



Krystian Jabłoński

Instytut Nauk Prawnych Polskiej Akademii Nauk, Polska

ORCID: 0009-0006-1935-1080

k.jablonski@dydaktyka.inp.pan.pl

Mediacja w sporach dotyczących prawa medycznego i bioetyki w Stanach Zjednoczonych Ameryki. Aspekty prawne i systemowe

Mediation in Clinical and Bioethical Disputes in the USA.
Legal and systemic aspects

Abstract: The article analyzes mediation in clinical and bioethical disputes in the United States, using Pennsylvania as a leading model. It examines legal and institutional tools – mediation confidentiality, the MCARE fund, mandatory settlement conferences, and pre-suit programs – that enable timely, consensual resolution of conflicts over informed consent, medical malpractice, and clinical research. Barriers include fragmented regulation, lack of uniform mediator certification, and a weak settlement culture. The paper proposes a UMA-plus package: national confidentiality standards, strengthened apology laws, and incentives for healthcare providers.

Keywords: mediation in clinical and bioethical disputes, informed consent, medical malpractice, mediation confidentiality, apology laws, MCARE fund, mediator professionalization

Abstrakt: W artykule przedstawiono zagadnienie mediacji w sporach dotyczących prawa medycznego i bioetyki w Stanach Zjednoczonych, ze szczególnym uwzględnieniem modelu pensylwańskiego. Przeanalizowano mechanizmy prawno-instytucjonalne, tzn. przywilej poufności mediacji, fundusz MCARE,

obligatoryjne konferencje ugodowe i programy pre-suit, które sprzyjają szybkiemu, polubownemu zakończeniu sporów dotyczących świadomej zgody, błędów medycznych i badań klinicznych. Ustalono, że do głównych barier korzystania z mediacji należą rozproszone regulacje, brak jednolitej certyfikacji mediatorów oraz niska kultura ugód. W artykule zaproponowano ukształtowanie pakietu UMA-plus, na który składałyby się: ogólnokrajowy standard poufności, wzmocniona ochrona przeprosin oraz zachęty dla podmiotów leczniczych.

Słowa kluczowe: mediacja w sporach klinicznych i bioetycznych, świadoma zgoda, błąd medyczny, poufność mediacji, fundusz MCARE, profesjonalizacja mediatorów

1. Wprowadzenie

W Stanach Zjednoczonych Ameryki mediacja w sporach dotyczących prawa medycznego i bioetyki (*bioethics mediation*) coraz częściej uzupełnia postępowania sądowe i konsultacje etyczne, zwłaszcza tam, gdzie kluczowe są: przejrzysta komunikacja, poufność i możliwość wypracowania rozwiązań uwzględniających wartości stron. W warunkach zróżnicowania regulacji stanowych i braku jednolitego reżimu federalnego mediacja w sporach dotyczących prawa medycznego i bioetyki stanowi narzędzie szybszego i tańszego rozwiązywania konfliktów dotyczących świadomej zgody, odpowiedzialności za zdarzenia niepożądane i badań klinicznych, przy jednoczesnym ograniczeniu obciążeń emocjonalnych uczestników sporu.

Na potrzeby niniejszej analizy termin „mediacja w sporach dotyczących prawa medycznego i bioetyki” używany jest jako polski odpowiednik *bioethics mediation*. W odróżnieniu od ogólnej „mediacji medycznej” oznacza on poufny, ustrukturyzowany dialog w sporach o wartości i cele opieki (np. decyzje u schyłku życia, zakres świadomej zgody, terapie innowacyjne, relacje pacjent – rodzina – zespół kliniczny). Koncepcja ta, rozwinięta przez Nancy N. Dubler i Carol B. Liebman, zmierza do tzw. *principled resolution*, czyli rozwiązania sporu zgodnie z prawem i standardami klinicznymi, a zarazem legitymizowanego przez strony dzięki partycypacji i transparentności¹.

¹ Por. N.N. Dubler, „A Principled Resolution”: *The Fulcrum for Bioethics Mediation*, „Law and Contemporary Problems” 2011, t. 74, nr 3, s. 177–200 oraz N.N. Dubler, C.B. Liebman, *Bioethics*

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie zagadnienia mediacji w sporach dotyczących prawa medycznego i bioetyki w Stanach Zjednoczonych, ze szczególnym uwzględnieniem modelu pensylwańskiego. Przyjęte rozwiązania, na poziomie federalnym i stanowym, przewidują zróżnicowane mechanizmy i procedury, do których należą: obowiązek poufności (ze ściśle interpretowanymi wyjątkami), tzw. *apology laws*, wczesny udział interesariuszy finansowych (ubezpieczycieli, funduszu MCARE).

Mediacja w sporach dotyczących prawa medycznego i bioetyki w Stanach Zjednoczonych Ameryki regulowana jest na trzech poziomach: federalnych regulacji, zróżnicowanych modeli stanowych i rozwiązań systemowych, takich jak model pensylwański. Do tego wielopoziomowego systemu regulacji dostosowano strukturę artykułu. W pierwszej części zrekonstruowano ramy federalne mediacji – od Taft-Hartley Act po ADR Act 1998 – wraz z podstawami ADRA 1996 i reguł lokalnych. Mediację ujęto jako instrument *meaningful access to justice*. W drugiej części zaprezentowano zróżnicowanie stanowe w pięciu modelach oraz architekturę instytucjonalną sądów, szpitali i programów *pre-suit*. Część trzecią poświęcono analizie zastosowania mediacji w sporach o świadomą zgodę i badaniach innowacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem przeprosin, zadośćuczynienia oraz *apology laws*, a także praktyki pensylwańskiej. W ostatniej, czwartej części sformułowano wnioski i rekomendacje w postaci pakietu *UMA-plus*.

2. Federalne regulacje mediacji w sporach dotyczących prawa medycznego i bioetyki

2.1. Geneza prawnej regulacji mediacji: od Taft-Hartley Act do ADR Act 1998

Jak przypomina James D. Watson, wielkie odkrycia rodzą się wśród ludzkich napięć i ambicji, a ich prawda – gdy już się ujawni – bywa zaskakująco prosta i elegancka². Pierwszym przejawem instytucjonalizacji mediacji w ogólności na poziomie federalnym była ustawa Labor Management Relations Act z 1947 r. (tzw. Taft-Hartley Act). Na podstawie tej ustawy powołano Federal Mediation

Mediation: A Guide to Shaping Shared Solutions. Revised and Expanded Edition, Vanderbilt University Press, Nashville 2011.

² J.D. Watson, *Podwójna helisa. Historia odkrycia struktury DNA*, Prószyński i S-ka, Warszawa 1995, s. 11–12.

and Conciliation Service, którego mandat ograniczał się jednak do sporów pracowniczych (zapobieganie strajkom i lock-outom zakłócającym handel międzystanowy)³. Mediacja cywilna – w tym w sporach dotyczących prawa medycznego i bioetyki – rozwinęła się później, w reakcji na przeciążenie sądów i rosnące koszty postępowań⁴, stając się narzędziem odciążania wymiaru sprawiedliwości oraz redukcji wydatków publicznych i prywatnych stron⁵.

W latach 70. XX w. narastała potrzeba mniej sformalizowanych procedur; punktem zwrotnym była Pound Conference (1976 r.) zwołana przez prezesa Sądu Najwyższego Stanów Zjednoczonych Ameryki Warrena E. Burgera, na której Frank E. Sander przedstawił koncepcję *multi-door courthouse* – doboru trybu do konkretnej sprawy⁶. W konsekwencji szybko rozwinęły się programy ugodowe i pierwsze kompleksowe regulacje sądowe w latach 80. i 90. XX w.⁷

Z czasem mediacja została trwale osadzona w praktyce amerykańskiego sądownictwa cywilnego i służy realizacji wartości sprawiedliwości proceduralnej⁸. Następnie uznano ją za stały element postępowań w celu odciążenia sądów i ułatwienia dostępu do wymiaru sprawiedliwości dzięki szybszemu i tańszemu rozwiązywaniu sporów w sposób bardziej satysfakcjonujący dla stron⁹. Ostatecznie mediacja utrwaliła się w systemie ochrony prawnej, wzmacniając sprawiedliwość proceduralną i realizując standard realnego dostępu do wymiaru sprawiedliwości (*meaningful access to justice*)¹⁰.

³ Labor Management Relations Act 1947, Pub. L. 80–101, 61 Stat. 136, <https://www.govinfo.gov/content/pkg/COMPS-8190/pdf/COMPS-8190.pdf> [dostęp: 24.04.2025] (tzw. Taft-Hartley Act).

⁴ G.D. Pozgar, N.M. Santucci, *Legal Aspects of Health Care Administration*, Jones & Bartlett Learning, Burlington 2006, s. 404–409.

⁵ R. Caponi, *Mediation and State Civil Justice*, „Opinio Juris in Comparatione” 2011, t. 2, nr 3, s. 3.

⁶ C. Morrill, *Institutional Change through Interstitial Emergence: The Growth of Alternative Dispute Resolution in U.S. Law, 1970–2000*, „Revista de Estudos Empíricos em Direito: Brazilian Journal of Empirical Legal Studies” 2017, t. 4, nr 1, s. 10–17.

⁷ S.L. Staszak, *No Day in Court: Access to Justice and the Politics of Judicial Retrenchment*, Oxford University Press, Nowy Jork 2015, s. 58–62.

⁸ N.A. Welsh, *The Place of Court-Connected Mediation in a Democratic Justice System*, „Cardozo Journal of Conflict Resolution” 2004, t. 5, nr 1, s. 136–139.

⁹ B. McAdoo, N.A. Welsh, *Look Before You Leap and Keep on Looking: Lessons from the Institutionalization of Court-Connected Mediation*, „Nevada Law Journal” 2005, t. 5, nr 2, s. 301, 411, 425.

¹⁰ R. Blakey, *Rethinking Family Mediation: The Role of the Family Mediator in Contemporary Times*, Bristol University Press, Bristol 2025, s. 41–45.

2.2. Podstawy prawne: Administrative Dispute Resolution Act 1996 i lokalne reguły sądowe

Należy mieć na uwadze, że mediacja w Stanach Zjednoczonych Ameryki nie jest uregulowana jedną ogólnokrajową ustawą o charakterze kodeksowym, ale regulacjami na poziomie stanowym. Na szczeblu federalnym przyjęto jednak przepisy, które wyznaczyły kierunek rozwoju mediacji sądowej i administracyjnej, a następnie zostały wypełnione treścią przez lokalne regulaminy sądów okręgowych¹¹.

Przełomem dla upowszechnienia mediacji w sądownictwie federalnym była Alternative Dispute Resolution Act of 1998 (Pub. L. 105–315)¹². Na podstawie tej ustawy zobowiązano każdy sąd okręgowy do przyjęcia lokalnych reguł wprowadzających program ADR, obejmujący mediację i wczesną neutralną ocenę (*early neutral evaluation*, ENE). Przewidziano w niej m.in. obowiązek sądów okręgowych rozważenia mediacji (*mandatory consideration*) na odpowiednim etapie sprawy, stworzenia możliwości kierowania określonych kategorii spraw do procedur ugodowych (z wyłączeniem arbitrażu wymagającego zgody stron), wyznaczenia w każdym sądzie sędziego lub urzędnika koordynującego program oraz obowiązek zapewnienia wsparcia szkoleniowego i organizacyjnego dla mediatorów¹³.

Poufność mediacji w sprawach cywilnych została pozostawiona władzom lokalnym. ADRA 1998 pozostawiła sądom okręgowym swobodę w zakresie przyjęcia własnych reguł, dlatego powstała mozaika rozwiązań – zwykle inspirowanych prawem stanowym oraz rekomendacjami American Bar Association (ABA)¹⁴, lecz różniących się co do zakresu ochrony i wyjątków¹⁵. Z kolei

¹¹ J. Lande, *More Recommendations for Improving Court Mediation, With a Focus on Best Practices for Preparation*, „Alternatives to the High Cost of Litigation” 2023, t. 41, nr 9, s. 135–137.

