (pierwsze piętro):
 - Poradnia Otolaryngologiczna,
 - Poradnia Okulistyczna,
 - Poradnia Zdrowia Psychicznego,
 - Poradnia Psychologiczna dla Dzieci i Młodzieży.

2. Przy ulicy Danuty Siedzikówny „Inki” 4, 27 – 100 Iłża: (4 budynki)

- Kompleks połączonych budynków ABCD
 - **budynek A i budynek D (parter)**
Zakład Opiekuńczo Lecznicy, Sekcja Higieny, Dietetyk.
 - **budynek B**
Apteka Szpitalna, Bank Krwi, Punkt Sterylizacji, Laboratorium ALAB (parter),
Oddział Pediatrii (pierwsze piętro),
 - **budynek C**

Izba Przyjęć, Pracownie: USG, RTG, TK, Transport Sanitarny, Kaplica Szpitalna (poziom – 1),
Oddział Chirurgii, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii (parter),
Oddział Ginekologii Jednego Dnia (pierwsze piętro),
Oddział Chorób Wewnętrznych (drugie piętro),
Blok Operacyjny, Pracownia Endoskopowa (trzecie piętro).

➤ **budynek Zakładu Opieki Zdrowotnej – Pogotowie Ratunkowe**

Zespół Specjalistyczny Ratownictwa Medycznego (parter).

➤ **budynek Zakładu Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Poradni Specjalistycznych**

- Podstawowa Opieka Zdrowotna:

Poradnie lekarskie,
Poradnia pielęgniarki środowiskowej rodzinnej ,
Poradnia położnej środowiskowej rodzinnej,
Punkt Szczepień,
Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy,
Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej.

- Poradnie Specjalistyczne:

Poradnia Chirurgii Ogólnej,
Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,
Poradnia Alergologiczna,
Poradnia Diabetologiczna,
Poradnia Kardiologiczna,
Poradnia Ginekologii i Położnictwa,
Poradnia Dermatologiczna,
Poradnia Neurologiczna,
Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc,

Poradnia Endokrynologiczna.

➤ **budynek obok budynku Zakładu Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Poradni Specjalistycznych**

- Poradnie Specjalistyczne:

Poradnia Dermatologiczna,

Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc.

Usługi medyczne realizowane są w pięciu budynkach (z wyłączeniem budynków technicznych).

Jesteśmy administratorem dwóch zewnętrznych stron internetowych oraz jednej wewnętrznej strony intranetowej.

Przed przystąpieniem do przygotowania planu wykonaliśmy wewnętrzne audyty(samokontrolę) w zakresie: architektonicznym, cyfrowym oraz informacyjno-komunikacyjnym.

1. Dotychczasowe działania podejmowane przez Szpital na rzecz zapewnienia dostępności.

W szpitalu został powołany Pełnomocnik ds. Jakości i Dostępności, Koordynator ds. Dostępności Architektonicznej, Koordynator ds. Dostępności Cyfrowej, Koordynator ds. Dostępności Informacyjno-Komunikacyjnej oraz Zespół ds. Dostępności.

Zespół ds. Dostępności tworzą pracownicy realizujący powierzoną pracę w bezpośrednim kontakcie z osobami/pacjentami ze szczególnymi potrzebami, tj. Naczelna Pielęgniarka, Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta, Lekarz, Kierownik Zakładu Rehabilitacji Ogólnoustrojowej, Pielęgniarka, Inspektor ds. BHP, oraz pięciu asystentów osób ze szczególnymi potrzebami z grona pielęgniarek, ratowników i rejestratorek medycznych. Powołany zespół pracowników między innymi wspiera na terenie szpitala, osoby ze szczególnymi potrzebami w pokonywaniu barier.

Wymieniony zespół pracowników posiada stosowne przygotowanie do pełnionej funkcji. Uczestniczy w szkoleniach podnosząc swoje kompetencje oraz pozostałego personelu w zakresie świadczenia usług i kontaktu z pacjentem ze szczególnymi potrzebami.

Dostępność cyfrowa zapewniona jest częściowo. Strona internetowa jest wyposażona w nawigację przez klawiaturę bez konieczności użycia myszy.

Podjęliśmy działania, żeby zwiększyć dostępność dla osób ze szczególnymi potrzebami. Poniżej opisaliśmy te działania, podzielone na 4 obszary:

1. dostępność architektoniczna,
2. dostępność cyfrowa,
3. dostępność informacyjno- komunikacyjna,
4. pozostałe działania.

