



Warszawa, 10-07-2026 r.

RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Marcin Wiącek

V.7016.60.2026.BK/JK

Pani

Jolanta Sobierańska-Grenda

Minister Zdrowia

via ePUAP

Szanowna Pani Minister,

na wstępie pragnę podziękować za przekazanie projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. W szczególności pozytywnie oceniam fakt, że w wielu obszarach stanowi on odpowiedź na zgłaszane przeze mnie wcześniej postulaty.

Na pozytywną ocenę zasługują przede wszystkim propozycje dotyczące zmiany części terminologii ustawowej, doprecyzowania zasad stosowania przymusu bezpośredniego oraz uregulowania wybranych kwestii związanych z bezpieczeństwem pacjentów i personelu podmiotów leczniczych.

Jednocześnie należy jednak zauważyć, że projekt nowelizacji nie został poprzedzony kompleksowym przeglądem funkcjonowania ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, zwłaszcza w zakresie przepisów regulujących postępowanie leczenia bez zgody. Tego rodzaju analiza powinna stanowić punkt wyjścia dla projektowania zmian ustawowych – pozwoliłaby bowiem ocenić skuteczność obowiązujących rozwiązań, zidentyfikować problemy występujące w praktyce oraz ustalić, które z nich wynikają z niedoskonałości przepisów, a które z trudności organizacyjnych lub systemowych. Nabiera to szczególnego znaczenia w odniesieniu do projektowanych zmian dotyczących

przymusowej hospitalizacji psychiatrycznej, które stanowią ingerencję w konstytucyjnie chronione prawa i wolności jednostki.

Pragnę przypomnieć, że efektem dotychczasowych konsultacji z Ministerstwem Zdrowia było wskazanie kilku obszarów wymagających pilnej interwencji ustawodawczej. Dotyczyły one przede wszystkim:

- dostosowania terminologii ustawy do współczesnej wiedzy medycznej;
- ujednolicenia zasad stosowania przymusu bezpośredniego;
- zwiększenia poziomu bezpieczeństwa pacjentów;
- stworzenia skuteczniejszych mechanizmów nadzoru nad stosowaniem środków ingerujących w prawa i wolności osób z zaburzeniami psychicznymi.

Znaczna część tych postulatów znalazła odzwierciedlenie w projekcie ustawy, co niewątpliwie należy ocenić pozytywnie.

Odnosząc się do poszczególnych rozwiązań projektowanych w ustawie, w pierwszej kolejności należy zwrócić uwagę na zmianę nomenklatury, polegającą na zastąpieniu terminu „choroba psychiczna” określeniem „zaburzenia psychotyczne”. Kierunek tej zmiany zasługuje na aprobatę. Zastosowana terminologia lepiej odpowiada współczesnej wiedzy medycznej i może przyczynić się do ograniczenia stygmatyzacji osób korzystających z opieki psychiatrycznej, ich rodzin oraz personelu zatrudnionego w podmiotach leczniczych. Jednocześnie w projekcie pojawia się pojęcie „zaburzeń rozwoju intelektualnego”. Należy zauważyć, że choć termin ten coraz częściej występuje w piśmiennictwie z zakresu pedagogiki specjalnej i pozostaje zbieżny z pojęciem „niepełnosprawności intelektualnej” funkcjonującym w aktach prawa międzynarodowego, to zgodnie z oficjalnym polskim tłumaczeniem Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-11, właściwym określeniem pozostają obecnie „zaburzenia rozwoju umysłowego”. Termin ten zastąpił wcześniejsze pojęcie „upośledzenia umysłowego”, a sama klasyfikacja wyróżnia zaburzenia rozwoju umysłowego o charakterze łagodnym, umiarkowanym, ciężkim oraz głębokim.

W związku z powyższym zasadne wydaje się rozważenie dostosowania projektowanej terminologii do nomenklatury przyjętej w ICD-11. Rozwiązanie takie zapewniłoby większą spójność z obowiązującymi standardami diagnostycznymi oraz aktualnym stanem wiedzy medycznej, a jednocześnie realizowałoby cel, jakim jest ograniczanie stygmatyzacji osób doświadczających zaburzeń psychicznych i neurorozwojowych.

