

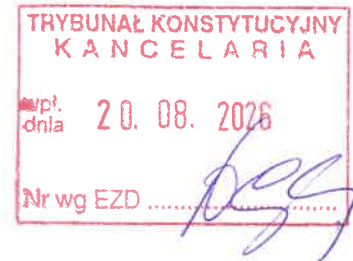


PREZYDENT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Karol Nawrocki

Warszawa, dnia 18 sierpnia 2026 r.

WNIOSEK



Na podstawie art. 122 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej wnoszę o zbadanie zgodności z Konstytucją ustawy z dnia 31 lipca 2026 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Ustawie tej zarzucam niezgodność:

- I. art. 1 pkt 12 ustawy w zakresie dodawanego art. 67zj ust. 1 i 2, art. 67zl i art. 1 pkt 13 ustawy w zakresie zmienianego art. 68 z art. 2, art. 45 ust. 1 i art. 78 oraz art. 20 i art. 22 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji;
- II. art. 1 pkt 12 ustawy w zakresie dodawanego art. 67zn z art. 2 i art. 20 i art. 22 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji oraz w związku z art. 2, art. 45 ust. 1 i art. 78 Konstytucji.

UZASADNIENIE

W dniu 31 lipca 2026 r. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej, na podstawie art. 122 ust. 1 Konstytucji, przedstawił do podpisu Prezydenta RP ustawę z dnia 31 lipca 2026 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dalej także: zaskarżona lub kwestionowana ustawa). Ustawa ta jest wynikiem prac legislacyjnych nad projektem zawartym w druku sejmowym nr 2598, przedłożonym Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej przez Radę Ministrów.

Zaskarżona ustawa modyfikuje prawo do działania Rzecznika Praw Pacjenta (dalej także: Rzecznik) zasadniczo w trzech obszarach. Wprowadzana regulacja zmienia przepisy dotyczące postępowania w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów, wprowadza nową kategorię postępowań: postępowanie w sprawach praktyk pseudomedycznych oraz daje możliwość podjęcia przez Rzecznika Praw Pacjenta działań związanych z wpisem do rejestru podmiotów prowadzących dezinformację medyczną.

W pierwszej kolejności należy zwrócić uwagę, że Rzecznik Praw Pacjenta jest centralnym organem administracji rządowej, właściwym w sprawach ochrony praw pacjentów określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581, z późn. zm.) oraz w przepisach odrębnych. Ustanowienie instytucji Rzecznika Praw Pacjentów służy zapewnieniu instytucjonalnej ochrony praw pacjenta, rozumianych jako publicznoprawne gwarancje przysługujące osobom zwracającym się o udzielenie świadczeń zdrowotnych albo korzystającym z takich świadczeń. Rzecznik nie jest (nie był dotychczas) organem kontroli państwowej ani organem wymiaru sprawiedliwości. Rzecznik Praw Pacjenta jest organem powołanym do ochrony zarówno indywidualnych, jak i zbiorowych praw pacjentów. Jego działalność obejmuje w szczególności reagowanie na naruszenia praw pacjenta, prowadzenie postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów, podejmowanie działań interwencyjnych i systemowych oraz upowszechnianie wiedzy o prawach pacjenta.

Podstawowym celem kwestionowanej ustawy – w świetle deklaracji projektodawcy wyrażonej w uzasadnieniu do jej projektu – jest „zwiększenie poziomu przestrzegania praw pacjenta oraz przeciwdziałanie działaniom szkodliwym i niebezpiecznym dla zdrowia i życia

ludzkiego”. Przypomnienia wymaga, że ustawa z dnia 8 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta została uchwalona po to, aby zwiększyć bezpieczeństwo pacjentów zagrożone rosnącą technicyzacją procesu leczenia oraz złożonością całego systemu ochrony zdrowia. Pacjent, zwłaszcza chory, jest często całkowicie bezradny wobec systemu i zasługuje na szczególne traktowanie i pomoc instytucjonalną. Zwalczanie praktyk pseudomedycznych i dezinformacji medycznej jest konieczne. Państwo powinno dysponować skutecznymi instrumentami pozwalającymi chronić pacjentów przed działaniami, które mogą prowadzić do podejmowania decyzji zagrażających ich zdrowiu lub życiu. Osiągnięcie tego celu wymaga jednak właściwego doboru środków prawnych. Samo istnienie rzeczywistego i poważnego problemu nie uzasadnia bowiem przyjęcia każdego rozwiązania, które ma służyć jego ograniczeniu. Instrumenty ustawowe muszą być nie tylko skuteczne, lecz także precyzyjne, proporcjonalne i skonstruowane w sposób odpowiadający standardom konstytucyjnym.

Zastrzeżenia wobec kwestionowanej nowelizacji nie dotyczą zatem potrzeby przeciwdziałania praktykom pseudomedycznym i dezinformacji medycznej, lecz przyjętego przez ustawodawcę modelu tej ochrony oraz środków, za pomocą których cel ten ma być realizowany.

Wątpliwości powstają zatem na poziomie przyjętego modelu ingerencji administracyjnoprawnej oraz zastosowanych instrumentów ograniczających konstytucyjne wolności i prawa jednostki. Przy czym istota problemu konstytucyjnego nie polega na samym ustanowieniu mechanizmów przeciwdziałania praktykom mogącym zagrażać zdrowiu i życiu pacjentów. Zasadnicze zastrzeżenia dotyczą sposobu skonstruowania tych mechanizmów. Ustawodawca powiązał bowiem niedookreślone przesłanki materialnoprawne z szerokim zakresem uznania administracyjnego, pozwalając na zbyt dużą arbitralność w podejmowaniu decyzji przez Rzecznika Praw Pacjenta, a następnie z katalogiem środków wywołujących natychmiastowe oraz potencjalnie nieodwracalne skutki prawne i gospodarcze.

Podkreślić należy, że Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej nie kwestionuje potrzeby stanowczej reakcji państwa na działania mogące stwarzać rzeczywiste zagrożenie dla życia lub zdrowia pacjentów. Ochrona zdrowia publicznego oraz przeciwdziałanie praktykom wykorzystującym niewiedzę, bezradność lub szczególnie trudną sytuację zdrowotną obywateli stanowią wartości znajdujące oparcie w Konstytucji i uzasadniają podejmowanie działań ustawodawczych służących ich ochronie. Realizacja tych celów nie zwalnia jednak

ustawodawcy z obowiązku poszanowania pozostałych standardów konstytucyjnych. Także regulacje podejmowane w interesie ochrony zdrowia muszą odpowiadać wymaganiom wynikającym z zasady demokratycznego państwa prawnego, zasady proporcjonalności oraz gwarancji ochrony wolności i praw jednostki.

Wskazane w *petitum* wniosku zarzuty nie zmierzają do zakwestionowania potrzeby przeciwdziałania praktykom stwarzającym rzeczywiste zagrożenie dla pacjentów. Dotyczą wyłącznie wątpliwości przyjętych rozwiązań prawnych co do ich zgodności z konstytucyjnymi standardami ochrony wolności i praw jednostki.

W ocenie Prezydenta RP wątpliwości te nie mają przy tym charakteru wyłącznie incydentalnego ani nie ograniczają się do pojedynczych wad legislacyjnych poszczególnych przepisów, które można usunąć przez kolejną nowelizację lub odpowiednią wykładnię przepisów prawa. Dotyczą one podstawowych założeń przyjętego modelu regulacyjnego, obejmując jednocześnie sposób definiowania praktyk pseudomedycznych i dezinformacji medycznej, zakres kompetencji przyznanych Rzecznikowi Praw Pacjenta, konstrukcję środków ingerencji administracyjnej oraz przewidziane przez ustawę mechanizmy ochrony prawnej podmiotów objętych jej działaniem. Powstaje zatem uzasadniona wątpliwość, czy stwierdzone niekonstytucyjności mają charakter wyłącznie fragmentaryczny i możliwy do usunięcia przez eliminację poszczególnych rozwiązań, czy też źródło problemu konstytucyjnego tkwi w samym modelu regulacji przyjętym przez ustawodawcę.

Właśnie z tego względu, kierując się obowiązkiem czuwania nad przestrzeganiem Konstytucji oraz dążąc do usunięcia wszelkich poważnych wątpliwości dotyczących zgodności ustawy z ustawą zasadniczą jeszcze przed zakończeniem procesu ustawodawczego, Prezydent RP uznaje za konieczne skorzystanie z kompetencji określonej w art. 122 ust. 3 Konstytucji i zwrócenie się do Trybunału Konstytucyjnego o dokonanie kontroli prewencyjnej kwestionowanej ustawy.

Odnotować należy również, że od rozpoczęcia prac nad projektem kwestionowanej ustawy, jeszcze na etapie prac rządowych, do Kancelarii Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej wpływały i nadal wpływają bardzo liczne pisma obywateli oraz organizacji społecznych, zawodowych i gospodarczych zwracających się o zakwestionowanie przyjętych rozwiązań ustawowych. Wśród dziesiątek tysięcy podpisów złożonych pod apelami przeciwko

uchwalonej ustawie znalazły się także stanowiska organizacji zrzeszających różne grupy pacjentów, przedstawicieli zawodów związanych z ochroną zdrowia, środowisk naukowych oraz przedsiębiorców prowadzących działalność w obszarze usług prozdrowotnych.

Do Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej skierowany został również „List Ludzi Nauki przeciwko nowelizacji ustawy o Rzeczniku Praw Pacjenta”, podpisany według stanu na dzień sporządzenia niniejszego wniosku przez 115 przedstawicieli środowiska naukowego, w tym 20 profesorów, 28 doktorów habilitowanych oraz 68 osób posiadających stopień naukowy doktora, reprezentujących różne dziedziny nauki oraz liczne krajowe i zagraniczne ośrodki akademickie.

Okoliczność ta nie przesądza oczywiście o niezgodności ustawy z Konstytucją, jednak wskazuje, że podnoszone wobec niej zastrzeżenia nie mają charakteru jednostkowego ani wyłącznie środowiskowego. Skala i różnorodność zgłaszanych uwag potwierdza, że kwestia zgodności przyjętych rozwiązań ze standardami konstytucyjnymi budzi poważne wątpliwości w różnych grupach społecznych i zawodowych, co dodatkowo uzasadnia potrzebę poddania ustawy kontroli prewencyjnej przez Trybunał Konstytucyjny przed zakończeniem procesu ustawodawczego.

I. Zarzut niezgodności art. 1 pkt 12 ustawy w zakresie dodawanego art. 67zj ust. 1 i 2 z art. 67zl i art. 1 pkt 13 ustawy w zakresie zmienianego art. 68 z art. 2, art. 45 ust. 1 i art. 78 oraz art. 20 i art. 22 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji.

Przedmiot kontroli stanowi art. 67zj ust. 1 i 2 w związku z art. 67zl i art. 68 w zakresie, w jakim przewiduje on możliwość nałożenia kary pieniężnej za naruszenie zakazu, o którym mowa w art. 67zj ust. 2 kwestionowanej nowelizacji – art. 1 pkt 12 i 13 ustawy z dnia 31 lipca 2026 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Wzorcami kontroli przepisów zakwestionowanych w pkt I *petitum* wniosku są: art. 2, art. 20 i art. 22 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji.

Kwestionowane przepisy stanowią podstawę, w zasadzie istotę regulacji składającej się na materię objętą dodawanym rozdziałem 13c kwestionowanej ustawy normującą postępowanie w sprawach praktyk pseudomedycznych. Zawarty w rozdziale 13c kwestionowanej ustawy art. 67zj ust. 1 wprowadza nowe pojęcie „praktyk pseudomedycznych”. W świetle powołanego przepisu:

„Przez praktykę pseudomedyczną rozumie się:

1) udzielanie świadczeń zdrowotnych stwarzających ryzyko uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, albo śmierci człowieka przez osobę niewykonyującą zawodu medycznego,

2) oferowanie lub stosowanie metody diagnostycznej lub leczniczej niebędącej świadczeniem zdrowotnym, w przypadku której wprowadza się w błąd, że posiada właściwości świadczenia zdrowotnego w zakresie diagnostyki lub leczenia małych dzieci, chorób onkologicznych, ciężkich nieuleczalnych chorób lub zaburzeń psychicznych,

3) wykonywanie działalności leczniczej bez uzyskania wpisu do rejestru, o którym mowa w art. 103 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, z uwzględnieniem art. 104 ust. 2 tej ustawy

– podejmowane w celu osiągnięcia korzyści majątkowej lub osobistej”.

Zgodnie z nowymi przepisami, stosowanie praktyk powiązanych z szeroko rozumianymi kwestiami zdrowotnymi, określonych w ustawie niejednoznacznie jako „praktyki pseudomedyczne” (art. 67zj ust. 1), jest bezwarunkowo zakazane (art. 67zj ust. 2). Kompetencję decydowania o tym, czy dana działalność uznać należy za zakazaną praktykę pseudomedyczną, powierzono centralnemu organowi administracji rządowej, tj. Rzecznikowi Praw Pacjenta, którego wyposażono nie tylko w uprawnienie żądania wstrzymania praktyki i usunięcia jej skutków (art. 67zl), ale także nakładania kary pieniężnej, w tym na osoby fizyczne, w wysokości do 1 000 000 (milion) złotych za stosowanie praktyk pseudomedycznych (art. 68 ust. 1). Nałożenie takiej kary zgodnie z przepisami może mieć miejsce wielokrotnie (art. 68 ust. 3), a termin na jej uiszczenie określono w ustawie na zaledwie 14 dni (art. 70 ust. 2).

Przytoczona definicja praktyk pseudomedycznych łączy, jako jeden typ normatywny jakościowo odmienne kategorie zachowań dotyczące trzech obszarów. Po pierwsze przewiduje udzielanie świadczeń zdrowotnych przez osobę niewykonyującą zawodu medycznego, o ile stwarzają one ryzyko uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, albo śmierci człowieka. Po drugie oferowanie lub stosowanie metody diagnostycznej lub leczniczej niebędącej świadczeniem zdrowotnym, w przypadku której wprowadza się w błąd, że posiada właściwości świadczenia zdrowotnego w zakresie diagnostyki lub leczenia małych dzieci, chorób onkologicznych, ciężkich nieuleczalnych chorób lub zaburzeń psychicznych. I po trzecie, wykonywanie działalności leczniczej bez uzyskania wymaganego wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Jednocześnie brak jest odrębnych przesłanek odpowiedzialności i zróżnicowania instrumentów w zależności od charakteru i wagi naruszenia. Ponadto przytoczony przepis zawiera szereg pojęć ocennych, które stanowią bezpośrednią podstawę uruchomienia postępowania administracyjnego oraz zastosowania

środków o wyjątkowo wysokim stopniu dolegliwości. Do pojęć tych należą między innymi „ryzyko uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia” czy „wprowadzanie w błąd”.

Rozpatrując pierwszy ze wskazanych obszarów działalności uznanej za praktykę pseudomedyczną zauważyć należy, że ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta definiując pojęcie świadczenia zdrowotnego, osoby wykonującej zawód medyczny odsyła do ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026 r. poz. 156, z późn. zm.). Zgodnie z definicją zawartą w art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy o działalności leczniczej świadczenie zdrowotne oznacza działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Osoba wykonująca zawód medyczny to osoba uprawniona na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.

Zaskarżona ustawa zmienia więc rolę i zakres działania Rzecznika Praw Pacjenta. Czyni z niego organ kontroli i represji także w obszarze oceny działań podmiotów prowadzących działalność gospodarczą w zakresie dotychczas niepozostającym w kompetencji tego organu, tj. wykraczających poza zakres związany z systemem ochrony zdrowia. Działania represyjne Rzecznika będą mogły dotyczyć podmiotów zajmujących się szeroko rozumianą działalnością nie tylko związaną z ratowaniem i przywracaniem zdrowia (co niewątpliwie związane jest z działalnością systemu ochrony zdrowia), ale także z działalnością służącą zachowaniu lub poprawie zdrowia, co może dotyczyć bardzo szerokiego grona podmiotów prowadzących działalność gospodarczą (w tym usługową) związaną z różnymi dziedzinami (dla przykładu można wskazać: ziołolecznictwo, masaże, terapia manualna, akupresura, akupunktura, dietetyka, wellness, kosmetyka/kosmetologia, itp.). Ustawodawca przyznał tym samym Rzecznikowi Praw Pacjenta kompetencje wykraczające poza tradycyjnie rozumianą ochronę praw pacjenta. Zakres działania organu został bowiem rozszerzony również na aktywności prowadzone poza klasyczną relacją pacjent – podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych. W rezultacie organ powołany do ochrony praw pacjenta uzyskał możliwość ingerowania w działalność gospodarczą, edukacyjną, informacyjną oraz prozdrowotną prowadzoną przez podmioty funkcjonujące poza systemem ochrony zdrowia. Okoliczność ta ma istotne znaczenie przy ocenie zgodności analizowanych przepisów z zasadą proporcjonalności oraz przy ocenie zakresu uznania administracyjnego pozostawionego organowi.

