

Marzena Czochna

doktorantka, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

ORCID: 0000-0002-4730-1324

marzena.maria.cz@interia.pl

Damian Bar

sędzia, Sąd Rejonowy w Jarosławiu

ORCID: 0000-0001-6836-6015

damian.jan.bar@gmail.com

Odpowiedzialność karna za udzielanie bez wymaganych uprawnień świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem nowoczesnych technologii – zagadnienia wybrane

Wprowadzenie

Rozwój technologiczny poprawia jakość życia ludzkiego. Przenika on również do medycyny, wspomagając lekarzy w ich pracy, a jednocześnie ułatwiając pacjentom dostęp do placówek medycznych. Nowoczesne technologie służą między innymi do udzielenia doraźnej pomocy medycznej, za przykład mogą posłużyć takie instrumenty jak: defibrylator AED, wirtualna przychodnia czy telemedyczne wizyty u lekarza pierwszego kontaktu. Dzięki e-wizycie pacjent może skontaktować się z lekarzem w formie połączenia telefonicznego, wideorozmowy czy też tekstowego czatu; stworzono również mobilny gabinet lekarski dla pracowników firm. Za pomocą tej technologii możliwe jest wystawienie e-recepty oraz zwolnienia lekarskiego¹. Dzięki odpowiedniej aplikacji każdy może umówić wizytę lekarską, sprawdzić mobilnie wyniki badań oraz zalecenia lekarza². Szacuje się, że w 2018 r. aplikację, za pomocą

¹ Odnosnie e-recepty zob. art. 96a ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz.U.2019.499 t.j. z dnia 2019.03.15) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2018 r. w sprawie recept (Dz.U.2018.745 z dnia 2018.04.17).

² Informacje pochodzą ze strony: EnelZdrowie, <https://enel.pl/enelzdrowie/technologie/e-wizyta-najprosciej-najszybciej> [dostęp: 7.11.2019].

której dokonywana jest telemedyczna wizyta, ściągnęło ok. 80 tys. pacjentów³. Udzielanie świadczeń zdrowotnych na odległość za pomocą systemów teleinformatycznych lub łączności możliwe jest w Polsce od listopada 2019 r. Podkreśla się, że jest to szczególnie dobre rozwiązanie dla osób chorych przewlekle, które będą mogły skonsultować się z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej w sposób komfortowy, bez konieczności opuszczania miejsca, w którym pacjent się znajduje⁴.

Zanim zostaną omówione bardziej szczegółowe kwestie, należy wyjaśnić siatkę terminologiczną zastosowaną w niniejszym dyskursie. Przedstawiony tekst dotyczy kwestii udzielania świadczeń zdrowotnych bez wymaganych uprawnień przy wykorzystaniu technologii medycznych, w związku z tym należy w pierwszej kolejności ustalić, czym są owe świadczenia zdrowotne. Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy o działalności leczniczej⁵, świadczenie zdrowotne to działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub odrębnych przepisów regulujących zasady ich wykonywania. Na gruncie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁶ świadczenia opieki zdrowotnej to świadczenie zdrowotne, świadczenie zdrowotne rzeczowe i świadczenie towarzyszące. Świadczenia gwarantowane z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej obejmują: 1) świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej; 2) świadczenia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej; 3) świadczenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej; 4) świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielane w środowisku nauczania i wychowania; 5) świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej; 6) transport sanitarny⁷. Świadczenia gwarantowane, zgodnie z załącznikiem I Części I Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, obejmują m.in. poradę lekarską udzielaną w warunkach ambulatoryjnych w bezpośrednim kontakcie ze świadczeniobiorcą lub na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

³ Zob. A. Pochrzęst-Motyczyńska, *Telewizyty już są, za chwilę wirtualne przychodnie*, 8.06.2018, Prawo.pl, <https://www.prawo.pl/zdrowie/telewizyty-juz-sa-za-chwile-wirtualne-przychodnie,261938.html> [dostęp: 7.11.2019].

⁴ K. Kowalska, *Telewizyta lekarska już od listopada*, 4.11.2019, Rzeczpospolita, <https://www.rp.pl/Zdrowie/311049997-Telewizyta-lekarska-juz-od-listopada.html> [dostęp: 7.11.2019].

⁵ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. z 2011, nr 112, poz. 654.

⁶ Art. 5 pkt 34 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. z 2004, nr 210, poz. 2135.

⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, Dz.U. z 2013, poz. 1248 ze zm.

Prawo do świadczeń zdrowotnych przysługuje, zgodnie z art. 68 Konstytucji RP, obywatelom⁸ niezależnie od ich sytuacji materialnej – władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych⁹. Zgodnie z art. 2 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do korzystania z tych świadczeń uprawnione są nie tylko osoby objęte powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, ale również osoby inne niż ubezpieczone, zamieszkujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które posiadają obywatelstwo polskie lub uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą bądź zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w ustawie o cudzoziemcach; jak również osoby, które nie ukończyły 18. roku życia posiadające obywatelstwo polskie lub które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w ustawie o cudzoziemcach posiadających miejsce zamieszkania na terytorium RP¹⁰; osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które są w okresie ciąży, porodu lub połogu posiadające obywatelstwo polskie, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w ustawie o cudzoziemcach¹¹.

Czynnościami leczniczymi dokonanyymi przez osobę, która nie ma do tego odpowiednich uprawnień według Sądu Najwyższego, są działania odpłatne, wykonywane w sposób systematyczny i typowy dla czynności, jakie wykonuje lekarz¹². Jednakże w doktrynie dodaje się, że do grupy tego typu czynności należy zaliczyć nie tylko czynności odpłatne, ale również nieodpłatne¹³. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry w art. 5 – 5c w sposób klarowny wskazuje uprawnienia niezbędne do wykonywania tych zawodów.

⁸ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., uchwalona przez Zgromadzenie Narodowe w dniu 2 kwietnia 1997 r., przyjęta przez Naród w referendum konstytucyjnym w dniu 25 maja 1997 r., podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 16 lipca 1997 r., Dz.U. z 1997 r., nr 78, poz. 483.

