

POSTANOWIENIE

Dnia 22 czerwca 2018 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Marta Romańska (przewodniczący)
SSN Paweł Grzegorzczak (sprawozdawca)
SSN Bogumiła Ustjanicz

w sprawie z wniosku G. T.
przy uczestnictwie M. T.
o zezwolenie na umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym
w Izbie Cywilnej w dniu 22 czerwca 2018 r.,
skargi kasacyjnej uczestnika postępowania
od postanowienia Sądu Okręgowego w P.
z dnia 19 maja 2017 r., sygn. akt II Ca [...],

1. uchyla zaskarżone postanowienie i przekazuje sprawę do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w P., pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania kasacyjnego;

2. przyznaje adwokatowi A. K. od Skarbu Państwa - Sądu Okręgowego w P. kwotę 120 (sto dwadzieścia 00/100) złotych powiększoną o należną kwotę podatku od towarów i usług tytułem kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej uczestnikowi w postępowaniu kasacyjnym.

UZASADNIENIE

Wnioskodawczyni G. T. wystąpiła z wnioskiem o nałożenie na jej męża – uczestnika M. T. obowiązku podjęcia leczenia psychiatrycznego, wskazując, że uczestnik od pół roku znęca się nad nią, twierdzi, że jest przez nią zdradzany, podtruwany, nie odstępuje jej na krok i wbrew zaleceniom lekarza nie zażywa przepisanych lekarstw.

Sąd pierwszej instancji – Sąd Rejonowy w P., ustalił, że uczestnik leczył się psychiatrycznie w latach 2002 - 2011 – jak twierdzi – ponieważ nie mógł wytrzymać z żoną. U uczestnika stwierdzono niedowład połowiczny lewostronny, wieloogniskowe naczyniopochodne uszkodzenie mózgu, chorobę zwyrodnieniową kręgosłupa, cukrzycę insulinozależną, polineuropatię cukrzycową, chorobę wieńcową, nadciśnienie, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, dnę moczanową i otyłość. W przeszłości uczestnik był poddany zabiegowi angioplastyki tętnic wieńcowych i wszczepienia stentu. Od kilku miesięcy narastają u uczestnika objawy psychotyczne, uczestnik podejrzewa żonę o podtruwanie i zdrady. Gdy wnioskodawczyni ogląda telewizję, uczestnik twierdzi, że pod domem staje samochód i światłami daje jej znak, aby wyszła. Jest tak także wówczas, gdy uczestnik nie może spać w nocy. Podejrzewa żonę o romans z fachowcem przeprowadzającym remont mieszkania, z „czarnym z kościoła” i stolarzem. Twierdzi, że ma telefon na podsłuchu; aby zapobiec kolejnym zdradom wymienił wkładkę w drzwiach mieszkania, uniemożliwiając wnioskodawczyni wyjście z domu.

Za namową żony uczestnik zgłosił się do poradni zdrowia psychicznego, po otrzymanym zastrzyku nastąpiło osłabienie objawów choroby, uczestnik jednak nie zgłosił się na kolejną wizytę. Od maja 2016 r., w związku z zażywaniem leków, stan uczestnika uległ chwilowej poprawie, po czym znowu się pogorszył we wrześniu 2016 r., gdy uczestnik oskarżył zięcia o próbę otrucia. Zaprzestał również zażywania lekarstw – wnioskodawczyni odnalazła je w kieszeni spodni.

W toku postępowania przeprowadzono dowód z opinii biegłego psychiatry, który stwierdził m.in., że uczestnik jest chory psychicznie, choruje na zaburzenia urojeniowe i wymaga leczenia specjalistycznego. Niepodjęcie leczenia spowoduje

znaczne pogorszenie jego stanu zdrowia psychicznego – narastanie objawów chorobowych i ich utrwalanie; nie można także wykluczyć zachowań agresywnych motywowanych doznaniem chorobowymi. Biegły ocenił jednocześnie, że uczestnik nie jest niezdolny do samodzielnej egzystencji i uznał za uzasadnione przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym spowoduje poprawę jego stanu zdrowia.

