



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

Analiza prezydenckiego projektu ustawy o zmianie ustawy - Kodeks karny oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (sygn. RPW/28209/2026) przedstawionego do konsultacji społecznych 25 sierpnia 2026 r.

I. Główne tezy

- Projekt ustawy przygotowany przez Prezydenta RP ma na celu penalizację określonych zachowań wpływających na podejmowanie decyzji zdrowotnych poprzez dodanie nowego artykułu 160a do Kodeksu karnego („k.k.”). Regulacja miałaby chronić osoby podatne na manipulację przez penalizowanie nakłaniania do niepodjęcia lub zaprzestania postępowania leczniczego bądź diagnostycznego.
- Kluczowym zarzutem jaki należy sformułować pod adresem proponowanej regulacji jest posługiwanie się w art. 160a k.k. pojęciem „aktualnej wiedzy medycznej” jako znamienia czynu zabronionego. Pojęcie to jest niejasne, zmienne, nieobiektywne i mające charakter pozaprawny, co powoduje niepewność obywateli co do zakresu odpowiedzialności karnej i prowadzi do naruszenia konstytucyjnej zasady legalizmu oraz zasady *nullum crimen sine lege*.
- Jednocześnie obowiązujące przepisy Kodeksu karnego przewidują ochronę jednostki przed narażeniem na niebezpieczeństwo (art. 160), nieumyślnym spowodowaniem śmierci (art. 155) i oszustwem (art. 286). Niezależnie od powyższego poszkodowany może dochodzić roszczeń na gruncie przepisów prawa cywilnego. Nowa regulacja stanowi zbędny przerost prawa.
- Projekt rozszerza kompetencje Rzecznika Praw Pacjenta (centralnego organu administracji rządowej) o uprawnienia pokrzywdzonego w sprawach karnych. Grozi to arbitralną ingerencją w gwarantowane konstytucyjnie prawa i wolności, zwłaszcza gdy organem występującym jako strona w postępowaniu karnym może stać się instytucja rządowa mogąca działać nawet wbrew woli rzeczywistej osoby poszkodowanej.

I. Wprowadzenie

[Projekt ustawy o zmianie ustawy - Kodeks karny oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta](#) przedstawiony przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w zamyśle projektodawcy służyć ma „wzmocnieniu prawnokarnej ochrony życia i zdrowia osób, które ze względu na stan zdrowia, wiek, zaburzenia psychiczne, pozostawanie w stosunku zależności lub



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

zaufania albo inne szczególne okoliczności są podatne na manipulację dotyczącą podejmowania decyzji zdrowotnych”. Analiza rozwiązań zawartych w projekcie prowadzi jednak do wniosku, że są one wadliwe, niezgodne z przepisami Konstytucji RP i innych ustaw, w związku z czym powinny zostać odrzucone. W odniesieniu do projektu sformułować można w szczególności następujące zarzuty dotyczące kwestii materialnoprawnych i procesowych.

II. Zarzuty obejmujące kwestie materialnoprawne

W art. 1 projektu nowelizacji przedstawionego przez Prezydenta RP przewidziano wprowadzenie odpowiedzialności karnej za tzw. manipulację dotyczącą podejmowania decyzji zdrowotnych. Istotą zmian jest dodanie nowego **art. 160a. do ustawy z 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny**, Dz.U. z 2025 r. poz. 383 („k.k.”).

Zgodnie z projektowanym **art. 160a § 1 k.k.** z momentem wejścia w życie ustawy nowelizującej, karze do 3 lat pozbawienia wolności będzie podlegał każdy, „kto stosując przemoc, groźbę bezprawną lub podstęp, nadużywając stosunku zależności lub zaufania albo wykorzystując przymusowe położenie, stan bezradności lub szczególną podatność osoby na oddziaływanie wynikającą z jej wieku, stanu zdrowia lub zaburzeń psychicznych, nakłania osobę do niepodjęcia albo zaprzestania postępowania leczniczego lub diagnostycznego zleconego przez uprawnioną osobę wykonującą zawód medyczny, jeżeli zgodnie z aktualną wiedzą medyczną niepodjęcie lub zaprzestanie tego postępowania może narazić tę osobę na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu”. Przewidziana w tym przepisie odpowiedzialność karna jest więc bardzo szeroka – dotyczy nie tylko przypadków nakłaniania osoby do niepodjęcia albo zaprzestania postępowania leczniczego lub diagnostycznego przy zastosowaniu przemocy, groźby bezprawnej lub podstępu, ale także:

