

Rola i znaczenie dokumentacji medycznej w orzecznictwie ubezpieczeniowym oraz w postępowaniu sądowym

The role and meaning of medical documentation in insurance expertise and legal proceedings

JERZY T. MARCINKOWSKI^{1/}, TADEUSZ KACZMAREK^{2/}, ANNA HERFORT^{3/}, RYSZARD SZOZDA^{4/}, CZESŁAW ŻABA^{5/}

^{1/} Katedra Medycyny Społecznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

^{2/} Wielkopolskie Centrum Medycyny Pracy – Oddział w Pile

^{3/} Oddział Ochrony Zdrowia, Wydział Polityki Społecznej Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu

^{4/} Śląska Izba Lekarska, Katowice

^{5/} Katedra i Zakład Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Dokumentacja medyczna ma szczególnie istotne znaczenie jako materiał dowodowy w orzecznictwie ubezpieczeniowym oraz w postępowaniu sądowym. Niestety, w Polsce nadal często jej jakość jest na niedostatecznym poziomie – głównie z tego powodu iż jest trudno czytelna bądź wręcz nieczytelna, gdy jest pisana ręcznie. W artykule przedstawiono istotne zmiany w prawodawstwie polskim, według których dokumentacja medyczna w formie papierowej będzie mogła być prowadzona tylko do 31 lipca 2014 r. Po tym terminie dokumentacja medyczna będzie mogła być prowadzona wyłącznie w postaci elektronicznej. W ślad za tym winno dojść do uregulowania i ujednoczenia przepisów, które spowodują, że zniknie niewątpliwie znacząca część problemów nękających polskie orzecznictwo z powodu złej jakości dokumentacji medycznej.

Słowa kluczowe: dokumentacja medyczna, jakość dokumentacji medycznej, postać elektroniczna dokumentacji medycznej, jakość orzecznictwa lekarskiego

Medical documentation is particularly important as evidence in the case law of insurance and in judicial proceedings. Unfortunately, in Poland still often its quality have insufficient level – mainly because it is difficult to read or even unreadable when written by hand. The article presents the major changes in the Polish legislation by which the medical records in paper form will be able to be carried out only until 31 July 2014. After this date, the medical records will be able to be carried out only in electronic form. Following this should come to regulate and standardize the rules, that may disappear undoubtedly a significant part of the problems facing Polish jurisprudence because of the poor quality of medical records.

Keywords: medical records, quality of medical records, electronic form of medical records, quality of medical certification

© Orzecznictwo Lekarskie 2011, 8(2): 73-78

www.ol.21net.pl

Nadesłano: 24.06.2011

Zakwalifikowano do druku: 14.07.2011

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Prof. UM dr hab. med. Jerzy T. Marcinkowski
Zakład Higieny, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu
ul. Rokietnicka 5 „c”, 60-806 Poznań
tel. 61-854-73-89, fax 61-854-73-90, e-mail: jtmarcin@gmail.com

W postępowaniu dowodowym w sprawach pacjentów ubiegających się o określone świadczenia pieniężne z tytułu ubezpieczeń społecznych (ZUS, KRUS) oraz odszkodowań od komercyjnych firm ubezpieczeniowych, wielokrotnie dokumentacja lecznicza ma decydujące znaczenie w postępowaniu orzecznictwem przed organami orzekającymi tych instytucji. Jeszcze większego znaczenia nabiera dokumentacja lecznicza w postępowaniu sądowym,

zarówno w postępowaniu odszkodowawczym z powództwa cywilnego, jak i w procesach karnych^{1/}.

Na całym świecie rośnie – niestety – liczba spraw, rozpatrywanych we wszystkich trybach

^{1/} Zdarza się niekiedy nawet i tak, że jedna osoba dysponuje jakby dwiema „dokumentacjami” – jedną świadczącą o chorobie (np. podczas badania lekarskiego przy ubieganiu się o świadczenia rentowe) a drugą o pełnym zdrowiu (np. podczas badania lekarskiego przy ubieganiu się o uprawnienia do kierowania pojazdami).

odpowiedzialności lekarzy. W Polsce liczba skarg rozpatrywanych w trybie odpowiedzialności zawodowej rośnie rocznie średnio o 14% i jest wyższa od średniej europejskiej. Według badania CBOS z 2004 roku, co trzeci Polak w badaniu stwierdził, że czuł się ofiarą błędu medycznego bądź przynajmniej uchybienia, niedopatrzenia, zaniechania, niekompetencji lekarza lub przedmiotowego traktowania, np. poprzez stosowanie przez lekarzy „nomenklatury” określającej osobę, której dotyczy ich dokumentacja jako „petenta” czy „osobnika”.

