



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Departament Zdrowia

KZD-4101-02-01/2012  
P/12/122

Warszawa, dnia 18 lipca 2012 r.

Pan  
Cezary Śmietanowski  
Dyrektor  
Aresztu Śledczego w Warszawie-Białoleęce

*Szanowny Panie Dyrektorze*

Wystąpienie pokontrolne

Na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli<sup>1</sup>, zwanej dalej „ustawą o NIK”, Najwyższa Izba Kontroli – Departament Zdrowia, przeprowadziła w Areszcie Śledczym w Warszawie-Białoleęce („Areszt”), kontrolę sprawowania opieki medycznej wobec osób pozbawionych wolności w latach 2010-2012/ I kw.

W związku z kontrolą, której wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli, podpisanym w dniu 27 czerwca 2012 r., stosownie do art. 60 ust. 1 ustawy o NIK<sup>2</sup>, przekazuję Panu Dyrektorowi niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Najwyższa Izba Kontroli, ocenia pozytywnie działalność Aresztu w skontrolowanym zakresie, pomimo stwierdzonych nieprawidłowości.

Powyższą ocenę uzasadniają następujące ustalenia kontroli.

1. Organizacja zakładu opieki zdrowotnej Aresztu, w skład której wchodziły ambulatoryjna opieka zdrowotna z izbą chorych, poradnia stomatologiczna i pracownia radiologiczna z ciemnią, była zgodna z rejestrem oraz statutem podmiotu leczniczego nadanym przez Ministra Sprawiedliwości<sup>3</sup>. Regulamin organizacyjny ZOZ Aresztu nie został jednak dostosowany do wymogów art. 24 ustawy z dnia

<sup>1</sup> T. j. Dz. U. z 2012 r., poz. 82.

<sup>2</sup> W dniu 2 czerwca 2012 r. weszła w życie nowelizacja ustawy o NIK, wprowadzona ustawą z 22 stycznia 2010 r. o zmianie ustawy o NIK (Dz. U. nr 227, poz. 1482 ze zm.), jednakże na mocy art. 2 ustawy nowelizującej, do postępowań kontrolnych niezakończonych sporządzeniem wystąpienia pokontrolnego do dnia wejścia w życie zmienionych przepisów, stosuje się przepisy dotychczasowe.

<sup>3</sup> Zał. nr 137 do zarządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 15 lipca 2002 r. w sprawie nadania statutów zakładom opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności (Dz. U. MS Nr 4, poz. 16, ze zm.).

15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>4</sup>, m.in. dotyczących warunków współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych (ust. 1, pkt 8).

2. Obiekty budowlane Aresztu, w których udzielano świadczenia zdrowotne, zgodnie z art. 62 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane<sup>5</sup>, poddawane były kontrolom stanu technicznego, tj. rocznym i pięcioletnim kontrolom okresowym. Dla każdego obiektu prowadzono książkę obiektu, zawierającą m.in. adnotacje dotyczące przeprowadzonych badań, kontroli ocen i ekspertyz stanu technicznego<sup>6</sup>. Kontrole pod względem zabezpieczenia przeciwpożarowego obiektów Aresztu i przeglądu technicznego nie wykazały uwag dotyczących stanu m.in. instalacji elektrycznych, odgromowych, sprzętu gaśniczego, środków łączności i alarmowania. Kontrole okresowe, jak również dokonane w trakcie kontroli oględziny, wykazały m.in. znaczne ubytki elewacji czterech budynków i zły stan drzwi zewnętrznych. Areszt wystąpił o dofinansowanie<sup>7</sup> do Narodowego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej, w wysokości 10.249 tys. zł, w celu m.in. wymiany drzwi zewnętrznych, ocieplenia ścian budynku, ocieplenia stropodachu oraz wymiany grzejników.
3. W okresie objętym kontrolą:
  - niektóre pomieszczenia i urządzenia ZOZ Aresztu nie spełniały wymogów określonych przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładów opieki zdrowotnej<sup>8</sup>. Nie dostosowano do wymaganych norm m.in., izolatek i pomieszczeń higieniczno-sanitarnych w izolatkach budynku C i D, nie wyposażono wszystkich gabinetów w meble medyczne, zapewniające ich mycie i dezynfekowanie,
  - do dnia zakończenia kontroli, nie został opracowany i przedłożony organowi prowadzącemu rejestr, program dostosowania pomieszczeń i urządzeń ZOZ Aresztu do wymagań określonych w ww. rozporządzeniu (§ 41 ust. 2).
4. ZOZ Aresztu dysponował odpowiednim sprzętem i aparaturą medyczną niezbędnymi do udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w statucie jednostki. Były to m.in.: trzy unity stomatologiczne, aparat rtg uniwersalny i stomatologiczny, trzy defibrylatory, dwa aparaty EKG.  
Pomimo znacznej dekapitalizacji posiadanego sprzętu i aparatury medycznej (wskaźnik umorzenia na koniec 2011 r. wynosił ogółem 52,6 %) Areszt nie prowadził dokumentacji, o której mowa w art.

