

UMOWA O ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE

Grzegorz Glanowski

UMOWA O ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE

Grzegorz Glanowski

Zamów książkę w księgarni internetowej

proinfo.pl
księgarnia internetowa

Projekt został sfinansowany ze środków Narodowego Centrum Nauki przyznanych na podstawie decyzji DEC-2014/15/N/HS5/01926

Stan prawny na 1 września 2019 r.

Wydawca
Izabella Małecka

Redaktor prowadzący
Paulina Staniszevska-Chudzik

Opracowanie redakcyjne
Katarzyna Rybczyńska

Projekt okładek serii
Wojtek Kwiecień-Janikowski, Przemek Dębowski

Ta książka jest wspólnym dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, byś przestrzegał przystępujących im praw. Książkę możesz udostępnić osobom bliskim lub osobiście znanym, ale nie publikuj jej w internecie. Jeśli cytujesz fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło. A jeśli musisz skopiować część, rób to jedynie na użytek osobisty.

prawolubni

SZANUJMY PRAWO I WŁASNOŚĆ
Więcej na www.legalnakultura.pl
POLSKA IZBA KSIĄŻKI

© Copyright by
Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., 2019

ISBN 978-83-8160-983-8

Dział Praw Autorskich
01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 33
tel. 22 535 82 19
e-mail: ksiazki@wolterskluwer.pl
www.wolterskluwer.pl
księgarnia internetowa www.profinfo.pl

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów	13
Wstęp	21
Rozdział 1	
Europejskie regulacje umownego stosunku prawa medycznego. Ujęcie prawnoporównawcze	35
1.1. Wprowadzenie	35
1.2. <i>De overeenkomst inzake geneeskundige behandeling</i> . Umowa o leczenie medyczne w prawie holenderskim	39
1.2.1. Wprowadzenie	39
1.2.2. Charakterystyka ogólna	40
1.2.2.1. Prywatnoprawny stosunek cywilny	40
1.2.2.2. Umowa o świadczenie usług	41
1.2.2.3. Umowa szczególnego zaufania	42
1.2.2.4. Umowa starannego działania	42
1.2.2.5. Umowa wzajemna	42
1.2.2.6. Umowa jednostronnie profesjonalna	43
1.2.3. Strony umowy	43
1.2.3.1. Zapewniający opiekę	43
1.2.3.2. Pacjent	44
1.2.4. Obowiązki i powinności umowne	46
1.2.4.1. Obowiązki świadczeniodawcy	46
1.2.4.2. Obowiązki pacjenta	55
1.2.5. Forma	56
1.2.6. Zagadnienia dowodowe	57
1.2.6.1. Odpowiedzialność solidarna	57
1.2.6.2. Domniemanie zgody	58
1.2.6.3. Obowiązek pomocy powodowi	58
1.2.7. Odpowiednie stosowanie przepisów ogólnych o świadczeniu usług	59
1.2.7.1. Wynagrodzenie	59

1.2.7.2. Osobiste świadczenie usługi	60
1.2.7.3. Przestrzeganie wskazówek i sposób wykonania umowy...	60
1.2.7.4. Rozwiązanie umowy	60
1.2.8. Przedawnienie	61
1.2.9. Podsumowanie	62
1.3. <i>Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas</i> . Umowa o osobiste usługi opieki zdrowotnej w prawie litewskim	64
1.3.1. Wprowadzenie	64
1.3.2. Charakterystyka ogólna	65
1.3.2.1. Prywatnoprawny stosunek cywilny	65
1.3.2.2. Umowa o świadczenie usług	66
1.3.2.3. Umowa szczególnego zaufania	66
1.3.2.4. Umowa starannego działania	67
1.3.2.5. Umowa wzajemna	67
1.3.2.6. Umowa jednostronnie profesjonalna	67
1.3.3. Strony umowy	68
1.3.3.1. Wykonawca usług opieki zdrowotnej	68
1.3.3.2. Pacjent	68
1.3.4. Obowiązki i powinności umowne	69
1.3.4.1. Obowiązki świadczeniodawcy	70
1.3.4.2. Obowiązki pacjenta	75
1.3.5. Forma	76
1.3.6. Zagadnienia dowodowe	76
1.3.7. Odpowiednie stosowanie przepisów ogólnych o świadczeniu usług	76
1.3.7.1. Wynagrodzenie	77
1.3.7.2. Osobiste wykonanie usługi	78
1.3.7.3. Przestrzeganie wskazówek i sposób wykonania umowy...	78
1.3.7.4. Rozwiązanie umowy	78
1.3.8. Przedawnienie	79
1.3.9. Podsumowanie	79
1.4. <i>Behandlungsvertrag</i> . Umowa o leczenie w prawie niemieckim	82
1.4.1. Wprowadzenie	82
1.4.2. Charakterystyka ogólna	83
1.4.2.1. Prywatnoprawny stosunek cywilny	83
1.4.2.2. Umowa o świadczenie usług	84
1.4.2.3. Umowa szczególnego zaufania	85
1.4.2.4. Umowa starannego działania	86
1.4.2.5. Umowa wzajemna	88
1.4.2.6. Umowa o świadczenie jednorazowe	88
1.4.2.7. Umowa jednostronnie profesjonalna	88
1.4.3. Strony umowy	90

1.4.3.1. Leczący.....	90
1.4.3.2. Pacjent.....	91
1.4.4. Obowiązki i powinności umowne.....	91
1.4.4.1. Obowiązki świadczeniodawcy.....	91
1.4.4.2. Obowiązki pacjenta.....	103
1.4.5. Forma.....	105
1.4.6. Zagadnienia dowodowe.....	106
1.4.6.1. Domniemanie błędu leczącego wynikającego ze zdarzenia, któremu mógł zapobiec (<i>voll behershbarres Risiko</i>).....	106
1.4.6.2. Ciężar wykazania prawnie doniosłej zgody.....	108
1.4.6.3. Domniemanie niewykonania czynności wobec braku wpisów w dokumentacji medycznej.....	108
1.4.6.4. Domniemanie szkody wynikającej z braku kwalifikacji... ..	109
1.4.6.5. Domniemanie szkody wynikającej ze znacznego błędu medycznego.....	110
1.4.7. Odpowiednie stosowanie przepisów ogólnych o świadczeniu usług.....	111
1.4.7.1. Wynagrodzenie.....	112
1.4.7.2. Osobiste świadczenie usługi.....	112
1.4.7.3. Rozwiązanie umowy.....	114
1.4.8. Przedawnienie.....	115
1.4.9. Podsumowanie.....	116
1.5. <i>Smlouvou o péči o zdraví</i> . Umowa o opiekę zdrowotną w prawie czeskim.....	118
1.5.1. Wprowadzenie.....	118
1.5.2. Charakterystyka ogólna.....	120
1.5.2.1. Prywatnoprawny stosunek cywilny.....	120
1.5.2.2. Umowa o świadczenie usług.....	120
1.5.2.3. Umowa szczególnego zaufania.....	120
1.5.2.4. Umowa starannego działania.....	121
1.5.2.5. Umowa wzajemna.....	121
1.5.2.6. Umowa jednostronnie profesjonalna.....	121
1.5.3. Strony umowy.....	122
1.5.3.1. Świadczeniodawca.....	122
1.5.3.2. Pacjent.....	122
1.5.4. Obowiązki i powinności umowne.....	122
1.5.4.1. Obowiązki świadczeniodawcy.....	122
1.5.4.2. Obowiązki pacjenta.....	127
1.5.5. Forma.....	128
1.5.6. Zagadnienia dowodowe.....	128
1.5.7. Odpowiednie stosowanie przepisów.....	129

1.5.8. Przedawnienie	130
1.5.9. Podsumowanie	130
1.6. <i>Treatment contract</i> . Umowa o leczenie w DCFR	132
1.6.1. Wprowadzenie	132
1.6.2. Charakterystyka ogólna	133
1.6.2.1. Prywatnoprawny stosunek cywilny	133
1.6.2.2. Umowa o świadczenie usług	134
1.6.2.3. Umowa szczególnego zaufania	134
1.6.2.4. Umowa starannego działania	135
1.6.2.5. Umowa wzajemna	136
1.6.2.6. Umowa jednostronnie profesjonalna	136
1.6.3. Strony umowy	137
1.6.3.1. Świadczeniodawca	137
1.6.3.2. Pacjent	138
1.6.4. Obowiązki i powinności umowne	138
1.6.4.1. Świadczeniodawca	138
1.6.4.2. Pacjent	148
1.6.5. Forma	149
1.6.6. Zagadnienia dowodowe	149
1.6.6.1. Domniemania prawne	149
1.6.6.2. Odpowiedzialność solidarna	150
1.6.7. Odpowiednie stosowanie przepisów	151
1.6.7.1. Wynagrodzenie	151
1.6.7.2. Osobiste świadczenie usługi	152
1.6.7.3. Przestrzeganie wskazówek i sposób wykonania umowy	152
1.6.7.4. Rozwiązanie umowy	152
1.6.8. Przedawnienie	153
1.6.9. Podsumowanie	153
1.7. Wnioski	155

Rozdział 2

Polska regulacja umownego stosunku prawa medycznego. Ujęcie systemowe	163
2.1. Konstytucyjny model ochrony zdrowia	163
2.2. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jako pośredni sposób nawiązania stosunku prawa medycznego	168
2.2.1. Wprowadzenie	168
2.2.2. Funkcje umowy o udzielanie świadczeń	171
2.2.2.1. Funkcja organizacyjno-wykonawcza	171
2.2.2.2. Funkcja dystrybucyjna	173
2.2.2.3. Funkcja kreatywna	175
2.2.3. Modyfikacje instytucji prawa prywatnego na potrzeby wykonania zadania publicznego	176

2.2.3.1. Swoboda decyzji o zawarciu umowy	177
2.2.3.2. Swoboda wyboru kontrahenta.....	178
2.2.3.3. Swoboda ułożenia treści i celu.....	180
2.2.3.4. Dalsze modyfikacje <i>de facto</i> instytucji prawa cywilnego...	184
2.2.4. Umowa o udzielanie świadczeń a umowa administracyjna	185
2.3. Umowny stosunek prawa medycznego na tle regulacji kodeksu cywilnego	190
2.3.1. Wprowadzenie.....	190
2.3.2. Umowny stosunek prawa medycznego jako odmiana umowy o świadczenie usług	193
2.3.2.1. Uwagi ogólne.....	193
2.3.2.2. Odpowiednie stosowanie przepisów o zleceniu.....	196
2.3.3. Umowny stosunek prawa medycznego jako umowa o dzieło	203
2.3.4. Umowny stosunek prawa medycznego jako umowa mieszana.....	208
2.4. Wnioski.....	214

Rozdział 3

Umowa o świadczenie zdrowotne w prawie polskim	219
3.1. Charakterystyka ogólna umowy o świadczenie zdrowotne	219
3.1.1. Umowa szczególnego zaufania.....	219
3.1.2. Umowa starannego działania.....	221
3.1.3. Umowa wzajemna	223
3.1.4. Umowa o świadczenie jednorazowe.....	225
3.1.5. Umowa jednostronnie profesjonalna	226
3.2. Strony umowy.....	230
3.2.1. Podmiot wykonujący działalność leczniczą.....	230
3.2.1.1. Uwagi ogólne.....	230
3.2.1.2. Osoby fizyczne	233
3.2.1.3. Osoby prawne.....	237
3.2.1.4. Jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej.....	238
3.2.1.5. Uwagi <i>de lege ferenda</i>	239
3.2.2. Pacjent.....	241
3.3. Przedmiot umowy	247
3.4. Sposób, forma i miejsce zawarcia umowy. Wygaśnięcie umowy.....	259
3.4.1. Zawarcie umowy	259
3.4.2. Forma umowy.....	267
3.4.3. Miejsce zawarcia umowy	267
3.4.4. Wygaśnięcie umowy	268
3.5. Swoboda kontraktowania	270
3.5.1. Uwagi ogólne	270
3.5.2. Swoboda wyboru kontrahenta	271

