

BRIEF MEDIALNY — UD207 („lex szarlatan”): kluczowe fakty, pytania o transparentność i konstruktywna propozycja pakietu obywatelskiego

Data: lipiec 2026 r. (po uchwaleniu ustawy przez Sejm 3.07.2026) **Adresaci:** redakcje mediów ogólnopolskich i regionalnych, sekcje prawo/zdrowie, dziennikarze opinii, opinia publiczna **Format:** dokument referencyjny, ok. 6 stron drukowanych

STRESZCZENIE WYKONAWCZE

Projekt ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (UD207, potocznie „lex szarlatan”), przyjęty przez Radę Ministrów 12 maja 2026 r., został uchwalony przez Sejm 3 lipca 2026 r. i skierowany do Senatu. Pakiet obywatelski **nie kwestionuje słusznego celu ochrony pacjenta przed oszustwami medycznymi**, ale wskazuje istotne problemy konstytucyjne, proceduralne i ekonomiczne projektu w obecnym kształcie oraz proponuje konkretny model rozwiązania — **klauzulę świadomej zgody pacjenta** jako ustawowe wyłączenie spod sankcji.

Pięć obszarów do uwagi mediów:

1. **Nieostrość definicji „praktyki pseudomedycznej”** (art. 67zj) — ryzyko objęcia legalnych terapii wspomagających, medycyny integracyjnej, terapii eksperymentalnych w trybie compassionate use, off-label.
2. **Decyzje tymczasowe z natychmiastową wykonalnością** (art. 64a) — wyłączenie art. 10 i 81 KPA przed prawomocnym rozstrzygnięciem.
3. **Publikacja decyzji przed prawomocnością** — kolizja z art. 42 ust. 3 Konstytucji RP, art. 6 ust. 2 EKPC i RODO.
4. **Wątpliwości proporcjonalnościowe** — kary do 1 mln zł bez ilościowego uzasadnienia skali zjawiska w Ocenie Skutków Regulacji.
5. **Pytania o transparentność procesu legislacyjnego** — skład ciał opiniujących, ujawnienie konfliktów interesów ekspertów (zgodnie ze standardem ICMJE stosowanym w nauce).

Pakiet obywatelski formułuje także **pozytywny postulat** — klauzulę świadomej zgody pacjenta — opartą o art. 47 i 41 Konstytucji RP, art. 8 EKPC, art. 5 Konwencji z Oviedo, art. 3 Karty Praw Podstawowych UE oraz art. 16–17 ustawy o prawach pacjenta.

1. STATUS PRAWNY PROJEKTU UD207

Numer projektu: UD207 **Tytuł:** Projekt ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta **Etap legislacyjny (lipiec 2026):** przyjęty przez Radę Ministrów 12 maja 2026 r.; po pierwszym czytaniu skierowany do podkomisji, która 17 czerwca 2026 r. zawęziła zakaz do czterech grup pacjentów (małoletni, onkologiczni, ciężko/nieuleczalnie chorzy, osoby z zaburzeniami psychicznymi) i dodała przesłankę

„zagrożenia dla zdrowia lub życia”; a 3 lipca 2026 r. Sejm uchwalił ustawę (232 głosy za, 34 przeciw, 162 wstrzymujące się) i skierował ją do Senatu; po rozpatrzeniu przez Senat ustawa może trafić do podpisu Prezydenta (druk sejmowy nr 2598) **Karta projektu w RCL:** legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12398957 **Karta projektu w KPRM:** gov.pl/web/premier/projekt-ustawy-o-zmianie-ustawy-o-prawach-pacjenta-i-rzeczniku-praw-pacjenta2 **Plan wejścia w życie:** 3 miesiące od publikacji w Dzienniku Ustaw (wymaga uwagi — zob. pkt 5)

Kluczowi adresaci normy: - Podmioty lecznicze wpisane do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (RPM) - Osoby fizyczne wykonujące świadczenia zdrowotne poza systemem - Organy administracji publicznej (Rzecznik Praw Pacjenta jako organ wykonawczy)

