

Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej – wybrane problemy praktyczne

Patient's right to pastoral care: Selected practical problems

MICHAŁ BIAŁKOWSKI*

 <https://orcid.org/0000-0002-3366-6883>

Streszczenie: Przedmiotem artykułu jest przysługujące pacjentom prawo do opieki duszpasterskiej. Podjęta tematyka ma szczególnie istotne znaczenie w świetle przemian zachodzących w polskim społeczeństwie, a także migracji (również z różnych od polskiego kręgów kulturowych) oraz rosnącej świadomości pacjentów w zakresie przysługujących im praw. Argumentem przemawiającym za podjęciem tej tematyki jest także złożoność regulacji prawnej normującej prawa pacjenta w tym obszarze, która wymaga od interpretatora sięgnięcia do różnych gałęzi prawa prywatnego (prawo cywilne, prawo rodzinne, narzędzia prawne służące do ochrony praw pacjenta) oraz publicznego (konstytucyjne ramy swobody sumienia i wyznania, organizacja ochrony zdrowia). W pracy zastosowano metodę dogmatyczno-prawną wspartą przez analizę polskiego orzecznictwa sądowego.

Celem artykułu jest omówienie problematyki opieki duszpasterskiej świadczonej wobec pacjenta poprzez odniesienie się do praktycznych problemów związanych ze stosowaniem prawa. Stąd też w pracy poruszone zostały zagadnienia związane z realizacją prawa pacjenta w sposób zapewniający poszanowanie jego woli, w tym zagadnienie pozycji prawnej pacjenta małoletniego oraz pacjenta nieprzytomnego. Analizie poddana została także sytuacja wyznawców innych religii niż katolicka, dominująca na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Poruszone zostały także zagadnienia szczegółowe związane z rolą ograniczeń egzekucji sądowej i administracyjnej jako gwarancji realizacji omawianego prawa czy podmiotu zobowiązanego do ponoszenia kosztów opieki duszpasterskiej.

Artykuł dostarcza wniosków głównie dotyczących stosowania prawa, określając podmioty zobowiązane i uprawnione do realizacji prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej. Fundamentem skutecznej realizacji uprawnień w tym obszarze pozostaje informacja o przysługującym prawie oraz sposobie jego wykonania. Niewątpliwie polski system prawny w zakresie ochrony autonomii woli pacjenta, niedyskryminacji mniejszości religijnych czy zasady ponoszenia kosztów związanych z wykonywaniem tego prawa przez podmiot leczniczy wpisuje się w europejski standard ochrony praw pacjenta.

Słowa kluczowe: prawa pacjenta; opieka duszpasterska; podmiot leczniczy; odpowiedzialność cywilna; kościoły i inne związki wyznaniowe

Abstract: The present article examines the patient's right to pastoral care. The subject matter is of particular importance given the changes taking place in Polish society as well as migration (including from cultural circles different from Polish) and the growing awareness of patients of their rights. An additional argument in favour of exploring this topic is the complexity of the legal regulation that requires the interpreter to reach out to various branches of private law (civil law, family law, legal instrument for the protection of patient rights) and public law (constitutional framework of freedom of conscience and religion, organisation of health services). This paper employs a dogmatic-legal method supported by an analysis of Polish court jurisprudence.

The aim of this article is to discuss the pastoral care issue by addressing practical problems in the application of the law. Hence, the paper addresses questions related to the implementation of the patient's right in a manner that ensures respect for his or her will, including the issue of the legal position of a minor and an unconscious patient. The situation of patients who follow religions other than the dominant religion in the Republic of Poland is also analysed. Specific issues related to the role of limitations on judicial and administrative execution as a guarantee of realisation of a right in question or the obligation of the healthcare institution to bear the costs of pastoral care are also addressed.

This article provides conclusions mainly concerning the application of the law in relation to the entities who are obliged and entitled to realise the patient's right to pastoral care. The foundation for effective realisation of rights in this area is the information about a given right and the manner of its exercise. Undoubtedly, regarding the protection of the autonomy of the patient's will, the non-discrimination of religious minorities, or the principle of incurring costs related to the realisation of this right by the treatment entity, the Polish legal system remains in line with the European standard for the protection of patient rights.

Key words: patient rights; pastoral care; healthcare provider; civil liability; churches and other religious organisations

* Dr, Zespół badawczy prawa cywilnego procesowego, prawa medycznego i nowych technologii, Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet Szczeciński, ul. Narutowicza 17A, 70-240 Szczecin, e-mail: michal.bialkowski@usz.edu.pl.

Wstęp

Wsparcie psychiczne oraz duchowe osób przebywających w podmiotach leczniczych w związku z chorobą, zwłaszcza chorobą ciężką lub przewlekłą, jest niewątpliwie elementem pozytywnie wpływającym na proces leczenia. Wsparcie może przybrać różną postać – od związanego z pomocą ze strony rodziny i bliskich chorego aż po wsparcie duszpasterskie stanowiące istotny element pomocy w powrocie do zdrowia albo w przygotowaniu się na śmierć¹. „Chorych [...] nawiedzać” – przypomina, podkreślając rolę i znaczenie pocieszania cierpiącego, Katechizm Kościoła Katolickiego (punkt 2447)² – wyznania zadeklarowanego przez 71% populacji Rzeczypospolitej Polskiej w spisie powszechnym z 2021 r. i jednocześnie 91% uczestników spisu, którzy odpowiedzieli na pytanie o wyznanie³.

Praca duszpasterska z chorymi jest tradycyjnie stałym elementem działań podejmowanych wobec chorych w podmiotach leczniczych. Opieka duszpasterska powinna być rozumiana jako każda forma opieki duchowej o wymiarze religijnym kierowana względem pacjenta zgodnie z zasadami i przepisami wewnętrznymi poszczególnych kościołów i innych związków wyznaniowych, przede wszystkim tych, które posiadają uregulowaną na gruncie prawa polskiego sytuację prawną i stosunek do Państwa Polskiego⁴ – bądź to w drodze umowy międzynarodowej (art. 25 ust. 4 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej⁵), ustawy – w trybie przewidzianym w art. 30 i nast. ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o gwarancjach wolności sumienia i wyznania⁶ albo historycznie – na podstawie rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej (co dotyczy jedynie Wschodniego Kościoła Staroobrzędowego nieposiadającego hierarchii duchowej)⁷.

¹ Również odrębne przepisy gwarantują oba uprawnienia pacjenta, tj. prawo do kontaktu pacjenta z osobą bliską i prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej. Zob. art. 21 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581, dalej: u.p.p.) umożliwiający udział osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych; art. 33 ust. 1 u.p.p. umożliwiający m.in. kontakt bezpośredni pacjenta z innymi osobami; art. 34 u.p.p. stanowiący o prawie pacjenta – w tym w szczególności małoletniego – do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, która może polegać również na pobycie w podmiocie leczniczym z opiekunem (np. rodzicem). Przepisy gwarantujące prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej to w szczególności art. 36–38 u.p.p. Bliskość obu instytucji potwierdza Kodeks etyki lekarskiej (zob. <https://nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej> [dostęp: 19.05.2024], dalej: k.e.l.), który w jednej jednostce redakcyjnej wymienia prawo pacjenta do „opieki rodziny lub przyjaciół” oraz prawo pacjenta do „kontaktu z duchownym” (art. 19 zdanie pierwsze k.e.l.). W przepisach deontologicznych odniesienie do prawa pacjenta do kontaktu z duchownym znaleźć można jeszcze w art. 8 ust. 6 Kodeksu etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej (zob. <https://nipip.pl/prawo/samorządowe/krajowy-zjazd-pielęgniarek-i-polożnych/kodeks-etyki-zawodowej-pielęgniarki-i-polożnej-rzeczypospolitej-polskiej/> [dostęp: 19.05.2024]).

² *Katechizm Kościoła Katolickiego*. Warszawa: Pallottinum 1994, 550–551.

³ Zob. dane udostępnione przez Główny Urząd Statystyczny: <https://stat.gov.pl/spisy-powszechne/nsp-2021/nsp-2021-wyniki-ostateczne/tablice-z-ostatecznymi-danymi-w-zakresie-przynaloznosci-narodowo-etnicznej-jezyka-uzywanego-w-domu-oraz-przynaloznosci-do-wyznania-religijnego,10,1.html> [dostęp: 19.05.2024].

⁴ Zob. Kubiak 2019, 39; Ożóg 2018a, 100–102. Z uwagi na obowiązki finansowe włożone na podmioty lecznicze w art. 38 u.p.p. należy zgodzić się z poglądem, że wykonanie pełnego zakresu praw pacjenta do opieki duszpasterskiej (łącznie z brakiem obowiązku ponoszenia przez pacjenta kosztów w tym względzie) ograniczone powinno być do tych kościołów i innych związków wyznaniowych, które posiadają uregulowaną sytuację prawną wobec państwa. Oczywiście nic nie stoi na przeszkodzie, aby w ramach prawa pacjenta do kontaktu z osobą bliską, a więc też osobą przez pacjenta wskazaną (art. 21 ust. 1 w zw. z art. 3 ust. 1 pkt 2 *in fine* u.p.p.), pacjent miał zapewnioną możliwość kontaktu z duchownym wyznania o nieuregulowanym statusie prawnym.

⁵ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. poz. 483 z późn. zm., dalej: Konstytucja RP.

⁶ Dz. U. z 2023 r. poz. 265, dalej: u.g.w.s.w.

⁷ Cnota, Gura, Grabowski, Kurowska 2016, komentarz do art. 36, nb. 2; Ożóg 2016b, 225–230; tak również, choć z pewnymi zastrzeżeniami, Karkowska 2021, komentarz do art. 36–38, nb. 4 i 5.

Opieka duszpasterska niesie ze sobą olbrzymie wyzwania w zmieniającym się społeczeństwie, w związku ze zmianami kulturowymi, rosnącą imigracją (również z zupełnie różnych od polskiego kręgów kulturowych) i coraz większą świadomością pacjentów. Konieczne jest w tym kontekście zachowanie odpowiedniej wrażliwości i poszanowania różnych religii, wyznań, światopoglądów czy kultur, co powinno prowadzić do właściwego dostosowania opieki duszpasterskiej do potrzeb pacjenta przy poszanowaniu wolności wyznania innych pacjentów (zwłaszcza mniejszości)⁸. Opieka duszpasterska obejmuje przede wszystkim posługę o charakterze religijnym, polegającą na wspólnej modlitwie, czy też organizacji kultu religijnego właściwego dla danego porządku religijnego⁹. Uzasadnieniem dla wprowadzenia opieki duszpasterskiej do katalogu praw pacjenta jest po pierwsze izolacja od społeczeństwa w okresie leczenia szpitalnego związana ze stanem zdrowia czy samymi zaleceniami lekarskimi i w konsekwencji brakiem możliwości korzystania ze swobody przemieszczenia się oraz po drugie – stan zdrowia pacjentów i sprzężenie pomiędzy cierpieniem fizycznym a potrzebą wsparcia duchowego¹⁰.

