



KRAKOWSKA AKADEMIA
im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

Wydział Prawa, Administracji i Stosunków Międzynarodowych
Kierunek: Prawo

Barbara Polegaj-Pasierb

**Kryminalizacja narażenia na zarażenie
wirusem HIV, chorobą weneryczną lub zakaźną,
ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu**

Praca magisterska
napisana pod kierunkiem
prof. KAAFM dr hab. Katarzyny Banasik

Kraków 2023

Składam serdeczne podziękowania Pani prof. Katarzynie Banasik za poświęcony czas oraz wsparcie merytoryczne przy realizacji tej pracy. Dziękuję również za stworzenie atmosfery sprzyjającej rozwojowi naukowemu.

Imię i nazwisko	Barbara Polegaj-Pasierb
Tytuł pracy dyplomowej	Kryminalizacja narażenia na zarażenie wirusem HIV, chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu
Streszczenie pracy dyplomowej w języku polskim (500 – 1000 znaków ze spacjami).	
Pandemia choroby COVID-19 skłania do analizy problemu przypisania odpowiedzialności karnej za narażenie na zakażenie chorobami. Penalizacja takiego czynu unormowana została m.in. w art. 161 KK. Konstrukcja tego przepisu i użyta w nim terminologia budzi jednak wątpliwości i przeraża się w pytania: czy kształt tej normy pozwala na precyzyjną, jednoznaczną ocenę czynu narażenia na zakażenie biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, mającym negatywny wpływ na zdrowie i życie jednostki, a także czy przepis spełnia swoje funkcje w praktyce stosowania prawa. Udzielenie odpowiedzi na te pytania jest głównym celem badawczym niniejszej pracy. Ponadto celem pobocznym jest przybliżenie i analiza uwarunkowań historycznych, terminologii zawartej w treści przepisu oraz elementów struktury występku zarówno dogmatycznie jak i w kontekście określonych sytuacji, w tym pandemii COVID-19. W pracy zostanie postawiony i zweryfikowany szereg hipotez badawczych pozwalających odpowiedzieć na powyższe pytania.	
Streszczenie pracy dyplomowej w języku angielskim (500 – 1000 znaków ze spacjami).	
The COVID-19 pandemic has prompted analysis of the attribution of criminal liability for exposure to a disease infection. The criminalization of such an act is regulated, among others, in Article 161 of the Criminal Code. However, the construction and terminology used therein raise questions if this norm allows for a precise, unambiguous assessment of the act of exposure to infection with a biological pathogen that has a negative impact on the health and life of an individual, and if it fulfills its functions in the practice of law. The main research objective of this Master's thesis is to determine answers to these questions. A collateral objective is to present and analyze the historical conditions, terminology contained in the disposition of the norm and the elements of the structure of the misdemeanor both dogmatically and in the context of specific situations including the COVID-19 pandemic. In this thesis, several research hypotheses will be verified to answer said questions.	
Słowa kluczowe w języku polskim (min. 5 – max. 8):	
narażenie na zarażenie chorobą zakaźną; kryminalizacja narażenia na zarażenie chorobą; narażenie na zarażenie chorobą weneryczną; pandemia COVID-19; przestępstwo narażenia na zarażenie wirusem HIV	
Słowa kluczowe w języku angielskim (min. 5 – max. 8):	
exposure to a contagious disease infection; criminalization of exposure to a disease infection; exposure to an STD infection; the COVID-19 pandemic; the offence of exposure to HIV infection	

Spis treści

Wykaz skrótów	6
Wstęp	8
Rozdział I. Ewolucja penalizacji narażenia na zarażenie chorobą.....	13
1.1. Uwagi wprowadzające.....	13
1.2. Geneza unormowań	14
1.3. Kryminalizacja narażenia na zarażenie chorobą na ziemiach polskich.....	17
1.3.1. Penalizacja w przeciwepidemicznych aktach prawnych	17
1.3.2. Penalizacja w polskich kodeksach karnych	20
1.3.2.1. Narażenie na zarażenie chorobą w Kodeksie karnym z 1932 r.	20
1.3.2.2. Narażenie na zarażenie chorobą w Kodeksie karnym z 1969 r.	24
1.3.2.3. Narażenie na zarażenie chorobą w Kodeksie karnym z 1997 r.	26
1.3.2.3.1. Motywy wprowadzenia artykułu 161 KK	26
1.3.2.3.2. Regulacja prawna obowiązująca od 31.03.2020 r.	31
1.3.2.3.3. Regulacja prawna obowiązująca od 1.10.2023 r.	36
1.4. Podsumowanie.....	39
Rozdział II. Analiza terminologii zastosowanej w art. 161 KK	42
2.1. Uwagi wprowadzające.....	42
2.2. Pojęcie i istota bezpośredniego narażenia w art. 161 KK	43
2.3. Zarażenie wirusem a dotknięcie chorobą	47
2.4. Cechy choroby z art. 161 KK	50
2.5. Choroba nieuleczalna i realnie zagrażająca życiu – trudności dowodowe.....	56
2.6. Niejednoznaczność terminu zastosowanego w art. 161 § 3 KK.....	62
2.7. Podsumowanie.....	66
Rozdział III. Ocena elementów struktury przestępstwa z art. 161 KK	69
3.1. Uwagi wprowadzające.....	69
3.2. Ustawowe znamiona przestępstwa	69

3.2.1.	Przedmiot ochrony	69
3.2.2.	Podmiot	71
3.2.3.	Strona przedmiotowa	76
3.2.3.1.	Czynność sprawcza i sposób popełnienia czynu	76
3.2.3.2.	Przedmiot czynności wykonawczej	78
3.2.3.3.	Skutek	82
3.2.4.	Strona podmiotowa	83
3.3.	Zagrożenie karą i tryb ścigania	85
3.4.	Korelacja norm	87
3.4.1.	Zbieg przepisów	87
3.4.2.	Relacja czynu z art. 161 KK do czynu z art. 160 KK	90
3.5.	Pandemia COVID-19 jako weryfikator normy art. 161 KK	92
3.6.	Podsumowanie	100
Wnioski		103
Bibliografia		108
Spis tabel		118
Spis wykresów		118

Wykaz skrótów

Akty prawne:

KK	Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1138 z późn. zm.)
KPK	Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1375 z późn. zm.)
ChorZakażU	Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1657 z późn. zm.)

