

# Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej

## *Patient's right to pastoral care*

Rafał Kubiak

Zakład Prawa Medycznego, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

### Streszczenie

Wolność sumienia i wyznania stanowi istotną wartość, chronioną w Polsce zarówno regulacją konstytucyjną, jak i wieloma aktami niższej rangi. Wyprowadza się z niej możliwość przyjmowania swobodnie zapatrywań światopoglądowych, w tym religijnych, a następnie ich uzewnętrznienia, np. poprzez udział w ceremoniach i obrzędach związanych z danym kultem. Uprawnienie to przysługuje każdemu człowiekowi, ale jest szczególnie istotne w przypadku osób chorych. Ze względu na swój stan mogą bowiem mieć wzmożoną potrzebę odczuć duchowych. Jednak gdy pacjenci przebywają w stacjonarnych placówkach medycznych, m.in. w szpitalu bądź hospicjum, realizacja tych potrzeb może napotkać na naturalne przeszkody. Polski ustawodawca zagwarantował więc takim chorym prawo do opieki duszpasterskiej. W artykule przedstawiono konstytucyjne rozumienie wolności wyznaniowej oraz ukazano międzynarodowe i polskie regulacje prawne. Następnie omówiono prawo do opieki duszpasterskiej – zakres podmiotowy, oraz szczególnie uwzględnieniem sytuacji pacjenta małoletniego, oraz przedmiotowy. W tym fragmencie przedstawiono także wymogi prawne dotyczące funkcjonowania kaplicy w placówce medycznej. W dalszej części opracowania na podstawie konkretnych przykładów omówiono ochronę analizowanych uprawnień. W ujęciu cywilnoprawnym skupiono się głównie na dwóch aspektach: możliwości umieszczenia w przestrzeni publicznej, w tym w placówkach medycznych, emblematów religijnych, zwłaszcza krzyża, oraz dopuszczalności udzielenia pacjentowi sakramentu ostatniego namaszczenia. Całość wieńczą rozważania o odpowiedzialności karnej za dyskryminację wyznaniową i bezwyznaniowość.

**Słowa kluczowe:** prawo pacjenta, opieka duszpasterska, wolność wyznania.

### Abstract

Freedom of conscience and religion constitutes an important value, which is protected in Poland by both constitutional regulation and many acts of lower rank. It covers the possibility of accepting worldviews freely, including religious ones, and then externalising them, for example, through participation in ceremonies and rituals connected with a given cult. This entitlement is open to every human being, but it is particularly important for the sick. Due to their condition, they may have an increased need for spiritual feelings. However, in the case when patients are in stationary medical facilities, such as a hospital or hospice, the implementation of these needs may face natural obstacles. Therefore, the Polish legislator guaranteed such patients the right to pastoral care. The article presents a constitutional understanding of religious freedom and shows its international and Polish legal regulations. Subsequently, the right to pastoral care is presented. Its subjective and objective scope is discussed. In the further part of the study, the protection of the discussed powers is shown on the basis of specific factual states. In terms of civil law, the main focus is on two aspects: the possibility of placing religious emblems, especially the cross, in public spaces, including medical facilities, as well as the admissibility of giving the patient the Extreme Unction. The article is summed up with the consideration of criminal liability for religious discrimination and lack of religious denomination.

**Key words:** patient's right, pastoral care, freedom of religion.

Adres do korespondencji:

dr hab. Rafał Kubiak, prof. UM w Łodzi, Zakład Prawa Medycznego, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, ul. Lindleya 6, 90-131 Łódź, e-mail: [rafal.kubiak@umed.lodz.pl](mailto:rafal.kubiak@umed.lodz.pl)

## ISTOTA I ŹRÓDŁA WOLNOŚCI WYZNANIOWEJ

We współczesnych demokracjach, afirmujących wolność człowieka i poszanowanie jego godności, ważnym uprawnieniem jest wolność sumienia i wyznania. W literaturze prawniczej wskazuje się, że jest to tzw. prawo podmiotowe przysługujące każdemu człowiekowi, bez względu na jego cechy, a więc m.in. narodowość, obywatelstwo, status społeczny, płeć, wiek [1, s. 89]. Posiada je więc również człowiek chory, niedołączony, wymagający opieki i potrzebujący świadczeń zdrowotnych. Uprawnienia w tym zakresie mają także pacjenci hospitalizowani lub przebywający w innych stacjonarnych, całodobowych placówkach medycznych, w szczególności w hospicjach. Z konstrukcji tego prawa wynika, że każdy musi je respektować, a zadaniem państwa jest takie przygotowanie instytucji i instrumentów prawnych, by z jednej strony zapewnić swobodę każdemu, a z drugiej przeciwdziałać wszelkim przejawom nietolerancji i dyskryminacji. Na wagę tego uprawnienia wskazuje jego wypowiedzenie w wielu aktach międzynarodowych. Nie dokonując pogłębionego przeglądu, warto jedynie przykładowo przywołać Konwencję o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności sporządzoną w Rzymie 4 listopada 1950 r. [2]. W art. 9 gwarantuje ona wolność myśli, sumienia i wyznania. Prawo to obejmuje m.in. wolność uzewnętrzniania indywidualnie lub wspólnie z innymi, publicznie lub prywatnie, swego wyznania lub przekonań przez uprawianie kultu, nauczanie, praktykowanie i czynności rytualne. Ograniczenia w tym zakresie mogą być tylko wyjątkowe, wymagają regulacji ustawowej i mogą być uzasadnione jedynie bezpieczeństwem publicznym, ochroną porządku publicznego, zdrowia i moralności lub ochroną praw i wolności innych osób. Z kolei art. 14 tej Konwencji statuuje zakaz dyskryminacji, w tym z powodu religii. W podobnym duchu zostały sformułowane postanowienia Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych otwartego do podpisu w Nowym Jorku 19 grudnia 1966 r. [3]. W myśl art. 2 Państwa Strony zobowiązały się do przestrzegania i zapewnienia wszystkim osobom przebywającym na ich terenie jednakowych praw bez względu m.in. na religię. Natomiast art. 18 gwarantuje każdemu wolność myśli, sumienia i wyznania, w tym uzewnętrzniania swej religii. Zgodnie z Paktem nikt nie może podlegać przymusowi, który stanowiłby zamach na jego wolność posiadania lub przyjmowania wyznania albo przekonań według własnego wyboru. Państwa Strony zostały też zobowiązane do poszanowania wolności rodziców lub, w odpowiednich przypadkach, opiekunów prawnych do zapewnienia swym dzieciom wychowania religijnego i moralnego zgodnie z własnymi przekonaniami. Warto jeszcze wspomnieć o art. 27

Paktu, który zapewnia mniejszościom etnicznym, religijnym lub językowym prawo do własnego życia kulturalnego, wyznawania i praktykowania własnej religii.

