

Kto i ile płaci za błędy medyczne? Analiza linii orzeczniczej wydziałów cywilnych sądów powszechnych w sprawach o błąd medyczny

Who pays for medical errors and how much? Analysis of analysis of the case-law of civil departments at courts of general jurisdiction in medical error cases

Radosław Tymiński¹, Marcelina Serocka²

¹Radca prawny, Kancelaria r.p. Radosław Tymiński, Warszawa

²Studentka V roku prawa, Akademia im. Leona Koźmińskiego w Warszawie

Streszczenie

W związku z rosnącą liczbą spraw cywilnych dotyczących błędów medycznych niezwykle istotne jest ustalenie tendencji orzeczniczych, odnoszących się do tej problematyki. Artykuł prezentuje analizę spraw cywilnych związanych z błędem medycznym, które były rozpatrywane przez wydziały cywilne sądów powszechnych w latach objętych badaniem. W artykule poruszono problematykę najczęściej pozywanych specjalizacji lekarskich, podmiotów, wobec których kierowane są roszczenia pacjentów lub ich rodzin oraz wysokości zasądzonych kwot na rzecz pacjentów.

Słowa kluczowe: odpowiedzialność cywilna, błąd medyczny, zadośćuczynienie, odszkodowanie, lekarz

Gin. Perinat. Prakt. 2018; 3, 1: 32–39

Wstęp

Możliwość dochodzenia roszczeń cywilnoprawnych w sprawach medycznych jest ważnym elementem systemu zapewniającego udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. W ostatnich latach można obserwować w Polsce wyraźny wzrost liczby osób uważających, że padły ofiarą błędu medycznego [1, 2]. W 2001 roku jedynie 25% ankietowanych przyznawało, że padło ofiarą błędu lub pomyłki lekarskiej [1], tymczasem w 2014 roku takie stanowisko wyrażało już 33% badanych [2]. Tego rodzaju statystyki niewątpliwie mogą przekładać się na wzrost liczby spraw sądowych o błąd medyczny. W tym kontekście znajomość tendencji orzeczniczych związanych z odpowiedzialnością cywilną lekarzy i podmiotów leczniczych ma istotne znaczenie zarówno dla prawników, jak i lekarzy. Ci pierwsi są w stanie

adekwatniej określać roszczenia swoich klientów i realnie oceniać szanse powodzenia; drudzy mogą nie tylko oszacować ryzyko związane z wykonywaniem działalności leczniczej, lecz także zidentyfikować krytyczne obszary i wdrożyć działania zapobiegawcze.

Cel

Badanie miało na celu uzyskanie informacji:

- które podmioty wykonujące działalność leczniczą są najczęściej pozywane;
- jak wysokie rekompensaty finansowe przyznają sądy pacjentom w przypadku uznania, że doszło do błędu medycznego;
- jak często wygrywa strona powodowa;
- które obszary medycyny są najbardziej narażone na ryzyko pozwu;

Adres do korespondencji: Radosław Tymiński, Kancelaria r.p. Radosław Tymiński, ul. Łukowska 9 lok. 126, 04–133 Warszawa,
e-mail: prawa.lekarza@gmail.com

- z jakich przyczyn podmioty wykonujące działalność leczniczą są pozywane.

Materiał i metody

Badanie zostało przeprowadzone w okresie od 1 do 24 listopada 2017 roku. Przedmiotem analizy były orzeczenia udostępnione w Portalu Orzeczeń Sądów Powszechnych, dostępnym w internecie pod adresem <https://orzeczenia.ms.gov.pl/> (dalej: portal).

Analizą objęto orzeczenia spełniające następujące kryteria włączenia i wyłączenia:

- ujawnione w wyszukiwarce jako przypisane do jednego z wymienionych deskryptorów: „błąd lekarski”, „prawa pacjenta”, „usługi medyczne” lub „ustawa o zawodzie lekarza”;
- wydane w wydziale cywilnym sądu powszechnego;
- wydane w okresie od 1 stycznia 2000 roku do 31 grudnia 2016 roku;
- prawomocne w czasie prowadzenia badania;
- zawierające uzasadnienie;
- dotyczące błędów medycznych.

Uzasadnienia i sentencje orzeczeń ostatecznie zakwalifikowanych do badania były następnie analizowane pod kątem:

- **przyczyny wniesienia pozwu** — na potrzeby badania zostały wyszczególnione następujące kategorie przyczyn pozwów:
 - błąd diagnostyczny (nieprawidłowości w procesie diagnozowania pacjenta);
 - błąd w leczeniu (nieprawidłowości w procesie leczenia pacjenta);
 - błąd w nadzorze (nieprawidłowości w procesie opieki nad pacjentem, niezwiązane z diagnozowaniem lub leczeniem);
 - błąd organizacyjny (nieprawidłowości w zakresie organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych);
 - błąd prawny (naruszenie prawa pacjenta niezwiązanego z diagnozowaniem lub leczeniem, przeważnie brak świadomej zgody na diagnozowanie lub leczenie);
 - błąd złożony (występowanie co najmniej dwóch wyżej wskazanych błędów w zakwalifikowanym orzeczeniu);
- **zakresu świadczeń zdrowotnych, z którymi wiązał się zarzut strony powodowej** — nazwę specjalizacji odnoszącej się do danego świadczenia zdrowotnego ustalano na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 roku w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz.U. z 2013 r., poz. 26 ze zm.);
- **podmiotu pozwanego** — wyróżniono następujące kategorie podmiotów pozwanych:
 - szpital (podmiot leczniczy udzielający całodobowych świadczeń zdrowotnych);