Organy:

SA	Sąd Apelacyjny
SN	Sąd Najwyższy
SR	Sąd Rejonowy
TK	Trybunał Konstytucyjny

Publikatory:

Dz. U.	Dziennik Ustaw
Med. Prakt.	Medycyna Praktyczna
OSN	Orzecznictwo Sądu Najwyższego
OSNKW	Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Karna i Izba Wojskowa
OSNwSK	Orzecznictwo Sądu Najwyższego w Sprawach Karnych
OTK	Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego
Pal.	Palestra
PiP	Państwo i Prawo
Prok.i Pr.	Prokuratura i Prawo
Przeg. Epid.	Przegląd Epidemiologiczny
PS	Przegląd Sądowy
RPEiS	Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny
SPPAiE	Studenckie Prace Prawnicze, Administratywistyczne i Ekonomiczne
St.Iur.Lubl.	Studia Iuridica Lublinensia

Pozostałe:

art.	artykuł
cit. per	cytuje za
cz.	część
et al.	<i>et alii</i> (i inni)
etc.	<i>et cetera</i> (i tak dalej)
ICD	<i>International Classification of Diseases</i> (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób)
ICTV	<i>International Committee on Taxonomy of Viruses</i> (Międzynarodowy Komitet Taksonomii Wirusów)
m.in.	między innymi
Nb.	numer boczny
np.	na przykład
nr	numer
ok.	około
op. cit.	<i>opus citatum</i> (dzieło cytowane)
pkt	punkt
poz.	pozycja
r.	rok
red.	redakcja
RP	Rzeczpospolita Polska
s.	strona
t.	tom
t.j.	tekst jednolity
ust.	ustęp
w.	wiek
w zw.	w związku
WHO	<i>World Health Organization</i> (Światowa Organizacja Zdrowia)
wyd.	wydanie
WZW	wirusowe zapalenie wątroby
z późn. zm.	z późniejszymi zmianami
zob.	zobacz

Wstęp

Życie ludzkie jest nadrzędną wartością nie tylko dla jednostki samej w sobie, ale również dla całego społeczeństwa¹. Z tego też powodu ochrona życia, a także zdrowia, które z tym życiem jest nierozdzielnie związane znalazła odzwierciedlenie w systemie prawa zarówno na poziomie krajowym jak i międzynarodowym². W prawie polskim ochrona życia została unormowana już na pułapie ustrojowym w art. 38 Konstytucji RP³. Wyjątkowo dobitnie dbałość o te wartości zarysowuje się w prawie karnym. Zdrowie i życie są dobrami tak doniosłymi, że ustawodawca zdecydował się poddać penalizacji nie tylko czyny skutkujące odebraniem życia lub zdrowia, lecz także zadbał o ochronę prawnokarną nawet samego narażenia tych wartości na niebezpieczeństwo. Ochronie podlegają więc niejako dobra na przedpolu jego naruszenia⁴.

Jednym ze szczególnych typów przestępstw z narażenia jest występki ujęty w art. 161 KK, penalizujący narażenie na zakażenie⁵ wirusem HIV, chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu. Występki ten funkcjonuje w obecnie obowiązującym Kodeksie karnym z 1997 r., jednak historia tego typu przestępstwa w poprzednich ustawach karnych sięga prawie stu lat. Treść normy pozostawała niezmienna od czasu wejścia w życie nowego Kodeksu, to jest przez ponad dwie dekady. Sam artykuł przez wiele lat nie budził szczególnego zainteresowania doktryny ani też nie przodował w statystykach przestępstw. Sytuacja ta uległa zmianie niespełna trzy lata temu. W relatywnie krótkim odstępie czasu norma została dwukrotnie zmodyfikowana. Artykuł 161 KK przeszedł nowelizacje w latach 2020-2022, przy czym nowelizacja z roku 2022 wejdzie w życie 1 października 2023 r.

Sam art. 161 KK powrócił do łask teoretyków prawa w roku 2020, kiedy to światem wstrząsnęła nieznana dotąd choroba COVID-19. Pandemia nie tylko zmieniła codzienne życie

¹S. Waltoś (red.), *M. Cieślak. Dzieła wybrane. Polskie prawo karne. Zarys systemowego ujęcia*, t. III, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011, s. 221; B. Michalski, *Narażenie życia i zdrowia na niebezpieczeństwo* [w:] J. Warylewski (red.), *Przestępstwa przeciwko dobrom indywidualnym. System Prawa Karnego*, t. 10, wyd. 2, Legalis/el. 2016, Nb. 536.

²Np. w: Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności (Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 z późn. zm.), Międzynarodowym Pakcie Praw Obywatelskich i Politycznych (Dz. U. z 1977 r. Nr 38, poz. 167), Konstytucji RP (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.).

³Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.).

⁴Zob. D. Gruszecka, *Ochrona dobra prawnego na przedpolu jego naruszenia. Analiza karnistyczna*, LEX/el. 2012, rozdział II.

⁵Na poczet niniejszej pracy terminy zakażenie i zarażenie będą traktowane synonimicznie. Wyjaśnienie obu terminów zostanie szeroko omówione w rozdziale II niniejszej pracy, w podrozdziale „Zarażenie wirusem a dotknięcie chorobą”.

ludzi, gospodarkę i służbę zdrowia, ale też była czynnikiem wpływającym na prawo. Zmodyfikowała zarówno normy jak i ich postrzeganie. W dyskursie medialnym odpowiedzialność za narażenie na zakażenie wirusem SARS-CoV-2 była wszechobecna. Co rusz słyhać było doniesienia o sankcjach karnych dla osób dopuszczających się tego czynu. Zaczęto analizować m.in. art. 161 KK jako ten, z którego możliwe jest przypisanie odpowiedzialności prawnokarnej za narażenie na zakażenie nowym koronawirusem. Teraz, gdy COVID-19 coraz bardziej powszednie, zaś o wirusie SARS-CoV-2 wiemy zdecydowanie więcej niż na początku pandemii, warto powrócić do artykułu 161 KK i raz jeszcze zbadać, czy przypisanie takiej odpowiedzialności za narażenie na zakażenie koronawirusem jest możliwe⁶.