¹² T. Sourdin, *Alternative Dispute Resolution (ADR) Principles: From Negotiation to Mediation*, „Hosei Ronshu” 2014, t. 258, s. 191–193.

¹³ Alternative Dispute Resolution Act of 1998, Pub. L. 105-315, 112 Stat. 2993 (28 U.S.C. § 651–658), https://19january2017snapshot.epa.gov/sites/production/files/2015-09/documents/adra_1998.pdf [dostęp: 29.03.2025].

¹⁴ American Bar Association (ABA) – ogólnokrajowa, dobrowolna organizacja zawodowa amerykańskich prawników, założona w 1878 r.; zrzesza ok. 400 tys. członków, opracowuje standardy etyczne (*model rules of professional conduct*), prowadzi akredytację szkół prawniczych (ABA Accreditation) i wydaje wytyczne dotyczące alternatywnych metod rozwiązywania sporów (*History of the American Bar Association*, https://www.americanbar.org/about_the_aba/history/ [dostęp: 1.05.2025]).

¹⁵ M.P. Dickey, *ADR Gone Wild: Is It Time for a Federal Mediation Exclusionary Rule?*, „Journal of Dispute Resolution” 2009, t. 2009, nr 1, s. 1–33. Ustawa zakazuje przymusowego arbitrażu bez zgody stron.

w administracji publicznej kluczowe znaczenie zyskała Administrative Dispute Resolution Act of 1996 (Pub. L. 104–320), na której podstawie upoważniono agencje federalne do stosowania ADR (w tym mediacji) oraz wprowadzono obowiązki zachowania tajemnicy komunikacji (*dispute resolution communications*, 5 U.S.C. § 574)¹⁶. Dzięki tym rozwiązaniom w wielu urzędach prowadzone są obecnie stałe programy mediacyjne w sprawach pracowniczych i regulacyjnych¹⁷.

Podstawy prawne mediacji na poziomie federalnym wynikają z ADRA 1996/1998 oraz regulaminów sądów okręgowych. Model ten pozwala dostosowywać programy do lokalnych potrzeb z udziałem sędziów federalnych (*magistrate judges*), mediatorów zewnętrznych i różnych trybów postępowania. Jednocześnie w modelu tym utrzymano mediację jako stały element systemu: co do zasady każda sprawa cywilna może być do niej skierowana, a sądy muszą zapewnić jej realne rozważenie przez strony¹⁸.

2.3. Mediacja jako narzędzie realnego dostępu do wymiaru sprawiedliwości (*meaningful access to justice*)

W obecnym systemie wymiaru sprawiedliwości Stanów Zjednoczonych mediacja zajmuje istotne miejsce – zarówno w sądach federalnych, jak i stanowych¹⁹. Dane pokazują, że zdecydowana większość sporów cywilnych w Stanach Zjednoczonych Ameryki kończy się ugodą (przedprocesową lub pozasądową), a mediacja odgrywa kluczową rolę w osiągnięciu porozumienia²⁰. W sądach federalnych mediacja jest dziś integralnym etapem postępowania cywilnego: po uchwaleniu ustawy ADR z 1998 r. wiele okręgów wdrożyło własne programy

¹⁶ Administrative Dispute Resolution Act of 1996, Pub. L. 104–320, 110 Stat. 3870, <https://www.govinfo.gov/content/pkg/STATUTE-110/pdf/STATUTE-110-Pg3870.pdf> [dostęp: 1.05. 2025].

¹⁷ L.B. Bingham, *Employment Dispute Resolution: The Case for Mediation*, „Conflict Resolution Quarterly” 2004, t. 22, nr 1, s. 146–152.

¹⁸ C.H. Crowne, *The Alternative Dispute Resolution Act of 1998: Implementing a New Paradigm of Justice*, „New York University Law Review” 2001, t. 76, nr 6, s. 1768–1777.

¹⁹ W sprawie *Howsam v. Dean Witter Reynolds, Inc.* (2002) Sąd Najwyższy, choć koncentrował się na arbitrażu, potwierdził znaczenie pozasądowych metod rozstrzygania sporów, wskazując, że mediacja – podobnie jak arbitraż – może istotnie ograniczać czas, koszty i obciążenie sądów. (Wyrok US Supreme Court z 9 października 2002 r., 01-800, *Howsam p. Dean Witter Reynolds Inc.*, 537 U.S. 79, <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/537/79/> [dostęp: 1.05.2025]).

²⁰ W Stanach Zjednoczonych Ameryki zdecydowana większość spraw cywilnych kończy się ugodą: w sądach federalnych ok. 95%, a w stanowych 97%, przy zaledwie 0,3% wyroków ławy przysięgłych. Raport *The Landscape of Civil Litigation in State Courts* (NCSC 2015), obejmujący ponad 900 tys. spraw, wskazuje, że większość sporów rozstrzygana jest już na etapie wstępnym, m.in. w drodze negocjacji lub mediacji (*The Landscape of Civil Litigation in State Courts*, National Center for State Courts, Williamsburg 2015, s. VI–VII, 35 [rys. 6], https://www.ncsc.org/__data/assets/pdf_file/0020/13376/civiljusticereport-2015.pdf [dostęp: 23.02.2025]).

mediacyjne, co przełożyło się na większą dostępność do wymiaru sprawiedliwości, niższe koszty i szybsze postępowania przy zachowaniu jakości oraz bezstronności usług mediacyjnych²¹.

Mediacja pełni w systemie kilka funkcji, w szczególności: pozwala odciążyć wymiar sprawiedliwości, obniżyć koszty postępowania i zakończyć spór szybciej, niż miałyby to miejsce w drodze procesu sądowego²². Zarówno w sprawach karnych, jak i w sporach dotyczących prawa medycznego coraz częściej akcentuje się także jej znaczenie dla sprawiedliwości o charakterze terapeutycznym. Mediacja o charakterze terapeutycznym między sprawcą a ofiarą (*therapeutic victim offender mediation*) może pomóc sprawcy zrozumieć wyrządzoną krzywdę, a jednocześnie stanowi narzędzie oceny potencjału do przyszłej resocjalizacji²³. W konfliktach dotyczących leczenia mediacja pozwala istotnie zredukować napięcia między stronami i sprzyja bardziej przyjaznemu, sprawiedliwemu rozwiązaniu sporu²⁴.

Mediacja odgrywa podwójną rolę: sprzyja naprawie krzywd i poprawie relacji oraz pozwala wymiarowi sprawiedliwości lepiej rozpoznać potrzeby stron, zachowując charakter partycypacyjny. Coraz częściej postrzega się ją jako narzędzie zmiany roli prawnika – z procesowego „gladiatora” w specjalistę nastawionego na rozwiązywanie problemów. Prowadzona zarówno przez prawników, jak i przedstawicieli innych profesji wzmacnia kulturę kompromisu i poszanowanie autonomii stron. Choć doktryna *unauthorized practice of law* (UPL) ogranicza udział osób spoza zawodu, to interdyscyplinarność i dzielenie się kompetencjami podnoszą jakość wymiaru sprawiedliwości i ułatwiają dostęp do niego²⁵.

Mediacja nie zastępuje całkowicie drogi sądowej – sprawy precedensowe lub te, w których strony nie wykazują woli współpracy, wymagają przeprowadzenia postępowania przed sądem. Niemniej jednak atutem mediacji pozostaje elastyczność – może ona doprowadzić do rozwiązania sporu poprzez przeprosiny,

²¹ S.S. Beckwith, *District Court Mediation Programs: A View From the Bench*, „Ohio State Journal on Dispute Resolution” 2011, t. 26, nr 2–3, s. 437–444.

²² T.J. Stipanowich, *ADR and the „Vanishing Trial”: The Growth and Impact of „Alternative Dispute Resolution”*, „Journal of Empirical Legal Studies” 2004, t. 1, nr 3, s. 843–912.

²³ G. Hallevey, *Therapeutic Victim-Offender Mediation within the Criminal Justice Process – Sharpening the Evaluation of Personal Potential for Rehabilitation while Righting Wrongs under the ADR Philosophy*, „Harvard Negotiation Law Review” 2011, t. 16, nr 65, s. 69–55.

²⁴ J. Lindsey, M. Doyle, K. Wazynska-Finck, *Securing Therapeutic Justice Through Mediation: The Challenge of Medical Treatment Disputes*, „Legal Studies” 2025, t. 45, s. 40–46.

²⁵ J.M. Nolan-Haley, *Lawyers, Non-Lawyers and Mediation: Rethinking the Professional Monopoly from a Problem-Solving Perspective*, „Harvard Negotiation Law Review” 2002, t. 7, s. 235–299.

zobowiązanie do zmiany praktyk czy inne świadczenia wykraczające poza te, które mogą znaleźć się w orzeczeniu sądowym²⁶. W sporach o odszkodowanie za błąd w leczeniu mediacja oferuje ponadto coś więcej niż kompensację finansową, ponieważ pozwala wyjaśnić przebieg terapii oraz zagwarantować działania naprawcze. Oba aspekty mają kluczowe znaczenie z perspektywy sprawiedliwości terapeutycznej²⁷. W piśmiennictwie amerykańskim część badaczy widzi w postępowaniach o błąd medyczny „narzędzie naprawcze” systemu i podkreśla jednocześnie, że wczesne, partycypacyjne mechanizmy ADR – zwłaszcza mediacja – łączą kompensację z szybkim uczeniem się na błędach i ograniczają koszty sporów²⁸.

3. Mozaika stanowa: typologie, modele i profesjonalizacja mediatorów

3.1. Minimalny wspólny mianownik – Uniform Mediation Act i jego przyjęcie

Jak dotąd jedyną poważniejszą próbę harmonizacji w obszarze mediacji stanowi Uniform Mediation Act (UMA) z 2001 r. Przygotowana wspólnie przez National Conference of Commissioners on Uniform State Laws oraz American Bar Association ustawa ta zapewnia minimalny wspólny standard definicyjny i gwarancyjny dla mediacji cywilnych²⁹.

W UMA mediację zdefiniowano jako dobrowolny, poufny proces, w którym neutralna osoba trzecia pomaga stronom negocjować porozumienie (§ 2 pkt 1). Zgodnie z § 4 UMA komunikacja mediacyjna korzysta z przywileju poufności (tzw. *privilege against disclosure*) – co do zasady nie podlega ujawnieniu (*discovery*) ani dopuszczeniu jako dowód w postępowaniu. Wyjątki od tego przywileju zostały ściśle określone w § 6 UMA i obejmują m.in. porozumienie utrwalone w podpisanym rekordzie [§ 6(a)(1)], wypowiedzi publiczne lub dokonane pod-

²⁶ C.D. Schneider, *What it Means to be Sorry: The Power of Apology in Mediation*, „Conflict Resolution Quarterly” 2000, t. 17, nr 3, s. 265–271.

²⁷ C.S. Hyman, C.B. Liebman, C.B. Schechter, W.M. Sage, *Interest-Based Mediation of Medical Malpractice Lawsuits: A Route to Improved Patient Safety?*, „Journal of Health Politics, Policy and Law” 2010, t. 35, nr 5, s. 797–828.

²⁸ B.R. Furrow, *The Patient Injury Epidemic: Medical Malpractice Litigation as a Curative Tool*, „Drexel Law Review” 2011, t. 4, nr 1, s. 94–101.