Na uwagę zasługuje również problem sygnalizowany podczas prac Komisji Ekspertów do spraw Ochrony Zdrowia Psychicznego działającej w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich, dotyczący funkcjonowania ośrodków leczniczych dla nieletnich działających na podstawie ustawy z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich (Dz. U. z 2026 r. poz. 163). W toku prac Komisji wskazywano, że obowiązujące przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego nie odnoszą się w sposób wystarczający do placówek funkcjonujących w ramach tego systemu. Powoduje to powstawanie wątpliwości interpretacyjnych. W związku z tym warto rozważyć uzupełnienie projektowanego art. 7 ust. 1 przez objęcie jego zakresem również podmiotów wykonujących zadania w zakresie leczenia i resocjalizacji osób nieletnich na podstawie ustawy o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich. Pozwoliłoby to zapewnić większą spójność systemu ochrony zdrowia psychicznego oraz jednolite standardy ochrony praw małoletnich pacjentów niezależnie od podstawy prawnej funkcjonowania placówki, w której udzielane są świadczenia.

Odnosząc się do projektowanych zmian dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, należy stwierdzić, że kierunek projektowanych rozwiązań co do zasady zasługuje na pozytywną ocenę. Jednocześnie część proponowanych regulacji wymaga jednak dalszego dopracowania.

W pierwszej kolejności moje wątpliwości budzi projektowane rozdzielanie oceny zasadności stosowania przymusu bezpośredniego od oceny prawidłowości jego zastosowania. W uzasadnieniu projektu nie przedstawiono argumentów przemawiających za wprowadzeniem takiego rozwiązania, ani nie wskazano problemów praktycznych, które uzasadniałyby odejście od dotychczasowego modelu. Nie jest również jasne, jakie skutki prawne miałyby rozdzielanie obu ocen oraz czy nie doprowadzi ono do rozbieżności interpretacyjnych w praktyce stosowania ustawy. W mojej ocenie, projekt wymaga w tym zakresie uzupełnienia oraz ponownej analizy proponowanej regulacji.

Rozważenia wymaga również kwestia udziału pielęgniarek posiadających specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego w procedurze okresowej oceny dalszego stosowania przymusu bezpośredniego. Do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich wpływają postulaty wskazujące na wysokie kwalifikacje i doświadczenie tej grupy zawodowej, zwłaszcza w zakresie oceny stanu psychicznego pacjentów.

Jednocześnie ewentualne rozszerzenie kompetencji pielęgniarek psychiatrycznych powinno zostać poprzedzone stworzeniem odpowiednich gwarancji systemowych.

Obecnie brak jest krajowych wytycznych dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego, krajowego programu ograniczania stosowania tego środka, a także jednolitego systemu monitorowania przypadków jego stosowania, umożliwiającego bieżącą analizę praktyki oraz identyfikowanie nieprawidłowości. W takich warunkach przekazanie dodatkowych kompetencji kolejnym grupom zawodowym mogłoby – mimo dobrych intencji – prowadzić do osłabienia gwarancji ochrony praw pacjentów. Z tego względu ewentualne zmiany kompetencyjne powinny stanowić element szerszej reformy systemu stosowania przymusu bezpośredniego, a nie rozwiązanie wprowadzane w oderwaniu od pozostałych instrumentów nadzoru i kontroli.

W tym kontekście należy podkreślić, że obowiązek organizowania szkoleń obejmujących techniki deeskalacji zachowań agresywnych należy ocenić pozytywnie. Doświadczenia państw, które od wielu lat realizują programy ograniczania stosowania przymusu bezpośredniego, wskazują jednoznacznie, że same szkolenia – choć niezbędne – nie prowadzą do trwałego ograniczenia stosowania środków przymusu. Skuteczność takich działań zależy od ich powiązania z jednolitymi standardami postępowania, systematycznym monitorowaniem praktyki oraz stałą analizą danych dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego.