- pozaszpitalny podmiot leczniczy (gabinet, przychodnia, poradnia lub osoba fizyczna);
- zakład ubezpieczeń;
- podmiot mieszany (w przypadku pozwania co najmniej dwóch z ww. podmiotów);
- inne (w przypadku braku możliwości ustalenia podmiotu pozwanego, pozwania zakładu karnego lub podmiotu tworzącego po likwidacji podmiotu leczniczego);

- **województwa, na terenie którego orzekał sąd prawomocnie kończący postępowanie;**
- **strony, która wygrała proces:**
 - pacjenta lub jego rodziny;
 - pozwanego podmiotu;
- **instancji, w której prawomocnie zakończono proces;**
- **ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość;**
- **zasądzenia renty na rzecz pacjenta lub jego rodziny;**
- **wysokości zasądzzonego odszkodowania, zadośćuczynienia lub renty.**

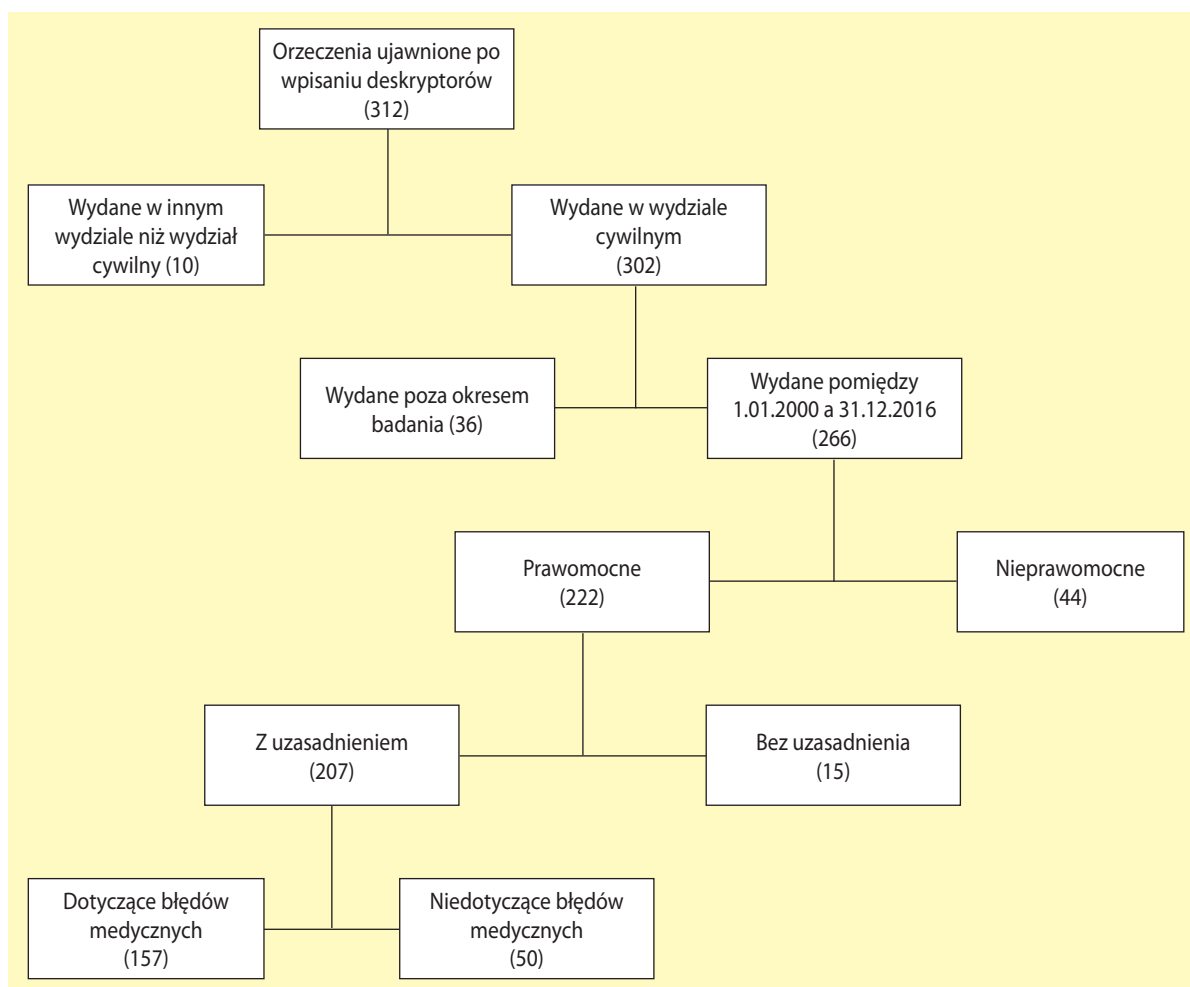
Wyniki

Analizą objęto 312 orzeczeń (ryc. 1), ujawnionych w portalu po wpisaniu czterech wybranych do badania deskryptorów (ryc. 2).