⁹ Zob. również A. Pytel, *Zadania jednostek samorządu terytorialnego w zakresie ochrony zdrowia*, „Samorząd terytorialny” 2017, nr 6, s. 63–74; A. Pyrzyńska, *Dostęp pacjenta do świadczeń zdrowotnych (na tle ustawy o działalności leczniczej)*, „Państwo i Prawo” 2011, nr 12, s. 16–29.

¹⁰ Por. wyrok NSA z dnia 12 lipca 2017 r., II GSK 3096/15, LEX nr 2350991, Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 14 lipca 2016 r., VI ACa 271/15, LEX nr 2139365,

¹¹ Szerzej na ten temat: M. Zieleniecki, *Problemy zakresu podmiotowego prawa do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych*, „Gdańskie Studia Prawnicze” 2007, nr 2, s. 503–517.

¹² Uchwała SN z 31 sierpnia 1994 r., sygn. akt: I KZP 20/94, OSNKW 1994, nr 9-10, poz. 58.

¹³ R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Wolters Kluwer, Warszawa 2009, s. 124–125.

Należy zauważyć, że prawo wykonywania tych zawodów przysługuje nie tylko obywatelowi polskiemu, lecz również obywatelom innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej. Okręgowa rada lekarska przyznaje prawo wykonywania zawodu lekarza albo prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry, jeżeli kandydat włada językiem polskim w mowie i w piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentystry określonym w przepisach prawa. Świadczenia zdrowotne mogą udzielać również pielęgniarki; aby zyskać uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarki, należy spełniać warunki określone w art. 7, 8 i 9 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej¹⁴. Jedynie wyjątkowo pielęgniarka, będąca obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej, może czasowo i okazjonalnie wykonywać na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zawód pielęgniarki lub położnej bez konieczności stwierdzenia prawa wykonywania zawodu, jeżeli przed rozpoczęciem po raz pierwszy czasowego i okazjonalnego wykonywania zawodu złoży w okręgowej izbie pielęgniarek i położnych, właściwej ze względu na miejsce wykonywania zawodu, dokumenty określone w art. 24 ust. 1 pkt 1–6 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. W przypadku gdyby zaistniała nagła potrzeba udzielenia świadczenia przez pielęgniarkę lub położną, dokumenty te mogą być złożone niezwłocznie po udzieleniu świadczenia.

Wykorzystanie nowoczesnych technologii w medycynie

Kompleksowe omówienie wszystkich nowoczesnych technologii – które mogą posłużyć sprawcy do popełnienia czynu polegającego na udzielaniu bez wymaganych uprawnień świadczeń zdrowotnych – jest zadaniem niemożliwym z uwagi na nieustający postęp technologiczny. Poprzestano więc na przykładowym wskazaniu najczęściej stosowanych rozwiązań.

Urządzeniem obdarzonym przymiotem sztucznej inteligencji jest w pełni zautomatyzowany defibrylator AED, a więc aparat, który coraz częściej można zaobserwować w przestrzeni publicznej, w miejscach, gdzie ze względu na duże skupiska ludności może zachodzić potrzeba udzielenia natychmiastowej pomocy osobie dotkniętej nagłym zatrzymaniem krążenia. Mimo że przyrząd ten nie charakteryzuje się wysokim poziomem wyspecjalizowania, to zaczyna odgrywać istotną rolę w społeczeństwie i można przypuszczać, że w najbliższych latach stanie się typowym sprzętem użyteczności publicznej, a szkolenia dotyczące jego wykorzystania będą przeprowadzane już od szkoły

¹⁴ Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz.U. z 2011, nr 174, poz. 1039.

podstawowej. Skrót „AED” wywodzi się z języka angielskiego i oznacza Automated External Defibrillator, czyli – Automatyczny Zewnętrzny Defibrylator¹⁵. Urządzenie zostało skonstruowane tak, by w odróżnieniu od defibrylatora szpitalnego (obsługiwanego przez personel ratowniczy wykonujący tzw. zaawansowane zabiegi resuscytacyjne – ALS, ang. Advanced Life Support) służyć w warunkach zewnętrznych, tj. w miejscach publicznych, takich jak instytucje, urzędy, ośrodki sportowe, dworce kolejowe, podkłady autokarów czy też statków lotniczych. Równocześnie, ze względu na poręczny rozmiar, może stanowić wyposażenie niemedycznych służb ratowniczych. Ideą defibrylatora AED jest łatwy i publiczny dostęp, a ponadto prostota w obsłudze, tak aby mógł go użyć każdy, nawet osoba nieprzeszkolona medycznie. Zadaniem AED jest przywracanie prawidłowego rytmu serca za pomocą impulsu elektrycznego. W przypadku zaistnienia nagłego zatrzymania krążenia w połączeniu z resuscytacją krążeniowo-oddechową pozostaje jedynym sposobem na uratowanie życia¹⁶. Jest to istotne z uwagi na czas, w którym pokrzywdzony musi otrzymać pomoc, gdyż z każdą minutą postępują nieodwracalne zmiany neurologiczne związane z niedotlenieniem, w konsekwencji doprowadzając do śmierci pnia mózgu. Szybki przyjazd zespołu ratownictwa medycznego może okazać się niewystarczający, jeśli świadkowie zdarzenia nie udzielą pomocy z wykorzystaniem omawianego urządzenia. Defibrylator AED opiera się na ustalonym algorytmie, którego zadaniem jest wykrycie nieprawidłowego rytmu serca, wydanie prostych i zrozumiałych poleceń osobie udzielającej pomocy, co do sposobu jej udzielenia, a następnie zastosowanie na organizmie chorego impulsu elektrycznego prądu stałego o ustalonej energii przez powierzchnię klatki piersiowej w celu wygaszenia najpoważniejszych zaburzeń rytmu serca – migotania komór (łac. *fibrillatio ventriculorum*) oraz częstoskurczu komorowego bez tętna (łac. *tachycardia ventricularis*)¹⁷.

