

UZASADNIENIE

I. Potrzeba i cel uchwalenia ustawy

Ochrona życia i zdrowia należy do podstawowych obowiązków państwa. Obowiązek ten nie może ograniczać się do zapewnienia dostępu do świadczeń zdrowotnych, lecz obejmuje również stworzenie skutecznych mechanizmów ochrony przed działaniami, które mogą prowadzić do rezygnacji z potrzebnej diagnostyki lub leczenia, opóźnienia terapii, pogorszenia stanu zdrowia, a w skrajnych przypadkach – do utraty życia. Szczęólnego znaczenia nabiera to w sytuacjach, w których decyzje dotyczące zdrowia podejmowane są pod wpływem informacji nieprawdziwych, manipulacji lub wykorzystania szczególnego położenia osoby chorej. Państwo powinno przeciwdziałać takim zachowaniom nie dlatego, że ma zastępować pacjenta w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia, lecz dlatego, że warunkiem rzeczywistej autonomii pacjenta jest możliwość podjęcia decyzji świadomej, wolnej od oszustwa czy niedopuszczalnej presji.

Potrzeba ochrony jest szczególnie istotna wobec osób, których sytuacja zdrowotna lub życiowa czyni je bardziej podatnymi na tego rodzaju oddziaływanie. Ciężka choroba, zagrożenie życia, wiek, zaburzenia psychiczne, pozostawanie w stosunku zależności lub szczególnej relacji zaufania mogą powodować, że formalna zdolność do podejmowania decyzji nie zawsze odpowiada rzeczywistej możliwości dokonania w pełni swobodnego i racjonalnego wyboru. Osoba konfrontowana z diagnozą ciężkiej choroby może być skłonna uwierzyć w zapewnienie o skuteczności metody, której w innych okolicznościach nie uznałaby za wiarygodną, albo zrezygnować z leczenia pod wpływem osoby wykorzystującej jej lęk, nadzieję czy poczucie bezradności. Ochrona takich osób nie pozostaje w sprzeczności z poszanowaniem autonomii jednostki. Przeciwnie – służy zabezpieczeniu tej autonomii przed sytuacjami, w których swoboda podejmowania decyzji zdrowotnych zostaje faktycznie ograniczona albo wykorzystana przeciwko samemu pacjentowi.

Konstytucyjnego uzasadnienia dla tak ukształtowanej ochrony należy poszukiwać przede wszystkim w art. 68 Konstytucji, nakładającym na władze publiczne obowiązek zapewnienia rzeczywistej ochrony zdrowia. Obowiązek ten musi być jednak realizowany z poszanowaniem innych wartości konstytucyjnych, w szczególności chronionej przez art. 47 autonomii jednostki oraz wynikającej z art. 31 ust. 3 zasady proporcjonalności ingerencji państwa. Ochrona pacjenta i poszanowanie jego autonomii nie są przy tym wartościami

przeciwstawnymi. Autonomia zakłada możliwość podejmowania decyzji w sposób świadomy i wolny, a zatem państwo ma szczególne podstawy do interwencji tam, gdzie zdolność do takiego decydowania zostaje podważona przez oszustwo, manipulację, wykorzystanie szczególnej podatności osoby chorej do zachowania stwarzającego poważne zagrożenie dla życia lub zdrowia. Jednocześnie konstytucyjny obowiązek ochrony zdrowia nie daje podstaw do zastępowania przez państwo każdej decyzji pełnoletniej i świadomej osoby dotyczącej sposobu dbania o własne zdrowie. Zadaniem ustawodawcy jest więc wyznaczenie takiej granicy ingerencji, aby zdecydowana ochrona obejmowała przypadki rzeczywistego zagrożenia i wykorzystania szczególnego położenia pacjenta, nie prowadząc zarazem do nieuzasadnionego ograniczenia jego prawa do samodzielnego decydowania o sobie.

Właściwy model przeciwdziałania praktykom pseudomedycznym powinien zatem koncentrować reakcję państwa tam, gdzie pojawia się rzeczywiste zagrożenie dla dóbr wymagających szczególnej ochrony: życia, zdrowia oraz możliwości świadomego decydowania o własnym leczeniu. Interwencja prawnokarna znajduje najmocniejsze uzasadnienie wówczas, gdy sprawca wykorzystuje szczególną podatność drugiej osoby, świadomie oddziałuje na jej decyzje dotyczące diagnostyki lub terapii, nakłania do zaniechania koniecznego leczenia albo swoim zachowaniem doprowadza do powstania konkretnego niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia. Nie chodzi więc o penalizowanie każdej działalności pozostającej poza systemem świadczeń zdrowotnych ani każdej wypowiedzi dotyczącej metod niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną, lecz o objęcie odpowiedzialnością tych zachowań, które godzą w podstawowe dobra pacjenta i wykorzystują jego szczególną sytuację. Taki model pozwala zarazem zdecydowanie reagować na zachowania najbardziej niebezpieczne i zachować konieczną proporcję między potrzebą ochrony pacjenta a poszanowaniem jego autonomii oraz innych konstytucyjnie chronionych wolności.

