



# Dostępność **Plus**

**Ministerstwo Zdrowia**

**Raport z audytu wstępnego placówki medycznej**

**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁĘCZNEJ**

**wniosek o powierzenie grantu nr W-4935**

**przygotowany w ramach projektu Dostępność Plus dla zdrowia**

# 1. Wprowadzenie

Raport odnosi się do wstępnej oceny dostępności placówki SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁĘCZNEJ, polegającej na weryfikacji na miejscu przyszłej realizacji wnioskowanego zakresu rzeczowego projektu grantowego, uwzględniając stan wyjściowy, pod kątem możliwości wdrożenia założeń wynikających ze Standardu Dostępności Szpitali.

Raport prezentuje również ogólną ocenę dostępności oraz rekomendacje co do ewentualnej modyfikacji zakresu rzeczowego, biorąc pod uwagę wyniki przeprowadzonych działań audytowych. Rekomendacje wskazane w raporcie audytowym obligują Wnioskodawcę do poprawienia wniosku pod rygorem jego odrzucenia.

Bez względu na wyniki audytu oraz ujęcia wymagań w zakresie rzeczowym, zdecydowanie rekomendujemy wdrożenie wymagań koniecznych do spełnienia w ramach projektu. Ich elementy są wymagane przez Ustawę z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami po upływie 24 miesięcy od wejścia jej w życie, tj. od września 2021 r.

Pragniemy zwrócić uwagę, że prawo do ochrony zdrowia dotyczy każdego, w tym pacjentów ze szczególnymi potrzebami, o czym świadczą nie tylko zapisy ww. Ustawy, ale również akty wyższego rzędu, jak Konstytucja RP z 2 kwietnia 1997 r. (art. 68) czy Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych z dnia 13 grudnia 2006 r. (art. 25).

W raporcie przedstawiono również analizę merytoryczną zakresu rzeczowego i finansowego zaproponowanych we wniosku rozwiązań. Analiza ta weryfikuje, czy zaproponowane przez wnioskodawcę rozwiązania pozwolą spełnić wymagania Standardu Dostępności Szpitali. Oprócz oceny zakresu rzeczowego, przedstawiono także uwagi i rekomendacje, które powinny pomóc zrozumieć problemy związane z dostępnością szpitali dla osób ze szczególnymi potrzebami, a co za tym idzie, lepiej wykorzystać możliwości projektu do likwidacji barier dostępności placówki szpitalnej.

## 2. Dane podstawowe

**2.1 Rodzaj audytu:** [X] wstępny Szpital

**2.2 Nazwa i adres placówki:** SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁĘCZNEJ, ul. Krasnystawska 52, 21-010 Łęczna

**2.3 Numer wniosku o powierzenie grantu:** W-4935

**2.4 Data przeprowadzenia audytu:** 2022.06.23

## 2.5 Skład Zespołu audytowego:

1. Agata Spała - Kierownik Zespołu audytowego
2. Ewa Lefik-Babiasz - Członek zespołu
3. Piotr Świdorski - Członek zespołu
4. Tomasz Nidziński - Członek zespołu

## 3. Wykorzystane metody badań audytowych

Tabela nr 1. Zestawienie wykorzystanych badań dla komponentu architektonicznego

Obszar standardu	Nr i nazwa wymagania standardu	Metoda badawcza
Architektoniczny	I Dojście i parking – spoza zakresu ustawy o dostępności	pomiar, analiza ekspercka, wizja lokalna, wywiad
Architektoniczny	II Zapewnienie wolnych od barier poziomych i pionowych przestrzeni komunikacyjnych budynków – zakres ustawy o dostępności	pomiar, analiza ekspercka, wizja lokalna, wywiad
Architektoniczny	III Komunikacja pionowa – zakres z ustawy o dostępności	pomiar, analiza ekspercka, wizja lokalna, wywiad
Architektoniczny	IV Rejestracja i informacja – spoza zakresu ustawy o dostępności	pomiar, analiza ekspercka, wizja lokalna, wywiad
Architektoniczny	V Zapewnienie informacji na temat rozkładu pomieszczeń w budynku, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy – zakres ustawy o dostępności	pomiar, analiza ekspercka, wizja lokalna, wywiad
Architektoniczny	VI Pomieszczenia higieniczno-sanitarne – spoza zakresu ustawy o dostępności	pomiar, analiza ekspercka, wizja lokalna, wywiad
Architektoniczny	VII Izba przyjęć/SOR – zakres ustawy o dostępności	pomiar, analiza ekspercka, wizja lokalna, wywiad
Architektoniczny	VIII Oddział – spoza zakresu ustawy o dostępności	pomiar, analiza ekspercka, wizja lokalna, wywiad

Architektoniczny	IX Pomieszczenia towarzyszące – spoza zakresu ustawy o dostępności	pomiar, analiza ekspercka, wizja lokalna, wywiad
Architektoniczny	X Zapewnienie wstępu do budynku osobie korzystającej z psa asystującego – zakres ustawy o dostępności	pomiar, analiza ekspercka, wizja lokalna, wywiad
Architektoniczny	XI Zapewnienie wstępu do budynku psa do dogoterapii – spoza zakresu ustawy	pomiar, analiza ekspercka, wizja lokalna, wywiad
Architektoniczny	XII Zapewnienie osobom ze szczególnymi potrzebami możliwości ewakuacji lub ich uratowania w inny sposób – zakres ustawy o dostępności	pomiar, analiza ekspercka, wizja lokalna, wywiad

**Tabela nr 2. Zestawienie wykorzystanych badań dla komponentu cyfrowego**

Obszar standardu	Nr i nazwa wymagania standardu	Metoda badawcza
Cyfrowy	I Dostępność strony internetowej szpitala – zakres ustawy o dostępności	weryfikacja dokumentów, analiza ekspercka, wywiad
Cyfrowy	II Dostępność aplikacji mobilnych – zakres ustawy o dostępności, wymagania obowiązkowe	weryfikacja dokumentów, analiza ekspercka, wywiad
Cyfrowy	III Dostępne dokumenty publikowane na stronie internetowej szpitala – zakres ustawy o dostępności, wymagania obowiązkowe	weryfikacja dokumentów, analiza ekspercka, wywiad
Cyfrowy	IV Dostępne treści publikowane na stronie internetowej szpitala – zakres ustawy o dostępności, wymagania obowiązkowe	weryfikacja dokumentów, analiza ekspercka, wywiad
Cyfrowy	V Dostępne usługi w zakresie telemedycyny – spoza zakresu ustawy o dostępności, wymagania obowiązkowe	weryfikacja dokumentów, analiza ekspercka, wywiad



Cyfrowy	VI Świadczenie usług w modelu telemedycznym – spoza zakresu ustawy o dostępności, wymagania obowiązkowe	weryfikacja dokumentów, analiza ekspercka, wywiad
Cyfrowy	VII Systemy wspomagające obsługę pacjentów ze szczególnymi potrzebami – spoza zakresu ustawy o dostępności	weryfikacja dokumentów, analiza ekspercka, wywiad
Cyfrowy	VIII Zapewnienie przez placówkę dostępu alternatywnego – zakres ustawy o dostępności, wymagania dodatkowe	weryfikacja dokumentów, analiza ekspercka, wywiad
Cyfrowy	IX Zastosowanie przez placówkę zasady tekstu łatwego do czytania – spoza zakresu ustawy o dostępności, wymagania dodatkowe	weryfikacja dokumentów, analiza ekspercka, wywiad
Cyfrowy	X Kompetencje cyfrowe personelu placówki – spoza zakresu ustawy o dostępności, wymagania dodatkowe	weryfikacja dokumentów, analiza ekspercka, wywiad
Cyfrowy	XI Dostępność infrastruktury IT do obsługi pacjentów stacjonarnie lub zdalnie – spoza zakresu ustawy o dostępności, wymagania dodatkowe	weryfikacja dokumentów, analiza ekspercka, wywiad
Cyfrowy	XII Dobre praktyki w zakresie dostępności cyfrowej	weryfikacja dokumentów, analiza ekspercka, wywiad

**Tabela nr 3. Zestawienie wykorzystanych badań dla komponentu informacyjno-komunikacyjnego**

Obszar standardu	Nr i nazwa wymagania standardu	Metoda badawcza
Informacyjno-komunikacyjny	I Utworzenie i utrzymanie wsparcia komunikacji dla osób ze szczególnymi potrzebami w zakresie narządów słuchu i mowy, zakres ustawy o dostępności	weryfikacja dokumentów, wywiad
Informacyjno-komunikacyjny	II Rozwiązania techniczne wspierające osoby ze szczególnymi potrzebami w	weryfikacja dokumentów, wywiad

	zakresie narządów słuchu i mowy – zakres ustawy o dostępności	
Informacyjno- komunikacyjny	III Opublikowanie na stronie internetowej szpitala informacji o zakresie działalności – zakres ustawy o dostępności	weryfikacja dokumentów, wywiad
Informacyjno- komunikacyjny	IV Składanie wniosku przez osobę ze szczególnymi potrzebami w zakresie poprawy komunikacji – zakres ustawy o dostępności	weryfikacja dokumentów, wywiad
Informacyjno- komunikacyjny	V Organizacja i procedury zapewniające dostępność szpitala osobom ze szczególnymi potrzebami – zakres ustawy o dostępności	weryfikacja dokumentów, wywiad
Informacyjno- komunikacyjny	VI Monitorowanie grupy pacjentów ze szczególnymi potrzebami – spoza zakresu ustawy o dostępności	weryfikacja dokumentów, wywiad
Informacyjno- komunikacyjny	VII Dostęp alternatywny – zakres ustawy o dostępności	weryfikacja dokumentów, wywiad
Informacyjno- komunikacyjny	VII Wnioski i skargi dotyczące dostępności (dotyczy placówek publicznych) – zakres ustawy o dostępności	weryfikacja dokumentów, wywiad
Informacyjno- komunikacyjny	o zapewnienie dostępności wraz z raportem z wypracowanych rozwiązań – wymagania dodatkowe	weryfikacja dokumentów, wywiad
Informacyjno- komunikacyjny	IX Personel a dostępność – spoza zakresu ustawy o dostępności	weryfikacja dokumentów, wywiad
Informacyjno- komunikacyjny	X Audyt dostępności – spoza zakresu ustawy o dostępności	weryfikacja dokumentów, wywiad
Informacyjno- komunikacyjny	XXI Certyfikacja dostępności – zakres ustawy o dostępności	weryfikacja dokumentów, wywiad

Informacyjno-komunikacyjny	XI Raportowanie o stanie zapewniania dostępności – zakres ustawy o dostępności	weryfikacja dokumentów, wywiad
Informacyjno-komunikacyjny	XII Dobre praktyki w zakresie dostępności informacyjno-komunikacyjnej	weryfikacja dokumentów, wywiad

## 4. Ogólna ocena dostępności placówki

### 4.1 Ogólny poziom dostępności placówki

W zakresie **komponentu architektonicznego** dostępność placówki jest na poziomie niewystarczającym. W budynku znajduje się dużo elementów poprawiających dostępność dla osób z szczególnymi potrzebami w szczególności dla osób z ograniczeniami ruchu, jednak wiele też jest niedostosowanych do Standardów Dostępności Szpitali. Głównymi problemami są brak rozwiązań podnoszących dostępność dla osób niewidomych i słabowidzących oraz brak w pełni dostępnych toalet.

W zakresie **komponentu cyfrowego** dostępność jest na średnim poziomie. Podmiot posiada pełną i zdefiniowaną potrzebę podnoszenia dostępności w oparciu o właściwe i racjonalne rozeznanie potrzeb dla osób ze szczególnymi potrzebami.

