

Obowiązki podmiotów leczniczych w zapewnieniu pacjentowi prawa do opieki duszpasterskiej

DOI: 10.70537/PPM/213891

S t r e s z c z e n i e

Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej, będące przejawem realizacji konstytucyjnego prawa do opieki religijnej, zostało przyznane *expressis verbis* w art. 36-38 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Redakcja przepisów nie jest jednak wyczerpująca, co utrudnia ich wykładnię systemową. Artykuł rekonstruuje prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej z całego systemu prawa. Szczególny nacisk w tym artykule położono na wybiórczym omówieniu normatywnych regulacji dotyczących obowiązków podmiotów leczniczych w zapewnieniu pacjentowi prawa do opieki duszpasterskiej. Celem publikacji jest sformułowanie *de lege lata* propozycji systemowej wykładni przepisów art. 36-38 u.p.p., a *de lege ferenda* doprecyzowanie regulacji w u.p.p., tak aby każdy pacjent mógł się łatwiej zorientować o przysługujących mu uprawnieniach, a kierownik zakładu leczniczego o ciążących na nim obowiązkach.

Słowa kluczowe: prawa pacjenta, opieka duszpasterska, religia, wyznanie, podmiot leczniczy, kapelan, szpital

1. Wprowadzenie

Religia jest jednym z ważniejszych aspektów życia społecznego i osobistego człowieka. Chociaż w przestrzeni publicznej głośnie są głosy

o postępującej laicyzacji tzw. świata zachodniego¹, pomimo globalnego trendu zmniejszającego się poziomu religijności wśród młodych ludzi², współcześnie większość polskiego społeczeństwa to wciąż osoby religijne i praktykujące. Jak wskazują statystyki, około 90%³ pełnoletnich mieszkańców Polski deklaruje się jako „wierzący” lub „głęboko wierzący”. Duża część z nich deklaruje uzewnętrznianie swojej religii, około 40%⁴ uczestniczy w nabożeństwach raz w tygodniu lub częściej (choć odsetek ten powoli spada)⁵.

Jak wynika z dostępnych badań⁶, religijność jest istotnym czynnikiem terapeutycznym oraz ma pozytywny wpływ na zdrowie publiczne. Wykazano też, że w okresie pandemii COVID-19 osoby religijne radziły sobie lepiej od osób niereligijnych⁷.

Przedmiotem niniejszego artykułu jest analiza uregulowań prawnych ustanawiających prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej (art. 36-38 u.p.p.⁸) oraz uregulowań służących realizacji tego prawa, w szczególności ustanawiających obowiązki podmiotów leczniczych.

¹ Zob. np.: K. Bochenek, *Zjawisko laicyzacji w społeczeństwie ponowoczesnym (konteksty filozoficzne)*, „Wschodni Rocznik Humanistyczny” 2019, t. XVI, s. 77-86.

² Pew Research Center, *The Age Gap in Religion around the World*, 2018, <https://www.pewresearch.org/religion/2018/06/13/the-age-gap-in-religion-around-the-world/>, [dostęp: 11.10.2025 r.].

³ M. Bożewicz, Centrum Badania Opinii Społecznej, *Religijność Polaków w ostatnich 20 latach*, „Komunikat z badań”, nr 50/2024, 2024, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2024/K_050_24.PDF, [dostęp: 11.10.2025 r.], s. 4.

⁴ M. Grabowska, Centrum Badania Opinii Społecznej, *Polski pejzaż religijny – z dalekiego planu*, „Komunikat z badań”, nr 89/2022, 2022, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2022/K_089_22.PDF, [dostęp: 11.10.2025 r.], s. 3-4.

⁵ Ibidem.

⁶ Zob. J. Żolnierz, J. Sak, *Współczesne badania nad wpływem religijności na zdrowie człowieka*, „Journal of Education Health and Sport” 2017, t. 7, nr 4, s. 100-112; M. Klimasiński, M. Plocka, N. Neumann-Klimasińska, *Wpływ duchowości lub religijności na długość życia człowieka*, „Medycyna Paliatywna” 2017, t. 9, nr 2, s. 84-88; B. Woźniak, K. Zawisza, M. Brzyska, *Religia a zdrowie – o zależności między zaangażowaniem religijnym a funkcjonowaniem ciała w starszym wieku*, „Studia Socjologiczne” 2015, nr 2 (217), s. 215-239; D. Godlewska, J. Gebreselasie, *Religia a zdrowie i choroba*, „Język. Religia. Tożsamość” 2015, nr 1 (17), s. 223-236.

⁷ S. Iyer, S. Larcum, P-W. She, *Do Religious People Cope Better in a Crisis? Evidence from the UK Pandemic Lockdowns*, „Cambridge Working Papers in Economics”, nr 2403, s. 1-28.

⁸ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 581), dalej jako: u.p.p.

Pobyt w szpitalu czy innym leczniczym zakładzie zamkniętym może znacząco utrudniać korzystanie z opieki duszpasterskiej. Dlatego przepisy prawa pozytywnego gwarantują prawo do korzystania z tej opieki⁹, a prawo każdego do korzystania z pomocy religijnej tam, gdzie się znajduje, zyskało nawet rangę konstytucyjną – jest ono gwarantowane wprost przez art. 53 ust. 2 *in fine* Konstytucji RP.

Literatura dotycząca problematyki prawa do opieki religijnej osób przebywających w zakładach leczniczych nie wyczerpuje tematu, a ilość monografii i zbiorczych opracowań jest ograniczona¹⁰. Poza tym znaleźć można artykuły, które mają charakter raczej fragmentaryczny. Także powszechność opieki zdrowotnej, powszechność opieki duszpasterskiej w zakładach leczniczych i fakt, że prawie każdy mieszkaniec Polski kiedyś był, jest lub będzie pacjentem w zakładzie leczniczym, uzasadnia potrzebę opracowania niniejszego artykułu.

Ponadto, zwiększające się zróżnicowanie religijne mieszkańców Polski może prowadzić do sytuacji, w której aktualnie obowiązujący model opieki duszpasterskiej, w powszechnej świadomości ograniczający się jedynie do katolickiego duszpasterza i kaplicy szpitalnej, może okazać się niewystarczający. Zanim jednak akademicka dyskusja dotyczyć będzie udoskonalenia aktualnego systemu opieki duszpasterskiej w zakładach leczniczych, potrzebne jest szczegółowe omówienie stanu aktualnej rzeczywistości prawnej. Redakcja przepisów u.p.p. stanowiących o prawie do opieki duszpasterskiej nie jest jednak wyczerpująca – należy więc podjąć wysiłek zrekonstruowania tego prawa z całego systemu prawa, w tym Konstytucji i ustaw, o których stanowi art. 25 ust. 4 i 5 Konstytucji RP.

Celem artykułu jest sformułowanie *de lege lata* propozycji systemowej wykładni przepisów art. 36-38 u.p.p., a *de lege ferenda* doprecyzowanie re-

⁹ Zob. art. 53 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r., poz. 483 ze zm.; dalej jako: Konstytucja RP), Konkordat między Stolicą Apostolską i Rzeczpospolitą Polską, podpisany w Warszawie dnia 28 lipca 1993 r. (Dz.U. z 1998 r., poz. 318), art. 1-7 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o gwarancjach wolności sumienia i wyznania (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 265), wszystkie ustawy regulujące stosunek państwa i Kościołów oraz innych związków wyznaniowych uchwalone po II wojnie światowej, art. 106 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 706 ze zm.), itd.

¹⁰ Zob. np. M. Ożóg, *Gwarancje wolności sumienia i wyznania w podmiotach leczniczych w Polsce*, Kraków 2019.

gkulacji w u.p.p., tak aby każdy pacjent mógł się łatwiej zorientować o przy-sługujących mu uprawnieniach, a kierownik zakładu leczniczego o ciąży-cych na nim obowiązkach.

Rekonstruując prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej, położono silny nacisk na uregulowania odrębne ustanawiające obowiązki różnych podmiotów w zapewnieniu tytułowego prawa pacjenta do opieki duszpa-sterskiej. Są one rozsiiane po różnych regulacjach, różnej rangi, a samo ich zidentyfikowanie przez pacjenta wymaga wiele wysiłku.

2. Podstawy prawne

W okresie międzywojennym obowiązek państwa do udostępnienia opieki moralnej i pociechy religijnej obywatelom znajdującym się w szpi-talach przewidywała w art. 102 zd. 3 konstytucja marcowa¹¹. Tego typu regulacja nie znalazła się w konstytucji kwietniowej¹².

Po II Wojnie Światowej prawo do opieki duszpasterskiej w zakładach leczniczych nie było stabilnie umocowane w systemie prawnym. Istniały co prawda akty prawne regulujące to zagadnienie, jednakże do 1989 r. pozostawały uregulowane w rozproszonych, podustawowych i nie zawsze opublikowanych źródłach prawa jak: instrukcje, okólniki, zarządzenia itd.¹³ Należy zauważyć, że ich wprowadzenie było często efektem nacisku kościoła katolickiego na władze publiczne.

Pierwszymi aktami o randze ustawowej dotyczącymi prawa do opieki duszpasterskiej w zakładach leczniczych były u.g.w.¹⁴ oraz ustawa katolic-ka¹⁵. U.g.w. zagwarantowała pacjentom prawo do uczestniczenia w czynno-

¹¹ Ustawa z dnia 17 marca 1921 r. – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. z 1925 r., poz. 267 ze zm.).

¹² Ustawa Konstytucyjna z dnia 23 kwietnia 1935 r. (Dz.U. z 1935 r., poz. 227).

¹³ Zob. M. Ożóg, *Regulacje prawne dotyczące sprawowania opieki duszpasterskiej w placówkach leczniczych w okresie PRL. z punktu widzenia problematyki źródeł prawa. Wybrane zagadnienia*, „Studia z Dziejów Państwa i Prawa Polskiego” 2017, t. XX, s. 395.

¹⁴ Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o gwarancjach wolności sumienia i wyznania (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 265).

¹⁵ Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 1966 ze zm.).

ściach i obrzędach religijnych oraz wypełniania obowiązków religijnych i obchodzenia świąt religijnych zgodnie z zasadami swojego wyznania. Ponadto, przyznano im także prawo do posiadania i korzystania z przedmiotów potrzebnych do uprawiania kultu i praktyk religijnych. Jednocześnie potwierdzono prawo związków wyznaniowych do prowadzenia takich czynności i obrzędów religijnych w zakładach leczniczych.

Istotną bazą zawierającą gwarancje prawa do opieki duszpasterskiej są Konkordat¹⁶ oraz ustawy partykularne regulujące stosunek państwa i kościołów, oraz związków wyznaniowych, których w latach 1989-1997 uchwalono dwanaście¹⁷. Przepisy ww. aktów dotyczące prawa do opieki duszpasterskiej w zakładach leczniczych sformułowane są jednak w różny sposób, charakteryzują się różnym poziomem szczegółowości oraz zakresem przyznanych członkom danych związków wyznaniowych praw

¹⁶ Konkordat między Stolicą Apostolską i Rzeczpospolitą Polską, podpisany w Warszawie dnia 28 lipca 1993 r. (Dz.U. z 1998 r., poz. 318).

