

**Rita Kłosowska-Lasek**

Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. F. Chopina w Rzeszowie  
ORCID: 0009-0008-7656-4028

**Wojciech Lasek**

Uniwersytet Rzeszowski  
ORCID: 0000-0002-0032-2283

**O BOWIĄZEK ZACHOWANIA TAJEMNICY ZAWODOWEJ  
PRZEZ LEKARZY I PSYCHOLOGÓW  
W ŚWIETLE PROJEKTOWANYCH ZMIAN DO USTAWY  
O PRAWACH PACJENTA I RZECZNIKU PRAW PACJENTA  
ORAZ NIEKTÓRYCH INNYCH USTAW**

**Wprowadzenie**

Od czasów Hipokratesa, domniemanego „ojca medycyny europejskiej”, tajemnica lekarska stała się nieodzownym elementem tego zawodu. Wraz z rozwojem medycyny również inne zawody medyczne zostały zobowiązane do zachowania poufności w kontaktach z pacjentem. Budowało to nie tylko ich prestiż w oczach społeczeństwa, ale przede wszystkim pozwalało na wytworzenie delikatnej więzi pomiędzy zawodem medycznym a pacjentem, który nie musiał obawiać się ujawnienia osobom trzecim przekazywanych informacji.

Obecnie obowiązujące przepisy starają się zachować balans pomiędzy ochroną prywatności i intymności pacjenta a obowiązkiem denuncjacji, który może wynikać z przepisów prawa medycznego lub prawa karnego (materialnego i procesowego). W ten sposób zabezpieczony zostaje interes pacjentów, który tylko w wyjątkowych sytuacjach, przewidzianych przepisami prawa, może zostać naruszony – ze względu na dobro społeczeństwa lub zasadę prawdy materialnej w procesie karnym. Dlatego każda dokonywana przez ustawodawcę zmiana przepisów powinna być przemyślana i posiadać uzasadnienie wskazujące przyczyny denuncjacji. Dlatego warto przyjrzeć się proponowanym zmianom w tajemnicy lekarskiej i tajemnicy psychologicznej w kontekście poszanowania prawa pacjenta do prywatności i intymności.

## Teoretyczne i filozoficzne uzasadnienie obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej

11 października 2024 r. do łaski marszałkowskiej wpłynął poselski projekt ustawy o zmianie ustawy – o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw<sup>1</sup>. W założeniach projektodawców ustawa ma podnieść standardy ochrony zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży oraz upodmiotowić osoby małoletnie w kontaktach z psychologiem lub lekarzem<sup>2</sup>.

Zgodnie z proponowanymi zmianami małoletni, który ukończył 13 lat, ma prawo do uzyskania bez zgody przedstawiciela ustawowego trzech porad psychologicznych lub trzech sesji psychoterapii indywidualnej realizowanej w formie interwencji kryzysowej (pomocy psychospołecznej) lub trzech sesji wsparcia psychospołecznego w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Natomiast małoletni, który ukończył 16. rok życia, ma prawo skorzystać z wymienionych wcześniej świadczeń zdrowotnych bez ograniczenia dotyczącego ich liczby.

21 lipca 2025 r. ustawa została przedłożona przez Marszałka Sejmu Prezydentowi RP do podpisania. Głowa państwa skorzystała ze swojego prawa uregulowanego w art. 122 ust. 3 Konstytucji RP i skierowała przedmiotową ustawę do Trybunału Konstytucyjnego<sup>3</sup> w trybie kontroli prewencyjnej, zarzucając jej niezgodność z ustawą zasadniczą. W ocenie Prezydenta RP „przyczyna jest bardzo prosta: chodzi o bezpieczeństwo dzieci. W moim przekonaniu jest bardzo wątpliwe konstytucyjnie, aby całkowicie poza kontrolą rodziców, młody 13-letni człowiek mógł sobie wybierać psychologa i poddawać się jego terapiom. To złożony problem. To kwestia bezpieczeństwa dziecka i praw rodziców”<sup>4</sup>.

Z przytoczonych powyżej słów Prezydenta RP wynika, że uważa on za zasadne uczestniczenie przedstawiciela ustawowego małoletniego<sup>5</sup> w procesie leczenia<sup>6</sup>. Inne stanowisko reprezentuje część doktryny, która wskazuje, że obecnie obowiązujące regulacje prawne dotyczące zgody na leczenie są niespójne oraz nie

---

<sup>1</sup> Druk nr 748, Sejm X kadencji.

<sup>2</sup> *Ibidem*.

<sup>3</sup> Autorzy niniejszego artykułu nie wchodzą w kwestię sporu toczącego się w doktrynie i judykaturze, dotyczącego legalności obecnego sądu konstytucyjnego w Polsce, używają nazwy *Trybunał Konstytucyjny* zgodnej z Konstytucją RP.

<sup>4</sup> *Prezydent podpisał na odchodne sześć ustaw, jedną skierował do TK, dwie zawetował*, <https://www.rp.pl/prawo-w-polsce/art42812861-prezydent-podpisał-na-odchodne-szesc-ustaw-jedna-skierowal-do-tk-dwie-zawetowal> (9.09.2025).

