

Apel obywatelski o skierowanie ustawy UD207 do Trybunału Konstytucyjnego

Inicjatywa Obywatelska „Pacjent Ma Prawo” · pacjentmaprawo.pl ·
kontakt@pacjentmaprawo.pl

Warszawa, czerwiec 2026 r.

Pan Karol Nawrocki — Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej Kancelaria Prezydenta RP,
ul. Wiejska 10, 00-902 Warszawa Do wiadomości: Pan Zbigniew Bogucki, Szef Kancelarii
Prezydenta RP

Dotyczy: Apel o skierowanie do Trybunału Konstytucyjnego, w trybie art. 122 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (UD207, potocznie „lex szarlatan”), w celu zbadania jej zgodności z Konstytucją przed jej podpisaniem.

Szanowny Panie Prezydencie,

w związku z procedowaniem w parlamencie ustawy zmieniającej ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (projekt UD207, druk sejmowy nr 2598, uchwalony przez Sejm 3 lipca 2026 r. i skierowany do Senatu), zwracam się — w imieniu zespołu obywatelskiego skupiającego lekarzy, naukowców, pacjentów i prawników — z apelem, by w razie uchwalenia tej ustawy bez poprawek sanacyjnych zechciał Pan rozważyć **wystąpienie do Trybunału Konstytucyjnego w trybie kontroli prewencyjnej (art. 122 ust. 3 Konstytucji RP)**, w okresie 21-dniowym przewidzianym przez art. 122 ust. 2 Konstytucji RP.

Apel jest oparty na trzech ściśle powiązanych argumentach: argumencie wolnościowym, argumencie konstytucyjnym oraz argumencie systemowym. Wszystkie trzy razem uzasadniają, że ustawa w obecnym kształcie powinna zostać poddana kontroli Trybunału przed podpisaniem — tak, by ewentualne wady konstytucyjne mogły zostać naprawione przed wejściem przepisów w życie.

Stan prac: ustawę uchwalił Sejm 3 lipca 2026 r. (232 głosy za, 34 przeciw, 162 wstrzymujące się) i skierował do Senatu; wcześniej, na etapie prac sejmowych, podkomisja 17 czerwca 2026 r. zawężyła zakaz „metod niebędących świadczeniem zdrowotnym” do czterech grup pacjentów — osób małoletnich, chorych onkologicznie, ciężko i nieuleczalnie chorych oraz osób z zaburzeniami psychicznymi — i dodała przesłankę „zagrożenia dla zdrowia lub życia”. Skupienie najostrzejszego reżimu na najbardziej bezbronnych pogłębia, a nie usuwa, wątpliwości co do równości (art. 32 w zw. z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP).

I. ARGUMENT WOLNOŚCIOWY — Pana programowe zobowiązanie

W kampanii prezydenckiej 2025 r. zechciał Pan podpisać deklarację programową złożoną wspólnie z Konfederacją, w której podjął Pan zobowiązanie nie podpisywania ustaw zwiększających podatki **oraz ograniczających wolność obywateli**. Deklaracja ta — czytelna i jednoznaczna — została przez Pana uczyniona trzonem programu, na który Polacy oddali na Pana 10 606 877 głosów w drugiej turze wyborów prezydenckich 2025 r.

Projekt UD207 — potocznie „lex szarlatan” — wpisuje się w **dosłownie definiowaną kategorię ustaw ograniczających wolność obywateli**. W swojej istocie:

- wprowadza karę finansową **do 1 000 000 zł** dla podmiotu, który stosuje metodę leczenia uznaną przez Rzecznika Praw Pacjenta za niezgodną z „aktualną wiedzą medyczną” — pojęciem, którego ustawa nie definiuje;
- wprowadza odrębną karę osobistą dla kierownika takiego podmiotu w wysokości do dwudziestokrotności przeciętnego wynagrodzenia (ok. 160 tys. zł);
- ogranicza prawo pacjenta do **świadomego wyboru metody leczenia**, w tym do skorzystania z metod uzupełniających, których pacjenci szukają z własnych przekonań i z własnych środków;
- przewiduje **decyzje tymczasowe z rygorem natychmiastowej wykonalności** zamykające gabinety lekarskie przed wysłuchaniem strony i przed jakąkolwiek kontrolą sądową;
- wprowadza w art. 64a wyłączenie art. 10 i 81 Kodeksu postępowania administracyjnego — czyli wyłączenie prawa strony do czynnego udziału w postępowaniu i do wypowiedzenia się co do dowodów.