Zwalczanie praktyk pseudomedycznych i dezinformacji medycznej jest konieczne. Państwo ma obowiązek skutecznie chronić pacjentów przed świadomym wprowadzaniem w błąd, przed działaniami stwarzającymi rzeczywiste zagrożenie dla ich życia lub zdrowia, a w szczególności przed nakłanianiem do rezygnacji z potrzebnej diagnostyki lub leczenia. Realizacja tego obowiązku wymaga jednak nie tylko zdecydowanej reakcji, ale przede wszystkim właściwego rozpoznania zachowań, które rzeczywiście wymagają ingerencji państwa, oraz dobrania do nich adekwatnych instrumentów prawnych. Konstytucyjnie uzasadniony i społecznie potrzebny cel regulacji nie zwalnia ustawodawcy z obowiązku wykazania, że przyjęte środki są rzeczywiście zdolne do jego osiągnięcia, konieczne i proporcjonalne do zagrożenia, któremu mają przeciwdziałać.

Tego warunku kwestionowana ustawa nie spełnia. Jej zasadniczym problemem jest brak dostatecznego zróżnicowania sytuacji, które z punktu widzenia ochrony pacjenta mają zupełnie inny ciężar. Nie można w ramach tego samego mechanizmu prawnego traktować świadomego oszustwa, nakłaniania chorego do porzucenia koniecznego leczenia czy działań narażających go na konkretne niebezpieczeństwo na równi z zachowaniami, które takiego zagrożenia nie stwarzają. Tymczasem przyjęta konstrukcja łączy nieostre przesłanki ingerencji z szerokimi kompetencjami organu i bardzo dolegliwymi konsekwencjami. W rezultacie granica między zachowaniem dozwolonym a zakazanym może być wyznaczana dopiero w praktyce działania organu. Prawo, którego zadaniem jest ochrona pacjenta przed dezinformacją i niebezpiecznymi praktykami, samo musi być dostatecznie jasne i precyzyjne: adresat powinien wiedzieć, jakie zachowanie jest zakazane, a organ państwa – w jakich dokładnie sytuacjach i jak daleko może ingerować.

Kryterium zakwalifikowania działania takiego podmiotu, jako działalność pseudomedyczna uwarunkowane na stworzeniu jedynie jakiegokolwiek ryzyka uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, powoduje, że uchwalone przepisy wprowadzają nie tyle zbyt szeroką uznaniowość Rzecznika Praw Pacjenta w stwierdzeniu prowadzenia działalności pseudomedycznej, co zupełną dowolność stwierdzenia, co za taką praktykę może zostać uznane. Kryterium zakwalifikowania działania danego podmiotu jako praktyki pseudomedycznej, oparte na samym stworzeniu ryzyka uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia albo śmierci, zostało ukształtowane w sposób, który nie wyznacza dostatecznie uchwytnej granicy pomiędzy działalnością dopuszczalną a działalnością zakazaną. Ustawodawca nie określił bowiem ani wymaganego stopnia prawdopodobieństwa wystąpienia szkody, ani poziomu zagrożenia, którego osiągnięcie uzasadniałoby uruchomienie przewidzianych w ustawie środków ingerencji. Nie wiadomo zatem, czy chodzi o ryzyko realne

i skonkretyzowane, czy też wystarczająca będzie sama, choćby odległa, możliwość wystąpienia negatywnego następstwa. W konsekwencji pojęcie „ryzyka”, pozbawione ustawowego progu jego prawnej relewantności, może obejmować zarówno zagrożenie bezpośrednie i poważne, jak i zagrożenie hipotetyczne lub występujące z niewielkim prawdopodobieństwem. Przesłanka, która powinna wyznaczać granice ingerencji państwa, sama tych granic w istocie nie wyznacza.

Problem ten pogłębia sposób skonstruowania pozostałych przesłanek art. 67zj. Ustawa nie uzależnia zakwalifikowania określonej działalności jako pseudomedycznej od stwierdzenia, że osoba ją wykonująca nie posiada odpowiednich kwalifikacji, że działa z naruszeniem określonych standardów bezpieczeństwa albo że wprowadza pacjenta w błąd. Nie wymaga również ustalenia, że sposób wykonywania konkretnej praktyki powoduje rzeczywiste i odpowiednio wysokie zagrożenie dla zdrowia lub życia. O kwalifikacji prawnej działania nie przesądza więc przede wszystkim jego rzeczywista szkodliwość, lecz zestaw bardzo szeroko ujętych przesłanek, które nie pozwalają dostatecznie uwzględnić ani sposobu wykonywania danej czynności, ani przygotowania osoby ją wykonującej, ani rzeczywistego stopnia ryzyka w konkretnym przypadku.

Prowadzi to do objęcia tym samym mechanizmem prawnym sytuacji zasadniczo odmiennych. Tą samą normą może zostać objęta zarówno działalność osoby nieposiadającej odpowiedniego przygotowania, wykonywana w sposób rzeczywiście stwarzający poważne zagrożenie dla pacjenta, jak i działalność osoby odpowiednio przeszkolonej, wykonującej określone czynności zgodnie z właściwymi dla nich standardami bezpieczeństwa. Podobnie ustawa nie pozwala w dostateczny sposób odróżnić działania stwarzającego konkretne, wysokie i bezpośrednie niebezpieczeństwo od działania, z którym wiąże się jedynie niskie lub abstrakcyjne ryzyko wystąpienia niepożądanego skutku. Tymczasem z punktu widzenia celu regulacji to właśnie charakter i rzeczywisty stopień zagrożenia dla pacjenta powinny stanowić podstawowe kryterium uruchomienia szczególnego mechanizmu ingerencji państwa.

Tak szerokie ujęcie przesłanki ryzyka powoduje ponadto, że zakres zastosowania regulacji może wykraczać poza przypadki, które uzasadniały potrzebę jej wprowadzenia. Potrzeba zdecydowanej reakcji państwa jest oczywista w odniesieniu do działań rzeczywiście niebezpiecznych: świadomego wprowadzania pacjentów w błąd, oferowania metod mogących prowadzić do poważnej szkody, nakłaniania do rezygnacji z koniecznego leczenia czy podejmowania czynności bez wymaganych kompetencji i z naruszeniem podstawowych standardów bezpieczeństwa. Nie wynika z tego jednak, że identyczny mechanizm powinien obejmować każdą działalność, z którą można powiązać jakiekolwiek ryzyko dla zdrowia. Jeżeli

ustawowy zakres ingerencji jest szerszy niż zakres zjawisk, których zwalczanie uzasadniało jej ustanowienie, środek przestaje pozostawać w dostatecznie ścisłym związku z celem regulacji.

W tym kontekście nie chodzi już jedynie o przyznanie Rzecznikowi Praw Pacjenta szerokiego zakresu uznania administracyjnego. Uznanie administracyjne zakłada bowiem, że ustawodawca sam wyznacza materialne granice działania organu, pozostawiając mu określoną przestrzeń oceny konkretnego przypadku w obrębie tych granic. W analizowanej regulacji problem pojawia się wcześniej – sama granica ingerencji nie została dostatecznie wyznaczona przez ustawodawcę. To Rzecznik będzie musiał w praktyce przesądzić, jaki poziom ryzyka jest już wystarczający, kiedy możliwość wystąpienia szkody staje się ryzykiem prawnie relevantnym oraz jakie znaczenie należy przypisać sposobowi wykonywania praktyki, kwalifikacjom osoby ją wykonującej czy przestrzeganiu standardów bezpieczeństwa. Organ nie będzie więc wyłącznie stosował ustawowo określonego kryterium do konkretnego stanu faktycznego, lecz w istotnym zakresie będzie musiał sam określić treść tego kryterium.

W tym właśnie sensie regulacja prowadzi do czegoś więcej niż tylko do szerokiej uznaniowości Rzecznika Praw Pacjenta. Jeżeli ustawa nie wyznacza progu ryzyka, którego przekroczenie pozwala uznać działalność za pseudomedyczną, ani nie wskazuje wystarczająco precyzyjnych kryteriów pozwalających odróżnić działalność rzeczywiście niebezpieczną od działalności, która takiego zagrożenia nie stwarza, rzeczywisty zakres zakazu zostaje ukształtowany dopiero na etapie stosowania prawa. O tym, co w konkretnych przypadkach będzie praktyką pseudomedyczną, decydować będzie zatem nie tyle treść samej ustawy, ile sposób, w jaki jej bardzo szerokie przesłanki zostaną zinterpretowane przez organ. Tak skonstruowana regulacja stwarza ryzyko przejścia od dopuszczalnego uznania administracyjnego do dowolności w kwalifikowaniu określonych zachowań.

Wadliwość ta nabiera szczególnego znaczenia ze względu na konsekwencje związane ze stwierdzeniem prowadzenia praktyki pseudomedycznej. Im bardziej dolegliwe są środki, które mogą zostać zastosowane wobec adresata normy, tym precyzyjniej ustawodawca powinien wyznaczyć przesłanki ich uruchomienia. Nie można opierać daleko idącej ingerencji w wolność działalności gospodarczej czy wykonywania zawodu na kryterium, które obejmuje każde możliwe ryzyko, bez jego gradacji i bez powiązania zakresu ingerencji z rzeczywistym stopniem zagrożenia. Jeżeli takie samo instrumentarium może zostać uruchomione wobec zachowań stwarzających zasadniczo różny poziom niebezpieczeństwa, regulacja traci nie tylko wymaganą precyzję, ale również nie zapewnia koniecznej proporcji pomiędzy chronionym dobrem a intensywnością ingerencji państwa.

Nieokreśloność ustawowych przesłanek kwalifikowania danego działania jako praktyki pseudomedycznej nie ogranicza się jednak do sposobu ujęcia „ryzyka” dla życia lub zdrowia, lecz dotyczy również samego kręgu podmiotów, których działalność może zostać objęta zakazem. Zaskarżona ustawa we wprowadzonym art. 67zj ust. 1 pkt 1 definiuje jedną z postaci praktyki pseudomedycznej jako: „udzielanie świadczeń zdrowotnych stwarzających ryzyko uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, albo śmierci człowieka przez osobę niewykonyującą zawodu medycznego”. Osoba niewykonyująca zawodu medycznego – może być to osoba – *a contrario* do osoby wykonującej zawód medyczny – osoba nieuprawniona na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoba nie legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny. Ale możliwe jest także takie rozumienie osoby niewykonyującej zawodu medycznego, które w języku prawnym i potocznym oznacza każdą osobę, która w danym momencie nie wykonuje zawodu medycznego – również wtedy, gdy posiada formalne kwalifikacje (np. czasowo niepraktykujący lekarz), ma kwalifikacje uzyskane za granicą w trakcie procedury uznawania, czy też zawiesiła wykonywanie zawodu. Ustawodawca nie ogranicza tej kategorii do osób „nieuprawnionych” do udzielania konkretnego świadczenia zdrowotnego, lecz obejmuje definicją tą bardzo szeroką grupę osób, które po prostu „nie wykonują zawodu medycznego”. Zwrot ten nie jest tożsamy z pojęciem „osoby nieuprawnionej do udzielania danego świadczenia zdrowotnego”. (zob. Załącznik do Apelu Związku Pracodawców Polskich Business Centre Club, 30.07.2026 r.). Nie jest też oczywiste (a jak wskazano w uzasadnieniu do projektu wprowadzonych zmian), że przepis ten będzie mógł być zastosowany do osób wykonujących zawód medyczny, które udzielają świadczeń zdrowotnych niezgodnych ze swoimi kompetencjami (kwalifikacjami/uprawnieniami). W konsekwencji ustawa posługuje się zbyt szeroką, nieprecyzyjną kategorią adresata („osoba niewykonyująca zawodu medycznego”). Przy jednoczesnym powiązaniu tego przepisu z bardzo surowymi środkami (w tym karą pieniężną do 1 000 000 zł na podstawie zmienianego zaskarżoną ustawą art. 68) narusza to w ocenie wnioskodawcy, zasadę określoności prawa i przewidywalności sankcji.

Pewność, że działanie nie będzie zakwalifikowane jako praktyka pseudomedyczna, będą miały osoby świadczące różne usługi z zakresu szeroko rozumianego „zdrowia” wykonujące zawód medyczny, nawet jeśli zawód ten (jak już powyżej wskazano) nie będzie uprawniał do świadczenia tych konkretnych usług i osoby te będą wykonywały te usługi/świadczenia w sposób niedbały, nielicujący z żadnymi standardami, a nawet stwarzający uzasadnione, realne ryzyko uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, albo śmierci człowieka.

Nie oznacza to naturalnie braku możliwości ukarania tychże osób na podstawie innych obowiązujących przepisów, w tym przepisów karnych, jednak nie będzie możliwości – przy tak skonstruowanej normie z art. 67zł ust. 1 pkt 1 zaskarżonej ustawy – stwierdzenia, że jest to praktyka pseudomedyczna.

W tym miejscu należy zwrócić uwagę na jeszcze jedną kwestię. Obowiązujące przepisy prawa karnego i cywilnego (np. art. 444 i art. 445 Kodeksu cywilnego, czy art. 156 i art. 157 Kodeksu karnego) przewidują penalizację i możliwość dochodzenia odszkodowania za popełnienie czynu polegającego na uszkodzeniu ciała lub wywołaniu rozstroju zdrowia. Bogate orzecznictwo sądowe wskazuje natomiast, co może zostać za takie czyny uznane. Definiując chociażby „rozstrój zdrowia”, sądy wskazują, że jest to naruszenie zasad funkcjonowania organizmu mające postać pewnych zaburzeń w funkcjonowaniu organizmu, będących efektem uszkodzenia ciała albo mających charakter samoistny (wyrok SN z dnia 12 marca 1975 r. sygn. akt II CR 18/75). Wywołanie rozstroju zdrowia obejmuje wszystkie, choćby przemijające, zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu, jeżeli ich następstwem jest cierpienie fizyczne i psychiczne. Rozstrój zdrowia nie musi mieć charakteru trwałego; przemijający charakter nie wyłącza odpowiedzialności, lecz wpływa głównie na rozmiar krzywdy i wysokość zadośćuczynienia (m. in. wyrok SN z dnia 19 listopada 2008 r. sygn. akt II CSK 171/08). W ramach przywołanych powyżej przepisów sankcjom podlegają jednak czyny dokonane o określonych skutkach. W ramach przepisów znowelizowanych zaskarżoną ustawą penalizacja dotyczy nie samego skutku, a już potencjalnego, niedookreślonego, abstrakcyjnego ryzyka ich wystąpienia. Natomiast grożąca sankcja jest bardzo rozbudowana i zdecydowanie niepozostająca w żadnej proporcji do „zagrożenia”, gdyż w zależności od woli Rzecznika może objąć – nakaz wstrzymania działalności, obowiązek publikacji decyzji nawet nieprawomocnej w sprawie na koszt podmiotu, któremu działalność pseudomedyczna jest zarzucana, oraz nałożenie kary do 1 000 000 zł.

Zaskarżona ustawa w art. 67zj ust. 1 w pkt 2 posługuje się kategorią „metody diagnostycznej lub leczniczej niebędącej świadczeniem zdrowotnym”, zaliczając do praktyk pseudomedycznych sytuacje, w których metoda taka jest stosowana wobec małoletnich, chorób onkologicznych, ciężkich nieuleczalnych chorób lub zaburzeń psychicznych, a jednocześnie przypisuje się jej właściwości świadczenia zdrowotnego, którą nie jest. Jak już wyżej wskazano świadczenie zdrowotne to „działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.”. Zestawienie tych dwóch elementów prowadzi do istotnej niejasności pojęciowej. Po pierwsze, przepis nie rozstrzyga wprost relacji

między „metodą” a „świadczeniem zdrowotnym”. Metoda jest sposobem działania (zbiorem procedur, technik), natomiast świadczenie zdrowotne – konkretnym działaniem wobec pacjenta, podjętym w celu zachowania, ratowania, przywracania lub poprawy zdrowia. W praktyce ta sama metoda (np. określony sposób diagnozowania, rodzaj terapii, program prozdrowotny) może występować zarówno jako element świadczenia zdrowotnego *sensu stricto*, jak i jako część działalności prozdrowotnej. Powołany przepis zakłada natomiast istnienie „metody diagnostycznej lub leczniczej niebędącej świadczeniem zdrowotnym”, nie wskazując kryteriów, według których dana metoda ma być uznawana za pozostającą poza sferą świadczeń zdrowotnych, mimo że jest ukierunkowana na zachowanie lub poprawę zdrowia.

