
Od:
Wysłano: wtorek, 4 sierpnia 2026 11:45
Do: sekretariat Centrum Obsługi KPRP; Stanowisko informacyjne CO KPRP
Temat: PETYCJA I APEL do Pana Prezydenta o odmowę podpisania ustawy
określanej jako „lex szarlatan”
Załączniki: Apel do prezydenta Lex Szarlatan pdf..pdf

Dzień dobry,

Szanowni Państwo, w imieniu
uprzejmie proszę o przekazanie pisma w załączniku Panu Prezydentowi Karolowi Nawrockiemu.

Z poważaniem

dyr. biura

Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
Szanowny Pan Dr Karol Nawrocki
Kancelaria Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej
ul. Wiejska 10
00-902 Warszawa

Warszawa, 3.08.2026r.

PETYCJA I APEL

o odmowę podpisania ustawy określanej jako „lex szarlatan” albo o skierowanie jej do Trybunału Konstytucyjnego w trybie kontroli prewencyjnej

Szanowny Panie Prezydencie

Działając w interesie publicznym, na podstawie art. 63 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej oraz ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o petycjach,

zwraca się do Pana Prezydenta o skorzystanie z kompetencji określonych w art. 122 ust. 3 albo ust. 5 Konstytucji RP wobec Ustawy o Zmianie Ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, określanej jako „lex szarlatan”, jeżeli ustawa została albo zostanie przedstawiona Panu Prezydentowi do podpisu.

Stowarzyszenie przekazuje w niniejszym apelu materiały prawne i dokumenty opracowane przez adw. , obrońcę lekarzy związanych z postępowaniami dotyczącymi publicznych wypowiedzi medycznych oraz autora wniosków o udostępnienie informacji publicznej skierowanych do Rzecznika Praw Pacjenta i Ministra Zdrowia. Materiały te obejmują w szczególności pełne pytania dotyczące genezy projektu UD207, odpowiedzi RPP z dnia 28 lipca 2026 r., decyzję odmawiającą ujawnienia części informacji, dokumenty dotyczące Rady Ekspertów RPP oraz analizę problemu „aktualnej wiedzy medycznej”.

Jako wyrażamy swój zdecydowany sprzeciw wobec proponowanych zmian w Ustawie o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta zwanej *Lex Szarlatan*.

skupia lekarzy medycyny akademickiej, naukowców, lekarzy stosujących alternatywne metody terapii oraz, jako członków wspierających, wykształconych i mających wieloletnie doświadczenie, naturoterapeutów. Z pełną odpowiedzialnością wybieramy najskuteczniejsze i bezpieczne metody terapii, łącząc także medycynę klasyczną z tradycyjną dla dobra pacjentów. Medycyna naturalna to wielowiekowe, w niektórych metodach tysiącletnie doświadczenia pokoleń na całym świecie, obejmujące m.in. ziołolecznictwo, homeopatię, akupunkturę, tradycyjną medycynę chińską, ajurwedę. Wg badania CBOS w Polsce 1% społeczeństwa stosuje metody naturalne, 38% - łączy te metody z medycyną klasyczną.

Zawód lekarza zawsze był zawodem wolnym, opartym na hipokratesowej zasadzie *Primum non nocere i Salus aegroti suprema est* i tylko ostatnie lata przyniosły zmianę odbierając nam możliwość wyboru metody leczenia chorych w imię medycyny farmakologicznej, proceduralnej. Apogeum tego zjawiska będzie realizacja założeń w/w Ustawy.

Ustawą *Lex Szarlatan*, która przez społeczeństwo nazywana jest *Lex Big Pharma*, odbierze się wolność wyboru sposobu terapii nie tylko lekarzom i naturoterapeutom, ale także każdemu Polakowi, który wg Konstytucji RP ma do tego prawo.

Ustawa jest tym samym największym zagrożeniem dla wolności obywatelskich w naszej najnowszej historii! Wydaje się więc, że Rzecznik Praw Pacjenta powinien się temu z całą mocą sprzeciwić, tymczasem sam jest inicjatorem tego typu rozwiązań.

Podczas gdy WHO zaleca integrowanie metod komplementarnych z medycyną akademicką, Polska jako jedyny kraj w Europie postępuje odwrotnie. W Niemczech zawód Heilpraktiker'a funkcjonuje od 1939 r.; w Austrii - Tradycyjna Medycyna Chińska, homeopatia i akupunktura są elementem oficjalnego kształcenia lekarskiego; w Szwajcarii metody komplementarne wpisano do konstytucji w referendum 2009 r.; metody naturalne stosowane są we Włoszech czy Wielkiej Brytanii.

Proponowane zmiany w Ustawie o Prawach Pacjenta mają wyeliminować metody nie oparte na EBM - *aktualnej wiedzy medycznej*, lecz jednocześnie nie określając jakie są kryteria dotyczące *aktualnej wiedzy medycznej*. RPP będzie miał pełnię kompetencji by rozstrzygać co jest a co nie jest medycyną, bezpieczną terapią, publicznie piętnować bez jakichkolwiek orzeczeń sądów powszechnych, nakładać kary pieniężne.

Jednocześnie z odpowiedzi RPP na pytania zadane przez mec. w ramach dostępu do informacji publicznej, wynika m.in., że:

- RPP współtworzył ustawę, którą będzie sam egzekwował, w ten sposób negując obowiązujący w Polsce rozdział władzy ustawodawczej i wykonawczej,
- nie powstały żadne dokumenty określające kryteria, metodologię, źródła i procedurę ustalenia co stanowi *aktualną wiedzę medyczną*.

Wg Ministerstwa Zdrowia kryterium *aktualnej wiedzy medycznej* odnosi się do randomizowanych badań z podwójnie ślepą próbą i do wytycznych Towarzystw Naukowych co natychmiast wyklucza metody komplementarne choćby ze względu na koszt takich badań.

- RPP twierdzi, że formalna Rada Expertów przy RPP nie uczestniczyła w pracach nad tą Ustawą. Nie ujawnił jednak nazwisk osób z Biura RPP, które ustawę współtworzyły ani ich indywidualnej roli.

Wg opinii mec. „Rzecznik Praw Pacjenta otrzymuje kompetencje nieznane w żadnym kraju europejskim – władzę nad działalnością, reputacją i publicznym przekazem innych ludzi, choć sam nie stworzył metodologii przyszłej oceny.”

Zdrowie – wartość najcenniejsza dla każdego człowieka nie może być oddana w ręce jednego człowieka – RPP, który sam, nie będąc lekarzem, polecił opracowanie projektu zmian ustawodawczych osobom, o których społeczeństwo, w ramach Ustawy o Dostępie do Informacji Publicznej, nie ma nawet prawa się dowiedzieć o ich kompetencji i braku/istnieniu konfliktu interesów – to także budzi znaczny niepokój i wątpliwości co do bezstronności i rzetelności projektowanych zmian.

I. Wnioskujemy o:

1. odmowę podpisania ustawy i przekazanie jej Sejmowi do ponownego rozpatrzenia na podstawie art. 122 ust. 5 Konstytucji RP;
2. ewentualnie - w razie nieskorzystania z prawa weta - skierowanie ustawy do Trybunału Konstytucyjnego przed jej podpisaniem na podstawie art. 122 ust. 3 Konstytucji RP;
3. objęcie ewentualnym wnioskiem do Trybunału Konstytucyjnego zarówno treści ustawy, jak i prawidłowości procesu legislacyjnego, w szczególności z punktu widzenia art. 2, art. 7, art. 20, art. 22, art. 31 ust. 3, art. 32, art. 42, art. 45, art. 47, art. 51, art. 54, art. 61, art. 64, art. 73, art. 77, art. 78, art. 112, art. 119 ust. 1 i art. 121 Konstytucji RP;
4. zażądanie od Ministra Zdrowia i Rzecznika Praw Pacjenta pełnych akt prac nad projektem, w tym imiennego wykazu rzeczywistych autorów i uczestników prac, dokumentów określają-

cych metodologię ustalania „aktualnej wiedzy medycznej”, analiz proporcjonalności i porównań europejskich oraz dokumentów dotyczących konfliktów interesów;

5. umożliwienie przedstawicielom _____ oraz adw. _____ przedstawienia w Kancelarii Prezydenta argumentów prawnych, materiałów z postępowań dyscyplinarnych lekarzy oraz skutków, jakie ustawa może wywołać dla wolności debaty naukowej;

6. powstrzymanie wejścia w życie regulacji do czasu stworzenia ustawowych, jawnych i niezależnych gwarancji eksperckich, w tym publicznych deklaracji interesów, zasad wyłączania ekspertów, hierarchii źródeł wiedzy i skutecznej kontroli sądowej przed wystąpieniem nieodwracalnych skutków reputacyjnych i gospodarczych.

Uzasadnienie

II. _____ zna skutki administracyjnej i zawodowej ortodoksji medycznej z własnego doświadczenia

Dla członków _____ zagrożenie efektem mrozącym nie jest abstrakcyjną prognozą. Lekarze związani ze _____ byli już obejmowani postępowaniami odpowiedzialności zawodowej z powodu treści publicznych apeli i krytycznych wypowiedzi dotyczących polityki pandemicznej, szczepień przeciw COVID-19, powrotu do normalności oraz szczepień przeciw HPV. Przedmiotem tych spraw nie było leczenie konkretnego pacjenta ani wyrządzenie mu szkody, lecz publiczna debata i ocena danych medycznych.

