

AGATA PRZYLEPA-LEWAK¹

Współczesne wyzwania mediacji medycznej²

Wpłynął: 27.04.2023. Akceptacja: 30.04.2023

Abstrakt

W obliczu stale rosnącej liczby sporów dotyczących odpowiedzialności za błędy lekarskie, wysokich kosztów ich prowadzenia, stopnia ich skomplikowania i wysokość zasądzanych odszkodowań i zadośćuczynień uzasadniona jest analiza powodów bardzo niskiego stopnia wykorzystania pozasądowych sposobów rozwiązywania sporów, w tym przede wszystkim mediacji w Polsce. Charakterystyka tego rodzaju sporów wskazuje bowiem, iż owe sposoby ich rozwiązywania w odpowiednio dopasowanym kształcie mogłyby znacząco przyczynić się do stabilizacji już teraz trudnej sytuacji.

Punktem wyjścia do rozważań podjętych w artykule jest wskazanie istoty koncepcji mediacji i jej zalet. Następnie przeanalizowana została specyfika mediacji medycznej oraz obowiązujące uregulowania prawne.

Celem niniejszego artykułu jest ukazanie tych obszarów regulacji prawnych, które wymagają zmian. Dokonanie ich mogłoby przyczynić się do aktywnego wykorzystania mediacji w sprawach medycznych, a tym samym do usprawnienia rozwiązywania sporów dotyczących odpowiedzialności za błędy lekarskie. Realizacji zadania podjętego przez autorkę służy przede wszystkim metoda formalno-dogmatyczna oraz analiza dostępnych danych statystycznych.

Słowa kluczowe: mediacja, mediacja medyczna, komunikacja, alternatywne sposoby rozwiązywania sporów, pacjent, lekarz.

¹ Dr Agata Przylepa-Lewak – Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej (Polska); e-mail: agata.przylepa-lewak@mail.umcs.pl; ORCID: 0000-0003-3605-9277.

² Badania wykorzystane w artykule nie zostały sfinansowane przez żadną instytucję.

AGATA PRZYLEPA-LEWAK

Contemporary challenges of medical mediation³

Abstract

In view of the ever-increasing number of disputes over liability for medical errors, the high cost of conducting them, their complexity and the amount of compensation and damages awarded, it is reasonable to analyze the reasons for the very low degree of use of out-of-court dispute resolution methods, including mediation in particular, in Poland. This is because the characteristics of these types of disputes indicate that these ways of resolving them in an appropriately adjusted form could significantly contribute to stabilizing an already difficult situation.

The starting point for the considerations undertaken in the article is to indicate the essence of the concept of mediation and its advantages. Then, the specificity of medical mediation and applicable legal regulations were analyzed.

The purpose of this article is to show those areas of legal regulations that require changes. Making changes could contribute to the active use of mediation in medical matters, and thus to improving the resolution of disputes regarding liability for medical errors. The task undertaken by the author is mainly achieved through the formal-dogmatic method and the analysis of available statistical data.

Keywords: mediation, medical mediation, communication, alternative dispute resolution, patient, doctor.

³ The research in this article has not been supported financially by any institution.

Uwagi wstępne

Niewątpliwie nawet w państwach europejskiej kultury prawa stanowionego⁴ zyskują na znaczeniu alternatywne formy rozwiązywania sporów, w tym przede wszystkim mediacja. Wzrost roli tego typu form widzimy nie tyle w obszarze stosowania prawa przez organy państwa, ile w sferze wykonywania prawa przez jego adresatów, czyli świadomego realizowania przysługujących im uprawnień i obowiązków, kształtowanych przez obowiązujące normy prawne. Mediacja w znaczący sposób przyczynia się do rzeczywistej realizacji konstytucyjnej zasady prawa do sądu każdego obywatela, co więcej, przyczynia się również do zapewnienia systemu efektywnego rozstrzygania sporów. Jednakże mediacja w sprawach medycznych jest w Polsce niestety wciąż tematem słabo rozpoznanym i stosunkowo rzadko wykorzystywanym⁵ jako metoda alternatywnego oraz polubownego rozwiązywania sporów⁶, choć istnieją w tym zakresie uregulowania prawne. Wymienić tu należy: przepisy o postępowaniu mediacyjnym zawarte w kodeksie postępowania cywilnego⁷, kodeksie postępowania karnego⁸, ustawy o izbach lekarskich⁹ a także – przepisy ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹⁰. W sprawach medycznych zatem poszkodowany, podejmując decyzję o dochodzeniu swoich roszczeń od osoby odpowiedzialnej za szkodę, może skorzystać nie tylko z drogi procesu cywilnego, ale także z mediacji. Pomimo możliwości sięgnięcia do innych sposobów rozwiązania zaistniałego sporu w świadomości społeczeństwa polskiego spór z lekarzem kojarzony jest głównie z procesem sądowym, często długotrwałym

⁴ Należy zaznaczyć, że w systemach prawa *common law* alternatywne formy rozwiązywania sporów przyjęły się zdecydowanie szybciej niż w systemach prawa stanowionego.

⁵ Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej wskazał, że w latach 2010–2020 rzecznicy odpowiedzialności zawodowej skierowali do postępowania mediacyjnego 93 sprawy, natomiast sądy lekarskie – zaledwie 28. Zob. Biuletyn Informacji Publicznej RPO, *Jest sposób na częstsze mediacje w sprawach odpowiedzialności zawodowej lekarzy*, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-odpowiedzialnosc-zawodowa-lekarzy-mediacje-mz> (dostęp: 22.12.2022).

⁶ Ang. *alternative dispute resolution*; ADR.

⁷ Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (tekst jedn. Dz.U. z 2020 r., poz. 1575, dalej: k.p.c.).

⁸ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 2021 r., poz. 1023, dalej: k.p.k.).

⁹ Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (tekst jedn. Dz.U. z 2021 r., poz. 1342, dalej: u.i.l.).

¹⁰ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz.U. z 2020 r., 849, dalej: u.p.i.r.).

i skomplikowanym¹¹. W tym miejscu zasadne jest założenie, że poziom świadomości społeczeństwa na temat mediacji medycznej wpływa na decyzję o wyborze mediacji jako alternatywnego rozwiązania sporu wynikającego z błędu medycznego. Co więcej, należy przyjąć hipotezę, że przy obecnym kształcie uregulowań prawnych niemożliwe jest powszechne wykorzystanie instytucji mediacji w sprawach medycznych.