<sup>5</sup> Art. 98 ustawy

<sup>6</sup> Zob. też: Stanowisko nr 89/24/P-IX Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 8 listopada 2024 r. w sprawie poselskie projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw oraz Pismo Rzecznika Praw Obywatelskich z dnia 27 marca 2025 r., znak: VII.7016.4.2025.AMB/BK.

biorą pod uwagę cech rozwoju intelektualnego i psychicznego małoletniego<sup>7</sup>. Tym samym decyzja Prezydenta RP o skierowaniu ustawy w trybie kontroli prewencyjnej do Trybunału Konstytucyjnego wydaje się zasadna. Nie jest to jednak jedyna zmiana, którą wprowadza ustawa o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw. Projektodawcy postanowili też dodać po art. 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>8</sup> art. 7a ust. 3 i 4, który dotyka obowiązku zachowania tajemnicy medycznej<sup>9</sup>. Proponowane zmiany obligują lekarza lub psychologa do ujawnienia informacji objętych tajemnicą zawodową, takich jak: stan zdrowia psychicznego pacjenta małoletniego, oraz o konieczności udzielania mu określonych świadczeń zdrowotnych, a także o udziale przedstawiciela w procesie udzielania świadczeń. Warunkiem jest jednak skorzystanie przez małoletniego ze świadczeń zdrowotnych w trybie wprowadzanym przez ustawę o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw w art. 7a ust. 1 lub 2 PPIRPU. Biorąc pod uwagę, jak delikatnej materii dotyczy przedmiotowa zmiana, należy się zastanowić, skąd wynika obowiązek zachowania informacji powziętych od pacjenta albo klienta.

Regulacje zobowiązujące do zachowania tajemnicy lekarskiej (art. 40 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry<sup>10</sup>)<sup>11</sup> albo psychologicznej (art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów<sup>12</sup>)<sup>13</sup> mają głębokie uzasadnienie filozoficzne, dogmatyczne i historyczne<sup>14</sup>, w doktrynie opracowano bowiem kilka teorii wyjaśniających potrzebę przestrzegania poufności, zwłaszcza w sferze medycznej.

Według teorii konwencjonalistycznej zachowania tajemnicy wymagają względy utylitarne, ponieważ pacjent, posiadając wiedzę, że podmiot udzielający mu

---

<sup>7</sup> Szerzej tematyka ta została poruszona w: B. Kmiecik, *Wybrane uwagi prawno-społeczne dotyczące konieczności zmiany definicji zgody kumulatywnej*, „Palestra” 2025, nr 3, s. 7–23; R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2021, s. 236–239.

<sup>8</sup> T.j. Dz.U. 2024, poz. 581 (dalej: PPIRPU).

<sup>9</sup> Szerzej na temat tajemnicy medycznej zob. R. Kubiak, *Prawo medyczne*, s. 182–222.

<sup>10</sup> T.j. Dz.U. 2024, poz. 1287 ze zm. (dalej: ZLiLDU).

<sup>11</sup> Tajemnica lekarska jest podstawowym instrumentem ochrony danych medycznych i tajemnicy informacji związanych z pacjentem. Stanowi ona najbardziej rozpoznawalny instrument ochrony prywatności pacjenta. Jej istnienie gwarantuje, obok zachowania prywatności i intymności pacjenta, także realizację interesu społecznego związanego z zapewnieniem odpowiedniej rangi i powagi profesji lekarza.

<sup>12</sup> T.j. Dz.U. 2019, poz. 1026 (dalej: ZPiSZPU).

<sup>13</sup> Zob. szerzej: A. Huk, *Tajemnica zawodowa lekarza*, „Prokuratura i Prawo” 2001, nr 6, s. 71–72; J. Duda, *Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, Warszawa 2009, s. 241–242; M.Z. Stepulak, *Tajemnica zawodowa w działalności badawczej i praktycznej psychologów [w:] Etyczne dylematy psychologii*, red. J. Brzeziński, M. Toeplitz-Winiewska, Warszawa 2004, s. 89 i n.

<sup>14</sup> R. Kubiak, *Prawo medyczne*, s. 183–186.

świadczeń zdrowotnych jest zobowiązany do zachowania tajemnicy, chętniej ujawni poufne informacje. W sytuacji nieistnienia obowiązku zachowania tajemnicy, a tym samym możliwości zagrożenia, że pracownik medyczny rozpowszechni uzyskane informacje, pacjenci krępowaliby się mówić o takich sprawach, a w skrajnych wypadkach zaprzestaliby szukania pomocy medycznej<sup>15</sup>. Z zaprezentowaną koncepcją konwencjonalistyczną może korespondować nurt uzasadniający potrzebę zachowania tajemnicy medycznej oparty na budowaniu prestiżu danego zawodu lekarza albo psychologa. Jego przedstawiciele podnosili, że poufność nie tylko chroni interes jednostki, ale ma również znaczenie dla odbioru społecznego danej grupy zawodowej<sup>16</sup>, kształtuje bowiem zaufanie do danego zawodu, nawet jeśli członkowie społeczności nie mieli z nią jeszcze kontaktu. Przykładowo M. Cieślak analizował to zagadnienie w kontekście tajemnicy adwokackiej, która pełni podwójną funkcję<sup>17</sup>. Chroni nie tylko interes konkretnej osoby, lecz służy też budowaniu zaufania do adwokatury.

Inni autorzy wskazują, że za zachowaniem tajemnicy medycznej przemawia konieczność dotrzymania obietnic i wykonania umowy (najczęściej ustnej) zawartej między chorym i pracownikiem medycznym. Pacjent, ujawniając przed medykiem niejednokrotnie bardzo intymne szczegóły swojego życia, może traktować go jak swojego powiernika. W literaturze podkreśla się, że taka argumentacja stanowi główny fundament moralnego obowiązku zachowania poufności<sup>18</sup>. Zdaniem autorów podobnego uzasadnienia można dopatrywać się w tzw. teorii woli. Została ona opracowana głównie w nauce francuskiej. Według niej obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej wynika z umowy zawartej między pacjentem a pracownikiem medycznym, umowa ta bowiem obliguje taką osobę do zachowania poufności. Zwolennicy tego nurtu wyjaśniają, że powinność ta nie wynika z innych źródeł (np. ustaw, kodeksów etyki). Pracownik medyczny staje się zatem powiernikiem danej tajemnicy na podstawie umowy i odpowiada za jej złamanie na zasadach przewidzianych w Kodeksie cywilnym za niedotrzymanie zapisów umowy<sup>19</sup>.