Oceniając stan faktyczny Sąd pierwszej instancji stwierdził, że z opinii biegłego wynikało jednoznacznie, iż uczestnik ujawnia uporczywe zaburzenia urojeniowe, nie ma poczucia choroby i jest w tym zakresie bezkrytyczny. Sąd podzielił stanowisko biegłego, że dotychczasowy przebieg choroby wskazuje, że nieprzyjęcie uczestnika do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie jego stanu zdrowia psychicznego, poza tym uczestnik może przejawiać zachowania agresywne i zagrażać bezpośrednio życiu i zdrowiu innych osób. Brak krytycyzmu w stosunku do objawów chorobowych może również wskazywać na brak motywacji do podjęcia leczenia. Z tych przyczyn, postanowieniem z dnia 12 grudnia 2016 r., na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (jedn. tekst: Dz. U. z 2017 r., poz. 882 ze zm., dalej – „u.o.z.p.”), Sąd zezwolił na umieszczenie uczestnika w szpitalu psychiatrycznym bez jego zgody.

Apelacja uczestnika została oddalona postanowieniem Sądu drugiej instancji - Sądu Okręgowego w P. z dnia 19 maja 2017 r. Sąd Okręgowy podzielił ustalenia faktyczne Sądu pierwszej instancji, uznając je za własne. Odnosząc się do zarzutów apelacji Sąd stwierdził, że opinia biegłego zawierała odpowiedź na pytania postawione przez Sąd pierwszej instancji i potwierdziła występowanie choroby psychicznej, jak i to, że niepodjęcie leczenia w szpitalu psychiatrycznym spowoduje znaczne pogorszenie stanu zdrowia uczestnika. Prognoza zawarta w opinii opierała się na ocenie, jak może wpłynąć brak leczenia na stan zdrowia uczestnika, przy czym ocena ta uwzględniała dotychczasowe zachowanie chorego i jego zmiany w aspekcie czasowym.

Sąd Okręgowy dodał, że Sąd pierwszej instancji zasadnie oddalił wnioski dowodowe uczestnika dotyczące nadesłania historii choroby oraz zlecenia opinii

biegłym z zakresu psychologii i psychiatrii. Ocena, że wszystkie istotne okoliczności zostały już dostatecznie wyjaśnione w opinii lekarza psychiatry, a przeprowadzenie wnioskowanych dowodów prowadziłyby do przedłużenia postępowania, była właściwa. Powołanie do opiniowania biegłego psychologa byłoby nieuzasadnione, ponieważ psycholog nie jest władny oceniać medycznych skutków ewentualnego leczenia szpitalnego, natomiast ocena funkcjonowania uczestnika w relacjach z żoną nie rzutuje na przedmiot postępowania, gdyż w świetle opinii psychiatry, stanowiącej podstawę dokonanych ustaleń, leczenie szpitalne rokuje poprawę stanu zdrowia uczestnika.

Postanowienie Sądu Okręgowego zaskarżył skargą kasacyjną uczestnik, zarzucając naruszenie art. 227 w związku z art. 380 i art. 13 § 2 k.p.c., art. 381 w związku z art. 13 § 2 k.p.c., a także art. 29 ust. 1 pkt 1 i 2 u.o.z.p. Na tej podstawie wniósł o uchylenie zaskarżonego orzeczenia i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Przepis art. 29 u.o.z.p., na który wskazały Sądy *meriti*, dopuszcza przymusowe przyjęcie do szpitala psychiatrycznego w dwóch zasadniczo różniących się sytuacjach. Po pierwsze, jeżeli dotychczasowe zachowanie osoby chorej psychicznie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie jej stanu zdrowia psychicznego (art. 29 ust. 1 pkt 1 u.o.z.p.). Po drugie, jeżeli osoba chora psychicznie jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a zarazem można w sposób uzasadniony przewidywać, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej zdrowia (art. 29 ust. 1 pkt 2 u.o.z.p.).

Przesłanki te były wielokrotnie przedmiotem wypowiedzi Sądu Najwyższego, w których eksponuje się konsekwentnie konieczność ich ścisłego, rygorystycznego ujmowania, jako wyjątków od zasady dobrowolności udzielania świadczeń zdrowotnych, stanowiących zarazem głęboką ingerencję w konstytucyjnie chronione wartości, takie jak godność i wolność człowieka. Okoliczności te powodują, że badanie podstaw przymusowej hospitalizacji musi być każdorazowo szczególnie wnikliwe, a sąd powinien w tym zakresie szerzej korzystać z własnej

inicjatywy w poszukiwaniu faktów i dowodów, odstępując od rygorów zasady kontrydiktoryjności (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 23 lutego 2018 r., III CSK 364/16, niepubl.).