Z tego względu zasadne wydaje się rozważenie uzupełnienia projektowanych przepisów poprzez wprowadzenie delegacji ustawowej dla Ministra Zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia, szczegółowych zasad organizacji szkoleń, wymagań wobec podmiotów uprawnionych do ich prowadzenia oraz minimalnego zakresu programowego. Jednocześnie warto rozważyć podjęcie prac nad opracowaniem krajowych standardów stosowania przymusu bezpośredniego oraz systemu monitorowania jego stosowania, co umożliwiłoby prowadzenie skutecznej polityki ograniczania korzystania z tego środka.

Poważne zastrzeżenia budzi natomiast projektowany art. 18b ust. 2, przewidujący możliwość stosowania wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi, przebywającej w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej, przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia lub izolacji przez okres przekraczający osiem godzin.

Proponowane rozwiązanie nie odzwierciedla realiów funkcjonowania jednostek organizacyjnych pomocy społecznej. Z pełnym uznaniem należy odnosić się do pracy personelu tych placówek oraz troski o bezpieczeństwo ich mieszkańców, jednak nie sposób pominąć ustaleń wynikających z kontroli prowadzonych przez Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur, Najwyższą Izbę Kontroli oraz urzędy wojewódzkie.

Wynika z nich, że jednostki te od wielu lat borykają się z niedoborem lekarzy i personelu pielęgniarskiego, a także z trudnościami organizacyjnymi związanymi z prawidłowym stosowaniem przymusu bezpośredniego.

W tych warunkach wydłużenie dopuszczalnego czasu stosowania przymusu bezpośredniego może prowadzić do zwiększenia ryzyka naruszeń praw człowieka oraz utrwalania nieprawidłowych praktyk. Należy przy tym zauważyć, że projekt nie przedstawia przekonującego uzasadnienia wykazującego, iż wydłużenie maksymalnego czasu stosowania tych środków stanowi rozwiązanie konieczne i proporcjonalne.

Moim zdaniem, poprawa bezpieczeństwa mieszkańców jednostek organizacyjnych pomocy społecznej powinna następować przede wszystkim poprzez zwiększenie dostępności wykwalifikowanego personelu, poprawę organizacji opieki, rozwój metod zapobiegania eskalacji zachowań agresywnych oraz skuteczniejszy nadzór nad stosowaniem przymusu bezpośredniego, a nie przez wydłużanie dopuszczalnego okresu stosowania najbardziej dolegliwych form tego środka.

Projekt nowelizacji rozwija również regulacje dotyczące kontroli pobieżnej oraz kontroli osobistej osób przebywających w szpitalach psychiatrycznych. Sam kierunek podjęcia tej problematyki należy ocenić pozytywnie. Dotychczasowe przepisy nie regulowały tej materii, mimo że czynności te stanowią istotną ingerencję w prawa i wolności pacjentów oraz mają bezpośredni wpływ na bezpieczeństwo osób przebywających w podmiotach leczniczych.

Jednocześnie projektowane rozwiązania wymagają dalszego dopracowania. Odnosząc się do projektowanych przepisów, należy zauważyć, że w znacznej mierze wzorowane są one na rozwiązaniach obowiązujących w jednostkach penitencjarnych. Tymczasem szpital psychiatryczny nie jest miejscem, w którym wszystkie osoby przebywają z ograniczeniem wolności osobistej wynikającym z orzeczenia sądu. Znaczna część pacjentów korzysta ze świadczeń psychiatrycznych za swoją zgodą, a zakres dopuszczalnej ingerencji w ich prawa powinien być oceniany z uwzględnieniem tego podstawowego założenia.

Projekt nie rozstrzyga jednoznacznie charakteru prawnego kontroli osobistej wobec pacjentów hospitalizowanych za zgodą. Z projektowanych przepisów wynika jedynie, że pacjent „może podlegać kontroli”, nie określono jednak, czy ma obowiązek poddania się tej czynności, czy też jej przeprowadzenie wymaga jego zgody. Kwestia ta ma zasadnicze znaczenie dla praktyki stosowania ustawy.

