S-V.431.2.4.2021.RM

***protokół kontroli***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa jednostki**  **kontrolowanej** | NZOZ Sanatorium Uzdrowiskowe „Amer-Pol”  Henryk Koszałka |
| **Adres:** | ul. Zdrojowa 27  38-610 Polańczyk |
| **Numer wpisu do rejestru**  **ośrodków:** | OD/18/0015/19 |
| **Oznaczenie rodzajów turnusów rehabilitacyjnych** | * usprawniająco-rekreacyjny; * szkoleniowy; |
| **Oznaczenie dysfunkcji osób niepełnosprawnych, które mogą być przyjmowane na turnusy:** | * z dysfunkcją narządu ruchu, z wyłączeniem osób poruszających się na wózkach inwalidzkich; * z dysfunkcją narządu ruchu, poruszających się na wózkach inwalidzkich; * z upośledzeniem umysłowym; * z chorobą psychiczną; * z chorobami reumatycznymi; * z padaczką; * ze schorzeniami układu krążenia; * z chorobami neurologicznymi, z mózgowym porażeniem dziecięcym, ze stwardnieniem rozsianym, z chorobami układu oddechowego,  z chorobami reumatycznymi, ze schorzeniami metabolicznymi, z cukrzycą, kobiety po mastektomii; |
| **Data rozpoczęcia kontroli:**  **Data zakończenia kontroli:** | 03.11.2021 r.  03.11.2021 r. |
| **Przedmiot kontroli:** | Przedmiotem kontroli jest w szczególności stwierdzenie zgodności informacji zawartych we wniosku ośrodka o wpis do rejestru ze stanem faktycznym – ocena spełniania przez ośrodek warunków wskazanych w § 15 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych. |
| **Imię i nazwisko osoby  kierującej ośrodkiem:** | Pan Henryk Koszałka– właściciel  Pan Christopher Koszałka - dyrektor |
| **Imię i nazwisko osoby reprezentującej placówkę podczas kontroli:** | Pani Monika Turek  Pani Renata Gerlach |
| **Imiona i nazwiska osób przeprowadzających kontrolę:** | Rafał Mazgaj – starszy specjalista w Oddziale Rynku Pracy Wydziału Polityki Społecznej w Podkarpackim Urzędzie Wojewódzkim w Rzeszowie,  Magdalena Skóra – starszy specjalista w Oddziale Rynku Pracy Wydziału Polityki Społecznej  w Podkarpackim Urzędzie Wojewódzkim w Rzeszowie,  - kontrola prowadzona na podstawie  upoważnienia do  kontroli nr 474/476, sygnatura: S‑V.431.2.4.2021.MS, z dnia 02.11.2021 r. wydanego z upoważnienia Wojewody Podkarpackiego przez Dyrektora Wydziału Polityki Społecznej. |
|  |  |
| **Podstawa prawna kontroli:** | * § 19 ust. 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz.U. Nr 230, poz. 1694 z późn. zm.). |

|  |  |
| --- | --- |
| **dokonano wpisu do książki kontroli** | TAK |

1. **Spełnianie wymogów podstawowych o których mowa w § 15 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych ( Dz.U. Nr 230, poz.1694 z późn. zm.)**

| **Warunki ogólne wymienione w rozporządzeniu** | **Czy obiekt spełnia warunki**  **\* podkreślić właściwe** | **Opis uwag** |
| --- | --- | --- |
| Baza noclegowa i żywieniowa umożliwia realizację turnusów dla co najmniej 20-osobowej zorganizowanej grupy osób niepełnosprawnych oraz dla niezbędnych opiekunów i kadry, | **TAK** / NIE / UWAGI |  |
| Ośrodek posiada zaplecze do realizacji programów turnusów oraz aktywnych form rehabilitacji, w tym prowadzenia zajęć mających na celu poprawę psychofizycznej sprawności uczestników turnusów i zajęć wypoczynkowych oraz zaplecze do przeprowadzenia zabiegów fizjoterapeutycznych w przypadku turnusów z programem zawierającym takie zabiegi oraz innych zajęć wynikających z programu turnusu | **TAK** / NIE / UWAGI |  |
| Ośrodek posiada zaplecze do realizacji zajęć  kulturalno-oświatowych | **TAK** / NIE / UWAGI |  |
| Obiekt dysponuje zapleczem rekreacyjno-wypoczynkowym | **TAK** / NIE / UWAGI |  |
| W obiekcie jest gabinet lekarski lub zabiegowy wyposażony w umywalkę z bieżącą wodą, leżankę lekarską, wagę lekarską, aparat do mierzenia ciśnienia oraz podstawowy zestaw do udzielania pierwszej pomocy | **TAK** / NIE / UWAGI |  |
| Obiekty, pomieszczenia, infrastruktura i otoczenie (teren) ośrodka są dostępne dla grup osób niepełnosprawnych, wskazanych we wniosku, oraz zapewniają bezpieczne i samodzielne użytkowanie przez te osoby | **TAK** / NIE/ UWAGI |  |
| Ośrodek nie posiada własnego, pełnego zaplecza rekreacyjno-wypoczynkowego oraz do prowadzenia zajęć sportowych, zapewnia osobom niepełnosprawnym możliwość dogodnego korzystania poza ośrodkiem z takiego zaplecza, spełniającego warunki określone w ust. 1 pkt 4, na podstawie zawartej umowy z innym podmiotem | **NIE DOTYCZY** / DOTYCZY |  |
| Położenie obiektu | **CENTRUM MIEJSCOWOŚCI /**  POZA CENTRUM |  |
| Dojazd do obiektu jest oznakowany | **TAK** / NIE / UWAGI |  |
| Rodzaj drogi dojazdowej | **ASFALT** LUB BRUKOWANA/  SZUTER LUB UTWARDZONA/  NIEUTWARDZONA |  |
| Parking dla samochodów osobowych | **JEST** / BRAK |  |