Polska, będąca stroną tych aktów międzynarodowych, również jest zobligowana do zastosowania się do ich postanowień. Na gruncie krajowym kwestia wolności sumienia i wyznania także została potraktowana jako fundamentalne uprawnienie każdej osoby, czego wyrazem jest podniesienie tego zagadnienia do rangi konstytucyjnej. Zgodnie z art. 53 ust. 1 Konstytucji RP każdemu zapewnia się wolność sumienia i religii. Z regulacją tą koresponduje art. 25 Konstytucji RP, w myśl którego kościoły i inne związki wyznaniowe są równouprawnione. Władze publiczne zaś zachowują bezstronność w sprawach przekonań religijnych, światopoglądowych i filozoficznych, zapewniając swobodę ich wyrażania w życiu publicznym. Uszczegółowienie tych regulacji nastąpiło w drodze ustawy z 17 maja 1989 r. o gwarancjach wolności sumienia i wyznania [4]. Nie referując jej wszystkich postanowień, można jedynie wskazać, że podobnie jak w przedstawionych aktach międzynarodowych polska ustawa statuuje równość wszystkich obywateli, zarówno wierzących, jak i niewierzących. Osoby wierzące mogą wyrażać indywidualnie lub zbiorowo swe przekonania, w tym uczestniczyć w czynnościach i obrzędach religijnych oraz wypełniać obowiązki religijne i obchodzić święta religijne, a także wychowywać dzieci zgodnie ze swoimi przekonaniami w sprawach religii. Ustawa uprawnia też do zachowania milczenia w sprawach swojej religii lub przekonań. Z punktu widzenia niniejszego opracowania istotny jest również art. 4 ustawy, który zapewnia osobom przebywającym w podmiotach medycznych i opieki społecznej możliwość udziału w uroczystościach i obrzędach religijnych. Z regulacją tą koresponduje art. 6 ustawy, który stanowi zakaz dyskryminacji z powodu religii lub przekonań religijnych. Zabrania też zmuszania zarówno do uczestnictwa, jak i niebrania udziału w takich rytuałach i ceremoniach.

Z unormowań tych wynika zatem, że każda osoba przebywająca na terenie Rzeczypospolitej Polskiej ma zapewnione wspomniane prawa. Zachowują je więc również osoby chore, przebywające w placówkach medycznych.

Przepisy nie definiują pojęcia wolności sumienia. W literaturze przyjmuje się jednak, że posiadanie wolnego sumienia oznacza możliwość własnego światopoglądu (nie tylko *stricte* religijnego, lecz także wynikającego z przyjętego przez jednostkę systemu aksjologicznego), który jest „zespołem przekonań, sądów, ocen i norm oraz postaw, porządkującym postępowanie względem siebie i otoczenia” [5, s. 437]. Mając na względzie, że wyznawany system wartości opiera się na wewnętrznych potrze-

bach i przemyśleniach, nie podlega on reglamentacji prawnej. Państwo nie może zatem ingerować w tę sferę. Regulacje prawne mogą natomiast dotyczyć form uzewnętrznienia swych przekonań, w tym uczestniczenia w różnych celebracjach religijnych. Polskie prawo zapewnia jednak i w tym względzie wolność, która obejmuje swobodne manifestowanie swego wyznania [6, s. 271]. W kontekście art. 53 Konstytucji RP wyjaśnia się, że wolność ta obejmuje możliwość wyboru wyznawanej lub przyjmowanej religii, a w tym zakresie m.in. prawo do uczestniczenia w różnych formach jej uzewnętrzniania, np. uprawianie kultu, modlitwy, uczestnictwo w obrzędach i praktykach religijnych, możliwość posiadania miejsc kultu, w szczególności świątyń, prawo do korzystania z pomocy religijnej. Od strony negatywnej wolność ta rozumiana jest zaś jako zakaz zmuszania do udziału w takich czynnościach oraz zakaz zobowiązania przez organy państwa do ujawniania swych preferencji światopoglądowych [7, s. 48]. Ponadto omawiane uprawnienie umożliwia rodzicom decydowanie o kierunku wychowania religijnego swych dzieci, a także pozyskiwanie i rozpowszechnianie informacji na temat wyznawanej wiary [8, s. 94]. Mimo że prawo tak szeroko dopuszcza swobody w tym obszarze, nie są one nieograniczone. Zgodnie bowiem z art. 53 ust. 5 Konstytucji RP możliwe jest wprowadzenie w drodze ustawy limitów w zakresie uzewnętrznienia swych przekonań religijnych. Musi to być jednak uzasadnione koniecznością ochrony bezpieczeństwa państwa, porządku publicznego, zdrowia, moralności lub wolności i praw innych osób. W odniesieniu do pacjentów istotna wydaje się ta ostatnia przesłanka. W literaturze wyjaśnia się bowiem, że nie wolno wyzyskiwać wolności jednej osoby kosztem innej. „Wolność polega na możliwości czynienia wszystkiego, co nie szkodzi drugiemu. Korzystanie z wolności niezgodnie z jej przeznaczeniem przestaje być wolnością, a staje się swawolą” [5, s. 462]. Wydaje się, że kwestia ta jest szczególnie ważna w przypadku obłożnie chorych, którzy ze względu na swój stan zdrowia muszą pozostawać w towarzystwie innych pacjentów i znosić ich zachowania. Powstaje więc pytanie o granice tolerowania nieakceptowanych przez tych chorych praktyk religijnych podejmowanych przez innych pacjentów. Zagadnienie to będzie omówione w dalszej części artykułu.

#### PRAWO DO OPIEKI DUSZPASTERSKIEJ JAKO WYRAZ WOLNOŚCI WYZNANIA I SUMIENIA PACJENTA

Możliwość realizacji wolności wyznaniowej i uzewnętrzniania swych przekonań religijnych – jak już wspomniano – jest szczególnie istotna w przypadku

chorych, zwłaszcza u kresu życia, przebywających w hospicjach i innych placówkach opiekuńczych. Z jednej strony bowiem ich stan może wyzwać wzmożoną potrzebę doznań duchowych, których wyrazem może być udział w modlitwie i ceremoniach religijnych, chęć spotkania się z duszpasterzem itd. W literaturze psychologicznej wskazuje się, że potrzeby w tej sferze mogą się zmieniać wraz z fazami, przez które przechodzi osoba śmiertelnie chora. Przykładowo w fazie tzw. targowania się pacjenci mogą składać obietnice Bogu lub innym transcendentnym bytom, iż podejmą określone czynności, np. będą gorliwie się modlić, uczęszczać do kościoła w zamian za poprawę stanu zdrowia [9, s. 244]. Z drugiej strony chory pozostający w takim ośrodku ma ograniczoną możliwość realizacji swych uprawnień i wolności. W wielu przepisach prawnych regulujących stosunek państwa polskiego do poszczególnych wyznań zagwarantowano więc możliwość korzystania z posługi duchowej i realizacji wolności religijnej. Jednocześnie unormowania te zobowiązują kierowników podmiotów leczniczych do stworzenia warunków umożliwiających korzystanie z tej wolności. Nie dokonując szczegółowego omówienia tych przepisów, warto wspomnieć jedynie wybrane przykłady.

W odniesieniu do Kościoła katolickiego na pierwszy plan w tym zakresie wysuwa się art. 17 Konkordatu między Stolicą Apostolską a Rzeczpospolitą Polską, podpisanego w Warszawie 28 lipca 1993 r. [10]. W jego myśl RP zapewnia warunki do wykonywania praktyk religijnych i korzystania z posług religijnych osobom przebywającym m.in. w podmiotach leczniczych i zakładach opieki społecznej. Pacjenci i pensjonariusze mają w szczególności prawo uczestniczyć we mszy św. w niedziele i święta oraz brać udział w katechizacji i rekolekcjach, a także prawo do korzystania z indywidualnych posług religijnych. W celu realizacji tych uprawnień biskup diecezjalny kieruje kapelanów do pracy w takich placówkach. Rozwiązania te uzupełnia Oświadczenie Rządowe z dnia 26 stycznia 1998 r. w sprawie Deklaracji Rządu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 15 kwietnia 1997 r. w celu zapewnienia jasnej wykładni przepisów Konkordatu między Stolicą Apostolską a Rzeczpospolitą Polską, podpisanego w Warszawie 28 lipca 1993 r. [11]. Gwarantuje ono dobrowolność korzystania z posługi kapelanów we wspomnianych podmiotach.