Wydaje się zasadne rozważenie przyczyn takiego stanu rzeczy poprzez analizę obowiązujących uregulowań prawnych i zastanowienie się nad ewentualnymi rozwiązaniami, które mogłyby urzeczywistnić ideę mediacji w sprawach medycznych w Polsce, ponieważ wobec złożonych problemów związanych z rozstrzygnięciem spraw o błędy lekarskie mediacja stanowi atrakcyjną alternatywę dla obecnego modelu ich regulowania.

Charakterystyka mediacji

Mediacja jest to polubowna i pozasądowa metoda rozwiązywania sporów, w której neutralny i bezstronny mediator pomaga stronom we wzajemnej komunikacji, określeniu interesów oraz wypracowaniu obopólnie akceptowalnego porozumienia. Można ją określić jako szczególny rodzaj spotkania skonfliktowanych stron w obecności bezstronnej osoby trzeciej czyli mediatora, rolą którego nie jest podjęcie decyzji formalnie kończącej konflikt, ale pomoc w osiągnięciu konsensusu. Mediator pełni rolę „przewodnika”, co oznacza, że dba o wzajemny szacunek, pozwala stronom nawiązać dialog, stwarza konstruktywną atmosferę spokoju, a także zapewnia wsparcie merytoryczne. Najważniejszym celem jest wypracowanie porozumienia korzystnego dla stron sporu, godzącego ich dążenia i interesy oraz oczekiwania otoczenia społecznego. To strony stają się „autorami” treści ugody, decydując się więc na określone jej zapisy są przeświadczane o ich słuszności i to jest najlepszą gwarancją realizacji takiego porozumienia. Konsekwencją tego jest likwidacja rzeczywistych źródeł sporu. Jak wskazuje się w literaturze, w postępowaniu mediacyjnym strony mają większy wpływ na ostateczny wynik sporu. Decydując się z kolei na skierowanie sprawy do sądu, tracą kontrolę nad wynikiem postępowania i mają ograniczony wpływ na rozstrzygnięcie¹². Zaletą mediacji jest zdecydowanie więcej – dzięki takiej formie rozwiązywania konfliktu ludzie uczą się ponownie ze sobą komunikować. Umożliwia ona przedstawienie swojego

¹¹ M.P. Ziemiak, *Mediacja w sprawach medycznych w systemach common law na przykładzie w Wielkiej Brytanii, Irlandii oraz USA. Wzór dla Polskiego Ustawodawcy?*, [w:] K. Bączyk-Rozwadowska, B. Chłudziński (red.), *Alternatywne metody rozwiązywania sporów w sprawach medycznych*, Toruń 2021, s. 162–163.

¹² J. Trapszyc, *Sposoby pozasądowego rozwiązywania sporów medycznych. Specyfikacja mediacji*, [w:] ibidem, s. 98.

stanowiska drugiej stronie w nieformalnej rozmowie. Warunek, jaki musi zostać spełniony, to dobra wola i zgoda obu stron na takie rozwiązanie, ponieważ dobrowolność jest jedną z najważniejszych zasad mediacji. Należy zauważyć, że w procesie sądowym strony prowadzą pozorny dialog za pośrednictwem sędziego i pełnomocników procesowych, z kolei w podczas spotkań mediacyjnych ich uczestnicy rzeczywiście ze sobą rozmawiają. Mediacja więc różni się niewątpliwie od postępowania przed sądem powszechnym, a jej specyficzny charakter opiera się przede wszystkim na swoistych cechach i zasadach. Zgodnie z tymi zasadami mediator dba o dobrowolność uczestniczenia w mediacji i zawierania porozumienia. Nie zmusza stron ani do podjęcia mediacji, ani do zawarcia porozumienia. Mediator powinien być zaakceptowany przez strony, neutralny i bezstronny wobec przedmiotu sporu i uczestników mediacji. Standardem jest również to, że mediator dba o poufność mediacji¹³. Strony podczas postępowania mediacyjnego mogą skorzystać z pomocy odpowiedniego specjalisty (np. innego lekarza czy lekarza, który jest biegłym sądowym).

Specyfikacja mediacji medycznej i Wojewódzkie Komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych

Jak słusznie zauważyli Ewa Gmurzyńska i Rafał Morek, medycyna to jedna z dziedzin życia, w których występuje bardzo dynamiczny postęp. Z jednej strony, pojawiają się nowe, coraz skuteczniejsze metody diagnozowania, leczenia i utrzymywania chorych przy życiu, z drugiej zaś, szybki postęp powoduje, że relacje pacjent–lekarz zmieniają się i nabierają innego charakteru. Zjawiskiem dość powszechnym jest oparcie relacji pacjent–lekarz w przeważającej mierze na zasadach kontraktowych, a w coraz mniejszym stopniu na tradycyjnej zasadzie zaufania. „Kontraktowe” podejście do usług medycznych powoduje, że „stają się one czystym towarem”. Ta zmiana

¹³ Tu warto zaznaczyć, że z punktu widzenia lekarza i jego reputacji zachowanie poufności jest bardzo istotne. Zarówno na spotkaniu wspólnym ze stronami, jak na spotkaniach na osobności, mediacja umożliwia szeroką wymianę informacji bez obawy związanej z jej wykorzystaniem przed sądem. Dla pacjentów i ich rodzin poufność ma także ważne znaczenie, gdyż zapewnia to, że informacje, które mają często bardzo osobisty czy nawet intymny wymiar, poruszane są w ograniczonym gronie, z gwarancją, że nie zostaną przekazane osobom trzecim. Na temat zasad mediacji zob. m.in.: M. Białecki, *Mediacja w postępowaniu cywilnym*, Warszawa 2012, s. 43–55; A. Zienkiewicz, *Standardy prowadzenia mediacji i postępowanie mediatora uchwalone przez Społeczną Radę ADR przy Ministrze Sprawiedliwości*, „Studia Prawnoustrojowe” 2012, 18, s. 185–200; A. Budniak, *Zasady mediacji w polskimi niemieckim postępowaniu cywilnym – szkic prawnoporównawczy*, „Kwartalnik ADR” 2012, 2(18), s. 117–123; J. Pils, A.M. Arkuszewska, T. Serafin, *Zarys metodyki mediatora w sprawach cywilnych*, Warszawa 2014, s. 68–87; D. Hoffman, *Ten Principles of Mediation Ethics*, <https://blc.law/wp-content/uploads/2016/12/2005-07-mediation-ethics-branchmainlanguagedefault.pdf> (dostęp: 14.04.2023).

