

**Jan Ciechorski****ODPOWIEDZIALNOŚĆ SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO  
ZA DZIAŁANIA WŁADCZE****Zagadnienia ogólne**

Celem niniejszego opracowania jest określenie charakteru przyjęcia bez zgody do szpitala psychiatrycznego, a w konsekwencji wskazanie podstawy prawnej dochodzenia ewentualnych roszczeń z tym związanych. Staralem się udzielić odpowiedzi na następujące pytanie: Czy przyjęcie bez zgody do szpitala psychiatrycznego na podstawie art. 23 i 24 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (zatrzymanie w trybie art. 28 tej ustawy), a także zastosowanie przymusu bezpośredniego może być kwalifikowane jako wykonywanie władzy publicznej? Powyższe w sposób oczywisty wpływa na wybór kwalifikacji prawnej omawianego postępowania szpitala psychiatrycznego.

Podstawą wszelkich działań w medycynie jest zgoda pacjenta, co nie powinno budzić jakichkolwiek wątpliwości, skoro niekwestionowaną naczelną zasadą udzielania świadczeń zdrowotnych jest poszanowanie autonomii pacjenta<sup>1</sup>. Ewentualne naruszenie prawa do samostanowienia pacjenta stanowi przesłankę odpowiedzialności odszkodowawczej podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>2</sup>. Odpowiedzialność ta jest ponoszona na zasadach przewidzianych w przepisach o odpowiedzialności deliktowej Kodeksu cywilnego.

---

<sup>1</sup> Określa się ją jako zasadę prawa medycznego obok zasad: dobra chorego, ochrony godności człowieka – pacjenta oraz odpowiedzialności za czyn wyrządzający szkodę pacjentowi. P. Dzienis [w:] *Leksykon prawa medycznego, 100 podstawowych pojęć*, red. A. Górski, Warszawa 2012, s. 282–283.

<sup>2</sup> Zgodnie z definicją zawartą w art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 160 ze zm.) jest nim podmiot leczniczy (przedsiębiorca, samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe tworzone przez określone naczelne i centralne organy administracji rządowej spełniające ustawowe wymogi, instytuty badawcze, fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej, posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne stowarzyszeń, osoby prawne i jednostki organizacyjne Kościołów i związków wyznaniowych, jednostki wojskowe – w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą) oraz lekarz lub pielęgniarka wykonujący zawód w ramach praktyki zawodowej.

Wskutek reform ustrojowych państwa przeprowadzonych w 1998 r. doszło również do radykalnych zmian w funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej. Najważniejsze z nich to uzyskanie przez zakłady opieki zdrowotnej osobowości prawnej, przyporządkowanie tych zakładów poszczególnym jednostkom samorządu terytorialnego, a także wprowadzenie w miejsce finansowania poprzez budżetowanie uzyskiwania przychodów przez te placówki medyczne na podstawie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawieranych z publicznym dysponentem składek na ubezpieczenie zdrowotne (do 2004 r. były to regionalne kasy chorych, a następnie Narodowy Fundusz Zdrowia). Ta przebudowa całego systemu opieki zdrowotnej (a szerzej: ochrony zdrowia) wywarła oczywisty wpływ na zasady ponoszenia odpowiedzialności odszkodowawczej przez zakłady opieki zdrowotnej. Zgodnie art. 35b nieobowiązującej ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej<sup>3</sup> samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej z chwilą wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego uzyskały osobowość prawną<sup>4</sup> Uzyskanie samodzielności przez te zakłady w obrocie cywilnoprawnym uniemożliwiało dalsze traktowanie tych podmiotów jako *stationes fisci* i ponoszenie odpowiedzialności za szkody powstałe w wyniku ich działania przez Skarb Państwa na podstawie art. 417 (w brzmieniu sprzed 1 września 2004 r.).

Zarówno w orzecznictwie, jak i piśmiennictwie szeroko omówiono odpowiedzialność deliktową szpitala. Obecnie powszechnie przyjmuje się, iż w przypadku tzw. błędu w sztuce medycznej czy też zwykłego niedbalstwa jest to odpowiedzialność na zasadzie ryzyka (art. 430 k.c.) przy koniecznym zawinieniu pracownika szpitala (art. 415 k.c.), natomiast w zakresie szkód wyrządzonych wskutek wadliwej organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych podmiot ten ponosi odpowiedzialność za własne postępowanie, tzw. wina organizacyjna (art. 415 k.c., ewentualnie za postępowanie swego organu na podstawie art. 416 k.c.<sup>5</sup>). Jak trafnie stwierdził Sąd Apelacyjny w Katowicach w wyroku z 7 marca 2008 r.<sup>6</sup>,

---

<sup>3</sup> T.j. Dz.U. z 2007 r., nr 14, poz. 89 ze zm.

<sup>4</sup> Wbrew poglądom wyrażanym w orzecznictwie (wyrok SA w Krakowie z 12 lipca 2011 r., sygn. I ACa 569/11, OSA 6/2012) oraz w doktrynie (M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 15 i 53) wejście w życie ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 160 ze zm.) nie miało wpływu na status prawny tych jednostek.

<sup>5</sup> Jak wskazał SA w Łodzi w wyroku z 28 lutego 2018 r., sygn. I ACa 902/17, LEX nr 2478531: „Odpowiedzialność zakładu leczniczego za zakażenia pacjentów oparta jest na konstrukcji winy anonimowej lub organizacyjnej, co wynika ze specyfiki działania jednostek organizacyjnych, z którym to działaniem wiąże się szkoda. Konstrukcja ta pozwala zerwać personalną więź między działaniem lub zaniechaniem prowadzącym do powstania szkody a zarzutem niewłaściwego zachowania się, poprzestając na ustaleniu, że niewątpliwie zawinił organ lub któryś z pracowników osoby prawnej. Tym samym wina zostaje odniesiona do dostrzeżonych wadliwości w działaniu zespołu ludzi lub funkcjonowaniu określonej struktury organizacyjnej”.

<sup>6</sup> Sygn. I ACa 910/07, LEX nr 465070.

„samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, uzyskujące osobowość prawną z chwilą wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego, ponoszą odpowiedzialność deliktową jak każda osoba prawna na podstawie art. 415, 416, 429 i 430 k.c.” Powszechnie odrzuca się w orzecznictwie ponoszenie tej odpowiedzialności kwalifikowanej jako wykonywanie władzy publicznej. Sąd Apelacyjny w Katowicach w wyroku z 18 sierpnia 2006 r.<sup>7</sup> uznał: „Działalność usługowa w zakresie służby zdrowia nie jest działalnością z zakresu imperium. Jeśli jest ona wykonywana przez specjalnie do tego celu zakład opieki zdrowotnej, posiadający osobowość prawną, to przepis dawnego art. 420<sup>1</sup> § 2 k.c. nie daje wystarczających podstaw do uznania pracownika takiej jednostki za osobę działającą na zlecenie organów jednostek samorządu terytorialnego lub ich związków. W konsekwencji nie można rozstrzygać sprawy na podstawie dawnego art. 417 k.c. Prowadzi to do wniosku, że kwestię odpowiedzialności rozstrzygać należy na zasadach ogólnych, określonych w art. 430 k.c. w związku z art. 415 k.c.” Z kolei Sąd Najwyższy w wyroku z 13 maja 2005 r.<sup>8</sup> przyjął, iż „spełniając zadania publiczne, a do takich należy opieka zdrowotna wykonywana ze środków publicznych, zakłady opieki zdrowotnej utworzone przez organy administracji nie stają się organami władzy, gdyż nie kształtują w drodze przymusu sytuacji prawnej pacjentów. Dlatego odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej w reżimie deliktowym opiera się na przepisach art. 416 k.c., ewentualnie w związku z art. 429 i 430 k.c.”

Wydaje się, że tak radykalne stanowisko nie jest dogmatycznie uzasadnione. Można wskazać przepisy art. 29 ust. 2 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, który ustanawia kompetencję dla szpitala (*verba legis*: również innego zakładu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne) do zatrzymania pacjenta pomimo żądania jego wypisania zgłaszanego przez jego opiekuna ustawowego, jeżeli stan zdrowia tego pacjenta wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych. W takim przypadku szpital ma obowiązek niezwłocznego powiadomienia sądu opiekuńczego właściwego ze względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych. Zatrzymanie to może trwać do czasu wydania w sprawie orzeczenia przez sąd opiekuńczy. Niestety w komentarzach do ustawy o działalności leczniczej nie poddano analizie kwalifikacji prawnej tego zatrzymania. W mojej ocenie należy uznać, iż w tym zakresie szpital dokonujący takiego zatrzymania – odmowy wypisania pacjenta – wykonuje czynności władcze<sup>9</sup>.

<sup>7</sup> Sygn. I ACa 620/06, LEX nr 269609.

<sup>8</sup> Sygn. I CK 662/04, LEX nr 301781.

<sup>9</sup> Uzasadnienie powyższej tezy będzie wynikać z dalszej części opracowania, z twierdzeń dotyczących wykonywania władzy publicznej przez szpital psychiatryczny, które to *per analogiam* można odnieść do odmowy wypisania ze szpitala w trybie art. 29 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej.

Psychiatria jest szczególną dziedziną medycyny, w której często dochodzi do przełamania woli osoby z zaburzeniami psychicznymi. Ustawa z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego<sup>10</sup> wprost przewiduje uprawnienie do podejmowania czynności wbrew woli pacjenta w następujących sytuacjach:

- przyjęcia pacjenta do szpitala psychiatrycznego w trybie nagłym (art. 23 ust. 1 oraz art. 24 ust. 1 ustawy),
- zatrzymanie w szpitalu psychiatrycznym (art. 28 ustawy),
- przymusowe leczenie oraz
- stosowanie przymusu bezpośredniego.

Poza zakresem tematycznym niniejszego opracowania pozostaje stosowanie środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym sprawcy, który *tempore criminis* był w stanie niepoczytalności.

### Przyjęcie bez zgody do szpitala psychiatrycznego

Na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego przymusowe przyjęcie do szpitala psychiatrycznego może nastąpić w dwóch trybach: nagłym (art. 23 ust. 1 i art. 24 ustawy) oraz wnioskowym (art. 29 ust. 1 ustawy). Poza zakresem niniejszych rozważań pozostaje przyjęcie w trybie wnioskowym, gdyż wówczas następuje ono na podstawie postanowienia sądu opiekuńczego, który podejmuje wiążącą uczestnika decyzję po przeprowadzeniu przewidzianego w przepisach ustawy postępowania, a samo przyjęcie ma charakter wyłącznie wykonawczy. W konsekwencji w przypadku przyjęcia bez zgody w trybie wnioskowym szpital nie kształtuje samodzielnie sytuacji prawnej i faktycznej osoby tak przyjmowanej, tym samym nie może ponosić odpowiedzialności za zgodność z prawem tego przyjęcia. W doktrynie przesłanki przyjęcia w trybie nagłym dzieli się na medyczne (psychiatryczne) oraz behawioralne<sup>11</sup>. Do pierwszych z nich zalicza się chorobę psychiczną (w przypadku art. 23) oraz zaburzenie psychiczne (art. 24 ustawy). Co prawda w judykaturze podnosi się w ślad za nauką psychiatrii, iż pojęcie „choroba psychiczna” jest pojęciem anachronicznym, a prawidłowym określeniem jest „zaburzenie psychiczne”<sup>12</sup>. Powyższe zastrzeżenia można zni-

---

<sup>10</sup> T.j. Dz.U. z 2017 r., poz. 882 ze zm. (dalej: ustawa).

<sup>11</sup> S. Dąbrowski, L. Kubicki, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Przegląd ważniejszych zagadnień*, Warszawa 1995, s. 34–39; J. Ciechorski, *Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 27 czerwca 2013 r.*, I ACa 361/13, OSP 4/2015.

<sup>12</sup> Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z 14 marca 2016 r., sygn. II AKz 53/16, LEX nr 2229232, w którym wskazano, że „osoba chora psychicznie to osoba wykazująca zaburzenia psychotyczne. W obecnie obowiązujących systemach diagnostycznych zrezygnowano z pojęcia «choroba psychiczna», uznając, że stosowanie tego terminu jest anachronizmem, który «może być przyczyną poważnych nieporozumień i nadużyć» (S. Puzyński – Psychiatria polska t. XLI, 2007,

welować, posługując się ustawowym synonimem choroby psychicznej, mianowicie zaburzeniem psychotycznym.