Placówka pod względem **informacyjno-komunikacyjnym** dostępna jest na niewystarczającym poziomie. Kadra placówki i personel nie byli szkoleni z zakresu komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami. W placówce nie ma opracowanych procedur obsługi osób ze szczególnymi potrzebami i nie jest prowadzony rejestr pacjentów z niepełnosprawnościami.

### 4.2 Ocena opisowa dostępności placówki

#### Dostępność architektoniczna

##### Dojście i parking – spoza zakresu ustawy o dostępności

Budynek szpitala zlokalizowany jest w Łęcznej przy ulicy Krasnystawskiej 52, która stanowi drogę publiczną ogólnodostępną – droga wojewódzka nr 829. Najbliższy przystanek komunikacji publicznej autobusowej znajduje się w odległości 250 m od placówki. Chodnik w drodze publicznej znajduje się w bezpośrednim styku z wydzieloną ścieżką rowerową, oddzieloną od jezdni szerokim pasem zieleni.



Dojście z przystanku do placówki jest utwardzone i równe o właściwym nachyleniu, prawidłowej szerokości oraz nie posiada żadnych przeszkód poprzecznych. Na całej długości dojścia do placówki brakuje Fakturowego Oznaczenia Nawierzchniowego zgodnego ze standardami Polskiego Związku Niewidomych oraz miejsc odpoczynku, które znajdują się w strefie wejściowej budynku.

Zamontowane siedziska posiadają prawidłowe wymiary, jednak część z nich nie posiada oparcia i podłokietników. Dojście z parkingu jest wystarczająco oświetlone, równe, utwardzone i o właściwym nachyleniu. Chodnik prowadzący ma wymiary zgodne ze Standardem Dostępności Szpitali (180 cm), dodatkowo został poszerzony o skrajnię parkujących samochodów (50 cm).

Wyznaczone zostało 9 miejsc parkingowych dla osób z niepełnosprawnością (4% wszystkich miejsc parkingowych) prawidłowo oznakowanych. Miejsca te nie spełniają parametrów Standardu Dostępności Szpitali (380 cm x 500 cm).

#### **Zapewnienie wolnych od barier poziomych i pionowych przestrzeni komunikacyjnych budynków – zakres ustawy o dostępności**

Szpital w najwyższej części posiada cztery kondygnacje naziemne. Placówka posiada dwa główne wejścia. Pierwsze z nich do Izby Przyjęć zlokalizowane jest na drugiej kondygnacji. Prowadzą do niego schody i pochylnia. Drugie główne wejście do Szpitala umieszczone jest na poziomie gruntu – brak jest różnicy poziomów między chodnikiem, a wejściem. Placówka jest bardzo przestronna, daje swobodę przemieszczania się. Korytarze na wszystkich kondygnacjach mają właściwe parametry. Wzdłuż ścian zamontowano pochwyty na prawidłowych wysokościach. Miejsca odpoczynku w większości nie wyposażone są w podłokietniki. Część siedzisk zostało wyposażonych w podłokietniki (co czwarte miejsce) – niezgodne ze Standardem Dostępności Szpitali. Posadzka w całym obiekcie wykonana została z wykładziny oraz gresu. Oba materiały nie odbijają światła i zapewniają odpowiednią przyczepność. Oświetlenie w całym budynku jest równomierne i na wystarczającym poziomie jasności.

#### **Komunikacja pionowa – zakres z ustawy o dostępności**

**Wejście główne:** Drzwi wejściowe i drzwi wewnętrzne przeszklone otwierane i zamykane są automatycznie, posiadają właściwą szerokość. Obie pary drzwi nie zostały odpowiednio skonstrastowane z elewacją budynku ale są oznaczone poprzez pasy kontrastowe o szerokości 10 cm na właściwych wysokościach. Wiatrołap ma prawidłowe parametry – zachowano odpowiednią przestrzeń manewrową. W wejściu umieszczono wycieraczki systemowe zabudowane w podłożu (zgodne ze standardem) oraz wycieraczkę dywanową nieprzytwierdzoną do podłoża (niezgodną ze



standardami). Komunikację pionową wewnątrz zapewniają klatki schodowe i siedem dźwigów windowych.

**Schody:** liczba stopni i ich wysokość jest zgodna ze standardem, szerokość stopni jest zgodna z warunkami technicznymi, jednak nie spełnia wymogów Standardów Dostępności Szpitali (30 cm). Zapewniono szklane balustrady bez skonstrastowania w połowie wysokości. Barijerka prawidłowa tylko na jednej wysokości (brak barijerki pośredniej i barierek przyściennych). Pochwyty prawidłowe nie są przedłużone na końcach. Schody nie mają fakturowych ani kontrastowych oznaczeń.

**Windy:** Przed windami zapewniona wystarczająca ilość miejsca zapewniająca przestrzeń manewrową. Drzwi do dźwigów windowych prawidłowo skonstrastowane ze ścianami zapewniają szerokie wejście (110 cm). Brak informacji o numerze kondygnacji, jest jedynie wyświetlacz wskazujący aktualną pozycję windy. Panele zewnętrzne umieszczone są na właściwych wysokościach. Posiadają wypukłe, nieskontrastowane przyciski z oznaczeniem w alfabecie Braille'a. Kabiny są duże i mają wielkość odbiegającą od standardu (140 cm x 240 cm). Lustro jest zbyt małe i zainstalowane znacznie powyżej 40 cm od podłogi (110 cm). Panel wewnętrzny jest umieszczony prawidłowo. Przyciski panelu wewnętrznego są prawidłowo rozmieszczone, wypukłe, mają oznaczenia w alfabecie Braille'a, są podświetlane, przycisk parteru nie wystaje ponad pozostałe.

**Wejście do Izby Przyjęć:** drzwi wejściowe i drzwi wewnętrzne przeszklone posiadają właściwą szerokość. Obie pary drzwi nie zostały odpowiednio skonstrastowane z elewacją budynku ale są oznaczone poprzez pasy kontrastowe o szerokości 10 cm na właściwych wysokościach. Wiatrołap ma prawidłowe parametry – zachowano odpowiednią przestrzeń manewrową wraz z dostępnym stolikiem z krzesłem. W wejściu nie umieszczono wycieraczek.

**Schody wewnętrzne:** liczba stopni i ich wysokość jest zgodna ze standardem, szerokość stopni jest zgodna z warunkami technicznymi, jednak nie spełnia Standardów Dostępności Szpitali (30 cm). Barijerka prawidłowa tylko na jednej wysokości (brak barijerki pośredniej). Lewa barijerka kończy się w połowie wysokości biegu schodów. Pochwyty prawidłowe nie są przedłużone na końcach. Schody nie mają fakturowych ani kontrastowych oznaczeń.

**Pochylnia:** posiada prawidłową szerokość (120 cm) i spadek (5,4%). Długość pojedynczego biegu 7,5 m z pośrednimi spocznikami o wymiarach 120cm x 140cm o powierzchni równej i nieśliskiej. W połowie wysokości pochylni został uszkodzony pas płytek, który stanowi zagrożenie dla osób korzystających z pochylni. Pochwyty prawidłowe nie są przedłużone na końcach. Pochylnia nie ma fakturowych ani kontrastowych oznaczeń.

**Winda:** Brak bezpośredniego dostępu do windy

#### **Rejestracja i informacja – spoza zakresu ustawy o dostępności**

Rejestracja ulokowana na jest drugiej kondygnacji w pobliżu ciągów komunikacyjnych. Obsługa nie ma wzrokowego kontaktu z osobami wchodzącymi do budynku. W rejestracji zamontowano szybę niewyposażoną w interkom. Osoby pracujące w rejestracji są właściwie oświetlone. Z tyłu rejestracji znajdują się cztery okna z możliwością zasłonięcia roletami. W rejestracji zapewniono obniżoną ladę, jednak z możliwością podjechania pod nią jedynie na 26 cm (wymagane min. 30 cm). Lada recepcji wykonana z materiałów, nie powodujących tzw. olśnień. Brak lady umożliwiającej obsługę osób w pozycji stojącej. Brak siedzisk z podłokietnikami. Brak tłumacza PJM i pętli indukcyjnej.

W przestrzeni zajmowanej przez pracowników znajduje się zbyt wąskie przejście (65 cm) – brak drzwi. Włączniki światła i gniazdka znajdują się na nieprawidłowych wysokościach. Zapewniona jest przestrzeń manewrowa oraz odpowiednia ilość miejsca na nogi przy biurkach.

#### **Zapewnienie informacji na temat rozkładu pomieszczeń w budynku, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy – zakres ustawy o dostępności**

W placówce brak jest planu tylograficznego, informacji dotykowej lub głosowej na temat rozkładu pomieszczeń. W części budynku zastosowano oznaczenia kierunkowe i piktogramy wskazujące drogę. Przy salach na oddziałach, gabinetach i innych pomieszczeniach umieszczono numery i tabliczki z nazwami pomieszczeń, na prawidłowych wysokościach bez oznaczeń w alfabecie Braille'a. Oznaczenia dedykowane toaletom są duże i czytelne i umieszczone na właściwej wysokości.

#### **Pomieszczenia higieniczno-sanitarne – spoza zakresu ustawy o dostępności**

Przed wejściami do dedykowanych toalet (jedna na kondygnację) oraz wewnątrz zapewniono prawidłową przestrzeń manewrową oraz wystarczającą przestrzeń do przesiadania się na muszlę ustępową. Ściany oraz podłoga są w kontrastowych kolorach nie powodujących odbijanie światła. Włączniki światła, dozowniki mydła, podajniki papieru znajdują się na nieprawidłowej wysokości oraz są źle zamontowane, pochwyty są za krótkie (przy umywalce został zamontowany tylko jeden pochwyty). Brak lustra, sytemu przywoławczego oraz zamek w drzwiach - zwykła wkładka na klucz (brak możliwości otwarcia od zewnątrz po włożeniu klucza od środka). Toalety nie są dostępne dla osób ze szczególnymi potrzebami.

W szpitalu znajduje się pomieszczenie do przewijania dla dzieci, które nie jest dostępne dla osób ze szczególnymi potrzebami. Pomieszczenie nie spełnia wymogów związanych z dostępnością pokoju dla osoby z dzieckiem poza szerokością drzwi oraz prawidłowo zamontowaną umywalką. W pokoju brak



fotela /sofy do karmienia, poręczy uchwytów, a także systemu przywoławczego. Placówka nie posiada pomieszczenia z dostępnym przewijakiem dla osób dorosłych.

#### **Izba przyjęć/SOR – zakres ustawy o dostępności**

Izba przyjęć zlokalizowana na drugiej kondygnacji w pobliżu wejścia. Na Izbie Przyjęć zamontowano szybę niewyposażoną w interkom. Osoby pracujące na Izbie są właściwie oświetlone wraz z całą przestrzenią Izby. Zapewniono obniżoną ladę niepowodującą odbijania światła z możliwością podjechania pod nią na 50 cm (wymagane min. 30 cm). Lada umożliwiająca obsługę osób w pozycji stojącej została umieszczona za wysoko. Brak siedzisk z podłokietnikami. Brak tłumacza PJM i pętli indukcyjnej.

Przestrzeń zajmowana przez pracowników znajduje się za drzwiami o prawidłowych wymiarach. Włączniki światła i gniazdka są na nieprawidłowych wysokościach. Zapewniona została prawidłowa przestrzeń na nogi pod biurkiem jednak nie ma prawidłowej przestrzeni manewrowej. Izba została wyposażona w system elektronicznych numerków wraz z tablicami informacyjnymi – elektronicznymi.

