

Warszawa, dnia 10.10.2012 r.

BIURO
RZECZNIKA PRAW PACJENTA
Zespół ds. Zdrowia Psychicznego

RzPP-ZZP-0932-19-10/GB/AN/KK/MH/12

Protokół ze zbadania sprawy na miejscu

przez pracowników Biura Rzecznika Praw Pacjenta (dalej: Biuro) w dniu 25 lipca 2012 r. w Zakładzie Opiekuńczo Leczniczym Psychiatrycznym w Rasztowie (dalej: Zakład).

1. Podstawy prawne

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono na podstawie art. 52 ust. 2 pkt 1 w zw. z art. 50 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹ (dalej: *ustawa o prawach pacjenta*). Zgodnie z brzmieniem powołanego przepisu „Rzecznik Praw Pacjenta prowadząc postępowanie wyjaśniające może zbadać, nawet bez uprzedzenia, każdą sprawę na miejscu”. Dyrekcja ww. placówki została poinformowana o zamiarze przeprowadzenia kontroli w dniu jej rozpoczęcia².

Czynności kontrolne zostały przeprowadzone przez:

1. Grzegorza Błazewicza – Kierownika Zespołu ds. Zdrowia Psychicznego;
2. Andrzeja Nawrockiego – Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego pełniącego funkcję w Samodzielnym Wojewódzkim Zespole Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie;
3. Katarzynę Koziół – Starszego Specjalistę w Zespole Interwencyjno - Poradniczym;
4. Michała Hajduka – Inspektora w Zespole ds. Zdrowia Psychicznego.

Wskazane osoby posiadały imienne upoważnienia do przeprowadzenia weryfikacji stopnia przestrzegania praw pacjenta udzielone przez Rzecznika Praw Pacjenta³.

¹ Dz. U. z 2012 r. poz. 159.

² Pismo znak: RzP-ZZP-0932-19-1/MH/12

³ Nr upoważnień: RzP-ZZP-0932-19-2/MH/12,

RzP-ZZP-0932-19-3/MH/12,

RzP-ZZP-0932-19-4/MH/12,

RzP-ZZP-0932-19-5/MH/12.

Krzysztof Kozłowski
Rzecznik Praw Pacjenta
Krzysztof Kozłowski

Krzysztof Kozłowski

Czynności zostały przeprowadzone w związku z napływającymi do Biura sygnałami (przekazanymi również przez Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, pełniącego funkcję w rzeczony placówce) dotyczącymi w szczególności uprawdopodobnionego naruszenia art. 8 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

W związku z powyższym, Rzecznik podjął decyzję o zbadaniu sprawy na miejscu.

W dniu 25 lipca 2012 r. Kierownik placówki zapewnił kontrolujących, iż personel zostanie poinformowany o badaniu sprawy na miejscu i będzie współpracował z pracownikami Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

2. Ustalenia dotyczące podmiotu leczniczego

Zakład Opiekuńczo – Leczniczy Psychiatryczny w Rasztowie stanowi Ośrodek Leczenia Specjalistycznego Samodzielnego Wojewódzkiego Zespołu Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie (dalej: SWZPZPOZ), który został wpisany do Rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej dnia 11 stycznia 1994 r. pod numerem: 14-00047. Nr KRS: 0000083895. Regon: 000298070, NIP: 5261744274.

Organem założycielskim jest Samorząd Województwa Mazowieckiego.

Wskazany Zakład: „udziela całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem szeroko rozumianą opiekę i leczenie oraz wszechstronną rehabilitację osób, które przebyły ostrą fazę leczenia szpitalnego i mają zakończony proces diagnozy i leczenia⁴. Do zadań Zakładu należy: „diagnostyka psychiatryczna, diagnostyka psychologiczna, farmakoterapia, rehabilitacja ruchowa, treningi umiejętności społecznych, czynności pielęgnacyjne, interwencje socjalne, praca z opiekunami chorych, edukacja, określenie braków umiejętności uniemożliwiających pacjentowi skuteczne funkcjonowanie, ocena każdej umiejętności obecnego i pożądanego poziomu funkcjonowania pacjenta, skoordynowanie oddziaływań medycznych, społecznych, wychowawczych i edukacyjnych”⁵.

