

Aleksandra Klich

Uniwersytet Szczeciński, Polska

aleksandra.klich@usz.edu.pl

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2931-712X>

Marta Janina Kuklo

Uniwersytet w Białymstoku, Polska

m.kuklo@uwb.edu.pl

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5995-1394>

Bartosz Brożyński

Uniwersytet Szczeciński, Polska

bartosz.brozynski@usz.edu.pl

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4104-2499>

Mediacja w sprawach cywilnych z udziałem pacjentów¹

Mediation in Civil Cases Involving Patients

Abstract: The development of legal awareness among patients results in an increase in the number of cases heard by courts. However, mediation in civil cases involving patients is becoming an increasingly popular alternative to traditional court proceedings. This article discusses the specificity of mediation in civil disputes related to healthcare, considering the relationship between the patient, medical staff and healthcare institutions. The authors analyse the benefits and potential risks associated with mediation and also point out the challenges associated with it. Legal regulations and the practical aspects of implementing mediation in so-called medical disputes in Poland, as well as the issue of the costs of these proceedings, are discussed. The authors point out that mediation can be an effective tool in resolving medical disputes, minimizing the duration and costs of disputes, as well as improving relations between the parties.

Keywords: alternative dispute resolution, mediation, civil rights, civil procedures, patients, medical law

Słowa kluczowe: alternatywne metody rozwiązywania sporów, mediacja, praw cywilne, postępowanie cywilne, pacjent, prawo medyczne

1 Wstęp, cz. 1 autor 1, cz. 2–3 opracowane zostały przez autora 2, cz. 4 opracował autor 3, Wnioski opracowane zostały przez autorów 1 i 2.

Wprowadzenie

Spory z udziałem pacjentów, obejmujące tzw. błędy medyczne, stanowią aktualnie poważne wyzwanie w systemie ochrony zdrowia. Wraz z postępem w nauce i technologii związanej z opieką zdrowotną pacjenci mają nierealistyczne oczekiwania co do leczenia, więc lekarz jest częściej pociągany do odpowiedzialności za każdy wynik, który nie spełnia oczekiwań pacjenta (Traina, 2009, s. 434 i nast.). Roszczenia pacjentów są podstawowym środkiem ochrony ich prawa do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnych ze standardami aktualnej wiedzy medycznej, ponieważ każde działanie stanowiące błąd medyczny narusza to prawo (Dzienis, 2007, s. 93). Tradycyjne postępowanie sądowe niejednokrotnie wiąże się z wysokimi kosztami i długim czasem oczekiwania. Mediacja jako alternatywna forma rozwiązywania konfliktów zyskuje na znaczeniu, umożliwiając szybsze, bardziej elastyczne i tańsze rozwiązania w zakresie rozstrzygnięcia powstałego sporu. Dane statystyczne z ostatnich lat pozwalają na przyjęcie, że liczba spraw o odszkodowania i zadośćuczynienie za szkody wyrządzone przez system ochrony zdrowia w sądach okręgowych przeciwko publicznym zakładom zdrowotnym, mimo że może wydawać się nieznacząca (w 2020 r. rozpatrzono 23 sprawy, w 2021 r. – 24, zaś w 2022 r. – liczba spraw wyniosła 25), to wysokość zasądzonych odszkodowań jest imponująca (w roku 2020 sięgała ponad 5,5 mln zł, w roku 2021 – prawie 4 mln zł, zaś w roku 2022 – ponad 3,5 mln zł). Sprawy przeciwko niepublicznym podmiotom leczniczym w tych latach były rzadziej inicjowane, co w analogiczny sposób wiązało się z mniejszymi kwotami zasądzonych odszkodowań i zadośćuczynień (w 2020 r. kwota ta wyniosła 330 tys. zł, w 2021 r. – prawie 100 tys. zł, zaś w roku 2022 – prawie 200 tys. ²). Możliwość dochodzenia roszczeń cywilnych w sprawach medycznych odgrywa kluczową rolę w zapewnieniu, że świadczenia zdrowotne powinny być realizowane w sposób staranny i zgodnie z aktualną wiedzą medyczną (Tymiński & Serocka, 2018). Tak zwany błąd medyczny może być definiowany jako odstępstwo od ustalonego standardu opieki zdrowotnej lub zaniedbanie przez profesjonalistę medycznego, co przejawiać się może w udzielaniu świadczeń zdrowotnych niezgodnie z przyjętymi zasadami etyki, w sposób naruszający normy i standardy medyczne, a także niezgodnie z aktualną wiedzą medyczną, co skutkuje wyrządzeniem pacjentowi szkody materialnej lub niematerialnej (Sisodiya & Dwivedi, 2023).

2 Wydział Statystycznej Informacji Zarządczej: Prawomocnie zasądzone odszkodowania i zadośćuczynienia za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia w sądach okręgowych w pierwszej instancji w latach 2011–2023. Choć aktualnie należy posługiwać się terminem „opieka zdrowotna”, w statystykach posłużono się terminem „służba zdrowia”, (Ministerstwo Sprawiedliwości, 2023). <https://isws.ms.gov.pl/pl/baza-statystyczna/opracowania-wieloletnie/#:~:text=S%C5%82u%C5%BCba%20zdrowia%20%2D%20odszkodowania%20w%20s%C4%85dach%20powszechnych%20w%20latach%202011%20%2D%202023> (dostęp: 29.09.2024 r.).

Celem niniejszego opracowania jest analiza potencjału mediacji w rozwiązywaniu sporów z udziałem pacjentów, z uwzględnieniem ich typologii, mediacyjnej zdatności oraz kosztów postępowania. Mediacja może stanowić nie tylko efektywną, ale także bardziej prospołeczną formę rozstrzygania konfliktów powstałych w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. W ocenie autorów mediacja w przedmiotowych sporach stanowi skuteczniejszy, mniej kosztowny i szybszy sposób rozwiązywania konfliktów w porównaniu do postępowania sądowego, jednocześnie prowadzi ona do większej satysfakcji stron (Sohn & Sonny Bal, 2012, s. 1376) i lepszych relacji między pacjentem a podmiotem leczniczym lub osobami wykonującymi zawody medyczne.

Analiza korzyści z wykorzystania mediacji jako formy rozwiązywania sporów pomiędzy pacjentami a profesjonalistami medycznymi, a także wskazanie praktycznych rozwiązań może przyczynić się do lepszego zrozumienia wyzwań stojących zarówno przed pacjentami, jak i podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych. Podczas prac nad niniejszą publikacją wykorzystano następujące metody badawcze: a) metodę dogmatyczno-prawną w celu szczegółowego zbadania i interpretacji przepisów prawa w kontekście obowiązujących norm prawnych. Celem zastosowania tej metody jest identyfikacja podstawowych zasad i reguł prawnych zawartych w przepisach oraz ich logiczna analiza. Dzięki jej zastosowaniu możliwe było skoncentrowanie się na wykładni norm prawnych, rozważając teksty aktów prawnych, orzecznictwa sądowego oraz innych źródeł prawa. W kontekście ochrony praw pacjentów i mediacji metoda ta umożliwiła dokładne zrozumienie, jakie zasady i przepisy obowiązują w polskim porządku prawnym; b) metodę prawno-porównawczą – w celu ustalenia obowiązujących przepisów regulujących zasady prowadzenia mediacji. Została ona zastosowana w ograniczony sposób, poprzez analizę porównań wewnętrznych w obrębie różnych gałęzi prawa lub porównań między przepisami dotyczącymi różnych aspektów ochrony praw pacjentów. Zastosowanie tej metody umożliwiło zrozumienie, jak różne przepisy prawne w polskim systemie prawnym mogą być ze sobą powiązane i w jaki sposób różne normy wpływają na stosowanie prawa w praktyce; c) metodę analityczną, zastosowaną do odpowiedniego stanu wiedzy w nauce prawa. Celem jej zastosowania była szczegółowa analiza przepisów prawnych, aktów normatywnych oraz ich interpretacji w praktyce. Dzięki jej zastosowaniu wykazano spójności przepisów prawnych; oraz d) metodę empiryczną, opartą na obserwacji i analizie praktycznych zagadnień wynikających z doświadczenia zawodowego autorów oraz ich współpracy zarówno z pacjentami, jak i profesjonalistami medycznymi. Została ona zastosowana w celu identyfikacji rzeczywistych wyzwań i trudności, z którymi borykają się pacjenci i profesjonalści medyczni, oraz oceny efektywności mediacji w rzeczywistości. Dzięki doświadczeniu zawodowemu autorów zastosowanie tej metody wzbogaciło przeprowadzoną analizę. W ramach pracy przeanalizowane i zdiagnozowane zostaną potencjalne zagrożenia i konsekwencje, jakie może nieść ze sobą stosowanie mediacji w procesie rozwiązywania i rozstrzygania tzw. sporów medycznych. Punktem wyjścia do rozważań będzie identyfikacja i przedstawienie zdatności mediacyjnej w postępowaniach z udziałem pacjentów

oraz zasady postępowania mediacyjnego. Do analizy tego zakresu tematycznego wykorzystana została także metoda komparystyczna, pozwalająca na zbadanie obowiązującego stanu prawnego i porównanie go z rzeczywistością. Autorzy zastosowali również metodę statystyczną, która polegała na analizie liczby spraw związanych z odszkodowaniami w ochronie zdrowia w Polsce w ostatnich latach oraz przebiegu postępowań mediacyjnych w sprawach cywilnych rozstrzyganych przez sądy I instancji. Zastosowanie powyższych metod umożliwiło pełne zrozumienie efektywności mediacji oraz jej potencjalnych korzyści z perspektywy zmniejszenia liczby spraw rozstrzyganych przez sądy powszechne.

