



MOŻLIWOŚCI KORZYSTANIA Z OPIEKI DUSZPASTERSKIEJ W SZPITALU – WYMAGANIA PRAWNE A AKREDYTACJA

THE EXERCISE OF PASTORAL CARE AT THE HOSPITAL – LEGAL REQUIREMENTS AND ACCREDITATION

Wojciech Balicki, Karol Balicki

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.15>

STRESZCZENIE

W pracy wskazano zarówno wymagania prawne regulujące obowiązki zapewnienia możliwości korzystania z opieki duszpasterskiej w szpitalu, jak również zalecenia wynikające ze standardów akredytacyjnych. Zawarto tu rozważania i zalecenie Sądu Najwyższego w sprawie donoszącej się do „niechcianego sakramentu”. Autorzy omówili praktyczne rozwiązania, jak zapewnić opiekę duszpasterską w odpowiedni sposób. Wskazano także na konieczność zapewnienia opieki nie tylko osobom z wyzwania dominującego.

Słowa kluczowe: opieka duszpasterska.

ABSTRACT

The study indicated both the legal requirements governing the obligations of ensuring the exercise of pastoral care at the hospital. As well as recommendations resulting from the accreditation standards. Adding consideration and recommendation of the Supreme Court on denouncing the "unwanted sacrament". The authors pointed out practical solutions how to provide pastoral care in an appropriate way. It was also the need to provide care not only to the challenges the dominant.

Keywords: pastoral care.

Wstęp

Obowiązek zapewnienia opieki duszpasterskiej pacjentom wynika wprost z przepisów ustaw regulujących stosunki pomiędzy Rzeczpospolitą Polską a danym Kościołem lub związkiem wyznaniowym. Standardy akredytacyjne dla szpitali również podkreślają konieczność zapewnienia takiej opieki. Celem niniejszego artykułu jest wskazanie, że zapewnienie opieki duszpasterskiej w szpitalu nie może ograniczyć się tylko do wyznania dominującego.

Regulacje prawne

Regulacje prawne w przedmiotowym zakresie obejmują „Konstytucję RP” i wydaną na jej podstawie „Ustawę z dnia 17 maja 1989 r. o gwarancjach wolności sumienia i wyznania” oraz ustawy określające stosunki pomiędzy Rzeczpospolitą Polską a danym Kościołem lub związkiem wyznaniowym.

Zgodnie z art. 25 ust. 1 „Konstytucji RP” [1] wszystkie Kościoły i inne związki wyznaniowe są równouprawnione. A stosunki między państwem a Kościołami i innymi związkami wyznaniowymi są kształtowane na zasadach poszanowania ich autonomii oraz wzajemnej niezależności

każdego w swoim zakresie, jak również współdziałania dla dobra człowieka i dobra wspólnego – ust. 3 art. 25 „Konstytucji RP”.

Drugim bardzo ważnym aktem prawnym jest „Ustawa (...) o gwarancjach wolności sumienia i wyznania” [2]. W art. 2 określono katalog możliwości korzystania z wolności sumienia i wyznania. Użycie w cytowanym przepisie zwrotu „w szczególności” świadczy o tym, że jest to katalog otwarty. Dla potrzeb niniejszego artykułu kluczowa jest możliwość wskazana w pkt 2: „(...) obywatele mogą w szczególności: (...) zgodnie z zasadami swojego wyznania uczestniczyć w czynnościach i obrzędach religijnych oraz wypełniać obowiązki religijne i obchodzić święta religijne”. Prawo to, zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 2, przysługuje również osobom przebywającym w szpitalu. Z treści ust. 1 tegoż artykułu wynika kolejne uprawnienie osób przebywających w szpitalu. Mają one „prawo do posiadania i korzystania z przedmiotów potrzebnych do uprawiania kultu i praktyk religijnych”. Sposób realizacji tych uprawnień regulują szczegółowo odrębne przepisy i akty prawne wydane na ich podstawie – ust. 2 art. 4.

Do odrębnych przepisów należy zaliczyć także, wyszczególnioną w ust. 4 art. 25 „Konstytucji RP”, umowę międzynarodową pomiędzy RP a Kościołem katolickim zawartą ze Stolicą Apostolską. Natomiast stosunki między RP a innymi Kościołami oraz związkami wyznaniowymi określają ustawy uchwalone na podstawie umów zawartych przez Radę Ministrów z ich właściwymi przedstawicielami – ust. 5 art. 25 „Konstytucji RP”.