1. **Warunki dostępności dla osób niepełnosprawnych (§ 15 pkt 4 rozporządzenia w sprawie turnusów rehabilitacyjnych)**

| **Cechy architektoniczne budynku** | **Czy obiekt spełnia warunki**  **\* podkreślić właściwe** | **Opis uwag** |
| --- | --- | --- |
| 1. ***Warunki niezbędne dla wszystkich grup osób niepełnosprawnych*** | | |
| Powierzchnia przed drzwiami wejściowymi pozbawiona odbojów, skrobaczek, wycieraczek lub innych urządzeń wystających ponad poziom wejścia do budynku lub wpuszczonych poniżej poziomu | **TAK** / NIE/ UWAGI |  |
| Skrzydła drzwiowe oznakowane w sposób widoczny i wykonane z materiałów zapewniających bezpieczeństwo użytkowników - w szczególności w przypadku stłuczenia wypełnienia skrzydła drzwi | **TAK** / NIE / UWAGI |  |
| Stopnie schodów bez nosków i podcięć, o nawierzchni wykonanej z materiałów niepowodujących poślizgu lub zabezpieczonej taśmą antypoślizgową  *(UWAGA! nie dotyczy osób z dysfunkcją narządu słuchu)* | **TAK** / NIE / UWAGI |  |
| Schody służące do pokonania wysokości większej niż 0,5 m, zaopatrzone w balustrady z wypełnieniem płaszczyzn pionowych od strony otwartej, zabezpieczającym przed wypadnięciem osób  *(UWAGA! nie dotyczy osób na wózkach)* | **TAK** / NIE / UWAGI |  |
| Schody o szerokości biegu ponad 4 m zaopatrzone w balustradę pośrednią  *(UWAGA! nie dotyczy osób na wózkach)* | **Nie dotyczy** |  |
| Przy schodach obustronne poręcze przedłużone na początku i na końcu o 0,3 m, zakończone w sposób zapewniający bezpieczne użytkowanie  *(UWAGA! nie dotyczy osób na wózkach)* | **TAK** / NIE / UWAGI |  |
| Nawierzchnia w zewnętrznych i wewnętrznych ciągach komunikacyjnych, pomieszczeniach noclegowych, higieniczno-sanitarnych, rekreacji, rehabilitacji, żywienia, gabinetach lekarskich i innych pomieszczeniach ogólnego przeznaczenia oraz pochylni wewnętrznych i zewnętrznych wykonaną z materiałów niepowodujących poślizgu | **TAK /** NIE / UWAGI |  |
| Balustrady od strony przestrzeni otwartej przy pochylniach, portfenetrach, balkonach i loggiach z wypełnieniem płaszczyzn pionowych zabezpieczającym przed wypadnięciem osób | **TAK /** NIE / UWAGI |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. ***Dodatkowe warunki niezbędne dla osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, z wyłączeniem osób poruszających się na wózkach inwalidzkich (wstaw X w odpowiednią kratkę)*** | | DOTYCZY | **X** | NIE  DOTYCZY |  |
| Utwardzone dojścia do budynku i ciągi piesze | **TAK** / NIE / UWAGI |  | | | |
| Drzwi wejściowe do budynku, w tym skrzydło zasadnicze, oraz do pomieszczeń noclegowych, higieniczno-sanitarnych, rekreacji, rehabilitacji, żywienia, gabinetów lekarskich oraz w ciągach komunikacyjnych, o szerokości w świetle co najmniej 0,9 m oraz o wysokości co najmniej 2 m, bez progu lub z progiem nie wyższym niż 0,02 m | **TAK** / NIE/ **UWAGI** | Pomieszczenia noclegowe spełniają przedmiotowy warunek w ilości zapewniającej bazę noclegową dla  20 osobowej grupy osób niepełnosprawnych. | | | |
| Schody o szerokości biegu ponad 4 m zaopatrzone w balustradę pośrednią | **Nie dotyczy** |  | | | |
| Osłony otworów na powierzchniach ciągów komunikacyjnych wewnętrznych i zewnętrznych znajdujące się w płaszczyźnie tych ciągów, a otwory w tych osłonach o średnicy nie większej niż 0,02 m | **TAK** |  | | | |
| Pomieszczenia higieniczno-sanitarne wyposażone w odpowiednie uchwyty i siedziska niezbędne do korzystania z urządzeń | **TAK** / NIE / UWAGI |  | | | |
| Podnośnik lub dźwig umożliwiający osobom niepełnosprawnym samodzielną komunikację między kondygnacjami w obiektach ośrodka, o liczbie kondygnacji większej niż dwie, zawierających pomieszczenia, o których mowa w tiret jedenastym, oraz pomieszczenia obsługi biurowej uczestników tych turnusów i inne pomieszczenia ogólnego przeznaczenia | **TAK** / NIE / UWAGI |  | | | |