Brak doprecyzowania tej relacji prowadzi do niejasności, kiedy określone działanie z wykorzystaniem danej metody jest świadczeniem zdrowotnym, a kiedy dopuszczalną działalnością prozdrowotną. W konsekwencji ta sama metoda może być – w zależności od oceny organu – kwalifikowana jako świadczenie zdrowotne (poza zakresem art. 67zj ust. 1 pkt 2), jako działalność prozdrowotna albo jako „metoda niebędąca świadczeniem zdrowotnym”, której przypisanie właściwości diagnostycznych lub leczniczych będzie traktowane jako praktyka pseudomedyczna. (zob. Załącznik do Apelu Związku Pracodawców Polskich Business Centre Club, 30.07.2026 r.). Taki stan rzeczy sprzyja arbitralności kwalifikacji prawnej tych samych działań przez Rzecznika Praw Pacjenta, co budzi istotne wątpliwości w świetle statutowanej w art. 2 Konstytucji zasady określoności prawa, zwłaszcza wobec podmiotów świadczących usługi na pograniczu medycyny, prozdrowotności i edukacji zdrowotnej. Przy czym problem konstytucyjny nie wynika jedynie z samego precyzyjnego określenia wzajemnej relacji pojęć „metoda” a „świadczenie zdrowotne” czy też użycia zwrotów niedookreślonych. Powstaje on dopiero na poziomie konstrukcji normatywnej ustawy dotyczącej procedury, w której dochodzi do wydania przez Rzecznika decyzji o uznaniu praktyki za praktykę pseudomedyczną. Ustawodawca nie wskazał bowiem, jak było to już wspomniane powyżej, ustawowych kryteriów pozwalających ustalić m. in.: wskazane wyżej relacje, stopień prawdopodobieństwa szkody odpowiadający ustawowemu pojęciu „ryzyka” oraz przesłanki pozwalające odróżnić działania „wprowadzające w błąd” od działań niepenalizowanych kwestionowaną ustawą – pozostawiając w tym zakresie dyskrecyjną uznaniowość organowi.

W rezultacie źródłem zastrzeżeń konstytucyjnych nie jest pojedyncza nieostrość terminologiczna, lecz sposób, w jaki ustawodawca skonstruował cały mechanizm kwalifikowania określonego zachowania jako praktyki pseudomedycznej. Poszczególne elementy tej kwalifikacji nie zostały bowiem powiązane ze sobą za pomocą dostatecznie

precyzyjnych kryteriów ustawowych, a ich ostateczne znaczenie i wzajemna relacja mają być ustalane dopiero na etapie stosowania prawa. W konsekwencji to praktyka decyzyjna Rzecznika Praw Pacjenta, a nie sama ustawa, może w istotnym zakresie przesądzać o rzeczywistym zakresie zakazu. Taki sposób ukształtowania regulacji ma szczególne znaczenie w sytuacji, w której stwierdzenie prowadzenia praktyki pseudomedycznej stanowi podstawę zastosowania daleko idących środków ingerencji w sferę praw i wolności jednostki. Im poważniejsze są skutki takiego rozstrzygnięcia, tym mniej miejsca pozostaje na to, aby granice zachowania dozwolonego i zakazanego były dopiero rekonstruowane przez organ w toku stosowania prawa.

Przechodząc do analizy samej procedury, w której zapadają rozstrzygnięcia w zakresie uznania danej praktyki za praktykę pseudomedyczną to jest ona uregulowana, co do zasady w art. 67zk, art. 67zl i art. 67zm zawartych w nowododawanym zaskarżoną nowelizacją art. 1 pkt 12. Rdzeń wskazanej procedury stanowi art. 67zl, w myśl którego:

„1. W przypadku wydania przez Rzecznika decyzji o uznaniu praktyki za praktykę pseudomedyczną nakazuje on jej zaniechanie i wskazuje działania niezbędne do usunięcia skutków stosowania tej praktyki, jeżeli takie skutki ustalono w toku postępowania, oraz wyznacza terminy podjęcia tych działań. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

2. W decyzji, o której mowa w ust. 1, Rzecznik może nałożyć na podmiot, który stosuje praktykę pseudomedyczną, obowiązek składania w wyznaczonym terminie informacji potwierdzającej zaniechanie tej praktyki lub informacji o stopniu realizacji działań niezbędnych do usunięcia skutków jej stosowania.

3. Jeżeli podmiot, który stosował praktykę pseudomedyczną, zaprzestał jej stosowania, Rzecznik wydaje decyzję o uznaniu tej praktyki za praktykę pseudomedyczną i jednocześnie stwierdza zaniechanie jej stosowania. W zakresie usunięcia skutków stosowania praktyki pseudomedycznej przepisy ust. 1 i 2 stosuje się odpowiednio.

4. Ciężar udowodnienia okoliczności, o której mowa w ust. 3, spoczywa na stronie postępowania.

5. W decyzji, o której mowa w ust. 1 lub 3, Rzecznik może nakazać publikację decyzji w całości lub w części wraz z informacją, czy decyzja ta jest prawomocna, w określonych w niej formie i miejscu, na koszt podmiotu, który stosował praktykę pseudomedyczną. Przy wyborze formy i miejsca publikacji Rzecznik bierze pod uwagę szkodliwość i okoliczności stosowania praktyki, w tym jej zasięg terytorialny, a także możliwości finansowe poniesienia przez podmiot, który stosował praktykę pseudomedyczną, kosztu publikacji i uprzednie naruszenie przez ten podmiot przepisów ustawy”.

Uzupełnieniem przedmiotowej procedury jest art. 67zm, zgodnie z którym:

„1. Do postępowania w sprawie stosowania praktyk pseudomedycznych przepisy art. 60 ust. 1, art. 61, art. 62, art. 64a, art. 65 zdanie pierwsze, art. 66 oraz art. 67 stosuje się odpowiednio.

2. W zakresie nieuregulowanym w przepisach niniejszego rozdziału oraz przepisach, o których mowa w ust. 1, do postępowania w sprawie stosowania praktyk pseudomedycznych stosuje się przepisy ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego.”.

Regulacje odnoszące się do praktyk pseudomedycznych umiejscowiono w rozdziale 13c (art. 67zj–67zm) zaskarżonej ustawy. Przy czym, jak wskazano na str. 17 uzasadnienia do projektu zaskarżonej ustawy przepisy dotyczące kwestii proceduralnych w zakresie prowadzenia postępowania w sprawie stosowania praktyk pseudomedycznych, oparto na rozwiązaniach analogicznych jak w przypadku postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów. Zgodnie z założeniem do postępowania w sprawie stosowania praktyk pseudomedycznych będzie się także stosować przepisy dotyczące nakładanych kar pieniężnych – w tym za naruszenie zakazu stosowania tych praktyk, brak ich zaniechania czy też brak usunięcia skutków naruszeń (art. 68 – zmieniany przez art. 1 pkt 13 zaskarżonej ustawy).

Tworząc rozwiązania prawne dotyczące praktyk pseudomedycznych posłużono się zatem konstrukcją prawną zawartą w rozdziale 13 normującą postępowanie w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów. Rodzi się jednak pytanie, czy stworzona procedura jest adekwatna do zbadania występowania okoliczności składających się na uznanie danej praktyki za pseudomedyczną i przede wszystkim, czy zapewnia ona należyte gwarancje procesowe podmiotom, które mogą być nią objęte. Przede wszystkim, na wstępie wskazać trzeba, że co do zasady procedura regulowana w rozdziale 13 normuje publicznoprawną procedurę ukierunkowaną na ochronę realizacji ustawowo określonych praw pacjentów do świadczeń zdrowotnych od podmiotów do tego prawnie zobligowanych czyli sprofesjonalizowanych podmiotów leczniczych. Chodzi tu o egzekwowanie od podmiotów leczniczych udzielania świadczeń zdrowotnych. Co istotne chodzi najczęściej o konkretne świadczenia, do których udzielania zobowiązane są te podmioty choćby na podstawie umów zawieranych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Natomiast kwestionowany art. 67zj ust. 1 nie jest bezpośrednio związany z ochroną określonych praw pacjentów. Zakazana i sankcjonowana jest działalność, która w ogóle nie musi być oparta na bezpośredniej relacji pacjenta z podmiotem mogącym potencjalnie udzielać

świadczeń zdrowotnych stwarzających ryzyko uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. Kwalifikacja szeroko rozumianych usług zdrowotnych jako świadczeń zdrowotnych, dokonywana będzie w oparciu o bardzo szeroką definicję świadczenia zdrowotnego zawartą w art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy o działalności leczniczej, gdzie świadczeniem zdrowotnym mogą być działania służące m. in. zachowaniu lub poprawie zdrowia. Można sobie wyobrazić, że działaniem takim będzie organizacja obozów kondycyjnych, czy różnego rodzaju zajęć gimnastycznych, wszak służą zachowaniu i poprawie zdrowia.

W definicji praktyki pseudomedycznej nie używa się sformułowania „pacjent” tylko „człowiek”. Od dokonanej przez Rzecznika oceny stworzenia przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych ryzyka uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, albo śmierci, *de facto* będzie uzależniona możliwość prowadzenia działalności gospodarczej.

Pierwszą kwestią, która rzuca się w oczy przy porównaniu definicji praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjentów określonej w art. 59 ust. 1 powołanej ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta jest oparcie jej na wykazaniu dwóch rodzajów zachowań:

„1) bezprawnego, zorganizowanego działania lub zaniechania podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych;

2) stwierdzonego prawomocnym orzeczeniem sądu zorganizowania wbrew przepisom o rozwiązywaniu sporów zbiorowych akcji protestacyjnej lub strajku przez organizatora strajku”.

Przy czym po nowelizacji dokonanej kwestionowaną ustawą pozostawiono już tylko jeden rodzaj zachowań określonych w pkt 1 art. 59 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Przyjmuje się, że na gruncie powołanego przepisu można wyodrębnić trzy przedmiotowe elementy definicji praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjentów. Są to:

- 1) bezprawne, zorganizowane zachowanie;
- 2) mające na celu naruszenie praw pacjentów;
- 3) zbiorowy charakter naruszonych praw pacjentów.

Powyższe 3 elementy definicji praktyki, stanowiące zasadnicze przesłanki przedmiotowe odpowiedzialności administracyjnej znajdują odzwierciedlenie w decyzjach Rzecznika i orzecznictwie sądowo-administracyjnym. Wskazane przesłanki są też na tyle konkretne, że nie pozostawiają istotnego luzu interpretacyjnego a przy tym uznaniowości, czy arbitralności organowi administracyjnemu wydającemu w tym zakresie decyzje administracyjne. Ponadto, co do zasady, ich ustalenie nie wymaga posiłkowania się wiedzą specjalistyczną, a więc konieczności powoływania biegłych.

Inaczej sprawa przedstawia się w przypadku procedury określonej w zakwestionowanym art. 67zj ust. 1. Już sama ocena wystąpienia potencjalnego ryzyka uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, albo śmierci, jest kategorią bardzo oceną wymagającą nierzadko wiedzy specjalistycznej. Powyższymi terminami posłużono się m. in. definiując pojęcie zdarzenia medycznego określonego w art. 3 ust. 1 pkt 11 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Termin ten funkcjonuje w postępowaniu w sprawie świadczenia kompensacyjnego uregulowanego w rozdziale 13b ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W postępowaniu tym bada się m. in. charakter następstw zdrowotnych oraz stopień dolegliwości wywołany uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia. Rzecznik ma jednak w tym zakresie Zespół do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych, do zadań którego należy wydawanie w toku postępowania opinii w przedmiocie wystąpienia zdarzenia medycznego i jego skutków (art. 67x powołanej ustawy). Celem przywołanego uregulowania jest zapewnienie organowi orzekającemu o świadczeniach kompensacyjnych stałego dostępu do specjalistów mogących ocenić na tle okoliczności danej sprawy, czy wystąpiło zdarzenie medyczne, a przez to zapewnienie postępowaniu kompensacyjnemu niezbędnej efektywności. Wymaga to powoływania w skład Zespołu lekarzy specjalistów z tych dziedzin medycyny, z którymi wiąże się najwięcej świadczeń zdrowotnych. Ocena skutków wystąpienia uszkodzenia ciała, czy rozstroju zdrowia wymaga wiedzy specjalistycznej, której organ nie posiada.

Niemniej istotna będzie ocena wystąpienia przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych ryzyka uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, albo śmierci – jako jednego z działań składających się na definicję praktyki pseudomedycznej przewidzianej w kwestionowanym art. 67zj ust. 1 pkt 1. Trudno jest sobie wyobrazić, aby organ, w tym przypadku Rzecznik, dokonywał takiej oceny abstrakcyjnie, zupełnie w oderwaniu od analizy konkretnych przypadków udzielania świadczeń zdrowotnych. Tymczasem kwestionowana procedura takiego fachowego wsparcia nie przewiduje. Wprawdzie procedura administracyjna, która będzie miała zastosowanie do postępowania w sprawie stosowania praktyk pseudomedycznych, przewiduje możliwość zwrócenia się przez organ do biegłego o wydanie opinii, gdy w sprawie pojawiają się okoliczności wymagające wiadomości specjalnych, to jednak decyzja w tym zakresie należy wyłącznie do uznania organu. Wątpliwości konstytucyjne pogłębia okoliczność, że ustawodawca nie przewidział żadnego ustawowego, systemowo usankcjonowanego mechanizmu zapewniającego udział niezależnego czynnika eksperckiego przy rozstrzygnięciu kwestii wymagających wiedzy specjalistycznej. Ocena występowania ryzyka uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia została pozostawiona organowi administracji

publicznej, mimo że rozstrzygnięcie takie może wymagać wiadomości specjalnych porównywalnych do tych, które w innych postępowaniach ustawodawca powierza biegłym lub wyspecjalizowanym zespołom eksperckim.

W świetle dokonanej analizy wskazanych wyżej procedur przede wszystkim procedury regulującej postępowanie w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów oraz regulującej postępowanie w sprawach praktyk pseudomedycznych, zwłaszcza w warstwie definicyjnej obu praktyk, która wyznacza zakres przedmiotowy postępowań, które służą wykazaniu ewentualnego ich istnienia, rodzi się istotna wątpliwość, czy procedura w sprawach praktyk pseudomedycznych jest adekwatna, dopasowana do rodzaju spraw których dotyczy. Jak już wyżej wskazano, w postępowaniu dotyczącym praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów podstawową przesłanką podlegającą badaniu przez organ jest bezprawność podmiotów naruszających zbiorowe prawa pacjenta. Chodzi zatem o sytuację, gdy przepis prawa przewiduje obowiązek określonego zachowania się, a podmiot, na który ma być nałożona kara pieniężna bez podstawy prawnej, zachował się w sposób sprzeczny z normą sankcjonowaną, czyli naruszył ciążący na nim obowiązek prawny (por. wyrok TK z dnia 21 października 2015 r., sygn. akt P 32/12). Przy czym bezprawność zachowania bywa rozumiana najczęściej wąsko – jako sprzeczność zachowania z normą wynikającą z przepisu prawa. Oznacza to, że dla zakwalifikowania określonego zachowania jako praktyki zakazanej i dla uruchomienia odpowiedzialności administracyjnej konieczna jest sprzeczność takiego zachowania z konkretnym przepisem prawa. Dla przeprowadzenia postępowania mającego na celu zbadanie zaistnienia wyżej wskazanej podstawowej przesłanki wydaje się być adekwatna procedura administracyjna opisana w rozdziale 13 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz kognicja w tych sprawach sądów administracyjnych.

Inaczej kwestia ta wygląda w odniesieniu do kwestionowanej procedury w sprawach praktyk pseudomedycznych, gdzie badaniu podlega ustalenie istnienia szerokiego spektrum zachowań o niedookreślonym ocennym charakterze. Dostrzegając to, ustawodawca regulując dotychczas kwestie związane z ustalaniem stopnia i ryzyka związanego z uszkodzeniem ciała lub rozstroju zdrowia przewiduje, że sprawy tego typu (dochodzenie roszczeń odszkodowawczych, penalizowanie zachowań) rozpatrywane są w procedurze cywilnej, czy karnej ewentualnie alternatywnie m. in. w procedurze kompensacji szkód wynikających ze zdarzeń medycznych zawartej w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, które pozwalają na pełne zbadanie i rozpoznanie ocen i ryzyk, stopnia dolegliwości wynikających ze zdarzeń medycznych, przy jednoczesnym

zagwarantowaniu adekwatnej ochrony procesowej, czy proceduralnej podmiotów narażanych na ewentualne sankcje.

