

WOJCIECH LIS¹

Recenzja: Justyna Węglińska, *Realizacja bezpieczeństwa prawnego w instytucji odpowiedzialności lekarza za błąd medyczny*

Wydawnictwo: **C.H. Beck**

Miejsce wydania: **Warszawa**

Rok wydania: **2022**

Liczba stron: **178**

Wpłynął: 4.11.2022. Akceptacja: 4.11.2022

Review: **Justyna Węglińska, *Realizacja bezpieczeństwa prawnego w instytucji odpowiedzialności lekarza za błąd medyczny***

Publisher: **C.H. Beck, Warsaw**

Year: **2022**

Pages: **178**

Submitted: 4.11.2022. Accepted: 4.11.2022

Zagadnienie będące przedmiotem rozważań pomieszczonych w książce należy ujmować w szerszym kontekście relacji lekarz–pacjent, u podstaw których leży zaufanie pacjenta względem lekarza. Dość powiedzieć, że od poziomu zaufania zależy nierzadko trafność postawionej diagnozy oraz efektywność zastosowanej terapii. Wiąże się to z bardzo poważnymi dla zdrowia pacjenta konsekwencjami, których ocena – w zależności od podmiotu odniesienia – jest różna. Stąd osiągnięcie konsensusu w sprawach dotyczących błędów medycznych wydaje się trudne, o ile w ogóle możliwe do osiągnięcia. To sprawia, że zagadnienie jest dyskusyjne i wywołuje szereg wątpliwości, które znalazły wyraz w pytaniach badawczych, na które autorka starała się udzielić odpowiedzi: Czym jest bezpieczeństwo prawne lekarza? Na czym polega realizacja idei bezpieczeństwa prawnego w instytucji odpowiedzialności lekarza za błąd medyczny? Jakie rozwiązania systemowe i legislacyjne mogą wpływać – pozytywnie lub negatywnie – na stopień realizacji bezpieczeństwa prawnego w instytucji odpowiedzialności lekarza za błąd medyczny? Poza

¹ Prof. KUL, dr hab. Wojciech Lis – Katedra Prawa Rodzinnego i Praw Rodziny Wydział Prawa, Prawa Kanonicznego i Administracji Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II (Polska); e-mail: wlis@kul.lublin.pl; ORCID: 0000-0002-9014-0749.

tym, jakie zagrożenia wiążą się z niskim stopniem realizacji bezpieczeństwa prawnego w instytucji odpowiedzialności lekarza za błąd medyczny? Niewątpliwie tak postawione pytania badawcze determinują poszukiwania optymalnych rozwiązań tych problemów na gruncie normatywnym. Ukazują także wagę problemu – bezpieczeństwa prawnego lekarza, które wpływa na zakres jego odpowiedzialności w przypadku popełnienia błędu medycznego. Idea książki jest więc oczywista i w taki właśnie sposób powinna zostać wyrażona w tytule, który odwołuje się – zapewne w celu doprecyzowania – do instytucji odpowiedzialności za błąd medyczny. To odwołanie komplikuje jednak, zupełnie niepotrzebnie, zasadnicze przesłanie książki, zmuszając czytelnika do zastanowienia, o co w nim chodzi.

Jako przyczynę podjęcia badań dotyczących zabezpieczenia prawnego interesów lekarza autorka wskazała na zauważalną w ostatnich latach tendencję wzrostu procesów sądowych prowadzonych przeciwko lekarzom, którzy popełnili błąd medyczny, podkreślając, że jest to konsekwencją rosnącej świadomości społeczeństwa co do środków prawnych służących do ochrony swoich interesów, z czym się w pełni zgadzam. Jednakże według autorki jest to przyczyną patologii w wykonywaniu zawodu lekarza, z czym już nie sposób się zgodzić. Wzrost świadomości prawnej społeczeństwa i odwaga w dochodzeniu swoich praw w przypadku popełnienia przez lekarza błędu medycznego to najlepszy mechanizm przeciwdziałania nieprawidłowościom w wykonywaniu zawodu lekarza, a nie ich generowania. To bardzo dobra tendencja, za którą powinny pójść kolejne inicjatywy zmierzające do podniesienia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, zwłaszcza inwazyjnych. Nie ma lepszych metod przeciwdziałania nieprawidłowościom w wykonywaniu zawodu lekarza niż upominanie się o swoje prawa, a w razie konieczności dochodzenia ich poprzez inicjowanie postępowań prokuratorskich i sądowych oraz nagłaśniania przypadków błędów medycznych. Działania takie nie są wymierzone przeciwko lekarzom ani nie służą ich napiętnowaniu, tylko ograniczeniu ilości błędów medycznych oraz podniesieniu standardów udzielanych świadczeń zdrowotnych. Są najlepszym gwarantem właściwego wykonywania zawodu przez tych, którym powierza się swoje zdrowie i życie. Stanowią także skuteczną ochronę przed arogancją i poczuciem bezkarności, która niestety jest dzisiaj cechą wielu lekarzy.

