



# Dostępność Plus

Ministerstwo Zdrowia

*Raport z audytu wstępnego dla placówki medycznej Centrum Medyczne Remedium Sp. z o.o. w Łodzi (wniosek o powierzenie grantu nr POZ.174.2019) przygotowany w ramach projektu Dostępność Plus dla zdrowia*

---

Data sporządzenia: dokument podpisany elektronicznie (data zgodna z podpisem elektronicznym)

## 1. Wprowadzenie

Niniejszy raport odnosi się do wstępnej oceny dostępności placówki, polegającej na weryfikacji na miejscu w placówce przyszłej realizacji wnioskowanego zakresu rzeczowego projektu grantowego, uwzględniając stan wyjściowy, pod kątem możliwości wdrożenia założeń wynikających ze Standardu Dostępności POZ.

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.

Raport został opracowany przez Zespół audytowy reprezentujący Ministerstwo Zdrowia – Departament Innowacji, Beneficjenta projektu pn. *Dostępność Plus dla zdrowia* (nr POWR.05.02.00-00-0044/18), współfinansowanego ze środków EFS w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.

Wymagania zostały oznaczone kolorystycznie i tekstowo. Wymagania spełniające standard dostępności zostały oznaczone kolorem zielonym. wymagania, które nie spełniają Standardu Dostępności POZ zostały oznaczone trzema kolorami: czerwony - oznacza wymagania, które muszą być bezwzględnie spełnione, ponieważ są wymagane zarówno przez ustawę, jak i przez standard oraz zawierają elementy odnoszące się do minimalnego zakresu, wynikającego z ustawy; żółty - oznacza wymagania, które powinny ale nie muszą być spełnione, ponieważ zostały ujęte tylko przez Standard Dostępności POZ; biały - oznacza wymagania, które nie występują w danej placówce i nie zostały zbadane. Ponadto, odniesienie do elementów wymaganych minimalnym zakresem ustawy, zostało zawarte w tabeli nr 2 Zestawienia wszystkich wymagań Standardu Dostępności POZ oraz wyników audytu.

Bez względu na wyniki audytu oraz ujęcia wymagań w zakresie rzeczowym, zdecydowanie rekomendujemy wdrożenie wymagań koniecznych do spełnienia w ramach niniejszego projektu.

Elementy tych wymagań będą 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 POZ. Oprócz oceny zakresu rzeczowego, przedstawiono także uwagi i rekomendacje, które powinny pomóc zrozumieć problemy związane z dostępnością POZ dla osób ze szczególnymi potrzebami, a co za tym idzie, lepiej wykorzystać możliwości projektu do likwidacji barier dostępności placówki POZ.

Do wyników oceny dostępności użyto następujących oznaczeń: "tak" - oznacza, że dany element spełnia wymagania Standardu Dostępności POZ; "nie" - oznacza, że dany element nie spełnia wymagań Standardu Dostępności POZ; „tak z zastrzeżeniami” – oznacza, że element spełnia w większości wymagania Standardu Dostępności POZ, choć możliwe jest jego poprawienie albo nie spełnia wymagań Standardu Dostępności POZ, ale z przyczyn obiektywnych nie jest możliwe zrealizowanie wymogów dostępności w pełni; "brak" - oznacza, że dany element lub wymaganie nie występuje w badanej placówce i nie był badany.

## 2. Dane podstawowe:

2.1 Rodzaj audytu: [ X ] wstępny POZ, [ ] wstępny szpital

2.2 Nazwa i adres placówki: Centrum Medyczne Remedium Sp. z o.o., ul. gen. J. Dąbrowskiego 15 B, 93-177 Łódź.

2.3 Numer wniosku o powierzenie grantu: POZ.174.2019

2.4 Data przeprowadzenia audytu: 7 września 2020 r.

## 2.5 Skład Zespołu audytowego:

1. Wioletta Kot – Kierownik Zespołu audytowego,
2. Ewa Szewczyk - Członek Zespołu audytowego.

Podpisy audytorów:

1. Wioletta Kot – Kierownik Zespołu audytowego,
2. Ewa Szewczyk - Członek Zespołu audytowego.

### 3. Wykorzystane metody badań audytowych.

Tabela nr 1. Zestawienie wykorzystanych badań dla poszczególnych wymagań

Lp.	Obszar standardu	Numer i nazwa wymagania standardu	Metoda badawcza
1	Architektoniczny	WA 1.1 Placówka POZ posiada dostępną strefę wejściową do budynku dostosowaną do potrzeb pacjentów ze szczególnymi potrzebami	Pomiary, ogląd, wywiad
2	Architektoniczny	WA 1.2 Placówka POZ posiada dostępne wejście do budynku dostosowane do potrzeb pacjentów ze szczególnymi potrzebami	Pomiary, ogląd, wywiad
3	Architektoniczny	WA 1.3 Placówka POZ stosuje automatykę drzwiową w wejściu do budynku	Pomiary, ogląd, wywiad
4	Architektoniczny	RA 1.1 Placówka POZ zapewnia odpowiedni poziom dostępności punktu rejestracji pacjentów, w tym jego otoczenia i wyposażenia	wywiad, ogląd
5	Architektoniczny	CA 1 Placówka POZ posiada dostępne ciągi komunikacji wewnętrznej i poczekalnie dostosowane do szczególnych potrzeb pacjentów o ograniczonej sprawności	ogląd, pomiary
6	Architektoniczny	CA 1.1 Placówka POZ posiada dostępną komunikację poziomą w budynku	wywiad, ogląd, pomiary
7	Architektoniczny	CA 1.2 Placówka POZ posiada dostępną komunikację pionową w budynku	ogląd
8	Architektoniczny	CA 1.3 W strefach służących komunikacji oraz w poczekalniach placówka POZ jest wyposażona w spełniające kryteria dostępności elementy stolarki drzwiowej i okiennej	wywiad, ogląd, pomiary
9	Architektoniczny	CA 1.4 Placówka POZ jest wyposażona w elementy instalacji, wykończenia i umeblowania spełniające wymagania bezpieczeństwa oraz komfortu użytkownika przez pacjentów	wywiad
10	Architektoniczny	CA 1.5 Placówka POZ posiada dodatkowe usprawnienia w zakresie dostępności przestrzeni poczekalni oraz komunikacji	wywiad, ogląd,

		poziomej i pionowej w obiekcie	pomiar
11	Architektoniczny	GA 1.1 Placówka POZ posiada dostępne wejścia do gabinetów lekarskich i zabiegowych	pomiary, ogląd
12	Architektoniczny	GA 1.2 Placówka POZ posiada gabinety o parametrach przestrzennych właściwych dla zagwarantowania dostępności dla pacjentów ze szczególnymi potrzebami	wywiad, ogląd, pomiary
13	Architektoniczny	GA 1.3 Placówka POZ posiada gabinety o właściwych dla zagwarantowania bezpieczeństwa i komfortu pacjentów parametrach oświetlenia i podstawowych instalacji	ogląd, pomiary
14	Architektoniczny	GA 1.4 Placówka POZ posiada gabinety wyposażone w sprzęt rehabilitacyjny i medyczny dostosowany do potrzeb pacjentów o ograniczonej sprawności	wywiad, analiza dokumentacji, ogląd
15	Architektoniczny	GA 1.5 Placówka POZ posiada gabinety wyposażone w elementy wykończenia i umeblowania podwyższające stopień dostępności ich przestrzeni	ogląd, pomiary
16	Architektoniczny	IA 1.1 Placówka POZ posiada dostępne pomieszczenia higieniczno-sanitarne	wywiad, ogląd, pomiary
17	Architektoniczny	IA 1.2 Placówka POZ posiada dostępne pomieszczenia do karmienia i przewijania dzieci oraz osób dorosłych	wywiad, ogląd
18	Architektoniczny	DA 1.1 Placówka POZ zapewnia dojazdy do budynku dostępne dla osób ze szczególnymi potrzebami	ogląd
19	Architektoniczny	DA 1.2 Placówka POZ zapewnia dojścia do budynku dostępne dla osób ze szczególnymi potrzebami (2)	ogląd
20	Cyfrowy	WC 1.1 Placówka POZ posiada stronę internetową zgodną z wymaganiami WCAG 2.1	audyt dostępności cyfrowej
21	Cyfrowy	RC 1.1 Placówka POZ zapewnia rejestrację telefoniczną, w tym adekwatną do populacji obsługiwanych pacjentów liczbę numerów telefonicznych oraz odpowiednie zaplecze kadrowe pracowników administracji	wywiad
22	Cyfrowy	RC 1.2 Placówka POZ posiada cyfrowe narzędzia alternatywnego sposobu komunikowania się z pacjentami ze szczególnymi potrzebami	wywiad
23	Cyfrowy	RC 1.3 Placówka POZ zapewnia e-rejestrację	wywiad

