

Łódź, dnia 8 grudnia 2018 r.

dr hab. Paweł Księżak
profesor Uniwersytetu Łódzkiego

Recenzja
pracy doktorskiej Grzegorza Glanowskiego
„Umowa o świadczenie zdrowotne”

Wybór tematu rozprawy doktorskiej należy uznać za bardzo dobry i ambitny. W dotychczasowej – jakże obszernej przecież - literaturze prawniczej odnoszącej się do zagadnień relacji lekarza i pacjenta brak jest monograficznego, pogłębionego opracowania problematyki umowy o świadczenie zdrowotne. Truizmem będzie stwierdzenie, że z tą umową każdy zapewne miał w życiu do czynienia wielokrotnie – to zwykle pierwsza umowa, która człowieka dotyczy (i to już w fazie prenatalnej), i zwykle jedna z ostatnich, którą zawiera. Jeśli o prawie cywilnym mówi się jako o prawie życia codziennego, to o umowie o świadczenia zdrowotne należałoby to powiedzieć – umowa kluczowa dla życia (nie tylko codziennego). Tym bardziej może zaskakiwać, że tak fundamentalna czynność prawna nie została stypizowana w kodeksie i nie ma własnych monograficznych opracowań. Można pokusić się o refleksję, że świadczy to niestety o ubóstwie wyobraźni współczesnych prawników – otóż gdyby nasi zaci Rzymianie w swym prawniczym geniuszu opisali taki właśnie kontrakt – dziś znajdowałby się on w każdym kodeksie i nikogo by to nie dziwiło. Niestety tej historycznej wskazówki brakuje i dlatego potrzeba kogoś takiego jak Autor recenzowanej rozprawy, by spostrzec to, co mieliśmy przed oczami przez stulecia: jeden z najważniejszych, najpopularniejszych a przy tym najbardziej złożonych typów umowy w obrocie cywilnoprawnym.

Opisywane zagadnienie tworzy spójny blok problemów, o dość jasno identyfikowalnych granicach, jednakże niełatwy do zbadania i opisanie. Wielość i złożoność problemów, które pojawiają się na tym tle, potrzeba bezustannego balansowania na granicy prawa prywatnego i publicznego, konieczność uchwycenia szczególnych, niepowtarzalnych elementów tej umowy a zarazem wpisania jej w ramy kodeksu cywilnego powoduje, że temat – jeśli zamierza się potraktować go poważnie – okazuje się bardzo trudny, ale naukowo satysfakcjonujący. Temat rodzi skomplikowane pytania (o teoretycznym, ale również

praktycznym znaczeniu), problemy wymagające głębszego namysłu, zmusza do wytyczania własnych ścieżek interpretacyjnych. Opisanie wszystkich wątków w sposób dogłębny i spięcie ich jedną logiczną klamrą jest w tym wypadku zadaniem niełatwym. Grzegorz Głanowski sprostał temu zadaniu w sposób bardzo dobry a praca, którą przedstawił, zdecydowanie wyróżnia się na tle innych rozpraw doktorskich.

Metoda badawcza przyjęta przez doktoranta jest optymalna. Autor posługuje się metodą dogmatyczną w sposób dowodzący bardzo wysokiej zdolności analitycznego myślenia. Ogromną zaletą pracy jest uwzględnienie w dużym zakresie metody prawnoporównawczej. Badania prawnoporównawcze (pogłębione i wielokierunkowe) zebrane zostały są w odrębnej części, ale konkluzje z tych badań są wykorzystane przy opisywaniu prawa polskiego. Prawidłowa metodologia zwielokrotniła efektu wyboru tematu: praca o szerokiej podbudowie komparatystycznej i wnikliwej analizie dogmatycznej ma szansę wywrzeć znaczący wpływ na rozwój polskiego prawa.

Kompozycja pracy jest wzorcowa. Praca składa się ze wstępu, czterech działów merytorycznych oraz obszernych wniosków końcowych. Działy podzielone zostały na rozdziały, te zaś na podrozdziały; każdy z działów kończą wnioski. Proporcje między poszczególnymi działami oraz ich wewnętrzna struktura są prawidłowe, wręcz doskonałe. Również kolejność i sposób prezentacji materiału nie budzi zastrzeżeń. Czytelnik nie ma nigdy żadnych trudności w ustaleniu, czego dotyczą dane rozważania i dlaczego znajdują się właśnie w tym a nie w innym miejscu monografii. Struktura pracy jest niezwykle przejrzysta i łatwa do zrozumienia – umożliwia to szybkie znalezienie czy powrót do poszukiwanej informacji bez konieczności chaotycznego przeglądania całości.