Sankcje przewidziane projektem: - Kara administracyjna do **1 000 000 zł** dla podmiotów leczniczych (art. 67zk); dodatkowo kara do **100 000 zł** za brak współpracy z Rzecznikiem Praw Pacjenta - Kara osobista do **dwudziestokrotności przeciętnego wynagrodzenia** (ok. 160 tys. zł) dla osób zarządzających (art. 69b) - Decyzja tymczasowa z natychmiastową wykonalnością (art. 64a) - Publiczne ostrzeżenie RPP przed zakończeniem postępowania (art. 47 ust. 1b)

2. PIĘĆ KLUCZOWYCH PROBLEMÓW KONSTYTUCYJNYCH

2.1. Nieostrość definicji „praktyki pseudomedycznej” (art. 67zj)

Definicja zawiera pojęcia blankietowe („metoda niezgodna z aktualną wiedzą medyczną”, „skuteczność oczekiwana”) podatne na arbitralną interpretację. Sąd Najwyższy w postanowieniu z 5 czerwca 2019 r. (III KK 212/18) wskazał, że ocena zgodności postępowania lekarza z „aktualną wiedzą medyczną” wymaga każdorazowego dowodu z opinii biegłych, a niedające się usunąć wątpliwości rozstrzyga się na korzyść podmiotu (art. 5 § 2 k.p.k.). Przeniesienie tego kryterium do art. 67zj jako podstawy sankcji administracyjnej **bez analogicznych gwarancji procesowych** rodzi pytanie o zgodność z art. 2 Konstytucji RP (zasada określoności prawa, *lex certa*).

Pełen tekst orzeczenia SN:

sn.pl/sites/orzecznictwo/OrzeczeniaHTML/iii%20kk%20212-18.docx.html

2.2. Decyzje tymczasowe z natychmiastową wykonalnością (art. 64a)

Projekt wyłącza w postępowaniach o decyzji tymczasowej zastosowanie art. 10 KPA (prawo strony do czynnego udziału) oraz art. 81 KPA (obowiązek pouczenia o faktach przyjętych jako udowodnione). Skutek: decyzja wykonalna **przed wysłuchaniem strony**. To rodzi pytanie o zgodność z art. 45 ust. 1 Konstytucji RP (prawo do sądu) oraz art. 6 EKPC (prawo do rzetelnego procesu w sprawach kwalifikowanych jako „criminal” w rozumieniu wyroku ETPC *Engel v. Holandia*).

2.3. Publikacja decyzji przed prawomocnością

Projekt przewiduje publiczne ostrzeżenia oraz publikację decyzji RPP z oznaczeniem prawomocności (art. 47 ust. 1b, art. 64 ust. 4a, art. 67zł ust. 5). Publikacja informacji o sankcji przed zakończeniem procesu sądowego stanowi przedmiot rozważań w kontekście art. 42 ust. 3 Konstytucji RP (domniemanie niewinności), art. 6 ust. 2 EKPC, art. 5 i 35 RODO (zasady przetwarzania danych osobowych, ocena skutków DPIA).

2.4. Wątpliwości proporcjonalnościowe i brak danych ilościowych w OSR

Test proporcjonalności (art. 31 ust. 3 Konstytucji RP) wymaga, by środek był konieczny w stosunku do skali problemu. Ocena Skutków Regulacji projektu UD207 **nie zawiera danych ilościowych** dotyczących:

- szacowanej liczby podmiotów wykonujących praktyki podpadające pod art. 67zj,
- analizy skuteczności istniejących reżimów (art. 286 k.k., art. 58 ustawy o zawodach lekarza, UOKiK, samorząd zawodowy),
- liczby pacjentów poszkodowanych,
- danych finansowych skali zjawiska,
- statystyki postępowań RPP specyficznym w tym obszarze.

Sprawozdania roczne Rzecznika Praw Pacjenta za lata 2019–2024 (gov.pl/attachment/c82a420a-7ada-40d2-aeb4-69d5bade26d5) nie zawierają odrębnej statystyki postępowań w sprawach „pseudomedycyny”, mimo że projekt ma odpowiadać na to zjawisko. Wszystkie 417 wszczętych postępowań zbiorowych w 2024 r. dotyczyło ogółu naruszeń zbiorowych praw pacjentów.

