

Płońsk, dnia 26 maja 2025 r.

**Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich
Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur**

Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich
Al. Solidarności 77, 00-090 Warszawa
biurorzecznika@brpo.gov.pl

KMP. 574.20.2024.SK

Szanowny Panie Rzeczniku,

w odpowiedzi na raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Psychiatrycznego Centrum Medycznego Grupa Zdrowie w Kraszewie – Czubakach. Chcę podkreślić, że poważnie podeszliśmy do wskazanych przez Krajowy Mechanizm Prewencji zakresów, w których powinniśmy poprawić nasze działanie. Niniejszym przedkładamy odniesienie się do zaleceń zawartych w raporcie:

a) przekazywanie obrazu z monitoringu w sposób uniemożliwiający ukazywanie intymnych czynności fizjologicznych, a także intymnych części ciała pacjentów;

Ad. Monitoring wizyjny uniemożliwia ukazywanie intymnych czynności fizjologicznych, gdyż nie obejmuje pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ani sal pacjentów; mamy obowiązek umieszczenia monitoringu w izolatce Pacjenta.

b) opracowanie wewnętrznego regulaminu dotyczącego funkcjonowania monitoringu wizyjnego i zasad jego stosowania;

Ad. Placówka posiada regulamin funkcjonowania monitoringu wizyjnego i zasad jego stosowania, aktualna treść regulaminu została przesłana do Państwa Biura drogą elektroniczną. Prowadzenie monitoringu nie jest główną osią pracy osób pracujących bezpośrednio z pacjentem, dlatego osoby reprezentujące w kontroli nie miały odpowiedniej wiedzy w przedmiocie Regulaminu Organizacyjnego podmiotu leczniczego.

c) uzupełnienie dokumentacji o zgody sądów opiekuńczych na pobyt pacjentów ubezwłasnowolnionych całkowicie w placówce oraz weryfikowanie przy przyjęciu nowych pacjentów, czy ich przedstawiciele ustawowi posiadają takie zgody;

Ad. Opiekun prawny osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie lub kurator osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest ustanowiony postanowieniem sądu opiekuńczego po czym składa przysięgę i uzyskuje stosowne zaświadczenie. Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi na opiekunie prawnym/kuratorze spoczywa obowiązek wystąpienia do sądu z wnioskiem o wyrażenie zgody na dokonanie czynności przekraczającej zakres zwykłego zarządu. Należy zwrócić uwagę, że odmowa udzielenia świadczenia ze względu na brak odpowiedniej zgody Sądu Opiekuńczego może zostać uznane za naruszenie praw Pacjenta do świadczeń. Placówka dotychczas traktowała zgodę opiekuna/kuratora na



przebywanie w zakładzie opiekuńczo –leczniczym, jako wystraszającą, jednakże biorąc pod uwagę treść raportu zwróciła się z prośbą do opiekunów prawnych/kuratorów o wystąpienie z odpowiednimi wnioskami do sądu.

d) usunięcie z regulaminu zapisu dotyczącego stosowania kar;

Ad. zapis dotyczący stosowania kar był przepisem nie mającym zastosowania i został usunięty z regulaminu, aktualna treść regulaminu została przesłana do Państwa Biura drogą elektroniczną (przed sporządzeniem protokołu).

e) dokumentowanie obrażeń za pomocą zdjęć i specjalnego formularza zawierającego „mapy ciała”;

Ad. do Zakładu opiekuńczo – leczniczego najczęściej są przyjmowani pacjenci bezpośrednio ze szpitala psychiatrycznego (nie w trybie ostrydyżurowym), więc nie mają obrażeń wymagających dokumentowania za pomocą zdjęć. Protokół Stambulski jest pierwszym zbiorem wskazówek, tego jak dokumentować tortury oraz inne niehumanitarne lub poniżające traktowanie i ich skutki. Stanowi oficjalny dokument Organizacji Narodów Zjednoczonych, a jego przyjęcie w roli narzędzia zwalczania tortur rekomendują zarówno Zgromadzenie Ogólne ONZ jak i Komisja Praw Człowieka ONZ, niemniej dokument taki nie stanowi części dokumentacji medycznej wymaganej przez Rozporządzenie dotyczące rodzajów, zakresów i wzorów dokumentacji medycznej, co stanowi przeszkodę w jego rozpowszechnieniu w środowisku medycznym. W związku z powyższym placówka podejmie kroki celem wdrożenia powyższego protokołu.