24	Cyfrowy	GC 1.1 Placówka POZ oferuje pacjentom ze szczególnymi potrzebami świadczenia w modelu telemedycznym	wywiad, analiza dokumentacji
25	Cyfrowy	GC 1.2 Placówka POZ wykorzystuje dostępne aplikacje mobilne dla osób ze szczególnymi potrzebami	wywiad
26	Cyfrowy	GC 2.1 Placówka POZ zapewnia możliwość skorzystania ze wsparcia tłumacza polskiego języka migowego (i/lub aplikacji umożliwiającej tłumaczenie online)	wywiad
27	Komunikacyjny	WK 1.1 Personel placówki POZ został przeszkolony w formie warsztatowej z zakresu kompetencji społecznych właściwych dla komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami	wywiad
28	Komunikacyjny	RK 1.1 Personel placówki POZ, w szczególności osoby pracujące w punkcie rejestracji dysponuje infografikami dotyczącymi sposobów komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami	wywiad
29	Komunikacyjny	RK 1.2 Wybrani pracownicy placówki POZ znają podstawy polskiego języka migowego	wywiad, analiza wniosku
30	Komunikacyjny	RK 2.1 Personel placówki POZ został przeszkolony z zakresu umiejętności komunikacji w formie szkolenia teoretycznego oraz warsztatów praktycznych	wywiad
31	Komunikacyjny	RK 2.2 Personel placówki POZ posiada oznaczenia identyfikujące wykonywany zawód	wywiad, ogląd
32	Organizacyjny	WO 1.1 Placówka POZ przeprowadza audyt dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami przez powołanych audytorów	wywiad
33	Organizacyjny	WO 2.1 Placówka POZ posiada procedurę w zakresie przyjaznej obsługi osób ze szczególnymi potrzebami	wywiad
34	Organizacyjny	WO 2.2 Placówka POZ współpracuje z organizacją pozarządową reprezentującą osoby z niepełnosprawnościami	wywiad
35	Organizacyjny	RO 1.1 W placówce POZ osoba ze szczególnymi potrzebami może skorzystać z pomocy asystenta lub innej formy wsparcia w zakresie rejestracji	wywiad
36	Organizacyjny	GO 1.1 Placówka POZ posiada w ofercie wizyty domowe dla osób ze szczególnymi potrzebami	wywiad
37	Organizacyjny	GO 2.1 Placówka POZ przeprowadza badania ankietowe wśród pacjentów ze szczególnymi potrzebami i kadry placówki	wywiad

38	Organizacyjny	GO 2.2 Placówka POZ przeprowadza ankietę telefoniczną wśród pacjentów ze szczególnymi potrzebami	wywiad
----	---------------	--	--------

#### 4. Ogólna ocena dostępności placówki.

Kolory użyte w poniższej tabeli oznaczają:

- Zielony - spełniające wymagania;
- Niebieski - spełniające wymagania z zastrzeżeniami;
- Biały - nie występujące w placówce;
- Czerwony - nie spełniające wymagań obligatoryjnych do wdrożenia (związanych z ustawą);
- Żółty - nie spełniające wymagań rekomendowanych do wdrożenia.

Tabela nr 2. Zestawienia wszystkich wymagań standardu dostępności POZ oraz wyników audytu.

Lp.	Obszar	Nazwa wymagania	Elementy wymagane minimalnym zakresem ustawy	Obecność we wniosku	Ocena (czy spełnione?)
1	Architektoniczny	WA 1.1 Placówka POZ posiada dostępną strefę wejściową do budynku dostosowaną do potrzeb pacjentów ze szczególnymi potrzebami	tak	nie	tak z zastrzeżeniem (zmniejszenie wysokości progu do 0,02 m)
2	Architektoniczny	WA 1.2 Placówka POZ posiada dostępne wejście do budynku dostosowane do potrzeb pacjentów ze szczególnymi potrzebami	tak	nie	nie
3	Architektoniczny	WA 1.3 Placówka POZ stosuje automatykę drzwiową w wejściu do budynku	nie	tak	nie
4	Architektoniczny	RA 1.1 Placówka POZ zapewnia odpowiedni poziom dostępności punktu rejestracji pacjentów, w tym jego otoczenia i wyposażenia	tak	tak	nie
5	Architektoniczny	CA 1.1 Placówka POZ posiada dostępną komunikację poziomą w budynku	tak	nie	nie

6	Architektoniczny	CA 1.2 Placówka POZ posiada dostępną komunikację pionową w budynku	tak	nie	brak
7	Architektoniczny	CA 1.3 W strefach służących komunikacji oraz w poczekalniach placówka POZ jest wyposażona w spełniające kryteria dostępności elementy stolarki drzwiowej i okiennej	tak	nie	nie
8	Architektoniczny	CA 1.4 Placówka POZ jest wyposażona w elementy instalacji, wykończenia i umeblowania spełniające wymagania bezpieczeństwa oraz komfortu użytkowania przez pacjentów	tak	tak	nie
9	Architektoniczny	CA 1.5 Placówka POZ posiada dodatkowe usprawnienia w zakresie dostępności przestrzeni poczekalni oraz komunikacji poziomej i pionowej w obiekcie	nie	nie	nie
10	Architektoniczny	GA 1.1 Placówka POZ posiada dostępne wejścia do gabinetów lekarskich i zabiegowych	tak	nie	tak z zastrzeżeniem (brak zabezpieczenia dolnej części drzwi przed uszkodzeniem, klamki nie są pokryte plastikiem oraz wejście do gabinetu zabiegowego nie jest zlokalizowane na wprost pracy personelu)

11	Architektoniczny	GA 1.2 Placówka POZ posiada gabinety o parametrach przestrzennych właściwych dla zagwarantowania dostępności dla pacjentów ze szczególnymi potrzebami	tak	nie	tak z zastrzeżeniami (pojedyncze gabinety nie spełniają kilku wymiarów)
12	Architektoniczny	GA 1.3 Placówka POZ posiada gabinety o właściwych dla zagwarantowania bezpieczeństwa i komfortu pacjentów parametrach oświetlenia i podstawowych instalacji	tak	nie	nie
13	Architektoniczny	GA 1.4 Placówka POZ posiada gabinety wyposażone w sprzęt rehabilitacyjny i medyczny dostosowany do potrzeb pacjentów o ograniczonej sprawności	tak	tak	nie
14	Architektoniczny	GA 1.5 Placówka POZ posiada gabinety wyposażone w elementy wykończenia i umeblowania podwyższające stopień dostępności ich przestrzeni	nie	tak	nie
15	Architektoniczny	IA 1.1 Placówka POZ posiada dostępne pomieszczenia higieniczno-sanitarne	tak	nie	nie
16	Architektoniczny	IA 1.2 Placówka POZ posiada dostępne pomieszczenia do karmienia i przewijania dzieci oraz osób dorosłych	tak	nie	nie
17	Architektoniczny	DA 1.1 Placówka POZ zapewnia dojazdy do budynku dostępne dla osób ze szczególnymi potrzebami	tak	nie	tak z zastrzeżeniem (1 miejsce postojowe nie spełnia wymiarów)



18	Architektoniczny	DA 1.2 Placówka POZ zapewnia dojścia do budynku dostępne dla osób ze szczególnymi potrzebami (2)	tak	nie	nie
19	Cyfrowy	WC 1.1 Placówka POZ posiada stronę internetową zgodną z wymaganiami WCAG 2.1	tak	tak	nie
20	Cyfrowy	RC 1.1 Placówka POZ zapewnia rejestrację telefoniczną, w tym adekwatną do populacji obsługiwanych pacjentów liczbę numerów telefonicznych oraz odpowiednie zaplecze kadrowe pracowników administracji	tak	nie	tak
21	Cyfrowy	RC 1.2 Placówka POZ posiada cyfrowe narzędzia alternatywnego sposobu komunikowania się z pacjentami ze szczególnymi potrzebami	tak	tak	nie
22	Cyfrowy	RC 1.3 Placówka POZ zapewnia e-rejestrację	tak	nie	tak
23	Cyfrowy	GC 1.1 Placówka POZ oferuje pacjentom ze szczególnymi potrzebami świadczenia w modelu telemedycznym	tak	nie	nie
24	Cyfrowy	GC 1.2 Placówka POZ wykorzystuje dostępne aplikacje mobilne dla osób ze szczególnymi potrzebami	nie	tak	nie
25	Cyfrowy	GC 2.1 Placówka POZ zapewnia możliwość skorzystania ze wsparcia tłumacza polskiego języka migowego (i/lub aplikacji umożliwiającej tłumaczenie online)	tak	nie	nie

26	Komunikacyjny	WK 1.1 Personel placówki POZ został przeszkolony w formie warsztatowej z zakresu kompetencji społecznych właściwych dla komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami	nie	tak	nie
27	Komunikacyjny	RK 1.1 Personel placówki POZ, w szczególności osoby pracujące w punkcie rejestracji dysponuje infografikami dotyczącymi sposobów komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami	nie	nie	nie
28	Komunikacyjny	RK 1.2 Wybrani pracownicy placówki POZ znają podstawy polskiego języka migowego	tak	nie	nie
29	Komunikacyjny	RK 2.1 Personel placówki POZ został przeszkolony z zakresu umiejętności komunikacji w formie szkolenia teoretycznego oraz warsztatów praktycznych	nie	tak	nie
30	Komunikacyjny	RK 2.2 Personel placówki POZ posiada oznaczenia identyfikujące wykonywany zawód	tak	tak	nie
31	Organizacyjny	WO 1.1 Placówka POZ przeprowadza audyt dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami przez powołanych audytorów	nie	nie	nie
32	Organizacyjny	WO 2.1 Placówka POZ posiada procedurę w zakresie przyjaznej obsługi osób ze szczególnymi potrzebami	tak	nie	nie
33	Organizacyjny	WO 2.2 Placówka POZ współpracuje z organizacją pozarządową reprezentującą osoby z niepełnosprawnościami	nie	nie	nie