W każdym z powyższych aspektów ustawa **ogranicza wolność obywateli**: pacjenta jako konsumenta świadczeń zdrowotnych, lekarza jako podmiotu wykonującego zawód, podmiotu leczniczego jako podmiotu gospodarczego. Trzy fundamentalne wolności konstytucyjne — art. 22 (wolność działalności gospodarczej), art. 47 (autonomia jednostki), art. 68 ust. 1 (prawo do ochrony zdrowia rozumianej jako prawo wyboru) — są naruszone jednocześnie i w sposób, który niemożliwy jest do skorygowania w drodze interpretacji administracyjnej.

Podpisanie tej ustawy w obecnym kształcie stałoby się aktem **wprost niezgodnym z deklaracją programową**, na podstawie której wybrali Pana Polacy. Apelujemy o spójność tej deklaracji.

II. ARGUMENT KONSTYTUCYJNY — pięć warstw niezgodności

Jako prezydent jest Pan strażnikiem Konstytucji RP. Projekt UD207 narusza Konstytucję w pięciu warstwach:

1. Art. 2 Konstytucji — zasada przyzwoitej legislacji i pewności prawa

Ustawa operuje pojęciem „aktualnej wiedzy medycznej” jako kryterium karząco-administracyjnym, lecz **pojęcia tego nie definiuje**. Adresat normy (lekarz, podmiot leczniczy) nie jest w stanie z góry przewidzieć, jakie postępowanie wystawia go na sankcję 1 mln zł. Orzecznictwo sądów administracyjnych dotyczące praktyk integracyjnych, na które powołuje się sam projektodawca w uzasadnieniu, stosuje dychotomię „zgodne / niezgodne” bez gradacji poziomów dowodowych (OCEBM, GRADE), bez rozróżnienia między terapią podstawową a wspomagającą, bez uwzględnienia statusu off-label czy eksperymentu leczniczego. Sąd cytuje wprost: „Przepisy prawa nie dzielą świadczeń zdrowotnych na »podstawowe«, »uzupełniające« czy »wspomagające« leczenie”. Tymczasem w polskim systemie refundacyjnym **leki onkologiczne uzyskują refundację na podstawie znacznie słabszych dowodów** (glasdegib — OCEBM 2 z jednoramiennego badania fazy II) niż te, które ustawa kwalifikuje jako pseudomedycynę. Zjawisko to jest systemowe: w analizie onkologicznych dopuszczeń Europejskiej Agencji Leków z lat 2009–2013 ok. 57% wskazań oparto na punktach surogatowych, bez dowodu wydłużenia życia (Davis i wsp., BMJ 2017, PMID 28978555), a spośród leków FDA z trybu przyspieszonego korzyść kliniczną po ponad pięciu latach potwierdziła mniej niż połowa (JAMA 2024, PMID 38583175). Standard dowodowy nie tylko nie jest określony — jest stosowany **asymetrycznie**.

Trybunał Konstytucyjny wielokrotnie wskazywał (m.in. SK 56/04, SK 13/05), że zasada państwa prawnego obejmuje obowiązek tworzenia przepisów, których adresat może z góry przewidzieć, jakie zachowanie spowoduje sankcję.

2. Art. 78 Konstytucji — prawo do zaskarżenia decyzji × precedens Sądu Najwyższego z grudnia 2025 r.

Art. 64a projektu wyłącza wobec praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów stosowanie art. 10 i art. 81 Kodeksu postępowania administracyjnego. Jednocześnie wprowadza decyzję tymczasową z rygorem natychmiastowej wykonalności. W praktyce: gabinet ambulatoryjny może zostać zamknięty w dniu doręczenia decyzji, bez wysłuchania lekarza, przed sądową kontrolą legalności. Procedura odwoławcza działa **po fakcie zamknięcia**.