3. Czynności i ustalenia związane z badaniem sprawy na miejscu

Pracownicy Biura, po okazaniu stosownych upoważnień do zbadania sprawy na miejscu, podjęli w trybie natychmiastowym czynności służbowe na terenie ww. placówki. Ustalenia objęły sprawdzenie pomieszczeń placówki pod kątem higieniczno-sanitarnym,

⁴ Zgodnie z Rozdziałem 4.1.9 Regulaminu Porządkowego zatwierdzonego uchwałą Rady Społecznej SWZPZPOZ w Warszawie nr 3/2008 z dnia 18 kwietnia 2008 roku w sprawie zatwierdzenia nowego Regulaminu Porządkowego SWZPZPOZ wprowadzonego Zarządzeniem Dyrektora SWZPZPOZ w Warszawie Nr 15/2008 z dnia 23 kwietnia 2008 r. w sprawie obowiązywania w SWZPZPOZ w Warszawie Regulaminu Porządkowego zatwierdzonego Uchwałą Nr 3/2008 Rady Społecznej SWZPZPOZ w Warszawie.

⁵ Tamże.

warunków bytowych pacjentów oraz stopnia i zakresu realizacji procedur medycznych odpowiadających standardom terapeutycznym (zasadniczo poprzez przeprowadzenie rozmów z pacjentami oraz personelem medycznym). Ponadto w trakcie działań kontrolnych zweryfikowano sposób prowadzenia dokumentacji medycznej. W wyniku przeprowadzonych czynności w zakresie przestrzegania praw pacjenta ustalono, co następuje:

I. Prawo do świadczeń zdrowotnych

Mając na względzie prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym (art. 8 zd. 1 ustawy o prawach pacjenta) oraz przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*⁶ dokonano oględzin pomieszczeń Zakładu i ustalono:

Toalety i łazienki przystosowane są do korzystania przez osoby niepełnosprawne. We wszystkich pomieszczeniach Zakładu (m. in. gabinet zabiegowy, sala pobytu dziennego z jadalnią, pracownia terapii zajęciowej, izolatka) panował porządek, sale chorych oraz łazienki i korytarze czyste, utrzymane w należyтым stanie sanitarno-higienicznym i porządkowym. Zakład dysponuje zapleczem gospodarczym wraz z magazynkiem czystej bielizny, brudownikiem i składem bielizny brudnej (zgodnie z wymogami określonymi w § 25 ww. rozporządzenia). Stwierdzono nieliczne uszkodzenia ścian z powodu zacieków. W korytarzu znajdującym się przy wejściu do Zakładu były umieszczone środki przeciwko gryzoniom oraz kosze do segregacji odpadów, co może stwarzać realne zagrożenie dla zdrowia pacjentów (art. 8 ustawy o prawach pacjenta oraz ww. rozporządzenia). Ponadto łóżka w pokojach łóżkowych nie są dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych (co jest niezgodne z § 18 ww. rozporządzenia).

W trakcie kontroli pacjenci nie wnosili uwag dotyczących nieetycznych zachowań personelu. Wyrażali zadowolenie z pobytu w Zakładzie, podkreślając, że personel jest przyjaźnie i życzliwie nastawiony (art. 8 zd. 2 ustawy o prawach pacjenta).

Zarzuty podnoszone przez pacjentów dotyczyły gramatury posiłków oraz ich wartości odżywczej. W szczególności wskazywano, że: „posiłki są mało treściwe, przeważają potrawy mączne i jarskie (np. placki drożdżowe, racuchy)”. W krótkim czasie po obiedzie pacjenci czują się głodni i tym samym, zmuszeni są kupować jedzenie w pobliskim sklepie. Zespół

⁶ Dz. U. z 2012 r., poz. 739.

Handwritten initials and signature:
A.1
K.K.

kontrolujący ustalił, że Zakład nie jest w posiadaniu dziennych, tygodniowych oraz długoterminowych jadłospisów. Pracownicy kuchni (podmiot zewnętrzny) przekazują jadłospisy na bieżący dzień, lecz nie są one gromadzone w Zakładzie i przechowywane. Nie ma prowadzonej kontroli jakości, ilości posiłków oraz brak wyliczeń kaloryczności. Informacje oraz wymagania odnośnie specjalnego żywienia (diety) są przekazywane zgodnie z zaleceniami lekarza przez personel medyczny. W dniu kontroli Kierownik Zakładu nie posiadał wiedzy odnośnie sporządzania jadłospisu oraz czy jest on kontrolowany przez dietetyka. Wobec powyższego zespół kontrolujący ocenił żywienie pacjentów w Zakładzie na poziomie niezadowalającym.