Z danych Biura Praw Pacjenta przy Ministerstwie Zdrowia wynika, że nieprzestrzeganie uprawnień chorych polega najczęściej na m.in. utrudnianiu im dostępu do świadczeń medycznych, nie przekazywaniu pacjentom przez lekarzy informacji dotyczących ich stanu zdrowia w sposób przystępny i zrozumiały oraz – co należy podkreślić – trudnościach z uzyskaniem dokumentacji medycznej. Także i w tych przypadkach wielokrotnie decydującą wagę posiada dokumentacja lecznicza, dotycząca zdarzeń będących przedmiotem skargi [1, 2, 3, 4]^{2/}.

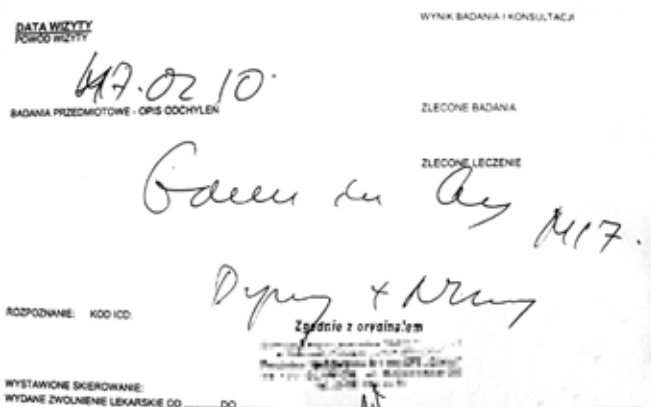
Art. 4 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawdzie lekarza (tekst jedn. Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943) stanowi, iż lekarz ma obowiązek wykonywać swój zawód „...zgodnie ze wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością”. Niezastosowanie się do przyjętych w tym zakresie wskazań wiedzy i sztuki lekarskiej będzie określane mianem „błędu w sztuce lekarskiej” lub „błędu medycznego” [5, 6, 7, 8].

Szkodę ponoszoną przez pacjenta wskutek działań medycznych definiuje się jako każdy uszczerbek na dobrach prawnie chronionych, przy czym wyróżnia się dwa rodzaje szkody: szkodę majątkową (uszczerbek materialny na osobie lub mieniu) oraz szkodę niematerialną (doznaną krzywdę, czyli cierpienia fizyczne oraz krzywdę moralną) [9, 10, 11].

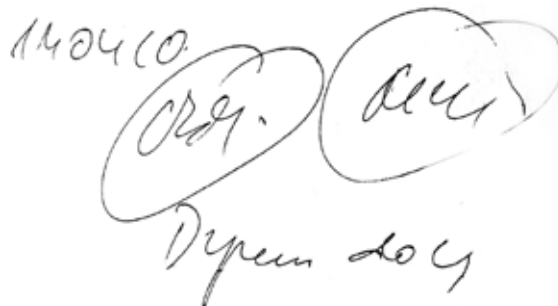
Ustalenie wysokości szkody polega na porównaniu stanu, w jakim znajdowałby się pacjent, gdyby nie wadliwe postępowanie lekarza – a stanem, jaki powstał w wyniku tego postępowania. W orzecznictwie Sądu Najwyższego wskazuje się, że związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem lekarza a powstałą szkodą nie musi zostać ustalony w sposób pewny, ponieważ w „procesach lekarskich” jest to zazwyczaj niemożliwe – stąd też w większości przypadków można mówić jedynie o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia lub o przeważającym prawdopodobieństwie, a bardzo rzadko o pewności czy wyłączości przyczyny.

Ważnym elementem w ocenie prawidłowości leczenia jest ustalenie, czy i jakie czynności lekarz wykonał we właściwym czasie, czy zlecił wykonanie niezbędnych badań dodatkowych, czy lekarz o określonym poziomie przygotowania zawodowego wezwał na niezbędną konsultację lekarza o odpowiedniej specjalności [12, 13].