1. Typologia sporów z udziałem pacjenta

Głównym celem roszczeń pacjentów jest rekompensata za doznany uszczerbek dotyczący dóbr prawnie chronionych, takich jak życie, zdrowie, wolność, dobre imię oraz kult osoby zmarłej. Odpowiedzialność cywilna osób wykonujących zawody medyczne i podmiotów leczniczych jest nieograniczona (z wyjątkiem ograniczeń czasowych), ma ona charakter majątkowy i osobisty. W przypadku szkód majątkowych poszkodowany ma prawo do przywrócenia stanu sprzed szkody (tzw. restytucji), czy to w formie naturalnej, czy pieniężnej. Zdarzenia skutkujące uszkodzeniem ciała, pogorszeniem zdrowia, stratami związanymi z całkowitą lub częściową utratą zdolności do pracy, zwiększonymi potrzebami, zmniejszeniem możliwości zawodowych, kosztami leczenia, kosztami przekwalifikowania zawodowego, utratą dochodów w wyniku dodatkowej hospitalizacji oraz pogorszeniem sytuacji życiowej rodziny prowadzić mogą do powstania szkody majątkowej i niemajątkowej. Podkreślenia wymaga to, że w przypadkach szkód osobowych odszkodowanie pieniężne jest regułą. W sytuacjach, gdy występują szkody niemajątkowe, takie jak cierpienie fizyczne czy krzywda moralna, pacjent ma prawo do zadośćuczynienia. Definiując szkodę niemajątkową, możliwe jest przyjąć, że dotyczy ona krzywdy doznawanej przez pacjenta (lub jego bliskich w przypadku śmierci pacjenta), a także cierpienia fizycznego, moralnego oraz psychicznego. Szkada wyrządzona pacjentowi nie ogranicza się jedynie do wymiernych strat materialnych, takich jak rzeczywiste wydatki czy utracone dochody, które tradycyjnie określa się jako *damnum emergens* (faktyczne straty) i *lucrum cessans* (utracone korzyści). W praktyce szkoda może mieć również charakter niematerialny i obejmować m.in. krzywdę oraz cierpienie, co wykracza poza prostą sumę strat ekonomicznych. Należy jednak podkreślić, że nie każde uszkodzenie ciała skutkuje odpowiedzialnością za szkodę (np. w przypadkach, gdy lekarz decyduje się na amputację kończyny ze względów medycznych, mając na celu ratowanie życia pacjenta).

Analizując problematykę typologii sporów z udziałem pacjenta, warto podkreślić, że kluczowe znaczenie mają ogólne zasady ponoszenia odpowiedzialności cywilnej, ustalone przez ustawodawcę w Ustawie z dnia 23.04.1964 r. – Kodeks cywilny, tj.

Dz.U. z 2024 r., poz. 1061 (dalej: k.c.), a także postanowienia szczegółowe zawarte w ustawie z dnia 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tj. Dz.U. z 2024 r., poz. 581, (dalej: u.p.p.). To, w jaki sposób ustawodawca kreuje zasady ponoszenia odpowiedzialności przez podmiot wyrządzający szkodę, ma bezpośredni wpływ na sytuację pacjentów, w których w subiektywnym odczuciu doszło do wyrządzenia szkody majątkowej lub niemajątkowej w wyniku uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia, zakażenia, a także na sytuację bliskich pacjentów dochodzących roszczeń w przypadku jego śmierci. Ustawodawca nie zdefiniował pojęcia tzw. błędu medycznego, co skutkuje koniecznością przyjęcia terminologii wypracowanej zarówno przez doktrynę, jak i orzecznictwo. Pojęcie błędu w medycynie przeszło ewolucję, zaczynając od „błędu w sztuce” i „błędu w sztuce lekarskiej”, przez „błąd lekarski”, „błąd wiedzy medycznej” i „błąd leczniczy”, aż po obecnie funkcjonujące określenie „błąd medyczny” (Puch, 2020, s. 615). Niejednokrotnie pojęcia te są ze sobą wzajemnie utożsamiane. Według M. Nesterowicza, lekarz (lub szpital) ponosi odpowiedzialność za błąd sztuki lekarskiej, gdy można wykazać jego winę na podstawie analizy, która prowadzi do wniosku, że błąd wynika z braku należytej staranności podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. Odpowiedzialność występuje także w przypadku braku odpowiednich umiejętności i wiedzy, niewłaściwego sprzętu medycznego lub zastosowania błędnej metody leczenia. Autor podkreśla, że szczególne znaczenie ma błąd diagnostyczny, ponieważ często wpływa na dalsze leczenie pacjenta i może prowadzić do poważnych szkód zdrowotnych (Nesterowicz, 2010, s. 208 i nast.; Nesterowicz, 2011, s. 41). Warte podkreślenia jest jednak to, że w przypadku nieprawidłowości na etapie diagnozowania lub leczenia pacjenta nie można ograniczać się jedynie do pojęcia „błędu w sztuce lekarskiej” czy „błędu lekarskiego”, ponieważ takie sformułowania sugerowałyby przypisanie winy i odpowiedzialności prawnej za skutki popełnionego błędu medycznego lub naruszenie norm etycznych wyłącznie lekarzowi prowadzącemu (Puch, 2020, s. 616). Z kolei „błąd w sztuce medycznej to naruszenie przez lekarza, który jest świadomy podejmowanej czynności medycznej, obowiązujących w danym przypadku reguł postępowania zawodowego, wypracowanych na podstawie nauki i praktyki. Reguły te dotyczą ochrony dóbr prawnych, takich jak życie i zdrowie pacjenta, a w kontekście prawa stanowią podstawę do uznania naruszenia obowiązku ostrożności (Liszewska, 1998). W konsekwencji za najbardziej adekwatne pojęcie należy uznać „błąd medyczny”, rozumiany jako odpowiedni w kontekście obowiązujących procedur diagnostycznych i leczniczych oraz funkcjonującego systemu organizacyjnego opieki zdrowotnej (Marek, 2007, s. 7; Daniluk, 2004, s. 45 i nast.). Błędy te wynikają zarówno z działań, jak i zaniechań, pojawiają się na różnych etapach czynności medycznych, takich jak diagnozowanie, leczenie, rokowanie, orzekanie i organizowanie. W tym miejscu należy również podkreślić, że uszkodzenie ciała odnosi się do naruszenia integralności fizycznej, co prowadzi do powstania widocznych śladów, które mogą mieć charakter zewnętrzny, takich jak amputacje, siniaki czy zdrapania, albo wewnętrzny, jak chociażby uszkodzenia narządów wewnętrznych. Z kolei rozstrój zdrowia dotyczy różnorodnych zakłóceń w sferze psy-

chicznej organizmu, które mogą ujawniać się jako nerwice, zaburzenia lękowe, choroby psychiczne czy stres pourazowy. Z kolei skutek wyrządzonej szkody w postaci zakażenia pacjenta można rozumieć jako stan, w którym patogeny, takie jak bakterie, wirusy, grzyby czy pasożyty, wnikają do organizmu i powodują chorobę. Zakażenia mogą mieć różne źródła i przebiegać na rozmaite sposoby.

Podjmując próbę klasyfikacji roszczeń pacjentów, warto podkreślić to, że mamy do czynienia *de facto* z roszczeniami wynikającymi z zasad ogólnych naprawienia szkody, tj. naprawienie szkody wyrządzonej pacjentowi może nastąpić poprzez: zapłatę odpowiedniej sumy pieniężnej lub przywrócenie stanu poprzedniego (art. 363 § 1 k.c.), jednorazowy zwrot kosztów (art. 444 k.c.), oraz z roszczeniami wynikającymi z odpowiedzialności deliktowej, tj. żądania: renty lub jednorazowego odszkodowania (art. 447 k.c.), jednorazowego świadczenia pieniężnego tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę (art. 445 § 1 k.c.), zadośćuczynienia pieniężnego za naruszenie dobra osobistego (art. 448 k.c.). Nie należy także pomijać możliwości zainicjowania postępowania sądowego przez najbliższych członków rodziny w zakresie roszczeń zadośćuczynienia pieniężnego [art. 446² k.c. dodany ustawą z dnia 24.06.2021 r. (Dz.U. z 2021 r. poz. 1509)]. W konsekwencji należy przyjąć, że przepisy ogólne dotyczące naprawienia szkody odnoszą się do przywrócenia stanu poprzedniego lub rekompensaty poniesionych kosztów, natomiast normy deliktowe regulują roszczenia związane z rekompensatą niemajątkowych strat i naruszeniem dóbr osobistych. Powyższa klasyfikacja roszczeń pacjentów opiera się przede wszystkim na ustalonych zasadach normatywnych i hierarchii przepisów zawartych w Kodeksie cywilnym. W polskim systemie prawnym wyraźnie rozróżnia się przepisy ogólne dotyczące naprawienia szkody od norm deliktowych, które regulują roszczenia niemajątkowe, takie jak zadośćuczynienie za doznaną krzywdę czy naruszenie dóbr osobistych.

Powyższy katalog roszczeń pacjentów jest aktualny także w przypadku podjęcia próby ich realizacji na drodze pozasądowej. Przywołane regulacje bezspornie stają się narzędziem wspierającym konstruktywny dialog między stronami, prowadząc do bardziej satysfakcjonujących i spersonalizowanych rozwiązań w zakresie rekompensaty za doznane szkody. W przypadku próby ugodowego rozwiązywania sporu w drodze mediacji regulacje ustawowe stanowią mogą wyznacznik dla pacjentów w zakresie prawidłowego ustalenia nie tylko skutku wyrządzonej szkody, jej przyczyny, lecz także prawdopodobieństwa zaistnienia związku przyczynowo-skutkowego. W przypadku sporów rozwiązywanych z wykorzystaniem mediacji, drugorzędne znaczenie wydają się mieć kwestie dotyczące daty zdarzenia czy daty powzięcia informacji o zdarzeniu i wyrządzeniu szkody. Nie należy jednak *a priori* przesądzać o niecelowości ustalenia powyższych faktów, bowiem w przypadku powzięcia przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych wiedzy o ewentualnym terminie przedawnienia roszczenia, mediacja może okazać się niecelowa z uwagi na wysokie prawdopodobieństwo skutecznego podniesienia zarzutu przedawnienia w toku postępowania sądowego, co prowadzić będzie do braku możliwości skutecznego zaspokojenia roszczeń pacjenta.