Aby mogło dojść do przyjęcia bez zgody na podstawie art. 23 ustawy, w czasie przyjęcia musi zostać stwierdzona choroba psychiczna. Jak wskazuje się w literaturze, powinno to mieć charakter niewątpliwy<sup>13</sup>. Wobec tak stawianego wymogu można zgłosić uzasadnione zastrzeżenia, iż postulowana pewność zdiagnozowania zaburzenia psychotycznego będzie w zasadzie zachodziła w dwóch przypadkach: 1) jeżeli osoba przyjmowana wcześniej była leczona psychiatrycznie z diagnozą zaburzeń psychotycznych lub 2) gdy objawy są na tyle ewidentne, że pozwalają już w czasie badania podczas przyjęcia postawić taką diagnozę. Wydaje się, iż takie przypadki należeć będą do rzadkości. Tym samym realizacja stawianego wymogu pewności stwierdzenia choroby psychicznej prowadziłoby do drastycznego ograniczenia tego typu przyjęcia. Wydaje się, iż należy ograniczyć ten wymóg do bardzo wysokiego prawdopodobieństwa istnienia choroby psychicznej, której to przyjęcie dotyczy. Nie można przy tym zapominać, iż badanie dokonywane przy przyjęciu odbywa się w specyficznych warunkach izby przyjęć, gdzie lekarz często nie może poświęcić pacjentowi odpowiedniej ilości czasu, tym samym diagnoza „przyjęciowa” z definicji będzie weryfikowana późniejszym badaniem w warunkach oddziału. Natomiast odmiennie ustawodawca ujął omawianą przesłankę przy przyjęciu w trybie art. 24 ust. 1 ustawy. Nie jest bowiem wymagana pewność stawianej diagnozy przy przyjęciu w zakresie wskazania konkretnej przyczyny, a jedynie zachodzenie wątpliwości co do ich charakteru. Innymi słowy, osoba przyjmowana na tej podstawie musi cierpieć na zaburzenia psychiczne w rozumieniu art. 3 pkt 1 ustawy, jednak nie można stwierdzić w czasie przyjęcia, czy zaburzenia te mają charakter psychotyczny. W konsekwencji przyjąć należy, że niepewność diagnozy stanowi cechą konstrukcyjną przyjęcia w trybie art. 24 ustawy.

Jak już wskazałem, drugą grupę przesłanek tworzą przesłanki behawioralne dotyczące zachowania osoby przyjmowanej bez zgody przed tym przyjęciem. Ustawodawca w tym przypadku nie wprowadził różnic pomiędzy przyjęciem na podstawie art. 23 ust. 1 i art. 24 ust. 1. W obu przypadkach konieczne jest stwierdzenie, iż jej dotychczasowe zachowanie wskazuje, że ze względu na cho-

---

s. 299–308); aktualnie preferowany jest termin «zaburzenie psychiczne» obejmujący wszystkie zaburzenia przebiegające z objawami psychotycznymi: omamami, urojeniami, ciężkimi zaburzeniami nastroju i emocji”. Można podzielić powyższe zastrzeżenia Sądu Apelacyjnego, jednak podkreślić należy, że zgodnie z definicją zawartą w art. 3 pkt 1 ustawy zaburzenie psychiczne jest określeniem zbiorczym obejmującym zarówno zaburzenia psychotyczne, jak i upośledzenie psychiczne, a także inne zakłócenia czynności psychicznych. Zaaprobowanie cytowanego poglądu prowadziłoby do zatarcia różnicy między przesłankami psychiatrycznymi przyjęcia na podstawie art. 23 ust. 1 a art. 24 ust. 1 ustawy.

<sup>13</sup> J. Duda, *Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, Warszawa 2012, s. 236.

robę psychiczną (odpowiednio: zaburzenie psychiczne) zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób. W orzecznictwie trafnie zauważa się, że w omawianych przepisach nie jest konieczne dokonanie przez osobę, której przyjęcie dotyczy, czynu zagrażającego swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a wystarcza samo bezpośrednie zagrożenie takim postępowaniem<sup>14</sup>. Lekarz realizujący przyjęcie w omawianych trybach dokonuje ustaleń dotyczących zaistnienia przesłanek behawioralnych na podstawie wywiadu przeprowadzonego z pacjentem oraz informacji uzyskanych od innych osób: rodziny pacjenta (jeżeli towarzyszy mu podczas przyjęcia), zespołu Ratownictwa Medycznego (jeżeli był przewieziony karetką), a nawet policjantów (w przypadku asysty Policji), Co prawda lekarz, dokonując tych ustaleń, powinien krytycznie oceniać przekazywane mu wiadomości, jednak nie można wymagać, aby w tym celu „przeprowadzał postępowanie wyjaśniające”<sup>15</sup>. Również i w tym przypadku nie sposób wprowadzać obowiązku, aby ustalenia dotyczące przesłanki behawioralnej zawsze były zgodne z rzeczywistością, ponieważ szpital nie może ponosić odpowiedzialności chociażby za celowe przekazanie fałszywych informacji przez osoby zainteresowane przyjęciem danej osoby do szpitala psychiatrycznego.

Wyżej omówione przesłanki przyjęcia można określić jako merytoryczne przesłanki przyjęcia bez zgody do szpitala psychiatrycznego w trybie nagłym. Z kolei wymogi formalne takiego przyjęcia zostały określone w przepisach art. 23 ust. 2–5 ustawy (w przypadku przyjęcia na obserwację mają one wprost zastosowanie na podstawie odesłania zawartego w art. 24 ust. 3 ustawy). Aby przyjęcie to było zgodne z powołanymi przepisami, musi go dokonać lekarz psychiatra po uzyskaniu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa (art. 23 ust. 2). Lekarz ten obowiązany jest poinformować pacjenta o przyczynach przyjęcia oraz przysługujących mu prawach (art. 23 ust. 3 ustawy). Z kolei w art. 23 ust. 4 zd. 1 ustawy wprowadzono kontrolę wewnętrzną tego przyjęcia, której dokonuje ordynator/lekarz kierujący oddziałem poprzez jego zatwierdzenie w terminie do 48 godzin od chwili przyjęcia. W przypadku niezatwierdzenia przyjęcia bez zgody ma on obowiązek podjęcia decyzji o wypisaniu pacjenta ze szpitala. W sytuacji zatwierdzenia na kierownika szpitala psy-

---

<sup>14</sup> Jak stwierdził Sąd Apelacyjny w Szczecinie w wyroku z 23 listopada 2016 r., sygn. I ACa 1155/15, LEX nr 2188830: „W świetle powołanego już art. 23 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego brak jest podstaw do łączenia oceny zaistnienia zagrożenia z rozmiarem poniesionych przez osobę pokrzywdzoną obrażeń, zwłaszcza skoro ustawodawca niejako «penalizuje» już samo zaistnienie zagrożenia – jego ryzyka, a nie jego faktyczne zaistnienie”.

<sup>15</sup> Tak słusznie stwierdził Sąd Apelacyjny w Krakowie w wyroku z 17 listopada 2016 r., sygn. I ACa 838/16, LEX nr 2185531: „Trzeba bowiem wskazać, że lekarz decydujący o przyjęciu do szpitala nie prowadzi dochodzenia w celu ustalenia prawidłowości zdarzeń wynikających z wywiadu uzyskanego od osób, które przewożą agresywnego pacjenta do szpitala”.

chiatrycznego został nałożony obowiązek powiadomienia o tym fakcie sądu opiekuńczego miejscowo właściwego ze względu na siedzibę szpitala w terminie 72 godzin od przyjęcia. Wszystkie wyżej opisane czynności muszą zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta (art. 23 ust. 5 ustawy).