Dział pierwszy poświęcony jest europejskim regulacjom umownego stosunku prawa medycznego. W kolejnych rozdziałach Autor omówił rozwiązania holenderskie, litewskie, niemieckie, czeskie oraz model z DCFR. Każdy z rozdziałów wieńczy podsumowanie a całość zamykają obszerne wnioski. Dział drugi poświęcony jest systemowemu ujęciu polskiej regulacji umownego stosunku prawa medycznego. W tym miejscu omówiony został konstytucyjny model ochrony zdrowia, opisana została umowa o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej jako pośredni sposób nawiązania stosunku prawa medycznego oraz umowny stosunek prawa medycznego na tle kodeksu cywilnego. Można powiedzieć, że zarówno dział pierwszy jak i drugi stanowią punkt oparcia dla kolejnych dwóch działów, które dotyczą już ściśle cywilnoprawnej konstrukcji umowy. W dziale trzecim Autor dokonał szczegółowej

analizy umowy o świadczenie zdrowotne w prawie polskim: kolejne rozdziały poświęcone zostały charakterystyce ogólnej tej umowy, jej stronom i przedmiotowi, sposobie, formie i miejscu zawarcia umowy oraz wygaśnięciu umowy, swobodzie kontraktowania, prawom i obowiązkom stron. W ostatnim, czwartym dziale opisana została problematyka odpowiedzialności - Autor omawia przesłanki odpowiedzialności kontraktowej, uprawnienia wierzyciela w razie naruszenia zobowiązania przez dłużnika oraz rozkład ciężaru dowodu.

Taka struktura pracy oraz kolejność działów i rozdziałów nie budzi wątpliwości. Wywód jest logiczny, nie ma powtórzeń, kolejne kwestie wynikają naturalnie z poprzednio omówionych.

Strona warsztatowa pracy jest na bardzo wysokim poziomie. Autor starannie zebrał i przeanalizował całość dostępnej literatury prawniczej na analizowany temat. To samo należy powiedzieć o bogatym orzecznictwie. Na wysoką ocenę zasługuje sposób korzystania ze źródeł. Niestety coraz częściej spotyka się prace pisane w ten sposób, że autor zestawia dziesiątki długich cytatów z literatury naukowej i orzecznictwa (co oczywiście sprawia, że praca jest obszerna), które z rzadka komentuje. Grzegorz Głanowski warsztat badacza ma na znacznie wyższym poziomie: praca stanowi jego własną wypowiedź, która oparta jest o wszechstronną kwerendę. Odwołania do literatury znajdujemy w rozbudowanych przypisach, natomiast tekst główny to efekt pogłębionej refleksji nad cytowanymi wypowiedziami. O biegłości w tym zakresie świadczy umiejętność syntetyzowania wielu wypowiedzi różnych autorów na określony temat. Wielokrotnie przyjmuje to postać zestawienia w kilku punktach najważniejszych argumentów za określonym stanowiskiem, które były prezentowane w literaturze. Taka technika jest dowodem bardzo przemyślanego korzystania ze źródeł. Efektem jest praca, która zawiera rzeczywiste wyekstrahowanie najważniejszych problemów, poglądów i argumentów i przedstawienie ich w niezwykle uporządkowany, konsekwentny sposób. Autor nigdy nie jest niewolniczo przywiązany do cudzych poglądów - chętnie i zawsze z pogłębionym uzasadnieniem prezentuje własne stanowisko. Charakterystycznym rysem warsztatu Autora jest niespotykana wręcz umiejętność precyzyjnej argumentacji – przypomina to niekiedy dowód matematyczny. Praca w najmniejszym stopniu nie sprawia wrażenia kompilacji cudzych poglądów, lecz jest rzeczywistą, autorską wypowiedzią doktoranta. Za pewną ułomność poczytuję jednak to, że Autor przygotował pracę przesadnie „suchą”, dogmatyczną, bez rozjaśnienia jej przykładami dobranymi z orzecznictwa czy stworzonymi kazusami.