<sup>4</sup> Dz. U. Nr 112, poz. 654 ze zm.

<sup>5</sup> T.j. Dz. U. z 2010 r. Nr 243, poz. 1623 ze zm.

<sup>6</sup> Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Infrastruktury z dnia 3 lipca 2003 r. w sprawie książki obiektu budowlanego (Dz. U. Nr 120, poz. 1134).

<sup>7</sup> W ramach programu p.t. „System zielonych inwestycji (GIS –Green Investment Scheme) cz.5- Zarządzanie energią w budynkach wybranych podmiotów sektora finansów publicznych”.

<sup>8</sup> Dz. U. Nr 31, poz. 158. Rozporządzenie MZ z dnia 2 lutego 2011 r. zostało uchylone z dniem 1 lipca 2012 r. na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654). Z dniem 14 lipca 2012 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 5 lipca 2012 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu leczniczego dla osób pozbawionych wolności (Dz. U. poz. 808).

90 ust. 6 i 7 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych<sup>9</sup>, tj. harmonogramu określającego min. terminy wykonanych konserwacji, przeglądów i kontroli wynikających z instrukcji lub zaleceń podmiotów, które wykonały takie czynności. Stosowny harmonogram i tzw. zeszyt awarii został założony dopiero w trakcie kontroli.

5. Pracownia radiologii klasycznej w ZOZ Aresztu spełniała wymogi minimalnego wyposażenia w urządzenia radiologiczne<sup>10</sup>, określone w § 2 ust 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2008 r. Osoby wykonujące i nadzorujące wykonywanie badań posiadały certyfikaty potwierdzające ukończenie szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta, zgodnie z art. 33 c ust. 5 i 5 d ustawy z 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe<sup>11</sup>. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły natomiast stosowania urządzeń radiologicznych (aparatu rtg diagnostycznego i aparatu rtg stomatologicznego) bez kontroli ich fizycznych parametrów. Zgodnie z § 9 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej<sup>12</sup> urządzenia radiologiczne podlegają testom z zakresu kontroli fizycznych parametrów (§ 9 ust. 9 pkt 2)<sup>13</sup> z częstością określoną w zał. nr 6 do rozporządzenia. W całym badanym okresie, pomimo zmiany przepisów, testy eksploatacyjne powinny być wykonywane co najmniej raz na 12 miesięcy<sup>14</sup>. Aparaty rtg zostały poddane przedmiotowym testom dopiero w trakcie i na wniosek kontroli NIK.
6. Dokumentacja systemu zarządzania jakością w rentgenodiagnostyce nie spełniała wymogów przytoczonego wyżej rozporządzenia MZ z dnia 18 lutego 2011 r. Nie określono procedur przeprowadzania klinicznych audytów wewnętrznych, podjętych działań korygujących i naprawczych (§ 8 ust. 1 pkt 6) oraz nie ujęto informacji dotyczących okresowych przeglądów systemu zarządzania jakością dokonywanych przez kierownika jednostki ochrony zdrowia (§ 8 ust. 1 pkt 7). Z wyjaśnienia inspektora ochrony radiologicznej wynikało, że przyczyną nieopracowania dokumentacji był brak posiadania stosownego sprzętu do wykonywania badań jakości promieniowania oraz brak środków finansowych na ich zakup. Z tego powodu gabinet rtg nie posiadał także dokumentacji, o której mowa w § 22 rozporządzenia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi<sup>15</sup>, tj. m.in. zapisów dotyczących wewnętrznych testów kontroli parametrów technicznych aparatów rtg i obróbki błon rentgenowskich w ciemni (ust. 1 pkt 8).
7. Areszt prawidłowo realizował zadania z zakresu obowiązku poddawania osób osadzonych badaniom wstępnym, okresowym i kontrolnym, zgodnie z postanowieniami rozporządzenia MS z dnia 23 grudnia

<sup>9</sup> Dz. U. Nr 107, poz. 679 ze zm.

