



WOJEWODA DOLNOŚLĄSKI

Wrocław, dnia 9 maja 2020 r.

ZP-ZPSM.9612.1.2020.BP

CENTRUM ZDROWIA  
JOANNA NEC-BAGIŃSKA  
I ARKADIUSZ BAGIŃSKI  
SPÓŁKA JAWNA  
ul. Wojska Polskiego 9  
55-003 Czernica

### Wystąpienie pokontrolne

Na podstawie art. 112 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (j.t. Dz. U. z 2020 r. poz. 295 ze 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 40 i 41 z dnia 17 stycznia 2020 r., zespół kontrolerów w składzie:

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

przeprowadził w dniu 12 lutego 2020 r. kontrolę problemową podmiotu leczniczego pn. CENTRUM ZDROWIA JOANNA NEC-BAGIŃSKA I ARKADIUSZ BAGIŃSKI SPÓŁKA JAWNA, ul. Wojska Polskiego 9, 55-003 Czernica, prowadzącego pod tym samym adresem zakład leczniczy pn. CENTRUM ZDROWIA W CZERNICY SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA J. A. BAGIŃSCY.

Przedmiotem kontroli było sprawdzenie:

- w Obszarze A – zgodności działalności leczniczej z ustawą o działalnością leczniczą i aktami wykonawczymi wydanymi na jej podstawie;
- w Obszarze B – realizacji przez podmiot leczniczy ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, ze szczególnym uwzględnieniem profilaktycznej opieki nad matką i dzieckiem.

Kontrolę przeprowadzono zgodnie z zatwierdzonym w dniu 13 grudnia 2019 r. przez Wicewojewodę Dolnośląskiego planem kontroli na I półrocze 2020 r.

Kontrolą objęto okres od dnia 1 września 2019 r. do dnia rozpoczęcia bezpośrednich czynności kontrolnych. W kontrolowanym zakładzie leczniczym udzielane są świadczenia w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

Osobami odpowiedzialnymi za nadzór nad realizacją zadań w kontrolowanym zakresie byli wspólnicy reprezentujący spółkę – Pani Joanna Nec-Bagińska i Pan Arkadiusz Bagiński.

W związku z przeprowadzoną kontrolą, której szczegółowe ustalenia zostały przedstawione w protokole kontroli znak: ZP-ZPSM.9612.1.2020.BP, podpisanym i przesłanym do organu kontrolującego, bez wniesienia zastrzeżeń, 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. Udostępniona kontrolującym dokumentacja techniczna nie zawierała wpisów o przeprowadzeniu przeglądów technicznych, wzorcowań lub legalizacji w okresie objętym kontrolą.

Powyższe stwierdzono w odniesieniu do Elektrokardiografu AsCARD GREEN 2583, zakupionego w dniu 31 lipca 2019 r., dla którego Kontrolowany przedłożył jedynie dokument: karta gwarancyjną z paszportem technicznym. Zgodnie z informacją w ww. dokumencie aparat jest eksploatowany w kontrolowanym podmiocie od dnia

1 października 2019 r. Zauważyć należy, że przeglądy urządzeń będących w okresie gwarancji dokonuje się na podstawie zaleceń producenta, nie rzadziej niż raz w roku. Wykonanie takich przeglądów jest niezbędne dla zachowania uprawnień gwarancyjnych, a fakt, iż urządzenie jest na gwarancji nie zwalnia z wykonania przeglądu. Dla użytkowanych w kontrolowanym podmiocie dwóch ciśnieniomierzy, Omron 20181108909VG/M3(HEM-7131-E) i Microlife 18060800870/BPAG1-40, Kontrolowany przedłożył jedynie faktury potwierdzające ich zakup, tj. fakturę nr K/F166/2019 wystawioną w dniu 26 sierpnia 2019 r. oraz fakturę nr 76/08/2019 wystawioną w dniu 21 sierpnia 2019 r. W przypadku Termometru elektronicznego / rejestratora 282C02401B68 Efento T 2019 kontrolującym udostępniono świadectwo wzorcowania, wydane 24 października 2019 r. nr 2805/496/LA/TH/2019 przez PLUM Sp. z o.o. LABORATORIUM POMIAROWE, 16-001 Kleosin, ul. Wspólna 19. Powyższe 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. Zgodnie z przywołanym przepisem 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, 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 z nieprawidłowościami.

W trakcie prowadzonych czynności kontrolnych kontrolującym nie udostępniono dyplomów ukończenia uczelni medycznej osób wykazanych pod pozycją 5 i 6 sporządzonego wykazu.