f) przeszkolenie personelu z Protokołu stambulskiego oraz stosowanie zawartych w nim wytycznych;

Ad. Brak jest przepisów implementujących stosowanie protokołu w zakresie funkcjonowania podmiotów medycznych, jednak biorąc pod uwagę treść raportu placówka podjęła kroki celem wdrożenia stosowania Protokołu stambulskiego, w tym stosowania „mapy ciała”. Obecnie administracja podmiotu zapoznaje się z dokumentem i przekaze personelowi medycznemu odpowiednie wytyczne.

g) precyzyjne odnotowywanie przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego w dokumentacji;

Zalecono precyzyjne odnotowywanie przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego w dokumentacji, zgodnie z otrzymanym raportem

h) przeszkolenie personelu z prawidłowego i bezpiecznego stosowania przymusu bezpośredniego oraz odpowiedniego jego dokumentowania;

Ad. stosowanie przymusu bezpośredniego i jego dokumentowanie jest aktualizowane w formie szkoleń wewnętrznych jeden raz w roku lub częściej w przypadku zmiany aktu prawnego – w tym roku odbędzie się odpowiednie szkolenie ze stosowania przymusu bezpośredniego. Natomiast karta stosowania i dokumentowania przymusu jest udoskonalana w systemie elektronicznym ze względu na prowadzoną dokumentację w formie elektronicznej.

i) przeprowadzenie szkoleń i warsztatów dotyczących sposobów radzenia sobie ze stresem, agresją, wypaleniem zawodowym, kontaktu z trudnym pacjentem, dialogu motywacyjnego, interwencji



kryzysowej oraz międzynarodowych standardów w zakresie ochrony praw człowieka, ukierunkowanych na zapobieganie torturom i innym formom niewłaściwego traktowania;

Ad. W zakładzie zatrudniona jest Pani psycholog – HR - zajmuje się również dbaniem o rozwój osobisty pracowników, motywowaniem ich do działania, zapewnianiem dobrej i przyjaznej atmosfery w firmie, organizuje szkolenia wewnętrzne oraz prowadzi rozmowy rekrutacyjne i wspierające. Każdy pracownik może skorzystać z rozmowy wspierającej – Zarząd przypomniał o takiej możliwości.

j) zapewnienie personelowi dostępu do regularnej superwizji;

Ad. Obowiązujące przepisy prawne nie nakładają obowiązku organizowania superwizji. Placówka nie może narzucić pracownikowi wsparcia w postaci superwizji, gdyż jest ona jego uprawnieniem, a nie obowiązkiem. Jednakże biorąc pod uwagę treść raportu placówka podjęła starania w zakresie możliwości wdrożenia superwizji, a także potencjalnych kosztów, jakie może ona wygenerować.

k) umieszczenie na tablicach ogłoszeń aktualnego tekstu ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz informacji o instytucjach, do których pacjenci lub ich rodziny mogliby zwrócić się w przypadku naruszenia ich praw (np. Rzecznika Praw Obywatelskich z numerem bezpłatnej infolinii 800 676 676, Rzecznika Praw Pacjenta, Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka);

Ad. Aktualny tekst ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, kontakt do Rzecznika Praw Obywatelskich, Praw Pacjenta Psychiatrycznego, Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ jest udostępniony na tablicy informacyjnej. Placówka nie zamieściła kontaktu do Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka, natomiast informacja ta została uzupełniona.

l) zapewnienie pacjentom dostępu do instalacji przyzywowej, umożliwiającej wezwanie personelu w sytuacji kryzysowej, i wytłumaczenie pacjentom, w jaki sposób mogą wezwać za jej pośrednictwem pomoc