¹⁷ Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 1966 ze zm.); ustawa z dnia 4 lipca 1991 r. o stosunku Państwa do Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 544); ustawa z dnia 13 maja 1994 r. o stosunku Państwa do Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 509); ustawa z dnia 13 maja 1994 r. o stosunku Państwa do Kościoła Ewangelicko-Reformowanego w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2015 r., poz. 483); ustawa z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Ewangelicko-Methodystycznego w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 85); ustawa z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Chrześcijan Baptystów w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 1874); ustawa z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2022 r., poz. 2616); ustawa z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Polskokatolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 51); ustawa z dnia 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do gmin wyznaniowych żydowskich w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2014 r., poz. 1798); ustawa z dnia 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego Mariawitów w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 8); ustawa z dnia 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do Kościoła Starokatolickiego Mariawitów w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 47); ustawa z dnia 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do Kościoła Zielonoświątkowego w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2015 r., poz. 13); obowiązują w polskim porządku prawnym również wydane lub uchwalone przed II wojną światową trzy akty o randze ustawowej, które nie zawierają jednak przepisów dotyczących opieki duszpasterskiej w zakładach leczniczych: rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o stosunku Państwa do Wschodniego Kościoła Staroobrzędowego, nie posiadającego hierarchii duchownej (Dz.U. z 1928 r., poz. 363 ze zm.); ustawa z dnia 21 kwietnia 1936 r. o stosunku Państwa do Muzułmańskiego Związku Religijnego w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. z 1936 r., poz. 240 ze zm.); ustawa z dnia 21 kwietnia 1936 r. o stosunku Państwa do Karaimskiego Związku Religijnego w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. z 1936 r., poz. 241 ze zm.).

(przykłady takich sytuacji zostaną przedstawione w dalszej części artykułu). Sytuacja kościołów i związków wyznaniowych jest tym bardziej zróżnicowana ze względu na okoliczność, że jedynie w odniesieniu do niektórych z nich uchwalono ustawy regulujące ich stosunek z Państwem. Poza kościołami i związkami wyznaniowymi, których stosunek do Państwa został uregulowany odrębną ustawą (w liczbie 15), do Rejestru kościołów i innych związków wyznaniowych prowadzonego przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji wpisanych jest ich 176¹⁸. W ich przypadku, miarodajne w zakresie ustalenia form i zakresu opieki duszpasterskiej wyznawców w zakładach leczniczych pozostają wyłącznie przepisy ogólne, choć mogą one zostać wzmocnione poprzez normy wewnętrzne kościoła lub związku wyznaniowego (w szczególności statutu). Sytuacja praw członków kościołów i związków wyznaniowych o uregulowanej sytuacji prawnej pozostaje i tak bardziej stabilna niż w przypadku członków kościołów i związków wyznaniowych o nieuregulowanej sytuacji prawnej – należy jednak uznać, że i oni mają prawo do opieki religijnej w oparciu o ogólne reguły konstytucyjne.

Ustawowo nie jest regulowany przykładowo stosunek państwa do Świadków Jehowy (trzeci pod względem liczebności związek wyznaniowy w Polsce¹⁹). Skomplikowana pozostaje kwestia opieki duszpasterskiej dla muzułmanów, czyli grupy wyznaniowej, która w ostatnich latach bardzo zwiększyła swoją liczebność. Obowiązuje co prawda ustawa o stosunku Państwa do Muzułmańskiego Związku Religijnego w Rzeczypospolitej Polskiej²⁰, jednakże podmiotowo ograniczona jest jedynie do Muzułmańskiego Związku Religijnego, czyli związku wyznaniowego zrzeszającego około 500 osób²¹, głównie polskich Tatarów, a przedmiotowo nie zawiera przepisów dotyczących opieki duszpasterskiej w zakładach leczniczych.

¹⁸ Stan na dzień 30 września 2025 r.

¹⁹ Główny Urząd Statystyczny, *Wyznania religijne w Polsce 2019-2021*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/inne-opracowania/wyznania-religijne/wyznania-religijne-w-polsce-2019-2021,5,3.html>, Warszawa 2022, [dostęp: 11.10.2025 r.], s. 58.

²⁰ Ustawa z dnia 21 kwietnia 1936 r. o stosunku Państwa do Muzułmańskiego Związku Religijnego w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. z 1936 r., poz. 240 ze zm.).

²¹ Główny Urząd Statystyczny, *Wyznania...* s. 59.

Spółeczność muzułmańska w Polsce liczy jednak co najmniej kilkanaście tysięcy osób²², zrzeszonych w kilku związkach wyznaniowych. W związku z tym, kwestia opieki duszpasterskiej dla wszystkich muzułmanów regulowana będzie jedynie przez przepisy ogólne, co może być problematyczne zarówno ze względu na liczebność, ja i potrzeby członków tej grupy wyznaniowej²³.

W zakresie prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej istotna jest także u.z.o.p.²⁴ Jest to pierwsza ustawa posługująca się pojęciem praw pacjenta i wprowadzającą przykładowy ich katalog. Po zmianie ustawy w 1997 r.²⁵ w katalogu ujętym w art. 19 u.z.o.p. pojawiło się między innymi również prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej.

Konstytucja RP *expressis verbis* gwarantuje każdemu prawo do korzystania z pomocy religijnej tam, gdzie się znajduje (art. 53 ust 2 *in fine*). Natomiast art. 25 stanowi o relacji państwa z kościołami i innymi związkami wyznaniowymi, a który musi być poczytywany łącznie z art. 53, aby całościowo opisać konstytucyjne gwarancje wolności wyznania.

W zakresie dotyczącym praw pacjenta, u.z.o.p. została zastąpiona przez u.p.p. Najistotniejsze w zakresie objętym tematem artykułu są art. 36-38, gwarantujące pacjentom przebywającym w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej prawo do opieki duszpasterskiej, prawo do kontaktu z duchownym w momencie zagrożenia życia oraz obowiązek ponoszenia kosztów związanych z tymi prawami przez podmioty lecznicze.

W zakresie gwarancji ochrony sumienia i wyznania istotne znaczenie mają przepisy wiążących umów międzynarodowych, które gwarantują

²² Ibidem.

²³ Zob. K. Krzysztofek-Strzała, *Prawa pacjentów muzułmanów w świetle ustawodawstwa polskiego, ze szczególnym uwzględnieniem ustawy o gwarancjach wolności sumienia i wyznania*, „Studia z Prawa Wyznaniowego” 2019, t. 22, s. 135-151; szerzej nt. sytuacji prawnej muzułmanów w Polsce zob. P. Borecki, *Położenie prawne nyznanców islamu w Polsce*, „Państwo i Prawo” 2008, nr 1, s. 72-84.

²⁴ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2007 r., poz. 89 ze zm.).

²⁵ Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. z 1997 r., poz. 661 ze zm.).

wszystkim wolność religii i sumienia oraz zakaz dyskryminacji. W ramach międzynarodowego systemu ochrony praw człowieka warto wymienić tutaj MPPOiP²⁶ i EKPCz²⁷, a w ramach systemu unijnego – KPP²⁸. Na uwagę zasługują również międzynarodowe akty prawne dotyczące praw pacjenta, wśród których znajdują się również gwarancje praw pacjentów związane z ich wyznaniem²⁹.

Zgodnie z zasadniczym celem artykułu, niżej zostaną scharakteryzowane poszczególne obowiązki podmiotów leczniczych służące umożliwieniu pacjentom korzystanie z uprawnień składających się na ich prawo do opieki duszpasterskiej.

3. Umożliwienie pacjentowi kontaktu z duchownym

Obowiązek ten dotyczy wszystkich podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej – nie ma tutaj znaczenia, czy podmiot jest prywatny, czy publiczny.

Obowiązek umożliwienia pacjentowi kontaktu z duchownym wynika z art. 36 u.p.p., zgodnie z którym 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. Na treść prawa do opieki duszpasterskiej składa się „każda forma opieki duchowej o wymiarze religijnym kierowana względem pacjenta zgodnie z zasadami i przepisami wewnętrznymi poszczególnych kościołów oraz związków wyznaniowych”³⁰.

²⁶ Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych otwarty do podpisu w Nowym Jorku 19 grudnia 1966 r. (Dz.U. z 1977 r., nr 38, poz. 167).

²⁷ Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., zmieniona następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem nr 2 (Dz.U. z 1993 r., nr 61, poz. 284).

²⁸ Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej będąca załącznikiem do Traktatu z Lizbony zmieniającego Traktat o Unii Europejskiej i Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską z dnia 13 grudnia 2007 r. (Dz.U. z 2009 r., nr 203, poz. 1569).

²⁹ Zob. Deklaracja Promocji Praw Pacjenta w Europie z 1994.

³⁰ G. Gura, *Rozdział 10. Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej* [w:] Z. Cnota, G. Gura, T. Grabowski, E. Kurowska, *Zasady i tryb ustalania świadczeń/roszczeń (odszkodowania i zadośćuczynienia) w przypadku zdarzeń medycznych. Komentarz*, Warszawa 2016, s. 146-148.

W związku z tym, pacjent musi mieć umożliwiony kontakt z duchownym swojego wyznania – często nie da się bowiem korzystać z posług religijnych, nauczania czy uczestniczyć w czynnościach religijnych bez jego udziału. Elementem prawa do opieki duszpasterskiej jest więc umożliwienie pacjentowi kontaktu z duchownym jego wyznania³¹. Wydaje się, że bez prawa pacjenta do umożliwienia kontaktu z duchownym realizacja prawa do opieki duszpasterskiej nie byłaby możliwa. Kontakt z duchownym, wynikający z ogólnej reguły dającej pacjentom prawo do opieki religijnej tam, gdzie się znajdują, ma służyć właśnie korzystaniu przez pacjenta z opieki duszpasterskiej. Kontakt z duchownym w innym celu może się odbywać w zakresie prawa pacjenta do kontaktu z innymi osobami (art. 33 u.p.p.). Jest to rozróżnienie istotne w kwestiach finansowych, bowiem koszty związane z zapewnieniem pacjentowi opieki duszpasterskiej ponosi podmiot leczniczy (art. 38 u.p.p.), natomiast za kontakt pacjenta z innymi osobami koszty ponosi pacjent (art. 25 ust. 1-3 u.p.p.).

Bezpośrednie wskazanie, że pacjent ma prawo wykonywania praktyk religijnych i prawo korzystania z opieki duszpasterskiej (tudzież prawo do korzystania z posług religijnych) znajduje się we wszystkich powojennych ustawach regulujących stosunki między państwem a kościołami i związkami wyznaniowymi, a także w Konkordacie. Aby pacjent mógł korzystać z posług religijnych lub opieki duszpasterskiej, musi mieć umożliwiony kontakt z duchownym³². W treści czterech ustaw partykularnych (ustawa chrześcijańska-baptystyczna³³, ustawa katolicka-mariawicka³⁴, ustawa strokatolicka-mariawicka³⁵, ustawa zielono-

³¹ A. Pielak, K. Szczucki, *Rozdział 10. Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej* [w:] *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. L. Bosek, Warszawa 2020, s. 569-570.

³² Por. T.J. Zieliński, *Art. 16. Posługi religijne dla osób przebywających w zakładach o obojętnym rygorze pobytu* [w:] A. Czohara, T.J. Zieliński, *Ustawa o stosunku państwa do gmin wyznaniowych żydowskich w Polsce. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 136.

³³ Ustawa z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Chrześcijan Baptystów w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 1874).

³⁴ Ustawa z dnia 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego Mariawitów w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 8).

³⁵ Ustawa z dnia 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do Kościoła Starokatolickiego Mariawitów w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 4).