34	Organizacyjny	RO 1.1 W placówce POZ osoba ze szczególnymi potrzebami może skorzystać z pomocy asystenta lub innej formy wsparcia w zakresie rejestracji	tak	nie	nie
35	Organizacyjny	GO 1.1 Placówka POZ posiada w ofercie wizyty domowe dla osób ze szczególnymi potrzebami	tak	tak	nie
36	Organizacyjny	GO 2.1 Placówka POZ przeprowadza badania ankietowe wśród pacjentów ze szczególnymi potrzebami i kadry placówki	nie	nie	nie
37	Organizacyjny	GO 2.2 Placówka POZ przeprowadza ankietę telefoniczną wśród pacjentów ze szczególnymi potrzebami	nie	nie	nie

Ogólna liczba wymagań, których elementy pokrywają się z zakresem minimalnym, wynikającym z ustawy wynosi 26. Z tej liczby 7 wymagań zostało ujętych w zakresie rzeczowym wniosku. Ponadto z ogólnej liczby 37 wymagań, 2 wymagania zostały spełnione, 4 wymagania uznano za spełnione z zastrzeżeniami, 19 wymagań wynikających z ustawy nie zostało spełnionych, 11 wymagań rekomendowanych nie zostało spełnionych, a 1 wymagania nie ma zastosowania.

Szczegółowe wyniki audytu zostały zawarte w Liście sprawdzającej stanowiącej załącznik nr 1 do raportu.

Zakres wymagań wynikających z ustawy, a nie ujętych we wniosku będzie musiał być zrealizowany we wskazanym ustawowo terminie.

W wyniku przeprowadzonego audytu określono ogólny poziom dostępności placówki jako niewystarczający.

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

- strefa wejściowa do budynku (w tym wejście do budynku) jest częściowo niedostosowana do potrzeb pacjentów ze szczególnymi potrzebami. Ponadto placówka nie zapewnia zgodnego z wymogami dojścia i dojazdu do budynku dostępnego dla osób ze szczególnymi potrzebami,
- ograniczony dostęp do punktu rejestracji pacjentów, w tym jego otoczenia i wyposażenia,
- wyposażenie placówki w elementy instalacji, wykończenia i umeblowania częściowo nie spełniają wymagań bezpieczeństwa oraz komfortu użytkownika przez pacjentów,

- placówka posiada gabinety o parametrach: przestrzennych częściowo niewłaściwych dla zagwarantowania dostępności dla pacjentów ze szczególnymi potrzebami, częściowo nie gwarantujące bezpieczeństwa i komfortu pacjentów w zakresie oświetlenia i podstawowych instalacji,
- gabinety nie są wyposażone w sprzęt rehabilitacyjny i medyczny dostosowany do potrzeb pacjentów o ograniczonej sprawności,
- brak właściwie dostosowanego pomieszczenia higieniczno-sanitarnego dla osób ze szczególnymi potrzebami,
- brak postrzegalnych i zrozumiałych informacji umożliwiających poprawne skorzystanie z istniejących rozwiązań i trafiające do właściwych miejsc - brak elementów informacyjnych takich jak: plany tyflograficzne, oznaczenia kierunkowe FON, brak zastosowania faktur typu A prowadzących do punktu informacji lub recepcji, tablic informacyjnych, tabliczek przy drzwiach, brak informacji pisanych powiększoną czcionką, z podwyższonym kontrastem oraz pisane systemem Braille'a,
- placówka nie posiada strony internetowej zgodnej z wymaganiami WCAG 2.1,
- placówka nie zapewnia e-rejestracji, nie oferuje pacjentom ze szczególnymi potrzebami świadczenia w modelu telemedycznym oraz nie posiada w ofercie wizyt domowych dla osób ze szczególnymi potrzebami,
- nie zapewnia możliwości skorzystania ze wsparcia tłumacza polskiego języka migowego (i/lub aplikacji umożliwiającej tłumaczenie online), a pracownicy placówki nie znają podstaw polskiego języka migowego,
- w placówce osoba ze szczególnymi potrzebami nie może skorzystać z pomocy asystenta lub innej formy wsparcia w zakresie rejestracji.

Bariery te są najbardziej uciążliwe dla:

- osób na wózkach inwalidzkich, poruszających się o kulach, o ograniczonej możliwości poruszania się;
  - osób niewidomych i słabowidzących;
  - osób z niepełnosprawnością słuchu;
  - osób głuchoniewidomych;
  - osób z niepełnosprawnością psychiczną i intelektualną;
  - osób starszych i osłabionych chorobami;
  - kobiet w ciąży;
  - osób z małymi dziećmi, w tym z wózkami dziecięcymi;
  - osób mających trudności w komunikowaniu się z otoczeniem (także ze rozumieniem języka pisanego albo mówionego);
  - osób o nietypowym wzroście (w tym również dzieci).
- 5. Zakres rzeczowo-finansowy 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.**

Wnioskodawca w Harmonogramie Realizacji Przedsięwzięcia (dalej „HRP”), stanowiącym załącznik do Wniosku o powierzenie grantu wskazał obszary, w ramach których niezbędne jest podjęcie działań, mających na celu poprawę ogólnej dostępności placówki znajdującej się w Łodzi przy ul. gen. J. Dąbrowskiego 15 B.

W odniesieniu do zakresu rzeczowego wniosku, a także biorąc pod uwagę założenia Standardu Dostępności POZ, ustalono co następuje.

#### Komponent architektoniczny.

##### **5.1. Standard WA 1.3 – Placówka POZ stosuje automatykę drzwiową w wejściu do budynku.**

Wnioskodawca w ramach Harmonogramu Realizacji Przedsięwzięcia, stanowiącego załącznik nr 1 do Wniosku o powierzenie grantu zaproponował następujący zakres rzeczowy realizacji przedmiotowego standardu:

**Zadanie: wymiana drzwi wejściowych do budynku.**

**Poprawność zakresu rzeczowego pod kątem założeń standardu: TAK.**

#### **Uzasadnienie:**

Zarówno w części poradni przeznaczonej dla dorosłych, jak i pediatrycznej w chwili obecnej wejście do budynku stanowią drzwi o szerokości 100 cm otwierane ręcznie na zewnątrz. Wykonawca zamierza wymienić drzwi w części dla dorosłych i w części pediatrycznej<sup>1</sup>. W części przeznaczonej dla dorosłych zamontowane zostaną automatyczne drzwi przesuwne sterowane czujnikami ruchu uwzględniającymi osoby różnego wzrostu. W części pediatrycznej Wnioskodawca zamierza zastosować pojedyncze skrzydło drzwiowe sterowane automatycznie<sup>2</sup>. Powyższe działania spowodują zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych 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 – **BRAK.**
4. Wydatki stanowią cross-financing i są środkami trwałymi – **TAK.**

**Elementy wymagające usunięcia z wniosku o powierzenie grantu (w tym HRP) – nie dotyczy.**

**Elementy nie ujęte w zakresie rzeczowym rekomendowane do wdrożenia – nie dotyczy.**

**Elementy wymagające usunięcia z wniosku o powierzenie grantu (w tym HRP) – nie dotyczy.**

##### **5.2. Standard RA 1.1. – Placówka POZ zapewnia odpowiedni poziom dostępności punktu rejestracji pacjentów, w tym jego otoczenia i wyposażenia.**

---

<sup>1</sup> Realizacja zadania wymaga uzyskania pozwolenia na budowę. W związku z powyższym niezbędny jest projekt budowlany - ponieważ będzie on obejmował również inne elementy instalacji realizowane w ramach zadań dla standardu CA 1.4, opisanych poniżej, koszt projektu budowlanego został wykazany tamże.

<sup>2</sup> W tym przypadku brak jest możliwości montażu drzwi przesuwnych.