W obowiązujących przepisach regulujących wykonywanie kary pozbawienia wolności ustawodawca jednoznacznie wskazuje, że osoba kontrolowana ma obowiązek poddania się kontroli osobistej lub kontroli pobieżnej. Projekt ustawy o ochronie zdrowia psychicznego nie zawiera analogicznej regulacji, co prowadzi do powstania istotnej luki legislacyjnej. W konsekwencji nie jest jasne, jakie działania powinien podjąć personel medyczny w przypadku odmowy poddania się kontroli przez pacjenta przebywającego w szpitalu psychiatrycznym za jego zgodą.

Projekt nie przewiduje również podstawy prawnej umożliwiającej zastosowanie przymusu bezpośredniego wyłącznie w celu przeprowadzenia kontroli osobistej lub pobieżnej. Powstaje zatem pytanie, czy odmowa poddania się kontroli miałaby skutkować odstąpieniem od jej przeprowadzenia, czy też personel mógłby stosować inne środki prawne. Brak jednoznacznych rozwiązań w tym zakresie może prowadzić do poważnych rozbieżności praktyki pomiędzy poszczególnymi podmiotami leczniczymi.

Zasadne wydaje się zatem uzupełnienie projektu o przepisy jednoznacznie określające status prawny pacjentów hospitalizowanych za zgodą w zakresie obowiązku poddania się kontroli oraz konsekwencji odmowy wykonania tej czynności. Rozwiązania te powinny jednocześnie uwzględniać konstytucyjną zasadę proporcjonalności oraz szczególny charakter świadczeń psychiatrycznych udzielanych za zgodą pacjenta.

Niezależnie od powyższego, warto rozważyć rozszerzenie projektowanych regulacji przez umożliwienie przeprowadzania kontroli nie tylko osoby i jej rzeczy osobistych, lecz również miejsca, z którego korzysta pacjent, w szczególności szafki, szafy lub innych zamykanych miejsc znajdujących się w sali chorych. Doświadczenia oddziałów psychiatrycznych, w tym oddziałów terapii uzależnień oraz leczenia zaburzeń odżywiania, wskazują, że przedmioty lub substancje stwarzające zagrożenie dla życia i zdrowia pacjentów oraz personelu często przechowywane są właśnie w takich miejscach. Ewentualne rozszerzenie zakresu kontroli powinno jednak zostać powiązane z jednoznacznym określeniem przesłanek jej przeprowadzenia, obowiązkiem dokumentowania czynności oraz zapewnieniem odpowiednich gwarancji ochrony godności i prywatności pacjenta.

Na aprobatę zasługuje obowiązek dokumentowania kontroli osobistej. Wątpliwości budzi natomiast brak analogicznego obowiązku w odniesieniu do kontroli pobieżnej. Choć ingerencja związana z kontrolą pobieżną ma mniejszy zakres niż kontrola osobista, również stanowi ona ograniczenie praw pacjenta i może mieć istotne

znaczenie dla późniejszej oceny legalności podejmowanych działań. W związku z tym zasadne wydaje się wprowadzenie obowiązku sporządzania krótkiej notatki służbowej, obejmującej co najmniej wskazanie przyczyny kontroli, czasu jej przeprowadzenia, osoby wykonującej czynność oraz jej wyniku.

Projekt wymaga również ponownej analizy pod kątem stosowania projektowanych rozwiązań w innych miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności w szpitalnych oddziałach ratunkowych oraz izbach przyjęć. W praktyce do jednostek tych często trafiają osoby znajdujące się w ostrym kryzysie psychicznym, nierzadko pozostające pod wpływem substancji psychoaktywnych lub wykazujące zachowania stwarzające zagrożenie dla otoczenia. Projekt nie przesądza jednak w sposób jednoznaczny, czy i w jakim zakresie regulacje dotyczące kontroli osobistej będą mogły znaleźć zastosowanie również w takich przypadkach. Zagadnienie to, w moim przekonaniu, wymaga doprecyzowania na etapie prac legislacyjnych.

Na szczególne uznanie zasługują natomiast projektowane przepisy regulujące sposób przeprowadzania kontroli osobistej wobec osób małoletnich. Uwzględniają one konieczność zapewnienia szczególnej ochrony dobra dziecka oraz ograniczenia ingerencji w jego sferę prywatności. Wątpliwości moje budzi jednak przyjęcie granicy ukończenia 16 roku życia, jako kryterium różnicujące udział przedstawiciela ustawowego w tej czynności.