Chociaż zasada działania defibrylatora AED opiera się na prostych algorytmach, nie można jednak wykluczyć błędów w działaniu tego urządzenia spowodowanych przez wadę fabryczną wywołaną użyciem w procesie produkcji niewłaściwych komponentów, błędami konstrukcyjnymi czy też zaimplementowaniem oprogramowania z niepoprawnymi – z punktu widzenia medycyny ratunkowej – algorytmami. Może się bowiem okazać, że gdyby

¹⁵ Informacje pochodzą ze strony: *Co oznacza skrót AED?*, Ratuj z Sercem, <http://www.ratujz-sercem.pl/Defibrylacja/AED/Cooznaczkaskr%C3%B3tAED.aspx> [dostęp: 30.10.2019].

¹⁶ Informacje pochodzą ze strony: *AED – co oznacza ten skrót?*, HS Medical, <https://hsmedical.pl/wiedza/aed-co-oznacza-ten-skr%C3%B3t> [dostęp: 30.10.2019].

¹⁷ *Defibrylacja – zasady stosowania, rodzaje, wskazania oraz przeciwwskazania*, zdrowyportal.org, <https://www.zdrowyportal.org/16369/defibrylacja-zasady-stosowania-rodzaje-wskazania-oraz- przeciwwskazania/> [dostęp: 30.10.2019].

choremu udzielona została pomoc z wykorzystaniem sprawnego urządzenia, to zasadniczo zwiększyłyby się jego szanse na przeżycie¹⁸. Oczywiście nie chodzi tu tylko o awarię urządzenia wywołaną jego eksploatacją lub upływem czasu (to zagadnienie odnosi się do kwestii zawinienia osób zobowiązanych do zapewnienia sprawności sprzętu i jego serwisowania), lecz obejmuje całą serię urządzeń, które zostały wprowadzone do sprzedaży z wadą.

Przywołane defekty w pracy urządzenia co do zasady nie mogą skutkować odpowiedzialnością karną osoby udzielającej pomocy¹⁹. W przeważającej części przypadków jest to bowiem człowiek niemający fachowego przygotowania z zakresu medycyny ratunkowej²⁰, nie można więc zarzucić udzielającemu pomocy, że nie rozpoznał wadliwości w działaniu urządzenia.

Innym przykładem wykorzystania nowoczesnych technologii w medycynie jest wirtualna przychodnia. Za największą tego typu przychodnię uznaje się DocPlanner założoną przez Polaków. Za pomocą tego serwisu można znaleźć lekarza, do którego pacjent chce się zapisać, i umówić wizytę za pomocą Internetu. DocPlanner Group znana jest m.in. ze strony internetowej ZnanyLekarz.pl. Na stronie internetowej tej grupy podane są statystyki, z których wynika, że do tej pory ok. 1,5 miliona razy umówiono tu wizytę, każdego miesiąca korzysta z tego typu rozwiązania ok. 30 milionów pacjentów, a dostępnych jest 2 miliony lekarzy²¹. Dodatkowo zanim pacjent zdecyduje się umówić wizytę, może przeczytać zamieszczone tu opinie o konkretnym lekarzu. Wyszukiwanie lekarza odbywa się według lokalizacji lub opinii innych pacjentów. Rezerwacji można dokonać w każdej chwili zarówno z komputera, jak i telefonu – dzięki aplikacji²², a następnie zarządzać wizytą. W informacjach o wizycie można znaleźć takie dane jak: imię i nazwisko lekarza, jego specjalność, termin wizyty, typ wizyty, lokalizacja wizyty. Aplikacja, za pomocą której można dokonywać rezerwacji, jest bezpłatna. Pacjent może również zadać za pośrednictwem serwisu pytanie lekarzowi. Zanim pytanie dotrze do lekarza, przechodzi przez dział moderacji, który sprawdza pytanie

¹⁸ O zakresie wymaganej pomocy potrzebującemu WSA w Warszawie z dnia 27 września 2013 r. II AKa 271/13

¹⁹ Szerzej na ten temat: R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza za przestępne nieudzielenie pomocy*, „Studia Iuridica Lublinensia” 2006, t. 8, s. 83–102.

²⁰ Oczywiście inaczej należałoby spojrzeć na zagadnienie w przypadku, gdyby na ratunek potrzebującemu ruszyła osoba dysponująca odpowiednim wykształceniem w zakresie czynności ratunkowych, np. lekarz, ratownik czy pielęgniarka. W myśl obowiązującej zasady indywidualizacji odpowiedzialności podchodzić bowiem należy do każdej jednostki przez pryzmat jej zawinienia i okoliczności, w których działała, w tym także posiadanych przez nią kompetencji.

²¹ Informacje pochodzą ze strony: DocPlanner Group, <https://www.docplanner.com/about-us> [dostęp: 8.11.2019].

²² Informacje pochodzą ze strony: Znany Lekarz, <https://lekarz.znanylekarz.pl/> [dostęp: 8.11.2019].

pod kątem niewłaściwych treści lub danych osobowych zarówno lekarza jak i pacjenta. Następnie pytanie jest przekazywane do lekarza, który w ciągu 48 h udziela odpowiedzi. Korzystanie z tego serwisu przez lekarzy jest co do zasady płatne. Bezpłatny Pakiet Podstawowy dla początkujących oferuje jedynie podstawowe informacje na profilu lekarza i możliwość odpowiadania na pytania. Pakiet Premium na dzień 8.11.2019 r. wynosi 299 zł za miesiąc²³.

Od listopada 2019 r. w Polsce możliwa jest telewizyta lekarska (inaczej e-wizyta) w gabinetach podstawowej opieki zdrowotnej z lekarzem pierwszego kontaktu. Telemedycyna to „szeroko rozumiany proces opieki zdrowotnej sprawowany zdalnie”²⁴. Zgodnie z wyrokiem WSA w Warszawie telemedycyna jest formą „świadczenia usług medycznych i opieki zdrowotnej, łączącą w sobie elementy telekomunikacji, informatyki oraz medycyny”²⁵.