Wnioskodawca w ramach Harmonogramu Realizacji Przedsięwzięcia, stanowiącego załącznik nr 1 do Wniosku o powierzenie grantu zaproponował następujący zakres rzeczowy realizacji przedmiotowego standardu:

**Zadanie: modernizacja punktu rejestracji pacjentów.**

**Poprawność zakresu rzeczowego pod kątem założeń standardu: TAK.**

**Uzasadnienie:**

Punkt rejestracji nie spełnia standardu dostępności - pulpit jest zbyt wysoki dla osoby poruszającej się na wózku, czy osoby niskiego wzrostu, światło jest przytłumione, twarze osób pracujących zaciemnione. Kolorystyka zarówno ścian, jak i zabudowy, jednolita, nie rzucająca się w oczy. W celem dostosowania punktu rejestracji pacjentów do standardu dostępności zostaną wykonane następujące działania:

1. zmiana kolorystyki ścian na bardziej kontrastową,
2. wymiana mebli celem obniżenia pulpitu i zmiany kolorystyki - zakup dużego wolnostojącego biurka z niską ladą oraz pasujących do niego szafek,
3. wymiana oświetlenia celem zapewnienia wysokiej jakości oświetlenia twarzy osób pracujących w rejestracji, zakup foteli - 4 szt. W opinii zespołu zakup foteli podniesie jakość pracy personelu medycznego natomiast nie wpłynie na zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych osobom ze szczególnymi potrzebami. Poza zakupem foteli, wykonanie powyższych działań poprawi dostęp do świadczeń zdrowotnych osobom ze szczególnymi potrzebami.

**Analiza finansowa:**

1. Czy wydatki są racjonalne i efektywne? – **TAK z wyjątkiem foteli**
2. Czy wnioskodawca przedstawił rozeznania potwierdzające prawidłowość i racjonalność zaproponowanych wydatków? – **TAK.**
3. Wskazanie wydatków niekwalifikowalnych, które muszą zostać bezwzględnie usunięte – **zakup foteli**
4. Wydatki nie stanowią cross-financing – **TAK.**
5. Wydatki są środkami trwałymi – **TAK w zakresie zakupu biurka z ladą oraz szafek.**

**Elementy wymagające usunięcia z wniosku o powierzenie grantu (w tym HRP) – nie dotyczy.**

**Elementy nie ujęte w zakresie rzeczowym rekomendowane do wdrożenia – nie dotyczy.**

**Elementy wymagające usunięcia z wniosku o powierzenie grantu (w tym HRP) – nie dotyczy.**

***5.3. Standard CA 1.4 – Placówka POZ jest wyposażona w elementy instalacji, wykończenia iumeblowania spełniające wymagania bezpieczeństwa oraz komfortu użytkowania przez pacjentów.***

Wnioskodawca w ramach Harmonogramu Realizacji Przedsięwzięcia, stanowiącego załącznik nr 1 do Wniosku o powierzenie grantu zaproponował następujący zakres rzeczowy realizacji przedmiotowego standardu:

**Zadanie: Przeprowadzenie prac remontowo-instalacyjnych oraz zakup wyposażenia dla podwyższenia komfortu użytkowania przez pacjenta.**

**Poprawność zakresu rzeczowego pod kątem założeń standardu: TAK**

### Uzasadnienie:

Kolorystyka wnętrza jest jednolita i nie spełnia standardów np. dla osób słabowidzących. Oświetlenie jest przytłumione i w korytarzach wyłącznie sztuczne. Brakuje systemu alarmu ppoż. Brakuje też należytego widocznego oznakowania placówki na zewnątrz. Przychodnia zaplanowała prace remontowe i montażowo-instalacyjne, które dotyczyć będą punktu rejestracji, gabinetów lekarskich i diagnostyczno-zabiegowego oraz ciągów komunikacyjnych. Do zrealizowania części z nich potrzebny jest projekt budowlany, ponieważ wymagają pozwolenia na budowę (mają wpływ na wygląd elewacji zewnętrznej obiektu). W związku z powyższym zadanie obejmuje:

1. opracowanie projektu budowlanego dla pozwolenia na budowę w zakresie wymiany drzwi wejściowych do obiektu (standard WA 1.3 powyżej) oraz montażu świetlików w dachu,
2. montaż świetlików dachowych celem doprowadzenia światła dziennego do korytarzy i rejestracji;
3. montaż oświetlenia LED w formie bardziej przyjaznej i w barwie dziennej dającej większe poczucie bezpieczeństwa;
4. ogólne prace remontowo-wykończeniowe polegające na wymianie części podłóg, malowaniu ścian i sufitów, montażu listew prowadzących dla niewidomych, montażu listew naściennych ochronnych;
5. zewnętrzną identyfikację placówki poprzez montaż napisu z logo oraz widoczne oznaczenie wejść na elewacji;
6. zakup krzeseł do poczekalni - 33 szt.

Jak stwierdzono w trakcie oględzin budynku Przychodni, zamontowanie świetlików dachowych nad korytarzami i rejestracją znacznie doświetli pomieszczenia – obecnie pomieszczenia są ciemne, doświetlone nierównomiernym światłem sztucznym. Zamontowanie dodatkowo oświetlenia LED wraz z zamontowaniem świetlików poprawi komfort pacjentów, w tym ze szczególnymi potrzebami. Również zasadne są prace remontowo-wykończeniowe polegające na wymianie części podłóg, malowaniu ścian i sufitów, montażu listew prowadzących dla niewidomych, montażu listew naściennych ochronnych. Część podłóg wykazuje nierównomierność, częściowo wyłożona jest płytkami, w niektórych miejscach o innej fakturze i kolorze a częściowo wyłożona jest linoleum. Również kolorystyka ścian nie spełnia wymogów – jest jednolita, bez zaznaczenia kontrastów, bez wydzielenia stref. Brak jest poręczy/listew prowadzących wzdłuż korytarzy, jak również dolna część ścian nie jest zabezpieczona przed uderzeniami i otarciami. Ponadto w trakcie oględzin stwierdzono, że krzesła nie spełniają wymogów, nie zapewniają stabilnego oparcia, również kolorystyka częściowo nie jest skontrastowana z tłem ścian. Zakup zasadny pod warunkiem zakupu krzeseł spełniających wymogi standardu w ww. zakresie.

Wykonanie ww. prac znacząco poprawi dostępność do świadczeń zdrowotnych dla osób ze szczególnymi potrzebami.

Natomiast w opinii Zespołu audytowego, wykonanie zewnętrznej identyfikacji placówki poprzez montaż napisu z logo wydaje się nie mieć wystarczającego uzasadnienia biorąc pod uwagę stwierdzone liczne braki w spełnianiu standardów. Zasadnym jest natomiast widoczne oznaczenie wejść na elewacji. Zespół audytowy

rekomenduje położenie nacisku na zainstalowanie na zewnątrz oznaczeń zgodnych z wymaganymi w tym zakresie (standardy Polskiego Związku Niewidomych).

#### **Analiza finansowa:**

1. Czy wydatki są racjonalne i efektywne? – **TAK z zastrzeżeniem dotyczącym montażu napisu z logo;**
2. Czy wnioskodawca przedstawił rozeznanie potwierdzające prawidłowość i racjonalność zaproponowanych wydatków? – **TAK.**
3. Wskazanie wydatków niekwalifikowalnych, które muszą zostać bezwzględnie usunięte – **BRAK.**
4. Wydatki stanowią cross-financing – **TAK poza zakupem krzeseł do poczekalni.**

**Elementy nie ujęte w zakresie rzeczowym wymagane do wprowadzenia we wniosku – nie dotyczy.**

**Elementy nie ujęte w zakresie rzeczowym rekomendowane do wdrożenia – nie dotyczy.**

**Elementy wymagające usunięcia z wniosku o powierzenie grantu (w tym HRP) – montaż napisu logo.**

#### ***5.4. Standard GA 1.4. – Placówka POZ posiada gabinety wyposażone w sprzęt rehabilitacyjny i medyczny dostosowany do potrzeb pacjentów o ograniczonej sprawności.***

Wnioskodawca w ramach Harmonogramu Realizacji Przedsięwzięcia, stanowiącego załącznik nr 1 do Wniosku o powierzenie grantu zaproponował następujący zakres rzeczowy realizacji przedmiotowego standardu:

**Zadanie: zakup wyposażenia medycznego.**

**Poprawność zakresu rzeczowego pod kątem założeń standardu: Tak z zastrzeżeniem.**

#### **Uzasadnienie:**

Placówka wykazuje braki sprzętu medycznego dostosowanego do potrzeb pacjentów o ograniczonej sprawności lub ze szczególnymi potrzebami. W ramach zadania placówka przewiduje następujące zakupy:

1. leżanki do gabinetu z elektryczną regulacją wysokości o zwiększonym zakresie - od 50 cm od podłogi;
2. waga ze wzrostomierzem dla osób szczególnie otyłych (do 300 kg) i wysokich (do 230 cm) - 1 szt.,
3. spirometr z zabawnymi obrazkami dla dzieci motywującymi do prawidłowego wykonania badania 1 szt.
4. aparat do szybkich testów z krwi 1 szt.

Zakup leżanek z elektryczną regulacją oraz wagi ze wzrostomierzem dla osób szczególnie otyłych i wysokich, biorąc pod uwagę wyniki audytu, gdzie stwierdzono brak sprzętu dostosowanego dla osób ze szczególnymi potrzebami, znacząco podniesie dostęp takich osób do świadczeń zdrowotnych. Natomiast biorąc pod uwagę gabinet zabiegowy w placówce, nie rekomendujemy zakupu aparatu do szybkich testów krwi oraz spirometru. Powyższe zakupy będą zasadne przy standardzie dotyczącym wizyt domowych – Standard GO 1.1 – Placówka POZ posiada w ofercie wizyty domowe dla osób ze szczególnymi potrzebami, w związku z tym Zespół audytowy rekomenduje przeniesienie zakupów do tego standardu.