<sup>10</sup> W sprawie minimalnych wymagań dla jednostek ochrony zdrowia udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej oraz diagnostyki i terapii radioizotopowej chorób nienowotworowych (Dz. U. Nr 59, poz. 365 ze zm.).

<sup>11</sup> Dz. U. z 2012 r., poz. 264.

<sup>12</sup> Dz. U. Nr 51, poz. 265 ze zm.

<sup>13</sup> Niedopuszczalne jest stosowanie urządzeń radiologicznych, gdy testy eksploatacyjne nie są wykonywane z częstością określoną w zał. nr 6 do rozporządzenia.

<sup>14</sup> Poprzednio rozporządzenie z dnia 25 sierpnia 2005 r. (Dz. U. Nr 194, poz. 1625).

<sup>15</sup> Dz. U. Nr 180, poz. 1325.

2010 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności<sup>16</sup>. Na podstawie badania dokumentacji medycznej 59 osadzonych stwierdzono, że badania wstępne<sup>17</sup> wykonywano osadzonym najpóźniej w dniu następnym po przybyciu do Aresztu. W ramach badań okresowych, osadzeni, co dwa lata, wykonywane mieli badanie radiologiczne klatki piersiowej, zgodnie z § 6 ust. 1 rozporządzenia.

8. Obowiązujące w Areszcie procedury udzielania świadczeń medycznych w zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej wraz z izbą chorych gwarantowały rejestrowanie wszystkich przypadków zgłaszania się osadzonych do więziennego lekarza (brak było przypadków odmowy przyjęć do lekarza). Średni czas oczekiwania na wizytę wynosił 1-2 dni.
9. Wydatki na świadczenia zdrowotne udzielone osobom osadzonym w pozawięziennych podmiotach leczniczych wyniosły, w okresie 2010, 2011, I kw. 2012 r., odpowiednio 135,7 tys. zł, 154,1 tys. zł, 22,8 tys. zł. Zastrzeżenia NIK dotyczyły nierzetelnego rozliczenia 6 faktur o wartości ogółem 23 tys. zł, spośród 44 faktur wybranych losowo o wartości ogółem 165.870,60 zł. W umowie o udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, na rzecz osadzonych, zawartej w dniu 23 lipca 2010 r. z jednym z lekarzy, zobowiązano w okresie od 23 lipca do 31 grudnia 2010 r. m.in. do ścisłego przestrzegania wyznaczonego czasu świadczenia usług medycznych, wynikającego z ustalonego harmonogramu czasu pracy i określono należność za 1 godzinę konsultacji. Z tytułu tej umowy Areszt wypłacił kwotę 21 tys. zł, na podstawie wystawionych 5 faktur, zatwierdzonych pod względem merytorycznym przez kierownika ZOZ, chociaż do faktur nie załączono harmonogramu. Lekarz ten był ponadto zatrudniony w Areszcie na podstawie umowy o pracę (część etatu). Na podstawie dokumentacji dotyczącej zapisów do lekarza specjalisty, i lekarza ogólnego, czy też książki konsultacji neurologicznych, nie było możliwe ustalenie, które świadczenia były wykonane w ramach umowy o pracę, a które w ramach umowy zlecenia. Z kolei w przypadku umowy zlecenia zawartej z innym lekarzem ustalono wykonanie świadczeń w dniach wskazanych przez kierownika ZOZ, a rozliczenie rachunku na kwotę 2,0 tys. zł nie zawierało informacji o terminach przyjęć.
10. W wyniku wykonania zaleceń kontroli kompleksowej, która została przeprowadzona w Areszcie w maju 2010 r. przez Komisję Okręgowego Inspektoratu Służby Więziennej w Warszawie, w OZ Bemowo została zatrudniona pielęgniarka na pół etatu, podczas gdy komisja stwierdziła bezwzględną konieczność pozyskania 1 etatu pielęgniarskiego celem medycznego zabezpieczenia jednostki. Od początku roku 2010 do dnia 15 lipca 2010 r. w ambulatorium OZ Bemowo Aresztu nie przydzielono żadnego etatu pielęgniarskiego.

<sup>16</sup> Dz. U. z 2011 r. nr 1, poz. 2. Przepisy te zostały uchylone z dniem 1 lipca 2012 r. na mocy ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 111, poz. 654 ze zm.). Od 2 lipca 2012 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności (Dz.U. z 2012 r. poz. 738).