- **nadużycia stosunku zależności lub zaufania osoby,**
- **wykorzystania jej przymusowego położenia,**
- **wykorzystania jej stanu bezradności,**
- **wykorzystania jej szczególnej podatności na oddziaływanie wynikającej z wieku, stanu zdrowia lub zaburzeń psychicznych,**

co w praktyce oznaczać będzie każdą osobę, która poszukuje rozwiązania doświadczanego przez nią problemu zdrowotnego. Każdą taką osobę można bowiem zakwalifikować jako osobę „w przymusowym położeniu” lub „osobę szczególnie podatną na oddziaływanie ze względu na stan zdrowia”.

Tak skonstruowaną normę należy poddać krytyce z następujących powodów:

1. **Kryterium oceny działania osoby nakłaniającej do niepodjęcia albo zaprzestania diagnostyki lub leczenia staje się „aktualna wiedza medyczna”, która w**



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

proponowanych rozwiązaniach legislacyjnych wyraźnie traktowana jest jako precyzyjny, zobiektywizowany model postępowania leczniczego/diagnostycznego, podczas gdy w rzeczywistości jest to pojęcie o niejednoznacznej treści podlegające ciągłym zmianom, a ponadto pojęcie niemające charakteru obiektywnego. Zgodnie z przyjętym w orzecznictwie i piśmiennictwie prawnomedycznym rozumieniem terminu „aktualna wiedza medyczna”, oznacza on sprawdzone naukowo standardy postępowania. Wiedzę o takich metodach osoba wykonująca zawód medyczny może pozyskać z różnych źródeł, w tym z „wytycznych towarzystw naukowych, obwieszczeń Ministra Zdrowia, charakterystyki produktu leczniczego, publikacji naukowych (...), opinii ekspertów czy podręczników akademickich” (zob. R. Tymiński, komentarz do art. 6 KEL [w:] Kodeks Etyki Lekarskiej. Komentarz, red. R. Tymiński oraz przywołane tam postanowienie SN z 29.12.2022 r., sygn. II ZK 120/22). Należy zauważyć, że w tym jedynie przykładowym wyliczeniu zasobów, z których może korzystać w swojej praktyce osoba wykonująca zawód medyczny, są również takie, które wyrażają jedynie subiektywny pogląd autora na daną sprawę, w tym również autora nieposiadającego wykształcenia medycznego (jak w przypadku osoby piastującej urząd Ministra Zdrowia) albo np. wyrażają jedynie pogląd wąskiej części środowiska naukowego, który jest przedmiotem sporu w samym tym środowisku. Jaskrawym przykładem pierwszego z ww. źródeł są wydane w 2024 r. przez byłą Minister Zdrowia Izabelę Leszczynę „Wytyczne w sprawie obowiązujących przepisów prawnych dotyczących dostępu do procedury przerwania ciąży”, które są sprzeczne z powszechnie obowiązującym prawem, nie stanowią źródła wiedzy medycznej, nie zawierają żadnego uzasadnienia, które znalazłoby potwierdzenie w badaniach naukowych, jednak jako komunikat (obwieszczenie) Ministra Zdrowia mogą i w praktyce są zaliczane do „aktualnej wiedzy medycznej”. Przykładem drugiej kategorii źródeł są wydane w 2024 r. przez część przedstawicieli Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego „Wytyczne dla lekarzy psychiatrów, dotyczące wydawania orzeczenia stwierdzającego zagrożenia dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej jako przesłanki legalnego przerwania ciąży”, które jednak nie wyrażają konsensusu psychiatrów lecz jedynie opinię części tego środowiska, a ponadto zawierają liczne nieprawidłowości metodologiczne, co zostało dowiedzione w opublikowanej w 2025 r. „Polemice ze Stanowiskiem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz Konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii Wytyczne dla lekarzy psychiatrów, dotyczące wydawania orzeczenia stwierdzającego zagrożenia dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej jako przesłanki legalnego przerwania ciąży”.