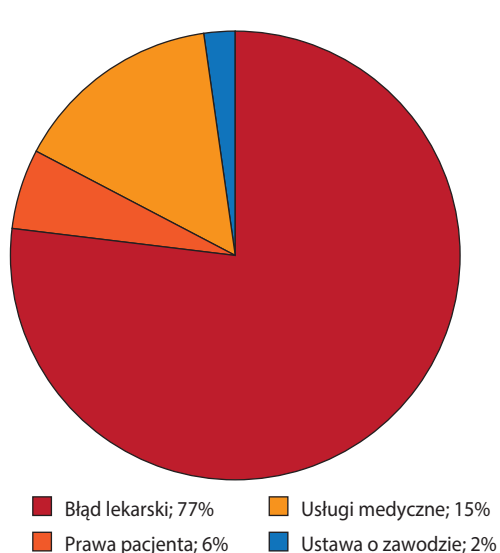
Dyskusja

Z uwagi na rosnącą liczbę spraw o błędy medyczne jest coraz istotniejsze uzyskanie rzetelnych danych o rozstrzygnięciach sądowych w tego rodzaju postępowaniach. Wyniki prezentowanego badania mogą być ciekawym źródłem informacji na ten temat dla osób zarówno zajmujących się praktyką prawnomedyczną, jak i dla tych, które patrzą na ten temat z perspektywy naukowej.

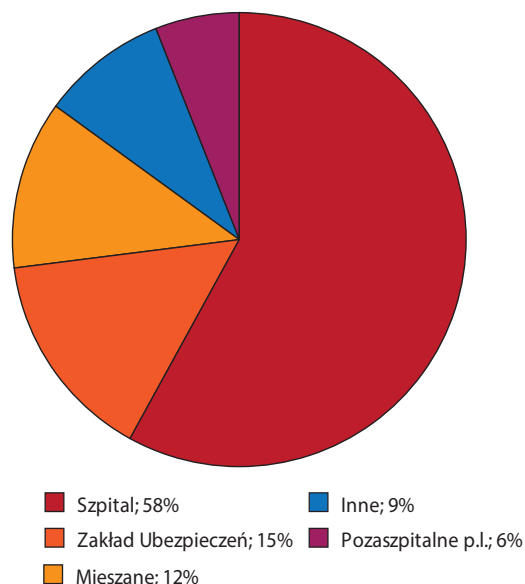
Omówienie wyników badań należy zacząć od najważniejszego wniosku: zdecydowana większość roszczeń jest kierowana przeciwko szpitalom lub ubezpieczycielom i szpitalom, co zobrazowano na rycinie 3. Z jednej strony jest to uwarunkowane tym, że w szpitalach prowadzi się najtrudniejsze zabiegi oraz są przyjmowani pacjenci w najcięższym stanie, co z natury rzeczy powoduje najwięcej sytuacji, które mogą przekształcić się w spór sądowy. Z drugiej strony liczba spraw może być spowodowana rozwiązaniami prawnymi i stanem zatrudnienia w służbie zdrowia. Należy bowiem zauważyć, że zgodnie z przepisami polskiego Kodeksu pracy za pracownika lekarza lub pracownika pielęgniarkę odpowiedzialność cywilną ponosi podmiot leczniczy [3]. Biorąc pod uwagę, że 43,9% lekarzy i 95,5% pielęgniarek wykonuje pracę w szpitalu na podstawie umowy o pracę [4], to nawet jeśli popełnią błąd, to roszczenia i tak nie mogą zostać skierowane przeciwko nim, a przeciwko szpitalowi. Warto jednak



Rycina 1. Proces kwalifikacji orzeczeń do badania wraz z rozkładem orzeczeń w poszczególnych grupach