W sprawie dotyczącej apeli z okresu pandemii lekarzy postawiono przed sądem lekarskim w związku z podpisaniem i rozpowszechnianiem „Listu otwartego polskich lekarzy, naukowców i pracowników służby zdrowia” oraz „Apelu naukowców i lekarzy w sprawie szczepień na koronawirusa SARS-CoV-2 i powrotu do normalności”. Zarzuty oparto na twierdzeniu, że publiczne wypowiedzi były niezgodne z „aktualną wiedzą medyczną” i propagowały postawy antyzdrowotne. Rzecznik Praw Obywatelskich już w 2021 r. podkreślał, że poglądy odbiegające od przeważającego stanowiska nauki, jeżeli znajdują oparcie w rzetelnych badaniach, nie mogą same w sobie prowadzić do odpowiedzialności zawodowej lekarza. [7]

Te postępowania pokazują, że pojęcia „aktualnej wiedzy medycznej”, „dezinformacji” i „postawy antyzdrowotnej” mogą być wykorzystywane nie tylko przeciwko oszustwom, lecz również jako instrument karcenia za poglądy. Nowa ustawa przenosi podobny mechanizm z odpowiedzialności zawodowej lekarzy na znacznie szerszy obszar aktywności obywateli, organizacji społecznych i przedsiębiorców, dodatkowo wyposażając organ administracji w ostrzeżenia publiczne, rejestr, decyzje natychmiast wykonalne i środki sankcyjne.

III. Anthony Fauci - od utożsamienia siebie z nauką do odmowy odpowiedzi przed komisją Senatu

W dniu 28 listopada 2021 r., w programie CBS „Face the Nation”, dr Anthony Fauci odpowiedział na krytykę swojej działalności słowami: [10]

„They're really criticizing science because I represent science.”

Wypowiedź ta w praktyce utożsamiała krytykę urzędnika i jego decyzji z krytyką samej nauki. Jest to dokładnie ta pokusa, przed którą powinno chronić prawo: żadna osoba, urząd, rada ekspertów ani większość instytucjonalna nie jest „nauką”. Nauka jest metodą dochodzenia do wiedzy - przez jawność danych, krytykę, replikację, falsyfikację i możliwość korekty wcześniejszych twierdzeń.

Dnia 29 lipca 2026 r. Anthony Fauci został przesłuchany pod przymusem wezwania przed Komisją Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Spraw Rządowych Senatu Stanów Zjednoczonych. Według relacji Associated Press, podczas przesłuchania powołał się na Piątą Poprawkę ponad sto razy i odmówił odpowiedzi na pytania dotyczące m.in. postępowania władz podczas pandemii, pochodzenia wirusa, finansowania badań i wcześniejszych wypowiedzi składanych Kongresowi. Skorzystanie z konstytucyjnego prawa do odmowy odpowiedzi nie jest dowodem winy i nie wolno go tak przedstawiać. Zestawienie obu wydarzeń ma jednak fundamentalną wymowę ustrojową: człowiek, który

w 2021 r. przedstawiał krytykę siebie jako atak na naukę, w 2026 r. sam odmówił poddania swoich działań merytorycznej kontroli parlamentarnej w ponad stu przypadkach. [11][12]

Wniosek dla Polski jest prosty. Nauka nie może być personifikowana, immunizowana od pytań ani powierzona jednemu organowi jako administracyjna prawda urzędowa. Każdy ekspert i każdy organ publiczny musi podlegać pytaniom, kontroli, ujawnieniu źródeł, konfliktów interesów i możliwości zakwestionowania jego oceny. Ustawa „lex szarlatan” zmierza w przeciwnym kierunku: tworzy urząd, który będzie kwalifikował prawdziwość przekazu, dobierał ekspertów, prowadził postępowanie, publicznie ostrzegał i stosował dolegliwe środki.

IV. RPP przyznał, że współtworzył ustawę, którą następnie ma sam stosować

W odpowiedzi z dnia 28 lipca 2026 r. RPP wskazał wprost, że projekt UD207 jest „inicjatywą własną Ministra Zdrowia i Rzecznika Praw Pacjenta”. Przyznał również, że w pracach uczestniczyło „wiele osób zatrudnionych w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta, z różnych komórek organizacyjnych”. Nie ujawniono jednak imion i nazwisk tych osób ani indywidualnego zakresu ich udziału. [1]

Powstaje zatem konstrukcja ustrojowo niebezpieczna: organ współtworzy dla siebie nowe kompetencje, a następnie ma sam prowadzić postępowania, wybierać lub zlecać opinie, kwalifikować praktyki i przekazy, publikować ostrzeżenia, wydawać decyzje tymczasowe oraz stosować sankcje. Ustawa nie została zaprojektowana dla jednej konkretnej osoby. Zostanie w systemie na lata i będzie stosowana także przez każdego kolejnego Rzecznika.

Obecny Rzecznik Praw Pacjenta jest z zawodu radcą prawnym. Nie jest to zarzut osobisty. Pokazuje jednak, że RPP jest urzędem prawno-administracyjnym, a nie niezależną akademią nauk, instytutem badawczym ani sądem złożonym z ekspertów wielu dziedzin. Tym bardziej nie wolno opierać jego dolegliwych kompetencji na domniemaniu, że urząd samodzielnie i bez jawnej metodologii rozstrzygnie, gdzie przebiega granica „prawdy medycznej”.

V. RPP przyznał brak metodologii ustalania „aktualnej wiedzy medycznej”

Na pytanie o dokumenty określające kryteria, metodykę, źródła i procedurę, według których RPP ma ustalać zgodność wypowiedzi, reklamy, metody lub praktyki z „aktualną wiedzą medyczną”, organ odpowiedział: [1]

„Nie zostały wytworzone takie dokumenty. Nie posiadamy tej informacji.”

Jest to najważniejsze przyznanie w całej sprawie. Ustawodawca stworzył etykiety „praktyki pseudomedycznej” i „dezinformacji medycznej”, ale nie stworzył jawnej miary, według której urząd ma je przyklejać. Nie określono:

- hierarchii źródeł naukowych i klinicznych;
- znaczenia wytycznych towarzystw naukowych, stanowisk konsultantów, badań obserwacyjnych, metaanaliz i danych porejestacyjnych;
- zasad postępowania w razie sprzecznych rekomendacji albo zmiany rekomendacji;
- sposobu odróżnienia informacji fałszywej od oceny, hipotezy, apelu o ostrożność albo poglądu mniejszościowego;
- reguł wyboru ekspertów, jawności ich deklaracji interesów i wyłączenia w razie konfliktu;
- standardu dowodowego pozwalającego uznać, że wypowiedź zagraża zdrowiu lub życiu;
- skutecznej procedury naprawienia szkody po błędnym publicznym ostrzeżeniu lub wpisie do rejestru.

Im bardziej dynamiczne i nieostre jest kryterium, tym silniejsze powinny być zabezpieczenia. Tutaj ustawodawca zrobił odwrotnie: pozostawił kryterium otwarte, a jednocześnie przyznał bardzo ostre narzędzia ingerencji.

VI. Brak przejrzystego systemu konfliktów interesów

RPP wskazał, że formalna Rada Ekspertów przy RPP nie uczestniczyła w pracach legislacyjnych nad UD207. Nie rozwiązuje to jednak problemu, lecz kieruje pytanie do rzeczywistych uczestników prac.

RPP przyznał, że projekt przygotowywało wiele osób z Biura RPP, ale nie ujawnił ich imion ani ról. W odniesieniu do innych osób uczestniczących w pracach odpowiedział, że brak było „podstaw prawnych lub faktycznych do zbierania tego rodzaju oświadczeń” o konfliktach interesów. Jednocześnie wewnętrzne zarządzenie RPP dotyczące Rady Ekspertów samo uznaje konflikt interesów za okoliczność wymagającą ujawnienia i wyłączenia przy konkretnym zadaniu.

RPP nie prowadzi również zbiorczych rejestrów własnych spotkań, korzyści, zaproszeń, patronatów, delegacji, rad programowych i konfliktów interesów. Decyzją administracyjną odmówił zaś udostępnienia informacji pozwalających ustalić, czy Rzecznik, Biuro RPP, pracownicy, współpracownicy, eksperci lub doradcy otrzymywali od podmiotów sektora farmaceutycznego i okołomedycznego honoraria, finansowanie podróży lub noclegów, świadczenia niepieniężne, sponsoring, usługi albo inne korzyści. [1][2]

Odmowa nie dowodzi, że świadczenia występowały. Uniemożliwia jednak ich społeczną weryfikację i jednoznaczne wykluczenie. Organ, który ma kontrolować i publicznie piętnować innych, nie stworzył transparentnego systemu kontroli własnych relacji. Państwo chce zatem stworzyć system kontroli obywatela, zanim stworzyło system kontroli kontrolera.

VII. „Aktualna wiedza medyczna” nie jest jednym komunikatem urzędowym

Współczesna medycyna rozwija się w tempie, które wyklucza traktowanie „aktualnej wiedzy medycznej” jako zamkniętego katalogu. Literatura wskazuje na setki tysięcy badań klinicznych i tysiące nowych publikacji tygodniowo. Dlatego praktyka odwołuje się do EBM, systematycznych przeglądów, wytycznych, doświadczenia klinicznego i indywidualnej sytuacji pacjenta. Każdy z tych elementów wymaga oceny jakości i może pozostawać w sporze z innym.

Wytyczne towarzystw naukowych odgrywają ważną rolę, lecz nie są źródłem prawa i nie mogą być automatycznie utożsamiane z jedyną dopuszczalną prawdą. Ich autorzy oraz instytucje mogą pozostawać w relacjach finansowych z producentami farmaceutycznymi lub wyrobów medycznych. Nie oznacza to z góry nierzetelności wytycznych, ale wymaga jawności przepływów finansowych, deklaracji interesów, pluralistycznego składu gremiów oraz możliwości przedstawienia opinii przeciwnej.