Książka składa się z 6 rozdziałów, które dotyczą kolejno zagadnienia bezpieczeństwa prawnego, błędu medycznego, odpowiedzialności zawodowej lekarza, odpowiedzialności cywilnej lekarza w Polsce i w wybranych stanach USA oraz bezpieczeństwa karnego lekarza. Należy przyznać, że struktura wewnętrzna poszczególnych rozdziałów jest logiczna i pozwala na przedstawienie węzłowych zagadnień zdeterminowanych ich tytułem. Wszystkie rozdziały zostały solidnie opracowane, z naprawdę wielką dbałością o szczegóły. Po ich lekturze śmiało

można powiedzieć, że stanowią doskonałą bazę do nauki podstaw prawa medycznego. Zawierają bowiem klarownie omówione instytucje odnoszące się do poszczególnych rodzajów odpowiedzialności prawnej towarzyszącej wykonywaniu zawodu lekarza. Ma to swoje zalety, gdyż pozwala osobie słabo zorientowanej w problematyce odpowiedzialności za błąd medyczny, czy szerzej – odpowiedzialności prawnej – poznać i zrozumieć to zjawisko. Walor edukacyjny książki jest zatem niewątpliwy, zwłaszcza że wywody prowadzone są w sposób bardzo kompetentny. Sprzyja temu język i styl autorki, która o sprawach trudnych pisze w sposób zrozumiały dla każdego czytelnika, także nieposiadającego wiedzy prawniczej, dzięki czemu książkę czyta się szybko i bez konieczności odgadywania intencji autorki. Książka jest napisana starannie, jest wolna od błędów językowych i stylistycznych, co świadczy o bardzo dobrym warsztacie naukowym i dbałości o jakość prowadzonych rozważań. Od strony formalnej przedstawia bardzo wysoki poziom. Książkę zamyka krótkie zakończenie oraz indeks rzeczowy ułatwiający możliwość szybkiego wyszukania interesującego zagadnienia.

Zaletą książki jest także wyjście poza tradycyjne dla nauk prawnych metody badawcze i prowadzenie rozważań przy zastosowaniu metody aksjologicznej analizy prawa, pozwalającej ukazać prawo z perspektywy powszechnie uznanych wartości oraz metod socjologicznej i psychologicznej, które posłużyły do badania aspektu funkcjonalnego instytucji odpowiedzialności lekarza za błąd medyczny.

Książka została oparta na bogatym materiale źródłowym, którego dobór świadczy o bardzo dobrej znajomości zagadnienia. Zestawienie bibliograficzne obejmuje łącznie 430 pozycji, w tym 225 książek i artykułów naukowych, 193 orzeczenia sądów polskich i amerykańskich oraz 12 pozycji ujętych jako pozostałe źródła. Książka została wydana w prestiżowej serii Monografie Prawnicze Wydawnictwa C.H. Beck. Kończąc ocenę strony formalnej, należy dodać, że książka uzyskała pozytywne recenzje przygotowane przez dr hab. Oktawiana Nawrota, prof. UG oraz dr hab. Rafała Patryna, prof. UM.