Podjęcie tematyki opieki duszpasterskiej uzasadnione jest złożonością dogmatyczno-prawną regulacji. Problem opieki duszpasterskiej w podmiotach leczniczych wymaga – dla ustalenia treści praw i obowiązków adresatów norm – sięgnięcia do prawa konstytucyjnego, wyznaniowego, medycznego oraz cywilnego. Złożoność problematyki oraz rozproszenie regulacji prawnej stanowią podstawę dla pierwszego celu pracy, jakim jest ustalenie norm prawnych, które regulują ten obszar praw pacjenta. Drugim celem pracy jest ustalenie kręgu adresatów norm, tj. podmiotu uprawnionego oraz zobowiązanego do realizacji prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej. Trzecim celem jest ustalenie treści omawianego prawa i ustosunkowanie się do występujących na gruncie wypowiedzi nauki i – w mniejszym stopniu – orzecznictwa wątpliwości interpretacyjnych co do zakresu i sposobu wykonywania prawa do opieki duszpasterskiej.

1. Podstawy prawne kształtujące treść prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej

Regulacja praw pacjenta do opieki duszpasterskiej to ledwie trzy zdania w całej ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tj. art. 36–38 u.p.p. I tak, zgodnie z art. 36 u.p.p.: „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”; art. 37 u.p.p.¹¹ stanowi: „W sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia podmiot, o którym mowa w art. 33 ust. 1 [podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne – przyp. M.B.], jest obowiązany

⁸ Ożóg 2016b, 218–219.

⁹ Bosek 2020, komentarz do art. 36, nb. 4 *in medio*.

¹⁰ Karkowska 2021, komentarz do art. 36–38, nb. 2; Kubiak 2019, 35.

¹¹ Por. z art. 28 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. z 2024 r. poz. 799, dalej: u.d.l.; zob. szerzej Dercz, Rek 2019, komentarz do art. 28, nb. 1–7.

umożliwić pacjentowi kontakt z duchownym jego wyznania¹²; zaś zgodnie z art. 38 u.p.p.: „Podmiot leczniczy ponosi koszty realizacji praw pacjenta, o których mowa w art. 36 i 37, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej”. *Prima facie* widać więc, że adresatem tych norm nie są organy władzy kościelnej czy kościelne osoby prawne, ale określone podmioty lecznicze¹³.

Przed podjęciem próby wykładni i identyfikacji problemów interpretacyjnych, które mogą wystąpić w praktyce stosowania prawa, przepisy te i dające się z nich wyinterpretować normy prawne należy umieścić w odpowiednim kontekście. Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej wypływa bowiem z normy konstytucyjnej. W art. 53 ust. 1 i 2 Konstytucji RP wyartykułowana została zasada wolności sumienia i religii, w tym zagwarantowane zostało prawo „[...] osób do korzystania z pomocy religijnej tam, gdzie się znajdują” (art. 53 ust. 2 zdanie drugie *in fine* Konstytucji RP). Oznacza to, że pacjent ma konstytucyjne prawo – będące elementem wolności religii¹⁴ – do korzystania z pomocy duszpasterskiej także w podmiocie leczniczym. Prawo to gwarantowane jest także aktami prawa międzynarodowego¹⁵. Ma ono niewątpliwie charakter osobisty związany z przyrodzoną każdemu człowiekowi godnością i jest niezależne od m.in. narodowości, obywatelstwa, statusu społecznego, płci czy wieku¹⁶. Norma konstytucyjna, dająca się odczytać z art. 53 ust. 1 i 2 Konstytucji RP, powinna być jednocześnie wykładana przez pryzmat art. 25 ust. 3 *in fine* Konstytucji RP, zgodnie z którym stosunki pomiędzy państwem a kościołami i innymi związkami wyznaniowymi są kształtowane zgodnie z zasadą „współdziałania dla dobra człowieka i dobra wspólnego”. Wspólna wykładnia zwłaszcza art. 53 ust. 2 zdanie drugie *in fine* w zw. z art. 25 ust. 3 Konstytucji RP pozwala właśnie na wskazanie celu działalności duszpasterskiej w podmiotach leczniczych.

Zasady konstytucyjne znajdują odbicie i uszczegółowienie w ustawodawstwie zwykłym. Podstawowym aktem normatywnym regulującym sytuację prawną osób wierzących i niewierzących w kontekście realizacji ich praw w życiu publicznym jest cytowana już ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o gwarancjach wolności sumienia i wyznania. W tym kontekście należy zwrócić uwagę w szczególności na art. 2 pkt 2 u.g.w.s.w., uznający prawo każdego obywatela do uczestniczenia w czynnościach i obrzędach religijnych oraz wypełniania obowiązków religijnych i obchodzenia świąt religijnych. Ustawa rozciąga to prawo również na cudzoziemców i apatrydów przebywających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (art. 7 ust. 1 i 2 u.g.w.s.w.). Uprawnienie to przysługuje również osobom przebywającym w zakładach leczniczych podmiotów leczniczych (art. 4 ust. 1 pkt 2 u.g.w.s.w. w zw. z art. 40 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy

¹² Niejasny jest cel art. 37 u.p.p. Uznać bowiem należy, że i bez tego przepisu pacjent posiadałby prawo do kontaktu z duchownym w sytuacji pogorszenia jego stanu zdrowia. Uprawnienie to bowiem i tak stanowi w mojej ocenie element prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej i możliwe jest do wyinterpretowania z samej treści art. 36 u.p.p. I tak jak art. 36 u.p.p. nie wymienia poszczególnych elementów konstytuujących prawo do opieki duszpasterskiej, tak samo zbędne jest wymienienie jednego z elementów tego prawa w art. 37 u.p.p. Tym samym więc art. 37 u.p.p. uznać trzeba za *superfluum* ustawowe (zob. w kontekście redundancji tekstu prawnego: Kłodawski 2013, 39–45).

¹³ Rakoczy 2008, komentarz do art. 31, nb. 3.

¹⁴ Banaszak 2012, komentarz do art. 53, nb. 7.

¹⁵ Zob. art. 9 i art. 14 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności sporządzonej w Rzymie 4 listopada 1950 r., Dz. U. z 1993 r. poz. 284.

¹⁶ Kubiak 2019, 34.

o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw¹⁷). Przepisy rangi konstytucyjnej znajdują też odzwierciedlenie w ustawach regulujących stosunek państwa do poszczególnych kościołów i innych związków wyznaniowych. I tak przykładowo w art. 30 ust. 1 i art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej¹⁸ zapewnia się dzieciom i młodzieży przebywającym w sanatoriach, prewentoriach i szpitalach prawo wykonywania praktyk religijnych, korzystania z posług religijnych i katechizacji, z zachowaniem wzajemnej tolerancji, a osobom przebywającym w zakładach leczniczych gwarantuje się prawo wykonywania praktyk religijnych i korzystania z posług religijnych. Stanowi się przy tym, iż w celu realizacji prawa do wykonywania praktyk religijnych w zakładach leczniczych „kierownicy właściwych zakładów państwowych zatrudnią kapelanów skierowanych przez biskupa diecezjalnego”¹⁹ (art. 31 ust. 2 u.s.P.K.K.) i przeznaczą odpowiednie pomieszczenia na kaplice, a w wyjątkowych wypadkach udostępnią do tego celu inne pomieszczenia (art. 31 ust. 3 u.s.P.K.K.). Podobne regulacje znajdują się w niektórych innych ustawach regulujących stosunek państwa do poszczególnych kościołów i innych związków wyznaniowych²⁰, co jest konsekwencją treści zasady równouprawnienia tych podmiotów, wynikającej z art. 25 ust. 1 Konstytucji RP i art. 9 ust. 2 pkt 3 u.g.w.s.w.²¹ W odniesieniu do sytuacji Kościoła Katolickiego w Polsce znaczenie ma również art. 17 Konkordatu między Stolicą Apostolską i Rzeczpospolitą Polską²², który potwierdza w tym zakresie stan prawny obowiązujący już w Polsce. Warto zauważyć, że w trzech aktach prawnych regulujących stosunek państwa do Muzułmańskiego Związku Religijnego w Rzeczypospolitej

¹⁷ Dz. U. poz. 960.

¹⁸ Dz. U. z 2023 r. poz. 1966, dalej: u.s.P.K.K.

¹⁹ Co do interpretacji historycznego już obecnie pojęcia „zakładów państwowych” na gruncie obecnie obowiązującego stanu prawnego zob. Kubiak 2019, 38.

²⁰ Zob. wyczerpujące opracowanie w: Bosek 2020, komentarz do art. 36, nb. 5 i Karkowska 2021, komentarz do art. 36–38, nb. 1. Uprawnienie, o którym mowa, oprócz Kościoła Katolickiego odnosi się do: Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego (zob. art. 26 i 27 ust. 1–2 ustawy z dnia 4 lipca 1991 r. o stosunku Państwa do Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego, Dz. U. z 2023 r. poz. 544), Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego (zob. art. 21 ust. 1 i art. 22 ust. 1–2 ustawy z dnia 13 maja 1994 r. o stosunku Państwa do Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego w Rzeczypospolitej Polskiej, Dz. U. z 2023 r. poz. 509), Kościoła Polskokatolickiego (zob. art. 16 ust. 1 i art. 17 ust. 1–3 ustawy z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Państwa do Kościoła Polskokatolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, Dz. U. z 2023 r. poz. 51), Starokatolickiego Kościoła Mariawitów (zob. art. 16 ust. 1–3 ustawy z dnia 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do Kościoła Starokatolickiego Mariawitów w Rzeczypospolitej Polskiej, Dz. U. z 2023 r. poz. 47), Kościoła Zielonoświątkowego (zob. art. 19 ust. 1–5 ustawy z dnia 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do Kościoła Zielonoświątkowego w Rzeczypospolitej Polskiej, Dz. U. z 2015 r. poz. 13), Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego (art. 18 ust. 1–4 ustawy z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego w Rzeczypospolitej Polskiej, Dz. U. z 2022 r. poz. 2616), Kościoła Chrześcijan-Baptystów (zob. art. 18 ust. 1 i art. 19 ust. 1–3 ustawy z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Chrześcijan Baptystów w Rzeczypospolitej Polskiej, Dz. U. z 2023 r. poz. 1874), Kościoła Ewangelicko-Metodystycznego (zob. art. 19 ust. 1 i art. 20 ust. 1–3 ustawy z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Ewangelicko-Metodystycznego, Dz. U. z 2023 r. poz. 85), Kościoła Katolickiego Mariawitów (zob. art. 15 ust. 1–3 ustawy z dnia 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego Mariawitów w Rzeczypospolitej Polskiej, Dz. U. z 2023 r. poz. 47), Gmin Wyznaniowych Żydowskich (zob. art. 16 ustawy z dnia 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do gmin wyznaniowych żydowskich w Rzeczypospolitej Polskiej, Dz. U. z 2014 r. poz. 1798), Kościoła Ewangelicko-Reformowanego (zob. art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 13 maja 1994 r. o stosunku Państwa do Kościoła Ewangelicko-Reformowanego w Rzeczypospolitej Polskiej, Dz. U. z 2015 r. poz. 483).