Casus empiryczny — chronologia 2025 r.:

— W 2025 r. sąd lekarski w II instancji zawiesił na 1 rok prawo wykonywania zawodu lekarzowi opiekującemu się od kilkunastu lat pacjentami onkologicznymi w ambulatoryjnej klinice integracyjnej, zaostrzając wcześniejszą karę nagany i jednocześnie wyłączając jawność postępowania. Decyzja natychmiast wykonalna.

— **Styczeń–grudzień 2025 r.** Pacjenci skierowali pisemne apele do Ministerstwa Zdrowia, Naczelnej Izby Lekarskiej, Narodowego Funduszu Zdrowia i Rzecznika Praw Pacjenta. W publicznie dostępnych materiałach nie odnaleziono informacji o udzielonej im pomocy. Pacjenci uruchomili własną stronę dokumentującą sytuację.

— **Grudzień 2025 r. Sąd Najwyższy uwzględnił w całości kasację i uchylił oraz umorzył całe postępowanie** prowadzone przed Naczelnym Sądem Lekarskim. Powodem: rażące naruszenie prawa do obrony w postępowaniu sądu lekarskiego, w którym formalnie istniały gwarancje proceduralne. SN uznał, że incydentalne uchybienie tym gwarancjom jest niedopuszczalne.

Przez **11 miesięcy** pacjenci pozostawali bez opieki, mimo apeli do organów państwa. Po uchyleniu orzeczenia NSL nikt nie poniósł odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną pacjentom — Rzecznik Praw Pacjenta nie podjął działań kompensacyjnych ani interwencyjnych.

Projekt UD207 wyłącza analogiczne gwarancje **ustawowo, jako normę systemową**. Jeśli incydentalne uchybienie gwarancjom proceduralnym w postępowaniu sądu lekarskiego było dla Sądu Najwyższego niedopuszczalne — to ustawowe ich wyłączenie jest *a fortiori* niezgodne z art. 78 Konstytucji. Casus 2025 r. pokazuje empirycznie, że przerwanie ciągłości opieki onkologicznej w trybie natychmiastowej wykonalności **niesie nieodwracalne skutki dla pacjentów onkologicznych**, których stan zdrowia wymaga ciągłości leczenia, a nie procedury odwoławczej *post factum*.

3. Art. 31 ust. 3 Konstytucji — zasada proporcjonalności w świetle składu Rady Ekspertów RPP

Test proporcjonalności wymaga, by ograniczenie konstytucyjnych wolności było konieczne i proporcjonalne. W kontekście UD207 wymaga to uwzględnienia organizacyjnego otoczenia stosowania ustawy.

Rzecznik Praw Pacjenta — organ otrzymujący w projekcie uprawnienia quasi-sądowe — ma rozstrzygać o „zgodności z aktualną wiedzą medyczną”, wspierając się opiniami ciała doradczego. Powstają tu dwa strukturalne problemy.

Po pierwsze — brak jawnej, niezależnej procedury eksperckiej z gradacją dowodów. Projekt nie przewiduje ustawowej, transparentnej metodyki oceny (np. GRADE, OCEBM, ESMO-MCBS), obowiązku ujawniania konfliktów interesów oceniających ani prawa strony do przedstawienia kontrdowodu. Dla porównania Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów — działając zbliżonymi narzędziami administracyjnymi — opiera się na jawnych wytycznych metodologicznych; projekt nie nakłada na Rzecznika żadnego analogicznego standardu, co rodzi ryzyko arbitralności.

Po drugie — ciało doradcze nie ma ustawowego mechanizmu wyłączenia członka dotkniętego konfliktem interesów, w odróżnieniu od art. 24 Kodeksu postępowania administracyjnego, który art. 64a projektu wprost wyłącza. Recenzowane badania dokumentują przy tym strukturalną zależność finansową organizacji pacjenckich od przemysłu farmaceutycznego (zob. § 5). Zarzut ma charakter strukturalny — dotyczy mechanizmu, nie konkretnych osób.

