



WOJEWODA DOLNOŚLĄSKI

Wrocław, dnia 15 grudnia 2021 r.

ZP-ZPSM.9612.7.2021.IS

Pani  
**Mariola Szafraniec-Chmielowska**  
Prezes Zarządu  
PULS Spółki. z ograniczoną  
odpowiedzialnością  
Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej  
Przychodni Lekarskiej

### Wystąpienie pokontrolne

Na podstawie art. 112 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r., poz. 711 z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o działalności leczniczej”, § 14 Zarządzenia nr 286 Wojewody Dolnośląskiego z dnia 21 października 2016 r. w sprawie kontroli realizowanych przez Wojewodę Dolnośląskiego oraz upoważnień nr 350 i 351 z dnia 27 sierpnia 2021 r., zespół kontrolerów w składzie:

- Iwona Stasiak – inspektor wojewódzki w Wydziale Zdrowia i Polityki Społecznej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego, przewodnicząca zespołu kontrolerów,
- Elżbieta Czernielewska – starszy specjalista w Wydziale Zdrowia i Polityki Społecznej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego, kontroler,

przeprowadził w dniu 31 sierpnia 2021 r. kontrolę problemową podmiotu leczniczego pn. PULS Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska, ul. Stanisława Moniuszki 9, 67-200 Głogów, prowadzącego pod tym samym adresem zakład leczniczy pn. PULS Sp. z o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska.

Przedmiotem kontroli było sprawdzenie w:

- Obszarze A – zgodności funkcjonowania zakładu leczniczego pod nazwą PULS Sp. z o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska, ul. Stanisława Moniuszki 9, 67-200 Głogów, z przepisami ustawy o działalności leczniczej oraz przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej;

- Obszarze B – realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktycznej opieki nad matką i dzieckiem w podstawowej opiece zdrowotnej, zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej oraz przepisami określającymi warunki i wymagania jakie musi spełniać podmiot leczniczy.

Kontrolę przeprowadzono zgodnie z zatwierdzonym w dniu 24 czerwca 2021 r. przez Wojewodę Dolnośląskiego planem kontroli na II półrocze 2021 r.

Kontrolą objęto okres od dnia 1 stycznia 2020 r. do dnia rozpoczęcia bezpośrednich czynności kontrolnych. W kontrolowanym zakładzie leczniczym udzielane są świadczenia w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

Osobą odpowiedzialną za nadzór nad realizacją zadań w kontrolowanym zakresie była Pani Mariola Szafraniec-Chmielowska – Prezes Zarządu PULS Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Przygodni Lekarskiej. W związku z przeprowadzoną kontrolą, szczegółowe ustalenia zostały przedstawione w protokole kontroli znak: ZP-ZPSM.9612.7.2021.IS, podpisanym przez Panią Mariolę Szafraniec-Chmielowską i przesłanym do organu kontrolującego, bez wniesienia zastrzeżeń.

W związku z przedmiotową kontrolą przekazuję niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Funkcjonowanie podmiotu leczniczego w zakresie prowadzenia działalności leczniczej:

- w Obszarze A oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami,
- w Obszarze B oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

Oceny dokonano z uwzględnieniem kryterium legalności, celowości i rzetelności. Powyższą ocenę ogólną uzasadniają przedstawione poniżej oceny szczegółowe.

**Obszar A. Zgodność działalności leczniczej z ustawą o działalności leczniczej i aktami wykonawczymi wydanymi na jej podstawie.**

1. Posiadanie tytułu prawnego do lokalu, w którym realizowane są świadczenia zdrowotne oceniono pozytywnie.
2. Spełnienie wymagań fachowych i sanitarnych pomieszczeń podmiotu leczniczego oraz posiadanie dokumentów potwierdzających spełnienie powyższego oceniono pozytywnie.
3. Spełnienie przez podmiot wymogu posiadania dokumentów potwierdzających sprawność techniczną sprzętu medycznego wykorzystywanego przez podmiot leczniczy w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

Kontrolowany przełożył dokumenty potwierdzające sprawność techniczną wykorzystywanego sprzętu medycznego.