Podobną regulację zawiera ustawa z dnia 13 maja 1994 r. o stosunku Państwa do Kościoła Ewangelicko-Reformowanego w Rzeczypospolitej Polskiej [12]. Zgodnie z art. 12 ust. 1 osoby przebywające w podmiotach leczniczych mają prawo do praktyk religijnych i opieki duszpasterskiej. Z kolei art. 16 ustawy z dnia 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do gmin wyznaniowych żydowskich w Rzeczypo-

spolitej Polskiej [13] uprawnia duchownych tego wyznania do udzielania posług religijnych współwyznawcom przebywającym w zakładach opiekuńczych i wychowawczych, podmiotach leczniczych oraz domach pomocy społecznej. Z kolei art. 15 ustawy z dnia 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego Mariawitów w Rzeczypospolitej Polskiej [14] umożliwia korzystanie z takiej usługi pacjentom przebywającym w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. Kierownicy takich placówek zostali zobowiązani do zapewnienia duchownym tego wyznania swobodnego dostępu do wiernych.

Szerzej problematykę tę ujęto w ustawie z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Polskokatolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej [15]. W art. 16 statuuje ona prawo dzieci i młodzieży przebywającej m.in. w sanatoriach, prewentoriach i szpitalach do udziału w nabożeństwach oraz uczestniczenia w nauczaniu kościelnym i wykonywania praktyk religijnych właściwych dla tego wyznania. Uszczegółowienie tych kwestii nastąpiło w rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej oraz Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 14 października 1996 r. w sprawie zasad organizowania nabożeństw, katechizacji i wykonywania innych praktyk religijnych właściwych dla wyznania polskokatolickiego dzieciom i młodzieży przebywającym w zakładach wychowawczych i opiekuńczych, w sanatoriach, prewentoriach i szpitalach oraz korzystającym z zorganizowanego wypoczynku [16]. Stanowi ono, że w podmiotach takich umożliwia się dzieciom i młodzieży wyznania polskokatolickiego wykonywanie praktyk religijnych, zgodnie z życzeniem ich rodziców (opiekunów prawnych) bądź tych dzieci i młodzieży. Placówka jest zobowiązana otoczyć opieką takie osoby podczas udziału w nabożeństwach i innych praktykach religijnych oraz podczas uczestniczenia w katechizacji. Dzieci i młodzież mogą uczestniczyć w rekolekcjach oraz spotkaniach o charakterze wychowawczo-religijnym z osobami duchownymi lub świeckimi wyznania polskokatolickiego. W omawianych podmiotach mogą być umieszczone symbole religijne, uwzględniające potrzeby religijne dzieci i młodzieży. Rozporządzenie podkreśla też zakaz dyskryminacji i nietolerancji z powodu wykonywania bądź niewykonywania takich praktyk. Wspomniana ustawa gwarantuje również pacjentom przebywającym w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne oraz w domach pomocy społecznej prawo do wykonywania praktyk religijnych i korzystania z opieki duszpasterskiej (art. 17). Opiekę tę mają sprawować kapelani wyznaczeni przez Radę Synodu. Podmiot leczniczy powinien zaś wskazać

pomieszczenie (kaplicę), w której mogą się odbywać nabożeństwa.

Zbliżone regulacje znajdują się też w ustawie z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego w Rzeczypospolitej Polskiej [17]. W myśl art. 18 wiernym przebywającym w szpitalach, prewentoriach i sanatoriach oraz w domach pomocy społecznej zapewnia się prawo do praktyk religijnych, w tym świętowania soboty i przestrzegania zasad dietetycznych. Potrzeby duchowe mogą zaspokajać kapelani skierowani do takich placówek przez władze kościelne. Kierownictwo podmiotu leczniczego jest zaś zobligowane do udostępnienia pomieszczeń, w których mogą się odbywać nabożeństwa i inne zbiorowe posługi religijne. Rozwinięcie tej regulacji znajduje się w rozporządzeniu Ministrów: Zdrowia, Edukacji Narodowej oraz Sprawiedliwości z dnia 4 kwietnia 2000 r. w sprawie zasad organizowania wykonywania praktyk religijnych właściwych dla wyznania adwentystycznego [18].

Problematyka ta została unormowana również w odniesieniu do Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego. Zgodnie z art. 26 ustawy z dnia 4 lipca 1991 r. o stosunku Państwa do Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego [19] dzieciom i młodzieży przebywającym m.in. w sanatoriach, prewentoriach i szpitalach zapewnia się prawo do wykonywania praktyk religijnych i katechizacji z zachowaniem wzajemnej tolerancji. Osoby takie mają w szczególności prawo do udziału w liturgii świętej w niedziele i święta prawosławne. Dookreślenie tych uprawnień nastąpiło w zarządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 3 lipca 1992 r. w sprawie warunków zapewniania prawa wykonywania praktyk religijnych dzieciom i młodzieży przebywającym w zakładach wychowawczych i opiekuńczych oraz na obozach i koloniach [20]. Z kolei art. 27 ustawy adresowany jest do osób znajdujących się w szpitalach oraz zakładach pomocy społecznej. Ustawa gwarantuje im prawo do wykonywania praktyk religijnych i korzystania z posług religijnych. Zadania w tym zakresie wykonują kapelani skierowani do tych placówek przez biskupa diecezjalnego.

Oprócz przepisów kierowanych do podmiotów leczniczych odpowiednie unormowania są adresowane do pracowników medycznych, w szczególności lekarzy. W literaturze poświęconej ich postawom wobec umierającego pacjenta formułuje się dyrektywę m.in. otoczenia chorego wszechstronną opieką i w tym celu współpracy z innymi osobami wykonującymi zawody medyczne oraz z kapłanem. W fazie agonii pacjenta zaleca się ponadto, aby lekarz pomógł w uzyskaniu posługi kapłańskiej [21, s. 87–88]. W podobnym duchu został sformułowany art. 19 Kodeksu Etyki Lekarskiej zamieszczony w rozdziale

pt. „Poszanowanie praw pacjenta”. Przepis ten stanowi, że chory w trakcie leczenia ma prawo do kontaktów z duchownym.

Z punktu widzenia wolności wyznaniowej chorego i jego prawa do opieki duszpasterskiej uniwersalne znaczenie ma ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [22] (zwana dalej „UPP”), w której problematyce tej poświęcono art. 36–38. W myśl pierwszego z podanych przepisów pacjent przebywający w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do opieki duszpasterskiej. Zgodnie z art. 8 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [23] (zwanej dalej „UDL”), świadczenia takie mogą być szpitalne i inne niż szpitalne. W tej drugiej grupie mogą być realizowane w zakładach opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych, rehabilitacji leczniczej oraz w hospicjach (art. 12 ust. 1 UDL). Można zatem przyjąć, że zarówno w szpitalu, jak i w wymienionych placówkach jest realizowane prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej.

Podmiotowo uprawnienie to przysługuje każdemu pacjentowi bez względu na wiek, płeć, obywatelstwo, stan zdrowia itd. Nie ulega wątpliwości, że o skorzystaniu z tego uprawnienia i zakresie jego realizacji mogą decydować osoby mające pełną zdolność do czynności prawnych, czyli pełnoletnie i nieubezwłasnowolnione. Problematiczna jest natomiast sytuacja małoletnich. W piśmiennictwie wskazuje się, że możliwe jest w tym względzie zastosowanie dwóch modeli. Według pierwszego decydentami są rodzice (ewentualnie opiekun prawny). Według drugiego swobodnie z tego uprawnienia mogą korzystać małoletni, przy czym określa się różne granice wiekowe, np. 10. rok życia. W takim ujęciu konieczne byłoby uzyskanie zgody dziecka na włączenie go do danej wspólnoty wyznaniowej oraz na udział w obrzędach i rytuałach przez nią realizowanych [24, s. 28–29]. Polskie przepisy nie normują tej kwestii wprost. Jednakże za punkt wyjścia do ustalenia kompetencji decyzyjnych małoletniego może posłużyć art. 48 Konstytucji RP, który przyznaje rodzicom prawo do wychowania dzieci zgodnie z własnymi przekonaniem. Jednakże ustrojodawca nakazuje podmiotowo traktować również małoletnich. W dalszej części przepisu wskazuje bowiem, że wychowanie to powinno uwzględniać stopień dojrzałości dziecka, wolność jego sumienia i wyznania oraz jego przekonania. W podobnym duchu został sformułowany art. 53 ust. 3 Konstytucji RP. W jego myśl rodzice mają prawo do zapewnienia dzieciom wychowania i nauczania moralnego i religijnego zgodnie ze swoimi przekonaniem. W kolejnym zdaniu stanowi się jednak, że w tej sferze należy odpowiednio stosować powołany art. 48 Konstytucji