| Miejsca postojowe ze stanowiskami zarezerwowanymi dla samochodów, z których korzystają osoby niepełnosprawne, spełniające warunki określone w przepisach odrębnych  (*Stanowiska postojowe powinny mieć szerokość co najmniej 3,6 m i długość 5 m, a w przypadku usytuowania wzdłuż jezdni - długość co najmniej 6 m i szerokość co najmniej 3,6 m, z możliwością jej ograniczenia do 2,3 m w przypadku zapewnienia możliwości korzystania z przylegającego dojścia lub ciągu pieszo-jezdnego).* | **TAK** / NIE / UWAGI |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. ***Dodatkowe warunki niezbędne dla osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, poruszających się na wózkach inwalidzkich (wstaw X w odpowiednią kratkę)*** | | DOTYCZY | | **X** | NIE  DOTYCZY |  |
| Drzwi wejściowe do budynku, w tym skrzydło zasadnicze, oraz do pomieszczeń noclegowych, higieniczno-sanitarnych, rekreacji, rehabilitacji, żywienia, gabinetów lekarskich oraz w ciągach komunikacyjnych, o szerokości w świetle co najmniej 0,9 m oraz o wysokości co najmniej 2 m, bez progu lub z progiem nie wyższym niż 0,02 m | **TAK** / NIE / **UWAGI** | | Pomieszczenia noclegowe spełniają przedmiotowy warunek w ilości zapewniającej bazę noclegową dla  20 osobowej grupy osób niepełnosprawnych. | | |
| Osłony otworów na powierzchniach ciągów komunikacyjnych wewnętrznych i zewnętrznych znajdujące się w płaszczyźnie tych ciągów, a otwory w tych osłonach o średnicy nie większej niż 0,02 m | **TAK** | |  | | |
| Miejsca postojowe ze stanowiskami zarezerwowanymi dla samochodów, z których korzystają osoby niepełnosprawne, spełniające warunki określone w przepisach odrębnych | **TAK** / NIE / UWAGI | |  | | |
| Utwardzone dojścia do budynku i ciągi piesze o szerokości minimalnej 1,5 m | **TAK** / NIE / UWAGI | |  | | |
| Furtki w ogrodzeniu otwierające się do środka działki, pozbawione progów, o szerokości nie mniejszej niż 0,9 m | TAK / NIE / **UWAGI** | | **Nie dotyczy** | | |
| Pochylnie przeznaczone dla osób niepełnosprawnych, spełniające warunki określone w przepisach odrębnych, zapewniające dostęp do drzwi wejściowych obiektów ośrodka, jeżeli dostęp z poziomu terenu jest niemożliwy, a także niwelujące różnice poziomów w zakresie jednej kondygnacji, w przypadku braku urządzeń obsługujących różnice  poziomów  (*Szerokość 1,2m, krawężnik 7 cm, obustronne bariery w odległości 1 – 1,1m; przy długości powyżej 9 m spocznik 1,4 m; nachylenie w %:*   * *wewnątrz i pod dachem : do 15 cm – 15%, 16-50 cm – 10%, powyżej 51 cm – 8%* * *na zewnątrz bez osłony – odpowiednio 15%, 8%, 6%.)* | **TAK** / NIE / UWAGI | |  | | |
| Pozioma przestrzeń manewrowa o wymiarach przynajmniej 1,5 m na 1,5 m umożliwiającą manewrowanie wózkiem inwalidzkim przed wejściem do budynku | **TAK** / NIE / UWAGI | |  | | |
| Podnośnik lub dźwig umożliwiający osobom niepełnosprawnym na wózku inwalidzkim samodzielną lub z pomocą opiekuna komunikację między kondygnacjami w obiektach ośrodka o liczbie kondygnacji większej niż jedna, zawierających pomieszczenia noclegowe, higieniczno-sanitarne, rekreacji, rehabilitacji, żywienia, gabinety lekarskie i innych pomieszczenia ogólnego przeznaczenia, oraz pomieszczenia obsługi biurowej i inne pomieszczenia ogólnego przeznaczenia na różnych kondygnacjach | **TAK** / NIE / UWAGI | |  | | |
| Pomieszczenia higieniczno-sanitarne o powierzchni zapewniającej swobodę manewrowania wózkiem inwalidzkim, wyposażone w uchwyty umożliwiające przemieszczanie się z wózka inwalidzkiego na sedes, ławkę lub siedzisko pod natryskiem | **TAK** / NIE / UWAGI | |  | | |
| Co najmniej jedno okno w pokojach noclegowych zaopatrzone w urządzenie umożliwiające jego otwarcie i regulację otwarcia, zamontowane nie wyżej niż 1,2 m od poziomu podłogi | **TAK** / NIE / UWAGI | |  | | |
| Wyposażenie i jego rozmieszczenie w pokojach noclegowych oraz pomieszczeniach ogólnego przeznaczenia zapewniające swobodę ruchu i użytkowania tego wyposażenia osobom na wózku inwalidzkim | **TAK** / NIE / UWAGI | |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. ***Dodatkowe warunki niezbędne dla osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu słuchu (wstaw X w odpowiednią kratkę)*** | DOTYCZY |  | NIE  DOTYCZY | **x** |
| 1. ***Dodatkowe warunki niezbędne dla osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu wzroku (wstaw X w odpowiednią kratkę)*** | DOTYCZY |  | NIE  DOTYCZY | **x** |