Jest to szczególnie dobre rozwiązanie dla osób mających problemy z poruszaniem się, bowiem mogą skontaktować się z lekarzem z miejsca, w którym się znajdują, bez konieczności dojazdu do lekarza. Wskazuje się, że największą grupą, która będzie korzystać z tego typu usług, stanowią osoby starsze²⁶. Rozwiązanie to ma na celu również zmniejszenie kolejek w przychodniach. Jednak o tym, czy dany pacjent będzie mógł skorzystać z telewizyty, czy też będzie jednak konieczna konsultacja medyczna bezpośrednia, podczas której pacjent osobiście będzie musiał się spotkać z lekarzem, zdecyduje sam lekarz, biorąc pod uwagę stan pacjenta. Istnieją opinie, zgodnie z którymi telemedycyna powinna być wykorzystywana wobec pacjentów chorych przewlekle, w sytuacji gdy lekarz zna pacjenta, a konsultacja nie powinna dotyczyć bezpośrednio samej choroby, lecz kwestii związanej z przypisanymi pacjentowi lekami²⁷. E-wizyta polega na zebraniu wywiadu przez lekarza, który udziela porady, stawia diagnozę, a nawet wypisuje receptę²⁸. Telefoniczne porady le-

²³ *Ibidem*.

²⁴ *Jak skutecznie wykorzystać potencjał telemedycyny w polskim systemie ochrony zdrowia?*, Telemedyczna Grupa Robocza, Warszawa 2018, s. 24, http://telemedycyna-raport.pl/api/file/events/rtgr/DZP_raportTGR%20raport-www.pdf [dostęp: 8.11.2019].

²⁵ Wyrok WSA w Warszawie z 13 stycznia .2017 r., III S.A./Wa 3103/15, tekst dostępny na stronie: http://www.orzeczenia-nsa.pl/wyrok/iii-sa-wa-3103-15/podatek_od_towarow_i_uslug_interpretacje_podatkowe/2e566d/4.html?q=&_symbol=611_6110&_haslo=Interpretacje+podatkowe&_sad=Wojew%C3%B3dki+S%C4%85d+Administracyjny+w+Warszawie&_skarzony=Minister+Finans%C3%B3w&_okres=2017_01 [dostęp: 9.12.2019].

²⁶ M.M. Bujnowska-Fedak, M. Tomczak, *Innowacyjne aplikacje telemedyczne i usługi e-zdrowia w opiece nad pacjentami w starszym wieku*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2013, t. 11, nr 4, s. 304.

²⁷ K. Kowalska, *Telewizyta lekarska...*, *op. cit.*

²⁸ N. Młodziejewska, *Wizyta lekarska przez telefon. Sprawdź, jak działa e-wizyta*, 7.11.2019, Głos Wielkopolski, <https://gloswielkopolski.pl/wizyta-lekarska-przez-telefon-sprawdz-jak-dziala-ewizyta/ar/c14-14560113> [dostęp: 8.11.2019].

karskie nie są nowym pomysłem, bowiem w 2018 r. w ramach akcji „Łączy nas pacjent” różni lekarze specjaliści bezpłatnie udzielali porad pacjentom. Przekazywane informacje dotyczyły między innymi transplantacji szpiku kostnego, a także terapii dzieci chorujących na padaczkę²⁹.

Ustalenie kręgu podmiotów odpowiedzialnych za udzielanie świadczeń zdrowotnych bez wymaganych uprawnień

Mimo licznych zalet postępu technologicznego, który przekłada się na rozwój medycyny, istnieją zagrożenia związane ze stosowaniem tego typu technologii. W przypadku kontaktu z lekarzem realizowanym na odległość pacjent nie ma pewności, że rozmawia z osobą, która posiada uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych. Korzystając z opcji zadawania pytań online za pośrednictwem wirtualnej przychodni, pacjent musi zaufać portalowi, że otrzyma odpowiedź od lekarza, nie zaś od kogoś, kto za lekarza się podszywa. Istnieje również ryzyko, wycieku danych osobowych pacjenta, przejścia tych informacji przez osoby nieuprawnione bądź zhakowania systemu, co może doprowadzić m.in. do postawienia błędnej diagnozy lub przepisania niewłaściwych leków. Należy ustalić, kto w takim przypadku odpowiada karnie za udzielenie świadczenia zdrowotnego przez osobę nieuprawnioną. Istnieje kilka możliwości przypisania odpowiedzialności karnej:

- 1) osobie, która np. zhakowała system, a która jednocześnie udzieliła świadczenia zdrowotnego mimo braku uprawnień;
- 2) w przypadku gdy ktoś zhakował system, a ktoś inny udzielił świadczenia, należy rozpatrzyć odpowiedzialność osoby, która zhakowała system jako pomocnika, zaś osoba udzielająca świadczenia zdrowotnego mimo braku uprawnień powinna być potraktowana jako sprawca; ewentualnie oba podmioty będą odpowiadać jako współsprawcy; jednak można uznać, że przestępstwo udzielenia świadczeń zdrowotnych popełnia jedynie osoba, która tych uprawnień nie posiada, zatem odpowiedzialność osoby, która zhakowała system jest nieuzasadniona.

Jednocześnie należy ustalić, czy za tego typu przestępstwo będzie odpowiadać jedynie osoba podająca się za lekarza na podstawie art. 58 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry³⁰, czy też możliwe jest, aby to przestępstwo popełniła osoba udająca pielęgniarkę lub felczera. W przypadku

²⁹ *Darmowe porady telefoniczne dla pacjentów*, 9.03.2018, GOV.pl, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/darmowe-porady-telefoniczne-dla-pacjentow> [dostęp: 8.11.2019].

³⁰ Zwanej dalej w niniejszym opracowaniu u.z.l.d. Zob. także M. Kanadys-Marko, M. Mozgawa, *Zabieg leczniczy bez zgody pacjenta (art. 192 k.k.)*, „Prokuratura i Prawo” 2004, nr 3, s. 21–49.

zawodu pielęgniarki zgodnie z art. 84 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej³¹ kto bez wymaganego prawa wykonywania zawodu udziela świadczeń zdrowotnych podlega karze grzywny. Jeżeli sprawca działa w celu osiągnięcia korzyści majątkowej lub wprowadza w błąd co do posiadania takiego prawa, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku. (art. 85 u.p.p.). Wydaje się, że odpowiedzialność karna osoby podszycującej się za pielęgniarkę w przypadku wirtualnej przychodni czy też telemedycyny nie jest wyłączona, albowiem zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 4 u.p.p. wykonywanie zawodu pielęgniarki polega również na samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych. Zatem teoretycznie możliwe jest, aby porady medycznej online czy też za pośrednictwem telemedycyny udzieliła pielęgniarka, zwłaszcza, że na niektórych portalach wprost znajduje się informacja, że telekonsultacja to również: „rozmowa telefoniczna z pielęgniarką, która udzieli informacji, jak przygotować się do badania”³².