RP, a więc brać pod uwagę stanowisko dziecka. Z regulacji tej wynikają dwie konsekwencje. Po pierwsze nikt nie może narzucać rodzicom, w jaki sposób mają wychować dzieci w sferze poglądów religijnych i światopoglądowych. Po wtóre przy podejmowaniu decyzji w tym obszarze rodzice powinni się kierować również zapatrywaniami dziecka (naturalnie jeśli jego poziom rozwoju intelektualnego i społecznego na to pozwala) [6, s. 274]. Na potrzebę uwzględnienia stanowiska dziecka wskazuje również art. 95 § 4 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego. W jego myśl rodzice przed powzięciem decyzji w ważniejszych sprawach dotyczących osoby lub majątku dziecka powinni je wysłuchać, jeżeli rozwój umysłowy, stan zdrowia i stopień dojrzałości dziecka na to pozwalają, oraz uwzględnić w miarę możliwości jego rozsądne życzenia. Z unormowania wynikają zatem dwa obowiązki rodziców: wysłuchania dziecka oraz współdziałania z nim poprzez wzięcie pod uwagę jego oczekiwań. W piśmiennictwie wyjaśnia się, że celem wysłuchania jest poznanie przez rodziców wyborów dokonanych przez dziecko i jego zdania na dany temat. Dzięki takim informacjom rodzice mogą lepiej rozpoznać potrzeby dziecka i ukierunkowywać je wychowawczo. Jeśli poziom małoletniego na to pozwala, wysłuchanie ewolucyjnie powinno się przekształcać we współdziałanie [25, s. 145–146]. Na potrzebę wspólnego podejmowania decyzji zwraca się uwagę także w piśmiennictwie psychologicznym. Wskazuje się, że taka postawa rodzicielska pozwala z jednej strony na kształtowanie u dziecka odpowiedzialności ze swoje czyny, z drugiej zaś dowartościowuje małoletniego, który dostrzega, że ma wpływ na podejmowanie decyzji. Służy rozwojowi umiejętności dziecka radzenia sobie i pokonywania przeszkód. Pozytywnie ocenia się więc demokratyczny model wychowywania [26, s. 24–31]. Ważnym elementem takiego modelu jest poszanowanie wolności dziecka, która obejmuje możliwość swobodnej wypowiedzi i działania, sprzeciwienia się nakazom lub zakazom rodziców oraz decydowania o sobie. Rodzice powinni zatem nie tylko komunikować się z dzieckiem, ale brać pod uwagę jego wybory i kierować się nimi w trosce o jego dobro [27, s. 10–11]. Postulaty te są zgodne z postanowieniami aktów międzynarodowych stojących na straży praw dziecka. Przykładowo można przywołać Konwencję o Prawach Dziecka przyjętą przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 20 listopada 1989 r. [28]. W myśl art. 12 ust. 1 Państwa Strony (a więc i Polska) zostały zobowiązane do zapewnienia dziecku, które jest zdolne do kształtowania swych własnych poglądów, prawa do swobodnego ich wyrażania we wszystkich sprawach, które go dotyczą, przyjmując je z należytą wagą, stosownie do wieku oraz dojrzałości dziecka. Z kolei art. 16 Konwencji zapewnia dziecku ochronę przed ingerencją w sferę jego życia prywatnego oraz

przed zamachami na jego honor i reputację. Wydaje się, że tezy te mają szczególne znaczenie w sferze wolności światopoglądowej, w tym przyjętego systemu wierzeń religijnych. Można z tego wywieść, że rodzice powinni respektować wybory dziecka w tym obszarze. Tym bardziej zatem obowiązek poszanowania wolności sumienia i wyznania małoletniego spoczywa na osobach trzecich, w tym lekarzach opiekujących się dzieckiem w szpitalu. Z poczynionych rozważań można wyprowadzić dwa wnioski. Po pierwsze nikt, a więc także personel medyczny, nie może narzucać pacjentom, w tym małoletnim, swoich przekonań światopoglądowych. W szczególności z jednej strony przekonywać do swego systemu aksjologicznego, wyznania i zapatrywań religijnych, z drugiej zaś krytycznie wypowiadać się o poglądach wyznaniowych pacjenta, zmuszać do udziału w określonych ceremoniach itd. Po wtóre, kierując się podmiotowością małoletniego chorego, wydaje się, że należy dać pierwszeństwo jego woli przed stanowiskiem rodziców. Jeśli więc dziecko mogące kompetentnie wyrazić swoje zdanie na temat opieki duszpasterskiej nie życzy sobie jej wcale bądź w określonym zakresie, a przedstawiciel ustawowy reprezentuje inne stanowisko, należy skłonić się do oczekiwań małoletniego pacjenta.

W sensie przedmiotowym prawo do opieki duszpasterskiej obejmuje szereg uprawnień szczegółowych. Należy zacząć od prawa do informacji. Ogólnie można je wyprowadzić z poszanowania godności pacjenta, który powinien być traktowany podmiotowo, a więc również być zorientowany w swojej sytuacji związanej z pobytem w placówce medycznej. W omawianym kontekście należy zatem uświadomić go, jakiego wyznania duchowni pracują w szpitalu i są dostępni, na jakich zasadach można się z nimi skontaktować. Ponadto, czy w podmiocie leczniczym znajduje się kaplica lub inne miejsce, w którym można publicznie wyznawać swój kult, a także w jakie dni i o której godzinie odbywają się nabożeństwa lub inne uroczystości religijne. W tym miejscu warto odnieść się do kwestii, czy w szpitalu obowiązkowo powinna być kaplica. Przepisy medycznoprawne wprost nie wprowadzają takiej powinności. Jednakże można ją pośrednio wywieść m.in. z art. 31 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej [29]. Zgodnie z ust. 1 osobom przebywającym w zakładach leczniczych oraz zamkniętych zakładach pomocy społecznej zapewnia się prawo do wykonywania praktyk religijnych i korzystania z posług religijnych. Z kolei ust. 3 stanowi, że w celu umożliwienia udziału zainteresowanych chorych i podopiecznych we mszy św. i innych zbiorowych praktykach religijnych kierownicy właściwych zakładów państwowych przeznaczają odpowiednie pomieszczenia na kaplice,

a w wyjątkowych wypadkach udostępnią do tego celu inne miejsca. Terminologia użyta w ustawie nie jest jednak spójna z aktualną siatką pojęć stosowaną w przepisach medycznoprawnych, a zwłaszcza w ustawie o działalności leczniczej. Obecne regulacje nie posługują się bowiem określeniem „zакładów państwowych” w kontekście podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych. Należy zatem dokonać wykładni historycznej odwołującej się do podziału, który występował na gruncie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 71 ustawy przez zakład leczniczy rozumiano zakład opieki zdrowotnej, a przez zakład społeczny służby zdrowia lub zakład społecznej służby zdrowia – publiczny zakład opieki zdrowotnej. Z kolei art. 218 ust. 2 UDL stanowi, że przez zakład opieki zdrowotnej obecnie rozumie się przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego. Ustawa pozwala na tworzenie takich placówek przez różne podmioty zarówno prywatne (niepubliczne), jak i publiczne. Mając na względzie, że omawiana powinność jest adresowana do „zакładów państwowych”, można przyjąć, że obowiązek posiadania kaplicy będzie dotyczył podmiotów publicznych, czyli samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz utworzonych przez podmioty wymienione w art. 4 ust. 1 pkt 3 UDL, a więc przez jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane m.in. przez Ministra Obrony Narodowej.