Senat odrzucił poprawkę, która próbowała opisać aktualną wiedzę medyczną jako dynamiczną, weryfikowalną i otwartą na krytykę oraz wymagała ochrony procesu jej ustalania przed nieuprawnionymi wpływami politycznymi, ideologicznymi i ekonomicznymi, w szczególności konfliktami interesów. Odrzucenie tego bezpiecznika, przy pozostawieniu represyjnych kompetencji organu, pogłębia ryzyko arbitralności.

VIII. Naruszenie wolności wypowiedzi, nauki i debaty publicznej

Ustawa obejmuje publiczne rozpowszechnianie i promowanie informacji dotyczących metod diagnostycznych i leczniczych. Oznacza to możliwość objęcia oceną organu wypowiedzi lekarzy, naukowców, organizacji społecznych, dziennikarzy, przedsiębiorców i użytkowników mediów społecznościowych. Formalne dodatkowe przesłanki - m.in. korzyść majątkowa lub osobista, wprowadzenie w błąd i zagrożenie zdrowia - nie usuwają efektu mrozącego, ponieważ ich pierwszej interpretacji dokona sam RPP.

Największą sankcją może okazać się nie kara pieniężna, lecz samo wszczęcie postępowania, publiczne ostrzeżenie, wpis do rejestru albo utrata reputacji. Osoby posiadające rzetelne, lecz mniejszościowe stanowisko mogą zamilknąć nie dlatego, że nie mają argumentów, lecz dlatego, że nie będzie ich stać na wieloletni spór z państwem.

Taki mechanizm zagraża art. 54 Konstytucji RP oraz art. 10 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka. W przypadku lekarzy i naukowców dodatkowo ingeruje w wolność badań naukowych i ogłaszania ich wyników chronioną przez art. 73 Konstytucji RP.

IX. Koncentracja funkcji w jednym organie

RPP ma jednocześnie:

- wybierać albo zlecać ekspertów i opinie;
- prowadzić postępowanie i gromadzić materiał;
- dokonywać pierwszej kwalifikacji prawdziwości przekazu oraz zgodności z aktualną wiedzą medyczną;
- wydawać publiczne ostrzeżenia jeszcze przed zakończeniem sprawy;
- wydawać decyzje tymczasowe z natychmiastowym skutkiem;
- prowadzić jawny rejestr podmiotów uznanych za prowadzące dezinformację;
- inicjować przekierowanie domen internetowych;
- nakazywać zaniechanie praktyk i publikację decyzji;
- nakładać administracyjne kary pieniężne w przewidzianym ustawą zakresie.

Problemem nie jest jedna kompetencja, lecz ich kumulacja. Organ staje się ekspertem, prowadzącym postępowanie, oskarżycielem, autorem publicznego komunikatu i organem sankcyjnym. Taki model wymaga szczególnie silnej niezależności, jawności i kontroli, których ustawa nie zapewnia.

X. Istnieją już instrumenty ścigania rzeczywistych nadużyć

Państwo już dziś 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.

Projektodawca powinien wykazać konkretną lukę prawną, a nie jedynie lukę w egzekwowaniu prawa. Nie wykazano, dlaczego środki precyzyjnie skierowane przeciwko konkretnemu oszustwu byłyby niewystarczające i dlaczego konieczne jest stworzenie jednego organu łączącego ostrzeżenie, rejestr, blokadę domen, decyzję tymczasową oraz sankcję.

XI. Brak wykazanego europejskiego odpowiednika

Ani Minister Zdrowia, ani RPP nie wskazali w odpowiedzi na skierowane pytania państwa europejskiego, w którym odpowiednik rzecznika praw pacjenta łączyłby porównywalny pakiet kompetencji: ocenę przekazów przez pryzmat aktualnej wiedzy medycznej, publiczne ostrzeżenia, decyzje tymczasowe, jawny rejestr, przekierowanie domen oraz środki sankcyjne.

Państwa europejskie regulują reklamę produktów leczniczych, fałszywe twierdzenia zdrowotne, ochronę konsumentów, wykonywanie zawodów i działalność bez uprawnień. Nie przedstawiono jednak analogicznego modelu administracyjnego rzecznika jako kompleksowego arbitra przekazu i rynku zdrowotnego. Jeżeli model taki istnieje, jego wskazanie powinno poprzedzać uchwalenie ustawy, a nie następować po jej wejściu w życie.

XII. Wady procesu legislacyjnego

Kontrola konstytucyjności ustawy obejmuje nie tylko jej treść, lecz także tryb uchwalenia. W orzecnictwie Trybunału Konstytucyjnego przyjmuje się, że istotne naruszenia procedury ustawodawczej mogą prowadzić do stwierdzenia niezgodności całej ustawy z Konstytucją. W niniejszej sprawie problem nie polega wyłącznie na tempie prac, lecz na procedowaniu ustawy mimo braku podstawowych informacji koniecznych do świadomej oceny jej skutków.

Wnioski o informację publiczną do RPP i Ministra Zdrowia dotyczyły autorstwa projektu, rzeczywistej roli RPP, danych o skali zjawiska, analiz konstytucyjnych, porównań europejskich, meto-

dologii aktualnej wiedzy medycznej oraz konfliktów interesów. Odpowiedzi merytoryczne nie zostały przedstawione przed zasadniczymi głosowaniami. RPP dopiero 28 lipca 2026 r. przyznał brak dokumentów metodologicznych i brak deklaracji interesów rzeczywistych uczestników prac. Ministerstwo Zdrowia wskazywało natomiast na potrzebę analizy całego zasobu dokumentów i brak „gotowej informacji”.

Parlament głosował więc nad przyznaniem urzędowi nowej władzy, zanim opinia publiczna i parlamentarzyści otrzymali odpowiedzi: kto konkretnie ją projektował, według jakiej miary będzie stosowana i czy osoby tworzące jej podstawy były wolne od konfliktów interesów. Taki deficyt jawności ma znaczenie konstytucyjne z punktu widzenia art. 2, art. 7, art. 61, art. 112, art. 119 ust. 1 i art. 121 Konstytucji RP.

XIII. Główne zarzuty konstytucyjne

- art. 2 Konstytucji RP - naruszenie zasady określoności prawa, zaufania obywatela do państwa i zakazu nadmiernej uznaniowości;
- art. 7 - pozostawienie organowi administracji nadmiernej swobody w określaniu granic własnej kompetencji;
- art. 20 i art. 22 - nieproporcjonalne ryzyko ograniczenia wolności działalności gospodarczej;
- art. 31 ust. 3 - brak wykazania konieczności, proporcjonalności i najmniejszej dolegliwości przyjętych środków;
- art. 32 - ryzyko nierównego traktowania podmiotów w zależności od uznaniowej oceny organu i doboru źródeł;
- art. 42 - represyjny charakter części sankcji przy nieostrych przesłankach;
- art. 45, art. 77 i art. 78 - możliwość powstania nieodwracalnej szkody przed skuteczną kontrolą sądową;
- art. 47 i art. 51 - ingerencja w dobre imię, reputację oraz publiczne przetwarzanie danych w rejestrze;
- art. 54 - efekt mrozący wobec wypowiedzi, informacji i krytyki polityki zdrowotnej;
- art. 61 - deficyt jawności procesu tworzenia ustawy i zaplecza eksperckiego;
- art. 64 - ryzyko ingerencji w prawa majątkowe, przedsiębiorstwo i domenę internetową;
- art. 73 - zagrożenie dla wolności badań naukowych, publikowania wyników i debaty naukowej.

Ochrona zdrowia z art. 68 Konstytucji RP oraz ochrona konsumentów z art. 76 są ważnymi celami publicznymi, lecz nie znoszą pozostałych gwarancji konstytucyjnych. Państwo ma obowiązek chronić pacjenta przed oszustem, ale ma również obowiązek chronić obywatela przed arbitralnością własnych organów.

XIV. Wniosek końcowy

nie domaga się prawa do oszustwa ani bezkarnego narażania pacjentów. Domaga się prawa, które precyzyjnie ściga konkretny fałsz, konkretną korzyść i konkretne zagrożenie, a jednocześnie chroni debatę naukową, swobodę wypowiedzi i prawo do obrony.

Ustawa w obecnym kształcie tworzy administracyjny mechanizm prawdy urzędowej. Organ, który współtworzył regulację, ma następnie sam ją stosować; nie opracował metodologii głównego kryterium; nie ujawnił personalnego składu rzeczywistych autorów; nie zbierał od nich deklaracji konfliktów interesów; nie prowadzi rejestru własnych relacji i odmówił ujawnienia informacji umożliwiających ich społeczną kontrolę.

Doświadczenia lekarzy pokazują, że represja za poglądy medyczne nie jest scenariuszem hipotetycznym. Przykład Anthony’ego Fauciego pokazuje zaś, dlaczego żadnego człowieka ani urzędu nie wolno utożsamiać z nauką. Kto chce być publicznym autorytetem naukowym i

współkształtować decyzje władzy, musi być gotów odpowiadać na pytania, ujawniać podstawy swoich twierdzeń i podlegać kontroli.

Swój sprzeciw wobec Ustawy wyrażają liczne grupy społeczne, również naukowcy, prawnicy, dziesiątki tysięcy świadomych osób jest oburzonych i przerażonych autorytaryzmem, bezkarnością i rzeczywistością orwellowską, która zaciska pętlę.