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

2. Z powyższymi argumentami i zastrzeżeniami łączy się kolejny, niezwykle istotny zarzut, dotyczący konstytucyjnej zasady legalizmu oraz wyrażonej w art. 1 § 1 k.k. jednej z fundamentalnych zasad prawa karnego - *nullum crimen sine lege*, z której wynika zakaz tworzenia niedookreślonych i nieostrych typów przestępstw. Jak wskazuje doktryna, „[z]asada legalizmu zawiera się w konstytucyjnym i międzynarodowym standardzie praw człowieka. Ma ona umocowanie w 42 ust. 1 Konstytucji RP oraz ratyfikowanych przez Polskę międzynarodowych aktach praw człowieka o charakterze uniwersalnym – art. 15 MPPOiP i art. 7 EKPC. Zawarta jest także w Karcie praw podstawowych Unii Europejskiej. (...) Artykuł 7 ust. 1 Konwencji stanowi zasadę, iż jedynie prawo może definiować przestępstwo i przewidywać za nie karę (*nullum crimen, nulla poena sine lege*). Stąd wynika, iż czyny zagrożone karą i odpowiadające im kary muszą być wyraźnie określone przez prawo. Wymóg ten zostaje spełniony wówczas, gdy jednostka może wywieść z brzmienia odnośnego przepisu - oraz, gdy zachodzi taka potrzeba, przy pomocy sądowej interpretacji tego przepisu - jakie działania lub zaniechania sprawiają, że poniesie ona odpowiedzialność karną” (zob. A. Grześkowiak, komentarz do art. 1 Kodeksu karnego [w:] A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), Kodeks karny. Komentarz, wyd. 9, 2026, Nb. 5.). Odesłanie w proponowanym w projekcie art. 160a § 1 k.k. do niedookreślonego, podlegającego ciągłym modyfikacjom, a ponadto wysoce specjalistycznego terminu „aktualna wiedza medyczna” skutkuje niepewnością adresata normy karnej co do zakresu odpowiedzialności karnej. Innymi słowy – na podstawie treści przepisu obywatel nie jest w stanie przewidzieć konsekwencji prawnych jego zachowań.

Należy podkreślić, że w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego dopuszcza się wprowadzenie dookreślenia znamion czynu zabronionego w akcie innym niż ustawa, jednak takie dookreślenie jest możliwe w akcie władzy wykonawczej wydanym zgodnie z art. 92 Konstytucji RP (wyr. TK z 1.3.1994 r., U 7/93, OTK 1994, Nr 1, poz. 5). W wyr. z 20.2.2001 r. (P 2/00, OTK 2001, Nr 2, poz. 32): „TK stwierdził, że nie rezygnując z wymagania określenia wyłącznie w ustawie podmiotu, znamion przedmiotowych przestępstwa oraz kary, należy jednak przyjąć, że dopuszczalne jest doprecyzowanie tych elementów w aktach wykonawczych wydanych w zgodzie z art. 92 Konstytucji RP. Podobnie przyjmuje SN. W post. z 29.1.2009 r. (I KZP 29/08, OSNKW 2009, Nr 2, poz. 15) uznał, że «dopuszczalne, a niekiedy nawet konieczne jest doprecyzowanie znamion ustawowych niektórych czynów zabronionych w aktach rangi podstawowej, to jest w rozporządzeniach. Takie działanie ustawodawcy nie narusza zasady *nullum crimen sine lege* zawartej w art. 1 § 1 KK». (...) Tezę tę powtórzył SN w wyr. z 4.10.2016 r. (III KK 116/16, Legalis), zwracając uwagę na konieczność ustawowego upoważnienia