wynika z większej świadomości i wiedzy obywateli o swoich prawach indywidualnych, z lepszej dostępności źródeł informacji na temat określonych problemów medycznych. W konsekwencji pacjenci uzależniają wyniki leczenia wyłącznie od profesjonalizmu i doświadczenia zawodowego lekarzy, zastosowania właściwych metod leczenia czy odpowiedniej aparatury, coraz częściej zapominając o naturalnych procesach biologicznych. Oczekiwania w stosunku do lekarzy i szpitali oraz procedur medycznych są coraz większe, szczególnie w odniesieniu do efektów, jakie mają przynosić. Nadzieje pokładane przez społeczeństwo w nowych metodach leczenia i problem w zaakceptowaniu faktu, że wykorzystanie nawet najnowocześniejszych badań i metod terapii może nie przynieść oczekiwanego rezultatu prowadzą do nastawienia, że prawo do „leczenia” jest często mylone z „byciem wyleczonym”. W konsekwencji pojawia się coraz więcej skarg na działanie lekarzy, uzasadnianych chociażby tym, że według pacjentów lekarze nie zastosowali nowoczesnych metod badań i terapii¹⁴. Zakres prawa medycznego wyznaczany jest przez kryterium przedmiotowe związane z relacjami prawnymi, jakie powstają na tle szeroko rozumianej ochrony zdrowia, a nie przez kryterium metody regulacji¹⁵. Działanie każdego systemu, a w szczególności tak złożonego, jak ochrona zdrowia, obciążone jest ryzykiem wystąpienia działań niepożądanych, które powodują obowiązek naprawienia szkody lub krzywdy¹⁶.

Za wykorzystaniem mediacji w sprawach dotyczących błędów lekarskich przemawia przede wszystkim ich złożony charakter, zarówno w aspekcie psychologicznym, jak i prawnym.

Mediacja w sprawach o błędy medyczne jest specyficznym rodzajem mediacji; wyróżnia się tym, że jedną stroną sporu jest pacjent lub jego rodzina, a drugą – lekarz lub szpital. Mediacje medyczne prowadzone są najczęściej pomiędzy pacjentem bądź jego rodziną a lekarzem, dentystą, pielęgniarką, ratownikiem medycznym, diagnostą laboratoryjnym lub placówką medyczną, np. szpitalem. Ta forma mediacji znajduje zastosowanie między innymi w sporach dotyczących: uszkodzeń ciała, rozstroju zdrowia pacjenta, błędnej diagnozy czy błędów w leczeniu, zakażeń szpitalnych, odszkodowania i zadośćuczynienia za błąd medyczny, naruszenia praw pacjenta w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych, naruszenia dóbr osobistych pacjenta podczas leczenia, naruszenia dóbr osobistych personelu medycznego przez pacjenta. Można je stosować nie tylko w mniej poważnych przypadkach, np. gdy nie nastąpił trwały uszczerbek na zdrowiu, ale także w tych, w których np. pacjent stracił możliwość nauki lub pracy i musi ponosić stałe wydatki na leczenie,

¹⁴ E. Gmurzyńska, R. Morek, *O problemach dotyczących rozstrzygnięcia spraw o błędy lekarskie i o roli mediacji*, „Kwartalnik ADR” 2011, 3(15), s. 45.

¹⁵ M. Safjan, *Instytucje prawa medycznego*, Warszawa 2018, s. 4.

¹⁶ C. Rogula, A. Zemke-Górecka, *Mediacja w praktyce mediatora i pełnomocnika*, Warszawa 2021, s. 425.

a nawet wtedy, kiedy nastąpiła śmierć pacjenta. Charakterystyczne dla mediacji w sprawach medycznych jest to, że strony konfliktu mają najczęściej sprecyzowane oczekiwania oraz obawy, a kwestie finansowe rzadko są jedynym przedmiotem sporu. Zarówno pacjent, jak i jego rodzina odczuwają wielką potrzebę wyczerpujących informacji, a ponadto, wobec pokonanych trudności i cierpienia, liczą na okazanie szacunku (m.in. w postaci przeprosin)¹⁷. Ze strony lekarzy z kolei ważne są kwestie dotyczące reputacji i etyki zawodowej. Towarzyszące konfliktom emocje powodują, że ich uczestnicy działają nieracjonalnie. Mediacja w sprawach o błędy medyczne pozwala jej uczestnikom określić kwestie sporne, zmniejszyć bariery komunikacyjne, opracować propozycje rozwiązań i, jeśli taka jest wola stron, zawrzeć ugodę. Mediacja może dać pacjentowi możliwość, żeby dostrzec w lekarzu partnera do rozmowy i lepiej zrozumieć motywy związane z jego postępowaniem i decyzjami, które podejmował. Za atrakcyjnością instytucji mediacji zdecydowanie przemawia również fakt niskich kosztów jej prowadzenia oraz możliwość doprowadzenia do rozwiązania sporu nie w ciągu kilku lat, jak w sądzie, ale nawet w ciągu kilku dni lub tygodni.

W polskim systemie prawnym od 2005 r. istniała możliwość prowadzenia mediacji medycznej ze skierowania sądu, jak i mediacji umownej, jednakże, jak wyżej zostało już powiedziane, była ona zupełnie niewykorzystywana. Rosnąca świadomość prawna społeczeństwa wymusiła potrzebę podjęcia prac nad ustawą umożliwiającą każdemu pacjentowi dochodzenie odszkodowania z tytułu błędu medycznego bez konieczności występowania na drogę sądową.

Konsekwencją było wprowadzenie innej pozasądowej metody, która miała przyczynić się do ułatwienia dochodzenia roszczeń przez pacjentów. Mocą ustawy z 28.04.2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych¹⁸ powołano do życia Wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Komisje złożone są ze specjalistów z różnych dziedzin medycyny i prawa będących przedstawicielami samorządów zawodów medycznych i prawniczych oraz organizacji pacjentów działających na terenie województwa, a także przedstawicielami Ministra Zdrowia i Rzecznika Praw Pacjenta. Tryb dochodzenia roszczeń przez pacjenta zmierzać miał, w zamyśle projektodawców, do realizacji idei ułatwienia uzyskania odszkodowania lub zadośćuczynienia osobom poszkodowanym na skutek stwierdzonego zdarzenia medycznego w oznaczonych przypadkach. Wprowadzenie powyższego rozwiązania miało przyczynić się do szybkiego i pełnego zrekompensowania

¹⁷ *Mediacja z pacjentem*, <https://stomatologianews.pl/mediacja-pacjentem/> (dostęp: 27.12.2022).