1.1.Działania w obszarze dostępności architektonicznej

Budynek przy ul. Bodzentyńskiej 17

Parking dla osób z niepełnosprawnością znajduje się na parkingu ogólnym przy ul. Jakuba Starszego

Dla osób z dysfunkcją ruchową możliwość wjazdu:

- samochodem osobowym od strony ul. Bodzentyńskiej (bez możliwości postoju) na teren znajdujący się przy budynku szpitala,
- komunikacją gminną z przystanku przy ul. Bodzentyńskiej chodnik przy przejściu dla pieszych zawiera obniżone krawężniki.

Zapewniamy:

- Wejście pochylnią zewnętrzną wraz z pochwytami znajdującą się przed wejściem do Zakładu Rehabilitacji Ogólnoustrojowej;
- Wejście schodami z zamontowanymi pochwytami, schody częściowo oznaczone dla osób słabowidzących;
- Wjazd windą, umożliwiającą przemieszczanie się w szczególności osobom z:
 - dysfunkcją ruchu,
 - dzieckiem w wózku,
 - otyłością,

dużym bagażem.

- Łazienki dla osób z niepełnosprawnością:

na parterze w Zakładzie Rehabilitacji Ogólnoustrojowej,

na pierwszym piętrze przy poradniach specjalistycznych.

4 Budynki przy ul. Danuty Siedzikówny „Inki” 4

Na parkingu szpitala znajduje się 125 miejsc parkingowych w tym 8 miejsc parkingowych dla osób z niepełnosprawnością.

Zapewniamy:

- Pochylnie zewnętrzne i wewnętrzne z pochwytnymi umożliwiające wejście do budynków.

- Windy umożliwiające przemieszczanie się na wszystkie kondygnacje budynków.

- Łazienki dla osób z niepełnosprawnością.

1.2.Działania w obszarze dostępności cyfrowej

Zapewniamy:

- Stronę internetową wyposażoną w nawigację przez klawiaturę bez konieczności użycia myszy;

- Alternatywne opisy do grafik na stronie internetowej, strona dostępna na urządzeniach mobilnych;

- Możliwość zmiany kontrastu na stronie dla osób z problemami wzroku istnieje możliwość powiększenia tekstu bez utraty czytelności strony.

1.3.Działania w obszarze dostępności informacyjno-komunikacyjnej:

- zapewniamy komunikację z wykorzystaniem środków wspierających komunikowanie się za pomocą:

poczty elektronicznej,

- wiadomości tekstowych w tym z wykorzystaniem wiadomości SMS (częściowo)
- telefonu stacjonarnego,
- funkcjonuje Punkt Informacyjny i Rejestracja
- Szpital wyznaczył Pełnomocnika ds. Jakości i Dostępności oraz Koordynatorów ds. dostępności (architektonicznej, cyfrowej, informacyjno-komunikacyjnej), umieścił ich dane na stronie internetowej oraz w Biuletynie Informacji Publicznej i wewnętrznej stronie intranetowej,
- dokonaliśmy zgłoszenia Pełnomocnika/Koordynatora na krajową listę podmiotów, które wyznaczyły koordynatora,
- udzielamy wizyty domowe oraz teleporady.
- personel szpitala jest wyposażony w identyfikatory czytelne dla osób ze szczególnymi potrzebami.

2. Dalsze działania podejmowane przez Szpital na rzecz zapewnienia dostępności.

Cel i działania

Celem planu jest stopniowe zwiększanie dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami. Plan zawiera działania i harmonogram ich realizacji. Zrealizowane działania podniosą dostępność i poprawią jakość życia wszystkich. Będzie to możliwe dzięki profesjonalnemu podejściu do osób ze szczególnymi potrzebami oraz udzielaniu świadczeń zdrowotnych dostępnych i bez barier dla wszystkich. Zmiany będą dotyczyć zarówno pracowników, pacjentów, opiekunów jak i ludzi z zewnątrz, na przykład dostawców.

Cel planu zostanie zrealizowany poprzez następujące działania wskazane w harmonogramie :

1. Harmonogram działań w obszarze dostępności architektonicznej

Budynek przy ul. Bodzentyńskiej 17 oraz budynki przy ul. Danuty Siedzikówny „Inki” 4

Lp.	Zakres planowanych działań	Komórka Organizacyjna/Samodzielne Stanowisko odpowiedzialne za realizację	Sposób realizacji	Termin	Szacowany koszt
1.	Uzupełnienie oznaczenia schodów.	NT	Oznaczenie pierwszego i ostatniego schodka w kolorze kontrastowym farbą nieścieralną z piaskiem.	2025	700 zł
2.	Zapewnienie informacji na temat rozkładu pomieszczeń w budynkach.	NT w porozumieniu z działem NZ czyni starania celem pozyskania środków zewnętrznych. NT rozpoczyna działania we współpracy z NI oraz NOr.	Zapewnienie informacji na temat rozkładu pomieszczeń w budynkach, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy. Do czasu pozyskania środków zasadnym jest opracowanie informacji w sposób wizualny we własnym zakresie na podstawie planów będących w posiadaniu działu NT Formę głosową zapewnia wyznaczony personel poprzez przekazywanie informacji ustnej (głosowej) przez inną osobę pierwszego kontaktu w szczególności w Punkcie	Do 2029 Do 2026	W ramach środków zewnętrznych ok. 40 000 zł. Własny zakres ok. 500 zł