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

do wydania rozporządzenia przez określony z nazwy organ: «uregulowanie kwestii odnoszących się do odpowiedzialności karnej w akcie podustawowym jest możliwe, gdy penalizacja pewnych zachowań jest niezbędna, a dokładne określenie znamion w ustawie niemożliwe. Chodzi jednak o to, aby zawarte w ustawie upoważnienie miało charakter wyraźny i szczegółowy. Musi być zatem oznaczony organ uprawniony do wydania rozporządzenia, zasadniczo poprzez użycie jego nazwy» (zob. A. Grześkowiak, komentarz do art. 1 Kodeksu karnego [w:] A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), Kodeks karny. Komentarz, wyd. 9, 2026, Nb. 11.)”. Dalej, jak wskazuje cytowana wyżej A. Grześkowiak, w tekście ustawy karnej powinny być określone wszystkie znamiona czynu zabronionego, jako że na tej podstawie obywatel powinien uzyskać jasną informację o tym co jest zabronione prawem karnym, a jakie zachowania są prawnokarnie dozwolone. „Konsekwencją zasady *nullum crimen, nulla poena sine lege anteriori*, ujętej w art. 1 KK, są więc także wymogi dotyczące tekstu ustawy karnej - zawarta w niej typizacja czynu powinna być ścisła i pewna (L. Gardocki, Typowe zakłócenia, s. 52 i n.). Słusznie uważa się, że zasada określoności stanowi barierę chroniącą obywateli przed indywidualnymi nadużyciami władzy i gwarancję świadomości rzeczywistego zakresu wolności jednostki (zob. L. Gardocki, Ostatnie nowelizacje, s. 228; podobnie TK w wyr. z 9.6.2010 r., SK 52/08, OTK-A 2010, Nr 5, poz. 50 (...))” (zob. A. Grześkowiak, komentarz do art. 1 Kodeksu karnego, dz. cyt., Nb. 11.). Pogląd ten jest spójny ze stanowiskiem wyrażonym przez Trybunał Konstytucyjny, zgodnie z którym „w demokratycznym państwie prawa wymaganie określoności dotyczyć musi zarówno materialnych elementów czynu, jak i elementów kary, tak by czyniło to zadość wymaganiu przewidywalności. Przepisy prawne muszą bowiem stwarzać obywatelowi (podmiotowi odpowiedzialności karnej) możliwość uprzedniego i dokładnego rozeznania, jakie mogą być prawnokarne konsekwencje jego postępowania” (wyr. TK z 26.11.2003 r., SK 22/02, OTK-A 2003, Nr 9, poz. 97 i powołane tam orzeczenia). Oczywistym jest, że proponowany przepis art. 160a § 1 k.k., poprzez odesłanie do pojęcia „aktualnej wiedzy medycznej” jako terminu mającego doprecyzować znamiona czynu zabronionego, jest niezgodny z konstytucyjną zasadą legalizmu oraz z zasadą *nullum crimen sine lege*, jako że „aktualna wiedza medyczna” jest pojęciem niejasnym, niedookreślonym, zmiennym oraz niesprecyzowanym w żadnym akcie prawnym rangi ustawowej lub podustawowej.

3. Powyższe uwagi należy odnieść także do kolejnych paragrafów art. 160a k.k. projektu, tj. § 2, § 3, § 4, 5 oraz § 6, również statuujących odpowiedzialność karłą jednostki (w



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

tym za typy kwalifikowane przestępstwa) w oparciu o wadliwie skonstruowany w § 1 opis znamion czynu zabronionego.

4. Na podstawie tak sformułowanych przepisów proponowanego art. 160a k.k. obywatel nie będzie w stanie ustalić jakie dokładnie zachowanie podlega odpowiedzialności karnej, a jakie jest działaniem legalnym. Ustalenie znaczenia tego terminu w postępowaniu karnym będzie wymagało każdorazowo stanowiska biegłego. Ponadto, jak już zauważono, „aktualna wiedza medyczna” jest zbiorem niejednorodnym, zawierającym często sprzeczne stanowiska ekspertów w sprawie skuteczności, przydatności lub bezpieczeństwa stosowania określonych metod leczniczych lub diagnostycznych. Jako przykład należy wskazać skrajnie odmienne stanowiska w sprawie przerywania ciąży w przypadkach zaburzeń psychicznych kobiet ciężarnych. Wskazanie takie do przerywania ciąży i powiązana z nim sugestia, że aborcja może mieć terapeutyczny wpływ na zdrowie psychiczne kobiet znalazło się np. we wspomnianych wyżej Wytycznych Minister Zdrowia z 2024 r. (a więc z perspektywy proponowanej regulacji traktowane może być jako element „aktualnej wiedzy medycznej”), podczas gdy w swoich licznych badaniach naukowych D. M. Fergusson dowiódł, że:

- aborcja u młodych kobiet może wiązać się ze zwiększonym ryzykiem problemów ze zdrowiem psychicznym (D. M. Fergusson, L. J. Horwood, E. M. Ridder, „Abortion in young women and subsequent mental health”, The Journal of Child Psychology and Psychiatry 2006, <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01538.x>),
- aborcja może wiązać się z niewielkim wzrostem ryzyka zaburzeń psychicznych. Zakończenie ciąży w inny sposób nie było związane ze zwiększonym ryzykiem problemów ze zdrowiem psychicznym (D. M. Fergusson, L. J. Horwood, J. M. Boden, „Abortion and mental health disorders: evidence from a 30-year longitudinal study”, The British Journal of Psychiatry 2008, <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.056499>),
- nie ma dostępnych dowodów wskazujących na to, by aborcja miała działanie terapeutyczne polegające na zmniejszaniu ryzyka problemów ze zdrowiem psychicznym związanych z niechcianą lub niezamierzoną ciążą. Istnieją natomiast przesłanki sugerujące, że aborcja może wiązać się z niewielkim lub umiarkowanym wzrostem ryzyka wystąpienia niektórych problemów ze zdrowiem psychicznym (D. M. Fergusson, L. J. Horwood, J. M. Boden, „Does abortion reduce the mental health risks of unwanted or unintended



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

pregnancy? A re-appraisal of the evidence”, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2013, <https://doi.org/10.1177/0004867413484597>).

W innych badaniach naukowych ich autorzy wprowadzają podważając wnioski z badań D. M. Fergussona, ale wskazują jedynie, że wykonanie aborcji co do zasady nie pogarsza stanu zdrowia psychicznego kobiet poddających się jej, natomiast z badań tych nie wynika, że przerwanie ciąży ma terapeutyczny wpływ na zdrowie psychiczne kobiet (M. A. Biggs, „Women's Mental Health and Well-being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion: A Prospective, Longitudinal Cohort Study”, JAMA Psychiatry 2017, <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3478>). Na podstawie aktualnej wiedzy medycznej nie można zatem stwierdzić, że przerwanie ciąży może być stosowane jako metoda lecznicza zaburzeń psychicznych kobiet w ciąży, brak jest bowiem jakichkolwiek dowodów naukowych potwierdzających jego skuteczność. Tymczasem obecnie częste są sytuacje kierowania przez lekarzy psychiatrów kobiet z zaburzeniami psychicznymi na zabieg aborcji jako sposób leczenia tych dolegliwości, co jednak nie spełnia wymogu zgodności z „aktualną wiedzą medyczną”.

Bazując na opisanym wyżej przykładzie wątpliwości wokół zasad postępowania z kobietami ciężarnymi doznającymi zaburzeń zdrowia psychicznego należy zastanowić się nad potencjalnymi realnymi konsekwencjami wejścia w życie przepisów art. 160a k.k. w kształcie proponowanym w omawianym projekcie. W myśl projektu, zgodnie z brzmieniem art. 160a § 3 surowszej odpowiedzialności karnej praktyce podlegałyby np. mąż, który namawia swoją żonę doświadczającą dolegliwości psychicznych w ciąży, do niepoddawania się aborcji mimo uzyskania przez nią zaświadczenia psychiatry wystawionego np. drogą online, bez zachowania wymogu uprzedniego osobistego zbadania pacjenta (art. 11 ust. 1 ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. z 2024 r. poz. 917 – „Orzeczenie o stanie zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi, opinię lub skierowanie do innego lekarza lub psychologa albo podmiotu leczniczego lekarz może wydać wyłącznie na podstawie uprzedniego osobistego zbadania tej osoby”). Jeżeli przyjmie się wariant zawarty z Wytycznych Minister Zdrowia, należy uznać, że aborcja stanowi zgodną z „aktualną wiedzą medyczną” praktykę leczniczą w zaburzeniach psychicznych kobiet ciężarnych, a jej niezastosowanie może narazić kobietę na ryzyko ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. To z kolei wiąże się z ryzykiem odpowiedzialności karnej wspomnianego małżonka kobiety i jednocześnie ojca ich wspólnego dziecka.