¹⁸ Dz.U. Nr 113, poz. 660.

doznanych przez pacjenta szkód w toku procesu leczniczego bez przeprowadzenia dowodu winy członka personelu medycznego, co jednak się nie stało¹⁹.

W rzeczywistości w liczbach wygląda to tak: powstało 16 wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych, a w 2018 r.²⁰ ich funkcjonowanie pochłonęło, nie wliczając obsługi administracyjnej, 3,66 mln zł, w tym okresie zawarto 34 ugód, co daje średnio 2,1 ugody na komisję. Dodatkowo, pomimo przeprowadzanego przez Komisję długotrwałego, kosztownego postępowania i stwierdzenia, że doszło do zdarzenia medycznego, wysokość ustalanych w tym trybie odszkodowań bardzo często jest na poziomie 500 albo 1000 zł. Pacjent więc i tak musi skorzystać z postępowania sądowego, aby otrzymać godne zadośćuczynienie²¹. Ministerstwo Zdrowia zauważa z kolei, że nierzadko w systemie komisji wojewódzkich proponowane są odszkodowania na poziomie nawet 1 zł czy 100 zł. Dla szpitali rozstrzygnięcia w komisjach wojewódzkich mogą również nie do końca być dobrym rozwiązaniem, ponieważ jeżeli zostanie wydany wyrok sądu zasądający zadośćuczynienie na rzecz pacjenta, to szpital może skorzystać z polisy OC i wypłaty dokona ubezpieczyciel. Jednak jeżeli szpital porozumie się z pacjentem co do zadośćuczynienia na poziomie komisji, to musi zapłacić zadośćuczynienie z własnych środków, bo jego polisa takiego przypadku nie obejmuje²². Można powiedzieć, że Komisje zupełnie nie spełniają swojej roli, co wskazywała w swoim raporcie Najwyższa Izba Kontroli²³.

Analiza uregulowań prawnych mediacji medycznej

Szukając kolejnych możliwości na upowszechnienie pozasądowych możliwości rozwiązywania sporów w sprawach medycznych, polski ustawodawca ustawą z 2.12.2009 r. o izbach lekarskich²⁴ sprecyzował możliwość korzystania z postępo-

¹⁹ C. Rogula, A. Zemke-Górecka, op. cit., s. 425–428; J. Berezowski, *Elementy mediacji w postępowaniach związanych z wystąpieniem zdarzeń niepożądanych w ochronie zdrowia*, [w:] P. Malinowski, H. Duszka-Jakimko, A. Suchorska (red.), *Wokół praktycznych i teoretycznych aspektów mediacji*, Kraków 2015, s. 167–180.

²⁰ Wydaje się, że przytoczenie danych z przed pandemią COVID-19, jest najbardziej wymierne.

²¹ *Po co mediacja medyczna?*, <https://gazetalekarska.pl/?p=53957> (dostęp: 29.12.2022).

²² K. Nocuń, P. Rojek-Socha, *Poszkodowany pacjent jest skazany na sąd, bo mediacje nie działają*, <https://www.prawo.pl/zdrowie/mediacje-w-dochodzeniu-roszczen-w-sprawach-o-blad-medyczny,518465.html> (dostęp: 29.12.2022).

²³ Raport NIK, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,18515,yp,21114.pdf> (dostęp: 29.12.2022). Zob. również: P. Tomaszewska, *Mediacja w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów*, Warszawa 2023, s. 213.

²⁴ Ustawa z dnia 2.12.2009 r. o izbach lekarskich, (Dz.U. z 2019 r., poz. 965 ze zm.). Warty podkreślenia jest fakt, że ustawa o izbach lekarskich stanowi pierwszą na gruncie przepisów o odpowiedzialności zawodowej lekarzy regulację dotyczącą postępowania medacyjnego.

wania mediacyjnego. W art. 113 tej ustawy legislator wskazuje na organy kierujące sprawę do mediacji, czas jej trwania, osobę mediatora oraz właściwość miejscową prowadzenia mediacji. Dodatkowo ustawodawca określił, iż do postępowania mediacyjnego należy stosować odpowiednio przepisy Kodeksu postępowania karnego dotyczące mediacji.

Wydaje się, że obecny sposób regulacji postępowania mediacyjnego wymaga weryfikacji i przeformułowania, ponieważ w praktyce można mu wiele zarzucić.

Niewątpliwie mankamentem owej ustawy będzie fakt, że nie nakłada na organ procesowy prawnego obowiązku poinformowania stron o możliwości przeprowadzenia postępowania mediacyjnego. To będzie prowadziło do sytuacji, w której obwiniony lekarz albo pokrzywdzony pacjent mogą w ogóle nie być świadomi możliwości pozasądowego rozwiązania sporu, jeżeli nie działają poprzez profesjonalnego pełnomocnika²⁵. Strony – ze względu na brak informacji lub zaufania do instytucji im nieznannej – nie decydują się na mediację. Dodatkowo do postępowania mediacyjnego sprawę może skierować rzecznik odpowiedzialności zawodowej w czasie postępowania wyjaśniającego albo sąd lekarski w czasie postępowania przed sądem, z inicjatywy lub za zgodą stron. Wniosek ten może zostać złożony przez pokrzywdzonego i obwinionego lub jedną ze stron. Ostateczna decyzja o skierowaniu sprawy do mediacji jest podejmowana przez rzecznika lub sąd lekarski, a wniosek stron nie jest wiążący. Oznacza to, że organ postępowania nie ma obowiązku skierowania sprawy do mediacji, gdy uzna, że nie ma ku temu przesłanek bądź szans na jej powodzenie.

Zgodnie z podstawowymi zasadami mediacji, jak wyżej zostało podkreślone, jest ona dobrowolna, strony z własnej woli wyrażają zgodę na uczestnictwo w niej i mogą wycofać na każdym jej etapie. Żeby w pełni zrealizować prawo obywateli do właściwego rozstrzygnięcia ich konfliktów, ustawodawca powinien wprowadzić uregulowanie nakładające obowiązek informowania stron o możliwości skorzystania z alternatywnych sposobów rozwiązywania sporów²⁶. Doprowadziłoby do rozpowszechnienia mediacji, a jest to bardzo istotne, ponieważ jedną z głównych przyczyn niekorzystania z niej jest niewiedza społeczeństwa, że w ogóle ma taką alternatywę.