²¹ Zob. szerzej Ożóg 2016b, 220–222.

²² Konkordat między Stolicą Apostolską i Rzeczpospolitą Polską podpisany w Warszawie dnia 28 lipca 1993 r., Dz. U. z 1998 r. poz. 318, dalej: Konkordat.

Polskiej²³, Karaïmskiego Związku Religijnego w Rzeczypospolitej Polskiej²⁴ i Wschodniego Kościoła Staroobrzędowego²⁵ nie została *expressis verbis* przewidziana gwarancja możliwości sprawowania duszpasterstwa chorych. Uprawnienie wiernych tych związków wyznaniowych do realizacji prawa do opieki duszpasterskiej wynika oczywiście z wyżej przytoczonej konstytucyjnej zasady równouprawnienia związków wyznaniowych oraz z ustawy o gwarancjach wolności sumienia i wyznania (zob. m.in. art. 19 ust. 2 pkt 3 w zw. z art. 4 ust. 1 pkt 2 u.g.w.s.w.)²⁶.

2. Problem podmiotu uprawnionego i zobowiązanego

Zarówno art. 36 u.p.p., jak i art. 37 u.p.p. wyraźnie wskazują, że beneficjentem omawianego prawa pozostaje *verba legis* „pacjent”²⁷. Ustalenie znaczenia tego pojęcia wymaga od interpretatora sięgnięcia do art. 3 ust. 1 pkt 4 u.p.p. stanowiącego, że „[...] pacjentem jest osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny”. Ustawodawca nie wprowadza tu żadnego rozróżnienia odnoszącego się do wieku, stanu zdrowia czy posiadanej zdolności do czynności prawnych „osoby”, która mogłaby być „pacjentem”. Na szczególną uwagę zasługuje końcowy fragment tego przepisu, który obejmuje definicją osobę, która już tylko „zwraca się” o udzielenie świadczenia zdrowotnego. Tak sformułowana definicja stanowi wyraz woli ustawodawcy, aby objąć nią możliwie najszerszy krąg podmiotów. Powyższe oznacza, że prawa pacjenta przysługują każdemu człowiekowi (każdej osobie fizycznej), a jedyne wynikające z ustawy ograniczenia związane są z zakresem i sposobem samodzielnej realizacji przez pacjenta jego praw²⁸. Przenosząc tę uwagę na prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej, nie można mieć wątpliwości, że przysługuje ono i może być wykonywane samodzielnie przez osoby pełnoletnie i posiadające pełną zdolność do czynności prawnych.

Problematyczne w praktyce może być świadczenie opieki duszpasterskiej na rzecz pacjenta małoletniego, podlegającego władzy rodzicielskiej. Rozstrzygnięcie tego problemu powinno przyjąć za podstawę art. 53 ust. 3 i art. 48 ust. 1 Konstytucji RP (zob. podobnie: art. 13 ust. 3 Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych otwartego do podpisu w Nowym Jorku dnia 19 grudnia 1966 r.²⁹ czy art. 14 ust. 1 i 2 Konwencji, przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r.³⁰). Oznacza to, że opieka duszpasterska nad dzieckiem małoletnim powinna uwzględniać stopień jego dojrzałości oraz wolność jego sumienia i wyznania, co

²³ Ustawa z dnia 21 kwietnia 1936 r. o stosunku Państwa do Muzułmańskiego Związku Religijnego w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. poz. 240).

²⁴ Ustawa z dnia 21 kwietnia 1936 r. o stosunku Państwa do Karaïmskiego Związku Religijnego w Rzeczypospolitej Polskiej, Dz. U. poz. 241.

²⁵ Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o stosunku Państwa do Wschodniego Kościoła Staroobrzędowego, nie posiadającego hierarchii duchownej, Dz. U. poz. 363.

²⁶ Ożóg 2016b, 225.

²⁷ Zob. szerzej Safjan, Bosek 2018, 530–544.

²⁸ Augustynowicz, Budziszewska-Makulska 2010, 195; Kubiak 2019, 37.

²⁹ Dz. U. z 1977 r. poz. 169.

³⁰ Dz. U. z 1991 r. poz. 526.

przejawiać się powinno m.in. uwzględnieniem (a nawet niekiedy akceptacją wbrew woli rodziców) zdania dziecka, co do jego woli udziału w obrzędach religijnych³¹.

Konieczność uwzględnienia zdania dziecka w tak istotnej i wrażliwej sferze, jaką jest system wartości czy wolność sumienia, reguluje także art. 95 § 4 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy³². Nie można jednak w tym kontekście zapominać o nadrzędnej roli rodziców i ich znaczeniu w wychowaniu dziecka, zwłaszcza dziecka, które nie jest w stanie zrozumieć – z uwagi na wiek, wiedzę czy doświadczenie życiowe – istoty podejmowanej decyzji. Kolizja prawa dziecka do swobody decyzji w tym obszarze i prawa (a także obowiązku) rodzica do wychowania dziecka (zob. art. 92 i art. 95 § 1 k.r.o.) może niekiedy być trudna do pogodzenia. W mojej ocenie kluczowe w danym stanie faktycznym będzie ustalenie przez podmiot leczniczy, czy wola pacjenta małoletniego co do objęcia albo nieobjęcia opieką duszpasterską jest dojrzała i świadoma – zwłaszcza wtedy, gdy stoi ona w sprzeczności z wolą jego rodziców.

Drugim – odnoszącym się do sytuacji prawnej pacjenta małoletniego – ważnym praktycznym problemem związanym z wykonywaniem prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej jest określenie sytuacji prawnej *nasciturusa* w relacji do art. 3 ust. 1 pkt 4 u.p.p. Nie wchodząc w tym miejscu w szczegóły³³, należy podkreślić, że prawną ochronę dziecka poczętego i jeszcze nienarodzonego wywodzić należy z przyrodzonej każdemu człowiekowi godności (art. 30 Konstytucji RP) i prawnej ochrony życia człowieka (art. 38 Konstytucji RP)³⁴. W ustawodawstwie zwykłym znajdują się wprost sformułowania traktujące dziecko poczęte i nienarodzone jako pacjenta albo określające jego pozycję prawną wobec określonych procedur medycznych (art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży³⁵; art. 5 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej³⁶; art. 6 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”³⁷ czy art. 21 ust. 2 i art. 23a ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry³⁸). Dodatkowo wskazać należy, że o podmiotowości *nasciturusa* świadczy art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 6 stycznia 2000 r. o Rzeczniku Praw Dziecka⁴⁰, zgodnie z którym „dzieckiem jest każda istota ludzka od poczęcia do osiągnięcia pełnoletności”. Przywołana ustawa w art. 3 ust. 2 pkt 1 tak rozumianemu

³¹ Zob. szeroko i celnie z powołaniem na gwarancje wynikające z prawa międzynarodowego: Kubiak 2019, 37–38.

³² Dz. U. z 2023 r. poz. 2809, dalej: k.r.o.; zob. na gruncie granic interwencji sądu oraz rodziców w kontekście swobody sumienia dziecka: Gromek 2020, komentarz do art. 95, nb. 26.

³³ Problematyka sytuacji prawnej *nasciturusa* w prawie medycznym została szeroko omówiona w: Safjan, Bosek 2018, 544–573.

³⁴ Zob. orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28 maja 1997 r., K 26/96, OTK 1997, nr 2, poz. 19. Zawarto w nim m.in. następujące twierdzenia: „Wartość konstytucyjnie chronionego dobra prawnego jakim jest życie ludzkie, w tym życie rozwijające się w fazie prenatalnej, nie może być różnicowana. Brak jest bowiem dostatecznie precyzyjnych i uzasadnionych kryteriów pozwalających na dokonanie takiego zróżnicowania w zależności od fazy rozwojowej ludzkiego życia. Od momentu więc powstania życie ludzkie staje się wartością chronioną konstytucyjnie. Dotyczy to także fazy prenatalnej”.

³⁵ Dz. U. z 2022 r. poz. 1575.

³⁶ Dz. U. z 2024 r. poz. 814 z późn. zm.

³⁷ Dz. U. z 2023 r. poz. 1923.

³⁸ Dz. U. z 2024 r. poz. 1287.

³⁹ Safjan, Bosek 2018, 570.

⁴⁰ Dz. U. z 2023 r. poz. 292.

dziecku przyznaje prawną ochronę życia i zdrowia. Podobnie pozycja prawna *nasciturusa* ukształtowana została w zasadach deontologii lekarskiej (zob. art. 39 k.e.l., zgodnie z którym lekarz „odpowiada za zdrowie i życie nienarodzonego dziecka”). Wobec powyższego, dziecko poczęte i jeszcze nienarodzone jest w mojej ocenie pacjentem w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 4 u.p.p. i przysługuje mu tym samym prawo do opieki duszpasterskiej.

W kontekście omawianej definicji oraz patrząc przez pryzmat potencjalnych problemów praktycznych, wypada dodać, że nieistotne pozostają okoliczności związane z tym, czy pacjent korzysta z publicznej czy niepublicznej służby zdrowia oraz czy posiada albo nie posiada uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych⁴¹. Pacjentem jest także niewątpliwie obcokrajowiec bez względu na podstawie finansowania udzielanych mu świadczeń zdrowotnych⁴². Przyjęta przez ustawę definicja jest bardzo szeroka i wykracza poza pojęcia takie jak „chory” czy „beneficjent świadczeń opieki zdrowotnej”⁴³. Podobnego zabiegu dokonał prawodawca unijny, ustanawiając, że w myśl dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej⁴⁴ pacjentem jest każda osoba fizyczna, która chce otrzymać lub otrzymuje opiekę zdrowotną w państwie członkowskim (art. 3 lit. h dyrektywy). Pojęcie pacjenta powinno być więc wykładane rozszerzająco, choć nadal – co oczywiste – w granicach wyznaczonych przez brzmienie norm prawnych⁴⁵.

Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 4 u.p.p. pojęcie „pacjenta” zostało powiązane z kontekstem sytuacyjnym „[...] udzielania świadczenia zdrowotnego lub oczekiwania na jego udzielenie”⁴⁶. Nauka prawa wskazuje na liczne trudności związane z definiowaniem pojęcia „świadczenia zdrowotnego” i uznaje, że może być ono ujęte w sposób opisowy albo poprzez wyliczenie okoliczności, z którymi udzielanie świadczeń zdrowotnych może być związane⁴⁷. Obecna definicja świadczenia zdrowotnego została umieszczona pośród definicji legalnych w art. 3 ust. 1 pkt 6 u.p.p. Przepis ten odsyła do definicji sformułowanej w art. 2 ust. 1 pkt 10 u.d.l.⁴⁸ stanowiącym, iż świadczeniem zdrowotnym są działania

⁴¹ Karkowska 2012, 76; Karkowska, Chojnacki 2014, 143.