W przypadku przyjęcia do szpitala psychiatrycznego osoby za zgodą przewidzianą w art. 22 ust. 1 ustawy, która to osoba ją cofnęła, a jej zachowanie wskazuje, że zachodzą okoliczności uzasadniające jej przyjęcie w trybie art. 23 ust. 1 ustawy, może ona zostać zatrzymana w szpitalu psychiatrycznym. Do tego zatrzymania mają zastosowanie przepisy art. 23 ust. 2–3 ustawy. Analizując art. 28 ustawy, nie można pomijać ograniczeń zeń wynikających, a dotyczących zastosowania zatrzymania w szpitalu psychiatrycznym. Po pierwsze, może ono dotyczyć wyłącznie pacjenta przyjętego za zgodą, po drugie, muszą zaistnieć zarówno przesłanki medyczne, jak i behawioralne przyjęcia w trybie art. 23 ust. 1 ustawy. Taka redakcja tego przepisu wyłącza jego zastosowanie wobec osób przyjętych na obserwację (art. 24 ustawy) nawet po zdiagnozowaniu u obserwanta zaburzeń psychiatrycznych.

### **Przymus bezpośredni**

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego taksatywnie określa formy przymusu bezpośredniego, które mogą być użyte wobec pacjenta. Zgodnie z definicją zawartą w art. 3 pkt 6 ustawy przez przymus bezpośredni należy rozumieć: 1) przytrzymanie (którym jest doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej); 2) przymusowe zastosowanie leków (przez co należy rozumieć doraźne lub przewidziane w planie postępowania leczniczego wprowadzenie leków do organizmu osoby – bez jej zgody); 3) unieruchomienie (obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa); 4) izolację (umieszczenie osoby pojedynczo w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu).

Ustawodawca wskazał także przyczyny, w razie zaistnienia których przymus bezpośredni może być użyty. Zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy może to nastąpić wyłącznie w przypadkach wyraźnego dopuszczenia jego zastosowania w przepisach ustawy oraz gdy osoba z zaburzeniami psychicznymi:

- 1) dopuszcza się zamachu przeciwko:
  - życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby, lub
  - bezpieczeństwu powszechnemu, lub
- 2) w sposób gwałtowny niszczy lub uszkadza przedmioty znajdujące się w jej otoczeniu, lub
- 3) poważnie zakłóca lub uniemożliwia funkcjonowanie zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

Przy czym zastosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji może nastąpić wyłącznie w przypadkach określonych w pkt 1 i 2.

Od 1 stycznia 2018 r.<sup>16</sup> wprowadzono rudymentarne zmiany w zasadach stosowania przymusu bezpośredniego zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego. Przede wszystkim ustawodawca wprost dopuścił stosowanie przymusu bezpośredniego w innych szpitalach niż tylko psychiatryczne. Nadto radykalnie zaostrzył wymogi dotyczące przedłużenia stosowania przymusu: każdorazowe przedłużenie zastosowania unieruchomienia lub izolacji wymaga opinii lekarza specjalisty psychiatrii, natomiast po dwukrotnym przedłużeniu o dalszym stosowaniu tych form przymusu może zdecydować wyłącznie specjalista psychiatra (po uzyskaniu opinii drugiego specjalisty psychiatrii).

Przepisom tym można postawić zarzut sprzeczności z zasadą zaufania do państwa i stanowionego przezeń prawa poprzez wprowadzenie obowiązków zasadniczo niemożliwych do realizacji. Przy obecnej zbyt małej liczbie lekarzy psychiatrów nie sposób wykonać wprowadzonych wymogów. Może to powodować nieprzestrzeganie tych obowiązków, co rodzi odpowiedzialność odszkodowawczą. Wydaje się, że prawodawca nie miał świadomości, iż *expressis verbis* przyznając szpitalom niepsychiatrycznym uprawnienie do stosowania przymusu bezpośredniego, jednocześnie poddał je wymogom dotyczącym przedłużania jego stosowania, ponieważ w tym zakresie przepisy ustawy nie rozróżniają (*lege non distinguente*) szpitali psychiatrycznych od niepsychiatrycznych.

## Przymusowe leczenie

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego w art. 33 dopuszcza przeprowadzenie wobec osoby przyjętej bez zgody niezbędnych czynności leczniczych mających na celu usunięcie przyczyn przymusowego przyjęcia. Już z brzmienia tego przepisu wynikają ograniczenia w jego stosowaniu. Po pierwsze, wprowadzono kryterium niezbędności podejmowanych czynności leczniczych. Nadto muszą być one nakierowane na uzyskanie celu w postaci usunięcia przyczyn przyjęcia bez zgody. W konsekwencji poza zakresem przedmiotowym omawianego uprawnienia pozostaje leczenie schorzeń somatycznych. Do tych przypadków (innych niż zaburzenia psychotyczne) będą miały zastosowanie przepisy ustawy z 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry<sup>17</sup>. Jednocześnie ze wskazanego kryterium niezbędności wynika ograniczenie interwencji medycznych do wyłącznie takich, które są konieczne do uzyskania celu, o jakim

---

<sup>16</sup> Ustawa z 24 listopada 2017 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 2439).

<sup>17</sup> T.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 617 ze zm.



wcześniej była mowa. Podkreślić należy, iż celem tym nie jest wyleczenie pacjenta, a uzyskanie takiej poprawy, która pozwala na uzasadnioną prognozę, że po wypisaniu ze szpitala pacjent nie będzie stanowił źródła bezpośredniego zagrożenia dla swego życia lub życia bądź zdrowia innych osób. Kolejnym ograniczeniem w podejmowaniu przymusowego leczenia jest wyłączenie osób z zaburzeniami psychicznymi przyjętych na obserwację w trybie art. 24 ust. 1, co zostało wprost wskazane w art. 33 ust. 4 ustawy. W przypadku tych osób interwencja medyczna jest możliwa jako zastosowanie przymusu bezpośredniego w postaci przymusowego podania leku oczywiście po spełnieniu przesłanek zawartych w art. 18 ust. 1 ustawy. Natomiast udzielanie świadczeń zdrowotnych innych niż z zakresu psychiatrii jest możliwe na zasadach ogólnych określonych w przepisach ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

Zaznaczyć należy, że omawiany przymus leczenia nie ma zastosowania do świadczeń zdrowotnych o podwyższonym ryzyku określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 24 kwietnia 2012 r. w sprawie wykazu świadczeń zdrowotnych stwarzających podwyższone ryzyko<sup>18</sup>. Powołane rozporządzenie do takich zabiegów zalicza: 1) punkcję podpotyliczną lub lędźwiową w celu pobrania płynu mózgowo-rdzeniowego lub podania leków oraz 2) leczenie elektrowstrząsami. W tych przypadkach konieczna jest dodatkowa zgoda pacjenta, co uniemożliwia wykonanie tych świadczeń na podstawie uprawnienia do przymusowego leczenia. Powyższe świadczenia mogą być wykonane bez zgody pacjenta wyłącznie po uzyskaniu wcześniejszej zgody zastępczej sądu.