Ustalenia kontroli wykazały, iż nie została zapewniona ciągłość przeglądów technicznych w okresie objętym kontrolą dla sprzętów i aparatury medycznej, tj.:

- dla aparatu EKG w okresie od stycznia 2020 r. do maja 2021 r.,
- dla autoklawu Proxima w okresach od stycznia 2020 r. do lutego 2020 r. i od lutego 2021 r. do maja 2021 r.,
- dla aparatu USG oraz Videoprinter P95DE w okresie od stycznia 2020 r. do października 2020 r.

W chwili obecnej nie jest możliwe usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości.

Stwierdzone nieprawidłowości stanowią naruszenie art. 17 ust. 1 pkt. 2 ustawy o działalności leczniczej w powiązaniu z art. 90 ust. 6 i 7 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1565), zgodnie z którym świadczeniodawca jest obowiązany posiadać dokumentację wykonanych instalacji, napraw, konserwacji, działań serwisowych, aktualizacji oprogramowania, przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń i kontroli bezpieczeństwa wyrobu, który wykorzystuje do udzielania świadczeń zdrowotnych, zawierającą w szczególności daty wykonania tych czynności, termin następnych konserwacji, nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu, który wykonał te czynności, ich opis, wyniki i uwagi dotyczące wyrobu.

4. Spełnienie przez podmiot warunku posiadania dokumentacji potwierdzających zatrudnianie osób dysponujących kwalifikacjami zapewniającymi realizację usług zdrowotnych oceniono pozytywnie.
5. Posiadanie regulaminu organizacyjnego wymaganego art. 23 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej zawierającego informacje określone art. 24 ust. 1 tej ustawy oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.  
Kontrolowany podmiot w dniu kontroli posiadał regulamin organizacyjny, o którym mowa w art. 23 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, opracowany wg stanu na dzień 5 maja 2021 r. W wyniku przeprowadzonej analizy tego dokumentu stwierdzono, że w dokumencie w § 10 pkt. 3 przywołano nieobowiązujące publikatory identyfikujące źródła prawa
6. Udostępnienie przez podmiot w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych informacji o prawach pacjenta określonych w art. 11 ustawy o prawach pacjenta oceniono pozytywnie.
7. Spełnienie przez podmiot warunku zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oceniono pozytywnie.
8. Oceniono pozytywnie spełnienie wymogów art. 13 ustawy o działalności leczniczej.

W podmiocie leczniczym, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, nie jest prowadzona inna działalność gospodarcza mogąca wpływać na przebieg leczenia oraz nie reklamuje się i nie świadczy się usług pogrzebowych.

9. Spełnienie przez podmiot wymogu przekazywania informacji o udzielanych świadczeniach zdrowotnych i ich dostępności oceniono pozytywnie.
10. Zawarcie przez podmiot umowy dotyczącej odbioru i transportu odpadów medycznych oceniono pozytywnie.
11. Zgodność faktycznie udzielanych świadczeń zdrowotnych z zakresem wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oceniono pozytywnie.
12. Pozytywnie oceniono spełnianie wymagań z zakresu ochrony przeciwpożarowej.

**Obszar B. Realizacja świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktycznej opieki nad matką i dzieckiem w podstawowej opiece zdrowotnej, zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej oraz przepisami określającymi warunki i wymagania jakie musi spełniać podmiot leczniczy.**

1. Spełnianie warunków i wymagań w zakresie posiadania Gabinetu pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnej oceniono pozytywnie.
2. Spełnianie warunków i wymagań w zakresie posiadania Gabinetu położnej POZ oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

Ustalono, że neseser położnej POZ nie był wyposażony w zestaw do porodu nagłego, co jest niezgodne z wymaganiami określonymi w części III ust. 4 pkt 2 Załącznika 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r., poz. 540), zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych”.

3. Dostępność do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez pielęgniarkę i położną podstawowej opieki zdrowotnej oceniono pozytywnie.
4. Realizację i dokumentowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej wobec kobiet ciężarnych przez położną POZ oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

Położna w trakcie wizyt profilaktycznych u kobiet ciężarnych nie realizowała świadczeń zdrowotnych dotyczących edukacji przedporodowej w zakresie praktycznego i teoretycznego przygotowania do porodu, porożu, karmienia piersią i rodzicielstwa, co jest niezgodne z wymaganiami w części II i IV załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki

okołoporodowej (Dz.U. z 2018 r., poz. 1756), zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie standardu organizacyjnego”.