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 zgodnie z dyspozycją art. 23 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, nieopatrzony podpisami wspólników, obowiązujący od dnia 1 września 2019 r., który nie spełniał wymagań określonych w art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

Analiza dokumentu wykazała brak:

- celów i zadań podmiotu,
- struktury organizacyjnej zakładu leczniczego,
- rodzaju działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych,
- organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat,
- wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością. Powyższe nieprawidłowości stanowią naruszenie przepisów art. 24 ust. 1 pkt. 2,3,4,5,10 i 12 ustawy o działalności leczniczej. Ponadto w treści analizowanego dokumentu nie uwzględniono zapisu o niepobieraniu opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej w przypadku jej udostępniania pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie, zgodnie z art. 28 ust. 2a ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dodatkowo w § 18 tego dokumentu zawarto informację o przeprowadzaniu badań w pracowniach diagnostycznych wchodzących w skład zakładu leczniczego oraz cyt. „ (...), 2. Pacjenci, którzy posiadają skierowanie od lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w zakładzie, zobowiązani są wykonywać badania w pracowniach i laboratorium zakładu”, w § 20 regulaminu organizacyjnego wykazano iż, cyt. (...), „ W skład zakładu wchodzi :

1. Gabinety lekarskie, w których udziela się konsultacji

a) internistycznych,

b) pediatrycznych (...).”

Zgodnie z zapisami księgi rejestrowej oraz ustaleniami poczynionymi w trakcie bezpośrednich czynności kontrolnych podmiot nie posiada w swojej strukturze komórki organizacyjnej pn. Medyczne laboratorium diagnostyczne (laboratorium) oraz nie udziela świadczeń z tego zakresu, ponadto nie są udzielane świadczenia zdrowotne z zakresu Poradni chorób wewnętrznych i Poradni pediatrycznej. W § 3 analizowanego dokumentu przywołano ustawę z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej, która obowiązywała do dnia 29 kwietnia 2018 r. i zastąpiona została ustawą z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2019 r. poz. 1292 ze zm.).

6. Udostępnienie przez podmiot w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych informacji o prawach pacjenta określonych w art. 11 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (j. t. Dz. U. z 2019 r., poz. 1127 ze zm.), 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 nie jest prowadzona, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, 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. Spełnienie przez podmiot wymogu posiadania dokumentów potwierdzających, że pomieszczenia, w których wykonywana jest działalność lecznicza spełniają wymagania z zakresu ochrony przeciwpożarowej oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami. Kontrolowany przedłożył kopię zaświadczeń dla obiektu – Protokoły z obsługi PPOŻ budynku (podręczny sprzęt gaśniczy, urządzenia przeciwpożarowe), wydanych przez OGNIS Centrum Zabezpieczeń Pożarowych, 49-300 Brzeg, ul. Oławska 20/3, odpowiednio w dniu 28 stycznia 2019 r. i 22 stycznia 2020 r. Jako datę następnej legalizacji sprzętu i gaśnic wskazano styczeń 2021 r. Niezależnie od powyższego kontrolującym przedłożono kopię pisma z dnia 11 lutego 2020 r. właściciela nieruchomości – Centrum Zdrowia w Czernicy Godziszław Wieczorkowski, skierowanego do Komendy Miejskiej Państwowej Straży Pożarnej we Wrocławiu, celem uzyskania opinii w zakresie spełniania wymogów ochrony przeciwpożarowej budynku. Kontrolowany podmiot leczniczy obowiązany jest posiadać dokumenty potwierdzające, że pomieszczenia, w których wykonywana jest działalność lecznicza są odpowiednie do rodzaju wykonywanej działalności oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych zgodnie z art. 17 ust. 1 i art. 22 ust. 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej. Wymagania te dotyczą w szczególności warunków ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych. W przypadku tych ostatnich