świętkowa³⁶) wskazano wprost, że w celu realizacji uprawnień pacjenta z jego prawem do opieki duszpasterskiej kierownik właściwego podmiotu leczniczego musi zapewnić duchownym swobodny dostęp do osób przebywających w zakładach leczniczych. Pomimo braku w innych ustawach partykularnych postanowień gwarantujących pacjentowi *expressis verbis* kontakt z duchownym, w związku z tym, że niemożliwa jest realizacja prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej bez kontaktu z duchownym, z ogólnej normy wynikającej z art. 36 u.p.p. należy wnioskować, że podmioty lecznicze zobowiązane są taki kontakt duchownego z pacjentem umożliwić.

W niektórych sytuacjach podmioty lecznicze, w celu realizacji prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej, zobowiązane są do zatrudnienia duszpasterza. Kwestię tę omówiono w rozdziale 7. poświęconemu zatrudnieniu kapelanów.

Warunkiem dostępu duchownego do pacjenta musi być zawsze wola pacjenta³⁷, tym samym duchowny nie może mieć kontaktu z pacjentem wbrew jego woli. Zastosowanie znajdzie tu art. 33 ust. 1 u.p.p., zgodnie z którym pacjent ma prawo do odmowy kontaktu z innymi osobami. Ponadto, zmuszanie pacjenta do kontaktu z duchownym mogłoby naruszać jego wolność sumienia i jako takie jest niedopuszczalne³⁸. Praktyczne wątpliwości może budzić granica, przy której kontakt z duchownym wbrew woli pacjenta można byłoby określić jako niedopuszczalny. Można choćby postawić pytanie, czy samo przebywanie z duchownym w jednym pomieszczeniu wbrew woli pacjenta może naruszać jego wolność sumienia. Wydaje się, że odpowiedź na tak postawione pytanie byłaby zwykle negatywna, jednak można wyobrazić sobie stany faktyczne, w których mogłoby być to niewskazane.

Rozważenia wymaga, do jakiej formy kontaktu z duchownym pacjent ma prawo. Należy przyjąć, że „w tym przypadku będzie chodziło o kon-

³⁶ Ustawa z dnia 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do Kościoła Zielonoświątkowego w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2015 r., poz. 13).

³⁷ T.J. Zieliński, *Art. 16...*, s. 136.

³⁸ Ibidem.

takt osobisty, telefoniczny lub korespondencyjny. Pierwszeństwo w tym względzie przyznać należy kontaktowi osobistemu ze względu na okoliczności, które taki kontakt warunkują, czyli pogorszenie się stanu zdrowia lub zagrożenie życia”³⁹. Biorąc pod uwagę istotę prawa do opieki duszpasterskiej, jeśli możliwy jest kontakt osobisty z duchownym, podmiot leczniczy powinien taki umożliwić. Jeśli nie jest to jednak możliwe, podmiot leczniczy powinien umożliwić pacjentowi przynajmniej kontakt telefoniczny lub korespondencyjny (choćby mailowy) z duchownym. Na te trzy formy zezwala art. 33 ust. 1 u.p.p. dotyczący prawa pacjenta do kontaktu z innymi osobami.

Rozważyć należy także, kim jest duchowny, z którym pacjent może się kontaktować w ramach prawa do opieki duszpasterskiej. W doktrynie wskazuje się, że „Pojęcie duchownego należy rozumieć zgodnie z tezą uchwały SN z 6.5.1992 r. (I KZP 1/92, Legalis), gdzie wskazano, że »duchownym (...) jest osoba należąca do Kościoła katolickiego lub innego Kościoła albo związku wyznaniowego, która wyróżnia się spośród ogółu wyznawców danej religii tym, że powołana została do stałego organizowania i sprawowania kultu religijnego«”⁴⁰. W literaturze podnosi się także, że „wyróżnienie to musi mieć swoją podstawę w normach prawa wewnętrznego i nie może posiadać jedynie charakteru uznaniowego”⁴¹. Wskazuje się, że prawo pacjenta do kontaktu z duchownym w przypadku braku duchownego powinno być rozszerzone „także na osoby wypełniające ich funkcje w świetle postanowień prawa wewnętrznego danego kościoła lub związku wyznaniowego, chociażby z tej racji, że jego realizacja nie jest związana z żadnymi szczególnymi utrudnieniami po stronie podmiotu leczniczego, ani też dodatkowymi kosztami”⁴². Do postanowień wewnętrznych związku wyznaniowego odsyła w tym zakresie bezpośrednio ustawa żydowska⁴³, w art. 16 wskazując, że duchowni mogą

³⁹ G. Gura, *Rozdział 10...*, s. 151-152.

⁴⁰ A. Pielak, K. Szczucki, *Rozdział 10...*, s. 570.

⁴¹ G. Gura, *Rozdział 10...*, s. 150-151.

⁴² Ibidem, s. 148-149.

⁴³ Ustawa z dnia 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do gmin wyznaniowych żydowskich w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2014 r., poz. 1798).

udzielać posług religijnych przebywającym w zakładach opieki zdrowotnej współwyznawcom, ale stosownie do przepisów prawa wewnętrznego. Komentatorzy przepisu wskazują, że wymóg „stosowności do przepisów prawa wewnętrznego” należy interpretować w taki sposób, że „prawo wewnętrzne gmin żydowskich określa podmioty uprawnione do wykonywania tej posługi, a także jej tryb, w tym również udzielanie duchownym upoważnień do czynności w tym zakresie przez właściwe władze wyznaniowe”⁴⁴.

Na podmiocie leczniczym ciąży niewątpliwie obowiązek unikania stwarzania, niczym nieuzasadnionych ze względów medycznych, utrudnień w kontakcie z duchownymi⁴⁵. Rozwiązać należy jednak problem, czy na podmiocie leczniczym, poza obowiązkiem znoszenia kontaktu pacjenta z duchownym, mogą ciążyć jakieś pozytywne obowiązki (choćby zorganizowanie pacjentowi tego kontaktu). Jak wskazuje się w doktrynie, na podmiocie leczniczym ciąży obowiązek związany z zagwarantowaniem pacjentowi kontaktu z duchownym jego wyznania⁴⁶. Grzegorz Gura wskazuje, że podmioty, które wykonują działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, są zobowiązane także podjąć działania zmierzające do umożliwienia kontaktu, „co w praktyce najczęściej przejawiać się będzie w poinformowaniu i wezwaniu duchownego określonego wyznania, jeżeli pacjent sam tego uczynić nie może lub o to poprosić, a wcześniej taką wolę wyjawil albo informacje posiadane przez podmiot leczniczy podjęcie tego typu działań uzasadniają i umożliwiają. Podmioty wykonujące działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne są ponadto zobowiązane do umożliwienia pacjentowi kontaktu z duchownym o każdej porze oraz w zakresie szerszym niż osobom bliskim, tzn. przy zachowaniu jedynie niezbędnych środków koniecznych dla wyeliminowania niebezpieczeństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego”⁴⁷. Podobnie wskazują też Anna

⁴⁴ T.J. Zieliński, *Art. 16...*, s. 135.

⁴⁵ G. Gura, *Rozdział 10...*, s. 148-149.

⁴⁶ A. Pielak, K. Szczucki, *Rozdział 10...*, s. 567-568.

⁴⁷ G. Gura, *Rozdział 10...*, s. 150-151.

Śniecikowska i Wiesław Śniecikowski: „pomoc religijna w szpitalu polega na zapewnieniu pacjentowi kontaktu z duchownym, co należy, w zależności od sytuacji zdrowotnej pacjenta, do obowiązków kierownictwa podmiotu leczniczego, lekarza albo pielęgniarki (położnej). Kierownictwo podmiotu leczniczego jest zobowiązane zapewnić dostępną informację, która powinna obejmować także rodzaj wyznania kapelanów pracujących w szpitalu i w jaki sposób można się z nimi skontaktować”⁴⁸. Szpital nie jest jednak zobowiązany do zainicjowania wizyty duszpasterza u pacjenta⁴⁹. Na stronie internetowej Rzecznika Praw Pacjenta znajduje się praktyczna wskazówka, że realizacja prawa do opieki duszpasterskiej „powinna gwarantować poufność i intymność choremu (np. zapewnienie warunków, w których zostanie zachowana dyskrecja przy spowiedzi, może to być wyznaczenie odrębnego pomieszczenia na ten cel, a w przypadku pacjentów obłożnie chorych przygotowanie parawanów lub zasłon)”⁵⁰.

W kontekście powyższych rozważań, należy zasygnalizować, że kwestia inicjowania przez personel podmiotu leczniczego kontaktu z duchownym była przedmiotem orzecznictwa sądowego. Problem ten został bowiem poruszony przez Sąd Najwyższy w wyroku z 20 września 2013 r., sygn. akt II CSK 1/13⁵¹ (należy jednak mieć na uwadze, że nie była to istota przedstawionego sądowi sporu). W toku procesu powód domagał się zadośćuczynienia za udzielenie mu sakramentu bez jego zgody jako osobie niewierzącej. W stanie faktycznym sprawy podczas pobytu w szpitalu został poddany katolickiemu sakramentowi namaszczenia chorych w chwi-

⁴⁸ A. Śniecikowska, W. Śniecikowski, *Konstrukcja prawna podmiotu leczniczego pozostającego w zarządzie prywatnoprawnym i jego wpływ na realizację zadań publicznych* [w:] *Organizacja administracji publicznej z perspektywy powierzanych jej zadań*, red. T. Bąkowski, 2015, s. 301.

⁴⁹ Ibidem; zob. informacje dot. prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej na stronie internetowej Rzecznika Praw Pacjenta, <https://www.gov.pl/web/rpp/prawo-do-opieki-duszpasterskiej>, [dostęp: 11.10.2025 r.].

⁵⁰ Informacje dot. prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej na stronie internetowej Rzecznika Praw Pacjenta, <https://www.gov.pl/web/rpp/prawo-do-opieki-duszpasterskiej>, [dostęp: 11.10.2025 r.].

⁵¹ Wyrok SN z dnia 20.09.2013 r., sygn. II CSK 1/13, OSNC-ZD 2014, nr 4, poz. 69; por. Z. Strus, *Głos do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 20 września 2013 r. w sprawie II CSK 1/13*, „Forum Prawnicze” 2013, nr 5 (19), s. 35-49; B. Rakoczy, *Głos do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 20 września 2013 r., sygn. akt II CSK 1/13*, „Przegląd Prawa Wyznaniowego” 2016, nr 8, s. 213-220; zob. wyrok SN z dnia 12.09.2018 r., sygn. II CSK 536/17, LEX nr 2565810.

li, gdy pozostawał w stanie śpiączki farmakologicznej. Sąd Najwyższy uznał, że poddanie człowieka niewierzącego praktykom religijnym, które są przez niego nieakceptowane, nie jest zdarzeniem drobnym czy banalnym oraz stanowi naruszenie jego dobra osobistego – swobody sumienia – i jako takie zasługuje na udzielenie ochrony na podstawie art. 23 k.c.⁵². Sąd stwierdził, że skoro placówka udzielająca świadczeń medycznych ma obowiązek zapewnić pacjentom możliwość korzystania z opieki duszpasterskiej, to jej rolą jest również ustalenie, czy jej pacjenci życzą sobie uczestniczyć w praktykach religijnych. Jeśli podmiot leczniczy ma możliwość ustalenia, czy pacjent chce korzystać z opieki duszpasterskiej, powinien tego dokonać, a nie stosować domniemania, że w braku odmiennej deklaracji pacjenta jest on tego wyznania, co większość społeczeństwa i w związku z tym chce korzystać z sakramentów właściwych dla tego wyznania. W orzeczeniu stwierdzono jednak, że jeśli nie sposób ustalić światopoglądu pacjenta i tego, czy chciałby zostać poddany opiece duszpasterskiej (ponieważ np. został przyjęty do szpitala w stanie uniemożliwiającym określenie swojej woli w tym zakresie, a niemożliwe jest ustalenie tego w inny sposób) – można objąć pacjenta opieką duszpasterską, przynajmniej do czasu, aż będzie w stanie samodzielnie wypowiedzieć się w tym zakresie⁵³. Z tezami wyroku SN z 20 września 2013 r., sygn. akt II CSK 1/13, należy się zgodzić. Poddanie osoby praktykom religijnym wbrew jej woli jak najbardziej może naruszać dobra osobiste człowieka. Aby uniknąć działania niezgodnie z wolą pacjenta w tym zakresie, dobrą i zgodną z prawem praktyką byłoby pytanie pacjentów podczas przyjęcia czy wyrażają wolę objęcia opieką duszpasterską, a w przypadku braku takiej informacji podmiot leczniczy powinien próbować ustalić wolę pacjenta w inny sposób. Źródłem informacji o woli pacjenta może być np. rodzina lub posiadane przez pacjenta symbole religijne⁵⁴.