Odpowiedzialność prawnokarna za narażenie na zakażenie chorobą COVID-19 była niewątpliwie inspiracją do poruszenia tematyki art. 161 KK, jednakże okazało się, iż sam artykuł stanowi ciekawe pole badawcze nie tylko w aspekcie pandemii. Jego konstrukcja i użyta w nim terminologia skłania do zastanowienia się i rodzi pytanie, czy kształt normy art. 161 KK pozwala na precyzyjną i jednoznaczną ocenę czynu, jakim jest narażenie na zakażenie biologicznymi czynnikami chorobotwórczymi, mającymi znaczny, negatywny wpływ na zdrowie i życie jednostki, a także czy treść tej normy spełnia swoją funkcję w praktyce. Udzielenie odpowiedzi na te pytania jest głównym celem badawczym niniejszej pracy. Ponadto celem pobocznym jest przybliżenie i analiza uwarunkowań historycznych, terminologii zawartej w treści normy oraz elementów struktury występującej zarówno dogmatycznie jak i w kontekście określonych sytuacji, w tym pandemii COVID-19. W szczególności autorka postara się odpowiedzieć na pytanie, czy jest możliwe przypisanie odpowiedzialności prawnokarnej na gruncie art. 161 KK, a jeśli tak, to w jakich warunkach.

Analiza art. 161 KK skłania do postawienia pierwszej z hipotez badawczych niniejszej pracy – wydaje się, iż konstrukcja tego przepisu nie jest prawidłowa i pozwala na sprzeczne interpretacje normy.

Druga hipoteza badawcza jest uszczegółowieniem pierwszej i odnosi się do wyżej wspomnianej niefortunnej konstrukcji art. 161 KK. Autorka stawia hipotezę, iż obecny kształt przepisu jest swoistym patchworkiem norm prawnych, zawierających konglomerat w postaci spuścizny pierwszych penalizacji czynów z narażenia na zarażenie chorobami oraz kolejno dodawanych wyrażen, które na dzień poszczególnych zmian ustaw karnych lub ich nowelizacji

⁶Autorka niniejszej pracy w węższym zakresie poruszyła temat narażenia na zarażenie chorobą COVID-19 w artykule przygotowanym w roku 2021 r. we współpracy z R. Turek – B. Polegaj-Pasierb, R. Turek, *Odpowiedzialność karna za narażenie na zakażenie*, Klinika. Czasopismo Fundacji Uniwersyteckich Poradni Prawnych, nr 33-34 (38-39)/2022.

wydawały się ważne dla zdrowia publicznego. Wyrażenie „wydawały się” zostało użyte nie bez powodu, bowiem – zdaniem autorki – kolejne zmiany przedmiotowej normy nie miały silnych umocowań w naukach medycznych, a były raczej podyktowane nastrojami społecznymi i strachem przed nieznanymi patogenami. Ponadto kolejne elementy patchworku były dodawane bez modyfikacji (bądź z niewielkimi modyfikacjami) już obecnych elementów, które wymagały dostosowania do zmian zachodzących w całym systemie prawa oraz do rozwoju medycyny. W wyniku takich działań powstał kazuistyczny twór o wzajemnie przenikających się zakresach pojęciowych, co znacznie utrudnia wykładnię normy.

Trzecia hipoteza badawcza dotyczy wspomnianych wyżej zakresów pojęć zawartych w treści dyspozycji art. 161 KK, w szczególności zakresu pojęcia chorób, którymi narażenie na zakażenie podlega odpowiedzialności karnej na gruncie przedmiotowej normy. Zdaniem autorki nie ma powodu do przyjęcia, iż konkretne choroby zakaźne lub zakażenia (poza wyrażonym *expressis verbis* zakażeniem wirusem HIV) są immanentnie wpisane w katalog chorób art. 161 KK, zaś inne są z niego trwale wykluczone. Normy artykułu 161 KK każdorazowo winno się przystawiać do indywidualnego stanu faktycznego i rozpatrywać w określonym kontekście. Kontekst ten tylko częściowo będzie określany przez rodzaj choroby, zaś w lwiej części będzie on zależał od sytuacji pokrzywdzonego, w tym od jego cech indywidualnych, pozwalających na ocenę *a priori* groźnych skutków ewentualnego zakażenia się danym czynnikiem biologicznym.

Z hipotezą trzecią nierozzerwalnie związane są kolejne hipotezy badawcze, odnoszące się do ustalenia konkretnej terminologii, którą posłużył się ustawodawca formułując treść art. 161 KK. W szczególności należy podjąć próbę jednoznacznego ustalenia przymiotów choroby zakaźnej i określić jej cechy, by móc wskazać, iż narażenie na nią wypełnia znamiona czynu z art. 161 KK. W doktrynie widoczna jest dwojaka wykładnia: choroba zakaźna traktowana jest jako samodzielna jednostka bądź też występująca w koniunkcji z chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu⁷. Autorka postara się zweryfikować hipotezę, iż tylko łączne potraktowanie przymiotów tych chorób jest zgodne z *ratio legis* ustawodawcy (czwarta hipoteza badawcza). Ponadto, autorka idzie o krok dalej i stawia również hipotezę, że do przedmiotowego katalogu chorób z art. 161 KK należy zaliczyć także wirulentne patogeny odpowiedzialne za wywołanie tych przypadłości, mimo że zakażenie patogenem nie zawsze musi być równoznaczne z chorobą (piąta hipoteza badawcza).