Właśnie minęła 82-rocznica wybuchu Powstania Warszawskiego. Czy to nie czas na kolejne POWSTANIE z kolan NARODU POLSKIEGO?

Apelujemy do Pana, Panie Prezydencie o odmowę podpisania ustawy, a co najmniej o skierowanie jej do Trybunału Konstytucyjnego w trybie kontroli prewencyjnej.

Z wyrazami szacunku

W imieniu członków

Załączniki

- wniosek adw. do Rzecznika Praw Pacjenta z dnia 14 maja 2026 r.;
- odpowiedź Rzecznika Praw Pacjenta z dnia 28 lipca 2026 r.;
- tabela pytań i odpowiedzi RPP stanowiąca załącznik do pisma z dnia 28 lipca 2026 r.;
- decyzja RPP z dnia 28 lipca 2026 r. o odmowie udostępnienia części informacji publicznej;
- zarządzenie nr 10/2021 RPP dotyczące Rady Ekspertów przy RPP;
- zarządzenie nr 12/2018 RPP dotyczące zlecania opinii i ekspertyz;
- wniosek adw. do Ministra Zdrowia z dnia 28 maja 2026 r.;
- pismo Ministra Zdrowia dotyczące terminu i charakteru żądanych informacji;
- uchwała Senatu i zestawienie poprawek dotyczących ustawy;
- nota dokumentacyjna dotycząca postępowań odpowiedzialności zawodowej wobec lekarzy za apele i publiczne wypowiedzi medyczne;
- nota źródłowa dotycząca wypowiedzi Anthony'ego Fauciego z 28 listopada 2021 r. i przesłuchania przed Senatem USA z 29 lipca 2026 r.

Załącznik A. Najważniejsze odpowiedzi RPP i ich znaczenie

Pytanie / obszar	Odpowiedź RPP	Znaczenie
Autorstwo i udział RPP	Projekt UD207 jest „inicjatywą własną Ministra Zdrowia i Rzecznika Praw Pacjenta”; nad projektem pracowało „wiele osób” z Biura RPP.	RPP współtworzył kompetencje, które następnie ma stosować. Nie ujawniono pełnego składu autorów ani indywidualnej roli.
Metodologia „aktualnej wiedzy medycznej”	„Nie zostały wytworzone takie dokumenty. Nie posiadamy tej informacji.”	Brak jawnej miary stosowania centralnego kryterium ustawy.
Konflikty interesów	W odniesieniu do innych uczestników prac RPP wskazał brak „podstaw prawnych lub faktycznych” do zbierania takich oświadczeń.	Brak systemowego mechanizmu pozwalającego wykluczyć rzeczywisty, potencjalny lub postrzegany konflikt interesów.
Rejestry własnych relacji	RPP nie posiada zbiorczych rejestrów spotkań, korzyści, zaproszeń, patronatów, delegacji, rad programowych i konfliktów interesów.	Organ ma kontrolować innych bez porównywalnego systemu przejrzystości własnych relacji.
Świadczenia od branży	RPP odmówił udostępnienia informacji dotyczących wynagrodzeń, honorariów, podróży, noclegów, sponsoringu i innych świadczeń.	Odmowa nie dowodzi istnienia korzyści, lecz uniemożliwia ich społeczną weryfikację i wykluczenie.

Załącznik B. Nota o postępowaniach wobec lekarzy

1. Postępowania związane z apelami pandemicznymi. Organy odpowiedzialności zawodowej lekarzy prowadziły postępowania wobec sygnatariuszy listów i apeli dotyczących COVID-19, szczepień i powrotu do normalności. Przedmiotem oceny były publiczne twierdzenia i podpisanie apeli, kwalifikowane jako możliwie niezgodne z aktualną wiedzą medyczną lub propagujące postawy antyzdrowotne. RPO wskazywał na potrzebę precyzyjnych zarzutów, poszanowania prawa do obrony i ochrony mniejszościowych poglądów opartych na rzetelnych badaniach.

2. Sprawa dotycząca HPV. Wniosek o ukaranie objął

Zarzut dotyczył publikacji „nie rekomenduje szczepionek przeciwko HPV dla dziewcząt i chłopców” oraz przypisania członkiniom Zarządu odpowiedzialności za utrzymywanie treści na stronie. Wniosek nie wskazywał indywidualnego autorstwa, redakcji ani technicznej publikacji poszczególnych wypowiedzi przez każdą z obwinionych.

3. Znaczenie dla „lex szarlatan”. Sprawy te pokazują, że nieostre pojęcia „aktualnej wiedzy medycznej”, „dezinformacji” i „postaw antyzdrowotnych” mogą być stosowane wobec krytycznej debaty, a nie wyłącznie wobec oszustw wyrządzających konkretną szkodę. Nowa ustawa rozszerza podobny mechanizm poza samorząd zawodowy i wzmacnia go środkami administracyjnymi o skutkach reputacyjnych i gospodarczych.

Załącznik C. Nota źródłowa dotycząca Anthony'ego Fauciego

1. Wypowiedź z 28 listopada 2021 r. W programie CBS „Face the Nation” Anthony Fauci powiedział: „They're really criticizing science because I represent science”. Źródło: oficjalna transkrypcja CBS News, „Transcript: Dr. Anthony Fauci on Face the Nation, November 28, 2021”.

2. Przesłuchanie z 29 lipca 2026 r. Fauci został przesłuchany przed U.S. Senate Committee on Homeland Security and Governmental Affairs na posiedzeniu zatytułowanym „Testimony of Anthony Fauci”. Według Associated Press powołał się na Piątą Poprawkę ponad sto razy i odmówił odpowiedzi na pytania. Źródła: oficjalna strona komisji Senatu USA oraz Associated Press, „Fauci repeatedly invokes the Fifth Amendment in a contentious Senate committee hearing”, 29 lipca 2026 r.

3. Zastrzeżenie prawne. Skorzystanie z Piątej Poprawki jest konstytucyjnym prawem i nie do-
wodzi winy. Przykład ten ma znaczenie ustrojowe: nawet najsilniejszy publiczny autorytet nie może utożsamiać własnej osoby z nauką ani pozostawać poza parlamentarną kontrolą. Nauka wymaga prawa do pytań, weryfikacji i zmiany stanowiska.

Załącznik D. Wybrane źródła publiczne

[1] Rzecznik Praw Pacjenta, pismo z dnia 28 lipca 2026 r. wraz z pełnym zestawieniem pytań i odpowiedzi dotyczącym projektu UD207.

[2] Rzecznik Praw Pacjenta, decyzja nr _____ z dnia 28 lipca 2026 r. o odmowie udostępnienia części informacji publicznej.

[3] Wniosek adw. _____ do Rzecznika Praw Pacjenta z dnia 14 maja 2026 r. o udostępnienie informacji publicznej.

[4] Zarządzenie nr 10/2021 Rzecznika Praw Pacjenta z dnia 30 sierpnia 2021 r. dotyczące Rady Ekspertów przy RPP.

[5] Zarządzenie nr 12/2018 Rzecznika Praw Pacjenta z dnia 17 kwietnia 2018 r. dotyczące zlecania opinii i ekspertyz.

[6] Wniosek adw. _____ do Ministra Zdrowia z dnia 28 maja 2026 r. oraz pismo Ministerstwa Zdrowia z dnia 11 czerwca 2026 r.

[7] Materiały sprawy _____ dotyczącej odpowiedzialności zawodowej lekarzy za podpisanie apeli z okresu pandemii COVID-19.

[9] Rzecznik Praw Obywatelskich, „Zakres odpowiedzialności zawodowej lekarzy za propagowanie postaw antyzdrowotnych”, 6 maja 2021 r., oraz dalsza korespondencja w sprawie postępowań wobec lekarzy.

[10] CBS News, „Transcript: Dr. Anthony Fauci on Face the Nation, November 28, 2021”.

[11] U.S. Senate Committee on Homeland Security and Governmental Affairs, „Testimony of Anthony Fauci”, 29 lipca 2026 r.

[12] Associated Press, „Fauci repeatedly invokes the Fifth Amendment in a contentious Senate committee hearing”, 29 lipca 2026 r.

Załącznik E. Szczegółowa analiza mechanizmu ustawowego i zakresu nowych kompetencji RPP

Ustawa nie przyznaje Rzecznikowi Praw Pacjenta jednej dodatkowej kompetencji. Tworzy cały system środków dochodzeniowych, orzecznich, publikacyjnych i sankcyjnych, których łączne działanie może oddziaływać na wypowiedź, reputację, działalność gospodarczą oraz dostęp do odbiorców. Ocena konstytucyjna nie może więc ograniczać się do analizy każdego instrumentu w izolacji. Konieczne jest zbadanie ich kumulacji oraz kolejności stosowania.

E.1. Publiczne ostrzeżenie przed zakończeniem postępowania

Projektowany art. 64a pozwala RPP podać do publicznej wiadomości informacje zgromadzone w toku postępowania oraz prawdopodobne skutki zarzucanej praktyki już na etapie uzasadnionego podejrzenia. Środek ten może zostać odpowiednio zastosowany także w sprawach praktyk pseudomedycznych. Formalna możliwość wniesienia skargi do sądu administracyjnego nie usuwa problemu, ponieważ szkoda reputacyjna może powstać w chwili publikacji. Odbiorca komunikatu urzędowego rzadko odróżnia podejrzenie od ostatecznego ustalenia odpowiedzialności. Dla małego przedsiębiorcy, lekarza, terapeuty albo organizacji społecznej samo urzędowe ostrzeżenie może oznaczać utratę zaufania, kontrahentów i źródła utrzymania.