²⁹ N. Andrews, *The Three Paths of Justice Court Proceedings, Arbitration, and Mediation in England*, Springer, Cham 2018, s. 305–308.

czas sesji otwartej [§ 6(a)(2)], groźbę lub plan wyrządzenia poważnej szkody albo popełnienia przestępstwa z użyciem przemocy [§ 6(a)(3)], wykorzystanie mediacji do planowania, popełnienia lub ukrywania przestępstwa [§ 6(a)(4)], dowody w sprawach o przewinienie zawodowe lub błąd mediatora [§ 6(a)(5)], dowody w sprawach o przewinienie lub błąd zawodowy strony, uczestnika bądź jej przedstawiciela, jeśli czyn miał miejsce w mediacji [§ 6(a)(6)], a także postępowania ochronne, w których stroną jest właściwa agencja publiczna w sprawach dotyczących dziecka lub osoby dorosłej [§ 6(a)(7)]. Dodatkowo § 6(b) przewiduje wyjątki „ważone” (po niejawnej kontroli sądu) w poważnych sprawach karnych oraz przy sporach o ważność lub wykonalność ugody, o ile dowodu nie da się uzyskać inaczej, a potrzeba jego użycia przeważa nad interese w poufności; w tych kategoriach mediatora nie można jednak przymusić do zeznań [§ 6(c)], a ujawnia się tylko minimum konieczne [§ 6(d)]³⁰.

UMA z 2001 r. została przyjęta – według stanu na 2025 r. – w następujących jurysdykcjach: Dystrykt Kolumbii, Hawaje, Idaho, Illinois, Iowa, Nebraska, New Jersey, Ohio, Dakota Południowa, Utah, Vermont i Waszyngton. Connecticut przyjęło UMA 10 czerwca 2025 r., a ustawa weszła w życie 1 października 2025 r. Pensylwania nie przyjęła UMA, opierając się na własnych, wcześniejszych regulacjach dotyczących poufności mediacji (42 Pa.C.S. § 5949)³¹. Ciekawym przykładem jest Georgia, która posiada własną ustawę, ale jest ona *de facto* przyjęcie rozwiązania typu UMA³². Takie zróżnicowanie potwierdza pluralizm amerykańskich rozwiązań i pokazuje, że skuteczny system mediacji można budować zarówno przez harmonizację ustawową, jak i przez spójne instrumenty lokalne. W literaturze podkreśla się jednocześnie, że brak jednolitych reguł

³⁰ Podstawowym mechanizmem UMA służącym ochronie poufności są regulacje dotyczące przywileju dowodowego, mające zastosowanie w ramach procedur sądowych (§ 4–6). Przywilej ten uniemożliwia ujawnienie lub użycie komunikacji mediacyjnej w charakterze dowodu, z wyłączeniem specyficznych przypadków opisanych w § 6. Ustawa ta nie wprowadza jednak generalnego, absolutnego zakazu ujawniania informacji z mediacji poza salą sądową. Zgodnie z § 8 zakres poufności w sytuacjach pozasądowych jest determinowany przez umowę stron lub inne regulacje stanowe. Niezależnie od powyższego § 7 ustanawia dla mediatora zakaz raportowania do sądu. Zakaz ten nie jest jednak całkowity i dopuszcza wyjątki jasno określone w przepisach (np. w celu potwierdzenia, że mediacja miała miejsce, lub aby zgłosić zagrożenie wyrządzenia krzywdy) (National Conference of Commissioners on Uniform State Laws, *Uniform Mediation Act with Prefatory Note and Reporter's Notes*, April 1999, <https://www.uniformlaws.org/HigherLogic/System/DownloadDocumentFile.ashx?DocumentFileKey=f9534e2d-e8c0-2094-ebc0-31a7b17ec229&forceDialog=0> [dostęp: 13.04.2025]).

³¹ *Uniform Mediation Act – Enactment Map*, <https://www.uniformlaws.org/committees/community-home?CommunityKey=45565a5f-0c57-4bba-bbab-fc7de9a59110> [dostęp: 5.05.2025].

³² Georgia Uniform Mediation Act 2021, Georgia Code Title 9, Chapter 17 (§ 9–17–1 et seq.), <https://law.justia.com/codes/georgia/title-9/chapter-17/> [dostęp: 16.09.2025].

poufności generuje niepewność prawną. Tymczasem powszechne i jednolite przyjęcie oraz stosowanie UMA oparte na konstrukcji przywileju poufności z precyzyjnie określonymi wyjątkami zwiększałoby przewidywalność i efektywność mediacji w systemie wielu jurysdykcji³³.

3.2. Pięć stanowych modeli mediacji

Amerykański system mediacji w sprawach dotyczących prawa medycznego i bioetyki jest silnie zróżnicowany na poziomie stanowym. Różnice dotyczą zakresu regulacji, obligatoryjnego lub fakultatywnego charakteru ich stosowania, wymagań wobec mediatorów, ochrony poufności oraz preferowanego stylu postępowania³⁴, np. mediacji facylitatywnej lub ewaluatywnej³⁵.

Każdy stan posługuje się własnymi ustawami albo regułami sądowymi, co tworzy mozaikę modeli. W praktyce wyróżnia się m.in. Florydę jako przykład silnej formalizacji i obligatoryjności, historycznie dobrowolny i zdecentralizowany model Nowego Jorku, rozwiązania mieszane w Kalifornii, wczesną inicjatywę ustawodawczą w Teksasie oraz jurysdykcje oparte na własnych instrumentach, takie jak Pensylwania. Dla porządku porównuje się je z próbą harmonizacji, którą stanowi Uniform Mediation Act (UMA)³⁶.

Na Florydzie od lat 80. XX w. funkcjonuje system kierowania spraw cywilnych, w tym o odszkodowania za błędy medyczne, do mediacji prowadzonej przez certyfikowanych mediatorów zatwierdzanych przez Sąd Najwyższy stanu. Możliwe jest także zawieszenie postępowania na czas rozmów ugodowych³⁷. W tym modelu działają programy wyspecjalizowane, jak Florida Patient Safety and PreSuit Mediation Program. Przywilej poufności ma szeroki

³³ E.E. Deason, *The Quest for Uniformity in Mediation Confidentiality: Foolish Consistency or Crucial Predictability?*, „Marquette Law Review” 2001, t. 85, nr 1, s. 91–97.

³⁴ C.N. Candlin, *Discourse and Practice in International Commercial Arbitration Issues, Challenges and Prospects*, Routledge, Nowy Jork 2016, s. 209–216.

³⁵ W mediacji facylitatywnej mediator pomaga stronom samodzielnie wypracować własne rozwiązania, zakładając, że mają one ku temu zdolności (np. poprzez „testowanie rzeczywistości”). Natomiast w mediacji ewaluatywnej mediator zakłada, że strony oczekują od niego wskazówek i pokierowania; w tym stylu mediator może m.in. oceniać zasadność roszczeń, wskazywać prawdopodobne wyniki sądowe lub sugerować konkretne warunki ugody (M. Palmer, S. Roberts, *Dispute Processes: ADR and the Primary Forms of Decision-making*, Cambridge University Press, Nowy Jork 2020, s. 171–172).

³⁶ B.L. Nowell, D. Salem, *State-level Associations: An Emerging Trend in Community Mediation*, „Conflict Resolution Quarterly” 2004, t. 21, nr 4, s. 399–417.

³⁷ J.J. Alfini, *Trashing, Bashing, and Hashing It Out: Is This the End of „Good Mediation”?*, „Florida State University Law Review” 1991, t. 19, nr 1, s. 47–51.

zakres, natomiast wyjątki obejmują jedynie konieczność egzekwowania ugód lub zapobiegania przestępstwu³⁸. Model ten funkcjonuje na podstawie ustawy stanowej, na podstawie której nałożono obowiązek doręczenia zawiadomienia *pre-suit* i przeprowadzenia wstępnej procedury ugodowej przed wniesieniem pozwu o odszkodowanie za błąd medyczny³⁹.

Nowy Jork przez wiele lat opierał mediację na zgodzie stron i sieci Community Dispute Resolution Centers⁴⁰. Reforma z 2019 r. wprowadziła tzw. Presumptive ADR, co w praktyce przesunęło system w stronę quasi-obowiązkowego kierowania spraw do mediacji. Brak jest jednak nadal ustawy na poziomie stanowym, a praktyki różnią się w zależności od okręgu⁴¹.

W Kalifornii rozwijany jest model mieszany. Stanowe przepisy szczegółowo chronią poufność mediacji (California Evidence Code § 1115–1128)⁴². Jurysdykcja ta nie przejęła rozwiązań zawartych w UMA i opiera się raczej na wcześniejszych regulacjach⁴³. Orzecznictwo – zwłaszcza wyrok *Foxgate Homeowners' Assn. p. Bramalea California, Inc.* (2001 r.) – potwierdziło niemal absolutny charakter tej ochrony, także wobec sądów⁴⁴.

Teksas należy do pionierów legislacji ADR. Texas Alternative Dispute Resolution Act (obecnie rozdz. 154 Texas Civil Practice and Remedies Code) zachęca sądy do kierowania spraw do mediacji zarówno z urzędu, jak i na

³⁸ R.C. Jenkins, D.J. D'Alesio Jr., S.C. Gann, *Florida Patient Safety and Pre-Suit Mediation Program for Medical Malpractice Claims: 13-Year Results, COVID-19 Pandemic Implications, Future Innovations, and Blueprint for Nationwide Implementation*, „Journal of Public Health Issues and Practices” 2022, t. 6, nr 1, s. 1–8.

³⁹ Florida Statutes, Title XLV, Chapter 766 § 766.106, Notice Before Filing Action for Medical Negligence; Presuit Screening Period; Offers for Admission of Liability and for Arbitration; Informal Discovery; Review (2025), https://www.leg.state.fl.us/Statutes/index.cfm?App_mode=Display_Statute&URL=0700-0799%2F0766%2FSections%2F0766.106.html [dostęp: 2.05.2025].

⁴⁰ M.S. Umbreit, *Mediating Interpersonal Conflicts: A Pathway to Peace (Restorative Justice Classics)*, Wipf & Stock Pub, Eugene 2006, s. 45–48.

⁴¹ S. Konnerth, *Pro Se, No Say?: The Impact of Presumptive Mediation in the New York State Court System on Self-Represented Litigants*, „Fordham Law Review” 2020, t. 88, nr 4, s. 1380–1384.

⁴² California Evidence Code § 1115–1128 precyzuje zasady poufności mediacji, definiując jej zakres i uczestników, ustanawiając obowiązek poufności i niedopuszczalność dowodową, ograniczając raporty mediatora oraz przewidując wyjątki dla ugód i możliwość uchylenia poufności za zgodą stron. Regulacja ta zapewnia swobodę komunikacji bez ryzyka jej późniejszego ujawnienia w sądzie (California Evidence Code, https://leginfo.ca.gov/faces/codes_displayText.xhtml?lawCode=EVID&division=9.&title=&part=3.&chapter=2.&article= [dostęp: 2.05.2025 r.]).

⁴³ J.C. Goldsmith, A. Ingen-Housz, G.H. Pointon, *ADR in Business: Practice and Issues Across Countries and Cultures*, Wolters Kluwer, Alphen aan den Rijn 2011, s. 193–196.

⁴⁴ Wyrok Supreme Court of California z 7 września 2001 r., S087319, *Foxgate Homeowners' Assn. p. Bramalea California, Inc.*, 26 Cal.4th 1, <https://scocal.stanford.edu/opinion/foxgate-homeowners-assy-v-bramalea-california-inc-32198> [dostęp: 2.05.2025].

wniosek⁴⁵. Choć mediacja nie jest bezwzględnie obligatoryjna, to w praktyce sędziowie często zobowiązują do niej strony⁴⁶.

Obraz stanowy pozostaje zróżnicowany. Na jednym biegunie widać formalizację i obowiązkowość (Floryda), na drugim tradycję dobrowolności (Nowy Jork), a pomiędzy nimi rozwiązania mieszane i quasi-obowiązkowe z wyraźnie uregulowaną poufnością. Brak powszechnej implementacji UMA dodatkowo utrwała te różnice⁴⁷.