Warto zauważyć, że w okresie przedwojennym Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej na mocy swoich dekretów regulował stosunki między państwem a Kościołami i związkami religijnymi. Zapisy tych dekretów zostały uwspółcześnione w latach 1989–1995. Relacje z Wschodnim Kościołem Staroobrzędowym nieposiadającym hierarchii duchownej oraz z Muzułmańskim Związkiem Religijnym w Rzeczypospolitej Polskiej nadal oparte są na przepisach przedwojennych.

W przypadku Wschodniego Kościoła Staroobrzędowego jest to „Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 28 marca 1928 r. o stosunku Państwa do Wschodniego Kościoła Staroobrzędowego, nie posiadającego hierarchii duchownej” [3], a w drugim przypadku – „Ustawa z dnia 21 kwietnia 1936 r. o stosunku Państwa do Muzułmańskiego Związku Religijnego w Rzeczypospolitej Polskiej” [4]. W tych aktach prawnych nie ma szczegółowej regulacji dotyczącej obowiązków zapewnienia przez szpitale możliwości korzystania z opieki duszpasterskiej.

Zakres uprawnień z poszczególnych ustaw nie jest tożsamy. W „Konkordacie” mowa jest nie tylko o konieczności zapewnienia przez Rzeczpospolitą Polską warunków do wykonywania praktyk religijnych i korzystania z posług religijnych osobom przebywającym w zakładach opieki zdrowotnej (art. 17 ust. 1). W ust. 2 art. 17 „Konkordatu” wyszczególniono znów katalog otwarty, w którym wskazano, że osoby hospitalizowane muszą mieć zapewnioną możliwość: po pierwsze: uczestnictwa w Mszy świętej, i to zarówno w niedziele, jak i w dni świąteczne; po drugie: katechizacji i rekolekcji; po trzecie: korzystania z indywidualnych posług religijnych zgodnie z celem pobytu pacjenta w szpitalu. Do realizacji tych uprawnień, zgodnie z ust. 3 art. 17, biskup diecezjalny kieruje kapelana, z którym umowę podpisuje szpital.

Zapisy „Konkordatu” dotyczące kapelana, w dosłownym lub zbliżonym brzmieniu, zostały zastosowane w:

- 1) „Ustawie z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego w Rzeczypospolitej Polskiej” [5] – w art. 18 ust. 3 uprawnienie do kierowania kapelana przez władze kościelne zostało ograniczone do zakładów prowadzonych przez administrację rządową oraz samorządową;

- 2) „Ustawie z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Polskokatolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej” [6] – w art. 17 ust. 3 uprawnienie do kierowania kapelana przez władze kościelne zostało ograniczone do zakładów prowadzonych przez państwo oraz administrację samorządową;
- 3) „Ustawie z dnia 4 lipca 1991 r. o stosunku Państwa do Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego” [7] – w myśl art. 27 ust. 2 kierownicy właściwych zakładów państwowych zatrudnią kapelanów, jeżeli zostaną oni skierowani przez biskupa diecezjalnego.

W przypadku pozostałych Kościołów i związków wyznaniowych brak zapisów dotyczących zatrudniania kapelanów. Co prawda wskazuje się na obowiązek zapewnienia duchownym swobodnego dostępu do osób danego wyznania przebywających w szpitalu [8], to jednak obecna sytuacja prawna polegająca na braku uregulowań z wszystkimi związkami wyznaniowymi i Kościołami istniejącymi w Polsce nie realizuje w pełni deklaracji zawartej w art. 25 ust. 1 „Konstytucji RP”. Ponadto zdecydowanie większe możliwości, jakie ma Kościół rzymskokatolicki, nie odpowiadają standardom zasady równości, na której oparta jest obecna ustawa zasadnicza. Negatywnie należy również ocenić stan, w którym wzajemne stosunki z poszczególnymi związkami wyznaniowymi i Kościołami są uregulowane na podstawie ustaw, a inne na podstawie przedwojennych rozporządzeń Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej.

Kolejna kwestia to problem przeznaczenia odpowiedniego pomieszczenia na kaplicę lub udostępnienia do tego celu innego pomieszczenia, odpowiednio przystosowanego.