Zagadnienie będące przedmiotem książki jest interesujące i ważne, tym bardziej że zarówno w doktrynie, jak i w judykaturze akcent kładziony jest na bezpieczeństwo pacjentów. Trudno zresztą się temu dziwić, zważywszy na nieporównanie słabszą pozycję pacjenta, dodatkowo znajdującego się w trudnej sytuacji zdrowotnej, więc niejako skazanego na pomoc lekarza. Faktem jest jednak, że w dotychczasowym piśmiennictwie analizie poddawano głównie sytuację prawną poszkodowanych pacjentów, natomiast pomijano, względnie tylko sygnalizowano, aspekty związane z zabezpieczeniem interesów lekarza w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

Punktem wyjścia dla prowadzonych rozważań jest koncepcja bezpieczeństwa prawnego autorstwa Jadwigi Potrzeszcz, według której bezpieczeństwo prawne

wynika z pewności prawa. Bezpieczeństwo prawne i pewność prawa znajdują się w relacji celu i środka. Zabezpieczenie samego prawa, czyli jego pewność, nie jest wartością samoistną, lecz służy bezpieczeństwu człowieka. Stanowione i stosowane prawo jest adekwatnym środkiem służącym osiągnięciu albo, ściślej mówiąc, dążeniu do osiągnięcia bezpieczeństwa prawnego, którego podstawą jest godność człowieka, która ma charakter przyrodzony. W konsekwencji pewność prawa zasługuje na ochronę o tyle, o ile stanowi adekwatny środek prowadzący do urzeczywistnienia prawno-naturalnego roszczenia zapewnienia bezpieczeństwa prawnego. Środki służące do osiągnięcia bezpieczeństwa prawnego muszą posiadać cechy zapewniające możliwość urzeczywistnienia bezpieczeństwa prawnego (s. 5–6). W konsekwencji bezpieczeństwo prawne oznacza stan osiągnięty przy pomocy prawa pozytywnego, w którym dobra życiowe człowieka i jego interesy są strzeżone w sposób możliwie całkowity i skuteczny. Ze względu jednak na niedoskonałości prawa pozytywnego bezpieczeństwo prawne może zostać osiągnięte jedynie w określonym stopniu, w pewnym zakresie, nigdy w sposób kategoriyczny. Koncepcja ta stanowiła asumpt do podjęcia badań dotyczących tego, na ile bezpieczeństwo prawne jest realizowane, czyli urzeczywistniane, w instytucji odpowiedzialności lekarza za błąd medyczny i jakie środki prawne są stosowane w praktyce w celu jego osiągnięcia. Pozwoliło to na przyjęcie założenia, że bezpieczeństwo prawne lekarza oznacza stan osiągnięty przy pomocy prawa pozytywnego, w którym dobra życiowe lekarza i jego interesy w związku z wykonywanym zawodem podlegają ochronie prawnej. Zagwarantowanie bezpieczeństwa prawnego lekarza może wpłynąć na poprawę jakości świadczonych usług medycznych, a w konsekwencji doprowadzić do należytego zabezpieczenia zdrowia i życia pacjentów (s. 16). Realizacja bezpieczeństwa prawnego w znaczeniu obiektywnym jest możliwa jedynie w sytuacji, kiedy normy prawne obowiązujące w danej jurysdykcji zawierają skuteczne i precyzyjne mechanizmy dotyczące zarówno zasad wykonywania zawodu lekarza oraz wymogów stawianych przed lekarzem, jak również ponoszenia przez lekarza odpowiedzialności na płaszczyźnie deontologicznej, cywilnoprawnej oraz karnoprawnej. Stworzenie przez ustawodawcę ram prawnych gwarantujących realizację bezpieczeństwa prawnego lekarza bezpośrednio przekłada się na wzrost poczucia bezpieczeństwa lekarza, tj. na bezpieczeństwo prawne w ujęciu subiektywnym (s. 9).