3.5.3.	Swoboda zawarcia i rozwiązania umowy	271
3.5.3.1.	Uwagi ogólne.....	271
3.5.3.2.	Wyłączenie swobody zawarcia i rozwiązania umowy	272
3.5.3.3.	Ograniczenie swobody zawarcia i rozwiązania umowy...	274
3.5.3.4.	Ważna przyczyna jako przesłanka ograniczenia swobody zawarcia i rozwiązania umowy	279
3.5.4.	Swoboda ułożenia treści umowy	285
3.5.4.1.	Uwagi ogólne.....	285
3.5.4.2.	Ustawa jako granica swobody umowy o świadczenie zdrowotne	288
3.5.4.3.	Zasady współżycia społecznego jako granica umowy o świadczenie zdrowotne.....	316
3.5.4.4.	Właściwość stosunku jako granica swobody umowy o świadczenie zdrowotne.....	320
3.6.	Prawa i obowiązki stron.....	324
3.6.1.	Uwagi ogólne	324
3.6.2.	Obowiązki świadczeniodawcy	325
3.6.2.1.	Obowiązek udzielenia świadczenia zdrowotnego	326
3.6.2.2.	Obowiązek informacyjny	355
3.6.2.3.	Obowiązek poszanowania autonomii – wewnętrzny stosunek upoważnienia.....	381
3.6.2.4.	Obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej	397
3.6.2.5.	Obowiązek zachowania tajemnicy.....	410
3.6.2.6.	Powinności świadczeniodawcy.....	423
3.6.3.	Obowiązki pacjenta.....	424
3.6.3.1.	Obowiązek zapłaty wynagrodzenia.....	425
3.6.3.2.	Powinność współdziałania.....	429
3.7.	Wnioski.....	432

Rozdział 4

Odpowiedzialność	439
4.1. Przesłanki odpowiedzialności kontraktowej.....	439
4.1.1. Wprowadzenie.....	439
4.1.2. Niewykonanie i nienależyte wykonanie zobowiązania.....	440
4.1.3. Szkoda.....	447
4.1.3.1. Uwagi ogólne.....	447
4.1.3.2. Szkoda majątkowa pacjenta	450
4.1.3.3. Szkoda majątkowa świadczeniodawcy	456
4.1.3.4. Szkoda niemajątkowa.....	461
4.1.4. Związek przyczynowy	473
4.1.4.1. Uwagi ogólne.....	473
4.1.4.2. Przyczynienie	488

4.2. Uprawnienia wierzyciela w razie naruszenia zobowiązania przez dłużnika.....	492
4.3. Rozkład ciężaru dowodu.....	502
4.3.1. Uwagi ogólne	502
4.3.2. Rozkład ciężaru dowodu na gruncie art. 471 k.c.	503
4.3.3. Ciężar dowodu spoczywający na pacjencie powodzie.....	504
4.3.4. Ciężar dowodu spoczywający na świadczeniodawcy powodzie.....	510
4.3.5. Zarzuty stron	510
4.3.6. Postulaty <i>de lege ferenda</i> ułatwień procesowo-dowodowych	512
4.3.6.1. Domniemanie odpowiedzialności głównego świadczeniodawcy	512
4.3.6.2. Naruszenie prawa dostępu do dokumentacji medycznej jako brak współpracy przy wyjaśnieniu podstawy faktycznej sporu.....	514
4.3.6.3. Dowód <i>prima facie</i>	515
4.3.6.4. Domniemanie nieistnienia faktu, którego adnotacja była obowiązkiem świadczeniodawcy	520
4.3.6.5. Domniemanie szkody jako następstwa braku kwalifikacji	522
4.3.6.6. Domniemanie naruszenia zobowiązania w razie zmaterializowania się ryzyka kontrolowanego przez świadczeniodawcę.....	523
4.4. Wnioski.....	529
Wnioski końcowe	536
Bibliografia.....	557
Orzecznictwo	579

WYKAZ SKRÓTÓW

Polskie akty prawne i deontologiczne

- k.c. – ustawa z 23.04.1964 r. – Kodeks cywilny (Dz.U. z 2019 r. poz. 1145 ze zm.)
- k.e.d.l. – kodeks etyki diagnosty laboratoryjnego, http://kidl.org.pl/uploads/Kodeks_etyki_2015.pdf
- k.e.f. – kodeks etyki farmaceuty, <http://www.nia.org.pl/kodeks-etyki/>
- k.e.l. – kodeks etyki lekarskiej, https://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf
- k.e.z.p.p. – kodeks etyki zawodowej pielęgniarstwa i położnej, <http://nipip.pl/prawo/samorządowe/krajowy-zjazd-pielęgniarek-i-polożnych/kodeks-etyki-zawodowej-pielęgniarki-i-polożnej-rzeczypospolitej-polskiej/>
- k.e.z.r.m. – kodeks etyki zawodowej ratownika medycznego, <https://wmsosnowiec.pl/images/kodeks-etyki-ratownika-medycznego.pdf>
- k.k. – ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. z 2018 r. poz. 1600 ze zm.)
- Konstytucja RP – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2.04.1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483 ze zm.)
- k.p. – ustawa z 26.06.1974 r. – Kodeks pracy (Dz.U. z 2019 r. poz. 1040)
- k.p.a. – ustawa z 14.06.1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2018 r. poz. 2096 ze zm.)
- k.p.c. – ustawa z 17.11.1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz.U. z 2019 r. poz. 1460 ze zm.)
- k.p.k. – ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 2018 r. poz. 1987 ze zm.)
- k.r.o. – ustawa z 25.02.1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz.U. z 2017 r. poz. 682 ze zm.)
- k.z. – rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z 27.10.1933 r. – Kodeks zobowiązań (Dz.U. Nr 82, poz. 598 ze zm.) (nie obowiązuje)
- pr.p. – ustawa z 6.03.2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz.U. z 2019 r. poz. 1292 ze zm.)
- r.o.w.u. – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 8.09.2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1146 ze zm.)

-
- | | |
|-----------|---|
| r.w.d.m. | - rozporządzenie Ministra Zdrowia z 9.11.2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. poz. 2069) |
| r.z.t.p. | - rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z 20.06.2002 r. w sprawie „Zasad techniki prawodawczej” (Dz.U. z 2016 r. poz. 283) |
| u.ch.z. | - ustawa z 5.12.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 151 ze zm.) |
| u.d.l. | - ustawa z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz. 2190 ze zm.) |
| u.d.lab. | - ustawa z 27.07.2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U. z 2019 r. poz. 849 ze zm.) |
| u.i.a. | - ustawa z 19.04.1991 r. o izbach aptekarskich (Dz.U. z 2016 r. poz. 1496) |
| u.i.b. | - ustawa z 30.04.2010 r. o instytutach badawczych (Dz.U. z 2018 r. poz. 736) |
| u.i.l. | - ustawa z 2.12.2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2019 r. poz. 965 ze zm.) |
| u.k.o.z. | - ustawa z 6.11.2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2019 r. poz. 886 ze zm.) |
| u.k.t.n. | - ustawa z 1.07.2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2019 r. poz. 1405) |
| u.l.n. | - ustawa z 25.06.2015 r. o leczeniu niepłodności (Dz.U. z 2017 r. poz. 865 ze zm.) |
| u.o.d.o. | - ustawa z 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2016 r. poz. 922 ze zm.) (nie obowiązuje) |
| u.o.z.p. | - ustawa z 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2018 r. poz. 1878 ze zm.) |
| u.p.f. | - ustawa z 6.09.2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2019 r. poz. 499 ze zm.) |
| u.p.k. | - ustawa z 30.05.2014 r. o prawach konsumenta (Dz.U. z 2019 r. poz. 134) |
| u.p.o.z. | - ustawa z 27.10.2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. z 2019 r. poz. 357) |
| u.p.p. | - ustawa z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2019 r. poz. 1127 ze zm.) |
| u.p.p.r. | - ustawa z 29.07.2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz.U. z 2015 r. poz. 1390, ze zm.) |
| u.p.r. | - ustawa z 7.01.1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz.U. Nr 17, poz. 78 ze zm.) |
| u.p.r.m. | - ustawa z 8.09.2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2019 r. poz. 993 ze zm.) |
| u.p.s.k. | - ustawa z 22.08.1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz.U. z 2017 r. poz. 1371) |
| u.p.u.NFZ | - ustawa z 23.01.2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. Nr 45, poz. 391) (nie obowiązuje) |
| u.p.u.z. | - ustawa z 6.02.1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 28, poz. 153) (nie obowiązuje) |

u.r.l.	-	ustawa z 12.05.2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 784 ze zm.)
u.s.i.o.z.	-	ustawa z 28.04.2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2019 r. poz. 408 ze zm.)
u.ś.o.z.	-	ustawa z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1510 ze zm.)
u.ś.u.d.e.	-	ustawa z 18.07.2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U. z 2019 r. poz. 123)
u.u.t.s.	-	ustawa z 24.02.2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2019 r. poz. 786 ze zm.)
u.w.m.	-	ustawa z 20.05.2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 175 ze zm.)
u.z.f.	-	ustawa z 20.07.1950 r. o zawodzie felczera (Dz.U. z 2018 r. poz. 2150 ze zm.)
u.z.fiz.	-	ustawa z 25.09.2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz.U. z 2019 r. poz. 952 ze zm.)
u.z.l.	-	ustawa z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2019 r. poz. 537 ze zm.)
u.z.o.z.	-	ustawa z 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.) (nie obowiązuje)
u.z.p.	-	ustawa z 11.09.2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. z 2018 r. poz. 1492)
u.z.p.p.	-	ustawa z 15.07.2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2019 r. poz. 576 ze zm.)

Zagraniczne akty prawne

ABGB	-	Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch (kodeks cywilny austriacki)
BGB	-	Bürgerliches Gesetzbuch (kodeks cywilny niemiecki)
BW	-	Burgerlijk Wetboek (kodeks cywilny holenderski)
CK	-	Civilinis kodeksas (kodeks cywilny litewski)
EKB	-	Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w dziedzinie zastosowania biologii i medycyny z 4.04.1997 r.
GOÄ	-	Gebührenordnung für Ärzte (regulamin opłat dla lekarzy)
GOZ	-	Gebührenordnung für Zahnärzte (regulamin opłat dla lekarzy dentystrów)
GVRP	-	Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (ustawa na rzecz poprawy praw pacjentek i pacjentów)
OZ	-	Občanský zákoník (kodeks cywilny czeski)
PTZSAJ	-	Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas (ustawa o prawach pacjenta i kompensacji szkód zdrowotnych)

r.o.d.o.	- rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz. UE L 119, s. 1)
SGB V	- Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung (kodeks socjalny, księga piąta – ustawowe ubezpieczenie zdrowotne)
SPJ	- Lietuvos respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 1996 m. birželio 6 d. Nr I-1367 Vilnius (ustawa o instytucjach ochrony zdrowia)
StGB	- Strafgesetzbuch (kodeks karny niemiecki)
Wet BIG	- De Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (ustawa o samodzielnych zawodach opieki zdrowotnej)
WBR	- Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (holenderski kodeks postępowania cywilnego)
WGBO	- Wet van 17 november 1994 tot wijziging van het Burgerlijk Wetboek en enige andere wetten in verband met de opnemng van bepalingen omtrent de overeenkomst tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst (ustawa z 17.11.1994 r. o zmianie kodeksu cywilnego oraz niektórych innych ustaw w związku z przyjęciem przepisów umowy o leczenie medyczne)