Powyższe ma istotne znaczenie z punktu widzenia konstytucyjnej zasady sprawiedliwości proceduralnej będącej jedną z zasad pochodnych zasady demokratycznego państwa prawnego (art. 2 Konstytucji). Z treści demokratycznego państwa prawnego wynika bowiem obowiązek stworzenia mechanizmu skutecznej ochrony prawnej w ustawowo określonej procedurze wobec wszelkich działań wszystkich organów władzy państwowej, zapewnienia sprawiedliwych i równych procedur oraz konieczność rozszerzania gwarancji procesowych jednostki w sytuacji, gdy nie stoi temu na przeszkodzie precyzyjny przepis ustawowy (wyrok TK z dnia 25 września 1991 r., sygn. akt W 1/91). Zasada sprawiedliwości proceduralnej pełni ważną rolę w zapobieganiu arbitralności działań organów państwa, stanowiąc tym samym bardzo ważny element rządów prawa, jako składnik demokratycznego państwa prawnego, zarówno w aspekcie stanowienia, jak i stosowania prawa (L. Garlicki, *Polskie prawo konstytucyjne. Zarys wykładu*, Warszawa 2005, s. 66).

Przeprowadzona analiza identyfikuje wątpliwości co do zgodności z Konstytucją kwestionowanych rozwiązań prawnych zakresie:

- dochowania konstytucyjnego standardu określoności przepisów prawa wywodzonego z art. 2 Konstytucji. Ustawodawca posłużył się szeregiem pojęć ocennych stanowiących bezpośrednią podstawę ingerencji administracyjnej, nie określając dostatecznie precyzyjnych kryteriów ich stosowania przyznając tym samym zbyt dużą uznaniowość organowi prowadzącemu postępowanie pozwalającą na zbytnią arbitralność urzędniczą,

- adekwatności przyjętej procedury postępowania w sprawach praktyk pseudomedycznych, co przy niedookreślonych pojęciach oraz braku dostatecznych gwarancji procesowych dla podmiotów nią objętych – budzi wątpliwości co do dochowania wynikającej z art. 2 Konstytucji zasady sprawiedliwości proceduralnej,

- ograniczenia wolności działalności gospodarczej chronionej w art. 20 i art. 22 Konstytucji. Problem ten uwypukla się na tle nieprecyzyjnych ocennych pojęć użytych do zdefiniowania praktyki pseudomedycznej, jak i intensywności oraz kumulacji środków administracyjnych mogących prowadzić do faktycznej eliminacji legalnie wykonywanej działalności jeszcze przed zakończeniem kontroli sądowej.

Charakterystyki zasady określoności przepisów prawa dokonał Trybunał Konstytucyjny m. in. w wyroku z dnia 28 października 2009 r., sygn. akt Kp 3/09 wskazując, że:

„(...) wymóg zachowania określoności regulacji prawnej ma charakter dyrektywy ogólnosystemowej, choć jest szczególnie adresowany do regulacji kształtujących pozycję

człowieka i obywatela. Szerokiemu zakresowi stosowania wspomnianego wymogu odpowiada złożona konstrukcja zasady określoności. Norma konstytucyjna nakazująca zachowanie odpowiedniej określoności regulacji prawnych ma charakter zasady prawa. Nakłada to na ustawodawcę obowiązek jej optymalizacji w procesie stanowienia prawa. Ustawodawca powinien dążyć do możliwie maksymalnej realizacji wymogów składających się na tę zasadę.

(...) na ustawodawcy ciąży obowiązek tworzenia przepisów prawa możliwie najbardziej określonych w danym wypadku, zarówno pod względem ich treści, jak i formy. Na oba wymiary określoności prawa składają się kryteria, które były wielokrotnie wskazywane w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego, mianowicie: precyzyjność regulacji prawnej, jasność przepisu oraz jego legislacyjna poprawność. Kryteria te składają się na tzw. test określoności prawa, który każdorazowo powinien być odnoszony do badanej regulacji.

Przez precyzyjność regulacji prawnej należy rozumieć możliwość dekodowania z przepisów jednoznacznych norm prawnych (a także ich konsekwencji) za pomocą reguł interpretacji przyjmowanych na gruncie określonej kultury prawnej. Innymi słowy, nakaz określoności przepisów prawnych powinien być rozumiany jako wymóg formułowania przepisów, w taki sposób aby zapewniały dostateczny stopień precyzji w ustaleniu ich znaczenia i skutków prawnych (...). Precyzyjność przepisu przejawia się w konkretności regulacji praw i obowiązków, tak by ich treść była oczywista i pozwalała na ich wyegzekwowanie. Jest to możliwe pod warunkiem skonstruowania przez prawodawcę precyzyjnych norm prawnych”.

Naruszenie założeń, jakie legły u podstaw sformułowania wskazanej zasady konstytucyjnej mogą prowadzić do nieuzasadnionego poszerzenia zakresu działań czy kompetencji organu stosującego prawo. W pewnych przypadkach może to prowadzić do naruszenia konstytucyjnych wolności lub praw adresata normy prawnej na skutek wykładni przepisu dokonanej przez organ stosujący prawo. Trybunał Konstytucyjny wielokrotnie wskazywał, że posługiwanie się przez ustawodawcę pojęciami niedookreślonymi nie jest samo w sobie niezgodne z Konstytucją. Dopuszczalność stosowania klauzul generalnych lub zwrotów ocennych zależy jednak od charakteru regulowanej materii oraz od tego, czy ustawodawca stworzył dostateczne mechanizmy pozwalające ograniczyć ryzyko arbitralności stosowania prawa. Im dalej idąca ingerencja w sferę praw i wolności jednostki, tym wyższy powinien być standard określoności przepisów stanowiących podstawę tej ingerencji (wyroki Trybunału Konstytucyjnego z dnia: 12 marca 2002 r., sygn. akt P 9/01; 7 września 2004 r., sygn. akt P 4/04 oraz 16 stycznia 2006 r., sygn. akt SK 30/05).

W wyroku z dnia 30 października 2001 r., sygn. akt K 33/00, Trybunał Konstytucyjny wyraził pogląd, że: „(...) Z wyrażonej w art. 2 Konstytucji zasady państwa prawnego wynika nakaz przestrzegania przez ustawodawcę zasad poprawnej legislacji. Nakaz ten jest funkcjonalnie związany z zasadami pewności i bezpieczeństwa prawnego oraz ochrony zaufania do państwa i prawa. Zasady te mają szczególnie doniosłe znaczenie w sferze wolności i praw człowieka i obywatela. Zgodnie z art. 31 ust. 3 Konstytucji ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych praw i wolności mogą być ustanawiane „tylko w ustawie”. Oznacza to nie tylko konieczność wskazania w akcie normatywnym tej rangi zakresu, w jakim konstytucyjne wolności lub prawa doznają ograniczenia. Z tych samych względów, dla których niedopuszczalne jest odsyłanie w tej materii do aktów wykonawczych, jako naruszenie wymagań konstytucyjnych oceniać należy tak niejasne i nieprecyzyjne formułowanie przepisu, które powoduje niepewność jego adresatów co do ich praw i obowiązków. Powoduje to bowiem stworzenie nazbyt szerokich ram dla organów stosujących ten przepis, które w istocie muszą zastępować prawodawcę w zakresie tych zagadnień, które uregulował on w sposób niejasny i nieprecyzyjny. Ustawodawca nie może poprzez niejasne formułowanie tekstu przepisów pozostawiać organom mającym je stosować nadmiernej swobody przy ustalaniu w praktyce zakresu podmiotowego i przedmiotowego ograniczeń konstytucyjnych wolności i praw jednostki. Założenie to można określić ogólnie jako zasadę określoności ustawowej ingerencji w sferę konstytucyjnych wolności i praw jednostki. Kierując się tą zasadą Trybunał Konstytucyjny reprezentuje stanowisko, iż przekroczenie pewnego poziomu niejasności przepisów prawnych stanowić może samoistną przesłankę stwierdzenia ich niezgodności zarówno z przepisem wymagającym regulacji ustawowej określonej dziedziny (np. ograniczeń w korzystaniu z konstytucyjnych wolności i praw, art. 31 ust. 3 zdanie 1 Konstytucji), jak z wyrażoną w art. 2 Konstytucji zasadą państwa prawnego.

Dla oceny zgodności sformułowania określonego przepisu prawa z wymaganiami poprawnej legislacji istotne są przy tym trzy założenia. Po pierwsze - każdy przepis ograniczający konstytucyjne wolności lub prawa winien być sformułowany w sposób pozwalający jednoznacznie ustalić, kto i w jakiej sytuacji podlega ograniczeniom. Po drugie - przepis ten powinien być na tyle precyzyjny, aby zapewniona była jego jednolita wykładnia i stosowanie. Po trzecie - przepis taki winien być tak ujęty, aby zakres jego zastosowania obejmował tylko te sytuacje, w których działający racjonalnie ustawodawca istotnie zamierzał wprowadzić regulację ograniczającą korzystanie z konstytucyjnych wolności i praw.”.

Odnosząc wskazane powyżej wymagania do charakteru przepisów zawierających znamiona deliktów administracyjnych zagrożonych sankcją o charakterze penalnym, to

precyzyjność ma znaczenie z perspektywy granic ingerencji w wolności i prawa. Brak określoności tych przepisów oznacza pozorność gwarancyjnej funkcji prawa. Przepis nieprecyzyjny dający dużą swobodę interpretacyjną organowi go stosującemu poprzez jego nieokreśloność uniemożliwia identyfikację wyraźnych granic między zachowaniem, które jest zabronione, a które nie jest zabronione, a tym samym narusza bezpieczeństwo prawne i zaufanie do państwa.

W swoim orzecznictwie Trybunał Konstytucyjny podkreśla, że wyższe wymogi dotyczą w szczególności wszystkich przepisów o charakterze represyjnym, czyli takich, których celem jest poddanie jednostki „jakiejś formie ukarania czy jakiejś sankcji” (orzeczenie TK z dnia 1 marca 1994 r. sygn. akt U 7/93, wyrok TK z dnia 11 stycznia 2000 r. sygn. akt K 7/99). Dodać należy, że wymogi dotyczące stopnia określoności przepisów prawa zależą również od charakteru regulowanej materii, kręgu adresatów normy oraz stopnia ingerencji w wolności i prawa. Te okoliczności mogą wpływać na zaostrzenie albo złagodzenie wymogów dotyczących precyzyjności, jasności i legislacyjnej poprawności badanej regulacji prawnej.

Podkreślić należy, że kryteria relatywizacji wymogów wynikających z zasady określoności mają szczególne znaczenie dla przepisów dotyczących odpowiedzialności administracyjnej o charakterze penalnym. Relatywizacji stopnia określoności przepisów z uwagi na krąg ich adresatów Trybunał Konstytucyjny dokonał w wyroku z dnia 4 listopada 2015 r., sygn. akt K 1/14, w którym TK stwierdził, że z uwagi na to, iż badane przepisy nie są adresowane do konsumentów, a do profesjonalistów, przyjąć można niższe wymagania w zakresie ich określoności. *A contrario* przyjąć zatem należy, że w przypadku kiedy adresatem przepisów nie są podmioty sprofesjonalizowane, a zwłaszcza kiedy chodzi o przepisy dotyczące odpowiedzialności administracyjnej o charakterze penalnym, to wymagana jest szczególna precyzja przy ich formułowaniu.

Przenosząc powyższe na grunt kwestionowanej regulacji dotyczącej postępowania w sprawach praktyk pseudomedycznych jeszcze raz wskazać należy, iż ustawodawca tworząc definicję praktyki pseudomedycznej, przez pryzmat której prowadzone jest postępowanie o uznaniu danej praktyki za pseudomedyczną, w wyniku którego organ nakazuje jej zaniechanie i wskazuje działania niezbędne do usunięcia skutków jej stosowania, jeżeli takowe ustalono, użył wielu wskazanych powyżej pojęć ocennych o nieprecyzyjnym charakterze. Kluczowym i zarazem centralnym pojęciem wskazanej definicji jest termin „świadczenie zdrowotne”, którego przywołana powyżej definicja o bardzo szerokim charakterze nie pozwala precyzyjnie ustalić konglomeratu zachowań, czynności wchodzących w jego zakres. Używając bardzo szerokiej definicji ingerencji w zdrowie człowieka, ustawodawca zarazem nie różnicuje

w sposób wystarczający działalności leczniczej od działalności wspierającej, edukacyjnej czy profilaktycznej, nie wprowadza żadnego mechanizmu różnicowania pomiędzy działalnością niebezpieczną a działalnością wspierającą zdrowie, co prowadzi do objęcia jednym reżimem bardzo zróżnicowanych form aktywności. Uniemożliwia to identyfikację wyraźnych granic między zachowaniem, które jest zabronione, a które nie jest zabronione, a tym samym narusza bezpieczeństwo prawne i zaufanie do państwa i zasadę określoności przepisów prawa. Jest to tym bardziej uzasadnione faktem, że w przeciwieństwie do opisanej wyżej procedury regulującej postępowanie w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów, zaskarżona procedura skierowana jest do podmiotów nieprofesjonalnych i co istotne dotyczy bliżej nieokreślonych świadczeń zdrowotnych.

Tak skonstruowana regulacja pozostaje w sprzeczności z ugruntowanym stanowiskiem Trybunału Konstytucyjnego, zgodnie z którym ustawodawca nie może pozostawiać organom stosującym prawo swobody prowadzącej do faktycznego współtworzenia norm ograniczających konstytucyjne prawa i wolności.

Znaczenie wskazanej wadliwości potęguje charakter środków prawnych przewidzianych w ustawie. Zaskarżone przepisy stanowią bowiem podstawę zastosowania natychmiast wykonalnych decyzji administracyjnych, publikacji rozstrzygnięcia o uznaniu praktyki za praktykę pseudomedyczną również przed uprawomocnieniem się decyzji (art. 67żł ust. 5) oraz nałożenia administracyjnych kar pieniężnych sięgających 1 000 000 zł. (art. 68).

W takim modelu regulacji wymagany przez art. 2 Konstytucji standard określoności przepisów prawa powinien być szczególnie rygorystycznie przestrzegany, w ocenie wnioskodawcy nie został on jednak dochowany.

Z art. 2 Konstytucji wyprowadzana jest również zasada sprawiedliwości proceduralnej, która jest jedną z zasad demokratycznego państwa prawnego. Zasada demokratycznego państwa prawnego determinuje obowiązek stworzenia mechanizmu skutecznej ochrony prawnej w ustawowo określonej procedurze wobec wszelkich działań organów władzy państwowej oraz zapewnienie gwarancji procesowych jednostki. Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 14 czerwca 2006 r., sygn. akt K 53/05 wywiódł, że z zasady demokratycznego państwa prawnego wynika ogólny wymóg, aby wszelkie postępowania prowadzone przez organy władzy publicznej w celu rozstrzygnięcia spraw indywidualnych odpowiadały standardom sprawiedliwości proceduralnej. Sprawiedliwość proceduralna odgrywa dużą rolę w zapobieganiu arbitralności działań państwa. Jej składnikiem jest również wymóg określoności przepisów.

„Sprawiedliwość proceduralna doznaje konkretyzacji na gruncie art. 45 Konstytucji i przybiera formę prawa podmiotowego do sprawiedliwej procedury sądowej. Powoduje to, że prawo do sądu oraz zasada państwa prawnego pozostają ze sobą w związku. W bogatym orzecznictwie TK wyodrębniono cztery elementy prawa do sądu: (1) prawo dostępu do sądu, tj. prawo do uruchomienia postępowania przed sądem, (2) prawo do odpowiedniego ukształtowania procedury sądowej, zgodnie z wymogami sprawiedliwości i jawności, (3) prawo do wyroku sądowego, to jest prawo uzyskania wiążącego rozstrzygnięcia sprawy przez sąd oraz (4) prawo do odpowiedniego ukształtowania ustroju i pozycji organów rozpoznających sprawy. W świetle powyższego, sprawiedliwość proceduralna może być postrzegana jako istota prawa do sądu lub jako jeden z jego najważniejszych elementów (ujmowana jako prawo do właściwie ukształtowanej procedury). Równocześnie jednak sprawiedliwość proceduralna, jako zasada wynikająca z zasady demokratycznego państwa prawnego, jest kategorią bardziej ogólną niż prawo do sądu. Trybunał Konstytucyjny uznał, że konstytucyjne prawo do rozpatrzenia sprawy w sprawiedliwej procedurze sądowej (art. 45 Konstytucji) stanowi konkretyzację ogólnego prawa do sprawiedliwej procedury przed organami władzy publicznej” (tak M. Bernatt, *Sprawiedliwość proceduralna w postępowaniu przed organem ochrony konkurencji*, Warszawa 2001 s. 53-54).