#### **Analiza finansowa:**



1. Czy wydatki są racjonalne i efektywne? – **TAK z zastrzeżeniem dotyczącym zakupu spirometru oraz szybkich testów do krwi.**
2. Czy wnioskodawca przedstawił rozeznanie potwierdzające prawidłowość i racjonalność zaproponowanych wydatków? – **TAK.**
3. Wskazanie wydatków niekwalifikowalnych, które muszą zostać bezwzględnie usunięte – **spirometr i aparat do szybkich testów.**
4. Wydatki nie stanowią cross-financing i nie są środkami trwałymi – **TAK.**

**Elementy nie ujęte w zakresie rzeczowym wymagane do wprowadzenia we wniosku** – nie dotyczy.

**Elementy nie ujęte w zakresie rzeczowym rekomendowane do wdrożenia** – nie dotyczy.

**Elementy wymagające usunięcia z wniosku o powierzenie grantu (w tym HRP)** – zakup spirometru i szybkich testów do krwi.

**5.5. Standard GA 1.5. – Placówka POZ posiada gabinety wyposażone w elementy wykończenia i umeblowania podwyższające stopień dostępności ich przestrzeni.**

Wnioskodawca w ramach Harmonogramu Realizacji Przedsięwzięcia, stanowiącego załącznik nr 1 do Wniosku o powierzenie grantu zaproponował następujący zakres rzeczowy realizacji przedmiotowego standardu:

**Zadanie: Wyposażenie gabinetu diagnostyczno-zabiegowego oraz gabinetów lekarskich w meble podwyższające stopień dostępności ich przestrzeni.**

**Poprawność zakresu rzeczowego pod kątem założeń standardu: TAK**

**Uzasadnienie:**

Umeblowanie gabinetu diagnostyczno-zabiegowego oraz gabinetów lekarskich nie spełnia kryteriów ergonomii, jego kolorystyka nie kontrastuje z kolorami ścian i podłóg. W ramach zadania placówka przewiduje następujące zakupy:

1. stała zabudowa meblowa gabinetu diagnostyczno-zabiegowego,
2. biurka lekarskie - 3 szt.,
3. fotele - 4 szt.

W opinii Zespołu audytowego, zaproponowana wymiana mebli podniesie jedynie standard pracy personelu medycznego, natomiast nie wpłynie na poprawę dostępności do świadczeń zdrowotnych osób ze szczególnymi potrzebami. Zakupami do zaakceptowania w tym przypadku są fotele, pod warunkiem że będą dedykowane pacjentom, a nie jako wyposażenie dla personelu medycznego. Również zmiana stałej zabudowy meblowej gabinetu diagnostyczno-terapeutycznego nie poprawi obszaru przestrzeni manewrowej dla osób ze szczególnymi potrzebami.

**Analiza finansowa:**

1. Czy wydatki są racjonalne i efektywne? – **NIE, z zastrzeżeniem dotyczącym zakupu foteli do gabinetów, pod warunkiem, że będą dedykowane pacjentom.**

2. Czy wnioskodawca przedstawił rozeznania potwierdzające prawidłowość i racjonalność zaproponowanych wydatków? – **TAK**.
3. Wskazanie wydatków niekwalifikowalnych, które muszą zostać bezwzględnie usunięte – **wszystkie poza ewentualnie fotelami**.
4. Wydatki stanowią cross-financing – **TAK w przypadku stałej zabudowy meblowej**.
5. Wydatki nie są środkami trwałymi – **TAK**.

**Elementy nie ujęte w zakresie rzeczowym wymagane do wprowadzenia we wniosku** – nie dotyczy.

**Elementy nie ujęte w zakresie rzeczowym rekomendowane do wdrożenia** – nie dotyczy.

**Elementy wymagające usunięcia z wniosku o powierzenie grantu (w tym HRP)** – wszystkie poza ewentualnie fotelami.

#### Komponent cyfrowy.

#### **5.6 Standard RC 1.2. – Placówka POZ posiada cyfrowe narzędzia alternatywnego sposobu komunikowania się z pacjentami ze szczególnymi potrzebami.**

Wnioskodawca w ramach Harmonogramu Realizacji Przedsięwzięcia, stanowiącego załącznik nr 1 do Wniosku o powierzenie grantu zaproponował następujący zakres rzeczowy realizacji przedmiotowego standardu:

**Zadanie: Zakup sprzętu informatycznego i oprogramowania.**

**Poprawność zakresu rzeczowego pod kątem założeń standardu: TAK z zastrzeżeniem.**

#### **Uzasadnienie:**

W placówce brakuje sprzętu informatycznego, który umożliwiłby wdrożenie rozwiązań w zakresie alternatywnego sposobu komunikowania się z osobami ze szczególnymi potrzebami. W ramach zadania placówka przewiduje zakup sprzętu informatycznego, który wzmocni potencjał placówki w zakresie udzielania świadczeń w modelu telewizyt, generowania dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej i wystawiania e-dokumentów (np. e-recepta) w trakcie wizyt mobilnych (domowych) oraz współpracy z Indywidualnym Kontem Zdrowotnym (IKZ) i Indywidualnym Kontem Pacjenta (IKP). Wykonanie powyższych działań poprawi dostęp do świadczeń zdrowotnych osobom ze szczególnymi potrzebami.

Zakupy obejmują:

1. serwer z oprogramowaniem dla potrzeb udzielania świadczeń w modelu telemedycznym i w formie wizyt mobilnych,
2. system bazodanowy dla celów przechowywania większej ilości danych związanych z telewizytami i wizytami mobilnymi,
3. zestaw komputerowy do telewizyt do gabinetu diagnostyczno-zabiegowego - 1 szt.,
4. zestaw komputerowy do telewizyt dla lekarza - 3 szt.,
5. laptop do celów rejestracji IKP - 1 szt.,

6. skaner dla celów elektronicznej dokumentacji i możliwości udostępniania jej pacjentom przez Internet - 2 szt.,
7. oprogramowanie do centrali telefonicznej umożliwiające identyfikację pacjenta w systemie informatycznym przychodni po numerze telefonu.

W przypadku zakupu laptopów należy wykazać do sfinansowania w ramach programu kwotę jednostkową do wysokości 2.500,00 zł.

**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 – **BRAK.**
4. Wydatki stanowią cross-financing – **Nie.**
5. Wydatki są środkami trwałymi – **TAK w zakresie pkt 1,2 i 7.**

**Elementy nie ujęte w zakresie rzeczowym wymagane do wprowadzenia we wniosku** – nie dotyczy.

**Elementy nie ujęte w zakresie rzeczowym rekomendowane do wdrożenia** – nie dotyczy.

**Elementy wymagające usunięcia z wniosku o powierzenie grantu (w tym HRP)** – nie dotyczy.

**5.7 Standard WC 1.1. – Placówka POZ posiada stronę internetową zgodną z wymaganiami WCAG 2.1.**

Wnioskodawca w ramach Harmonogramu Realizacji Przedsięwzięcia, stanowiącego załącznik nr 1 do Wniosku o powierzenie grantu zaproponował następujący zakres rzeczowy realizacji przedmiotowego standardu:

**Zadania: stworzenie strony internetowej.**

**Poprawność zakresu rzeczowego pod kątem założeń standardu: TAK.**

**Uzasadnienie:**

Placówka posiada stronę internetową, jednak nie spełnia ona wymagań WCAG 2.1. W ramach zadania placówka przewiduje stworzenie strony internetowej zgodnej z wymaganiami WCAG 2.1. Będzie ona zawierać wszystkie informacje kluczowe dla pacjentów ze szczególnymi potrzebami, w tym co najmniej o rodzaju i zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz procedurach dedykowanych osobom ze szczególnymi potrzebami. Realizacja powyższego zadania poprawi dostępność do świadczeń zdrowotnych osobom ze szczególnymi potrzebami.

Zakres dotyczący audytu strony internetowej pod kątem standardu WCAG 2.1 został zawarty w załączniku nr 3 do Raportu. Prosimy o szczegółowe zapoznanie się z nim i wdrożenie wskazanych rekomendacji.

**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 – **BRAK**
4. Wydatki nie stanowią cross-financing i są środkami trwałymi – **TAK.**

**Elementy nie ujęte w zakresie rzeczowym wymagane do wprowadzenia we wniosku** – nie dotyczy.

Rekomendacje zawarte w załączniku nr 3 do Raportu.

**Elementy nie ujęte w zakresie rzeczowym rekomendowane do wdrożenia** – nie dotyczy. Rekomendacje zawarte w załączniku nr 3 do Raportu.

**Elementy wymagające usunięcia z wniosku o powierzenie grantu (w tym HRP)** – nie dotyczy. Rekomendacje zawarte w załączniku nr 3 do Raportu.