#### **Oddział – spoza zakresu ustawy o dostępności**

Wejścia na oddziały posiadają prawidłowe przestrzenie manewrowe oraz szeroką komunikację poziomą spełniając wymagania Standardów Dostępności Szpitali. Po stronie wejścia na oddział znajdują się domofony powieszone o 30 cm za wysoko. Miejsca siedzące przed salami o prawidłowych wymiarach ale bez podłokietników

Na oddziale zamontowano prawidłowe oświetlenie, a na ścianach korytarzy znajdują się pochwyt na prawidłowych wysokościach. Posadzka skonstruowana i antypoślizgowa i nie odbijająca światła.

**Gabinety:** wejście przez szerokie drzwi (110 cm) nieskontrastowane ze ścianą drzwi. Kontrastowe płaszczyzny ścian i podłóg nie powodujące olśnienia. Zapewniona przestrzeń manewrowa wewnątrz i przed drzwiami. Oświetlenie prawidłowe z doświetleniem poprzez okna przesłaniane roletami. Włączniki światła i gniazdka na nieprawidłowych wysokościach. Leżanki nie posiadają regulacji wysokości i barierki. Dostęp do leżanki prawidłowy. Przestrzeń wężła sanitarnego oraz stanowiska pracy lekarza prawidłowa. W gabinecie ginekologicznym fotel oraz dostęp do niego zgodny ze Standardami Dostępności Szpitali. Toaleta w gabinecie ginekologicznym nie ma prawidłowej przestrzeni manewrowej oraz zamontowanych na prawidłowych wysokościach podajników papieru. Wyposażona została w bidet z systemem podmywania ciepłą wodą.

**Punkt pielęgniarek:** lada na prawidłowej wysokości przeznaczona dla osób stojących, obniżenie do 80 cm zbyt krótkie (50 cm) dodatkowo w całości zastawione monitorem. Lady, kontrastowe

płaszczyzny ścian i podłóg nie powodujące olśnienia. Brak siedziska dla pacjenta oraz brak tłumacza PJM i pętli indukcyjnej. Przestrzeń zajmowana przez pracowników o prawidłowych wymiarach. Włączniki światła i gniazdka na nieprawidłowych wysokościach. Zapewniona została prawidłowa przestrzeń na nogi pod biurkiem oraz prawidłowa przestrzeń manewrowa. Siedzisko z podłokietnikami o prawidłowych wymiarach.

**Sala rehabilitacyjna:** lada zbyt wysoka przeznaczona dla osób stojących, obniżona lada na odcinku min. 90 prawidłowa. Łady, kontrastowe płaszczyzny ścian i podłóg nie powodujące olśnienia. Brak siedziska dla pacjenta oraz brak tłumacza PJM i pętli indukcyjnej. Przestrzeń zajmowana przez pracowników znajduje się za drzwiami o prawidłowych wymiarach. Włączniki światła i gniazdka są na nieprawidłowych wysokościach. Zapewniona została prawidłowa przestrzeń na nogi pod biurkiem oraz prawidłowa przestrzeń manewrowa. Siedzisko z podłokietnikami o prawidłowych wymiarach bez możliwości blokowania kółek. Brak miejsca do odpoczynku (jedynie na korytarzu). Możliwość zamykania okien z poziomu max. 110 cm.

**Sala pacjentów:** wejście przez szerokie (110 cm) i nieskontrastowane ze ścianą drzwi. Kontrastowe płaszczyzny ścian i podłóg. Płytki na ścianach powodującą odbijanie światła. Zapewniona przestrzeń manewrowa wewnątrz i przed drzwiami. Oświetlenie prawidłowe z doświetleniem poprzez okna przesłaniane roletami. Włączniki światła i gniazdka na nieprawidłowych wysokościach. Brak siedzisk z oparciami i podłokietnikami. Łóżka z regulowaną wysokością, łamane dostępne z jednej strony. Szafka przy łóżku. Brak parawanu. Wewnątrz toalety nie zapewniono prawidłowej przestrzeni manewrowej oraz wystarczającej przestrzeni do przesiadania się na muszlę ustępową. Włączniki światła, dozowniki mydła, podajniki papieru zamontowane na nieprawidłowej wysokości. Brak poręczy oraz systemu przywoławczego. Wysoki brodzik prysznica uniemożliwiający podjazd osobie na wózek. Brak krzesła pod prysznicem.

#### **Pomieszczenia towarzyszące – spoza zakresu ustawy o dostępności**

**Pokój socjalny:** drzwi o właściwych parametrach. Kontrastowe płaszczyzny ścian i podłóg nie powodujące olśnienia. Zapewniona przestrzeń manewrowa wewnątrz i przed drzwiami. Błat roboczy i umywalka bez możliwości podjechania wózkiem. Szafki z prawidłowymi uchwytami. Stół zapewniający prawidłową przestrzeń na nogi.

**Barek:** drzwi o właściwych parametrach. Zapewniona przestrzeń manewrowa wewnątrz i przed drzwiami. Lada o właściwych parametrach posiada elementy powodujące olśnienia. Kontrastowe płaszczyzny ścian i podłóg nie odbijają światła. Prawidłowe równomierne oświetlenie. Stół zapewniający prawidłową przestrzeń na nogi. Krzesła bez podłokietników.



**Zapewnienie wstępu do budynku osobie korzystającej z psa asystującego – zakres ustawy o dostępności**

Placówka umożliwia wejście do budynku osobie korzystającej z psa asystującego.

**Zapewnienie wstępu do budynku psa do dogoterapii – spoza zakresu ustawy**

Placówka umożliwia wejście do budynku psa do dogoterapii.

**Zapewnienie osobom ze szczególnymi potrzebami możliwości ewakuacji lub ich uratowania w inny sposób – zakres ustawy o dostępności**

Placówka posiada procedury ewakuacji osób z niepełnosprawnością. W większości przestrzeni komunikacyjnej zapewniono oświetlenie awaryjne oraz wizualną informację o drogach ewakuacji.