Ad. instalacja przyzywowa była zainstalowana w momencie otwierania placówki, natomiast była regularnie niszczona przez pacjentów i służyła do zabawy, w związku z czym została zlikwidowana ze względu na brak zastosowania. Przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą - dalej r.s.w.p.l. nie wskazują na obowiązek zainstalowania systemów przyzywowych w pomieszczeniach podmiotu wykonującego działalność leczniczą, podobnego obowiązku nie zawierają również przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

**Arkadiusz
Chmieleński**

Elektronicznie podpisany
przez Arkadiusz Chmieleński
Data: 2025.05.26 16:39:53
+02'00'

Załącznik nr 3 do Regulaminu Organizacyjnego

GRUPA ZDROWIE Sp. z o. o

REGULAMIN MONITORINGU WIZYJNEGO GRUPA ZDROWIE SP. Z O.O

§ 1. Postanowienia ogólne

1. Regulamin określa zasady funkcjonowania monitoringu wizyjnego na terenie podmiotu leczniczego Grupa Zdrowie sp. z o.o. (dalej: Grupa Zdrowie), infrastrukturę techniczną oraz lokalizację elementów systemu monitoringu, zasady rejestracji, zapisu i usuwania informacji wraz ze sposobem ich zabezpieczenia oraz zasady udostępniania danych o zarejestrowanych zdarzeniach osobom trzecim.
2. Użyte w regulaminie określenia oznaczają:
 - a) Administrator Danych Osobowych (ADO) — należy przez to rozumieć Grupę Zdrowie,
 - b) Inspektor Ochrony Danych (IOD) — osoba wyznaczona przez ADO sprawująca nadzór nad przestrzeganiem przepisów dotyczących ochrony danych,
 - c) Monitoring wizyjny - kamery, rejestratory, oprogramowanie oraz okablowanie wykorzystywane do zbierania i przechowywania obrazu z określonych miejsc w systemie zamkniętym,
 - d) Dane osobowe — wszelkie informacje dotyczące zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osoby fizycznej,
 - e) RODO — Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych),
 - f) Przetwarzanie danych — rozumie się przez to jakiegokolwiek operacje wykonywane w systemach informatycznych na danych osobowych, takie jak zbieranie, utrwalanie, przechowywanie, opracowywanie, zmienianie, udostępnianie i usuwanie danych,
 - g) Udostępnianie — objęcie w posiadanie danych osobowych przez innego Administratora Danych Osobowych;
 - h) Wgląd — fizyczne przeglądanie zawartości zbioru danych bez wejścia w posiadanie przeglądanego zbioru danych, a w szczególności zakaz dokonywania kopii, nagrań,
 - i) Usuwanie danych — rozumie się przez to zniszczenie danych osobowych lub taką ich trwałą modyfikację, która nie pozwoli na ustalenie tożsamości osoby, której dane dotyczą,
 - j) Polityka Bezpieczeństwa (PB) — obowiązująca u Administratora Danych Osobowych Polityka Bezpieczeństwa Informacji w zakresie ochrony danych osobowych wchodząca w skład Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji w Grupie Zdrowie w ramach Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji (SZBI).

§ 2. Cel montażu monitoringu

Celem monitoringu jest zwiększenie bezpieczeństwa osób przebywających na terenie podmiotu leczniczego Grupa Zdrowie sp. z o. o, w tym w szczególności:

- a) ograniczenie zachowań niepożądanych, destrukcyjnych, zagrażających zdrowiu i życiu pacjentów, pracowników Grupa Zdrowie sp. z o. o oraz osób przebywających w budynku oraz w jego bezpośrednim otoczeniu,
- b) rejestracja zdarzeń umożliwiających ustalenie sprawcy szkody lub kradzieży,
- c) poprawa bezpieczeństwa na parkingach, w szczególności w zakresie zapobiegania kradzieżom samochodów, włamaniom oraz uszkodzeniom mienia,
- d) ograniczenie kradzieży i niszczenia mienia będącego własnością Grupa Zdrowie sp. z o. o oraz finansowanego ze środków publicznych.