## **Odpowiedzialność za wykonywanie władzy publicznej**

Wyżej opisane czynności, do których wykonywania uprawniony jest szpital psychiatryczny na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, uzasadniają rozważenie, czy właściwa jest ich kwalifikacja jako wykonywanie władzy publicznej, a w konsekwencji czy szpital korzystający z przyznanych mu kompetencji może ponosić odpowiedzialność na podstawie art. 417 k.c.

Artykuł 417 § 1 k.c. wymienia następujące przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej za szkody wynikające z wykonywania władztwa publicznego:

- wykonywanie władzy publicznej powierzonej w przepisach ustaw,
- niezgodność z prawem jej wykonywania,
- szkoda powstała przy wykonywaniu tych czynności,
- adekwatny związek przyczynowy między wykonywaniem władzy publicznej a powstałą szkodą.

Podstawową przesłanką jest oczywiście samo uznanie danych czynności za działania władcze. Wykonywanie władzy publicznej stanowi *criterium divisionis*

---

<sup>18</sup> Dz.U. z 2012 r., poz. 494.

szczególnej odpowiedzialności podmiotów ją wykonujących od pozostałych przypadków ponoszenia odpowiedzialności deliktowej. Zgodnie z rudymenarnym w tym zakresie wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z 18 grudnia 2001 r.<sup>19</sup> przez podmioty wykonujące władzę publiczną należy uznawać nie tylko organy władzy w znaczeniu konstytucyjnym, a więc władzę ustawodawczą, sądowniczą i wykonawczą, ale również inne podmioty, które wykonują tę władzę w wyniku powierzenia lub przekazania im tych zadań. Jak wskazał Trybunał w powołanym judykacie: „Wykonywanie władzy publicznej dotyczy wszelkich form działalności państwa, samorządu terytorialnego i innych instytucji publicznych, które obejmuje bardzo zróżnicowane formy aktywności. Wykonywanie takich funkcji łączy się z reguły, chociaż nie zawsze, z możliwością władczego kształtowania sytuacji jednostki. Dotyczy to obszaru, na którym może dojść do naruszenia praw i wolności jednostki ze strony władzy publicznej”.

Zarówno w orzecznictwie, jak i w doktrynie<sup>20</sup> trafnie wskazuje się, iż wymienione na wstępie czynności podejmowane bez zgody pacjenta stanowią dotkliwą i głęboką ingerencję w podstawowe prawa i wolności jednostki. Jak oczywiście słusznie wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z 14 października 2016 r.<sup>21</sup>, odpowiedzialność odszkodowawcza nie wiąże się z każdym działaniem będącym wykonywaniem władzy publicznej, a jedynie tylko z takim, które jest naruszeniem konstytucyjnych praw i wolności, konstytucyjnych zasad wykonywania władzy publicznej, a także obowiązków zawartych w przepisach ustawowych oraz aktach wykonawczych. W konsekwencji należy odróżnić szkody wyrządzone w ramach wykonywania przyznanych uprawnień od szkód powstałych w rezultacie naruszenia przyznanych kompetencji. Jak wskazał Sąd Apelacyjny w Szczecinie w wyroku z 23 maja 2013 r.<sup>22</sup>: „Zachowanie niezgodne z prawem to takie zachowanie sprzeczne z porządkiem prawnym, polegające na sprzeczności z zakresem kompetencji organu, sposobem jego postępowania i treścią rozstrzygnięcia wynikającego z wzorca ustawowego a jego działaniem rzeczywistym”.

---

<sup>19</sup> Sygn. SK 18/00, OTK 2001/8/256.

<sup>20</sup> M. Balicki, *Przymus w psychiatrii – regulacje i praktyka*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 1; J. Ciechorski, *Odpowiedzialność szpitala psychiatrycznego za śmierć pacjenta w wyniku samobójstwa w świetle orzecznictwa*, „Prawo i Medycyna” 2016, nr 4; *idem*, *Glosa do postanowienia SN z 6.08.2014 r.*, V CSK 145/14, „Glosa” 2016, nr 2; *idem*, *Glosa do wyroku SA w Białymstoku z 21.03.2014 r.*, I ACa 834/14, „Prawo i Medycyna” 2015, nr 1; *idem*, *Glosa do wyroku SA w Katowicach z 27.06.2013 r.*, I ACa 361/13, OSP 2015, nr 4; *idem*, *Glosa do postanowienia SN z 11.05.2012 r.*, II CSK 678/11, „Prawo i Medycyna” 2013, nr 1–2; *idem*, *Glosa do wyroku SA w Szczecinie z 31.01.2013 r.*, I ACa 766/12, „Palestra” 2014, nr 10; *tenże*, *Przyjęcie osoby bez jej zgody do szpitala psychiatrycznego na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego – uwagi w świetle Europejskiej Konwencji Praw Człowieka*, EPS 2018, nr 4.

<sup>21</sup> Sygn. I CSK 707/15, LEX nr 2151401.

<sup>22</sup> Sygn. I ACa 44/13, LEX nr 1400477.

Z uwagi na szczególnie charakter omawianego przepisu trzeba przesłanki w nim wymienione wyklądać w sposób ścisły. Powyższe twierdzenie dotyczy również interpretacji niezgodności z prawem. Tym samym omawianej niezgodności z prawem nie należy utożsamiać z bezprawnością w rozumieniu cywilnoprawnym, która stanowi niewątpliwie szerszą kategorię obejmującą nie tylko – jak w przypadku niezgodności z prawem – sprzeczność z normami prawa stanowionego, ale i z zasadami współżycia społecznego. Uwzględnienie tychże zasad będzie możliwe wówczas, gdy dany przepis wprost odsyła do ocen pozaprawnych. Zaznaczyć trzeba, że w doktrynie oraz orzecznictwie prezentowane są także odmienne stanowiska.