W judykaturze podkreślono również, że w świetle brzmienia i celów art. 29 ust. 1 pkt 1 i 2 u.o.z.p. uzasadnione przewidywanie nawet znacznej poprawy stanu zdrowia w związku z przymusową hospitalizacją może stanowić jej podstawę tylko wtedy, gdy osoba chora psychicznie jest jednocześnie niezdolna do samodzielnej egzystencji (por. postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 12 lipca 1996 r., II CRN 81/96, OSNC 1996, nr 12, poz. 164, z dnia 15 kwietnia 1999 r., I CKN 1096/97, niepubl., i z dnia 17 września 2015 r., II CSK 627/14, niepubl.). W żadnym przypadku powodem przymusowego przyjęcia do szpitala w świetle art. 29 ust. 1 u.o.z.p. nie mogą być natomiast uciążliwości, które osoba chora psychicznie wywołuje swoim zachowaniem względem osób trzecich (por. postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 14 czerwca 2005 r., V CK 746/04, niepubl., i z dnia 14 kwietnia 2011 r., IV CSK 483/10, OSNC 2012, nr 1, poz. 12). Aspekt ochrony osób trzecich nie został w ogóle objęty zakresem przesłanek określonych w art. 29 ust. 1 u.o.z.p. Podlega on jednak uwzględnieniu na tle art. 23 ust. 1 u.o.z.p., który dopuszcza przymusową hospitalizację ze względu na stan bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia lub życia osób trzecich, które stwarza osoba chora psychicznie.

Rozwinięciem tych wskazówek jest ugruntowane stanowisko Sądu Najwyższego dotyczące roli i sposobu oceny opinii biegłego psychiatry, która zgodnie z art. 46 ust. 2 u.o.z.p. jest obligatoryjnym środkiem dowodowym w sprawach dotyczących przyjęcia do szpitala psychiatrycznego oraz wypisania z takiego szpitala. Opinia ta powinna dostarczyć sądowi wiadomości specjalnych (art. 278 k.p.c.), pozwalających na dokonanie oceny prawnej, czy zachodzą okoliczności faktyczne uzasadniające zezwolenie na przyjęcie do szpitala bez zgody pacjenta. Dotyczy to zarówno faktu choroby psychicznej, jak i dalszych przesłanek wskazanych w art. 29 ust. 1 u.o.z.p., tj. prognozy znacznego pogorszenia stanu zdrowia, względnie – w przypadku osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji – prognozy poprawy stanu zdrowia.

W sytuacji, o której mowa w art. 29 ust. 1 pkt 1 u.o.z.p., sąd nie może poprzestać na aprobachie dla konkluzji postawionej przez biegłego, według której nieprzyjęcie do szpitala prowadzić będzie do znacznego pogorszenia stanu zdrowia psychicznego. Na sądzie spoczywa powinność ustalenia, jakie dotychczasowe zachowania i z jakich powodów uzasadniają stwierdzenie, że brak leczenia w warunkach zamkniętych prowadzić będzie do pogorszenia stanu zdrowia, na czym pogorszenie to może polegać, i dlaczego w ocenie sądu ma ono charakter „znacznego” (por. postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 22 lipca 2010 r., I CSK 234/10, OSNC-ZD 2011, nr B, poz. 32, z dnia 13 czerwca 2013 r., IV CSK 126/13, niepubl., z dnia 6 sierpnia 2014 r., V CSK 145/14, niepubl., z dnia 24 listopada 2016 r., III CSK 35/16, niepubl., i z dnia 22 listopada 2017 r., IV CSK 315/17, niepubl.).

Omówione zasady nie znalazły właściwego odzwierciedlenia przy rozpoznaniu sprawy, w której złożono skargę kasacyjną.