Kolejna koncepcja, tzw. teoria interesu, przesuwa punkt ciężkości z woli osoby, której tajemnica dotyczy, na jej interes<sup>20</sup>. Rozumiany jest on jako kategoria obiektywna, która może ulegać zmianom w zależności od wpływów poglądu danego środowiska, jest jednak niezależny od uczuć i poglądów osoby zainteresowanej<sup>21</sup>. B. Kunicka-Michalska zwraca uwagę, że obowiązek zachowania tajemnicy

---

<sup>15</sup> R. Kubiak, *Tajemnica medyczna*, Warszawa 2015, s. 1–2.

<sup>16</sup> *Ibidem*, s. 2.

<sup>17</sup> M. Cieślak, *Glosa do uchwały SN z 29.11.1962 r., VI KO 61/62*, „Państwo i Prawo” 1963, z. 7, s. 171.

<sup>18</sup> M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001, s. 330.

<sup>19</sup> R. Kubiak, *Tajemnica medyczna*, s. 2–3.

<sup>20</sup> B. Kunicka-Michalska, *Ochrona tajemnicy zawodowej w polskim prawie karnym*, Warszawa 1972, s. 26.

<sup>21</sup> F. Sauter, *Geschichte und Zweck des Berufsgeheimnisses*, Breslau 1910, s. 34.

zawodowej w doktrynie rozpatruje się obecnie, wymagając woli i interesu osoby zainteresowanej<sup>22</sup>. Współgra to z poglądem J. Sawickiego, który uważa, że tajemnica prywatna powinna zostać ujęta ze stanowiska teorii woli i interesu, a nie tylko woli<sup>23</sup>. Inaczej na tę kwestię patrzą S. Glaser i A. Mogilnicki, którzy przyjmują, że przez tajemnicę prywatną należy rozumieć taką okoliczność faktyczną, co do której istnieje interes lub wola. Autorzy ci zatem wymagają bądź woli, bądź interesu, albo łącznie woli i interesu, których ta tajemnica dotyczy<sup>24</sup>. Natomiast K. Łojewski zaliczył L. Peipera do reprezentantów teorii woli w Polsce<sup>25</sup>, gdyż autor ten wskazywał, że tajemnicą prywatną jest fakt, który dana osoba pragnie mieć nieujawniony, choćby był znany niewielu osobom i zachowanie go przed pewnymi osobami było niemożliwe<sup>26</sup>.

Natomiast tzw. teoria zaufania głosi, że dobrem chronionym przepisami prawa jest zrozumiałe samo przez się zaufanie do milczenia osób, którym sekret się powierza<sup>27</sup>. W literaturze teoria ta jest poddawana krytyce, gdyż według doktryny w większości przypadków może ona doprowadzić do pozbawienia osoby fizycznej ochrony prawnej jej tajemnicy z uwagi na konieczność udowodnienia osobie, która ujawniła tajemnicę medyczną, iż miała świadomość istnienia owego zaufania<sup>28</sup>.

Współcześnie dużą popularnością cieszy się teoria, według której obowiązek przestrzegania tajemnicy medycznej ciąży na podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych i skorelowany jest z prawem pacjenta do zachowania jego prywatności<sup>29</sup>, wskazując na afirmatywne traktowanie prawa do prywatności i ochrony autonomii informacyjnej. W doktrynie stwierdza się, że prywatność należy do najistotniejszych wartości chronionych w demokratycznych państwach prawa<sup>30</sup> i że jest chroniona zarówno przepisami konstytucyjnymi (art. 47), prawa cywilnego (art. 23 i 24 k.c.), jak i karnego (art. 266 § 1 k.k.).

Zdaniem J. Sieńczyło-Chlabicz sfera prywatności stanowi nadrzędne dobro osobiste, które obejmuje obok sfery życia prywatnego również intymność<sup>31</sup>. Wynika z tego, że dane medyczne podlegające poufności mieszczą się w obszarze intymności, która jest elementem prawa do prywatności i jest silnie chroniona.

<sup>22</sup> B. Kunicka-Michalska, *Ochrona tajemnicy...*, s. 26.

<sup>23</sup> J. Sawicki, *Tajemnica zawodowa lekarza i dziennikarza w prawie karnym*, Warszawa 1960, s. 25–27.

<sup>24</sup> S. Glaser, A. Mogilnicki, *Kodeks karny. Komentarz*, Kraków 1934, s. 836.

<sup>25</sup> K. Łojewski, *Instytucje odmowy zeznań w polskim procesie karnym*, Warszawa 1970, s. 158.

<sup>26</sup> L. Peiper, *Komentarz do kodeksu karnego*, Kraków 1936, s. 521.

<sup>27</sup> B. Kunicka-Michalska, *Ochrona tajemnicy...*, s. 25.

<sup>28</sup> F. Sauter, *Geschichte und Zweck...*, s. 35–37.

<sup>29</sup> Por. B. Banaszak, A. Preisner, *Prawa i wolności obywatelskie w Konstytucji RP*, Warszawa 2002, s. 280–282.

<sup>30</sup> P. Łuków, I. Wrześniewska-Wal, *Prywatność pacjenta a kształcenie medyczne*, „Prawo i Medycyna” 2008, nr 3, s. 12.

<sup>31</sup> J. Sieńczyło-Chlabicz, *Prawo do ochrony sfery intymności jednostki*, „Państwo i Prawo” 2004, z. 11, s. 37.