⁵² Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1061 ze zm.).

⁵³ Por. P. Wenski, *Rozważania nad standardami opieki duszpasterskiej w polskich szpitalach*, „Prawo i Medycyna” 2015, nr 1, s. 83.

⁵⁴ A. Pielak, K. Szczucki, *Rozdział 10...*, s. 567.

Rozważań wymaga treść normy wynikającej z art. 37 u.p.p., który formułuje obowiązek podmiotu leczniczego do umożliwienia pacjentowi kontaktu z duchownym jego wyznania w sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia. Obowiązek zapewnienia pacjentowi kontaktu z duchownym bynajmniej nie aktualizuje się dopiero w przypadku pogorszenia stanu pacjenta, a aktualny jest zawsze, niezależnie od jego stanu zdrowia⁵⁵. „Należy ten przepis interpretować jako podkreślenie obowiązku, który wynika z art. 36 PrPacJRPPU, w wyszczególnionych sytuacjach, związanych najczęściej z udzielaniem ostatniej posługi duchownego. Z tego szczególnego obowiązku może wynikać umożliwienie wizyty duchownego poza ustalonym regulaminem podmiotu leczniczego godzinami wizyt, np. w porze nocnej”⁵⁶. Podmiot leczniczy ma więc obowiązek umożliwić pacjentowi kontakt z duchownym zawsze, niezależnie od stanu zdrowia pacjenta, jednakże w przypadku pogorszenia stanu jego zdrowia obowiązek ten jest „wzmocniony” i wymagać może podjęcia działań nagłych zmierzających do zapewnienia pacjentowi kontaktu. Odnosnie do art. 37 należy wskazać, że podmiot leczniczy zobowiązany jest powiadomić osobę duchowną nawet w przypadku subiektywnego poczuć pacjenta, że jego życie jest zagrożone⁵⁷. Bardziej rygorystycznie podchodzi do tej kwestii G. Gura, zezwalając podmiotowi leczniczemu na obiektywną analizę pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia pacjenta, wskazując jednak, że „ocena taka powinna uwzględniać również, w dopuszczalnym zakresie, odczucia samego pacjenta co do jego stanu zdrowia, dlatego na prośbę pacjenta, nawet jeżeli nie przemawiają za tym względy *stricte* medyczne, a jedynie jego odczucie pogorszenia się stanu zdrowia czy zagrożenia życia, przy założeniu, że nie będzie to prowadzić do nadużyć i zakłócać przebiegu procesu leczniczego, podmioty wykonujące działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe

⁵⁵ Ibidem, s. 569-570.

⁵⁶ Ibidem.

⁵⁷ Ibidem.

świadczenia zdrowotne powinny umożliwić mu kontakt z duchownym jego wyznania”⁵⁸.

Wykładni należy poddać także kwestię wyznania pacjenta, ponieważ ma on prawo do kontaktu z duchownym właśnie swojego wyznania (co jest wskazane *expressis verbis* w art. 37 u.p.p.). Może bowiem zdarzyć się, że pacjent, w czasie pobytu w zakładzie leczniczym, zmienił wyznanie lub powrócił do dawniej wyznawanej religii. W takiej sytuacji, niezasadne byłoby odmówienie pacjentowi kontaktu z duchownym tylko dlatego, że przyjęty był do szpitala jako przedstawiciel jednego wyznania lub ateista, a jednak poprosi on o kontakt z duchownym. Należy zgodzić się z Michałem Ożógiem, że wyrażenie „jego wyznania” odnosi się do tego systemu wierzeń, z którymi pacjent utożsamia się w chwili uzewnętrzniania swojej prośby wobec pracownika podmiotu leczniczego⁵⁹.

Niewątpliwie pacjent będzie miał prawo do kontaktu z duchownym swojego wyznania, jeśli należy do związku wyznaniowego o uregulowanej sytuacji prawnej. Powstaje jednak pytanie, czy takie prawo przysługiwać mu będzie także, jeśli związek religijny nie jest zarejestrowany w Polsce. Ogół regulacji prawnych prowadzi do wniosku, że nie ma podstaw w obowiązujących przepisach do ograniczania prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej jedynie do wyznań zarejestrowanych w kraju (brak przede wszystkim takich ograniczeń w uregulowaniach konstytucyjnych gwarantujących wolność religii, żadna inna ustawa nie ogranicza tego prawa, nie poruszają tej kwestii także art. 36-38 u.p.p.). G. Gura rozwija tę problematykę, wskazując, że: „Uregulowany pod względem prawnym status danego kościoła lub związku wyznaniowego stanowi gwarancję, iż podejmowanie opieki nie będzie prowadziło do narażenia bezpieczeństwa i porządku publicznego, zdrowia, moralności publicznej, władzy rodzicielskiej czy też podstawowych praw oraz wolności innych osób (por. art.

⁵⁸ G. Gura, *Rozdział 10...*, s. 152.

⁵⁹ M. Ożóg, *Postawa pracowników podmiotów leczniczych w kontekście realizacji prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej w Polsce*, „Przegląd Prawa Wyznaniowego” 2018, t. 10, s. 112; por. A. Pielak, K. Szczucki, *Rozdział 10...*, s. 569-570.

33 ust. 3 SumWyznU). Prawo do opieki duszpasterskiej powinno zostać zapewnione również pacjentom zgłaszającym swoją przynależność do innych kościołów i związków wyznaniowych, z tą jednak różnicą, że w tym przypadku jego wykonywanie będzie mogło podlegać ograniczeniom, jeżeli w roztropnej i obiektywnej ocenie podmiotu leczniczego będzie stwarzało niebezpieczeństwo naruszenia wyżej wymienionych wartości⁶⁰.

Formułując ograniczenia prawa pacjenta do kontaktu z duchownym, należy kierować się treścią art. 53 ust. 5 Konstytucji RP, który reguluje możliwość ograniczenia wolności uzewnętrzniania religii. Zgodnie z normą wynikającą z przepisu, ograniczenia takie mogą być wprowadzone jedynie w ustawie i tylko wtedy, gdy jest to konieczne do ochrony bezpieczeństwa państwa, porządku publicznego, zdrowia, moralności lub wolności i praw innych osób. Wskazana w ustawie możliwość wprowadzenia ograniczeń praw pacjenta została uregulowana w art. 5 u.p.p., zgodnie z którym prawa pacjenta (w tym również prawo pacjenta do kontaktu z duchownym) mogą zostać ograniczone przez kierownika podmiotu leczniczego lub upoważnionego przez niego lekarza ze względu na wystąpienie zagrożenia epidemicznego, lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów. Konstytucyjne wątpliwości jednak może budzić uzależnienie możliwości ograniczania tak istotnej konstytucyjnej wolności, jaką jest wolność uzewnętrzniania religii, przez kierownika podmiotu leczniczego, która wynika z dość ogólnej dyspozycji wyrażonej w art. 5 u.p.p. Dyskusyjne jest również, czy przesłanki ograniczania praw pacjenta określone w art. 5 u.p.p. na pewno nie wykraczają poza zakres przesłanek ograniczania wolności uzewnętrzniania religii określony w art. 53 ust. 5 Konstytucji RP.

Należy zgodzić się z tezą, że możliwości organizacyjne podmiotu nie powinny być podstawą do ograniczenia prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej⁶¹ (w szczególności w sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia pacjenta).

⁶⁰ G. Gura, *Rozdział 10...*, s. 146-148.

⁶¹ Zob. informacje dot. prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej na stronie internetowej Rzecznika Praw Pacjenta, <https://www.gov.pl/web/rpp/prawo-do-opieki-duszpasterskiej>, [dostęp: 11.10.2025 r.].

4. Umożliwienie pacjentowi uczestniczenia w czynnościach i obrzędach religijnych oraz korzystania z posług religijnych

Uczestniczenie w czynnościach i obrzędach religijnych oraz korzystania z posług religijnych należy rozumieć jako sytuacje, w których pacjent jest ich uczestnikiem. Należy kategorię tę odróżnić od praktykowania indywidualnego poprzez uprawianie kultu, modlitwę i inne dozwolone formy oraz uczestniczenia w praktykach i nauczaniu zbiorowym, które opisano w rozdziałach 5 i 6 artykułu.

Obowiązek umożliwienia pacjentowi uczestniczenia w czynnościach i obrzędach religijnych oraz korzystania z posług religijnych dotyczy wszystkich podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.

Możliwość uczestniczenia przez pacjenta w czynnościach i obrzędach religijnych składać się będzie na treść prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej zagwarantowanego pacjentom w art. 36 u.p.p.⁶² Pacjent powinien mieć zapewnioną możliwość uczestniczenia w czynnościach i obrzędach, które są niejednokrotnie elementem duchowej opieki.

Poza u.p.p., prawo pacjenta do uczestniczenia w czynnościach i obrzędach religijnych zostało zagwarantowane *expressis verbis* w art. 2 pkt 2 w zw. z art. 4 ust. 1 pkt 2 u.g.w.

Dodatkowe gwarancje prawa pacjentów do uczestniczenia w czynnościach i obrzędach religijnych oraz korzystania z posług religijnych znajdują się we wszystkich powojennych ustawach partykularnych regulujących stosunki Państwa do kościołów i związków wyznaniowych – wskazujące na prawo pacjentów do wykonywania praktyk religijnych i do korzystania z posługi religijnej (niektóre z ustaw zamiast prawa do posługi religijnej wskazują na prawo do opieki duszpasterskiej, a ustawa żydowska wskazuje jedynie na prawo duchownych do udzielania posługi religijnej współwyznawcom). Niezależnie od różnych form nazewnictwa, należy uznać, że w zakresie prawa do opieki duszpasterskiej zagwarantowanego

⁶² Por. G. Gura, *Rozdział 10...*, s. 146-148.

w art. 36-38 u.p.p. znajduje się prawo pacjenta do uczestniczenia w czynnościach i obrzędach religijnych.

Na podmiocie leczniczym ciąży niewątpliwie obowiązek unikania stwarzania niczym nieuzasadnionych ze względów medycznych utrudnień w uczestniczeniu przez pacjenta w czynnościach i obrzędach religijnych⁶³. Żaden przepis prawa powszechnie obowiązującego nie przewiduje obowiązków pozytywnych ciążyących na podmiocie leczniczym w tym zakresie, poza opisanym wyżej obowiązkiem umożliwienia pacjentowi kontaktu z duchownym. Tytułem przykładu, nie znajduje podstaw normatywnych obowiązków pracownika podmiotu leczniczego do ochrzczenia pacjenta w przypadku, gdy ten tego zażąda. Jednakże brak jest również prawnych zakazów do dokonywania przez pracowników podmiotu leczniczego czynności religijnych i obrzędów wobec pacjenta, który wyrazi taką wolę (taką możliwość przewidują nawet normy deontologiczne Kościoła katolickiego⁶⁴).