Wobec powyższego należy podkreślić, że przepisy prawne dotyczące zarówno zasad wykonywania zawodu lekarza, wymogów stawianych przed lekarzem, jak również ciążących na nim obowiązków zostały określone w sposób niebudzący wątpliwości w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Do podstawowych obowiązków lekarza należy udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z należytą staran-

nością, z poszanowaniem praw pacjenta oraz w sposób zgodny z zasadami etyki zawodowej wyrażonymi w Kodeksie Etyki Lekarskiej. Z nich wynikają bardziej szczegółowe obowiązki sprecyzowane w Rozdziale 5 ustawy zawodowej „Zasady wykonywania zawodu lekarza”. Wobec tego trudno uznać za trafną uwagę o „braku precyzyjnych norm prawnych dokładnie wyznaczających zasady wykonywania zawodu lekarza” (s. 65), gdyż jest zupełnie odwrotnie. Przestrzeganie przepisów prawnych oraz wywiązywanie się ze swoich obowiązków stanowi najlepszą gwarancję bezpieczeństwa prawnego lekarzy. Z udzielaniem świadczeń zdrowotnych niestety zawsze związane jest ryzyko popełnienia błędu, co wpisane jest w istotę zawodu lekarza. Jednakże nie za każdy błąd lekarz poniesie odpowiedzialność prawną. Inaczej mówiąc, od lekarzy, od ich stosunku do swoich obowiązków zależy to, czy narażą się na odpowiedzialność za błąd medyczny. Przyjęte rozwiązanie pozwala zrównoważyć interesy obydwu stron relacji lekarz–pacjent.

W tym kontekście należy podkreślić, że lekarze, tak jak wszyscy obywatele, podlegają powszechnie obowiązującym przepisom prawa, a w konsekwencji odpowiedzialności na zasadach ogólnych; nie ma tu żadnej filozofii. Autorka jest tego świadoma, stwierdzając słusznie, że wykonywanie zawodu lekarza wiąże się z obowiązkiem przestrzegania powszechnie obowiązującego prawa oraz zasad etyki zawodowej ujętej w formę kodeksów deontologicznych tworzonych zresztą przez środowisko lekarskie, reprezentowane przez samorząd zawodowy (s. 33). Na marginesie warto dodać, że znaczenie odpowiedzialności dyscyplinarnej w przypadku błędu medycznego ma charakter marginalny, głównie dlatego, że środowisko lekarskie w imię niewłaściwie pojętej solidarności zawodowej bardzo niechętnie karze przedstawicieli własnego środowiska. Na szczęście dostrzega się powolny proces zmian w podejściu do przewinień dyscyplinarnych. Wobec tego nie przeceniałbym znaczenia odpowiedzialności dyscyplinarnej lekarza ani wpływu Kodeksu Etyki Lekarskiej ze względu na sposób traktowania wynikających stąd obowiązków. Nie kwestionując oczywiście konieczności jego istnienia, dostrzegam jednak niewielką skuteczność wynikających stąd norm dla odpowiedzialności lekarza za błąd medyczny.

Najbardziej interesującą częścią książki są rozważania dotyczące koncepcji medycyny defensywnej, rozwijanej w Stanach Zjednoczonych. Koncepcja medycyny defensywnej oznacza udzielanie nieefektywnych, nieopłacalnych, wręcz szkodliwych świadczeń zdrowotnych albo odmowę udzielenia świadczenia zdrowotnego, które mogłoby być korzystne dla pacjenta z medycznego punktu widzenia ze względu na wysokie ryzyko niepowodzenia zdeterminowane stopniem skomplikowania danego przypadku. Medycyna defensywna sprowadza się więc do wykonywania nadmiernej liczby badań diagnostycznych (nie zawsze koniecznych i uzasadnionych w świetle wskazań aktualnej wiedzy medycznej) lub prowadzenia

leczenia w sposób nadmiernie zachowawczy wyłącznie po to, by w razie ewentualnego procesu sądowego móc wykazać dochowanie należytej staranności. Szczęśliwie tego rodzaju medycyna nie może być praktykowana w Polsce nie tylko z powodu odmienności systemów prawnych, ale także ze względu na niebudzące wątpliwości gwarancje normatywne wykonywania zawodu lekarza oraz ochronę praw pacjenta, którą zapewnia ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Nie oznacza to jednak, że przejawów takich działań w ogóle nie ma, zwłaszcza na szpitalnych oddziałach ratunkowych. Wobec tego próbę transportowania na grunt prawa polskiego koncepcji medycyny defensywnej, która miała stanowić odpowiedź lekarzy amerykańskich na zagrożenia związane z ryzykiem pociągnięcia ich do odpowiedzialności prawnej za błąd medyczny, uznaję za zbyt daleko idącą. Co więcej, to właśnie próby przenoszenia wzorców postępowania wynikających z koncepcji medycyny defensywnej do praktyki lekarzy polskich może i powinno narazić ich na odpowiedzialność prawną. W świetle aktualnych przepisów obowiązkiem lekarza jest bowiem udzielanie świadczeń zdrowotnych, które są zgodne ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, czyli takich, których zastosowanie pozwoli osiągnąć efekt w postaci wyleczenia. Działanie przeciwne, albo inaczej mówiąc defensywne, stanowi sprzeniewierzenie się podstawowym obowiązkom lekarza i jako takie stanowi podstawę pociągnięcia do odpowiedzialności prawnej.