Jak już wcześniej wspomniano, podobne regulacje nakładające na podmioty lecznicze obowiązek udostępnienia pomieszczeń przeznaczonych do realizacji zbiorowych potrzeb religijnych, dotyczą też innych wyznań, np. Kościoła Polskokatolickiego oraz Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego.

Wracając do zakresu opieki duszpasterskiej, warto dodać, że pacjent ma prawo także do bezpośredniego kontaktu z duchownym wyznawanej religii, udziału w celebracjach religijnych, przyjmowania sakramentów itd. Należy jednak zwrócić uwagę, że realizacja tych praw powinna z jednej strony gwarantować poufność i intymność choremu (np. zapewnienie warunków technicznych pozwalających na dyskrecję przy spowiedzi: wyznaczenie odrębnego pomieszczenia na ten cel, a w przypadku pacjentów obłożnie chorych przygotowanie parawanów lub zasłon itd.), z drugiej zaś poszanowanie swobody wyznania innych pacjentów. Obrzędy religijne nie powinny być zatem przeprowadzane w sposób nachalny, zakłócający spokój innym chorym, wkraczający w sferę ich wolności w ogólnym rozumieniu oraz swobody światopoglądowej. Spotkania religijne i inne celebracje grupowe powinny się odbywać z uwzględnieniem rytmu pracy placówki medycznej i nie kolidować z bezpieczeństwem zdrowotnym pacjentów, np. terminami obchodów, wykonywaniem danych zabiegów, wydawaniem posiłków [30,

s. 113]. Chory nie może bowiem stawać przed wyborem: poddać się określonej procedurze medycznej czy wziąć udział w ceremonii religijnej.

Jeśli stan pacjenta znacznie się pogorszy lub wystąpi zagrożenie życia, podmiot leczniczy powinien umożliwić choremu kontakt z duchownym jego wyznania, a w szczególności powiadomić duszpasterza oraz stworzyć warunki organizacyjno-techniczne do spotkania [31, s. 408].

W myśl art. 38 UPP zasadniczo opieka duszpasterska jest bezpłatna, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej. Przy czym chodzi o akty rangi ustawowej, a nie przepisy wewnątrzorganizacyjne obowiązujące w danej placówce, np. regulamin porządkowy. Obecnie nie ma takich regulacji ustawowych. W konsekwencji koszty omawianych działań pokrywa podmiot leczniczy. Nie może to jednak prowadzić do nadużyć i wyzyskiwania podmiotu przez rzekome związki wyznaniowe, sekty itp. W literaturze postuluje się więc, by podmiot leczniczy pokrywał koszty, które wynikają z opieki duszpasterskiej realizowanej przez wspólnoty religijne o unormowanym statusie prawnym. Dlatego też jest pożądane, by podmiot leczniczy dysponował listą kościołów i związków wyznaniowych wpisanych do polskiego rejestru oraz o uznanym statusie według prawa obcego. Nie ma jednak przeszkód, by pracownicy podmiotu leczniczego ułatwiali pacjentowi kontakt z jakąkolwiek wspólnotą religijną. W tym wypadku jednak koszty związane z takimi działaniami powinny być pokrywane przez chorego [30, s. 113–114].

## OCHRONA PRAWA DO OPIEKI DUSZPASTERSKIEJ

Wolność sumienia i wyprowadzane z niej prawo do opieki duszpasterskiej są zabezpieczone zarówno na gruncie prawa cywilnego, jak i karnego.

W pierwszym przypadku wolność sumienia stanowi tzw. dobro osobiste, chronione art. 23 i 24 Kodeksu cywilnego. W literaturze wyjaśnia się, że do naruszenia tego dobra może dojść np. poprzez przeszkadzanie w obrzędach religijnych, wyśmiewanie się z pewnych rytuałów, np. modlitwy, niszczenie lub obrażanie przedmiotów kultu, znieważanie imienia bóstwa, świętych, proroków, dyskryminowanie ze względu na wiarę albo bezwyznaniowość [32, s. 117]. W kontekście omawianego prawa pacjenta warto się skupić na dwóch kwestiach, mianowicie możliwości umieszczenia w budynkach użyteczności publicznej (do których należą również placówki medyczne) symboli religijnych, w szczególności krzyża, oraz udzielenia ostatniego namaszczenia osobom umierającym, nieprzytomnym.

Pierwsza kwestia była przedmiotem kilku orzeczeń sądowych, które wywołały dyskusję w doktrynie. Wyroki te zostały wydane głównie w odniesieniu do siedzib organów publicznych, ale ze względu na uniwersalność rozważań można je wykorzystać również wobec placówek medycznych. Problematyka ta była przedmiotem rozważań Sądu Apelacyjnego w Łodzi, który wyrokiem z 28 października 1988 r. rozstrzygał sprawę dotyczącą powieszenia krzyża w budynku władzy publicznej, a ściślej – w sali obrad Rady Miejskiej w Łodzi [33]. Orzeczone, że „sam fakt zawieszenia symbolu religijnego w budynku władzy publicznej nie jest wystarczający dla przyjęcia naruszenia swobody sumienia”. Sąd uzasadniał, że samo umieszczenie krzyża w budynku użyteczności publicznej nie powoduje ograniczenia swobody myśli i wyrażania swego światopoglądu. Powód występujący z roszczeniem nie wykazał zaś, że w jakimkolwiek stopniu została przez ten fakt naruszona jego swoboda wyznania. Sąd podniósł ponadto, że symbol krzyża w doświadczeniach narodu polskiego to nie tylko znak religijny, lecz także „symbol śmierci, bólu, cierpienia, poświęcenia, oddania czci wszystkim, którzy walczyli i polegli za wolność i niepodległość w okresie walki narodowowyzwoleńczej w czasie rozbiorów oraz w okresie wojny z najeźdźcą. Symbolem krzyża oznacza się od wieków mogiły przodków, miejsca narodowej pamięci”. Jest to więc zarówno znak wskazujący na określone zapatrywanie religijne, jak i „wyraz realizacji przez społeczność własnych praw podmiotowych względem niezwykłych dziejów swego kraju i ludzi, którzy za ten kraj oddali swe życie”. Symbol ten ma więc ponadreligijny charakter, a jego umieszczenie w budynku publicznym nie pozbawia innych osób, niebędących wyznawcami wiary chrześcijańskiej, możliwości kultywowania swych tradycji i odmiennego pojmowania świata. Orzeczenie to spotkało się z rozbieżnymi ocenami w doktrynie. Krytyk podnosił, że takie orzeczenie pomija konstytucyjnie zagwarantowaną bezstronność światopoglądową państwa i preferuje tylko jedną religię – katolicką. Umieszczenie krzyża w budynku publicznym może być zatem przejawem dyskryminacji wobec osób, które nie wyznają takiej wiary (zarówno radnych, jak i ich wyborców). Poza tym trudno umotywić takie postępowanie względami historycznymi, gdyż poglądy na temat symboliki krzyża nie były w Polsce niezmiennie, a jedną z istotnych tradycyjnych wartości była tolerancja i wolność religijna oraz równouprawnienie wyznań [34, s. 109–111]. Natomiast autor zgadzający się z takim rozstrzygnięciem uzasadniał, że umieszczenie krzyża w budynku publicznym nie wpływa na bezstronność organu władzy w realizacji jego władczych uprawnień, lecz wynika z możliwości własnościowego dysponowania pomieszczeniem (właściciel może zdecydować o wy-