⁷Szerzej zob. P. Palka, H. Karge, *Przestępstwo narażenia na zakażenie chorobą zakaźną (art. 161 § 2 k.k.) – przegląd problemów*, *Studia Prawnoustrojowe* 39, 2018 s. 74.

Określając przymioty choroby autorka spróbuje także zweryfikować słyszalne w doktrynie stanowisko, iż ustawodawca popełnił błąd co do użycia w tekście normy art. 161 KK wyrażenia choroba „realnie zagrażająca życiu” zamiast wyrażenia funkcjonującego w uprzedniej kodyfikacji czyli „choroba zazwyczaj zagrażająca życiu”⁸. Zgodnie z szóstą hipotezą badawczą zwrot „zazwyczaj” nie przystaje do obecnych realiów i poziomu nauk medycznych, zaś wprowadzenie go nie tylko nie usunęłoby obecnych trudności związanych ze stosowaniem dyspozycji normy art. 161 KK, lecz trudności te spotęgowało.

Siódma hipoteza badawcza dotyczy typu kwalifikowanego normy art. 161 KK, w tym użytego w nim wyrażenia „wiele osób”. W doktrynie i orzecznictwie panuje sprzeczność, jak wyrażenie to powinno być odbierane. Ustaliły się trzy główne nurty⁹. Autorka stawia hipotezę, iż właściwe jest uznanie „wielości” za określenie ocenne, które należy traktować elastycznie. Zgodnie z tą hipotezą desygnat liczebnika „wiele” będzie zależał od kontekstu, wobec czego przyjęcie z góry liczby, której odpowiada nie wydaje się prawidłowe. Ponadto autorka popiera pogląd, iż przedmiotowe wyrażenie odnosi się do grupy jednostek i nie jest wyrazem ochrony dobra powszechnego¹⁰. Oznacza to, iż przedmiotem ochrony całej normy pozostaje życie i zdrowie indywidualnego człowieka. Pogląd ten będzie weryfikowany jako ósma hipoteza badawcza.

Dziewiątą hipotezą badawczą jest uznanie zasadności słyszalnego w dyskursie naukowym postulatu, iż przestępstwo z art. 161 KK winno zmienić swój charakter indywidualny na powszechny¹¹. Wynika to z faktu, iż obecna konstrukcja normy nie spełnia wystarczającej funkcji prewencyjnej, z uwagi na realny brak nieuchronności kary bądź też łatwe ominięcie tej odpowiedzialności (dziesiąta hipoteza badawcza).

W niniejszej pracy zastosowanie znajdzie głównie metoda dogmatyczno-prawna oraz metoda historyczno-prawna. Zastosowano także metodę statystyczną.

Metodą dogmatyczno-prawną posłużono się w szczególności w rozdziałach II i III w celu ustalenia znaczenia terminologii użytej w przedmiotowej normie oraz analizy i oceny struktury przestępstwa spenalizowanego w art. 161 KK.

Metodą historyczno-prawną posłużono się głównie do przeanalizowania genezy i ewolucji penalizacji czynu polegającego na narażeniu na zarażenie chorobą, czego dokonano

⁸Tak A. Zoll [w:] W. Wróbel (red.), A. Zoll (red.), *Kodeks karny. Część szczególna. Tom II. Część I. Komentarz do art. 117-211a*, LEX/el. 2017 r., komentarz do art. 161 KK, pkt 10.

⁹Szerzej zob. K. Janczukowicz, *Pojęcie „wielu osób” jako znamię przestępstwa*, LEX/el. 2019 r.

¹⁰Tak np. postanowienie SN z 11.01.2017 r., III KK 196/16, OSNKW 2017, nr 5, poz. 25, LEX nr 2186581

¹¹Tak np. Z. Mielnik, *Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu w ujęciu nowego kodeksu karnego*, RPEiS 1997, nr 4, s. 21; K. Banasik, *Przestępstwo narażenia na zarażenie wirusem HIV (art. 161 § 1 k.k.)*, Prok.i Pr. 2009, nr 6, s. 60.

w rozdziale I niniejszej pracy. Celem tej analizy było uzyskanie informacji, w jaki sposób ukształtowała się obecna norma art. 161 KK.

Metoda statystyczna została użyta jako metoda pomocnicza, w celu zobrazowania zarówno niektórych czynników mających wpływ na penalizację przedmiotowego zachowania, jak i ukazania jak norma ta funkcjonuje w systemie stosowania prawa.

Dla potrzeb niniejszej pracy dokonano wnikliwej analizy literatury przedmiotu. W celu analizy zagadnień prawa karnego skorzystano w przeważającej mierze z literatury polskojęzycznej. Literatura zarówno polsko- jak i obcojęzyczna posłużyła do wyjaśnienia aspektów medycznych, które są skorelowane z tematem narażenia na zarażenie chorobami. Ponadto na potrzeby niniejszej pracy przeanalizowane zostało orzecznictwo z zakresu normy artykułu 161 KK oraz pomocniczo z zakresu innych norm prawa karnego. Analizie zostały poddane także dane statystyczne dotyczące przedmiotowej normy prawnej jak i aspektów z nią korelujących.

Praca została podzielona na trzy rozdziały.

Pierwszy rozdział został poświęcony genezie i ewolucji penalizacji narażenia na zarażenie chorobami. Jest próbą znalezienia źródła unormowań oraz przybliża wczesne rozwiązania prawne w tym zakresie na ziemiach polskich. Pokazuje zmiany jakie zaszły na przestrzeni lat i wskazuje czynniki, które na nie wpłynęły. W pierwszym rozdziale opisano nie tylko aspekt historyczny ale również motywy ustawodawcy do wprowadzenia obecnej i przyszłej, bowiem niedługo zmieniającej się normy art. 161 KK.

Rozdział drugi jest próbą ustalenia jednolitych definicji dyspozycji art. 161 KK, poprzez dokonanie ich analizy i ukazanie różnych – czasem przeciwstawnych poglądów wyrażonych w doktrynie i judykaturze.