Zdjęcie nr 1: Dojście do szpitala



Zdjęcie nr 2: Miejsca parkingowe dla osób z niepełnosprawnością

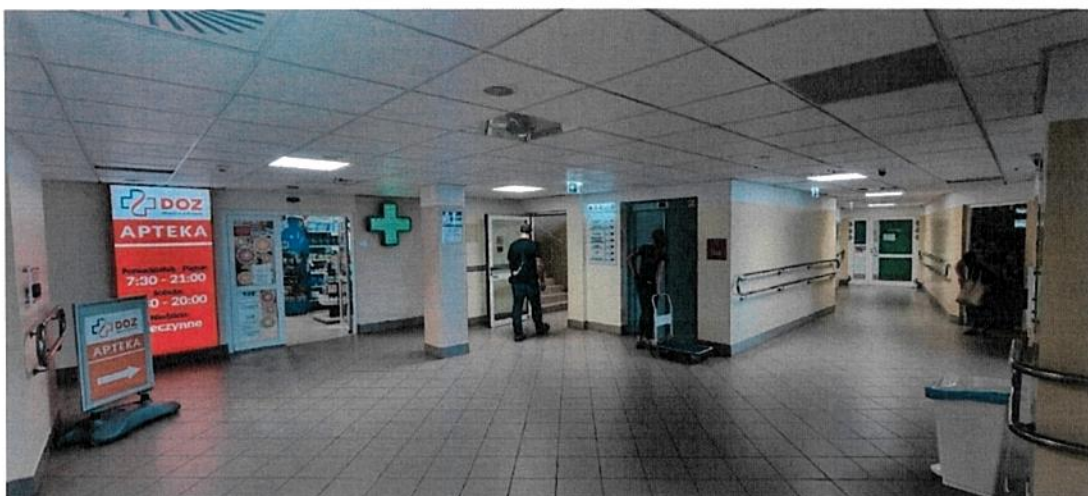


Zdjęcie nr 3: Miejsce odpoczynku w strefie wejścia

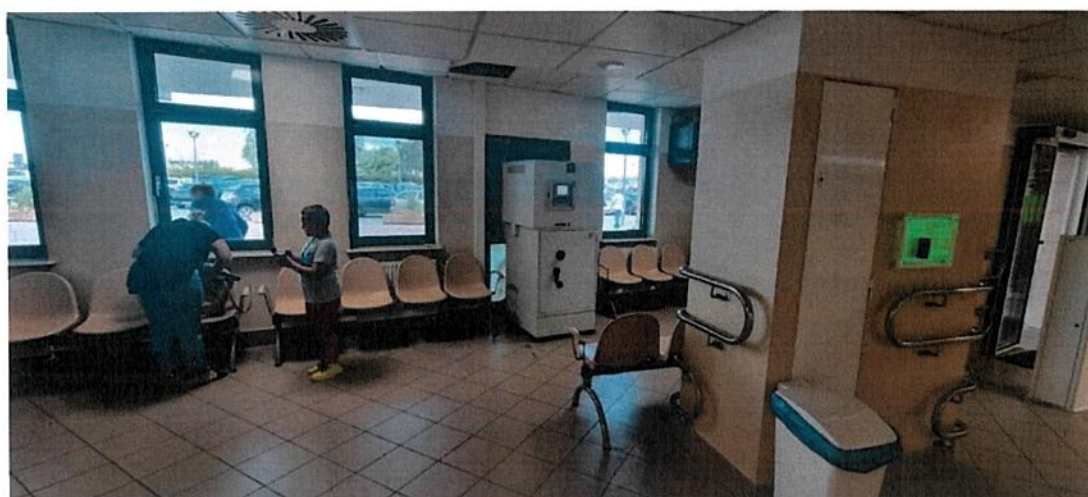


Zdjęcie nr 4: Strefa wejściowa, wejście główne - drzwi





Zdjęcie nr 5: Strefa wejściowa, wejście główne -hall

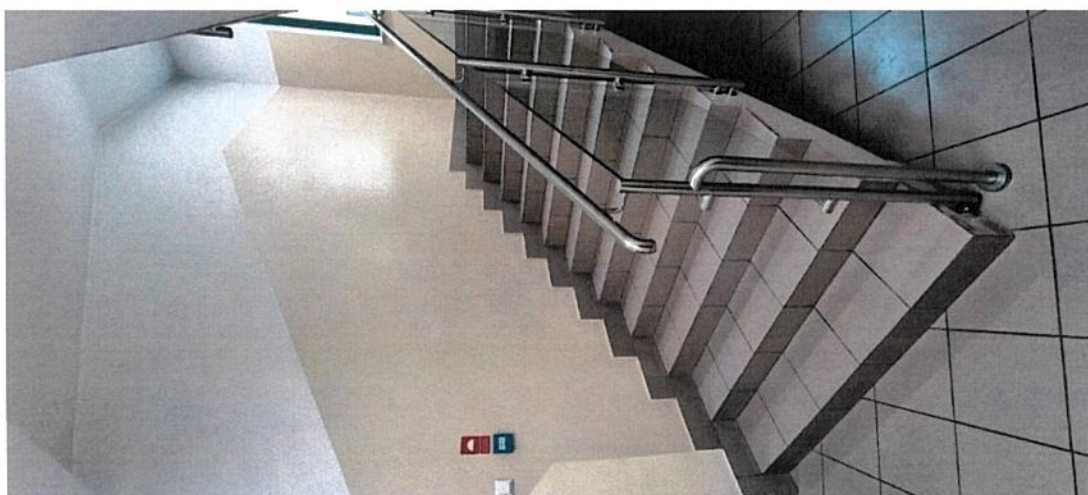


Zdjęcie nr 6: Strefa wejściowa, wejście główne - miejsce do odpoczynku



Zdjęcie nr 7: Poczekałnia rejestracja

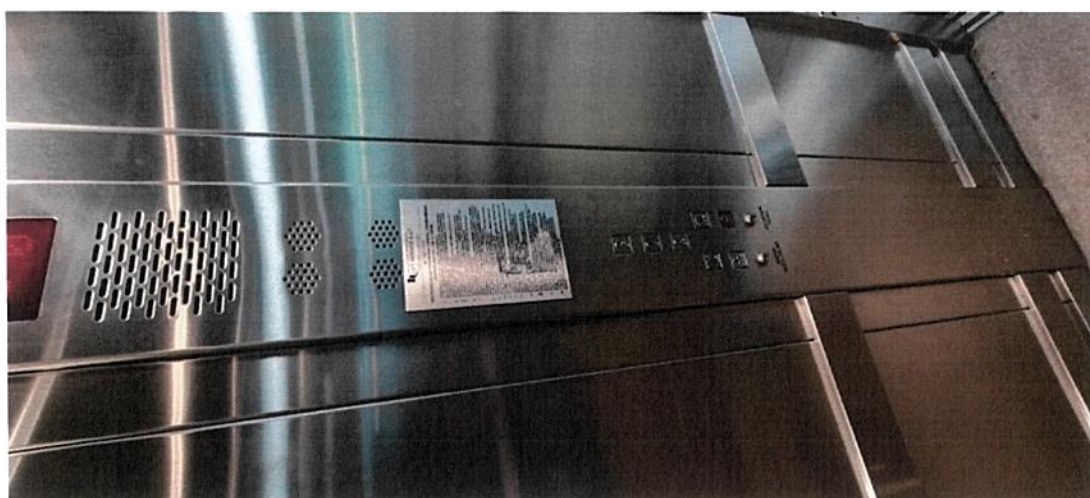




Zdjęcie nr 8: Schody wewnętrzne



Zdjęcie nr 9: Winda - drzwi



Zdjęcie nr 10: Winda - panel sterujący

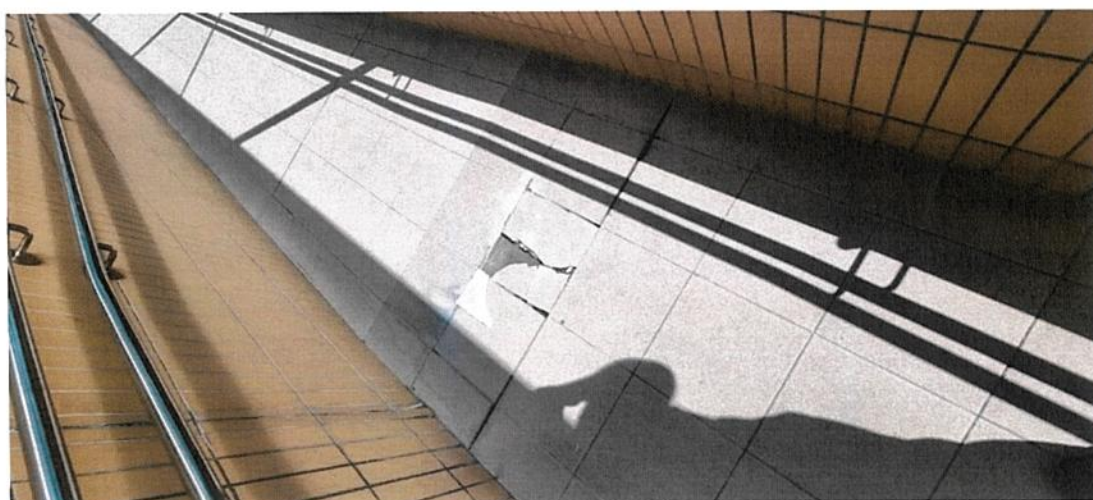




Zdjęcie nr 11: Schody zewnętrzne do Izby Przyjęć

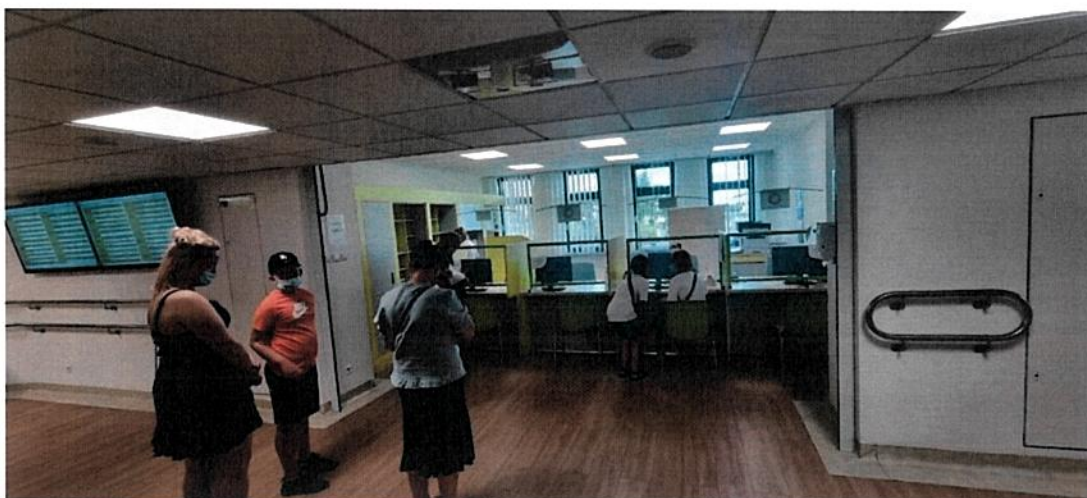


Zdjęcie nr 12: Zadaszona pochylnia zewnętrzna do Izby Przyjęć

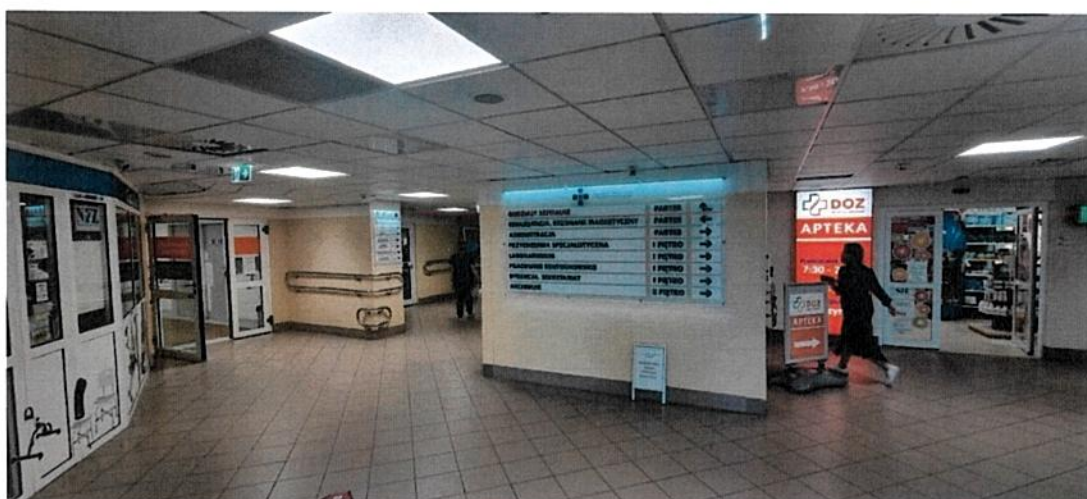


Zdjęcie nr 13: Uszkodzona posadzka pochylni





Zdjęcie nr 14: Rejestracja i informacja



Zdjęcie nr 15: Oznaczenia kierunkowe



Zdjęcie nr 16: Toaleta



Zdjęcie nr 17: Toaleta



Zdjęcie nr 18: Pokój do przewijania dla dzieci



Zdjęcie nr 19: Izba Przyjęć





Zdjęcie nr 20: Gabinet



Zdjęcie nr 21: Gabinet

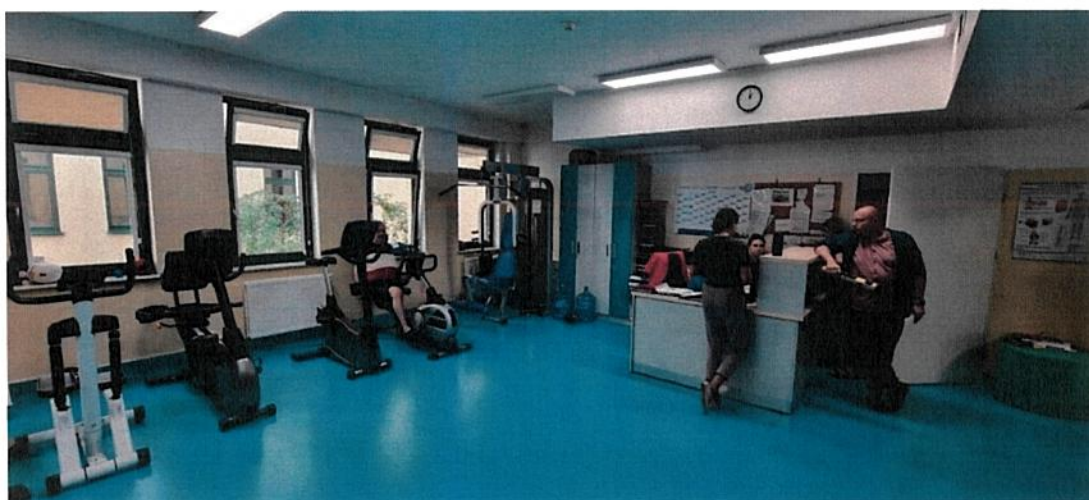


Zdjęcie nr 22: Gabinet





Zdjęcie nr 23: Punkt pielęgniarek



Zdjęcie nr 24: Sala rehabilitacyjna



Zdjęcie nr 25: Sala pacjentów





Zdjęcie nr 26: Sala pacjentów - węzeł sanitarny



Zdjęcie nr 27: Pokój socjalny



Zdjęcie nr 28: Barek

## **Dostępność cyfrowa**

### **Dostępność strony internetowej szpitala – zakres ustawy o dostępności**

Strona nie funkcjonuje.

### **Dostępność aplikacji mobilnych – zakres ustawy o dostępności, wymagania obowiązkowe**

Brak.

### **Dostępne dokumenty publikowane na stronie internetowej szpitala – zakres ustawy o dostępności, wymagania obowiązkowe**

Brak.

### **Dostępne treści publikowane na stronie internetowej szpitala – zakres ustawy o dostępności, wymagania obowiązkowe**

Brak.

### **Dostępne usługi w zakresie telemedycyny – spoza zakresu ustawy o dostępności, wymagania obowiązkowe**

W drodze wywiadu ustalono, że placówka prowadzi teleporady.

### **Świadczenie usług w modelu telemedycznym – spoza zakresu ustawy o dostępności, wymagania obowiązkowe**

Placówka oferuje usługi w formie teleporad. Nie posiada tłumacza języka migowego on-line

### **Systemy wspomagające obsługę pacjentów ze szczególnymi potrzebami – spoza zakresu ustawy o dostępności**

Rejestracja On-line - chwilowo niedostępna.

### **Zapewnienie przez placówkę dostępu alternatywnego – zakres ustawy o dostępności, wymagania dodatkowe**

Teleporada.

### **Zastosowanie przez placówkę zasady tekstu łatwego do czytania – spoza zakresu ustawy o dostępności, wymagania dodatkowe**

Brak na stronie tekstu ETR (tekst łatwy do przeczytania).



## Kompetencje cyfrowe personelu placówki – spoza zakresu ustawy o dostępności, wymagania dodatkowe

Na niskim poziomie, jednak placówka posiada świadomość konieczności doskonalenia.