To autonomiczny zarzut proceduralny wynikający z art. 50 ust. 1 Regulaminu pracy Rady Ministrów (wymóg rzetelnej analizy skutków finansowych).

2.5. Vacatio legis poniżej standardu TK

Zgodnie z zasadą przyzwoitej legislacji (art. 2 Konstytucji RP; m.in. wyrok TK P 29/13) regulacje nakładające obciążenia finansowe lub sankcyjne na przedsiębiorców wymagają odpowiednio długiego vacatio legis. Projekt UD207 przewiduje jedynie 3 miesiące. Uzasadnienie skrócenia okresu wejścia w życie nie zostało publicznie przedstawione w dokumentach procesu legislacyjnego.

2.6. Brak jawnej, niezależnej procedury eksperckiej (A1)

Projekt powierza Rzecznikowi Praw Pacjenta — organowi kierowanemu przez prawnika — rozstrzyganie o „zgodności z aktualną wiedzą medyczną” bez ustawowej, transparentnej procedury oceny z gradacją dowodów (GRADE/OCEBM/ESMO-MCBS), ujawnianiem konfliktów interesów i prawem strony do kontrdowodu. Dla porównania UOKiK, działając zbliżonymi narzędziami administracyjnymi, opiera się na jawnych wytycznych metodologicznych. Brak analogicznego standardu rodzi ryzyko arbitralności (art. 2, 7 i 45 Konstytucji RP).

2.7. Podwójny standard dowodów

Ta sama miara medycyny opartej na dowodach, stosowana uczciwie, obejmuje także część leczenia konwencjonalnego: w analizie onkologicznych dopuszczeń EMA z lat 2009–2013 ok. 57% wskazań weszło na rynek 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). „Brak mocnych badań” nie zawsze znaczy „nieskuteczne”. Wniosek jest epistemiczny: prawo powinno stosować gradację dowodów, a nie zero-jedynkową etykietę — i w obie strony.

3. PROBLEMY EKONOMICZNE — PARADOKS NFZ

Budżet NFZ 2025: ponad **220 mld zł** (PAP, 2.03.2026), w tym **dotacja z budżetu państwa blisko 33 mld zł** dla pokrycia deficytu (wzrost z 18,3 mld zł w 2024 r.).

Wydatki Polski na zdrowie (OECD Health at a Glance 2025): Polska 8,1% PKB; średnia OECD (38 krajów) 9,2% PKB.

Strukturalny argument: medycyna komplementarna w Polsce funkcjonuje **całkowicie poza budżetem NFZ** — pacjenci pokrywają koszty z prywatnych środków. Eliminacja tego segmentu, której skutkiem byłaby migracja pacjentów do publicznego systemu, generuje dodatkowe obciążenie NFZ szacowane na **300–600 mln zł rocznie** (przy konserwatywnym założeniu 20% pacjentów onkologicznych korzystających z terapii uzupełniających).

Paradoks: UD207, prezentowany jako narzędzie ochrony pacjentów, w aspekcie ekonomicznym pogłębia kryzys finansowy NFZ — instytucji, której ochrona była jednym z deklarowanych celów polityki publicznej.

4. KONTEKST MIĘDZYNARODOWY — WHO TCIM, UE, MODELE EUROPEJSKIE

Rezolucja WHA78(14) z 27 maja 2025 r. — Światowa Organizacja Zdrowia przyjęła w drodze konsensusu Globalną Strategię Medycyny Tradycyjnej, Komplementarnej i Integracyjnej (TCIM) 2025–2034. Polska jako państwo członkowskie WHO i UE uczestniczyła w tym procesie. Pełen tekst: [apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_\(14\)-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_(14)-en.pdf)

Strategia **nie postuluje automatycznej integracji wszystkich praktyk CAM** — wskazuje natomiast na potrzebę oceny efektywności kosztowej, bezpieczeństwa, jakości i skuteczności jako warunków odpowiedzialnej integracji.