Stwierdzono, że w opracowanym ramowym programie edukacji przedporodowej, na podstawie, którego wymiar godzin może być dostosowany do potrzeb kobiety ciężarnej, nie uwzględniono:

1) w zakresie edukacji przedporodowej dotyczącej okresu prenatalnego (ciąży):

- profilaktyki chorób zakaźnych w okresie okołoporodowym, w tym szczepień ochronnych,
- problemów psychicznych i emocjonalnych kobiety i jej rodziny w okresie ciąży, porodu i połogu,
- zagadnień prawnych dotyczących przepisów, standardów, praw pacjenta, ustawodawstwa rodzinnego, ochrony prawnej ciężarnych, matek;

2) w zakresie edukacji przedporodowej dotyczący porodu:

- przygotowania planu porodu, w tym preferencji i oczekiwań rodzącej,
- kontaktu matki z dzieckiem „skóra do skóry”, w tym inicjacji karmienia piersią,
- cięcia cesarskiego – korzyści i zagrożeń dla matki i dziecka, powikłań wczesnych i późnych po cięciu cesarskim,
- informowania o możliwości deponowania tkanek płodu, w tym krwi pępowinowej, sznura pępowinowego, w celu pozyskania komórek macierzystych,

3) w zakresie edukacji przedporodowej dotyczący okresu poporodowego (połogu) porodu:

- opieki w okresie połogu – przebiegu połogu, powrotu płodności po porodzie oraz psychologicznych aspektów połogu,
- karmienia piersią i wsparcia w laktacji, w tym rozwiązywania problemów związanych z laktacją,
- opieki nad noworodkiem a następnie nad niemowlęciem, w tym postępowania z noworodkiem po urodzeniu, działań profilaktycznych u noworodka oraz niemowlęcia, pielęgnacji dziecka, informacji i zaleceń dla rodziców odnośnie do postępowania z dzieckiem w domu oraz zapewnienia dziecku bezpieczeństwa w środowisku domowym;

4) w zakresie edukacji przedporodowej dotyczącej wsparcia społecznego w okresie okołoporodowym:

- informacji dotyczących wsparcia emocjonalnego, informacyjnego, instrumentalnego, rzeczowego (materialnego),

co jest niezgodne z wymaganiami określonymi w ust. 4 części IV rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego.

6. Realizację i dokumentowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej wobec położnic przez położną podstawowej opieki zdrowotnej oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

Stwierdzono, że:

- nie zidentyfikowano czynników ryzyka w rodzinie, co jest niezgodne z wymaganiami zawartymi w ust. 10 pkt 6 części XIV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego oraz w części II załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych,
- wykonano po 1 wizycie patronażowej u każdej objętej opieką położnicy, co jest niezgodne z wymaganiami zawartymi w części II załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych oraz w ust. 8 w części XIV rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego,
- nie dokonano oceny stanu laktacji u położnicy, co jest niezgodne z ust. 2 pkt 3 części XIV rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego
- nie dokonano oceny stanu psychicznego położnicy, w tym ryzyka wystąpienia depresji poporodowej, co jest niezgodne z ust. 2 pkt 6 części XIV rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego. Do indywidualnej dokumentacji medycznej nie dołączono ankiety dotyczącej oceny stanu psychicznego (Edynburska Skala Depresji Poporodowej).

7. Realizację i dokumentowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej wobec noworodków i niemowląt do ukończenia 2 miesiąca życia przez położną podstawowej opieki zdrowotnej oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

Ustalono, że nie dokonano oceny odruchów noworodka, co jest niezgodne z wymaganiami określonymi w ust. 4 pkt 2 części XIV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego oraz z przepisami zawartymi w części II załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

8. Terminowość realizowanych świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktycznej opieki wobec noworodków / niemowląt do zakończenia 8 tygodnia życia oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

Ustalono, że położna ostatnią wizytę patronażową u niemowląt realizowała między 5 a 6 tygodniem życia dziecka, co jest niezgodne z wymaganiami określonymi w ust. 12 części XIV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego.