Pacjent, który występuje z powództwem odszkodowawczym, musi udowodnić podstawy swojego roszczenia, w tym także winę lekarza. Na lekarzu nie ciąży domniemanie winy, zobowiązuje się on bowiem tylko do dołożenia należytej staranności w leczeniu pacjenta, której brak pacjent musi udowodnić lekarzowi (nie dotyczy to przypadków, gdzie możliwe jest przyjęcie zobowiązania rezultatu). W postępowaniu sądowym lekarz powinien jednak udowodnić, że należycie wykonał swoje obowiązki i działał zgodnie z zasadami wiedzy medycznej – zaś pacjent występujący z roszczeniem odszkodowawczym jest zobowiązany przedstawić dowód przeciwny. Pacjent zwykle jest laikiem w dziedzinie medycyny, dlatego tak istotne znaczenie ma wnikliwe postępowanie dowodowe przed sądem i wszechstronne rozważenie przez sąd zebranego materiału dowodowego, którego najistotniejszym elementem jest dokumentacja medyczna [14, 15, 16] – bardzo często skąpa i nieczytelna (fot. 1).



Fot. 1. Przykład skąpej i nieczytelnej pisanej ręcznie dokumentacji lekarskiej



Fot. 2. Przykład skąpej i nieczytelnej dokumentacji lekarskiej – na podstawie jakiej zawniosowano o niezdolności do pracy

^{2/} Akta sprawy VI U 2121/10 SO Bielsko-Biała.

W postępowaniu sądowym, w celu zabezpieczenia warunków prawidłowego wypełniania przez organy wymiaru sprawiedliwości ich ustawowych zadań, ustanowiona została instytucja lekarza biegłego sądowego. Od biegłego wymagane jest posiadanie nie tylko niekwestionowanej wiedzy i najwyższych kwalifikacji zawodowych, ale – jako od osoby zaufania publicznego – także sumiennosci i bezstronności, a ponadto zaufania zarówno sądu jak i stron procesowych do osoby biegłego. Zgodnie z przepisami sąd zasięga opinii biegłego, jeżeli rozstrzygnięcie sprawy wymaga wiadomości specjalnych, a jego rola powinna ograniczyć się do oceny stanu faktycznego okoliczności sprawy i zgodności postępowania z zasadami wiedzy medycznej lekarza i jego obowiązkami – a przede wszystkim do udzielenia odpowiedzi na pytania stron i sądu. Opinia biegłego powinna być wyrazem posiadania wiedzy specjalistycznej na najwyższym zawodowym poziomie, przy czym winna być zwięzła, prosta, jasna i zrozumiała dla każdego, w tym powoda (odwołującego, obwinionego itp.), który nie zawsze prezentuje wysoki poziom intelektualny, a więc i rozumienia tekstu. Należy także pamiętać, iż wielu prawników kontestuje pisane „zbyt naukowym językiem” opinie, wyciągając z kontekstu wygodne im „twierdzenia”, bądź wnoszą wręcz o odrzucenie niekorzystnej dla ich klienta opinii z uwagi na trudne do zrozumienia „dla przeciętnego człowieka” sformułowania. Prawna ocena sytuacji przez biegłych w znaczącej – a niekiedy decydującej – mierze oparta jest na analizie dokumentacji medycznej, przy czym należy zaznaczyć, sporządzanej w znacznej części przez personel medyczny – sprawcę niekorzystnego zdarzenia medycznego, będącego przedmiotem rozstrzygnięcia sądowego. Stąd tak ważne jest, by biegli dokonywali oceny przedstawianej im dokumentacji z najwyższą kompetencją, wnikliwością i sumiennością [17, 18, 19, 20, 21].

Ale równocześnie prawnicy nie ukrywają, że sprawy o odszkodowania za błędy medyczne należą do najtrudniejszych dowodowo, są bardzo kosztowne i łączą się z wysokim ryzykiem przegranej, a sam proces może trwać nawet kilkanaście lat – stąd też stosunkowo niewielu pacjentów decyduje się na złożenie pozwu. Należy przy tym podkreślić, że ponadto nie ma generalnie żadnych precyzyjnych zasad – poza ogólnymi wskazówkami wynikającymi z przepisów i orzecznictwa – które odnosiłyby się do wysokości zadośćuczynienia, jakiego może dochodzić pokrzywdzony podczas leczenia stąd i ich wysokość jest zupełnie nieprzewidywalna [22, 23, 24].

