

**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, 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 zapewnienia 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.

Ustawa jest powiązana z Konwencją ONZ o prawach osób z niepełnosprawnościami sporządzoną w Nowym Jorku 13 grudnia 2006 r. Inne ustawy dotyczące dostępności:

- ustawa z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych,
- ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się.

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;
2. Ustawa z dnia 18 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta;
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
4. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
5. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;

6. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

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 Leczniczy, 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 Ogólnej, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii (parter),

Oddział Ginekologii Jednego Dnia (pierwsze piętro),

Oddział Chorób Wewnętrznych (drugie piętro),

Blok Operacyjny, Pracownia Endoskopowa (trzecie piętro).

- budynek G

Zakład Opieki Zdrowotnej – Pogotowie Ratunkowe

Zespół Specjalistyczny Ratownictwa Medycznego (parter).

- Budynek F

Zakład 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 Dermatologiczna,
Poradnia Neurologiczna.

➤ **budynek E**

Poradnie Specjalistyczne

Poradnia Dermatologiczna,
Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc,
Poradnia Diabetologiczna,
Poradnia Kardiologiczna.

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 i **aktualizacji** w 2026 r. planu przeprowadzono zewnętrzny audyt wstępny dla poradni specjalistycznych oraz wykonaliśmy wewnętrzne audyty (samokontrolę całej jednostki) 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, Lekarz, Kierownik Zakładu Rehabilitacji Ogólnoustrojowej, Pielęgniarka, Inspektor ds. BHP, oraz pięciu asystentów osób ze szczególnymi potrzebami z grona pielęgniarek, ratowników i rejestratorów 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.

Nowo zatrudniani pracownicy odbywają szkolenia z zakresu savoir vivre dla osób ze szczególnymi potrzebami. Powołano spośród pracowników zespół tłumaczy języków obcych i Polskiego Języka Migowego. Wprowadzono karty komunikacji z pacjentem.

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 postojów) 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 pochwytnymi znajdującą się przed wejściem do Zakładu Rehabilitacji Ogólnoustrojowej;
- Wejście schodami z zamontowanymi pochwytnymi, schody częściowo oznaczone dla osób słabowidzących;

- Wjazd windą, umożliwiającą przemieszczanie się w szczególności osobom z:

dysfunkcją ruchu,
dzieckiem w wózku,
otyłością,
dużym bagażem.

- na ścianie przy drzwiach wejściowych do budynku umieszczono informację o możliwości wejścia osoby niepełnosprawnej z psem asystującym) dodatkowo napisy w alfabecie braille'a
- Łazienki dla osób z niepełnosprawnością:

na parterze w Zakładzie Rehabilitacji Ogólnoustrojowej,

na pierwszym piętrze przy poradniach specjalistycznych.

- uchwyty na kule w Zakładzie Rehabilitacji Ogólnoustrojowej,

4 Budynek przy ul. Danuty Siedzikówny „Inki” 4

Wszystkie budynki zostały oznaczone literami w formie tabliczek oraz umieszczone na mapie budynków naszej jednostki.

Przy drzwiach wejściowych do budynku umieszczono informację o możliwości wejścia osoby niepełnosprawnej z psem asystującym) dodatkowo napisy w alfabecie braille'a

Na parkingu szpitala znajduje się 125 miejsc parkingowych w tym 8 miejsc parkingowych dla osób z niepełnosprawnością oraz 4 miejsca parkingowe dla rodzica z dzieckiem.

Zapewniamy:

- Obniżone krawężniki w miejscach wjazdu np. dla wózków inwalidzkich
- Pochylnie zewnętrzne i wewnętrzne z pochwytaniami umożliwiające wejście do budynków.
- Windy umożliwiające przemieszczanie się na wszystkie kondygnacje budynków.
- Łazienki dla osób z niepełnosprawnością.
- Oznaczenie schodów poprzez zastosowanie taśm w kolorach kontrastowych.