3.3. Sądy, szpitale i programy *pre-suit*: system instytucjonalny

System instytucji zaangażowanych w rozstrzyganie sporów dotyczących prawa medycznego i bioetyki opiera się na trzech powiązanych filarach. Po pierwsze, sądy włączają mediację do toku postępowania i czynią z negocjacji standard w sporach sądowych dotyczących prawa medycznego i bioetyki⁴⁸. Po drugie, szpitale rozwijają własne programy – od zespołów etyki klinicznej do mediatorów działających przy oddziałach intensywnej terapii (OIT) – co poprawia komunikację i umożliwia wczesne wygaszanie konfliktów. Modele hybrydowe łączą wczesną interwencję z udziałem neutralnych ekspertów i dążą do rozstrzygnięcia opartego na zasadach prawa i etyki. Trzecią ważną grupę stanowią podmioty spoza systemu sądownictwa i administracji szpitalnej. Należą do nich przede wszystkim ubezpieczyciele i fundusze odszkodowawcze, które wspierają mediacje poprzez programy ujawniania zdarzeń i zachęcanie do wczesnych ugód. Istotną rolę odgrywa także środowisko naukowe, które opracowuje metody mediacji w sprawach etyki medycznej i kształci w tym kierunku specjalistów. Uzupełnieniem są organizacje reprezentujące prawa pacjentów oraz rzecznicy praw pacjenta, dbający o to, by głos pacjenta był słyszalny, i promujący rozwiązania oparte na dialogu⁴⁹. Zaufanie stron ma wzmacniać dokument Model Standards of Conduct for Mediators z 2005 r.,

⁴⁵ Na mocy sekcji 154.021 sądy mogą kierować sprawy do ADR z własnej inicjatywy lub na wniosek stron, a sekcja 154.073 gwarantuje poufność komunikacji, wyłączając jej ujawnienie w późniejszych postępowaniach, co sprzyja otwartym negocjacjom (Texas Alternative Dispute Resolution Act 1987, Texas Civil Practice and Remedies Code, Chapter 154, <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/CP/htm/CP.154.htm> [dostęp: 2.05.2025]).

⁴⁶ C.B. Ford, *The Women of CourtWatch: Reforming a Corrupt Family Court System*, University of Texas Press, Austin 2010, s. 81–86.

⁴⁷ E.E. Deason, *Enforcement of Settlement Agreements in International Commercial Mediation: A New Legal Framework?*, „Dispute Resolution Magazine” 2015, s. 32–38.

⁴⁸ D.W.H. Lee, P.B.S. Lai, *The Practice of Mediation to Resolve Clinical, Bioethical, and Medical Malpractice Disputes*, „Hong Kong Medical Journal” 2015, t. 21, nr 6, s. 560–564.

⁴⁹ N.N. Dubler, „A Principled Resolution”: *The Fulcrum for Bioethics...*, s. 177–200.

na podstawie którego wymaga się: ujawniania konfliktów interesów, bezstronności i wycofania się z mediacji, gdy zagrożona jest neutralność⁵⁰.

Jednym z kluczowych narzędzi jest mediacja przedprocesowa (*presuit mediation*) – obowiązkowa albo silnie rekomendowana próba ugody jeszcze przed wniesieniem pozwu. Rozwiązanie to rozwinęto m.in. na Florydzie⁵¹. Wersja florydzka dotyczy roszczeń o odszkodowanie za zaniedbanie medyczne. W tym rozwiązaniu wymaga się zawiadomienia *presuit* i wymiany informacji, a równolegle sądy kierują sprawy na mediację⁵².

Poza sądami i szpitalami kluczową rolę w systemie odgrywają inni interesariusze. Ubezpieczyciele medyczni, widząc w mediacji sposób na ograniczanie kosztów i ryzyka, często rekomendują w umowach klauzule mediacyjne. Jednocześnie środowisko akademickie wraz z organizacjami reprezentującymi prawa pacjentów wspierają profesjonalizację mediatorów, badają skuteczność tej formy ADR, opracowują standardy i pomagają w rozwiązywaniu sporów⁵³.

W Stanach Zjednoczonych Ameryki brak jednolitych ogólnokrajowych kryteriów kwalifikacyjnych dla mediatorów. Część stanów ma rozbudowane systemy certyfikacji dla mediatorów, inne pozostawiają rynek bez formalnych wymogów⁵⁴. Skutkiem są różnice jakościowe – tam, gdzie standardy są wysokie, postępowania mają charakter profesjonalny; gdzie ich brak, zaufanie do procedury spada⁵⁵. W sporach dotyczących prawa medycznego i bioetyki zaleca się znajomość prawa medycznego i etyki, jednak zwykle nie wymaga się jej formalnego potwierdzenia, co utrudnia prowadzenie trudnych spraw o silnym ładunku moralnym⁵⁶. W praktyce coraz częściej oczekuje się wyspecjalizowa-

⁵⁰ *Model Standards of Conduct for Mediators*, American Bar Association, American Arbitration Association, Association for Conflict Resolution, Waszyngton 2005, https://cdn.ymaws.com/acrnnet.org/resource/resmgr/docs/MODEL_STANDARDS_OF_CONDUCT.pdf [dostęp: 8.07.2025].

⁵¹ P.M. Dunbar, C.F. Dudley, *The Law of Florida Homeowners Association*, Pineapple Pr Inc, Lanham 2022, s. 81–85.

⁵² R.C. Jenkins, G. Firestone, K. Aasheim, B. Boelens, *Mandatory Pre-Suit Mediation for Medical Malpractice: Eight-Year Results and Future Innovations*, „Conflict Resolution Quarterly” 2017, t. 35, nr 1, s. 73–75, 80–84.

⁵³ M.M. Mello, T.H. Gallagher, *Malpractice Reform – Opportunities for Leadership by Health Care Institutions and Liability Insurers*, „The New England Journal of Medicine” 2010, t. 362, nr 15, s. 1353–1356.

⁵⁴ M. Vanisko, *Mediator Certification: Should It Be Required in Montana?*, „Montana Law Review” 2014, t. 75, nr 2, s. 335–349.

⁵⁵ N. Yue Shuen Yoon, Y. Ting Ong, H. Wei Yap, K. Teck Tay, E. Gin Lim, C. Wei Shuen Cheong, W. Qiang Lim, A. Mien Chew Chin, Y. Pin Toh, M. Chiam, S. Mason, L. Kumar Radha Krishna, *Evaluating Assessment Tools of the Quality of Clinical Ethics Consultations: A Systematic Scoping Review from 1992 to 2019*, „BMC Medical Ethics” 2020, t. 21, s. 1–11.

⁵⁶ S. Potthoff, C. Hempeler, M. Scholten, *Research Ethics in Qualitative Health Research*, „International Journal of Qualitative Methods” 2023, t. 22, s. 1–3.

nych kwalifikacji, np. Certificate in Clinical Ethics Mediation przyznawanego przez Penn Medical Ethics and Health Policy, który staje się wymaganym standardem w wiodących ośrodkach leczenia⁵⁷.

System szkolenia i certyfikacji pozostaje rozproszony i niejednorodny. Programy różnią się długością i poziomem, a brak jednego organu akredytacyjnego utrudnia ocenę przygotowania. Kompetencje psychologiczne – w tym praca z emocjami i konfliktem – realnie wzmacniają skuteczność mediacji w sporach o dużym obciążeniu emocjonalnym⁵⁸.

4. Spory dotyczące prawa medycznego i badań innowacyjnych: rola mediacji w sporach na tle zgody pacjenta

4.1. Ewolucja orzecznictwa: od *Canterbury p. Spence* do *Cruzan* i terapii genowych

Świadoma zgoda (*informed consent*) to podstawowa zasada medycyny i badań klinicznych, wymagająca dobrowolnej decyzji pacjenta po uzyskaniu rzetelnej informacji o ryzyku, korzyściach i alternatywach proponowanej terapii. Spory wynikają najczęściej z niedoinformowania lub nieujawnienia ryzyka, co prowadzi do pozwów i konfliktów etycznych przy terapiach innowacyjnych. Mediacja przywraca komunikację, porządkuje informacje i skraca postępowanie⁵⁹. W sprawie *Cruzan p. Director, Missouri Department of Health* (1990 r.) Sąd Najwyższy w Stanach Zjednoczonych Ameryki uznał, że państwo może żądać „jasnych i przekonujących dowodów” (*clear and convincing evidence*) woli pacjenta dotyczącej rezygnacji z terapii podtrzymującej życie, gdy nie może on już wyrazić świadomej zgody. W orzeczeniu podkreślono różnicę między uporczywą terapią a opieką paliatywną oraz wskazano potrzebę interdyscyplinarnej oceny z udziałem lekarzy, etyków i mediatorów. Przyspieszyło to upowszechnienie oświadczeń na przyszłość (*advance directives*) i rozwój szpitalnych mechanizmów mediacyjnych chroniących poufność rozmów⁶⁰.

⁵⁷ Penn MBE Clinical Ethics Mediation Certificate, <https://medicalethicshealthpolicy.med.upenn.edu/master-of-bioethics/certificate-in-clinical-ethics-mediation> [dostęp: 8.07.2025].

⁵⁸ D.S. Hammonds, N.A. Jordan, J.L. Block, *Clinical Mediation: Advocating for a New Role*, „Journal of Counselor Preparation and Supervision” 2019, t. 12, nr 2, s. 180–187.

⁵⁹ A. Gera, J. Sood, *Informed consent – Ethical doctrine and a legal mandate*, „Current Medicine Research and Practice” 2023, t. 13, nr 6, s. 286–291.

⁶⁰ Wyrok US Supreme Court z 25 czerwca 1990 r., 88-1503, *Cruzan p. Director*, 497 U.S. 261, <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/497/261/> [dostęp: 10.07.2025].

Na OIT spory często wynikają z odmiennej interpretacji woli pacjenta. W literaturze przedstawiono przypadek 50-letniego „Josepha”, utrzymywanego przy życiu za pomocą aparatury, rokowanie było złe, choć rozważano ryzykowną operację. Żona domagała się zabiegu, natomiast syn – pełnomocnik medyczny – sprzeciwiał się przeprowadzeniu zabiegu, powołując się na wcześniejsze oświadczenie pacjenta, by nie stosować nadzwyczajnych środków. Mediator bioetyczny, po konsultacji z zespołem medycznym, zorganizował spotkanie i uporządkował informacje kliniczne. Mediacja doprowadziła do odstąpienia od terapii i wdrożenia opieki paliatywnej, co zaakceptowali bliscy i personel. Praktyka „ujawnienie + przeprosiny” wzmocniła zaufanie i umożliwiła zakończenie sporu, podczas gdy brak takiego dialogu często prowadzi do wieloletnich procesów⁶¹.

W Pensylwanii zawieranie ugód w sprawach medycznych wspiera ustawa Benevolent Gesture Medical Professional Liability Act, która pozwala lekarzom oraz innym osobom wykonującym zawód medyczny okazywać współczucie pacjentowi lub jego rodzinie po zdarzeniu niepożądanym, bez ryzyka wykorzystania takich wypowiedzi jako dowodu przyznania się do winy. Regulacja ta chroni gesty empatii i przeprosin, nie obejmując jednak jednoznacznych oświadczeń o popełnieniu błędu. Rozwiązanie to sprzyja otwartej komunikacji i budowaniu zaufania, a udział ubezpieczyciela lub funduszu MCARE umożliwia ocenę i potwierdzenie realnych możliwości finansowych ugody⁶².

Głośne spory dotyczące końca życia pacjenta pokazują, że brak wczesnego dialogu przenosi decyzje z łóżka chorego do sądu. Konflikt zwykle polega na tym, że rodzina nie akceptuje rozpoznania śmierci mózgowej i domaga się dalszego podtrzymywania funkcji życiowych, mimo że po formalnym orzeczeniu zgonu standardem jest zakończenie wentylacji i innych interwencji. W sprawie *Jahi McMath* (2013 r.) osią sporu było rozpoznanie śmierci mózgowej; rodzina kwestionowała testy, a relacje o „powrocie świadomości” uznano za błędnie dodatnie. Zwracano uwagę, że po formalnym stwierdzeniu zgonu według kryteriów neurologicznych zwykle następuje odłączenie aparatury, co powoduje, że sprawy te są szczególnie konfliktogenne⁶³. Z kolei sprawa *Terri Schiavo* (1990–2005),

⁶¹ P. DiMeo Grant, D. Ballard, *Law For Nurse Leaders: A Comprehensive Reference*, Springer, Nowy Jork 2011, s. 354–356.