Istnieje powszechna zgoda co do stałej konieczności stanowczego akcentowania i respektowania

praw pacjenta w zakresie zagwarantowania mu prawa do poszanowania jego godności osobistej, prawa do samostanowienia i wyrażania świadomej „zgody po objaśnieniu”, a przede wszystkim prawa do zrozumiałej dla niego informacji, dotyczącej jego uprawnień odnośnie sposobu i metody leczenia, wraz z ryzykiem możliwości wystąpienia określonych niepowodzeń czy też powikłań, zarówno będących skutkiem podjętej terapii jak i możliwych do wystąpienia, niezależnie od podjętej terapii, czy też możliwych w przypadku nie podjęcia proponowanego leczenia [1].

Należałoby zatem przyjąć, że pacjent ma również prawo do swobodnego dostępu do dokumentacji leczniczej dotyczącej jego osoby a także zagwarantowania mu formalnego statusu strony w postępowaniu przed sądami lekarskim. Stąd też Izba Lekarska w lipcu 2009 roku przedstawiła projekt nowelizacji ustawy o izbach lekarskich, w której zaproponowała, by sprawy przed sądami lekarskimi stały się jawne, a poszkodowani pacjenci byli w nich stronami, co miało by wzmocnić pozycję pacjenta chcącego dochodzić odpowiedzialności lekarza przed sądem dyscyplinarnym. Dając mu bowiem status strony w sprawie, stworzona zostałaby możliwość jego aktywnego w niej udziału oraz składania wniosków dowodowych, w tym także przeglądania akt sprawy, łącznie z dotyczącą jej dokumentacją medyczną [25].

Uwzględniając wspomniane trudności w dochodzeniu roszczeń pacjentów wobec placówek medycznych, 27 kwietnia 2011 r. Sejm przyjął rządowy projekt nowelizacji Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i przedłożył go Marszałkowi Senatu i Prezydentowi w celu ostatecznego jego zatwierdzenia. Głównym celem zmian w ustawie jest przede wszystkim skrócenie czasu dochodzenia roszczeń przez pacjentów, poszkodowanych w wyniku zdarzeń medycznych, poprzez wprowadzenie możliwości dochodzenia odszkodowań na drodze administracyjnej przed wojewódzką komisją ds. orzekania o zdarzeniach medycznych, działającą poza strukturami izb lekarskich.

W znowelizowanej ustawie przedstawiono także nową poszerzoną definicję błędu medycznego, jako zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta albo śmierci pacjenta, będących następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną:

- diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby,
- leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego,

- zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego.

Należy podkreślić, że – zgodnie z proponowanymi zmianami – pacjenci po raz pierwszy będą mogli wybierać, czy dochodzić swoich roszczeń odszkodowawczych przed wojewódzką komisją ds. orzekania o zdarzeniach medycznych, czy też przed sądem powszechnym.

I nie ulega najmniejszej wątpliwości, że we wszystkich tych sprawach, rozpatrywanych przecież z dystansu pewnego czasu, olbrzymią – jeśli nie decydującą – wartość dowodową będzie miała właśnie dokumentacja medyczna [26, 27, 28, 29]. Należy jednak podnieść, że generalnie postępowanie przed komisją nie przekreśla właściwie prawa do roszczeń sądowych – problemu tego nie rozwijamy, bowiem artykuł nie ma być „instrukcją obchodzenia przepisów”.

Aktualnie zasady dotyczące prowadzenia, zabezpieczenia i udostępniania dokumentacji medycznej reguluje Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. nr 52 poz. 417 z późn. zm.) oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2010 r. Nr 252 poz. 1697), które weszło w życie od 1 stycznia 2011 r.