### **5.8 Standard GC 1.2. – Placówka POZ wykorzystuje dostępne aplikacje mobilne dla osób ze szczególnymi potrzebami.**

Wnioskodawca w ramach Harmonogramu Realizacji Przedsięwzięcia, stanowiącego załącznik nr 1 do Wniosku o powierzenie grantu zaproponował następujący zakres rzeczowy realizacji przedmiotowego standardu:

**Zadanie: zakup sprzętu informatycznego i oprogramowania.**

**Poprawność zakresu rzeczowego pod kątem założeń standardu: TAK.**

#### **Uzasadnienie:**

W placówce brakuje sprzętu informatycznego, który umożliwiłby rozwinięcie możliwości stosowania aplikacji mobilnych dla osób ze szczególnymi potrzebami. W ramach zadania placówka przewiduje zakup sprzętu informatycznego, który wzmocni potencjał placówki w zakresie stosowania aplikacji mobilnych, a mianowicie:

1. zestaw komputerowy do rejestracji uwzględniający teleobsługę oraz obsługę aplikacji mobilnych 4 szt.,
2. smartfon do potwierdzania mTożsamości oraz prezentacji korzystania z aplikacji mobilnych 4 szt.

Wykonanie powyższych działań poprawi dostęp do świadczeń zdrowotnych osobom 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 – **BRAK**
4. Wydatki nie stanowią cross-financing i nie są środkami trwałymi – **TAK.**

**Elementy nie ujęte w zakresie rzeczowym wymagane do wprowadzenia we wniosku** – nie dotyczy.

**Elementy nie ujęte w zakresie rzeczowym rekomendowane do wdrożenia** – nie dotyczy.

**Elementy wymagające usunięcia z wniosku o powierzenie grantu (w tym HRP)** – nie dotyczy.

[Komponent komunikacyjny.](#)

**5.9 Standard WK 1.1 – Personel placówki POZ został przeszkolony w formie warsztatowej z zakresu kompetencji społecznych właściwych dla komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami.**

Wnioskodawca w ramach Harmonogramu Realizacji Przedsięwzięcia, stanowiącego załącznik nr 1 do Wniosku o powierzenie grantu zaproponował następujący zakres rzeczowy realizacji przedmiotowego standardu:

**Zadania: Realizacja szkoleń dla kadry menedżerskiej.**

**Poprawność zakresu rzeczowego pod kątem założeń standardu: TAK.**

**Uzasadnienie:**

Kadra menedżerska placówki nie została przeszkolona w zakresie stosowania kompetencji menedżerskich w zakresie motywowania pracowników, komunikacji i budowania zespołu przyjaznego osobom ze szczególnymi potrzebami. W ramach zadania placówka zaplanowała szkolenia dla kadry menedżerskiej (3 osoby), które będą obejmować następujące zagadnienie: Budowanie zespołu przyjaznego osobom ze szczególnymi potrzebami. Szkolenia będą poprzedzone analizą przedszkoleniową. Po zakończeniu szkoleń odbędzie się także wizyta typu follow-up. Powyższe pozwoli na poprawę dostępności osób ze szczególnymi potrzebami do świadczeń zdrowotnych.

**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 – **BRAK.**
4. Wydatki nie stanowią cross-financing i nie są środkami trwałymi – **NIE.**

**Elementy nie ujęte w zakresie rzeczowym wymagane do wprowadzenia we wniosku – nie dotyczy.**

**Elementy nie ujęte w zakresie rzeczowym rekomendowane do wdrożenia – nie dotyczy.**

**Elementy wymagające usunięcia z wniosku o powierzenie grantu (w tym HRP) – nie dotyczy.**

**5.10 Standard RK 2.1 – Personel placówki POZ został przeszkolony z zakresu umiejętności komunikacji w formie szkolenia teoretycznego oraz warsztatów praktycznych.**

Wnioskodawca w ramach Harmonogramu Realizacji Przedsięwzięcia, stanowiącego załącznik nr 1 do Wniosku o powierzenie grantu zaproponował następujący zakres rzeczowy realizacji przedmiotowego standardu:

**Zadanie: Realizacja szkoleń dla kadry menedżerskiej oraz pozostałego personelu placówki.**

**Poprawność zakresu rzeczowego pod kątem założeń standardu: TAK.**

**Uzasadnienie:**

Personel placówki nie został przeszkolony w zakresie umiejętności komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami. Zakres szkoleń dla kadry i pozostałego personelu placówki (22 osoby) będzie obejmował następujące zagadnienia:

1. Komunikacja z osobami ze szczególnymi potrzebami - podstawowe pojęcia, charakterystyka grup osób ze szczególnymi potrzebami, źródła informacji i wsparcia w tym zakresie.
2. Komunikacja z osobami ze szczególnymi potrzebami - możliwe sytuacje kryzysowe i sposoby radzenia sobie z nimi.

Realizacja powyższych szkoleń poprawi dostępność osób ze szczególnymi potrzebami do świadczeń zdrowotnych.

#### **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 – **BRAK**
4. Wydatki nie stanowią cross-financing i nie są środkami trwałymi – **NIE**.

**Elementy nie ujęte w zakresie rzeczowym wymagane do wprowadzenia we wniosku** – nie dotyczy.

**Elementy nie ujęte w zakresie rzeczowym rekomendowane do wdrożenia** – nie dotyczy.

**Elementy wymagające usunięcia z wniosku o powierzenie grantu (w tym HRP)** – nie dotyczy.

#### ***5.11 Standard RK 2.2 – Personel placówki POZ posiada oznaczenia identyfikujące wykonywany zawód.***

Wnioskodawca w ramach Harmonogramu Realizacji Przedsięwzięcia, stanowiącego załącznik nr 1 do Wniosku o powierzenie grantu zaproponował następujący zakres rzeczowy realizacji przedmiotowego standardu:

**Zadania: Zakup (projekt i wykonanie) jednolitych strojów dla personelu.**

**Poprawność zakresu rzeczowego pod kątem założeń standardu: TAK.**

#### **Uzasadnienie:**

Personel placówki nie posiada oznaczeń lub elementów ubioru jednoznacznie identyfikujących wykonywany zawód. Zadanie przewiduje zlecenie wykonania identyfikatorów oraz projektu oraz zakup strojów dla personelu, o różnej kolorystyce dla wyróżnienia poszczególnych zawodów medycznych i ułatwienia ich identyfikacji.

#### **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 – **BRAK**
4. Wydatki nie stanowią cross-financing i nie są środkami trwałymi – **NIE**.

**Elementy nie ujęte w zakresie rzeczowym wymagane do wprowadzenia we wniosku** – nie dotyczy.

**Elementy nie ujęte w zakresie rzeczowym rekomendowane do wdrożenia** – nie dotyczy.

**Elementy wymagające usunięcia z wniosku o powierzenie grantu (w tym HRP)** – nie dotyczy.

Komponent organizacyjny.

### **5.12 Standard GO 1.1 – Placówka POZ posiada w ofercie wizyty domowe dla osób ze szczególnymi potrzebami.**

Wnioskodawca w ramach Harmonogramu Realizacji Przedsięwzięcia, stanowiącego załącznik nr 1 do Wniosku o powierzenie grantu zaproponował następujący zakres rzeczowy realizacji przedmiotowego standardu:

**Zadanie: Zakup tabletek dla celów wizyt domowych.**

**Poprawność zakresu rzeczowego pod kątem założeń standardu: TAK.**

#### **Uzasadnienie:**

Placówka świadczy wizyty domowe, jednak brakuje sprzętu informatycznego, który pozwoli na bieżący dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta w trakcie wizyty. Placówka częściowo spełnia wymagania standardu, tzn. posiada w ofercie wizyty domowe dla osób ze szczególnymi potrzebami, zidentyfikowano jednak potrzebę wyposażenia pielęgniarek i położnych w tablety, aby zapewnić im bieżący dostęp do dokumentacji medycznej pacjentów w trakcie wizyt. Zadanie przewiduje zakup 4 tabletek dla celów wizyt domowych, głównie z przeznaczeniem dla pielęgniarek i położnych. W trakcie audytu stwierdzono, że placówka ogólnie oferuje wizyty domowe, natomiast nie ma listy osób ze szczególnymi potrzebami jak również procedury kwalifikacji do ww. wizyt i ich odbywania. Zakup tabletek dla celów wizyt domowych będzie zasadny pod warunkiem stworzenia listy osób ze szczególnymi potrzebami oraz stworzenia właściwej w tym zakresie procedury.