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/MMS (częściowo)
 - telefonu stacjonarnego i telefonu komórkowego,
 - funkcjonuje Punkt Informacyjny i Rejestracja
 - Szpital wyznaczył:
 - Pełnomocnika ds. Jakości i Dostępności
 - Koordinatorów ds. Dostępności (architektonicznej, cyfrowej, informacyjno-komunikacyjnej),
 umieścił ich dane na stronie internetowej oraz w Biuletynie Informacji Publicznej i wewnętrznej stronie intranetowej w zakładce dostępność
 - Powołano:
 - Zespół ds. Dostępności,
 - Zespół Tłumaczy,
 - Zespół ds. Utworzenia i Aktualizacji Procedur
 - dokonaliśmy zgłoszenia Pełnomocnika/Koordinatora na krajową listę podmiotów, które wyznaczyły koordynatora,
 - udzielamy wizyty domowe oraz teleporady.
 - personel szpitala jest wyposażony w identyfikatory czytelne dla osób ze szczególnymi potrzebami.
 - szczegółowy opis zawiera harmonogram działań.

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 udziałowi świadczących 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	Szacow. koszt	Uwagi
1.	Uzupełnienie oznaczenia schodów.	NT	Oznaczenie pierwszego i ostatniego schodka w kolorze kontrastowym farbą nieścieralną z piaskiem.	2025	700 zł	Zrealizowany (stałe monitorowane z uwagi na częstotliwość

3.	Lada w Punkcie Rejestracji /Informacyjnym.	NT	Dostosowanie wysokości lada.	Do 2026	Własny zakres Środki zewnętrzne	W trakcie realizacji
4.	Wejście do budynku z psem asystującym.	Koordinator 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	zewnętrzne ok. 10 000 zł lub we własnym zakresie bezkosztowo.	Zrealizowano szkolenie w 2026 r.
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.	Zrealizowano
6.	Zapewnienie	Inspektor ds. obrony	Zapewnienie osobom ze szczególnymi	2025 -2029	W ramach	częściowo

	ewakuacji dla osób ze szczególnymi potrzebami.	przeciwpożarowej/ Inspektor BHP w porozumieniu z Koordynatorem ds. Architektonicznych.	potrzebami możliwości ewakuacji lub ich uratowania w inny sposób w szpitalu w Iłży. Zakup materacy i krzesłek ewakuacyjnych.		środków zewnętrznych	
7.	Urny-skrzynki na ankiety.	Kierownik NT w porozumieniu z Pełnomocnikiem ds. Jakości i Dostępności.	Złożenie zapotrzebowania na zakup urn - skrzyniek na ankiety oraz montaż w poszczególnych komórkach organizacyjnych.	2025	Środki własne	zrealizowano
8.	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.	Środki zewnętrzne	Zrealizowano w zakresie opracowania załącznika, oraz częściowo w zakresie wyposażenia w sprzęt i aparaturę.
9.	Zakup	NT		Do 2029r.	Środki	Wprowadzo

	halogenów						zewnątrz ne.	no w 2026
10.	Wymiana oświetlenia	NT	Doświetlenie szatni	Do 2029	Środki zewnątrz ne.	Wprowadzo no w 2026		
11.	Zakup skrzynek	NT	Zakup skrzynek na klucze ewakuacji wraz z piktogramami. Montaż	Do 2029	Środki zewnątrz ne.	Wprowadzo no w 2026		
12	Ewakuacja	NT	Materace, krzeselka ewakuacyjne	Do 2029	Środki zewnątrz ne.	Wprowadzo no w 2026		
13.	Wymiana posadzki na antypoślizgową	NT, NZ, firma zewnętrzna.	Roboty budowlane (budynek F, POZ)	2026	Środki zewnątrz ne.	Wprowadzo no w 2026		
14.	Malowanie kontrastowe	NT,NZ	Roboty budowlane (budynek F, POZ)	2026	Środki zewnątrz ne.	Wprowadzo no w 2026		
15.	Montaż drzwi	NT,NZ	Roboty budowlane	2026	Środki	Wprowadzo		

	akustycznych					zewnątrz ne.	no w 2026
	Montaż lad w rejestracji	NT,NZ	Roboty budowlane	2026		Środki zewnętrzne.	Wprowadzo no w 2026
16.	Dostosowanie ciągów komunikacyjnych	NT,NZ	Zakup montaż barierki (budynek E -Poradnie Specjalistyczne)	Do 2029		Środki zewnętrzne	Wprowadzo no w 2026