§ 3. Zasady montażu monitoringu

1. Na system monitoringu wizyjnego składają się kamery, rejestratory, monitory, okablowanie.
2. Wybór miejsc objętych monitoringiem, decyzja o liczbie kamer, parametrach technicznych monitoringu wizyjnego należy do wyłącznej kompetencji Prezesa Zarządu Grupy Zdrowie.
3. Prezes Zarządu Grupy Zdrowie sp. z o. o. decyduje o zakresie monitoringu wizyjnego oraz jego umiejscowieniu, biorąc pod uwagę między innymi przepisy prawa, ocenę bezpieczeństwa jak również wnioski Kierowników komórek organizacyjnych, pracowników oraz osób trzecich.
4. Montaż elementów składających się na system monitoringu przeprowadzony jest po przeanalizowaniu jego umiejscowienia pod kątem poszanowania prywatności, intymności i godności osób przebywających na terenie podmiotu leczniczego.
5. Kamery są umiejscowione ze względu na bezpieczeństwo przede wszystkim przy wejściach do budynku, by ewidencjonować wejścia i wyjścia oraz przy rejestracji, by zapewnić bezpieczeństwo pracownikom i dokumentacji medycznej.
6. Monitoring wizyjny nie obejmuje pomieszczeń sanitarnych, socjalnych oraz na salach pacjentów. Ewentualne objęcie powyższych pomieszczeń monitoringiem wizyjnym będzie dopuszczalne w przypadku, gdy zostanie ustalone, że stosowanie monitoringu w tych pomieszczeniach jest niezbędne do realizacji przyjętych celów monitoringu wizyjnego i nie naruszy to godności oraz innych dóbr osobistych pracowników oraz osób trzecich.
7. Wszystkie miejsca objęte monitoringiem zostają oznakowane poprzez umieszczenie informacji o prowadzeniu monitoringu.
8. Do zabezpieczenia rejestratorów oraz nośników zawierających obraz stosuje się zapisy zawarte w Polityce Bezpieczeństwa Informacji oraz procedurach Zintegrowanego Systemu Zarządzania (ZSZ) dotyczące zastosowanych środków technicznych i organizacyjnych.
9. Każdy nowy pracownik przed dopuszczeniem do pracy informowany jest o celach, zakresie oraz sposobie stosowania monitoringu wizyjnego.

§ 4. Funkcjonowanie i obsługa monitoringu

1. Monitoring wizyjny funkcjonuje całodobowo, 7 dni w tygodniu.
2. Rejestracji i zapisowi danych na nośniku podlega tylko obraz z kamer monitoringu. System monitoringu wizyjnego nie rejestruje dźwięku.
3. Wszystkie dane rejestrowane poprzez monitoring są zapisywane na rejestratorze danych. Po wypełnieniu miejsca na dysku dane są automatycznie usuwane (nadpisywane). Administrator przechowuje nagranie przez okres nie dłuższy niż 3 miesiące od dnia nagrania.
4. Dostęp do zgromadzonych danych posiada wyłącznie Administrator Danych Osobowych oraz osoby przez Niego upoważnione zgodnie z obowiązującą w Grupie Zdrowie sp. z o. o. Polityką Bezpieczeństwa Informacji.
5. Osoby, które mają wgląd w obraz zarejestrowany przez monitoring wizyjny zobowiązane są do przestrzegania obowiązujących w Grupie Zdrowie sp. z o. o. procedur ZSBI oraz przepisów prawa w zakresie ochrony danych osobowych.
6. Nadzór nad systemem monitoringu wizyjnego od strony technicznej sprawują Informatycy. W przypadku stwierdzenia awarii lub uszkodzenia elementów systemu monitoringu personel zgłasza problem wyznaczonym osobom.
7. W uzasadnionych przypadkach, w szczególności gdy system monitoringu wizyjnego zarejestrował zdarzenia określone w § 5 pkt. 1 Regulaminu, zapis może zostać przeniesiony na zewnętrzny/odrębny nośnik pamięci. O wszelkich zgłoszonych lub zauważonych nieprawidłowościach, należy poinformować ADO i IOD.
8. Administrator może zlecić firmom zewnętrznym badanie poprawności działania systemu monitoringu wizyjnego, dokonywanie jego napraw, rozbudowę sieci monitoringu wizyjnego.