		NK wprowadza do zakresu obowiązków. NT przeszkolenie	Rejestracji/ Punkcie Informacyjnym, Izby Przyjęć czynność tę należy włączyć do zakresu obowiązków osoby udzielającej informacji oraz zapewnić jej przeszkolenie.		
3.	Lada w Punkcie Rejestracji /Informacyjnym.	NT	Dostosowanie wysokości lada.	Do 2026	Własny zakres
4.	Wejście do budynku z psem asystującym.	Koordynator ds. Dostępności architektonicznej we współpracy z Pełnomocnikiem ds. Jakości i Dostępności.	Oznaczenie wejść do budynku. Zakup misek na wodę do poszczególnych budynków. Opracowanie procedury wejścia z psem asystującym. Szkolenie dla całego personelu.	Do 2025	ok. 800 zł ok. 100 zł zewnątrzne ok. 10 000 zł lub we własnym zakresie bezkosztowo.
5.	Wykonanie pomiarów oświetlenia dla każdego budynku.	NT we współpracy z BHP.	Kierownik Działu NT sporządza dokumenty dotyczące wykonania pomiarów oświetlenia przez podmiot zewnętrzny.	Do 2029	W ramach środków zewnętrznych.

	Zapewnienie ewakuacji dla osób ze szczególnymi potrzebami.	Inspektor ds. obrony przeciwpożarowej/ Inspektor BHP w porozumieniu z Koordynatorem ds. Architektonicznych.	Zapewnienie osobom ze szczególnymi potrzebami możliwości ewakuacji lub ich uratowania w inny sposób w szpitalu w łży. Zakup materacy i krzesełek ewakuacyjnych.	2025 -2029	W ramach środków zewnętrznych
6.	Urny-skrzynki na ankiety.	Kierownik NT w porozumieniu z Pełnomocnikiem ds. Jakości i Dostępności.	Złożenie zapotrzebowania na zakup urn - skrzynek na ankiety oraz montaż w poszczególnych komórkach organizacyjnych.	2025	W ramach środków zewnętrznych lub własny koszt ok. 3000 zł
7.	Sprzęt/urządzenia podnoszące dostępność dla osób ze szczególnymi potrzebami.	NT na podstawie złożonego zapotrzebowania przez Kierowników /Samodzielne Stanowiska we współpracy z NZ	Wyposażenie komórek medycznych w sprzęt i aparaturę wg załącznika nr 1.	Do 2025 r.	

2. Harmonogram działania w obszarze dostępności cyfrowej.

Lp.	Zakres planowanych działań	Komórka Organizacyjna/Samodzielne Stanowisko odpowiedzialne za realizację	Sposób realizacji	Termin	Szacowany koszt
1.	Dostosowanie strony internetowej do WCAG 2.1.	Koordinator ds. Dostępności Cyfrowej we współpracy z NZ.	Modernizacja Strony Internetowej.	Do 2029 r.	Środki zewnętrzne lub środki własne 100.000 zł
2.	Sporządzenie deklaracji dostępności cyfrowej.	Koordinator ds. Dostępności Cyfrowej we współpracy z Koordynatorem ds. Dostępności Architektonicznej, Koordynatorem ds. Dostępności Informacyjno Komunikacyjnej, Pełnomocnikiem ds. Jakości i Dostępności.	Sporządzenie deklaracji dostępności dla każdej strony WWW i aplikacji mobilnej zgodnie z „Warunkami technicznymi publikacji oraz strukturą dokumentu elektronicznego Deklaracji Dostępności”, dostępnej na stronie: https://www.gov.pl/web/dostepnosc-cyfrowa/publikowanie-deklaracji-dostepnosci . Opublikowanie jej w wersji elektronicznej. Każdego roku, do końca marca oraz po każdej większej przebudowie strony WWW lub aplikacji mobilnej, deklarację należy zaktualizować.	2025	0 zł.