W szpitalach zlokalizowanych w budynkach przedwojennych mamy w większości kaplice rzymskokatolickie. Niekiedy kaplice te stanowią odrębne budynki lub jeśli są częścią bryły głównej szpitala, to mogą służyć również osobom nieprzebywającym w szpitalu. Dość odosobnionym przypadkiem, ale bardzo praktycznym jest kaplica na terenie Wojewódzkiego Szpitala dla Psychicznego i Nerwowo Chorych „Dziekanka” w Gnieźnie. Ten neogotycki kościół wybudowany pod koniec XIX wieku jest świątynią o dwóch prezbiteriach. Obecnie użytkowany jest przez Kościół katolicki, ale również przez parafię ewangelicką [9].

W budynkach szpitalnych oddawanych do użytku w latach po II wojnie światowej lokalizacje kaplic są bardzo różne. W powtarzalnych projektach szpitalnych realizowanych w czasach PRL-u brak jednej lokalizacji. Stąd możemy spotkać kaplice w piwnicy lub na drugim czy trzecim piętrze.

Z kaplicami wielowyznaniowymi, ekumenicznymi spotykamy się na lotniskach oraz na stadionach. Najnowszym przykładem jest kaplica wielowyznaniowa na terenie Sta-

dionu Narodowego w Warszawie. Projektanci przy wykorzystaniu dwóch elementów, tj. kolumnady oraz światła, stworzyli miejsce do modlitwy dla różnych religii. Kaplica ta pozbawiona jest elementów charakterystycznych dla danej religii czy wyznania.

Należy zwrócić uwagę, że w większości polskich szpitali brak możliwości wygospodarowania tak dużej powierzchni na kaplicę wielowyznaniową, jak to zrobiono na terenie Stadionu Narodowego. Proces przygotowania projektu „stadionowej kaplicy”, w szczególności konsultacje z Kościołami i związkami wyznaniowymi działającym na terenie naszego kraju, mogą być swego rodzaju wzorcem.

Akredytacja

Standard PP17 „Pacjenci mają możliwość korzystania z opieki duszpasterskiej”: „Szpital powinien zapewnić pacjentom możliwość realizacji potrzeb religijnych i dostęp do opieki duszpasterskiej, zgodnie z przekonaniem religijnym hospitalizowanych chorych. Oznacza to ustalenie i aktualizację spisu telefonów kontaktowych duszpasterzy, znajdującego się w oddziałach szpitalnych oraz zapewnienie miejsca modlitewnego” [10].

Analizując wyjaśnienie tego standardu, należy zwrócić uwagę na użyte wyrażenie „powinien”. Czy to oznacza, że szpital „powinien”, ale nie musi? Interpretując tylko i wyłącznie zapisy dotyczące tego standardu, można stwierdzić, że „musi” przynajmniej dla pacjentów wyznania dominującego. Wynika to z zasad punktowania.

Należy zwrócić uwagę na daleko idące zawężenie sposobów zapewnienia możliwości „realizacji potrzeb religijnych i dostępu do opieki duszpasterskiej” do: ustalenia i aktualizacji spisu telefonów kontaktowych duszpasterzy znajdujących się na oddziałach szpitalnych, zapewnienia miejsca modlitewnego.

Kolejny problem interpretacyjny wynika z zapisów, w jaki sposób będzie punktowana realizacja tego standardu. W przypadku przyznania 5 lub 3 punktów wyznanie dominujące zostało dookreślone poprzez dodanie zwrotu „na danym terenie”, natomiast w przypadku przyznania 1 punktu brak takiego dookreślenia. Pozostaje także kwestia, na jakiej podstawie (według jakich danych) określamy „na danym terenie” wyznanie dominujące i mniejszościowe. Należy bowiem pamiętać, że zgodnie z artykułem 53 ust. 7 „Konstytucji RP”: „Nikt nie może być obowiązany przez organy władzy publicznej do ujawnienia swojego światopoglądu, przekonań religijnych lub wyznania”. Pozostają więc do dyspozycji dane ogólnie dostępne, ale obarczone pewnymi systemowymi ograniczeniami. Mamy tutaj na myśli dane statystyczne wynikające z Narodowego Spisu Powszechnego z 2011 roku. Systemowym ogranicze-

niem jest fakt, że aż 9% odmówiło udzielenia odpowiedzi na pytanie dotyczące przynależności do wyznania.

Jak wynika z Narodowego Spisu Powszechnego, mamy dwa wyraźne miejsca większej alokacji zbiorowości wyznawców religii mniejszościowych. Po pierwsze to województwo podlaskie, w którym mieszka co trzeci wierny Kościoła prawosławnego w Polsce. Drugie skupisko to województwo śląskie, gdzie mamy wiernych Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego. W województwie śląskim jest też najwięcej świadków Jehowy, którzy w pozostałych województwach również zajmują wysokie miejsce w klasyfikacji.