2. Harmonogram działania w obszarze dostępności cyfrowej.

Lp.	Zakres planowanych działań	Komórka Organizacyjna/Samodzielne Stanowisko odpowiedzialne za realizację	Sposób realizacji	Termin	Szacowany koszt	Uwagi
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-dostepnosc .	2025	0 zł.		zrealizowano	
3.	Dostępne dokumenty oraz	Koordinator ds. Dostępności Cyfrowej	Dokumenty oraz treści publikowane na stronie internetowej szpitala zgodnie ze	Do 2029	Bezkosztowo			

	treści publikowane na stronie internetowej szpitala.	w porozumieniu z Kierownikami/Samodzielnymi Stanowiskami szpitala.	standardami dostępności.		własnym zakresie / Środki zewnętrzne	
4.	Systemy wspomagające obsługę pacjentów ze szczególnymi potrzebami.	Koordinator ds. Dostępności Cyfrowej we współpracy z NS, ZP, ZPS.	<p>1. Zapewnienie dostępnych usług w zakresie telemedycyny do teleopieki (telezdrowia), informatyki medycznej i technologii informacyjno-komunikacyjnej w opiece zdrowotnej Szpitala.</p> <p>2. Zapewnienie systemów wspomagających, w tym e-rejestracja, oraz systemy służące do kolejkowania ruchu pacjentów. Systemy powinny spełniać standardy dostępności cyfrowej.</p>	Do 2029	Środki zewnętrzne.	
5	Rekomendacje po audycie(samokontroli)	Koordinator ds. Dostępności Cyfrowej y	<p>Uzupełnienie opisów alternatywnych (alt). Poprawa dostępności dokumentów PDF. Poprawa kontrastu w wybranych elementach. Stosowanie jednoznacznych opisów linków.</p>	Na bieżąco	We własnym zakresie oraz środki zewnętrzne	

		Dostosowanie nowych materiałów do WCAG 2.1		ne	
--	--	--	--	----	--

3. Harmonogram działań w obszarze dostępności informacyjno-komunikacyjnej

Lp.	Zakres planowanych działań	Komórka Organizacyjna/Samodzielne Stowisko odpowiedzialne za realizację	Sposób realizacji	Termin	Szacowany koszt	
1.	Informacja o dostępnych formach komunikacji.	Koordinator 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.	2025	0zł	Zrealizowano
2.	Zapewnienie komunikacji z pacjentem z	Koordinator ds. Informacyjno-	Wykorzystanie posiadanych telefonów komórkowych oraz zakup telefonów (20)	2029	Wykorzystanie posiadanych telefonów	Częściowo zrealizowano

	<p>wykorzystaniem środków wspierających komunikowanie się za pomocą:</p> <ul style="list-style-type: none"> • e-mail, • SMS lub MMS, • Komunikacji audiowizualnej, • Komunikatorów internetowych, • Faksu. 	<p>Komunikacyjnych:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rozeznanie w sprawie istniejących potrzeb, - współpraca z NZ w zakresie pozyskania środków zewnętrznych, - współpraca z NI, NO oraz Pełnomocnikiem ds. Bezpieczeństwa Informacji w zakresie zabezpieczenia kanałów komunikacji którymi przekazywane są dane pacjenta oraz sporządzenia stosownej procedury. 	<p>i tabletów (20) służbowych dla Szpitala</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 przepisów w szczególności Ustawy o ochronie danych osobowych). <p>Zakup, zainstalowanie i uruchomienie faksu.</p>		<p>komórkowych</p> <p>Pozyskanie środków zewnętrznych.</p> <p>Koszt ok. 61000zł (tablet i telefon).</p> <p>1000 zł zakup faksu.</p>	
<p>3.</p>	<p>Umieszczenie na stronie internetowej Szpitala pliku elektronicznego z opisem zakresu działalności Szpitala w formie:</p>	<p>Koordinator ds. Dostępności Informacyjno-Komunikacyjnej we współpracy z Działem NI.</p>	<p>- Przygotowanie treści zakresu działalności szpitala w formie prostej i zrozumiałej;</p> <p>- Umieszczenie na zewnętrznych stronach internetowych w zakładce dostępność opisu zakresu działalności Szpitala w tekście łatwym do czytania odczytywalnym maszynowo (jednolity</p>	<p>Do końca 2026 r.</p>	<p>Pozyskanie środków zewnętrznych na pokrycie kosztów współpracy z firmą zajmującą się przygotowaniem</p> <p>Częściowo zrealizowano</p>	