## Dostępność infrastruktury IT do obsługi pacjentów stacjonarnie lub zdalnie – spoza zakresu ustawy o dostępności, wymagania dodatkowe

Infrastruktura na poziomie średnim, podmiot posiada własną serwerownię jednak wymaga rozbudowy. Zdj. 1

## Dobre praktyki w zakresie dostępności cyfrowej

Brak.

Kryterium sukcesu	Poziom	Tak	Nie	Nie dotyczy
1.1.1 Treść nietekstowa	A			x
1.2.1 Tylko audio lub tylko wideo	A			x
1.2.2 Napisy rozszerzone (nagranie)	A			x
1.2.3 Audiodeskrypcja lub alternatywa dla mediów (nagranie)	A			x
1.2.4 Napisy rozszerzone (na żywo)	AA			x
1.2.5 Audiodeskrypcja (nagrania)	AA			x
1.3.1 Informacje i relacje	A			x
1.3.2 Zrozumiała kolejność	A			x
1.3.3 Właściwości zmysłowe	A			x
1.3.4 Orientacja - wyświetlanie treści w układzie poziomym, jak i pionowym	AA			x
1.3.5 Określenie prawidłowej wartości	AA			x
1.4.1 Użycie koloru	A			x
1.4.2 Kontrola odtwarzania dźwięku	A			x
1.4.3 Kontrast (minimalny)	AA			x
1.4.4 Zmiana rozmiaru tekstu	AA			x
1.4.5 Tekst w postaci grafiki	AA			x
1.4.10 Dopasowanie do ekranu	AA			x
1.4.11 Kontrast elementów nietekstowych	AA			x

1.4.12 Odstępy w tekście	AA			x
1.4.13 Treści spod kursora lub fokusa	AA			x
2.1.1 Klawiatura	A			x
2.1.2 Brak pułapki na klawiaturę	A			x
2.1.4 Jednoliterowe skróty klawiszowe	A			x
2.2.1 Możliwość dostosowania czasu	A			x
2.2.2 Wstrzymywanie (pauza), zatrzymywanie, ukrywanie	A			x
2.3.1 Trzy błyski lub wartości poniżej progu	A			x
2.4.1 Możliwość pominięcia bloków	A			x
2.4.2 Tytuły stron	A			x
2.4.3 Kolejność fokusu	A			x
2.4.4 Cel linku (w kontekście)	A			x
2.4.5 Wiele dróg	AA			x
2.4.6 Nagłówki i etykiety	AA			x
2.4.7 Widoczny fokus	AA			x
2.5.1 Gesty punktowe	A			x
2.5.2 Rezygnacja ze wskazania	A			x
2.5.3 Etykieta w nazwie	A			x
2.5.4 Aktywowanie ruchem	A			x
3.1.1 Język strony	A			x
3.1.2 Język części	AA			x
3.2.1 Po oznaczeniu fokusem	A			x
3.2.2 Podczas wprowadzania danych	A			x
3.2.3 Spójna nawigacja	AA			x
3.2.4 Spójna identyfikacja	AA			x
3.3.1 Identyfikacja błędu	A			x
3.3.2 Etykiety lub instrukcje	A			x
3.3.3 Sugestie korekty błędów	AA			x
3.3.4 Zapobieganie błędom (kontekst prawny, finansowy, związany z podawaniem danych)	AA			x
4.1.1 Poprawność kodu	A			x
4.1.2 Nazwa, rola, wartość	A			x
4.1.3 Komunikaty o stanie	AA			x





Zdjęcie nr 29: Serwerownia Szpitala - widok ogólny

### Dostępność informacyjno-komunikacyjna

**Utworzenie i utrzymanie wsparcia komunikacji dla osób ze szczególnymi potrzebami w zakresie narządów słuchu i mowy, zakres ustawy o dostępności**

Placówka nie posiada żadnych narzędzi wspierających/ poprawiających komunikację dla osób o szczególnych potrzebach w zakresie narządów słuchu i mowy. Nikt w placówce nie porozumiewa się PJM, placówka nie ma dostępu do tłumacza on-line. Brak urządzeń wspierających osoby z niedosłuchem/niesłyszące. Personel placówki nie został przeszkolony w zakresie komunikacji z pacjentami ze szczególnymi potrzebami. Brak jest koordynatora dostępności oraz asystenta pacjentów ze szczególnymi potrzebami.

Na stronie www placówki brakuje informacji, z jakich form komunikacji mogą skorzystać pacjenci ze szczególnymi potrzebami - w szczególności utrudniony dostęp mają pacjenci z niepełnosprawnością słuchu, mowy i wzroku.

Pacjenci mogą komunikować się z placówką poprzez wysłanie sms, telefonicznie, bezpośrednio lub poprzez komunikator messenger.

Na stronie internetowej placówki nie ma umieszczonych treści dla pacjentów ze szczególnymi potrzebami. Brakuje także tablic informacyjnych wewnątrz budynku, które spełniałyby standardy dostępności.

Brakuje także informacji o możliwych formach komunikacji dla pacjentów ze szczególnymi potrzebami.

### **Rozwiązania techniczne wspierające osoby ze szczególnymi potrzebami w zakresie narządów słuchu i mowy – zakres ustawy o dostępności**

Brak rozwiązań technicznych w zakresie wspierania komunikacji i obsługi osób ze szczególnymi potrzebami w zakresie narządów słuchu i mowy. Brak spełnienia minimalnych wymagań ustawy o dostępności.

### **Opublikowanie na stronie internetowej szpitala informacji o zakresie działalności – zakres ustawy o dostępności**

Na stronie internetowej placówki brak informacji w zakresie działalności w odniesieniu do wymagań wskazanych ustawie o dostępności. Brak spełnienia minimalnych wymagań ustawy o dostępności.

Na stronie placówki brakuje informacji o zakresie działalności przygotowanej w formie dokumentu łatwego do czytania. Nie ma także dokumentu przygotowanego w formie nagrania w polskim języku migowym.

### **Składanie wniosku przez osobę ze szczególnymi potrzebami w zakresie poprawy komunikacji – zakres ustawy o dostępności**

Brak wzoru wniosku na stronie Wnioskodawcy, brak odnośnika do wzoru opracowanego przez PEFRON. Brak spełnienia minimalnych wymagań ustawy o dostępności w tym zakresie. W placówce nie ma opracowanego formularza wniosku ani w formie papierowej ani elektronicznej, w którym pacjenci mogliby zgłosić potrzebę wybranej formy komunikacji z placówką. Taka ewentualna potrzeba jest zgłaszana albo w trakcie rejestracji, albo bezpośrednio w trakcie wizyty przez pacjenta lub opiekuna.

### **Organizacja i procedury zapewniające dostępność szpitala osobom ze szczególnymi potrzebami – zakres ustawy o dostępności**

Placówka bazuje na dotychczasowych doświadczeniach w zakresie obsługi pacjentów ze szczególnymi potrzebami, brak edukacji zespołu w tym zakresie, brak procedur oraz zasad realizacji szczególnych potrzeb. Placówka nie była audytowana w tym zakresie. Nie spełnia minimalnych wymagań ustawy o zapewnieniu dostępności. W placówce nie został powołany koordynator ds. dostępności ani interdyscyplinarny zespół ds. dostępności. W placówce nie ma też osoby bezpośrednio odpowiedzialnej za kwestie związane z dostępnością.

W placówce nie ma opracowanej procedury przyjaznej obsługi pacjentów ze szczególnymi potrzebami.



Placówka świadczy wizyty domowe dla swoich pacjentów. Nie ma jednak prowadzonej listy pacjentów ze szczególnymi potrzebami.

Na stronie www placówki nie ma zamieszczonych procedur obsługi pacjenta ze szczególnymi potrzebami.

#### **Monitorowanie grupy pacjentów ze szczególnymi potrzebami – spoza zakresu ustawy o dostępności**

Placówka nie prowadzi rejestru ani innej formy identyfikacji i monitorowania pacjentów o szczególnych potrzebach. Źródłem danych są dane statystyczne przedstawiane do rozliczeń z NFZ, gdzie można wysortować dane w zakresie kodu choroby, wieku osoby/ osób, wielkości populacji, rodzaju świadczeń z których korzysta dana grupa. Placówka nie monitoruje grupy pacjentów ze szczególnymi potrzebami w celu zapewnienia dostępności i aktualizacji standardów- bowiem takich standardów w formie procedur nie posiada.

Placówka nie prowadzi rejestru pacjentów ze szczególnymi potrzebami, a jedynie ogólny rejestr wszystkich pacjentów. Nie ma realizowanych systematycznych badań satysfakcji pacjentów i opinii kadry w tym zakresie.

#### **Dostęp alternatywny – zakres ustawy o dostępności**

W placówce brak znajomości zapisów odnoszących się do dostępu alternatywnego, stosowane działania są bardziej intuicyjne niż systemowe i różnorodne w odniesieniu do możliwości placówki w danym momencie. Placówka nie prowadzi rejestru w zakresie alternatywnych form wsparcia.

#### **Wnioski i skargi dotyczące dostępności (dotyczy placówek publicznych) – zakres ustawy o dostępności**

Brak formalnych wniosków i skarg (placówka nie prowadzi także rejestru w tym zakresie) w zakresie zapewnienia dostępności w rozumieniu przepisów ustawy o dostępności.

#### **Personel a dostępność – spoza zakresu ustawy o dostępności**

Personel placówki nie był nigdy szkolony w zakresie wymagań ustawy o zapewnieniu dostępności. Wiedza w tym zakresie jest znikoma lub żadna. Pracownicy placówki, w tym personel zarządzający nie ukończyli szkolenia z zakresu wdrożenia i zapewnienia Standardu Dostępności POZ.

Personel nie uczestniczył też w szkoleniu z zakresu komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami, nie poznał więc zasad savoir-vivre'u w kontakcie z takimi pacjentami.

Przedstawiciele kadry zarządzającej nie uczestniczyli w szkoleniu dedykowanym zatrudnianiu osób

ze szczególnymi potrzebami.

Personel placówki nie posiada uniformów, identyfikatory są imienne, nie w pełni identyfikujące wykonywany zawód.

#### **Audyt dostępności – spoza zakresu ustawy o dostępności**

Placówka nie przechodziła audytu dostępności. Brak analizy potrzeb w odniesieniu do minimalnych wymagań ustawy o zapewnieniu dostępności. Brak planu działania w tym obszarze.

#### **Raportowanie o stanie zapewniania dostępności – zakres ustawy o dostępności**

Placówka nie posiada dostępnego na stronie www, raportu o stanie zapewnienia dostępności. Raport został złożony, placówka po aktualizacji strony www. zamierza opublikować raport.

#### **Dobre praktyki w zakresie dostępności informacyjno-komunikacyjnej**

W placówce nie ma aktualnie systemu audiowizualnego, który uwzględniałby ograniczenia i potrzeby osób niepełnosprawnością słuchu, mowy, wzroku czy poruszania się. Jednak warto zaznaczyć, że personel w sytuacji dostrzeżenia takiej potrzeby w możliwym stopniu wychodzi im naprzeciw.

Brak jest w placówce rozwiązań wspierających osoby z niepełnosprawnością wzroku: punktowego pisma dotykowego, planów tyflograficznych, systemów TGSi.

Punkt rejestracji w placówce nie dysponuje infografikami, które zwiększałyby możliwość komunikowania się z pacjentami z zaburzeniami mowy lub pamięci czy z niepełnosprawnością intelektualną.

Pacjenci z niepełnosprawnością słuchu lub wzroku nie mają możliwości wyboru narzędzia komunikacji, które będzie dla nich komfortowe. W trakcie wizyty lekarskiej może być obecny opiekun takiego pacjenta, który będzie wspierał komunikację z nim.