⁶² Benevolent Gesture Medical Professional Liability Act 2013, Pub. L. 665–79, 35 P.S. § 10228.1–10228.3, <https://govt.westlaw.com/pac/Browse/Home/Pennsylvania/UnofficialPurdonsPennsylvaniaStatutes?guid=N173CC2B05BD011E3B2EDECCA3840A1F9> [dostęp: 3.02.2025].

⁶³ C. Lazaridis, F.D. Goldenberg, *Reports of „Recovery” from Death by Neurologic Criteria*, [w:] A. Lewis, J.L. Bernat (red.), *Death Determination by Neurologic Criteria*, Springer, Cham 2022, s. 203–211.

dotycząca zaprzestania sztucznego odżywiania i nawadniania pacjentki w stanie wegetatywnym, została przeniesiona na wieloletnią ścieżkę sądowo-polityczną z powodu braku instytucjonalnej przestrzeni do rozmowy. Typowe przypadki tego rodzaju, prowadzone w szpitalach z udziałem etyki klinicznej i poufnej mediacji, udaje się natomiast rozwiązać prywatnie – ograniczając eskalację, precyzując wolę pacjenta i przywracając dialog przy łóżku chorego⁶⁴.

Medycyna żąda od nas, abyśmy podejmowali doskonałe decyzje, opierając się na wiedzy niedoskonałej⁶⁵. Przy terapiach innowacyjnych, zwłaszcza genowych, poziom niepewności i możliwych działań niepożądanych jest wysoki. W sporach dotyczących wyrażenia zgody na terapie genowe punktem wyjścia powinna być zasada ostrożności, gdyż skutków edycji DNA – także dziedzicznych – nie sposób dziś w pełni przewidzieć, co uzasadnia potrzebę poufnych i partycypacyjnych procedur mediacyjnych⁶⁶. Badania nad terapią genową hemofilii pokazują, że pacjenci podejmują decyzję o nieodwracalnym zabiegu przy ograniczonej wiedzy o profilu bezpieczeństwa. Literatura zaleca narzędzia sprawdzające zrozumienie informacji i programy edukacyjne zwiększające realną świadomość zgody⁶⁷.

Spyry dotyczące wyrażenia zgody w badaniach klinicznych różnią się od klasycznych spraw o odszkodowanie za błąd medyczny. Mimo podpisania rozbudowanych formularzy przedmiotem sporu bywają rzetelność przekazanych informacji, ważność udzielonej zgody oraz zgodność przebiegu badania z protokołem badania klinicznego (*trial protocol*, tzw. *protocol compliance*). Nadzór etyczny sprawują komisje bioetyczne (Institutional Review Board, IRB), które zatwierdzają protokół i wzory formularzy zgody, co w praktyce podwyższa wymagany standard informacyjny; naruszenia mogą skutkować odpowiedzialnością cywilną i sankcjami administracyjnymi⁶⁸.

Po wyroku w sprawie *Canterbury p. Spence* (1972) w mediacji standard „rozsądnego pacjenta” zastąpił tradycyjny „standard środowiskowy”. Oznacza to, że zakres informacji wyznaczają potrzeby pacjenta konieczne do podjęcia autonomicznej decyzji, a nie jedynie lokalna praktyka. Poszerzony obowiązek informacyjny generuje spory, w których coraz większą rolę odgrywa media-

⁶⁴ F. Paola, R. Walker, L. Nixon, *Medical Ethics and Humanities*, Jones and Bartlett Publishers, Mississauga, Londyn 2010, s. 95–100.

⁶⁵ S. Mukherjee, *Prawa medycyny. Zapiski z niepewnego terenu*, Grupa Wydawnicza Relacja, Warszawa 2018, s. 14–18.

⁶⁶ S. Mukherjee, *Gen. Ukryta historia*, Wydawnictwo Czarne, Wołowiec 2017, s. 452–456.

⁶⁷ L. Woollard, R. Gorman, D.J. Rosenfelt, *Improving Patient Informed Consent for Haemophilia Gene Therapy: The Case for Change*, „Therapeutic Advances in Rare Disease” 2021, t. 2, s. 1–16.

⁶⁸ E.A. Bankert, R.J. Amdur, *Institutional Review Board: Management and Function*, Jones & Bartlett Learning, Mississauga 2006, s. 345–350.

cja – dzięki poufności i partycypacji pozwala uwzględnić interes pacjenta i jednocześnie ograniczyć ryzyko procesowe placówek⁶⁹.

Dla zobrazowania praktyki warto przywołać przykład fikcyjny. Pacjentka z zaawansowanym rakiem piersi, w pełni kompetentna decyzyjnie, konsekwentnie odmawiała operacji, co zespół uznał za irracjonalne. W mediacji ujawniono, że decyzja wynikała z lęku i utraty zaufania do instytucji. W poufnej przestrzeni chirurg, chroniony przez przepisy o gestach empatii, zaproponował „kontrakt informacyjny” (regularne briefingi, dostęp do dokumentacji, druga opinia). Pacjentka, odzyskując poczucie kontroli, zgodziła się na zabieg. Kazus ten, choć fikcyjny, ukazuje praktyczne zastosowanie modelu UMA-plus (poufność, ochrona empatii, udział decydenta klinicznego)⁷⁰.

W Stanach Zjednoczonych Ameryki sprawy o naprawienie szkód wyrządzonych w następstwie błędów medycznych to najczęściej zwykłe postępowania cywilne, ale ich delikatny charakter i wysokie koszty sprzyjają kierowaniu stron do mediacji. Doświadczenia Nowego Jorku wskazują na spadek kosztów i większą skłonność do ugód, choć brak aktywnego udziału lekarzy potrafi ograniczać pełny potencjał tej ścieżki⁷¹.

4.2. Przeprosiny, zadośćuczynienie i redukcja *moral injury*

Mediacja bioetyczna, której koncepcję rozwinęły Nancy N. Dubler i Carol B. Liebman, jest narzędziem stosowanym w rozwiązywaniu sporów klinicznych. Spory te definiuje się jako nieporozumienia między personelem medycznym a pacjentem lub jego rodziną, powstające w trakcie opieki zdrowotnej (np. dotyczące celów i ograniczeń leczenia, świadomej zgody, decyzji pod koniec życia, interpretacji rokowań czy formy komunikacji). Są to sytuacje, w których samo odwołanie się do norm prawnych czy opinii etycznej jest niewystarczające. Wymagają one zorganizowanego dialogu prowadzącego do rozwiązań, które są równocześnie dopuszczalne prawnie i uzasadnione medycznie. Sedno mediacji stanowi moderowana dyskusja, która systematyzuje fakty medyczne, pozwala ujawnić wartości i emocje stron, określa wspólne

⁶⁹ Wyrok United States Court of Appeals for the District of Columbia Circuit z 19 maja 1972 r., 22099, *Canterbury p. Spence*, D.C. Cir. 1972, <https://law.justia.com/cases/federal/appellate-courts/F2/464/772/364220/> [dostęp: 26.05.2025].

⁷⁰ Fikcyjny przypadek inspirowany pismami Nancy Dubler (m.in. N.N. Dubler, *Commentary on Bergman*: „Yes... But”, „The Journal of Clinical Ethics” 2013, t. 24, nr 1, s. 25–31).

⁷¹ C.B. Liebman, *Medical Malpractice Mediation: Benefits Gained, Opportunities Lost*, „Law and Contemporary Problems” 2011, t. 74, nr 2, s. 135–141.

cele oraz pomaga wypracować możliwe opcje postępowania⁷². Zastosowanie tej metody łagodzi antagonizmy związane z narzucaniem decyzji i problemami komunikacyjnymi, usprawnia organizację pracy zespołu, zmniejsza cierpienie pacjentów i ich bliskich oraz obniża ryzyko urazu moralnego (*moral injury*) wśród personelu⁷³.

W sporach dotyczących odszkodowania za błędy medyczne oraz w konfliktach związanych z prowadzeniem badań klinicznych z udziałem ludzi (m.in. dotyczących ważności zgody, zgodności działań z protokołem, kwalifikacji zdarzeń niepożądanych czy podziału odpowiedzialności między badaczem a sponsorem) mediacja okazuje się szczególnie użyteczna. Pozwala ona zapewnić dyskrecję negocjacji, zabezpieczyć dobre imię uczestniczących podmiotów – zwłaszcza ośrodka/uczelni, lekarzy badaczy i sponsora, a w pewnych sytuacjach także uczestnika badania. Pozwala również stworzyć bezpieczne forum do przeprosin i wyjaśnień, wypracować elastyczne formy kompensacji (w tym działania naprawcze i rozwiązania organizacyjne) oraz zakończyć spór szybciej i taniej niż w postępowaniu sądowym⁷⁴.

W sprawach dotyczących odszkodowania za błąd medyczny (*medical malpractice*) mediator powinien szczególnie dbać o zrównoważenie pozycji stron i kontrolę silnych emocji. Służą temu działania wyrównujące (*safeguards*), tj. zestaw gwarancji proceduralnych obejmujących w szczególności: dopuszczenie osoby wspierającej lub pełnomocnika, jasne przedstawienie na wstępie celu postępowania, jego reguł i zakresu poufności; umożliwienie prowadzenia rozmów indywidualnych ze stroną (*caucus*), udzielania przerw oraz konsultacji z doradcą prawnym lub klinicznym, uporządkowanie i udostępnienie kluczowej dokumentacji, zapewnienie wsparcia językowego (tłumacz) oraz dostosowanie tempa i formy komunikacji do obciążeń emocjonalnych uczestników. W sprawach dotyczących poważnych następstw szkody – w szczególności śmierci dziecka – mediator musi aktywnie zarządzać napięciem, strzec bezpieczeństwa komunikacyjnego i przeciwdziałać wtórnej wiktymizacji. Postępowania tej kategorii powinny prowadzić wyspecjalizowani mediatorzy sporów medycznych

⁷² W przypadku Clarence’a Corninga rodzina starszego pacjenta sprzeciwiała się podstawowym procedurom, co przy braku mediacji doprowadziło do chaosu decyzyjnego i zatajenia informacji o zbliżającej się śmierci. Z kolei żona Edwarda Davidoffa po operacji kardiochirurgicznej trwała w nierealistycznej nadziei, a unikanie szczerej rozmowy przez personel zaostriżyło konflikt, który udało się załagodzić dopiero dzięki mediacji bioetycznej (N.N. Dubler, C.B. Liebman, *Bioethics Mediation...*, s. 1–8).

⁷³ T.F. Heston, J.A. Pahang, *Moral Injury and the Four Pillars of Bioethics*, „F1000Research” 2019, t. 8, nr 1193, s. 1–12.

⁷⁴ C.B. Liebman, *Medical Malpractice Mediation...*, s. 139–146.

z przygotowaniem prawniczym lub klinicznym oraz przeszkoleni w technikach ADR i pracy z żałobą oraz traumą⁷⁵.

Rozwój mediacji w ochronie zdrowia w Stanach Zjednoczonych Ameryki wspierają programy kształcenia i organizacje branżowe. Uczelnie oferują certyfikaty z *healthcare mediation*, a stowarzyszenia – m.in. American Health Lawyers Association – promują standardy i listy akredytowanych mediatorów. Badania pokazują, że szkolenia podnoszą kompetencje personelu w zarządzaniu konfliktami i rozwiązywaniu sporów z pacjentami na wczesnym etapie, co czyni mediację realną alternatywą dla kosztownego procesu⁷⁶.

4.3. Model pensylwański w działaniu: mediacja w sporach o badania kliniczne, terapie innowacyjne i badania genowe

W Pensylwanii mediacja jest traktowana jako podstawowe narzędzie zarządzania sporami w ochronie zdrowia, także w sprawach o charakterze medycznym i bioetycznym. Kierunek ten potwierdzają zarówno programy inicjowane przez sądy powszechne, jak i aktywność środowiskowa (m.in. Pennsylvania Council of Mediators), co wzmacnia rozwój ADR w regionie⁷⁷.