stroju lokalu). Podzielił też pogląd sądu, że krzyż jest symbolem uniwersalnym „poświęcenia się dla dobra innych”. Jego zawieszenie w takim miejscu nie może być też traktowane jako dyskryminacja, gdyż nie wpływa na możliwość realizacji swego światopoglądu [35, s. 106–108]. W kolejnych wyrokach w analogicznych sprawach został utrzymany ten kierunek zapatrywań. Nie dokonując szerszego przeglądu orzecznictwa, można przywołać jedynie kilka z takich rozstrzygnięć. O umieszczeniu krzyża w sali posiedzeń plenarnych Sejmu RP wypowiadał się Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z 9 grudnia 2013 r. [36]. Uznał, że w demokratycznym państwie prawnym dopuszczalne jest eksponowanie symboli religijnych, w tym w przestrzeni publicznej. Wynika to z wolności religijnej i wyprowadzonego z niej prawa do uzewnętrzniania swych przekonań. Podniósł wszakże, że wolność tę można rozumieć także negatywnie, tj. jako prawo do wolności od religii, a więc uprawnienie do unikania kontaktu z takimi wyrazami przekonań religijnych przez osoby, które reprezentują inne zapatrywania. Wówczas organ stosujący prawo, w tym sąd, musi rozstrzygnąć taką kolizję, kierując się zasadą proporcjonalności i wyważenia interesów stron. „Udzielenie ochrony prawu do negatywnej wolności religijnej co do zasady nastąpi, gdy osoby niewierzące przedstawiają dowody doznania konkretnej szkody wyrządzonej na skutek realizacji prawa do publicznego uzewnętrzniania religii przez osoby wierzące. Szkody takiej nie powoduje natomiast samo eksponowanie symbolu religijnego w przestrzeni publicznej”.

Z kolei na temat umieszczenia krzyża w budynku urzędu gminy wypowiedział się Sąd Okręgowy w Szczecinie. W wyroku z 26 marca 2010 r. [37] uznał, że „osoba dojrzała, aktywna życiowo i społecznie, o ukształtowanym światopoglądzie nie może twierdzić, iż sama symbolika krzyża chrześcijańskiego w przestrzeni publicznej narusza jego godność, pozbawia go możliwości poszukiwania swoich dróg życiowych, czy powoduje ograniczenia prowadzące do odczucia wykluczenia ze społeczności lokalnej”. Z kolei Sąd Najwyższy w postanowieniu z 15 lipca 2010 r. orzekł, że pozostawienie krzyża w lokalu wyborczym, zorganizowanym w szkole, nie jest przejawem dyskryminacji na tle religijnym oraz nie stanowi formy kampanii wyborczej [38]. Warto jeszcze przedstawić sprawę rozstrzygniętą przez Sąd Najwyższy wyrokiem z dnia 16 września 1990 r. [39]. Dotyczyła ona kwestii pracowniczych. Pracownica zatrudniona w pionie administracyjnym przychodni zawiesiła krzyż w pokoju, w którym urzędowała, a następnie nie wykonała polecenia dyrektora tej placówki, który nakazał go zdjąć. W związku z taką niesubordynacją rozwiązano z tą kobietą stosunek pracy. Pomijając zagadnienia dotyczące prawa pracy, warto zwrócić uwagę na

argumentację Sądu Najwyższego, który uznał takie postępowanie pracodawcy za niewłaściwe i nakazał przywrócić kobietę do pracy. Sąd podkreślił, że krzyż nikomu z pracowników nie przeszkadzał oraz nie wzbudzał niechęci i braku akceptacji. Nie powodował też sytuacji konfliktowych oraz nie obrażał niczyjej wolności sumienia i wyznania. Ponadto Sąd zaakcentował, że „nie bez znaczenia jest także powszechnie zrozumiała, pozytywna dla kultury nie tylko chrześcijańskiej, lecz wręcz ogólnoludzkiej, symbolika krzyża”.

Z zaprezentowanych orzeczeń wynika zatem, że emblematy religijne (nie tylko krzyż) mogą być umieszczane w obiektach użyteczności publicznej, w tym w placówkach medycznych. Samo powieszenie takich symboli nie jest traktowane w judykaturze jako pogwałcenie swobody sumienia, aczkolwiek możliwe jest powołanie się na ochronę dóbr osobistych, wynikającą z art. 23 Kodeksu cywilnego. Jednakże by przepis ten znalazł zastosowanie, konieczne jest wykazanie, że dana osoba poniosła z tego tytułu jakąś szkodę. Nie każdy więc wyznawca danej religii, odmiennej od zmanifestowanej znakiem umieszczonym w przestrzeni publicznej, może dochodzić roszczeń z tytułu naruszenia omawianego dobra osobistego. Biorąc zaś pod uwagę, że wykazanie faktycznej szkody w takim wypadku będzie stosunkowo trudne, można przyjąć, że powołanie się na analizowane przepisy będzie rzadkością [40, s. 289]. Jeśli jednak znalazłyby one zastosowanie, możliwe byłoby domaganie się w szczególności zaniechania dalszych naruszeń (czyli usunięcia symbolu religijnego) oraz wykonania czynności potrzebnych do usunięcia ich skutków, np. złożenia oświadczenia odpowiedniej treści i w odpowiedniej formie (przeproszenia, wyrażenia wyrazów ubolewania itd.). Ponadto możliwe byłoby dochodzenie zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, a w wypadku poniesienia szkody materialnej – odszkodowania (art. 24 Kodeksu cywilnego).

Drugi aspekt ochrony dóbr osobistych dotyczy tzw. ostatniego namaszczenia. Problematyka ta była przedmiotem rozważań Sądu Najwyższego w następującej sprawie: pacjent przebywał w klinice kardiochirurgii, w której został poddany planowej operacji. Po jej zakończeniu był przytomny, ale nie można było z nim nawiązać kontaktu logicznego. Choremu zostały podane leki sedacyjne i przeciwdrgawkowe, w efekcie czego zapadł w śpiączkę farmakologiczną. W tym stanie, ze względu na poważne zagrożenie dla życia, został mu udzielony sakrament ostatniego namaszczenia. Gdy odzyskał przytomność, uznał, że doszło do pogwałcenia jego prawa w zakresie wolności wyznania, gdyż jest osobą niewierzącą i nie życzy sobie takich rytuałów. Tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę domagał się kwoty 90 000 zł. Pozwany szpital bronił się,