Liczebność osób deklarujących przynależność do wyznań i obrządków innych niż Kościół rzymskokatolicki (dominujący) będzie się zmieniać ze względu na przybywających imigrantów. „Przemiany polityczne i ekonomiczne ostatniego 25-lecia stworzyły warunki sprzyjające napływowi pracowników zagranicznych do Polski oraz przyczyniły się do wzrostu atrakcyjności naszego kraju wśród różnych grup imigrantów, przede wszystkim z krajów sąsiednich, ale również z Bliskiego i Dalekiego Wschodu. Tym samym Polska powoli przestaje być jedynie krajem emigracji czy obszarem tranzytowym, a staje się dla coraz liczniejszej grupy cudzoziemców krajem docelowym” [11].

Osoby zarządzające podmiotem leczniczym muszą więc reagować na zmiany na ich terenie. Należy także pamiętać, że przystosowanie szpitala do wymogów poszczególnych wyznawców może być dużą szansą dla szpitala. Informacje, w którym szpitalu operuje się bez transfuzji krwi, rozchodzą się bardzo szybko wśród współwyznawców.

Jak uniknąć pomyłki?

Z jednej strony mamy konstytucyjny zakaz zbierania danych bardzo wrażliwych, czyli dotyczących światopoglądu, przekonań religijnych lub wyznania. Z drugiej strony jesteśmy w szpitalu zobowiązani do równego traktowania pacjentów różnego wyznania. Jak więc nie popełnić pomyłki polegającej, przykładowo, na udzieleniu niechcianego sakramentu? W tej sprawie Sąd Najwyższy zajął stanowisko w wyroku z dnia 20 września 2013 roku w sprawie powództwa J.R. przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Szpitalowi Klinicznemu (Sygn. akt II CSK 1/13) [12]. W tym wyroku dla potrzeb niniejszego opracowania szczególne znaczenia mają dwie kwestie. Po pierwsze Sąd Najwyższy wprost zasugerował, że skoro szpital jest zobowiązany na podstawie szczególnych przepisów do zapewnienia chorym opieki duszpasterskiej, to nic nie stoi na przeszkodzie, by personel szpitala był świadomy, jakiej opieki żądają poszczególni pacjenci.

W cytowanym wyroku Sąd Najwyższy zauważył również, że skoro szpital nie jest organem władzy publicznej,

to nie dotyczy go konstytucyjny zakaz pozyskiwania danych o wyznaniu religijnym obywateli. Ponadto dla realizacji prawa do opieki duszpasterskiej nieodzowne jest ujawnienie wyznania.

Podobne stanowisko prezentowane jest w literaturze. Garlicki zauważa, iż w dzisiejszych czasach (współczesnym społeczeństwie) nie mogą istnieć prawa i wolności jednostki o charakterze absolutnym. W odniesieniu do życia publicznego prawa i wolności innych osób wymagają od każdego poddania się określonym ograniczeniom. Oczywiście ograniczeń praw i wolności nie można ustanawiać w sposób dowolny. Wyznaczenie ogólnych ram i zasad tych ograniczeń musi być przeprowadzone w przepisach konstytucyjnych, a ich konkretyzacja powinna nastąpić w ustawach oraz w orzecznictwie sądowym [13].

W celu uniknięcia pomyłki, a jednocześnie zapewnienia pełnej opieki duszpasterskiej danemu pacjentowi personel szpitala musi zapytać o szczególne preferencje. Możemy tego dokonać poprzez stworzenie katalogu negatywnego: „Czego Pani/Pan sobie nie życzy?”. Drugie rozwiązanie to utworzenie katalogu poprzez odpowiedzi na pytanie: „Czego Pani/Pan oczekuje ze strony szpitala w celu zapewnienia opieki duszpasterskiej?”.