<sup>17</sup> Badanie lekarskie, rtg klatki piersiowej oraz badanie stanu uzębienia.

W związku z zaleceniami kontroli kompleksowej, dopiero 15 lipca 2010 r. w OZ Bemowo zatrudniono pielęgniarkę na pół etatu. Kierownik ZOZ wyjaśnił, że do czasu zatrudnienia pielęgniarki w wymiarze pół etatu od 15 lipca 2010 r. opiekę nad osadzonymi sprawowała pielęgniarka delegowana doraźnie ze składu osobowego działu służby zdrowia Aresztu. W ocenie NIK nie zapewniono odpowiedniej opieki medycznej w OZ Bemowo, ponieważ zatrudnienie w wymiarze pół etatu nie gwarantuje odpowiedniej opieki medycznej wobec 234 osadzonych.

11. W ZOZ Aresztu kontynuowano substytucyjne leczenie osób, które objęte były programem metadonowym przed przybyciem do Aresztu (w 2010 r. – 12 pacjentów, 2011- 27, 2012 (I kw) – 23). Tryb postępowania w leczeniu substytucyjnym był zgodny z przepisami rozporządzenia<sup>18</sup> Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2007 r.
12. Spośród objętych analizą 25 teczek osób osadzonych<sup>19</sup>, we wszystkich przypadkach stwierdzono brak przeprowadzenia badań psychiatrycznych zakończonych wydaniem opinii psychiatrycznej. W latach 2010-2011 i I kwartale 2012 r. w Ośrodku Diagnostycznym w Areszcie sporządzano orzeczenia psychologiczno-penitencjarne. Nie były natomiast przeprowadzone badania psychiatryczne zakończone wydaniem opinii psychiatrycznej (§ 3 ust. 2) na formularzu zgodnym z załącznikiem nr 2 do rozporządzenia (§ 5 ust. 2) z dnia 14 marca 2000 r. w sprawie zasad organizacji i warunków przeprowadzania badań psychologicznych i psychiatrycznych w ośrodkach diagnostycznych<sup>20</sup>. Opinie psychiatryczne oraz orzeczenia psychologiczno-penitencjarne (sporządzane przez psychologa na formularzu zgodnym z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia) stanowią w świetle przepisów rozporządzenia Dokumentację Ośrodka.
13. W badanym okresie w Areszcie wystąpiły przypadki samouszkodzeń, które skutkowały u osadzonych uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia. Liczba samouszkodzeń wyniosła: w roku 2010 - 23 przypadki<sup>21</sup>, w roku 2011- 20 przypadków <sup>22</sup>, w I kw. 2012 r. - 3 przypadki<sup>23</sup>. Żaden z tych przypadków nie został zakwalifikowany jako popełniony w związku z 119 § 1 kkw stanowiącym, że skazany, który w celu wymuszenia określonej decyzji lub uchylenia się od ciążącego na nim obowiązku, powoduje u siebie uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia, niezależnie od odpowiedzialności dyscyplinarnej, może być obciążony w całości lub części kosztami związanymi z leczeniem<sup>24</sup>. Areszt nie występował o zwrot tych kosztów i nie prowadził ewidencji kosztów związanych z samouszkodzeniami osadzonych.

<sup>18</sup>W sprawie szczegółowego trybu postępowania przy leczeniu substytucyjnym oraz szczegółowych warunków, które powinien spełnić zakład opieki zdrowotnej prowadzący leczenie substytucyjne (Dz. U. Nr 205, poz. 1493 ze zm.).

<sup>19</sup> Wylosowano co siódmą teczkę spośród wszystkich znajdujących się w Ośrodku teczek, po 10 z roku 2010 i 2011 oraz 5 z I kwartału 2012.

<sup>20</sup> Dz. U. Nr 29, poz. 369.

<sup>21</sup> W tym 17 przypadków samouszkodzeń skutkujących rozstrojem zdrowia poniżej 7 dni, 3 przypadki - powyżej 7 dni, 2 samobójstwa usiłowane oraz 1 samobójstwo dokonane.

<sup>22</sup> W tym: 1 przypadek w postaci odmowy przyjmowania pokarmu, 19 samouszkodzeń skutkujących rozstrojem zdrowia poniżej 7 dni.

<sup>23</sup> W tym: 2 przypadki samouszkodzeń skutkujących rozstrojem zdrowia poniżej 7 dni oraz jedno samobójstwo dokonane.