Ustawa nie przewiduje równoważnego, automatycznego mechanizmu sprostowania o porównywalnym zasięgu w razie uchylenia postanowienia lub późniejszego stwierdzenia, że praktyka nie narusza prawa. Nie określa też minimalnego standardu dowodowego właściwego dla środka o skutku zbliżonym do publicznego oskarżenia. Z punktu widzenia art. 2, art. 45, art. 47, art. 54 i art. 77 Konstytucji problemem jest zatem nie samo ostrzeganie przed realnym zagrożeniem, lecz brak proporcjonalnych gwarancji poprzedzających publikację i brak efektywnej restytucji po błędnym ostrzeżeniu. [13]

E.2. Decyzja tymczasowa i rygor natychmiastowej wykonalności

RPP może przed zakończeniem postępowania zobowiązać stronę do zaprzestania określonych działań lub zaniechań. Decyzja tymczasowa może obowiązywać do miesiąca i otrzymuje rygor natychmiastowej wykonalności. W sprawie praktyki pseudomedycznej również decyzja końcowa nakazująca zaniechanie i usunięcie skutków ma być natychmiast wykonalna. Oznacza to, że praktyczne skutki zakazu mogą wyprzedzić pełną kontrolę materiału dowodowego oraz prawomocne orzeczenie sądu.

W obszarach bezpośredniego zagrożenia życia szybki środek zabezpieczający może być uzasadniony. Ustawodawca powinien jednak rozważyć rozwiązanie mniej ingerujące: zatwierdzenie środka przez niezależny sąd w bardzo krótkim terminie, obowiązek wykazania wysokiego prawdopodobieństwa bezpośredniej szkody, wysłuchanie strony, ujawnienie opinii eksperta i automatyczne wygaśnięcie środka w braku szybkiego rozpoznania. Obecna konstrukcja opiera się przede wszystkim na ocenie tego samego organu, który prowadzi sprawę i później wydaje rozstrzygnięcie. [13]

E.3. Definicja praktyki pseudomedycznej

Definicja praktyki pseudomedycznej nie obejmuje literalnie każdej terapii komplementarnej. Wymaga celu osiągnięcia korzyści majątkowej lub osobistej i obejmuje trzy kategorie: niebezpieczne udzielanie świadczeń przez osobę niewykonującą zawodu medycznego, wprowadzające w błąd oferowanie lub stosowanie metod niebędących świadczeniami zdrowotnymi w odniesieniu do szczególnie wrażliwych grup i chorób oraz prowadzenie działalności leczniczej bez wymaganego wpisu. Jest to ważne zawężenie i należy je uczciwie odnotować.

Nie usuwa ono jednak wszystkich wątpliwości. Pojęcia korzyści osobistej, ryzyka uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, wprowadzania w błąd oraz właściwości świadczenia zdrowotnego pozostają podatne na szeroką interpretację. Szczególnie korzyść osobista może być rozumiana nie tylko jako bezpośrednie świadczenie majątkowe, ale również jako budowanie rozpoznawalności, pozycji lub zasięgu. Przy dotkliwych skutkach prawnych zakres tych pojęć powinien być przewidywalny dla adresata przed podjęciem działania, a nie dopiero rekonstruowany z praktyki

decyzyjnej urzędu.

E.4. Definicja dezinformacji medycznej i media społecznościowe

Dezinformacją medyczną mają być działania podejmowane w celu osiągnięcia korzyści majątkowej lub osobistej, wprowadzające w błąd i polegające na publicznym rozpowszechnianiu albo promowaniu nieprawdziwych informacji o określonych metodach. Definicja zawiera więc kilka przesłanek, które powinny być spełnione łącznie. Nie każdy krytyczny post, opis doświadczenia pacjenta, pytanie lub pogląd odmienny od większościowego powinien być kwalifikowany jako dezinformacja.

Ustawa nie wymienia jednak Facebooka, X, YouTube, TikToka ani innych platform, ponieważ posługuje się pojęciem technicznie neutralnym. Publiczny post, film, podcast, transmisja albo reklama mogą stanowić publiczne rozpowszechnianie lub promowanie informacji. To powoduje, że regulacja obejmuje obszar debaty publicznej. Pierwszej oceny nieprawdziwości, celu korzyści, wprowadzenia w błąd, zagrożenia zdrowia i zgodności z aktualną wiedzą medyczną dokona RPP. Brak metodologii tego procesu zwiększa ryzyko efektu mrożącego także wtedy, gdy ostatecznie do wpisu do rejestru nie dojdzie.

E.5. Jawny rejestr i ingerencja w domenę

RPP ma prowadzić jawny rejestr zawierający nazwę albo imię i nazwisko podmiotu, uzasadnienie wpisu, nazwę domeny oraz datę wpisu lub wykreślenia. Publiczny rejestr nie jest neutralną bazą danych. Ma charakter stygmatyzujący i może być odbierany jako urzędowe stwierdzenie nierzetelności. Ustawa przewiduje sprzeciw i decyzję, lecz w pewnych sytuacjach dopuszcza wpis bez uprzedniego zawiadomienia, gdy adresu podmiotu nie uda się ustalić.

Dodatkowo przedsiębiorca telekomunikacyjny ma na wniosek RPP przekierować połączenia z domeny na stronę urzędu z ostrzeżeniem. Mechanizm ten nie dotyczy wprost pojedynczego profilu na cudzej platformie społecznościowej, lecz może odciąć dostęp do własnej strony internetowej. W praktyce przypomina środek blokujący, chociaż nie wymaga uprzedniego zezwolenia sądu. Z punktu widzenia art. 54, art. 64 i art. 77 Konstytucji wymaga szczególnie ścisłej kontroli konieczności, czasu trwania, zakresu oraz możliwości szybkiego uchylecia.

E.6. Kary pieniężne - zakres i konieczne rozróżnienie

Kara do 1 000 000 zł nie jest formalnie przypisana do samego wpisu za dezinformację medyczną. Art. 68 odnosi ją do praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów oraz praktyk pseudomedycznych. W reżimie dezinformacji zasadniczymi środkami są rejestr, publikacja uzasadnienia i przekierowanie domeny. Ten sam zespół zachowań może jednak równocześnie wypełnić przesłanki obu reżimów, przykładowo gdy publiczny przekaz służy odpłatnemu oferowaniu metody uznanej za praktykę pseudomedyczną.

Ustawa przewiduje również kary do 100 000 zł za nieprzekazanie dokumentów lub informacji, kary do 20 000 zł w określonych przypadkach niewykonania żądania oraz osobistą karę do dwudziestokrotności przeciętnego wynagrodzenia dla kierownika albo członka organu zarządzającego. Represyjny ciężar systemu powinien więc być oceniany łącznie. Im dotkliwsza sankcja, tym wyższy konstytucyjny wymóg określoności przesłanek, niezależności organu, dostępu do materiału dowodowego i efektywnej kontroli sądowej. [13]

E.7. Koncentracja ról

Najważniejszy problem ustrojowy nie wynika z pojedynczej kompetencji, lecz z ich koncentracji. RPP ma dobierać albo zlecać opinie, gromadzić materiał, dokonywać kwalifikacji, wydawać ostrzeżenia, rozstrzygać administracyjnie, prowadzić rejestr, inicjować przekierowanie domeny, nakazywać publikację i nakładać sankcje. Kontrola sądowa następuje po działaniu organu, a nie zawsze przed wystąpieniem skutków. W odniesieniu do zmiennego i spornego standardu naukowego taka koncentracja zwiększa ryzyko błędu poznawczego, selektywnego doboru źródeł oraz instytucjonalnego potwierdzania własnego stanowiska.

Załącznik F. Szczegółowa analiza konstytucyjna

F.1. Art. 2 Konstytucji RP - określoność prawa, zaufanie do państwa i zakaz nadmiernej uznaniowości

Zasada demokratycznego państwa prawnego wymaga, aby przepisy ingerujące w prawa jednostki były dostatecznie jasne i przewidywalne. Adresat powinien móc rozpoznać, jakie zachowanie jest zakazane oraz jakie skutki prawne może wywołać. Używanie klauzul otwartych nie jest samo w sobie niekonstytucyjne, zwłaszcza w dynamicznej dziedzinie medycyny. Problem powstaje, gdy klauzula staje się osią systemu publicznych ostrzeżeń, rejestrów, blokowania domen i sankcji, a ustawodawca nie ustanawia metodologii jej konkretyzacji. Odpowiedź RPP, że dokumenty takie nie zostały wytworzone, potwierdza, iż zakres przyszłej ingerencji będzie w znacznym stopniu kształtowany przez praktykę urzędu. W świetle art. 2 rodzi to ryzyko, że organ zastąpi ustawodawcę w wyznaczaniu granic zakazu.

F.2. Art. 7 Konstytucji RP - legalizm i granice kompetencji

Organ władzy publicznej może działać tylko na podstawie i w granicach prawa. Podstawa kompetencyjna nie może być rekonstruowana wyłącznie z celu ustawy ani z praktyki. Jeżeli RPP ma oceniać prawdziwość przekazu oraz zgodność z aktualną wiedzą medyczną, ustawa powinna wskazywać co najmniej ramy źródeł, tryb doboru ekspertów, reguły wyłączenia, standard dowodowy i sposób postępowania w razie rzeczywistego sporu naukowego. W przeciwnym razie ustawowe upoważnienie staje się zbyt pojemne, a granice ingerencji zależą od wewnętrznych decyzji organu.