Piśmiennictwo polskie

An. UMCS	- Annales UMCS
AP	- Administracja Publiczna
AUW	- Acta Universitatis Wratislaviensis
CzPKiNP	- Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych
Et.	- Ethos
FC	- Folia Cardiologica
GL	- Gazeta Lekarska
GP	- Gazeta Prawna
GPr	- Głos Prawa
GPS	- Głos Prawników Śląskich
GS	- Gazeta Sądowa
KPP	- Kwartalnik Prawa Prywatnego
Med.	- Medicina
MedP	- Medycyna Praktyczna
MP	- Monitor Prawniczy
MPP	- Monitor Prawa Pracy
MR	- Medycyna Rodzinna
MW	- Medyczna Wokanda
New.	- Newsweek
NP	- Nowe Prawo
OSA	- Orzecznictwo Sądów Apelacyjnych

OSN	-	Orzecznictwo Sądu Najwyższego
OSNC	-	Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Cywilna
OSNCP	-	Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Cywilna, Pracy i Ubezpieczeń Społecznych
OSNC-ZD	-	Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Cywilna – Zbiór Dodatkowy
OSP	-	Orzecznictwo Sądów Polskich
OSPiKA	-	Orzecznictwo Sądów Polskich i Komisji Arbitrażowych
OTK	-	Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego
Pał.	-	Palestra
PiM	-	Prawo i Medycyna
PiP	-	Państwo i Prawo
PiZS	-	Praca i Zabezpieczenie Społeczne
PiŻ	-	Prawo i Życie
PP UW	-	Przegląd Prawniczy Uniwersytetu Warszawskiego
Prok. i Pr.	-	Prokuratura i Prawo
PS	-	Przegląd Sądowy
PUG	-	Przegląd Ustawodawstwa Gospodarczego
RNP	-	Roczniki Nauk Prawnych
RP	-	Radca Prawny
RPEiS	-	Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny
SC	-	Studia Cywilistyczne
SI	-	Studia Iuridica
SIS	-	Stusia Iuridica Silesiana
SIT	-	Studia Iuridica Toruniensia
SP	-	Studia Prawnicze
SPP	-	Studia Prawa Prywatnego
TPP	-	Transformacje Prawa Prywatnego
Wok.	-	Wokanda
ZNUJ	-	Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego
ZN UMK	-	Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu.
		Nauki Humanistyczno-Społeczne. Prawo
ZP BAS	-	Zeszyty Prawnicze Biura Analiz Sejmowych

Piśmiennictwo zagraniczne

AcP	-	Archiv für die civilistische Praxis
An.	-	Der Anaesthetist
ArztR	-	Arztrecht
BGHZ	-	Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Zivilsachen
EE-LP	-	European Ethical-Legal Papers
EJHG	-	European Journal of Human Genetics
EJHL	-	European Journal of Health Law
Fr.	-	Frauenarzt
GesR	-	Gesundheitsrecht
GMS HTA	-	German Medical Science Health Innovation and Technologies
HSR	-	Health System Review
IHHR	-	International Health and Human Rights
IJQHC	-	International Journal for Quality in Health Care
JB	-	Juristische Blätter

JETL	-	Journal of European Tort Law
JME	-	Journal of Medical Ethics
JR	-	Juristische Rundschau
JuS	-	Juristische Schulung
JZ	-	Juristenzeitung
MDR	-	Monatsschrift für Deutsches Recht
MedR	-	Medizinrecht
NILR	-	Netherlands International Law Review
NJ	-	Nederlandse Jurisprudentie
NJW	-	Neue Juristische Wochenschrift
NJW-RR	-	Neue Juristische Wochenschrift Rechtsprechungs-Report
NZS	-	Neue Zeitschrift für Sozialrecht
ÖJZ	-	Österreichische Juristen-Zeitung
RS	-	Recht und Schaden
VersR	-	Versicherungsrecht
WMJ	-	World Medical Journal
ZR	-	Zeitschrift für Rechtspolitik

Polskie organy i instytucje

Dyrektor NFZ	-	Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia
MON	-	Minister Obrony Narodowej
MS	-	Minister Sprawiedliwości
NCN	-	Narodowe Centrum Nauki
NFZ/Fundusz/Płatnik	-	Narodowy Fundusz Zdrowia
NSA	-	Naczelny Sąd Administracyjny
Prezes NFZ	-	Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
SABW	-	Szef Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego
SA	-	sąd apelacyjny
SN	-	Sąd Najwyższy
SO	-	sąd okręgowy
SPZOZ	-	samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
SR	-	sąd rejonowy
TK	-	Trybunał Konstytucyjny
UOKiK	-	Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów
WSA	-	wojewódzki sąd administracyjny

Zagraniczne organy i instytucje

BGH	-	Bundesgerichtshof (niemiecki Federalny Sąd Najwyższy)
BVG	-	Bundesverfassungsgericht (niemiecki Federalny Trybunał Konstytucyjny)
ETPCz	-	Europejski Trybunał Praw Człowieka
ETS	-	Europejski Trybunał Sprawiedliwości
EWG	-	Europejska Wspólnota Gospodarcza
HR	-	Hoge Raad (holenderski Sąd Najwyższy)
LG	-	Landgericht (niemiecki sąd krajowy w kraju związkowym)

OLG	-	Oberlandesgericht (niemiecki wyższy sąd krajowy w kraju związkowym)
RVZ	-	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (Narodowa Rada Zdrowia Publicznego)
UE	-	Unia Europejska
WHO	-	Światowa Organizacja Zdrowia

Inne

DCFR	-	Principles, Definitions and Model Rules of European Private Law – Draft Common Frame of Reference
Dz.U.	-	Dziennik Ustaw
Dz.Urz. UE	-	Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej
Dz.Urz. WE	-	Dziennik Urzędowy Wspólnot Europejskich
GKV	-	gesetzliche Krankenversicherung
IGeL	-	Individuellen Gesundheitsleistungen
LEX	-	System Informacji Prawnej LEX
M.P.	-	Monitor Polski
PECL	-	Principles of European Contract Law
PEL SC	-	Principles of European Law Service Contracts
PKV	-	private Krankenversicherung
TIK	-	technologia informacyjno-komunikacyjna

WSTĘP

Niniejsza monografia została opracowana na podstawie pracy doktorskiej przygotowanej pod kierunkiem dra hab. Leszka Boska, prof. UW, i dra Tomasza Sroki, wieńczącej studia doktoranckie, które w latach 2013–2018 odbyłem na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Jagiellońskiego. Jej powstanie w obecnej formie ułatwiło finansowe wsparcie NCN. Projekt badań naukowych pt. „Umowa o leczenie jako źródło stosunku prawa medycznego” został objęty finansowaniem publicznym w ramach konkursu PRELUDIUM 8 (decyzja Dyrektora NCN nr DEC-2014/15/N/HS5/01926 z 15.07.2015 r.). Podstawowym celem prowadzonych badań było zweryfikowanie hipotezy, jakoby obowiązujący w Polsce stan prawny wykazywał braki regulacyjne, uzasadniające podjęcie prac legislacyjnych nad znormatywizowaniem na gruncie kodeksu cywilnego umowy, jaką pacjent zawiera z podmiotem wykonującym działalność leczniczą.

Tytuł niniejszej pracy różni się od tytułu projektu wyżej wskazanych badań naukowych. Podkreślam jednak, że jest to wyłącznie zmiana redakcyjna, mająca za zadanie skrócić formułę słowną, tak aby operowanie nią w języku mówionym i pisany byłoby przystępniejsze dla autora pracy i jej odbiorców. Korekta ma charakter wyłącznie formalny i nie kryje się za nią żadna zmiana podejmowanych zagadnień.

W niniejszym opracowaniu będę rozważał problematykę umowy jako jednego ze źródeł stosunku prawa medycznego. Jest to temat złożony, który wymaga poproszenia uwagami porządkującymi.

Według dominującego stanowiska polskiej doktryny prawa, stosunek prawny stanowi jeden z rodzajów stosunków społecznych, przez które pojmujemy takie relacje między przynajmniej dwiema osobami, w których zachowania jednej strony (działanie lub zaniechanie) wywołują reakcję innej strony (działanie lub zaniechanie) i podlegają kontroli norm społecznych (prawnych, moralnych, obyczajowych, wewnątrzorganizacyjnych)¹. Stosunek społeczny odzwierciedlony w normach prawnych będzie więc stosunkiem prawnym. Opisanie stosunku społecznego za pomocą norm prawnych jest warun-

¹ Za wielu: Z. Banaszczyk, *Właściwość i elementy prywatnego stosunku prawa medycznego – założenia ogólne i metodologiczne*, SPP 2015/1, s. 31; Z. Banaszczyk [w:] *System Prawa Medycznego*, t. 1, Instytucje Prawa Medycznego, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2018, s. 324.

kiem *sine qua non* uznania go za stosunek prawny wywołujący skutki rozpoznawane przez państwo i egzekwowane przy pomocy jego organów. Stosunek prawny jest więc podstawowym mechanizmem funkcjonowania prawa (systemu prawnego), za pomocą którego państwo reguluje rzeczywistość społeczną². Każdy taki stosunek posiada swój przedmiot, strony i treść.

Europejską kulturę prawną cechuje podział systemu prawa na dwa podzbiory: prawo publiczne oraz prawo prywatne. Jest to podział ze względu na metodę regulacji. Prawo publiczne reguluje stosunki prawne, w których co najmniej po jednej stronie występuje organ władzy publicznej albo innej jednostki, powołanej z mocy prawa do realizacji interesów państwa, posiadający kompetencję władczego kształtowania sytuacji prawnej drugiej strony stosunku³. Z kolei prawo prywatne reguluje stosunki prawne pomiędzy podmiotami autonomicznymi, w których nie istnieje władcze podporządkowanie jednego z nich drugiemu. Z obustronnej autonomiczności podmiotów wynika, że relację między sobą kształtują względnie samodzielnie, kierując się własnym interesem⁴. W każdym z przedstawionych podzbiorów prawa można wyróżnić gałęzie prawa zawierające normy prawne regulujące dany obszar stosunków społecznych. W ramach prawa publicznego można wyróżnić prawo administracyjne, prawo finansowe, prawo karne. Odnosząc się do prawa prywatnego, można odpowiednio wskazać na prawo cywilne, prawo pracy, prawo handlowe. Zasadniczą i dominującą rolę wśród stosunków prawnych prawa prywatnego odgrywają stosunki nawiązywane w ramach prawa cywilnego, czyli stosunki cywilnoprawne. Można je dalej systematyzować na stosunki zobowiązaniowe, prawnorzeczowe, rodzinne, korporacyjne⁵.

W związku z powyższym, kluczowe staje się wskazanie, w którym z podzbiorów prawa znajduje się prawo medyczne i co dokładnie należy rozumieć przez pojęcie stosunku prawa medycznego. Rozstrzygnięcie wskazanej kwestii wymaga odwołania się do problematyki regulowanej przez normy prawa medycznego.

W dotychczasowej literaturze wyrażono wiele poglądów na temat przedmiotu prawa medycznego. L. Kubicki pojmuje prawo medyczne jako ogół norm prawnych dotyczących szeroko rozumianej relacji, jaka zachodzi między pacjentem a całą złożoną infrastrukturą instytucjonalną oraz różnymi kręgami osobowymi, które udzielają wszelkiego rodzaju świadczeń zdrowotnych⁶. W swojej późniejszej pracy autor dokonuje rozróżnienia na prawo medyczne *sensu stricto* i *sensu largo*. Istotą wąskiego ujęcia jest relacyjność, w jaką popada pacjent z innymi uczestnikami systemu ochrony zdrowia. Natomiast

² Z. Banaszczyk, *Właściwość...*, s. 31; Z. Banaszczyk [w:] *System Prawa Medycznego...*, s. 324.