Formy zjawiskowe czynu polegającego na udzielaniu bez wymaganych uprawnień świadczeń zdrowotnych

Znając podstawę odpowiedzialności karnej, należy zastanowić się nad formą zjawiskową, do jakiej można zakwalifikować poszczególne czyny danej osoby. Niniejszy wywód jest wspólny grupom zawodowym lekarzy i pielęgniarkom.

Podstawą odpowiedzialności osoby, która udzieliła świadczenia zdrowotnego jako lekarz mimo braku odpowiednich uprawnień, jest art. 58 u.z.l.l.d. W przypadku zawodu pielęgniarki podstawą odpowiedzialności jest art. 84 i 85 u.p.p. Należy w tym przypadku rozróżnić dwie sytuacje:

- A. sprawca udziela świadczeń zdrowotnych polegających na rozpoznawaniu chorób oraz ich leczeniu pomimo braku odpowiednich uprawnień (art. 58 ust. 1 u.z.l.l.);
- B. sprawca udziela świadczeń zdrowotnych polegających na rozpoznawaniu chorób oraz ich leczeniu pomimo braku odpowiednich uprawnień w celu osiągnięcia korzyści majątkowej albo wprowadza pacjenta w błąd w kwestii posiadania takiego uprawnienia (art. 58 ust. 2 u.z.l.l.).

W przypadku obydwu sytuacji nie jest istotne, czy taka osoba była przekonana o umiejętności leczenia ludzi, jak również to, czy jego działanie

³¹ Zwanej dalej w niniejszym opracowaniu u.p.p.

³² *Czym jest telemedycyna?*, Grupa LuxMed, <https://www.luxmed.pl/dla-pacjentow/o-zdrowiu/zdrowie-od-a-do-z/czym-jest-telemedycyna.html> [dostęp: 9.11.2019].

odpowiadało aktualnej wiedzy medycznej, a szkoda nie została wyrządzona³³. Zarówno w jednej, jak i drugiej sytuacji udzielenie świadczenia zdrowotnego może być wynikiem innej uprzednio dokonanej czynności, np. opracowania i wysłania wirusa atakującego bazę danych pacjentów i wykorzystanie tych danych czy też zhakowania systemu wirtualnej przychodni lub systemu obsługującego telewizyty. W sytuacji opisanej w punkcie A, gdy istnieje tożsamość podmiotowa (ta sama osoba włamuje się do systemu komputerowego danej placówki i ta sama udziela świadczeń zdrowotnych pomimo braku uprawnień do tego), z pewnością można tę sytuację zakwalifikować jako sprawstwo pojedyncze. Sytuacja komplikuje się, gdy te czynności zostały wykonane przez różne osoby. Należy ustalić, czy odpowiedzialność karną poniesie tylko ta osoba, która udzieliła świadczenia zdrowotnego pomimo braku uprawnień, czy też osoba która zaatakowała system komputerowy zostanie pociągnięta do odpowiedzialności (a jeśli tak to jaką formę zjawiskową do tej osoby należy przypisać³⁴). Ową drugą osobę można zakwalifikować jako współsprawcę, pomocnika albo podżegacza³⁵. Argumentem przemawiającym za zakwalifikowaniem tej osoby jako współsprawcy jest fakt, że jej działanie pozostaje integralnie związane z dalszą czynnością, tj. udzieleniem świadczenia zdrowotnego³⁶. Gdyby nie zhakowanie systemu, nie byłoby danych pacjenta, zatem zhakowanie umożliwia wykonanie czynu zabronionego³⁷. Konieczne jest jednak ustalenie, czy realizacja planu została przez te osoby uzgodniona, czy osoby te działały w porozumieniu³⁸. Kontrargumentem jest okoliczność, że osoba włamująca się do cudzego systemu poniesie odpowiedzialność z art. 267 k.k., a więc bezprawnego uzyskania informacji, a skoro sama nie udzielała świadczeń zdrowotnych, to trudno uznać, aby zrealizowała znamiona przestępstwa z art. 58 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. W przypadku zawodu pielęgniarki ewentualnie można byłoby przypisać sprawstwo osobie dokonującej hackingu, również za zatrudnianie do udzielania świadczeń zdrowotnych osoby nieuprawnionej, jedynie pod warunkiem ustalenia, że doszło do rzeczywistego zatrudnienia przez hakera osoby poda-

³³ R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności...*, *op. cit.*, s. 125.

³⁴ Trzeba mieć na względzie wyrażoną w art. 20 i 21 k.k. zasadę indywidualizacji odpowiedzialności karnej. Por. postanowienie SN z dnia 9 stycznia 2018 r., II KK 272/17, LEX nr 2427144.

³⁵ Por. wyrok SA w Poznaniu z dnia 15 lutego 2017 r., II AKA 69/16, LEX nr 2396945.

³⁶ Por. wyrok SN z 8 grudnia 2011 r., sygn. akt: II KK 162/11, OSNKW 2012, z. 3, poz. 28.

³⁷ P. Kardas, *Istota współsprawstwa w polskim prawie karnym. Uwagi na marginesie trzech orzeczeń Sądu Najwyższego*, „Prokuratura i Prawo” 2005, nr 12, s. 10.

³⁸ K. Wiak, § 51. *Sprawstwo i jego postaci*, [w:] *Prawo karne*, red. A. Grześkowiak, C.H. Beck, Warszawa 2012, s. 163.

jącej się za pielęgniarkę. W pozostałych przypadkach zakwalifikowanie takiej osoby jako współsprawcy należy ocenić krytycznie.