W pierwszej kolejności należało dostrzec, że Sąd pierwszej instancji, a w ślad za nim Sąd Okręgowy, zaniechał w istocie rzeczy sprecyzowania podstawy prawnej, na której uczestnik miałby zostać poddany przymusowej hospitalizacji. W uzasadnieniu postanowienia Sądu pierwszej instancji wskazano oba punkty art. 29 ust. 1 u.o.z.p., obejmujące – jak wyjaśniono wcześniej – zasadniczo odmienne przesłanki przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez zgody pacjenta. Ze złożonej w sprawie opinii biegłego wynikało jednoznacznie, że uczestnik nie jest niezdolny do samodzielnej egzystencji, a Sądy *meriti*, powtarzając to stwierdzenie, nie poczyniły żadnych ustaleń, które mogłyby prowadzić do odmiennego wniosku. Wymienienie przez Sąd pierwszej instancji w podstawie prawnej orzeczenia art. 29 ust. 1 pkt 2 u.o.z.p., nieskorygowane przez Sąd Okręgowy, było zatem oderwane od ustaleń dokonanych w sprawie. Z drugiej strony, za niejasne należało uznać także wzmiankowe i pozbawione oparcia w dalszych ustaleniach stwierdzenie, że uczestnik może zagrażać bezpośrednio życiu lub zdrowiu innych osób, skoro Sądy *meriti* nie rozważały – a przynajmniej nie wynikało to z uzasadnienia zaskarżonego orzeczenia – zasadności przymusowego przyjęcia do szpitala psychiatrycznego w kontekście art. 23 u.o.z.p., lecz wyłącznie w świetle art. 29 tej ustawy.

Przechodząc do oceny zarzutu naruszenia art. 29 ust. 1 u.o.z.p. należało zważyć, że ustalenia faktyczne Sądu Okręgowego, które stanowiły podstawę zastosowania tego przepisu, ograniczały się w istocie do powtórzenia konkluzji zawartej w opinii biegłego psychiatry, który uznał, że niepodjęcie leczenia spowoduje znaczne pogorszenie stanu zdrowia psychicznego uczestnika w postaci narastania i utrwalania objawów chorobowych. Ze stwierdzenia tego wynika, że do znacznego pogorszenia stanu zdrowia uczestnika prowadzić będzie niepodjęcie leczenia, tymczasem art. 29 ust. 1 pkt 1 u.o.z.p. wymaga, aby przyczyną znacznego pogorszenia stanu zdrowia było nie tyle zaniechanie (niepodjęcie) leczenia, lecz nieprzyjęcie do szpitala, co – oczywiście – nie jest równoznaczne, mając na względzie, że leczenie choroby psychicznej nie w każdym przypadku musi przebiegać w warunkach zamkniętych. Biegły nie sprecyzował tego stanowiska w ustnych wyjaśnieniach, powtarzając jedynie opinię, że pobyt w szpitalu mógłby poprawić stan zdrowia uczestnika, a Sądy *meritii* nie wyjaśniły tej wątpliwości.

Niezależnie od tego, w sprawie nie zbadano, jakie konkretne zachowania uczestnika świadczą o tym, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje pogorszenie jego stanu zdrowia, na czym pogorszenie to może polegać, i dlaczego prognozowane jest pogorszenie stanu zdrowia w stopniu znacznym (art. 29 ust. 1 pkt 1 u.o.z.p.). Z materiału sprawy nie wynikało, aby Sąd dokonywał w tym zakresie jakichkolwiek ustaleń, za ich wyraz nie mogło być bowiem uznane ogólne stanowisko co do narastania objawów chorobowych i ich utrwalania. Prognoza taka może być trafna w przypadku wielu nieleczonych chorób, nie jest jednak wystarczająca w kontekście rygorystycznie sformułowanych ustawowych podstaw przymusowego leczenia w szpitalu psychiatrycznym i wymagania, aby brak hospitalizacji skutkowało ryzykiem pogorszenia stanu zdrowia w stopniu znacznym.

Spodziewany rozwój choroby psychicznej w kierunku zachowań agresywnych lub autoagresywnych może stanowić przesłankę przyjęcia prognozy znacznego pogorszenia stanu zdrowia. Założenie takie musi jednak opierać się na konkretnych argumentach, wskazanych przez Sąd na podstawie materiału sprawy, świadczących o takim ryzyku. Podstawy takiego stwierdzenia nie może natomiast stanowić wyrażone w niestanowczej formule lakoniczne stanowisko biegłego, że

zachowań takich w przyszłości „nie można wykluczyć”, jeżeli w ustaleniach faktycznych brak jest zarazem jakichkolwiek bliższych rozważań dotyczących dotychczasowych, a także ewentualnych prognozowanych przejawów agresji ze strony uczestnika (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 13 czerwca 2013 r., IV CSK 126/13, niepubl.).