			W deklaracji umieszcza się m.in. informacje o dostępności cyfrowej strony WWW lub aplikacji. Deklaracja dla aplikacji mobilnej powinna być udostępniona na stronie internetowej i zawierać link, pod którym można pobrać instalacyjną wersję aplikacji.		
3.	Dostępne dokumenty oraz treści publikowane na stronie internetowej szpitala.	Koordinator ds. Dostępności Cyfrowej w porozumieniu z Kierownikami/Samodzielnymi Stanowiskami szpitala.	Dokumenty oraz treści publikowane na stronie internetowej szpitala zgodne ze standardami dostępności.	Do 2029	0 zł
4.	Systemy wspomagające obsługę pacjentów ze szczególnymi potrzebami.	Koordinator ds. Dostępności Cyfrowej we współpracy z NS, ZP, ZPS.	1. Zapewnienie dostępnych usług w zakresie telemedycyny do teleopieki (telezdrowia), informatyki medycznej i technologii informacyjno-komunikacyjnej w opiece zdrowotnej Szpitala. 2. Zapewnienie systemów wspomagających, w tym e-rejestracja, oraz systemy służące do kolejowania ruchu pacjentów. Systemy powinny spełniać standardy dostępności cyfrowej.	Do 2029	

3. Harmonogram działań w obszarze dostępności informacyjno-komunikacyjnej

Lp.	Zakres planowanych działań	Komórka Organizacyjna/Samodzielne Stanowisko odpowiedzialne za realizację	Sposób realizacji	Termin	Szacowany koszt
1.	Informacja o dostępnych formach komunikacji.	Koordynator ds. dostępności Informacyjno-Komunikacyjnej we współpracy z NI	- umieszczenie na zewnętrznych stronach internetowych, wewnętrznej stronie intranetowej, w punktach rejestracji informacji, z jakich form komunikacji mogą korzystać osoby ze szczególnymi potrzebami. Dokonanie opisu formy komunikacji i grupy odbiorców do których jest skierowana Szpital zapewnia materiały informacyjne, w formie tekstu łatwego do czytania.	Do końca 2025	0zł
2.	Zapewnienie komunikacji z pacjentem z wykorzystaniem środków wspierających komunikowanie się za pomocą: e-mail,	Koordynator ds. Informacyjno-Komunikacyjnych: - rozeznanie w sprawie istniejących potrzeb, - współpraca z NZ w zakresie pozyskania środków zewnętrznych,	Wykorzystanie posiadanych telefonów komórkowych oraz zakup telefonów (20) i tabletów (20) służbowych dla Szpitala - Zainstalowanie komunikatora internetowego na telefon/tablet służbowy (połączenia wideo, podczas których mogą być przetwarzane dane osobowe pacjenta i lekarza. Należy zachować zasady wynikające z obowiązujących	Do końca 2029	Wykorzystanie posiadanych telefonów komórkowych Pozyskanie środków zewnętrznych.

	• SMS lub MMS, • Komunikacji audiowizualnej, • Komunikatorów internetowych, • Faksu.	- współpraca z NI, NO oraz Pełnomocnikiem ds. Bezpieczeństwa Informacji w zakresie zabezpieczenia kanałów komunikacji którymi przekazywane są dane pacjenta oraz sporządzenia stosownej procedury.	przepisów w szczególności Ustawy o ochronie danych osobowych. Zakup, zainstalowanie i uruchomienie faksu.		Koszt ok. 61000zł (tablet i telefon). 1000 zł zakup faksu.
3.	Umieszczenie na stronie internetowej Szpitala pliku elektronicznego z opisem zakresu działalności Szpitala w formie: - tekstu odczytywalnego maszynowo, - nagrania w Polskim Języku Migowym, - tekstu łatwego	Koordynator ds. Dostępności Informacyjno-Komunikacyjnej we współpracy z Działem NI.	- Przygotowanie treści zakresu działalności szpitala w formie prostej i zrozumiałej; - Umieszczenie na zewnętrznych stronach internetowych w zakładce dostępność opisu zakresu działalności Szpitala w tekście łatwym do czytania odczytywalnym maszynowo (jednolity kolor, odpowiedni kontrast, czcionka bezszeryfowa min. 14, interlinia 1,5 wiersza, wyrównanie do lewego marginesu, czarny druk, bez zbędnych grafik) – dla osób z niepełnosprawnością wzroku; - Pozyskanie środków zewnętrznych na pokrycie kosztów współpracy z firmą zajmującą się przygotowaniem nagrań w PJM; - Opracowanie i umieszczenie na stronie opisu	Do końca 2026 r.	Pozyskanie środków zewnętrznych na pokrycie kosztów współpracy z firmą zajmującą się przygotowaniem nagrań w PJM. Koszt nagrania ok. 1200 zł.