W rozdziale 7 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta określono prawo pacjenta do dokumentacji medycznej – ustawa nakłada na podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej, jej przechowywania i udostępniania pacjentom oraz ich przedstawicielom, lekarzom i pielęgniarkom dla celów medycznych oraz innym instytucjom wymienionym w ustawie. W art. 26 tej Ustawy określono dokładnie jakie podmioty mogą mieć dostęp do dokumentacji medycznej. W rozdziale 7 zawarto również delegację ustawową do wydania rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej dla Ministra Zdrowia oraz Ministrów posiadających resortową służbę zdrowia. W wydanym 21 grudnia 2010 r. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, kompleksowo uregulowano problem dokumentacji medycznej wszystkich podmiotów uprawnionych do udzielania świadczeń zdrowotnych, a więc zakładów opieki zdrowotnej, indywidualnych i grupowych praktyk lekarskich oraz indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych.

Określono konieczne elementy dokumentacji indywidualnej wewnętrznej – to jest:

- dane pacjenta,

- dane podmiotu udzielającego świadczeń,
- oznaczenie osoby udzielającej świadczeń i jej podpis,
- datę dokonania wpisu,
- informacje dotyczące stanu zdrowia i choroby oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji,
- inne informacje wynikające z odrębnych przepisów.

Do dokumentacji dołącza się także oświadczenia pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia; o upoważnieniu tej osoby do dostępu do dokumentacji medycznej lub oświadczenie o braku takich upoważnień.

Zgodnie z art. 11 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta pacjent powinien zostać poinformowany o przysługujących mu prawach, zatem nie dopełnienie tego obowiązku i nie złożenie przez pacjenta wskazanych wyżej oświadczeń nie stanowi podstawy do uznania, iż pacjent nie upoważnił żadnej osoby do uzyskania informacji o jego stanie zdrowia i dostępu do dokumentacji medycznej.

W rozporządzeniu określono zarówno zasady i tryb przechowywania jak i udostępniania dokumentacji medycznej oraz postępowanie w razie wydawania pacjentowi dokumentacji oryginalnej a także tryb postępowania, gdy udostępnienie dokumentacji nie jest możliwe.

W Rozdziale 8 określono także szczegółowe wymagania dotyczące możliwości prowadzenia dokumentacji zarówno w postaci papierowej jak i elektronicznej, przy czym w odniesieniu do dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej określono zasady zabezpieczania tak prowadzonej dokumentacji przed jej uszkodzeniem i utratą, zachowania integralności i wiarygodności dokumentacji, stałego dostępu do dokumentacji dla osób uprawnionych oraz zabezpieczenia jej przed dostępem osób nieuprawnionych.

W cyt. Rozporządzeniu zapisano też zasady identyfikacji osób udzielających świadczeń zdrowotnych i rejestrowanych przez nie zmian (na podstawie § 4 ust. 3 rozporządzenia wpis dokonany w dokumentacji medycznej nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie zamieszcza się przy nim adnotację o przyczynie błędu i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji), oraz udostępnianie uprawnionym podmiotom lub organom całości dokumentacji medycznej lub jej części – w tym zarówno poprzez przekazanie papierowych wydruków jak i przez eksport danych w postaci elektronicznej w formacie określonym w rozporządzeniu (XML, PDF), w sposób umożliwiający odtworzenie do-

kumentacji w innym systemie teleinformatycznym lub też jej wydrukowanie w formach określonych w rozporządzeniu. Rozporządzenie przewiduje również możliwość odwzorowania cyfrowego innych rodzajów dokumentacji (np. zdjęć radiologicznych lub innej dokumentacji papierowej) i dołączenie jej do istniejącej już dokumentacji elektronicznej. Zapisano również, że utrwalanie dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej musi zapewniać jej przechowywanie w systemie informatycznym, używalność i wiarygodność co najmniej do upływu określonego okresu przechowywania danego rodzaju dokumentacji medycznej.

W przyszłości przewiduje się, zgodnie z art. 56 ust. 1 Ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, przyjętej przez Sejm w dniu 28 kwietnia 2011 r., oraz zgodnie ze zmianą wprowadzoną ww. ustawą w art. 24 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, że dokumentacja medyczna w formie papierowej będzie mogła być prowadzona tylko do 31 lipca 2014 r. Po tym terminie – dokumentacja medyczna będzie mogła być prowadzona wyłącznie w postaci elektronicznej [28].