Oświadczenie UE z 24 maja 2025 r. (EEAS, pkt 13.8 porządku obrad WHA78, w imieniu UE i 27 państw członkowskich) wzywało do integracji wyłącznie w oparciu o evidence-based medicine i przeciwdziałania „*harmful and/or ineffective practices that may be*

disguised as alternative medicines". Pełen tekst: eeas.europa.eu/delegations/un-geneva/eu-statement-wha78-item-138-%E2%80%93-draft-global-traditional-medicine-strategy-2025-2034_en

Wybrane modele europejskie regulacji CAM:

- **Szwajcaria:** art. 118a Konstytucji (referendum 2009 r.); od 2017 r. wybrane metody objęte powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym — w ramach kwalifikacji i oceny, nie blankietowo.
- **Niemcy:** zawód Heilpraktiker uregulowany ustawowo; ok. 50 000 aktywnych specjalistów; refundacja wybranych metod w określonych wskazaniach przez część kas chorych — decyduje wskazanie i jakość dowodów, nie etykieta.
- **Kanada (Ontario, BC):** naturopaci jako zawód licencjonowany przez Colleges of Naturopaths.

UD207 wybiera model **administracyjnej penalizacji** tam, gdzie inne państwa europejskie wybierają **regulację z licencjonowaniem**.

5. POZYTYWNY POSTULAT — KLAUZULA ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA

Pakiet obywatelski nie ogranicza się do krytyki UD207. Proponuje konkretny model wyłączenia ustawowego:

Brzmienie proponowane do art. 67zj UD207 (nowy ust. 3):

„Świadczenie zdrowotne nie stanowi praktyki, o której mowa w ust. 1, jeżeli zostało wykonane wobec pacjenta, który łącznie: 1) otrzymał pisemną informację o stanie wiedzy medycznej (poziom dowodów wg OCEBM lub GRADE, alternatywy konwencjonalne, ryzyko, brak gwarancji skuteczności, status rejestracyjny substancji); 2) potwierdził pisemnie świadomą zgodę zgodnie z art. 16–17 u.p.p. oraz art. 5 Konwencji z Oviedo; 3) nie był odwodzony od leczenia zgodnego z aktualną wiedzą medyczną ani nie obiecywano mu wyleczenia; 4) świadczenie zostało wykonane przez podmiot leczniczy wpisany do RPM, z dokumentacją medyczną.”

Podstawy konstytucyjno-prawne: art. 47 Konstytucji RP (prywatność/decyzje o własnym ciele), art. 41 ust. 1 (wolność osobista), art. 31 ust. 3 (proporcjonalność — środek najmniej dolegliwy), art. 16–17 u.p.p. (informed consent), art. 8 EKPC (autonomia — *Pretty, Vavříčka, Jehovah's Witnesses of Moscow*), art. 5 Konwencji z Oviedo, art. 3 Karty Praw Podstawowych UE.

Co nadal jest karalne — bez UD207: - art. 286 k.k. (oszustwo): do 8 lat pozbawienia wolności - art. 58 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty: grzywna lub do 1 roku (ust. 1), do 3 lat (ust. 4) - odpowiedzialność zawodowa lekarzy/pielęgniarek/fizjoterapeutów (art. 17 Konstytucji RP) - UOKiK (nieuczciwe praktyki rynkowe wobec konsumenta) - Prawo farmaceutyczne (reklama, oświadczenia zdrowotne) - Prawo prasowe

Trzy filary pełnej propozycji pakietu:

1. Klauzula świadomej zgody pacjenta (powyżej)
 2. Gradacja dowodów wg OCEBM lub GRADE zamiast prostego „zgodne/niezgodne”
 3. Ustawowy obowiązek RPP zapewnienia ciągłości opieki przed wykonaniem decyzji wyłączającej lekarza/podmiot
-

5a. DALSZE POSTULATY I ARGUMENTY

Ochrona zawodów wspomagających. Nieostre kryteria i efekt mrozący projektu sięgają poza lekarzy — także w stronę legalnie wykonywanych zawodów i usług wspomagających (fizjoterapeutów, dietetyków, masażystów, 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.

Pod-inkluzywność. 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).

Szybka ścieżka onkologiczna. 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.

Pozytywny kierunek. 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.

6. KONTEKST EMPIRYCZNY — CASUS Z 2025 R.

W styczniu 2025 r. sąd lekarski (orzeczenie z 2025 r.) zawiesił na 1 rok prawo wykonywania zawodu lekarzowi opiekującemu się pacjentami onkologicznymi w

ambulatoryjnej klinice integracyjnej. Kilkudziesięciu pacjentów onkologicznych w trakcie aktywnych terapii pozostało z dnia na dzień bez lekarza prowadzącego.