Z drugiej strony, jeżeli za podstawę stanowiska w kwestii aborcji z powodu problemów zdrowotnych matki przyjmie się przywołane badania naukowe, to należy uznać, że zgodnie z „aktualną wiedzą medyczną” aborcja w takiej sytuacji może pogorszyć stan zdrowia kobiety (D.M. Fergusson) a przynajmniej jej dokonanie z pewnością nie poprawi stanu zdrowia



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

psychicznego. W takim przypadku nie będzie podstaw do pociągnięcia do odpowiedzialności karnej np. męża kobiety i ojca dziecka, który namawia kobietę, aby aborcji się nie poddawała.

Przedstawione wyżej problemy z zastosowaniem proponowanych przepisów art. 160a k.k. są jedynie przykładowymi. Do takich sytuacji należy ponadto zaliczyć sprawy dotyczące tranzycji u małoletnich dzieci. W dorobku „aktualnej wiedzy medycznej” znaleźć można zarówno stanowiska wyrażające poparcie dla tych metod, jak i takie, które wykazują ogromne zagrożenie zdrowotne, jakie wiąże się z poddaniem się takim procedurom. Ocena i rozstrzyganie w tych sprawach w istocie przez biegłego stanowiłoby nie tylko nieuprawnione wkroczenie w zakres władzy rodzicielskiej, ale także prowadzić będzie do naruszenia szeregu zasad prawnych, w tym zasady demokratycznego państwa prawa (art. 2 Konstytucji), zasady praworządności (art. 7 Konstytucji), zasady *nullum crimen sine lege* (art. 42 ust. 1 Konstytucji, art. 1 Kodeksu karnego), zasady opieki państwa nad rodzicielstwem (art. 18 Konstytucji).

Jednocześnie podkreślić trzeba, że wprowadzanie nowych regulacji statuujących odpowiedzialność karną za działania ujęte w przepisach art. 160a k.k. nie jest działaniem koniecznym, bowiem obowiązujące przepisy Kodeksu karnego przewidują odpowiedzialność karną m.in. za narażenie człowieka na niebezpieczeństwo (przepisy art. 160 k.k.), nieumyślne spowodowanie śmierci (art. 155 k.k.) czy oszustwo (przepisy art. 286 k.k.). Sprawa taka była np. przedmiotem rozpoznania przez Sąd Najwyższy w postępowaniu o sygnaturze III KK 461/22 zakończonej wyrokiem z dnia 24 sierpnia 2023 r. Proponowana nowelizacja Kodeksu karnego w zakresie materialnoprawnym jest zbliżona do wymienionych przepisów umożliwiających ściganie określonych w nich przestępstw. Wprowadzenie zatem dodatkowych regulacji w tym zakresie nie znajduje racjonalnego uzasadnienia, stanowi przejaw zjawiska określanego jako inflacja prawa, co w demokratycznym państwie prawa nie znajduje uzasadnienia i osłabia zaufanie obywateli do państwa.

Na koniec podkreślenia wymaga także, co również przypomniał SN w uzasadnieniu przywołanego orzeczenia w sprawie III KK 461/22, że regulacja prawa karnego opiera się na zasadzie *ultima ratio*, a „[d]ane zachowanie (czyn) nadal może pozostać cywilnie bezprawny, bowiem (...) nie jest wykluczone ocenianie go jako sprzecznego z przepisami prawa cywilnego lub zasadami współżycia społecznego. Ponadto, niezależnie od powyższego podkreślenia wymaga, że wskazana zasada *ultima ratio* sprzeciwia się traktowaniu jako skutku z art. 160 KK każdego wyższego stanu bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, gdyż wówczas zbiór zachowań objętych penalizacją zostałby określony zbyt szeroko (por. T. Sroka, glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 21 sierpnia 2012 r., IV KK 42/12 – Prok. i Pr. 2013/7-8/327-334)”. W analizowanym zakresie poszkodowani konsumenci/pacjenci bez wprowadzenia dodatkowych regulacji mogą dochodzić roszczeń



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

wobec nieuczciwych podmiotów w szczególności na zasadach określonych w kodeksie cywilnym i na podstawie przepisów karnych przewidzianych w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2026 r. poz. 37), jak również przepisów innych ustaw w tym: ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. z 2025 r. poz. 1714), ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U. z 2026 r. poz. 85), ustawy z dnia 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym (Dz.U. z 2023 r. poz. 845).