Nie ulega wątpliwości, że proponowane zmiany ustawodawcze dotyczącego dokumentacji medycznej, nie tylko stworzą możliwości pełnego w nie wglądu zarówno przez osoby jak i instytucje zainteresowane ich treścią oraz uprawnione do wglądu w określoną dokumentację.

Przede wszystkim jednak, zmiany te pozwolą uniknąć sytuacji, w których wprowadzie określone strony postępowania orzeczniczego czy też sądowego mają prawo wglądu do dokumentacji medycznej,

ale albo jest ona niepełna, albo nieczytelna albo po prostu jej brak, bo zaginęła w nieokreślonych okolicznościach i nie sposób wskazać osobę, która byłaby temu winna.

Dostępność, kompletność i czytelność dokumentacji medycznej – pod oczywistym warunkiem jej rzetelności i zgodności ze stanem faktycznym – w sposób niewątpliwy nie tylko ułatwi ale i uwiarygodni zarówno decyzje orzecznicze jak i opinie lekarzy biegłych sądowych i wydawane w oparciu o nie odpowiednie decyzje instytucji ubezpieczeniowych, sądów izb lekarskich, wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych oraz wyroki sądów powszechnych.

Prawdopodobnie dojdzie także do sytuacji, w której lekarze orzekający ZUS lub innej instytucji ubezpieczeniowej a także sądy (i organy prowadzące postępowania przygotowawcze) będą mogły w łatwiejszy sposób uzyskać informacje dotyczące konkretnej osoby na podstawie danych zawartych w nośnikach elektronicznych – czy to indywidualnej karcie, którą będzie dysponował badany, czy na podstawie tej karty, która umożliwi zapoznanie się z dokumentacją umieszczoną na określonym jednym serwerze, itp. Taka możliwość ujednolici wiedzę na temat pacjenta i ograniczy sytuacje, w których przysłowiowy „Jan Kowalski” będzie według jednej dokumentacji medycznej osobą chorą, a według innej – zdrową, pomimo tego, że jest to ta sama osoba.

Jeżeli w ślad za tym dojdzie do uregulowania i ujednolicenia przepisów – zniknie niewątpliwie znacząca część problemów nękających polskie orzecznictwo [29, 30, 31].

Piśmiennictwo

1. Krajewski R. Odpowiedzialność zawodowa lekarzy. *Medycyna po Dyplomie* 2004, 1(94): 16-25.
2. Trudna droga dochodzenia praw pacjenta. <http://prawo.money.pl/aktualnosci/wiadomosci/arttykul/trudna;droga;dochodzenia;praw;pacjenta,36,0,233508.html>
3. Kleszcz H. Błędy medyczne Koniec tabu? *Służba Zdrowia* nr 35-38 z 13 maja 2004 r. http://www.sluzbazdrowia.com.pl/arttykul.php?numer_wydania=3335&art=2
4. Szozda R. Dokumentacja medyczna prowadzona przez lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami jako dowód dla Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub sądów (opis przypadku). Program i streszczenia – Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Łódzkie Dni Medycyny Pracy” Spała 1-4 czerwca 2011, 57.
5. <http://www.prawoimedycyna.pl/index.php?str=archiwum&id=15>
6. Broniewicz B. Legalność zabiegu leczniczego. Prawa człowieka w orzecznictwie sądów polskich. <http://www.prawaczlowieka.edu.pl/index.php?dok=a93c168323147d1135503939396cac628dc194c5-d3>
7. ***Systematyka błędów i przykłady. *Medicalex – Prawa Poszkodowanych Pacjentów*. <http://www.medicalex.pl/blad-medyczny/systematyka-bledow-i-przyklady>
8. Świątek B. Prawo medyczne – Błąd lekarski. Katedra Medycyny Sądowej AM we Wrocławiu – Zakład Prawa Medycznego. http://www.bledylekarskie.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=19&Itemid=39
9. ***Biegli sądowi. Sąd Okręgowy w Poznaniu. <http://www.poznan.so.gov.pl/strony/1/i/47.php>
10. ***Biegli sądowi. Sąd Okręgowy we Wrocławiu. http://www.wroclaw.so.gov.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=104&Itemid=123
11. ***Biegły sądowy. *Legeo Prawo*. <http://www.legeo.pl/prawo/ii-sa-992-98/>
12. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 24 stycznia 2005 r. w sprawie biegłych sądowych. *Dziennik Ustaw* z 2005 r. Nr 15 poz. 133.
13. Nestorowicz M. *Prawo medyczne*. Dom Organizatora, Toruń 2000: 14, 27-30, 34-35, 37-39, 40-49, 53-55.