4. Art. 47 i art. 22 Konstytucji — autonomia jednostki i wolność działalności gospodarczej

Ustawa ogranicza prawo pacjenta do świadomego wyboru metody leczenia, w tym do skorzystania z metod uzupełniających, których koszty pokrywa z własnych środków. Ogranicza również prawo podmiotu leczniczego do prowadzenia działalności gospodarczej

zgodnej z osądem klinicznym lekarza, mimo posiadania pełnych uprawnień zawodowych. W uzasadnieniu projektu sam projektodawca wymienia jako przykład „pseudomedycyny” metodę ILADS w leczeniu boreliozy — co oznacza, że ustawa obejmuje **lekarzy z pełnymi polskimi specjalizacjami**, stosujących protokoły niezgodne z krajowymi wytycznymi. Wykraczanie poza standard krajowych wytycznych nie jest pseudomedycyną — jest praktyką medycyny opartej na osądzie klinicznym, której element jest fundamentem zawodu lekarza.

5. Iluzja głosu pacjentów

Projekt UD207 jest publicznie prezentowany jako odpowiadający „głosowi pacjentów”. W rzeczywistości recenzowane badanie naukowe (Makowska M., Mulinari S., Ozieranski P., Int J Soc Determinants Health Health Serv 2025; 55(2):199–212; PMID 39726201; PMC11977834) dokumentuje, że w latach 2012–2020 trzydzieści trzy firmy farmaceutyczne wypłaciły polskim organizacjom pacjenckim łącznie **€13 729 644**, z czego **37,5% trafiło do organizacji onkologicznych**. Najbardziej połączona organizacja onkologiczna w tej sieci miała 47 organizacji członkowskich i 21 firm farmaceutycznych jako darczyńców. Przedstawiciele organizacji wpisanych w tę sieć zasiadają w ciałach doradczych opiniujących projekt.

Część organizacji wpisanych w tę sieć publicznie poparła projekt i zachęca do zgłoszeń do Rzecznika Praw Pacjenta — czyli organu, którego rozszerzenie kompetencji wspiera, a który jest opiniowany przez ciało z udziałem przedstawicieli tych organizacji.

Argument o „głosie pacjentów” wspierającym ustawę nie spełnia warunku reprezentatywności demokratycznej — jest produktem ekonomicznym strukturalnie zależnym od podmiotów, które są beneficjentem rynkowej eliminacji konkurencyjnych terapii.

5a. Deficyt udokumentowanego mandatu „głosu pacjentów” w procesie konsultacyjnym

Niezależnie od strukturalnej zależności finansowej organizacji pacjenckich, projektowi UD207 brakuje **udokumentowanego mandatu reprezentacyjnego** od grupy, której prawa są przedmiotem najgłębszej ingerencji.

W procesie konsultacyjnym wokół projektu UD207:

- nie przeprowadzono publicznie udokumentowanych ankiet ani konsultacji wśród pacjentów onkologicznych aktywnie korzystających ze świadczeń medycyny komplementarnej i integracyjnej;
- federacje organizacji pacjenckich wypowiadające się publicznie za projektem nie udostępniły ankiet, konsultacji ani sprawozdań merytorycznych wskazujących na podstawę zajętego stanowiska wobec UD207;
- członkowie Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta reprezentujący organizacje pacjenckie nie składają publicznych disclosure’ów dotyczących doświadczenia własnego z chorobą, której pacjentów mieliby reprezentować w procesie konsultacyjnym;

— brak publicznego wspólnego stanowiska wszystkich organizacji członkowskich federacji reprezentowanych w Radzie Ekspertów RPP — przekaz publiczny pochodzi wyłącznie od przewodnictwa federacji.

W konsekwencji „interes publiczny pacjentów” jako konstytutywne uzasadnienie projektowanego ograniczenia praw konstytucyjnych pozostaje deklaracyjny, a nie empirycznie udokumentowany. Stanowi to **drugą strukturalną lukę w teście proporcjonalności** (art. 31 ust. 3 Konstytucji RP) — symetryczną do braku danych ilościowych w OSR (zob. § 7 niżej): od strony kosztów regulacja nie wykazuje skali zjawiska, od strony korzyści — empirycznie udokumentowanego interesu beneficjentów.

Niniejszy zarzut nie ma charakteru personalnego wobec poszczególnych członków gremiów opiniodawczych. Stanowi natomiast zarzut **strukturalny** wobec mechanizmu konsultacyjnego, który nie wymaga od reprezentantów organizacji pacjenckich udokumentowanego mandatu od bazy pacjentów, nad którymi mają orzekać.