Kolejnym zarzutem wobec lakonicznych rozwiązań jest to, że zgodnie z art. 113 ust. 3 Rada lekarska wybiera na okres jednej kadencji godnego zaufania lekarza, który pełni w izbie lekarskiej funkcję mediatora. Mediatorem nie może być rzecznik odpowiedzialności zawodowej, jego zastępca oraz członek sądu lekarskiego. Ustawa nie nakłada obowiązku uzyskania zaświadczenia o ukończeniu odpowiedniego

²⁵ J. Trąpszyc, op. cit., s. 101.

²⁶ Zob. P. Tomaszewska, op. cit., s. 266.

kursu, który spełnia wymogi Standardów szkolenia mediatorów, uchwalonych 29.10.2007 r. przez Społeczną Radę do spraw Alternatywnych Metod Rozwiązywania Konfliktów i Sporów przy Ministrze Sprawiedliwości. Wydaje się, że izby lekarskie powinny korzystać z usług wykwalifikowanych mediatorów, którzy są niezależni od samorządu lekarskiego. Jak wyżej zostało podkreślone, zgodnie z obowiązującymi standardami, mediator powinien być osobą niezależną, bezstronną i neutralną. Pacjentowi, który inicjuje spór dotyczący odpowiedzialności zawodowej lekarza, trudno będzie uwierzyć w bezstronność innego lekarza, członka tej samej izby, który występuje w roli mediatora²⁷. W tego typu postępowaniu mediacyjnym więc dwa podmioty reprezentują tę samą grupę zawodową i podejmują się merytorycznej oceny działań wymagającej specjalistycznej wiedzy, a pacjentowi jej najczęściej brak.

Wątpliwe jest zabezpieczenie poczucia równości stron tak istotnego w dyskursie mediacyjnym, w sytuacji gdy, jak wskazuje się w literaturze, w debacie mediacyjnej jedynym specjalistą z zakresu medycyny nie będzie pacjent²⁸.

W tym miejscu warto przytoczyć propozycję rozwiązania powyższego problemu przedstawioną przez E. Gmurzyńską i R. Morka. Podkreślając wagę posiadania przez mediatora ogólnych umiejętności mediacyjnych, widzą również potrzebę posiadania przez niego wiedzy medycznej oraz wiedzy na temat stosunków w ochronie zdrowia. Żeby zapewnić właściwe przeprowadzenie postępowania mediacyjnego, autorzy sugerują możliwość uczestnictwa w nim dwóch mediatorów, w tym jednego z wykształceniem medycznym oraz drugiego z rozległym doświadczeniem mediacyjnym, jak też wiedzą dotyczącą środowiska medycznego²⁹. Pozwoliłoby to na rozwiązanie wątpliwości co do równości stron i bezstronności mediatora.

Mediator dzięki swojemu zaangażowaniu rozpoznaje sytuację konfliktową między pacjentem i lekarzem, a posiadane umiejętności pozwalają na zdiagnozowanie etapu konfliktu, w którym strony się znajdują. Rozpoczęcie mediacji w odpowiednim czasie pozwala na zdefiniowanie sporu i określenie sposobu jego rozwiązania. Z tym związana jest następną problematyczna kwestia, budząca duże kontrowersje, jak również będąca powodem tak rzadkiego korzystania z mediacji w sprawach medycznych. Mianowicie obecnie sprawę do mediacji można skierować jedynie

²⁷ Na temat bezstronności i neutralności mediatora zob. m.in.: Ch.W. Moore, *Mediacje. Praktyczne strategie rozwiązywania konfliktów*, Warszawa 2016, s. 66 i przytaczane tam: R.S. Kraybill, *Institutionalizing Mediation as an Alternative Dispute Settlement Mechanism: An Ethical Critique*, [w:] R.S. Kraybill, L. Buzzard (red.), *Christian Conciliation Sourcebook*, Oak Park, IL 1979; D. Wheeler, *Lecture in a CDR Associates divorce mediation seminar*, Bureau of National Affairs 1988.

²⁸ B. Kmieciak, *Konflikt pomiędzy lekarzem i pacjentem: próba diagnozy, propozycje „leczenia”*, „Archiwum Filozofii Prawa i Filozofii Społecznej” 2016, 1, s. 40. Zob. również: G. Nordhelle, *Mediacja. Sztuka rozwiązywania konfliktów*, Gdańsk 2010, s. 142–157.

²⁹ E. Gmurzyńska, R. Morek, op. cit., s. 70.

po postawieniu lekarzowi zarzutów, co oznacza, że najpierw musi zostać przeprowadzone postępowanie przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej, a nie rzadko również przed sądem lekarskim³⁰. Jednakże podkreślić należy, że im wcześniej rozpoczyna się mediacje, tym większa szansa na ich powodzenie, ponieważ kontynuowanie postępowania sprzyja eskalacji żądań. Należałoby więc zmienić ustawę, tak aby rzecznicy mieli swobodę w kierowaniu sprawy do mediacji jeszcze przed postawieniem zarzutów. Doświadczony rzecznik już na wstępie może ocenić, która nadaje się do tego, a która nie. Powinna istnieć możliwość umorzenia postępowania przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej lub sąd lekarski w przypadku zawarcia ugody przed mediatorem izby lekarskiej³¹. Na pewno zachęciłoby to do pójścia do mediatora i odciążyłoby sądy lekarskie. Obecne przepisy, w sytuacji pozytywnych wyników mediacji, nie dają podstaw do umorzenia, lecz jedynie do złagodzenia kary wymierzonej przez sąd lekarski. Finał jest taki, że szpitale decydują się na pozasądową ugodę w zasadzie tylko wtedy, gdy wina medyków jest niezaprzeczalna w przypadku zgonu pacjenta. Praktyka pokazuje, że szpital skłania się do mediacji i zawarcia ugody, na przykład, gdy zapadł już wyrok karny, który przesądza winę personelu medycznego.

Jak już zostało więc powiedziane, praktyka pokazuje, że uregulowania postępowania mediacyjnego na gruncie ustawy o izbach lekarskich w obecnym kształcie zupełnie nie działają³², a to potwierdza postawioną na wstępie hipotezę. Postępowanie mediacyjne nie jest zatem realną alternatywą dla postępowania sądowego, nawet przed sądami dyscyplinarnymi.