Z zasady demokratycznego państwa prawnego wynika ogólny wymóg, aby wszelkie postępowania prowadzone przez organy władzy publicznej w celu rozstrzygnięcia spraw indywidualnych odpowiadały standardom sprawiedliwości proceduralnej. W szczególności regulacje prawne tych postępowań muszą zapewnić wszechstronne i staranne zbadanie okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy, gwarantować wszystkim stronom i uczestnikom postępowania prawo do wysłuchania, tj. prawo przedstawiania i obrony swoich racji, a jednocześnie umożliwić rozpatrzenie sprawy w rozsądnym terminie (tak TK w wyroku z dnia 15 grudnia 2008 r. sygn. akt P 57/08). Nie powinno ulegać wątpliwości, że zasada sprawiedliwości proceduralnej znajduje również zastosowanie do innych procedur niż sądowe. Przy czym Trybunał Konstytucyjny niejednokrotnie podkreślał, że zasada ta znajduje zastosowanie do postępowań kończących się nałożeniem kary administracyjnej (por. wyrok TK z dnia: 15 stycznia 2007 r., sygn. akt P 19/06; 5 maja 2009 r., sygn. akt P 64/07, i 14 października 2009 r., sygn. akt Kp 4/09).

Istotnym elementem sprawiedliwości proceduralnej jest obowiązek uzasadniania swoich rozstrzygnięć przez organy władzy publicznej oraz prawo do zaskarżania przez strony i uczestników postępowania rozstrzygnięć wydanych w pierwszej instancji, zagwarantowane w art. 78 Konstytucji (por. wyrok TK z dnia 14 czerwca 2006 r., sygn. akt K 53/05). Zgodnie

z art. 78 Konstytucji, każda strona ma prawo do zaskarżenia orzeczeń i decyzji wydanych w pierwszej instancji. Wyjątki od tej zasady oraz tryb zaskarżania określa ustawa. Treścią tego postanowienia jest ustanowienie prawa stron każdego postępowania do uruchamiania procedury weryfikującej prawidłowość wszelkich rozstrzygnięć wydawanych przez organ działający w charakterze pierwszej instancji (A. Błaś, [w:] *Konstytucje Rzeczypospolitej oraz komentarz do Konstytucji RP z 1997 r.*, pod. red. J. Bocia, Wrocław 1998, s. 140). Materialną treścią prawa do zaskarżenia jest stworzenie stronom możliwości uruchomienia procedury służącej weryfikacji pierwszoinstancyjnego rozstrzygnięcia. Trzeba podkreślić, że – zgodnie z art. 78 zdanie drugie Konstytucji – określenie „trybu zaskarżania” należy do ustawodawcy. W doktrynie wskazuje się jednak wymagania, którym powinien odpowiadać każdy ustanowiony przez ustawę środek zaskarżenia. Po pierwsze – środek taki musi być dostępny, więc jego uruchomienie powinno zależeć od woli strony i nie może być poddane nadmiernie skomplikowanym rygorom. Po drugie – środek ten musi być efektywny, czyli musi stwarzać realną możliwość oceny pierwszoinstancyjnego rozstrzygnięcia i dokonania jego uchylenia bądź zmiany (por. L. Garlicki, *Uwagi do art. 78*, [w:] *Konstytucja RP. Komentarz*, tom V, Warszawa 2007, s. 7). Środek zaskarżania ma na celu pełną weryfikację zaskarżonego rozstrzygnięcia jego prawidłowości pod względem proceduralnym i merytorycznym, co do zasady jeszcze przed zastosowaniem wynikających z niego sankcji, w tym przypadku uznania danej praktyki za pseudomedyczną. Przewidziana w art. 67¹ możliwość nadania decyzji rygoru natychmiastowej wykonalności, w połączeniu z publikacją ostrzeżeń publicznych, może prowadzić do sytuacji, w której skutki decyzji będą nieodwracalne jeszcze przed przeprowadzeniem pełnej kontroli instancyjnej. W takim przypadku prawo do sądu i sprawiedliwej procedury gwarantowane konstytucyjnie, mogą mieć charakter iluzoryczny, gdyż nawet ewentualne uchylenie decyzji nie będzie w stanie w pełni usunąć jej skutków. Tym samym przysługujący środek zaskarżania nie może być uznany za efektywny.

W kwestionowanych rozwiązaniach brak jest również gwarancji zapewnienia udziału czynnika fachowego dysponującego wiedzą specjalistyczną, co jak wskazano powyżej, przy procedurach dotyczących oceny, w tym przypadku ryzyka uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, jest w zasadzie standardem. Sprawiedliwa procedura powinna zapewniać stronom uprawnienia procesowe stosowne do przedmiotu prowadzonego postępowania. Wymóg sprawiedliwego postępowania zakłada więc dostosowanie jego reguł do specyfiki rozpoznawanych spraw. W ocenie wnioskodawcy wymóg ten w kwestionowanym przypadku nie został spełniony. Z punktu widzenia standardu konstytucyjnego szczególne znaczenie ma okoliczność, że późniejsze uchylenie decyzji administracyjnej przez sąd nie zawsze prowadzi

do pełnego usunięcia skutków wcześniejszej ingerencji. Utrata zaufania klientów, zerwanie relacji gospodarczych, pogorszenie reputacji zawodowej czy wycofanie się z rynku należą do następstw, których nie sposób w pełni odwrócić samym wyrokiem uchylającym decyzję organu (wyrok TK z 8 grudnia 2009 r., sygn. akt SK 34/08). Oznacza to, że ustawowy model ochrony sądowej może okazać się niewystarczający z punktu widzenia konstytucyjnego prawa do efektywnej ochrony prawnej. Kontrola następcza nie realizuje w pełni funkcji gwarancyjnej, jeżeli zasadnicze skutki ingerencji występują przed wydaniem prawomocnego orzeczenia sądu.

W ocenie wnioskodawcy, zachodzą zatem uzasadnione wątpliwości, co do zgodności zaskarżonych przepisów z art. 2 w związku z art. 45 ust. 1 oraz art. 78 Konstytucji.

Wskazana w zakwestionowanym art. 67zj ust. 1 pkt 1 i 2 (wprowadzona w art. 1 pkt 12 zaskarżonej ustawy) definicja praktyki pseudomedycznej i procedura ustalająca jej ewentualne występowanie, określona w art. 67zl, budzi również wątpliwości co do zgodności z konstytucyjną zasadą swobody wykonywania działalności gospodarczej dekodowanej z art. 20 i art. 22 Konstytucji.

Art. 22 Konstytucji pełni podwójną rolę. Po pierwsze, wyraża jedną z zasad ustroju gospodarczego Rzeczypospolitej. Po drugie, można z niego wywodzić prawo podmiotowe, przysługujące każdemu, kto podejmuje działalność gospodarczą (zob. wyrok TK z dnia 10 kwietnia 2001 r., sygn. akt U 7/00). Trybunał Konstytucyjny zwracał w swoich orzeczeniach uwagę, że systemowe powiązania między art. 20 i art. 22 Konstytucji oznaczają, iż wolności działalności podmiotów w sferze gospodarczej nie należy odrywać od reguł „społecznej gospodarki rynkowej”, skoro w świetle art. 20 Konstytucji wolność działalności gospodarczej jest jednym z filarów takiego ustroju gospodarczego, obok własności prywatnej, solidarności, dialogu i współpracy partnerów społecznych (por. np. wyroki z dnia: 21 listopada 2005 r., sygn. akt P 10/03 oraz 24 stycznia 2006 r., sygn. akt SK 40/04).

Trybunał zaznaczał też, że wyrażenie: „wolność działalności gospodarczej” należy rozumieć zarówno jako wolność wyboru działalności gospodarczej, jak i wolność jej wykonywania (por. wyrok TK z 7 czerwca 2005 r., sygn. akt K 23/04). Ustalając treść normatywną art. 22 Konstytucji, Trybunał w swoich orzeczeniach zwracał uwagę, że przepis ten określa dwojakiego rodzaju wymogi wprowadzania ograniczenia wolności działalności gospodarczej, a mianowicie w płaszczyźnie formalnej wymaga, aby ograniczenia te były wprowadzane „tylko w drodze ustawy”; natomiast w płaszczyźnie materialnej ograniczenie wolności działalności gospodarczej winno znajdować uzasadnienie w „ważnym interesie publicznym” (por. wyrok TK z dnia 10 kwietnia 2001 r., sygn. akt U 7/00).

Systemowa wykładnia ograniczenia wolności działalności gospodarczej, o której mowa w art. 22 Konstytucji, oznacza też, że do ograniczenia wolności działalności gospodarczej odnosi się zasada proporcjonalności, określona w art. 31 ust. 3 Konstytucji. Wyjaśniając treści normatywne art. 22 Konstytucji w powiązaniu z treściami normatywnymi art. 31 ust. 3 Konstytucji, Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 8 lipca 2008 r., sygn. akt K 46/07, stwierdził między innymi: „Ustawodawca musi zatem każdorazowo wykazać, iż ograniczenie wolności działalności gospodarczej służy ochronie szczególnie istotnego interesu publicznego. Konieczność ograniczenia tej wolności jest uzasadniona, o ile ustanawiane ograniczenia są zgodne z zasadą proporcjonalności, a więc: zastosowane środki prowadzą do zamierzonych celów, są niezbędne dla ochrony interesu, z którym są powiązane, skutki ograniczeń są proporcjonalne do ciężarów nakładanych na obywatela. Z zasady proporcjonalności wynika wymóg doboru takiego środka ograniczenia wolności lub praw, który służyłby osiągnięciu zamierzonego celu, z uwzględnieniem postulatu adekwatności. W pojęciu «ograniczenia koniecznego» zawiera się nie tylko materialnoprawne określenie treści ograniczenia, ale też dopuszczalność stosowania środków niezbędnych dla zapewnienia respektowania owego ograniczenia przez adresatów normy ograniczającej.”.

W omawianym przypadku ochrona życia i zdrowia pacjentów niewątpliwie stanowi realizację wartości, jaką jest ochrona zdrowia wskazana w art. 31 ust. 3 Konstytucji. Samo wskazanie konstytucyjnie legitymowanego celu ingerencji nie przesądza jednak o zgodności zastosowanych środków z Konstytucją. Opisana powyżej definicja praktyki pseudomedycznej przy użyciu pojęć dalece ocennych oraz posłużenie się definicją świadczenia zdrowotnego w bardzo szerokim znaczeniu nie pozwalają precyzyjnie ustalić konglomeratu zachowań, czynności wchodzących w jego zakres, jak i kręgu adresatów, do których będzie miał zastosowanie. Zakłada się, że praktyką pseudomedyczną jest m. in. podejmowanie działań służących poprawie zdrowia przez osoby nieposiadające uprawnień do wykonywania zawodu medycznego oraz stosowanie metod, którym przypisuje się właściwości zdrowotne, mimo że nie stanowią one świadczeń zdrowotnych. Taka konstrukcja prowadzi do bardzo szerokiego zakresu zastosowania przepisu, obejmującego w istocie wszelką działalność związaną z oddziaływaniem na zdrowie człowieka, niezależnie od jej charakteru i intensywności.

Ponadto zakres definicji ujęty w art. 67zj ust. 1 pkt 1 (art. 1 pkt 12 zaskarżonej ustawy) nie daje możliwości jakiegokolwiek gradacji zachowań czy czynności stwarzających ryzyko uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia albo śmierci przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, bez względu na to, czy podmiot je udzielający posiada, czy też nie odpowiednie przygotowanie i wiedzę popartą praktyką w zakresie świadczonych szeroko rozumianych usług zdrowotnych.

Co, jak wskazano już powyżej, przy bardzo pojemnej definicji świadczenia zdrowotnego może prowadzić do sankcjonowania praktycznie każdej działalności parazdrowotnej również bez uwzględniania stopnia przygotowania zawodowego podmiotu świadczącego daną usługę.

Tą samą normą objęto podmioty nieposiadające określonej wiedzy i kwalifikacji w zakresie świadczonych usług zdrowotnych, których działalność rzeczywiście może stwarzać zagrożenie, jak i podmioty posiadające specjalistyczną wiedzę, popartą praktyką i wykonujące czynności według standardów kwalifikacji i bezpieczeństwa przyjętych na poziomie międzynarodowym. Poza tym ustawodawca połączył szeroki katalog środków ingerencji z niedookreślonymi przesłankami materialnoprawnymi, pozostawiając organowi administracji znaczną swobodę w kwalifikowaniu określonych działań jako praktyk pseudomedycznych. Kwestionowana regulacja może prowadzić do skutków wykraczających poza realizację celu ochronnego ustawy. W praktyce wydanie decyzji administracyjnej może wywołać natychmiastowe konsekwencje ekonomiczne prowadzące do utraty klientów, rozwiązania umów, wypowiedzenia współpracy, utraty wiarygodności rynkowej oraz trwałego pogorszenia sytuacji finansowej przedsiębiorcy. Jak trafnie wskazano w tzw. Memorandum konstytucyjnym z dnia 17 lipca 2026 r. w sprawie ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta uchwalonej przez Sejm 3 lipca 2026 r., druk senacki nr 782, Polska Izba Akupunktury i Medycyny Chińskiej, K. Woźniak, zaskarżone przepisy: „nie przewidują wyraźnego rozróżnienia pomiędzy działalnością polegającą na świadomym wprowadzaniu w błąd pacjentów, nakłanianiu do rezygnacji z niezbędnego leczenia lub wykonywaniu czynności stwarzających rzeczywiste zagrożenie dla życia i zdrowia a działalnością prowadzoną legalnie, mającą charakter wspierający lub komplementarny wobec leczenia konwencjonalnego. Tym samym identyczny mechanizm administracyjny może zostać zastosowany wobec zachowań o zasadniczo odmiennym stopniu społecznej szkodliwości”.

Zgodnie z opisaną powyżej wywodzoną z art. 31 ust. 3 Konstytucji zasadą proporcjonalności ustawodawca ograniczając prawa i wolności określonych podmiotów powinien stosować środki o jak najmniejszej uciążliwości. Uwzględniając zasadę proporcjonalności ustawodawca powinien wykazać, że zastosowanie tak intensywnego modelu ingerencji było konieczne oraz że ochrona zdrowia publicznego nie mogła zostać osiągnięta przy wykorzystaniu środków mniej restrykcyjnych uwzględniających możliwość stopniowania środków nadzorczych w zależności od stopnia szkodliwości stosowanej praktyki i realnego prawdopodobieństwa wyrządzenia poważnej szkody na osobie. Jednocześnie w toku prac legislacyjnych nie przedstawiono przekonujących danych pozwalających ocenić rzeczywistą skalę zjawiska mającego uzasadniać przyjęcie tak daleko idących środków ingerencji. Nie

wykazano również, że istniejące instrumenty prawne służące zwalczaniu oszustw, nieuczciwych praktyk rynkowych, wykonywania działalności leczniczej bez wymaganych uprawnień, narażenia życia lub zdrowia, czy też wprowadzania konsumentów w błąd, okazały się niewystarczające dla osiągnięcia zakładanego celu ochronnego. Okoliczność ta utrudnia ocenę, czy przyjęte rozwiązania rzeczywiście spełniają wynikający z art. 31 ust. 3 Konstytucji wymóg konieczności ograniczenia wolności i praw jednostki.

W świetle powyższego można mieć uzasadnione wątpliwości, czy zastosowane środki są niezbędne dla ochrony zdrowia. Ustawodawca objął bowiem zakazem świadczenia usług zdrowotnych podmioty bez względu na posiadane przez nie kwalifikacje posługując się przy tak szerokiej działalności, jaką obejmuje definicja świadczenia zdrowotnego jedynie kryterium formalnym. Tym samym regulacja może prowadzić do faktycznej delegalizacji wykonywania niektórych aktywności zawodowych przez osoby pozostające poza katalogiem zawodów medycznych, także wtedy, gdy posiadają one specjalistyczne przygotowanie i wykonują czynności według uznanych standardów (tak również w: Ekspertyza prawna w przedmiocie zagadnienia pt. „Ocena konstytucyjności przepisów ustawy z dnia 3 lipca 2026 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta” dr Oskar Kida – 10.08.2026 r. opinia przekazana do Kancelarii Prezydenta RP przez Polską Izbę Zielarsko Medyczną).

Konstytucyjna wadliwość analizowanej regulacji nie polega zatem na samym ograniczeniu wolności działalności gospodarczej. Wynika ona z przyjęcia modelu ingerencji, którego intensywność pozostaje niewspółmierna do sposobu określenia przesłanek jego zastosowania. Nadto wskazać należy, iż zapewnienie opisanej powyżej sprawiedliwości proceduralnej jest również bezpośrednio związane z koniecznością ochrony wolności gospodarczej, a w szerszym kontekście – należytego funkcjonowania systemu społecznej gospodarki rynkowej (por. art. 20 Konstytucji).