W okresie zawieszenia pacjenci skierowali pisemne apele do urzędów państwowych — w tym Ministerstwa Zdrowia, NFZ, NIL i Rzecznika Praw Pacjenta. Uruchomili także własną stronę internetową dokumentującą sytuację. **Nie odnotowano publicznej, merytorycznej interwencji żadnego z adresatów w okresie 11 miesięcy.**

W grudniu 2025 r. Sąd Najwyższy uwzględnił kasację, **uchylił orzeczenie sądu lekarskiego z 2025 r. i umorzył całe postępowanie**, wskazując na rażące naruszenia prawa do obrony w postępowaniu przed sądem lekarskim.

Wnioski dla UD207:

1. UD207 nie zawiera żadnych przepisów o ciągłości opieki po wykluczeniu lekarza/podmiotu — strukturalna luka regulacyjna (art. 68 ust. 1 Konstytucji RP).
 2. Standard proceduralny art. 64a UD207 (wyłączenie art. 10 i 81 KPA) jest niższy niż standard postępowania przed sądem lekarskim, który Sąd Najwyższy już ocenił jako wadliwy.
 3. Casus stanowi empiryczny test sterowności RPP — w sytuacji, w której organ miał realne pole działania w obronie pacjentów, nie podjął udokumentowanej interwencji.
-

7. PYTANIA O TRANSPARENTNOŚĆ PROCESU LEGISLACYJNEGO

Pakiet obywatelski wskazuje na potrzebę pełnej transparentności procesu legislacyjnego UD207 — w zakresie standardu, który jest powszechnie stosowany w nauce (deklaracje konfliktów interesów wg ICMJE). Pytania do rozważenia w ramach kontroli demokratycznej:

- Skład ciał doradczych przy organie wykonawczym projektowanej regulacji (Rada Ekspertów RPP) — czy ich kwalifikacje i potencjalne konflikty interesów (w tym finansowe powiązania z przemysłem farmaceutycznym konkurującym z terapiami komplementarnymi) są publicznie udokumentowane?
- Czyje stanowiska zostały uwzględnione na etapie konsultacji publicznych, a czyje odrzucone? Czy odrzucenia mają publiczne uzasadnienia?
- Jakie organizacje pacjenckie zostały zaproszone do konsultacji i jaki jest ich profil finansowania (badania empiryczne dotyczące finansowania organizacji pacjenckich w Polsce — m.in. Makowska, Mulinari, Ozieranski, *International Journal of Social Determinants of Health and Health Services*, 2025, DOI 10.1177/27551938241305995, PMC11977834 — pokazują strukturalne wzorce zależności)?

Dodatkowe pytania o reprezentatywność „głosu pacjentów”

W procesie legislacyjnym UD207 „interes pacjentów” stanowi konstytutywne uzasadnienie projektowanego ograniczenia praw konstytucyjnych. Rzetelność tej deklaracji wymaga weryfikacji empirycznej:

- Jakie publicznie udokumentowane ankiety lub konsultacje przeprowadzono z pacjentami onkologicznymi aktywnie korzystającymi ze świadczeń medycyny komplementarnej i integracyjnej — czyli z grupą, której prawa są przedmiotem najgłębszej ingerencji?
- Czy federacje organizacji pacjenckich popierające projekt opublikowały ankiety, konsultacje lub sprawozdania merytoryczne wskazujące na podstawę swojego stanowiska wobec UD207?
- Czy wszystkie organizacje członkowskie federacji reprezentowanych w Radzie Ekspertów RPP zajmują publiczne wspólne stanowisko ws. UD207, czy też publiczny przekaz pochodzi wyłącznie od przewodnictwa federacji?
- Czy w Radzie Ekspertów RPP obowiązują publiczne disclosure'y dotyczące doświadczenia własnego z chorobą (a nie tylko powiązań finansowych) — dla wszystkich kategorii członków, w tym przedstawicieli organizacji pacjenckich, którzy uczestniczą tam jako reprezentanci grupy społecznej, nie jako eksperci medyczni czy naukowci?