Podsumowanie i postulaty

Bezdiskusyjnie mediacja jako jedyna może zaoferować obu stronom realizację ich rzeczywistych celów bez wikłania ich w długotrwałe, sformalizowane i stresujące postępowania. Jest to bardzo istotne, zwłaszcza z perspektywy właśnie mediacji medycznej, gdyż konflikt leżący u jej podłoża charakteryzuje się występowaniem ogromnych emocji, często również niewyobrażalnego stresu związanego z leczeniem bądź utratą zdrowia. Podkreślone wyżej zostało, że głównym celem

³⁰ K. Bielecki, *Sprawozdanie mediatora Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie za 2016 r.*, <https://izba-lekarska.pl/wp-content/uploads/2017/02/Sprawozdanie-Mediatora-za-2016-r.pdf> (dostęp: 15.04.2023).

³¹ RPO Marcin Wiącek zwrócił się do ministra zdrowia o rozważenie podjęcia prac legislacyjnych w celu przyjęcia zmian zaproponowanych przez Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Naczelnej Izby Lekarskiej. Zob. Biuletyn Informacji Publicznej RPO, op. cit.

³² Zob. również wyniki badań przedstawione w: I. Wrześniewska-Wal, *Postępowanie przed sądami lekarskimi w praktyce*, Warszawa 2018, s. 295 i n.; P. Tomaszewska, op. cit., s. 218–222.

mediacji jest poprawa komunikacja między stronami, a jak wykazują liczne badania, to właśnie „dysfunkcyjna komunikacja” między lekarzem lub szpitalem a pacjentem bądź jego rodziną jest przyczyną największej liczby pozwów wnoszonych przeciwko tym dwóm grupom³³.

Dodatkowo mediacja zdecydowanie efektywniej może zaspokoić oczekiwania pacjentów, ponieważ główną motywacją pacjentów nie jest zemsta, czy też zagwarantowanie wysokiego odszkodowania, ale zależy im przede wszystkim na otrzymaniu wyczerpującej informacji na temat tego, co się wydarzyło. Często bowiem czują, że byli w trakcie leczenia czy też jakichkolwiek prób kontaktu ignorowani. Wielokrotnie zdają sobie sprawę z tego, że część informacji została przed nimi zatajona, a jedyny sposób, żeby „zmusić” drugą stronę do rozmów, to wytoczenie jej sprawy sądowej³⁴. Kolejną istotną kwestią z perspektywy pacjentów jest wyrażenie skruchy przez lekarza i uzyskanie przeprosin³⁵. Pacjenci oczekują od swoich lekarzy przyznania się do popełnionego błędu i chcą, żeby osoby odpowiedzialne za ich cierpienie zostały ukarane³⁶. Trzecim w kolejności oczekiwaniem pacjentów jest, aby w systemie poczyniono zmiany, które przyczynią się do ograniczenia podobnych błędów w przyszłości. Pokrzywdzeni bowiem dążą do sporu sądowego przede wszystkim w celu ukarania szpitala i lekarza oraz zapobieżenia temu, aby ten lekarz był zagrożeniem dla przyszłych pacjentów.³⁷ Biorąc więc pod uwagę wymienione powody, które są głównymi bodźcami do wytaczania przez pacjentów pozwów sądowych, należy podkreślić, iż zdecydowanie skuteczniej osiągną swoje cele w postępowaniu mediacyjnym, ponieważ jest ona lepszym miejscem na spokojną wymianę argumentów, wyciszenie złych emocji i załagodzenie konfliktu.

Korzyści płynące z wykorzystania mediacji w rozwiązywaniu konfliktów między służbą zdrowia a pacjentem są nie do przecenienia, zwłaszcza biorąc pod uwagę wzrastającą liczbę spraw przeciwko lekarzom i szpitalom oraz rosnące koszty z nimi związane. Jednakże w obecnym kształcie jej uregulowań nie ma

³³ Zob. szerzej: E.E. Galton, *Mediation of Medical Negligence Claims*, „Capital University Law Review” 2000, 28, s. 322; A.A. Davenport, *Forgive and Forget: Recognition of Error and Use of Apology As Preemptive Steps to ADR or Litigation In Medical Malpractice Cases*, „Pepperdine Dispute Resolution Law Journal” 2006, 6(1), s. 83, <https://digitalcommons.pepperdine.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1129&context=drj> (dostęp: 03.01.2023). Zob. również: A. Jakubiak-Mirończuk, *Alternatywne a sądowe rozstrzygnięcie sporów sądowych*, Warszawa 2008, s. 96–107; A. Kaźmierczak, *Wpływ komunikacji z personelem medycznym na doświadczanie choroby przez pacjentów*, <https://depot.ceon.pl/bitstream/handle/123456789/1900/wplyw.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (dostęp: 12.04.2023).

³⁴ J.K. Robbenolt, *What We Know and Do Not Know About Role of Apologies in Resolving Health Care Disputes*, „Georgia State University Review” 2005, 21, s. 1016.

³⁵ Zob. T. Relis, *Perceptions in Litigation and Mediation, Lawyers, Defendants, Plaintiffs and Gendered Parties*, New York 2009, s. 37–43.

³⁶ Należy zaznaczyć, iż postępowanie sądowe nie jest w stanie zupełnie zaspokoić takich oczekiwań, pomijając w zasadzie podstawowe powody pacjenta do wniesienia pozwu.

³⁷ A.A. Davenport, op. cit.; zob. również: T. Relis, op. cit., s. 37–43.

szans na upowszechnienie tego postępowania. Konieczne jest więc podjęcie dyskusji, co należałoby zrobić.

Wydaje się, że możliwości jest sporo. Na pewno na poprawę obecnej sytuacji mediacji medycznej mogłoby przede wszystkim wpłynąć „intensywne” informowanie stron o możliwości skorzystania z takiego rozwiązania. Należy pamiętać, że budowanie świadomości społeczeństwa leży zarówno po stronie ustawodawcy, jak i sądów. Niezbędne jest wprowadzenie regulacji, które będą przystępne i zrozumiałe dla pacjentów.