Rycina 2. Rozkład orzeczeń przypisanych do poszczególnych deskryptorów



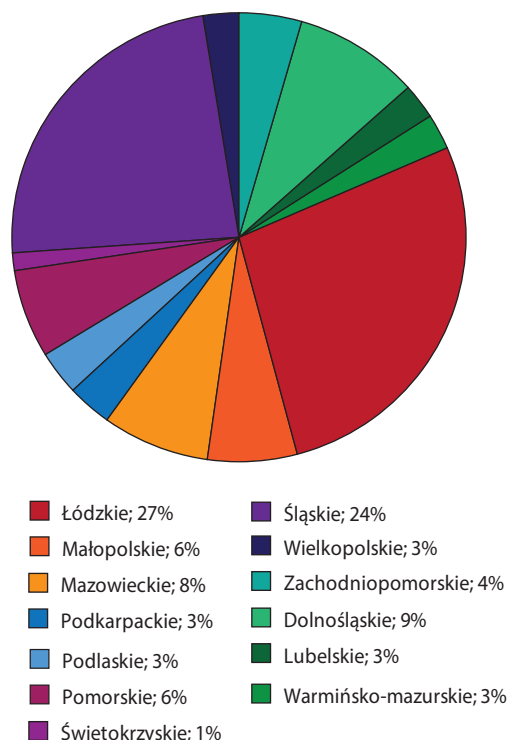
Rycina 3. Podmioty pozywane

mieć na uwadze, że liczba pozwów przeciwko lekarzom jako osobom fizycznym znacząco odbiega od liczby spraw karnych o błędy medyczne, których w 2016 roku prokuratura prowadziła w całej Polsce aż 4963 [5]. *Prima facie* może dziwić, że jest tak dużo spraw karnych prowadzonych przez prokuraturę, ponieważ odpowiedzialność karna jest odpowiedzialnością o charakterze niemajątkowym i osobistym. Tłumaczyć to zjawisko może jednak to, że ustalenia wydanego w postępowaniu karnym prawomocnego wyroku skazującego co do popełnienia przestępstwa wiążą sąd w postępowaniu cywilnym [6]. Tym samym zakończone prawomocnym skazaniem postępowanie karne wobec lekarza pracownika szpitala może ułatwić uzyskanie odszkodowania od szpitala.

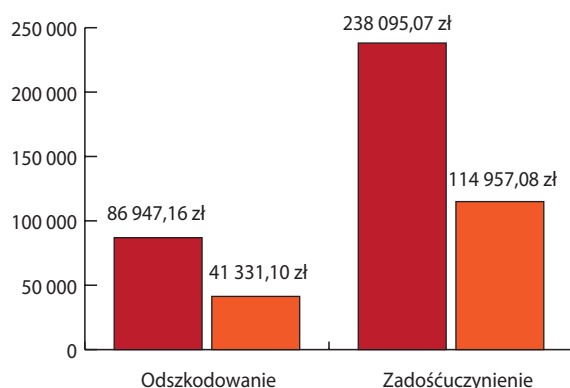
Dużą niespodzianką był wniosek, że pacjenci średnio oczekują dwukrotnie wyższych odszkodowań, niż są zasądzone (ryc. 4), ponieważ tak w doktrynie, jak i w orzecnictwie utrwalił się pogląd, że szkoda jest to uszczerbek w dobrach poszkodowanego, polegający na różnicy między stanem tych dóbr, powstałym wskutek zdarzenia szkodzącego, a stanem, który by istniał, gdyby nie zdarzenie szkodzące [7]. Z tego wynika, że roszczenie odszkodowawcze musi być ściśle wyliczone, ponieważ nie określa się go w drodze dyskrecjonalnego uznania sędziowskiego [8]. Prowadzi to do wniosku, że w sprawach o błędy medyczne strona powodowa ma wyraźne tendencje do włączania do odszkodowania elementów niezwiązanych ze szkodą.

Nie zaskoczyło zupełnie, że strona powodowa ma tendencję do zawyżania dochodzonego zadośćuczynienia. Po pierwsze, wskazuje to przystawalność wniosków z niniejszej pracy do innych badań prowadzonych w tym zakresie w Polsce, gdzie średnią wysokość zasądzonych kwot zadośćuczynienia określono na 101 950,00 zł [9]. Po drugie, można to tłumaczyć tym, że sprawy medyczne są postępowaniami niewątpliwie emocjonalnymi dla strony powodowej, co może wpływać na subiektywne

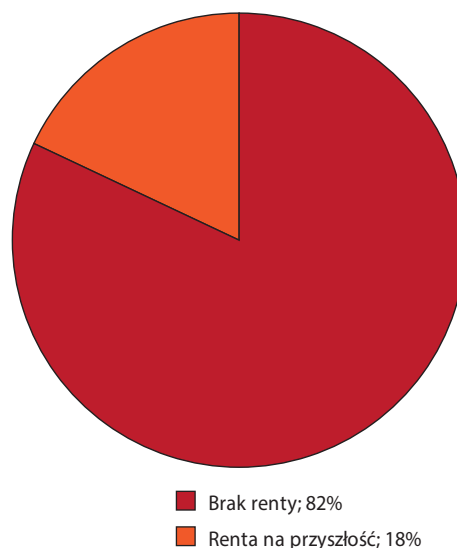
poczucie krzywdy. Po trzecie, do świadomości społecznej za pomocą mediów nie przebijają się zdecydowana większość orzeczeń sądowych, a jedynie te, w których przyznano rekordowe zadośćuczynienia – może to więc wywoływać przekonanie, że sądy generalnie przyznają wysokie rekompensaty (ryc. 4–7). Po czwarte, może to wynikać też z faktu, że wynagrodzenie pełnomocników pacjentów bywa całkowicie lub częściowo ustalane na