Projektowana ustawa ma na celu wzmocnienie prawnokarnej ochrony życia i zdrowia osób, które ze względu na stan zdrowia, wiek, zaburzenia psychiczne, pozostawanie w stosunku zależności lub zaufania albo inne szczególne okoliczności są podatne na manipulację dotyczącą podejmowania decyzji zdrowotnych.

Osoba ciężko chora, w szczególności osoba chora onkologicznie, może znajdować się w stanie zwiększonej podatności na oddziaływanie innych osób. Diagnoza ciężkiej choroby, obawa przed śmiercią, cierpienie, poczucie bezradności oraz niepewność co do skuteczności leczenia mogą istotnie ograniczać zdolność do krytycznej oceny kierowanych do niej komunikatów. Okoliczności te bywają wykorzystywane przez osoby oferujące praktyki przedstawiane jako lecznicze lub diagnostyczne, mimo że praktyki te nie znajdują

potwierdzenia w aktualnej wiedzy medycznej, a dodatkowo mogą narażać tę osobę na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężki uszczerbek na zdrowiu.

Szczególnie niebezpieczne są zachowania polegające na:

- 1) nakłanianiu pacjenta do rezygnacji z zalecanej diagnostyki;
- 2) nakłanianiu do niepodjęcia albo zaprzestania leczenia;
- 3) wykorzystywaniu lęku przed śmiercią, bezradności lub nadziei pacjenta;
- 4) budowaniu zależności pacjenta od osoby oferującej daną praktykę;
- 5) przedstawianiu określonej praktyki jako skutecznej metody leczenia lub diagnostyki, mimo braku ku temu podstaw;
- 6) uzależnianiu udzielenia dalszej „rzekomej” pomocy od ponoszenia kolejnych, niejednokrotnie znacznych wydatków.

Skutkiem takich zachowań może być opóźnienie rozpoznania choroby, utrata możliwości zastosowania skutecznego leczenia, pogorszenie rokowania, ciężki uszczerbek na zdrowiu, a nawet śmierć osoby. Towarzyszyć temu mogą poważne straty majątkowe ponoszone przez pacjenta i jego rodzinę.

Obowiązujące przepisy prawa karnego pozwalają reagować na część takich zachowań, w szczególności wtedy, gdy wyczerpują one znamiona oszustwa, narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, spowodowania uszczerbku na zdrowiu lub nieumyślnego spowodowania śmierci.

Nie obejmują jednak w sposób dostatecznie precyzyjny sytuacji, w których sprawca, wykorzystując szczególną podatność pacjenta albo wprowadzając go w błąd co do zdrowotnych właściwości oferowanej praktyki, doprowadza do podjęcia decyzji bezpośrednio zagrażającej życiu lub zdrowiu.

Istotnym jest to, że celem projektu nie jest penalizowanie poglądów krytycznych wobec określonych sposobów leczenia ani ustanowienie odpowiedzialności karnej za samo prowadzenie debaty dotyczącej metod postępowania medycznego. Projekt pozostaje neutralny wobec poszczególnych metod, nurtów i obszarów działalności związanych ze zdrowiem lub dobrostanem człowieka. O kwalifikacji prawnokarnej nie przesądza nazwa ani deklarowany charakter danej praktyki, lecz sposób oddziaływania na pokrzywdzonego oraz wynikające z tego oddziaływania bezpośrednie zagrożenie dla jego życia lub zdrowia. Projekt służy penalizacji kwalifikowanych zachowań manipulacyjnych, które istotnie ograniczają swobodę podejmowania decyzji przez inną osobę i stwarzają bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Projektowana regulacja wpisuje się w systematykę rozdziału XIX Kodeksu karnego, obejmującego przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu.

II. Aktualny stan prawny i stwierdzona luka w ochronie

1. Odpowiedzialność za narażenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu

Art. 160 Kodeksu karnego penalizuje narażenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Przepis ten koncentruje się jednak na obiektywnym skutku w postaci bezpośredniego niebezpieczeństwa oraz na zachowaniu sprawcy prowadzącym do takiego narażenia.