1. **Inne istotne informacje**

| **Warunki ogólne wymienione w rozporządzeniu** | **Czy obiekt spełnia warunki**  **\* podkreślić właściwe** | **Opis uwag** |
| --- | --- | --- |
| Sprzęt i wyposażenie nie noszą śladów zużycia | **TAK** / NIE / UWAGI |  |
| Nie występują widoczne zagrożenia dla osób korzystających z obiektu, związane ze stanem infrastruktury | **TAK** / NIE / UWAGI |  |
| W obiekcie utrzymywany jest ład i porządek | **TAK** / NIE / UWAGI | Kontrolującym okazano do wglądu:  - protokół kontroli PSE.440.7.5.2020 z dnia 06.08.2020 r. Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Ustrzykach – bez uchybień. |

**IV. Podsumowanie i uwagi.**

W związku ze stwierdzonymi w wyniku oględzin nieprawidłowościami, stosownie do treści § 21 ust. 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada   
2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych, organ upoważniony do kontroli niezwłocznie po podpisaniu protokołu kontroli, sporządzi wnioski i zalecenia, które przekaże kierownikowi podmiotu kontrolowanego odrębnym dokumentem.

Protokół sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach.

*Protokół należy podpisać bez zbędnej zwłoki w miejscu wskazanym poniżej ( kierownik jednostki kontrolowanej i kontrolujący). Jeden egzemplarz pozostaje w jednostce kontrolowanej, drugi należy zwrócić prowadzącemu kontrolę. W terminie 7 dni od daty doręczenia protokołu kontroli przedstawiciel kontrolowanego podmiotu może zgłosić pisemnie umotywowane zastrzeżenia co do treści protokołu i ustaleń w nim zawartych. Prowadzący kontrolę, po dokonaniu ich analizy, może podjąć dodatkowe czynności kontrolne oraz dokonać odpowiednich zmian w treści protokołu, lub – o ile uzna, że nie są zasadne – przekazać pisemnie swoje stanowisko w tej sprawie podmiotowi kontrolowanemu.*

Kierownik Jednostki kontrolowanej: Prowadzący kontrolę:

Dyrektor Christopher Koszałka Rafał Mazgaj

Magdalena Skóra

Rzeszów, 04.11.2021