Charakterystycznym rysem warsztatu Grzegorza Głanowskiego jest również niezwykła precyzja terminologiczna. W gąszczu skomplikowanej siatki pojęciowej, często różnie rozumianej w nauce i orzecznictwie Autor porusza się bez jednego potknięcia. Ustaleniu pojęć podstawowych poświęcone są nie tylko wywody na początku pracy, ale też i w toku dalszych wywodów (s. 194), gdzie wyjaśnia znaczenie uściślenia pojęcia świadczenia zdrowotnego.

Strona merytoryczna pracy to oczywiście najważniejszy element oceny. W tym wypadku ocena ta wypada wysoko. Monografia przygotowana jest solidnie i nie zawiera istotnych braków ani błędów merytorycznych. Stanowi uporządkowane, pogłębione studium na temat umowy o świadczenie zdrowotne w prawie polskim (na bogatym tle prawnoporównawczym). Autor zestawia, analizuje i syntetyzuje wszystkie najważniejsze wypowiedzi literatury i orzecznictwa, trafnie wskazując węzłowe problemy. W każdej istotnej kwestii zajmuje własne, jasne i dobrze uzasadnione stanowisko. Nie waha się kwestionować nawet najbardziej utrwalonych poglądów, przy czym zawsze jest to poparte odpowiednią argumentacją.

Ilość poruszonych zagadnień jest bardzo duża i tylko niektóre mogą być tu zasygnalizowane. W istocie trudno znaleźć podstawę do formułowania zarzutu merytorycznego czy krytyki, bowiem Autor każdy problem opisał niezwykle szczegółowo, przedstawiając różne stanowiska i skrupulatnie wyjaśniając motywy własnego poglądu. Nie znalazłem punktu, co do którego można by postawić zarzut powierzchowności czy wewnętrznej sprzeczności. Recenzentowi w takim wypadku pozostaje jedynie wskazać kilka kwestii, które zasługują na szczególne podkreślenie czy ewentualnie skłaniają do pewnej refleksji lub polemiki:

W pierwszym rzędzie należy uznać za udowodnioną przez Autora tezę pracy (s. 24), że „celowym staje się podjęcie inicjatywy legislacyjnej, zmierzającej do znormatywizowania, w obrębie części szczególnej k.c., przepisów regulujących umowę o świadczenie zdrowotne jako typu umowy nazwanej, będącej podstawowym źródłem prywatnoprawnego stosunku prawa medycznego.” Rzeczywiście, nie może być wątpliwości co do tego, że umowa o świadczenie zdrowotne posiada cechy pozwalające uznać ją za osobny typ umowy nazwanej (Autor udowodnił to przekonująco w dziale trzecim pracy) . Obecny brak jednolitej regulacji utrudnia zrozumienie struktury tej umowy, a w konsekwencji osłabia pozycję pacjenta. Prawa i obowiązki stron muszą być identyfikowane poprzez dość skomplikowaną analizę wielu

aktów prawnych, przy czym sama umowa o świadczenie zdrowotne rozpatrywana jest poprzez pośrednie korzystanie z przepisów innych umów nazwanych, które – jak zlecenie – niewiele mają w istocie wspólnego ze specyfiką leczenia (s. 164 i inne). Autor trafnie wskazuje, że miejscem regulacji tej umowy winien być kodeks cywilny. Umowa jest dziś i musi być w przyszłości opisana jako umowa szczególnego zaufania, starannego działania, wzajemna, stanowiąca odmianę umowy o świadczenie usług, przy czym aktywnością wyróżniającą spośród innych usług jest oddziaływanie na zdrowie człowieka w ramach medycyny konwencjonalnej.