Nie powinno budzić wątpliwości, iż zakres przedmiotowy art. 417 § 1 k.c. obejmuje wyłącznie takie naruszenie przepisów prawa przy wykonywaniu władzy publicznej, które wyrządziło szkodę. Jednak szkodę tę należy ujmować szeroko poprzez objęcie nią zarówno szkody majątkowej, jak i krzywdy. Za przyjęciem krzywdy jako objętej obowiązkiem reparatornym za działania niezgodne z prawem przy wykonywaniu władzy publicznej przemawia brak wskazania w art. 448 k.c. zasady odpowiedzialności, której indemnizacja w nim przewidziana dotyczy. Uważam, iż brak jest podstaw do zawężania jego zastosowania do zasady winy. Takie też stanowisko zaprezentował Sąd Najwyższy w postanowieniu z 31 sierpnia 2017 r.<sup>23</sup>, wskazując, że „artykuł 448 k.c. przewidujący zadośćuczynienie pieniężne w razie naruszenia dóbr osobistych nie odnosi się do zasad odpowiedzialności sprawcy i nie sposób z treści samego przepisu art. 448 k.c. wywieść winy jako przesłanki tej odpowiedzialności”. Zaś zgodnie z zasadą *lege non distinguente* skoro ustawodawca nie wprowadził ograniczeń w odpowiedzialności za naruszenie dóbr osobistych, nie jest właściwe wprowadzanie takiego ograniczenia w drodze wykładni. Za możliwością ponoszenia odpowiedzialności na podstawie art. 448 k.c. w przypadku niezgodnych z prawem działań władczych opowiedział się Sąd Najwyższy w wyroku z 26 marca 2017 r.<sup>24</sup>, uznając: „Odpowiedzialność Skarbu Państwa na podstawie art. 448 k.c. za wyrządzenie krzywdy przy wykonywaniu władzy publicznej nie jest zależna od winy, czyli iż oparta jest na przesłance niezgodności z prawem”. Jeszcze wyraźniej wypowiedział się Sąd Najwyższy w wyroku z 14 października 2016 r.<sup>25</sup>, trafnie podkreślając, iż „wynikający z art. 77 ust. 1 Konstytucji RP i art. 417 k.c. obowiązek naprawienia szkody wyrządzonej przez niezgodne z prawem działania władzy publicznej obejmuje także szkodę niemajątkową (krzywdę) w ujęciu art. 448 k.c.” Reasumując, przyjąć trzeba, że obowiązek indemnizacji za nie-

---

<sup>23</sup> Sygn. V CSK 590/16, LEX nr 2401838.

<sup>24</sup> Sygn. II CSK 320/16, LEX nr 2288090.

<sup>25</sup> Sygn. I CSK 707/15, LEX nr 2151401.

zgodne z prawem wykonywanie uprawnień władczych obejmuje wszystkie szkody, jakich doznał dany podmiot poddany temu oddziaływaniu.

Ostatnią przesłanką odpowiedzialności za szkody wyrządzone przez niezgodne z prawem wykonywanie władzy publicznej jest adekwatny związek przyczynowy między powstałą szkodą a sprzecznym z prawem wykonywaniem czynności władczych. Pomiedzy tymi zdarzeniami konieczny jest taki związek kauzalny, w którym normalną przyczyną szkody jest naruszenie prawa przez podmiot wykonujący władzę publiczną. Niezgodne z prawem wykonywanie działań władczych musi stanowić konieczną przesłankę powstania szkody. Tym samym nie każde naruszenie przepisów przy wykonywaniu uprawnień władczych będzie skutkowało odpowiedzialnością odszkodowawczą. Powyższe twierdzenie wprost wynika z delimitacyjnej roli związku przyczynowego wprowadzonej bezpośrednio w art. 361 k.c. Jak słusznie wskazał Sąd Apelacyjny w Szczecinie w powoływanym już wyroku z 14 października 2016 r.: „Bezprawność działania oznacza naruszenie przez władzę publiczną przepisów prawa, ale tylko takie naruszenie, które stanowiło warunek konieczny do powstania szkody i którego normalnym następstwem w danych okolicznościach jest powstanie szkody”.

### **Kwalifikacja czynności podejmowanych w szpitalu psychiatrycznym bez zgody pacjenta**

Powyższe przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej władzy publicznej należy odnieść do wyżej opisanych działań szpitala psychiatrycznego wykonywanych bez zgody pacjenta. Jak już wcześniej wskazałem, zarówno przyjęcie bez zgody do tego szpitala, zatrzymanie, leczenie bez zgody, jak i zastosowanie przymusu bezpośredniego należy traktować jako działania władcze, ponieważ w sposób jednostronny kształtują sytuację prawną i faktyczną pacjenta. Jednocześnie nie można pomijać okoliczności, iż czynności wyżej opisane służą nie tylko dobru osoby, wobec której są wykonywane, chociaż w piśmiennictwie podkreśla się, że „paradoks etyczny postępowania psychiatrycznego polega na tym, że psychiatrzy muszą przejściowo ograniczyć upośledzoną już autonomię psychicznie chorej jednostki, aby uwolnić ją od patologicznych barier i ułatwić odbudowę psychologicznej i fizycznej wolności”<sup>26</sup>. Czynności te są również przedsięwzięte w interesie ogólnym. Jak się wskazuje, z przesłanek behawioralnych wynika stwarzanie bezpośredniego zagrożenia dla życia lub zdrowia innych osób<sup>27</sup>, nie tylko dla życia własnego osoby, której dotyczą. Nadto podnosi się, że

---

<sup>26</sup> S. Dąbrowski, L. Kubicki, *Ustawa o ochronie...*, s. 47.

<sup>27</sup> J. Ciechorski, *Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 21 marca 2014 r., sygn. I ACa 834/13*, „Prawo i Medycyna” 2015, nr 1, s. 189–190.

„*police power* (władza policyjna) dotyczy obowiązku władzy zapewnienia ochrony obywatelom np. przed niebezpiecznymi zachowaniami chorych psychicznie, jednak zapewnienie tej ochrony odbywa się kosztem wolności osobistej pacjenta. Dlatego też podejmowanie decyzji o przymusowej hospitalizacji wiąże się każdorazowo z dylematem : prawo jednostki *versus* konieczność leczenia”<sup>28</sup>.