Podkreślenia wymaga, że pacjent nie może być zmuszony do uczestniczenia w obrzędach i czynnościach religijnych, bowiem naruszałoby to jego wolność sumienia⁶⁵. Takie działania mogą też doprowadzić do naruszenia nietykalności osobistej. Niektóre praktyki religijne związane są bowiem z naruszeniem osobistej przestrzeni człowieka, a czasem wykonywane są nawet wobec osób niemogących wyrazić na nie bezpośredniej i świadomej zgody (np. katolicki sakrament namaszczenia chorych, który wymaga w takich sytuacjach co prawda przynajmniej pośredniej prośby wiernego, wyrażonej, kiedy wierny był przytomny na umyśle⁶⁶). Warto nadmienić, że kilka aktów regulujących stosunki państwa i związków wyznaniowych jednoznacznie wskazuje, że uczestniczenie w obrzędach

⁶³ Ibidem, s. 148-149.

⁶⁴ Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Katowice 2017, s. 53, nb 43, <https://www.kdsz.pl/wp-content/uploads/dok/Nowa%20Karta%20Pracownik%C3%B3w%20S%C5%82u%C5%BCby%20Zdrowia/nowa%20karta%20pracownik%C3%B3w%20s%C5%82uz%C5%82by%20zdrowia.pdf>, [dostęp: 11.10.2025 r.].

⁶⁵ T.J. Zieliński, *Art. 16...*, s. 136.

⁶⁶ Kan. 1004-1006 Kodeksu prawa kanonicznego promulgowanego dnia 25 stycznia 1983 przez Jana Pawła II.

i czynnościach religijnych przez dzieci i młodzież może odbywać się tylko zgodnie z życzeniem rodziców (opiekunów prawnych) lub samych dzieci i młodzieży – tak stanowią ustawy partykularne i wydane do nich rozporządzenia w regulacjach dotyczących dzieci i młodzieży ewangelicko-augsburskiej⁶⁷, ewangelicko-metodystycznej⁶⁸, baptystycznej⁶⁹, polskokatolickiej⁷⁰ i zielonoświątkowej⁷¹ (do 31 sierpnia 2022 r. także adwentystycznej, lecz o nieco obszerniejszej regulacji⁷²: w stosunku do osób uczęszczających do szkoły podstawowej życzenie takie powinni wyrazić rodzice albo opiekunowie prawni tych osób, natomiast w stosunku do osób, które ukończyły szkołę podstawową, ale nie ukończyły 18 r. ż. życzenie takie może wyrazić sama osoba bądź rodzice lub opiekunowie prawni).

Odnosnie do kwestii praktycznych, należy wskazać, że: „Aby nie czynić opieki duszpasterskiej iluzoryczną musi wpisywać się ona w czasowe

⁶⁷ § 1 Zarządzenia Ministra Edukacji Narodowej oraz Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 28 listopada 1995 r. w sprawie warunków zapewniania prawa wykonywania praktyk religijnych i uczestniczenia w nauczaniu religii dzieciom i młodzieży wyznania ewangelicko-augsburskiego, przebywającym w zakładach opiekuńczych i wychowawczych, sanatoriach, prewentoriach i szpitalach (M.P. z 1995 r., poz. 743).

⁶⁸ § 1 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej oraz Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 14 października 1996 r. w sprawie zasad organizowania nauczania kościelnego, nabożeństw i wykonywania innych praktyk religijnych właściwych dla wyznania ewangelicko-metodystycznego dzieciom i młodzieży przebywającym w zakładach wychowawczych i opiekuńczych, w sanatoriach, prewentoriach i szpitalach oraz korzystającym z zorganizowanego wypoczynku (Dz.U. z 1996 r., poz. 630).

⁶⁹ § 1 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej oraz Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 14 października 1996 r. w sprawie zasad organizowania nabożeństw i katechizacji oraz wykonywania innych praktyk religijnych, właściwych dla wyznania baptystycznego, dzieciom i młodzieży przebywającym w zakładach wychowawczych i opiekuńczych, w sanatoriach, prewentoriach i szpitalach oraz korzystającym z zorganizowanych form wypoczynku (Dz.U. z 1996 r., poz. 631).

⁷⁰ § 1 Rozporządzenia 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 (Dz.U. z 1996 r., poz. 632).

⁷¹ § 2 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej, Ministra Zdrowia, Ministra Pracy i Polityki Społecznej oraz Ministra Sprawiedliwości z dnia 31 lipca 2012 r. w sprawie sposobu organizowania nauczania kościelnego, nabożeństw i wykonywania innych praktyk religijnych właściwych dla wyznania zielonoświątkowego dzieciom i młodzieży (Dz.U. z 2012 r., poz. 932).

⁷² § 2 ust. 2 Rozporządzenia Ministrów: Zdrowia, Edukacji Narodowej oraz Sprawiedliwości z dnia 4 kwietnia 2000 r. w sprawie zasad organizowania wykonywania praktyk religijnych właściwych dla wyznania adwentystycznego (Dz.U. z 2000 r., poz. 391).

funkcjonowanie podmiotu leczniczego w taki sposób, aby nie kolidować, np. z godzinami obchodu lekarskiego czy wydawania posiłków”⁷³. Ponadto, obrzędy religijne powinny być przeprowadzane w taki sposób, aby nie zakłócać spokoju innym pacjentom⁷⁴.

W kwestii ograniczeń prawa pacjenta do uczestniczenia w obrzędach i czynnościach religijnych oraz korzystania z posług religijnych, zastosowanie może znaleźć tu art. 5 u.p.p. (aktualne pozostają jednak uwagi zasygnalizowane na końcu 3 rozdziału).

5. Umożliwienie pacjentowi praktykowania indywidualnego poprzez uprawianie kultu, modlitwę i inne dozwolone formy

Obowiązek ten dotyczy wszystkich podmiotów leczniczych prowadzących zakłady lecznicze, niezależnie od tego, czy są one publiczne czy prywatne.

Źródeł prawa każdego człowieka do praktykowania indywidualnego religii poszukiwać należy już w Konstytucji RP (wolność uzewnętrzniania religii – art. 53 ust. 2). Prawo gwarantowane jest także w art. 9 ust. 1 EKPCz⁷⁵.

Prawo pacjenta do indywidualnego praktykowania religijnego nie jest ograniczone do religii mających uregulowane stosunki z państwem, dotyczy też wyznań niezarejestrowanych.

Po stronie podmiotu leczniczego ciąży niewątpliwie obowiązek znośnienia indywidualnego praktykowania religii przez pacjenta. Z przepisów prawa nie wynikają bezpośrednio konkretne pozytywne obowiązki podmiotu leczniczego w tym zakresie (poza umożliwieniem pacjentowi kontaktu z duchownym). Brak jest w szczególności norm prawnych sugere-

⁷³ A. Pielak, K. Szczucki, *Rozdział 10...*, s. 567-568; zob. informacje dot. prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej na stronie internetowej Rzecznika Praw Pacjenta, <https://www.gov.pl/web/rpp/prawo-do-opieki-duszpasterskiej>, [dostęp: 11.10.2025 r.].

⁷⁴ Zob. informacje dot. prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej na stronie internetowej Rzecznika Praw Pacjenta, <https://www.gov.pl/web/rpp/prawo-do-opieki-duszpasterskiej>, [dostęp: 11.10.2025 r.].

⁷⁵ Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., zmieniona następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem nr 2 (Dz.U. z 1993 r., poz. 284 ze zm.).

rujących, że personel medyczny musi w jakiś sposób pomóc pacjentowi w praktykowaniu religii. Nie można jednak wykluczyć, że w związku z ukształtowaną w orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka koncepcją obowiązków pozytywnych, w pewnych sytuacjach (jeśli realizacja określonego prawa jest w określonych okolicznościach niemożliwa bez pozytywnego zaangażowania ze strony państwa), mogą pojawić się w toku stosowania prawa obowiązki pozytywne, których celem będzie umożliwienie pacjentowi praktykowania indywidualnego.

Możliwość indywidualnego praktykowania religii, jako prawo człowieka, podlega ograniczeniom tylko pod warunkiem dochowania określonych w przepisach wymogów.

Możliwa i problematyczna wydaje się sytuacja, gdy praktykowanie przez pacjenta religii narusza w jakiś sposób prawa innych osób. Niewątpliwie niewłaściwym byłoby w takiej sytuacji uznanie, że podmiot leczniczy zobowiązany byłby automatycznie do ograniczenia prawa pacjenta do praktykowania religii, działając zgodnie z art. 5 u.p.p. Przy ograniczaniu bowiem praw należy się kierować koniecznością zachowania właściwej proporcji pomiędzy dotkliwością ograniczenia i chronioną wartością. Gdy niemożliwym byłoby pogodzenie wolności uzewnętrzniania religii przez pacjenta z prawami i wolnościami innych osób, każdorazowo w takiej sytuacji należałoby wyważyć, które z praw lub wolności powinno podlegać ograniczeniu.

6. Umożliwienie kościołom i związkom wyznaniowym prowadzenia zbiorowych praktyk religijnych lub nauczania, a także umożliwienie pacjentowi uczestniczenia w nich

Obowiązek ten dotyczy wszystkich podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej. Podmioty publiczne mają obowiązek w niektórych przypadkach przeznaczyć na ten cel kaplicę lub inne pomieszczenia (szerzej o tym w rozdziale 8 artykułu).

Aneta Maria Abramowicz wskazuje, że „Dla zabezpieczenia prawa do uczestniczenia w praktykach religijnych oraz prawa do pomocy religij-

nej osób przebywających w publicznych zakładach opieki zdrowotnej w polskim systemie gwarantowane jest związkom wyznaniowym prawo do prowadzenia działalności duszpasterskiej we wskazanych placówkach”⁷⁶. Zgodnie z art. 19 ust. 2 pkt 2-3 i pkt 10 u.g.w., kościoły i inne związki wyznaniowe mają prawo do organizowania i publicznego sprawowania kultu, organizowania obrzędów, zgromadzeń religijnych i prowadzenia posługi religijnej (także w zakładach służby zdrowia), a także do nauczania religii i głoszenia jej. Prawom tym odpowiada prawo wiernych do uczestniczenia w tych aktach (art. 2 pkt 2 u.g.w.). Zgodnie z art. 18 u.g.w., opisane prawa kościołów i związków wyznaniowych przysługują jedynie kościołom i związkom wyznaniowym o uregulowanej sytuacji prawnej, z wyłączeniem jednak tych, których sytuacja prawna została uregulowana odrębnymi ustawami (chyba że ustawy te nie przewidują tych uprawnień).

Prawo każdego człowieka do zbiorowego praktykowania religii gwarantuje już Konstytucja (wolność uzewnętrzniania religii – art. 53 ust. 2). Gwarantowane jest także w EKPCz (art. 9 ust. 1). Ponadto, zbiorowe praktykowanie religii lub uczestniczenie w nauczaniu jest elementem opieki duszpasterskiej, do której prawo ma pacjent zgodnie z normą wyrażoną w art. 36 u.p.p.