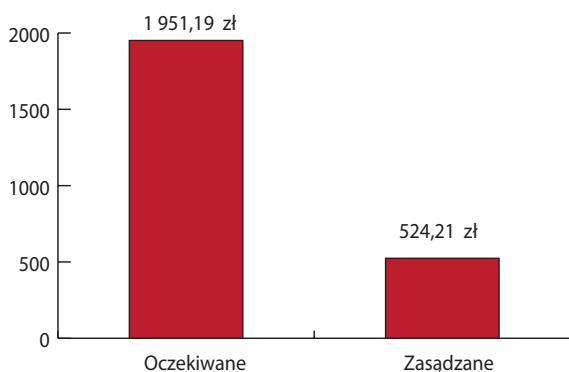
Rycina 5. Województwa, na terenie których orzekł sąd prawomocnie kończący postępowanie



Rycina 4. Średnia wysokość żądanego odszkodowania oraz zadośćuczynienia i kwoty zasądzone (w złotych)



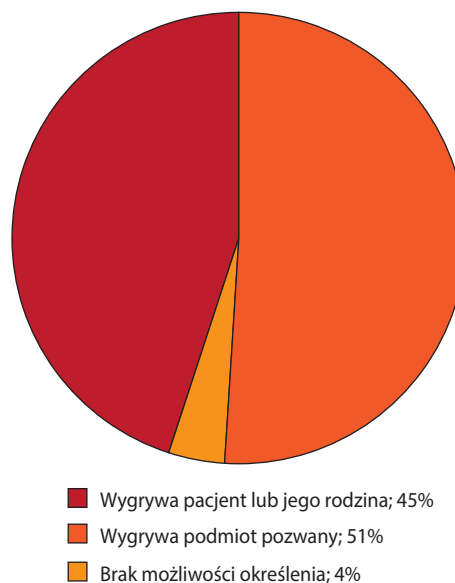
Rycina 6. Orzekanie renty na przyszłość przy wygranej powodów



Rycina 7. Średnie kwoty oczekiwanej renty a kwota zasądzana

podstawie premii od wygranej sprawy. Po piąte, czynnikiem zachęcającym do żądania wysokich zadośćuczynień jest możliwość zwolnienia pacjenta lub jego rodziny z konieczności ponoszenia kosztów sądowych [10].

Za niezwykle interesujące należy uznać fakt, że większość spraw medycznych wygrywa strona pozwana (ryc. 8). Nasze wyniki korespondują z tendencjami odnotowanymi w raporcie opracowanym pod przewodnictwem Jolanty Budzowskiej, który wskazywał, że sąd przyznaje rację pacjentom w 40% spraw, a liczba ugód jest na poziomie 1,64% [9], oraz w artykule Darii Korytkowskiej, która wskazywała, że sądy przyznają rację pacjentom w przypadku 26–43% spraw w zależności od roku, w którym złożono pozew (autorka m.in. ustaliła, że w roku 2002 było to 43%, w 2013 – 26% a w 2014 – 29%) [11]. Wyniki te można różnie interpretować. Po pierwsze, wydaje się, że w wielu przypadkach pacjenci lub ich rodziny nie rozróżniają poszkodowania przez błąd medyczny od poszkodowania przez zdarzenie niepożądane, na które lekarz nie miał wpływu. Po drugie, wyniki te korespondują z danymi niemieckimi, z których wynika, że aż 76,4% roszczeń pacjentów jest bezzasadne [12]. Po trzecie, w sprawach medycznych trudno o dokonanie oceny sprawy przez profesjonalnego pełnomocnika prawnego,



Rycina 8. Strona, która wygrała proces

ponieważ w zdecydowanej większości przypadków wymaga ona wiedzy medycznej, której prawnicy z reguły nie mają. Po czwarte, brak postawy ugodowej – nie odnotowano faktu zawarcia żadnej ugody – można tłumaczyć zarówno emocjonalnym zaangażowaniem w sprawę, jak i wiarą w wysoką wygraną w sądzie. Oba te czynniki utrudniają kompromisowe rozstrzygnięcie sprawy, które wymaga gotowości do ustępstw. W przypadku 4% orzeczeń nie udało się ustalić, kto wygrał sprawę sądową – było to najczęściej spowodowane uchyleciem przez sąd odwoławczy zaskarżonego wyroku i przekazywaniem sprawy do ponownego rozpoznania sądowi I instancji.

Wniosek, że roszczenia pacjentów dotyczą najczęściej świadczeń zdrowotnych z zakresu chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii oraz ginekologii i położnictwa (tab. 1), nie jest zaskoczeniem z dwóch powodów. Po pierwsze, wymienione powyżej obszary udzielania świadczeń zdrowotnych można zaliczyć do specjalizacji

Tabela 1. Zakres świadczeń zdrowotnych, które najczęściej były przedmiotem sporu

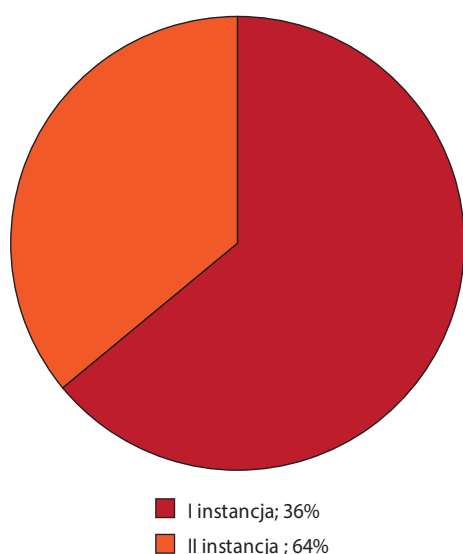
Zakres świadczeń	Liczba orzeczeń odnoszących się do danego zakresu	Procent w stosunku do wszystkich włączonych orzeczeń
Chirurgia ogólna	39	25%
Ortopedia i traumatologia	32	20%
Ginekologia i położnictwo	18	11%
Okulistyka	7	4%
Onkologia	6	4%
Neurochirurgia	6	4%
Neurologia	5	3%
Inne	44	28%