Wskazane wątpliwości uzasadniają poddanie zaskarżonych regulacji ocenie zgodności z art. 20 i art. 22 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji.

Trzeci element „praktyki pseudomedycznej” (art. 67zj ust. 1 pkt 3 – dodawany w art. 1 pkt 12 zaskarżonej ustawy) uwzględnia wykonywanie działalności leczniczej bez uzyskania wpisu do rejestru, o którym mowa w art. 103 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, z uwzględnieniem art. 104 ust. 2 tej ustawy. Należy zauważyć, że czyn ten polega na takim samym działaniu jak wskazany w art. 147a § 1 ustawy z dnia 20 maja 1971 r. – Kodeks wykroczeń (Dz. U. z 2025 r. poz. 734): „Kto wykonuje działalność leczniczą lub prowadzi zakład leczniczy dla zwierząt bez wymaganego wpisu do rejestru lub ewidencji – podlega sankcji karnej: karze aresztu, ograniczenia wolności albo grzywny.” Stwierdzenie przez

Rzecznika faktu prowadzenia działalności leczniczej bez wymaganego wpisu do rejestru będzie mogło zostać uznane za praktykę pseudomedyczną i w związku z czym będzie mogła, zgodnie z zaskarżoną ustawą, zostać nałożona kara administracyjna w wysokości do 1 000 000 zł (zgodnie z art. 68 ust. 1 i 2 zmienianym w art. 1 pkt 13 zaskarżonej ustawy) oraz zakaz prowadzenia działalności (wraz z zobowiązaniem do usunięcia skutków jej prowadzenia i ewentualnym obowiązkiem publikacji treści decyzji w sposób i formie określonej przez Rzecznika – zgodnie z art. 67zł ust. 1 i 5 dodawanym w art. 1 pkt 12 zaskarżonej ustawy). Tak skonstruowane przepisy wydają się mieć w obu przypadkach ten sam cel – represyjny – w stosunku do podmiotu, którego dotyczą.

Jak wskazano w uzasadnieniu do projektu zaskarżonej ustawy, możliwość objęcia podmiotu sankcją na jej podstawie nie wyklucza możliwości wszczęcia i prowadzenia postępowania w stosunku do tego podmiotu na podstawie innych przepisów administracyjnych, które może potencjalnie naruszać ten sam czyn (np. w zakresie przepisów dotyczących zakazu reklamy określonych produktów bądź działalności, nieuczciwej konkurencji, naruszenia praw konsumentów itp.). Zgodnie z obowiązującą regulacją państwo aktualnie dysponuje instrumentami pozwalającymi reagować na oszustwo, wyłudzenie, narażenie życia lub zdrowia, spowodowanie uszczerbku, wykonywanie działalności leczniczej bez uprawnień, nieuczciwe praktyki rynkowe, reklamę wprowadzającą w błąd, naruszenia prawa farmaceutycznego i odpowiedzialność cywilną oraz zawodową, nie wyklucza także odpowiedzialności cywilnej lub odszkodowawczej. Co więcej, zgodnie z art. 68 ust. 3 zmienionym w art. 1 pkt 13 zaskarżonej ustawy, przedmiotowa kara pieniężna może być nakładana wielokrotnie do czasu zaniechania stosowania praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów albo praktyk pseudomedycznych lub podjęcia działań niezbędnych do usunięcia skutków stosowania tych praktyk, z tym że postępowanie w sprawie nałożenia ponownie kary może zostać wszczęte nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od dnia, w którym poprzednia decyzja stała się ostateczna. Wątpliwości co do takiego trybu postępowania zgłosił także Rzecznik Praw Obywatelskich na etapie prac rządowych nad projektem zaskarżonej ustawy. W piśmie z dnia 17 lipca 2025 r. Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich zwrócił uwagę: „Podwójne wielokrotne karanie tej samej osoby za ten sam czyn stanowi naruszenie zasady proporcjonalnej reakcji państwa na naruszenie obowiązku prawnego.”.

W świetle powyższego powstaje uzasadniona wątpliwość czy powyższe przepisy nie naruszają zasady *ne bis in idem* i zasady proporcjonalności wywodzonych z art. 2 Konstytucji.

Zgodnie z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 czerwca 2017 r. sygn. akt P 124/15: „[w] dotychczasowym orzecznictwie Trybunał nie zanegował dopuszczalności funkcjonowania w prawie administracyjnym systemu kar finansowych – odrębnego i równoległego wobec systemu kar za przestępstwa i wykroczenia. Przyjmował za punkt wyjścia, że ustawodawca w ramach przysługującej mu ogólnej kompetencji prawodawczej jest uprawniony do stanowienia prawa, które odpowiada założonym przez niego celom penalnopolitycznym (zob. wyrok z 9 października 2012 r., sygn. P 27/11, OTK ZU nr 9/A/2012, poz. 104, cz. III, pkt 4). Ustawodawca może przede wszystkim odrębnie dla każdej gałęzi prawa wykreować instrumenty sankcjonowania naruszeń ustanowionych nakazów i zakazów. Może ponadto – pod pewnymi warunkami – wyłączyć spod reżimu odpowiedzialności karnej niektóre kategorie spraw i przenieść je do reżimu odpowiedzialności administracyjnej (zob. wyrok z 14 października 2009 r., sygn. Kp 4/09, OTK ZU nr 9/A/2009, poz. 134, cz. III, pkt 3.5.3).

Trybunał zauważał również w orzecznictwie to, że „granica pomiędzy deliktem administracyjnym i będącą jego konsekwencją karą administracyjną a wykroczeniem jest płynna i określenie jej należy do zakresu swobody władzy ustawodawczej” (wyrok z 15 stycznia 2007 r., sygn. akt P 19/06, OTK ZU nr 1/A/2007, poz. 2, cz. III, pkt 2). Przyjmował, że: „o środkach represyjnych orzekać mogą nie tylko sądy karne, a to, jaki sąd orzeka w konkretnych sprawach, jest kwestią wyboru o charakterze ustrojowo-organizacyjnym. Dlatego też kary pieniężne mogą wynikać z decyzji administracyjnych poddanych kontroli sądownictwa administracyjnego” (wyrok z 7 lipca 2009 r., sygn. K 13/08, OTK ZU nr 7/A/2009, poz. 105, cz. III, pkt 2.4).

Jednocześnie jednak nigdy nie ulegało wątpliwości to, że granice dopuszczalności wyprowadzania przez ustawodawcę kar pieniężnych poza systemem prawa karnego wyznacza Konstytucja, a w szczególności art. 2 Konstytucji. Postanowienie to nakłada na władzę publiczną powinność działania w sposób, który zagwarantuje obywatelom poczucie bezpieczeństwa prawnego, a przez to zapewni ich zaufanie do państwa i jego instytucji. Z nakazem tym są instrumentalnie związane wymagania, takie jak: konieczność jasnego i precyzyjnego określenia treści obowiązków administracyjnych, którym uchybienie jest podstawą wymierzenia kary pieniężnej (zasada określoności czynu objętego sankcją); niedopuszczalność ustanawiania kar pieniężnych z mocą wsteczną (*lex retro non agit*) ani wstecznego ich zaostrzenia (*lex severior retro non agit*); zakaz podwójnego (wielokrotnego) wymierzania kar pieniężnych wobec tej samej osoby za ten sam delikt administracyjny, a także

nakaz zachowania proporcjonalności reakcji na naruszenie obowiązków administracyjnych (zakaz nadmiernej represyjności).

Istotne ograniczenie nadużywania przez państwo *ius puniendi* stanowi zasada *ne bis in idem*, której treścią jest zakaz podwójnego (wielokrotnego) karania tej samej osoby za popełnienie tego samego czynu zabronionego pod groźbą kary. Zakaz podwójnego (wielokrotnego) karania nie został wprost wyrażony w postanowieniach Konstytucji, jednakże, zdaniem Trybunału, nie budzi wątpliwości, że stanowi on podstawową gwarancję demokratycznego państwa prawnego, wobec czego musi być wiązany z treścią art. 2 Konstytucji (zob. wyrok TK z 11 października 2016 r., sygn. akt K 24/15, OTK ZU A/2016, poz. 77, cz. III, pkt 2.3). *Ne bis in idem* zapewnia ochronę elementarnej dla obywateli wartości, jaką jest bezpieczeństwo prawne. W praktyce orzeczniczej za podstawę wywodzenia tejże zasady uznaje się również art. 42 ust. 1 Konstytucji, który określa konstytucyjne standardy ponoszenia odpowiedzialności karnej, oraz art. 45 ust. 1 Konstytucji, gwarantujący prawo do rzetelnego i sprawiedliwego procesu sądowego (zob., spośród wielu, przywołane już wyroki TK: o sygn. akt P 40/13, cz. III, pkt 5.1, oraz o sygn. akt P 32/12, cz. III, pkt 7.1).

W orzecznictwie ugruntowało się jednocześnie szerokie rozumienie zasady *ne bis in idem* (co potwierdził Trybunał w przywołanym wyżej wyroku o sygn. akt K 24/15, cz. III, pkt 6.1). Trybunał przyjmuje, że zakaz podwójnego (wielokrotnego) karania obejmuje nie tylko sprawy i postępowania uznane za karne przez ustawy zwykłe (prawo karne sensu stricto), lecz także sprawy i postępowania niemające formalnie karnoprawnego charakteru, o ile wiążą się ze stosowaniem środków w istocie represyjnych (prawo karne sensu largo). Zakaz podwójnego (wielokrotnego) karania musi zatem być brany pod uwagę zarówno w wypadku zbiegu dwóch (kilku) kar kryminalnych w rozumieniu ustawowym, jak i w razie zbiegu sankcji określonych w przepisach karnych oraz sankcji przewidzianych w innych przepisach prawa publicznego (w tym w przepisach prawa administracyjnego), jeżeli przewidują one formy odpowiedzialności prawnej mające cechę represyjności. Zauważalna w orzecznictwie Trybunału tendencja do poszerzania granic ochrony wynikającej z zasady *ne bis in idem* jest uzasadniona ze względu na konieczność autonomicznego rozumienia pojęć konstytucyjnych takich jak „kara” – w oderwaniu, i nierzadko szerzej, od tego, jak pojęcia te definiuje ustawodawca. „[O]statecznie rezultatem odnośnego orzecznictwa jest zakwalifikowanie [przez Trybunał] tych innych niż karne spraw lub postępowań jako spraw lub postępowań w istocie karnych” (wyrok o sygn. akt P 32/12, cz. III, pkt 7.1).

Zasada *ne bis in idem* ma charakter bezwzględny w tym sensie, że z istoty nie może podlegać ograniczeniom. „Wszelkie odstępstwa od tej zasady, w szczególności zaś stworzenie organowi władzy publicznej kompetencji do dwukrotnego zastosowania środka represyjnego wobec tego samego podmiotu za ten sam czyn, stanowiłoby naruszenie regulacji konstytucyjnych” (wyrok TK z dnia 3 listopada 2004 r., sygn. akt K 18/03, OTK ZU nr 10/A/2004, poz. 103, cz. III, pkt 3.3). Jednocześnie jednak Trybunał wskazywał, że sama możliwość pociągnięcia jednostki do odpowiedzialności w dwóch różnych postępowaniach o tzw. represyjnym charakterze nie oznacza, że naruszona została zasada *ne bis in idem* (na przykład, pociągnięcie kogoś do odpowiedzialności karnej za popełnienie przestępstwa lub wykroczenia nie zamyka drogi do pociągnięcia go za ten sam czyn do odpowiedzialności dyscyplinarnej; zob. wyrok TK z dnia 8 października 2002 r., sygn. akt K 36/00, OTK ZU nr 5/A/2002, poz. 63, cz. III, pkt 4). W szczególności, „odpowiedzialność karna i odpowiedzialność administracyjna nie są [co do zasady] niekonstytucyjnym karaniem za to samo. Są to różne skutki danego czynu naruszającego różne dobra prawnie chronione, dlatego uzasadnionym jest zastosowanie różnych sankcji” (wyrok TK o sygn. akt P 32/12, cz. III, pkt 7.3). *A contrario*, naruszenie Konstytucji będzie miało miejsce zawsze wtedy, gdy w związku z tym samym czynem dojdzie do zastosowania wobec tej samej osoby dwóch (lub więcej) „kar” w sensie konstytucyjnym, które realizują w istocie ten sam cel, mianowicie są reakcją na zamach na te same dobra objęte ochroną prawną.

Trybunał wypracował dwuetapowy test, według którego bada, czy oceniane przepisy naruszają zakaz dwukrotnego (wielokrotnego) pociągania do odpowiedzialności karnej za to samo zachowanie. Zdaniem Trybunału: „[p]o pierwsze, należy ustalić, czy określone środki przewidziane przez ustawodawcę jako reakcja na określone zachowanie jednostki mają charakter represyjny. Po drugie, jeżeli dwa lub więcej środków mają taki charakter, konieczna jest weryfikacja, czy realizują one te same, czy odmienne cele. Realizacja identycznych celów przez różne środki o charakterze represyjnym winna co do zasady prowadzić do wniosku o naruszeniu zasady *ne bis in idem*, wynikającej z art. 2 Konstytucji” (por. wyrok z dnia 21 października 2014 r., sygn. P 50/13, OTK ZU nr 9/A/2014, poz. 103, cz. III, pkt 3.3; oraz zob. też wyroki TK: o sygn. akt P 40/13, cz. III, pkt 5.1 oraz o sygn. akt K 45/14, cz. III, pkt 4.1; stanowisko to potwierdzone przez TK w wyroku o sygn. akt K 45/14, cz. III, pkt 4.1).

Nawet jeśli w konkretnym wypadku nie zachodzą podstawy do stwierdzenia naruszenia zasady *ne bis in idem* z uwagi na okoliczność, że jednej z dwóch zbiegających się sankcji nie można uznać za sankcję karną („karę”) w znaczeniu konstytucyjnym, to nie znaczy, że ustawodawca ma pełną swobodę regulowania zakresu i stopnia dolegliwości, które wiąże z

naruszeniem zakazów lub nakazów przez adresatów przepisów prawnych. Kwestia kumulowania sankcji – niezależnie od tego, jaki charakter mają poszczególne z nich – jest problemem proporcjonalności (tak np. TK w wyroku o sygn. akt Kp 4/09, cz. III, pkt 3.4.4). Zdaniem Trybunału, „dla ewentualnego stwierdzenia naruszenia zasady proporcjonalnej reakcji karnej nie ma bowiem potrzeby wykazywania, że sankcje przewidziane przez zbiegające się przepisy mają charakter represyjny” (wyrok TK o sygn. P 27/11, cz. III, pkt 5). W wypadku zbiegu odpowiedzialności karnej (karnoskarbowej) i odpowiedzialności administracyjnej, który nie stanowi naruszenia zakazu *ne bis in idem*, konieczne jest zbadanie, czy kumulacja odpowiedzialności wobec tego samego sprawcy za ten sam czyn, jest zgodna z wywodzoną z art. 2 Konstytucji zasadą proporcjonalnej reakcji państwa na naruszenie obowiązku wynikającego z przepisu prawa. Korelatem tej zasady jest zaś zakaz nieproporcjonalnego łączenia kar kryminalnych i administracyjnych za ten sam czyn, popełniony przez tę samą osobę.

Zasada proporcjonalności reakcji państwa na naruszenie prawa nakłada na ustawodawcę obowiązek zachowania odpowiedniej proporcji między środkami prawnymi realizującymi funkcje karne („represyjne”). „Kumulacja odpowiedzialności karnej z innymi rodzajami odpowiedzialności, realizującymi przynajmniej w pewnym zakresie, posiłkowo, uzupełniająco lub ubocznie, funkcję represyjną, nie może bowiem prowadzić do zastosowania wobec tej samej osoby za ten sam czyn różnych środków prawnych, których łączna represyjność wykracza poza dopuszczalny poziom karania wyznaczony przez zasadę proporcjonalności” (wyrok o sygn. akt P 50/13, cz. III, pkt 7.4). W świetle orzecznictwa, „nadmierna represywność”, powodująca, że oceniana regulacja musi być uznana za niekonstytucyjną, może mieć swe źródło w nagromadzeniu dolegliwych skutków zastosowania kilku środków reakcji państwa na dany czyn: nie tylko sankcji kryminalnych, lecz także kar administracyjnych, ich wymiaru, obostrzeń proceduralnych, dowodowych itd. (zob. wyrok TK o sygn. akt Kp 4/09, cz. III, pkt 3.4.4).