	do czytania.		i zakresu działalności Szpitala w tekście łatwym do czytania (dla osób z niepełnosprawnością intelektualną); - Aktualizowanie wiedzy osób, które są odpowiedzialne za utrzymanie strony internetowej na temat publikacji dostępnych treści.		
4.	Wprowadzenie rozwiązań technicznych wspierających osoby ze szczególnymi potrzebami w zakresie narządów słuchu i mowy.	Koordinator ds. Informacyjno-Komunikacyjnych we współpracy z NZ, NI, NT.	Zakup 25 stałych i 23 przenośnej pętli indukcyjnych; -Szkolenia dla pracowników z obsługi pętli indukcyjnych; - Odpowiednie oznaczenie punktów obsługi pacjenta, wyposażonych w pętle indukcyjne; - Zapewnienie materiałów informacyjnych oraz instrukcji obsługi pętli indukcyjnych oraz w razie potrzeby przekazanie ich pacjentom; - Rozpowszechnienie informacji na stronach internetowych i tablicach ogłoszeń.	Do końca 2029 r.	Pozyskanie środków zewnętrznych Ok. 107 500 zł.
5.	Wprowadzenie innych skutecznych rozwiązań dla efektywnego porozumiewania	Koordinator ds. Dostępności Informacyjno-Komunikacyjnej w porozumieniu z Pełnomocnikiem ds.	- Opracowanie Karty Komunikacji z Osobami z Niepełnosprawnością Słuchu oraz z problemem z komunikowaniem się. - Wyposażenie wszystkich komórek SPZZOZ Szpital w Iłży świadczących usługi medyczne w	I Półrocze 2025	0 zł

	się pacjentów ze szczególnymi potrzebami z personelem placówki.	Jakości i Dostępności oraz Zespołem ds. Dostępności.	karty Komunikacji z Osobami z Niepełnosprawnością Słuchu oraz z problemem z komunikowaniem się.		
6.	Zapewnienie na wniosek osoby ze szczególnymi potrzebami komunikacji z SPZZOZ Szpital w Iłży w formie określonej w tym wniosku.	Koordinator ds. Dostępności Informacyjno – Komunikacyjnej we współpracy z Pełnomocnikiem ds. Jakości i Dostępności. Opracowanie i udostępnienie na stronach internetowych formy elektronicznej NI.	- opracowanie w prostym języku oraz wprowadzenie wniosku o zapewnienie dostępności architektonicznej i informacyjno – komunikacyjnej, w formie papierowej oraz elektronicznej (do pobrania ze stron internetowych). Wniosek powinien zawierać (dane teleadresowe osoby ze szczególnymi potrzebami, opis bariery utrudniającej lub uniemożliwiającej komunikację, wskazanie preferowanej formy komunikacji, czas planowanego kontaktu z placówką). Zamieszczenie na stronach internetowych informacji w jaki sposób pacjent może złożyć wniosek oraz jak i kiedy otrzyma odpowiedź. Utworzenie rejestru wniosków o zapewnienie dostępności oraz rejestru odmów wniosku o zapewnienie dostępności. Rejestr wniosków powinien zawierać: datę zgłoszenia, imię i nazwisko zgłaszającego,	2025	0 zł

			dane kontaktowe, opis potrzeby oraz propozycje realizacji wniosku. Rejestr odmów powinien zawierać: datę odmowy, imię i nazwisko zgłaszającego, powód odmowy, uzasadnienie odmowy, działania alternatywne (jeśli są możliwe), sposób poinformowania wnioskującego.		
7.	Utworzenie, prowadzenie i aktualizacja rejestru osób ze szczególnymi potrzebami.	Koordynator ds. Dostępności Informacyjno-Komunikacyjnej przy współpracy z NI. Za prowadzenie rejestru pracownicy wskazani w zarządzeniu.	Opracowanie wzoru oraz wprowadzenie rejestru osób ze szczególnymi potrzebami. Powinien on zawierać następujące dane: z imię i nazwisko, z płeć, z wiek, z wzrost, z waga, z szczególne potrzeby wynikające ze stanu klinicznego. Ze względu na gromadzenie danych wrażliwych rejestr podlega przepisom o ochronie danych osobowych i danych wrażliwych. Aktualizacja co 12 m-cy.	2025 r.	0 zł
8.	Zapewnienie dostępu alternatywnego oraz utworzenie i prowadzenie rejestru stosowania dostępu alternatywnego.	Koordynator ds. Dostępności Informacyjno-Komunikacyjnej przy współpracy z NI. Za prowadzenie rejestru pracownicy wskazani w	Opracowanie wzoru oraz wprowadzenie rejestru stosowania dostępu alternatywnego. Prowadzenie rejestru zastosowanych rozwiązań alternatywnych, które posłużyły do zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, wraz z uzasadnieniem. Aktualizacja co 12 m-cy.	2025	0 zł