W przypadku szkód powstałych na osobie pacjenta trudno mówić o dopuszczalności restytucji naturalnej utożsamianej z przywróceniem stanu sprzed powstania szkody, co uzasadnia sformułowanie roszczenia na podstawie art. 363 § 1 k.c. Co do zasady niemożliwe jest bowiem przywrócenie zdrowia pacjenta sprzed zastosowania czynności medycznych. W takich przypadkach właściwe wydaje się uzyskanie finansowej rekompensaty wyrażonej odpowiednią sumą pieniężną. Zgodnie z art. 363 § 1 k.c. naprawienie szkody może nastąpić poprzez przywrócenie stanu poprzedniego lub zapłatę sumy pieniężnej, co odnosi się jedynie do sposobu usunięcia skutków szkody, a nie do określenia jej wysokości. W związku z tym ustalenie rozmiaru szkody oraz wysokości odszkodowania wymaga odrębnej analizy, w której wartość rekompensaty powinna opierać się na rzeczywiście poniesionych wydatkach. Należy pamiętać o tym, że ustalając wysokość odszkodowania, wydaje się uzasadnione, by przyjmować tę wartość w odniesieniu do wydatków rzeczywiście poniesionych. Co więcej, ustawodawca w treści art. 363 § 2 k.c. przyjął, że odszkodowanie pieniężne ustala się według cen obowiązujących w dacie ustalenia odszkodowania. W przypadku zainicjowania postępowania mediacyjnego, strony sporu mogą wspólnie ustalić wysokość odszkodowania, biorąc pod uwagę przywołane regulacje prawne. Niewątpliwie dzięki mediacji możliwe jest osiągnięcie porozumienia, które odzwierciedla rzeczywistą wartość szkody oraz indywidualne potrzeby i oczekiwania pacjenta. Zasadne wydaje się jednak zwrócenie uwagi na to, że mediacja umożliwia prowadzenie otwartej dyskusji na temat dopuszczalności restytucji naturalnej. Strony mogą bowiem rozważyć, dlaczego przywrócenie zdrowia pacjenta może być niemożliwe, co może prowadzić do lepszego zrozumienia sytuacji oraz do podjęcia decyzji o rekompensacie finansowej.

W art. 444 k.c. ustawodawca sformułował uprawnienie poszkodowanego dotyczące naprawienia szkody na osobie. Regulacja ta odnosi się wyłącznie do aspektów majątkowych wynikających z powstałej szkody. W tym kontekście poszkodowany ma prawo do żądania odszkodowania za wszelkie koszty, które są skutkiem doznanej szkody, zarówno w przypadku uszkodzenia ciała, jak i rozstroju zdrowia. Do kosztów tych można zakwalifikować: a) koszty leczenia (tj. koszty hospitalizacji, zarówno w szpitalu, jak i w warunkach domowych, koszty leków i terapii, koszty zabiegów inwazyjnych oraz innych procedur medycznych, koszty konsultacji) (Dzienis, 2007, s. 95); b) koszty rehabilitacji (tj. koszty rehabilitacji fizycznej, w tym wizyty u fizjoterapeuty, koszty terapii psychologicznej lub psychiatrycznej, jeśli pacjent wymaga wsparcia psychicznego); c) koszty dojazdów (tj. koszty transportu do podmiotu leczniczego, np. koszty paliwa, bilety komunikacji miejskiej); d) koszty utraty dochodów (tj. utrata zarobków związana z czasem niezdolności do pracy spowodowanym szkodą, a także możliwość przyszłej utraty dochodów z powodu trwałej niezdolności do pracy); e) koszty przekwalifikowania zawodowego (tj. koszty szkoleń i kursów zawodowych, jeśli pacjent musi zmienić zawód z powodu uszkodzenia zdrowia); f) koszty opieki i utrzymania gospodarstwa domowego (tj. koszty wynajęcia opie-

kuna, jeśli pacjent potrzebuje stałej opieki w wyniku doznanego uszczerbku, dodatkowe koszty związane z dostosowaniem warunków codziennego funkcjonowania do potrzeb osoby z niepełnosprawnością). Podobnie jak w przypadku poprzedniego roszczenia, mediacja umożliwia stronom wspólne omówienie kosztów związanych z doznałą szkodą, takich jak koszty leczenia, rehabilitacji czy utraty dochodów. Choć postępowanie sądowe również pozwala na szczegółowe wyliczenie poszczególnych elementów szkody, mediacja oferuje dodatkową możliwość bezpośredniego dialogu, który może ułatwić osiągnięcie kompromisu uwzględniającego specyficzne potrzeby obu stron. Strony mogą przedstawić swoje wyliczenia dotyczące kosztów leczenia, rehabilitacji czy utraty dochodów, co ułatwia uzgodnienie wysokości odszkodowania. Zaletą mediacji w tym przypadku jest to, że oferuje ona większą swobodę przy wyborze formy rekompensaty. Strony mogą zatem negocjować różne możliwości realizacji tego roszczenia, np. poprzez ustalenie wysokości i zasad jednorazowej wypłaty, ratalnej formy rekompensaty czy dodatkowe świadczenia, co może lepiej odpowiadać potrzebom poszkodowanego pacjenta.

Roszczenie pacjenta dotyczące renty jest uzasadnione, gdy nastąpiła całkowita lub częściowa utrata zdolności do pracy zarobkowej albo zwiększeniu uległy potrzeby poszkodowanego, ewentualnie, gdy zmniejszyły się widoki powodzenia na przyszłość. Renta zapewnia pacjentowi regularne wsparcie finansowe, co może być korzystniejsze w dłuższej perspektywie niż jednorazowa wypłata odszkodowania. To z kolei pozwala pacjentowi na lepsze zarządzanie wydatkami związanymi z leczeniem, rehabilitacją i codziennym funkcjonowaniem w społeczeństwie. W praktyce renta stanowi formę zabezpieczenia finansowego dla pacjenta na wypadek nieprzewidzianych wydatków związanych z dalszym leczeniem, rehabilitacją lub innymi potrzebami życiowymi, które mogą wynikać z doznanego uszczerbku. Zgodnie ze stanowiskiem utrwalonym w orzecznictwie, następstwa te powinny mieć charakter relatywnie trwały, aczkolwiek niekoniecznie nieodwracalny (Wyrok Sądu Najwyższego, 1998). Ze względu na cykliczny charakter świadczenia w postaci renty, włączenie ustalania jej wysokości do mediacji jest uzasadnione. Taka forma postępowania umożliwia dostosowanie wysokości renty do indywidualnych potrzeb pacjenta oraz do realnych możliwości finansowych strony przeciwnej – czyli podmiotu leczniczego lub osoby wykonującej zawód medyczny. Ponadto, w niektórych przypadkach renta może być uzależniona od spełnienia określonych warunków, takich jak kontynuacja leczenia czy rehabilitacji. Może również być dostosowywana w miarę zmiany sytuacji pacjenta (np. poprawa lub pogorszenie stanu zdrowia), co pozwala stronom sporu na większą elastyczność w zakresie czynionych ustaleń, a także ich ewentualnej modyfikacji w przyszłości, zależnie od postanowień zawartych w ugodzie. Należy podkreślić także to, że w wyniku skutecznie przeprowadzonej mediacji w analizowanym przypadku zwiększa się poczucie stabilności finansowej pacjenta i zapewnienia zabezpieczenia jego potrzeb zdrowotnych oraz życiowych w wyniku doznanego uszczerbku.

Kolejnym roszczeniem pacjenta wobec podmiotu udzielającego świadczenia zdrowotnego, którego działanie wyrządziło szkodę, jest prawo do żądania jednorazowego świadczenia pieniężnego tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, zgodnie z art. 445 §§ 1–2 k.c. Uprawnienie to nabiera szczególnego znaczenia w sytuacjach, gdy pacjent całkowicie lub częściowo traci zdolność do pracy zarobkowej, a także gdy wzrastają jego potrzeby lub perspektywy na przyszłość ulegają pogorszeniu. Zgodnie ze stanowiskiem Sądu Najwyższego zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu, takie jak rozchwianie emocjonalne i cierpienia psychiczne, które wynikają z udzielenia pacjentowi sprzecznych informacji o jego stanie zdrowia oraz stosowania wzajemnie wykluczających się metod leczenia w wyniku błędów diagnostycznych, mogą zostać uznane za rozstrój zdrowia i stanowić podstawę do przyznania zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Sąd Najwyższy podkreślił, że zaburzenia te nie muszą być trwałe, mogą mieć charakter przemijający (Wyrok Sądu Najwyższego, 2002). Ważne jest, aby zasądzone zadośćuczynienie miało charakter rzeczywisty, a nie symboliczny, ponieważ powinno pełnić funkcję kompensacyjną. Musi ono przedstawiać ekonomicznie odczuwalną wartość i spełniać funkcję represyjną wobec sprawcy szkody (por. Postanowienie Sądu Najwyższego, 2024). Kwalifikowanym typem roszczenia o zadośćuczynienia jest roszczenie w przedmiocie naruszenia dóbr osobistych. Zgodnie z art. 4 u.p.p. w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta, gwarantowanych w ustawie o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta, sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c. Także w razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności sąd może na żądanie najbliższego członka rodziny, innego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez nich cel społeczny na podstawie przywołanej regulacji. Celem roszczenia pacjenta o zadośćuczynienie za naruszenie dóbr osobistych jest przede wszystkim rekompensata za doznane krzywdy. Naruszenie dóbr osobistych, takich jak zdrowie, godność czy prywatność, może prowadzić do poważnych konsekwencji emocjonalnych i psychicznych. Odnosząc te rodzaje roszczeń pacjentów do postępowania mediacyjnego, należy podkreślić, że strony sporu mają większą kontrolę nad wynikiem mediacji, co pozwala im na wypracowanie rozwiązania, które będzie satysfakcjonujące dla obu stron, zamiast narzuconego wyroku sądowego. W efekcie strony mogą wypracować rozwiązania, które nie są dostępne w postępowaniu sądowym, takie jak np. programy rehabilitacyjne czy inne formy wsparcia.