Dane ilościowe wskazują na dominację ugód nad procesami sądowymi w Pensylwanii. Szacuje się, że tylko od 5⁷⁸ do 7%⁷⁹ wszystkich roszczeń z tytułu błędów medycznych kończy się wyrokiem sądowym. W 2014 r. zostało wydanych zaledwie 129 wyroków w takich sprawach, a do 2015 r. liczba ta spadła do 101⁸⁰. W sprawach, które trafiają na salę sądową, lekarze i szpitale wygrywają od 77⁸¹ do 80%⁸² procesów. Bardziej jednak miarodajnym wskaźnikiem efektywności jest udział spraw zakończonych ugodą zawartą w mediacji w ogólnej

⁷⁵ F. Lempp, K. Blackwood, M. Gordon, *Exploring the Efficacy of Mediation in Cases of Workplace Bullying*, „International Journal of Conflict Management” 2020, t. 31, nr 5, s. 666–672.

⁷⁶ M. Saulo, R.J. Wagener, *Mediation Training Enhances Conflict Management by Healthcare Personnel*, „The American Journal of Managed Care” 2000, t. 6, nr 4, s. 473–483.

⁷⁷ A.L. Begler, R. Ackerman, G. McGloin, *Transforming Pennsylvania into a Mediation Friendly State: Report of Focus Groups Conducted on June 14 and September 13 2002*, ADR Committee Pennsylvania Bar Association, Allegheny County Bar Association & Pennsylvania Council of Mediators, Harrisburg 2003, s. 1–23.

⁷⁸ R.V. Miller Jr., *Pennsylvania Medical Malpractice Statistics*, <https://www.lawsuit-information-center.com/pennsylvania-malpractice-statistics-value-case.html> [dostęp: 19.10.2025].

⁷⁹ *What Percentage Of Medical Malpractice Cases Go To Trial?*, <https://rayneslaw.com/what-percentage-of-medical-malpractice-cases-go-to-trial/> [dostęp: 19.10.2025].

⁸⁰ B. Bedigian, *Understanding The Dramatic Decline In The Number Of Medical Malpractice Cases In Pennsylvania*, <https://www.gilmanbedigian.com/understanding-the-dramatic-decline-in-the-number-of-medical-malpractice-cases-in-pennsylvania/> [dostęp: 20.10.2025].

⁸¹ R.V. Miller Jr., *Pennsylvania Medical...*, dz. cyt.

⁸² B. Bedigian, *Understanding The Dramatic...*, dz. cyt.

liczbie roszczeń. Ugody te, poza świadczeniami pieniężnymi, często obejmują elementy naprawcze – przeprosiny, zobowiązania do zmiany procedur czy działania szkoleniowe⁸³. Stanowy fundusz MCARE, który jest stroną w sporach o najwyższej wartości, w samym 2024 r. wziął udział w 117 mediacjach i łącznie w 164 sformalizowanych postępowaniach ADR⁸⁴. Skalę ugód odzwierciedlają dane finansowe: w latach 2012–2016 w Pensylwanii wypłacono 4,14 mld dol. w ramach 9627 roszczeń⁸⁵, a w okresie 2009–2018 łączna kwota wypłat wyniosła 3,416 mld dol., co było drugim najwyższym wynikiem w USA⁸⁶. Sam fundusz MCARE w 2024 r. wypłacił 275 mln dol. z tytułu sfinalizowanych roszczeń⁸⁷.

W modelu pensylwańskim pierwszym filarem są regulacje zapewniające poufność komunikacji ugodowej. Zgodnie z 42 Pa.C.S. § 5949 oświadczenia i dokumenty przedstawione na potrzeby mediacji co do zasady nie podlegają ujawnieniu w procesie i nie mogą być traktowane jako dowody⁸⁸. Taka ochrona sprzyja szczerzej rozmowie lekarza lub szpitala z pacjentem (także o zdarzeniach niepożądanych) bez ryzyka wykorzystania tych wypowiedzi w sądzie⁸⁹. Równoległą rolę odgrywa wspomniany wcześniej Benevolent Gesture Medical Professional Liability Act, który chroni wyrazy współczucia, ubolewania i inne gesty dobrej woli składane przez lekarzy oraz osoby wykonujące zawód medyczny wobec pacjentów lub rodzin⁹⁰. Granica ochrony nie obejmuje jednoznacznego przyznania się do błędu („popełniłem błąd”); jasne rozróżnienie wzmacnia zaufanie w relacji lekarz – pacjent i sprzyja sprawiedliwości terapeutycznej w polubownym rozwiązywaniu sporów⁹¹.

⁸³ M.C. Nicholas, *One Size Does Not Fit All: Realities of Pennsylvania's Medical Liability System – and the Need for Finding Alternative Justice for Medical Liability Plaintiffs*, „University of Pittsburgh Law Review” 2020, t. 81, nr 3, s. 838–845.

⁸⁴ *Medical Care Availability and Reduction of Error Fund*, Pennsylvania Insurance Department, Harrisburg 2024, <https://www.pa.gov/content/dam/copapwp-pagov/en/insurance/documents/departments-and-offices/mcare/reports-studies/2024-annual-report-and-cover-letter.pdf> [dostęp: 21.10.2025].

⁸⁵ R.V. Miller Jr., *Pennsylvania Medical...*, dz. cyt.

⁸⁶ *A Comprehensive Look at Medical Malpractice Statistics*, <https://www.rosenbaumfirm.com/medical-malpractice-statistics.html> [dostęp: 22.10.2025].

⁸⁷ *Medical Care Availability...*, dz. cyt.

⁸⁸ Pennsylvania Statute, Title 42, Chapter 59, Section 5949: Confidential mediation communications and documents, <https://www.legis.state.pa.us/cfdocs/legis/LI/consCheck.cfm?chpt=59&div=0&sctn=49&subscn=0&ttl=42&txtType=HTM> [dostęp: 5.05.2025].

⁸⁹ G.L. Kaplan, *Executive Guide to Managing Disputes*, Beard Books, Waszyngton 2009, s. 112–120.

⁹⁰ Benevolent Gesture Medical Professional Liability Act 2013, Pub. L. 665–79, 35 P.S. § 10228.1–10228.3, <https://govt.westlaw.com/pac/Browse/Home/Pennsylvania/UnofficialPurdonsPennsylvaniaStatutes?guid=N173CC2B05BD011E3B2EDECCA3840A1F9> [dostęp: 3.02.2025].

⁹¹ K.R. Myers, M.L. Osborne, C.A. Wu, *Clinical Ethics: A Graphic Medicine Casebook*, Penn State University Press, University Park, Pennsylvania 2022, s. 63–74.

Drugim elementem systemu jest Medical Care Availability and Reduction of Error Fund (MCARE) – stanowy ubezpieczyciel „drugiego szczebla”, który finansuje odszkodowania przekraczające limity polis podstawowych i jako kluczowy interesariusz finansowy uczestniczy w rokowaniach ugodowych, choć nie jest mediatorem⁹².

Istotnym impulsem rozwoju są także reguły postępowania cywilnego – Pennsylvania Rules of Civil Procedure (Pa.R.Civ.P., 231 Pa. Code) – procesowe przepisy ustanawiane przez Sąd Najwyższy Pensylwanii. Na podstawie reguł 212.5–212.6 sąd może w każdym stadium sprawy wyznaczyć *special settlement conference* (SSC), czyli posiedzenie poświęcone wyłącznie negocjowaniu ugody pod kierunkiem sędziego lub wyznaczonego prowadzącego, z obowiązkiem osobistego stawienia stron, ich pełnomocników oraz osób faktycznie uprawnionych do podjęcia decyzji finansowych, w tym przedstawiciela ubezpieczyciela, jeżeli pokrywa on ryzyko odpowiedzialności⁹³. W wielu okręgach, zwłaszcza najbardziej obciążonych, sędziowie stosują ponadto zarządzenia porządkowe, w których wyznaczają wczesny termin na podjęcie rozmów ugodowych, w tym mediacji, po wniesieniu pozwu; praktyka ta służy skanalizowaniu negocjacji i przyspieszeniu rozstrzygnięć⁹⁴.

Odkrycie struktury DNA unaocniło, że każda ingerencja w kod genetyczny łączy się nie tylko z naukową ciekawością, lecz także z odpowiedzialnością za skutki, których nie sposób przewidzieć. W pensylwańskiej debacie o wartości mediacji często przywołuje się sprawę śmierci 18-letniego Jessego Gelsingera w trakcie eksperymentalnej terapii genowej na Uniwersytecie Pensylwanii – spór zakończono poufną ugodą obejmującą wysokie odszkodowanie, przeprosiny i natychmiastowe zmiany procedur bezpieczeństwa badań⁹⁵. Drugim ważnym punktem odniesienia jest wyrok *Shinal p. Toms* (2017 r.), w którym potwierdzono osobisty, niepodlegający delegowaniu obowiązek lekarza szczegółowego poinformowania pacjenta o ryzykach; efekt „wzmocnionej czujności” po tym orzeczeniu sprzyja wczesnym mediacjom i ugodom⁹⁶.

⁹² *Medical Care Availability and Reduction of Error (MCARE) Fund*, <https://www.pa.gov/agencies/insurance/departments-and-offices/mcare.html> [dostęp: 24.03.2025].

⁹³ Order — Amendment of Rule 212.3 and Adoption of Rules 212.5 and 212.6 of the Rules of Civil Procedure; No. 538 Civil Procedural Rules, 41 Pa. B. 214, <https://www.pacourts.us/storage/rules/rec239civ%20-%20002080.pdf> [dostęp: 6.05.2025].

⁹⁴ Tamże.

⁹⁵ D. Madden, *Medicine, Ethics and the Law in Ireland*, Bloomsbury Publishing, Dublin 2011, s 597.

⁹⁶ Wyrok Supreme Court of Pennsylvania Middle District z 20 czerwca 2017 r., *Shinal p. Toms*, 162 A.3d 429 (Pa. 2017), <https://law.justia.com/cases/pennsylvania/supreme-court/2017/31-map-2016.html> [dostęp: 25.02.2025].

W szpitalach akademickich Pensylwanii stosuje się narzędzia mediacji klinicznej – aktywne słuchanie, zasadę bezstronności mediatora oraz przeformułowywanie (*reframing*), rozumiane jako neutralne przekładanie stanowisk stron na ich interesy i potrzeby – które wspierają zarządzanie ryzykiem i de-escalację sporów, a w konsekwencji zmniejszają liczbę procesów⁹⁷.

5. Wnioski

Analiza amerykańskich modeli mediacji w sporach medycznych i bioetycznych pozwala sformułować trzy zasadnicze wnioski. Po pierwsze, mimo braku jednolitej regulacji federalnej wykształciły się zaawansowane, zróżnicowane rozwiązania stanowe, z których model pensylwański wyróżnia się jako spójny ekosystem sprzyjający kulturze ugód. Po drugie, skuteczność nie wynika z pojedynczego instrumentu, lecz z synergii trzech filarów systemowych: silnej poufności, prawnej ochrony przeprosin oraz wczesnego, instytucjonalnego udziału interesariuszy finansowych. Po trzecie, ta właśnie synergia tłumaczy, dlaczego modele zintegrowane (z modelem przyjętym w Pensylwanii na czele) osiągają lepsze wyniki prewencyjne i ugodowe niż rozwiązania rozproszone.