Wydaje się, że sens takiej regulacji – na co zwraca uwagę Autor zwłaszcza w kontekście prawnoporównawczym (np. s. 124) – nie może polegać jedynie na utrwaleniu bezspornych już kwestii czy zebraniu przepisów w jednym miejscu, ale na prospektywnym opisanu tych zagadnień, które budzą wątpliwości czy w dającej się przewidzieć przyszłości mogą stanowić punkt sporny. W związku z tym nasuwa się jednak od razu pewna okoliczność, o której nie znalazłem wzmianki w pracy – na naszych oczach pojawia się właśnie niezwykle fenomen technologiczny, tj. sztuczna inteligencja (na razie uznawana za tak zwaną słabą AI, tj. sieci neuronowe, które w oparciu o tzw. *deep learnig* potrafią uczyć się określonego, zamkniętego problemu i rozwiązywać go następnie już bez udziału człowieka w sposób autonomiczny). Właśnie w medycynie postęp w rozwoju AI prowadzi do niewiarygodnych wprost osiągnięć – np. już dziś AI potrafią wielokrotnie lepiej od lekarza-radiologa odczytywać zdjęcia rentgenowskie. Z uwagi przede wszystkim na regulacje prawne (albo ich brak) dopuszczenie AI do działania nie następuje jednak na powszechną skalę – wystarczy się o tym przekonać udając się na badanie RTG – analizy zdjęcia dokona lekarz-radiolog, co do którego zostało już udowodnione, że robi to gorzej, dłużej i drożej niż maszyna. Rodzi to szereg pytań, które warto zadać już dziś: czy realizując umowę o świadczenie zdrowotne lekarz (a może placówka medyczna) może posługiwać się AI? Jak wyglądają wtedy obowiązki informacyjne? Jak kształtuje się odpowiedzialność? Przy przygotowywaniu monografii do druku należałoby zagadnienia te uwzględnić albo wyraźnie oznaczyć, dlaczego pozostaje to poza zakresem pracy – osobiście nie mam zresztą wątpliwości, że jest to zagadnienie tak ważne, że nadaje się na odrębną monografię.

Dział prawnoporównawczy poświęcony został w swym głównym trzonie analizie kilku ustawodawstw, w których występuje umowa o leczenie (czy świadczenie medyczne), jako typ umowy uregulowanej w kodeksie cywilnym lub poza nim. W rozdziale wprowadzającym (s. 26) zasygnalizowane zostało jednak, że obok modelu, w którym w

relacji lekarz-pacjent upatruje się stosunku cywilnoprawnego wynikającego z umowy, znany jest również model, w którym relacja ta ma charakter obligacyjny, ale nie umowny. Co więcej, w niektórych państwach relacja ta ma wyłącznie charakter publicznoprawny, nie zaś prywatnoprawny. Ze zrozumiałych względów Autor pomija w dalszych analizach te modele, w których nie ma odpowiedników opisywanej przez niego umowy, jednak sama świadomość występowania w tym zakresie tak istotnych różnic zmusza do innego spojrzenia na opisywany stosunek prawny. Umowa o świadczenie zdrowotne okazuje się bowiem niekonieczna, czego przecież nie da się powiedzieć o innych popularnych umowach (zlecenie, dzieło, sprzedaż itd.). Rodzi się w związku z tym pytanie o to, jaki element polskiego systemu prawnego przesądza o tym, że umowa taka u nas występuje. Czy dałoby się (w istniejących ramach prawnych) inaczej opisać relację pacjent-lekarz i przyjąć alternatywną hipotezę, tzn. że *de lege lata* w prawie polskim stosunek ten (prywatnoprawny) nie ma źródła umownego? Może rozwiązanie pośrednie jest lepsze, bo dwa skrajne modele (relacja publicznoprawna albo umowna) prowadzą do niezadowalających rezultatów: w pierwszym wypadku zdrowie prywatne staje się sprawą publiczną (zatem państwo ingeruje w wolność jednostki); w drugim zdrowie (dobro osobiste) staje się przedmiotem umowy. Czy jednak takie przesunięcie kategoryjne miałyby jakieś praktyczne znaczenie?