Te pytania nie mają charakteru personalnego — dotyczą **mechanizmu konsultacyjnego** jako takiego. Brak publicznych odpowiedzi tworzy strukturalną lukę w teście proporcjonalności UD207 (art. 31 ust. 3 Konstytucji RP).

Pakiet obywatelski nie formułuje personalnych zarzutów wobec konkretnych osób. Domaga się natomiast spełnienia standardu transparentności, który jest fundamentem demokratycznego procesu legislacyjnego.

8. NIEZALEŻNA WERYFIKACJA — STANOWISKO 7 ORGANIZACJI PRACODAWCÓW

Stanowisko 7 organizacji pracodawców sektora zdrowia (lipiec 2025 r., wspólne stanowisko Pracodawcy dla Zdrowia, Konfederacja Lewiatan, Pracodawcy RP, Związek Pracodawców Polski, Związek Pracodawców Lecznictwa, Związek Pracodawców Farmaceutycznych, Ogólnopolski Związek Pracodawców Sektora Usługowego):

PDF: pracodawcydlazdrowia.pl/wp-content/uploads/2025/07/Stanowisko-ws.-nowelizacji-ustawy-o-RPP-UD-207_FINAL.pdf

Stanowisko podnosi **identyczne zarzuty konstytucyjne** jak niezależna analiza prawna pakietu obywatelskiego (m.in. art. 64a ust. 3 jako „absolutnie nieakceptowalny”, art. 64a ust. 4 jako „rażące naruszenie KPA”, art. 67zj o „zbyt szerokiej definicji”). Stanowisko sektora zdrowia jest **niezależną weryfikacją argumentacji konstytucyjnej** wobec UD207.

9. KLUCZOWE DOKUMENTY PAKIETU DO POBRANIA

Wszystkie dokumenty pakietu obywatelskiego są publicznie dostępne na pacjentmaprawo.pl/dokumenty:

- Memorandum prawne UD207 — pełna analiza zgodności z Konstytucją RP, EKPC i KPP UE (PDF, ok. 18 stron)
 - Sekcja Konstytucyjna — 14 niezgodności konstytucyjnych z orzecznictwem TK/SN/ETPC/TSUE (PDF, ok. 22 strony)
 - Memo Ekonomiczne — UD207 w cieniu kryzysu NFZ (PDF, ok. 14 stron)
 - Załącznik 1 — Policy Paper EBM (PDF)
-

KONTAKT MEDIALNY

Adres e-mail: kontakt@pacjentmaprawo.pl (ProtonMail, Szwajcaria, end-to-end encryption) **Czas odpowiedzi:** 24 h w dni robocze **Możliwości:** rozmowa z prawnikiem konstytucyjnym lub ekspertem medycyny integracyjnej współpracującym z platformą.

CO TWIERDZIMY — CO NIE TWIERDZIMY

Twierdzimy:

- Cel ochrony pacjenta jest słuszny, ale narzędzia muszą być proporcjonalne i konstytucyjnie poprawne
- Pojęcie „pseudomedycyny” wymaga precyzyjnej definicji z gradacją dowodów (OCEBM/GRADE)
- Świadoma zgoda pacjenta po pełnej informacji powinna być ustawowym wyłączeniem spod sankcji
- Proces legislacyjny wymaga transparentności składu ciał opiniujących i konfliktów interesów
- Polska przystępuje do projektu poniżej standardu europejskiego (Heilpraktiker DE, art. 118a CH, model regulacji zamiast penalizacji)

NIE twierdzimy:

- NIE twierdzimy, że każda terapia komplementarna jest skuteczna
 - NIE bronimy oszustw medycznych — popieramy ich ściganie istniejącymi reżimami
 - NIE formułujemy personalnych zarzutów bez udokumentowanych źródeł
 - NIE zachęcamy do rezygnacji z leczenia konwencjonalnego ani z leczenia zgodnego z aktualną wiedzą medyczną
-

Dokument przygotowany w ramach pakietu obywatelskiego UD207. Warszawa, czerwiec 2026 r. Wszystkie referencje zweryfikowane w bazach pierwotnych.