		zarządzeniu.			
9.	Postępowanie skargowe.	Koordinator ds. Dostępności w porozumieniu z Pełnomocnikiem ds. Jakości i Dostępności, NI.	1. Sporządzenie procedury postępowania skargowego; 2. Wdrożenie zarządzeniem Dyrektora; 3. Zamieszczenie na stronie internetowej szpitala w zakładce „dostępność”.	2025	
10.	Szkolenia Personelu Szpitala (wewnętrzne, zewnętrzne, zdalne, stacjonarne, na żywo lub e-learningowe).	Koordinator ds. Dostępności Informacyjno-Komunikacyjnej we współpracy z Pełnomocnikiem ds. Jakości i Dostępności.	1. Zapoznanie kadry placówki z zasadami savoir-viver'u w stosunku do osób ze szczególnymi potrzebami, 2. Szkolenia kadry Szpitala z zakresu PJM.	Na bieżąco do 2029 r.	Pozyskanie środków zewnętrznych. Szkolenie wewnętrzne 0 zł. PJM 10.000 zł.

11.	Znajomość procedur obsługi osób ze szczególnymi potrzebami przez personel placówki.	Pełnomocnik ds. Jakości i Dostępności we współpracy z Koordynatorem ds. Dostępności Informacyjno-Komunikacyjnej oraz Kierownikami/Samodzielnymi Stanowiskami.	Opracowanie i wdrożenie procedur obsługi pacjentów ze szczególnymi potrzebami, przeszkolenie personelu z zakresu ich stosowania. Złożenie przez pracowników oświadczeń o znajomości procedur obsługi pacjentów ze szczególnymi potrzebami. Umożliwienie Pacjentom zapoznanie się z procedurami obsługi osób ze szczególnymi potrzebami.	2026	0 zł
12.	Oznaczenia identyfikujące personel szpitala.	NK – wystawienie karty obiegowej. NI – wydanie identyfikatora na podstawie karty obiegowej. Kierownik – nadzór nad obowiązkiem noszenia identyfikatora przez pracowników w podległej komórce organizacyjnej.	Personel szpitala nosi w miejscu pracy identyfikatory na których znajduje się Nazwisko i imię oraz pełniona funkcja oraz nazwę szpitala. Identyfikatory są czytelne dla osób ze szczególnymi potrzebami, imię i nazwisko (arial czcionka 14).	Na bieżąco dla każdego nowo zatrudnionego pracownika/osoby świadczącej pracę.	
13.	Punkt Informacyjny	Dyrektor Naczelny w porozumieniu z NP, NT	Wyznaczenie miejsca w którym będzie utworzony Punkt Informacyjny dla budynku-	Do 2029	

			Lecznicy Główniej ABCD.		
--	--	--	-------------------------	--	--

Harmonogram pozostałych działań

Lp.	Zakres planowanych działań	Komórka Organizacyjna/Samodzielne Stanowisko odpowiedzialne za realizację	Sposób realizacji	Termin	Szacowany koszt
1.	Powołanie Zespołu ds. utworzenia i aktualizacji procedur zapewniających dostępność.	Pełnomocnik ds. Jakości i Dostępności przedstawia propozycję Dyrektorowi Szpitala.	Sporządzenie wniosku o wydanie zarządzenia	2025 r.	0 zł.
2.	Nawiązanie współpracy z jednostkami organizacyjnymi	Pełnomocnik ds. Jakości i Dostępności przedstawia Dyrektorowi Szpitala	Pełnomocnik ds. Jakości i Dostępności wraz z Koordynatorami i Zespołem ds. Dostępności podejmuje współpracę z podmiotami zewnętrznymi w celu opiniowania,	Na bieżąco.	0 zł