Ponadto warto zastanowić się, czy można by wykorzystać istniejące wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych pomimo ich niskiej efektywności. C. Rogula i A. Zemke-Górecka zaproponowali następujące ciekawe postulaty *de lege ferenda*: po pierwsze zasugerowali, iż należy dokonać zmiany modelu funkcjonowania wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych poprzez wprowadzenie mediacji; po drugie, wskazali na konieczność nowelizacji przepisów postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych; po trzecie zaś, zarekomendowali zwiększenie wpływu Rzecznika Praw Pacjenta na funkcjonowanie i monitoring działań wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych³⁸. Zmiana modelu polegać miałaby na rzeczywistym wprowadzeniu systemu gwarancyjno-medycyjnego, który zrównoważyłby interes podmiotu leczniczego i pacjenta. Na pierwszy plan wysuwają się takie modyfikacje, jak szczegółowe określenie kryteriów, jakim powinny odpowiadać osoby ubiegające się o członkostwo w wojewódzkich komisjach do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, ograniczenie ilości terminów posiedzeń komisji, wprowadzenie przepisów regulujących postępowanie dowodowe, ujednolicenie wzorca, wedle którego sporządzane będzie uzasadnienie orzeczenia, w którym komisja zobowiązana jest wskazać wytyczne, jakie podmiot leczniczy powinien wziąć pod uwagę, proponując wysokość odszkodowania i zadośćuczynienia³⁹. Wydaje się, że wyeksponowane przez Autorów sugestie mogłyby przynieść pozytywne rezultaty.

Warto też zastanowić się nad wprowadzeniem rozwiązań, które wzorowałyby się na tych, które już funkcjonują i to w bardzo efektywny sposób. Mowa tu przykładowo o uregulowaniach francuskich i belgijskich. We Francji alternatywą dla procesów odszkodowawczych są pozasądowe procedury pojednawcze przed regionalnymi komisjami pojednawczymi⁴⁰. W ramach tej pozasądowej procedury wszczęcie postępowania ma charakter fakultatywny i cechuje je dwustopniowość.

³⁸ C. Rogula, A. Zemke-Górecka, op. cit., s. 437.

³⁹ Ibidem.

⁴⁰ K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu*, Toruń 2013, s. 322 i n.

Składa się ono bowiem z postępowania przedsposnego oraz właściwej procedury pojednawczej⁴¹.

Zgodnie zaś z uregulowaniami belgijskimi poszkodowany jako drogę dochodzenia roszczeń z tytułu szkód medycznych może wybrać procedury pozasądowe z udziałem Funduszu Kompensacji Wypadków Medycznych. Procedura, zwanej postępowaniem koncyliacyjnym, wymaga złożenia przez osobę uprawnioną pisemnego wniosku o naprawienie szkody. Zasadą jest brak aktywnego udziału stron w postępowaniu, więc ważne jest, żeby poszkodowany wskazał wszelkie znane mu okoliczności wyrządzenia szkody, określił jej postać, istotę i rozmiary. Uczestnicy postępowania mogą zostać przesłuchani na wniosek stron i jeśli Fundusz uzna to za konieczne. Co istotne, na sporządzenie opinii ma on określony 6-miesięczny termin.

Powyższe rozwiązania są wykorzystywane z powodzeniem, gwarantując stronom postępowania bardziej rozbudowany mechanizm rozpoznania sporu medycznego przez organ pozasądowy⁴². Dlaczego więc nie spróbować choć w części implementacji korzystnych, aprobowanych rozwiązań.

Pozostaje mieć nadzieję, że zarówno ustawodawca, jak i prawnicy, mediatorzy oraz przedstawiciele służby zdrowia dostrzegą bezdyskusyjne walory pozasądowych sposobów rozwiązywania sporów, w tym przede wszystkim mediacji, i ich sytuacja w najbliższej przyszłości ulegnie zmianie, bowiem ich aktywne wykorzystanie w obliczu stale rosnącej liczby sporów dotyczących odpowiedzialności za błędy lekarskie, wysokich kosztów ich prowadzenia, stopnia ich skomplikowania oraz wysokość zasądanych odszkodowań i zadośćuczynień, może przynieść niepoliczalne korzyści⁴³.

⁴¹ Zob. szerzej: ibidem.

⁴² J. Trapszyc, op. cit., s. 110–111; N. Karczewska-Kamińska, *Belgijski system wynagradzania szkód wynikających z zabiegów medycznych*, „Prawo i Medycyna” 2012, s. 103 i n.; A. Sporczyk-Popielarczyk, *Mediator medyczny szansą na ocalenie więzi pacjent–lekarz? Rozważania na tle belgijskich regulacji prawnych?*, [w:] K. Bączyk-Rozwadowska, B. Chłudziński (red.), op. cit., s. 114–128.

⁴³ Zob. np.: K. Nowosielska, *Ugody w sprawach medycznych są zbawienne*, <https://politykazdrowotna.com/artukul/ugody-w-sprawach-medycznych/934087> (dostęp: 2.04.2023); B. Kmiecik, *Mediacja kliniczna jako element skutecznego rozwiązania konfliktu w placówkach medycznych*, http://repozytorium.uni.wroc.pl/Content/135585/PDF/07_B_Kmiecik_Mediacja_kliniczna_jako_element_skutecznego_rozwiazywania_konfliktu.pdf (dostęp: 2.04.2023); A. Cybulko, *Potencjał mediacji w prawie medycznym*, [w:] B. Namysłowska-Gabrysiak, K. Syroka-Marczewska, A. Walczak-Żochowska (red.), *Prawo wobec problemów społecznych. Księga jubileuszowa Profesor Eleonory Zielińskiej*, Warszawa 2016, s. 583–606.