Placówka podejmuje szereg działań pozytywnych w obszarze poprawy dostępności np.: dodatkowe oznaczenia drzwi toalet i pokoju do przewijania dzieci, poręcze wzdłuż ciągów komunikacyjnych, zgodne z SDS.

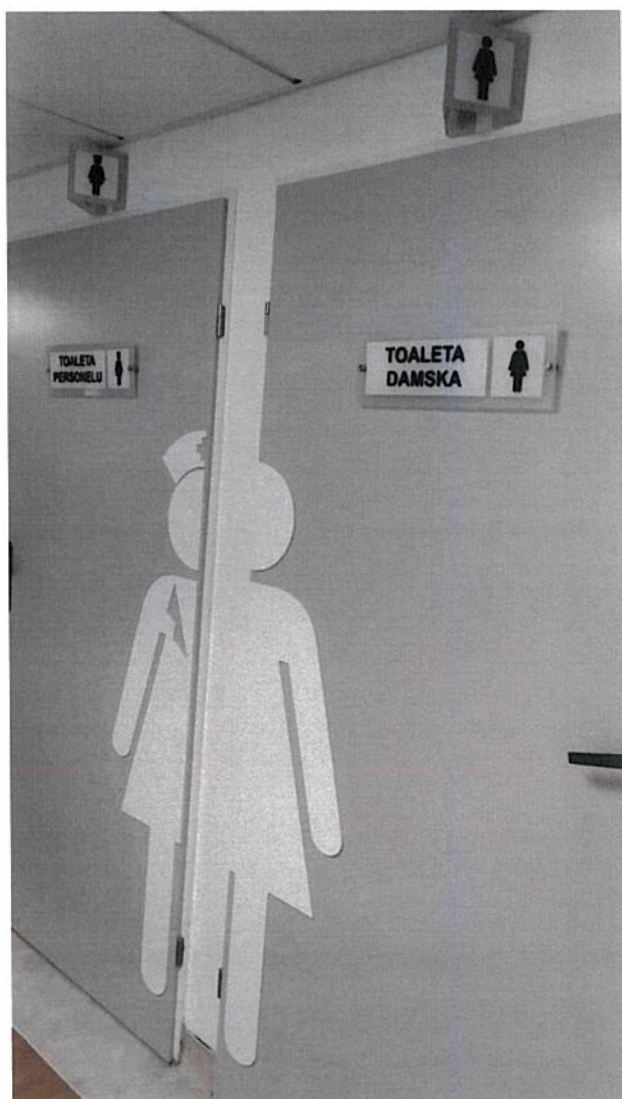




Zdjęcie nr 30: Tablice z komunikatami dla pacjentów



Zdjęcie nr 31: Tablice informacyjne w placówce



Zdjęcie nr 32: Dodatkowe oznakowania toalet





Zdjęcie nr 33: Dodatkowe oznakowania miejsc do przewijania dzieci



Zdjęcie nr 34: Klatka schodowa





Zdjęcie nr 35: Hole wejściowe



Zdjęcie nr 36: Poczekalnia dla pacjentów



Zdjęcie nr 37: Rejestracja pacjentów

**Główne zagrożenia i bariery dostępności dla pacjentów, jakie istnieją w placówce:**

- placówka w trybie pilnym musi naprawić posadzkę pochylni prowadzącej do Izby Przyjęć, która stwarza niebezpieczeństwo utraty zdrowia;
- brak rozwiązań podnoszących dostępność dla osób niewidomych i słabowidzących, z niepełnosprawnością słuchu, osób głuchoniemych;
- brak toalet i łazienek w salach chorych spełniających Standardy Dostępności Szpitali;
- brak strony internetowej spełniającej wymagania WCAG 2.1;
- brak procedur w zakresie obsługi pacjenta ze szczególnymi potrzebami;
- brak narzędzi alternatywnej komunikacji;
- brak właściwych komunikatów na stronie www;
- brak dostępnych informacji na terenie placówki;
- niewłaściwe oznakowanie pomieszczeń;
- brak wyszkolonej kadry w zakresie komunikacji z pacjentami ze szczególnymi potrzebami;
- brak narzędzi i procedur w zakresie ewakuacji osób o szczególnych potrzebach;
- brak cyklicznych audytów dostępności;
- brak rozwiązań wspomagających komunikację z pacjentami ze szczególnymi potrzebami;



- brak koordynatora dostępności oraz asystenta pacjentów ze szczególnymi potrzebami.

**Grupy pacjentów, dla których placówka jest dostępna:**

- osób poruszających się na wózkach inwalidzkich, poruszających się o kulach, o ograniczonej możliwości poruszania się;
- osób starszych i osłabionych chorobami;
- kobiet w ciąży;
- osób z małymi dziećmi, w tym z wózkami dziecięcymi;
- osób o nietypowym wzroście (w tym również dzieci);
- osób z ciężkim lub nieporęcznym bagażem, towarem.

**Grupy pacjentów, dla których placówka jest niedostępna:**

- osób niewidomych i słabowidzących;
- osób z niepełnosprawnością słuchu;
- osób głuchoniewidomych.
- osób mających trudności w komunikowaniu się z otoczeniem (także z rozumieniem języka pisanego albo mówionego).

## **5. Zakres rzeczowy wniosku o powierzenie grantu i jego ocena pod kątem realizacji założeń standardu wraz z oceną aspektów finansowych, w tym przyporządkowania wydatków do właściwych kategorii wynikających z Procedury oceny i wyboru wniosków dla naboru**

**Komponent architektoniczny**

- **Numer i nazwa standardu:** 37. Zapewnienie informacji na temat rozkładu pomieszczeń w budynku, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy
- **Treść zadania z HRP:** Wykonanie systemu identyfikacji wizualnej- Tabliczka informacyjna, kierunkowa - 20 sztuk
- **Opis zadania z HRP:** Wykonanie oznakowania poziomego i pionowego wejścia do budynku, w ramach zadania zakupione zostaną tabliczki informacyjne w ilości 20 sztuk. Pozwolą na łatwiejszą orientację na terenie obiektu osobom niepełnosprawnym.

- **Poprawność zakresu rzeczowego pod kątem założeń standardu:** Tak
- **Uzasadnienie:** Uzupełnienie oznaczeń informacyjnych poprzez zamieszczenie dodatkowych tabliczek kierunkowych podniesie dostępność dla osób ze szczególnymi potrzebami.
- **Analiza finansowa:**

1. Czy wydatki są racjonalne i efektywne? – Tak .
2. Czy wnioskodawca przedstawił rozeznanie potwierdzające prawidłowość i racjonalność zaproponowanych wydatków? – Tak .
3. Wskazanie wydatków niekwalifikowalnych, które muszą zostać bezwzględnie usunięte: Nie dotyczy.

- **Numer i nazwa standardu:** 37. Zapewnienie informacji na temat rozkładu pomieszczeń w budynku, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy
- **Treść zadania z HRP:** Wykonanie systemu identyfikacji wizualnej- Tabliczka numerologiczna
- **Opis zadania z HRP:** Wykonanie oznakowania poziomego i pionowego wejścia do budynku, w ramach zadania zakupione zostaną tabliczki numerologiczne w ilości 25 sztuk. Pozwola na łatwiejszą orientację na terenie obiektu osobom niepełnosprawnym.
- **Poprawność zakresu rzeczowego pod kątem założeń standardu:** Tak
- **Uzasadnienie:** Uzupełnienie oznaczeń informacyjnych poprzez zamieszczenie dodatkowych tabliczek z numerami podniesie dostępność dla osób ze szczególnymi potrzebami.

- **Analiza finansowa:**
1. Czy wydatki są racjonalne i efektywne? – Tak .
  2. Czy wnioskodawca przedstawił rozeznanie potwierdzające prawidłowość i racjonalność zaproponowanych wydatków? – Tak
  3. Wskazanie wydatków niekwalifikowalnych, które muszą zostać bezwzględnie usunięte: Nie dotyczy

- **Numer i nazwa standardu:** 37. Zapewnienie informacji na temat rozkładu pomieszczeń w budynku, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy
- **Treść zadania z HRP:** Wykonanie systemu identyfikacji wizualnej- Tabliczka WC
- **Opis zadania z HRP:** Wykonanie oznakowania poziomego i pionowego wejścia do budynku, w ramach zadania zakupione zostaną tabliczki informacyjne odnośnie WC



w ilości 9 sztuk. Pozwolą na łatwiejszą orientację na terenie obiektu osobom niepełnosprawnym.

- **Poprawność zakresu rzeczowego pod kątem założeń standardu:** Tak
- **Uzasadnienie:** Uzupełnienie oznaczeń informacyjnych poprzez zamieszczenie dodatkowych tabliczek WC podniesie dostępność dla osób ze szczególnymi potrzebami.
- **Analiza finansowa:**

1. Czy wydatki są racjonalne i efektywne? – Tak .
2. Czy wnioskodawca przedstawił rozeznanie potwierdzające prawidłowość i racjonalność zaproponowanych wydatków? – Tak .
3. Wskazanie wydatków niekwalifikowalnych, które muszą zostać bezwzględnie usunięte: Nie dotyczy.

- **Numer i nazwa standardu:** 37. Zapewnienie informacji na temat rozkładu pomieszczeń w budynku, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy
- **Treść zadania z HRP:** Wykonanie systemu identyfikacji wizualnej- Tabliczka na poręcze
- **Opis zadania z HRP:** Wykonanie oznakowania poziomego i pionowego wejścia do budynku, w ramach zadania zakupione zostaną tabliczki na poręcze w ilości 2 sztuk. Pozwolą na łatwiejszą orientację na terenie obiektu osobom niepełnosprawnym.
- **Poprawność zakresu rzeczowego pod kątem założeń standardu:** Tak
- **Uzasadnienie:** Uzupełnienie oznaczeń informacyjnych poprzez zamieszczenie dodatkowych tabliczek na poręczach podniesie dostępność dla osób ze szczególnymi potrzebami.
- **Analiza finansowa:**

1. Czy wydatki są racjonalne i efektywne? – Tak .
2. Czy wnioskodawca przedstawił rozeznanie potwierdzające prawidłowość i racjonalność zaproponowanych wydatków? – Tak .
3. Wskazanie wydatków niekwalifikowalnych, które muszą zostać bezwzględnie usunięte: Nie dotyczy.