	lub pozarządowymi lub stowarzyszeniami lub Fundacjami zrzeszającymi osoby ze szczególnymi potrzebami.	projekt porozumienia.	analizowania i oceny rozwiązań, związanych z tworzeniem, ewaluacją i oceną procedur związanych z zapewnieniem dostępności.		
3.	Cykliczna kontrola procedur.	Pełnomocnik ds. Jakości i Dostępności we współpracy z Koordynatorami Dostępności prowadzi cykliczną kontrolę procedur.	Przeprowadzenie rozmów lub badań ankietowych skierowanych do pacjentów oraz do personelu. Wyniki badania przedstawiane są Dyrektorowi na bieżąco oraz w sprawozdaniu rocznym. Aktualizacja procedur obsługi pacjentów zapewniających dostępność dla osób ze szczególnymi potrzebami.	Na bieżąco jednak nie rzadziej niż jeden raz w roku (do 31.03).	0 zł.
4.	Polityka i procedury kadrowe związane z zatrudnianiem osób ze szczególnymi potrzebami.	Kierownik NK – konsultacja z Pełnomocnikiem ds. Jakości i Dostępności oraz Koordynatorami ds. Dostępności.	Opracowanie procedury oraz stosownych dokumentów w tekście łatwym do czytania (Jednolity kolor, odpowiedni kontrast, czcionka bezszyfrowa min. 14, interlinia 1,5 wiersza, wyrównanie do lewego marginesu, czarny druk, bez zbędnych grafik).	Na bieżąco jednak nie później niż do 2029 r.	0 zł
5.	Urządzenia i sprzęt medyczny zwiększający	Pełnomocnik ds. Jakości i Dostępności we współpracy z	Sporządzenie listy sprzętu medycznego zwiększającego dostępność szpitala dla osób ze szczególnymi potrzebami.	Na bieżąco (pierwsza lista nie później niż	Sporządzenie listy

	dostępność szpitala dla osób ze szczególnymi potrzebami.	Koordinatorami Dostępności, Zespołem Dostępności oraz Kierownikami/ Samodzielnymi Stanowiskami.		do końca I półrocza 2025 r.)	bezkosztowe.
6.	Przegląd dostępności szpitala dla osób ze szczególnymi potrzebami.	Pełnomocnik ds. Jakości i Dostępności/ Koordynatorzy i Zespół ds. Dostępności.	Raz w roku szpital przeprowadza audyt wewnętrzny /samokontrolę dostępności w poszczególnych obszarach z wykorzystaniem listy pytań kontrolnych (załącznik 6 do Standardów Dostępności). Do audytu szpital może zaprosić podmiot zewnętrzny tj. jednostkę organizacyjną lub pozarządową lub Stowarzyszenie lub Fundację zrzeszającą osoby ze szczególnymi potrzebami. Raz w roku szpital zleca audyt dostępności, który obejmuje: z badanie zgodności z wymaganiami dostępności w trzech obszarach (architektoniczna, cyfrowa, informacyjno-komunikacyjna), oraz przegląd procedur związanych z dostępnością.	Na bieżąco	0 zł

7.	Raportowanie o stanie zapewniania dostępności – zakres ustawy o dostępności.	Pełnomocnik ds. Jakości i Dostępności przy współudziale Koordynatorów ds. Dostępności NI - zamieszczenie w formacie cyfrowym.	Zgodnie z art. 11 ustawy o dostępności szpital składa, co 4 lata, najpóźniej do 31 marca danego roku raport o stanie zapewniania dostępności. Raport przygotowuje się na formularzu opracowanym przez ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego. Szpital zamieszcza raport o stanie zapewniania dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami na swojej stronie podmiotowej BIP w formacie dostępnym cyfrowo .	Na bieżąco	Ozł.
----	--	--	--	------------	------

8.	Zakres obowiązków.	NK realizuje na podstawie zatwierdzonego przez DN wniosku Pełnomocnika ds. Jakości i Dostępności w porozumieniu z NP, NS.	1. Włączenie do zakresu obowiązków osobom udzielającym informacji na temat rozkładu pomieszczeń Szpitala, wszystkim pracownikom a w szczególności w Punkcie Rejestracji/ Punkcie Informacyjnym, Izbie Przyjęć. 2. Włączenie odpowiedzialności wszystkim pracownikom za poprawę dostępności w podmiocie leczniczym dla osób ze szczególnymi potrzebami w obszarze dostępności informacyjno-komunikacyjnym.	2025	0 zł.
		Kierownik Działu NT	Przeszkolenie personelu przez DT.	2025	0 zł.
9.	Monitorowanie działalności Szpitala w zakresie zapewniania dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.	Pełnomocnik ds. Jakości i Dostępności we współpracy z Koordynatorami Dostępności.	1. Przyjmowanie uwag, opinii i sugestii dotyczących zastrzeżeń do rozwiązań natury informacyjno- komunikacyjnej i architektonicznej z jakimi mogą się spotykać podczas kontaktu ze Szpitalem w szczególności: pacjenci, osoby odwiedzające, pracownicy; 2. Realizacja procesu rozpatrywania skarg w tym zakresie; 3. Przyjmowanie uwag i propozycji pracowników; 4. Przekazywanie propozycji działań	Na bieżąco	0 zł.