Trzon pracy zawiera analiza praw i obowiązków wynikających z umowy o świadczenie zdrowotne i – w konsekwencji – odpowiedzialności za naruszenie tych obowiązków. Obowiązków tych po stronie lekarza (czy szerzej: świadczeniodawcy) jest немало: obok głównego obowiązku udzielenia świadczenia zdrowotnego należy wymieść obowiązek informacyjny, obowiązek poszanowania autonomii, obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej oraz obowiązek zachowania tajemnicy. Spośród nich na szczególną uwagę zasługuje obowiązek informacyjny, którego waga stale rośnie, czego dowodzi nie tylko obszerna literatura na ten temat, ale przede wszystkim obfite orzecznictwo. Autor poświęca temu zagadnieniu wiele miejsca a uwagi w tym zakresie mogą być uznane za niekontrowersyjne. Dwie kwestie wydają się jednak nadal nie do końca wyjaśnione. Po pierwsze, chodzi o czynnik czasu, który w *realnym* świecie (nie w świecie norm) ma fundamentalne znaczenie. Jeśli w jednostce czasu n lekarz ma udzielić świadczenia medycznego m pacjentom, to w czasie m/n muszą zrealizować się wszystkie obowiązki lekarza. Jeśli jest to niemożliwe, lekarz niektóre obowiązki może zrealizować jedynie częściowo; w praktyce redukcja dotknie właśnie obowiązku informacyjnego. Takie postępowanie rodzi zarzut naruszenia zobowiązania i może rodzić odpowiedzialność.

Alternatywą jest zmiana parametrów n i m – pojawia się jednak pytanie, czy systemowo lepiej jest części pacjentów w ogóle nie leczyć, ale wobec leczonych doskonale zrealizować wszystkie obowiązki, czy może jednak nastawić się na jak największą liczbę zrealizowanych świadczeń z pewnymi uchybieniami w realizacji obowiązków. Na takie pytanie lekarz może odpowiedzieć tylko w jeden sposób: skoro ma realizować *umowę* pod groźbą odpowiedzialności kontraktowej, to *musi* ograniczyć liczbę pacjentów. W konsekwencji coraz większe obowiązki kontraktowe prowadzić muszą do coraz większego zatoru w systemie. W ten sposób interes jednostkowego pacjenta (doskonale informowanego i leczonego) realizowany jest kosztem innych, którzy swego leczenia mogą nie doczekać. Nie wydaje się właściwe odrzucenie tego rozumowania tylko z tego powodu, że jest to *inne zagadnienie* – otóż zagadnienie to (wydolności systemu jako całości) jest zagadnieniem *innym* tylko dlatego, że za *inne* zostało uznane przez prawnika-cywilistę, który stawia w centrum umowę. Jeśli bowiem przyjąć założenie o publicznoprawnym charakterze relacji lekarz – pacjent to łatwiej widzieć jednostkowy przypadek jako element systemu. Przy takim ujęciu uzasadnione systemowo może być np. osłabienie obowiązków w stosunku do indywidualnego pacjenta, zwłaszcza z uwagi na *ogólne* braki lekarzy, czasu i sprzętu. Podsumowując: warto byłoby zastanowić się, czy podstawowa teza o umownej relacji pacjent-lekarz rzeczywiście umacnia czy osłabia pozycję obywateli (wszystkich). Czy nie jest może tak, że wzmacniając sytuację konkretnego pacjenta (strony umowy) zarazem osłabia się system jako całość, często kosztem tych, którzy nie doczekają okazji, by w ogóle umowę o świadczenie medyczne zawrzeć. Czy odrzucenie koncepcji umowy na rzecz relacji publicznoprawnych nie dałoby *ogólnie* lepszych rezultatów. Rezygnacja z podstawy umownej nie musiałaby przecież oznaczać powrotu do paternalizmu w leczeniu.

Zagadnienie obowiązków informacyjnych wydaje się zresztą interesujące jeszcze z innego powodu. W praktyce realizacja tego obowiązku ma niejednokrotnie (a może nawet zwykle) charakter dość powierzchowny albo sprowadza się do przedstawienia pacjentowi długiego dokumentu z prośbą o jego podpisanie („zapoznałem się”) lub też obowiązek ten w ogóle jest pomijany. Zbyteczne mówić, że jest to naruszenie umowy i praw pacjenta i rodzi odpowiedzialność kontraktową, jednak w praktyce jedynie wtedy, gdy doszło do jakiejś szkody. Czy w związku z tym nie mamy *de facto* do czynienia z pewną fikcją obowiązku umownego – lekarze, aby system mógł funkcjonować, często (a może nawet z reguły) tego obowiązku nie realizują w sposób prawidłowy, ale ... nic z tego nie wynika. Pacjent przychodzi do lekarza, nie jest o niczym informowany, świadczenie główne zostaje spełnione

i pacjent wychodzi mniej lub bardziej zadowolony, ani myśląc o pozywaniu lekarza w związku z niezrealizowaniem obowiązku pobocznego. To *powszechne* naruszenie praw pacjenta (i jak twierdzi Autor – obowiązku umownego) nie spotyka się z żadną sankcją. W świetle przyjmowanej przez Autora koncepcji, że zasądzenie zadośćuczynienia nie jest możliwe w reżimie kontraktowym (s. 349), trudno zresztą wskazać na czym miałyby polegać tu odpowiedzialność kontraktowa. Rozważania te mogłyby prowadzić do wniosku, że postrzeżenie obowiązku informacyjnego jako umownego może być kwestionowane.