Ustawą z dnia 24.06.2021 r. (Dz.U. z 2021 r. poz. 1509), która weszła w życie 19.09.2021 r., ustawodawca poszerzył dotychczasowy katalog roszczeń w tzw. sporach medycznych. Uprawnienie to adresowane jest jednak do najbliższych członków rodziny. Zgodnie bowiem z art. 446² k.c. w razie ciężkiego i trwałego uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, skutkującego niemożnością nawiązania lub kontynuowania więzi rodzinnej, możliwe jest przyznanie najbliższym członkom ro-

dziny poszkodowanego odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Regulacja ta nasuwa wiele wątpliwości natury praktycznej, np. w zakresie tego, czy roszczenie członków rodziny pacjenta jest uzasadnione w sytuacji bierności pacjenta co do zdarzenia pierwotnie skutkującego brakiem możliwości nawiązania lub kontynuowania więzi rodzinnej. Z uwagi na to, że ocena zasadności powyższej regulacji wykracza poza ramy niniejszego opracowania, warto jedynie zwrócić uwagę na to, że mediacja może umożliwić rodzinie poszkodowanego oraz sprawcy wspólne wypracowanie rozwiązania, które uwzględni emocje, potrzeby oraz sytuację finansową stron. Umożliwia to lepsze zrozumienie sytuacji poszkodowanego i jego rodziny. Wysokość zadośćuczynienia w takich przypadkach może być jednak niezwykle trudna do oszacowania. To z kolei skutkuje ryzykiem przyjęcia, że ustalenia te będą subiektywne, co może prowadzić do sporów zarówno w mediacji, jak i w postępowaniu sądowym. Innym zagrożeniem powodzenia w zakresie objęcia zakresem mediacji przedmiotowego roszczenia jest to, że osoby bliskie poszkodowanemu mogą ponownie doświadczać traumy związanej z powrotem do zdarzenia, co może być szczególnie problematyczne w omawianym pozasądowym modelu rozpoznawania sporów, gdy emocje są intensywne.

Podsumowując powyższe rozważania, podkreślenia wymaga to, że mediacja stanowi efektywną alternatywę dla postępowania sądowego w kontekście dochodzenia roszczeń przez pacjentów. Umożliwia ona osiągnięcie satysfakcjonujących rozwiązań w sposób bardziej dostosowany do indywidualnych potrzeb stron, z zachowaniem poufności i elastyczności. W przypadku realizacji uprawnień do żądania naprawienia szkody wyrządzonej przez podmiot leczniczy lub profesjonalistę medycznego, pacjent powinien opisać, jak naruszenie wpłynęło na jego życie codzienne, relacje z innymi, zdolność do pracy i wykonywania codziennych obowiązków. Istotne jest to, aby w toku mediacji przedstawić nie tylko aspekty finansowe, ale także emocjonalne i psychiczne skutki zdarzenia. W przypadku dobrowolnego poddania się mediacji to na pacjencie spoczywa ciężar przedstawienia konkretnych propozycji dotyczących form zadośćuczynienia, które będą dla niego satysfakcjonujące. Mogą to być kwoty, które uważa za sprawiedliwe, oraz inne formy rekompensaty. W ocenie autorów istotne jest to, aby propozycje były możliwe do zrealizowania przez drugą stronę. Konkludując, w sporach z udziałem pacjentów mediacja zapewnia większą elastyczność w ustalaniu formy i wysokości rekompensaty. Przykładowo, zamiast jednorazowego zadośćuczynienia strony mogą uzgodnić wypłatę w ratach, pokrycie kosztów leczenia lub długoterminową opiekę zdrowotną, co może być korzystne zarówno dla pacjenta, jak i dla instytucji medycznej. Tego typu elastyczność pozwala na optymalizację ekonomicznych skutków rozwiązań, co może być bardziej efektywne niż sformalizowane reguły procesowe.

2. Zdarność mediacyjna sporów z udziałem pacjenta

Spór cywilny z udziałem pacjenta, zarówno ten, w którym przedmiotem są odszkodowawcze skutki szkody na osobie (uszkodzenie ciała, wywołanie rozstroju zdrowia), jak i ten, w którym źródłem szkody na osobie jest zachowanie lekarza, personelu pomocniczego lub szpitala, posiada tzw. zdarność mediacyjną – a więc charakter umożliwiający jego rozwiązanie poprzez zawarcie ugody. Pomimo tego, że podstawą do wystąpienia z roszczeniem jest – jak wskazano – doznanie uszczerbku w dobrach osobistych pacjenta (takich jak: życie, zdrowie czy wolność), to dochodzonymi przez niego lub jego bliskich są świadczenia odszkodowawcze, których głównymi celami są: kompensacja powstałej szkody majątkowej, doznanej krzywdy czy pokrycie uszczerbków majątkowych (poprzez otrzymanie świadczenia rentowego). Są to zatem sprawy, w których zgodnie z art. 10 Ustawy z dnia 17.11.1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego, tj. Dz.U. z 2024 r., poz. 1550 (dalej) k.p.c.) dopuszczalne jest zawarcie ugody.

Co więcej, postępowanie mediacyjne w tego typu sporach – podobnie do postępowania sądowego, pozwala na wypracowanie kompleksowego rozwiązania także w przypadkach: a) kumulacji roszczeń ochronnych (odnoszących się do doznanych uszczerbków majątkowych i niemajątkowych) przysługujących poszkodowanemu pacjentowi i/lub jego bliskim; b) konieczności udziału wielu różnych podmiotów (np. szpital, lekarz, ubezpieczyciel, pacjent, bliscy pacjenta), c) zbiegu odpowiedzialności deliktowej i kontraktowej.

Dlaczego zatem spory cywilne z udziałem pacjenta powinny być w pierwszej kolejności rozwiązywane na drodze postępowania mediacyjnego, a nie w toku postępowania sądowego? Odpowiedź przynoszą m.in. charakterystyczne cechy – zasady mediacji omówione poniżej.

2.1. Dobrowolność

Podstawową zasadą postępowania mediacyjnego jest dobrowolność, która odnosi się zarówno do udziału uczestników w postępowaniu mediacyjnym, jak i możliwości zawarcia porozumienia. Zasada dobrowolności realizowana jest na każdym etapie postępowania, co oznacza, że każda ze stron w dowolnym czasie może odmówić udziału w mediacji, nie ponosząc z tego tytułu ujemnych konsekwencji procesowych (Sierocka, 2016, s. 208). To w gestii stron, nie mediatora, pozostaje podjęcie decyzji o udziale w mediacji, zaakceptowaniu osoby konkretnego mediatora czy osiągnięciu ewentualnego porozumienia. Przed rozpoczęciem mediacji strony uzyskują informację o możliwości wycofania się na każdym jej etapie oraz wybrania innej bezstronnej i neutralnej osoby trzeciej (Waszkiewicz, 2009, s. 100). Należy jednak wskazać, że zasada dobrowolności pozwala także mediatorowi na rezygnację z prowadzenia postępowania mediacyjnego zwłaszcza w sytuacji, gdy strony nie przestrzegają wspólnie ustalonych zasad tego procesu.

2.2. Poufność

Kolejną istotną zasadą mediacyjną jest poufność, w ramach której sam proces, jego przebieg i rezultaty są objęte tajemnicą. Zgodnie z przepisem art. 183⁴ i 259¹ k.p.c. mediator, co do zasady nie ujawnia informacji uzyskanych podczas postępowania mediacyjnego, z wyjątkiem przestępstw wymienionych w art. 240 k.k. Co więcej, owa zasada odnosi się do odpowiedniego przechowywania dokumentacji z przedmiotowego postępowania. Ma to szczególne znaczenie w przypadku mediacji w sporach z udziałem pacjentów. Objęte tajemnicą dane obejmują, co do zasady, szeroki zakres krępujących treści, których ujawnienie jest niezbędne w celu przedstawienia lekarzowi pełnego obrazu stanu pacjenta oraz minimalizacji ryzyka błędnej diagnozy i terapii (Janiszewska, 2020, s. 18). Dokumentacja może obejmować pisemną zgodę stron na udział w mediacji, zarejestrowanie sprawy mediacyjnej, podstawowe dane uzyskane od stron (wraz z zapisem o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych w celu realizacji postępowania mediacyjnego), deklarację przestrzegania zasady poufności przez osoby trzecie obecne na sesjach mediacyjnych, kopię porozumienia mediacyjnego i kopię protokołu z postępowania mediacyjnego przekazywanego do sądu, jeśli sąd skierował sprawę do mediacji. Inne sposoby gromadzenia dokumentacji z mediacji wymagają wyraźnej zgody stron (Łukasiewicz, 2014, s. 73).