Podsumowanie

1. Ograniczenie możliwości korzystania z opieki duszpasterskiej tylko do wyznania dominującego zapewnia punktowe minimum dla spełnienia obowiązku akredytacyjnego. Nie zwalnia to jednak kierownika podmiotu leczniczego z równego traktowania innych wyznań.
2. W przypadku braku regulacji szczegółowych należy stosować przepisy wynikające z umów międzynarodowych, „Konstytucji RP” oraz „Ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o gwarancjach wolności sumienia i wyznania”.
3. Projektując nowe szpitale lub planując ich rozbudowę, należy uwzględnić miejsce na pomieszczenie przeznaczone do modlitwy dla różnych wyznań.
4. W celu uniknięcia „niechcianego sakramentu” lub innego elementu opieki duszpasterskiej szpital ma możliwość uzyskania informacji na temat przynależności wyznaniowej pacjenta.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Art. 25 ust. 1 Konstytucji RP. Dz.U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483 ze zm.

2. Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o gwarancjach wolności sumienia i wyznania. Dz.U. z 1989 r. Nr 25, poz. 155.
3. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 28 marca 1928 r. o stosunku Państwa do Wschodniego Kościoła Staroobrzędowego, nie posiadającego hierarchii duchownej. Dz.U. z 1928 r. Nr 38, poz. 363.
4. Ustawa z dnia 21 kwietnia 1936 r. o stosunku Państwa do Mużułmańskiego Związku Religijnego w Rzeczypospolitej Polskiej. Dz.U. z 1936 r. Nr 30, poz. 240.
5. Ustawa z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego w Rzeczypospolitej Polskiej tj. Dz.U. z 2014 r. poz. 1889.
6. Ustawa z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Polskokatolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej tj. Dz.U. z 2014 r. poz. 1599.
7. Ustawa z dnia 4 lipca 1991 r. o stosunku Państwa do Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego tj. Dz.U. z 2014 r. poz. 1726.
8. Por. art. 19. ust. 2 Ustawy z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Chrześcijan Baptystów w Rzeczypospolitej Polskiej. Dz.U. z 1995 r. Nr 97, poz. 480 ze zm.: „2. W celu realizacji uprawnień, o których mowa w ust. 1, kierownicy właściwych podmiotów i zakładów zapewniają duchownym swobodny dostęp do tych osób”. Por. art. 19 ust. 3 Ustawy z dnia 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do Kościoła Zielonoświątkowego w Rzeczypospolitej Polskiej. Dz.U. z 1997 r. Nr 41, poz. 254 ze zm.: „3. W celu realizacji uprawnień, o których mowa w ust. 1 i 2, kierownicy właściwych zakładów zapewniają duchownym swobodny dostęp do tych osób”. Por. art. 16 Ustawy z dnia 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do gmin wyznaniowych żydowskich w Rzeczypospolitej Polskiej tj. Dz.U. z 2014 r. poz. 1798: „Duchowni, stosownie do przepisów prawa wewnętrznego, mogą udzielać posług religijnych współwyznawcom przebywającym w zakładach opiekuńczych i wychowawczych, zakładach opieki zdrowotnej, domach pomocy społecznej oraz w zakładach karnych”.
9. Wikipedia, https://pl.wikipedia.org/wiki/Ko%C5%9Bci%C3%B3%C5%82_b%C5%82_Micha%C5%82a_Kozala_w_Gnie%C5%BAnie stan na dzień 09.09.2016: „Kościół bł. Michała Kozala w Gnieźnie – neogotycki kościół wybudowany w roku 1894 i powstały według projektu Bruna (prawdopodobnie Bruno Schulza, niemieckiego architekta) jako kaplica szpitala psychiatrycznego Dziekanka, obecnie kościół katolickiej parafii pw. bł. Michała Kozala w Gnieźnie, ale użytkowany również przez ewangelicką parafię z Poznania. Świątynia o dwóch prezbiteriach”.
10. Centrum Monitorowania Jakości. Zestaw standardów akredytacyjnych. Kraków; 2009. 27.
11. Pędziwiatr K. Imigranci w Polsce i wyzwania integracyjne. Infos. 2015; 1(184): 1.
12. Wyrok Sądu Najwyższego z dn. 20 września 2013 r., II CSK 1/13, <http://www.sn.pl/sites/orzecznictwo/Orzeczenia3/II%20CSK%201-13-1.pdf> (stan z dn. 03.03.2014).
13. Garlicki L. Polskie prawo konstytucyjne – zarys wykładu. Warszawa: Wolters Kluwer; 2009. 96 i nast.

Zaakceptowano do edycji: 2018-04-26
Zaakceptowano do publikacji: 2018-05-14

Adres do korespondencji:

Wojciech Balicki
ul. Juliusza Słowackiego 2
62-330 Nekla
e-mail: ickilab@gmail.com