Zasadniejszym wydaje się przypisanie tej osobie pomocnictwa lub podżegania. Jeżeli osoba, która dokonała hackingu, nakłania inną osobę do popełnienia czynu polegającego na udzieleniu świadczenia zdrowotnego pomimo braku posiadania odpowiednich kwalifikacji, niewątpliwie odpowiada za podżeganie do przestępstwa z art. 58 u.z.l.l. Podżegacz *de facto* nie musi ponosić odpowiedzialności za cudzy czyn, bowiem to sprawca, realizując znamiona czynu zabronionego, podejmuje ostatecznie decyzję o tym czynie, nie zaś nakłaniający³⁹. Należy również ustalić, czy osoba ta nie jest pomocnikiem, bowiem swoim zachowaniem (popełnieniem przestępstwa hackingu) ułatwia popełnienie czynu z art. 58 u.z.l.l., zwłaszcza że zapewne wie w przybliżeniu, jaki czyn miałby być przez drugą osobę wykonany, a jej pomoc jest udzielona przed czynem sprawcy⁴⁰. Należy podkreślić, że pomocnictwo występuje zarówno w zamiarze bezpośrednim, jak i ewentualnym⁴¹. Zgodnie z orzecznictwem „pomocnictwo traktowane jest przez ustawodawcę jako odmiana przestępstwa o mniejszym natężeniu bezprawia”⁴². Wydaje się, że zarówno koncepcja podżegania, jak i pomocnika są uzasadnione, jednak skoro sprawca sam realizuje inny czyn zabroniony po to, aby druga osoba mogła popełnić kolejny czyn zabroniony, to wydaje się być pomocnikiem – nie nakłania do popełnienia przestępstwa, lecz ułatwia jego popełnienie. Przestępstwo hackingu ma służyć przestępstwu udzielania świadczeń zdrowotnych przez osobą nieuprawnioną.

Problematyka odpowiedzialności osoby korzystającej z defibrylatora AED

Zasadniczo wykluczona jest możliwość przypisania zawinionego czynu zabronionego związanego z udzieleniem pomocy medycznej z wykorzystaniem AED przez osobę nieposiadającą odpowiednich uprawnień. Jak już zasygnalizowano, AED jest aparaturą, która adresowana jest do wykorzystania przez świadków utraty przytomności człowieka. Znakomita większość osób udzielających pomocy to osoby przypadkowe, które nie spodziewały się, że będą

³⁹ M. Gałązka, *Podżeganie w polskim prawie karnym*, „Roczniki Nauk Prawnych” 2000, t. 10, z. 1, s. 144.

⁴⁰ T. Dukiet-Nagórska, *Prawo karne. Część ogólna, szczególna i wojskowa*, Warszawa 2016, s. 156–157.

⁴¹ K. Lipiński, *Strona podmiotowa pomocnictwa do czynu zabronionego znamiennego wyłącznie z zamiarem bezpośrednim*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2017, z. 2, s. 32.

⁴² Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z 18 grudnia 2013 r., II AKa 237/13, [http://orzeczenia.lublin.sa.gov.pl/content/\\$N/153000000001006_II_AKa_000237_2013_Uz_2013-12-12_001](http://orzeczenia.lublin.sa.gov.pl/content/$N/153000000001006_II_AKa_000237_2013_Uz_2013-12-12_001) [dostęp: 9.12.2019].

korzystać z urządzenia, a decydują się na to z dobrze rozumianego poczucia niesienia pomocy, dlatego że znalazły się w sytuacji, gdzie doszło do utraty przytomności i zachodzi ryzyko zatrzymania krążenia prowadzącego do ustania czynności życiowych. Istotą udzielania świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem AED jest więc ich powszechność, przejawiająca się w chęci zakodowania potrzeby korzystania z urządzenia w świadomości jak najszerszego kręgu społeczeństwa, a w konsekwencji – brak jakichkolwiek uprawnień wymaganych do obsługi urządzenia.

Należy jednakże się rozważyć, jak może kształtować się odpowiedzialność nieprofesjonalnego ratownika, w przypadku gdy udzieli on pomocy medycznej w sposób sprzeczny z aktualnymi standardami. Pamiętać należy, że do zdarzenia uzasadniającego użycie sprzętu AED może dojść w warunkach wyjątkowo niesprzyjających (niska temperatura, noc, opady, miejsce – np. wąski korytarz, winda, chodnik wokół ruchliwej ulicy), co będzie potęgować możliwość wystąpienia błędu. Do katalogu możliwych pomyłek zaliczyć można w szczególności zbyt duże opóźnienie w podjęciu działań ratowniczych spowodowane brakiem zdecydowania, kto tej pomocy miałby udzielić (możliwe zwłaszcza w przypadku dużego skupiska świadków) czy też niewłaściwą oceną stanu pokrzywdzonego. W Polsce rozmieszczenie urządzeń AED, choć stale rośnie, wciąż jest niedostateczne⁴³, a w konsekwencji możliwe jest również opóźnienie wywołane czasem potrzebnym na zorientowanie się, gdzie znajduje się najbliższy defibrylator oraz jego sprowadzenie na miejsce zdarzenia. W dalszej kolejności możliwa jest zwłoka z podłączeniem urządzenia, zwłaszcza w zimie, gdy potrzebujący pomocy jest grubo odziany. Choć urządzenie podaje komunikaty głosowe, osoba udzielająca pierwszej pomocy (czyniąca to prawdopodobnie pierwszy raz w życiu) może np. nieprawidłowo przykleić elektrody albo niezgodnie z wytycznymi wykonywać uciski klatki piersiowej czy sztuczne oddychanie.

Biorąc pod uwagę wykładnię funkcjonalną, należy opowiedzieć się za brakiem odpowiedzialności karnej za niewłaściwe udzielenie pomocy medycznej z wykorzystaniem sprzętu AED w przypadku przeciętnego człowieka, który nie dysponuje kompetencjami medycznymi. Wyjątkiem mogą być jedynie rażące i zawinione nieprawidłowości. Omawianą kwestię należy bowiem rozpatrywać przez pryzmat zawinienia, tj. zarzucalności procesu decyzyjnego⁴⁴,

⁴³ D. Ślęzak, *Analiza dostępności automatycznych defibrylatorów zewnętrznych na terenie miast wojewódzkich w Polsce* [rozprawa doktorska, promotor: dr hab. n. med. P. Sobczyński], Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, <http://www.wbc.poznan.pl/Content/328208/index.pdf>, s. 28 i n.