Dla stwierdzenia, czy zarzut naruszenia proporcjonalności jest uzasadniony, niezbędne jest dokonanie przez Trybunał oceny całości mechanizmu reakcji państwa na konkretne naruszenie prawa. Aby spełniony był konstytucyjny wymóg proporcjonalności, mechanizm powinien spełniać kumulatywnie następujące warunki: po pierwsze – służyć realizacji właściwych, konstytucyjnie legitymizowanych celów, po drugie – pozostawać w racjonalnym związku z tymi celami, po trzecie – być koniecznym dla realizacji tych celów (zob. wyrok o sygn. akt P 32/12, cz. III, pkt 8.2). Badając zgodność zaskarżonej regulacji z art. 2 Konstytucji w aspekcie zasady proporcjonalności, Trybunał musi zatem uwzględnić: 1) czy

zakwestionowane uregulowanie jest niezbędne dla ochrony i realizacji interesu publicznego, z którym jest związane; 2) czy jest efektywne, mianowicie czy umożliwia osiągnięcie zamierzonych przez ustawodawcę celów; 3) czy efekty zakwestionowanego uregulowania pozostają w odpowiedniej proporcji do ciężarów nakładanych na adresata danej normy prawnej (zob. wyrok o sygn. akt P 27/11, cz. III, pkt 2).”

Wątpliwości w stosunku do zaskarżonych przepisów w zakresie spełnienia przez ustawodawcę wymogów wynikających z zasady proporcjonalności dotyczą w przedstawionym przypadku dublowania różnego rodzaju sankcji za ten sam czyn. Możliwość wielokrotnego karania tej samej osoby za ten sam czyn stanowi naruszenie zasady proporcjonalnej reakcji państwa na naruszenie obowiązku prawnego. Zasada *ne bis in idem*, zawierająca zakaz podwójnego karania tej samej osoby za ten sam czyn, ma zastosowanie nie tylko w odniesieniu do wymierzania kar za przestępstwo, lecz także w związku ze stosowaniem innych środków represyjnych, w tym sankcji administracyjnych. W wypadku zaskarżonej ustawy przewiduje się możliwość zastosowania wobec podmiotów uznanych przez Rzecznika za prowadzące działalność pseudomedyczną zarówno represji o charakterze administracyjnym, jak i karnym.

Szczególne znaczenie ma przy tym okoliczność, że ustawodawca stworzył mechanizm umożliwiający równoległe uruchamianie wielu reżimów odpowiedzialności odnoszących się do tego samego zachowania. Tożsame zachowania w obszarze ochrony zdrowia mogą równoległe podlegać ocenie: Rzecznika Praw Pacjenta (w trybie administracyjnym, z karami pieniężnymi na podstawie art. 68), Prezesa UOKiK (w reżimie ochrony konkurencji i konsumentów oraz przeciwdziałania nieuczciwym praktykom rynkowym), organów rejestrowych (np. wojewody w zakresie wpisu do rejestru podmiotów leczniczych), organów ścigania i sądów karnych (wskazany wyżej art. 147a § 1 Kodeksu wykroczeń), czy też na podstawie art. 58 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Zaskarżona ustawa nie zawiera mechanizmów uniemożliwiających wielokrotne karanie za ten sam czyn, a wręcz przeciwnie, dopuszcza nakładanie kary administracyjnej przez Rzecznika za ponowne podjęcie praktyk pseudomedycznych, także obok sankcji nakładanych w innych reżimach. Konstytucyjne wątpliwości nie ograniczają się przy tym do samej możliwości nałożenia administracyjnej kary pieniężnej. Podmiot uznany za stosujący praktykę pseudomedyczną może zostać jednocześnie objęty nakazem zaniechania działalności, nakazem usunięcia skutków naruszenia, obowiązkiem publikacji decyzji oraz administracyjnymi karami pieniężnymi, przy równoczesnym funkcjonowaniu innych reżimów odpowiedzialności. Ocena zgodności z Konstytucją wymaga zatem uwzględnienia łącznego efektu wszystkich przewidzianych przez ustawodawcę środków ingerencji.

Oceny tej nie zmienia okoliczność, że poszczególne środki mogą być kwalifikowane jako należące do różnych gałęzi prawa. Jak wynika z przywołanego orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego, dla oceny zgodności z zasadą *ne bis in idem* oraz zasadą proporcjonalności decydujące znaczenie ma nie formalna kwalifikacja sankcji, lecz ich rzeczywisty charakter oraz łączny stopień dolegliwości. W konsekwencji konstytucyjne wątpliwości budzi nie tylko wysokość poszczególnych kar, lecz cały model reakcji państwa przewidujący możliwość kumulowania wobec tego samego podmiotu zakazu prowadzenia określonej działalności, obowiązku usunięcia skutków naruszenia, obowiązku publikacji decyzji, wysokich kar pieniężnych oraz odpowiedzialności przewidzianej w innych reżimach prawnych.

II. Zarzut niezgodności art. 1 pkt 12 ustawy w zakresie dodawanego art. 67zn z art. 2 i art. 20 i art. 22 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji oraz w związku z art. 2, art. 45 ust. 1 i art. 78 Konstytucji.

Na wstępie niniejszej części należy zaznaczyć, że choć przedmiotem zaskarżenia w pkt II *petitum* wniosku jest art. 67zn dodany art. 1 pkt 12 zaskarżonej ustawy, to wiele argumentów przedstawionych w uzasadnieniu zarzutów z pkt I uzasadnienia wniosku znajdzie zastosowanie także w poniższej części. Wzorcem zaskarżenia będą również analogiczne przepisy Konstytucji, jednak w nieco odmiennej konfiguracji wynikającej z treści art. 67zn oraz skutków tego unormowania.

Naruszenie konstytucyjnej zasady określoności, której istota i najważniejsze elementy zostały zdefiniowane w pkt I *petitum* wniosku, dotyczy także rozwiązań przewidzianych w dodawanym art. 67zn. Wskazany przepis wprowadza definicję dezinformacji medycznej a także reguluje kwestie związane z rejestrem medycznym podmiotów prowadzących wskazaną dezinformację. Zgodnie z art. 67zn przez dezinformację medyczną rozumie się podejmowane, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej lub osobistej, przez osobę fizyczną, osobę prawną lub jednostkę organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej, działania wprowadzające w błąd, polegające na publicznym rozpowszechnianiu lub promowaniu nieprawdziwych informacji o:

- 1) metodzie diagnostycznej lub leczniczej lub metodzie, w przypadku której deklaruje się lub sugeruje, że ma właściwości świadczenia zdrowotnego, niezgodnej z aktualną wiedzą medyczną, zagrażającej życiu lub zdrowiu, lub
- 2) szkodliwości metody diagnostycznej lub leczniczej zgodnej z aktualną wiedzą medyczną

jako zagrażającej życiu lub zdrowiu.

Rzecznik prowadzi rejestr podmiotów prowadzących dezinformację medyczną, który jest jawny i publikowany na stronie internetowej urzędu obsługującego Rzecznika.

Powyższa definicja zawiera jednak szereg pojęć niedookreślonych, takich jak: „działania wprowadzające w błąd”, „sugerowanie właściwości świadczenia medycznego”, czy „aktualna wiedza medyczna”. Tym samym nie jest jasne przede wszystkim, w jaki sposób oraz według jakich obiektywnych kryteriów należałoby ustalić „aktualną wiedzę medyczną”, a od tego zależy w istocie określenie tego, czy coś jest „działaniem wprowadzającym w błąd”, czy jednak nie jest (zob. także Memorandum konstytucyjne z dnia 17 lipca 2026 r. w sprawie ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta uchwalonej przez Sejm 3 lipca 2026 r., druk senacki nr 782, Polska Izba Akupunktury i Medycyny Chińskiej, K. Woźniak).

Należy zauważyć, że chociaż przepisy obowiązującego prawa posługują się pojęciem aktualnej wiedzy medycznej, to sam termin nie został nigdzie zdefiniowany, a użyte w ustawach sformułowanie dotyczy specjalistycznej działalności: leczniczej lub medycznej, w tym jest jedną z przesłanek (zgodnie z orzecnictwem sądowym) oceny profesjonalizmu działania lekarza. Jak wskazano m. in. w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 12 lutego 2013 r., sygn. akt II KK 124/12 „[u]stalenie błędu w sztuce lekarskiej zależy od odpowiedzi na pytanie, czy postępowanie lekarza w konkretnej sytuacji i z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących w chwili zabiegu, a zwłaszcza tych danych, którymi wówczas dysponował albo mógł dysponować, zgodne było z wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej.” Aby ocenić w powyższym zakresie prawidłowość działania lekarza powoływani są biegli specjaliści z konkretnych dziedzin medycyny. Ustawa w tym zakresie nie przewiduje jednak konieczności zasięgnięcia obowiązkowej, niezależnej oceny eksperckiej (np. konsultantów krajowych, instytucji oceny technologii medycznych, zespołów interdyscyplinarnych czy ciał doradczych reprezentujących różne nurty terapeutyczne), nawet w sprawach wymagających pogłębionej oceny naukowej. W rezultacie ocena zgodności określonych treści z aktualną wiedzą medyczną została pozostawiona organowi administracji publicznej, mimo że wymaga ona niejednokrotnie rozstrzygnięcia złożonych zagadnień naukowych i medycznych.

W rezultacie adresat normy nie będzie w stanie obiektywnie ocenić, kiedy przedstawienie wyników badań, stanowisk nauki, doświadczenia praktycznego, czy też informacji o tradycyjnym zastosowaniu określonej metody będzie mieściło się w granicach swobody wypowiedzi, a kiedy zostanie zakwalifikowane jako dezinformacja medyczna

i jednocześnie będzie skutkowało ingerencją administracyjną (Memorandum..., *op. cit.*).

W uzasadnieniu do projektu zaskarżonej ustawy projektodawca powołał się na definicję aktualnej wiedzy medycznej ukształtowanej w ostatnich latach w orzecznictwie sądów administracyjnych: Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z dnia 23 października 2024 r. (sygn. akt V SA/Wa 153/24) wskazał, że „w doktrynie prawa przyjmuje się, że wiedza medyczna stanowi rezultat badań naukowych, dlatego musi być jawnie ogłoszona, czyli podana publicznie do wiadomości celem oceny jej poprawności przez całe środowisko medyczne. Powinna być zatem zaprezentowana w formie weryfikowalnej – tak aby umożliwić nie tylko kontrolę i ewentualną krytykę poprawności zastosowanej metody, ale także powtórzenie badań wedle zaproponowanej metody celem porównania uzyskanych wyników. Wiedza medyczna wykorzystywana w celu udzielania pacjentowi świadczeń zdrowotnych w danym czasie musi spełniać bezwzględny warunek <aktualności>, rozumiany – zgodnie z definicją słownikową – jako <obowiązujący w danej chwili> (...) jedynie metoda bezpieczna dla pacjentów, zweryfikowana naukowo oraz skuteczna w leczeniu danych chorób może być uznana za odpowiadającą wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.”.

W świetle tak rozumianej aktualnej wiedzy medycznej możliwe jest więc jej obalenie, przez środowisko które się z nią zapoznało i które np. powtórzyło badania wedle zaproponowanej metody i porównało wyniki, a te nie potwierdziły tejsz prezentowanej „wiedzy”. Jak może wynikać z powyższego aktualną wiedzę medyczną można „obalić”, a sankcjonowanie *de facto* samej możliwości jej kwestionowania, może powodować naruszenie jej istoty. Zaskarżone przepisy zatem nie sankcjonują działania niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną, a możliwość kwestionowania prawdziwości skuteczności metody diagnostycznej lub leczniczej, co mogłoby w sposób niepożądany wpłynąć na zahamowanie rozwoju nauki i poprawności dialogu czy dysputy naukowej na temat dopuszczalnych i skutecznych działań wykraczających poza system *stricte* zdrowotny, gdyż dotyczący także możliwych terapii okołozdrowotnych czy wspierających. Ponadto należy zauważyć, że jak wskazuje chociażby wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 lutego 2012 r. (sygn. akt IV CSK 245/11) aktualna wiedza medyczna „nie zawsze jest w stanie dać stanowczą odpowiedź na każde pytanie.”. Dodatkowe wątpliwości wynikają z faktu, że ustawodawca uzależnił stosowanie środków o charakterze represyjnym od oceny zgodności określonych działań lub wypowiedzi z tzw. aktualną wiedzą medyczną, nie wskazując jednocześnie ustawowych kryteriów pozwalających na jej ustalenie. W praktyce prowadzi to do sytuacji, w której zakres zastosowania normy prawnej jest współkształtowany przez wytyczne, rekomendacje, stanowiska eksperckie lub publikacje naukowe, które mogą mieć istotne znaczenie merytoryczne, lecz nie stanowią źródeł prawa

powszechnie obowiązującego. W konsekwencji adresat normy może napotykać istotne trudności w przewidzeniu, jakie działania lub wypowiedzi zostaną uznane przez organ za pozostające w sprzeczności z aktualną wiedzą medyczną, co zwiększa ryzyko arbitralności stosowania ustawy oraz osłabia pewność prawa. Dodatkową trudność stanowi fakt, że aktualna wiedza medyczna nie ma charakteru stałego, lecz podlega ciągłej weryfikacji wraz z rozwojem badań naukowych oraz postępem medycyny. Ocena zgodności określonych wypowiedzi lub działań z aktualną wiedzą medyczną może zatem ulegać zmianom w czasie. Tym bardziej ustawodawca powinien był określić w sposób jasny i przewidywalny zasady ustalania tej wiedzy na potrzeby stosowania środków ingerujących w prawa i wolności jednostki.

Powyższa analiza jasno pokazuje, że ustawodawca określając w zaskarżonej ustawie istotę dezinformacji medycznej, nie określił jej rzeczywistych granic w sposób jasny, czytelny i precyzyjny. Tym samym swoisty obszar regulacji pozostawił do interpretacji organom administracyjnym stosującym prawo. Interpretacja ta z kolei, jak często pokazuje praktyka w sprawach niejasności regulacji prawnych, może prowadzić do określania znaczenia norm w sposób odmienny lub nawet sprzeczny w zakresie stosowania ustawy przez różne podmioty w skali całego kraju. Szczególnie problematyczne jest również to, że ustawodawca powiązał możliwość stosowania środków ingerencyjnych nie z wykazaniem oczywistej nieprawdziwości informacji, lecz z oceną jej zgodności z aktualną wiedzą medyczną. Tymczasem rozwój nauki zakłada możliwość prowadzenia sporów badawczych, formułowania hipotez oraz poddawania krytycznej ocenie obowiązujących poglądów. W rezultacie granica pomiędzy dezinformacją medyczną a dopuszczalną debatą naukową lub ekspercką nie została w ustawie określona w sposób dostatecznie precyzyjny.

Jest to szczególnie niebezpieczne, jeśli weźmiemy pod uwagę, że kwestionowane przepisy stanowią podstawę wpisu do jawnego rejestru, ingerencji w funkcjonowanie domen internetowych.

Powyższe argumenty świadczą zatem o tym, że kwestionowany przepis narusza wywodzoną z art. 2 Konstytucji zasadę wymogu określoności przepisów prawnych.

Zgodnie z ust. 6 dodawanego art. 67zn Rzecznik zawiadamia podmiot prowadzący dezinformację medyczną o zamiarze wpisania go do rejestru. Podmiotowi temu przysługuje prawo do zgłoszenia sprzeciwu wobec zamiaru wpisania go do rejestru, w terminie 14 dni, od dnia otrzymania zawiadomienia, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym. Ustęp 7 określa, iż Rzecznik, w terminie 30 dni od dnia wniesienia sprzeciwu, o którym mowa w ust. 6, wydaje decyzję o: 1) wpisie podmiotu prowadzącego dezinformację medyczną do rejestru albo 2) odstąpieniu od dokonania tego wpisu. Zgodnie z ustępami 8–9 w przypadku: 1) bezskutecznego

upływu terminu, o którym mowa w ust. 6, 2) wydania decyzji, o której mowa w ust. 7 pkt 1, 3) braku możliwości ustalenia adresu podmiotu prowadzącego dezinformację medyczną w celu zawiadomienia w trybie ust. 6 – Rzecznik dokonuje wpisu podmiotu prowadzącego dezinformację medyczną do rejestru, a w przypadku, o którym mowa w ust. 8 pkt 3, w terminie 2 miesięcy od dnia dokonania wpisu do rejestru, podmiotowi prowadzącemu dezinformację medyczną przysługuje sprzeciw wobec dokonania wpisu. Przepis ust. 7 stosuje się odpowiednio.