W praktyce ocena prawnokarna zachowań polegających na manipulowaniu procesem decyzyjnym pacjenta może napotykać trudności. Dotyczy to zwłaszcza sytuacji, w których bezpośrednie zagrożenie powstaje w następstwie formalnie samodzielnej decyzji pacjenta o rezygnacji z leczenia albo zastosowaniu niebezpiecznej praktyki. Sprawca nie wykonuje wówczas bezpośrednio czynności medycznej ani nie powoduje zagrożenia własnym działaniem fizycznym, lecz doprowadza do niebezpiecznej decyzji pacjenta przez przemoc, groźbę, podstęp, nadużycie zaufania, wykorzystanie bezradności lub świadome wprowadzenie w błąd.

2. Odpowiedzialność za oszustwo

Przepisy dotyczące oszustwa chronią przede wszystkim mienie (art. 286 Kodeksu karnego). Mogą znaleźć zastosowanie, jeżeli sprawca, działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia mieniem przez wprowadzenie jej w błąd, wyzyskanie błędu albo niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania.

Przepisy te chronią przede wszystkim interesy majątkowe i nie obejmują przypadków, w których sprawca nie działa w celu osiągnięcia korzyści majątkowej albo nie doprowadza pokrzywdzonego do rozporządzenia mieniem, mimo że jego zachowanie prowadzi do podjęcia przez pacjenta decyzji stwarzającej bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Nie każde niebezpieczne oddziaływanie na decyzję zdrowotną pacjenta jest jednak nastawione na osiągnięcie korzyści majątkowej. Ponadto zasadniczym dobrem wymagającym ochrony w przypadkach objętych projektem nie jest mienie, lecz życie i zdrowie człowieka oraz swoboda podejmowania przez niego decyzji dotyczących leczenia.

Projektowany art. 160a K.k. ma wypełnić tę lukę, zapewniając ochronę życia i zdrowia niezależnie od wystąpienia szkody majątkowej.

3. Przepisy dotyczące skutków zdrowotnych

Jeżeli w wyniku zachowania sprawcy dojdzie do uszczerbku na zdrowiu albo śmierci, obecnie możliwe jest poniesienie odpowiedzialności na podstawie przepisów penalizujących spowodowanie takich skutków (art. 155 i 156 Kodeksu karnego). Przepisy te nie rozwiązują jednak wszystkich problemów związanych z przypisaniem sprawcy skutku powstałego po decyzji podjętej przez osobę poddaną manipulacji.

Projekt wyraźnie określa związek pomiędzy niedozwolonym oddziaływaniem na proces decyzyjny osoby (nakłanianiem), podjęciem przez nią niebezpiecznej decyzji i powstaniem skutku w postaci ciężkiego uszczerbku na zdrowiu albo śmierci.

Obowiązujące przepisy prawa karnego (jak wskazano powyżej) i cywilnego (np. art. 444 i art. 445 Kodeksu cywilnego) przewidują penalizację i możliwość dochodzenia odszkodowania za popełnienie czynu polegającego na uszkodzeniu ciała lub wywołania rozstroju zdrowia. Bogate orzecznictwo sądowe wskazuje natomiast, co może zostać za takie czyny uznane. W ramach przywołanych powyżej regulacji sankcjom podlegają jednak same czyny skutkujące uszkodzeniem ciała lub wywołaniem chociażby rozstroju zdrowia.

Obowiązujące instrumenty prawa karnego i cywilnego zapewniają zatem ochronę przede wszystkim wówczas, gdy można przypisać określonej osobie spowodowanie skutku w postaci uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia albo śmierci. Nie odpowiadają jednak w pełni specyfice sytuacji, w której do tego skutku dochodzi za pośrednictwem decyzji podjętej przez samego pokrzywdzonego – decyzji formalnie własnej, lecz ukształtowanej wskutek oddziaływania innej osoby. W takich przypadkach zasadniczy problem nie polega wyłącznie na ustaleniu samego skutku, lecz na prawnej ocenie wcześniejszego zachowania sprawcy, które doprowadziło do rezygnacji z diagnostyki lub leczenia, a następnie do pogorszenia stanu zdrowia albo śmierci. To właśnie obecność tego dodatkowego ogniw w łańcuchu przyczynowym – decyzji pacjenta podjętej pod wpływem nakłaniania lub manipulacji – powoduje, że istniejące konstrukcje odpowiedzialności nie zawsze pozwalają w sposób dostatecznie jasny i adekwatny uchwycić istotę takiego zachowania.