2.3. Bezstronność i neutralność mediatora

Ważnymi zasadami postępowania mediacyjnego, które mają znaczenie przy rozwiązywaniu sporów cywilnych z udziałem pacjenta, są również te odnoszące się do mediatora. Kluczową rolę odgrywają tu bezstronność oraz neutralność. Bezstronność mediatora winna być rozumiana jako nieprzychylenie się do racji żadnej ze stron, prowadzenie mediacji w taki sposób, aby ewentualna nierównowaga między stronami nie wpływała na przebieg mediacji ani na jej ostateczny rezultat (Kobielska, 2023, s. 34–36). W przypadku niemożności prowadzenia mediacji w bezstronny sposób mediator jest zobowiązany do wycofania się z postępowania mediacyjnego. Wystrzega się stronniczości lub okazywania uprzedzeń i oceniania stron ze względu na ich pochodzenie, wykształcenie, wiek, płeć lub zachowanie podczas mediacji. W związku z prowadzonym postępowaniem mediator nie przyjmuje od stron prezentów o innych korzyściach (poza wynagrodzeniem). Co więcej, w przypadku konfliktu interesów o charakterze profesjonalnym lub osobistym ze stronami lub ich pełnomocnikami powinien zrezygnować z prowadzenia przedmiotowego postępowania. Neutralność zaś oznacza brak emocjonalnego zaangażowania prowadzącego wobec przedmiotu sporu. Mediator nie narzuca stronom określonych rozwiązań. Jest rzecznikiem rzetelnej procedury, sprzyjającej osiągnięciu dobrowolnego porozumienia (Kobielska, 2023, s. 271–274).

2.4. Rzetelność, profesjonalizm mediatora

Postępowanie mediacyjne powinno cechować się również rzetelnością oraz profesjonalizmem, rozumianym m.in. jako uczciwe i staranne poinformowanie stron jeszcze

przed jego rozpoczęciem o zasadach, istocie, możliwych rezultatach, przebiegu i kosztach mediacji. Co więcej w ramach wskazanych zasad mediator ma obowiązek określić swoją rolę i ustalenia zasad współpracy z profesjonalnymi pełnomocnikami.

Po przedstawieniu wyżej wymienionych informacji powinien również uzyskać zgodę na udział w postępowaniu mediacyjnym. Co więcej, w przypadku pełnienia innych ról zawodowych mediator ma obowiązek wyraźnego ich rozdzielenia i upewnienia się, że strony są świadome tej różnicy.

2.5. Elastyczność

Cechą charakterystyczną dla samej procedury jest z kolei jej odformalizowanie, związane m.in. z czasem, terminem, liczbą sesji mediacyjnych i procedurą. Elastyczność przedmiotowego procesu wynika z faktu, że jest on każdorazowo dostosowany do indywidualnych celów, interesów i potrzeb stron oraz charakteru sporu, które są zasadniczo ustalane na początku mediacji. Postępowanie mediacyjne oparte jest przede wszystkim na rozmowie, w tym wymianie informacji, dlatego nie stosuje się tu formalnych reguł postępowania sądowego, w tym np. postępowania dowodowego. Co więcej, pomimo tego, że mediację można podzielić na kilka etapów, mogą one płynnie łączyć się ze sobą lub być pomijane (Łukasiewicz, 2014, s. 76–77). Owa elastyczność, dostosowana do potrzeb i możliwości sposobu pracy stron jest kolejną istotną zaletą w sytuacji spraw z udziałem pacjenta.

2.6. Zasada szybkości postępowania

Tym, co również charakteryzuje mediację, jest czas jej trwania. Decydując się na przedmiotowe postępowanie, strony kierują się właśnie tą jej cechą. Mediacja jest bowiem zasadniczo szybsza niż postępowanie sądowe. Średni czas trwania mediacji to 30–45 dni, zaś zgodnie ze statystykami prezentowanymi przez Ministerstwo Sprawiedliwości³ w roku 2023 średni czas trwania postępowania sądowego w I instancji w sądzie rejonowym (sprawy cywilne procesowe – repertorium C) wynosi 11,3 miesiąca. Czas uzyskania akceptowalnych rozwiązań, w tym określonych kwot pieniężnych, przesądza o efektywności wykorzystania tej procedury w sporach z udziałem pacjenta.

2.7. Inne zasady

Wśród innych zasad postępowania mediacyjnego w literaturze przedmiotu wymienia się również: zasadę autonomii konfliktu, rozumianą jako uprzywilejowanie sporu, który pozostaje w rękach samych zainteresowanych jego rozwiązaniem, a nie w rękach sądu czy pełnomocników procesowych, zasadę poszanowania godności wszystkich uczestników, polegającą m.in. na prowadzeniu postępowania mediacyj-

3 Średni czas trwania postępowań sądowych wybranych kategorii spraw I instancji sądów okręgowych i rejonowych za rok 2023 (Ministerstwo Sprawiedliwości, 2023).

nego w kontrolowanej pod względem emocji, kulturalnej atmosferze, czy też zasadę akceptowalności rozwiązania, na podstawie której strony wspólnie szukają takiego rozwiązania problemu, który pozwoliłby na osiągnięcie korzyści przez każdą z nich.

Przedstawione pokrótce zasady, w tym przede wszystkim elastyczność, szybkość i poufność mediacji, stanowią o atrakcyjności przedmiotowej procedury dla stron w sporach z udziałem pacjenta. Warto podkreślić, że dzięki udziałowi w przedmiotowym postępowaniu strony sporu z udziałem pacjenta mają kontrolę nad jego przebiegiem i realny wpływ na rozwiązanie. Wynik mediacji zależy bowiem od otwartości stron na określenie swoich potrzeb i interesów, usłyszenie oponenta czy chęci wzięcia udziału w rozmowach na temat możliwych i akceptowalnych przez obie strony sporu rozwiązań. Uгода w mediacji jest zatem wypracowywana przez strony sporu, a nie narzućana przez mediatora. Co więcej, ugoda mediacyjna – w przeciwieństwie do wyroku sądowego – może zawierać „niekonwencjonalne” rozwiązania, jeżeli są one zgodne z prawem, nie służą obejściu prawa, a na których zaproponowanie nie zdecydowałby się organ wymiaru sprawiedliwości.

Dzięki wskazanym cechom mediacja jest procesem efektywnym i nierzadko satysfakcjonującym bardziej niż postępowanie sądowe. Każdy spór, także w sprawach z udziałem pacjenta, ma swoje podłoże m.in. w sferze uczuciowej. Podczas postępowania sądowego organ koncentruje się przede wszystkim na aspekcie materialnym na podstawie zebranego materiału dowodowego. W mediacji zaś strony, rozmawiając ze sobą i dążąc do porozumienia, uzyskują szanse na wyjaśnienie także pozamaterialnych przyczyn konfliktu, co zdecydowanie usprawnia komunikację między nimi i przyczynia się do wyjaśnienia problemu kompleksowo. To z kolei wpływa na poszukiwanie rozwiązań i dążenie do znalezienia takiego, które zaakceptują obie strony. Mediacja jest bowiem typowym przykładem sytuacji wygrany-wygrany.

3. Przebieg postępowania mediacyjnego⁴

Postępowanie mediacyjne jest – na co wskazywano wyżej – procesem niesformalizowanym, co oznacza, że to sami uczestnicy mają decydujący wpływ na jego kształt i przebieg. Żadne regulacje prawne, ani międzynarodowe, ani europejskie, w tym polskie nie precyzują etapów tej procedury. Pomimo to praktyka prowadzenia mediacji wykształciła pewien ogólny wzorzec, który w zależności od charakteru konkretnej sprawy, w tym potrzeb, interesów i możliwości (także czasowych) stron, może być oczywiście modyfikowany. Co do zasady mediacja dzieli się na kilka etapów, z których każdy spełnia określone cele i realizuje konkretne zadania.

4 Fragment opracowany na podstawie wieloletnich doświadczeń jednego ze współautorów prowadzącego postępowania mediacyjne oraz materiałów przygotowanych przez niego dla Izby Przemysłowo-Handlowej w Białymstoku (niepublikowane w czasopiśmie naukowych).

Pierwszym z nich jest zainicjowanie postępowania mediacyjnego i podjęcie czynności zmierzających do jego przeprowadzenia. Na tym etapie w zależności od tego, czy decyzję o skorzystaniu z instytucji mediacji strony podjęły, zapisując ową możliwość w tzw. klauzuli mediacyjnej w umowie lub *ad hoc* (mediacja umowna/pozasądowa), czy też zostały na nią skierowane przez sąd w toku postępowania sądowego (mediacja sądowa), powinno dojść do kontaktu mediatora ze stronami sporu w celu potwierdzenia udziału w przedmiotowej procedurze (mediacja sądowa) lub jego oficjalnego zainicjowania poprzez złożenie wniosku o przeprowadzenie mediacji, a następnie podpisanie umowy o jej przeprowadzenie (mediacja umowna/pozasądowa). W tym miejscu warto wskazać, że zasadniczo to na etapie składania wniosku o wszczęcie postępowania mediacyjnego i/lub wyrażenia zgody na mediację strony powinny dokonać wyboru osoby mediatora. Po wyborze bezstronnej i neutralnej osoby trzeciej oraz podjęciu czynności zmierzających do przeprowadzenia w/w postępowania strony sporu powinny zostać zapoznane z ideą przedmiotowego procesu. Mediator może też na tym etapie postępowania wstępnie zbadać stan faktyczny sprawy, spróbować ustalić potrzeby i interesy stron, wraz z nimi określić cel i reguły procedury, wyjaśnić rolę mediatora, a także zasady prowadzenia sesji mediacyjnych.