O ile ukończenie 16 roku życia ma znaczenie na gruncie prawa medycznego, w szczególności w zakresie współdecydowania małoletniego o udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o tyle nie prowadzi do ograniczenia wykonywania władzy rodzicielskiej. Z tego względu zasadne wydaje się rozważenie przyjęcia rozwiązania zapewniającego możliwość udziału rodzica lub opiekuna prawnego również w przypadku małoletnich, którzy ukończyli 16 lat, o ile nie sprzeciwiają się temu szczególne okoliczności związane z bezpieczeństwem pacjenta lub innych osób.

Odnosząc się natomiast do zmian dotyczących przymusowej hospitalizacji psychiatrycznej, należy zaznaczyć, że niewątpliwie jest to zagadnienie o fundamentalnym znaczeniu zarówno z perspektywy ochrony praw osób z zaburzeniami psychicznymi, jak i zapewnienia skuteczności systemu opieki psychiatrycznej. Projektowane zmiany art. 23, art. 24, art. 28 oraz art. 29 ustawy wymagają zatem szczególnie pogłębionej analizy.

Pozytywnie należy ocenić dążenie do rozwiązania problemów ujawniających się w praktyce stosowania obowiązujących przepisów, zwłaszcza w odniesieniu do osób

znajdujących się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia. Należy jednak zauważyć, że projektowane rozwiązania ingerują w jedną z najbardziej wrażliwych sfer praw człowieka – wolność osobistą. Z tego względu wymagają zachowania szczególnej ostrożności oraz zapewnienia odpowiednich gwarancji proceduralnych.

Na aprobatę zasługuje projektowane wzmocnienie gwarancji procesowych przez wprowadzenie obowiązku konsultacji drugiego lekarza albo psychologa przy podejmowaniu decyzji o przyjęciu osoby do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody. Rozwiązanie to może przyczynić się do ograniczenia ryzyka błędnych decyzji podejmowanych w sytuacjach wymagających natychmiastowej reakcji.

Pomimo tego, projekt pozostawia szereg istotnych wątpliwości w tym zakresie. Po pierwsze, projekt nie określa dostatecznie precyzyjnie przesłanek diagnostycznych uzasadniających zastosowanie przymusowej hospitalizacji wobec osoby, która nie wykazuje objawów psychotycznych, lecz swoim zachowaniem stwarza zagrożenie dla życia lub zdrowia. W konsekwencji pojęcie „zaburzenia psychicznego” staje się samodzielną przesłanką ingerencji w wolność osobistą, bez wskazania kryteriów pozwalających na ocenę, kiedy stopień nasilenia zaburzeń uzasadnia zastosowanie tak daleko idącego środka.

Po drugie, projekt nie uwzględnia realiów pracy lekarzy podejmujących decyzje w izbach przyjęć oraz innych jednostkach udzielających świadczeń w stanach nagłych. Ocena dokonywana w takich warunkach ma charakter interwencyjny i opiera się na ograniczonym zakresie informacji o pacjencie. Nie sposób oczekiwać, aby odpowiadała standardowi kompleksowej oceny psychiatrycznej przeprowadzanej w toku postępowań sądowych. Tym bardziej konieczne jest stworzenie jasnych i możliwie jednoznacznych przesłanek ustawowych ograniczających ryzyko rozbieżności interpretacyjnych.

W szczególności moje wątpliwości budzą zmiany art. 29 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Przepis ten od wielu lat pozostaje przedmiotem krytyki zarówno w piśmiennictwie, jak i praktyce stosowania prawa. Wskazuje się przede wszystkim na ograniczoną skuteczność trybu wnioskowego oraz trudności związane z jego praktycznym stosowaniem.

Projektowane rozwiązania prowadzą do znacznego rozszerzenia przesłanek wszczęcia postępowania zmierzającego do przymusowej hospitalizacji. W praktyce samo rozpoznanie zaburzenia psychicznego, połączone ze stwierdzeniem trudności w samodzielnym zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych albo konieczności

podjęcia leczenia psychiatrycznego, może okazać się wystarczające do uruchomienia procedury ingerującej w wolność osobistą jednostki.