³ Z. Radwański, *Prawo cywilne – część ogólna*, Warszawa 2007, s. 3.

⁴ Z. Radwański, *Prawo cywilne...*, s. 2.

⁵ Z. Banaszczyk [w:] *System Prawa Prywatnego*, t. 1, *Prawo cywilne – część ogólna*, red. M. Safjan, Warszawa 2012, s. 961–983.

⁶ Taki wniosek można wywieść z lektury artykułu L. Kubickiego, *Prawo medyczne – próba ustalenia zakresu*, PiM 2000/5, s. 20.

ujęcie szerokie obejmuje przepisy regulujące wykonywanie zawodów medycznych, jak też przepisy innych reżimów prawnych oddziałujących na relację, w której może znaleźć się pacjent⁷.

A. Fiutak pojmuje prawo medyczne jako zbiór przepisów prawnych regulujących prawa i obowiązki pacjenta i personelu medycznego (m.in. pielęgniarki, położnej, lekarza, lekarza dentystry, ratownika) oraz sposób funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia, zakładów opieki zdrowotnej, a także innych podmiotów świadczących usługi medyczne. W ujęciu szerokim to także przepisy z zakresu innych gałęzi prawa, odnoszące się do wykonywania zawodu lekarza i pielęgniarki⁸.

M. Nesterowicz przedstawia prawo medyczne jako wyodrębnioną dyscyplinę prawniczą, do której należą normy z innych tradycyjnych gałęzi prawa, jak prawo cywilne, prawo karne, prawo administracyjne, prawo konstytucyjne, prawo międzynarodowe, prawo ubezpieczeń społecznych. Łączy je wspólny przedmiot i krąg adresatów, których prawo medyczne dotyczy. Główne stosunki prawne istnieją między pacjentem a lekarzem i zakładem leczniczym⁹.

Z. Banaszczyk podkreśla, że pojęcie prawa medycznego można rozumieć dwojako. W znaczeniu ścisłym jest to zbiór przepisów prawnych określających prawa i obowiązki pacjenta, personelu medycznego, a także sposób funkcjonowania NFZ, podmiotów świadczących usługi medyczne oraz ich jednostek organizacyjnych. W znaczeniu szerszym obejmuje ono swym zakresem dodatkowo wszelkie przepisy innych dziedzin prawa, które odnoszą się do wykonywania zawodów medycznych¹⁰.

M. Safjan zwraca uwagę, że trzon prawa medycznego stanowią stosunki prawne pomiędzy pacjentem a personelem medycznym. Stosunki te nie ograniczają się wyłącznie do relacji pacjent – lekarz, ale dotyczą także np. relacji prawnych pomiędzy średnim personelem medycznym czy przedstawicielami świata nauk medycznych przeprowadzającymi badania nowych metod leczenia lub nowych leków. Autor zwraca także uwagę, że od pewnego momentu problematyka prawa medycznego obejmuje również otoczenie, w jakim relacja ta jest zawiązywana, akcentując postępującą regulację instytucji ochrony zdrowia¹¹.

Z zaprezentowanych wypowiedzi przedstawicieli doktryny płyną następujące wnioski. Prawo medyczne nie jest samodzielną, autonomiczną gałęzią prawa. Należałoby raczej stwierdzić, że jest to konglomerat norm prawnych różnych reżimów (normy prawa

⁷ L. Kubicki, *Prawo medyczne*, Wrocław 2003, s. 4–7.

⁸ A. Fiutak, *Prawo w medycynie*, Warszawa 2016, s. 3.

⁹ M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2016, s. 15.

¹⁰ Z. Banaszczyk, *Właściwość...*, s. 30; Z. Banaszczyk [w:] *System Prawa Medycznego...*, s. 321.

¹¹ M. Safjan [w:] *System Prawa Medycznego*, t. I, *Instytucje Prawa Medycznego*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2018, s. 3–4.

publicznego – konstytucyjnego administracyjnego, karnego, ubezpieczeń społecznych i prywatnego – cywilnego, pracy, handlowego), stosowanych z uwagi na wspólne punkty odniesienia. Brak jednolitej metody regulacji powoduje, że prawo medyczne można określić mianem regulacji synkretycznej. Wyróżnienie prawa medycznego jako dyscypliny naukowej nie następuje więc ze względów metodologicznych. Podstawą tego wyróżnienia, podobnie jak w przypadku prawa pracy, są względy przedmiotowe. Prawo pracy jako gałąź prawa prywatnego obejmuje regulację ogółu stosunków pracy konkretnego pracownika i pracodawcy oraz regulację organizacji pracodawców i pracowników, układów i sporów zbiorowych, a także partycypacji pracowniczej i dialogu w zbiorowych stosunkach pracy. W systemie polskiego prawa pracy obok kodeksu pracy źródłem prawa są też inne, nader liczne ustawy. Ich wyliczenie jest zbyt obszerne, aby je tutaj zamieszczać. Jest to następstwo faktu, że Konstytucja RP co do zasady nie tworzy barier dla ustawodawstwa pracy ani w sferze podmiotowej, ani w sferze przedmiotowej¹². Przepisy prawa pracy są rozproszone w aktach prawnych różnego rzędu, odnoszących się do różnych dziedzin gospodarki.

Podobny stan cechuje prawo medyczne. Jego wyróżnienie czerpie uzasadnienie ze wzmożonej aktywności legislacyjnej państwa w sferze ochrony zdrowia, obserwowanej na przestrzeni ostatnich trzech dekad. Impulsem powstawania ustawodawstwa branżowego było, i nadal jest, wiele czynników, które wzajemnie na siebie oddziałują. W pierwszej kolejności należy wskazać na czynniki polityczne. Zmiany ustrojowe, które nastąpiły w Polsce po 1989 r., rozpoczęły intensywny proces przebudowy państwa, w szczególności zredefiniowania jego roli w wielu aspektach życia społecznego. Porzucenie modelu gospodarki socjalistycznej otworzyło przestrzeń dla wolnego rynku, opartego na własności prywatnej. Umożliwiło obywatelom podejmowanie na szeroką skalę inicjatyw gospodarczych także na polu działalności leczniczej. Wzrost dostępności do świadczeń zdrowotnych wymagał znormatywizowania reguł ich oferowania. Pojawiały się akty prawne regulujące rynek zdrowia w ogóle (ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, potem ustawa o działalności leczniczej), publiczny system ochrony zdrowia (ustawy: o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, o podstawowej opiece zdrowotnej), system państwowego ratownictwa medycznego (ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym) czy system ochrony zdrowia psychicznego (ustawa o ochronie zdrowia psychicznego). Złożoności procesów gospodarczych zaczęła towarzyszyć atomizacja zawodów medycznych, których ilość regularnie rośnie i których część została objęta regulacją ustawową (ustawy: o zawodach lekarza i lekarza dentystry, o zawodach pielęgniarki i położnej, o diagnostyce laboratoryjnej, o zawodzie fizjoterapeuty, o zawodzie felczera). Wśród istotnych czynników politycznych należy wymienić także akcesję Polski do UE, która spowodowała konieczność m.in. dostosowania prawa krajowego do europejskich

¹² K.W. Baran [w:] *Kodeks pracy. Komentarz*, red. K.W. Baran, Warszawa 2018, s. 36.

standardów ochrony życia i zdrowia człowieka. W systemie prawa krajowego pojawiły się ustawy implementujące rozporządzenia i dyrektywy unijne (np. ustawa o wyrobach medycznych, Prawo farmaceutyczne). W drugiej kolejności warto wskazać na postęp naukowy, zwłaszcza rozwój medycyny. W części nowych procedur zaczęto upatrywać szans, w innych zagrożeń dla wartości objętych ochroną. Ustawodawca stanął przed wyzwaniem rozwiązania problemów rodzących napięcia społeczne (ustawy: o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, o leczeniu niepłodności). Myśl naukowa rozwijała się także w dyscyplinach oddziałujących na medycynę. W osiągnięciach innych nauk ustawodawca zaczął upatrywać możliwości udoskonalenia systemu ochrony zdrowia (ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia). W trzeciej kolejności, jako przyczyny nowych inicjatyw legislacyjnych, trzeba zaakcentować zmiany społeczne. Te nastąpiły na wielu polach. Zmiany struktury demograficznej społeczeństwa (wydłużenie okresu życia przy spadku przyrostu naturalnego) powodujące spadek liczby pracowników systemu ochrony zdrowia, szybki proces starzenia społeczeństwa, generują wzrost nakładów na opiekę zdrowotną. Postępująca urbanizacja przyspiesza wzrost zanieczyszczenia środowiska, a w konsekwencji wzrost zachorowalności na choroby nowotworowe, choroby płuc i układu krążenia, których leczenie jest trudne i kosztochłonne. Ujemnie na kondycję zdrowotną wpływają także zmiany stylu życia, w którym jednostka jest coraz bardziej eksponowana na stres, nierozładowywany aktywnością fizyczną, lecz używkami i genetycznie zmodyfikowanymi produktami spożywczy. Niebagatelne znaczenie odgrywają również zmiany na rynku pracy, gdzie rosnący rozdźwięk między liczebnością personelu medycznego a ilością pacjentów utrudnia prawidłowe ułożenie relacji. Presja czasu i kosztów nieradko prowadzi do nieporozumień, które znajdują swój finał w sądzie. Ustawodawca przedsięwzię próby opanowania tych zjawisk, zachęcając samorząd terytorialny do podejmowania lokalnych inicjatyw z zakresu profilaktyki zdrowotnej, opracowuje strategię zdrowia publicznego (ustawa o zdrowiu publicznym), rozwiązania problemów wspólnych dla populacji (ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych, ustawa o publicznej służbie krwi) czy wzmacniając materialnoprawnie pozycję pacjenta (ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

Złożoność problematyki prawa medycznego postępuje. Można zasadnie oczekiwać, że kolejne lata przyniosą nowe problemy wymagające reakcji legislatora. Jednocześnie należy zauważyć, że inicjatywa legislacyjna ma zwykle charakter następczy. Podstawową rolę w rozstrzygnięciu problemów pojawiających się w obrębie prawa medycznego ma i zapewne będzie miało orzecznictwo. To judykatura wypracowuje rozwiązania, które niejednokrotnie zostają przeszczepione na karty ustaw jako normy prawne. Dzięki temu odgrywa bardzo ważną rolę w kształtowaniu i wyodrębnianiu prawa medycznego¹³. Rosnąca ilość spraw sądowych, które z uwagi na materię prawa medycznego są

¹³ Szerzej na temat roli orzecznictwa w kształtowaniu prawa medycznego M. Safjan [w:] *Prawo wobec medycyny i biotechnologii. Zbiór orzeczeń z komentarzami*, red. M. Safjan, Warszawa 2011, s. 11–18; M. Safjan

wieloprotblemowe, przekłada się na wzbogacenie propozycji edukacyjnej. Szkoły wyższe oferują możliwość poszerzenia wiedzy z zakresu prawa medycznego tak w ramach studiów magisterskich, jak i podyplomowych. Potrzebę uzupełniania wiedzy wśród prawników odzwierciedla także rosnąca liczba organizowanych konferencji i publikowanych z tego zakresu książek.

Ustawodawstwo branżowe¹⁴ uzasadnia traktowanie prawa medycznego jako dyscypliny naukowej, która obejmuje problematykę relacji podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹⁵ i pacjenta, regulowanej normami zawartymi w różnych aktach prawnych, nawiązanej dla zaspokojenia istniejącej po stronie pacjenta potrzeby zdrowotnej. Obejmuje ono również wiele zagadnień organizacyjnych i instytucjonalnych, dotyczących każdej ze stron tej relacji i umożliwiających jej powstanie, zmianę, zakończenie, a także powstanie, zmianę i zakończenie innych relacji, które nie zmierzają do zaspokojenia potrzeby zdrowotnej, lecz realizują inne cele, oddziałujące bezpośrednio lub pośrednio na wartości życia i zdrowia.