Pierwsza ze wskazanych wyżej przesłanek jest niewątpliwie spełniona, gdyż kompetencje do takiego postępowania zostały wprost wyrażone w przepisach ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Aby szpital psychiatryczny ponosił odpowiedzialność na podstawie surowego reżimu określonego w art. 417 § 1 k.c., postępowanie osób, za które ponosi odpowiedzialność, musi naruszać wymogi formalne lub materialne przewidziane w przepisach ustawy dla poszczególnych zakresów podejmowanych działań. Wśród naruszenia wymogów materialnych przyjęcia bez zgody lub zatrzymania należy wymienić niestwierdzenie choroby psychicznej (art. 23 ust. 1 oraz art. 28 ustawy) lub zaburzenia psychicznego (art. 24 ustawy), a także brak podstaw do przyjęcia, iż zachodzą przesłanki behawioralne tego postępowania, czyli bezpośredniego zagrożenia dla życia osoby, wobec której czynności te są wykonywane, lub życia lub zdrowia innych ludzi. Naruszenie wymogów formalnych będzie miało miejsce wówczas, gdy przyjęcia bez zgody (zatrzymania) dokona lekarz niebędący psychiatrą, ordynator/ lekarz kierujący oddziałem nie zatwierdzi tego przyjęcia lub zatwierdzi z naruszeniem terminu określonego w art. 23 ust. 4 zd. 1 ustawy, ewentualnie nie nastąpi natychmiastowe nakazanie wypisania ze szpitala w przypadku niezatwierdzenia przyjęcia bez zgody, niezawiadomienie lub zawiadomienie naruszające termin wskazany w art. 23 ust. 4 zd. 2 ustawy przez kierownika szpitala psychiatrycznego. W przypadku zaś wykonywania przymusu bezpośredniego przesłanki merytoryczne zostały wskazane w art. 18 ust. 1 ustawy, tym samym ich naruszeniem będzie jego zastosowanie przy ich braku lub zastosowanie unieruchomienia albo izolacji, jeżeli pacjent poważnie zakłóca lub uniemożliwia funkcjonowanie szpitala (art. 18 ust. 6 ustawy). Natomiast naruszenie wymogów formalnych zastosowania przymusu bezpośredniego będzie miało miejsce wówczas, kiedy podjęcie decyzji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego nastąpi przez inną osobę niż lekarz lub pielęgniarkę. Jednak należy podkreślić, iż niezgodne z prawem będzie zadecydowanie o jego zastosowaniu przez pielęgniarkę w sytuacji, gdy istnieje obiektywna możliwość natychmiastowego podjęcia tej decyzji przez lekarza (art. 18a ust. 6 ustawy).

Zastosowanie przymusu bezpośredniego należy uznać za bezprawne w następujących przypadkach: niezaprzestania stosowania przymusu pomimo niezatwierdzenia przez lekarza lub zatwierdzenia dalszego stosowania przymusu

---

<sup>28</sup> T. Popławski, A. Kejna, J. Rymaszewska, *Hospitalizacja bez zgody pacjenta jako źródło odczuwania przymusu*, „Psychiatria Polska” 2005, nr 1, s. 152.

przez lekarza bez osobistego badania pacjenta (art. 18a ust. 7 ustawy), naruszenia zasady proporcjonalności ustanowionej w art. 18 ust. 8 zd. 2 ustawy, nieodebrania osobie, wobec której stosowany jest przymus, przedmiotów niebezpiecznych, jeżeli wskutek tego osoba ta wyrządziła sobie krzywdę, braku sprawdzania co 15 minut stanu fizycznego pacjenta przez pielęgniarkę (art. 18a ust. 3 ustawy). Dalsze możliwe naruszenia związane są z podejmowaniem decyzji o przedłużeniu stosowania przymusu bezpośredniego: po pierwsze, jego przedłużeniem na okresy dłuższe niż 6-godzinne (art. 18a ust. 8 ustawy), po drugie, przedłużeniem przez lekarza stosowania przymusu bez uzyskania opinii lekarza psychiatry (art. 18a ust. 8 w zw. z ust. 10 ustawy), po trzecie, przedłużeniem stosowania przymusu powyżej 16 godzin przez lekarza niebędącego psychiatrą (art. 18a ust. 9 ustawy), po czwarte, nieuzyskaniem przez lekarza psychiatrę opinii innego psychiatry przy przedłużeniu przymusu powyżej 16 godzin (art. 18a ust. 9 w zw. z ust. 10 ustawy), niezawiadomieniem ordynatora/lekarza kierującego oddziałem o przymusie, który trwa powyżej 24 godzin (art. 18 ust. 11 ustawy).

W przypadku podjęcia leczenia bez zgody pacjenta na podstawie art. 33 ustawy jego bezprawność może zaistnieć w trzech zakresach: 1) przeprowadzenia leczenia wbrew zakazowi zawartemu w art. 33 ust. 4 ustawy, czyli wobec osoby przyjętej na obserwację w trybie art. 24 ust. 1 ustawy; 2) przekroczenia granic przymusowego leczenia – co oznacza podjęcie leczenia w szerszym zakresie niż tylko w celu usunięcia przyczyn przyjęcia bez zgody; 3) podjęcia czynności, na wykonanie których wymagana jest dodatkowa zgoda pacjenta.

Podkreślenia wymaga okoliczność, iż niepodjęcie przymusowych działań wobec osoby, która wypełnia przesłanki takiego postępowania, też będzie skutkowało odpowiedzialnością odszkodowawczą szpitala psychiatrycznego, jeżeli tylko zaniechanie spowoduje szkodę u tej osoby lub też u osób trzecich.

W przypadku działań władczych wykonywanych przez szpital psychiatryczny szkodą będzie z reguły krzywda pacjenta polegająca na naruszeniu jego prawa do autonomii, poczucia godności, prawa do samostanowienia. Nie można zapominać, iż przymusowe umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym stanowi w istocie pozbawienie wolności, a co najmniej jej ograniczenie. Może to skutkować poczuciem bezradności, osamotnienia czy ogólnie krzywdy.

### **Skutki przyjęcia odpowiedzialności szpitala psychiatrycznego na podstawie art. 417 k.c.**

Zakwalifikowanie przymusowego przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, zatrzymania, leczenia bez zgody oraz zastosowania przymusu bezpośredniego jako wykonywania władztwa publicznego wywołuje daleko idące implikacje.

Przede wszystkim odpowiedzialność za niezgodne z prawem wykonywanie władzy publicznej jest niezależna od winy danego podmiotu czy też jego pracowników, ponieważ ma ona charakter obiektywny. Tym samym nie jest konieczne zawinienie pracowników szpitala psychiatrycznego.