Szczególnie należy jednak zwrócić uwagę na art. 67zn ust. 10, zgodnie z którym: „Przedsiębiorca telekomunikacyjny świadczący usługi dostępu do sieci Internet, na wniosek Rzecznika, w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania, jest obowiązany do jednoczesnego przekierowania połączeń odwołujących się do nazwy domeny internetowej wskazanej przez Rzecznika we wniosku, dotyczącej strony internetowej wykorzystywanej przez podmiot prowadzący dezinformację medyczną do działań, o których mowa w ust. 1, lub odnoszącej się do tych działań podejmowanych przez ten podmiot, na stronę internetową Rzecznika zawierającą komunikat, skierowany do odbiorców usługi dostępu do Internetu, obejmujący w szczególności informacje o lokalizacji rejestru oraz ostrzeżenie o dezinformacji medycznej”. Przepis ten wprowadza zatem rozwiązanie, zgodnie z którym przedsiębiorca telekomunikacyjny przekierowuje połączenia odwołujące się do nazwy domeny internetowej na stronę internetową Rzecznika i jednocześnie zamieszcza stosowną informację na temat rejestru oraz o fakcie stwierdzenia dezinformacji medycznej.

Nie jest do końca jasne, jaki byłby skutek wskazanego unormowania. Jest to kolejny przykład nieprecyzyjności dodawanego art. 67zn. Niemniej z dużą dozą prawdopodobieństwa można założyć, że wskazane „przekierowanie na stronę Rzecznika” prowadziłoby do faktycznego „zablokowania” domeny internetowej danego podmiotu, a taka procedura byłaby wyjątkowo niekorzystna dla podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą.

Wydaje się, że taka interpretacja jest najbardziej oczywista także dlatego, że na kwestię tę zwracają uwagę obywatele, a także przedsiębiorcy, w stosunku do których regulacja ta miałaby znaleźć zastosowanie. Do Kancelarii Prezydenta RP wpłynęło dotychczas wiele pism zwracających uwagę na ten problem.

Współcześnie domena internetowa stanowi bowiem jeden z podstawowych elementów infrastruktury przedsiębiorcy. Umożliwia klientom odnalezienie przedsiębiorcy, kontakt z nim, składanie zamówień, korzystanie z usług, dokonywanie płatności, dostęp do dokumentów, kont użytkownika, formularzy kontaktowych oraz informacji wymaganych prawem. Domena pełni też funkcję cyfrowego adresu przedsiębiorcy. Klient, kontrahent lub partner biznesowy

najczęściej identyfikuje firmę właśnie przez jej stronę internetową oraz adres e-mail powiązany z domeną. Faktyczne „zablokowanie” domeny może więc uniemożliwić klientom dostęp do oferty, cennika, formularzy, panelu klienta, regulaminu, płatności lub obsługi posprzedażowej. Jeżeli przedsiębiorca prowadzi sklep internetowy, platformę usługową, system rezerwacji, portal ogłoszeniowy lub serwis subskrypcyjny, domena jest elementem bezpośrednio umożliwiającym uzyskiwanie przychodów. Przekierowanie rozumiane jako faktyczna jej blokada może oznaczać natychmiastowe odcięcie od sprzedaży online.

Skutek blokady domeny jest porównywalny z zamknięciem lokalu przedsiębiorcy w świecie tradycyjnym. O ile przedsiębiorca formalnie nadal istnieje, o tyle zostaje pozbawiony podstawowego miejsca, w którym klienci mogą zapoznać się z ofertą, złożyć zamówienie, dokonać płatności lub skontaktować się z obsługą. W konsekwencji blokada domeny może prowadzić do utraty przychodów, klientów, reputacji oraz pozycji rynkowej. Skoro działalność przedsiębiorcy jest wykonywana w istotnej części za pośrednictwem domeny internetowej, to jej zablokowanie prowadzi do realnego ograniczenia możliwości prowadzenia tej działalności, nawet jeżeli przedsiębiorca formalnie nadal istnieje i nie został wykreślony z rejestru przedsiębiorców.

Wprawdzie zgodnie z art. 67^{zn} podmiotowi prowadzącemu dezinformację medyczną, a zatem w praktyce przedsiębiorcy, przysługuje pewien „swoisty” środek odwoławczy:

„12. Od zamieszczenia informacji, o której mowa w ust. 11, podmiotowi prowadzącemu dezinformację medyczną lub podmiotowi posiadającemu tytuł prawny do domeny internetowej przysługuje sprzeciw. Przepis ust. 7 stosuje się odpowiednio.

13. Sprzeciwy, o których mowa w ust. 6, 9 i 12, wymagają uzasadnienia.

14. Rzecznik dokonuje wykreślenia wpisu z rejestru w przypadku wydania decyzji o jego wykreśleniu, a w przypadku informacji, o której mowa w ust. 11 – wydania decyzji o wykreśleniu informacji o nazwie domeny internetowej z rejestru, a także w każdym innym przypadku ustania przyczyn uzasadniających wpis. W przypadku wydania decyzji o wykreśleniu informacji o nazwie domeny internetowej z rejestru, Rzecznik w terminie 7 dni od dnia jej wydania, cofa wniosek, o którym mowa w ust. 10, informując o tym przedsiębiorcę telekomunikacyjnego.

15. Przedsiębiorca telekomunikacyjny ma obowiązek wyłączenia przekierowania połączeń odwołujących się do nazwy domeny internetowej, o której mowa w ust. 10, w terminie 7 dni od dnia otrzymania informacji od Rzecznika.

16. Decyzje Rzecznika wydane w wyniku rozpatrzenia sprzeciwów, o których mowa w ust. 6, 9 i 12, są ostateczne.”.

Jak widać na podstawie przytoczonego przepisu, podmiotowi prowadzącemu dezinformację medyczną nie przysługuje sprzeciw do samego faktu przekierowania połączeń odwołujących się do nazwy domeny (co jak już powyżej wskazano może potencjalnie oznaczać zablokowanie domeny), a jedynie sprzeciw od zamieszczenia informacji o nazwie domeny internetowej w rejestrze. Postępowaniem objęte jest następnie wykreślenie tej domeny z informacji w rejestrze (o ile Rzecznik uzna zasadność sprzeciwu) a dopiero skutkiem następczym (w terminie 7 dni) jest wycofanie wniosku o blokadę domeny. A zatem w rzeczywistości domena może zostać odblokowana po upływie maksymalnie 44 dni, z czego 30 dni, zgodnie z art. 67zn ust. 7, przysługuje Rzecznikowi na analizę sprzeciwu, kolejne 7 na cofnięcie wniosku o wpis do rejestru informacji o nazwie domeny internetowej (ust. 14) oraz kolejne 7 dni przysługuje przedsiębiorcy telekomunikacyjnemu na wyłączenie przekierowania połączeń odwołujących się do nazwy domeny internetowej (ust. 15). Ten czas, w którym domena internetowa przedsiębiorców będzie faktycznie zablokowana, może stanowić o ich „być albo nie być” na rynku oraz narazić ich na straty wizerunkowe i utratę zaufania swoich klientów, które mogą być niemożliwe do odwrócenia.

Ponadto należy zauważyć, że z zasady demokratycznego państwa prawnego określonej w art. 2 Konstytucji wynika wymóg takiego ukształtowania procedury, aby jednostka miała realną, a nie wyłącznie formalną możliwość ochrony swoich praw, co stanowi istotę tzw. zasady sprawiedliwości proceduralnej. Jak już zauważono w pkt I niniejszego wniosku, wpływa ona z licznych orzeczeń TK dotyczących prawa do sądu i środków zaskarżenia. Zdaniem TK procedura odwoławcza lub sądowa nie może być iluzoryczna, nadmiernie sformalizowana ani skonstruowana w sposób prowadzący do arbitralności organu. Standard ten pozostaje w ścisłym związku z prawem do sądu z art. 45 ust. 1 Konstytucji oraz prawem do zaskarżenia rozstrzygnięć wydanych w pierwszej instancji, o którym mowa w art. 78 Konstytucji.

W niniejszej sprawie znaczenie mają dwie kwestie: formalne istnienie określonego środka prawnego oraz jego rzeczywista skuteczność. Odnośnie do pierwszej kwestii, zgodnie z argumentacją przedstawioną powyżej, należy jeszcze raz podkreślić, że dany podmiot nie ma żadnego wpływu na decyzję o blokadzie domeny internetowej. A zatem należy uznać, że środek odwoławczy w tym zakresie nie został zapewniony. Co więcej, decyzja o przekierowaniu połączeń odwołujących się do nazwy domeny – „blokadzie” – nie będzie podjęta przez niezależny sąd, lecz będzie decyzją Rzecznika działającego jako organ jednoosobowy w oparciu o nie do końca jasne kryteria (choćby wspomniane wyżej kryterium „aktualnej wiedzy medycznej”). Powstaje zatem sytuacja, w której organ administracji (a w praktyce jeden człowiek) sam dokonuje oceny wypowiedzi zamieszczonej w ww. domenie internetowej, sam

uznaje, że zachodzi „dezinformacja medyczna”, sam decyduje o wpisaniu podmiotu do publicznego rejestru i może następnie spowodować przekierowywanie całej domeny internetowej – bez uprzedniej zgody niezależnego sądu. W tym czasie natomiast przedsiębiorca może zostać *de facto* pozbawiony „narzędzia” niezbędnego do prowadzenia swojej działalności.

Odnosnie do skuteczności środka należy podkreślić, że w przypadku blokady domeny internetowej ustawodawca odwrócił logiczne następstwo zdarzeń, tzn. najpierw miałyby nastąpić dotkliwa ingerencja w sferę praw i wolności podmiotu, a dopiero potem możliwość sprzeciwu (czyli w istocie *post factum*). Zatem ze względu na skutek blokady domeny, środek odwoławczy w postaci sprzeciwu może być dla podmiotu, czy przedsiębiorcy zupełnie nieefektywny, czy wręcz iluzoryczny. Fakt, iż ostateczna decyzja Rzecznika wydana w wyniku rozpatrzenia sprzeciwów, o której mowa w art. 67zn ust. 16, może być następnie poddana kontroli sądu administracyjnego nie rozwiązuje problemu, bowiem samo wniesienie skargi nie wstrzymuje wykonania aktu lub czynności, gdyż decyzja jest ostateczna. Jeśli poszkodowany wystąpi o wstrzymanie wykonania decyzji, ochrona w tym zakresie nie będzie automatyczna. Natomiast potencjalny wyrok stwierdzający, że decyzja Rzecznika była niezgodna z prawem, nie cofnie już faktu, że w tym czasie domena internetowa była w istocie bezprawnie zablokowana przez Rzecznika Praw Pacjenta, który błędnie ocenił, że zachodzą przesłanki do wpisania tej domeny do rejestru. Z kolei przedsiębiorstwo, którego podstawą działalności była strona internetowa, może nawet przestać istnieć.

Jak widać zatem na podstawie powyższych argumentów w niniejszej sprawie procedura odwoławcza ma *de facto* charakter pozorny. Przewidziane przez ustawodawcę środki zaskarżenia nie zapewniają bowiem skutecznego zapobieżenia skutkom ingerencji następującej jeszcze przed zakończeniem kontroli instancyjnej lub sądowej. W przypadku przekierowania domeny internetowej zasadnicze skutki decyzji mogą zmaterializować się natychmiast, jeszcze przed rozpoznaniem sprzeciwu lub skargi do sądu administracyjnego. W tym czasie podmiot objęty działaniem ustawy może utracić klientów, kontrahentów, źródła przychodów oraz reputację rynkową. Nawet późniejsze uznanie przez sąd wadliwości działania organu nie prowadzi automatycznie do przywrócenia stanu istniejącego przed zastosowaniem środka ingerencji.

Ustawodawca przyjął zatem model, w którym najdalej idące skutki ingerencji w sferę praw i wolności jednostki mogą wystąpić jeszcze przed dokonaniem skutecznej kontroli sądowej. Powoduje to odwrócenie gwarancyjnej funkcji procedury odwoławczej, gdyż środek zaskarżenia służyć ma nie tyle zapobiegnięciu naruszeniu praw jednostki, ile jedynie następczej

ocenie skutków, które zdążyły już zaistnieć. Przy ingerencji mogącej wywoływać nieodwracalne skutki prawne, faktyczne i gospodarcze ochrona sądowa powinna być realna oraz odpowiednio szybka.

Tym samym należy uznać, że zaskarżony przepis narusza art. 2 Konstytucji w zakresie wynikającej z niego zasady sprawiedliwości proceduralnej oraz ściśle z nim powiązane art. 45 ust. 1 i 78 Konstytucji.

Dodatkowo warto zaznaczyć, że ustawodawca nie przewidział możliwości blokowania przez Rzecznika określonej treści czy materiału zawartych na określonej domenie internetowej. W art. 67zn ust. 10 jest bowiem mowa o przekierowaniu połączeń odwołujących się do „nazwy domeny internetowej”. Przekierowanie całej domeny jest natomiast dużo bardziej dotkliwe niż usunięcie konkretnego materiału. Może bowiem pozbawić dostępu do treści legalnych, archiwalnych albo pochodzących od innych autorów, których Rzecznik nigdy nie badał i nie uznał za nieprawdziwe, albo nawet takich, które nie dotyczą kwestii medycznych. W praktyce ingerencją objęta zostaje nie konkretna informacja uznana za dezinformację medyczną, lecz całe środowisko informacyjne i gospodarcze funkcjonujące pod daną domeną internetową.

Wprawdzie art. 31 ust. 3 Konstytucji pozwala ograniczać konstytucyjne wolności i prawa dla ochrony m. in. zdrowia, ale tylko wtedy, gdy ograniczenia są konieczne w demokratycznym państwie i nie naruszają istoty wolności i praw. We wskazanym przypadku określony cel, czyli wynikającą z art. 31 ust. 3 przesłankę ochrony zdrowia, można osiągnąć poprzez środki mniej ingerujące w sferę praw jednostki, takie jak usunięcie konkretnej treści, zablokowanie określonego adresu URL, umieszczenie ostrzeżenia, nakaz publikacji sprostowania albo zastosowanie blokady dopiero po uzyskaniu kontroli sądowej. Ustawodawca nie wykazał natomiast, dlaczego osiągnięcie zakładanego celu wymaga zastosowania środka ingerującego w funkcjonowanie całej domeny internetowej.

Dodatkowo należy zauważyć, że skutki przekierowania domeny mogą mieć charakter natychmiastowy i nieodwracalny. Domena internetowa stanowi obecnie jeden z podstawowych składników infrastruktury przedsiębiorcy, umożliwiający kontakt z klientami, prezentowanie oferty, zawieranie umów oraz świadczenie usług drogą elektroniczną. W konsekwencji przekierowanie całej domeny może prowadzić do utraty klientów, kontrahentów, reputacji rynkowej oraz źródeł przychodów jeszcze przed dokonaniem sądowej kontroli legalności działania organu. Nawet późniejsze stwierdzenie niezasadności zastosowanego środka nie gwarantuje usunięcia wszystkich jego skutków faktycznych i gospodarczych.

W świetle powyższego blokowanie całej domeny internetowej, zamiast zastosowania środków bardziej precyzyjnych i mniej dolegliwych, nie spełnia konstytucyjnego wymogu konieczności i proporcjonalności. Powstają tym samym uzasadnione wątpliwości, czy ustawodawca zachował właściwą równowagę pomiędzy ochroną zdrowia publicznego a ochroną konstytucyjnych praw i wolności jednostki, w szczególności wolności działalności gospodarczej oraz prawa do skutecznej ochrony prawnej.

Szczególnie istotne jest przy tym, że ustawodawca zdecydował się na zastosowanie środka ingerującego w funkcjonowanie całej domeny internetowej, mimo że przedmiotem oceny organu może być jedynie określona treść lub określony przekaz informacyjny. Powstaje zatem uzasadniona wątpliwość, czy zachowana została właściwa relacja pomiędzy zakresem stwierdzonego naruszenia a zakresem zastosowanej ingerencji administracyjnej. W demokratycznym państwie prawnym środek ingerencji powinien pozostawać możliwie najściślej związany z zakresem stwierdzonego naruszenia. Tymczasem zaskarżona regulacja pozwala na ingerencję obejmującą całą domenę internetową, a więc również treści, które nigdy nie były przedmiotem oceny Rzecznika Praw Pacjenta.

W świetle argumentów przedstawionych w pkt II wniosku, należy uznać, że zaskarżony przepis narusza wywodzoną z art. 2 Konstytucji zasadę określoności przepisów prawa oraz art. 20 i art. 22 Konstytucji określających swobodę prowadzenia działalności gospodarczej w związku z zasadą proporcjonalności wywodzoną z art. 31 ust. 3 Konstytucji oraz z wynikającą z art. 2 zasadą sprawiedliwości proceduralnej i art. 45 ust. 1 i art. 78 Konstytucji.

Mając na względzie podniesione w uzasadnieniu wniosku wątpliwości, wnoszę o zbadanie przez Trybunał Konstytucyjny zgodności z Konstytucją ustawy z dnia 31 lipca 2026 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w zakresie określonym w *petitum* wniosku.

Two blue ink signatures are visible at the bottom of the page. The signature on the left is more stylized and elongated, while the one on the right is shorter and more compact.