		<p>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;</p> <p>- Pozyskanie środków zewnętrznych na pokrycie kosztów współpracy z firmą zajmującą się przygotowaniem nagrań w P.JM.;</p> <p>- Opracowanie i umieszczenie na stronie opisu i zakresu działalności Szpitala w tekście łatwym do czytania (dla osób z niepełnosprawnością intelektualną);</p> <p>- Aktualizowanie wiedzy osób, które są odpowiedzialne za utrzymanie strony internetowej na temat publikacji dostępnych treści.</p>		<p>m nagrań w P.JM. Koszt nagrania ok. 1200 zł.</p>	
<p>4. Wprowadzenie rozwiązań technicznych wspierających osoby ze szczególnymi</p>	<p>Koordinator ds. Informacyjno-Komunikacyjnych we współpracy z NZ, NI, NT.</p>	<p>Zakup 25 stątych i 23 przenośnej pięti indukcyjnych; - Szkolenia dla pracowników z obsługi pięti indukcyjnych; - Odpowiednie oznaczenie punktów</p>	<p>Do końca 2029 r.</p>	<p>Pozyskanie środków zewnętrznych Ok. 107 500 zł.</p>	<p>W trakcie realizacji</p>

	potrzebami w zakresie narządów słuchu i mowy.		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.			
5.	Wprowadzenie innych skutecznych rozwiązań dla efektywnego porozumiewania się pacjentów ze szczególnymi potrzebami z personelem placówki.	Koordynator ds. Dostępności Informacyjno-Komunikacyjnej w porozumieniu z Pełnomocnikiem ds. Jakości i Dostępności oraz Zespołem ds. Dostępności.	- Opracowanie Karty Komunikacji z Osobami z Niepełnosprawnością Słuchu oraz z problemem z komunikowaniem się. - Wyposażenie wszystkich komórek SPZZOZ Szpital w lży świadczących usługi medyczne w karty Komunikacji z Osobami z Niepełnosprawnością Słuchu oraz z problemem z komunikowaniem się.	I Półrocze 2025	0 zł	Zrealizowano
6.	Zapewnienie na wniosek osoby ze szczególnymi potrzebami	Koordynator ds. Dostępności Informacyjno – Komunikacyjnej we	- opracowanie w prostym języku oraz wprowadzenie wniosku o zapewnienie dostępności architektonicznej i informacyjno – komunikacyjnej, w formie	2025	0 zł	Zrealizowano w zakresie Koordynatora

<p>komunikacji z SPZZOZ Szpital w Iłży w formie określonej w tym wniosku.</p>	<p>współpracy z Pełnomocnikiem ds. Jakości i Dostępności. Opracowanie i udostępnienie na stronach internetowych formy elektronicznej NI. Nie zrealizowane</p>	<p>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, dane kontaktowe, opis potrzeby oraz propozycje realizacji wniosku. Rejestr odmów powinien zawierać: datę</p>			<p>ds. Dostępności Informacyjno - Komunikacyjnej we współpracy z Pełnomocnikiem ds. Jakości i Dostępności.</p>
---	---	---	--	--	--