Dlatego wydaje się, że prawo do samodzielnego decydowania o swoich sprawach może być przez ustawodawcę niekiedy ograniczone<sup>32</sup>. Można zatem wywieść, że limitowi takiemu może podlegać również autonomia informacyjna, a tym samym prawo do kreowania barier informacyjnych. Granica dopuszczalności ujawnienia danych objętych tajemnicą nie jest jednak wyznaczana treścią informacji, lecz poszanowaniem godności oraz koniecznością ochrony praw innych osób. W konsekwencji tego stworzone bariery informacyjne, dekodowane z wyraźnej albo dorozumiałej woli jednostki, mogą zostać ustawowo ograniczone<sup>33</sup>. Takie ujęcie zaliczenia danych medycznych do sfery intymności skutkuje ich szczególną i bezwzględną ochroną, równocześnie determinując zakaz ich przekazywania osobom trzecim. W tym wypadku byłby on bezwzględny, a jedynym możliwym sposobem przekazania podmiotom trzecim informacji nim objętych byłaby zgoda pacjenta, który autonomicznie może podjąć taką decyzję.

Powyższa teza może być odniesiona do tajemnicy medycznej, ponieważ jej absolutne przestrzeganie może powodować naruszenie praw i wolności innych osób. Wola pacjenta do zachowania w poufności pewnych danych nie stanowi więc wystarczającej przesłanki do zachowania tajemnicy medycznej. Ustawodawca, kierując się potrzebą ochrony innych wartości konstytucyjnych, może skonstruować normy prawne zawierające dyspensę od przestrzegania poufności. Wprowadzając takie rozwiązania pozwalające na dostęp do danych objętych np. tajemnicą medyczną, musi zważyć, czy nie narusza istoty wolności i praw. Muszą być one również określone ustawowo. Sfera prywatności może zatem być naruszona tylko w uzasadnionych przypadkach, gdyż podlega silnej ochronie.

Autorzy niniejszego artykułu uważają, że ostaniam z zaprezentowanych teorii najlepiej oddaje potrzebę zachowania tajemnicy zawodowej przez lekarza lub psychologa. Nie odrzucają jednak tzw. teorii konwencjonalistycznej, gdyż jej utylitarny charakter stanowi uzupełnienie teorii związanej z ochroną prywatności. Psycholog lub lekarz, udzielając świadczeń zdrowotnych, musi mieć pełny obraz stanu zdrowia pacjenta. Pozwala to na dopasowanie odpowiedniego sposobu leczenia oraz odkrycie przyczyny albo przyczyn problemów zdrowotnych. Jednocześnie pacjent musi mieć pewność, że podawane przez niego informacje nie zostaną przekazane dalej, naruszając sferę jego prywatności. W świetle orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka autonomia osobista pozwala każdemu człowiekowi decydować o tym, komu chce przekazać informacje obejmujące jego życie prywatne<sup>34</sup>. Pacjent zatem udziela informacji lekarzowi lub psychologowi z przyczyn utylitarnych, mając świadomość, że jego dane będą chronione z uwagi na nadrzędne dobro, którym jest prywatność.

---

<sup>32</sup> M. Wild, *Ochrona prywatności w prawie cywilnym (koncepcja sfer a prawo podmiotowe)*, „Państwo i Prawo” 2001, z. 4, s. 63.

<sup>33</sup> *Ibidem*, s. 71.

<sup>34</sup> Wyrok ETPC z 12 kwietnia 2016 r., 64602/12.

W przypadku braku zaufania po stronie pacjenta może się pojawić niechęć do ujawnienia wszystkich informacji przed lekarzem lub psychologiem, powodując problemy z odpowiednim doбором pomocy psychologicznej lub metod psychoterapii. Natomiast ujawnienie bez zgody pacjenta informacji objętych poufnością naruszy delikatną więź, która powinna połączyć lekarza lub psychologa z pacjentem albo klientem w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych.

## **Analiza proponowanych zmian w tajemnicy lekarskiej i tajemnicy psychologicznej**

Opisane powyżej uzasadnienie filozoficzne, dogmatyczne i historyczne legło u podstaw unormowań ustawowych tajemnicy medycznej, która została uregulowana w art. 13 PPiRPPU. Jej zakres przedmiotowy obejmuje informacje związane z pacjentem, uzyskane w związku z wykonywaniem zawodu medycznego<sup>35</sup>. Doktryna zwraca uwagę, że wskazane tam kryterium w postaci faktu uzyskania informacji w związku z wykonywaniem zawodu medycznego ma charakter formalny<sup>36</sup>. Zakres informacji objętych ochroną przewidzianą w przepisach dotyczących prawa pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych został ujęty bardzo szeroko<sup>37</sup>. W sposób analogiczny kwestię zakresu przedmiotowego reguluje art. 40 ust. 1 ZLiLDU oraz art. 14 ust. 1 ZPiSZPU<sup>38</sup>.

W tym miejscu należy wskazać, że obowiązujące regulacje prawne pozwalają na ujawnienie lekarzowi informacji objętych tajemnicą lekarską na podstawie przepisów prawa lub zgody pacjenta<sup>39</sup>. W art. 40 ust. 2 ZLiLDU ustawodawca wymienia enumeratywnie wyjątki od zasady jej zachowywania. Tajemnica lekarska nie dotyczy sytuacji, gdy:

- tak stanowią ustawy,
- badanie lekarskie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych na podstawie odrębnych ustaw organów i instytucji; w takiej sytuacji lekarz jest zobowiązany do przekazania takich informacji o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie tym podmiotom,

---

<sup>35</sup> K. Światała, *Tajemnice zawodów medycznych – podstawowa charakterystyka*, „Monitor Prawniczy” 2014, nr 11, s. 605.

<sup>36</sup> D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 197.

<sup>37</sup> K. Światała, *Tajemnice zawodów...*, s. 605.