			mających na celu usuwanie barier i zapobieganie ich powstawaniu;		
10.	Efektywne zarządzanie sytuacjami kryzysowymi.	Dział ds. Kadr i Płac w porozumieniu z Pełnomocnikiem ds. Jakości i Dostępności.	1. Wprowadzenie do zakresu obowiązków personelu szpitala, w szczególności: kadry zarządzającej, Pełnomocnika ds. Jakości i Dostępności, Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta, Koordynatorów ds. Dostępności, Zespołu ds. Dostępności, Osób wspierających następujących zapisów: Motywowanie personelu do przestrzegania zasad komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami; Tworzenie sprzyjającej atmosfery komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami; Analizowanie otoczenia i wysuwanie wniosków poprawiających jakość komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami. 2. Opracowanie anonimowej ankiety dotyczącej badania satysfakcji pacjentów z zakresu dostępności (ankiety w formie papierowej/ elektronicznej).	Do 2026	0 zł.
		Koordinator ds. Dostępności Informacyjno-Komunikacyjnej we współpracy z Pełnomocnikiem ds. Jakości i Dostępności.		Do 2026	0 zł.

11.	Dokumentacja Kadrowa.	NK we współpracy z Pełnomocnikiem ds. Jakości i Dostępności.	Zalecenia do wdrożenia: a) Utworzenie procedury zatrudnienia osób z niepełnosprawnością/ osób ze szczególnymi potrzebami – umożliwienie wypełnienia dokumentacji w wersji cyfrowej, udział asystenta z osobą o szczególnych potrzebach, udział tłumacza języka migowego podczas rozmowy rekrutacyjnej; b) Wprowadzenie do kart stanowiskowych dodatkowo powierzonych zadań, wynikających z zarządzeń Dyrektora PZOZ z zakresu dostępności (np. Koordynatorom ds. Dostępności). Zadania powierzone Pracownikom Zarządzeniem należy ująć w dokumentach związanych z zawarciem umowy i określeniem obowiązków; c) Wprowadzenie wstępnego szkolenia dla nowo zatrudnianych pracowników/ osób świadczących pracę z zakresu dostępności informacyjno–komunikacyjnej w Szpitalu. d. Rozszerzenie karty obiegu.	Do 2026	0 zł.
-----	-----------------------	--	--	---------	-------

Monitoring realizacji

Pełnomocnik do spraw Jakości i Dostępności prowadzi nadzór nad realizacją planu oraz sprawozdawczości, Koordynatorzy do spraw dostępności (każdy w swoim zakresie) będą prowadzić stały monitoring realizacji planu.

Odpowiedzialność za realizację poszczególnych pozycji Planu, leży we właściwych komórkach organizacyjnych. Pełnomocnik ds. Jakości i Dostępności oraz Koordynatorzy ds. Dostępności nie wykonują zadań będących w dotychczasowych kompetencjach innych osób z personelu Szpitala (np. rejestratorek, pielęgniarek, pracowników administracji) ich zadaniem jest włączenie się w realizację planowanych celów.

Po zakończeniu każdego roku realizacji planu, każdy w swoim zakresie przygotowuje sprawozdanie. Sprawozdanie ma być gotowe do 31 stycznia.

Sprawozdanie powinno zawierać informacje o zrealizowanych działaniach wraz z ich liczbą, czasem realizacji oraz kosztem, a także wnioski oraz rekomendacje do dalszego działania lub zmian w planie.

Dyrektor Szpitala przyjmuje sprawozdanie, a Pełnomocnik ds. Jakości i Dostępności w porozumieniu z Koordynatorami ds. Dostępności aktualizuje plan, o ile jest to konieczne. Taka konieczność może wynikać z treści sprawozdania lub z innych powodów. Plan trzeba zaktualizować przede wszystkim wtedy, gdy jakieś działanie nie zostało zrealizowane zgodnie z planem. Mogą się pojawić inne sytuacje, na przykład zmiana przepisów, pojawienie się nowych rozwiązań technicznych lub pojawienie się kolejnych obszarów wymagających zapewnienia dostępności.

Dyrektor Szpitala zatwierdza zaktualizowany plan i zleca opublikowanie go w biuletynie informacji publicznej i na stronie internetowej.

Osoba odpowiedzialna

Plan został przygotowany przez Pełnomocnika ds. Jakości i Dostępności na podstawie raportów sporządzonych przez Zespoły ds. przeprowadzenia audytu wewnętrznego (samokontroli) w zakresie dostępności architektonicznej, cyfrowej, informacyjno-komunikacyjnej oraz poddany opinii Zespołowi ds. Dostępności na spotkaniu w dniu 27 lutego 2025 r.

Zatwierdziła

Joanna Pionka
Dyrektor
SPZZOZ – Szpital w Iłży