				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		Częściowo zrealizowane (NI utworzenie rejestru ?)	
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		Częściowo zrealizowane (NI utworzenie rejestru ?)	

		zarządzeniu.				
9.	Postępowanie skargowe.	Koordynator ds. Dostępności Informacyjno-Komunikacyjnej w porozumieniu z Pełnomocnikiem ds. Jakości i Dostępności, NI.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sporządzenie procedury postępowania skargowego; 2. Wdrożenie zarządzeniem Dyrektora; 3. Zamieszczenie na stronie internetowej szpitala w zakładce „dostępność”. 	2025		Zrealizowano
10.	Szkolenia Personelu Szpitala (wewnętrzne, zewnętrzne, zdalne, stacjonarne, na żywo lub e-learningowe).	Koordynator ds. Dostępności Informacyjno-Komunikacyjnej we współpracy z Pełnomocnikiem ds. Jakości i Dostępności.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zapoznanie kadry placówki z zasadami savoir-viver'u w stosunku do osób ze szczególnymi potrzebami, 2. Szkolenia kadry Szpitala z zakresu P.JM. 3. Szkolenie ze standardu dostępności AOS, <p>- Dostępność jako proces,</p>	Na bieżąco do 2029 r.	<p>Pozyskanie środków zewnętrznych.</p> <p>Szkolenie wewnętrzne</p> <p>0 zł.</p> <p>PJM 10.000 zł.</p>	Zrealizowano
					We własnym zakresie/ środki	Do realizacji dodane w

					zewnątrzne	2026 r.
			- Dostępna wizyta medyczna. 4. Szkolenie ze standardu dostępności POZ, 5. Szkolenie ze standardu dostępności Szpitala			
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	Zrealizowano
12.	Oznaczenia identyfikujące personel szpitala.	NK – wystawienie karty obiegowej. NI – wydanie identyfikatora na podstawie karty obiegowej.	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 nowego zatrudnionego	0 zł	Zrealizowano obecnie realizacja na bieżąco

		Kierownik – nadzór nad obowiązkami noszenia identyfikatora przez pracowników w podległej komórce organizacyjnej.		pracowni ka/osoby świadczącej pracę.			
13.	Punkt Informacyjny	Dyrektor Naczelny w porozumieniu z NP, NT	Wyznaczenie miejsca w którym będzie utworzony Punkt Informacyjny dla budynku- Lecznicy Głównej ABCD.	Do 2029	Bezkosztowo/ Środki zewnętrzne		

Harmonogram pozostałych działań

Lp.	Zakres planowanych działań	Komórka Organizacyjna/Samodzielne Stanowisko odpowiedzialne za realizację	Sposób realizacji	Termin	Szacowany koszt	Uwagi
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.	Zrealizowano

2.	Nawiązanie współpracy z jednostkami organizacyjnymi lub pozarządowymi lub stowarzyszeniami lub Fundacjami zrzeszającymi osoby ze szczególnymi potrzebami.	Pełnomocnik ds. Jakości i Dostępności przedstawia Dyrektorowi Szpitala projekt porozumienia.	Pełnomocnik ds. Jakości i Dostępności wraz z Koordynatorami i Zespołem ds. Dostępności podejmuje współpracę z podmiotami zewnętrznymi w celu opiniowania, analizowania i oceny rozwiązań, związanych z tworzeniem, ewaluacją i oceną procedur związanych z zapewnieniem dostępności.	Na bieżąco.	0 zł	Zrealizowano
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.	Realizowane na bieżąco.
4.	Polityka i procedury kadrowe związane z zatrudnianiem	Kierownik NK – konsultacja z Pełnomocnikiem ds. Jakości i Dostępności	Opracowanie procedury oraz stosownych dokumentów w tekście łatwym do czytania (Jednolity kolor, odpowiedni kontrast, czcionka	Na bieżąco jednak nie	0 zł	