Rozdział trzeci zawiera analizę elementów struktury przestępstwa z art. 161 KK, a następnie odniesienie tych elementów do strony praktycznej. Autorka próbuje w nim odpowiedzieć na pytanie, w jakich warunkach jest możliwe przypisanie odpowiedzialności prawnokarnej na gruncie art. 161 KK, a także czy nowelizacja art. 161 KK wprowadzona na gruncie działań przeciwepidemicznych faktycznie spełniła swoją rolę w stosunku do występów narażających na zakażenie wirusem SARS-CoV-2.

Praca została sporządzona według stanu prawnego na dzień 31 marca 2023 r.

Rozdział I. Ewolucja penalizacji narażenia na zarażenie chorobą

1.1. Uwagi wprowadzające

Narażenie na zakażenie chorobami (a także zakażeniem wirusem HIV) mogącymi zagrażać zdrowiu i życiu znalazło swoje umocowanie w dyspozycji normy art. 161 KK obecnego Kodeksu karnego. Treść tego przepisu, zgodnie z jedną z hipotez badawczych niniejszej pracy, jest skutkiem długiej historii penalizacji przestępstw z narażenia, w tym także nieco krótszej historii, która dotyczy wycinka czynów z narażenia, to jest narażenia na zarażenie chorobami.

Geneza przestępstwa narażenia człowieka na zarażenie chorobą jest niezwykle złożona. Można ją rozpatrywać na wielu płaszczyznach. Z jednej strony można prześledzić uwarunkowania prawne w zakresie kształtowania się normy penalizującej narażenie na niebezpieczeństwo (w tym też narażenia na zakażenie chorobą), a z drugiej przyjrzeć się ewolucji zmian tego typu przestępstwa pod względem wiedzy medycznej i społecznej, która niewątpliwie miała istotny wpływ na kształt obecnych norm i której modyfikacje obrazują zmieniające się przepisy prawnokarne.

Celem niniejszego rozdziału jest głównie weryfikacja drugiej hipotezy badawczej zakładającej, że obecny kształt przepisu z art. 161 KK stanowi nie do końca spójny konglomerat pierwszych penalizacji czynów z narażenia na zarażenie chorobami i dodawanych kolejno wyrażeń, które wydawały się ważne dla zdrowia publicznego w momencie ich wprowadzania do systemu prawa. Weryfikacja tej hipotezy będzie polegała w dużej mierze na pokazaniu typizacji przestępstwa narażenia na zarażenie chorobą głównie w ujęciu historycznym, a także wskazaniu motywów ustawodawcy wprowadzenia unormowań. Ten sposób przedstawienia czynu z art. 161 KK pozwoli zobrazować, jak dyskurs społeczno-medialny, wyobrażenia na temat zagrożeń płynących z infekcji, a także konstrukcja poprzednich przepisów w zakresie narażenia na zarażenie chorobami miały wpływ na kształt obecnej i przyszłej (zmieniającej się od 1 października 2023 r.) normy penalizującej ten czyn.

Weryfikacja drugiej hipotezy badawczej złoży się częściowo na proces badawczy prowadzący do weryfikacji hipotezy głównej niniejszej pracy, która zakłada, że konstrukcja przepisu art. 161 KK nie jest prawidłowa.

1.2. Geneza unormowań

Genezy przestępstwa z narażenia życia na niebezpieczeństwo, w tym także niebezpieczeństwo wywołane zarażeniem chorobą, należy upatrywać w prawie kanonicznym, w którym penalizacji podlegał czyn porzucenia nowonarodzonego dziecka przez matkę¹². Wczesne przykłady świeckich kodyfikacji przestępstw z narażenia można znaleźć w art. 157 *Constitutio Criminalis Bambergensis*¹³ oraz w art. 132 *Constitutio Criminalis Carolina*¹⁴. Początkowo przestępstwa te zawierały ograniczenia podmiotowe, przedmiotowe oraz co do sposobu zachowania się sprawcy, a w dalszej kolejności normowane były także bardziej ogólne typy przestępstw z narażenia¹⁵. Doktryna zwracała uwagę, iż w przedmiotowych aktach prawnych wyodrębnił się swoisty dualizm tego typu przestępstw. Z jednej strony penalizowane było narażenie na niebezpieczeństwo wskutek porzucenia, zaś osobnej penalizacji podlegały zachowania mogące narazić życie bądź zdrowie człowieka na skutek działań innych niż owo porzucenie¹⁶.

W literaturze istnieją rozbieżności co do aktu, w którym po raz pierwszy zostały spisane przestępstwa z narażenia, niezawierające wyżej wspomnianych ograniczeń. Niektóre źródła podają, iż pierwszy tego typu zapis zawarty był w indyjskim Kodeksie karnym z roku 1860¹⁷. Polemizował z tym B. Michalski, który przywołał normę wcześniejszą, to jest art. 997 Kodeksu kar głównych i poprawczych z roku 1845¹⁸. Norma ta stanowiła, iż każdy, kto z jakichkolwiek powodów świadomie i w złym zamiarze wprowadzi lub pozostawi inną osobę w takim położeniu, w którym prawdopodobnym jest, iż życie tej osoby zostanie wystawione na niebezpieczeństwo, to ten zostanie skazany na karę jak za zabójstwo popełnione bez wyraźnego zamiaru, czyli na karę pozbawienia wszelkich praw oraz będzie zesłany na ciężkie roboty w twierdzy na okres od lat 8 do lat 12¹⁹. B. Michalski wyjaśnił, iż przepis ten penalizował obie odmiany czynu zabronionego z narażenia (z narażenia wskutek porzucenia, a także z narażenia wskutek innych zachowań). Wskazał również, iż przedmiotowy akt, prócz przytoczonych norm, zawierał jednocześnie dużą liczbę przepisów penalizujących różne przypadki

¹²A. Zoll [w:] I. Andrejew (red.), L. Kubicki (red.), J. Waszczyński (red.), *System prawa karnego. O przestępstwach w szczególności*, t. IV, cz. 1, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1985, s. 464.