F.3. Art. 31 ust. 3 Konstytucji RP - proporcjonalność

Ochrona zdrowia jest celem legitymowanym konstytucyjnie. Nie zwalnia to ustawodawcy z testu przydatności, konieczności i proporcjonalności sensu stricto. Należy wykazać, że nowe środki realnie odpowiadają na zidentyfikowaną lukę, że nie istnieją instrumenty równie skuteczne i mniej dolegliwe oraz że korzyści przewyższają koszty dla wolności. Materiały procesu legislacyjnego nie przedstawiają pełnego porównania skuteczności istniejących środków karnych, konsumenckich, cywilnych i zawodowych z nowym modelem. Brak wykazania takiej luki osłabia argument konieczności.

F.4. Art. 54 Konstytucji RP - wolność wypowiedzi i informacji

Regulacja obejmuje publiczne rozpowszechnianie i promowanie informacji. Wkracza więc w rdzeń komunikacji publicznej, w tym media społecznościowe. Nie każda wypowiedź krytyczna spełni definicję dezinformacji, lecz ryzyko postępowania, jawnego rejestru i urzędowego napiętnowania może skłaniać do autocenzury. Wolność wypowiedzi chroni również twierdzenia kontrowersyjne, niepopularne i błędne, z zastrzeżeniem proporcjonalnych ograniczeń dla ochrony praw innych osób. Prawo powinno precyzyjnie odróżniać świadome komercyjne oszustwo od oceny, hipotezy, interpretacji danych, relacji pacjenta i apelu o ostrożność.

F.5. Art. 73 Konstytucji RP - wolność badań naukowych i ogłaszania wyników

Nauka jest procesem, a nie katalogiem niezmiennych twierdzeń. Wolność badań obejmuje możliwość formułowania hipotez, krytyki metodologii, publikowania wyników sprzecznych z dominującym poglądem i żądania replikacji. Ochrony tej nie można utożsamiać z prawem do świadomego fałszu. Jednakże brak procedury odróżnienia nierzetelności od mniejszościowego poglądu naukowego może wywołać efekt mrozący. Szczególnie niebezpieczna jest sytuacja, w której organ administracji dobiera eksperta i na tej podstawie administracyjnie rozstrzyga spór, zanim zostanie on poddany otwartej recenzji naukowej.

F.6. Art. 20 i art. 22 Konstytucji RP - wolność działalności gospodarczej

Publiczne ostrzeżenie, wpis do rejestru, przekierowanie domeny i natychmiast wykonalny nakaz mogą faktycznie wyeliminować podmiot z rynku przed ostateczną kontrolą sądową. Ważny interes publiczny może uzasadniać ograniczenie działalności, lecz ograniczenie musi być ustawowe,

precyzyjne i proporcjonalne. W przypadku działalności na pograniczu edukacji, profilaktyki, wellness, dietetyki, fizjoterapii, terapii komplementarnych i usług informacyjnych szczególnie istotna jest przewidywalność granicy pomiędzy legalną aktywnością a metodą przedstawianą jako świadczenie zdrowotne.

F.7. Art. 45, art. 77 i art. 78 Konstytucji RP - skuteczna kontrola i prawo do środka zaskarżenia

Samo istnienie skargi do sądu administracyjnego nie przesądza o efektywności ochrony. Sąd może uchylić decyzję po czasie, gdy nastąpiła utrata klientów, reputacji, finansowania albo domeny. Konstytucyjny standard wymaga rozważenia kontroli *ex ante* dla najbardziej dolegliwych środków, krótkich terminów sądowych, skutku suspensywnego w przypadkach niewymagających natychmiastowej interwencji oraz rzeczywistego mechanizmu naprawienia szkody po błędnej decyzji.

F.8. Art. 47 i art. 51 Konstytucji RP - dobre imię, prywatność i informacja o osobie

Jawny rejestr zawierający imię i nazwisko oraz uzasadnienie wpisu ingeruje w reputację i informacyjną autonomię jednostki. Ustawodawca musi wykazać niezbędność zakresu publikowanych danych, czas przechowywania, reguły wykreślenia, sposób oznaczenia nieprawomocności i mechanizm aktualizacji. Szczególnej oceny wymaga możliwość wpisu bez uprzedniego zawiadomienia w razie niemożności ustalenia adresu.

F.9. Art. 32 Konstytucji RP - równość i zakaz arbitralnej selekcji

Niejasna metodologia może prowadzić do nierównego traktowania podmiotów prezentujących podobne twierdzenia. Jeden przekaz może zostać uznany za dozwoloną debatę, inny za dezinformację, zależnie od wybranego eksperta, źródła, kontekstu albo rozpoznawalności autora. Jawne kryteria selekcji spraw, publikowania ostrzeżeń i doboru biegłych są konieczne, aby kontrolować zgodność praktyki z zasadą równości.

F.10. Art. 42 ust. 1 Konstytucji RP - standard określoności represji

Choć kary mają formalnie charakter administracyjny, ich wysokość i dolegliwość mogą nadawać im charakter represyjny. Orzecznictwo konstytucyjne i konwencyjne wymaga wówczas podwyższonego standardu określoności, indywidualizacji, winy lub co najmniej starannego ustalenia przesłanek, proporcjonalności i pełnej kontroli sądowej. Szczególnie wątpliwe jest powiązanie bardzo wysokich kar z systemem opartym na otwartych pojęciach i niejawnej metodologii eksperckiej.

F.11. Art. 61 Konstytucji RP - jawność działania władzy

Prawo do informacji obejmuje informacje o działalności organów publicznych, w tym o genezie regulacji, osobach uczestniczących w pracach, analizach, finansowaniu i mechanizmach konfliktu interesów. Odmowa ujawnienia części dokumentów i brak rejestrów relacji osłabiają możliwość społecznej kontroli organu, który ma uzyskać szerokie kompetencje. W tej sprawie jawność nie jest kwestią poboczną: jest warunkiem zaufania do przyszłych rozstrzygnięć.

F.12. Art. 68 i art. 76 Konstytucji RP - ważny cel, ale nie blankietowa kompetencja

Prawo do ochrony zdrowia i obowiązek ochrony konsumentów uzasadniają stanowcze reagowanie na oszustwo, nieuczciwą reklamę i realne narażenie. Nie znoszą jednak wymogu legalizmu, proporcjonalności, określoności i sądowej kontroli. W demokratycznym państwie prawnym ochrona pacjenta przed oszustem i ochrona obywatela przed arbitralnością nie są wartościami wykluczającymi się. Ustawodawca powinien zapewnić obie jednocześnie.

F.13. Standard konwencyjny i unijny

Art. 10 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka chroni wolność wyrażania opinii i otrzymywania informacji. Ograniczenie musi być przewidziane ustawą, realizować uprawniony cel i być konieczne w demokratycznym społeczeństwie. Wymóg „przewidziane ustawą” obejmuje dostępność i przewidywalność normy. Art. 8 EKPC chroni reputację, art. 6 prawo do rzetelnego postępowania, art. 13 skuteczny środek odwoławczy, a art. 14 zakaz dyskryminacji. W razie

ingerencji w majątek znaczenie może mieć także art. 1 Protokołu nr 1.

Analogiczne standardy wynikają z Karty praw podstawowych UE: art. 11 chroni wolność wypowiedzi i informacji, art. 16 wolność prowadzenia działalności gospodarczej, art. 47 skuteczny środek prawny i sprawiedliwy proces, zaś art. 52 ust. 1 wymaga, aby ograniczenia były ustanowione ustawą, respektowały istotę praw i odpowiadały zasadzie proporcjonalności. Jeżeli ustawa będzie stosowana w obszarach objętych prawem Unii, standardy te powinny być uwzględniane w wykładni i kontroli.

Załącznik G. Wady procesu legislacyjnego i znaczenie orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego

G.1. Chronologia niewyjaśnionych pytań

Wniosek do RPP został złożony 14 maja 2026 r. i dotyczył udziału organu w przygotowaniu projektu, autorów, metodologii aktualnej wiedzy medycznej, doradców, konfliktów interesów oraz relacji z branżą. RPP najpierw przedłużył termin do 30 czerwca, następnie do 17 lipca, a merytoryczną odpowiedź przekazał 28 lipca 2026 r. W odpowiedzi przyznał brak dokumentów metodologicznych, brak zbierania oświadczeń od rzeczywistych uczestników prac i brak zbiorczych rejestrów własnych relacji. Części informacji odmówił decyzją administracyjną.

Wniosek do Ministra Zdrowia został złożony 28 maja 2026 r. Obejmował genezę i autorstwo projektu, dane o skali zjawiska, OSR, analizy konstytucyjne i porównawcze, wybór RPP jako organu oraz kontakty z interesariuszami. Ministerstwo poinformowało, że przygotowanie odpowiedzi wymaga analizy szerokiego zasobu dokumentów i nie dysponuje gotową informacją w żądanym zakresie. Kluczowe głosowania odbywały się więc bez publicznego udostępnienia odpowiedzi na pytania niezbędne do oceny konieczności, proporcjonalności i bezstronności modelu. [6]

G.2. Odrzucenie poprawki dotyczącej aktualnej wiedzy i konfliktów interesów

W Senacie zgłoszono poprawkę zmierzającą do opisanja aktualnej wiedzy medycznej jako wiedzy dynamicznej, opartej na empirycznie zweryfikowanych wynikach badań i doświadczeniu klinicznym, otwartej na krytykę oraz wolnej od nieuprawnionych wpływów politycznych, ideologicznych i ekonomicznych, w szczególności wynikających z konfliktów interesów. Poprawka nie została przyjęta. Senat uchwalił cztery inne poprawki, mające głównie charakter legislacyjny i terminologiczny. [14]

Odrzucenie tej poprawki nie dowodzi samo w sobie niekonstytucyjności. Pokazuje jednak, że parlament świadomie nie wprowadził do ustawy bezpiecznika odnoszącego się do problemu, który następnie RPP potwierdził w odpowiedzi na informację publiczną: brak metodologii i brak systemowych deklaracji interesów rzeczywistych uczestników prac.