- **Numer i nazwa standardu:** 37. Zapewnienie informacji na temat rozkładu pomieszczeń w budynku, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy
- **Treść zadania z HRP:** Wykonanie systemu identyfikacji wizualnej-Ogólny plan szpitala

- **Opis zadania z HRP:** Wykonanie oznakowania poziomego i pionowego wejścia do budynku,  
w ramach zadania zakupiony zostanie ogólny plan szpitala w ilości 1 sztuka. Pozwoli na łatwiejszą orientację na terenie obiektu osobom niepełnosprawnym.
  - **Poprawność zakresu rzeczowego pod kątem założeń standardu:** Tak
  - **Uzasadnienie:** Uzupełnienie oznaczeń informacyjnych poprzez zamieszczenie planu szpitala podniesie dostępność dla osób ze szczególnymi potrzebami i ułatwi dotarcie do wszystkich części placówki w tym do rejestracji, która nie jest zlokalizowana w strefie wejściowej.
  - **Analiza finansowa:**
    1. Czy wydatki są racjonalne i efektywne? – Tak .
    2. Czy wnioskodawca przedstawił rozeznanie potwierdzające prawidłowość i racjonalność zaproponowanych wydatków? – Tak .
    3. Wskazanie wydatków niekwalifikowalnych, które muszą zostać bezwzględnie usunięte:  
Nie dotyczy.
- 
- **Numer i nazwa standardu:** 37. Zapewnienie informacji na temat rozkładu pomieszczeń w budynku, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy
  - **Treść zadania z HRP:** Wykonanie systemu identyfikacji wizualnej- Tabliczki ewakuacyjne
  - **Opis zadania z HRP:** Wykonanie oznakowania poziomego i pionowego wejścia do budynku, w ramach zadania zakupione zostaną tabliczki ewakuacyjne w ilości 15 sztuk. Pozwolą na łatwiejszą orientację na terenie obiektu osobom niepełnosprawnym.
  - **Poprawność zakresu rzeczowego pod kątem założeń standardu:** Tak
  - **Uzasadnienie:** Uzupełnienie oznaczeń informacyjnych poprzez zamieszczenie dodatkowych tabliczek ewakuacyjnych podniesie ogólny poziom bezpieczeństwa placówki.
  - **Analiza finansowa:**
    1. Czy wydatki są racjonalne i efektywne? – Tak .
    2. Czy wnioskodawca przedstawił rozeznanie potwierdzające prawidłowość i racjonalność zaproponowanych wydatków? – Tak .
    3. Wskazanie wydatków niekwalifikowalnych, które muszą zostać bezwzględnie usunięte:  
Nie dotyczy.



- **Numer i nazwa standardu:** 37. Zapewnienie informacji na temat rozkładu pomieszczeń w budynku, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy
- **Treść zadania z HRP:** Wykonanie systemu identyfikacji wizualnej- Oznakowanie poziome schodów i windy
- **Opis zadania z HRP:** Wykonanie oznakowania poziomego i pionowego wejścia do budynku, w ramach zadania zakupione zostanie oznakowanie poziome schodów i windy w ilości 1 sztuka. Pozwoli na łatwiejszą orientację na terenie obiektu i wzrost bezpieczeństwa.
- **Poprawność zakresu rzeczowego pod kątem założeń standardu:** Tak
- **Uzasadnienie:** Wykonanie oznaczeń ostrzegawczych poprzez zamieszczenie dodatkowego oznakowania schodów i windy podniesie dostępność dla osób ze szczególnymi potrzebami.
- **Analiza finansowa:**
  1. Czy wydatki są racjonalne i efektywne? – Tak .
  2. Czy wnioskodawca przedstawił rozeznanie potwierdzające prawidłowość i racjonalność zaproponowanych wydatków? – Tak .
  3. Wskazanie wydatków niekwalifikowalnych, które muszą zostać bezwzględnie usunięte: Nie dotyczy.

#### Komponent cyfrowy

- **Numer i nazwa standardu:** XI. Dostępność infrastruktury IT do obsługi pacjentów stacjonarnie lub zdalnie – spoza zakresu ustawy o dostępności
- **Treść zadania z HRP:** Zakup sprzętu z zakresu telemedycyny - Opaski biometryczne wraz z oprogramowaniem
- **Opis zadania z HRP:** Zakup 100 szt. opasek biometrycznych. Opaski pozwolą na monitorowanie parametrów życiowych pacjentów, lokalizację pacjenta oraz wezwanie pomocy w przypadku upadku, czy też kontakt z personelem medycznym. Opaski przeznaczone będą dla pacjentów z podwyższonym ryzykiem upadku i wymagających szczególnego nadzoru personelu medycznego.
- **Poprawność zakresu rzeczowego pod kątem założeń standardu:** Tak
- **Uzasadnienie:** Zakup racjonalny i uzasadniony w trakcie audytu w znacznym stopniu podnoszący dostępność i bezpieczeństwo pacjentów ze szczególnymi potrzebami.
- **Analiza finansowa:**
  1. Czy wydatki są racjonalne i efektywne? – Tak .
  2. Czy wnioskodawca przedstawił rozeznanie potwierdzające prawidłowość i racjonalność zaproponowanych wydatków? – Tak .

3. Wskazanie wydatków niekwalifikowalnych, które muszą zostać bezwzględnie usunięte:  
Nie dotyczy.

- **Numer i nazwa standardu:** XI. Dostępność infrastruktury IT do obsługi pacjentów stacjonarnie lub zdalnie – spoza zakresu ustawy o dostępności
- **Treść zadania z HRP:** Infrastruktura zapewniająca dostęp do bezprzewodowej sieci internetowej
- **Opis zadania z HRP:** Zadanie obejmuje stworzenie na terenie szpitala bezprzewodowej sieci internetowej, która będzie ogólnodostępna i zapewni stały dostęp do wszystkich wdrażanych usprawnień cyfrowych. Zadanie obejmuje: Acces Point 64 szt., Kontroler omada 1 szt., kabel 12 szt. switch 16 szt., wtyk rj45 2 szt., switch 2 szt. Instalacja, konfiguracja, wdrożenie, uruchomienie.
- **Poprawność zakresu rzeczowego pod kątem założeń standardu:** Tak
- **Uzasadnienie:** Zakup racjonalny i uzasadniony w trakcie audytu w znacznym stopniu podnoszący dostępność i bezpieczeństwo pacjentów ze szczególnymi potrzebami.
- **Analiza finansowa:**

1. Czy wydatki są racjonalne i efektywne? – Tak .
2. Czy wnioskodawca przedstawił rozeznanie potwierdzające prawidłowość i racjonalność zaproponowanych wydatków? – Tak .
3. Wskazanie wydatków niekwalifikowalnych, które muszą zostać bezwzględnie usunięte:  
Nie dotyczy.

- **Numer i nazwa standardu:** XI. Dostępność infrastruktury IT do obsługi pacjentów stacjonarnie lub zdalnie – spoza zakresu ustawy o dostępności
- **Treść zadania z HRP:** Zakup dwóch drukarek brajlowskich
- **Opis zadania z HRP:** Zakup dwóch drukarek umożliwiających wydruk dokumentacji medycznej oraz formularzy informacyjnych w języku Braille
- **Poprawność zakresu rzeczowego pod kątem założeń standardu:** Tak
- **Uzasadnienie:** Zakup racjonalny i uzasadniony w trakcie audytu.
- **Analiza finansowa:**

1. Czy wydatki są racjonalne i efektywne? – Tak .
2. Czy wnioskodawca przedstawił rozeznanie potwierdzające prawidłowość i racjonalność zaproponowanych wydatków? – Tak .
3. Wskazanie wydatków niekwalifikowalnych, które muszą zostać bezwzględnie usunięte:  
Nie dotyczy.



- **Numer i nazwa standardu:** 2.a Poziomy dostępności strony internetowej wynikające ze standardu WCAG 2.1
- **Treść zadania z HRP:** Dostosowanie strony internetowej do standardu WCAG 2.1
- **Opis zadania z HRP:** Dostosowanie strony internetowej do wymagań standardu WCAG 2.1 strona internetowa po wprowadzeniu zmian będzie:
  - dostosowana w przyjazny sposób do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, niesłyszących, niedosłyszących, niedowidzących itd.
  - W obrębie strony internetowej będzie możliwość powiększenia lub pomniejszenia czcionki.
  - Strona zostanie wyposażona w możliwość zmiany kontrastu.
  - Specyfika strony umożliwi odwiedzającym przeglądanie treści zarówno przy pomocy dwóch, jak i wyłącznie jednego komponentu (myszki lub klawiatury).
- **Poprawność zakresu rzeczowego pod kątem założeń standardu:** Tak
- **Uzasadnienie:** Zakup racjonalny i uzasadniony w trakcie audytu. Rekomenduje się podniesienie kwoty do wartości 20 000 zł netto.
- **Analiza finansowa:**
  1. Czy wydatki są racjonalne i efektywne? – Tak .
  2. Czy wnioskodawca przedstawił rozeznanie potwierdzające prawidłowość i racjonalność zaproponowanych wydatków? – Tak .
  3. Wskazanie wydatków niekwalifikowalnych, które muszą zostać bezwzględnie usunięte: Nie dotyczy.
- **Numer i nazwa standardu:** II. Dostępność aplikacji mobilnych – zakres ustawy o dostępności, wymagania obowiązkowe
- **Treść zadania z HRP:** Aplikacja mobilna dla osób niesłyszących
- **Opis zadania z HRP:** Aplikacja umożliwiać będzie komunikację osób niesłyszących z personelem medycznym. Aplikacja wykorzystuje w synchronizowany sposób metody komunikacji wspomaganej (AAC - Augmentative and Alternative Communication). Pozwala każdemu na skuteczne i precyzyjne porozumiewanie się na co dzień. Dzięki niej użytkownik jest w stanie zakomunikować swoje potrzeby oraz wyrazić myśli. Komunikaty przedstawione są w postaci prostych, czytelnych przycisków. Zobrazowane są one dodatkowo ikonami, dzięki którym osoby o różnym stopniu niepełnosprawności, bez problemu mogą wybrać potrzebną czynność czy komunikat. Konwersacja odbywa się poprzez naciśnięcie odpowiedniego przycisku z komunikatem lub wpisanie dowolnej frazy; aplikacja przekształca tekst w dźwięk, który jest emitowany z urządzenia mobilnego. Aplikacja pozwala na swobodną komunikację osoby nie mówiącej z opiekunem lub lekarzem czy dowolną osobą spotkaną w szpitalu. Zadanie obejmuje licencję dla aplikacji na okres realizacji projektu oraz zakup 5 szt. tabletów na jej potrzeby

- **Poprawność zakresu rzeczowego pod kątem założeń standardu:** Tak
- **Uzasadnienie:** Zakup racjonalny i uzasadniony w trakcie audytu w znacznym stopniu podnoszący dostępność dla pacjentów ze szczególnymi potrzebami.
- **Analiza finansowa:**
  1. Czy wydatki są racjonalne i efektywne? – Tak .
  2. Czy wnioskodawca przedstawił rozeznanie potwierdzające prawidłowość i racjonalność zaproponowanych wydatków? – Tak .
  3. Wskazanie wydatków niekwalifikowalnych, które muszą zostać bezwzględnie usunięte: Nie dotyczy.

- **Numer i nazwa standardu:** XI. Dostępność infrastruktury IT do obsługi pacjentów stacjonarnie lub zdalnie – spoza zakresu ustawy o dostępności
- **Treść zadania z HRP:** Kiosk multimedialny
- **Opis zadania z HRP:** Zakup kiosku multimedialnego wyposażonego w ekran dotykowy. Będzie on stanowił punkt informacyjny
- **Poprawność zakresu rzeczowego pod kątem założeń standardu:** Tak
- **Uzasadnienie:** Zakup racjonalny i uzasadniony w trakcie audytu w znacznym stopniu podnoszący dostępność dla pacjentów ze szczególnymi potrzebami.
- **Analiza finansowa:**
  1. Czy wydatki są racjonalne i efektywne? – Tak .
  2. Czy wnioskodawca przedstawił rozeznanie potwierdzające prawidłowość i racjonalność zaproponowanych wydatków? – Tak .
  3. Wskazanie wydatków niekwalifikowalnych, które muszą zostać bezwzględnie usunięte: Nie dotyczy.