[w:] *System Prawa Medycznego...*, s. 17–19.

¹⁴ Ilość branżowych aktów prawnych skłoniła niektórych prawodawców do uchwalenia osobnego kodeksu, który zbiera poszczególne ustawy z zakresu prawa medycznego, tak np. we Francji: Code de la santé publique.

¹⁵ Jestem zdania, że dla określenia stron stosunku prawa medycznego względny spójności systemowej wymagają wykorzystania istniejącej w prawie nomenklatury. Pojęcie podmiotu wykonującego działalność leczniczą i pojęcie pacjenta są terminami zdefiniowanymi ustawowo (odpowiednio w art. 2 ust. 1 pkt 5 u.d.l. oraz w art. 3 ust. 1 pkt 4 u.p.p.), ugruntowanymi w obrocie, działalności doktryny i judykatury. O ile termin „pacjent” jest wyrażeniem krótkim i przystępnym, o tyle termin „podmiot wykonujący działalność leczniczą” językowo jest mało operatywny. Dlatego też, ze względów stylistycznych i składniowych, by uczynić niniejszą pracę wolną od powtórzeń i przystępniejszą w lekturze, zamiennie z pojęciem podmiotu wykonującego działalność leczniczą będę używał określeń „świadczeniodawca” lub „usługodawca”. Mam świadomość systemowych konotacji pojęcia świadczeniodawcy. Posługiwanie się nim w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (wcześniej ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i ustawie o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia) utrzymało postrzeganie go jako formuły, którą operuje się w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia, dla określenia kontrahenta NFZ, a tym samym strony umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Jednakże pojęcie świadczeniodawcy nie powinno być zarezerwowane tylko dla podmiotów, które działają wyłącznie w obrębie publicznego systemu ochrony zdrowia. Świadczenie jest terminem *stricte* cywilistycznym, określającym to, co na gruncie zobowiązania strony winne są wzajemnie spełnić dla zaspokojenia długu. Stąd też jego używanie jest uprawnione ze względów historycznych (utrwałej tradycji cywilistycznej). Jeżeli chodzi o drugie pojęcie, to wykorzystanie go czerpie uzasadnienie z kwalifikacji aktywności podmiotu wykonującego działalność leczniczą, która na gruncie prawa krajowego oraz europejskiego utożsamiana jest z usługą w rozumieniu gospodarczym, podlegającą swobodnemu przepływowi w ramach wspólnotowego rynku wewnętrznego. Po drugie, w konfrontacji z pojęciami wskazanymi w ustawach administracyjnych, termin nie jest niezrozumiały, jak też nie posiada konotacji systemowych, powodujących wątpliwości interpretacyjne. Choć przedstawiciele nauk medycznych mogą zarzucać, że to określenie dehumanizuje ich relację z pacjentem, to niniejsza praca jest prawniczym opracowaniem teoretycznym, które powinno w pierwszej kolejności oddawać obiektywną kwalifikację prawną, a nie kierować się subiektywnym przekonaniem jednej z grup społecznych. Z uwagi na różnorodność używanej w UE nomenklatury pojęcia świadczeniodawcy i usługodawcy będę również wykorzystywał podczas prowadzonej w rozdziale 1 analizy porównawczej dla określenia profesjonalnej strony opisywanych tam stosunków prawa medycznego.

W związku z powyższym, stosunkiem prawa medycznego jest stosunek społeczny, opisany za pomocą norm prawnych jako relacja istniejąca między świadczeniodawcą a pacjentem, której zasadniczym motywem powstania jest trapiąca pacjenta potrzeba zdrowotna, do której zaspokojenia strony zmierzają wspólnym wysiłkiem. Jego źródłem mogą być różne zdarzenia prawne, takie jak przepis ustawy, czynność prawna, akt administracyjny czy orzeczenie.

Stosunki prawa medycznego nie mają więc bezwzględnie jednolitego charakteru prawnego. Mogą występować jako stosunki prawa publicznego i prawa prywatnego. Charakter publicznoprawny przybierają, kiedy wymaga tego ochrona interesu publicznego lub ochrona interesu osób trzecich. Wzgląd na te wartości motywuje ustawodawcę do posłużenia się normami prawa publicznego dla ograniczenia autonomii woli stron, jej wyłączenia czy też nałożenia na strony dodatkowych obowiązków¹⁶. Właściwości podmiotu, który świadczy, schodzą na drugi plan wobec celu, jaki przychodzi osiągnąć jego działaniem, mającym nieraz charakter władczy. Punkt ciężkości zainteresowania ustawodawcy przenosi się w tym wypadku z pacjenta na jego otoczenie¹⁷. Jako przykłady stosunków publicznoprawnych można wskazać relacje między lekarzem wojskowym a żołnierzem, pacjentem przymusowo umieszczonym na oddziale zamkniętym szpitala psychiatrycznego, pacjentem osadzonym w zakładzie karnym, świadczeniodawcą a pacjentem poddanym leczeniu odwykowemu, leczeniu chorób zakaźnych, wenerycznych i gruźlicy. Za inny przykład może służyć przypadek, kiedy pacjent poddaje się działaniom świadczeniodawcy w celach orzecznich, kreujących dla niego określoną sytuację prawną, procesową albo stwarzającą określone prawa¹⁸.

Niniejsza praca traktuje wyłącznie o tych stosunkach prawa medycznego, które są stosunkami prawa prywatnego, cywilnoprawnymi, typu zobowiązaniowego, wynikającymi z czynności prawnej. Czynności prawne to kategoria złożona. Według kryterium stron takich czynności, można wyróżnić czynności prawne jednostronne i wielostronne. Czynności prawne wielostronne z reguły ograniczają się do czynności dwustronnych, których typowym przykładem jest umowa. Na niej skupię dalsze rozważania, ponieważ twierdzę, że właśnie umowa pozostaje zasadniczym źródłem prywatnoprawnego stosunku prawa medycznego. Takie założenie nie ma charakteru apriorycznego. Przeciwnie, wynika z uwarunkowań historycznych, które pokazują, że od wieków umowa odzwierciedlała wymianę dóbr, jaka następowała między lekarzem a chorym.

¹⁶ W. Borysiak [w:] *System Prawa Medycznego*, t. I, *Instytucje prawa medycznego*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2018, s. 437.

¹⁷ I. Bernatek-Zagula, *Pacjent – konsument czy podopieczny?*, AUW „Przegląd Prawa i Administracji” 2006/60, s. 149.

¹⁸ E. Zielińska, *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentyisty. Komentarz*, Warszawa 2014, s. 48–50.

Już Kodeks Hammurabiego zawierał wzmianki na temat relacji lekarza i pacjenta, uprawniając tego pierwszego do pobierania honorarium za swoje wysiłki. Czynił go również odpowiedzialnym za błędy terapii¹⁹.

Grecy nie określili ram prawnych dla profesji lekarza, jednakże to tam ukształtowany został etos lekarski. Przysięga Hipokratesa po dziś dzień oddaje cel, istotę i granice działań przedstawicieli zawodu lekarza.

W okresie starożytności największa jurydyzacja przedmiotowej relacji miała miejsce w czasach rzymskich. Lekarzy uznawano za osoby wykonujące wolny zawód o charakterze umysłowym. Posiadana wiedza medyczna oraz umiejętności były źródłem darzenia ich szczególnym zaufaniem i estymą. Z tego względu podejmowane przez nich czynności uznawano za przedmiot umowy zlecenia (*mandatum*). Teoretycznie aktywność lekarska mogła stanowić również przedmiot umowy najmu pracy (*locatio conductio operis*), lecz ten typ umowy odnoszono raczej do usług niższego rzędu. Lekarze nie otrzymywali za swoje czynności wynagrodzenia w ścisłym tego słowa znaczeniu. Mogli za to odbierać zwyczajowo przyjęte honorarium. Nie było to świadczenie wzajemne, lecz świadczenie niezależne i darne, traktowane raczej jako wyraz wdzięczności. Możliwość egzekwowania honorarium istniała jedynie w procesie kognicyjnym. Natomiast dający zlecenie dysponował przeciwko lekarzowi *actio mandati directa*²⁰.

W epokach późniejszych prezentowano raczej penalne podejście do odpowiedzialności lekarza, co w rezultacie przesądzało deliktowy charakter egzekwowanych roszczeń odszkodowawczych²¹.

Powrót do rozważań o kontraktowym charakterze relacji lekarza i pacjenta miał miejsce dopiero w wieku XX w prawodawstwie Niemiec, Francji i Szwajcarii²². Stopniowe rozprzestrzenianie się poglądu o umownym źródle tej relacji było poprzedzone burzliwym dyskursem. Sceptycy podnosili, że ze stosunków zawodowych nie wynika żadne zobowiązanie cywilne rodzące odpowiedzialność w razie jego niewykonania, a przedstawiciele wolnego zawodu odpowiadają za swoje winy tylko na zasadzie deliktowej. Inni dochodzili do podobnego wniosku poprzez interpretację, że umowa musi posiadać swój

¹⁹ P. Dzieńis, *Zasady prawa medycznego*, SP 2000/3–4, s. 127; O. Nawrot [w:] *System Prawa Medycznego*, t. I, *Instytucje prawa medycznego*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2018 r., s. 25.

²⁰ J. Stawski, *Zagadnienie odpowiedzialności cywilnej lekarza wobec pacjenta w zarysie historycznym*, GPr 1939/1–2, s. 5–10; W. Osuchowski, *Zarys rzymskiego prawa prywatnego*, Warszawa 1962, s. 393; M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, Warszawa 1968, s. 17–18; M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, Warszawa 1989, s. 7–8; M. Nesterowicz, *Kontraktowa i deliktowa odpowiedzialność lekarza*, Warszawa–Poznań 1972, s. 44–45; P. Dzieńis, *Zasady...*, s. 128; W. Borysiak [w:] *System Prawa Medycznego...*, s. 450–451.

²¹ M. Sośniak, *Cywilna...*, 1989, s. 18.

²² Ówczesne tło historyczne szerzej opisują: M. Sośniak, *Cywilna...*, 1968, s. 19–22; M. Sośniak, *Cywilna...*, 1989, s. 9; M. Nesterowicz, *Kontraktowa...*, s. 45–47; P. Dzieńis, *Zasady...*, s. 128–129; W. Borysiak [w:] *System Prawa Medycznego...*, s. 452–455.

przedmiot, którym nie może być życie jako wartość wyłączona z obrotu²³. Argumentowano również, że obowiązków lekarza nie regulowała wola stron, lecz wynikały z zasad wykonywania zawodu. Wobec tego sądy nie badały umowy, lecz treść obowiązków zawodowych i to, czy lekarz im zadośćuczynił. Skoro zaś obowiązki znajdują się poza zasięgiem woli stron oraz ustala je prawo zwyczajowe i orzecznictwo, trudno się wypowiadać o naruszeniu umowy²⁴. Wątpliwości te podzielali także przedstawiciele polskiej myśli prawniczej, preferując odpowiedzialność lekarza na płaszczyźnie deliktowej, bez względu na istnienie węzła obligacyjnego²⁵.

Mimo początkowych oporów, pogląd głoszący istnienie między lekarzem a pacjentem więzi obligacyjnej zyskiwał swoich zwolenników. Pierwszymi, którzy zaczęli się z nim utożsamiać, byli J. Górski, T. Cyprian, P. Aslanowicz i B. Popielski²⁶. W kolejnych latach pogląd ten był rozwijany przez następnych autorów²⁷. Utrzymywanie twierdzenia, jakoby ogólne obowiązki lekarza jako fachowca szczególnego rodzaju przesądzały deliktowy charakter jego odpowiedzialności musiałyby prowadzić do nieakceptowalnego wniosku o likwidacji kontraktowych podstaw odpowiedzialności we wszystkich przypadkach występowania fachowców w charakterze dłużników. Tymczasem nic nie stoi na przeszkodzie, by zakres obowiązków fachowca wynikający z umowy poszerzyć o wszystkie reguły dotyczące wykonywania przez niego zawodu²⁸.