III. Prawo pacjenta do informacji

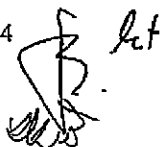
Ww. Zakład nie w pełni realizuje dyspozycji art. 11 ust. 1 ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz postanowienia § 11 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w *sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*.⁷ Na tablicy informacyjnej umieszczono zarówno właściwe informacje o Rzeczniku Praw Pacjenta (w tym teleadresowe), jak i informacje nieaktualne wprowadzające w błąd wskazujące na urzędy nieistniejące (Rzecznik Praw Pacjenta przy Mazowieckim Oddziale Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, Rzecznika Praw Pacjenta w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia). Ponadto na tablicy ogłoszeń umieszczono informację, że: „dokumentacja dostępna na prośbę pacjenta znajduje się w gabinecie zabiegowym” tj.:

- 1) Karta Praw Pacjenta;
- 2) Ustawa o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*;
- 3) Wykaz kościołów i związków wyznaniowych działających na podstawie odrębnych ustaw;
- 4) Ustawa o *zakładach opieki zdrowotnej*;
- 5) Ustawa o *ochronie zdrowia psychicznego*;

Zwrócić należy uwagę, iż część dostępnych aktów jest nieaktualna. Ponadto dostęp do informacji prawnej w gabinecie zabiegowym, który nie jest miejscem ogólnodostępnym nie wypełnia dyspozycji w zakresie praw pacjenta do określonych informacji.

Ustalono, że pacjenci są informowani przez radiowęzeł o bieżących wydarzeniach o charakterze ogólnym (m.in. śniadanie, zebranie społeczności, obiad, kolacja).

⁷ Dz. U. z 2008 r. Nr 81, poz. 484.

4
 Act

IV. Prawo do dokumentacji medycznej

Mając na względzie prawo pacjenta do dokumentacji medycznej (art. 23 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta) zespół kontrolujący zweryfikował sposób prowadzenia dokumentacji indywidualnej. Poddano weryfikacji wybrane historie choroby pacjentów pod kątem wpisów z obserwacji przebiegu choroby i leczenia oraz zawartości wymaganych dokumentów. Ponadto, poddano weryfikacji dokumentację medyczną w szczególności *Księgę raportów pielęgniarских, Księgę przepustek, Zeszyt unieruchomień*.

W historii choroby odnotowano wpisy lekarskie odnośnie udzielonych porad i interwencji.

W dokumentacji: *Karta opieki pielęgniarской* odnotowano przebieg procesu pielęgnacyjnego. Wpisy pielęgniarские dokonywane są przy okazji zdarzeń związanych z pacjentem i zawierają opis zdarzenia, rozwiązanie problemu oraz ocenę realizacji działań pielęgniarских.

W historii choroby znajdują się oświadczenia pacjenta o wyrażeniu zgody na świadczenia zdrowotne oraz o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji i informacji o jego stanie zdrowia lub o braku takiego upoważnienia (§ 8 rozporządzenia).

Ustalono, że dokumentacja dotycząca stosowania przymusu bezpośredniego (jeden przypadek w okresie objętym kontrolą) jest prowadzona niezgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania⁸. Brak karty zastosowania unieruchomienia lub izolacji.

Ponadto ustalono, że dokumentacja w postaci *Księgi raportów pielęgniarских* (w okresie od 26/29 czerwca 2012 r.) prowadzona jest zgodnie z wymogami określonymi w § 31 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁹, tj. zawiera: oznaczenie podmiotu, numer kolejny wpisu; treść raportu, w szczególności imię i nazwisko pacjenta, opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania; statystykę oddziału, w tym liczbę osób przyjętych, wypisanych, zmarłych; oznaczenie pielęgniarки lub położnej dokonującej wpisu.

V. Prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego

W zakresie prawa pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego ustalono, że pacjenci mają ograniczony kontakt z osobami bliskimi (art. 33 ust. 1 ustawy

⁸ Dz. U. z 2012 r., poz. 740 (obowiązywało rozporządzenie Dz. U. 1995r. Nr 103, po. 514 z późn. zm.)

⁹ Dz. U. z 2010 r. Nr 252, poz. 1697 z późn. zm.

o prawach pacjenta, art. 13 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego¹⁰). W Regulaminie dla osób odwiedzających, zatwierdzonym przez Kierownika Zakładu Opiekuńczo Leczniczego Psychiatrycznego w Rasztowie, zawarto m.in. następujące wpisy: „chorych mogą odwiedzać tylko osoby pełnoletnie”, „jednego pacjenta mogą odwiedzać 2-3 osoby”. Zapisów tych nie zawiera *Regulamin dla osób odwiedzających* przekazany przez Dyrektora SWZPZPOZ do Biura Rzecznika Praw Pacjenta. Ponadto w pobliżu telefonu stacjonarnego umieszczono ogłoszenie: „W celu skorzystania z telefonu i automatu należy zgłosić się do: terapeutek, salowych, pielęgniarek, psychologów”. Pacjenci mają jednak możliwość korzystania z telefonów komórkowych.