14. Kroner J. Wywiad z Adamem Sandauerem: Trzeba wiedzieć, czego żądać po błędzie lekarza. http://www.rp.pl/artykul/93292,176368_Trzeba-wiedziec--czego-zadac-po-bledzie-lekarza.html
15. Dochodzenie praw - trzy główne rodzaje odpowiedzialności. <http://prawo.money.pl/aktualnosci/wiadomosci/artykul/trudna;droga;dochodzenia;praw;pacjenta,36,0,233508.html>
16. Trudno wygrać ze szpitalem http://www.rp.pl/artykul/93292,402330_Trudno-wygrac-ze-szpitałem.html
17. Rozmowa z Jolantą Budzowską, radca prawny, członek zarządu międzynarodowego stowarzyszenia prawników zajmujących się szkodami na osobie PEOPIŁ. <http://hassist.pl/bledy-medyczne.html>
18. ***Lekarz odpowiada za szkody powstałe w wyniku złej diagnozy. Gazeta Prawna. http://praca.gazetaprawna.pl/porady/433770,lekarz_odpowiada_za_szkody_powstale_w_wyniku_zlej_diagnozy.html
19. Odszkodowanie za błędy lekarzy w kilka miesięcy? Jest ustawa. Gazeta Wyborcza. http://wiadomosci.gazeta.pl/Wiadomosci/1,80708,9324034,Odszkodowanie_za_bledy_lekarzy_w_kilka_miesiecy__Jest.html
20. Orzeczenie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie R.R. przeciwko Polsce. Rzecznik Praw Pacjenta. http://www.bpp.gov.pl/#kom19_21.06.2011
21. Szozda R. O lekarzu biegłym sądowym – głos w dyskusji. Pro Medico 183, 6/2011, 12-13.
22. Nowelizacja ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta podpisana przez Prezydenta RP. Rzecznik Praw Pacjenta. <http://www.bpp.gov.pl/index.php?id=aktualnosci#kom19t>
23. Zmiany w ustawie o Prawach Pacjenta. Fundacja Wygrajmy Zdrowie. <http://www.wygrajmyzdrowie.pl/prawa-pacjenta/zmiany-w-ustawie-o-prawach-pacjenta-326/>
24. Odszkodowanie za błędy medyczne bez pomocy sądu. Gazeta Prawna. http://praca.gazetaprawna.pl/artykuly/334736,odszkodowanie_za_bledy_medyczne_bez_pomocy_sadu.html
25. Jak powinno wyglądać wycenianie szkody? http://www.rp.pl/artykul/93292,402330_Trudno-wygrac-ze-szpitałem.html
26. Błędy medyczne. Health Assistance. <http://hassist.pl/bledy-medyczne.html>
27. Szpitale płacą coraz więcej za błędy lekarskie. Gazeta Prawna. http://prawo.gazetaprawna.pl/artykuly/435585,szpitale_placa_coraz_wiecej_za_bledy_lekarskie.html
28. Ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia. Sejmometr. http://sejmometr.pl/projekt/nPpJx,Ustawa_o_systemie_informacji_w_ochronie_zdrowia
29. Szozda R. Orzecznictwo rentowe, pozarentowe i odszkodowawcze oraz związane z Kodeksem pracy i przepisami wykonawczymi do niego – osobliwości polskiego orzecznictwa. Orzecznictwo Lekarskie 2007, 2: 101-105.
30. Szozda R. Badania profilaktyczne pracowników. Lekarz 2005, 12: 72-77.
31. Marcinkowski JT, Edbom-Kolarz A, Wiśniewska-Śliwińska H, Klimberg A, Żaba C. Trudności w ocenie dokumentacji medycznej przy sporządzaniu opinii sądowo-lekarskich – ze szczególnym uwzględnieniem jakości opieki szpitalnej w okresie weekendowym. Orzecznictwo Lekarskie 2011, 8(1): 12-15.