9. Realizację i dokumentowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej wobec niemowląt przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej oceniono pozytywnie.
10. Terminowość realizowanych świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktycznej opieki wobec niemowląt oceniono pozytywnie.
11. Realizację i dokumentowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi do 5 roku życia przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

Ustalono, że w kontrolowanym podmiocie realizowano profilaktyczne świadczenia zdrowotne u dzieci do 5 roku życia. W okresie objętym kontrolą wykonano testy przesiewowe w poszczególnych grupach wiekowych u dzieci podlegających badaniu, tj.:

- u 87% niemowląt do 6 miesiąca,
- u 54% niemowląt w 9 miesiącu życia,
- u 79% niemowląt w 12 miesiącu życia,
- u 33% dzieci 2-letnich,
- u 34% dzieci 4-letnich,
- u 77% dzieci 5-letnich.

Stwierdzono, że realizowano testy przesiewowe u dzieci niezgodnie z wymaganiami określonymi w części II załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, tj.:

- a) u niemowląt do 6 miesiąca życia nie oceniono rozwoju psychomotorycznego oraz nie przeprowadzono orientacyjnego badania wzroku;
- b) u niemowląt w 9 miesiącu życia nie oceniono rozwoju psychomotorycznego oraz nie przeprowadzono orientacyjnego badania wzroku i słuchu;
- c) u niemowląt w 12 miesiącu życia nie oceniono rozwoju psychomotorycznego oraz nie przeprowadzono orientacyjnego badania wzroku i słuchu, nie określono współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI) oraz nie zmierzono ciśnienia tętniczego krwi;
- d) u dzieci 2-letnich nie przeprowadzono orientacyjnego badania wzroku i słuchu, nie wykonano Testu Hirschberga w kierunku wykrywania zeza oraz nie dokonano pomiaru ciśnienia tętniczego krwi,
- e) u dzieci 4-letnich nie określono współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI) oraz nie dokonano pomiaru ciśnienia tętniczego krwi,
- f) u dzieci 5-letnich nie wykonano testu wykrywania zaburzeń rozwoju fizycznego (pomiar: masy i długości ciała), nie oceniono rozwoju psychomotorycznego, nie

wykonano orientacyjnego badania wykrywania wad wymowy i zaburzeń statyki ciała, nie wykonano orientacyjnego badania wykrywania zaburzeń ostrości wzroku i uszkodzeń słuchu, nie określono współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI) oraz nie dokonano pomiaru ciśnienia tętniczego krwi.

12. Terminowość realizowanych świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktycznej opieki wobec niemowląt oceniono pozytywnie.

13. Prowadzenie dokumentacji medycznej zbiorczej i indywidualnej oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

Ustalono, że zgodnie z wymaganiami określonymi w § 1 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2020 r., poz. 666 ze zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie dokumentacji medycznej”, w kontrolowanym podmiocie leczniczym wdrażana jest dokumentacja medyczna w postaci elektronicznej. Dokumentacja w postaci papierowej i elektronicznej prowadzona jest w komórkach organizacyjnych: Poradnia (gabinet) lekarza POZ, Poradnia (gabinet) pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej, Punkt szczepień dla dzieci.

#### Zbiorcza dokumentacja medyczna.

W Księżce ewidencji noworodków i badań profilaktycznych dla dzieci stwierdzono brak:

- numeracji stron,
- oznaczenia osoby udzielającej świadczeń – nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, zgodnie z § 10 pkt 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej,

co jest niezgodne z § 6 ust. 1 i § 11 ww. rozporządzenia.

W Dzienniku pracy położnej POZ stwierdzono brak:

- istotnych informacji dotyczących udzielonych świadczeń zdrowotnych,
- numeracji stron,
- oznaczenia osoby udzielającej świadczeń – nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, zgodnie z § 10 pkt 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej,

co jest niezgodne z § 6 ust. 1 i § 11 ww. rozporządzenia.

W Księżce przyjęć Poradni Dzieci Zdrowych, Księżce przyjęć Poradni Pielęgniarki POZ, Księżce przyjęć Poradni Położnej POZ, prowadzonych w postaci elektronicznej,



stwierdzono brak istotnych informacji dotyczących udzielonych świadczeń zdrowotnych, co jest niezgodne z § 6 ust. 1 i § 11 ww. rozporządzenia.