§ 5. Udostępnianie danych objętych monitoringiem wizyjnym

1. Administrator, zabezpiecza zarejestrowane przez monitoring wizyjny zdarzenia, które zagrażają lub z dużym prawdopodobieństwem mogą zagrażać bezpieczeństwu publicznemu, życiu lub zdrowiu osób przebywających na terenie oddziału, lub które polegają na niszczeniu lub kradzieży mienia, dla celów dowodowych:

- a) na wniosek organów publicznych, w szczególności prowadzących stosowne postępowania, jak np. policji, prokuratury, sądów,
- b) w przypadku zaobserwowania oraz uznania przez osoby obsługujące monitoring wizyjny, iż stosowne zdarzenia mogą stanowić dowód na popełnienie czynu niedozwolonego.

2. Zabezpieczenie danych monitoringu polega na ich zarejestrowaniu na odrębnym nośniku danych, umożliwiającym ich powielanie.

3. Każdorazowe zabezpieczenie zdarzeń zarejestrowanych przez monitoring wizyjny odbywa się na pisemny wniosek podmiotów wskazanych w § 5 ust. 1 Regulaminu złożony do Działu kadr.

4. Zabezpieczenia danych na nośniku wykonuje pracownik Sekcji Informatycznej na wniosek ADO.

5. Zewnętrzne nośniki danych zawierające zarejestrowane dane, w wyniku procedury, o której mowa powyżej, powinny być opisane, zabezpieczone i przechowywane są przez IOD w wyznaczonym miejscu.

6. Zabezpieczone dane z monitoringu wizyjnego są udostępniane tylko organom prowadzącym postępowanie w sprawie zarejestrowanego zdarzenia np. policji, prokuraturze, sądom, które działają na podstawie odrębnych przepisów.

7. Zabezpieczone dane mogą być również przekazywane ubezpieczycielowi Administratora w ramach prowadzonej likwidacji szkody osobowej lub majątkowej zgłoszonej przez osoby trzecie zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

8. Dane z monitoringu wizyjnego zabezpieczone na wniosek podmiotu uprawnionego są przechowywane przez Administratora przez okres roku od dnia złożenia wniosku. Po upływie tego terminu zabezpieczone dane są komisyjnie usuwane.

9. Z czynności usuwania danych osobowych, o której mowa powyżej sporządza się notatkę, która powinna zawierać:

- a) czas i miejsce zarejestrowanego obrazu zdarzeń podlegających usunięciu,
- b) sposób usunięcia danych osobowych,
- c) imię, nazwisko oraz stanowisko służbowe osób dokonujących usunięcia danych osobowych,
- d) czas i miejsce usunięcia danych osobowych,
- e) podpisy osób dokonujących usunięcia danych osobowych.

§ 6. Postanowienia końcowe

W sprawach nieuregulowanych niniejszym regulaminem ostateczną decyzję podejmuje Prezes Zarządu Grupy Zdrowie.

Regulamin wchodzi w życie z dniem 6.05.2019 r.

Aktualizacja: 03.03.2025 r.

GRUPA ZDROWIE Sp. z o.o.
09-100 Płońsk, ul. H. Sienkiewicza 7
Prezes Zarządu
[Podpis]
Lek. med. Arkadiusz Chmieleński MBA

WSPÓŁPRACA W ZAKRESIE PRZESTRZEGANIA PRAW PACJENTA

Znak sprawy: RzPP-DZP-RzSP-KW.470.98.2025

Osoba do kontaktu: [REDACTED]

Sposób kontaktu: [REDACTED]

Pan Rafał Kulas
Dyrektor Zespołu
Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur przy Rzeczniku Praw Obywatelskich
ePUAP

Szanowny Panie Dyrektorze,

dziękuję za przekazanie¹ raportu z wizytacji Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Psychiatrycznym w Kraszewie-Czubakach.