Wniosek o kluczowej roli synergii znajduje potwierdzenie w analizie porównawczej innych modeli stanowych. Jurysdykcje takie jak Floryda, z jej zaawansowanym systemem mediacji przedprocesowej (*pre-suit*), czy Teksas, z szerokimi uprawnieniami sądu do obligatoryjnego kierowania spraw do ADR, pozwalają dostrzec skuteczność poszczególnych instrumentów. Jednakże, w odróżnieniu od Pensylwanii, narzędzia te często funkcjonują jako odrębne, choć wartościowe mechanizmy, a nie jako w pełni zintegrowany system. Model pensylwański wyróżnia się właśnie konwergencją norm prawnych, mechanizmów proceduralnych i bodźców finansowych, które wspólnie tworzą spójny system kanalizujący spory w kierunku ugody. To właśnie ta systemowa spójność, a nie tylko obecność poszczególnych rozwiązań czyni go unikalnym i szczególnie wartościowym przedmiotem analizy empirycznej.

Analiza ta pozwala przedstawić model pensylwański obejmujący następujące komplementarne elementy: ustawowy przywilej poufności mediacji (42 Pa.C.S. § 5949), ochronę gestów dobrej woli przewidzianą w Benevolent Gesture Medical Professional Liability Act, obligatoryjne konferencje ugodowe (Pa.R.Civ.P. 212.5–212.6) oraz aktywną rolę funduszu MCARE. Dane pokazują

⁹⁷ D.S. Hammonds, N.A. Jordan, J.L. Block, *Using a Mediator's Toolbox: Reducing Clinical Conflict by Learning to Reconceive the „Difficult” Patient or Family*, „MedEdPORTAL” 2023, t. 19, s. 1–7.

przełożenie tego modelu na praktykę. W Pensylwanii wyjątkowo mała liczba spraw kończy się wyrokiem, wolumen wypłat ugodowych jest bardzo wysoki, a jednocześnie w znacznej liczbie postępowań ADR uczestniczy MCARE. Dane te pozwalają na sformułowanie wniosku, że o skuteczności decyduje współdziałanie wymienionych instrumentów, a nie ich prosta suma.

W tym świetle proponowany pakiet UMA-plus przestaje być konstruktem *de lege ferenda*, a staje się modelem o udowodnionej wartości praktycznej. Jednolity standard poufności (na wzór UMA), wzmocniona ochrona przeprosin oraz instytucjonalne włączenie płatników ryzyka – uzupełnione profesjonalizacją mediatorów – odpowiadają mechanizmowi, który w Pensylwanii funkcjonuje i przynosi mierzalne rezultaty. Innymi słowy, UMA-plus staje się w tej analizie nie tyle propozycją normatywną, ile empirycznie ugruntowanym modelem projektowania instytucjonalnego. Reasumując, mediacja w sporach medycznych i bioetycznych w USA przeszła od roli komplementarnej do funkcji systemowego regulatora jakości w ochronie zdrowia. Doświadczenie Pensylwanii – od poufności i ochrony przeprosin, przez SSC, do partycypacji MCARE – dowodzi, że UMA-plus działa, bo scala normy, instytucje i bodźce finansowe w jeden proces decyzyjny. To właśnie ta integracja, a nie pojedyncze reformy, tworzy trwałą kulturę ugód i stanowi fundament sprawiedliwości naprawczej w ochronie zdrowia.

Z perspektywy klinicznej zintegrowany model daje korzyści jakościowe, których proces nie zapewni: porządkuje informację medyczną, tworzy bezpieczną przestrzeń dla przeprosin i wyjaśnień oraz angażuje podmioty decyzyjne (ubezpieczyciela/fundusz) na wczesnym etapie. Efektem są szybsze, stabilniejsze ugody – częściej zawierające komponenty naprawcze (zmiana procedur, szkolenia) – oraz niższe obciążenie emocjonalne stron i ograniczenie zjawiska *moral injury* w zespołach klinicznych.

Należy przy tym zachować krytycyzm metodologiczny. Fragmentaryczność i nieporównywalność danych, różne metodologie raportowania oraz ryzyko mogą zawyżać wskaźniki sukcesu w jurysdykcjach o najbardziej rozwiniętych systemach. Nowsze reformy (np. modyfikacje *apology laws*, programy certyfikacyjne) wymagają czasu, aby w pełni ocenić ich efekt. Zróżnicowanie praktyk lokalnych utrudnia też ocenę interoperacyjności rozwiązań federalno-stanowych.

Badania powinny obejmować wieloletnie analizy kosztowe oraz jakości rezultatów ugód mediacyjnych – zarówno przed wdrożeniem kompleksowych systemów, jak i po nim, ocenę wpływu specjalistycznej certyfikacji mediatorów klinicznych na trwałość i zgodność porozumień, badania interoperacyjności regulacji – w szczególności ustalenie, czy przyjęcie Uniform Mediation Act w da-

nym stanie wzmacnia skuteczność ADR również w sądach federalnych – a także ilościowe i jakościowe pomiary wpływu mediacji na *moral injury* i dobrostan zespołów klinicznych z wykorzystaniem metod quasi-eksperymentalnych.

Bibliografia

Akty prawne

- Labor Management Relations Act 1947, Pub. L. 80–101, 61 Stat. 136, <https://www.govinfo.gov/content/pkg/COMPS-8190/pdf/COMPS-8190.pdf> [dostęp: 24.04.2025].
- Texas Alternative Dispute Resolution Act 1987, Texas Civil Practice and Remedies Code Chapter 154, <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/CP/htm/CP.154.htm> [dostęp: 2.05.2025].
- Administrative Dispute Resolution Act of 1996, Pub. L. 104–320, 110 Stat. 3870, <https://www.govinfo.gov/content/pkg/STATUTE-110/pdf/STATUTE-110-Pg3870.pdf> [dostęp: 1.05.2025].
- Alternative Dispute Resolution Act of 1998, Pub. L. 105–315, 112 Stat. 2993, https://19january2017snapshot.epa.gov/sites/production/files/2015-09/documents/adra_1998.pdf [dostęp: 1.05.2025].
- National Conference of Commissioners on Uniform State Laws, Uniform Mediation Act with Prefatory Note and Reporter's Notes, April 1999, <https://www.uniformlaws.org/HigherLogic/System/DownloadDocumentFile.ashx?DocumentFileKey=f9534e2d-e8c0-2094-ebc0-31a7b17ec229&forceDialog=0> [dostęp: 13.04.2025].
- Benevolent Gesture Medical Professional Liability Act 2013, Pub. L. 665–79, 35 P.S. § 10228.1–10228.3, <https://govt.westlaw.com/pac/Browse/Home/Pennsylvania/UnofficialPurdonsPennsylvaniaStatutes?guid=N173CC2B-05BD011E3B2EDECCA3840A1F9> [dostęp: 3.02.2025].
- Georgia Uniform Mediation Act 2021, Georgia Code Title 9, Chapter 17, <https://law.justia.com/codes/georgia/title-9/chapter-17/> [dostęp: 16.09.2025].
- Order — Amendment of Rule 212.3 and Adoption of Rules 212.5 and 212.6 of the Rules of Civil Procedure; No. 538 Civil Procedural Rules, 41 Pa. B. 214, <https://www.pacourts.us/storage/rules/rec239civ%20-%20002080.pdf> [dostęp: 12.05.2025].
- California Evidence Code, https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displayText.xhtml?lawCode=EVID&division=9.&title=&part=3.&chapter=2.&article= [dostęp: 2.05.2025].

Pennsylvania Statute, Title 42, Chapter 59, Section 5949: Confidential mediation communications and documents, <https://www.legis.state.pa.us/cfdocs/legis/LI/consCheck.cfm?chpt=59&div=0&sctn=49&subsctn=0&ttl=42&txtType=HTM> [dostęp: 5.05.2025].

Florida Statutes, Title XLV, Chapter 766 § 766.106, Notice Before Filing Action for Medical Negligence; Presuit Screening Period; Offers for Admission of Liability and for Arbitration; Informal Discovery; Review (2025), https://www.leg.state.fl.us/Statutes/index.cfm?App_mode=Display_Statute&URL=0700-0799%2F0766%2FSections%2F0766.106.html [dostęp: 17.09.2025].

Orzecznictwo

Wyrok United States Court of Appeals for the District of Columbia Circuit z 19 maja 1972 r., 22099, *Canterbury p. Spence*, D.C. Cir. 1972, <https://law.justia.com/cases/federal/appellate-courts/F2/464/772/364220/> [dostęp: 26.05.2025].

Wyrok Supreme Court of California z 7 września 2001 r., S087319, *Foxgate Homeowners' Assn. p. Bramalea California, Inc.*, 26 Cal.4th 1, <https://scocal.stanford.edu/opinion/foxgate-homeowners-assn-v-bramalea-california-inc-32198> [dostęp: 2.05.2025].

Wyrok US Supreme Court z 9 października 2002 r., 01-800, *Howsam p. Dean Witter Reynolds Inc.*, 537 U.S. 79, <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/537/79/> [dostęp: 4.01.2025].

Wyrok Supreme Court of Pennsylvania Middle District z 20 czerwca 2017 r., *Shinal p. Toms*, 162 A.3d 429 (2017), <https://law.justia.com/cases/pennsylvania/supreme-court/2017/31-map-2016.html> [dostęp: 25.02.2025].

Wyrok US Supreme Court z 25 czerwca 1990 r., 88-1503, *Cruzan p. Director, Missouri Department of Health*, 497 U.S. 261 (1990), <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/497/261/> [dostęp: 10.07.2025].

Publikacje

Andrews N., *The Three Paths of Justice Court Proceedings, Arbitration, and Mediation in England*, Springer, Cham 2018.

Alfini J.J., *Trashing, Bashing, and Hashing It Out: Is This the End of „Good Mediation”?*, „Florida State University Law Review” 1991, t. 19, nr 1, s. 47–76.

Bankert E.A., Amdur R.J., *Institutional Review Board: Management and Function*, Jones & Bartlett Learning, Mississauga 2006.

- Beckwith S.S., *District Court Mediation Programs: A View From the Bench*, „Ohio State Journal on Dispute Resolution” 2011, t. 26, nr 2–3, s. 437–454.
- Begler A.L., Ackerman R., McGloin G., *Transforming Pennsylvania into a Mediation Friendly State: Report of Focus Groups Conducted on June 14 and September 13 2002*, ADR Committee Pennsylvania Bar Association, Allegheny County Bar Association & Pennsylvania Council of Mediators, Harrisburg 2003.
- Blakey R., *Rethinking Family Mediation: The Role of the Family Mediator in Contemporary Times*, Bristol University Press, Bristol 2025.
- Bingham L.B., *Employment Dispute Resolution: The Case for Mediation*, „Conflict Resolution Quarterly” 2004, t. 22, nr 1, s. 145–174.
- Candlin C.N., *Discourse and Practice in International Commercial Arbitration Issues, Challenges and Prospects*, Routledge, Nowy Jork 2016.
- Caponi R., *Mediation and State Civil Justice*, „Opinio Juris in Comparatione” 2011, t. 2, nr 3, s. 1–6.
- Crowne C.H., *The Alternative Dispute Resolution Act of 1998: Implementing a New Paradigm of Justice*, „New York University Law Review” 2001, t. 76, nr 6, s. 1768–1811.
- Deason E.E., *The Quest for Uniformity in Mediation Confidentiality: Foolish Consistency or Crucial Predictability?*, „Marquette Law Review” 2001, t. 85, nr 1, s. 79–111.
- Deason E.E., *Enforcement of Settlement Agreements in International Commercial Mediation: A New Legal Framework?*, „Dispute Resolution Magazine” 2015, s. 32–38.
- Dickey M.P., *ADR Gone Wild: Is It Time for a Federal Mediation Exclusionary Rule?*, „Journal of Dispute Resolution” 2009, t. 2009, nr 1, s. 1–33.
- DiMeo Grant P., Ballard D., *Law For Nurse Leaders: A Comprehensive Reference*, Springer, Nowy Jork 2011.
- Dubler N.N., *Commentary on Bergman: „Yes... But”*, „The Journal of Clinical Ethics” 2013, t. 24, nr 1, s. 25–31.
- Dubler N.N., „A Principled Resolution”: *The Fulcrum for Bioethics Mediation*, „Law and Contemporary Problems” 2011, t. 74, nr 3, s. 177–200.
- Dubler N.N., Liebman C.B., *Bioethics Mediation: A Guide to Shaping Shared Solutions. Revised and Expanded Edition*, Vanderbilt University Press, Nashville 2011.
- Dunbar P.M., Dudley C.F., *The Law of Florida Homeowners Association*, Pineapple Pr Inc, Lanham 2022.
- Ford C.B., *The Women of CourtWatch: Reforming a Corrupt Family Court System*, University of Texas Press, Austin 2010.