⁴⁴ Szerzej na ten temat: P. Marcinkiewicz, *Motywacja sprawcy czynu zabronionego jako przesłanka odpowiedzialności karnej*, „Prokuratura i Prawo” 2013, nr 12, s. 32 i n.

bowiem nie jest możliwe przypisanie winy osobie, która podejmuje się próby ratowania potrzebującego, jeśli działa z należytą dostępną dla siebie starannością. Owa staranność relatywizowana musi być do możliwości psychofizycznych udzielającego pomocy (inaczej należy ocenić jakość udzielonej pomocy np. przez zawodowego strażaka, a więc osoby, która na co dzień styka się z zadaniami ratowniczymi, a inaczej 60-letniego pracownika fizycznego). Nieudzielenie pomocy z wykorzystaniem AED przy jego dostępności, lecz poprzestanie jedynie na powiadomieniu pogotowia ratunkowego, może być rozpatrywane przez pryzmat dyspozycji art. 162 k.k.⁴⁵

Podsumowanie

Nowoczesne technologie stosowane w medycynie to nie tylko duże ułatwienie dla lekarzy i pacjentów, lecz również poważne zagrożenie. W obecnej dobie istnieje wiele rodzajów wirusów i możliwości ataków na systemy komputerowe, przed którymi trudno się uchronić. W przypadku wirtualnej przychodni oraz telemedycyny osoba, która udziela świadczenia zdrowotnego bez posiadanych uprawnień, będzie odpowiadać jako sprawca, zaś osoba, która dopuściła się hackingu celem ułatwienia drugiej osobie przestępstwa udzielenia świadczenia zdrowotnego bez odpowiednich ku temu kwalifikacji, może odpowiadać również i za to przestępstwo jako pomocnik.

Bibliografia

Akty prawne

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., uchwalona przez Zgromadzenie Narodowe w dniu 2 kwietnia 1997 r., przyjęta przez Naród w referendum konstytucyjnym w dniu 25 maja 1997 r., podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 16 lipca 1997 r., Dz.U. z 1997 r., nr 78, poz. 483.
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Dz.U. z 1997, nr 28, poz. 152.
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, Dz.U. 1997, nr 88, poz. 553.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. z 2004, nr 210, poz. 2135.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. z 2011, nr 112, poz. 654.
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz.U. z 2011, nr 174, poz. 1039.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, Dz.U. z 2013, poz. 1248 ze zm.

⁴⁵ Szerzej na ten temat: G. Głanowski, *Definicje bezwzględnego obowiązku pomocy medycznej*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2013, nr 1, s. 71–82.

Literatura

- Bujnowska-Fedak M.M., Tomczak M., *Innowacyjne aplikacje telemedyczne i usługi e-zdrowia w opiece nad pacjentami w starszym wieku*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2013, t. 11, nr 4.
- Dukiet-Nagórska T., *Prawo karne. Część ogólna, szczególna i wojskowa*, Wolters Kluwer, Warszawa 2016.
- Gałązka M., *Podżeganie w polskim prawie karnym*, „Roczniki Nauk Prawnych” 2000, t. 10, z. 1.
- Glanowski G., *Definicje bezwzględnego obowiązku pomocy medycznej*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2013, nr 1, s. 71–82.
- Kanadyś-Marko M., Mozgawa M., *Zabieg leczniczy bez zgody pacjenta (art. 192 k.k.)*, „Prokuratura i Prawo” 2004, nr 3, s. 21–49.
- Kardas P., *Istota współsprawstwa w polskim prawie karnym. Uwagi na marginesie trzech orzeczeń Sądu Najwyższego*, „Prokuratura i Prawo” 2005, nr 12.
- Kędziora R., *Odpowiedzialność karna lekarza za przestępne nieudzielenie pomocy*, „Studia Iuridica Lublinensia” 2006, t. 8, s. 83–102.
- Kędziora R., *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Wolters Kluwer, Warszawa 2009.
- Lipiński K., *Strona podmiotowa pomocnictwa do czynu zabronionego znamiennego wyłącznie z zamiarem bezpośrednim*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2017, z. 2.
- Marcinkiewicz P., *Motywacja sprawcy czynu zabronionego jako przesłanka odpowiedzialności karnej*, „Prokuratura i Prawo” 2013, nr 12.
- Pyrzyńska A., *Dostęp pacjenta do świadczeń zdrowotnych (na tle ustawy o działalności leczniczej)*, „Państwo i Prawo” 2011, nr 12, s. 16–29.
- Pytel A., *Zadania jednostek samorządu terytorialnego w zakresie ochrony zdrowia*, „Samorząd terytorialny” 2017, nr 6, s. 63–74.
- Wiak K., § 51. *Sprawstwo i jego postacie*, [w:] *Prawo karne*, red. A. Grześkowiak, C.H. Beck, Warszawa 2012.
- Zieleniecki M., *Problemy zakresu podmiotowego prawa do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych*, „Gdańskie Studia Prawnicze” 2007, t. 17.

Orzecznictwo

- Uchwała SN z 31.08.1994 r., sygn. akt: I KZP 20/94, OSNKW 1994, nr 9-10, poz. 58.
- Wyrok SN z 8.12.2011 r., sygn. akt: II KK 162/11, OSNKW 2012, z. 3, poz. 28.
- Wyrok SA w Lublinie z 18.12.2013 r., II AKa 237/13, [http://orzeczenia.lublin.sa.gov.pl/content/\\$N/15300000001006_II_AKa_000237_2013_Uz_2013-12-12_001](http://orzeczenia.lublin.sa.gov.pl/content/$N/15300000001006_II_AKa_000237_2013_Uz_2013-12-12_001) [dostęp: 9.12.2019].
- Wyrok SA w Warszawie z dnia 14.07.2016 r., VI ACa 271/15, LEX nr 2139365.
- Wyrok WSA w Warszawie z 13.01.2017 r., III S.A./Wa 3103/15, http://www.orzeczenia-nsa.pl/wyrok/iii-sa-wa-3103-15/podatek_od_towarow_i_uslug_interpretacje_podatkowe/2e566d/4.html?q=&symbol=611_6110&haslo=Interpretacje+podatkowe&_sad=Wojew%C3%B3dki+S%C4%85d+Administracyjny+w+Warszawie&_skarzony=Minister+Finans%C3%B3w&_okres=2017_01 [dostęp: 9.12.2019].