Drugą konsekwencją uznania tego postępowania za działania władcze w rozumieniu art. 417 § 1 k.c. jest możliwość ponoszenia przez ten podmiot odpowiedzialności na zasadzie słuszności (art. 417<sup>2</sup> k.c.). Przesłanki ponoszenia odpowiedzialności za tzw. szkody legalne są takie jak we wcześniej omówione z art. 417 § 1 z tą różnicą, że brak jest bezprawności postępowania podmiotu wykonującego władzę publiczną. Ustawodawca nie wprowadził innych przesłanek tej odpowiedzialności, w konsekwencji nie mogą podzielić stanowiska Sądu Najwyższego wyrażonego w wyroku z 27 listopada 2014 r.<sup>29</sup>, w którym stwierdził on: „W sytuacji, gdy szkoda pozostaje w związku ze zgodnym z prawem zachowaniem osoby prawnej, która ma określony budżet i obowiązek wykonywania świadczeń zdrowotnych na rzecz innych osób, brak podstaw, aby nawet w drodze analogii można było stosować art. 417<sup>2</sup> k.c.”. Takie twierdzenie nie jest prawidłowe, ponieważ wprowadza przesłanki nieznanne ustawie. Nadto razi stanowczością i generalizacją. W żaden sposób nie można odrzucić *a limine* możliwości ponoszenia odpowiedzialności za szkody legalne przez szpital psychiatryczny<sup>30</sup>.

## Podsumowanie

Reasumując powyższe rozważania, podnieść trzeba, iż szpital psychiatryczny może ponosić odpowiedzialność zarówno na zasadzie niezgodności z prawem w przypadku wykonywania wyżej analizowanych czynności władczych, które podejmowane są bez zgody pacjenta, oraz na zasadach ogólnych w pozostałych sytuacjach przyjęcia do szpitala psychiatrycznego i udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej. Przyjąć należy, że przyjęcie bez zgody, zatrzymanie w szpitalu psychiatrycznym, leczenie bez zgody oraz zastosowanie przymusu bezpośredniego stanowią klasyczne przejawy wykonywania władzy publicznej przez osobę prawną<sup>31</sup>.

---

<sup>29</sup> Sygn. IV CSK 141/14, LEX nr 16500298.

<sup>30</sup> Szerzej : J. Ciechorski, *Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 27 listopada 2014 r., IV CSK 141/14*, „Prawo i Medycyna” 2017, nr 1.

<sup>31</sup> Podobnie: B. Janiszewska, A. Wnukiewicz-Kozłowska, *O odszkodowawczych aspektach przymusowej hospitalizacji psychiatrycznej*, „Prawo i Medycyna” 2016, nr 2. Odmienne, według mnie nietrafnie: Z. Banaszczyk, *O odpowiedzialności za szkody wyrządzone pacjentom szpitali psychiatrycznych*, „Prawo i Medycyna” 2015, nr 4.

## Bibliografia

- Balicki M., *Przymus w psychiatrii – regulacje i praktyka*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 1.
- Ciechorski J., *Glosa do postanowienia SN z 11.05.2012 r.*, II CSK 678/11, „Prawo i Medycyna” 2013, nr 1–2.
- Ciechorski J., *Glosa do postanowienia SN z 6.08.2014 r.*, V CSK 145/14, „Glosa” 2016, nr 2.
- Ciechorski J., *Glosa do wyroku SA w Białymstoku z 21.03.2014 r.*, I ACa 834/14, „Prawo i Medycyna” 2015, nr 1.
- Ciechorski J., *Glosa do wyroku SA w Katowicach z 27.06.2013 r.*, I ACa 361/13, OSP 2015, nr 4.
- Ciechorski J., *Glosa do wyroku SA w Szczecinie z 31.01.2013 r.*, I ACa 766/12, „Palestra” 2014, nr 10.
- Ciechorski J., *Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 21 marca 2014 r.*, sygn. I ACa 834/13, „Prawo i Medycyna” 2015, nr 1.
- Ciechorski J., *Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 27 czerwca 2013 r.*, sygn. I ACa 361/13, OSP 2015, nr 4.
- Ciechorski J., *Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 27 listopada 2014 r.*, IV CSK 141/14, „Prawo i Medycyna” 2017, nr 1.
- Ciechorski J., *Odpowiedzialność szpitala psychiatrycznego za śmierć pacjenta w wyniku samobójstwa w świetle orzecznictwa*, „Prawo i Medycyna” 2016, nr 4.
- Ciechorski J., *Przyjęcie osoby bez jej zgody do szpitala psychiatrycznego na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego – uwagi w świetle Europejskiej Konwencji Praw Człowieka*, EPS 2018, nr 4.
- Dąbrowski S., Kubicki L., *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Przegląd ważniejszych zagadnień*, Warszawa 1995.
- Dercz M., Rek T., *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2012.
- Duda J., *Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, Warszawa 2012.
- Dzienis P. [w:] *Leksykon prawa medycznego. 100 podstawowych pojęć*, red. A. Górski, Warszawa 2012.
- Popławski T., Kejna A., Rymaszewska J., *Hospitalizacja bez zgody pacjenta jako źródło odczuwania przymusu*, „Psychiatria Polska” 2005, nr 1.

## Streszczenie

Na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego szpital psychiatryczny może dokonać w określonych przypadkach przyjęcia pacjenta bez jego zgody. W uzasadnionych sytuacjach może być zastosowany nawet przymus bezpośredni w celu dokonania tego przyjęcia. W moim przekonaniu kompetencję tę należy traktować jako wykonywanie władzy publicznej przez szpital psychiatryczny, ponieważ w sposób jednostronnie władczy określa on prawa i obowiązki takiego pacjenta. W konsekwencji za ewentualne szkody wyrządzone poprzez to przyjęcie powinien ponieść odpowiedzialność na podstawie art. 417 k.c. albo art. 417<sup>2</sup> k.c. Nie ma bowiem żadnych podstaw, aby tak głęboką ingerencję w podstawowe prawa człowieka nie kwalifikować jako wykonywania władzy publicznej.

*Słowa kluczowe:* przyjęcie bez zgody do szpitala psychiatrycznego, wykonywanie władzy publicznej, przymus bezpośredni, odpowiedzialność za wykonywanie władzy publicznej



## **RESPONSIBILITY OF THE PSYCHIATRIC HOSPITAL FOR ACTION**

### **Summary**

Under the Mental Health Act, a psychiatric hospital may, in certain cases, admission a patient without his consent. In justified situations, even direct coercion may be applied to make this admission. In my opinion, this competence should be treated as the exercise of public authority by a psychiatric hospital, because in a one-sided ruling manner it defines the rights and obligations of such a patient. Consequently, for any damage caused by this acceptance should be liable under Art. 417 k.c. or art. 417<sup>2</sup> k.c. There is no basis for such a deep interference in basic human rights that does not qualify as the exercise of public authority.

*Keywords:* Admission without consent to a psychiatric hospital, exercise of public authority, direct coercion, responsibility for the exercise of public authority