Przedstawione powyżej zastrzeżenia do proponowanych przepisów art. 160a k.k. należy uznać za dostatecznie dyskwalifikujące projekt w tym zakresie. Wprowadzenie rozwiązań, których stosowanie będzie skutkowało naruszeniem podstawowych gwarancji prawa karnego i zasad konstytucyjnych należy uznać za niedopuszczalne w demokratycznym państwie prawnym. Z przyczyn podanych w niniejszym stanowisku zachowanie obywatela określone jako niezgodne z „aktualną wiedzą medyczną” nie może stanowi znamienia czynu zabronionego.

W związku z tym rozwiązania prawne przewidziane w art. 1 projektu należy odrzucić w całości.

III. Zarzuty obejmujące kwestie procesowe

Projekt przewiduje istotne rozszerzenie kompetencji procesowych Rzecznika Praw Pacjenta („RPP”), którego zakres działania ma być rozszerzony o możliwość podejmowania działań w postępowaniach karnych dotyczących naruszenia praw pacjenta (projektowana zmiana w art. 47 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) oraz o uprawnienia pokrzywdzonego w postępowaniach karnych w sprawach o przestępstwa z art. 160a k.k.

Należy podkreślić, że Rzecznik Praw Pacjenta jest organem administracji rządowej, w związku z czym jego działania są zbieżne z kierunkami wyznaczanymi przez rząd sprawujący aktualnie władzę. Przyznanie temu organowi uprawnień pokrzywdzonego w sprawach karnych będzie wiązało się z realnym ryzykiem nadmiernej ingerencji w prawa i wolności obywateli obciążonej ponadto cechą braku obiektywizmu. Nie można bowiem wykluczyć wspomnianej już sytuacji, w której zgodnie z proponowanym w projekcie art. 160a § 3 k.k. za poszkodowaną uznana zostanie kobieta w ciąży doświadczająca pogorszenia zdrowia psychicznego, którą osoba bliska (np. mąż) nakłania do niepoddawania się aborcji zaleconej w drodze porady online przez lekarza psychiatrę, a która jednak nie zamierza brać udziału w postępowaniu karnym prowadzonym przeciwko tej osobie bliskiej. W takich sytuacjach, także wbrew woli pokrzywdzonej, w roli pokrzywdzonego mógłby w postępowaniu działać organ rządowy - Rzecznik Praw Pacjenta. Podobnie nieakceptowalna sytuacja miałaby miejsce w przypadku odmiennych od uznanych w danej sytuacji za zgodne z „aktualną wiedzą medyczną” poglądów rodziców na temat procedur



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

medycznych stosowanych wobec dzieci. Wejście w życie przepisów przewidujących rozszerzone kompetencje RPP może stanowić realne zagrożenie dla praw rodziców do wychowania dzieci zgodnie z własnymi przekonaniami (art. 48 ust. 1 Konstytucji), będąc nieuprawnionym wkroczeniem władzy publicznej w zakres władzy rodzicielskiej.

Niezależnie od powyższych argumentów podnieść trzeba, że zgodnie z zasadą praworządności wyrażoną w art. 7 Konstytucji, organy władzy publicznej działają na podstawie i w granicach prawa. Jak już podniesiono, kryterium „aktualnej wiedzy medycznej” jest pojęciem pozaprawnym, jednak w projekcie definiującym warunki odpowiedzialności karnej obywateli i stanowiącym jedną z podstaw działania centralnego organu rządowego jakim jest RPP. Rozwiązania te nie mieszczą się zatem w granicach wyznaczonych zasadą praworządności, przyznając organowi władzy publicznej kompetencje arbitralnego działania przeciwko obywatelom.

Z powyższych względów należy uznać, że także rozwiązania procesowe zawarte w art. 2 analizowanego projektu ustawy należy w całości odrzucić jako niezgodne z zasadami konstytucyjnymi oraz w sposób nieuzasadniony godzące w prawa i wolności obywateli.

R.pr. Katarzyna Gęsiak – dyrektor Centrum Prawa Medycznego i Bioetyki Ordo Iuris