Odwołanie się do koncepcji medycyny defensywnej pozwoliło jednak autorce przedstawić ciekawą analizę porównawczą odpowiedzialności cywilnej lekarza za błąd medyczny oraz wysokości kwot zasądzanych z tego tytułu odszkodowań lub zadośćuczynień w dwóch amerykańskich stanach – Teksasie i Nowym Jorku. Powyższa analiza pozwala również ukazać istniejące w różnych stanach przeciwstawne sobie tendencje w relacjach lekarz–pacjent. Wśród rozwiązań przeciwdziałających zjawisku medycyny defensywnej, a w konsekwencji przyczyniających się do ograniczenia wysokości kwot zasądzanych z tytułu popełnienia błędu medycznego przyjętych w różnych stanach należą: limity odszkodowań i zadośćuczynień; obowiązkowe posiedzenia przed wyspecjalizowanymi organami, zwane panelami kontrolnymi, których zadaniem jest wstępne rozpatrzenie sprawy dotyczącej błędu medycznego i wydanie opinii co do zasadności roszczenia przed skierowaniem go na drogę postępowania sądowego; wymóg przedstawienia tzw. certyfikatu zasadności roszczenia wystawianego przez profesjonalistę medycznego potwierdzającego, że istnieje uzasadniona podstawa roszczenia; ograniczenie maksymalnej wysokości wynagrodzenia pełnomocników poszkodowanych pacjentów, które mieliby otrzymać w razie wygrania prowadzonej sprawy; zasady ponoszenia odpowiedzialności solidarnej, kiedy wyrok zostaje wydany przeciwko więcej niż jednemu pozwanemu, w zależności od stopnia przyczynienia się przez każdego

z nich do powstania szkody; wprowadzenie krótszych okresów przedawnienia roszczeń o odszkodowanie lub zadośćuczynienie; ustanowienie wyspecjalizowanych sądów właściwych wyłącznie do rozstrzygania spraw dotyczących błędów medycznych. Wydaje się, że wprowadzone regulacje utrudniają możliwość dochodzenia roszczeń na drodze sądowej oraz uprzywilejowują w sposób niczym nieuzasadniony jedną stronę relacji lekarz–pacjent i jednocześnie bardzo poważnie osłabiają ochronę pacjenta w razie popełnienia przez lekarza błędu medycznego. Co więcej, przyczyniają się do obniżenia standardów wykonywania zawodu lekarza, tworząc już nawet nie wrażenie, ale przesądając poprzez konkretne rozwiązania prawne, że lekarzowi można więcej. To oczywiście stanowi przejaw nierównego traktowania. Jeżeli lekarz dopuścił się błędu medycznego, to powinien zostać ukarany z całą surowością odpowiadającą okolicznościom danego przypadku. Na szali znajdują się bowiem dwie wartości, z jednej strony dobre samopoczucie i komfort pracy lekarzy, a z drugiej zdrowie i życie ludzkie, których nie sposób porównywać. Opowiedzenie się za przyjęciem w Polsce regulacji prawnych zwiększających bezpieczeństwo prawne lekarzy oznaczałoby *de facto* ograniczenie bezpieczeństwa prawnego pacjentów. Nie sposób znaleźć uzasadnienia dla uprzywilejowania jednej grupy względem innej, w dodatku w sytuacji, kiedy wyjściowa pozycja przedstawicieli obydwu grup jest diametralnie inna – z jednej strony wiedza medyczna i doświadczenie zawodowe lekarzy, z drugiej strony stan szczególnej potrzeby zdeterminowany kondycją zdrowotną pacjenta uzależnionego od pomocy profesjonalistów medycznych. Nie sposób także wprowadzić precyzyjnie określonych kwot zasądzanych odszkodowań bądź zadośćuczynień z tytułu popełnienia błędu medycznego, chociażby z racji na to, że sytuacja zdrowotna i osobista każdego pacjenta jest inna. Każda sprawa wymaga zatem indywidualnego podejścia z uwzględnieniem całokształtu okoliczności dla niej tylko właściwych. W konsekwencji nie sposób więc przewidzieć, jakiego rzędu odszkodowanie bądź zadośćuczynienie może zostać zasądzone na rzecz poszkodowanego pacjenta w razie ewentualnego sporu sądowego.