Tak szerokie ujęcie przesłanek rodzi poważne wątpliwości z punktu widzenia konstytucyjnej zasady proporcjonalności oraz standardów ochrony praw człowieka. Każde ograniczenie wolności osobistej powinno być oparte na przesłankach sformułowanych w sposób jednoznaczny, przewidywalny i umożliwiający ich jednolite stosowanie. Tymczasem projekt pozostawia organom stosującym prawo bardzo szeroki zakres uznania, co może prowadzić do istotnych różnic w praktyce stosowania przepisów.

Reasumując, pragnę podkreślić, że projektowana nowelizacja podejmuje próbę rozwiązania pojedynczych problemów ujawniających się w praktyce funkcjonowania systemu ochrony zdrowia psychicznego, ale nie odpowiada jednak na zasadnicze pytanie dotyczące modelu przymusowej hospitalizacji psychiatrycznej.

W mojej ocenie, obecnie zasadne jest rozpoczęcie pogłębionej debaty nad stworzeniem nowego modelu hospitalizacji psychiatrycznej bez zgody, z udziałem przedstawicieli nauk medycznych i prawnych, praktyków – psychiatrów, psychologów, pielęgniarek psychiatrycznych, przedstawicieli sądownictwa oraz organizacji reprezentujących osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego.

Potrzeba taka niewątpliwie wynika z narastających problemów praktycznych, na które obowiązujące przepisy nie udzielają jednoznacznej odpowiedzi. Nadal brak jest jasnych kryteriów pozwalających na określenie momentu ustania przesłanek dalszej hospitalizacji, sposobu oceny ryzyka ponownego zagrożenia czy zakresu odpowiedzialności lekarzy podejmujących decyzje o wypisaniu pacjenta. Problemy te nie zostaną rozwiązane wyłącznie przez zmianę poszczególnych przepisów ustawy.

Z tych względów pragnę podkreślić, że dalsze prace legislacyjne powinny zmierzać nie tylko do modyfikacji obowiązujących regulacji, ale również do wypracowania spójnego modelu przymusowego leczenia psychiatrycznego, uwzględniającego zarówno doświadczenia praktyki, jak i konstytucyjne oraz międzynarodowe standardy ochrony praw człowieka.

Na pozytywną ocenę zasługuje natomiast projektowane rozszerzenie katalogu osób objętych obowiązkiem zachowania tajemnicy psychiatrycznej przez objęcie nim psychologów szkolnych. Rozwiązanie to odpowiada współczesnym realiom

funkcjonowania systemu oświaty oraz rosnącej roli psychologów szkolnych w systemie wsparcia dzieci i młodzieży.

Jednocześnie warto rozważyć objęcie analogicznym obowiązkiem również pedagogów szkolnych oraz pedagogów specjalnych wykonujących zadania wobec uczniów z niepełnosprawnościami, w tym z zaburzeniami neurorozwojowymi oraz ze spektrum autyzmu. Specjaliści ci uczestniczą w procesie diagnozy funkcjonalnej, organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz współpracy z podmiotami leczniczymi. Zakres powierzanych im informacji dotyczących zdrowia psychicznego uczniów uzasadnia objęcie ich tożsamymi gwarancjami prawnymi.

Kończąc, pragnę podkreślić, że projekt stanowi istotny krok w kierunku zmiany przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Jednocześnie jednak część proponowanych rozwiązań, w mojej ocenie, wymaga dalszych prac, poprzedzonych pogłębioną analizą funkcjonowania obowiązujących przepisów oraz szeroką debatą z udziałem przedstawicieli nauk medycznych i prawnych. Tylko w ten sposób możliwe będzie stworzenie regulacji zapewniających skuteczną ochronę zdrowia i życia pacjentów, przy jednoczesnym pełnym poszanowaniu ich konstytucyjnych praw i wolności.

Z poważaniem

Marcin Wiącek

Rzecznik Praw Obywatelskich

/-wydano i podpisano elektronicznie/