Bibliografia

Literatura

- Bączyk-Rozwadowska K., *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu*, Toruń 2013.
- Berezowski J., *Elementy mediacji w postępowaniach związanych z wystąpieniem zdarzeń niepożądanych w ochronie zdrowia*, [w:] P. Malinowski, H. Duszka-Jakimko, A. Suchorska (red.), *Wokół praktycznych i teoretycznych aspektów mediacji*, Kraków 2015.
- Białecki M., *Mediacja w postępowaniu cywilnym*, Warszawa 2012.
- Bielecki K., *Sprawozdanie mediatora Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie za 2016 r.*, <https://izba-lekarska.pl/wp-content/uploads/2017/02/Sprawozdanie-Mediatora-za-2016-r.pdf>. (dostęp: 15.04.2023).
- Biuletyn Informacji Publicznej RPO, *Jest sposób na częstsze mediacje w sprawach odpowiedzialności zawodowej lekarzy*, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-odpowiedzialnosc-zawodowa-lekarzy-mediacje-mz> (dostęp: 22.12.2022).
- Budniak A., *Zasady mediacji w polskim i niemieckim postępowaniu cywilnym – szkic porównawczy*, „Kwartalnik ADR” 2012, 2(18).
- Cybulko A., *Potencjał mediacji w prawie medycznym*, [w:] B. Namysłowska-Gabrysiak, K. Syroka-Marczewska, A. Walczak-Żochowska (red.), *Prawo wobec problemów społecznych. Księga jubileuszowa Profesor Eleonory Zielińskiej*, Warszawa 2016.
- Davenport A.A., *Forgive and Forget: Recognition of Error and Use of Apology As Preemptive Steps to ADR or Litigation In Medical Malpractice Cases*, „Pepperdine Dispute Resolution Law Journal” 2006, 6(1).
- Galton E.E., *Mediation of Medical Negligence Claims*, „Capital University Law Review” 2000, 28.
- Gmurzyńska E., Morek R., *O problemach dotyczących rozstrzygania spraw o błędy lekarskie i o roli mediacji*, „Kwartalnik ADR” 2011, 3(15).
- Hoffman D., *Ten Principles of Mediation Ethics*, <https://blc.law/wp-content/uploads/2016/12/2005-07-mediation-ethics-branchmainlanguagedefault.pdf> (dostęp: 14.04.2023).
- Jakubiak-Mirończuk A., *Alternatywne a sądowe rozstrzyganie sporów sądowych*, Warszawa 2008.
- Karczewska-Kamińska N., *Belgijski system wynagradzania szkód wynikających z zabiegów medycznych*, „Prawo i Medycyna” 2012, 3–4.
- Każmierczak A., *Wpływ komunikacji z personelem medycznym na doświadczanie choroby przez pacjentów*, <https://depot.ceon.pl/bitstream/handle/123456789/1900/wplyw.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (dostęp: 12.04.2023).
- Kmieciak B., *Konflikt pomiędzy lekarzem i pacjentem: próba diagnozy, propozycje „leczenia”*, „Archiwum Filozofii Prawa i Filozofii Społecznej” 2016, 1.
- Kmieciak B., *Mediacja kliniczna jako element skutecznego rozwiązania konfliktu w placówkach medycznych*, http://repozytorium.uni.wroc.pl/Content/135585/PDF/07_B_Kmieciak_Mediacja_kliniczna_jako_element_skutecznego_rozwiazywania_konfliktu.pdf (dostęp: 2.04.2023).

- Kraybill R.S., *Institutionalizing Mediation as an Alternative Dispute Settlement Mechanism: An Ethical Critique*, [w:] R.S. Kraybill, L. Buzzard (red.), *Christian Conciliation Sourcebook*, Oak Park, IL 1979.
- Moore Ch.W., *Mediacje. Praktyczne strategie rozwiązywania konfliktów*, Warszawa 2016.
- Nocuń K., Rojek-Socha P., *Poszkodowany pacjent jest skazany na sąd, bo mediacje nie działają*, <https://www.prawo.pl/zdrowie/mediacje-w-dochodzeniu-rozszcen-w-sprawach-oblad-medyczny,518465.html> (dostęp: 29.12.2022).
- Nordhelle G., *Mediacja. Sztuka rozwiązywania konfliktów*, Gdańsk 2010.
- Nowosielska K., *Ugody w sprawach medycznych są zbawienne*, <https://politykazdrowotna.com/artykul/ugody-w-sprawach-medycznych/934087> (dostęp 2.04.2023).
- Pils J., Arkuszewska A.M., Serafin T., *Zarys metodyki mediatora w sprawach cywilnych*, Warszawa 2014.
- Raport NIK, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,18515,vp,21114.pdf> (dostęp: 29.12.2022).
- Relis T., *Perceptions in Litigation and Mediation: Lawyers, Defendants, Plaintiffs, and Gendered Parties*, New York 2009.
- Robbennolt J.K., *What We Know and Do Not Know About Role of Apologies in Resolving Health Care Disputes*, „Georgia State University Review” 2005, 21.
- Rogula C., Zemke-Górecka A., *Mediacja w praktyce mediatora i pełnomocnika*, Warszawa 2021.
- Safjan M., *Instytucja prawa medycznego*, Warszawa 2018.
- Sporczyk-Popielarczyk A., *Mediator medyczny szansą na ocalenie więzi pacjent–lekarz? Rozważania na tle belgijskich regulacji prawnych?*, [w:] K. Bączyk-Rozwadowska, B. Chłudziński (red.), *Alternatywne metody rozwiązywania sporów w sprawach medycznych*, Toruń 2021.
- Tomaszewska P., *Mediacja w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyistów*, Warszawa 2023.
- Trapszyc J., *Sposoby pozasądowego rozwiązywania sporów medycznych. Specyfikacja mediacji*, [w:] K. Bączyk-Rozwadowska, B. Chłudziński (red.), *Alternatywne metody rozwiązywania sporów w sprawach medycznych*, Toruń 2021.
- Wheeler D., *Lecture in a CDR Associates divorce mediation seminar*, Bureau of National Affairs 1988.
- Wrześniewska-Wal I., *Postępowanie przed sądami lekarskimi w praktyce*, Warszawa 2018.
- Ziemniak M.P., *Mediacja w sprawach medycznych w systemach common law na przykładzie Wielkiej Brytanii, Irlandii oraz USA. Wzór dla Polskiego Ustawodawcy?*, [w:] K. Bączyk-Rozwadowska, B. Chłudziński (red.), *Alternatywne metody rozwiązywania sporów w sprawach medycznych*, Toruń 2021.
- Zienkiewicz A., *Standardy prowadzenia mediacji i postępowanie mediatora uchwalone przez Społeczną Radę ADR przy Ministrze Sprawiedliwości*, „Studia Prawnoustrojowe” 2012, 18.

Akty prawne

- Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (tekst jedn. Dz.U. z 2020 r., poz. 1575).
- Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (tekst jedn. Dz.U. z 2021 r., poz. 1342).

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz.U. z 2020 r., poz. 849).

Ustawa z dnia 28.04.2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. Nr 113, poz. 660).

Ustawa z dnia 2.12.2009 r. o izbach lekarskich, (Dz.U. z 2019 r., poz. 965 ze zm.).