#### **Analiza finansowa:**

1. Czy wydatki są racjonalne i efektywne? – **TAK z zastrzeżeniem stworzenia listy osób ze szczególnymi potrzebami oraz procedury wizyt domowych dla takich osób.**
2. Czy wnioskodawca przedstawił rozeznanie potwierdzające prawidłowość i racjonalność zaproponowanych wydatków? – **TAK.**
3. Wskazanie wydatków niekwalifikowalnych, które muszą zostać bezwzględnie usunięte – **BRAK**
4. Wydatki nie stanowią cross-financing i nie są środkami trwałymi – **NIE.**

**Elementy nie ujęte w zakresie rzeczowym wymagane do wprowadzenia we wniosku – nie dotyczy.**

**Elementy nie ujęte w zakresie rzeczowym rekomendowane do wdrożenia – rekomendujemy w tym standardzie zakup szybkich testów do krwi i spirometru, wykazanych w standardzie GA 1.4.**

**Elementy wymagające usunięcia z wniosku o powierzenie grantu (w tym HRP) – nie dotyczy.**

## **6 Podsumowanie - wnioski i rekomendacje**

Zespół audytowy stwierdził zasadność realizacji projektu, po uwzględnieniu zastrzeżeń. Po przeprowadzonych czynnościach audytowych należy przyjąć, że zakładane do realizacji zadania są potrzebne i po wprowadzeniu korekt możliwe do wykonania.

Zaplanowane działania w zakresie komponentu: architektonicznego, cyfrowego, komunikacyjnego oraz organizacyjnego istotnie zwiększą dostępność placówki dla wszystkich grup pacjentów. Niemniej będą

wymagane dalsze działania wykraczające poza zakres realizacji projektu, ponieważ placówka w obecnym kształcie spełnia tylko 2 standardy. Powyższe wskazuje na konieczność podjęcia działań we własnym zakresie, celem dostosowania placówki do wymogów wynikających z obowiązujących w tym zakresie uregulowań. Ponadto, ze względu na upływ czasu, konieczna będzie aktualizacja okresu realizacji projektu wHRP. Poniżej przedstawiamy zakres niezrealizowanych przez Przychodnię wymagań, które powinny być w miarę możliwości sukcesywnie realizowane, przy czym w pierwszej kolejności te, które muszą być bezwzględnie spełnione, ponieważ są wymagane zarówno przez ustawę o dostępności jak i przez Standard Dostępności POZ, natomiast kolejne ujęte tylko przez Standard Dostępności POZ.

1. W zakresie wymagań, które są wymagane zarówno przez ustawę o dostępności jak i przez Standard Dostępności POZ:

1) Wymagania standardu WA 1.2 – Placówka POZ posiada dostępne wejście do budynku dostosowane do potrzeb pacjentów ze szczególnymi potrzebami:

- oznaczenie drzwi wejściowych kontrastowymi pasami;
- przedsionek w trefie wejścia powinien mieć szerokość 1,8 m;
- zastosowanie w wewnętrznej strefie wejściowej faktur typu A prowadzących do rejestracji.

2) Wymagania standardu RA 1.1 – Placówka POZ zapewnia odpowiedni poziom dostępności punktu rejestracji pacjentów, w tym jego otoczenia i wyposażenia – pomimo, że poszczególne elementy z ww. standardu znajdują się we wniosku, należy dodatkowo rozważyć dostosowanie do wymogów poniższych elementów:

- wyposażenie w system fakturowy naprowadzający do miejsc pozyskania informacji i pierwszego kontaktu z pacjentem,
- wyposażenie punktu rejestracji: w stanowiskową pętlę indukcyjną i w tłumacza PJM oraz uwidocznienie informacji o pętli i tłumaczeniu za pomocą standardowych piktogramów,
- wyposażenie stanowiska do obsługi pacjenta: w oświetlenie punktowe, komputer z programem udźwiękawiająco-powiększającym z materiałami dostępnymi dla pacjenta zgodnie ze standardem WCAG 2.1, urządzenia do czytania i rozpoznawania drukowanego tekstu, syntezatory mowy (wsparcie osób z niepełnosprawnością wzroku lub słuchu), pomocy optycznych;
- zapewnienie informacji o budynku i działaniach w nim prowadzonych – informacje powinny mieć formę tekstu łatwego do czytania i zrozumienia oraz w polskim języku migowym na wyświetlaczu w rejestracji,
- zainstalowanie akustycznego i wizualnego systemu powiadamiania w całym obiekcie,
- zainstalowanie na drogach ewakuacyjnych piktogramów dotykowych,
- zainstalowanie w strefie rejestracji opisów i znaków z odpowiednią informacją dotyczącą zasad poruszania się w budynku,
- ujednolicenie stosowanego w przychodni systemu informacji w zakresie kolorystyki, czcionki,
- uzupełnienie systemu nawigacji o informacje napisane Braille'm,



- informacje czytane z bliska powinny być umieszczone na wysokości pola widzenia – od 1,4 m do 1,6 m,
  - uzupełnienie systemu informacji o elementy dotykowe – wypukłe plany pomieszczeń, budynku,
  - umieszczenie planów tyflograficznych całego obiektu w obszarze strefy wejściowej,
  - zapewnienie czytelnej informacji na temat kierunków dojść do pomieszczeń i identyfikacji, lokalizacji planów dotykowych, sposobu zagospodarowania i wyposażenia pomieszczeń higienicznych,
  - w strefie obsługi pacjenta wyróżnienie w posadzce z dróg komunikacji ogólnej za pomocą kontrastu barwnego i fakturowego miejsce kolejki oraz stanowisko oczekiwania,
  - elementy zabudowy i wyposażenia, które stanowić mogą zagrożające bezpieczeństwu użytkowników bariery przestrzenne, powinny być zauważalne (oznaczone kolorystycznie) i bezpieczne,
  - wyróżnienie poszczególnych stref obiektu;
- 3) Wymagania standardu CA 1.1 – Placówka POZ posiada dostępną komunikację poziomą w budynku:
- ciągi komunikacyjne nie spełniają standardu w zakresie wymiarów;
  - zainstalowanie widocznych poręczy wzdłuż ciągów komunikacyjnych wraz z odpowiednim oznakowaniem (na końcach poręczy oznaczenie dotykowe, pismem Braille'a oznaczenie miejsca jako punktu orientacji).
- 4) Wymagania standardu CA 1.3 – w strefach służących komunikacji oraz w poczekalniach placówka POZ jest wyposażona w spełniające kryteria dostępności elementy stolarki drzwiowej i okiennej:
- zapewnienie przestrzeni manewrowej o wymiarach zgodnych ze standardem;
  - pokrycie stalowych klamek i uchwytów plastikiem,
  - zabezpieczenie dolnych części drzwi materiałem odpornym na uszkodzenia mechaniczne,
  - opisanie drzwi oznaczeniami wypukłymi i alfabetem Braille'a
  - na powierzchniach pionowych obok drzwi powinny znajdować się krótkie oznaczenia dotykowe (np. napisy Braille'owskie lub oznaczenia wypukłe),
  - oznaczenia i napisy znajdujące się na wysokości klamki nie spełniają standardu w zakresie kąta nachylenia;
  - przezroczyste drzwi powinny być odpowiednio oznakowane zgodnie z wymogami standardu.
- 5) Wymagania standardu CA 1.4 – Placówka POZ jest wyposażona w elementy instalacji, wykończenia i meblowania spełniające wymagania bezpieczeństwa oraz komfortu użytkownika przez pacjentów wyposażenia – pomimo, że poszczególne elementy z ww. standardu znajdują się we wniosku, należy dodatkowo rozważyć dostosowanie do wymogów poniższych elementów:
- wyposażenie elementów ogrzewania mechanizmami chroniącymi przed oparzeniem,
  - wyposażenie instalacji wody ciepłej w termostacyjne zawory mieszające z ograniczeniem maksymalnej temperatury;
  - wyposażenie rejestracji i innych miejsc obsługi pacjentów w pętle indukcyjne,
  - wyposażenie gabinetów lekarskich w przenośne pętle indukcyjne;

- zintegrowanie instalacji alarmowej przeciwpożarowej ze świetlną i dźwiękową sygnalizacją zagrożenia,
  - w obrębie ciągów komunikacji i w poczekalniach powinny być stosowane znaki informacyjne oznakowane piktogramami, opisane pismem Braille'a,
  - dostosowanie systemów informacyjnych w budynku do tych, które zastosowano w obrębie dojeżdż i dojazdów,
  - wyposażenie dojeżdż do pomieszczeń w budynku w dodatkowe elementy wskazujące i naprowadzające;
  - wyposażenie poczekalni w meble (krzesła) wymagające wymogi standardu.
- 6) Wymogi standardu GA 1.3 – Placówka POZ posiada gabinety o właściwych dla zagwarantowania bezpieczeństwa i komfortu pacjentów parametrach oświetlenia i podstawowych instalacji:
- dostosowanie oświetlenia do wymogów standardu;
  - mechanizmy otwierania i zamykania elementów przysłaniających dostępne dla osób stojących powinny być zamontowane na wysokościach zgodnie z wymogami standardu;
  - osłonięcie grzejników od bezpośredniego kontaktu z elementem grzejnym trudnym do usunięcia ekranem ochroniającym;
  - w instalacji wody ciepłej powinny być zainstalowane termostatyczne zawory mieszające z ograniczeniem maksymalnej temperatury i zapobiegające poparzeniu;
  - wyposażenie gabinetów w pętle indukcyjne, w system video tłumacza PJM.
- 7) Wymagania standardu GA 1.4 – Placówka POZ posiada gabinety wyposażone w sprzęt rehabilitacyjny i medyczny dostosowany do potrzeb pacjentów o ograniczonej sprawności – pomimo, że poszczególne elementy z ww. standardu znajdują się we wniosku, należy dodatkowo rozważyć dostosowanie do wymogów poniższych elementów:
- wyposażenie gabinetu w przenośny podnośnik podłogowy lub sufitowy.
- 8) Wymagania standardu IA 1.1 – Placówka POZ posiada dostępne pomieszczenia higieniczno-sanitarne:
- w trakcie audytu stwierdzono brak wymaganych przestrzeni i wymiarów, brak kontrastów i odpowiedniego wyposażenia – należy dostosować pomieszczenia higieniczno-sanitarne do obowiązujących w tym zakresie uregulowań – szczegóły w Liście sprawdzającej.
- 9) Wymagania standardu IA 1.2 – Placówka POZ posiada dostępne pomieszczenia do karmienia i przewijania dzieci oraz osób dorosłych:
- wydzielenie miejsca do karmienia i przewijania dzieci zgodnie z obowiązującym w tym zakresie uregulowaniami.
- 10) Wymagania standardu DA 1.2 – Placówka POZ zapewnia dojścia do budynku dostępne dla osób ze szczególnymi potrzebami:
- dostosowanie do wymogów standardu, w szczególności w zakresie: nawierzchni ciągów pieszych, systemu informacji, miejsca odpoczynku;