Należy zwrócić uwagę na regulacje zawarte w ustawach o stosunku Państwa do kościołów i związków wyznaniowych oraz wydanych na ich podstawie rozporządzeniach, które pozostają *lex specialis* w stosunku do opisanych wyżej regulacji zawartych w u.g.w. Prawie wszystkie powojenne ustawy partykularne (jedynie za wyjątkiem ustawy żydowskiej) gwarantują pacjentom przebywającym w zakładach prowadzonych przez podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej (niektóre z ustaw stanowią o wszystkich zakładach leczniczych, inne o zakładach opieki zdrowotnej – ustawodawca nie jest w tym zakresie konsekwentny) prawo do wykonywania praktyk religijnych i korzystania z opieki duszpasterskiej (zamiast „opieki duszpasterskiej”

⁷⁶ A.M. Abramowicz, *Równouprawnienie związków wyznaniowych w prawie polskim*, Lublin 2018, s. 277.

ustawa katolicka i ustawa prawosławna⁷⁷ posługują się pojęciem „posługi religijnej”). Niektóre regulacje wprowadzają katalog uprawnień pacjentów – przykładowo Konkordat wskazuje, że pacjentom w szczególności należy zapewnić możliwość uczestniczenia we Mszy świętej w niedziele i święta oraz w katechizacji i rekolekcjach, a ustawa adwentystyczna⁷⁸ wskazuje, że prawo do wykonywania praktyk religijnych może realizować się na przykład poprzez udział w nabożeństwach i innych praktykach religijnych, udział w nauczaniu kościelnym oraz udział w spotkaniach o charakterze wychowawczo-religijnym prowadzonych przez osoby duchowne i świeckie tego wyznania. Niektóre akty prawa regulujące stosunki Państwa oraz kościołów i związków wyznaniowych (ustawy lub wydane na ich podstawie rozporządzenia wykonawcze) zawierają odrębne postanowienia dotyczące dzieci i młodzieży, przyznając im *expressis verbis* uprawnienia nieprzyznane pacjentom dorosłym. Dzieci i młodzież katolicka, ewangelicko-augsburska, ewangelicko-metodystyczna, baptystyczna, adwentystyczna, polskokatolicka, zielonoświątkowa mają prawo do udziału w rekolekcjach (w przypadku adwentystów dorośli również posiadają takie uprawnienie), dzieci i młodzież ewangelicko-augsburska, ewangelicko-metodystyczna, baptystyczna, adwentystyczna, polskokatolicka, zielonoświątkowa mają prawo do udziału w spotkaniach o charakterze wychowawczo-religijnym z duchownymi i świeckimi (w przypadku adwentystów dorośli również posiadają takie uprawnienie), a jedynie dzieciom i młodzieży ewangelicko-augsburskiej, baptystycznej i zielonoświątkowej podmiot leczniczy musi zapewnić opiekę podczas ich udziału w zbiorowych praktykach religijnych i nauczaniu (wnioskując *a contrario* w przypadku dzieci innych wyznań na podmiotach leczniczych, nie ciążyć będzie obowiązek opieki). Ponadto, dzieciom i młodzieży wyznania baptystycznego należy umożliwić w szczególności udział w nabożeństwach także w zborach Kościoła.

⁷⁷ Ustawa z dnia 4 lipca 1991 r. o stosunku Państwa do Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 544).

⁷⁸ Ustawa o stosunku Państwa do Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2022 r., poz. 2616).

Możliwość zbiorowego praktykowania religii, jako prawo człowieka, może podlegać tylko stosownym ograniczeniom wyrażonym w ustawie (zgodnie z regułami określonymi w art. 31 ust. 3 Konstytucji RP i art. 9 ust. 2 EKPCz).

7. Zatrudnianie kapelanów

Obowiązek zatrudniania kapelanów przez podmioty lecznicze uregulowany został w niektórych ustawach regulujących stosunki państwa z kościołami i związkami wyznaniowymi. W związku z normami wynikającymi z art. 17 ust. 3 Konkordatu, art. 31 ust. 2 ustawy katolickiej oraz art. 27 ust. 2 ustawy prawosławnej, kierownicy podmiotów leczniczych prowadzonych przez Skarb Państwa albo jednostkę samorządu terytorialnego wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, są zobowiązani zatrudnić kapelanów skierowanych przez właściwego miejscowo biskupa diecezjalnego⁷⁹. „Podobną gwarancję, aczkolwiek bez obowiązku zatrudniania, zawiera: art. 20 ust. 3 ustawy z 30.6.1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Ewangelicko-Metodystycznego w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2014 r. poz. 1712), gdzie do wyznaczenia kapelanów w podmiotach, domach i zakładach prowadzonych przez administrację rządową lub samorządową uprawniony jest zwierzchnik Kościoła; art. 17 ust. 3 ustawy z 30.6.1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Polskokatolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2014 r. poz. 1599), w którym kompetencja wyznaczenia kapelana została przyznana Radzie Synodalnej oraz art. 18 ust. 3 ustawy z 30.6.1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego (t.j. Dz.U. z 2014 r. poz. 1889), według którego kompetencja do wyznaczenia kapelanów przysługuje władzy kościelnej”⁸⁰.

Podmiot leczniczy prowadzony przez Skarb Państwa lub jednostkę samorządu terytorialnego wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ma obowiązek zatrud-

⁷⁹ A. Pielak, K. Szczucki, *Rozdział 10...*, s. 566.

⁸⁰ Ibidem.

nienia kapelana Kościoła Katolickiego, jeśli władza kościelna takiego wyznaczy (analogicznie należy to stosować do kapłana Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego). Z dosłownego brzmienia przepisów wynika, że podmioty lecznicze nie mają wpływu na personalną obsadę stanowiska i zobowiązane są zatrudnić tę osobę, którą wyznaczy właściwa władza kościelna. W przypadku niektórych związków wyznaniowych (Kościół Ewangelicko-Methodystyczny, Kościół Polskokatolicki, Kościół Adwentystów Dnia Siódmego) właściwa władza kościelna może wyznaczyć kapelana w celu zaspokajania religijnych potrzeb wiernych przebywających w zakładzie leczniczym – z tym jednak zastrzeżeniem, że podmiot leczniczy nie musi ich zatrudniać, niemniej musi znosić ich działalność w szpitalu. Jak wskazuje M. Ożóg, *de lege lata* nie istnieje przepis rangi ustawowej, który regulowałby możliwość zatrudniania kapelanów innych wyznań⁸¹. Wydaje się, że przez wzgląd na art. 25 ust. 1 Konstytucji RP (zasada równouprawnienia kościołów i związków wyznaniowych⁸²) należy uznać, że kapelani innych związków wyznaniowych niż rzymskokatolicki i prawosławny również mogą być zatrudnieni jako kapelani przez podmioty lecznicze.

Zgodnie z orzecnictwem sądów powszechnych, podstawą zatrudnienia kapelana nie musi być umowa o pracę – praca może być świadczona także na podstawie umów cywilnoprawnych⁸³. Nie ma również przeszkód, aby kapelan świadczył posługę na zasadzie wolontariatu. O podstawie prawnej zatrudnienia powinny decydować zainteresowane strony, kierując się sposobem realizacji zobowiązania⁸⁴. Taka interpretacja znajduje też potwierdzenie w literaturze: „Pojęcie »zatrudnienia« należy rozumieć

⁸¹ M. Ożóg, *Finansowanie duszpasterstwa specjalnego w podmiotach leczniczych* [w:] *Kwestie majątkowe w prawie wyznaniowym*, red. M. Bielecki, Lublin 2018, s. 62; Tenże, *Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej w świetle konstytucyjnej zasady równouprawnienia kościołów i innych związków wyznaniowych*, „Studia z Prawa Wyznaniowego” 2016, t. 19, s. 224.

⁸² Szerzej nt. równouprawnienia kościołów i związków wyznaniowych zob. A.M. Abramowicz, *Równouprawnienie...*; A. Mezglewski, H. Misztal, P. Stanisławski, *Prawo wyznaniowe*, Warszawa 2011, str. 76-78; P. Tuleja, *Art. 25. [Zasada równouprawnienia, autonomii kościołów i związków wyznaniowych oraz bezstronności państwa]* [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. P. Tuleja, Warszawa 2023, s. 103-108.

⁸³ Wyrok SN z dnia 09.12.1999 r., sygn. I PKN 432/99, OSNP 2001, nr 9, poz. 310.

⁸⁴ Wyrok SN z dnia 13.04.2000 r., sygn. I PKN 594/99, OSNP 2001, nr 21, poz. 637.

szeroko (tak m.in.: wyr. SN z 9.12.1999 r., I PKN 432/99, OSNP 2001, Nr 9, poz. 310; wyr. SN z 13.4.2000 r., I PKN 594/99, OSNP 2001, Nr 21, poz. 637; wyr. SN z 5.12.2000 r., I PKN 133/00, OSNP 2002, Nr 14, poz. 326), a zatem kapelani wyżej wskazanych kościołów wykonują swoje funkcje i są za nie wynagradzani na podstawie umowy o pracę lub na podstawie umów cywilnoprawnych (w przypadku Kościoła katolickiego wymóg zawarcia »stosownej umowy« został wskazany wprost w art. 17 ust. 3 Konkordatu)⁸⁵. W praktyce, „zwykle zatrudnia się kapelanów w publicznych podmiotach leczniczych na określoną część etatu, aby w ten sposób zagwarantować pacjentom prawo do opieki duszpasterskiej”⁸⁶.

Możliwe jest zatrudnianie przez podmiot leczniczy nawet kilku duchownych jednego wyznania⁸⁷ (przy czym należy wskazać, że żadna norma prawa powszechnie obowiązującego nie przewiduje takiego obowiązku, nawet w przypadku dużej ilości wiernych w danym zakładzie leczniczym). Można także zatrudniać w jednym podmiocie leczniczym równocześnie kapelanów różnych wyznań⁸⁸. Sytuacje takie będą uzależnione od potrzeb w danym podmiocie leczniczym.

Formułując postulaty *de lege ferenda*, należy zgodzić się z M. Ożógiem, że w związku z brakiem jasnej podstawy prawnej do zatrudniania kapelanów wyznań innych kościołów niż rzymskokatolicki i prawosławny, „konieczne wydaje się zagwarantowanie na poziomie ustawowym dopuszczalności zatrudniania kapelanów przez wszystkie wspólnoty religijne. Najlepiej byłoby tego dokonać w ramach nowelizacji przepisów u.g.w.s.w.”⁸⁹

8. Udostępnianie kaplicy lub innych pomieszczeń

Kierownicy podmiotów leczniczych utworzonych i prowadzonych przez Skarb Państwa albo jednostkę samorządu terytorialnego, wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia

⁸⁵ G. Gura, *Rozdział 10...*, s. 148-149.

⁸⁶ M. Ożóg, *Finansowanie...*, s. 63.

⁸⁷ Ibidem.

⁸⁸ Ibidem.