¹³Niemiecki Kodeks karny z 1507 r.

¹⁴Niemiecki Kodeks karny z 1532 r.

¹⁵A. Zoll [w:] I. Andrejew (red.), L. Kubicki (red.), J. Waszczyński (red.), *System...*, s. 464.

¹⁶B. Michalski, *Narażenie...* [w:] J. Warylewski (red.), *Przestępstwa...*, Nb. 537.

¹⁷A. Zoll [w:] I. Andrejew (red.), L. Kubicki (red.), J. Waszczyński (red.), *System...*, s. 464-465.

¹⁸Kodeks kar głównych i poprawczych – rosyjski kodeks prawa karnego opublikowany w 1845 z mocą obowiązującą od 1 maja 1846 r.

¹⁹B. Michalski, *Narażenie...* [w:] J. Warylewski (red.), *Przestępstwa...*, Nb. 538, w tym przypis nr 1191.

opuszczenia dzieci (odpowiedzialność zależała m.in. od wieku porzuconego) oraz normy wskazujące szczegółowo czyny, z których mogły wynikać sytuacje zagrażające zdrowiu bądź życiu²⁰. Podobne rozwiązania – wolne od ograniczeń podmiotowych, przedmiotowych, czy co do sposobu zachowania się sprawcy wykorzystwały w późniejszym okresie kodeksy europejskie, np. kodeks karny duński (1930 r.), szwajcarski (1937 r.)²¹ czy polski (1932 r.)²².

W przypadku ziem polskich w okresie zaborów typy przestępstw z narażenia znajdowały się w kodeksach państw zaborczych, dlatego też unormowania w tym zakresie nie były jednolite. Ustawodawstwo austriackie wprowadziło ujęcie tradycyjne – ograniczające się jedynie do typu porzucenia dziecka (1852 r.). Rozwiązanie szersze znajdowało się w ustawie karnej rosyjskiej (1903 r.) – porzucenie dotyczyło nie tylko dziecka, ale zostało uogólnione i obejmowało osobę bezradną, zaś sprawcą była osoba mająca obowiązek opieki. Najszersze ujęcie prezentowała ustawa karna Rzeszy Niemieckiej (1871 r.) – brak było jakichkolwiek ograniczeń podmiotowych, przedmiotowych bądź co do sposobu zachowania się sprawcy²³.

Szczególnym typem przestępstwa z narażenia, a wręcz jego uszczegółowieniem²⁴ jest narażenie człowieka na zarażenie wirusem HIV, chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą zdrowiu²⁵. Typizacja w prawie karnym takiego czynu nastąpiła relatywnie późno, choć działania mające na celu zapobieganie chorobom mają długą i różnorodną historię na pograniczu medycyny, wielu gałęzi prawa czy nawet religii.

Ludzie od zawsze dostrzegali zagrożenie płynące z zarażania się chorobami i próbowali mu przeciwdziałać. Działania te były dostosowane do ówczesnej wiedzy, często niemającej nic wspólnego z nauką i nierzadko ściśle powiązanej z religią²⁶. Już w starożytności można odnaleźć niezliczone przykłady stosowania metod przeciwepidemicznych dotyczących zarówno jednostek, jak i całych grup społecznych. Przykładowo w starożytnym Egipcie, Mezopotamii, Indiach czy Chinach przekazywano ludności szczegółowe zasady utrzymywania higieny²⁷. W *Talmudzie* – jednej z podstawowych ksiąg judaizmu – znaleźć można drobiazgowy opis trądu wraz z zaleceniem odizolowania chorych, palenia ich odzieży czy

²⁰Ibidem.

²¹A. Zoll [w:] I. Andrejew (red.), L. Kubicki (red.), J. Waszczyński (red.), *System...*, s. 464, *cit. per* M. Cielak *Indywidualne zagrożenia życia*, NP 1954, nr 4.

²²B. Michalski, *Narażenie...* [w:] J. Warylewski (red.), *Przestępstwa...*, Nb. 538.

²³A. Zoll [w:] I. Andrejew (red.), L. Kubicki (red.), J. Waszczyński (red.), *System...*, s. 464-465.

²⁴Zob. M. Królikowski [w:] M. Królikowski (red.), R. Zawłocki (red.), *Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz do artykułów 117–221*, t. I, wyd. 5, Legalis/el. 2023, Nb. 1.

²⁵Art. 161 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1138 z późn. zm.).

²⁶Szerzej zob. T. Marcinkowski *Początki profilaktyki i medycyny społecznej* [w:] T. Brzeziński (red.) *Historia Medycyny*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1988, s. 238 i nast.

²⁷Ibidem, s. 240-241.

odmalowywania pomieszczeń, w których przebywali²⁸. Starożytność zna przykłady rozlicznych działań przeciwepidemicznych, które zalecały utrzymanie właściwej higieny, takich jak np. usuwanie owłosienia całego ciała przez kapłanów starożytnego Egiptu, mające przeciwdziałać wszawicy i chorobom grzybiczym²⁹. Pojawiały się ogólne zalecenia dla ludności m.in. picia wody filtrowanej, co miało zapobiegać przenoszeniu choroby czerwonki pełzakowatej bądź bilharcjazy (starożytny Egipt) czy właściwego odżywiania się, gdyż „choroba przenika przez usta” (starożytne Chiny)³⁰. Jednocześnie w starożytności higiena jednostek zaczęła mieć znaczenie holistyczne, ważne dla funkcjonowania całych społeczeństw, a nie tylko poszczególnych jednostek. Zaczęto tworzyć struktury kontrolujące przestrzeganie panujących zasad. Już w IV/III w. p.n.e. w Grecji funkcjonowali urzędowi lekarze miejscy, których zadaniem było nadzorowanie poziomu higieny mieszkańców. W II w. n.e. pojawił się urząd kierowników zdrowia, którzy byli równocześnie projektantami miast i prowincji. W tym okresie funkcjonowali też lekarze przy ważnych dla społeczności instytucjach, które skupiały mieszkańców, np. przy bibliotekach, cyrkach czy łaźniach³¹.