twierdząc, że po pierwsze dla ateisty taki sakrament jest obojętny, nie powinien więc negatywnie wpływać na stan psychiczny, a tym bardziej prowadzić do rozstroju zdrowia (czym uzasadnione było powództwo), a po wtóre, że pacjent był nieprzytomny, kapelan oparł się więc na danych statystycznych, z których wynika, że 90% polskiego społeczeństwa to katolicy. Przyjął więc domniemanie, że pacjent również wyznaje taką wiarę. Po rozpatrzeniu sprawy przez kolejne instancje, rozstrzygał ją Sąd Najwyższy [41], który szczegółowo przeanalizował różne konteksty sytuacyjne, w których sakrament ten (i inne praktyki religijne) mógłby zostać udzielony choremu. Na wstępie jednak zauważył, że swoboda sumienia jest ważną wartością, wymagającą ochrony prawnej. Osoba niewierząca co prawda nie może oczekiwać, że nie będzie kontaktowała się z osobami wierzącymi, ich praktykami i obrzędami, gdyż byłoby to niemożliwe w życiu społecznym i ograniczało swobody religijne osób wierzących. Może jednak oczekiwać, „że nie będzie poddawana praktykom religijnym wbrew swej woli czy zmuszana do udziału w nich albo do posługiwania się symbolami religijnymi”. Przyjęcie sakramentu ostatniego namaszczenia ma zaś doniosłe znaczenie, choć raczej symboliczne (w małym stopniu powoduje bowiem naruszenie integralności cielesnej). Zdaniem Sądu nie jest pogwałceniem wolności sumienia obserwowanie przez niewierzącego obrzędów religijnych, nawet jeśli znalazł się w ich miejscu przypadkowo. Natomiast do naruszenia tego uprawnienia może dojść, „gdy pewne praktyki religijne zostają skierowane bezpośrednio do niego, gdy są wykonane na jego osobie, lecz wbrew jego woli”. Taka sytuacja ma zaś miejsce w przypadku sakramentu ostatniego namaszczenia, gdyż jest on udzielany konkretnej osobie, przyjmującej ten sakrament. Osoba, która znajduje się w trudnej sytuacji życiowej, w szczególności pacjent w stanie zagrożenia życia, może chcieć zmanifestować swój światopogląd i zwłaszcza wtedy należy zagwarantować jej możliwość swobody wyboru w tym zakresie. Udział w pewnych praktykach religijnych w takim przypadku „ma znaczenie dla poczucia tożsamości każdego człowieka, dla poczucia spójności między wartościami, które wyznaje, i tymi, którym odpowiadają jego zachowania. Przyjęcie sakramentu jest dla osoby wierzącej aktem o doniosłym wymiarze duchowym. Czynność, przez którą akt ten się dokonuje, nie staje się banalna i nieznacząca w warunkach wykonania jej wobec osoby niewierzącej i deklarującej wobec niej swój sprzeciw”. Innymi słowy, zdaniem Sądu nie można twierdzić, że wobec osoby niewierzącej taka czynność jest bez znaczenia, a tym samym nie dochodzi do pogwałcenia istotnej dla niej wartości, jaką jest swoboda światopoglądowa. Postępowanie takie może zostać więc potraktowane jako narusze-

nie dóbr osobistych i uzasadniać odpowiedzialność na podstawie art. 23 i 24 Kodeksu cywilnego. Nie oznacza to jednak, że odpowiedzialność taka powstanie automatycznie. Aby wystąpiła, konieczne jest wykazanie bezprawności zachowania sprawcy naruszenia. Okolicznością, która uchyla ową bezprawność, jest zaś zgoda dysponenta danego dobra. W omawianym przypadku – aprobatą udzieloną przez pacjenta na wykonanie wobec niego danych czynności obrzędowych. Sprawa jest prosta, gdy pacjent posiada prawną i faktyczną kompetencję do wyrażenia swej woli, tzn. jest pełnoletni, nieubezwłasnowolniony i znajduje się w stanie psychofizycznym pozwalającym na świadome dokonanie wyboru. Wówczas jego oświadczenie jest skuteczne prawnie i powinno być respektowane. W tym celu chorego przyjmowanego do szpitala należy poinformować o przysługującym mu prawie do opieki duszpasterskiej i możliwości skorzystania z niej w danym podmiocie. Wydaje się, że nie ma też przeszkód, by pacjenta wprost zapytać o jego preferencje w tym zakresie (co może być szczególnie istotne w przypadku chorych przyjmowanych do hospicjów lub wymagających opieki paliatywnej w innej placówce, można bowiem założyć, że w nieodległej przyszłości mogą się znaleźć w stanie, w którym nie będą mogli już wprost złożyć takich deklaracji). Postępowaniu takiemu nie stoi na przeszkodzie art. 53 ust. 7 Konstytucji RP, który stanowi, że nikt nie może być obowiązany przez organy władzy publicznej do ujawnienia swojego światopoglądu, przekonań religijnych lub wyznania. Po pierwsze bowiem regulacja ta jest adresowana jedynie do organów władzy publicznej, a podmiot leczniczy nie należy do tej kategorii. Po wtóre pacjent nie musi odpowiadać na takie pytanie. Jego hospitalizacja i udzielanie świadczeń zdrowotnych nie jest przecież uzależnione od deklaracji w tym obszarze. Otrzymanie odpowiedzi unaoczni natomiast personelowi medycznemu zapatrywania chorego co do opieki duszpasterskiej, a tym samym ułatwi podejmowanie decyzji o poddaniu chorego określonym praktykom religijnym, gdy ten nie będzie kompetentny do zajęcia stanowiska.

W praktyce medycznej niejednokrotnie warunki te mogą nie być spełnione. Trzeba rozróżnić wówczas dwie sytuacje. Jeśli chory zdążył złożyć stosowną deklarację, naturalnie jest ona wiążąca dla personelu medycznego. Natomiast gdy przed utratą kompetencji chory nie zdołał wprost wyrazić swej woli (nie chciał albo nie wziął tej kwestii w ogóle pod uwagę), nie można kierować się statystyką wyznaniową w danej społeczności, lecz spróbować określić poglądy pacjenta na podstawie towarzyszących okoliczności. Pewnymi wskazówkami mogą być wcześniejsze zachowania pacjenta (np. udział w nabożeństwie), elementy jego stroju (np. noszenie jarmułki) oraz posiadane emblematy wskazujące na

wyznawanie danej religii (np. krzyżyk) [30, s. 121]. Nie są natomiast wiążące deklaracje osób bliskich, członków rodziny pacjenta, choć mogą stanowić dodatkową poszlakę. Zbliżony rodzajowo przypadek miał miejsce w omawianej sprawie. Chory przed operacją był przytomny i „widział kapelana szpitalnego, a kapelan szpitalny jego, ale nie nawiązywali ze sobą żadnego kontaktu”. Zdaniem Sądu takie zachowanie mogło sugerować brak zainteresowania opieką duszpasterską, w tym przyjmowania ostatniego namaszczenia. Druga sytuacja ma miejsce, gdy pacjent trafia do placówki medycznej od razu w stanie wykluczającym możliwość wyrażenia woli i trudno na podstawie okoliczności ustalić, jaki światopogląd wyznaje. Wówczas według Sądu odwołanie się „do pewnych statystycznych prawidłowości może tłumaczyć określone zachowania, gdyby ostatecznie okazały się sprzeczne ze światopoglądem pacjenta”. Udzielenie sakramentu w takim wypadku byłoby więc usprawiedliwione i nie stanowiło podstawy dochodzenia roszczeń z tytułu naruszenia dóbr osobistych.

Orzeczenie to wskazuje, jak delikatna i subtelna jest omawiana materia i jakiej wnikliwości oraz empatii wymaga podjęcie decyzji o udzieleniu tego sakramentu pacjentom niezdolnym do wyrażenia swego stanowiska w sferze światopoglądowej.

Oprócz możliwości dochodzenia roszczeń z tytułu naruszenia dóbr osobistych podstawą domagania się zadośćuczynienia w związku z pogwałceniem omawianego prawa może być art. 4 ust. 1 UPP. Przepis ten ma uniwersalne zastosowanie. Chory może się na niego powoływać w każdym przypadku zawinionego naruszenia jego prawa jako pacjenta, a więc również prezentowanych uprawnień. W orzecznictwie wskazuje się, że regulacja ta „ma służyć kompensacie krzywdy w związku z naruszeniem praw pacjenta, a nadto ma także na celu złagodzenie doznanych cierpień, przy jednoczesnym uwzględnieniu, że ma ono jednorazowy charakter. Okoliczności wpływające na wysokość tego świadczenia to między innymi: dramatyzm doznań, cierpienia moralne oraz wstrząs psychiczny” [42]. Wydaje się, że pozbawienie możliwości skorzystania z opieki duszpasterskiej bądź też narzucanie jej osobie, która sobie tego nie życzy, może powodować istotne dolegliwości psychiczne i moralne. W pełni uzasadnione może być więc domaganie się zadośćuczynienia pieniężnego za taką krzywdę. Na marginesie warto dodać, że pacjent może powołać się na ten przepis niezależnie od ochrony wynikającej z Kodeksu cywilnego [43].