zabiegowych, a zabiegi są zawsze obarczone ryzykiem komplikacji. W przypadku wystąpienia jakichkolwiek powikłań jest naturalne, że dotknięty nimi pacjent lub jego rodzina nie akceptują ich i pozywają podmiot leczniczy, oczekując w sądzie weryfikacji prawidłowości postępowania lekarskiego. Po drugie, wyniki te częściowo korespondują z danymi izb lekarskich oraz z tendencjami z krajów rozwiniętych. Prowadzone w izbach lekarskich statystyki wskazują, że pacjenci najczęściej skarżą się na sprawy z zakresu interny (przeważnie kardiologii), chirurgii i ortopedii (ujętych łącznie) oraz ginekologii i położnictwa [13]. Różnice pomiędzy tym badaniem a danymi z izb lekarskich można tłumaczyć inną specyfiką spraw przed izbami lekarskimi, gdzie drugą co do częstości przyczyną skargi na lekarza jest jego nieetyczne zachowanie, a nie błąd medyczny [13]. W świetle danych ze Stanów Zjednoczonych nie ulega wątpliwości, że roszczenia pacjentów dotyczą najczęściej spraw z zakresu: neurochirurgii, chirurgii, ortopedii, gastrologii oraz ginekologii i położnictwa [14]. Podobnie jest w Niemczech, gdzie najczęściej sprawy dotyczą ortopedii, chirurgii, stomatologii oraz ginekologii i położnictwa [12]. Różnice pomiędzy naszymi wynikami a danymi z wyżej wymienionych krajów można wytłumaczyć tym, że rynek pozwów w tych krajach jest o wiele bardziej rozwinięty niż w Polsce i lekarze są – generalnie rzecz ujmując – o wiele częściej pozywani. Powoduje to, że przedmiotem sporów prawnych stają się nie tylko sprawy ewidentne, lecz także mniej oczywiste.

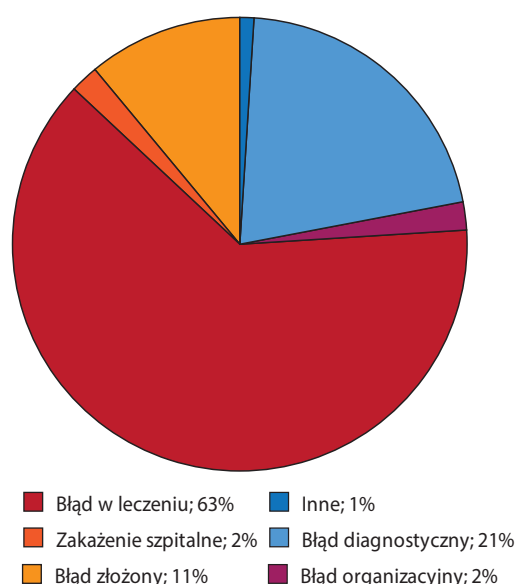
Ciekawe wydają się dane, odnoszące się do etapu zakończenia postępowania, które przedstawiono na rycinie 9. Z omawianego badania wynika, że jedynie 36% spraw prawomocnie kończy się w I instancji (przy

czym I instancją może być zarówno sąd rejonowy, jaki i okręgowy), a 64% – w II instancji. Wynika z tego, że w sprawach medycznych większość spraw wyczerpuje pełny tok instancyjny. Są to zupełnie inne tendencje, niż wykazują opracowania fundacji Court Watch Polska, analizujące orzecznictwo wydziałów cywilnych sądów powszechnych. W raporcie przygotowanym przez tę fundację wskazano, że proporcja apelacji do wyroków we wszystkich sprawach cywilnych wynosi 12% dla sądów rejonowych (odwołanie do okręgu) i 15% dla sądów okręgowych (odwołanie do apelacji) [15]. Wynik zaprezentowany w tej pracy można różnie interpretować. Z jednej strony może świadczyć o emocjonalnym podejściu do postępowania stron spraw o błąd medyczny, które to podejście nakazuje prowadzić sprawę pomimo obiektywnych przesłanek świadczących o nieprawidłowości stanowiska strony. Z drugiej można go odczytywać jako wiarę stron we własną rację, wyrażającą się kontynuowaniem procesu aż do wykazania racji lub wyczerpania możliwości prawnych.