To nasuwa zresztą poważniejszą uwagę krytyczną: Autor utożsamia obowiązki wynikające z ustawy i wpływające na treść stosunku prawnego (art. 56 k.c.) z obowiązkami umownymi. Nie jestem pewien czy rzeczywiście taka równość zachodzi. Zapewne zależy to od tego, jak zdefiniować „obowiązek umowny”. Jeśli rozumieć przez to obowiązek wynikający z umowy, tzn. determinowany treścią oświadczeń woli, to obowiązek, który zostaje nałożony przez ustawę w związku z zawarciem określonej umowy, nie jest obowiązkiem umownym, choć niekiedy staje się elementem stosunku prawnego. Ta kwestia winna być moim zdaniem jaśniej wyartykułowana, bo wpływa na zakres tematu. Osobiście mam poważne wątpliwości, czy rzeczywiście np. obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej jest obowiązkiem umownym. Podobnie, z zaskoczeniem przyjąłbym konstatację, że obowiązek prowadzenia ksiąg rachunkowych czy posiadania kasy fiskalnej jest obowiązkiem umownym.

Wypada zgodzić się z Autorem (s. 173), że liczne odmienności zachodzące między stosunkiem konsument-przedsiębiorca a pacjent-świadczonodawca (lekarz) nie wyłączają przyjęcia, że można pacjenta traktować jak konsumenta szczególnego rodzaju. Warto byłoby jednak pokusić się o dokładniejsze wskazanie, jakie są konsekwencje takiej kwalifikacji, zwłaszcza w kontekście art. 3 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta.

Interesujące są uwagi (wyrażone jednak jedynie na marginesie głównych rozważań i rozproszone) dotyczące tzw. alternatywnej (niekonwencjonalnej) medycyny. Autor trafnie wskazuje, że umowa, leżąca u podstaw dokonywania takiego „leczenia” nie jest umową o świadczenie medyczne. W konsekwencji na prowadzącego taką praktykę nie są nałożone obowiązki, które ciążą na lekarzu (informacyjny, dokumentacja itd.). W pełni zgadzam się z postulatem *de lege ferenda* (s. 182), by standard ochrony pacjenta był odnoszony również do osób leczonych w taki sposób. Gdyby przyjąć, że również tu mamy do czynienia z umową o

świadczenie zdrowotne, pozycja osoby korzystającej z takich usług by się poprawiła. Obowiązek informacyjny być może odstraszyłyby niektórych chętnych; obowiązek prowadzenia dokumentacji ułatwiłby dochodzenie odszkodowania itd. Trafne są także uwagi o potrzebie objęcia analogiczną ochroną osoby poddawane zabiegom z ogranicza medycyny i kosmetologii i tatuażystów.

Za bardzo cenne uważam zebranie i opisanie przyczyn, które mogą być podstawą odmowy zawarcia umowy o świadczenie zdrowotne ewentualnie rozwiązania takiej umowy (s. 212 i nast.). Wywody w tym zakresie są bardzo wyważone i nie budzą wątpliwości. Za bardzo wartościowe uważam też dostrzeżenie, że mechanizm, który prowadzi do automatycznego przypisania odpowiedzialności za skutek w wypadku braku należytego pouczenia prowadzi do przesadnego wzmocnienia pozycji pacjenta (s. 358); adekwatny związek przyczynowy powinien pozostać niezmiennie czynnikiem limitującym odpowiedzialność. Bardzo pouczające są również rozważania dotyczące zarzutu zgody hipotetycznej (s. 363 i nast.).