Perspektywa historyczna pokazuje, że od starożytności, przez średniowiecze i nowożytność, prawodawcy byli powściągliwi w regulowaniu treści relacji lekarza i pacjenta. Prawo publiczne służyło raczej do ukształtowania systemu edukacji, w szczególności reglamentowaniu dostępu do profesji lekarza oraz rozliczania jej przedstawicieli z popełnianych błędów. W dekodowaniu treści ich relacji z pacjentami dominującą rolę odgrywały normy etyczne²⁹. Przez stulecia etos lekarski był wyznacznikiem zasad wykonywania zawodu, praw i obowiązków lekarza, odzwierciedlając obowiązki i prawa pacjenta. Brak zaangażowania państwa pozwolił historycznie ukształtować proces zaspokajania ludzkich potrzeb zdrowotnych jako proces wymiany dóbr. Wiedza medyczna, zastrzeżona i rozumiana przez nielicznych, stanowiła cenny przedmiot, wymieniany na przestrzeni stuleci za produkty konsumpcyjne, dobra materialne czy środki płatnicze.

²³ M. Sośniak, *Cywilna...*, 1968, s. 20; M. Nesterowicz, *Charakter prawny umowy o zabiegi lecznicze*, ZN UMK 1969/37, s. 118.

²⁴ M. Sośniak, *Cywilna...*, 1968, s. 20.

²⁵ S. Garlicki, *Odpowiedzialność cywilna za nieszczęśliwe wypadki*, Warszawa 1959, s. 189; A. Szpunar, *Pogląd wypowiedziany podczas IV dni Prawniczych Polsko-Francuskich: Sprawozdanie*, PiP 1963/12, s. 962; S. Grzybowski, *La responsabilité civile du médecin*, referat na IV Dni Prawnicze Polsko-Francuskie, s. 4 i n. Poglądy przytoczone za M. Nesterowiczem, *Charakter...*, s. 119.

²⁶ J. Górski, *Umowa o pracę a zlecenie w świetle nauki i judykatury*, GPS 1939/1, s. 26; T. Cyprian, P. Aslanowicz, *Karna i cywilna odpowiedzialność lekarza*, Kraków 1949, s. 206; B. Popielski, *Medycyna i prawo*, Warszawa 1963, s. 264.

²⁷ M. Sośniak, *Cywilna...*, 1968, s. 25 i n.; M. Nesterowicz, *Kontraktowa...*, s. 47 i n.

²⁸ M. Sośniak, *Cywilna...*, 1989, s. 11.

²⁹ O. Nawrot [w:] *System Prawa Medycznego...*, s. 25, 27–30, 32, 34, 39, 43–48.

Najdogodniejszym społecznie sposobem tej wymiany była umowa, kreująca cywilno-prawne stosunki zobowiązaniowe, pozwalając stronom w sposób wolny od władczych działań państwa autonomicznie kształtować sposób zaspokojenia swoich interesów³⁰.

W przekonaniu, że umowa powinna stanowić podstawowe źródło prywatnoprawnych stosunków prawa medycznego, utwierdza również obserwowana od zakończenia II wojny światowej ewolucja relacji lekarza i pacjenta. Rozwój doktryny praw człowieka odegrał bardzo istotną rolę w kształtowaniu stosunków prywatnoprawnych, w których dobra jednej ze stron są ekspozowane na szczególne ryzyko naruszenia. Pierwszorzędnym przykładem takiego stosunku jest relacja lekarza i pacjenta. Na przestrzeni czasu uległa przemianie z modelu paternalistycznego (wertikalnego), w którym o dobrach chorego decydował lekarz, do modelu partnerskiego (horyzontalnego), akcentującego równość stron, w szczególności doniosłość autonomii pacjenta, czyniąc z niego partnera lekarza, aktywnie uczestniczącego w procesie terapeutycznym. Obecnie autonomiczna pozycja pacjenta w stosunkach prawa medycznego nie budzi wątpliwości. Dokonuje on wyboru osoby, której powierzy swoje dobra, określa granice tego powierzenia, moment czasowy, w którym to nastąpi, jak też posiada istotny wpływ na przebieg leczenia. Dlatego też stosunki prawa medycznego powinny być opisywane za pomocą norm prawnych, które pozwalają tę autonomię najpełniej odzwierciedlić. Za takie powszechnie uznaje się prawo zobowiązań umownych, które zapewnia jego podmiotom, obok swobody zawarcia umowy, największy wpływ na kształtowanie jej treści.

Ani w doktrynie, ani w orzecznictwie nazwa umowy zawieranej między świadczeniodawcą a pacjentem nie jest ujednoczona. Podawane są określenia takie, jak: umowa o świadczenie usług medycznych³¹, umowa o usługi medyczne³², umowa o usługi lecznicze³³, umowa o świadczenie usług leczniczych³⁴, umowa o zabiegi lecznicze³⁵, umowa

³⁰ Z. Banaszczyk, *Właściwość...*, s. 32; Z. Banaszczyk [w:] *System Prawa Medycznego...*, s. 325.

³¹ Z. Kubot, *Umowy o świadczenie usług medycznych*, Wrocław 2000, s. 16; Z. Kubot, *Kwalifikacje prawne świadczeń zdrowotnych*, Wrocław 2010, s. 15; J. Haberko, *Konsumencki charakter umowy o świadczenie zdrowotne*, PiM 2007/1, s. 82, która przedstawia możliwość stosowania terminu zamiennego „umowa o świadczenie zdrowotne”, zob. przypis 36 poniżej; A. Ulanowska, *Umowa o świadczenie usług medycznych. Zagadnienia wybrane*, PS 2012/3, s. 58; T. Zimna, *Zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2014, s. 244; A. Morek [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz*, t. III B, *Zobowiązania. Część szczegółowa*, red. K. Osajda, Warszawa 2017, s. 763; W. Borysiak [w:] *System Prawa Medycznego...*, s. 445, 901.

³² M. Śliwka, *Prawo pacjenta w prawie polskim na tle porównawczym*, Toruń 2008, s. 27; M. Nesterowicz [w:] *System Prawa Prywatnego*, t. 9, *Prawo zobowiązań – umowy nienazwane*, red. W.J. Katner, Warszawa 2015, s. 400. Autor opatrzył § 13 tytułem „Umowy o świadczenie usług medycznych”, natomiast w dalszej analizie posługuje się głównie sformułowaniem „umowy o usługi medyczne”. Z. Banaszczyk, *Właściwość...*, s. 43; Z. Banaszczyk [w:] *System Prawa Medycznego...*, s. 346. Autor posługuje się też zamiennie określeniem „umowa o leczenie”, zob. przypis 39. A. Wojtczyk, *Cywilnoprawne środki ochrony pacjenta jako konsumenta*, Warszawa 2017, s. 163.

³³ M. Nesterowicz, *Podstawy prawne odpowiedzialności cywilnej zakładu leczniczego i lekarza*, PiM 1999/1, s. 114 i n.

³⁴ M. Świdarska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007, s. 29.

³⁵ M. Nesterowicz, *Charakter...*, s. 128.

o świadczenie zdrowotne³⁶, umowa o wykonanie świadczeń zdrowotnych³⁷, umowa o świadczenie medyczne³⁸, umowa o leczenie³⁹, umowa o usługi zdrowotne⁴⁰. Zdarza się również, że autorzy posługują się kilkoma z powyższych formuł naprzemiennie.

W dalszej części pracy przedmiotowy kontrakt będę nazywał umową o świadczenie zdrowotne. Uważam, że jest to określenie najwłaściwsze, za czym przemawiają doniosłe względy systemowe.

Pojęcie świadczenia zdrowotnego jest podstawowym pojęciem systemu ochrony zdrowia. Co prawda nie posługuje się nim Konstytucja RP, jednak jego związek znaczeniowy z konstytucyjnym terminem świadczenia opieki zdrowotnej jest bardzo ścisły. Świadczenie zdrowotne stanowi bowiem składnik świadczenia opieki zdrowotnej. Pojęcie świadczenia zdrowotnego posiada swoją definicję legalną, zawartą w art. 2 ust. 1 pkt 10 u.d.l.⁴¹ Świadczenie zdrowotne, choć jest podstawowym terminem publicznego systemu ochrony zdrowia, to zważywszy na całość regulacji prawa medycznego, oddziałuje daleko poza jego granice. Odwołują się do niego akty normatywne określające ogólne zasady wykonywania działalności leczniczej, funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego czy systemu ochrony zdrowia psychicznego. Terminem tym posługują się ustawy regulujące wykonywanie zawodów medycznych, wskazując, że działania medyczne, które się pod nim kryją, stanowią trzon aktywności lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarek, położnych, fizjoterapeutów, diagnostów laboratoryjnych, felczerów. Posługują się nim także ustawy regulujące działania medyczne szczególnego rodzaju, jak ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, ustawa o publicznej służbie krwi, ustawa o leczeniu niepłodności, a nadto operuje nim ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁴².

Z uwagi na swoją uniwersalność, pojęcie świadczenia zdrowotnego powinno odzwierciedlać przedmiot stosunku prawa medycznego, niezależne od tego, czy do jego na-

³⁶ J. Haberko, *Konsumencki...*, s. 82.

³⁷ A. Fiutak, *Prawo...*, s. 101.

³⁸ R. Tarnacki, *Przeprowadzanie dowodu w cywilnym „procesie lekarskim”*, PiM 2009/2, s. 67; W. Czachórski, *Zobowiązania. Zarys wykładu*, Warszawa 2009, s. 480.

³⁹ S. Garlicki, *Odpowiedzialność cywilna za nieszczęśliwe wypadki*, Warszawa 1971, s. 362; Z. Radwański, J. Panowicz-Lipska, *Zobowiązania. Część szczegółowa*, Warszawa 2017, s. 165; Z. Banaszczyk, *Właściwość...*, s. 43; Z. Banaszczyk [w:] *System Prawa Medycznego...*, s. 345; W. Borysiak [w:] *System Prawa Medycznego...*, s. 445, 901.

⁴⁰ T. Czech, *Prawa konsumenta. Komentarz*, Warszawa 2017, s. 110–112.

⁴¹ Jego szczegółowej interpretacji dokonuję w rozdziale 3, pkt 3.3.

⁴² L. Bosek i B. Janiszewska wskazują wprost, że począwszy od dnia wejścia w życie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty zauważalna jest rozległa inicjatywa ustawodawcy do związania z pojęciem świadczenia zdrowotnego przedmiotu czynności medycznych podejmowanych względem pacjenta; tak L. Bosek, B. Janiszewska [w:] *System Prawa Medycznego*, t. 2, *Szczególne świadczenia zdrowotne*, red. L. Bosek, A. Wnukiewicz-Kozłowska, Warszawa 2018, s. 7, 9.

wiązania dochodzi w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia, czy poza nimi. W jednym i drugim przypadku aktywność świadczeniodawcy sprowadza się do tego samego. Dlatego też niewłaściwe byłoby nazywanie przedmiotu tego stosunku odmiennie w zależności od okoliczności faktycznych danego przypadku. Ponadto takie określenie przedmiotu analizowanego stosunku wyznaczyłoby wyraźne granice swobody kontraktowania, determinując to, o co strony mogą się umówić.