Kolejnym, właściwym etapem mediacji jest co do zasady bezpośrednie spotkanie ze stronami sporu i przeprowadzenie pierwszej sesji wspólnej/łączonej, w której udział biorą strony, ich pełnomocnicy (jeżeli zostali wskazani przez strony) oraz prowadzący. Celem tego etapu jest właściwe rozpoczęcie mediacji i ponowne, tym razem szczegółowe i wspólne dla obu stron sporu, zapoznanie ich z celem, zasadami, przebiegiem, kosztami postępowania mediacyjnego, jak również ustalenie reguł jego prowadzenia czy wyjaśnienie pierwszych wątpliwości związanych z jego przebiegiem. Ponadto zadaniem mediatora jest ustalenie aktualnych stanowisk stron rozpoznanie interesów oraz potrzeb kryjących się za tak sformułowanymi stanowiskami. W trakcie pierwszej dyskusji mediator, na podstawie pozyskanych pierwszych informacji ustala kwestie (problemy), które będzie poddawał dyskusji, a także kolejność ich omawiania. W zależności od charakteru sporu, postaw jego uczestników i indywidualnych potrzeb, mediator może zaproponować stronom przeprowadzenie sesji indywidualnych lub też kontynuować rozmowę w obecności wszystkich zainteresowanych. Sesje indywidualne z każdą ze stron nie są, co do zasady, odrębnym etapem postępowania mediacyjnego, ale stanowią najczęściej element pozostałych etapów. Ich celem jest przede wszystkim umożliwienie stronom „wentylacji” emocji, polegającej na wyrażeniu swoich uczuć, także tych trudnych, oraz przeprowadzenie swobodnej rozmowy i przedstawienie kwestii istotnych dla budowania przyszłego porozumienia, którymi dana strona (np. ze względu na brak zaufania) nie chce dzielić się w obecności swojego oponenta. Warto przy tym podkreślić, że zarówno rozmowy w trakcie sesji łączonej, jak i te prowadzone podczas sesji indywidualnych pozostają poufne. W trakcie postępowania mediacyjnego mediator bądź strony sporu mogą poprosić o kolejne spotkania indywidualne mające na celu – poprzez prowadzenie

indywidualnych negocjacji – zbliżenie stanowisk stron, pokonanie ewentualnego impasu czy poszukiwanie rozwiązań.

Kolejnym etapem prowadzonym w formie spotkania wspólnego lub kontynuowanego podczas sesji odrębnych/indywidualnych jest zbliżanie stanowisk i twórcze poszukiwanie rozwiązań sporu. Strony wraz z mediatorem dokonują oceny wszystkich zaproponowanych ewentualnych rozwiązań, tak aby wybrać najlepsze – spełniające najwięcej ich oczekiwań (potrzeb i interesów). Ocena zaproponowanych rozwiązań i dążenie do wybrania najkorzystniejszego w przedmiotowym sporze polega m.in. na prowadzeniu negocjacji. Ostatnim etapem jest dążenie do zakończenia postępowania mediacyjnego oraz ewentualna praca nad uzgodnionym porozumieniem – skonkretyzowanie go wraz z zawarciem ugody, a w sytuacji braku konsensusu zamknięcie sesji i zakończenie przedmiotowego postępowania, następnie sporządzenie protokołu z przebiegu mediacji i przekazanie go stronom oraz złożenie w sądzie, zgodnie z przepisami art. 183¹²⁻¹³k.p.c.

W przypadku wypracowania porozumienia ważne jest doprecyzowanie szczegółów zawieranej ugody ze względu na fakt, że tylko spisana precyzyjnie, zrozumiale, zgodna z prawem, niesłużąca jego obejściu, wykonalna i egzekwowalna może zostać zatwierdzona przez sąd i być tym samym zrównana w skutkach z wyrokiem sądowym (art. 183¹⁴ k.p.c.).

Powyższe prowadzi do wniosku, że spory z udziałem pacjentów dotyczące nie rzadko wrażliwych i bardzo prywatnych kwestii, które powinny być rozpatrywane z uwzględnieniem ich złożonego oraz delikatnego charakteru, stanowią kategorię sporów, które w pierwszej kolejności powinny być rozwiązywane drogą postępowania mediacyjnego. Poufność i elastyczność procesu mediacji, zapewnienie indywidualnego podejścia do oczekiwań i możliwości stron oraz równość traktowania uczestników mediacji, jak również idea procedury oparta na słuchaniu, dialogu i budowaniu akceptowalnych rozwiązań, dają rękojmię ich należytego i definitywnego rozstrzygnięcia sporu.

4. Koszty postępowania mediacyjnego

Jak wskazano na wstępie, należy przyjąć, że koszt skutecznie przeprowadzonego postępowania mediacyjnego jest znacznie niższy niż koszt postępowania sądowego. W pierwszej kolejności należy wskazać, że strony wyrażające wolę ugodowego rozwiązania sporu mogą wybrać jedną z form mediacji uregulowanych w Kodeksie postępowania cywilnego. Jak wskazano, mediacja może być prowadzona na podstawie umowy o mediację albo postanowienia sądu kierującego strony do mediacji. Z powyższego wprost wynika, że strony mogą samodzielnie podjąć próbę rozwiązania sporu, inicjując mediację na podstawie umowy o mediację, jeszcze przed wszczęciem

postępowania sądowego albo poddać się jej na podstawie postanowienia sądu podczas już trwającego postępowania sądowego.

Omawiając koszty postępowania mediacyjnego, w znacznym stopniu należy skoncentrować się na mediacji sądowej, co uzasadnione jest tym, iż ustawodawca uregulował w sposób szczegółowy jej koszty, co znajduje odzwierciedlenie w ustawie procesowej oraz Rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 20 czerwca 2016 r. w sprawie wysokości wynagrodzenia i podlegających zwrotowi wydatków mediatora w postępowaniu cywilnym (dalej: „WynMediatCywR”). Wychodząc od analizy zakresu przedmiotowego kosztów mediacji prowadzonej ze skierowania sądu, należy odnieść się do brzmienia art. 98¹ § 1 k.p.c., zgodnie z którym na koszty mediacji składają się wynagrodzenie mediatora oraz wydatki, które poniósł. Ustawodawca limituje jednak wysokość tych kosztów, wskazując, że nie mogą one przekraczać kwoty wyższej niż suma przysługującego mediatorowi wynagrodzenia i wydatków podlegających zwrotowi związanych z prowadzeniem mediacji określonych w przepisach wykonawczych.

Jeśli postępowanie cywilne zostało rozpoczęte w ciągu trzech miesięcy od zakończenia mediacji, która nie zakończyła się zawarciem ugody, lub w ciągu trzech miesięcy od uprawomocnienia się postanowienia o odmowie zatwierdzenia ugody przez sąd, do kosztów procesu zalicza się także koszty mediacji, przy czym ich wysokość nie może przekroczyć jednej czwartej opłaty. (art. 98¹ § 2 k.p.c.).

Ustawodawca nie określa w ustawie procesowej zasad szczegółowego wyliczania wynagrodzenia mediatora i poniesionych przez niego wydatków. Możliwe jest jednak przyjęcie, że istnienie jednej z naczelnych zasad, tj. niskich kosztów mediacji, jest ściśle związane z niskimi kosztami ponoszonymi na wynagrodzenie mediatora (Samoilło, 2019, s. 51). Ustawodawca legitymuje Ministra Sprawiedliwości do określenia w drodze rozporządzenia wysokości wynagrodzenia mediatora (w tym stałego mediatora) za prowadzenie postępowania mediacyjnego wszczętego na podstawie skierowania sądu i wydatków mediatora (w tym stałego mediatora) podlegające zwrotowi, biorąc pod uwagę rodzaj sprawy i wartość przedmiotu sporu oraz sprawny przebieg postępowania mediacyjnego, a także niezbędnych wydatków związanych z prowadzeniem mediacji. Przepisy regulujące wynagrodzenie mediatora w sprawach o prawa majątkowe i niemajątkowe mają na celu zapewnienie dostępności mediacji jako alternatywnego sposobu rozwiązywania sporów, jednocześnie dbając o to, aby wynagrodzenie mediatora było adekwatne do wykonywanej pracy (por. Bellwon, Kukło, 2023, s. 9 i nast.). Zgodnie z § 2 ust. 1 WynMediatCywR w sprawach o prawa majątkowe wynagrodzenie mediatora wynosi 1% wartości przedmiotu sporu, przy czym nie może być niższe niż 150 złotych ani wyższe niż 2000 złotych za całe postępowanie mediacyjne. Natomiast w sprawach o prawa majątkowe, w których nie można określić wartości przedmiotu sporu, oraz w sprawach o prawa niemajątkowe, wynagrodzenie mediatora za pierwsze posiedzenie wynosi 150 złotych, a za każde kolejne posiedzenie – 100 złotych, przy czym łączna kwota nie może przekroczyć 450 złotych. Natomiast jeżeli chodzi o rodzaj udokumentowanych wydatków, za które należy

się mediatorowi wynagrodzenie, są to: przejazdy (odpowiadające kosztom przejazdu pracownika zatrudnionego w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej), wynajem pomieszczeń (maksymalnie 70 zł za jedno posiedzenie) oraz korespondencja (maksymalnie 30 zł). Zasadą jest, że koszty postępowania mediacyjnego strony ponoszą w częściach równych, o ile nie ustalą inaczej. Co istotne, w przypadku zawarcia ugody przez strony przed rozpoczęciem rozprawy powód otrzyma zwrot opłaty sądowej w całości. Jeżeli zaś ugoda zostanie zawarta po rozpoczęciu postępowania sądowego, wówczas strona otrzyma zwrot $\frac{3}{4}$ opłaty sądowej. W przypadku zakończenia sprawy ugodą stronie, która uiściła opłatę, będzie przysługiwał zwrot połowy opłaty sądowej. Z tego względu zasadne wydaje się przyjęcie, że dla pacjenta znajdującego się trudnej sytuacji finansowej (np. z powodu choroby, kosztów leczenia), mediacja zapewnia przewidywalność kosztów, zwłaszcza w przypadku spraw niemajątkowych lub w sprawach, gdzie wartość sporu jest trudna do ustalenia. Stałe opłaty za mediację są transparentne i łatwe do oszacowania, co pomaga pacjentom unikać niespodziewanych wydatków.