⁴² Frąckowiak 2016, 107.

⁴³ Bujny 2006, 15.

⁴⁴ Dz. Urz. UE L 88 z 4.04.2011, s. 45–65, dalej: dyrektywa.

⁴⁵ Przykładem zbyt szerokiego rozumienia tego pojęcia jest wyrok Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z dnia 27 listopada 2019 r., II CSK 491/18, Legalis. Orzeczenie dotyczyło uprawnień męża matki rodzącego się dziecka w zakresie prawa pacjenta do informacji o stanie zdrowia płodu i noworodka, a także prawa do uczestniczenia i wspomagania żony przy porodzie. Sąd Najwyższy stwierdził: „Należy zatem uznać, że ojciec dziecka, któremu wraz z jego matką nie udzielono przysługującej im informacji o stanie zdrowotnym mającego się urodzić dziecka, [...] powinien być uważany za pacjenta w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta”. Jednak przecież to nie mężowi matki dziecka udzielane są świadczenia związane z ciążą i porodem, a sama możliwość uzyskania informacji o stanie zdrowia dziecka (pacjenta; zob. art. 9 ust. 2 u.p.p.) czy posiadania prawa do uczestniczenia w udzielaniu żonie świadczeń opieki zdrowotnej związanych z porodem (zob. art. 21 ust. 1 u.p.p.) nie może powodować przypisania takiej osobie statusu pacjenta. Czym innym jest bowiem naruszenie dobra osobistego ojca w postaci zdrowia psychicznego i godności, co uzasadniałoby roszczenie oparte o art. 23 Kodeksu cywilnego (ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, Dz. U. z 2024 r. poz. 1061 z późn. zm., dalej: k.c.) i art. 24 § 1 k.c. w zw. z art. 448 k.c., a czym innym naruszenie praw pacjenta i związane z tym roszczenia, zob. art. 4 ust. 1 u.p.p. w zw. z art. 448 k.c.

⁴⁶ Boratyńska, Konieczniak, Zielińska 2019, 3.

⁴⁷ Karkowska 2012, 84.

⁴⁸ Por. z art. 5 pkt 40 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm., dalej: u.s.o.z. Warto zwrócić uwagę, że w art. 2 ust. 1

służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Ustawodawca odstąpił tym samym od wcześniejszego znanego z ustawy o zakładach opieki zdrowotnej ujęcia świadczenia zdrowotnego w formie przykładowego wyliczenia świadczeń (zob. art. 3 pkt 1–14 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej⁴⁹).

Ustawa wymaga również dla wyczerpania definicji „pacjenta”, aby świadczenia były mu udzielane zawodowo przez podmioty uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych (art. 3 ust. 1 pkt 4 w zw. z pkt 3 i 5 u.p.p.). Do podmiotów tych zaliczyć należy *verba legis* osoby wykonujące zawód medyczny (zob. art. 2 ust. 1 pkt 2 u.d.l.⁵⁰) i podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych (w tym zakresie art. 3 ust. 1 pkt 5 u.p.p. odsyła do definicji podmiotu wykonującego działalność leczniczą z art. 2 ust. 1 pkt 5 u.d.l.)⁵¹. Tym

pkt 10 u.d.l. pominięta została w definicji „profilaktyka”. W nauce ten zabieg ustawodawcy został uznany za celowy i zmierzający do wyłączenia spod regulacji tej ustawy działalności profilaktycznej. Konsekwencją takiego poglądu jest wniosek, że działalność o charakterze profilaktycznym może być wykonywana przez podmioty inne niż podmioty lecznicze w rozumieniu tego aktu normatywnego (Nowak-Kubiak 2012, komentarz do art. 2, nb. 9–11). Pogląd ten należy jednak ocenić jako błędny. Po pierwsze dlatego, iż art. 27 ust. 1 u.s.o.z. świadczy o tym, iż ustawodawca traktuje pojęcie profilaktyki i zachowania zdrowia zamiennie (zob. w szczególności art. 27 ust. 1 pkt 3 i 6 u.s.o.z.). Po drugie w treści nieobowiązującego już przepisu art. 3 pkt 12 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej ustawodawca wskazuje, że zachowanie zdrowia obejmuje działania związane z zapobieganiem powstawaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne oraz szczyplenia ochronne. Należy więc uznać, że działania o charakterze profilaktycznym, czy też służące zachowaniu zdrowia, mają tożsame znaczenie i są elementem definicji świadczenia zdrowotnego zarówno w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej, jak i ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. *De lege ferenda* należałoby postulować jednak ujednoczenie przez ustawodawcę w omówionym zakresie definicji świadczenia zdrowotnego.

⁴⁹ Dz. U. z 2007 r. poz. 89 z późn. zm., dalej: u.z.o.z.

⁵⁰ Chodzi o osoby uprawnione na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny. W obecnym stanie prawnym przepisy niewątpliwie pozwalają udzielać świadczeń zdrowotnych przedstawicielom następujących zawodów: 1) lekarzowi i lekarzowi dentyście (zob. art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Dz. U. z 2023 r. poz. 1516); 2) pielęgniarkę i położną (zob. art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz. U. z 2022 r. poz. 2702); 3) diagnostę laboratoryjnego (zob. art. 6 ust. 1 i 2 w zw. z art. 3 ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej, Dz. U. z 2023 r. poz. 2125); 4) fizjoterapeucę (zob. art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty, Dz. U. z 2023 r. poz. 1213); 5) ratownikowi medycznemu (zob. art. 33 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych, Dz. U. z 2023 r. poz. 2187). Wykładnię tę w zakresie pkt 1–4 powyżej potwierdza również art. 3 ust. 1 u.d.l. (zawierający definicję działalności leczniczej, które polega właśnie na udzielaniu świadczeń zdrowotnych) w zw. z art. 5 ust. 1 i 2 u.d.l. (regulujący formy prawne wykonywania działalności leczniczej przez lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarki, położne, diagnostów laboratoryjnych i fizjoterapeutów). Wynika z tego, że istnieje związek pomiędzy udzielaniem świadczeń zdrowotnych a wykonywaniem zawodu medycznego. Znalazło to odzwierciedlenie również w art. 17 ust. 1 pkt 3 u.d.l., zgodnie z którym w podmiocie leczniczym świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny. W tym kontekście wypada podkreślić, że nie można utożsamiać wykonywania zawodu medycznego z pojęciem personelu medycznego, które jest pojęciem szerszym i znanym ustawie z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz. U. z 2023 r. poz. 164). Zob. szerzej Ciechorski 2012, 129–139.

⁵¹ Podmiotem wykonującym działalność leczniczą jest podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 4 u.d.l., oraz lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta lub diagnosta laboratoryjny wykonujący zawód w ramach działalności leczniczej jako praktykę zawodową, o której mowa w art. 5 u.d.l. Rozwijając tę definicję, należy stwierdzić, że do podmiotów leczniczych należą: 1) przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2024 r. poz. 236 z późn. zm.) we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, 2) samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, 3) jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej

samym pacjentem będzie tylko osoba fizyczna, której świadczenia zdrowotne udzielane są w sposób zawodowy. Statusu pacjenta zaś nie będzie miała osoba, w stosunku do której w czasie trwania choroby inna osoba niespełniająca atrybutu „zawodowości”, kierując się np. życzliwością, wykonuje czynności opiekuńcze i pielęgnacyjne⁵².

Aby ustalić katalog podmiotów zobowiązanych do realizacji prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej, analizie należy poddać art. 36 u.p.p. i art. 37 w zw. z art. 33 ust. 1 u.p.p. Oba przepisy – przy zastosowaniu niewłaściwej techniki legislacyjnej⁵³ – nakładają obowiązki związane z realizacją prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej na te same rodzajowo podmioty, tj. podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej. Zgodnie z art. 2 ust. 2 pkt 2 u.d.l., ilekroć w ustawie jest mowa o działalności leczniczej w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne bez bliższego określenia, rozumie się przez to działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, jak i działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne. Definicja ta wymaga sięgnięcia do art. 2 ust. 1 pkt 11⁵⁴ i 12⁵⁵ u.d.l. Ustawodawca w art. 8 pkt 1 lit. a i b u.d.l. porządkuje tę regulację, wskazując, że rodzajami świadczeń opieki zdrowotnej są (obok świadczeń ambulatoryjnych – art. 8 pkt 2 u.d.l.) stacjonarne

opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 2527), 4) instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 498), 5) fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej, 6) posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne stowarzyszeń, o których mowa w pkt 5, 7) osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania, 8) jednostki wojskowe – w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą. W odniesieniu zaś do praktyk zawodowych lekarzy i pielęgniarek należy stwierdzić, że będą to podmioty wykonujące działalność leczniczą w ramach praktyk indywidualnych w formie jednoosobowej działalności gospodarczej (art. 5 ust. 2 pkt 1 lit. a; pkt 2 lit. a; pkt 3 lit. a; pkt 4 lit. a u.d.l.) albo w ramach praktyk grupowych w formie spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej (art. 5 ust. 2 pkt 1 lit. b; pkt 2 lit. b; pkt 3 lit. b; pkt 4 lit. b u.d.l.). Zob. kompleksowe opracowanie w zakresie podmiotów leczniczych i praktyk zawodowych: Lenio 2018, 158–172; Safjan, Bosek 2018, 628–682.

⁵² Karkowska 2021, komentarz do art. 3 ust. 1 pkt 4, nb. 1.

⁵³ Nielogiczne jest odesłanie wewnętrzne przez art. 37 u.p.p. do art. 33 ust. 1 u.p.p. w zakresie określenia podmiotu zobowiązanego bez analogicznego odesłania sformułowanego w art. 36 u.p.p. Ustawodawca powinien zdecydować się na analogiczne odesłanie w obu przepisach albo zaniechać odesłania w art. 37 u.p.p. Obecny stan rzeczy może powodować *prima facie* u interpretatora przeświadczenie, że normy prawne wyrażone w art. 36 u.p.p. i art. 37 u.p.p. – wobec różnej redakcji w zakresie podmiotów, do których są skierowane – mają odmiennych adresatów. Problem ten zresztą jest szerszy – w ustawie odnosi się także do art. 4 ust. 3 pkt 1, art. 35 ust. 1 i art. 39 u.p.p. Przypomnieć należy, że celem odesłań – w tym odesłań wewnętrznych – w akcie normatywnym jest osiągnięcie skrótowości tekstu (§ 156 załącznika „Zasady techniki prawodawczej” do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 czerwca 2002 r. w sprawie „Zasad techniki prawodawczej” (Dz. U. z 2016 r. poz. 283); zob. też Szafrąński 2016, komentarz do § 156, nb. 1 i 4). Cel ten niewątpliwie został osiągnięty tylko połowicznie przy jednoczesnym zaburzeniu spójności tekstu.

⁵⁴ Świadczenia szpitalne – wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godziny.