- 11) Wymagania standardu RC 1.2 – Placówka POZ posiada cyfrowe narzędzia alternatywnego sposobu komunikowania się z pacjentami ze szczególnymi potrzebami – pomimo, że poszczególne elementy z ww. standardu znajdują się we wniosku, należy dodatkowo rozważyć dostosowanie do wymogów poniższych elementów:
  - wprowadzenie alternatywnych sposobów komunikowania się z pacjentem w postaci kontaktu korespondencyjnego oraz tłumacza polskiego języka migowego lub tłumacza-przewodnika, o których mowa w art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się;
- 12) Wymagania standardu GC 1.1 – Placówka POZ oferuje pacjentom ze szczególnymi potrzebami świadczenia w modelu telemedycznym – pomimo, że poszczególne elementy z ww. standardu znajdują się we wniosku, należy dodatkowo rozważyć dostosowanie do wymogów poniższych elementów:
  - sporządzenie procedury dotyczącej udzielania świadczeń telemedycznych, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie wytycznymi,
  - zamieszczenie na stronie internetowej informacji o zakresie świadczeń telemedycznych udzielanych przez placówkę oraz przekazywanie ich na bieżąco w procesie rejestracji na wizytę,
  - utworzenie bazy danych pacjentów, którzy potwierdzili zainteresowanie świadczeniami telemedycznymi,
  - przygotowanie wykazu wymagań technicznych po stronie pacjenta,
  - przeszkolenie personelu medycznego z zakresu udzielania świadczeń telemedycznych,
  - usługa powinna być kompatybilna z programem udźwiękawiającym / powiększającym.
- 13) Wymagania standardu GC 2.1 - 2 Placówka POZ wykorzystuje dostępne aplikacje mobilne dla osób ze szczególnymi potrzebami:
  - zgodnie ze standardem powinna być dostępna usługa tłumacza migowego.
- 14) Wymagania standardu WO 2.1 – Placówka POZ posiada procedurę w zakresie przyjaznej obsługi osób ze szczególnymi potrzebami:
  - uzupełnienie regulaminu organizacyjnego i innych dokumentów zawierających procedury postępowania w placówce POZ pod kątem ich przydatności dla osób ze szczególnymi potrzebami,
  - uwzględnienie w procedurach przeciwpożarowych wymagań pacjentów ze szczególnymi potrzebami, przede wszystkim z niepełnosprawnościami.
- 15) Wymagania standardu GO 1.1 – Placówka POZ posiada w ofercie wizyty domowe dla osób ze szczególnymi potrzebami – pomimo, że poszczególne elementy z ww. standardu znajdują się we wniosku, należy dodatkowo rozważyć dostosowanie do wymogów poniższych elementów:
  - stworzenie listy pacjentów oraz procedury kwalifikowania pacjentów do wizyt domowych.
- 16) Wymagania standardu RO 1.1 – W placówce POZ osoba ze szczególnymi potrzebami może skorzystać z pomocy asystenta lub innej formy wsparcia w zakresie rejestracji:

- zapewnienie pacjentom ze szczególnymi potrzebami możliwości skorzystania z pomocy przy wykonywaniu czynności związanych z rejestracją na wizytę oraz przy wypełnianiu niezbędnych dokumentów.
- 17) Wymagania standardu RK 1.2 – Wybrani pracownicy placówki POZ znają podstawy polskiego języka migowego:
- wybrane osoby pracujące w punkcie rejestracji oraz wybrana kadra medyczna, powinny znać podstawy polskiego języka migowego;
  - personel powinien mieć opanowane posługiwanie się polskim językiem migowym na poziomie średnio-zaawansowanym.
2. W zakresie wymagań ujętych tylko przez Standard Dostępności POZ – rekomendowane do wprowadzenia:
- 1) Wymagania standardu WA 1.3. – Placówka POZ stosuje automatykę drzwiową w wejściu do budynku - pomimo, że poszczególne elementy z ww. standardu znajdują się we wniosku, należy dodatkowo rozważyć dostosowanie do wymogów poniższych elementów:
- wyposażenie w fakturę kierunkową typu A według systemu FON prowadzącą do planu tyflogicznego.
- 2) Wymagania standardu CA 1.5 – Placówka POZ posiada dodatkowe usprawnienia w zakresie dostępności przestrzeni poczekalni oraz komunikacji poziomej i pionowej w obiekcie:
- wyposażenie ciągów komunikacji i poczekalni oddalonych od miejsc, w których przebywa personel placówki i dla niego niewidocznych w systemy alarmowe/przyzywowe.
- 3) Wymagania standardu GA 1.5 – Placówka POZ posiada gabinety wyposażone w elementy wykończenia i umeblowania podwyższające stopień dostępności ich przestrzeni – pomimo, że poszczególne elementy z ww. standardu znajdują się we wniosku, należy dodatkowo rozważyć dostosowanie do wymogów poniższych elementów:
- meble powinny być zgodne ze standardem.
- 4) Wymagania standardu GC 1.2 – placówka POZ wykorzystuje dostępne aplikacje mobilne dla osób ze szczególnymi potrzebami:
- wyposażenie w aplikacje mobilne, pozwalające na: generowaniu informacji o zdrowiu pacjenta, wspomaganie decyzji podejmowanych przez kadre medyczną, informowanie placówki POZ o planie wizyty lub wizycie OzSP, zajęcie miejsca w kolejce (zamiast np. udania się do automatu przydzielającego numerek w kolejce);
- 5) Wymagania standardu WO 1.1 – Placówka POZ przeprowadza audyt dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami przez powołanych audytorów:
- przeprowadzenie audytu z udziałem niezależnych audytorów.
- 6) Wymagania standardu WO 2.2 – Placówka POZ współpracuje z organizacją pozarządową reprezentująca osoby z niepełnosprawnościami:
- Nawiązanie współpracy z organizacją pozarządową reprezentującą OzN.
- 7) Wymagania standardu GO 2.1 – Placówka POZ przeprowadza badania ankietowe wśród pacjentów ze szczególnymi potrzebami i kadry placówki:

- przeprowadzanie opinii jakości opieki na bieżąco wśród pacjentów;
  - przeprowadzanie opinii jakości opieki okresowo, co najmniej raz na rok, wśród personelu;
  - opracowanie ankiety we współpracy z organizacją pozarządową reprezentującą OzSP (przede wszystkim osoby z niepełnosprawnościami);
  - opracowywanie na podstawie wyników ankiet rekomendacji zmian i harmonogramu ich wdrożenia i mechanizmu monitorowania;
  - rekomendacje zmian powinny być przedmiotem kolejnych audytów i kolejnych badań ankietowych.
- 8) Wymagania standardu GO 2.2 – Placówka POZ przeprowadza ankietę telefoniczną wśród pacjentów ze szczególnymi potrzebami:
- przygotowanie ankietowego badania telefonicznego zgodnie ze standardem;
  - badanie powinno obejmować minimum 10% pacjentów ze szczególnymi potrzebami.
- 9) Wymagania standardu RK 1.1. – Wybrani pracownicy placówki POZ znają podstawy polskiego języka migowego:
- wyposażenie Placówki w infografiki zgodnie ze standardem.

Szczegółowe informacje dotyczące parametrów poszczególnych obszarów wymaganych do wdrożenia zostały zawarte w rekomendacjach w ramach list sprawdzających, stanowiących **załącznik nr 1** do niniejszego raportu.

## 7 Załączniki

1. Lista sprawdzająca.
2. Wniosek o powierzenie grantu wraz z Harmonogramem Realizacji Przedsięwzięcia.
3. Materiał informacyjny pt. *Elementy dostępności cyfrowej strony internetowej (wykonanie - CSIoZ)*.

### Podpisy audytorów:

1. Wioletta Kot – Kierownik Zespołu
2. Ewa Szewczyk - Członek Zespołu