Projektowane rozwiązanie jest zatem potrzebne nie po to, aby powielać już istniejące typy czynów zabronionych, lecz aby objąć ochroną ten szczególny mechanizm prowadzący do naruszenia życia lub zdrowia. Jego istotą jest powiązanie trzech elementów: oddziaływania na proces decyzyjny osoby, podjęcia przez nią decyzji o niepodjęciu lub zaprzestaniu diagnostyki albo leczenia oraz powstania w następstwie tej decyzji ciężkiego uszczerbku na zdrowiu lub śmierci. Tak skonstruowany przepis pozwala uchwycić rzeczywistą rolę sprawcy w powstaniu skutku i przeciwdziała sytuacji, w której odpowiedzialność zostaje osłabiona tylko

dlatego, że bezpośrednią czynnością poprzedzającą pogorszenie stanu zdrowia była decyzja samego pacjenta. W tym sensie projekt uzupełnia istniejący system ochrony, koncentrując się na zachowaniach, których społeczna szkodliwość polega właśnie na wykorzystaniu wpływu na osobę znajdującą się w szczególnej sytuacji i doprowadzeniu jej do decyzji narażającej jej własne życie lub zdrowie.

4. Instrumenty administracyjne, konsumenckie i zawodowe

Istniejące w polskim systemie prawnym instrumenty administracyjne, konsumenckie i zawodowe realizują z kolei odmienne funkcje. Mogą one służyć eliminowaniu z obrotu nielegalnych produktów, przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym, kontroli reklamy, zapewnieniu bezpieczeństwa żywności i suplementów diety oraz egzekwowaniu zasad wykonywania zawodów medycznych. Instrumenty te są realizowane odpowiednio przez UOKiK, który przeciwdziała nieuczciwym praktykom rynkowym i reklamie wprowadzającej w błąd; GIF, który nadzoruje obrót produktami leczniczymi; Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, który nadzoruje obrót wyrobami medycznymi; oraz Państwową Inspekcję Sanitarną, która kontroluje bezpieczeństwo żywności i suplementów diety. Organy te oddziałują przede wszystkim za pomocą kontroli, decyzji administracyjnych, nakazów zaprzestania praktyk lub wycofania produktów z obrotu oraz administracyjnych kar pieniężnych, natomiast organy ścigania reagują środkami prawa karnego na czyny wyczerpujące znamiona przestępstwa.

Instrumenty te nie są jednak wystarczające w przypadkach indywidualnego, intensywnego oddziaływania na osobę znajdującą się w stanie szczególnej podatności, jeżeli zachowanie sprawcy prowadzi do bezpośredniego zagrożenia dla życia lub zdrowia. Z tego względu projektowana odpowiedzialność karna ma charakter uzupełniający i jest ograniczona do zachowań o szczególnie wysokim stopniu społecznej szkodliwości.

III. Istota projektowanych rozwiązań

Projekt przewiduje dodanie w Kodeksie karnym art. 160a, penalizującego dwie podstawowe kategorie zachowania polegającego na samym celowym nakłanianiu:

- 1) za pomocą kwalifikowanych wskazanych sposobów oddziaływania, do niepodjęcia albo zaprzestania zleconego postępowania leczniczego lub diagnostycznego;
- 2) za pomocą kwalifikowanych wskazanych sposobów oddziaływania albo przez wprowadzenie w błąd, do zastosowania praktyki przedstawianej jako służąca leczeniu lub diagnostyce.

Warunkiem odpowiedzialności jest to, aby zgodnie z aktualną wiedzą medyczną decyzja, do której sprawca nakłania inną osobę, mogła narazić tę osobę na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Przepis nie wprowadza generalnej kategorii „pseudoterapii” ani nie penalizuje metod wyłącznie z tego powodu, że są one niekonwencjonalne, eksperymentalne, alternatywne albo kontrowersyjne. Odpowiedzialność jest uzależniona od łącznego wystąpienia określonego sposobu oddziaływania, w ramach nakłaniania osoby do podjęcia konkretnej decyzji oraz możliwości powstania bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia.

Takie ukształtowanie znamion służy zachowaniu proporcjonalności ingerencji prawnokarnej oraz zapewnieniu, aby odpowiedzialność nie obejmowała zwykłej wymiany informacji, opinii i ocen.