⁵⁵ Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż świadczenia szpitalne – świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzdrowiskowego, udzielane pacjentom, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonych, stałych pomieszczeniach.

i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne⁵⁶ i inne niż szpitalne. Ustawodawca odróżnia świadczenie szpitalne od stacjonarnego i całodobowego świadczenia zdrowotnego innego niż świadczenie szpitalne (art. 2 ust. 1 pkt 12, art. 8 pkt 1 lit. b, art. 9, art. 12 u.d.l.). Świadczeniem takim jest świadczenie opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego, udzielane pacjentom, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonych, stałych pomieszczeniach. Świadczenia takie mogą polegać w szczególności na udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, obejmujących np. pielęgnację i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji, udzielaniu świadczeń zdrowotnych polegających na działaniach usprawniających, które służą zachowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, czy sprawowaniu wszechstronnej opieki zdrowotnej, psychologicznej i społecznej nad pacjentami znajdującymi się w stanie terminalnym oraz opieki nad rodzinami tych pacjentów. Świadczenia te udzielane są po myśli powołanych wyżej przepisów w zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładach rehabilitacji leczniczej oraz w hospicjach.

3. Opieka duszpasterska w podmiotach leczniczych – wybrane problemy związane z realizacją uprawnień pacjenta

3.1. Informacja o posiadanym przez pacjenta prawie i sposób uzyskania przez podmiot leczniczy wiedzy o woli jego wykonania przez pacjenta

Aby móc skorzystać z uprawnienia, należy mieć świadomość jego istnienia oraz zakresu. W konsekwencji podstawowym obowiązkiem podmiotu leczniczego w kontekście prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej jest poinformowanie pacjenta o jego prawach (art. 11 ust. 1 u.p.p.)⁵⁷. Pacjent, mając świadomość swoich praw, może z nich właściwie korzystać. Powinien więc wiedzieć, czy w podmiocie leczniczym znajduje się kaplica, czy podmiot ten współpracuje z kapłanami (jeśli tak – jakich wyznań), czy wreszcie może zakomunikować swoją wolę skorzystania z opieki duszpasterskiej. Podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 36–38 u.p.p., może być przy tym potencjalnie uprawniony do zbierania i przetwarzania danych osobowych w tym zakresie (choć raczej należy uznać, że podmiot leczniczy w praktyce będzie działał na zasadzie pośrednika przekazującego informacje między pacjentem a duchownym albo odpowiednim związkiem wyznaniowym)⁵⁸. Słusznie

⁵⁶ Definicja szpitala zob. art. 2 ust. 1 pkt 9 u.d.l. Świadczenia szpitalne mogą być udzielane tylko przez podmioty lecznicze (art. 2 ust. 1 pkt 9 i 11 u.d.l. w zw. z art. 4 u.d.l.).

⁵⁷ W kontekście prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej pacjent powinien mieć możliwość uzyskania informacji m.in.: jakiego wyznania duszpasterze pracują w podmiocie leczniczym, w jaki sposób można się z nimi skontaktować oraz w jakich godzinach odbywa się sprawowanie kultu przez wyznawców poszczególnych wyznań i gdzie znajduje się kaplica.

⁵⁸ Jest tak wbrew stanowisku pozwanego, które zostało wyrażone w sprawie zakończonej wyrokiem Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z dnia 20 września 2013 r. (II CSK 1/13, Legalis): „Udzielenie powodowi sakramentu namaszczenia chorych w ustalonych okolicznościach pozwany tłumaczył tym, że w świetle uregulowań konstytucyjnych gwarantujących każdemu swobodę sumienia nie ma prawa zbierać informacji na temat światopoglądu i religii wyznawanej przez osoby, którym udziela świadczeń, a zatrudniany przez niego kapłan szpitalny, zastając powoda

wskazuje się przy tym, że informacje, które podmiot leczniczy może pozyskiwać, mają być nakierowane na realizację prawa z art. 36–38 u.p.p. Oznacza to, że o ile pytanie pacjenta o wolę skorzystania z opieki duszpasterskiej jest uprawnione, to już próba uzyskania informacji o samej konfesji pacjenta powinna spotkać się z krytyką⁵⁹.

Przechodząc do samego problemu potencjalnego przetwarzania danych osobowych pacjenta w kontekście prawa do opieki duszpasterskiej, podkreślenia wymaga, że polski ustawodawca skorzystał z uprawnienia określonego w art. 84 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.⁶⁰, zgodnie z którym państwa członkowskie przyjmują przepisy określające inne sankcje niż przewidziane w art. 83 RODO administracyjne kary pieniężne za naruszenia przepisów tego aktu. Ustawodawca na tej podstawie w art. 107–108 ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych⁶¹ wprowadził do ustawy przepisy karne. Przepis art. 107 ust. 2 u.o.d.o. penalizuje m.in. przetwarzanie danych osobowych dotyczących przekonań religijnych lub światopoglądowych, jako danych wrażliwych (sensytywnych)⁶². Jednocześnie w nauce podkreśla się, że przetwarzanie danych osobowych, w sytuacji gdy przetwarzanie danych nie jest dopuszczalne w rozumieniu art. 107 ust. 1 u.o.d.o., to działanie sprawcy z naruszeniem np. art. 9 ust. 1 RODO⁶³. Przypisanie sprawcy odpowiedzialności wymaga jednak ustalenia, czy przetwarzając dane osobowe, nie mógł on powołać się na jedną z przesłanek legalizujących przetwarzanie danych osobowych (zob. art. 9 ust. 2 RODO; np. na wyrażoną zgodę w celu realizacji prawa do opieki duszpasterskiej)⁶⁴. Tym samym nie ma przeszkód, aby pacjent złożył oświadczenie, czy życzy sobie usługi

w stanie śpiączki, mógł uznać, że ma do czynienia z osobą w stanie zagrażającym życiu oraz założyć, że powód jest katolikiem, jak zdecydowana większość społeczeństwa polskiego, a zatem należy mu udzielić sakramentu właściwego dla sytuacji, w której się znalazł⁶⁵. Pogląd ten należy poddać krytyce z uwagi na jego oczywistą wadliwość w zakresie braku możliwości zakwalifikowania podmiotu leczniczego do kategorii organów władzy publicznej po myśli art. 53 ust. 7 Konstytucji RP, na co SN słusznie zwrócił uwagę (zob. też Ożóg 2018b, 117–118). Aktywna postawa podmiotów leczniczych w tym zakresie jest wręcz wskazana, gdyż pozwala na faktyczną realizację przyznanego pacjentowi ustawowo prawa. Co więcej, przepis ustawy zasadniczej nie formułuje „nakazu milczenia”, gdy ujawnienie przynależności do danego wyznania łączy się z wykonywaniem określonego uprawnienia stanowiącego element wolności sumienia i religii, jak np. w związku ze składaniem oświadczeń o udziale w lekcjach religii (orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 30 stycznia 1991 r., K 11/90, OTK 1991, nr 1, poz. 2), korzystaniem z klauzuli sumienia (wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 października 2015 r., K 12/14, OTK-A 2015, nr 9, poz. 143) czy właśnie realizacji prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej (zob. szerzej Safjan, Bosek 2016, komentarz do art. 53, nb. 83–85, za którymi podaję orzecznictwo). Oczywiście jest, że w liberalnej demokracji wolność uzewnętrzniania przekonań religijnych obejmuje również aspekt negatywny, tj. prawo jednostek do tego, by nie wymagać od nich ujawniania swojej wiary lub przekonań religijnych i nie być zmuszonymi do zajmowania stanowiska, z którego można by wywnioskować, czy mają takie przekonania (wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie *Mockutė przeciwko Litwie*, 66490/09, Legalis). Oczywiście dane dotyczące wyznania, światopoglądu czy woli korzystania z opieki duszpasterskiej nie powinny się znaleźć w dokumentacji medycznej; nie ma po temu żadnej podstawy prawnej (Pluta 2021, 230 i 234).

⁵⁹ Ożóg 2018b, 118.

⁶⁰ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych). Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016, s. 1–88, dalej: RODO.

⁶¹ Dz. U. z 2019 r. poz. 1781, dalej: u.o.d.o.

⁶² Litwiński 2021a, komentarz do art. 9 RODO, nb. 2–3 i 6.

⁶³ Litwiński 2021b, komentarz do art. 107, nb. 12.

⁶⁴ Tamże, nb. 12 i 14. Por. art. 6 ust. 1 lit. a RODO. W przypadku stosowania art. 9 ust. 2 lit. a RODO zgoda musi być „wyrażna”.

duszpasterskiej i wyraża zgodę, aby dane w tym zakresie były przetwarzane przez podmiot leczniczy⁶⁵.

W nauce w celu rozwiązania problemu dotyczącego sposobu realizacji prawa do opieki duszpasterskiej postuluje się wprowadzenie dobrowolnej deklaracji wiary, która nabiera szczególnego znaczenia tam, gdzie możliwe jest – z medycznego punktu widzenia – przewidzenie, że stan pacjenta może raptownie się pogorszyć⁶⁶. Uzyskanie takich informacji będzie miało kluczowe znaczenie dla realizacji prawa pacjenta do kontaktu z duchownym⁶⁷ jego wyznania⁶⁸ w sytuacji pogorszenia się jego stanu zdrowia (art. 37 u.p.p.). Co więcej, zebranie informacji od pacjentów w przedmiocie woli korzystania z opieki duszpasterskiej wyeliminuje wątpliwości związane z wolą korzystania z rzeczonych prawa (np. związane z utratą przytomności przez pacjenta w trakcie leczenia) i pozwoli na właściwe zastosowanie przepisów określających prawa pacjenta. Jednocześnie należy podkreślić, że nie ma podstaw do jakiegokolwiek weryfikacji oświadczenia pacjenta w tym przedmiocie albo uzależnienia realizacji prawa od oficjalnej przynależności do danego kościoła albo innego związku wyznaniowego.

3.2. Problem realizacji prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej przy pomocy kapelana

Zgodnie z polskim ustawodawstwem niektórym kościołom wprost zostało przyznane prawo do wykonywania praktyk religijnych w podmiotach leczniczych poprzez posługę kapelana⁶⁹. Analiza przepisów ustaw o stosunku państwa do poszczególnych kościołów i innych związków wyznaniowych prowadzi do wniosku, że ich wyznawcy mają prawo do wykonywania praktyk religijnych i korzystania z posług religijnych⁷⁰, jednak niektórym z nich zostały przyznane dodatkowo uprawnienia do sprawowania posługi właśnie przez kapelanów. Do tej drugiej grupy należą: Kościół Katolicki (zgodnie z art. 17 ust. 3 Konkordatu i art. 31 ust. 1 i 2 u.s.P.K.K.), Polski Autokefaliczny Kościół Prawosławny (zgodnie z art. 27 ust. 1 i 2 ustawy o stosunku Państwa do Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego), Kościół Ewangelicko-Methodystyczny (zgodnie z art. 20 ust. 1 i 3 ustawy o stosunku Państwa do Kościoła Ewangelicko-Methodystycznego w Rzeczypospolitej Polskiej), Kościół Polskokatolicki (zgodnie z art. 17 ust. 1 i 3 ustawy o stosunku Państwa do Kościoła Polskokatolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej) oraz Kościół Adwentystów Dnia

⁶⁵ Kaczmarczyk 2017, 140. Odmienne zob. Wenski 2015, 84. Piotr Wenski niewłaściwie w mojej opinii interpretuje nieobowiązujący już art. 27 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.), który również dopuszczał przetwarzanie danych wrażliwych za zgodą osoby, której te dane dotyczą. Autor tego poglądu wskazuje na ryzyka związane z przetwarzaniem takich danych przez podmioty lecznicze i wskazuje, że choć podmiot leczniczy nie jest podmiotem wykonującym władzę publiczną, to jednak „wykonuje funkcje zlecone z zakresu administracji publicznej” (Wenski 2015, 84).