Czasy średniowiecza i późniejsze borykały się z problemem wielkich epidemii, zwłaszcza epidemii dżumy, która dziesiątkowała ludność Europy. W 1374 r. Republika Wenecka jako pierwsza wydała zakaz wpływania do portu jednostkom morskim przybywającym z miejsc, na których występowały źródła zakaźne. Niedługo później zorganizowano tam stację kwarantannową, zaś pod koniec XIV w. funkcjonował już urząd zdrowia oraz wystawiano świadectwa zdrowia³². Okres wielkich epidemii to też czas niekiedy niezwykle drastycznych środków przeciwepidemicznych. R. Kubiak przywoływał stosowanie w tamtym okresie takich metod jak np. izolacja miast, w których przebywały osoby chore, poprzez otoczenie tych miast oddziałami wojskowymi, a nawet palenie chorych w ich domach. Wspominał także o wprowadzaniu przepisów zapobiegających roznoszeniu zarazy, których nieprzestrzeganie groziło np. powieszeniem³³.

Idee przejścia przez państwo odpowiedzialności za warunki higieniczne oraz zdrowie ludności zaczęły się pojawiać pod koniec XVIII w. Konieczność taką dostrzegali m.in. żyjący na przełomie XVIII i XIX w. Jean Hallé (francuski lekarz i orędownik nauczania higieny) oraz Johann Peter Frank (założyciel katedry medycyny praktycznej na Uniwersytecie Wileńskim).

²⁸Ibidem, s. 239.

²⁹Ibidem, s. 238.

³⁰Ibidem, s. 240-241.

³¹Ibidem, s. 240.

³²Ibidem, s. 244.

³³R. Kubiak, *Odpowiedzialność karna za narażenie na zakażenie wirusem SARS-CoV-2*, Pal. 6/2020, s.114.

J. Frank w swoim dziele „System całkowitej policji lekarskiej”, ukazującym się w sześciu tomach w latach 1779-1819, wskazywał na potrzebę zapobiegania chorobom poprzez m.in. wprowadzenie i stosowanie odpowiednich przepisów³⁴.

1.3. Kryminalizacja narażenia na zarażenie chorobą na ziemiach polskich

1.3.1. Penalizacja w przeciwepidemicznych aktach prawnych

Ustawodawstwo pierwszej połowy XIX w. zna przypadki przepisów penalizujących uprawianie prostytucji przez osoby chore wenerycznie (niektóre państwa niemieckie oraz kantony szwajcarskie). Początkowo jednak w wielu krajach przepisy dotyczące zakażenia chorobami nie znajdowały odzwierciedlenia w ustawach karnych, lecz w przepisach dotyczących ochrony zdrowia (np. Francja czy Szwajcaria)³⁵. Wspomniana już wyżej ustawa karna Rzeszy Niemieckiej z 1871 r., która obowiązywała również na ziemiach polskich w zaborze pruskim, penalizowała czyn świadomego naruszenia obowiązujących norm chroniących przed szerzeniem się choroby zakaźnej (§ 327 tej ustawy). Sprawca dopuszczający się takiego czynu podlegał karze grzywny do dwóch tysięcy marek bądź karze więzienia do lat 2. Jeżeli czyn ten skutkował chorobą zakaźną człowieka, to sprawcy groziła kara więzienia od 3 miesięcy do 3 lat³⁶. W 1927 r. została uchwalona niemiecka ustawa o zwalczaniu chorób wenerycznych. Ustawa ta zawierała nie tylko przepisy administracyjne dotyczące profilaktyki zwalczania chorób, lecz również przepisy karne³⁷. Podobne rozwiązania obecne były w Polsce po odzyskaniu niepodległości.

Polska po I wojnie światowej była w trudnym położeniu epidemiologicznym ze względu m.in. na niedostateczne warunki sanitarne i braki żywnościowe. Kluczowe było więc podjęcie działań systemowych zmierzających do zminimalizowania niebezpieczeństwa, jakie niosły ze sobą wybuchające ogniska chorób. Działania rozpoczęto od utworzenia w 1919 r. Ministerstwa Zdrowia Publicznego, które było głównym organem nadzorczym do wszelkich spraw w zakresie zdrowia, w tym także do przeciwdziałania chorobom zakaźnym³⁸. W tym czasie

³⁴T. Marcinkowski, *Początki profilaktyki...* [w:] T. Brzezieński (red.), *Historia Medycyny...*, s. 250.

³⁵A. Zoll [w:] I. Andrejew (red.), L. Kubicki (red.), J. Waszczyński (red.), *System...*, s. 471.

³⁶R. Kubiak, *Odpowiedzialność...*, s. 114.

³⁷A. Zoll [w:] I. Andrejew (red.), L. Kubicki (red.), J. Waszczyński (red.), *System...*, s. 471.

³⁸M. Seweryn, *Funkcjonowanie Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Historia, rozwój, wyzwania*, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 2015; 13 (2), s. 159.

uchwalano szereg przepisów przeciwepidemicznych, w tym także takich, w których obecne były sankcje karne. Sankcje te nie znajdowały się jednak w ustawach karnych, a stanowiły zabezpieczenie właściwych przepisów mających na celu zwalczanie chorób i zapobieganie im. Ustaw przeciwepidemicznych – począwszy od czasów powojennych po dziś dzień – powstało sporo. Regulowały i regulują one w różnym stopniu szczegółowości aspekty mające wpływ na szeroko pojęte zdrowie publiczne. Wobec jednak faktu, iż ustawy te nie są tematem przewodnim niniejszej pracy, to nie zostaną szczegółowo omówione. Autorka przybliży jednak zawarte w niektórych aktach przeciwepidemicznych aspekty dotyczące penalizacji.