6. Zarzuty wobec projektu nie są radykalne — to mainstream strony pracodawców systemu zdrowia

Wątpliwości konstytucyjne wobec UD207 dzielą nie tylko organizacje obywatelskie i zawody medyczne. W lipcu 2025 r. **siedem organizacji pracodawców systemu ochrony zdrowia — Pracodawcy dla Zdrowia, Konfederacja Lewiatan, Pracodawcy RP oraz cztery inne** — opublikowało wspólne stanowisko wobec projektu UD207, podnoszące dokładnie te same zarzuty, które są przedmiotem niniejszego apelu:

— art. 64a ust. 3 (rygor natychmiastowej wykonalności) — „**absolutnie nieakceptowalny**”; — art. 64a ust. 4 (wyłączenie art. 10 i 81 KPA) — „**rażące naruszenie KPA**”; — art. 67zj (definicja praktyki pseudomedycznej) — „**zbyt szeroka, nieprzewidywalna definicja**”; — art. 67zl ust. 4 — odwrócenie ciężaru dowodu jako samodzielny zarzut konstytucyjny.

Stanowisko jest publicznie dostępne pod adresem: pracodawcydlazdrowia.pl/wp-content/uploads/2025/07/St stanowisko-ws.-nowelizacji-ustawy-o-RPP-UD-207_FINAL.pdf. Stanowi **niezależną weryfikację argumentacji konstytucyjnej** przez główny nurt instytucjonalny systemu ochrony zdrowia w Polsce. Argumenty zawarte w niniejszym apelu nie są pozycją krańcową lub radykalną — są obecne w głównym nurcie środowiska pracodawców, samorządów zawodowych i niezależnych prawników konstytucjonalistów.

7. Brak danych ilościowych w Ocenie Skutków Regulacji — wada proceduralna projektu

W całej Ocenie Skutków Regulacji (OSR) projektu UD207 **nie ma żadnych danych ilościowych** uzasadniających skalę regulowanego zjawiska:

— brak szacowanej liczby „pseudomedyków” w Polsce; — brak danych o skali finansowej zjawiska; — brak danych o liczbie pacjentów poszkodowanych; — brak analizy skuteczności istniejących instrumentów prawnych (art. 58 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, art. 286 k.k., reżim UOKiK / nieuczciwych praktyk rynkowych, samorządy zawodowe).

Gazetą Lekarska w kwietniu 2026 r. cytuje Rzecznika Praw Pacjenta wyłącznie ogólnie: „Rzecznik prowadzi rocznie kilkaset postępowań dot. zbiorowych praw pacjentów” — ale to wszystkich postępowań, nie pseudomedycyny.

Brak danych ilościowych narusza **art. 50 ust. 1 Regulaminu pracy Rady Ministrów** wymagającego rzetelnej analizy skutków finansowych regulacji oraz **zasadę przyzwoitej legislacji** wywodzoną z art. 2 Konstytucji RP. To autonomiczna wada proceduralna projektu, niezależna od jego wad merytorycznych.

8. Vacatio legis 3 miesiące — 50% standardu Trybunału Konstytucyjnego

Zasada przyzwoitej legislacji wywodzona z art. 2 Konstytucji RP (m.in. wyrok TK P 29/13 z 2014 r.) wymaga odpowiednio długiego vacatio legis dla regulacji nakładających nowe obowiązki i sankcje na przedsiębiorców; trzymiesięczny okres przyjęty w projekcie UD207 budzi w tym świetle poważne wątpliwości. Projekt UD207 przewiduje vacatio legis trzymiesięczne — **dwukrotnie krótsze niż minimum wymagane przez Trybunał Konstytucyjny**. Uzasadnienie tego wyboru nie zostało publicznie przedstawione w żadnym dokumencie procesu legislacyjnego.