<sup>24</sup> O obciążeniu kosztami orzeka sąd penitencjarny (119 § 1 kkw).

14. W badanym okresie do ambulatorium pawilonu Oddziału Zewnętrznego Warszawa-Bemowo zakupiono sprzęt i wyposażenie na kwotę 16.751,00 zł. Z uwagi na wartość zamówienia nieprzekraczającą 14.000 Euro, zgodnie z art. 4 pkt 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.- Prawo zamówień publicznych<sup>25</sup> nie stosowano przepisów powołanej ustawy. Wyboru firmy Cezal z siedzibą w Warszawie dokonano na podstawie wyboru najkorzystniejszej oferty (spośród 3 ofert).
15. Rejestr skarg w Areszcie prowadzono zgodnie ze wzorem określonym w załączniku do rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów załatwiania wniosków, skarg i próśb osób osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych<sup>26</sup>.  
W badanym okresie osadzeni wnieśli ogółem 1.672 skargi, w tym 327 zarzutów dotyczących opieki medycznej, spośród których 1 zarzut został uznany za zasadny. Zarzut ten dotyczył braku zgody na wykonanie przez osadzonego badania w kierunku wirusa HIV. W wyniku postępowania wyjaśniającego osadzonemu wykonano żądane badanie. W postępowaniu tym przestrzegane były procedury i terminy przewidziane w przepisach w/w rozporządzenia.
16. Nie zostały zrealizowane zalecenia sformułowane z tytułu wyników kontroli kompleksowej przeprowadzonej przez Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Warszawie w maju 2010 r., w zakresie doposażenia ambulatoriów ZOZ Aresztu w kartoteki na dokumentację medyczną. Kontrola ta wykazała m.in. że książki zdrowia osadzonych nie były odpowiednio zabezpieczone. Zdaniem NIK było to niezgodne z przepisami art. 36 ust 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych<sup>27</sup>, stanowiącymi m.in., że administrator danych jest obowiązany zastosować środki techniczne i organizacyjne zapewniające ochronę przetwarzanych danych osobowych.

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi, Najwyższa Izba Kontroli, działając na podstawie art. 60 ust. 1 i 2 ustawy o NIK, wnosi o:

- 1) dostosowanie regulaminu organizacyjnego ZOZ Aresztu do wymogów art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- 2) dostosowanie stanu pomieszczeń i urządzeń ZOZ w Areszcie do aktualnych wymagań sanitarnych,
- 3) wykonywanie testów eksploatacyjnych z częstością co najmniej raz na 12 miesięcy,
- 4) zabezpieczenie dokumentacji medycznej osadzonych zgodnie z przepisami ustawy o ochronie danych osobowych,
- 5) prowadzenie dokumentacji sprzętu i aparatury medycznej w sposób określony w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych,
- 6) zawieranie i rozliczanie umów zleceń zgodnie z warunkami tych umów,
- 7) podjęcie działań w celu zapewnienia możliwości przeprowadzania badań psychiatrycznych skierowanym tam osadzonym, w celu sporządzania opinii psychiatrycznych w rozumieniu rozporządzenia.

<sup>25</sup> T.j. Dz. z 2010 r. Nr 113, poz. 759 ze zm.

<sup>26</sup> Dz.U. Nr 151, poz. 1467 ze zm.

<sup>27</sup> T.j. Dz. U. 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.

Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 62 ust. 1 ustawy o NIK, zwraca się do Pana Dyrektora o przedstawienie w terminie 14 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, informacji o sposobie wykorzystania przekazanych uwag i wykonania wniosków, bądź o podjętych działaniach na rzecz realizacji wniosków lub o przyczynach niepodjęcia takich działań.

Zgodnie z treścią art. 61 ust. 1 ustawy o NIK, w terminie 7 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, przysługuje Panu Dyrektorowi prawo zgłoszenia na piśmie do Dyrektora Departamentu Zdrowia NIK, umotywowanych zastrzeżeń w sprawie ocen, uwag i wniosków zawartych w tym wystąpieniu.

W razie zgłoszenia zastrzeżeń, zgodnie z art. 62 ust. 2 ustawy o NIK, termin nadesłania informacji, o którym mowa wyżej, liczy się od dnia otrzymania ostatecznej uchwały.

*z powierzeniem*

**DYREKTOR**  
Departament Zdrowia  
*[Signature]*  
Lech Rejnuś