<sup>38</sup> Należy pamiętać, że unormowania aktów prawnych, choć są najważniejszym źródłem obowiązku zachowania tajemnicy informacji, nie są ich jedynym źródłem. Przepisy deontologiczno-etyczne również stanowią podstawę dla poszczególnych zawodów ochrony informacji powierzonych przez pacjenta.

<sup>39</sup> M. Safjan, *Problemy prawne tajemnicy lekarskiej*, „Kwartalnik Prawa Prywatnego” 1995, nr 1, s. 7.

- zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób,
- pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy po uprzednim poinformowaniu o niekorzystnych dla pacjenta skutkach jej ujawnienia,
- zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie lekarzowi sądowemu,
- zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innemu lekarzowi lub uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

Należy pamiętać, że na gruncie art. 40 ust. 2a ZLiLDU ujawnienie tajemnicy następuje w niezbędnym zakresie. Określenia niezbędnego zakresu dokonuje organ zwalniający z zachowania z tajemnicy lekarskiej. W sytuacji wyrażenia zgody przez pacjenta lub przedstawiciela ustawowego na ujawnienie tajemnicy wymienione podmioty mogą określić zakres ujawnianych informacji. Wydaje się, że tę zasadę można odnieść również do zawodu psychologa, który powinien informacje objęte tajemnicą psychologiczną ujawnić także w niezbędnym zakresie.

Natomiast w art. 14 ust. 3 ZPiSZPU ustawodawca przewidział wyjątki od zachowania tajemnicy zawodowej przez psychologów. Na mocy tego przepisu tajemnica psychologiczna może zostać naruszona, gdy poważnie zagrożone jest zdrowie, życie klienta lub innych osób albo tak stanowią ustawy. Problematyka ujawnienia tajemnicy zawodowej w pierwszym przypadku jest szerzej opisana w literaturze na gruncie ujawnienia tajemnicy lekarskiej<sup>40</sup>, widać więc, jak powierzchownie traktowana jest ta kwestia w odniesieniu do osób wykonujących zawód psychologa. Część autorów uważa, że tezy zawarte we wspomnianym piśmiennictwie można analogicznie odnieść do zawodu psychologa<sup>41</sup>. Stosując zaprezentowane podejście doktryny, należy wskazać, że zagrożenie, o którym mówią przepisy, musi być poważne i rzeczywiste. Przekazywane informacje powinny dotrzeć tylko do zainteresowanych osób oraz w takim zakresie, w jakim jest to niezbędne dla ochrony interesu klienta lub osób trzecich. Przykładowo psycholog, zauważając tendencje samobójcze lub jasno zadeklarowane sformułowania dotyczące popełnienia samobójstwa, powinien o tym fakcie powiadomić osoby z najbliższego otoczenia klienta (np. rodzinę, współlokatora/ów) w celu wzmożenia nad nim opieki. Drugi wyjątek, o którym mówi art. 14 ust. 3 ZPiSZPU, dotyczy sytuacji, gdy wyraźnie przepis ustawy dopuszcza ujawnienie informacji<sup>42</sup>. Dyspensa ta wydaje się mieć kluczowe

<sup>40</sup> R. Kubiak, *Prawo medyczne*, s. 205–209.

<sup>41</sup> W. Sobczak, G. Straburzyński, *Tajemnica zawodowa psychologa ze szczególnym uwzględnieniem uwarunkowań pracy psychologa szkolnego*, [https://wil.org.pl/wp-content/uploads/Witold-Sobczak\\_Grzegorz-Straburzy%C5%84ski\\_Tajemnica-zawodowa-psychologa-ze-szczeg%C3%B3lnym-uwzgl%C3%ADnieniem-uwarunkowa%C3%B1-pracy-psychologa-szkolnego.pdf](https://wil.org.pl/wp-content/uploads/Witold-Sobczak_Grzegorz-Straburzy%C5%84ski_Tajemnica-zawodowa-psychologa-ze-szczeg%C3%B3lnym-uwzgl%C3%ADnieniem-uwarunkowa%C3%B1-pracy-psychologa-szkolnego.pdf) (20.05.2022).

<sup>42</sup> Zob. *Kodeks postępowania karnego. Komentarz*, red. J. Skorupka, Warszawa 2023, s. 442–443.

znaczenie, gdyż w drodze przepisów szczególnych psycholog może zostać zobligowany do niezachowania poufności na potrzeby różnych postępowań prawnych, w których wystąpi jako świadek albo biegły. Nim jednak uzyska taką rolę procesową, może być zobowiązany do powiadomienia odpowiednich organów o okolicznościach, o których dowiedział się w związku z wykonywaniem swojego zawodu.

Warto w tym miejscu zauważyć, że psycholog, jak również lekarz za złamanie (niezachowanie) zasad tajemnicy zawodowej może odpowiadać cywilnie (odpowiedzialność odszkodowawcza na podstawie art. 23 i 24 k.c.), karnie (art. 266 § 1 k.k.) i dyscyplinarnie. Wszystkie te reżimy odpowiedzialności są niezależne od siebie<sup>43</sup>.

Przechodząc do *meritum* rozważań dotyczących zmian wprowadzanych przez zmianę ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw, należy wskazać, że ze względu na ramy niniejszego opracowania nie sposób omówić wszystkich kwestii związanych z zachowaniem tajemnicy medycznej (lekarskiej lub psychologicznej). Dlatego skupiono się na jej najważniejszych aspektach w kontekście projektowanych zmian. Nie można jednak pominąć faktu, że proponowane przez ustawodawcę zmiany w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentystry oraz ustawie o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów nakładają na te dwa zawody nowy obowiązek denuncjacyjny. W literaturze, choć w innym kontekście, wskazuje się, że dokonywane przez ustawodawcę zmiany dotyczące tajemnicy lekarskiej nakładają na lekarzy dodatkowe obowiązki. Powodują jednocześnie odejście od relacji „przyjacielskiej” między lekarzem a pacjentem, opartej na zaufaniu<sup>44</sup>. Lekarz staje się swego rodzaju nieformalnym urzędnikiem, którego praca polega na wypełnianiu kolejnych dokumentów. Innym problemem jest rozdrobnienie przepisów, które regulują kwestię tajemnicy medycznej, w różnych aktach prawnych. Tym samym polski ustawodawca odchodzi od wypracowanego na przestrzeni wieków schematu tajemnicy lekarskiej<sup>45</sup>.