⁶⁶ Karkowska 2021, komentarz do art. 36–38, nb. 6.

⁶⁷ Duchownymi zgodnie z art. 12 ust. 1 u.g.w.s.w. są osoby ustanowione według przepisów prawa wewnętrznego kościoła lub innego związku wyznaniowego. W orzecznictwie podkreśla się, że będzie to osoba, która wyróżnia się spośród ogółu wyznawców danej religii tym, że powołana została do stałego organizowania i sprawowania kultu religijnego (zob. uchwała składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego – Izba Karna z dnia 6 maja 1992 r., I KZP 1/92, Legalis).

⁶⁸ Uwagi na tle pojęcia „wyznanie” formułuje Ożóg 2018b, 111–112.

⁶⁹ Co do danych dotyczących liczby kapelanów w Polsce, struktury ich zatrudniania w świetle dostępnych danych, a także stopnia zaangażowania w duszpasterstwo chorych zob. Karkowska 2021, komentarz do art. 36–38, nb. 3.

⁷⁰ Zob. przepisy przytoczone w przypisie 21.

Siódmego (zgodnie z art. 18 ust. 1 i 3 ustawy o stosunku Państwa do Kościoła Adwentyistów Dnia Siódmego).

W odniesieniu zaś do Kościoła Katolickiego i Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego ustawodawca przewidział ponadto dodatkowe uprawnienie polegające na zobowiązaniu kierowników podmiotów leczniczych do zatrudnienia kapelanów skierowanych⁷¹ do pracy przez biskupów diecezjalnych obu wyznań. Pozostałe związki wyznaniowe nie mają ustawowo zapewnionej gwarancji zatrudnienia kapelana. Decyzja w tym zakresie została pozostawiona kierownikom podmiotów leczniczych. Zatrudnienie kapelana może przybrać formę zarówno umowy o pracę, jak i umowy cywilnoprawnej (umowy zlecenia) czy o wolontariacie⁷². Prawa i obowiązki stron takiego stosunku będą wynikać z jego treści, jednak warto podkreślić, że praca kapelanów różnić się będzie w zależności od miejsca wykonywania posługi. Inaczej będą kształtować się obowiązki kapelana w szpitalu o zróżnicowanych specjalizacjach, a inaczej w placówkach szczególnych ze względu na swoją specyfikę, jak np. szpitale psychiatryczne⁷³. Podmiot leczniczy nie ma obowiązku zatrudniania na stanowiskach kapelanów duchownych wszystkich wyznań⁷⁴. Decyzja co do zatrudnienia kapelana danego wyznania może wynikać np. z uwarunkowań terytorialnych (wysokiego odsetka osób danego wyznania zamieszkujących dany obszar) albo czasowego wzrostu zapotrzebowania w danym zakresie (np. z powodu migracji). Ponadto sam fakt nieprzyznania danemu kościołowi albo innemu związkowi wyznaniowemu gwarancji prawa do sprawowania posługi przez kapelania nie oznacza, że duchowni tych wyznań nie mogą sprawować opieki duszpasterskiej wobec pacjentów.

3.3. Miejsce wykonywania prawa do opieki duszpasterskiej

Elementem prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej jest prawo do udziału zainteresowanych chorych w sprawowaniu kultu religijnego w odpowiednio do tego przystosowanych kaplicach⁷⁵. Z uprawnieniem tym połączony jest obowiązek kierowników podmiotów leczniczych przeznaczenia odpowiedniego pomieszczenia na kaplicę⁷⁶, przy czym w przypadku Kościoła Rzymskokatolickiego i Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego

⁷¹ Ożóg 2018a, 115–117.

⁷² Cnota, Gura, Grabowski, Kurowska 2016, komentarz do art. 36, nb. 3 wraz z powołanym tam orzecnictwem; Ożóg 2018a, 106–114 i 119. Nierzadko podstawą współpracy kapelanów z podmiotami leczniczymi jest umowa o wolontariacie (art. 44 w zw. z art. 4 ust. 1 pkt 1, 3, 6 i 7 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, Dz. U. z 2024 r. poz. 1491); zob. Karkowska 2021, komentarz do art. 36–38, nb. 3; Ożóg 2018a, 113–114 i 119). Inaczej, jednak bez uzasadnienia, zob. Rakoczy 2008, komentarz do art. 31, nb. 3.

⁷³ Bosek 2020, komentarz do art. 36, nb. 2.

⁷⁴ Karkowska 2021, komentarz do art. 36–38, nb. 8.

⁷⁵ Zob. art. 31 ust. 3 u.s.P.K.K.; art. 27 ust. 2 ustawy o stosunku Państwa do Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego; art. 20 ust. 2 ustawy o stosunku Państwa do Kościoła Ewangelicko-Methodystycznego w Rzeczypospolitej Polskiej; art. 17 ust. 2 ustawy o stosunku Państwa do Kościoła Polskokatolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej; art. 18 ust. 2 ustawy o stosunku Państwa do Kościoła Adwentyistów Dnia Siódmego (tu mowa o „pomieszczeniu”, nie zaś „kaplicy”); art. 19 ust. 4 ustawy o stosunku Państwa do Kościoła Zielonoświątkowego w Rzeczypospolitej Polskiej (również tu mowa o „pomieszczeniu”, a nie o „kaplicy”); art. 22 ust. 2 ustawy o stosunku Państwa do Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego w Rzeczypospolitej Polskiej; art. 19 ust. 3 ustawy o stosunku Państwa do Kościoła Chrześcijańskich Baptystów w Rzeczypospolitej Polskiej.

⁷⁶ Pojęcie to nie jest tożsame z tym użytym w kan. 1223 Kodeksu Prawa Kanonicznego, dalej: KPK (przyjmuję za: https://episkopat.pl/files/24.bkt/08/28/15/852966_p8b8_zKEPnastronieKEP_17.08.20231.pdf [dostęp: 21.05.2024]); zob. Rakoczy 2008, komentarz do art. 31, nb. 3.

udostępnienie innego pomieszczenia zamiast kaplicy jest możliwe tylko w „wyjątkowych wypadkach”⁷⁷. Warto zauważyć, że coraz częstszą praktyką w podmiotach leczniczych jest wyodrębnienie miejsc kontemplacji, które w założeniu mają mieć charakter ekumeniczny i służyć wszystkim chorym odczuwającym potrzebę refleksji duchowej, wyciszenia czy kontemplacji, bez względu na ich wyznanie⁷⁸. Niewątpliwie zaś podmiot leczniczy nie powinien ograniczać udostępniania takich pomieszczeń jedynie dla przedstawicieli religii dominującej na danym terenie kraju⁷⁹. Należy przy tym postulować, aby ogólną zasadą było ograniczenie sprawowania kultu – poza sytuacjami wyjątkowymi⁸⁰ – do odpowiednio przystosowanych do tego kaplic, zaś moment np. odprawiania Mszy Świętej w trakcie dnia powinien być dostosowany do podstawowych zadań podmiotu leczniczego i nie powinien kolidować np. z porami obchodów lekarskich czy posiłków⁸¹. Taka organizacja pozwoli pacjentom, z jednej strony, na faktyczną realizację prawa do opieki duszpasterskiej bez szkody dla procesu leczenia. Z drugiej zaś – poprzez ograniczenie sprawowania kultu do kaplic – umożliwi poszanowanie negatywnej strony wolności sumienia i wyznania rozumianej m.in. jako zakaz doprowadzania do sytuacji, w której pacjent siłą faktu zmuszony jest do uczestniczenia w obrzędach religii przez niego niewyznawanej⁸², co mogłoby mieć miejsce w przypadku braku wydzielenia kaplicy i konieczności odbywania wizyt duszpasterskich przy łóżku pacjenta.

3.4. Sytuacja pacjenta nieprzytomnego

Problematyczna pozostaje w kontekście realizacji prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej sytuacja prawna pacjenta nieprzytomnego⁸³. Problem ten został rozpoznany w polskiej judykaturze przez Sąd Najwyższy⁸⁴ na przykładzie udzielenia przez duchownego Kościoła Katolickiego sakramentu namaszczenia chorych wbrew woli pacjenta. W stanie faktycznym sprawy sakrament został udzielony pacjentowi będącemu w stanie śpiączki farmakologicznej, mimo że pacjent był przytomny w chwili przyjęcia do szpitala i nie wyrażał woli kontaktu z duchownym ani woli objęcia go opieką duszpasterską.

Pracownicy podmiotu leczniczego albo duchowny, który ma zamiar objąć pacjenta opieką duszpasterską, nim wykonają czynności wobec pacjenta nieprzytomnego, są niewątpliwie zobligowani do podjęcia czynności zmierzających do pozyskania informacji dotyczących jego wyznania oraz jego rzeczywistej woli co do objęcia opieką duchową. Informacja w tym zakresie, w sytuacji gdy pacjent jest nieprzytomny, może pochodzić

⁷⁷ O możliwości sprawowania eucharystii w pomieszczeniu poza „miejscem świętym” mówi kan. 932 § 1 KPK. Przepis ten mówi o miejscu „godnym”.

⁷⁸ Karkowska 2021, komentarz do art. 36–38, nb. 7.

⁷⁹ Ożóg 2016b, 232.

⁸⁰ Posługa powinna być wykonywana w sposób niezakłócający spokoju innym pacjentom przebywającym na sali chorych (np. poprzez cichą rozmowę między kapłanem a pacjentem albo zastosowanie parawanu, zob. Kubiak 2019, 38). Duchowny powinien w tym zakresie wykazać się wrażliwością na odczucia osób niewierzących albo osób innego wyznania.

⁸¹ Kubiak 2019, 38.

⁸² Tamże, 35.

⁸³ Zob. szeroko omówione potencjalne scenariusze wydarzeń z udziałem pacjenta przytomnego oraz nieprzytomnego: Karkowska 2021, komentarz do art. 36–38, nb. 6.