Za kontrowersyjną uznałbym natomiast tezę, zgodnie z którą do umowy o świadczenie zdrowotne można stosować art. 472 k.c. w zakresie, w jakim pozwala ograniczyć odpowiedzialność świadczeniodawcy (s. 218.). Wprawdzie Autor zastrzega, że „na wynikającą z art. 472 k.c. możliwość umownego ograniczenia odpowiedzialności za szkodę należy spoglądać z dużą dozą ostrożności, gdyż zasadniczo będzie się temu sprzeciwiać właściwość (natura) stosunku oraz zasady współżycia społecznego”, jednak tego wątku nie rozwija. Teza pozostaje w pewnej sprzeczności z wcześniejszym ustaleniem pozycji pacjenta jako szczególnego konsumenta – szczególnego, tj., wymagającego jeszcze większej ochrony. Wydaje się, że zarówno rozwój prawa konsumenckiego, jak i system ochrony praw pacjenta (w tym np. ułatwień procesowych) zmierza w przeciwnym kierunku. Należy jednak dostrzec, że bardzo szczegółowo opisane została problematyka niedozwolonych klauzul umownych (s. 220 i nast.). Autor zresztą w zakresie odpowiedzialności zajmuje bardzo tradycyjne i zachowawcze stanowisko, tymczasem być może należałoby raczej spostrzec, że wina w odniesieniu do świadczenia zdrowotnego jest chyba rozumiana w sposób dość specyficzny. Zaryzykowałbym tezę, że lekarz odpowiada za szkodę wyrządzoną przez każde bezprawne zachowanie lub zaniechanie, tj. obiektywne naruszenie swych obowiązków a sytuacja, gdy wykáže, że naruszył swe obowiązki, ale dochował przy tym należytej staranności, wydaje się raczej teoretyczna. Warto byłoby pokusić się o przykłady, które ilustrowałyby taką właśnie sytuację.

Bardzo wartościowe są również uwagi dotyczące pozycji stron w razie zwłoki dłużnika a także problematyki dowodowej, w tym dowodu *prima facie*. Muszę jednak ze smutkiem skonstatować, że nadal nie wiem, co dokładnie ten dowód rozumieć a intuicja podpowiada mi, że w określeniu tym słowo „dowód” winno być właśnie w cudzysłowie. Nie budzą żadnych zastrzeżeń rozbudowane uwagi dotyczące domniemań.

Praca jest perfekcyjnie przygotowana **od strony formalnej**. W całej pracy nie znalazłem żadnego istotnego błędu gramatycznego czy stylistycznego, niezwykle rzadko można dostrzec błędy interpunkcyjne (np. s. 122 - „jako, że”; s. 140 „mimo, że”) czy semantyczne (np. s. 401, wers 3g, s. 404, w.5d. – „poddawać w wątpliwość” zamiast prawidłowo „podawać” i kilkakrotne użycie słowa „dedykowany” w popularnym dziś, ale chyba nadal nieprawidłowym znaczeniu „przeznaczony do czegoś” (s. 33, 170, 322, 413), tylko kilkakrotnie natknąłem się na tzw. literówki (np. s. 194, w. 5 – „przyzoleniem”). Sposób konstrukcji przypisów i bibliografii jest bezbłędny. Język wywodu jest niezwykle jasny i precyzyjny. Autor ma umiejętność wyrażania się ściśle, ale zarazem w sposób, który pozwala czytelnikowi cały czas pozostać zaangażowanym w lekturę. W pracy nie ma powtórek, urwanych myśli, niedopowiedzeń. W wersji przedstawionej do recenzji brak jednak streszczenia w języku angielskim wymaganego zgodnie z art. 13 ust. 6 ustawy z 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (t.j. Dz.U. 2017, poz. 1789).

W **konkluzji** stwierdzam, że praca stanowi oryginalne rozwiązanie problemu naukowego oraz wykazuje ogólną wiedzę teoretyczną Grzegorza Głanowskiego z zakresu dziedziny nauk prawnych – dyscyplina prawo oraz umiejętność samodzielnego prowadzenia pracy naukowej w rozumieniu art. 13 ust. 1 ustawy z 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (t.j. Dz.U. 2017, poz. 1789), znajdującego zastosowanie w niniejszym postępowaniu (art. 175 ust. 1 ustawy z 3 lipca 2018 r. – Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U 2018, poz. 1669).