Najczęściej stawiane lekarzom i podmiotom leczniczym zarzuty dotyczą błędów w leczeniu (ryc. 10), co można przyjąć z pewnym zaskoczeniem, choć niniejsze wyniki trudno porównać z innymi badaniami prowadzonymi w Polsce, ponieważ ich autorzy zastosowali inną typologię zarzutów formułowanych przez pacjentów [9]. Przede wszystkim należy zwrócić uwagę, że zdecydowana większość roszczeń dotyczy medycyny zabiegowej (ortopedii, chirurgii, ginekologii). Może więc być tak, że pacjenci przez błąd w leczeniu rozumieją powikłanie po leczeniu. Poza tym powyższy błąd można utożsamić też z brakiem zamierzonego skutku terapii. Należy jednak odnotować, że dane



Rycina 9. Instancja, w której prawomocnie kończy się postępowanie



Rycina 10. Przyczyny wniesienia pozwu

ze Stanów Zjednoczonych z badania przeprowadzonego na 350 706 pozwach wskazują, że wiodącą przyczyną roszczeń pacjentów jest błąd w diagnozie (28,6%) [16]. Różnice pomiędzy danymi z niniejszego badania a wynikami z raportów amerykańskich można wyjaśnić nie tylko wielkością próby i odmiennościami metodologii badania (badanie w USA objęło wszystkie zrealizowane pozwy zarejestrowane w instytucji federalnej odpowiedzialnej za gromadzenie danych o błędach medycznych), lecz także stopniem rozwoju rynku pozwów dotyczących błędów medycznych oraz większą wykrywalnością błędów diagnostycznych w Stanach Zjednoczonych.

Jeżeli chodzi o częstość spraw o błąd medyczny w odniesieniu do podziału administracyjnego Polski (ryc. 5), to z naszych badań wynika, że najwięcej jest spraw w województwach: łódzkim, śląskim, dolnośląskim i mazowieckim (przy czym w łódzkim jest prawie dwa razy tyle postępowań, co w województwach mazowieckim i dolnośląskim łącznie). Uzyskane wyniki są zaskakujące, ponieważ nie korespondują ani z liczbą podmiotów leczniczych w tych województwach [17], ani z liczbą mieszkańców tych obszarów [18]. Z uwagi na to, że:

- najludniejsze województwa w Polsce to: mazowieckie, śląskie i wielkopolskie (łódzkie ma ponad 2 razy mniej mieszkańców niż mazowieckie);
- najwięcej szpitali znajduje się w województwach: śląskim (152), mazowieckim (112) i małopolskim (81) (w łódzkim tylko 68);
- najwięcej świadczeń zdrowotnych – szpitalnych (z którymi najczęściej jest związane roszczenie pacjenta) – udzielono w województwach: mazowieckim, śląskim i wielkopolskim;

należało się spodziewać, że najwięcej spraw o błędy medyczne będzie w województwach mazowieckim, śląskim lub wielkopolskim, a nie w województwie łódzkim. Uzyskane wyniki możemy jednak tłumaczyć dwójako. Albo w sądach łódzkich orzeczenia częściej były oznaczane analizowanymi przez nas deskryptorami, albo jest to skutek prężnie działającego ośrodka akademickiego, który jest jednym z większych ośrodków myśli prawnomedycznej w Polsce [19].

Na koniec warto odnieść się do wielkości uzyskanej przez nas próby. Z różnego rodzaju statystyk wynika, że rocznie do sądów wpływa około 800 spraw cywilnych dotyczących błędów medycznych [11, 20]. Tym samym wydawać by się mogło, że w badaniu powinna znaleźć się większa liczba orzeczeń niż ostatecznie włączone 157. Suma ta jest jednak uzasadniona przyjętą metodologią i źródłami wybranymi do badania (tj. portal). Przede wszystkim analizie poddano wyłącznie orzeczenia oznaczone odpowiednimi deskryptorami przez osoby wprowadzające je do portalu. Pozwoliło to ujednolicić grupę

badanych orzeczeń i uniknąć pominięcia żadnego z nich. Poza tym należy zwrócić uwagę, że nie wszystkie wydane w Polsce orzeczenia są włączane do portalu. Obecnie znajduje się w nim zaledwie około 245 tysięcy orzeczeń [21], co stanowi nieznaczny promień wydawanych w Polsce orzeczeń w latach objętych badaniem. Jak bowiem wynika ze statystyk Ministerstwa Sprawiedliwości, co roku do wydziałów cywilnych sądów powszechnych wpływa kilka milionów spraw merytorycznych. Tytułem przykładu w samym roku 2016 było to 6 786 777 spraw [22].

Wnioski

- Pozwy najczęściej kierowane są przeciwko szpitalom.
- Ryzyko pozwu jest największe w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii oraz ginekologii i położnictwa.
- Zarzuty formułowane w pozwach najczęściej odnoszą się do przebiegu leczenia.
- Ponad połowa pozwów o błąd medyczny jest oddalana przez sąd.
- Średnia kwota zasądzanego odszkodowania i zadośćuczynienia jest przeciętnie o połowę niższa niż oczekiwana.
- Większość spraw wyczerpuje tok instancyjny, zanim orzeczenie stanie się prawomocne.
- Liczba orzeczeń dostępnych w Portalu Orzeczeń Sądów Powszechnych w stosunku do ogólnej liczby orzeczeń sądowych jest znikoma.