Niezależnie od powyższego prowadzona w kontrolowanym podmiocie zbiorcza dokumentacja medyczna nie zawierała oznaczenia podmiotu – w części dotyczącej nazwy podmiotu, kodu resortowego stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwy komórki organizacyjnej (Gabinet pielęgniarki POZ, Gabinet położnej POZ), w której udzielano świadczeń zdrowotnych oraz jej kodu resortowego stanowiącego część VII systemu kodów identyfikacyjnych.

#### Indywidualna dokumentacja medyczna.

Ustalono, że indywidualna dokumentacja medyczna dotycząca udzielonych świadczeń przez położną nie była opatrzona numeracją stron oraz w indywidualnej dokumentacji wykonanych wizyt profilaktycznych u kobiet ciężarnych brak było planu opieki, co jest niezgodne z § 6, § 38 ust. 5 pkt 4 ww. rozporządzenia. Dodatkowo w oznaczeniu położnej udzielającej świadczeń zdrowotnych, brak było numeru prawa wykonywania zawodu, co jest niezgodne z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. c ww. rozporządzenia.

Niezależnie od powyższego w indywidualnej dokumentacji medycznej, w części dotyczącej testów przesiewowych w poszczególnych grupach wiekowych, brak było oznaczenia pielęgniarki realizującej świadczenie zdrowotne (nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu), co jest niezgodne z § 10 pkt 3 rozporządzenia o dokumentacji medycznej

Mając na uwadze powyższe ustalenia wydaje się następujące zalecenia pokontrolne.

1. Opracować i przedłożyć do organu kontrolującego uwierzytelnioną kopię regulaminu organizacyjnego, zgodnie z wymogami art. 24 ustawy o działalności leczniczej, uwzględniającą nieprawidłowości wykazane w punkcie 5 kontrolowanego obszaru A.
2. Przeprowadzać przeglądy techniczne oraz kalibracje i legalizacje aparatury i sprzętu medycznego zgodnie z wymaganiami określonymi w art. 90 ust. 6-7 ustawy o wyrobach medycznych.
3. Wyposażyć neseser położnej POZ w zestaw do porodu szybkiego.
4. Opracować i dołączać do indywidualnej dokumentacji medycznej kobiet ciężarnych ramowy program edukacji przedporodowej. Do organu kontrolującego przedłożyć uwierzytelnioną kopię ramowego programu edukacji przedporodowej.
5. Realizować i dokumentować profilaktyczne świadczenia zdrowotne, wobec kobiet ciężarnych, położnic, noworodków i niemowląt do ukończenia 2 miesiąca życia, zgodnie

z wymaganiami określonymi w załączniku do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego oraz załączniku nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

6. Realizować i dokumentować profilaktyczne świadczenia zdrowotne, wobec dzieci do 5 roku życia, zgodnie z wymaganiami określonymi w części II załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.
7. Po ustabilizowaniu sytuacji epidemicznej, zwiększyć odsetek zrealizowanych wizyt patronażowych oraz testów przesiewowych w poszczególnych grupach wiekowych do 5 roku życia dziecka.
8. Prowadzić zbiorczą i indywidualną dokumentację medyczną zgodnie z wymaganiami określonymi w § 6, § 10, § 11, § 38 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

Pani Mariola Szafraniec-Chmielowska, w **terminie 30 dni** od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, zobowiązana jest do zrealizowania zaleceń pokontrolnych oraz do zawiadomienia jednostki kontrolującej o ich wykonaniu lub przyczynie niewykonania.

Wynik kontroli zostanie umieszczony w księdze rejestrowej prowadzonej dla podmiotu leczniczego.

Wystąpienie pokontrolne sporządza się w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla kierownika kontrolowanego podmiotu i dla przeprowadzającego kontrolę.

Niezastosowanie się do zaleceń pokontrolnych skutkować będzie wszczęciem procedury przewidzianej w art. 108 ust. 2 pkt 4 ustawy o działalności leczniczej.

#### POUCZENIE:

Zgodnie z art. 48 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o kontroli w administracji rządowej (Dz. U. z 2020 r., poz. 224) od wystąpienia pokontrolnego nie przysługują środki odwoławcze.

Z up. WOJEWODY DOLNOŚLĄSKIEGO

Iwona Drelichowska-Stopa  
Dyrektor Wydziału  
Zdrowia i Polityki Społecznej