należy rozumieć m. in. zapewnienie właściwego zabezpieczenia przed zagrożeniem pożarowym. Zgodnie z art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej właściciel, zarządca lub użytkownik budynku ponosi odpowiedzialność za naruszenie przepisów przeciwpożarowych. Odpowiedzialność za realizację obowiązków z zakresu ochrony przeciwpożarowej zgodnie z art. 4 ust. 1a ww. ustawy przejmują – w całości lub części zarządca lub użytkownik budynku na podstawie zawartej umowy cywilnoprawnej ustanawiającej zarząd lub użytkowanie. W przypadku gdy taka umowa nie została zawarta, odpowiedzialność za realizację powyżej wskazanych obowiązków spoczywa na faktycznie władającym budynkiem. Zgodnie z § 5 umowy najmu, zawartej w dniu 6 sierpnia 2019 r., Najemca jest uprawniony w szczególności do dokonania na własny koszt w przedmiocie najmu adaptacji przedmiotu najmu w zakresie uzgodnionym z Wynajmującym oraz do przystosowania przedmiotu najmu celem prowadzenia zamierzonej działalności gospodarczej, a zatem i dysponowania nieruchomością, w celu zapewnienia bezpiecznej działalności w użytkowanych pomieszczeniach. Pomieszczenia kontrolowanego podmiotu pozostają zatem w jego dyspozycji na podstawie ww. umowy i są przez niego wykorzystywane oraz znajdują się w jego faktycznym władaniu. Pomimo, że zawarta w dniu 6 sierpnia 2019 r. umowa najmu nie zawiera postanowień świadczących o powierzeniu zarządu nieruchomością, jak i nie jest typową umową o użytkowaniu, to odpowiedzialność kontrolowanego podmiotu wynika w tym przypadku z faktycznego władania pomieszczeniami będącymi przedmiotem najmu.

W toku postępowania kontrolnego, w dniu 30 kwietnia 2020 r., kontrolowany podmiot leczniczy przedłożył uwierzytelnione kopie ns. dokumentów:

- Analiza stanu bezpieczeństwa pożarowego w przychodni lekarskiej zlokalizowanej w Czernicy przy ul. Wojska Polskiego 9, wykonana przez Inspektora ochrony ppoż Grzegorza Dudka, nr zaświadczenia 313/KISA/2018. Powyższy dokument potwierdza spełnienie wymagań określonych w przepisach przeciwpożarowych dla kontrolowanego obiektu;
- paszport techniczny ciśnieniomierza OMRON 20181108909VG/M3(HEM-7131-E), paszport techniczny ciśnieniomierza Microlife typ AG1-40 nr 18060800870 oraz Świadectwo wzorcowania Termometru elektronicznego / rejestratora 282C02401B68 Efento T 2019, wydane 24 października 2019 r. nr 2805/496/LA/TH/2019 przez PLUM

Sp. z o.o. LABORATORIUM POMIAROWE, 16-001 Kleosin, ul. Wspólna 19, które zostało przedstawione kontrolującym w dniu przeprowadzania bezpośrednich czynności kontrolnych i dołączone do akt kontroli – strona 129. Przesłana dokumentacja nie spełnia wszystkich wymogów określonych w art. 90 ust. 6 i 7 ustawy o wyrobach medycznych. Ponadto do jednostki kontrolującej przesłano paszport techniczny elektrokardiografu ASCARD GREEN nr 2583, który spełnia wszystkie wymogi określone w art. 90 ust. 6 i 7 ustawy o wyrobach medycznych.

- dyplom ukończenia uczelni medycznej osoby wykazanej pod pozycją 5 w sporządzonym przez Kontrolowanego wykazie;

Obszar B. Realizacja przez podmiot leczniczy ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, ze szczególnym uwzględnieniem profilaktycznej opieki nad matką i dzieckiem.

1. Spełnianie warunków i wymagań przez podmiot leczniczy realizujący świadczenia zdrowotne w zakresie opieki nad matką i dzieckiem oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

W trakcie przeprowadzania bezpośrednich czynności kontrolnych stwierdzono, że w neseserze pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz neseserze położnej podstawowej opieki zdrowotnej brak było preparatu o nazwie Hydrocortisonum hemisuccinatum - proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji lub jego odpowiednik terapeutyczny, co stanowi naruszenie ust. 4, pkt 2 w części IV załącznika nr 2 oraz ust. 4 pkt 2 w części III załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia z dnia 21 marca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (j.t. Dz. U. z 2019 r., poz. 736), zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych”.

W toku postępowania kontrolnego, w dniu 30 kwietnia 2020 r., kontrolowany podmiot leczniczy przedłożył uwierzytelnioną kopię faktury VAT nr 183/2020. Powyższy dokument potwierdza spełnienie wymagań określonych w naruszenie ust. 4, pkt 2 w części IV załącznika nr 2 oraz ust. 4 pkt 2 w części III załącznika nr 3 do w sprawie świadczeń gwarantowanych.

2. Realizację profilaktycznych świadczeń zdrowotnych wobec kobiet ciężarnych, położnic, noworodków i niemowląt do ukończenia 2 miesiąca życia przez położną podstawowej opieki zdrowotnej oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

Ustalono, że położna realizowała świadczenia zdrowotne w postaci wizyt profilaktycznych u kobiet ciężarnych dotyczących praktycznego i teoretycznego przygotowania do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie indywidualnej. Nie został opracowany ramowy program edukacji przedporodowej, na podstawie którego wymiar godzin dostosowany był do potrzeb kobiety ciężarnej, co jest niezgodne z wymaganiami określonymi w części 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), zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie standardu organizacyjnego”.