G.3. Standard orzecznictwa TK

Trybunał Konstytucyjny wielokrotnie wskazywał, że władza ustawodawcza realizuje się przez sformalizowaną procedurę, której poszczególne fazy mają chronić wartości parlamentarne, pluralizm, prawo do przedstawienia stanowiska oraz jakość procesu. W wyroku K 4/06 TK podkreślił, że działania podejmowane niezgodnie z przeznaczeniem albo w niewłaściwej fazie mogą zniweczyć podstawowe wartości parlamentarnego tworzenia prawa. Jednocześnie TK zaznaczył, że sama szybkość prac nie przesądza o niekonstytucyjności; znaczenie ma jej wpływ na pluralizm, możliwość przedstawienia stanowisk i jakość ustawy. [21]

Zarzut w niniejszej sprawie nie sprowadza się do pośpiechu ani do samego braku oczekiwanej ekspertyzy. Chodzi o procedowanie ustawy ingerującej w wolność wypowiedzi i działalności bez ujawnienia, kto faktycznie projektował kompetencje, bez metodologii centralnego kryterium, bez systemu deklaracji interesów oraz bez odpowiedzi na pytania o rozwiązania europejskie i lukę w istniejącym prawie. Deficyt ten oddziałuje bezpośrednio na możliwość racjonalnej oceny proporcjonalności i określoności regulacji.

W kontroli prewencyjnej Kp 1/09 TK badał ograniczenie swobody działalności gospodarczej z punktu widzenia określoności i proporcjonalności. Pokazuje to, że Prezydent może i powinien kierować do Trybunału ustawy, które przed wejściem w życie rodzą poważne wątpliwości co do

precyzji przesłanek i dolegliwości ingerencji. [22]

G.4. Znaczenie art. 112, 119 i 121 Konstytucji

Art. 119 ust. 1 ustanawia zasadę trzech czytań, a art. 121 określa rolę Senatu. Formalne przeprowadzenie wymaganych etapów nie wyczerpuje jednak wszystkich wymogów rzetelnej legislacji wynikających z art. 2 i art. 7. Autonomia regulaminowa z art. 112 służy temu, aby prace parlamentu były rzeczywiste, a nie wyłącznie formalne. Jeżeli podstawowe dokumenty i odpowiedzi pojawiają się po kluczowych głosowaniach, funkcja deliberacyjna parlamentu zostaje osłabiona.

Załącznik H. Porównanie europejskie i alternatywne modele ochrony pacjenta

H.1. Zastrzeżenie metodologiczne

Nie twierdzimy, że w Europie nie istnieją przepisy ograniczające niebezpieczne lub fałszywe twierdzenia zdrowotne. Istnieją liczne regulacje prawa karnego, reklamy, produktów leczniczych, wyrobów medycznych, ochrony konsumenta i zawodów regulowanych. Teza apelu jest węższa: Ministerstwo Zdrowia i RPP nie wskazały państwa, w którym odpowiednik rzecznika praw pacjenta łączyłby w jednym urzędzie porównywalny pakiet kompetencji poznawczych, dochodzeniowych, publikacyjnych, rejestrowych, blokujących i sankcyjnych.

H.2. Francja

Francja w 2024 r. wprowadziła odpowiedzialność za powtarzające się naciski lub działania skłaniające człowieka do porzucenia albo powstrzymania się od leczenia, gdy w świetle wiedzy medycznej może to wywołać oczywiste ryzyko szczególnie poważnych konsekwencji. Rada Konstytucyjna zaakceptowała rozwiązanie, akcentując jego przesłanki i ochronny cel. O odpowiedzialności orzeka sąd karny. Model jest węższy: koncentruje się na niebezpiecznym nakłanianiu i poważnym ryzyku, a nie na przyznaniu rzecznikowi praw pacjenta skumulowanych kompetencji do tworzenia rejestru, przekierowania domen i administracyjnego sankcjonowania. [18]

H.3. Niemcy

Niemiecki system korzysta z przepisów o reklamie produktów i metod leczniczych, ochronie konsumenta oraz reglamentacji wykonywania leczenia przez osoby niebędące lekarzami. Heilmittelwerbeengesetz ogranicza reklamę w obszarze zdrowia, a Heilpraktikergesetz wymaga pozwolenia na zawodowe wykonywanie leczenia bez uprawnień lekarskich. Jest to model sektorowy: państwo definiuje działalności ryzykowne, kwalifikacje i reguły reklamy, zamiast skupiać w rzeczniku praw pacjenta rolę arbitra całej debaty medycznej. [19]

H.4. Szwajcaria

Szwajcaria stanowi ważny kontrapunkt. Art. 118a Konstytucji federalnej nakazuje Konfederacji i kantonom uwzględniać medycynę komplementarną. Obowiązkowe ubezpieczenie finansuje określone metody komplementarne wykonywane przez lekarzy z dodatkowymi kwalifikacjami, a działalność terapeutów jest regulowana sektorowo i kantonalnie. Ochrona pacjenta odbywa się przez kwalifikacje, reguły finansowania, bezpieczeństwo produktów i reklamę. Nie zidentyfikowano szwajcarskiego odpowiednika RPP łączącego rejestr dezinformacji, przekierowanie domen, ostrzeżenia, decyzje tymczasowe i wysokie sankcje. [16][17]

H.5. Unia Europejska

Na poziomie UE działa system autoryzowanych oświadczeń zdrowotnych dotyczących żywności, przepisy reklamy produktów leczniczych, regulacje wyrobów medycznych oraz dyrektywy ochrony konsumentów. Mechanizmy te odnoszą się do konkretnych kategorii produktów, usług lub przekazów. Zasadniczo wymagają zdefiniowania twierdzenia handlowego, produktu i organu właściwego. Nie ustanawiają jednego europejskiego urzędu prawdy medycznej właściwego dla całej publicznej debaty. [20]

H.6. Wniosek porównawczy

Europejskim standardem jest ściganie konkretnego oszustwa, fałszywego twierdzenia reklamowego, działalności bez uprawnień i realnego narażenia. Polski model łączy te cele z szeroką administracyjną ingerencją w przekaz i reputację. Jeżeli projektodawca uważa, że istnieje bezpośredni odpowiednik, powinien wskazać państwo, organ, podstawę prawną, zakres kontroli sądowej oraz mechanizmy konfliktu interesów. Do chwili przygotowania niniejszego apelu nie przedstawiono takiego zestawienia.

Załącznik I. Istniejące instrumenty prawne i środki mniej dolegliwe

I.1. Prawo karne i odpowiedzialność za szkodę

Kodeks karny przewiduje odpowiedzialność między innymi za oszustwo, narażenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku, nieumyślne spowodowanie śmierci oraz spowodowanie uszczerbku na zdrowiu. Jeżeli ktoś dla pieniędzy świadomie wprowadza chorego w błąd i skłania go do porzucenia skutecznego leczenia, istnieją podstawy do uruchomienia odpowiedzialności karnej zależnie od konkretnego stanu faktycznego. Odpowiedzialność cywilna umożliwia dochodzenie odszkodowania i zadośćuczynienia.

I.2. Ochrona konsumenta, reklama i prawo sektorowe

Ustawa o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym i ustawa o ochronie konkurencji i konsumentów pozwalają reagować na wprowadzające w błąd praktyki przedsiębiorców. Prawo farmaceutyczne i regulacje wyrobów medycznych przewidują szczególne zasady reklamy i prezentacji produktów. Ustawa o działalności leczniczej i przepisy zawodowe ograniczają wykonywanie czynności zastrzeżonych i posługiwanie się tytułami. Problemem może być rozproszenie kompetencji i tempo egzekwowania, ale nie wykazano, że jedynym rozwiązaniem jest nowy, skumulowany urząd sankcyjny.

I.3. Środki alternatywne

- precyzyjny zakaz komercyjnego nakłaniania osoby z ciężką chorobą do porzucenia leczenia, powiązany z konkretnym i wysokim ryzykiem, rozstrzygany przez sąd;
- wzmocnienie szybkiego trybu zabezpieczenia sądowego na wniosek UOKiK, prokuratora, inspekcji lub RPP;
- obowiązek uprzedniej jawnej deklaracji interesów każdego eksperta opiniującego sprawę oraz automatyczne wyłączenie w razie konfliktu;
- niezależne, wielodyscyplinarne kolegium ekspertów z pluralistycznym składem i prawem strony do przedstawienia opinii przeciwnej;
- ograniczenie publicznego ostrzeżenia do przypadków bezpośredniego i poważnego zagrożenia, z zatwierdzeniem przez sąd w krótkim terminie;
- obowiązek publikacji sprostowania o takim samym zasięgu i odszkodowania w razie bezprawnej ingerencji;
- wyłączenie wypowiedzi naukowych, relacji pacjentów, hipotez i debat eksperckich, o ile nie stanowią świadomego komercyjnego oszustwa;
- pełna jawność finansowania autorów wytycznych i podmiotów, na których opiniach opiera się organ.

Takie rozwiązania pozwalają chronić pacjenta bez tworzenia jednego organu łączącego wszystkie funkcje. Ustawodawca powinien wykazać, dlaczego warianty te są niewystarczające, zanim sięgnie po środki bardziej dolegliwe.