Projektowane rozwiązania zostały zainspirowane regulacjami wprowadzonymi do francuskiego Kodeksu karnego ustawą nr 2024-420 z dnia 10 maja 2024 r. o wzmocnieniu przeciwdziałania nadużyciom o charakterze sekciarskim oraz poprawie wsparcia ofiar. Ustawa ta ustanowiła odpowiedzialność karną między innymi za nakłanianie, za pomocą powtarzających się nacisków lub działań manipulacyjnych, do rezygnacji z leczenia lub niepoddania się leczeniu, a także do stosowania praktyk stwarzających bezpośrednie zagrożenie śmiercią albo ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu. Projekt wykorzystuje zatem francuską koncepcję szczególnej ochrony procesu podejmowania decyzji zdrowotnych przed niebezpieczną manipulacją. Nie stanowi jednak prostego przejęcia regulacji francuskiej, lecz dostosowuje jej podstawowe założenia do systematyki polskiego Kodeksu karnego, obowiązujących zasad odpowiedzialności karnej oraz konstytucyjnych standardów określoności i proporcjonalności ingerencji w wolność wypowiedzi.

IV. Szczegółowe omówienie projektowanych przepisów

1. Art. 1 projektu, art. 160a § 1 Kodeksu karnego

Projektowany art. 160a § 1 penalizuje nakłanianie innej osoby do niepodjęcia albo zaprzestania zleconego postępowania leczniczego lub diagnostycznego.

Odpowiedzialność powstanie wyłącznie wtedy, gdy sprawca zastosuje co najmniej jeden z kwalifikowanych sposobów oddziaływania, to jest:

- 1) przemoc;
- 2) groźbę bezprawną;
- 3) podstęp;
- 4) nadużycie stosunku zależności;

- 5) nadużycie zaufania;
- 6) wykorzystanie przymusowego położenia;
- 7) wykorzystanie stanu bezradności;
- 8) wykorzystanie szczególnej podatności wynikającej z wieku, stanu zdrowia lub zaburzeń psychicznych.

Przepis obejmuje wyłącznie postępowanie zlecone przez uprawnioną osobę wykonującą zawód medyczny. Rozwiązanie to zapobiega obejmowaniu odpowiedzialnością karną dyskusji dotyczących postępowania, które nie zostało indywidualnie zlecone pacjentowi przez osobę posiadającą odpowiednie uprawnienia.

Dodatkowym warunkiem jest możliwość narażenia pokrzywdzonego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Nie będzie zatem przestępstwem nakłanianie do rezygnacji z postępowania, którego zaniechanie nie może wywołać takiego bezpośredniego zagrożenia.

Czyn jest zagrożony karą pozbawienia wolności do lat 3. Zagrożenie to odpowiada wadze dobra prawnego i potencjalnym następstwom zachowania sprawcy, a jednocześnie pozostawia sądowi możliwość uwzględnienia zróżnicowanego stopnia społecznej szkodliwości konkretnych czynów.

2. Art. 1 projektu, art. 160a § 2 Kodeksu karnego

Projektowany § 2 obejmuje nakłanianie innej osoby do zastosowania praktyki przedstawianej jako służąca leczeniu lub diagnostyce.

Przepis znajdzie zastosowanie w dwóch grupach przypadków.

Pierwszą stanowią przypadki, w których sprawca posługuje się sposobami oddziaływania określonymi w § 1. Drugą są przypadki wprowadzenia innej osoby w błąd co do właściwości lub skutków zdrowotnych oferowanej praktyki.

Przedmiotem błędu mogą być w szczególności:

- 1) rzeczywiste właściwości praktyki;
- 2) ryzyko wystąpienia działań niepożądanych;
- 3) możliwość zastąpienia nią postępowania medycznego;
- 4) wpływ praktyki na dalszy przebieg choroby albo rokowanie.

Nie każde nieprawdziwe lub przesadne stwierdzenie będzie prowadziło do odpowiedzialności karnej. Konieczne będzie wykazanie, że sprawca nakłaniał do zastosowania praktyki, a jej zastosowanie, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, mogło

narazić daną osobę na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Pojęcie „aktualnej wiedzy medycznej” należy odnosić do wiedzy dostępnej w czasie czynu, ocenianej z uwzględnieniem uznanych standardów postępowania, wyników badań naukowych, wytycznych i rekomendacji właściwych dla danej dziedziny. Ustalenie spełnienia tego znamienia będzie co do zasady wymagało wiedzy specjalistycznej.

3. Art. 1 projektu, art. 160a § 3 Kodeksu karnego

Projektowany § 3 przewiduje kwalifikowany typ przestępstwa, jeżeli czyn został popełniony wobec:

- 1) małoletniego lub jego przedstawiciela ustawowego;
- 2) osoby chorej onkologicznie;
- 3) osoby ciężko chorej;
- 4) kobiety w ciąży.