Raport Państwa wskazuje obszary do poprawy w funkcjonowaniu wizytowanej placówki medycznej. Sformułowaliście Państwo stosowne zalecenia, niektóre z nich dotyczą również realizacji praw pacjenta. Wykonanie tych zaleceń powinno skutecznie wpłynąć na właściwą ich realizację. Jeżeli nie zostaną one przez podmiot leczniczy wykonane, zwłaszcza te godzące w realizację praw pacjenta, uprzejmie proszę o przekazanie nam o tym odrębnej informacji.

Podzielam Państwa wniosek, że korzystniejszą sytuacją dla pacjenta jest ustanowienie dla niego opiekuna prawnego nie będącego pracownikiem podmiotu leczniczego. Rozwiązanie tej sytuacji wykracza bezpośrednio poza obszar działania rzecznika- nie mniej jednak deklaruję naszą współpracę, w granicach kompetencji i uprawnień, jeżeli okaże się ona niezbędna.

Ponadto, Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego przy najbliższej wizycie w tym Zakładzie zweryfikuje z własnej inicjatywy wnioski wynikające z Państwa raportu dotyczące realizacji prawa do poszanowania intymności i godności, czy upublicznienia na tablicach w ogólnodostępnych miejscach informacji o możliwości skontaktowania się z Biurem Rzecznika Praw Pacjenta.

Z wyrazami szacunku
Z upoważnienia Rzecznika Praw Pacjenta
Ewa Górko
Dyrektor
Departament ds. Zdrowia Psychicznego

Podpisano elektronicznie

¹ Pismo z 23-04-2025 r., znak: KMP.574.10.2024.JW



Warszawa, 06-10-2025 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

KMP.574.10.2024.AN

Pani

Ewa Górko

**Dyrektor Departament ds. Zdrowia
Psychicznego**

Biuro Rzecznika Praw Pacjenta

Szanowna Pani Dyrektor,

w nawiązaniu do pisma z dnia 25 czerwca 2025 r. (znak sprawy: RzPP-DZP-RzSP-KW.470.98.2025), pragnę wyrazić uznanie, iż Rzecznik Praw Pacjenta podziela standardy promowane przez Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur w obszarze ochrony praw człowieka pacjentów przebywających w tak szczególnych miejscach jakimi są zakłady opiekuńczo-lecznicze o profilu psychiatrycznym.

Jednocześnie dziękuję za deklarację współpracy Biura Rzecznika Praw Pacjenta z Krajowym Mechanizmem w celu wypracowania rozwiązań przyczyniających się do poszanowania praw osób przebywających w tego typu placówkach, jak również prewencji działań, które mogą prowadzić do niehumanitarnego i poniżającego traktowania pacjentów.

Pragnę także poinformować, iż z odpowiedzi na raport z wizytacji Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Psychiatrycznego, Centrum Medyczne Grupa Zdrowie w Kraszewie-Czubakach, udzielonej przez podmiot prowadzący, wynika, iż większość zaleceń spotkała się z przychylnością Zarządu. Zalecenia zostały już zrealizowane lub są w trakcie realizacji. Negatywnie ustosunkowano się jedynie do rekomendacji

zapewnienia pacjentom dostępu do instalacji przyzywowej, umożliwiającej wezwanie personelu w sytuacji kryzysowej.

Ponadto informuję, że otrzymane odpowiedzi na zalecenia KMPT są publikowane w Biuletynie Informacji Publicznej RPO¹, po zakończeniu korespondencji z zainteresowanymi podmiotami.

Z poważaniem

Rafał Kulas

Dyrektor Zespołu

/-wydano i podpisano elektronicznie/

¹ Zob. <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/wizytacje-krajowego-mechanizmu-prewencji>.