Rezygnuję z posługiwania się terminem umowy o świadczenie usług medycznych⁴³. Z jednej strony jest to określenie bardzo pojemne, które może oddawać zespół możliwych aktywności usługodawcy, stanowiących świadczenie spełniane dla wykonania zobowiązania. Z drugiej strony jest mało precyzyjne, zwłaszcza że termin ten występuje tylko w języku prawniczym, a nie w języku prawnym. Nie ma więc ugruntowanego znaczenia. Używanie go wymaga opracowania siatki pojęciowej, co wydaje się obecnie niecelowe. Ten sam zarzut można skierować pod adresem pojęcia umowy o świadczenie medyczne. Poza tym pojęcie umowy o świadczenie usług medycznych jest dwuznaczne. W obrocie opatruje się nim zawierane w miejsce umów o pracę, umowy między podmiotem wykonującym działalność leczniczą a osobą wykonującą zawód medyczny (tzw. kontrakty), których przedmiotem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych zgłaszającym się do tego podmiotu pacjentom.

Nie będę też używał pojęcia umowy o leczenie. Motywuję to tym, że słownikowe znaczenie wyrazu „leczenie” nie pokrywa części aktywności, które stanowią przedmiot obowiązku głównego świadczeniodawcy, polegającego na udzieleniu świadczenia zdrowotnego. Umowa o leczenie to pojęcie nacechowane historycznie, odwołujące się w swym duchu do czasów, kiedy pacjent był rzeczywiście poddawany wyłącznie terapii i to tylko przez lekarza. Obecnie stosunek prawa medycznego jest relacją dużo bardziej złożoną, którą powinno się określać formułą słowną adekwatną do czasów, w których występuje. Ten sam argument można odnieść do pojęć umowy o usługi lecznicze czy umowy o zabiegi lecznicze. W ostatnim przypadku można dodatkowo nadmienić, że nie każda aktywność świadczeniodawcy wypełnia znamiona zabiegu. Zatem termin ten jeszcze bardziej nie przystaje do złożoności obrotu. Nie ulega wątpliwości, że określenie „umowa o leczenie” jest formułą bardzo wygodną dla składni zdania. W porównaniu z pojęciem umowy o świadczenie zdrowotne zdecydowanie łatwiej przychodzi nią operować podczas wywodów ustnych i pisemnych. Jednakże, mimo tej niewątpliwiej zalety, uważam za cenniejsze uzyskanie transparentności znaczeniowej i precyzyjności wypowiedzi, zwłaszcza że te w kontekście nakreślonej niżej tezy być może przyczynią się do uchwalenia nowych przepisów, których adresatem nie będą tylko prawnicy, lecz

⁴³ Zastrzegam jednak, że w rozdziale 1 poświęconym europejskim regulacjom umownego stosunku prawa medycznego, podczas wywodów ogólnych, będę wykorzystywał też pojęcia usługi medycznej oraz rynku usług medycznych. Obejmę nimi zbiorczo różnorodną terminologię, używaną w innych krajach UE dla określenia przedmiotu umownego stosunku prawa medycznego i rynku właściwego tym stosunkom. Konieczność uczynienia tego zastrzeżenia wzięła się z tego, że pojęcie świadczenia zdrowotnego i rynku świadczeń zdrowotnych wydaje się mieć ściślejszy związek z ustawodawstwem polskim niż europejskim.

wszyscy uczestnicy obrotu prawnego. Dla nich, jeżeli odstępstw nie wymagają szczególne względy, tekst przepisu powinien być zredagowany za pomocą poprawnych wyrażeń językowych w ich podstawowym i powszechnie przyjętym znaczeniu⁴⁴.

Większość świadczeń zdrowotnych wykonywana jest w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia, w którym pacjenci występują jako osoby trzecie, uprawnione do ich otrzymania z umowy zawartej na ich rzecz przez Dyrektora NFZ z oznaczonym świadczeniodawcą. Cywilnoprawny charakter tej umowy nie jest wcale oczywisty, a jej doniosłość regulacyjna, w odniesieniu do stosunku prawa medycznego, pozostaje nikła. Odesłanie do stosowania przepisów kodeksu cywilnego jest niewystarczające, bowiem te nie zawierają postanowień, które odzwierciedlałyby jego istotę. Obok publicznego systemu ochrony zdrowia funkcjonuje rynek usług prywatnych. Mimo że jego znaczenie systematycznie wzrasta na skutek rozwoju medycyny i nauk, które na nią oddziałują, postępującej niewydolności publicznego systemu ochrony zdrowia, bogacenia się społeczeństwa czy trendu turystyki medycznej, rynek ten, a dokładnie nawiązywane w jego obrębie stosunki prawa medycznego pozostają dotknięte podobnymi brakami regulacyjnymi. Niezależnie od tego, czy do ich powstania dochodzi w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia, czy poza nim, w obydwu przypadkach ich treść jest niemal taka sama. Jej zdekodowania dokonuje się na podstawie konglomeratu norm prawnych o charakterze administracyjnym i cywilnym, przy uwzględnieniu postanowień norm etycznych⁴⁵. Przedmiotowe przepisy są zamieszczone w wielu aktach prawnych, które pozostają jednocześnie aktami różnego rzędu. Jeżeli dodać do tego uwypuklane przez doktrynę braki legislacyjne, zgłaszane problemy interpretacyjne oraz nierozstrzygnięte w orzecznictwie wątpliwości, okazuje się, że ustalenie transparentnego zakresu podmiotowego i przedmiotowego tego stosunku nie jest proste nawet dla prawnika. Dualizm systemów ochrony zdrowia, a także rozproszenie i fragmentaryczność regulacji prawnej, nie upraszcza obrotu ani nie pozwala uznać go za przejrzysty. Przeciwnie – cechuje go złożoność, która dodatkowo podnosi koszty zawieranych transakcji. Taki stan szkodzi interesom stron, zwłaszcza pacjentów, którym ustawodawca nie zapewnia łatwego dostępu do przepisów określających w przystępny sposób ich kontraktowe prawa i obowiązki, ułatwiających kontrolę abuzywności podejmowanych uzgodnień. Co więcej, w ślad za pojawiającymi się na przestrzeni ostatnich 30 lat regulacjami prawa

⁴⁴ § 8 ust. 1 r.z.t.p.

⁴⁵ Normy etyczne, nie dość że wyznaczają korporacyjne wzorce zachowań, akceptowane i pożądane przez przedstawicieli grupy, która je tworzy, to pozostają pomocne w procesie interpretacji przepisów prawa, w szczególności w przypadkach kolizji poszczególnych norm lub konieczności uzupełnienia istniejących braków regulacyjnych. Ich wspólna analiza prowadzi do funkcjonowania złożonych norm ustawowych. Celowości budowania złożonych norm ustawowych (w odniesieniu do grupy zawodowej lekarzy) dla oddania istoty istniejących rozwiązań legislacyjnych dał wyraz TK w postanowieniu z 7.10.1992 r., U 1/92, OTK 1992/2, poz. 38 oraz wyroku z 23.04.2008 r., SK 16/07, M.P. 2008/38, poz. 342. Spośród zbiorów norm etycznych opracowanych przez samorządy zawodów medycznych w niniejszej pracy będą odwoływał się głównie do kodeksu etyki lekarskiej. Lekarze posiadają najszersze kompetencje i największą samodzielność w planowaniu i prowadzeniu procesu terapeutycznego. W konsekwencji analiza obciążających ich obowiązków, ujętych również w formie norm etycznych, przedstawia się jako najbardziej złożona.

materialnego, nakierowanymi na wzmocnienie pozycji pacjentów, ta wciąż pozostaje słaba na gruncie procesowym.

Niniejsza praca zmierza do wykazania, że pomimo nawiązywania stosunków prawa medycznego na masową skalę, obrót świadczeniami zdrowotnymi wciąż nie jest transparentny, a obecny poziom prawnego uregulowania treści tych stosunków jest niesatysfakcjonujący dla ochrony interesów stron, zwłaszcza pacjenta. Stawiam tezę⁴⁶, że celowe staje się podjęcie inicjatywy legislacyjnej zmierzającej do znormatywizowania, w obrębie części szczególnej kodeksu cywilnego, przepisów regulujących umowę o świadczenie zdrowotne jako typu umowy nazwanej, będącej podstawowym źródłem prywatnoprawnego stosunku prawa medycznego⁴⁷. Zasadności tej tezy będę kolejno dowodził poprzez analizę prawnoporównawczą (rozdział 1), systemową (rozdział 2), analizę dogmatyczną obecnego stanu prawnego (rozdział 3) i wynikające z niego zasady oraz granice ponoszenia odpowiedzialności (rozdział 4).

⁴⁶ Taki pogląd jest coraz częściej sygnalizowany przez przedstawicieli doktryny, choć dotąd nie doczekał się szczegółowego uzasadnienia w opracowaniu monograficznym. Potrzebę przedmiotowej regulacji sygnalizowali dotąd: M. Nesterowicz, *Charakter...*, s. 128; Z. Radwański, *Wstępny projekt systematyzacji tak zwanej części szczególowej prawa zobowiązań*, TPP 2012/1, s. 10; M. Pecyna, F. Zoll, *Założenia projektu struktury części szczególowej zobowiązań. W poszukiwaniu nowego modelu*, TPP 2012/1, s. 56; M. Pecyna, F. Zoll, *Założenia projektu zobowiązań świadczenia usług w nowym kodeksie cywilnym*, TPP 2014/4, s. 83–87; R. Szostak, *Problem systematyki umów obligacyjnych w nowym kodeksie cywilnym*, TPP 2012/1, s. 73; J. Haberko, *W poszukiwaniu reżimu odpowiedzialności: uwagi o skutkach naruszenia umów związanych z dobrami osobistymi* [w:] *Prawo kontraktowe*, red. Z. Kuniewicz, D. Sokołowska, Warszawa 2017, s. 161; W. Borysiak [w:] *System Prawa Medycznego...*, s. 492–494.

⁴⁷ Przedmiotowe rozważania celowo nie będą obejmowały problematyki posługiwania się w stosunkach prawa medycznego sztuczną inteligencją. Jest to zagadnienie relatywnie nowe, bardzo złożone i ujawniające wątpliwości dotychczas nierozpatrywane przez doktrynę i orzecznictwo. Z tych względów zasługuje na odrębne opracowanie monograficzne.

Rozdział 1

EUROPEJSKIE REGULACJE UMOWNEGO STOSUNKU PRAWA MEDYCZNEGO. UJĘCIE PRAWNOPORÓWNAWCZE

1.1. Wprowadzenie

W ustawodawstwach krajów UE relacja świadczeniodawcy i pacjenta nie jest regulowana jednakowo. Pierwsze różnice ujawniają się już na etapie kwalifikacji tej relacji w ramach dwóch reżimów prawa – publicznego i prywatnego.

W pierwszym z nich treść stosunku pozostaje przedmiotem wyłącznej regulacji norm o charakterze publicznoprawnym, a wszelkich rozliczeń między stronami dokonują sądy administracyjne lub organy administracji publicznej. Takie ujęcie reprezentowane jest przez ustawodawstwo szwedzkie, fińskie i duńskie. Relacja świadczeniodawcy i pacjenta nie ma charakteru prywatnoprawnego, lecz jest oceniana na płaszczyźnie norm prawa publicznego¹. Charakter więzi jest pochodną założeń systemu zabezpieczenia społecznego opartego na zasadzie rezydencji lub obywatelstwa, a nie uprawnieniu wywodzonym z faktu szeroko pojętego zatrudnienia lub potrzeb. Stąd też grupa podmiotów świadczących oraz zasady ich działalności są ściśle określone przez państwo licencjonujące dostęp do rynku ubezpieczenia zdrowotnego. Władza obserwuje i kontroluje świadczenie usług medycznych oraz ich poziom². W modelu szwedzkim zakres praw i obowiązków każdego z podmiotów regulują akty normatywne rangi ustawowej, tj. ustawa o prawach pacjenta oraz w pewnym zakresie ustawa o opiece medycznej. W modelu fińskim jest to ustawa o statusie pacjenta oraz ustawa o szkodach pacjentów. W Danii przyjęto ustawę o prawach pacjenta oraz ustawę o prawie do skargi oraz kompensacji szkód zdrowotnych. Obowiązki świadczeniodawcy doprecyzowują akty deontologiczne. Spory z tytułu

¹ L. Wendel, *Compensation in the Swedish Health Care Sector* [w:] *No-Fault Compensation in the Health Care Sector*, red. J. Dute, M.G. Faure, H. Koziol, Wien 2004, s. 367.