Surowsza odpowiedzialność jest uzasadniona szczególną podatnością tych osób na manipulację oraz zwiększonym prawdopodobieństwem powstania poważnych następstw zdrowotnych. W przypadku małoletnich dodatkowe znaczenie ma stopień rozwoju psychicznego i brak doświadczenia życiowego. W przypadku osób ciężko chorych lub chorych onkologicznie znaczenie mają intensywny lęk, presja czasu, cierpienie, niepewność rokowania i gotowość do podejmowania decyzji obarczonych podwyższonym ryzykiem.

Typ kwalifikowany jest zagrożony karą pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

4. Art. 1 projektu, art. 160a § 4, 5 i 6 Kodeksu karnego

Projektowane § 4, 5 i 6 ustanawiają typy kwalifikowane przez następstwo.

Odpowiedzialność na podstawie § 4, będzie możliwa, jeżeli w następstwie czynu określonego w § 1 i 2 osoba pokrzywdzona nie podjęła albo zaprzestała postępowania, zleconego przez uprawnioną osobę wykonującą zawód medyczny albo zastosowała praktykę, o której mowa w § 2. Dla przypisania odpowiedzialności konieczne będzie ustalenie związku przyczynowego oraz normatywnego powiązania między zachowaniem sprawcy i decyzją pokrzywdzonego. W projekcie przewidziano karę za ten czyn w postaci pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 5.

Odpowiedzialność na podstawie § 5 i 6 będzie możliwa, jeżeli w następstwie czynu określonego w § 1 i 2 osoba pokrzywdzona:

- 1) nie podjęła albo zaprzestała postępowania zleconego przez uprawnioną osobę wykonującą zawód medyczny albo zastosowała praktykę, o której mowa w § 2, oraz
- 2) doznała ciężkiego uszczerbku na zdrowiu albo zmarła.

Dla przypisania odpowiedzialności konieczne będzie ustalenie związku przyczynowego oraz normatywnego powiązania między zachowaniem sprawcy, decyzją pokrzywdzonego i powstałym następstwem. Sam fakt wcześniejszego kontaktu sprawcy z pokrzywdzonym nie będzie wystarczający.

W razie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu projekt przewiduje karę pozbawienia wolności od roku do lat 10. W razie śmierci pokrzywdzonego proponowana kara wynosi od 2 do 15 lat pozbawienia wolności.

Zróznicowanie sankcji odzwierciedla wagę następstwa oraz stopień naruszenia dobra prawnego.

5. Art. 1 projektu, art. 160a § 7 Kodeksu karnego

Projektowany § 6 pełni funkcję gwarancyjną. Wyłącza odpowiedzialność za samo przedstawianie informacji, opinii, ocen lub przekonań dotyczących leczenia lub diagnostyki.

Przepis ma zapobiegać rozszerzającej wykładni projektowanych typów przestępstw oraz chronić swobodę debaty publicznej, wolność wypowiedzi, a także prawo pacjenta do uzyskiwania informacji i podejmowania samodzielnych decyzji.

Wyłączenie nie znajdzie zastosowania, jeżeli sprawca umyślnie wprowadza inną osobę w błąd albo stosuje jeden z kwalifikowanych sposobów oddziaływania określonych w § 1.

Projekt nie wprowadza obowiązku poddania się leczeniu ani nie penalizuje decyzji pacjenta o odmowie udzielenia świadczenia zdrowotnego. Pacjent zachowuje prawo do samodzielnego podjęcia decyzji, w tym do odmowy leczenia, jeżeli jego decyzja jest swobodna i świadoma. Przedmiotem penalizacji jest zachowanie osoby trzeciej, która w sposób bezprawny ingeruje w proces decyzyjny pacjenta.

6. Art. 2 projektu, uprawnienia Rzecznika Praw Pacjenta

Projekt przewiduje rozszerzenie kompetencji Rzecznika Praw Pacjenta o udział w postępowaniach karnych dotyczących projektowanego art. 160a Kodeksu karnego.

Obowiązująca ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta określa kompetencje Rzecznika oraz instrumenty ochrony indywidualnych i zbiorowych praw pacjentów.

Zmiana art. 47 ust. 1 pkt 3 umożliwi Rzecznikowi uczestniczenie nie tylko w sprawach cywilnych, lecz również w sprawach karnych w zakresie określonym ustawą.

Dodawany art. 55 ust. 2 przyznaje Rzecznikowi, na jego wniosek, uprawnienia pokrzywdzonego w postępowaniu karnym dotyczącym przestępstwa określonego w art. 160a Kodeksu karnego.