⁸⁹ Ibidem, s. 64.

zdrowotne, w celu realizacji prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej zobowiązani są „do przeznaczania odpowiednich pomieszczeń na kaplice albo udostępnienia do wykonywania praktyk religijnych i korzystania z posług religijnych innych pomieszczeń w celu wykonywania opieki duszpasterskiej prowadzonej w ramach: Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego (art. 27 ust. 2 PolAutKoścPrawU), Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego (art. 22 ust. 1 KoścEwAugU), Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego (art. 18 ust. 4 KoścAdwU), Kościoła Chrześcijan Baptystów (art. 19 ust. 3 KoścChrzBaptU), Kościoła Ewangelicko-Methodystycznego (art. 20 ust. 2 KoścEwMetU), Kościoła Polskokatolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej (art. 17 ust. 2 KoścPolskokatU), Kościoła Zielonoświątkowego (art. 19 ust. 4 KoścZielU) oraz Kościoła Rzymskokatolickiego, z tą różnicą, że w tym przypadku udostępnienie innego pomieszczenia zamiast kaplicy jest możliwe tylko w wyjątkowych wypadkach (art. 31 ust. 3 KoścKatU)”⁹⁰. Obowiązku takiego nie zagwarantowano wobec wielu związków wyznaniowych, choćby wobec gmin wyznaniowych żydowskich⁹¹. Zdaniem T.J. Zielińskiego, ograniczenie prawa do korzystania z kaplicy tylko dla związków wyznaniowych, które mają to zagwarantowane w ustawie, narusza konstytucyjną zasadę równouprawnienia związków wyznaniowych (art. 25 ust. 1 Konstytucji)⁹², co uzasadnia rozszerzenie tego prawa na inne kościoły i związki wyznaniowe.

Szczególną uwagę w zakresie obowiązku udostępniania kaplicy kościołom i związkom wyznaniowym zwraca uwagę ustawa ewangelicko-augsburska⁹³. Zgodnie z art. 22 ust. 1 i 2, kierownicy podmiotów leczniczych wykonujących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej oraz zamkniętych zakładach pomocy społecznej zobowiązani są udostępnić kaplice lub inne pomieszczenia na cel wykonywania praktyk religijnych i korzystania z opieki duszpasterskiej. Zgodnie więc z dosłownym brzmieniem przepisów nie-

⁹⁰ G. Gura, *Rozdział 10...*, s. 148-149.

⁹¹ T.J. Zieliński, *Art. 16...*, s. 136.

⁹² Ibidem.

⁹³ Ustawa z dnia 13 maja 1994 r. o stosunku Państwa do Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 509).

wprowadzających rozróżnienia na kierowników jednostek państwowych i samorządowych oraz jednostek prywatnych, obowiązek ten ciąży więc także na podmiotach niepublicznych⁹⁴. Podobne prawo, zobowiązujące kierowników podmiotów leczniczych do udostępnienia kaplic lub innych pomieszczeń na cele wykonywania praktyk religijnych i opieki duszpasterskiej zostało zagwarantowane siedmiu innym Kościołom – katolickiemu, prawosławnemu, ewangelicko-metodystycznemu, polskokatolickiemu, zielonoświątkowemu, baptystycznemu i adwentystycznemu⁹⁵ – wobec nich obowiązek ten został ograniczony *expressis verbis* do kierowników jednostek rządowych lub samorządowych (tudzież publicznych).

W związku z tym, że podmiot leczniczy jest odpowiedzialny za udostępnianie kaplicy przedstawicielom różnych religii, jest on także ostatecznie odpowiedzialny za jej zarząd (choć nic nie stoi na przeszkodzie zleceniu bieżącego zarządu nad kaplicą zatrudnionemu w podmiocie leczniczym kapelanowi, bowiem zarządzanie kaplicą będzie mieścić się w zakresie prowadzenia opieki duszpasterskiej, do której zobowiązany jest kapelan).

Wątpliwości budzi niejasna kwestia, jak wyposażona ma być kaplica i czy podmiot leczniczy jest odpowiedzialny za jej wyposażenie. Wydaje się, że *de lege lata* brak jest przepisów nakładających na podmiot leczniczy obowiązku każdorazowego wyposażania kaplicy lub innych pomieszczeń w przedmioty potrzebne do uprawiania kultu właściwych dla danego wyznania. Jediną ustawą, z której można próbować wywodzić obowiązek wyposażenia kaplicy, jest ustawa zielonoświątkowa⁹⁶, która w art. 19 ust. 4 nakłada na kierowników podmiotów leczniczych obowiązek udostępnienia „odpowiednio przystosowanych pomieszczeń” na cel wykonywania praktyk religijnych oraz korzystania z posług religijnych – jednakże uznanie, że treść tego przepisu konstruuje obowiązek przygotowania przez podmiot leczniczy przedmiotów potrzebnych do uprawiania kultu, mogłoby być nadinterpretacją. Należy uznać, że zarówno w przypadku

⁹⁴ Por. J. Kabza, *Art. 22 [w:] Prawo Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego. Komentarz*, red. J. Cebula, Warszawa 2017, nb 8.

⁹⁵ Ibidem, nb 9.

⁹⁶ Ustawa z dnia 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do Kościoła Zielonoświątkowego w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2015 r., poz. 13).

Kościół zielonoświątkowy, jak i innych związków wyznaniowych mających prawo do korzystania z kaplicy lub innych pomieszczeń, ustawodawcy chodzi raczej o przygotowanie pomieszczenia, w którym możliwe jest praktykowanie religijne – a więc pomieszczenia, nie przedmiotów służących sprawowaniu kultu. Chodzić więc będzie o zapewnienie wydzielonego od innych pomieszczenia, w którym można będzie sprawować niezakłócony kult, w którym będzie mogła przebywać właściwa liczba osób i w którym będzie można godnie uprawiać kult (czyli że nie będzie to jednocześnie np. magazyn). W związku z tym, że kaplica (lub odpowiednie pomieszczenie) może być wykorzystywana przez wiernych różnych religii, powinna być zorganizowana w taki sposób, aby dało się ją dostosować do obrzędów lub nauczania właściwych dla różnych wyznań – tytułem przykładu, kaplica standardowo użytkowana przez katolików obrządku rzymskiego zawierać może liczne obrazy przedstawiające wizerunki Boga i świętych, lecz powinny one być zdejmowalne lub możliwe do zasłonięcia na wypadek użytkowania kaplicy przez wyznawców religii uznającej ikonoklazm. Oczywiście szpital może też przeznaczyć więcej niż jedno pomieszczenie w celu urządzenia w nich kaplic, które będą mieć różny wystrój właściwy dla danego wyznania, jednakże wydaje się to trudne w praktyce i nieuzasadnione ekonomicznie⁹⁷.

W związku z normą wynikającą z art. 38 u.p.p., za korzystanie z kaplicy lub innych pomieszczeń w związku z prowadzeniem opieki duszpasterskiej na rzecz osób przebywających w zakładach leczniczych przez uprawnione związki wyznaniowe podmiot leczniczy nie może pobierać opłat.

9. Finansowanie opieki duszpasterskiej

Zgodnie z ogólnie sformułowaną normą wynikającą z art. 38 u.p.p., koszty realizacji prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej ponosi podmiot leczniczy, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej⁹⁸. G. Gura wska-

⁹⁷ Kilka pomieszczeń przeznaczonych do sprawowania kultu ulokowano jednak na Lotnisku Chopina w Warszawie, <https://www.lotnisko-chopina.pl/pl/kapelania.html>, [dostęp: 11.10.2025 r.].

⁹⁸ W obecnym stanie prawnym brak jest przewidzianych w ustawie przepisów odrębnych; por. A. Pielak, K. Szczucki, *Rozdział 10...*, s. 571.

zuje, że: „Koszty realizacji praw pacjenta wskazanych w art. 36 oraz 37 PrPacjU w sposób bezpośredni obciążają podmioty wykonujące działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów DziałLeczU. (...) Koszty te obciążają pośrednio jednostki tworzące lub prowadzące dany podmiot leczniczy oraz pozostające z nim w powiązaniu kapitałowym”⁹⁹. W doktrynie formuluje się postulaty, że należy ograniczyć obowiązek zagwarantowania prawa do opieki duszpasterskiej względem wspólnot religijnych mających ukształtowany stan prawny w Polsce w związku z ryzykiem wyludzenia środków pieniężnych przez zrzeszenia pozorujące wspólnoty religijne¹⁰⁰. W związku z tym, że prawo do organizowania i publicznego sprawowania kultu, organizowania obrzędów, zgromadzeń religijnych i prowadzenia posługi religijnej (także w zakładach służby zdrowia), a także do nauczania religii i głoszenia jej w podmiotach leczniczych przysługuje jedynie kościołom i związkom wyznaniowym o uregulowanej sytuacji prawnej w Polsce, niewątpliwie ich działalność musi być finansowana.

Odnosnie do obowiązku podmiotu leczniczego do umożliwienia prowadzenia zbiorowych praktyk religijnych lub nauczania, a także umożliwienia pacjentowi uczestniczenia w nich, w zakresie finansowania należy wskazać, że jeśli zbiorowe praktyki religijne lub nauczanie mieści się w granicach opieki duszpasterskiej pacjenta, zgodnie z art. 38 u.p.p. ich koszty powinien ponosić podmiot leczniczy. W praktyce koszty te mogą ograniczać się na ogół do opłacenia posługi zatrudnionego kapelana i utrzymania kaplicy. Można wyobrazić sobie jednak sytuację, kiedy prowadzenie przez kościoły i inne związki wyznaniowe zbiorowych praktyk religijnych i nauczania w budynku podmiotu leczniczego nie będzie mieścić się w zakresie sprawowania opieki duszpasterskiej wobec jego pacjentów (na przykład są to praktyki religijne lub nauczanie przeznaczone jedynie dla personelu szpitala) – wtedy podmiot leczniczy nie będzie zobowiązany do finansowania takich praktyk.

W literaturze przedmiotu wskazuje się na problemy związane z finansowaniem opieki duszpasterskiej. G. Gura zauważa, że: „W budżecie pań-

⁹⁹ G. Gura, *Rozdział 10...*, s. 153.

¹⁰⁰ A. Pielak, K. Szczucki, *Rozdział 10...*, s. 571.

stwa w części przewidzianej na zdrowie nie przewiduje się środków na realizację prawa do opieki duszpasterskiej, chociaż podmioty lecznicze zostały zobowiązane do jego zagwarantowania, co powoduje dysfunkcjonalność modelu prawa do opieki duszpasterskiej w podmiotach leczniczych. Sytuacja ta przedstawia się niekorzystnie na tle regulacji organizacyjno-finansowych innych duszpasterstw w Polsce”¹⁰¹. Na problem ten zwraca również uwagę Dariusz Walencik: „z części centralnej budżetu państwa przeznaczonej na służbę zdrowia, z wyjątkiem placówek MSWiA, nie są przekazywane środki na finansowanie kapelanów udzielających posług duszpasterskich w podmiotach leczniczych”¹⁰². Jak postuluje M. Ożóg, ustawodawca powinien ustanowić w budżecie państwa środki finansowe przeznaczone na realizację prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej. „Zobowiązanie podmiotów leczniczych do ponoszenia kosztów realizacji prawa do duszpasterstwa specjalnego pacjentów bez przeznaczenia na ten cel odpowiednich środków finansowych nie wydaje się rozwiązaniem funkcjonalnym. Organy prowadzące podmioty lecznicze pozostają bowiem w obliczu trudności wygospodarowania na ten cel odpowiednich środków pieniężnych. Jest to również stan niezadowalający z punktu widzenia zagwarantowania statusu pacjenta, a każdemu należy zagwarantować prawo do pomocy religijnej, tam, gdzie się znajduje (art. 53 ust. 2 zd. 2 in fine Konstytucji)”¹⁰³.

Korzystanie z kaplicy (lub innych pomieszczeń) związane jest z praktykowaniem religii lub korzystaniem z opieki duszpasterskiej, zgodnie więc z normą wyrażoną w art. 38 u.p.p. podmiot leczniczy zobowiązany jest ponosić koszty jej utrzymania.