VI. Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej

W wyniku prowadzonych przez kontrolujących rozmów z pacjentami, stwierdzono, że pacjenci mają zapewnioną opiekę duszpasterską. Pacjenci potwierdzali, że msza odbywa się raz w tygodniu w sali wielofunkcyjnej. W trakcie rozmowy nie zgłaszali zastrzeżeń w dostępie do osoby duchownej.

VII. Pozostałe przepisy

Mając na względzie, prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ustawy o prawach pacjenta) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 października 1995 r. w sprawie organizowania zajęć rehabilitacyjnych w szpitalach psychiatrycznych i nagradzania uczestników tych zajęć¹¹, ustalono co następuje:

W odniesieniu do wpisów lekarskich w historii choroby stwierdzono brak wpisów świadczących o planach terapeutycznych wobec pacjenta, regularnych spotkaniach mających na celu realizację tych planów i oceny ich realizacji, oddziaływaniu psychoterapeutycznym. Główną metodą diagnostyki jest rozmowa z pacjentem, a terapia psychiatryczna polega na farmakoterapii. Zapisy te świadczą o nierealizowaniu wymogu polegającego na: planowaniu, koordynacji i okresowej ocenie skuteczności zajęć rehabilitacyjnych (§ 2 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia).

W odniesieniu do wpisów pielęgniarskich w historii choroby stwierdzono brak wpisów świadczących o udziale personelu pielęgniarskiego w realizacji planów terapeutycznych (prowadzenie regularnych rozmów, nawiązanie więzi terapeutycznej).

¹⁰ Dz. U. Nr 111, poz. 535 z późn. zm.

¹¹ Dz. U. z 1995 r., Nr 127, poz. 614.

6
J
K
A.H.

W Zakładzie zweryfikowano harmonogramy zajęć dla pacjentów. Ustalono, że nie zostały opracowane indywidualne programy rehabilitacji (§ 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 października 1995 r. w sprawie organizowania zajęć rehabilitacyjnych w szpitalach psychiatrycznych i nagradzania uczestników tych zajęć¹²). Zgodnie z informacją na drzwiach sali terapii zajęciowej terapia w sali odbywa się przez 3 godziny dziennie, tymczasem powinna odbywać się co najmniej przez 4 godziny (§ 4 ust. 2 rozporządzenia), aktywni uczestnicy zajęć nie są nagradzani (§ 6 rozporządzenia).

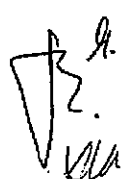
Terapeuci zajęciowi prowadzą dokumentację indywidualną w postaci: *Karty terapii zajęciowej*. Na podstawie losowo wybranych kart stwierdzono, że wpisy prowadzone są nieregularnie (średnio raz lub dwa razy w miesiącu, w innych kartach zawarto tylko jeden zapis, choć pacjenci Ci przebywają w Zakładzie od kilkunastu miesięcy). W dokumentacji odnotowano wyłącznie obserwacje zachowania pacjenta na terenie Zakładu. Zapisy te nie świadczą o spełnieniu wymogu: planowania, koordynacji i okresowej oceny skuteczności zajęć rehabilitacyjnych (§ 2 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia).

Psychologowie prowadzą dokumentację indywidualną w postaci: *Karty psychologicznej*. Na podstawie losowo wybranych kart stwierdzono, że wpisy prowadzone są nieregularnie. Wpisy w dokumentacji zawierają notatki z obserwacji zachowania pacjenta na terenie Zakładu i nie świadczą o spełnianiu wymogu: planowania, koordynacji i okresowej oceny skuteczności zajęć rehabilitacyjnych (§ 2 ust. 2 pkt 1). Nie zawarto w nich także żadnych innych ważnych w diagnostyce psychologicznej informacji, np.: życiorys psychologiczny pacjenta, wyniki badań metodami psychologicznymi, notatki z wywiadów psychologicznych, notatki z prowadzonej indywidualnie lub grupowo terapii.