Poszukując rozwiązań wzmocnienia bezpieczeństwa prawnego lekarza na gruncie przepisów krajowych, autorka słusznie wskazała na wydziały do spraw błędów medycznych utworzone w prokuraturach regionalnych i okręgowych. Co do konieczności powołania wyspecjalizowanych jednostek zajmujących się sprawami błędów medycznych należy się zgodzić, gdyż leży to i w interesie lekarzy, i pacjentów. O ile więc sama idea jest potrzebna, o tyle sposób funkcjonowania tych wydziałów, przynajmniej w niektórych prokuraturach, trudno określić jako profesjonalizację ukierunkowaną na błędy medyczne. Za surową, raczej negatywną oceną funkcjonowania tych wydziałów przemawiają zarówno własne doświadczenia związane z wykonywaniem zawodu prawniczego, jak również doniesienia medialne

o braku diametralnej poprawy sytuacji wskutek pracy tych wydziałów. Wobec tego, chociaż zgadzam się z autorką co do istoty rzeczy, to jednak nie podzielam jej optymizmu związanego z delegowaniem do tych działów „wyselekcjonowanych prokuratorów posiadających odpowiednią wiedzę z zakresu medycyny”, a w konsekwencji zwiększeniem efektywności pracy prokuratur zajmujących się błędami medycznymi. Wiedza prokuratorów delegowanych do pracy w wydziałach do spraw błędów medycznych w zakresie medycyny nie odbiega specjalnie od wiedzy przeciętnego obywatela, chociaż należy zauważyć dedykowane im szkolenia, których celem jest poszerzenie wiedzy zarówno co do prawa medycznego, jak i samej medycyny. Szkolenia te mają doprowadzić do sytuacji, w której prokuratorzy posiadający pogłębioną wiedzę z zakresu prawa medycznego oraz medycyny będą w stanie dokonywać analizy danej sprawy z uwzględnieniem specyfiki wykonywania zawodu lekarza oraz błędów medycznych (s. 154). Efektywność tych szkoleń zależy jednak od chęci poszerzenia wiedzy przez samych szkolących się oraz od stabilizacji zatrudnienia w wydziale do spraw błędów medycznych czy w danej jednostce organizacyjnej prokuratury. „Nie budzi natomiast wątpliwości, że specyfika wykonywania zawodu lekarza oraz kompleksowość spraw dotyczących błędów medycznych wymaga posiadania przez osoby prowadzące lub nadzorujące postępowania karne w sprawach medycznych niezbędnej wiedzy i doświadczenia” (s. 167). Nie podzielam poglądu autorki, że w przypadku, kiedy prokuratorzy poszerzą wiedzę z zakresu prawa medycznego i medycyny, to będą formułować bardziej precyzyjne z punktu widzenia danej sprawy pytania do biegłego. Nie zawsze robią to prokuratorzy wyspecjalizowani w innych obszarach, przerzucając ciężar formułowania pytań do biegłych na pełnomocników profesjonalnych stron postępowania, trudno więc oczekiwać zmiany takiej praktyki, co oczywiście powinno mieć miejsce. Postulaty takie – bez wyraźnej zmiany podejścia do wykonywanego zawodu – mają raczej charakter życzeniowy. Pomimo tego z ogromną nadzieją przyłączam się do poglądu, że fakt utworzenia wydziałów do spraw błędów medycznych na szczeblu prokuratur regionalnych i okręgowych doprowadzi do wzrostu poziomu przygotowania merytorycznego prokuratorów prowadzących tego typu sprawy (s. 154).