Rozwiązanie to jest uzasadnione:

- 1) szczególnym charakterem chronionego dobra;
- 2) możliwą bezradnością pokrzywdzonego;
- 3) potrzebą wykorzystania specjalistycznej wiedzy Rzecznika;
- 4) możliwością identyfikowania powtarzalnych praktyk i mechanizmów naruszania praw pacjentów;
- 5) potrzebą zapewnienia efektywnej reprezentacji interesów pacjentów w postępowaniu karnym.

Uprawnienie Rzecznika ma charakter fakultatywny i będzie wykonywane na jego wniosek. Pozwoli to na koncentrowanie aktywności Rzecznika na sprawach szczególnie istotnych z punktu widzenia ochrony praw pacjentów.

7. Art. 3 projektu. Wejście w życie ustawy

Z uwagi na wprowadzenie nowego typu przestępstwa, konieczność przygotowania organów ścigania, sądów oraz Rzecznika Praw Pacjenta, a także potrzebę przeprowadzenia działań informacyjnych, zasadne jest przyjęcie odpowiedniego okresu *vacatio legis*.

Rekomenduje się, aby ustawa weszła w życie po upływie 3 miesięcy od dnia ogłoszenia.

Projekt respektuje zasadę, zgodnie z którą prawo karne powinno stanowić środek ostateczny. Odpowiedzialność karna nie zastępuje mechanizmów nadzoru administracyjnego, ochrony konsumentów, odpowiedzialności zawodowej ani kontroli bezpieczeństwa produktów. W szczególności:

- 1) reklama oraz nieuczciwe praktyki handlowe powinny pozostawać przede wszystkim w zakresie działania Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów;
- 2) obrót nielegalnymi produktami leczniczymi powinien pozostawać w zakresie kompetencji Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej;
- 3) bezpieczeństwo żywności i suplementów diety powinno podlegać kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej;

- 4) nielegalne wykonywanie zawodu medycznego powinno być ścigane na podstawie właściwych przepisów regulujących wykonywanie tych zawodów oraz przepisów karnych;
- 5) naruszenie zasad wykonywania zawodu przez osobę należącą do samorządu zawodowego powinno nadal podlegać odpowiedzialności zawodowej.

Projektowany art. 160a będzie mógł znaleźć zastosowanie niezależnie od wskazanych instrumentów, jeżeli zachowanie sprawcy wyczerpie wszystkie jego znamiona. Możliwy zbieg odpowiedzialności nie oznacza zastąpienia właściwego regulatora przez organy postępowania karnego, lecz odzwierciedla ochronę różnych dóbr prawnych i realizację odmiennych funkcji poszczególnych reżimów odpowiedzialności.

Projektowana regulacja nie zmierza zatem do penalizowania samego wpływania na decyzje zdrowotne innej osoby. Odpowiedzialność karna ma obejmować te przypadki, w których oddziaływanie przybiera postać zasługującą na szczególnie negatywną ocenę – polega na wykorzystaniu podatności pokrzywdzonego, kwalifikowanym oddziaływaniu lub wprowadzeniu go w błąd – i prowadzi do podjęcia decyzji dotyczącej diagnostyki lub leczenia, która może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia albo zdrowia. W ten sposób granica kryminalizacji zostaje powiązana nie z samym faktem wywierania wpływu, lecz z charakterem tego wpływu oraz realnym zagrożeniem dla dóbr podlegających ochronie prawnokarnej.

Przewidywane skutki społeczne

Projekt powinien przyczynić się do:

- 1) wzmocnienia ochrony pacjentów przed manipulacją i świadomą dezinformacją;
- 2) ograniczenia przypadków rezygnacji z leczenia lub diagnostyki wskutek bezprawnego oddziaływania osób trzecich;
- 3) zwiększenia bezpieczeństwa osób małoletnich, ciężko chorych, chorych onkologicznie, kobiet w ciąży oraz osób o ograniczonej zdolności podejmowania decyzji;
- 4) zwiększenia świadomości prawnej dotyczącej granic dopuszczalnego oferowania praktyk przedstawianych jako zdrowotne;
- 5) ułatwienia organom ścigania prowadzenia postępowań dotyczących manipulowania decyzjami zdrowotnymi;
- 6) zapewnienia Rzecznikowi Praw Pacjenta możliwości aktywnego udziału w sprawach karnych o szczególnej wadze dla ochrony pacjentów.

Projekt może również oddziaływać prewencyjnie na osoby prowadzące działalność polegającą na odpłatnym oferowaniu niesprawdzonych lub niebezpiecznych praktyk.