9. Pod-inkluzywność — ustawa omija realnie nieuczciwych

Projekt jest zarazem zbyt szeroki i zbyt wąski. Zbyt wąski, bo podmiot działający w złej wierze może zarejestrować działalność poza Unią Europejską i pozostać poza zasięgiem ustawy — Rzecznik może wobec niego najwyżej opublikować ostrzeżenie. Realnie obciążeni zostaną krajowi, jawnie i uczciwie działający świadczeniodawcy. Środek, który nie sięga głównego źródła nadużyć, a dotkliwie obciąża uczciwych, nie spełnia testu niezbędności i proporcjonalności (art. 31 ust. 3 Konstytucji RP).

10. Ochrona legalnych zawodów wspomagających

Nieostre kryteria i efekt mrozący projektu sięgają poza lekarzy — także w stronę legalnie wykonywanych zawodów i usług wspomagających (fizjoterapeutów, dietetyków, masażyistów, zielarzy, akupunkturzystów i innych), którzy nie roszczą sobie prawa do „leczenia”, lecz wspierają pacjentów i odciążają system. Zawody te należy regulować przez kwalifikacje i rejestr (na wzór niemieckiego systemu Heilpraktiker czy austriackich dyplomów ÖÄK), a nie penalizować całej dziedziny; ustawa nie może ich stygmatyzować ani wypychać z rynku.

11. Szybka ścieżka dla pacjentów onkologicznych

Dla pacjenta onkologicznego czas jest częścią leczenia. Dla świadczeń z użyciem preparatów zarejestrowanych i stosowanych off-label powinna wystarczać pełna informacja i świadoma zgoda — bez zbędnych formalności. Ścieżki eksperymentalne (eksperyment leczniczy, badanie kliniczne) powinny być realnie przyspieszone i odbiurokratyzowane, przy zachowaniu niezbędnego minimum gwarancji (świadoma zgoda, dokumentacja, opinia komisji bioetycznej w trybie pilnym). Świadczenia te pacjenci finansują z własnych środków — nie obciążają budżetu państwa ani kolejek NFZ.

12. Wsparcie rozwoju medycyny integracyjnej zamiast represji

Brak dowodów wysokiej jakości nie przesądza ani o nieskuteczności, ani o niebezpieczeństwie metody — bywa skutkiem braku finansowania. Badanie III fazy to lata i dziesiątki–setki milionów; stać na nie niemal wyłącznie komercyjnych sponsorów, przez co substancje bez patentu (naturalne, repurposed) są w systemie rejestracji strukturalnie upośledzone niezależnie od potencjału. Państwo powinno wspierać niezależne badania, standaryzację i nadzór jakości medycyny integracyjnej — na wzór rozwiązań w innych państwach UE — co podnosi bezpieczeństwo pacjentów, rozwija polską naukę i odciąża system publiczny.

III. ARGUMENT SYSTEMOWY — UD207 a kryzys systemu zdrowia

Niezależnie od argumentów wolnościowych i konstytucyjnych, projekt UD207 wprowadza **paradoks systemowy w obszarze finansowania ochrony zdrowia**:

- Budżet Narodowego Funduszu Zdrowia w roku 2025 przekroczył **220 miliardów złotych**, z czego niemal **33 miliardy złotych pokrył budżet państwa** w formie dotacji (źródło: PAP, 2 marca 2026 r.). NFZ jest **technicznie bankrutem**, utrzymywanym dzięki transferom z budżetu państwa.
- Polska wydaje na zdrowie zaledwie **8,1% PKB**, przy średniej OECD wynoszącej **9,2% PKB** (raport OECD „Health at a Glance 2025”). System ochrony zdrowia jest **strukturalnie niedofinansowany**.
- Pacjenci stosujący terapie uzupełniające w sektorze prywatnym **całkowicie pokrywają koszty z własnych środków** — bez obciążenia budżetu NFZ.
- Pacjenci onkologiczni stosujący terapie wspomagające często **lepiej tolerują leczenie konwencjonalne**, co przekłada się na mniejsze zapotrzebowanie na refundowane leki przeciwwymiotne, opioidy oraz czynniki wzrostu (Neulasta, Emend) — bezpośrednie oszczędności dla NFZ.
- Ustawa UD207 likwiduje sektor prywatnej medycyny komplementarnej i wymusza migrację pacjentów do systemu NFZ. **Pogłębia kryzys finansowy systemu**, który już dziś wymaga pokrycia 33 mld zł rocznie z budżetu państwa.