⁸⁴ Wyrok Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z dnia 20 września 2013 r., II CSK 1/13, Legalis; zob. głosę krytyczną: Rakoczy 2016, 213–220; zob. przegląd stanowisk doktryny: Pluta 2021, 219.

od osoby bliskiej (zob. definicję art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p.⁸⁵). Może być też wywodzona z faktu posiadania symboli religijnych przez pacjenta albo uczestniczenia w nabożeństwach w kaplicy podmiotu leczniczego⁸⁶. W orzecznictwie i nauce prawa sformułowany został pogląd, że w niektórych wypadkach możliwe jest wsparcie uzasadnienia decyzji w zakresie objęcia opieką duszpasterską pacjenta nieprzytomnego poprzez odwołanie się do danych statystycznych⁸⁷, korzystając ze swego rodzaju domniemania, że pacjent nieprzytomny w danym stanie faktycznym wyraziłby wolę otrzymania np. sakramentu namaszczenia chorych⁸⁸.

Ten ostatni argument jest w mojej ocenie nieuzasadniony, a już niewątpliwie przy braku innych dowodów do co woli pacjenta. Nie można „woli” pacjenta domniemywać na podstawie danych statystycznych. Niewątpliwie też inaczej trzeba podejść do sytuacji, gdy pacjent jest nieprzytomny w chwili przyjęcia go do szpitala, a inaczej, gdy pacjent jest przyjmowany planowo i na skutek przeprowadzonej interwencji medycznej traci przytomność. W tym drugim bowiem wypadku podmiot leczniczy ma możliwość, po pierwsze, poinformowania pacjenta o jego prawach, w tym prawie do opieki duszpasterskiej, a po drugie – sam pacjent ma możliwość podjęcia inicjatywy w tym względzie i kontaktu z duszpasterzem. Trudno w takiej sytuacji uznać za uzasadnione odwołanie się do „statystycznego prawdopodobieństwa”, że dany pacjent jest danego wyznania. Nie ma też konieczności zasięgnięcia w tym względzie informacji od członków jego rodziny, skoro możliwe było wcześniejsze uzyskanie jej od samego pacjenta. Pacjent, nie mając obowiązku ujawnienia informacji o swojej konfesji czy woli skorzystania z opieki duszpasterskiej, może przecież podjąć decyzję, że w ogóle nie ustosunkuje się do rzeczonoego prawa. Z biernej postawy pacjenta nie można wyprowadzać wniosku o jego woli co do aktywnego wsparcia duchowego na wypadek utraty przytomności. Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej jest jego prawem osobistym i to jego woli w tym względzie zawsze powinno się dawać prymat.

3.5. Koszt realizacji prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej

Zgodnie z art 38 u.p.p. koszty związane z realizacją prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej ponosi podmiot leczniczy, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej. Niewątpliwie przepisami, o których mowa w art. 38 u.p.p., nie są przepisy wewnętrznych

⁸⁵ Należy zwrócić uwagę, że definicja ta jest bardzo szeroka i obejmuje także – bez obowiązku spełnienia jakichkolwiek dodatkowych kryteriów – osobę wskazaną przez pacjenta, czy po prostu pozostającą we wspólnym z nim pożyciu.

⁸⁶ Wszystkie te przykładowo wyliczone sposoby pozyskania danych i informacji co do konfesji i woli pacjenta mają oczywiście charakter pomocniczy i jedynie drugorzędny wobec woli pacjenta.

⁸⁷ Jak przyjął Sąd Najwyższy, w cytowanym wyżej wyroku z dnia 20 września 2013 r. (II CSK 1/13): „Do sytuacji trudnych z uwagi na zagrożenie kolizyjnym wartościom dochodzi wówczas, gdy do placówki leczniczej przyjmowany jest pacjent w takim stanie, że nie sposób jest stwierdzić, jaki jest jego światopogląd i czy chciałby skorzystać z opieki duszpasterskiej. Odwołanie się wówczas do pewnych statystycznych prawidłowości może tłumaczyć określone zachowania, gdyby ostatecznie okazały się sprzeczne ze światopoglądem pacjenta. Z takim przypadkiem Sądy obu instancji nie miały jednak do czynienia w niniejszej sprawie, gdyż powód został przyjęty planowo, przed zabiegiem był przytomny i – jak twierdzi – widział kapelana szpitalnego, a kapelan szpitalny jego, ale nie nawiązywali ze sobą żadnego kontaktu”.

⁸⁸ Karkowska 2021, komentarz do art. 36–38, nb. 6. W kontekście prawa kanonicznego zob. kan. 1005 KPK, który w razie wątpliwości „[...] czy chory osiągnął zdolność używania rozumu, czy poważnie choruje lub czy zmarł”, obliuguje duchowego do udzielenia sakramentu namaszczenia chorych.

regulaminów organizacyjnych podmiotów leczniczych, a przepisy powszechnie obowiązujące⁸⁹. Z art. 38 u.p.p. wynika również wprost, że ani pacjent, ani duchowny faktycznie udzielający opieki duszpasterskiej, nie ponoszą kosztów związanych z realizacją prawa do opieki duszpasterskiej. Z punktu widzenia pacjenta realizacja tego prawa jest więc nieodpłatna.

Do kosztów, które będzie ponosić podmiot leczniczy, należą niewątpliwie koszty zatrudnienia kapelana⁹⁰, a także koszty wyposażenia i utrzymania kaplicy albo innego pomieszczenia przeznaczonego na salę modlitwy czy kontemplacji. Niedogodnością dla podmiotów leczniczych jest to, że źródłem finansowania kosztów związanych z realizacją prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej (w tym wynagrodzenia kapelana) nie może być wynagrodzenie otrzymywane przez podmiot leczniczy w ramach zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia umów (zob. art. 132 ust. 1 w zw. z art. 136 ust. 1 i 2 u.ś.o.z., które łącznie określają przedmiot umowy, a także posiłkowo rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁹¹), gdyż środki te przeznaczone są do finansowania udzielania zakontraktowanych nimi świadczeń opieki zdrowotnej⁹². Oznacza to konieczność sięgnięcia do innych źródeł finansowania posługi duchowej, w tym do ofiarności publicznej. Nie można tego jednak utożsamiać z pobieraniem od pacjentów przez duchownego albo podmiot leczniczy opłat za np. udzielenie określonego sakramentu.

3.6. Ograniczenia egzekucji jako gwarancja realizacji prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej

Ustawodawca zapewnia gwarancje realizacji prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej również w postępowaniu egzekucyjnym. W obu ustawach procesowych regulujących egzekucję sądową (art. 829 pkt 6 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego⁹³) i administracyjną (art. 8 § 1 pkt 9 ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji⁹⁴)⁹⁵ wprowadzone zostały bowiem ograniczenia egzekucji odnoszące się do „przedmiotów służących do wykonywania praktyk religijnych”⁹⁶. Interpretacja tego pojęcia może nastroczać pewnych problemów w praktyce, jednak należy dojść do wniosku, że wyklądać je należy szeroko w sposób obejmujący nim zarówno rzeczy ruchome, jak i nieruchomości, bez względu na to, czy są własnością osób fizycznych czy związków wyznaniowych, a także bez względu na to, o jakie praktyki religijne chodzi i do jakiego wyznania dłużnik należy⁹⁷. Oczywiście w przypadku realizacji

⁸⁹ Obecnie przepisy takie nie obowiązują (Kubiak 2019, 39).

⁹⁰ Zob. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2014 r. w sprawie warunków wynagradzania za pracę pracowników podmiotów leczniczych działających w formie jednostki budżetowej (Dz. U. z 2023 r. poz. 2281). Jeśli chodzi o wysokość wynagrodzenia zasadniczego, w rozporządzeniu kapelani szpitalni są zaszerzegowani w XIII grupie zaszerzegowania.

⁹¹ Dz. U. z 2023 r. poz. 1491.

⁹² Karkowska 2021, komentarz do art. 36–38, nb. 9.

⁹³ Dz. U. z 2024 r. poz. 1568, dalej: k.p.c.

⁹⁴ Dz. U. z 2023 r. poz. 2505 z późn zm.

⁹⁵ Oźóg 2016a.

⁹⁶ Zob. szerzej Białkowski 2024, 89–95.

⁹⁷ Ryłski 2022, komentarz do art. 829, nb. 30.3; Flaga-Gieruszyńska 2021, 759; zob. szerzej uchwała Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z dnia 29 października 1968 r., III CZP 90/68, OSNCP 1969, nr 4, poz. 65.

prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej będą to w zasadzie ruchomości (książki do nabożeństwa, medaliki czy inne symbole religijne⁹⁸), które będą w posiadaniu podmiotu leczniczego czy też pacjenta. Jedyłą przesłanką wyłączenia takich przedmiotów jest, aby służyły one do wykonywania praktyk religijnych i to niezależnie od ich wartości⁹⁹. Podstawą oceny komornika, czy dany przedmiot służy do wykonywania praktyk religijnych, powinno być występowanie funkcjonalnego („z samego przeznaczenia”) związku określonego przedmiotu z konkretnym wyznaniem i obrzędami, które dla tego wyznania są charakterystyczne¹⁰⁰. Tym samym, zakładając prowadzenie egzekucji wobec podmiotu leczniczego albo pacjenta przebywającego np. w hospicjum, z przedmiotów służących do wykonywania praktyk religijnych postępowanie takie powinno być z urzędu umorzone w całości albo w odpowiedniej części (art. 824 § 1 pkt 2 k.p.c.). Ograniczenia egzekucji pozwalają więc pacjentowi nawet w obliczu toczącego się wobec niego postępowania egzekucyjnego zachować przedmioty służące do wykonywania praktyk religijnych. Te same gwarancje – w odniesieniu do np. wyposażenia kaplicy w zakresie niezbędnym do sprawowania kultu – ma podmiot leczniczy, co pozwoli mu na wykonanie obowiązków związanych z realizacją prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej także w warunkach egzekucji sądowej albo administracyjnej.

Wnioski

Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej z punktu widzenia podmiotowego musi być rozpatrywane na dwóch płaszczyznach. Po pierwsze, chodzi o kwestie związane bezpośrednio z daną kategorią pojęciową, odnoszącą się do podmiotu uprawnionego (pacjent) i zobowiązanego (podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej). Po drugie, na uwadze trzeba mieć zagadnienia dotyczące rodzaju świadczenia zdrowotnego, które ma być albo jest pacjentowi udzielane (adresatem obowiązków z art. 36–38 u.p.p. są podmioty wykonujące działalność leczniczą „w rodzaju świadczenia szpitalne, jak i w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne”). Z praktycznego punktu widzenia będzie tu chodzić przede wszystkim o podmioty lecznicze prowadzące szpitale, zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, zakłady rehabilitacji leczniczej oraz hospicja.

Polska regulacja wpisuje się w ogólny europejski standard zapewnienia prawa pacjentów do posług religijnych¹⁰¹. Podstawą skutecznej realizacji prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej jest informacja o posiadanym prawie oraz o sposobie jego realizacji. Podmioty lecznicze powinny unikać stwarzania nieuzasadnionych ze względów medycznych utrudnień w kontakcie z duchownymi, a także aktywnie¹⁰² wspierać wykonywanie tego

⁹⁸ Uchwała Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z dnia 17 września 1969 r., III CZP 68/69, OSNCP 1970, nr 2, poz. 29.