Odnosząc się natomiast do mediacji pozasądowej, wynagrodzenie mediatora jest uregulowane w umowie, zgodnie z wolą stron. Może ono przyjąć formę zryczałtowaną lub zostać obliczone jako iloczyn umownej stawki za jedno posiedzenie i liczby odbytych posiedzeń. Ponadto, w przypadku wyboru mediacji pozasądowej strona inicjująca mediację może zostać zobowiązana do uiszczenia opłaty rejestracyjnej. Zarówno wynagrodzenie mediatora, jak i zwrot wydatków obciążają strony (Bieliński, 2014, s. 43). Nawet jeśli strony umownie ustalą koszty prowadzenia mediacji na poziomie wyższym niż ustalony przez ustawodawcę dla mediacji sądowej, koszty te będą w efekcie niższe niż koszty postępowania sądowego. W przypadku rozstrzygnięcia sporu przez organ procesowy koszty często eskalują w miarę trwania procesu, w szczególności z powodu konieczności poniesienia wydatków związanych opiniowaniem sąдово-lekarskim, co jest kluczowe w przedmiotowych sprawach, jak też z powodu zasadności przesłuchiwanie dużej liczby świadków, wśród których znajduje się personel medyczny biorący udział w procesie diagnostyczno-terapeutycznym pacjenta. Na etapie prowadzonej mediacji strony mogą szybciej dojść do porozumienia, co zmniejsza ryzyko eskalacji tych kosztów.

Co istotne, strony na każdym etapie postępowania sądowego mogą odmówić udziału w mediacji. Rezygnacja z uczestnictwa nie spowoduje ujemnych skutków procesowych dla strony uchylającej się. Jednakże, jeżeli odmowa poddania się mediacji będzie oczywiście nieuzasadniona, wówczas sąd będzie uprawniony do zobowiązania strony uchylającej się do zwrotu kosztów procesu powstałych na skutek niewłaściwego zachowania.

Powyższe już tylko na podstawie pobieżnej analizy dowodzi, iż skutecznie przeprowadzone postępowanie mediacyjne generuje znacznie niższe koszty niż tradycyjne, jedno lub dwuinstancyjne postępowanie sądowe. Jednakże, aby jeszcze precyzyjniej wykazać rząd wielkości kosztów, jakie strony musiałyby ponieść, uczest-

nicząc w mediacji i postępowaniu sądowym, niżej przedstawione zostało zestawienie porównawcze, zakładając, że wartość przedmiotu sporu w sprawie dotyczącej roszczeń pacjenta o odszkodowanie i zadośćuczynienie za popełnienie tzw. błędu medycznego wynosi 50.000,00 zł.

Koszty	Postępowanie sądowe	Mediacja umowna
Oplata rejestracyjna	/	500 zł
Oplata sądowa	2500 zł	/
Obsługa prawna	7000 zł (za 20h)	/
Koszt mediacji	/	1500 zł
Opinia biegłych	2000 zł	/
Wydatki	/	500 zł
RAZEM	11500 zł	2500

Kwoty wskazane w tabeli zostały ustalone na podstawie stawek opłat stałych i stosunkowych uregulowanych w ustawie z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, stawki rynkowe z tytułu obsługi prawnej, a także koszty mediacji ustalone przez Śląskie Centrum Arbitrażu i Mediacji. Analiza porównawcza wprost dowodzi, iż postępowanie mediacyjne, w tym przypadku mediacja pozasądowa, jest znacznie tańsze od tradycyjnego postępowania sądowego. Ponadto należy zwrócić uwagę, iż w tabeli założono, że kwoty wskazane w postępowaniu sądowym dotyczą tylko postępowania przed sądem pierwszej instancji. W przypadku kontynuowania postępowania przed drugą instancją koszty byłyby znacznie wyższe. To zaś potwierdza, iż z ekonomicznego i finansowego punktu widzenia to właśnie mediacja w wielu przypadkach jest najtańszym i najszybszym sposobem na rozwiązanie sporu.

Relatywnie niskie koszty mediacji, zwłaszcza w porównaniu z kosztami sądowymi (obejmującymi nie tylko opłaty i wydatki sądowe, ale także koszty zastępstwa procesowego), sprawiają, że mediacja staje się bardziej dostępna dla szerokiego grona osób, zwłaszcza tych zagrożonych wykluczeniem fiskalnym. Dla wielu pacjentów istotna jest bowiem kwestia kosztów samego postępowania. Chociaż z perspektywy sądowego dochodzenia roszczeń istnieją mechanizmy, które łagodzą bariery fiskalne (np. zwolnienie z opłat sądowych, bezpłatna pomoc prawna tp..), dla niektórych pacjentów mogą one nadal stanowić przeszkodę w zainicjowaniu procesu (Holčapek & Šustek, 2018, s. 369). Limit wynagrodzenia na poziomie 2000 złotych w sprawach majątkowych o dużej wartości może zachęcać do nie tylko pacjentów, ale i podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych do wybierania tej metody rozwiązywania sporów o tzw. błędy medyczne, w których żądana wysokość odszkodowania lub zadośćuczynienia co do zasady określana jest przynajmniej w kwotach przewyższających 50.000–100.000 złotych. Z ekonomicznego punktu widzenia mediacja pozwala na szybkie rozwiązanie sporu, co w dłuższej perspektywie może być bardziej opłacalne niż długotrwały proces sądowy. Niskie koszty mediacji w stosunku do czasu potrzebnego na jej przeprowadzenie mogą

zachęcać strony do wyboru tego rozwiązania zamiast drogi postępowania sądowego. Oszczędność czasu oznacza nie tylko niższe wydatki na pełnomocników i inne koszty (np. opinii sądowo-lekarskich), ale także mniejszą stratę czasu pracy, co może być kluczowe w sprawach z udziałem pacjentów. Podkreślenia wymaga również to, że ustalone przez ustawodawcę limity wynagrodzenia w sprawach niemajątkowych i o nieustalonej wartości przedmiotu sporu mają na celu ochronę osób, które mogą mieć ograniczone możliwości finansowe lub wręcz są zagrożone wykluczeniem finansowym. W takich przypadkach koszty mediacji są przewidywalne i stosunkowo niskie, co sprawia, że strony nie muszą obawiać się, że koszty mediatora czy np. opinii sądowo-lekarskiej będą nieproporcjonalnie wysokie w stosunku do sprawy. Niskie koszty postępowania medacyjnego przesądzają o jej atrakcyjności, a także zwiększają jego dostępność dla szerokiego kręgu osób. Stanowi to ekonomicznie korzystną alternatywę dla postępowania sądowego. Limitowanie wynagrodzenia mediatora oraz uzależnienie jego wysokości od wartości sporu pozwala na utrzymanie sprawiedliwego balansu między interesem ekonomicznym stron a odpowiednią rekompensatą dla mediatorów za wykonywaną przez nich pracę.

Konkludując, warto podkreślić, że dla pacjentów, którzy z uwagi na wyrządzoną szkodę skutkującą uszkodzeniem ciała, rozstrojem zdrowia czy zakażeniem potrzebują szybkiej rekompensaty, np. na leczenie czy rehabilitację, mediacja stanowi ogromną wartość z perspektywy oszczędności czasu. Krótszy proces oznacza również mniejsze koszty utraconych możliwości zawodowych i zmniejszenie stresu, co może pozytywnie wpływać na zdrowie i jakość życia pacjenta. Analogicznie dotyczyć to będzie bliskich zmarłego pacjenta, który był jedynym lub głównym żywicielem rodziny, a jego śmierć spowodowała znaczne pogorszenie sytuacji ekonomicznej osób wspólnie prowadzących gospodarstwo domowe. W perspektywie makroekonomicznej mediacja w sporach pacjentów odciąża system sądowy, co prowadzi do zmniejszenia kosztów państwa związanych z prowadzeniem długotrwałych i złożonych procesów sądowych. Z perspektywy ekonomii publicznej jest to ważny aspekt, ponieważ pozwala na optymalizację alokacji zasobów w wymiarze sprawiedliwości.

Wnioski

Mediacja to alternatywny sposób rozwiązywania sporów, odmienny od tradycyjnego postępowania sądowego, który posiada szereg charakterystycznych właściwości. Przede wszystkim cechuje ją przejrzystość – strony mają możliwość swobodnego wyrażania swoich stanowisk, a sam proces mediacji jest prosty i nieformalny. Mediacja jest również efektywna, ponieważ daje stronom pełną kontrolę nad przebiegiem procesu i oferuje szereg niestandardowych rozwiązań. Dodatkowo, ma charakter przyjazny, gdyż sesje odbywają się w neutralnym środowisku, a mediator odgrywa rolę przewodnika, pomagając nie tylko wypracować porozumienie, lecz także utrzy-

mać pozytywne relacje między stronami. Proces ten jest także szybki i elastyczny, ponieważ zależy wyłącznie od woli stron i ich zaangażowania. Ponadto, mediacja jest poufna i dyskretna, gdyż informacje na temat jej przebiegu są dostępne jedynie dla stron uczestniczących. Skuteczność mediacji przejawia się również w przerwaniu biegu terminu przedawnienia, a zawarcie ugody ma moc równą ugodzie sądowej, która stanowi tytuł wykonawczy. Na koniec warto podkreślić, że, mediacja jest stosunkowo tania – koszty postępowania są znane z góry i są znacznie niższe niż w przypadku postępowania sądowego.