Przewidywane skutki gospodarcze

Projekt nie zakazuje prowadzenia działalności polegającej na oferowaniu praktyk z zakresu szeroko rozumianego dobrostanu, profilaktyki lub wspomagania zdrowia, jeżeli działalność ta jest prowadzona zgodnie z prawem, a oferujący nie stosuje niedozwolonych sposobów oddziaływania, nie wprowadza odbiorcy w błąd oraz nie nakłania go do zachowania stwarzającego bezpośrednie niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia.

Negatywne skutki gospodarcze mogą dotyczyć podmiotów, których model działalności opiera się na manipulowaniu osobami chorymi albo na wprowadzaniu ich w błąd co do skuteczności lub bezpieczeństwa praktyki. Ograniczenie takiej działalności jest zamierzonym rezultatem projektu.

Projekt może zmniejszyć koszty społeczne i ekonomiczne wynikające z opóźnionej diagnostyki, przerwania leczenia oraz konieczności leczenia powikłań wywołanych stosowaniem niebezpiecznych praktyk. Dokładne oszacowanie tych skutków wymaga jednak danych dotyczących liczby takich przypadków, które obecnie nie są wyodrębniane w statystykach organów ścigania i ochrony zdrowia.

Przewidywane skutki finansowe i organizacyjne

Projekt może spowodować zwiększenie liczby postępowań przygotowawczych i sądowych, a także zwiększenie zapotrzebowania na opinie biegłych z zakresu odpowiednich dziedzin medycyny, farmakologii, psychiatrii lub psychologii – jednak skala tego zwiększenia jest trudna do oszacowania (w związku z tym dla oszacowania skutków finansowych przyjęto, że nie będzie to przyrost istotny).

Dodatkowe zadania Rzecznika Praw Pacjenta będą obejmowały analizę spraw, podejmowanie decyzji o przystąpieniu do postępowania oraz wykonywanie uprawnień pokrzywdzonego. Skala dodatkowych obciążeń będzie zależała od liczby ujawnionych czynów i praktyki stosowania nowych przepisów (w związku z tym dla oszacowania skutków finansowych przyjęto, że nie będzie to istotne obciążenie).

W związku z powyższym realizacja projektowanych przepisów przez sądy powszechne, prokuraturę, organy ścigania oraz Rzecznika Praw Pacjenta zostanie sfinansowana w ramach dotychczasowych środków będących w dyspozycji tych podmiotów i nie będzie stanowić

podstawy do planowania ani ubiegania się o dodatkowe środki z budżetu państwa w roku wejścia w życie ustawy oraz w latach kolejnych, ponieważ nie przewiduje się istotnego zwiększenia liczby spraw, postępowań lub innych czynności związanych ze stosowaniem projektowanych rozwiązań.

Na etapie wdrażania ustawy zasadne będzie:

- 1) opracowanie wytycznych organizacyjnych dla organów ścigania;
- 2) zapewnienie dostępu do biegłych posiadających odpowiednią wiedzę specjalistyczną;
- 3) przeszkolenie pracowników Biura Rzecznika Praw Pacjenta;
- 4) prowadzenie odrębnej ewidencji postępowań dotyczących art. 160a Kodeksu karnego.

Projekt jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.

Projekt ustawy nie wymaga przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji lub uzgodnienia.

Projekt ustawy nie dotyczy praw i obowiązków przedsiębiorców lub ich praw i obowiązków wobec organów administracji publicznej. Zaproponowane w projekcie ustawy rozwiązania nie wpływają na funkcjonowanie mikro-, małych i średnich przedsiębiorców.

Nie ma możliwości podjęcia alternatywnych, w stosunku do projektowanej ustawy, środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.

Projektowane przepisy są zgodne z zasadami proporcjonalności, uzasadnionego i niedyskryminującego charakteru. Przepisy projektu ustawy są uzasadnione nadrzędnymi względami interesu ogólnego i tym samym nie wykraczają poza to, co niezbędne.

Projekt ustawy nie wywiera wpływu na obszar danych osobowych. W związku z tym nie przeprowadzono oceny skutków ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

Projekt ustawy nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597), w związku z tym nie podlega notyfikacji.

Projekt nie zawiera przepisów regulacyjnych lub przepisów określających wymogi dotyczące świadczenia usług transgranicznych w rozumieniu ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (Dz. U. z 2023 r. poz. 334 oraz z 2025 r. poz. 619).

Projekt ustawy nie zawiera wymogów nakładanych na usługodawców podlegających notyfikacji, o której mowa w art. 15 ust. 7 lub art. 39 ust. 5 dyrektywy 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotyczącej usług na rynku wewnętrznym (Dz. Urz. UE L 376 z 27.12.2006, str. 36).