I.4. Rzeczywiste problemy bezpieczeństwa pacjenta

WHO wskazuje, że w związku z niebezpieczną opieką szkody doznaje około jeden na dziesięciu pacjentów, ponad trzy miliony zgonów rocznie wiąże się z niebezpieczną opieką, a ponad połowie szkód można zapobiec. Dane te dotyczą zdarzeń niepożądanych i nie oznaczają, że każdy przypadek jest zawinionym błędem medycznym. Pokazują jednak skalę realnego problemu

bezpieczeństwa w oficjalnym systemie ochrony zdrowia. [15]

Racjonalna polityka ochrony pacjenta powinna obejmować zarówno oszustwa poza systemem, jak i opóźnienia diagnostyczne, błędy lekowe, zakażenia, niewydolność organizacyjną i brak dostępu do świadczeń. Wybiórcze skupienie na „pseudomedycynie” bez analogicznej analizy proporcji szkód może prowadzić do tworzenia rozbudowanej represji w obszarze politycznie i medialnie nośnym, zamiast do systemowej poprawy bezpieczeństwa.

Załącznik J. Proponowany zakres kontroli prewencyjnej Trybunału Konstytucyjnego

W razie nieskorzystania z prawa weta wnosimy, aby wniosek Prezydenta do Trybunału Konstytucyjnego objął co najmniej następujące problemy:

1. czy definicja dezinformacji medycznej, oparta m.in. na pojęciach nieprawdziwej informacji, korzyści osobistej, wprowadzania w błąd oraz aktualnej wiedzy medycznej, spełnia wymóg określoności z art. 2 i art. 42 ust. 1 w związku z art. 54 i art. 73 Konstytucji;
2. czy publiczne ostrzeżenie oparte na uzasadnionym podejrzeniu, publikowane przed zakończeniem postępowania, jest zgodne z art. 2, art. 45, art. 47, art. 54 i art. 77 Konstytucji;
3. czy natychmiast wykonalna decyzja tymczasowa bez uprzedniej kontroli sądu jest zgodna z art. 31 ust. 3, art. 45, art. 77 i art. 78 Konstytucji;
4. czy jawny rejestr zawierający imię i nazwisko oraz uzasadnienie wpisu, w tym możliwość wpisu bez uprzedniego zawiadomienia, jest zgodny z art. 47 i art. 51 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji;
5. czy przekierowanie domeny internetowej na wniosek RPP, bez uprzedniego zezwolenia sądu, jest zgodne z art. 54, art. 64, art. 45 i art. 77 Konstytucji;
6. czy kary do 1 000 000 zł i inne sankcje administracyjne, powiązane z otwartymi przesłankami, spełniają standard art. 2, art. 31 ust. 3, art. 42 ust. 1, art. 20 i art. 22 Konstytucji;
7. czy kumulacja funkcji eksperckiej, dochodzeniowej, orzeczniczej, publikacyjnej, rejestrowej i sankcyjnej w RPP zapewnia standard bezstronności i skutecznej ochrony prawnej wynikający z art. 2, art. 7, art. 45 i art. 78 Konstytucji;
8. czy brak ustawowych zasad doboru ekspertów, deklaracji interesów i rozstrzygania sporów naukowych jest zgodny z art. 2, art. 7, art. 54 i art. 73 Konstytucji;
9. czy sposób procedowania ustawy, przy braku przed głosowaniami odpowiedzi o autorów, metodologię, konflikty interesów i model europejski, narusza art. 2, art. 7, art. 61, art. 112, art. 119 ust. 1 i art. 121 Konstytucji.

J.1. Wniosek o zabezpieczenie standardu niezależności eksperckiej

Niezależnie od rozstrzygnięcia Trybunału ustawodawca powinien wprowadzić co najmniej: jawny rejestr interesów ekspertów; obowiązek publikacji pełnej opinii i materiału źródłowego; prawo strony do opinii przeciwnej; losowanie albo transparentny wybór ekspertów; ustawowe przesłanki wyłączenia; pluralistyczny skład zespołu; procedurę rozstrzygania sprzecznych rekomendacji; oraz zakaz opierania rozstrzygnięcia wyłącznie na stanowisku organizacji, której finansowanie nie zostało ujawnione.

Załącznik K. Chronologia dokumentów i procesu kontroli społecznej

Data	Zdarzenie
14 maja 2026 r.	Wniosek adw. do RPP o autorów, metodologię, ekspertów, konflikty interesów i relacje z branżą.
28 maja 2026 r.	Wniosek do Ministra Zdrowia o genezę projektu, dane, OSR, analizy konstytucyjne, europejskie i rolę RPP.
2 czerwca 2026 r.	RPP wyznacza nowy termin odpowiedzi do 30 czerwca.



Data	Zdarzenie
11 czerwca 2026 r.	MZ informuje o szerokim zakresie i konieczności analizy zasobu dokumentów; nie przedstawia merytorycznej odpowiedzi.
26 czerwca 2026 r.	RPP ponownie przesuwają termin - do 17 lipca.
3 lipca 2026 r.	Sejm uchwalą ustawę.
22 lipca 2026 r.	Senat przyjmuje cztery poprawki; odrzuca poprawkę dotyczącą dynamicznej wiedzy i wpływów ekonomicznych.
28 lipca 2026 r.	RPP przekazuje odpowiedź i decyzję odmowną; przyznaje współinicjowanie projektu, brak metodologii i brak deklaracji interesów uczestników prac.
29 lipca 2026 r.	Anthony Fauci zeznaje przed komisją Senatu USA i ponad sto razy powołuje się na Piątą Poprawkę.
2 sierpnia 2026 r.	przygotowuje apel do Prezydenta na podstawie materiałów przekazanych przez adw. .

K.1. Znaczenie chronologii

Chronologia pokazuje, że odpowiedzi pozwalające ocenić podstawowe ryzyka pojawiły się po uchwaleniu ustawy przez Sejm i po rozpatrzeniu jej przez Senat. Nie chodzi zatem o brak cierpliwości wnioskodawcy, lecz o strukturalny problem: parlament przyznawał organowi nowe kompetencje, zanim opinia publiczna mogła poznać metodologię, autorów i system konfliktów interesów. Odpowiedź RPP nie usunęła wątpliwości - potwierdziła, że kluczowe dokumenty nie powstały.

Załącznik L. Rozszerzony wykaz źródeł i dokumentów

[13] Ustawa uchwalona przez Sejm dnia 3 lipca 2026 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, druk senacki nr 782.

[14] Senat RP, zestawienie wniosków do ustawy - druk nr 782 Z - oraz uchwała Senatu z dnia 22 lipca 2026 r.

[15] World Health Organization, „Patient safety”, fact sheet: skala szkód związanych z niebezpieczną opieką i odsetek szkód możliwych do uniknięcia.

[16] Konstytucja Federalna Konfederacji Szwajcarskiej, art. 118a, oraz Federal Office of Public Health, „Ärztliche Komplementärmedizin”.

[17] Swiss State Secretariat for Education, Research and Innovation, informacja dotycząca regulacji medycyny alternatywnej i terapii komplementarnej.

[18] Conseil constitutionnel, décision n° 2024-865 DC du 7 mai 2024, dotycząca ustawy o przeciwdziałaniu aberracjom sekciarskim i nakłanianiu do porzucenia leczenia.

[19] Niemcy: Heilmittelwerbegesetz oraz Heilpraktikergesetz.

[20] Komisja Europejska, EU Register of nutrition and health claims; unijne przepisy reklamy produktów leczniczych i ochrony konsumentów.

[21] Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 23 marca 2006 r., K 4/06.

[22] Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 13 października 2010 r., Kp 1/09.

[23] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.

[24] Europejska Konwencja Praw Człowieka, w szczególności art. 6, 8, 10, 13, 14 oraz art. 1 Protokołu nr 1.

[25] Karta praw podstawowych Unii Europejskiej, w szczególności art. 11, 16, 47 i 52 ust. 1.

[26] , Kodeks Dobrych Praktyk i zagregowane dane dotyczące współpracy firm farmaceutycznych ze środowiskiem medycznym za 2024 i 2025 r.

[27] Rzecznik Praw Obywatelskich, „Zakres odpowiedzialności zawodowej lekarzy za propagowanie postaw antyzdrowotnych”, 6 maja 2021 r., oraz dalsza korespondencja dotycząca postępowań wobec lekarzy.

[28] Oficjalna strona Kancelarii Prezydenta RP - kompetencje Prezydenta wobec uchwalonych ustaw i dane kontaktowe.

[29] - dane rejestrowe i statutowe.

L.1. Dokumenty przekazane w pakiecie

- niniejszy apel w formacie DOCX i PDF;
- wniosek do RPP z dnia 14 maja 2026 r.;
- odpowiedź przewodnia RPP z dnia 28 lipca 2026 r.;
- pełne zestawienie pytań i odpowiedzi RPP;
- decyzja odmowna RPP z dnia 28 lipca 2026 r.;
- zarządzenie nr 10/2021 dotyczące Rady Ekspertów RPP;
- zarządzenie nr 12/2018 dotyczące opinii i ekspertyz;
- wniosek do Ministra Zdrowia z dnia 28 maja 2026 r.;
- pismo Ministra Zdrowia dotyczące terminu i charakteru żądanych informacji;
- pisma RPP o przedłużeniu terminu odpowiedzi;
- nota dokumentacyjna o postępowaniach wobec lekarzy
- nota źródłowa dotycząca Anthony’ego Fauciego;
- tekst ustawy w druku senackim nr 782;
- uchwała Senatu z dnia 22 lipca 2026 r.;
- dokumenty dotyczące zasad działania ekspertów i patronatu materiał do oceny transparentności relacji instytucjonalnych.

- jako