W ocenie autorów niniejszego opracowania nałożony przez ustawodawcę na lekarzy i psychologów nowy obowiązek denuncjacyjny może doprowadzić do niewytworzenia się delikatnej więzi, która powinna pojawić się między pacjentem a lekarzem lub psychologiem. Przyczyn takiego stanu rzeczy należy upatrywać *de facto* w konstrukcji uchwalonego przez ustawodawcę art. 7a ust. 3 PPIRPPU, który obliuguje psychologa lub lekarza do udzielania informacji przedstawicielowi ustawowemu małoletniego pacjenta o jego stanie zdrowia psychicznego oraz o konieczności udzielania mu określonych świadczeń zdrowotnych, a także o udziale tego przedstawiciela w procesie udzielania świadczeń w sytuacjach, o których mowa w art. 7a ust. 1 lub 2 PPIRPPU. Takie rozwiązanie powoduje, że delikatna relacja polegająca

---

<sup>43</sup> Szerzej kwestie odpowiedzialności za złamanie tajemnicy zawodowej przez lekarzy opisuje: R. Kubiak, *Prawo medyczne*, s. 195–199.

<sup>44</sup> Tematyka nowelizacji przepisów dotyczących tajemnicy zawodowej jest opisywana w literaturze w kontekście obowiązku zachowania poufności przez lekarzy. Zdaniem autorów niniejszego opracowania uwagi te można odnieść też do zawodu psychologa.

<sup>45</sup> J. Sobczak, *Tajemnica lekarska w obliczu zmian*, „Medyczna Wokanda” 2017, nr 9, s. 39–62.

na zaufaniu, która powinna połączyć psychologa lub lekarza z pacjentem małoletnim, może nigdy nie zaistnieć. Z doświadczenia zawodowego autorki niniejszego opracowania wynika, że osoby pełnoletnie mają problemy z „otworzeniem się” przed psychologiem w trakcie prowadzonych sesji. Dlatego na pierwszym spotkaniu psycholog powinien zawrzeć z pacjentem tzw. kontrakt, w którym określone zostaną zasady współpracy, oraz wyjaśnić zasady zachowania poufności. Ten ostatni element pozwala najczęściej pacjentom otworzyć się w trakcie sesji. Mają oni poczucie, że informacje z ich życia prywatnego będą chronione i tylko w nielicznych, przewidzianych przepisami prawa sytuacjach mogą zostać ujawnione.

Wejście w życie proponowanych zmian w PPiRPPU oraz ZPiSZPU i ZLiLDU, na podstawie których małoletni chcieliby skorzystać z pomocy psychologicznej i został poinformowany przez psychologa lub lekarza o obowiązku informacyjnym dla przedstawiciela ustawowego, najprawdopodobniej doprowadziłoby do sytuacji, w której zrezygnowałby z tej formy pomocy albo zatajał informacje, obawiając się ich przekazania rodzicom (przedstawicielowi ustawowemu) ze względu na brak zachowania obowiązku poufności. Natomiast niepoinformowanie o wyżej wymienionym obowiązku mogłoby doprowadzić do poczucia zdrady ze strony osoby, do której niepełnoletni zwrócił się o pomoc psychologiczną, powodując „zamknięcie” się małoletniego pacjenta w trakcie sesji albo co gorsze – rezygnację z tej formy pomocy psychologicznej.

Powyższe rozważania prowadzą do wniosku, że zaproponowane przez ustawodawcę przepisy mogą stać się fikcją, która wyglądać będzie dobrze na przysłowiowym papierze, nie pomoże jednak poprawić zdrowia psychicznego małoletnich po ukończeniu 13. roku życia, skoro nie będą oni chcieli skorzystać z pomocy lekarskiej lub psychologicznej na gruncie art. 7a ust. 1 lub 2 PPiRPPU. Podstaw takiego zachowania można się doszukiwać w braku poszanowania prawa do prywatności i intymności pacjentów małoletnich, którzy mają prawo do zachowania w tajemnicy informacji przekazywanych psychologowi lub lekarzowi. Na gruncie obecnie obowiązujących przepisów psycholog lub lekarz może odmówić przedstawicielowi ustawowemu udzielenia informacji ze względu na wiążącą go tajemnicę zawodową, a ten nie ma żadnych prawnych instrumentów, żeby taką zgodę wymusić<sup>46</sup>.

Wydaje się, że rozwiązanie obligujące lekarza lub psychologa do ujawnienia określonych ustawowo informacji o pacjencie małoletnim miało na celu poszanowanie władzy rodzicielskiej. Tym samym można domniemywać, że posłowie mieli podobne wątpliwości do tych, które wyraził Prezydent RP, kierując ustawę o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw do Trybunału Konstytucyjnego. Nie można natomiast nie zauważyć, że chcąc zapewnić rodzicom udział w leczeniu, ustawodawca zakwestionował upodmiotowienie małoletniego pacjenta w kontaktach z psychologiem lub lekarzem, które było, jak się wydaje, celem tych zmian.

---

<sup>46</sup> R. Kubiak, *Prawo medyczne*, s. 202.