Dlatego warto, mając świadomość przebiegu postępowania mediacyjnego, zdecydować się na skorzystanie z tej metody w celu rozwiązania istniejących sporów, w tym tych z udziałem pacjenta. Co więcej, zdaniem autorów, warto rozważyć wprowadzenie klauzuli mediacyjnej do wszystkich zawieranych umów, aby w przyszłości uniknąć zbędnych postępowań sądowych, które mogłyby zostać zastąpione mediacją – procesem równie skutecznym, bardziej komfortowym, tańszym i efektywniejszym. W praktyce kierownicy podmiotów leczniczych decydują się na przeprowadzenie postępowania mediacyjnego przede wszystkim w sytuacjach będących konsekwencją uprzednio rozstrzygniętych spraw sądowych inicjowanych przez pacjentów, np. gdy zapadł wyrok przesądzający winę personelu medycznego. W przypadku zasądzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia w sprawach, których stroną jest dany podmiot leczniczy lub jest nią osoba wykonująca zawód medyczny, mobilizuje udzielających świadczenia zdrowotne do zapobiegania podobnym sytuacjom w przyszłości. Czynnikiem motywującym środowisko medyczne do korzystania z mediacji jest również uzyskanie przez pacjenta w wyniku prowadzenia postępowania wyjaśniającego wystąpienia Rzecznika Praw Pacjenta o stwierdzeniu naruszenia praw pacjenta. Mediacja jest zazwyczaj mniej stresującym doświadczeniem niż udział w postępowaniu sądowym, co może być szczególnie istotne dla pacjentów przeżywających trudności emocjonalne związane z naruszeniem ich dóbr osobistych oraz wyrządzoną szkodą majątkową lub niemajątkową. Rozwiązanie wypracowane w drodze mediacji jest wiążące, co eliminuje niepewność związaną z potencjalnym odwołaniem się od wyroku sądowego i przedłużającym się procesem. Dodatkowo, mediacja przyczynia się do zmniejszenia obciążenia systemu sądowego, co ma pozytywny wpływ na efektywność ekonomiczną państwa i systemu ochrony zdrowia.

Postulowaną praktyką jest na tyle rozbudowana świadomość prawna kadry zarządzającej podmiotem leczniczym, by prowadziła do popularyzacji tej formy rozwiązywania sporów z udziałem pacjentów. Niska liczba sporów inicjowanych przez pacjentów kończonych ugodą mediacyjną wynika zarówno z uwarunkowań instytucjonalnych, jak i psychologicznych. Wydaje się jednak, że podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, decydując się na mediację, mogą z tego tytułu odnieść wiele korzyści – zarówno finansowych, jak i wizerunkowych. Istotne jest jednak to, aby w ogólnych warunkach ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciel zagwarantował nie tylko pokrycie niezbędnych kosztów sądowej obrony przed roszczeniem poszko-

dowanego lub uprawnionego w sporze prowadzonym w porozumieniu z ubezpieczycielem, lecz także pokrycie niezbędnych kosztów sądowej obrony w postępowaniu karnym, jak również kosztów postępowań sądowych, w tym mediacji lub postępowania pojednawczego oraz kosztów opłat administracyjnych. W praktyce ubezpieczyciele, kreując zakres przedmiotowy ubezpieczenia, niejednokrotnie uzależniają możliwość rekompensaty kosztów postępowania mediacyjnego lub innej pozasądowej formy rozwiązywania i rozstrzygania sporów od wyrażenia na piśmie zgody na ich pokrycie.

Nie ulega jednak wątpliwości, że mediacja sprzyja lepszemu zrozumieniu sytuacji obu stron. Osoba poszkodowana może w pełnym zakresie określić swoje potrzeby i oczekiwania, a druga strona ma szansę na wysłuchanie tych argumentów, co prowadzi do zwiększonej empatii i gotowości do ustępstw (Sisodiya & Dwivedi, 2023, s. 35). Przedstawiona wyżej analiza uzasadnia sformułowanie wniosku, że mediacja jest zazwyczaj szybszym procesem niż postępowanie sądowe, co pozwala stronom na sprawniejsze uzyskanie zadośćuczynienia i uniknięcie długotrwałego stresu związanego z procesem sądowym, co nie jest bez znaczenia dla pacjenta, którego stan kliniczny nierzadko w dalszym ciągu wymaga wsparcia przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych. Mediacja odbywa się w poufnej atmosferze, co jest szczególnie istotne w sprawach dotyczących zdrowia i osobistych doświadczeń pacjenta. Umożliwia to stronom swobodne dzielenie się informacjami bez obaw o publiczne ujawnienie.

BIBLIOGRAFIA

- Bellwon, M., Kuklo, M.J. (2023). O potrzebie kompleksowego uregulowania kwestii wynagrodzenia mediatora w mediacjach sądowych, prowadzonych na podstawie przepisów k.p.c. i aktualizacji jego wysokości, *Kwartalnik ADR. Arbitraż i Mediacja*, 16 (2), 9-31.
- Bieliński, A. (2014). Costs of the proceedings in the civil judicial procedures and alternative dispute resolution on the example of mediation – selected problems. w: M. Etel, I. Kraśnicka, A. Piszcz (red.), *Court culture. Conciliation culture or litigation culture?* (ss. 38–47). Temida2.
- Daniluk, P. (2004). Błąd w sztuce lekarskiej – wybrane problemy. *Prawo Medyczne*, 6, 45–57.
- Dzienis, P. (2007). Środki ochrony prawnej w przypadku naruszenia praw pacjenta. *Acta Scientifica Academiae Ostroviensis*, 28, 91–111.
- Holčápek, T., Šustek, P. (2018). Compensation Schemes for damage caused by healthcare and alternatives to court proceedings in the Czech Republic. *The Lawyer Quarterly*, 8 (4), 367–378.
- Janiszewska, B. (2020). Ochrona poufności pacjenta z perspektywy prawa cywilnego. *Białostockie Studia Prawnicze*, 25(2), 11–29.
- Kobielska, K. (2023). w: M. Cetera, M. Tabernacka, *Leksykon Mediacji*, Wydawnictwo Diffin, 34–36.
- Liszewska, A. (1998). *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*. Kantor Wydawniczy Zakamycze.
- Łukasiewicz, M.J. (2014). Zasada poufności, w: A.M. Arkuszewska, J. Plis(red.), *Zarys metodyki pracy mediatora w sprawach cywilnych*, LEX – Wolters Kluwer Business, 73.

- Marek, Z. (2007). *Błąd medyczny, odpowiedzialność etyczno-deontologiczna i prawna lekarza*. Wydawnictwo Medyczne, 7.
- Nesterowicz, M. (2010). *Prawo medyczne* (wyd. IX). Wydawnictwo TNOiK „Dom Organizatora”, 208 i nast.
- Nesterowicz, M. (2011). „Procesy lekarskie” w orzecznictwie europejskim (w latach 2004–2008 – wybrane orzeczenia). *Prawo i Medycyna*, 1, 41 i nast.
- Postanowienie Sądu Najwyższego z 19.04.2024 r., II PSK 67/24, Legalis.
- Puch, E.A., Nowak-Jaroszyk, M., & Swora-Cwynar, E. (2020). Błąd medyczny w teorii i praktyce przegląd najważniejszych zagadnień. *Medycyna Pracy*, 71, 613–630. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00988>
- Ministerstwo Sprawiedliwości. (2016). Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 20 czerwca 2016 r. w sprawie wysokości wynagrodzenia i podlegających zwrotowi wydatków mediatora w postępowaniu cywilnym.
- Ministerstwo Sprawiedliwości. (2023). *Prawomocnie zasądzone odszkodowania i zadośćuczynienia za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia w sądach okręgowych w pierwszej instancji w latach 2011–2023*. <https://isws.ms.gov.pl/pl/baza-statystyczna/opracowania=-wieloletnie/#::~:~:text=S%C5%82u%C5%BCba%20zdrowia%20%2D%20odszkodowania%20w%20s%C4%85dach%20powszechnych%20w%20latach%202011%20%2D%202023>
- Samoiłło, A. (2019). Mediator – czy to się w ogóle opłaca?. *ADR*, 1, 49–56.
- Sierocka, I. (2016). Postępowanie mediacyjne w sprawach z zakresu prawa pracy. *Białostockie Studia Prawnicze*, 21, 203–214.
- Sisodiya, D.S., Dwivedi, S. (2023). The Role of ADR in Resolving Disputes Related to Medical Negligence. *International Journal of Law and Social Sciences*, 9(1), 34–41. <https://doi.org/10.60143/ijls.v9.i1.2023.82>
- Sohn, D.H., Sonny Bal, B. (2012). Medical Malpractice Reform: The Role of Alternative Dispute Resolution. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 470(5), 1370–1378. doi: 10.1007/s11999-011-2206-2
- Traina, F. (2009). Medical Malpractice: The Experience in Italy. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 467, 434–442.
- Tymiński, R., Sierocka, M. (2018). Kto i ile płaci za błędy medyczne? Analiza linii orzeczniczej wydziałów cywilnych sądów powszechnych w sprawach o błąd medyczny. *Ginekologia i Perinatologia Praktyczna*, 3(1), 32–39.
- Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. (1964). Ustawa z dnia 17.11.1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (tj. Dz.U. z 2024 r., poz. 1550).
- Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. (1964). Ustawa z dnia 23.04.1964 r. – Kodeks cywilny (tj. Dz.U. z 2024 r., poz. 1061).
- Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. (2008). Ustawa z dnia 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz.U. z 2024 r., poz. 581).
- Waszkiewicz, P. (2009). w: E. Gmurzyńska, R. Morek(red.), *Mediacje. Teoria i praktyka*, 100.
- Wyrok Sądu Najwyższego z 20.23.2002 r., V CKN 909/00, *Prokuratura i Prawo* – wkład. (2003), 2, 39.
- Wyrok Sądu Najwyższego z 7.5.1998 r., III CKU 18/98, *Prokuratura i Prawo* – wkład. (1998), 11–12, 35.