Wyrok NSA z dnia 12.07.2017 r., II GSK 3096/15, LEX nr 2350991.

Wyrok SA w Poznaniu z dnia 15.02. 2017 r., II AKa 69/16, LEX nr 2396945.

Postanowienie SN z dnia 9.01.2018 r., II KK 272/17, LEX nr 2427144.

Inne

AED – co oznacza ten skrót?, HS Medical, <https://hsmedical.pl/wiedza/aed-co-oznacza-ten-skr%C3%B3t> [dostęp: 30.10.2019].

Co oznacza skrót AED?, Ratuj z Sercem, <http://www.ratujzsercem.pl/Defibrylacja/AED/Cooznaczkaskr%C3%B3tAED.aspx> [dostęp: 30.10.2019].

Czym jest telemedycyna?, Grupa LuxMed, <https://www.luxmed.pl/dla-pacjentow/o-zdrowiu/zdrowie-od-a-do-z/czym-jest-telemedycyna-.html> [dostęp: 9.11.2019].

Darmowe porady telefoniczne dla pacjentów, 9.03.2018, GOV.pl, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/darmowe-porady-telefoniczne-dla-pacjentow> [dostęp: 8.11.2019].

Defibrylacja – zasady stosowania, rodzaje, wskazania oraz przeciwwskazania, zdrowyportal.org, <https://www.zdrowyportal.org/16369/defibrylacja-zasady-stosowania-rodzaje-wskazania-oraz-przeciwwskazania> [dostęp: 30.10.2019].

DocPlanner Group, <https://www.docplanner.com/about-us> [dostęp: 8.11.2019].

EnelZdrowie, <https://enel.pl/enelzdrowie/technologie/e-wizyta-najprosciej-najszybciej> [dostęp: 7.11.2019].

Jak skutecznie wykorzystać potencjał telemedycyny w polskim systemie ochrony zdrowia?, Telemedyczna Grupa Robocza, Warszawa 2018, http://telemedycyna-raport.pl/api/file/events/rtgr/DZP_raportTGR%20raport-www.pdf [dostęp: 8.11.2019].

Kowalska K., *Telewizyta lekarska już od listopada*, 4.11.2019, Rzeczpospolita, <https://www.rp.pl/Zdrowie/311049997-Telewizyta-lekarska-juz-od-listopada.html> [dostęp: 8.11.2019].

Młodziejewska N., *Wizyta lekarska przez telefon. Sprawdź, jak działa e-wizyta*, 7.11.2019, Głos Wielkopolski, <https://gloswielkopolski.pl/wizyta-lekarska-przez-telefon-sprawdz-jak-dziala-e-wizyta/ar/c14-14560113> [dostęp: 8.11.2019].

Pochręst-Motyczyńska A., *Teleporady nie odciążą służby zdrowia*, 6.11.2019, Prawo.pl, <https://www.prawo.pl/zdrowie/porady-przez-telefon-od-5-listopada-2019-r-mozliwe-juz-u-lekarza,495714.html> [dostęp: 9.12.2019].

Pochręst-Motyczyńska A., *Telewizyty już są, za chwilę wirtualne przychodnie*, 8.06.2018, Prawo.pl, <https://www.prawo.pl/zdrowie/telewizyty-juz-sa-za-chwile-wirtualne-przychodnie,261938.html> [dostęp: 7.11.2019].

Ślęzak D., *Analiza dostępności automatycznych defibrylatorów zewnętrznych na terenie miast wojewódzkich w Polsce* [rozprawa doktorska, promotor: dr hab. n. med. P. Sobczyński], Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, <http://www.wbc.poznan.pl/Content/328208/index.pdf> [dostęp: 9.12.2019].

Znany Lekarz, <https://lekarz.znanylekarz.pl/> [dostęp: 8.11.2019].

Abstract
Criminal liability for providing healthcare services
without entitlement using modern technologies – selected issues

Nowadays, technology which is used in medicine makes the quality of life better, but also is related to the risk, such as database loss, hacking, as well as health service served by a person who is not qualified. It is clear that a person who is not qualified and served health service is legally responsible for such crime. However, it is difficult to analyse if a person who committed a crime „hacking” is also responsible for a different crime – health service served by a person who is not qualified. It seems that such person can be classified as a form of aiding.

Key words: virtual clinic, telemedicine, providing health service without authorization

Streszczenie
Odpowiedzialność karna za udzielanie
bez wymaganych uprawnień świadczeń zdrowotnych
z wykorzystaniem nowoczesnych technologii – zagadnienia wybrane

Nowoczesne technologie wykorzystywane w medycynie, z jednej strony służą poprawie jakości życia, lecz z drugiej strony związane są z potencjalnymi zagrożeniami, gdy pokrzywdzonym może stać się pacjent. Jest to związane z wyciekiem danych osobowych pacjentów, zhakowaniem systemu jak i udzieleniem świadczeń zdrowotnych przez osoby nieuprawnione. O ile niewątpliwa jest kwestia odpowiedzialności karnej sprawcy dopuszczającego się czynu polegającego na udzieleniu świadczenia zdrowotnego pacjentowi, pomimo braku kwalifikacji, o tyle kłopotliwe jest zakwalifikowanie jaką formę sprawcą należy przypisać osobie, która np. dokonała uprzednio przestępstwa hackingu, po to, aby mógł być zrealizowany czyn polegający na udzieleniu świadczenia zdrowotnego. Najbardziej zasadnym wydaje się konstatacja, zgodnie z którą taką osobę należy zakwalifikować jako pomocnika, albowiem swym czynem ułatwia dokonanie następnego czynu.

Słowa kluczowe: wirtualna przychodnia, telemedycyna, udzielenie świadczenia zdrowotnego bez wymaganych uprawnień