Dodatkowo należy zauważyć, że nowa regulacja (art. 7a ust. 3 PPIRPP) tworzy z psychologa lub lekarza nieformalnego urzędnika, który jak się wydaje, będzie musiał pozyskać od pacjenta małoletniego informacje o jego przedstawicielu ustawowym, w tym kontaktowe, oraz wygospodarować dodatkowy czas na spotkanie z nim (rozmowę telefoniczną) w celu przekazania informacji. Tworzy to dodatkowe komplikacje po stronie tych zawodów.

Zauważyć należy, że ustawa nie precyzuje również sytuacji, w której małoletni pacjent odmówi podania danych przedstawiciela ustawowego, w tym kontaktowych, albo poda nieprawdziwe informacje o nim. Lekarz lub psycholog nie są wyposażeni w żadne instrumenty prawne pozwalające im zweryfikować prawdziwość takich informacji. Natomiast w sytuacji, w której małoletni pacjent odmówi udzielenia informacji o przedstawicielu ustawowym, powstaje dylemat moralny związany z udzieleniem mu świadczeń zdrowotnych. Zgłoszenie się takiej osoby do psychologa lub lekarza oznacza chęć uzyskania pomocy psychologicznej, której podmiot udzielający świadczeń powinien odmówić z uwagi na, jak się wydaje, brak możliwości wypełnienia obowiązku informacyjnego dla przedstawiciela ustawowego. Takie zachowanie – może i słuszne w świetle przepisów prawa – może budzić etyczne wątpliwości, dochodzi tu bowiem do konfliktu wartości, z których lekarz lub psycholog będzie mógł wybrać tylko jedną opcję. Odpowiadając na pytanie, które dobro poświęcić, może narazić siebie na odpowiedzialność za niewypełnienie obowiązku ustawowego albo małoletniego pacjenta, który nie otrzyma odpowiedniej pomocy psychologicznej.

Ostatnią kwestią omawianą w niniejszym artykule jest wprowadzany obowiązek denuncjacji opisany w art. 7a ust. 4 PPIRPPU. Zgodnie z jego treścią lekarz lub psycholog mają obowiązek zawiadomić sąd opiekuńczy właściwy ze względu na miejsce zamieszkania małoletniego pacjenta w przypadku zagrożenia jego dobra, jeśli udzielali świadczenia zdrowotne, o których mowa w art. 7a ust. 1 lub 2 PPIRPPU. Wydaje się, że przepis ten stanowi powtórzenie dotychczas obowiązujących regulacji: art. 40 ust. 2 pkt 4 ZLiLDU i art. 14 ust. 3 pkt 1 ZPiSZP. Przepisy te zostały omówione wcześniej, dlatego w tym miejscu należy przypomnieć, że dotyczą one ujawnienia tajemnicy zawodowej w sytuacji, gdy poważnie jest zagrożone zdrowie, życie pacjenta (klienta) lub innych osób. Należy jednak zauważyć, że użyte przez ustawodawcę sformułowanie *dobro małoletniego pacjenta* w art. 7a ust. 4 PPIRPPU jest szerszym pojęciem niż dotychczasowe regulacje. Zdaniem autorów niniejszego opracowania podstaw takiego rozwiązania należy poszukiwać w kwestii użytecznej, polegającej na niesieniu pomocy małoletniemu pacjentowi. Niestety takie rozwiązanie ma swoje wady. Po pierwsze, dobro małoletniego pacjenta jest pojęciem nieostrym, które może być trudne do zdefiniowania przez psychologów lub lekarzy<sup>47</sup>. Pomocne pod tym względem

---

<sup>47</sup> SN w swoim orzecznictwie posługuje się dwoma pojęciami: *dobro małoletniego* i *dobro pacjenta*. Wydaje się, że mogą być one pomocne przy definiowaniu pojęcia *dobro pacjenta małoletniego* – zob. postanowienie SN z dnia 20 września 2024 r., sygn. II CSKP 1132/23, Legalis nr 3123467; postanowienie SN z dnia 10 kwietnia 2025 r., sygn. I CSK 399/25, Legalis nr 3204833;

będą doktryna i judykatura, które powinny wykazać, że interpretowanie tego sformułowania powinno być dokonywane zawężająco, a nie rozszerzająco. Po drugie, ustawodawca wprowadza kolejny wyjątek od zachowania tajemnicy zawodowej do obiegu prawnego. Ma to nie tylko konsekwencje dla tych zawodów, ale również społeczne. Wprowadzanie kolejnych wyjątków może spowodować obniżenie prestiżu zawodu, ale także poziomu zaufania społecznego do psychologów lub lekarzy.

## Podsumowanie

Mając na uwadze powyższe rozważania, należy stwierdzić, że słuszne przesłanki, które stały za wprowadzeniem nowych przepisów przez ustawę o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw, mogą nie spełnić swojego zadania, którym jest poprawa zdrowia psychicznego wśród osób małoletnich. U podstaw takiej sytuacji leżą przepisy wprowadzające nowy obowiązek denuncjacyjny dla lekarzy i psychologów, którego spełnienie może nadwyrężyć zaufanie do tych zawodów u małoletnich pacjentów, którzy ukończyli 13 lat. W związku z tym pomoc psychologiczna dla tej grupy może być utrudniona przez brak wytworzenia się „przyjacielskiej” więzi między pacjentem a podmiotem udzielającym świadczenia. Tym samym upodmiotowienie pacjentów małoletnich na gruncie proponowanych zmian w rzeczywistości nie zaistnieje.