Ochronie wolności sumienia i wyznania pacjenta służą również regulacje karnoprawne, ujęte w szczególności w art. 194–196 Kodeksu karnego. Z punktu widzenia omawianej tematyki najistotniejsze znaczenie ma pierwszy z wymienionych przepisów, w którym objęto systemem kar postępowanie pole-

gające na ograniczeniu w prawach ze względu na przynależność wyznaniową albo bezwyznaniowość. Przepis ten chroni więc wolność jednostki w sferze wyznawanej religii oraz przekonań areligijnych. Czyn ten może być popełniony zarówno przez działanie, jak i zaniechanie. W orzecznictwie sądowym wyjaśnia się, że zachowanie sprawcy może polegać na zakazaniu przynależności do grupy religijnej, udziału w obrzędach publicznie lub prywatnie itd. [44]. Jednakże występki ten dotyczy jedynie dyskryminacji ze względu na przynależność wyznaniową bądź jej brak. Ograniczenie musi zatem dotyczyć uprawnień wyraźnie zadekretowanych w przepisach, a więc m.in. w art. 36 UPP. Kryminalizacji nie podlega natomiast ograniczanie w prawach zwyczajowych lub obyczajowych. Tym samym przepis ten nie chroni ogólnie wyznawanego systemu wartości moralnych. Dla powstania odpowiedzialności karnej musi zatem dojść do dyskryminacji na tle religijnym [45, s. 647–650]. Występek ten jest zagrożony alternatywnie grzywną (do 1 080 000 zł), karą ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

## PODSUMOWANIE

Wolność sumienia i wyznania stanowi kluczowe prawo człowieka, w polskim prawie podniesione do rangi konstytucyjnej. Jest ono zagwarantowane również osobom chorym, zwłaszcza przebywającym w placówkach medycznych. Ze względu na panujący w nich reżim pacjenci, zwłaszcza obłożnie chorzy, mogą być w sposób naturalny ograniczeni w swych uprawnieniach, w tym religijnych. Z tego powodu też ustawodawca zapewnia im możliwość skorzystania z opieki duszpasterskiej. Zadaniem podmiotu leczniczego i zatrudnionego w nim personelu jest takie zorganizowanie jego funkcjonowania, by prawo to faktycznie mogło być zrealizowane. Od strony pozytywnej pracownicy medyczni powinni zatem ułatwić możliwość uzewnętrznienia przekonań religijnych, np. w postaci udziału w ceremoniach religijnych oraz dostępu do duchownego. Od strony negatywnej zaś nie wolno narzucać chorym swego systemu wartości, przekonań i światopoglądu. Tylko taka postawa zapewni możliwość skorzystania przez pacjenta z omawianego prawa, a także będzie kształtowała pozytywne, partnerskie relacje między chorym i lekarzem.

*Autor deklaruje brak konfliktu interesów.*

## PIŚMIENNICTWO

1. Łyko Z. Wolność sumienia i wyznania w relacji: człowiek – kościół – państwo. W: L. Wiśniewski (red.). Podstawowe prawa

- jednostki i ich sądowa ochrona. Wydawnictwo Sejmowe, Warszawa 1997.
2. Dz.U. z 1993 r. Nr 61 poz. 284.
  3. Dz.U. z 1977 r. Nr 38 poz. 167.
  4. Dz.U. z 2017 r. poz. 1153 z późn. zm.
  5. Pyclik K. Wolność sumienia i wyznania w Rzeczypospolitej Polskiej (założenia filozoficzno-prawne). W: B. Banaszak, A. Preisner. Prawa i wolności obywatelskie w Konstytucji RP. C.H. Beck, Warszawa 2002.
  6. Banaszak B. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz. C.H. Beck, Warszawa 2009.
  7. Eckhardt K. Wolności i prawa polityczne. W: J. Buczkowski (red.). Prawo konstytucyjne RP (instytucje wybrane). Przemysł 2006.
  8. Górecki D. Polskie prawo konstytucyjne. Warszawa 2008.
  9. Mączka G. Człowiek umierający – psychologiczne aspekty opieki paliatywnej. W: B. Bętkowska-Korpała, J. K. Gierowski (red.). Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.
  10. Dz.U. z 1998 r. Nr 51 poz. 318.
  11. M.P. Nr 4 poz. 51.
  12. Dz.U. z 2015 r. poz. 483.
  13. Dz.U. z 2014 r. poz. 1798.
  14. Dz.U. z 2015 r. poz. 44.
  15. Dz.U. z 2014 r. poz. 1599.
  16. Dz.U. Nr 135 poz. 632
  17. Dz.U. z 2014 r. poz. 1889.
  18. Dz.U. Nr 31 poz. 391.
  19. Dz.U. z 2014 r. poz. 1726.
  20. M.P. Nr 25 poz. 181.
  21. Łuczak J. Lekarz wobec umierającego. W: R. Szulc (red.). Wybrane problemy deontologii lekarskiej. UM Poznań, Poznań 1999.
  22. Dz.U. z 2017 r. poz. 1318 z późn. zm.
  23. Dz.U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.
  24. Pietrzak M. Prawo wyznaniowe. LexisNexis, Warszawa 1995.
  25. Sokółowski T. Władza rodzicielska nad dorastającym dzieckiem. Uniwersytet im. A. Mickiewicza w Poznaniu, Poznań 1987.
  26. Herbert M. Co wolno dziecku. Rozsądne ustalenie granic. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2008.
  27. Śladkowski M. Uwzględnienie woli dziecka przy wykonywaniu władzy rodzicielskiej. Jurysta 2000; 6.
  28. Dz.U. z 1991 r. Nr 120 poz. 526.
  29. Dz.U. z 2018 r. poz. 380 z późn. zm.
  30. Ożóg M. Postawa pracowników podmiotów leczniczych w kontekście realizacji prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej w Polsce. Przegląd Prawa Wyznaniowego 2018; 10: 113.
  31. Karkowska D. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz. Wolter Kluwers Polska, Warszawa 2012.
  32. Kalus S. W: M. Habdas, M. Fras (red.). Kodeks cywilny. Komentarz. Tom I. Część ogólna (art. 1-125). Wolter Kluwers Polska, Warszawa 2018.
  33. Sygn. akt: I ACa 612/98, OSA 1999/6/26.
  34. Pietrzak M. Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 28 października 1998 r. (sygn. akt I ACa 612/98). Przegląd Sejmowy 2000; 3.
  35. Wiśniewski L. Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 28 października 1998 r. (sygn. akt I ACa 612/98). Przegląd Sejmowy 2000; 3.
  36. Sygn. akt: I ACa 608/13, LEX nr 1428254.
  37. Sygn. akt: I C 28/10, LEX nr 1135961.
  38. Sygn. akt: III SW 124/10, LEX nr 707759.
  39. Sygn. akt: I PRN 38/90, LEX nr 13181.
  40. Księżak P. W: M. Pyziak-Szafnicka, P. Księżak. Kodeks cywilny. Komentarz. Część ogólna. Wolter Kluwers Polska, Warszawa 2014.
  41. Wyrok z dnia 20 września 2013 r., sygn. akt: II CSK 1/13, LEX nr 1388592.
  42. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 8 lutego 2018 r., sygn. akt: I ACa 768/17, LEX nr 2478705.
  43. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 19 stycznia 2018 r., sygn. akt: I ACa 968/17, LEX nr 2550794.
  44. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 11 stycznia 2001 r., sygn. akt: V SA 1937/00, LEX nr 5129.
  45. Wróbel W. W: A. Zoll. Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz. Tom II. Wolter Kluwers Polska, Warszawa 2013.