² V. Ulfbeck, M. Hartlev, M. Schultz, *Malpractice in Scandinavia* [w:] *Medical Malpractice and Compensation in Global Perspective*, red. K. Oliphant, R.W. Wright, Berlin–Boston 2013, s. 377, 379.

szkód medycznych są rozwiązywane w systemie *no-fault insurance scheme*, zakładającym badanie indywidualnych spraw pacjentów *ex officio* przez powołane do tego zespoły (*insurance consortium*). W pewnym kontekście sytuacyjnym publicznoprawny charakter przedmiotowej relacji uznawany jest także w innych krajach, o czym niżej.

W drugim z reżimów relacja świadczeniodawcy i pacjenta postrzegana jest jako stosunek prywatnoprawny. Dalsze uszczegółowienie jej charakteru nie jest już tak oczywiste. Można bowiem wyróżnić dwa modele regulacyjne.

Pierwszy z nich upatruje w relacji świadczeniodawcy i pacjenta cywilnoprawnego stosunku obligacyjnego, który nie ma charakteru umownego. Przykład stanowi ustawodawstwo brytyjskie i irlandzkie. Z uwagi na kształt i zakres systemu ochrony zdrowia opartego niemal wyłącznie na publicznym finansowaniu, między świadczeniodawcą a pacjentem nie dochodzi do zawięzania umowy³. W konsekwencji podstawą roszczeń jest niemal wyłącznie reżim deliktowy. Jeżeli jednak proces świadczenia następuje wyjątkowo poza systemem publicznego ubezpieczenia zdrowotnego, strony mogą wykorzystać podstawę kontraktową dla dochodzenia wzajemnych roszczeń⁴.

W drugim modelu regulacyjnym przedmiotowa relacja uznawana jest za cywilnoprawny stosunek obligacyjny o charakterze umownym. Tak przyjmuje się w Austrii, Grecji, we Włoszech, Francji, w Portugalii, Hiszpanii, Holandii, na Litwie, w Niemczech i w Czechach. Model ten jest jednak dalej zróżnicowany, co przejawia się różną kwalifikacją umowną tego stosunku, a w konsekwencji odmiennym stopniem jego normatywizacji.

Zasadniczo relacja świadczeniodawcy i pacjenta nie posiada osobnej regulacji w kodeksie cywilnym jako typ umowy nazwanej. Treść praw i obowiązków stron jest ustalana na podstawie odpowiedniego stosowania właściwych przepisów umów nazwanych, przy uwzględnieniu istniejących norm publicznoprawnych i deontologicznych, jak też dorobku orzecznictwa i doktryny. Taki stan występuje w Austrii, Grecji, we Francji, Włoszech, w Portugalii i Hiszpanii. W Austrii, Grecji i we Włoszech regułą jest przyjęcie, że strony zawięzują stosunek prywatnoprawny o charakterze umownym. Natomiast we Francji, w Portugalii i Hiszpanii taka kwalifikacja dokonywana jest jedynie w odniesieniu do

³ M. Jones, *Medical negligence*, London 2003, s. 56–59; Ch. von Bar, E. Clive, H. Schulte-Nölke, H. Beale, J. Herre, J. Huet, M. Storme, S. Swann, P. Varul, A. Veneziano, F. Zoll, *Principles, Definitions and Model Rules of European Private Law. Draft Common Frame of Reference (DCFR) Full Edition*, Vol. 2, Munich 2009, s. 1936; D. Madden, *Medical Law in Ireland*, The Netherlands 2014, s. 47, 75.

⁴ R. Goldberg, *United Kingdom [w:] Medical Malpractice and Compensation in Global Perspective*, red. K. Oliphant, R.W. Wright, Berlin–Boston 2013, s. 451. Autor zwraca uwagę na orzeczenie Scottish Sheriff Court w sprawie *Dow v. Tayside University Hospitals NHS Trust*, gdzie sąd wskazał, że na gruncie szkockiego prawa dopuszczalne jest przyjęcie istnienia umowy między pacjentem a lekarzem udzielającym świadczeń w ramach publicznego ubezpieczenia. Warunkiem przyjęcia istnienia zobowiązania jest wola lekarza niepozostawiania relacji z pacjentem wyłącznie ustawowej regulacji, której zostanie nadana wyraźna forma oraz obejmowanie przez niego świadomością dodatkowej odpowiedzialności.

usług medycznych udzielanych przez podmioty prywatne. W pozostałych przypadkach podstawę oraz treść relacji określają normy publicznoprawne.

W Austrii rzeczony stosunek określa się mianem umowy o leczenie (*Behandlungsvertrag*). Doktryna prawa systematyzuje go w obrębie umów wyszczególnionych w ABGB⁵, przy czym formuła ubezpieczenia oraz to, czy świadczeniodawca jest podmiotem publicznym, czy prywatnym pozostaje bez znaczenia⁶. W praktyce występują trzy poglądy na jego kwalifikację prawną, tj. stanowisko uznające go za umowę o pracę (*Dienstvertrag* – § 1151), umowę o dzieło (*Werkvertrag* – § 1165), umowę wolnego świadczenia usług (*freie Dienstvertrag*)⁷, w której wykonawca nie podlega zwierzchnictwu dającego zlecenie. Niewątpliwie umowa o leczenie jest odmianą umowy o świadczenie usług, co wynika z systematyki przyjętej w ABGB, bowiem wyżej wskazane typy umów są regulowane w rozdziale 26 poświęconym właśnie umowom o świadczenie usług. Dominującym poglądem jest ten kwalifikujący umowę o leczenie jako umowę wolnego świadczenia usług⁸. Argumentuje się, że usługodawca nie gwarantuje rezultatu, ale zobowiązuje się do niego dążyć, zachowując należytą staranność działań, co odróżnia ją od umowy o dzieło. Jednocześnie działania usługodawcy nie odpowiadają świadczeniu pracy, bowiem jego pozycja (zwłaszcza lekarza) zdecydowanie różni się od pozycji przeciętnego pracownika. Stąd też nie wszystkie przepisy umowy o pracę mogą być do niego stosowane⁹. Ponadto lekarze nie są częścią zhierarchizowanej struktury, raczej działają autonomicznie, nie będąc podporządkowanymi¹⁰. Z tych względów umowa o leczenie zasadniczo klasyfikowana jest jako umowa wolnego świadczenia usług¹¹, co ma podkreślać jej odmienność od typowej umowy o pracę i umowy o dzieło. Jako że taka umowa nie posiada swojej kodeksowej regulacji, wskazuje się, że pozostaje umową *sui generis*.

Osobnych przepisów o analizowanej umowie nie zawiera też grecki kodeks cywilny. Zastosowanie znajdują ogólne przepisy o świadczeniu usług, zwłaszcza te odnoszące się do świadczenia pracy (art. 648–680) oraz świadczenia dzieła (art. 681–702)¹². W doktrynie wskazuje się, że postanowienia odnoszące się do świadczenia pracy przystają w największym stopniu do świadczeń zdrowotnych, jednakże w pewnych przypadkach należy uwzględnić przepisy umowy o dzieło. Niezależnie od powyższego przepisy o świadczeniu pracy oraz wykonaniu dzieła nie stanowią wystarczającego odniesienia do

⁵ H. Jesser-Huss, *Handbuch Medizinrecht*, red. R. Resch, F. Wallner, Wien 2011, s. 82.

⁶ H. Jesser-Huss, *Handbuch...*, s. 81.

⁷ S. Völkl-Torggler, *Die Rechtsnatur des ärztlichen Behandlungsvertrages*, JB 1984, s. 74.

⁸ D. Engljähringer, *Ärztliche Behandlungsvertrag*, ÖJZ 1993, s. 490, 493; A. Leischner, C. Zeinhofer, Ch. Lindner, Ch. Kopetzki, *Medical Law in Austria*, The Netherlands 2011, s. 55.

⁹ Przykładowo nie stosuje się przepisów dotyczących ochrony osób zatrudnionych.

¹⁰ Ch. von Bar, E. Clive, H. Schulte-Nölke, H. Beale, J. Herre, J. Huet, M. Storme, S. Swann, P. Varul, A. Veneziano, F. Zoll, *Principles...*, s. 1936.

¹¹ A. Leischner, C. Zeinhofer, Ch. Lindner, Ch. Kopetzki, *Austria* [w:] *International Encyclopedia of Laws, Medical Law*, Vol. 1, red. R. Blanpain, M. Colucci, H. Nys, The Netherlands 2011, s. 55.

¹² T. B. Koniaris, A.D. Karlovassitou-Koniari, *Hellas* [w:] *International Encyclopedia of Laws, Medical Law*, Vol. 2, red. R. Blanpain, M. Colucci, H. Nys, The Netherlands 2011, s. 107.

Książka zawiera prawnoporównawczą, systemową i dogmatyczną analizę umowy o świadczenie zdrowotne. Kontrakt ten, mimo że pozostaje jednym z najczęściej zawieranych w obrocie, dotychczas nie doczekał się swojej kodeksowej regulacji jako osobny typ umowy nazwanej.

W monografii poruszono problematykę m.in.:

- europejskich regulacji stosunków prawa medycznego wynikających z umów,
- relacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do umowy o świadczenie zdrowotne,
- dyrektywy odpowiedniego stosowania przepisów o zleceniu oraz przepisów o rękojmi,
- stron, przedmiotu, sposobu, formy i miejsca zawarcia umowy o świadczenie zdrowotne,
- swobody kontraktowania stron,
- obowiązków umownych stron i odpowiedzialności z tytułu ich naruszenia,
- zagadnień procesowo-dowodowych wzbogaconych o postulaty *de lege ferenda*.

Autor dowodzi tezy, że pomimo nawiązywania stosunków prawa medycznego na masową skalę, obrót świadczeniami zdrowotnymi wciąż nie jest transparentny, a obecny poziom prawnego uregulowania treści tych stosunków jest niesatysfakcjonujący dla ochrony interesów pacjenta. Uzasadnione pozostaje podjęcie inicjatywy legislacyjnej zmierzającej do znormatywizowania na gruncie kodeksu cywilnego, w obrębie części szczególnej zobowiązań, umowy o świadczenie zdrowotne jako osobnego typu umowy nazwanej będącej podstawowym źródłem prywatnoprawnego stosunku prawa medycznego.

Publikacja zawiera liczne poglądy doktryny oraz aktualne tezy z orzecnictwa sądów polskich i zagranicznych.

Książka jest przeznaczona dla prawników praktyków: sędziów, adwokatów, radców prawnych, a także personelu medycznego oraz kadry zarządzającej podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.

Grzegorz Glanowski – doktor nauk prawnych; asystent w Zakładzie Bioetyki i Prawa Medycznego Uniwersytetu Jagiellońskiego; wykłada prawo medyczne na studiach magisterskich i podyplomowych organizowanych przez WPiA UJ; radca prawny specjalizujący się w obsłudze pacjentów i podmiotów wykonujących działalność leczniczą.



9 788381 609838 W01P01

ISBN 978-83-8160-983-8



9 788381 609838

ZAMÓWIENIA:

INFOLINIA 801 04 45 45

ZAMOWIENIA@WOLTERSKLUWER.PL

WWW.PROFINFO.PL