- **Numer i nazwa standardu:** XI. Dostępność infrastruktury IT do obsługi pacjentów stacjonarnie lub zdalnie – spoza zakresu ustawy o dostępności
- **Treść zadania z HRP:** Wdrożenie możliwości prowadzenia elektronicznej dokumentacji pacjenta
- **Opis zadania z HRP:** Zadanie obejmuje dostarczenie 1 kompletu to jest: 30 długopisów cyfrowych, 8 ekranów Wacom (wyświetlacz 11 cali), 38 licencji bezterminowych na system digitalizacji, 12-miesięczną opiekę, przeprowadzenie odpowiednich szkoleń, instalację, wdrożenie, integrację z systemem i uruchomienie rozwiązań wraz z 50 stronami formularzy.
- **Poprawność zakresu rzeczowego pod kątem założeń standardu:** Tak



- **Uzasadnienie:** Zakup racjonalny i uzasadniony w trakcie audytu.
- **Analiza finansowa:**
  1. Czy wydatki są racjonalne i efektywne? – Tak .
  2. Czy wnioskodawca przedstawił rozeznania potwierdzające prawidłowość i racjonalność zaproponowanych wydatków? – Tak .
  3. Wskazanie wydatków niekwalifikowalnych, które muszą zostać bezwzględnie usunięte:  
Nie dotyczy.

#### Komponent informacyjno-komunikacyjny

- **Numer i nazwa standardu:** 23. Powołanie asystenta ds. obsługi osób ze szczególnymi potrzebami – wymagania dodatkowe
  - **Treść zadania z HRP:** Powołanie asystenta osoby niepełnosprawnej
  - **Opis zadania z HRP:** W placówce zatrudniona zostanie dodatkowa osoba w wymiarze 1 etatu na stanowisko asystenta osoby ze szczególnymi potrzebami, który będzie odpowiadał za wspieranie osób ze szczególnymi potrzebami w dostępie do usług świadczonych przez placówkę, w tym m.in.: 1. Pomoc przy przemieszczaniu się osób z dysfunkcją ruchową, wzrokową. 2. Wsparcie pacjenta o indywidualnych potrzebach przy rejestracji na wizytę. 3. Wsparcie pacjenta ze szczególnymi potrzebami przy wypełnianiu niezbędnych dokumentów. 4. Udzielanie informacji o posiadanych przez placówkę udogodnieniach dla osób o indywidualnych potrzebach.
  - **Poprawność zakresu rzeczowego pod kątem założeń standardu:** Tak
  - **Uzasadnienie:** Zadanie uzasadnione w znacznym stopniu podnoszące dostępność dla pacjentów ze szczególnymi potrzebami.
  - **Analiza finansowa:**
    1. Czy wydatki są racjonalne i efektywne? – Tak .
    2. Czy wnioskodawca przedstawił rozeznania potwierdzające prawidłowość i racjonalność zaproponowanych wydatków? – Tak .
    3. Wskazanie wydatków niekwalifikowalnych, które muszą zostać bezwzględnie usunięte:  
Nie dotyczy.
- 
- **Numer i nazwa standardu:** 24. Współpraca z podmiotem reprezentującym osoby ze szczególnymi potrzebami
  - **Treść zadania z HRP:** Współpraca z NGO

- **Opis zadania z HRP:** współpraca z organizacją pozarządową reprezentującą środowiska osób ze szczególnymi potrzebami. Placówka korzystać będzie z konsultacji i wsparcia merytorycznego podmiotu w zakresie zwiększania dostępności świadczonych usług medycznych dla pacjentów ze szczególnymi potrzebami.
- **Poprawność zakresu rzeczowego pod kątem założeń standardu:** Tak
- **Uzasadnienie:** Zadanie uzasadnione w znacznym stopniu podnoszące dostępność dla pacjentów ze szczególnymi potrzebami.
- **Analiza finansowa:**
  1. Czy wydatki są racjonalne i efektywne? – Tak .
  2. Czy wnioskodawca przedstawił rozeznanie potwierdzające prawidłowość i racjonalność zaproponowanych wydatków? – Tak .
  3. Wskazanie wydatków niekwalifikowalnych, które muszą zostać bezwzględnie usunięte:  
Nie dotyczy
- **Numer i nazwa standardu:** 18. Powołanie koordynatora do spraw dostępności – wymagania obowiązkowe
- **Treść zadania z HRP:** Powołanie koordynatora ds. Dostępności
- **Opis zadania z HRP:** Stworzenie stanowiska w wymiarze 1 etat. Osoba zatrudniona na stanowisku będzie: z wspierać osoby ze szczególnymi potrzebami w dostępie do usług świadczonych przez szpital, z przygotowuje plan działania na rzecz poprawy dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami oraz odpowiada za jego wdrożenie, z monitoruje działalność szpitala w zakresie zapewniania dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, określonymi w ustawie o dostępności, w tym przygotowuje cykliczne raporty dotyczące dostępności. z podejmuje współpracę z przedstawicielami organizacji pozarządowych i innymi reprezentantami interesów grup pacjentów.
- **Poprawność zakresu rzeczowego pod kątem założeń standardu:** Tak
- **Uzasadnienie:** Zadanie uzasadnione w znacznym stopniu podnoszące dostępność dla pacjentów ze szczególnymi potrzebami.
- **Analiza finansowa:**
  1. Czy wydatki są racjonalne i efektywne? – Tak .
  2. Czy wnioskodawca przedstawił rozeznanie potwierdzające prawidłowość i racjonalność zaproponowanych wydatków? – Tak .
  3. Wskazanie wydatków niekwalifikowalnych, które muszą zostać bezwzględnie usunięte:  
Nie dotyczy.



- **Numer i nazwa standardu:** 37. Zapoznanie kadry szpitala z zasadami savoir-vivre'u w stosunku do osób ze szczególnymi potrzebami
  - **Treść zadania z HRP:** Szkolenie z zakresu savoir-vivre wobec osób niepełnosprawnych
  - **Opis zadania z HRP:** Udział 45 pracowników szpitala w szkoleniu obejmującym zasady savoir vivre wobec osób o specjalnych potrzebach
  - **Poprawność zakresu rzeczowego pod kątem założeń standardu:** Tak
  - **Uzasadnienie:** Zadanie uzasadnione w znacznym stopniu podnoszący dostępność dla pacjentów ze szczególnymi potrzebami.
  - **Analiza finansowa:**
    1. Czy wydatki są racjonalne i efektywne? – Tak .
    2. Czy wnioskodawca przedstawił rozeznanie potwierdzające prawidłowość i racjonalność zaproponowanych wydatków? – Tak .
    3. Wskazanie wydatków niekwalifikowalnych, które muszą zostać bezwzględnie usunięte:  
Nie dotyczy
- 
- **Numer i nazwa standardu:** 22. Urządzenia i sprzęt medyczny zwiększające dostępność szpitala dla osób ze szczególnymi potrzebami
  - **Treść zadania z HRP:** Zakup wózków inwalidzkich
  - **Opis zadania z HRP:** Zakup dwóch sztuk wózków inwalidzkich, które będą ogólnodostępne i służyć będą osobom potrzebującym skorzystania do transportu na terenie szpitala. Wózki zostaną umieszczone i zabezpieczone na parkingu w miejscu widocznym
  - **Poprawność zakresu rzeczowego pod kątem założeń standardu:** Tak
  - **Uzasadnienie:** Zakup racjonalny i uzasadniony.
  - **Analiza finansowa:**
    1. Czy wydatki są racjonalne i efektywne? – Tak .
    2. Czy wnioskodawca przedstawił rozeznanie potwierdzające prawidłowość i racjonalność zaproponowanych wydatków? – Tak .
    3. Wskazanie wydatków niekwalifikowalnych, które muszą zostać bezwzględnie usunięte:  
Nie dotyczy.

## 6. Podsumowanie - wnioski i rekomendacje

### Komponent architektoniczny

Złożony wniosek jest zasadny do realizacji i spełnia założenia merytoryczne wpisujące się w grant i Standardy dostępności Szpitali. Zaplanowane działania podniosą dostępność placówki dla pacjentów ze szczególnymi potrzebami i przyczynią się do większego komfortu w korzystaniu z jej usług. Zaplanowane przez Wnioskodawcę zadania są racjonalne i efektywne.

### Komponent cyfrowy

Wniosek jest zasadny i jego realizacja przyczyni się do podniesienia dostępności placówki dla osób ze szczególnymi potrzebami. W trakcie audytu zostały w pełni wyczerpane uzasadnienia do rozbudowy infrastruktury.

### Komponent informacyjno-komunikacyjny

Placówka prowadzi działania poprawiające dostępność niezależnie od składanego wniosku, jest świadoma potrzeb i ograniczeń. Zadania, o które wnioskuje placówka są zasadne i rekomenduje się je do realizacji, ponieważ podniosą dostępność placówki dla osób ze szczególnymi potrzebami.

#### I. Elementy wymagające wprowadzenia do wniosku o powierzenie grantu:

Poniżej wskazano zadania, które Grantobiorca może wprowadzić do wniosku w przypadku pojawienia się oszczędności w projekcie.

- Dostępność informacyjno-komunikacyjna, V. Organizacja i procedury zapewniające dostępność szpitala osobom ze szczególnymi potrzebami – zakres ustawy o dostępności, 24. Współpraca z podmiotem reprezentującym osoby ze szczególnymi potrzebami: rekomenduje się, aby w ramach współpracy z NGO opracowane zostały procedury obsługi pacjenta ze szczególnymi potrzebami oraz ikonografiki wspierające komunikację alternatywną z pacjentem o szczególnych potrzebach.
- Zakup lupy powiększającej dla pacjentów kwota nie większa niż 300 zł/ szt.
- Oznakowanie pomieszczeń maksymalnie 5000 zł netto
- Zakup tablicy informacyjnej dotyczącej rozkładu pomieszczeń maksymalnie 2000 zł netto.
- Zakup 2 szt. tabletów z programem "Mówik". Zakup do kwoty 3595 zł za sztukę

#### II. Elementy wymagające usunięcia z wniosku o powierzenie grantu:



Brak.

## 7. Rekomendacje zadań poprawiających dostępność (poza wnioskiem o powierzenie grantu)

Poniższa tabela to zestawienie rekomendowanych zadań do wdrożenia przez placówkę, poza obszarem objętym finansowaniem.

Tabela nr 4.

Obszar standardu	Nr i nazwa standardu	Rekomendowane zadanie	Uzasadnienie rekomendacji
Architektoniczny	6 Miejsce postojowe – wymagania obowiązkowe	Dostosowanie wymiarów miejsc parkingowych dla osób ze szczególnymi potrzebami	Obecne miejsca postojowe dla osób z niepełnosprawnościami nie spełniają wymogów SDS
Architektoniczny	1 Dojście do budynku z głównych ciągów komunikacyjnych – wymagania obowiązkowe	Miejsca odpoczynku na drodze ciągów pieszych	Miejsca odpoczynku muszą być lokalizowane w odległości nie większej niż co 50 m - aktualnie ich brak
Architektoniczny	10 Pochylnia zewnętrzna – wymagania obowiązkowe	Wyrównanie/naprawa nawierzchni pochylni oraz prawidłowe oznakowanie	Obecnie pochylnia posiada na fragmencie uszkodzoną posadzkę, wymagająca naprawy oraz nie posiada właściwego oznaczenia
Architektoniczny	8 Schody zewnętrzne – wymagania obowiązkowe	Uzupełnienie brakującego fragmentu barierki oraz prawidłowe oznakowanie	Obecnie schody nie posiadają fragmentu barierki oraz nie posiadają właściwego oznaczenia
Architektoniczny	39 Toaleta – wymagania obowiązkowe	Przebudowa dedykowanych toalet	Remont toalet pozwoli na znaczne podniesienie dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami
Architektoniczny	41 Natrysk – wymagania obowiązkowe	Dostosowanie łazienek w salach chorych dla potrzeb osób z niepełnosprawnościami	Obecnie brak dostępnych łazienek dla osób ze szczególnymi potrzebami.

## Załączniki

1. Lista sprawdzająca.

**Podpis kierownika zespołu audytowego:**

Agata Spała - Kierownik Zespołu audytowego