Autorka trafnie podkreśliła ogromną rolę biegłego w kontekście postępowań w sprawach o błąd medyczny, zważywszy na specyfikę i wysoki stopień skomplikowania takich spraw wymagających wiedzy specjalnej. Trudno nie zgodzić się ze spostrzeżeniem autorki, że „Obowiązujące *de lege lata* regulacje prowadzą do sytuacji, w których organy prowadzące postępowanie karne [także cywilne – W.L.] napotykają trudności przy wyznaczaniu biegłego posiadającego wymagane kwalifikacje, wiedzę merytoryczną oraz doświadczenie zawodowe w wąskiej specjalizacji lekarza, przeciwko któremu prowadzone jest postępowanie” (s. 168). Wiąże

się z tym wiele problemów, spośród których zwrócę uwagę tylko na dwa. Pierwszym jest źle pojęta solidarność środowiskowa, której konsekwencją jest opiniowanie nierzetelne, niezgodne ze stanem faktycznym, czasami wręcz sprzeczne z zasadami logiki, łatwe do zauważenia przez każdego nieposiadającego wiedzy specjalnej. Drugim jest kwestia terminów i wynagrodzeń za sporządzane opinie. Obowiązkiem biegłego jest sporządzenie opinii jak najszybciej, tego zresztą wymaga zasada szybkości postępowania. Termin sporządzenia opinii powinien określić organ powołujący biegłego – prokurator lub sąd. Jednakże w praktyce rola prokuratorów i sądu ogranicza się do akceptowania terminów wskazywanych przez powołanych biegłych, nierzadko bardzo odległych. Co więcej, prokuratorzy i sądy rzadko kiedy korzystają z przepisów umożliwiających im dyscyplinowanie biegłych. Za sporządzoną opinię biegły otrzymuje wynagrodzenie, które powinno zostać ściślej powiązane z nakładem pracy, którego czas powinien być każdorazowo weryfikowany. Wobec tego praktyka powoływania i wynagradzania biegłych wymaga zreformowania. Utożsamiam się w pełni z takim postulatem zgłoszonym przez autorkę, która także słusznie podkreśla, że biegli nie zawsze opiniują w zakresie swoich kompetencji zawodowych, czy inaczej mówiąc specjalizacji, co może rodzić wątpliwości co do rzetelności i kompletności wydawanych przez nich opinii. Faktycznie obecnie obowiązujące przepisy nie zawierają efektywnego mechanizmu gwarantującego, że osoba powołana w charakterze biegłego dysponuje niezbędną wąsko specjalistyczną wiedzą oraz doświadczeniem zawodowym wymaganym do sporządzenia opinii w konkretnej sprawie o błąd medyczny.

Sposobem ograniczenia ilości spraw o błąd medyczny kierowanych na drogę postępowania sądowego przyczyniającym się do zwiększenia bezpieczeństwa prawnego lekarzy są alternatywne formy rozwiązywania sporów, takie jak arbitraż i mediacja, które według autorki powinny znaleźć zastosowanie w szerszym niż dotychczas zakresie. Świadczy to o dojrzałości poglądów oraz daje nadzieję na zmianę istniejącego stanu rzeczy przez nowe pokolenia prawników.

Autorka recenzowanej książki zwróciła uwagę na bardzo ciekawe zagadnienia, które nie zostały wyczerpane, ale mogą i powinny być przedmiotem dalszych badań. Urzeczywistnienie idei bezpieczeństwa prawnego lekarza jest możliwe jedynie w sytuacji, kiedy normy prawne zawierają precyzyjne regulacje dotyczące zarówno zasad wykonywania zawodu, wymogów stawianych przed lekarzami, jak również ponoszenia odpowiedzialności z tytułu popełnienia błędu medycznego na płaszczyźnie cywilnoprawnej, karnoprawnej oraz deontologicznej. Wydaje się, że istniejące regulacje prawne pozwalają zrównoważyć interes lekarza i pacjenta, nie pozwalają jednak na całkowite wyeliminowanie błędów medycznych, ale to już nie jest kwestią precyzji przepisów, tylko sposobu ich traktowania i woli zachowywania we własnej praktyce.