## Bibliografia

- Banaszak B., Preisner A., *Prawa i wolności obywatelskie w Konstytucji RP*, Warszawa 2002.
- Boratyńska M., Konieczniak P., *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001.
- Cieślak M., *Glosa do uchwały SN z 29.11.1962 r., VI KO 61/62*, „Państwo i Prawo” 1963, z. 7.
- Duda J., *Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, Warszawa 2009.
- Etyczne dylematy psychologii*, red. J. Brzeziński, M. Toeplitz-Winiewska, Warszawa 2004.
- Glaser S., Mogilnicki A., *Kodeks karny. Komentarz*, Kraków 1934.
- Huk A., *Tajemnica zawodowa lekarza*, „Prokuratura i Prawo” 2001, nr 6.
- Karkowska D., *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2012.
- Kmieciak B., *Wybrane uwagi prawno-społeczne dotyczące konieczności zmiany definicji zgody kumulatywnej*, „Palestra” 2025, nr 3.
- Kodeks postępowania karnego. Komentarz*, red. J. Skorupka, Warszawa 2023.
- Kubiak R., *Prawo medyczne*, Warszawa 2021.
- Kubiak R., *Tajemnica medyczna*, Warszawa 2015.
- Kunicka-Michalska B., *Ochrona tajemnicy zawodowej w polskim prawie karnym*, Warszawa 1972.
- Łojewski K., *Instytucje odmowy zeznań w polskim procesie karnym*, Warszawa 1970.

---

postanowienie SN z dnia 25 października 2021 r., sygn. V KK 450/21, Legalis nr 2689990; postanowienie SN z dnia 3 lipca 2019 r., sygn. I CSK 45/19, Legalis nr 1967568; postanowienie SN z dnia 26 października 2023 r., sygn. II ZK 90/22, Legalis nr 3003047; postanowienie SN z dnia 13 lipca 2022 r., sygn. II CSKP 1383/22, Legalis nr 2728327.

- Łuków P., Wrześniewska-Wal I., *Prywatność pacjenta a kształcenie medyczne*, „Prawo i Medycyna” 2008, nr 3.
- Peiper L., *Komentarz do kodeksu karnego*, Kraków 1936.
- Prezydent podpisał na odchodne sześć ustaw, jedną skierował do TK, dwie zawetował, <https://www.rp.pl/prawo-w-polsce/art42812861-prezydent-podpisał-na-odchodne-szesc-ustaw-jedna-skierowal-do-tk-dwie-zawetowal> (9.09.2025).
- Saffjan M., *Problemy prawne tajemnicy lekarskiej*, „Kwartalnik Prawa Prywatnego” 1995, nr 1.
- Sauter F., *Geschichte und Zweck des Berufsgeheimnisses*, Breslau 1910.
- Sawicki J., *Tajemnica zawodowa lekarza i dziennikarza w prawie karnym*, Warszawa 1960.
- Sieńczyło-Chlabicz J., *Prawo do ochrony sfery intymności jednostki*, „Państwo i Prawo” 2004, z. 11.
- Sobczak W., Straburzyński G., *Tajemnica zawodowa psychologa ze szczególnym uwzględnieniem uwarunkowań pracy psychologa szkolnego*, [https://wil.org.pl/wp-content/uploads/Witold-Sobczak\\_Grzegorz-Straburzy%C5%84ski\\_Tajemnica-zawodowa-psychologa-ze-szczeg%C3%B3lnym-uwzgl%C3%AAdnieniem-uwarunkowa%C3%B1-pracy-psychologa-szkolnego.pdf](https://wil.org.pl/wp-content/uploads/Witold-Sobczak_Grzegorz-Straburzy%C5%84ski_Tajemnica-zawodowa-psychologa-ze-szczeg%C3%B3lnym-uwzgl%C3%AAdnieniem-uwarunkowa%C3%B1-pracy-psychologa-szkolnego.pdf) (20.05.2022).
- Świtała K., *Tajemnice zawodów medycznych – podstawowa charakterystyka*, „Monitor Prawniczy” 2014, nr 11.
- Wild M., *Ochrona prywatności w prawie cywilnym (koncepcja sfer a prawo podmiotowe)*, „Państwo i Prawo” 2001, z. 4.

## Streszczenie

Niniejsze opracowanie podejmuje temat zmian w przepisach regulujących tajemnicę zawodową lekarza i psychologa. Do dotychczasowych regulacji zezwalających na ujawnienie tajemnicy zawodowej zostanie dodany kolejny wyjątek, tym razem dotyczący pacjentów małoletnich, którzy ukończyli 13 lat. Zobowiązuje on lekarzy lub psychologów do ujawnienia określonych prawem informacji przedstawicielowi ustawowemu małoletniego pacjenta. Omówienie tych zmian oraz ich wpływ na relację pomiędzy pacjentem a podmiotem udzielającym świadczeń pozwoli sprawdzić, czy szlachetne pobudki leżące u podstaw ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw zostaną spełnione.

*Słowa kluczowe:* tajemnica zawodowa, małoletni, psycholog, lekarz, denuncjacja

## THE OBLIGATION OF CONFIDENTIALITY FOR PHYSICIANS AND PSYCHOLOGISTS IN LIGHT OF THE PROPOSED AMENDMENTS TO THE ACT ON PATIENTS' RIGHTS AND THE PATIENT OMBUDSMAN AND OTHER ACTS

### Abstract

This study addresses changes in the regulations governing professional confidentiality for doctors and psychologists. Another exception will be added to the existing regulations permitting the disclosure of professional confidentiality. This time, it concerns minor patients over the age of 13. This exception obliges doctors and psychologists to disclose legally defined information to the minor patient's legal representative. A discussion of these changes and their impact on the relationship between the patient and the provider of services will allow us to assess whether the noble intentions underlying the Act Amending the Act on Patients' Rights and the Patient Ombudsman, as well as certain other acts, will be fulfilled.

*Keywords:* professional secrecy, minor, psychologist, doctor, denunciation