Ograniczenia badania

Niniejsze badanie ma kilka ograniczeń, o których należy pamiętać, analizując jego wyniki. Po pierwsze, *a priori* wykluczono orzeczenia odnoszące się do problematyki błędów medycznych, jeżeli nie były one opatrzone jednym ze wskazanych deskryptorów przez osobę odpowiedzialną za wprowadzenie orzeczenia do Portalu Orzeczeń Sądów Powszechnych. Po drugie, zdecydowana większość orzeczeń wydziałów cywilnych sądów powszechnych nie została opublikowana w portalu – nie można więc wykluczyć, że do publikacji kierowano orzeczenia, które z różnych względów wyróżniały się na tle innych. Po trzecie, w badaniu jest dużo orzeczeń z sądów apelacji łódzkiej, co mogło wpływać na wnioski ogólne, ponieważ doświadczenie podpowiada, że w ramach poszczególnych apelacji mogą występować różnice odnoszące się na przykład do przedmiotu spraw lub wysokości przyznawanych zadośćuczynień pacjentom. Z tych powodów wnioski powinny być traktowane z pewną ostrożnością.

Piśmiennictwo

- Opinie o błędach medycznych i zaufaniu do lekarzy. Komunikat z badań. BS/27/2001.
- Opinie o błędach medycznych i zaufaniu do lekarzy. Komunikat z badań. Warszawa, nr 165/2014.
- Artykuł 120 § 1 Ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 108 ze zm.).
- Zatrudnienie w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Informacja o wynikach kontroli KZD-4101-009/2014, dokument dostępny. <https://www.nik.gov.pl/plik/id,9420,vp,11655.pdf> (Data odwiedzin strony 1 lutego 2018 r.).
- Dane Prokuratury Krajowej. <http://www.gazetaprawna.pl/artuku-ly/1057566,prokuratura-krajowa-w-2016-roku-prawie-5-tys-poste-powan-ws-bledow-medycznych.html> (Data odwiedzin strony 1.02.2018 r.).
- Artykuł 11 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 155 ze zm.).
- Orzeczenie SN z dnia 11 lipca 1957 r., sygn. akt 2 CR 304/57.
- Kaliński M. Prawo zobowiązań – część ogólna. System Prawa Prywatnego, tom 6., Warszawa 2014: 87.
- Budzowska J., Poszkodowany pacjent w sądzie i przed komisją, Kraków 2015. <http://bf.com.pl/pomoc-prawna/poszkodowany-pacjent-sadzie-komisja-raport-badania> (Data odwiedzin strony: 7.12.2017 r.).
- Art. 100–102 Ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 623 ze zm.).
- Korytkowska D. Statystyczna ewidencja spraw o odszkodowania z tytułu odpowiedzialności cywilnej podmiotów leczniczych w Polsce. „Kwartalnik KES Studia i Prace”. 2015; 4(3).
- Behandlungsfehler Begutachtung der MDK-Gemeinschaft. https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Pressemitteilungen/2017/2017_05_30/Weitere_Informationen/Behandlungsfehlerbegutachtung_Jahresstatistik_2016.pdf (Data odwiedzin strony 1 lutego 2018 r.).
- Orłowska-Heitzman J., Sprawozdanie Naczelnego Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej (VI Kadencja 2010–2014). www.nil.org.pl (Data odwiedzin strony: 7.12.2017 r.).
- Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, et al. Malpractice risk according to physician specialty. N Engl J Med. 2011; 365(7): 629–636, doi: 10.1056/NEJMsa1012370, indexed in Pubmed: 21848463.
- Kociolowicz-Wiśniewska B, Piliński B. Ocena polskiego sądownictwa w świetle badań, Warszawa 2017: 9.
- Tehrani A. 25-Year summary of US malpractice claims for diagnostic errors 1986–2010: an analysis from the National Practitioner Data Bank. BMJ. 2013; 22(8).
- <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2015-roku,1,6.html> (Data odwiedzin strony: 7.12.2017 r.).
- <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/powierzchnia-i-ludnosc-w-przekroju-terytorialnym-w-2016-r,7,13.html> (Data odwiedzin strony: 7.12.2017 r.).
- Wielu znawców prawa medycznego wywodzi się z Wydziału Prawa i Administracji w Łodzi lub działa na jego terenie. Tytułem przykładu można wskazać np. prof. A. Liszewską, prof. R. Kubiak, prof. D. Karkowską, prof. J. Zajdel.
- Ewidencja spraw o odszkodowania wyrządzone przez służbę zdrowia w latach 2011–2016. Opracowanie Ministerstwa sprawiedliwości. <https://isws.ms.gov.pl/pl/baza-statystyczna/opracowania-wieloletnie/> (Data odwiedzin strony 1.02.2018 r.).
- Stan na 31 stycznia 2018 r.
- Ewidencja spraw według działów prawa w sądach powszechnych. Opracowanie Ministerstwa Sprawiedliwości. <https://isws.ms.gov.pl/pl/baza-statystyczna/opracowania-jednoroczne/rok-2017/> (Data odwiedzin strony 1.02.2018 r.).