Czynności kontrolne wykazały, że w trakcie wizyty patronażowej u noworodka:

- nie dokonano oceny rozwoju fizycznego i odruchów noworodka, co jest niezgodne z wymaganiami określonymi w ust. 4 pkt 2 części XIV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej oraz w ust. 4 pkt 2 części XIV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego;
- zakończano opiekę nad noworodkiem / niemowlęciem w 6-7 tygodniu życia dziecka, co jest niezgodne z wymaganiami określonymi w ust. 12 części XIV ww. rozporządzenia.

Dokumentacja medyczna prowadzona w wersji papierowej nie zawierała oznaczenia podmiotu – w części dotyczącej nazwy podmiotu, kodu resortowego stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwy komórki organizacyjnej (Gabinet położnej podstawowej opieki zdrowotnej), w której udzielano świadczeń zdrowotnych, oraz jej kodu resortowego stanowiącego część VII systemu kodów identyfikacyjnych, co jest niezgodne z § 10 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r., poz. 2069 ze zm.)<sup>1</sup>, zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie dokumentacji medycznej”.

3. Realizację profilaktycznych świadczeń zdrowotnych wobec niemowląt, dzieci do 5 roku życia przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

---

<sup>1</sup> W dniu 15 kwietnia 2020 r. zostało zastąpione rozporządzeniem 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).



Ustalono, że testy przesiewowe u dzieci wykonywane były niezgodnie z wymaganiami określonymi w części II załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, tj. u dzieci 2- i 4-letnich nie określono współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI) oraz nie dokonano pomiaru ciśnienia tętniczego krwi.

Dokumentacja medyczna prowadzona w wersji papierowej nie zawierała oznaczenia podmiotu – w części dotyczącej nazwy podmiotu, kodu resortowego, stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwy komórki organizacyjnej (Gabinet pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej), w której udzielano świadczeń zdrowotnych, oraz jej kodu resortowego stanowiącego część VII systemu kodów identyfikacyjnych, co jest niezgodne z dyspozycją zawartą w § 10 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

Mając na uwadze powyższe ustalenia wydaje się następujące zalecenia pokontrolne:

1. Przechowywać w aktach kadrowych kopie dokumentów personelu medycznego umożliwiające zweryfikowanie posiadania przez zatrudnionych pracowników medycznych kwalifikacji zapewniających realizację świadczeń zdrowotnych.
2. Dostarczyć do jednostki kontrolującej uwierzytelnione kopie dyplomu ukończenia uczelni medycznej osoby wykazanej pod pozycją 6 w sporządzonym przez Kontrolowanego wykazie.
3. Przedłożyć do jednostki kontrolującej uwierzytelnioną kopię regulaminu organizacyjnego podmiotu leczniczego opracowanego zgodnie z wymogami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej.
4. 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. Powstałe w wyniku ww. czynności zapisy w dokumentacji winny zawierać w szczególności:
  - daty rozpoczynające okres eksploatacji oraz okres gwarancyjny sprzętu lub aparatury medycznej,
  - daty wykonania czynności serwisowych, nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu, który wykonał te czynności, ich opis, wyniki i uwagi dotyczące wyrobu oraz daty następných przeglądów oraz przedłożyć do organu kontrolującego uwierzytelnione kopie dokumentów potwierdzających sprawność techniczną aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanych w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych, tj.:

- 1) Ciśnieniomierz Omron 20181108909VG/M3(HEM-7131-E),
  - 2) Ciśnieniomierz Microlife 18060800870/BPAG1-40,
  - 3) Termometr elektroniczny / rejestrator 282C02401B68 Efento T 2019.
5. Realizować i dokumentować profilaktyczne świadczenia zdrowotne, wobec kobiet ciężarnych i noworodków zgodnie z wymaganiami określonymi w części IV i XIV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego.
  6. Realizować i dokumentować profilaktyczne świadczenia zdrowotne u dzieci do 5 roku życia zgodnie z wymaganiami określonymi w części II załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.
  7. Prowadzić dokumentację medyczną zgodnie z wymaganiami określonymi w § 10 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).

Pani Joanna Nec-Bagińska i Pan Arkadiusz Bagiński, w terminie 30 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, zobowiązani są 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 2011 r. Nr 185, poz. 1092) od wystąpienia pokontrolnego nie przysługują środki odwoławcze.

Z up. WOJEWODY DOLNOŚLĄSKIEGO

*Iwona Drelichowska-Stopa*  
Dyrektor Wydziału  
Zdrowia i Polityki Społecznej