	osób ze szczególnymi potrzebami.	oraz Koordynatorami ds. Dostępności.	bezszyfrowa min. 14, interlinia 1,5 wiersza, wyrównanie do lewego marginesu, czarny druk, bez zbędnych grafik).	później niż do 2029 r.		
5.	Urządzenia i sprzęt medyczny zwiększający dostępność szpitala dla osób ze szczególnymi potrzebami.	Pełnomocnik ds. Jakości i Dostępności we współpracy z Koordynatorami Dostępności, Zespołem Dostępności, Zespołem Kierownikami/Samodzielnymi Stanowiskami.	Sporządzenie listy sprzętu medycznego zwiększającego dostępność szpitala dla osób ze szczególnymi potrzebami.	Na bieżąco (pierwsza lista nie później niż do końca I półrocza 2025 r.)	Sporządzenie listy bezkosztowe.	sporządzono
6.	Przeгляд 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	Na bieżąco	Bezkosztowo / środki zewnętrzne	Zrealizowano

			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.				
7.	Raportowanie o stanie zapewniania dostępności – zakres ustawy o dostępności.	Pełnomocnik ds. Jakości i Dostępności przy współdziałaniu 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	0zł.		zrealizowano
8.	Zakres	NK realizuje na	1. Włączenie do zakresu	2025	0 zł.		Zrealizowano

obowiązków.	podstawie zatwierdzonego przez DN wniosku Pełnomocnika ds. Jakości i Dostępności w porozumieniu z NP, NS.	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.	Realizacja na bieżąco
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	Na bieżąco	0 zł.	Realizacja na bieżąco

			<p>skarg w tym zakresie;</p> <p>3. Przyjmowanie uwag i propozycji pracowników;</p> <p>4. Przekazywanie propozycji działań mających na celu usuwanie barier i zapobieganie ich powstawaniu;</p>		
10.	<p>Efektywne zarządzanie sytuacjami kryzysowymi.</p>	<p>Dział ds. Kadr i Płac w porozumieniu z Pełnomocnikiem ds. Jakości i Dostępności.</p>	<p>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:</p> <p>Motywowanie personelu do przestrzegania zasad komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami;</p> <p>Tworzenie sprzyjającej atmosfery komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami;</p> <p>Analizowanie otoczenia i wysuwanie wniosków poprawiających jakość komunikacji z osobami ze</p>	Do 2026	W trakcie realizacji
				0 zł.	

		<p>Koordinator ds. Dostępności Informacyjno-Komunikacyjnej we współpracy z Pełnomocnikiem ds. Jakości i Dostępności.</p>	<p>2. Opracowanie anonimowej ankiety dotyczącej badania satysfakcji pacjentów z zakresu dostępności (ankiety w formie papierowej/elektronicznej).</p>	<p>Do 2026</p>	<p>0 zł.</p>	<p>Zrealizowano</p>
11.	<p>Dokumentacja Kadrowa.</p>	<p>NK we współpracy z Pełnomocnikiem ds. Jakości i Dostępności.</p>	<p>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 S PZZOZ z zakresu dostępności (np.</p>	<p>Do 2026</p>	<p>0 zł.</p>	<p>Ad b zrealizowano</p>

			<p>Koordinatorom ds. Dostępności). Zadania powierzone Pracownikom Zarządzeniem należy ująć w dokumentach związanych z zawarciem umowy i określeniem obowiązków;</p> <p>c) Wprowadzenie wstępnego szkolenia dla nowo zatrudnianych pracowników/ osób świadczących pracę z zakresu dostępności informacyjno– komunikacyjnej w Szpitalu.</p> <p>d. Rozszerzenie karty obiegowej.</p>		<p>Ad c zrealizowano</p> <p>Ad d zrealizowano</p>

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. rejestrator, 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 działania 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 Zespół 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

Barbara Nowak

Pełnomocnik
ds. Jakości i Dostępności
SPZZOZ - Szpital w Rzy
Barbara Nowak
Barbara Nowak

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zespołu
Zakładów Opieki Zdrowotnej Szpital w Rzy
Barbara Pionka
Barbara Pionka