W tabeli tygodniowego planu zajęć terapeutów oraz w dokumencie: „Tygodniowy plan zajęć psychologów” i w dokumencie „Plan tygodniowy” wymieniono szeroki katalog zajęć w tym: treningów, terapii, prac, wspólnie podejmowanych aktywności, wspólnych zabaw, pogadanek, zebrań społeczności. Przewidziano także okresowo zajęcia plastyczne realizowane po południu oraz w soboty. Pacjenci zgłaszali jednak skargi na „nudę”, często nie wiedzieli, jakie zajęcia się odbywają i czy zajęcia odbywają się zgodnie z planem. W zajęciach nie chcą uczestniczyć, gdyż oceniają, że nie są dla nich atrakcyjne. Pacjenci podnieśli, że rozmowy indywidualne z psychologami odbywają się bardzo rzadko i nie miały miejsca od wielu tygodni. Ponadto, pacjenci zarzucili, że obraz telewizora na korytarzu (I piętro) jest niewyraźny i mimo wielokrotnych próśb pacjentów, odbiornik nie został naprawiony.

¹² Dz. U. z 1995 r., Nr 127, poz. 614.

7



Na podstawie rozmów z pacjentami ustalono, że zajęcia wymienione w planie jako: „trening higieniczny”, „trening kulinarny” nie odbywają się; spacer, podczas którego zaplanowano: „trening budżetowy” polega na grupowym wyjściu do sklepu po zakupy, pod opieką terapeuty. Ponadto dla pacjentów w tak zwanym: „Starym budynku” zorganizowano zajęcia terapeutyczne wyłącznie dwa razy w tygodniu.

4. Wnioski

W wyniku przeprowadzonych działań kontrolnych należy stwierdzić, iż w Zakładzie Opiekuńczo Leczniczym Psychiatrycznym w Rasztowie doszło do naruszenia następujących praw pacjenta:

1. Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ustawy o prawach pacjenta);
2. Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym (art. 8 ustawy o prawach pacjenta);
3. Prawo pacjenta do informacji (art. 11 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta);
4. Prawo do kontaktu z osobą bliską, w tym do kontaktu telefonicznego (art. 33 ustawy o prawach pacjenta).

Ponadto, doszło do naruszenia przepisów, w zakresie:

1. wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia w Zakładzie (§ 18 rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą);
2. dokumentowania zastosowania środka przymusu bezpośredniego wobec pacjenta (§ 12 ust. 1 oraz 9 ust. 2 rozporządzenia w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania oraz art. 18 ust. 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego);
3. organizowania zajęć rehabilitacyjnych (rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 października 1995 r. w sprawie organizowania zajęć rehabilitacyjnych w szpitalach psychiatrycznych i nagradzania uczestników tych zajęć).

5. Zalecenia

1. Umożliwienie osobom bliskim odwiedzin na terenie Zakładu bez względu na przedział wiekowy, zniesienie ograniczeń, co do liczby odwiedzanych osób (uzależnić jedynie od możliwości organizacyjnych podmiotu);
2. Przeniesienie aparatu telefonicznego w miejsce, w którym pacjent będzie mógł korzystać z niego bez ograniczeń i rozmawiać z osobami bliskimi bez udziału osób trzecich;
3. Przeprowadzenie szkolenia z zakresu dokumentowania środków przymusu bezpośredniego;
4. Wdrożenie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 października 1995 r. w sprawie organizowania zajęć rehabilitacyjnych w szpitalach psychiatrycznych i nagradzania uczestników tych zajęć, w szczególności § 2 i 3;
5. Realizowanie zajęć terapeutycznych i uatrakcyjnienie ich, opracowanie i wdrożenie systemu motywowania pacjentów do udziału w zajęciach;
6. Zorganizowanie dla Kadry zarządzającej oraz pozostałego personelu medycznego szkolenia z zakresu przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.
7. Usunięcie nieaktualnych informacji odnośnie Rzeczników Praw Pacjenta funkcjonujących przy Narodowym Funduszu Zdrowia;



Na zlecenie
R. Hejsołak

6. Protokół ze zbadania sprawy na miejscu przekazano do wiadomości:

- 1) Pana ██████████ - Dyrektora Samodzielnego Wojewódzkiego Zespołu Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie, ul. Nowowiejska 27, 00-665 Warszawa
- 2) Pana Adama Struzika - Marszałka Wojewódzkiego Mazowieckiego, Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego w Warszawie, ul. Jagiellońska 26, 03-719 Warszawa;
- 3) Pana Bartosza Arłukowicza, Ministra Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa;
- 4) Pana Mirosława Jeleniewskiego – p.o. Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, ul. Chałubińskiego 8, 00-613 Warszawa;
- 5) Pana prof. dr hab. Jacka Wciórki - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii, Instytut Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa;
- 6) Pani prof. dr hab. Ireny Lipowicz, Rzecznika Praw Obywatelskich, al. Solidarności 77, 00-090 Warszawa.