10. Wnioski końcowe

Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej w świetle statystyk mówiących o religijności mieszkańców Polski oraz ze względu na specyfikę zamkniętego charakteru zakładów leczniczych pozostaje kwestią społecz-

¹⁰¹ M. Ożóg, *Finansowanie...*, s. 64.

¹⁰² D. Walencik, *Konkordat a sfera finansowo-majątkowa Kościoła katolickiego w Polsce* [w:] *Konkordat Polski 1993*, red. M. Winiarczyk-Kossakowska, Cz. Janik, P. Borecki, Warszawa 2019, s. 145.

¹⁰³ M. Ożóg, *Finansowanie...*, s. 64.

nie istotną. *Expressis verbis* prawo to przyznane jest pacjentom zakładów leczniczych w art. 36-38 u.p.p., jednak redakcja przepisu jest dosyć lakoniczna, rekonstrukcja treści prawa do opieki duszpasterskiej wymaga w aktualnym stanie prawnym zbadania wielu różnych aktów prawa różnej rangi, co może utrudniać pacjentowi korzystanie z przysługujących mu uprawnień, a podmiotowi leczniczemu wykonywanie związanych z nimi obowiązków.

Podsumowując ustalenia odnośnie do obowiązków podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej w zapewnieniu prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej, najistotniejszym jest niewątpliwie obowiązek podmiotu leczniczego do umożliwienia pacjentowi kontaktu z duchownym jego wyznania. Poza tym, podmiot leczniczy musi też umożliwić pacjentowi uczestniczenie w czynnościach i obrzędach religijnych oraz korzystanie z posług religijnych, musi także znosić to, że pacjent może praktykować swoją religię indywidualnie. Ponadto, podmiot leczniczy zobowiązany jest umożliwić kościołom i związkom wyznaniowym prowadzenie zbiorowych praktyk religijnych i nauczania oraz umożliwić pacjentowi uczestniczenie w nich. Co więcej, na niektórych podmiotach leczniczych ciąży obowiązek zatrudniania kapelanów oraz udostępniania kaplicy na potrzeby opieki duszpasterskiej osób przebywających w zakładzie leczniczym. Podmioty lecznicze muszą ponadto ponosić koszty związane z prawem pacjenta do opieki duszpasterskiej (choć zwracają uwagę problemy z pozyskiwaniem przez podmioty lecznicze środków na ten cel).

Analiza treści prawa do opieki duszpasterskiej prowadzi do wniosku, że wiele kwestii może jeszcze być przedmiotem dyskusji naukowej, a *de lege ferenda* wymagać może uszczegółowienia w przepisach prawa. Brak na przykład jednolitego stanowiska co do dopuszczalności sprawowania opieki duszpasterskiej w podmiotach leczniczych przez duchownych związków wyznaniowych o nieuregulowanej sytuacji prawnej. Także możliwość ograniczania wolności uzewnętrzniania religii w przypadku pacjentów nie jest uregulowana w sposób jednoznaczny. Szczególnie niejasne są kwestie związane z finansowaniem opieki duszpasterskiej przez podmioty

lecnicze. Przepisy prawa nie dają także jednoznacznej odpowiedzi, czy podmiot leczniczy powinien udostępnić kaplicę na potrzeby wszystkich, czy jedynie niektórych Kościołów i związków wyznaniowych.

Co ponadto zwraca uwagę, widoczne są różnice w gwarancjach prawa do opieki duszpasterskiej odnośnie do przedstawicieli różnych Kościołów i związków wyznaniowych, które zgodnie z przepisami Konstytucji RP pozostają równouprawnione. W niektórych przypadkach na podmiotach leczniczych ciążyą różne obowiązki w zależności od wyznania pacjenta. Ponadto, te same kwestie związane z prawami pacjentów do opieki duszpasterskiej uregulowane są w aktach różnej rangi (w ustawie, rozporządzeniu lub nawet zarządzeniu) – również w zależności od wyznania pacjenta – dotyczy to choćby kwestii uczestniczenia w obrzędach i czynnościach religijnych przez dzieci i młodzież przebywających w zakładach leczniczych. Należałoby postulować ujednolicenie tych kwestii w duchu równouprawnienia kościołów i związków wyznaniowych.

Bibliografia:

- Abramowicz A.M., *Równouprawnienie związków wyznaniowych w prawie polskim*, Lublin 2018.
- Bochenek K., *Zjawisko laicyzacji w społeczeństwie ponowoczesnym (konteksty filozoficzne)*, „Wschodni Rocznik Humanistyczny” 2019, t. XVI.
- Borecki P., *Położenie prawne wyznawców islamu w Polsce*, „Państwo i Prawo” 2008, nr 1.
- Bożewicz M., Centrum Badania Opinii Społecznej, *Religijność Polaków w ostatnich 20 latach*, „Komunikat z badań”, nr 50/2024, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2024/K_050_24.PDF, [dostęp: 11.10.2025 r.].
- Główny Urząd Statystyczny, *Wyznania religijne w Polsce 2019-2021*, Warszawa 2022, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/inne-opracowania/wyznania-religijne/wyznania-religijne-w-polsce-2019-2021,5,3.html>, [dostęp: 11.10.2025 r.].
- Godlewska D., Gebreselasie J., *Religia a zdrowie i choroba*, „Język. Religia. Tożsamość” 2015, nr 1 (17).
- Grabowska M., Centrum Badania Opinii Społecznej, *Polski pejzaż religijny – z dalekiego planu*, „Komunikat z badań”, nr 89/2022, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2022/K_089_22.PDF, [dostęp: 11.10.2025 r.].

Gura G., *Rozdział 10. Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej* [w:] Z. Cnota, G. Gura, T. Grabowski, E. Kurowska, *Zasady i tryb ustalania świadczeń/rozsążeń (odszkodowania i zadośćuczynienia) w przypadku zdarzeń medycznych. Komentarz*, Warszawa 2016.

<https://www.lotnisko-chopina.pl/pl/kapelania.html>, [dostęp: 11.10.2025 r.].

Informacje dot. prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej na stronie internetowej Rzecznika Praw Pacjenta, <https://www.gov.pl/web/rpp/prawo-do-opieki-duszpasterskiej>, [dostęp: 11.10.2025 r.].

Iyer S., Larcom S., She P-W., *Do Religious People Cope Better in a Crisis? Evidence from the UK Pandemic Lockdowns*, „Cambridge Working Papers in Economics”, nr 2403.

Kabza J., *Art. 22* [w:] *Prawo Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego. Komentarz*, red. J. Cebula, Warszawa 2017.

Klimasiński M., Płocka M., Neumann-Klimasińska N., *Wpływ duchowości lub religijności na długość życia człowieka*, „Medycyna Paliatywna” 2017, t. 9, nr 2.

Krzysztofek-Strzala K., *Prawa pacjentów muzułmanów w świetle ustawodawstwa polskiego, ze szczególnym uwzględnieniem ustawy o gwarancjach wolności sumienia i wyznania*, „Studia z Prawa Wyznaniowego” 2019, t. 22.

Mezglewski A., Misztal H., Stanisław P., *Prawo wyznaniowe*, Warszawa 2011.

Ożóg M., *Finansowanie duszpasterstwa specjalnego w podmiotach leczniczych* [w:] *Kwestie majątkowe w prawie wyznaniowym*, red. M. Bielecki, Lublin 2018.

Ożóg M., *Gwarancje wolności sumienia i wyznania w podmiotach leczniczych w Polsce*, Kraków 2019.

Ożóg M., *Postawa pracowników podmiotów leczniczych w kontekście realizacji prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej w Polsce*, „Przegląd Prawa Wyznaniowego” 2018, t. 10.

Ożóg M., *Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej w świetle konstytucyjnej zasady równouprawnienia kościołów i innych związków wyznaniowych*, „Studia z Prawa Wyznaniowego” 2016, t. 19.

Ożóg M., *Regulacje prawne dotyczące sprawowania opieki duszpasterskiej w placówkach leczniczych w okresie PRL z punktu widzenia problematyki źródeł prawa. Wybrane zagadnienia*, „Studia z Dziejów Państwa i Prawa Polskiego” 2017, t. XX.

- Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Katowice 2017, Nb 43, <https://www.kdsz.pl/wp-content/uploads/dok/Nowa%20Karta%20Pracownik%C3%B3w%20S%C5%82u%C5%BCby%20Zdrowia/nowa%20karta%20pracownik%C3%B3w%20s%C5%82uz%C5%82by%20zdrowia.pdf>, [dostęp: 11.10.2025 r].
- Pew Research Center, *The Age Gap in Religion around the World*, 2018, <https://www.pewresearch.org/religion/2018/06/13/the-age-gap-in-religion-around-the-world/>, [dostęp: 11.10.2025 r].
- Pielak A., Szczucki K., *Rozdział 10. Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej* [w:] *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. L. Bosek, Warszawa 2020.
- Strus Z., *Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 20 września 2013 r. w sprawie II CSK 1/13* „Forum Prawnicze” 2013, nr 5 (19).
- Śniecikowska A., Śniecikowski W., *Konstrukcja prawna podmiotu leczniczego pozostającego w zarządzie prywatnoprawnym i jego wpływ na realizację zadań publicznych* [w:] *Organizacja administracji publicznej z perspektywy powierzanych jej zadań*, red. T. Bąkowski, 2015.
- Tuleja P., *Art. 25. [Zasada równouprawnienia, autonomii kościołów i związków wyznaniowych oraz bezstronności państwa]* [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. P. Tuleja, Warszawa 2023.
- Walencik D., *Konkordat a sfera finansowo-majątkowa Kościoła katolickiego w Polsce* [w:] *Konkordat Polski 1993*, red. M. Winiarczyk-Kossakowska, Cz. Janik, P. Borecki, Warszawa 2019.
- Wenski P., *Rozważania nad standardami opieki duszpasterskiej w polskich szpitalach*, „Prawo i Medycyna” 2015, nr 1.
- Woźniak B., Zawisza K., Brzyska M., *Religia a zdrowie – o zależności między zaangażowaniem religijnym a funkcjonowaniem ciała w starszym wieku*, „Studia Socjologiczne” 2015, nr 2 (217).
- Zieliński T.J., *Art. 16. Posługi religijne dla osób przebywających w zakładach o obostrzonym rygorze pobytu* [w:] A. Czohara, T.J. Zieliński, *Ustawa o stosunku państwa do gmin wyznaniowych żydowskich w Polsce. Komentarz*, Warszawa 2012.
- Zołnierz J., Sak J., *Współczesne badania nad wpływem religijności na zdrowie człowieka*, „Journal of Education Health and Sport” 2017, t. 7, nr 4.

Summary

Obligations of healthcare facilities to ensure the patient's right to pastoral care

The patient's right to pastoral care, which is a manifestation of the constitutional right to benefit from religious services, was expressly granted in Articles 36-38 of the Act on Patients' Rights and the Patients' Ombudsman. However, the wording of these provisions is not comprehensive, which makes their interpretation difficult. This article reconstructs the patient's right to pastoral care within the entire legal system. Particular focus is placed on a selective discussion of normative regulations concerning the obligations of medical entities to ensure the patient's right to pastoral care. The aim of this publication is to formulate a proposition for the systemic interpretation of Articles 36-38 of the Act on Patients' Rights and the Patients' Ombudsman, and to formulate *de lege ferenda* postulates regarding them. This should lead to better awareness among patients about their rights and the responsibilities of a medical institution director.

Key words: patient's rights, pastoral care, religion, healthcare facility, chaplain, hospital