⁹⁹ Marciniak 2020, komentarz do art. 829, nb. 7; Ereciński, Pietrkowski 2016, komentarz do art. 829, nb. 12.

¹⁰⁰ Zob. cytowana wyżej uchwała Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z dnia 17 września 1969 r., III CZP 68/69.

¹⁰¹ Zob. Stanisław 2016, 328.

¹⁰² Słusznie podnosi się, że nie można ograniczać prawa do opieki duszpasterskiej do „nieprzeszkadzania” przez podmiot leczniczy w jego realizacji, zob. Ożóg 2018b, 108.

prawa poprzez np. umożliwianie uczestnictwa w nabożeństwach czy innych aktach związanych z kultem religijnym, zarówno w sposób bezpośredni, jak i za pośrednictwem środków masowego przekazu czy też komunikacji elektronicznej¹⁰³. Nie oznacza to jednak, że podmiot leczniczy zobowiązany jest inicjować kontakt z duchownymi. Raczej powinien wspierać pacjenta w realizacji wyartykułowanych przez niego potrzeb poprzez np. udostępnienie danych kontaktowych parafii czy informacji dotyczącej kościołów i innych związków wyznaniowych mających uregulowany status prawny w Polsce, udzielenie informacji o terminach sprawowania w podmiocie leczniczym Mszy Świętych czy spotkań modlitewnych¹⁰⁴. Z aprobatą należy odnieść się również do idei wyznaczania pracownika podmiotu leczniczego odpowiedzialnego za kontakt z duchownymi „innych [niż dominujące – przyp. M.B.] wyznań religijnych”¹⁰⁵. Ułatwi to realizację omawianego prawa zwłaszcza w sytuacji, gdy świadczenia zdrowotne udzielane są pacjentowi na nieznanym mu obszarze (może to mieć miejsce choćby w przypadku wyjazdu służbowego albo wypoczynkowego), co utrudnia mu zwyczajowo przyjęty sposób realizacji potrzeb religijnych. Jednocześnie konieczne jest stworzenie warunków wykluczających sytuacje, w których wykonywanie prawa do opieki duszpasterskiej przez jednego z pacjentów może ingerować w prawa innego pacjenta. Cel ten można osiągnąć w szczególności poprzez wyznaczenie jednego miejsca do sprawowania kultu (kaplicy lub ekumenicznego miejsca kontemplacji) i ograniczenie posługi przy łóżku pacjenta do sytuacji wyjątkowych (tu jednak w razie kolizji praw należy dać prymat prawom pacjenta cierpiącego i potrzebującego wsparcia duchowego nad prawem innego pacjenta przebywającego w tej samej sali). Warto zaznaczyć, że naruszeniem wspomnianej negatywnej sfery wolności sumienia i wyznania nie będzie samo zamieszczenie w budynku podmiotu leczniczego symbolu religijnego, jakim jest krzyż¹⁰⁶.

Przy wykonywaniu prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej powinno się dawać prymat woli pacjenta co do objęcia albo nieobjęcia go wsparciem duchowym w czasie leczenia. W przypadku pacjenta małoletniego decyzja dotycząca wykonania wobec niego czynności związanych z kultem religijnym powinna uwzględniać jego wolę przy poszanowaniu prawa rodziców do wychowania dziecka w swojej wierze. Niezbędne jest także respektowanie prawa pacjenta do milczenia w zakresie swojego wyznania oraz jego woli w sprawie skorzystania z omawianego prawa. Realizacja albo brak realizacji prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej nie może przy tym stanowić podstawy do nierównego traktowania pacjentów¹⁰⁷. Istotnymi gwarancjami zapewniającymi realizację prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej jest przeniesienie na podmiot leczniczy obowiązku ponoszenia kosztów z tym związanych (art. 38 u.p.p.) oraz ograniczenie egzekucji

¹⁰³ Cnota, Gura, Grabowski, Kurowska 2016, komentarz do art. 36, nb. 3; Karkowska 2021, komentarz do art. 36–38, nb. 4.

¹⁰⁴ Ożóg 2016b, 232–233.

¹⁰⁵ Tamże.

¹⁰⁶ Zob. szerzej powołane orzecznictwo w: Kubiak 2019, 39–40.

¹⁰⁷ Zob. wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie *Mockutė przeciwko Litwie*, skarga nr 66490/09. Trybunał słusznie stwierdził, że jakkolwiek dyskryminacja tych, którzy przejawiają przekonania religijne, stanowi naruszenie art. 14 w zw. z art. 9 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności sporządzonej w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., zmienionej następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełnionej Protokołem nr 2 (Dz. U. z 1993 r. poz. 284). Tak samo bezprawne jest zniechęcanie do praktykowania wyznawanej religii (zob. art. 6 ust. 1 i 2 u.g.w.s.w.).

sądowej i administracyjnej w odniesieniu do przedmiotów służących do wykonywania praktyk religijnych.

Bibliografia

- Augustynowicz, Anna, Alina Budziszewska-Makulska. 2010. *Ustawa o prawach pacjenta. Komentarz*. Warszawa: CeDeWu.pl Wydawnictwo Fachowe.
- Banaszak, Bogusław. 2012. *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.
- Białkowski, Michał. 2024. *Ograniczenia egzekucji sądowej w ochronie zdrowia*. Sopot: Currenda.
- Boratyńska, Marta, Przemysław Konieczniak, Eleonora Zielińska (red.). 2019. *System Prawa Medycznego*. T. 2, cz. 1: *Regulacja prawna czynności medycznych*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska, LEX.
- Bosek, Leszek (red.). 2020. *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck, Legalis.
- Bujny, Jędrzej. 2006. *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.
- Ciechorski, Jan. 2012. „Glosa do wyroku WSA w Lublinie z dnia 23 listopada 2010 r., sygn. III SA/Lu 339/10”. *Prawo i Medycyna* 2: 129–139.
- Cnota, Zbinigew, Grzegorz Gura, Tomasz Grabowski, Ewa Kurowska. 2016. *Zasady i tryb ustalania świadczeń/roszczeń (odszkodowania i zadośćuczynienia) w przypadku zdarzeń medycznych. Komentarz*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck, Legalis.
- Dercz, Maciej, Tomasz Rek. 2019. *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck, LEX.
- Ereciński, Tadeusz, Henryk Pietrzkowski (red.). 2016. *Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz*. T. 5: *Postępowanie egzekucyjne*. Warszawa: Wolters Kluwer, LEX.
- Flaga-Gieruszyńska, Kinga (red.). 2021. *Postępowanie zabezpieczające i egzekucyjne. System Postępowania Cywilnego*. T. 8. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.
- Frąckowiak, Hanna. 2016. *Postępowanie przed Wojewódzką Komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.
- Gromek, Krystyna. 2020. *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck, Legalis.
- Kaczmarczyk, Robert. 2017. „Ochrona swobody sumienia jako dobra osobistego osoby niewierzącej. Glosa do wyroku SN z dnia 20 września 2013 r., II CSK 1/13”. *Państwo i Prawo* 3: 134–141.
- Karkowska, Dorota. 2012. *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Karkowska, Dorota (red.). 2021. *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*. Warszawa: LEX.
- Karkowska, Dorota, Jacek Chojnacki. 2014. *Postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Kłódawski, Maciej. 2013. „Superfluum i nadwyżki znaczeniowe jako przykłady redundancji tekstu prawnego”. *Archiwum Filozofii Prawa i Filozofii Społecznej* 2: 38–51.
- Kubiak, Rafał. 2019. „Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej”. *Medycyna Paliatywna* 11(1): 33–43.

- Lenio, Paweł. 2018. *Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Litwiński, Paweł. 2021a. „Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)”. W: *Ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych. Ustawa o ochronie danych osobowych. Wybrane przepisy sektorowe. Komentarz*, red. Paweł Litwiński. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck, Legalis.
- Litwiński, Paweł. 2021b. „Ustawa o ochronie danych osobowych. Komentarz”. W: *Ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych. Ustawa o ochronie danych osobowych. Wybrane przepisy sektorowe. Komentarz*, red. Paweł Litwiński. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck, Legalis.
- Marciniak, Andrzej (red.). 2020. *Kodeks postępowania cywilnego*. T. 4. *Komentarz. Art. 730–1095¹*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck, Legalis.
- Nowak-Kubiak, Joanna. 2012. *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck, Legalis.
- Ożóg, Michał. 2016a. „Ograniczenie egzekucji sądowej i administracyjnej w zakresie przedmiotów służących do wykonywania praktyk religijnych”. *Przegląd Prawa Egzekucyjnego* 9: 43–66.
- Ożóg, Michał. 2016b. „Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej w świetle konstytucyjnej zasady równouprawnienia Kościołów i innych związków wyznaniowych”. *Studia z Prawa Wyznaniowego* 19: 217–236.
- Ożóg, Michał. 2018a. „Charakterystyka stosunku prawnego łączącego kapelana z podmiotem leczniczym w świetle przepisów prawa polskiego i wybranych regulacji wewnętrznych Kościoła katolickiego”. *Studia z Prawa Wyznaniowego* 21: 95–122.
- Ożóg, Michał. 2018b. „Postawa pracowników podmiotów leczniczych w kontekście realizacji prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej”. *Przegląd Prawa Wyznaniowego* 10: 107–125.
- Pluta, Katarzyna. 2021. „Udzielenie ateistom sakramentu namaszczenia chorych a naruszenie jego dóbr osobistych oraz zakazu przetwarzania szczególnych kategorii danych”. *Przegląd Prawa Wyznaniowego* 13: 217–239.
- Rakoczy, Bartosz. 2008. *Ustawa o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Polsce. Komentarz*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Rakoczy, Bartosz. 2016. „Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 20 września 2013 r. sygn. akt II CSK 1/13”. *Przegląd Prawa Wyznaniowego* 8: 213–220.
- Rylski, Piotr (red.). 2022. *Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck, Legalis.
- Safjan, Marek, Leszek Bosek (red.). 2016. *Konstytucja RP*. T. 1: *Komentarz do art. 1–86*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck, Legalis.
- Safjan, Marek, Leszek Bosek (red.). 2018. *Instytucje Prawa Medycznego. System Prawa Medycznego*. T. 1. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.
- Stanisz, Piotr. 2016. „Opieka duszpasterska w szpitalach publicznych państw Unii Europejskiej – zarys problematyki”. *Studia z Prawa Wyznaniowego* 19: 307–331.
- Szafrański, Dariusz. 2016. *Zasady techniki prawodawczej w zakresie aktów prawa miejscowego. Komentarz praktyczny z wzorami oraz przykładami*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.
- Wenski, Piotr. 2015. „Rozważania nad standardami opieki duszpasterskiej”. *Prawo i Medycyna* 1: 72–86.