- Furrow B.R., *The Patient Injury Epidemic: Medical Malpractice Litigation as a Curative Tool*, „Drexel Law Review” 2011, t. 4, nr 1, s. 41–107.
- Gera A., Sood J., *Informed Consent – Ethical Doctrine and a Legal Mandate*, „Current Medicine Research and Practice” 2023, t. 13, nr 6, s. 286–291.
- Goldsmith J.C., Ingen-Housz A., Pointon G.H., *ADR in Business: Practice and Issues Across Countries and Cultures*, Wolters Kluwer, Alphen aan den Rijn 2011.
- Hammonds D.S., Jordan N.A., Block J.L., *Using a Mediator’s Toolbox: Reducing Clinical Conflict by Learning to Reconceive the „Difficult” Patient or Family*, „MedEdPORTAL” 2020, t. 19, s. 1–8.
- Hammonds D.S., Jordan N.A., Block J.L., *Clinical Mediation: Advocating for a New Role*, „Journal of Counselor Preparation and Supervision” 2019, t. 12, nr 2, s. 180–196.
- Hallevy G., *Therapeutic Victim-Offender Mediation within the Criminal Justice Process – Sharpening the Evaluation of Personal Potential for Rehabilitation while Righting Wrongs under the ADR Philosophy*, „Harvard Negotiation Law Review” 2011, t. 16, nr 65, s. 65–94.
- Heston T.F., Pahang J.A., *Moral Injury and the Four Pillars of Bioethics*, „F1000Research” 2019, t. 8, nr 1193, s. 1–16.
- Hyman C.S., Liebman C.B., Schechter C.B., Sage W.M., *Interest-Based Mediation of Medical Malpractice Lawsuits: A Route to Improved Patient Safety?*, „Journal of Health Politics, Policy and Law” 2010, t. 35, nr 5, s. 797–828.
- Jenkins R.C., Firestone G., Aasheim K., Boelens B., *Mandatory Pre-Suit Mediation for Medical Malpractice: Eight-Year Results and Future Innovations*, „Conflict Resolution Quarterly” 2017, t. 35, nr 1, s. 73–88.
- Jenkins R.C., D’Alesio Jr. D.J., Gann S.C., *Florida Patient Safety and Pre-Suit Mediation Program for Medical Malpractice Claims: 13-Year Results, COVID-19 Pandemic Implications, Future Innovations, and Blueprint for Nationwide Implementation*, „Journal of Public Health Issues and Practices” 2022, t. 6, nr 1, s. 1–8.
- Kaplan G.L., *Executive Guide to Managing Disputes*, Beard Books, Waszyngton 2009.
- Konnerth S., *Pro Se, No Say?: The Impact of Presumptive Mediation in the New York State Court System on Self-Represented Litigants*, „Fordham Law Review” 2020, t. 88, nr 4, s. 1365–1393.
- Lande J., *More Recommendations for Improving Court Mediation, With a Focus on Best Practices for Preparation*, „Alternatives to the High Cost of Litigation” 2023, t. 41, nr 9, s. 135–147.

- Lazaridis C., Goldenberg F.D., *Reports of „Recovery” from Death by Neurologic Criteria*, [w:] A. Lewis, J.L. Bernat (red.), *Death Determination by Neurologic Criteria*, Springer, Cham 2022, s. 203–211.
- Lee D.W.H., Lai P.B.S., *The Practice of Mediation to Resolve Clinical, Bioethical, and Medical Malpractice Disputes*, „Hong Kong Medical Journal” 2015, t. 21, nr 6, s. 560–564.
- Lempp F., Blackwood K., Gordon M., *Exploring the Efficacy of Mediation in Cases of Workplace Bullying*, „International Journal of Conflict Management” 2020, t. 31, nr 5, s. 665–685.
- Liebman C.B., *Medical Malpractice Mediation: Benefits Gained, Opportunities Lost*, „Law and Contemporary Problems” 2011, t. 74, nr 2, s. 135–149.
- Lindsey J., Doyle M., Wazynska-Finck K., *Securing Therapeutic Justice Through Mediation: The Challenge of Medical Treatment Disputes*, „Legal Studies” 2025, t. 45, s. 40–57.
- Madden D., *Medicine, Ethics and the Law in Ireland*, Bloomsbury Publishing, Dublin 2011.
- McAdoo B., Welsh N.A., *Look Before You Leap and Keep on Looking: Lessons from the Institutionalization of Court-Connected Mediation*, „Nevada Law Journal” 2005, t. 5, nr 2, s. 399–432.
- Medical Care Availability and Reduction of Error Fund*, Pennsylvania Insurance Department, Harrisburg 2024, <https://www.pa.gov/content/dam/copa-pwp-pagov/en/insurance/documents/departments-and-offices/mcare/reports-studies/2024-annual-report-and-cover-letter.pdf> [dostęp: 21.10.2025].
- Mello M.M., Gallagher T.H., *Malpractice Reform – Opportunities for Leadership by Health Care Institutions and Liability Insurers*, „The New England Journal of Medicine” 2010, t. 362, nr 15, s. 1353–1356.
- Model Standards of Conduct for Mediators*, American Bar Association, American Arbitration Association, Association for Conflict Resolution, Waszyngton 2005, https://cdn.ymaws.com/acrnet.org/resource/resmgr/docs/MODEL_STANDARDS_OF_CONDUCT.pdf [dostęp: 8.07.2025].
- Morrill C., *Institutional Change through Interstitial Emergence: The Growth of Alternative Dispute Resolution in U.S. Law, 1970–2000*, „Revista de Estudos Empíricos em Direito: Brazilian Journal of Empirical Legal Studies” 2017, t. 4, nr 1, s. 10–36.
- Mukherjee S., *Gen. Ukryta historia*, Wydawnictwo Czarne, Wołowiec 2017.
- Mukherjee S., *Prawa medycyny. Zapiski z niepewnego terenu*, Grupa Wydawnicza Relacja, Warszawa 2018.

- Myers K.R., Osborne M.L., Wu C.A., *Clinical Ethics: A Graphic Medicine Casebook*, Penn State University Press, University Park, Pennsylvania 2022.
- Nicholas M.C., *One Size Does Not Fit All: Realities of Pennsylvania's Medical Liability System – and the Need for Finding Alternative Justice for Medical Liability Plaintiffs*, „University of Pittsburgh Law Review” 2020, t. 81, nr 3, s. 825–850.
- Nolan-Haley J.M., *Lawyers, Non-Lawyers and Mediation: Rethinking the Professional Monopoly from a Problem-Solving Perspective*, „Harvard Negotiation Law Review” 2002, t. 7, s. 235–299.
- Nowell B.L., Salem D., *State-level Associations: An Emerging Trend in Community Mediation*, „Conflict Resolution Quarterly” 2004, t. 21, nr 4, s. 399–417.
- Palmer M., Roberts S., *Dispute Processes: ADR and the Primary Forms of Decision-making*, Cambridge University Press, Nowy Jork 2020.
- Paola F., Walker R., Nixon L., *Medical Ethics and Humanities*, Jones and Bartlett Publishers, Mississauga–Londyn 2010.
- Potthoff S., Hempeler C., Scholten M., *Research Ethics in Qualitative Health Research*, „International Journal of Qualitative Methods” 2023, t. 22, s. 1–3.
- Saulo M., Wagener R.J., *Mediation Training Enhances Conflict Management by Healthcare Personnel*, „The American Journal of Managed Care” 2000, t. 6, nr 4, s. 473–483.
- Schneider C.D., *What it Means to be Sorry: The Power of Apology in Mediation*, „Conflict Resolution Quarterly” 2000, t. 17, nr 3, s. 265–280.
- Sourdin T., *Alternative Dispute Resolution (ADR) Principles: From Negotiation to Mediation*, „Hosei Ronshu” 2014, t. 258, s. 179–193.
- Staszak S.L., *No Day in Court: Access to Justice and the Politics of Judicial Retrenchment*, Oxford University Press, Nowy Jork 2015.
- Stipanowich T.J., *ADR and the „Vanishing Trial”: The Growth and Impact of „Alternative Dispute Resolution”*, „Journal of Empirical Legal Studies” 2004, t. 1, nr 3, s. 843–912.
- The Landscape of Civil Litigation in State Courts*, National Center for State Courts, Williamsburg VA 2015, https://www.ncsc.org/__data/assets/pdf_file/0020/13376/civiljusticereport-2015.pdf [dostęp: 12.02.2025].
- Umbreit M.S., *Mediating Interpersonal Conflicts: A Pathway to Peace (Restorative Justice Classics)*, Wipf & Stock Pub, Eugene 2006.
- Pozgar G.D., Santucci N.M., *Legal Aspects of Health Care Administration*, Jones & Bartlett Learning, Burlingron 2006.
- Watson J.D., *Podwójna helisa. Historia odkrycia struktury DNA*, Prószyński i S-ka, Warszawa 1995.

- Welsh N.A., *The Place of Court-Connected Mediation in a Democratic Justice System*, „Cardozo Journal of Conflict Resolution” 2004, t. 5, nr 1, s. 117–144.
- Woollard L., Gorman R., Rosenfelt D.J., *Improving Patient Informed Consent for Haemophilia Gene Therapy: The Case for Change*, „Therapeutic Advances in Rare Disease” 2021, t. 2, s. 1–16.
- Vanisko M., *Mediator Certification: Should It Be Required in Montana?*, „Montana Law Review” 2014, t. 75, nr 2, s. 335–355.
- Yue Shuen Yoon N., Ting Ong Y., Wei Yap H., Teck Tay K., Gin Lim E., Wei Shuen Cheong C., Qiang Lim W., Mien Chew Chin A., Pin Toh Y., Chiam M., Mason S., Kumar Radha Krishna L., *Evaluating Assessment Tools of the Quality of Clinical Ethics Consultations: A Systematic Scoping Review from 1992 to 2019*, „BMC Medical Ethics” 2020, t. 21, s. 1–11.

Netografia

- A Comprehensive look at Medical Malpractice Statistics*, <https://www.rosenbaumfirm.com/medical-malpractice-statistics.html> [dostęp: 22.10.2025].
- Bedigian B., *Understanding The Dramatic Decline In The Number Of Medical Malpractice Cases In Pennsylvania*, <https://www.gilmanbedigian.com/understanding-the-dramatic-decline-in-the-number-of-medical-malpractice-cases-in-pennsylvania/> [dostęp: 20.10.2025].
- History of the American Bar Association*, https://www.americanbar.org/about_the_aba/history/ [dostęp: 1.05.2025].
- Medical Care Availability and Reduction of Error (MCARE) Fund*, <https://www.pa.gov/agencies/insurance/departments-and-offices/mcare.html> [dostęp: 24.03.2025].
- Miller R.V. Jr., *Pennsylvania Medical Malpractice Statistics*, <https://www.lawsuit-information-center.com/pennsylvania-malpractice-statistics-value-case.html> [dostęp: 19.10.2025].
- Penn MBE Clinical Ethics Mediation Certificate*, <https://medicalethicshealthpolicy.med.upenn.edu/master-of-bioethics/certificate-in-clinical-ethics-mediation> [dostęp: 8.07.2025].
- Uniform Mediation Act – Enactment Map*, <https://www.uniformlaws.org/committees/community-home?CommunityKey=45565a5f-0c57-4bba-bbab-fc7de9a59110> [dostęp: 5.05.2025].
- What Percentage Of Medical Malpractice Cases Go To Trial?*, <https://rayneslaw.com/what-percentage-of-medical-malpractice-cases-go-to-trial/> [dostęp: 19.10.2025].