W tym stanie rzeczy za trafny należało uznać zarzut naruszenia art. 29 ust. 1 pkt 1 u.o.z.p., przepis ten zastosowano bowiem mimo niedokonania ustaleń faktycznych, pozwalających na jego zastosowanie (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 11 marca 2003 r., V CKN 1825/00, Biul. SN Izba Cywilna 2003, nr 12, s. 47, z dnia 11 lutego 2004 r., I CK 196/03, niepubl., z dnia 28 maja 2008 r., II CSK 658/07, niepubl., z dnia 9 stycznia 2015 r., V CSK 133/14, niepubl., i z dnia 14 października 2016 r., I CSK 707/15, niepubl.). Przy ponownym rozpoznaniu sprawy konieczne jest uzupełnienie tego braku w kontekście sformułowanych w ustawie warunków przymusowej hospitalizacji, przy uwzględnieniu, w razie potrzeby, własnej inicjatywy sądu w gromadzeniu materiału procesowego.

Sformułowane w skardze kasacyjnej zarzuty naruszenia prawa procesowego miały w tym kontekście wtórne znaczenie. Potrzeba zasięgnięcia opinii innego biegłego lub zespołu biegłych zależy od oceny sądu (art. 286 *in fine* k.p.c.), a podstawą takiego żądania ze strony uczestnika nie może być wyłącznie niezadowolenie z treści opinii (por. odpowiednio wyroki Sądu Najwyższego z dnia 26 października 1999 r., II CKN 533/98, niepubl., z dnia 20 marca 2014 r., II CSK 296/13, niepubl., i z dnia 21 maja 2014 r., II CSK 441/13, niepubl.). Dyskwalifikacja opinii biegłego psychiatry wymaga przy tym, co do zasady, przeprowadzenia innej opinii lekarza tej samej specjalności. Argumentację skargi kasacyjnej należało jednak podzielić o tyle, że Sąd nie może oddalić wniosków zmierzających do przeprowadzenia dowodów z dokumentów, w tym dokumentacji lekarskiej, mogących służyć weryfikacji opinii biegłego sądowego, a pośrednio – podjęciu decyzji co do ewentualnej potrzeby zażądania dodatkowej opinii – tylko dlatego, że wszystkie istotne okoliczności zostały już wyjaśnione w sporządzonej opinii. Podejście takie nie koresponduje z powinnością wnikliwej oceny przedłożonej opinii, która zakłada, że jeżeli – po przeprowadzeniu wnioskowanych dowodów z dokumentów – dokumenty te nie dały podstaw do podważenia wniosków

biegłego, motywy tego stanowiska powinny znaleźć odzwierciedlenie w uzasadnieniu (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 23 lutego 2018 r., III CSK 364/16, niepubl.). Na marginesie należało w tym zakresie zauważyć, że Sądy *meriti* nie wskazały podstawy prawnej, na której *in casu* doszło do oddalenia wniosków dowodowych uczestnika.

Nietrafny okazał się zarzut naruszenia art. 381 w związku z art. 13 § 2 k.p.c. Jakkolwiek w orzecznictwie przyjęto, że art. 381 k.p.c. nie ma zastosowania w postępowaniu apelacyjnym w sprawach prowadzonych na podstawie przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 23 lutego 2018 r., III CSK 364/16, niepubl.), z uzasadnienia zaskarżonego postanowienia nie wynikało, aby Sąd Okręgowy zastosował ten przepis. Pominięcie dowodu z zaświadczenia lekarza neurologa miało swoje źródło w przekonaniu, że w świetle konkluzji wynikających z przedłożonej opinii biegłego dowód ten był w sprawie nieprzydatny, do czego odniesiono się wcześniej.

Z tych względów, na podstawie art. 398¹⁵ § 1 w związku z art. 13 § 2 k.p.c., Sąd Najwyższy orzekł, jak w sentencji.