W 1919 r. uchwalona została ustawa w przedmiocie zwalczania chorób zakaźnych oraz innych chorób występujących nagminnie³⁹. Ustawa ta nakładała głównie na personel medyczny obowiązek zgłaszania władzom komunalnym każdego przypadku zachorowania, śmierci bądź przypadku wzbudzającego podejrzenie wystąpienia chorób enumeratywnie wymienionych w tejże ustawie takich jak np. dżuma, odra, róża, krztusiec czy oспа naturalna. Ustawa nakładała także obowiązek zgłoszenia innych chorób, jeśli występowały w rozmiarach, które mogłyby zostać uznane za niebezpieczne. Sankcja, jaka groziła za niedopełnienie przedmiotowego obowiązku, nakładana była w drodze administracyjnej, zaś jej górna granica to areszt do 3 miesięcy oraz 1 000 zł grzywny, przy czym grzywna i areszt mogły być stosowane kumulatywnie bądź rozłącznie (art. 25 tej ustawy).

Kolejne ustawy przeciwepidemiczne obowiązywały bądź nadal obowiązują na terenie Polski, jednak funkcjonowały one już obok właściwych przepisów karnych umieszczonych w Kodeksach karnych, począwszy od Kodeksu z 1932 r., przez Kodeks z 1969 r., aż do Kodeksu z 1997 r., który obowiązuje do dziś, a którego unormowania w tym zakresie będą szczegółowo omówione z dalszej części pracy.

Tak jak poprzednio, również kolejne przeciwepidemiczne akty prawne zawierały sankcje karne. Przykładowo za przekroczenie norm zawartych w ustawie o zapobieganiu chorobom zakaźnym i o ich zwalczaniu z 1935 r.⁴⁰ bądź aktach wykonawczych wydanych na jej podstawie groziła kara aresztu do 3 miesięcy oraz kara grzywny do 3 000 zł. Kary te mogły zostać nałożone osobno bądź kumulatywnie, chyba że za dany czyn groziła kara surowsza (art. 22 tej ustawy).

³⁹Ustawa z dnia 25 lipca 1919 r. w przedmiocie zwalczania chorób zakaźnych oraz innych chorób, występujących nagminnie (Dz.U. 1919 nr 67 poz. 402).

⁴⁰Ustawa z dnia 21 lutego 1935 r. o zapobieganiu chorobom zakaźnym i o ich zwalczaniu (Dz.U. 1935 nr 27 poz. 198 z późn. zm.).

To, co udało się wypracować na polu zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych, ponownie zostało przerwane kolejną wojną. Druga wojna światowa sprawiła, iż na nowo zaczęły wybuchać epidemie takich chorób jak dur brzuszny czy wysypkowy, błonica lub czerwotka. Po wojnie walka z epidemiami zaczęła się od nowa. Powoli odbudowywały się struktury państwowe, powstawały instytucje takie jak Naczelny Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami. Odrodził się również istniejący przed wojną Państwowy Zakład Higieny, zaś w latach pięćdziesiątych XX w. powstała Inspekcja Sanitarna, która przejęła nadzór nad stanem sanitarnym i prowadzeniem działań w tym zakresie⁴¹.

Na uwagę zasługują takie akty jak dekret z 1946 r. o zwalczaniu chorób wenerycznych⁴², który w art. 3 nie tylko nakładał na osoby dotknięte kiłą, rzeżączką lub wrzodem wenerycznym obowiązek zgłoszenia się do lekarza, lecz także zabraniał w szczególności wstępowania w związki małżeńskie, obcowania płciowego lub wykonywania innych czynności, które mogłyby stworzyć warunki do rozprzestrzeniania się tych chorób.

W roku 1963 została uchwalona ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych⁴³. Ustawa wprowadzała zagrożenie karą grzywny (wysokość tej grzywny zmieniała się na przestrzeni lat obowiązywania ustawy) m.in. za nieprzestrzeganie wskazań lekarskich, nakazów bądź zakazów, które były wydane w związku ze zwalczaniem chorób zakaźnych początkowo przez Państwową Inspekcję Sanitarną, zaś po zmianach obowiązujących od 1999 r. przez Inspekcję Sanitarną. Grzywna mogła zostać nałożona także za zatrudnianie zakaźnie chorego bądź osoby podejrzanej o bycie chorym albo o bycie zakażonym, nosiciela lub też podejrzanego o takie nosicielstwo. Zagrożone sankcją grzywny było niedopełnienie przez wskazane w ustawie osoby obowiązku zgłoszenia przypadku zachorowania, podejrzenia o zachorowanie lub zgonu na chorobę zakaźną (zgodnie z art. tej 26 ustawy).

Kolejna ustawa o chorobach zakaźnych i zakażeniach, z 2001 r.⁴⁴, wprowadzała rozwiązania podobne do jej poprzedniczki z roku 1963 r. Ustawa penalizowała wykroczenia polegające na niedopełnieniu obowiązku zgłoszenia głównie przez personel medyczny przypadków zakażenia, zachorowania, podejrzenia o zakażenie, zachorowania lub zgonu na chorobę zakaźną (art. 23 tej ustawy). Jednocześnie ustawa nakładała sankcję grzywny za wykroczenie polegające na niedopełnieniu obowiązków takich jak między innymi. poddania się badaniom mającym na celu wykrywanie zakażeń i chorób zakaźnych, poddania się

⁴¹Szerzej zob. M. Seweryn, *Funkcjonowanie...*, s. 159.

⁴²Dekret z dnia 16 kwietnia 1946 r. o zwalczaniu chorób wenerycznych (t.j. Dz. U. z 1949 r. Nr 51, poz. 394 z późn. zm.).

⁴³Ustawa z dnia 13 listopada 1963 r. o zwalczaniu chorób zakaźnych (Dz. U. Nr 50, poz. 279 z późn. zm.).

⁴⁴Ustawa z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384 z późn. zm.).

obowiązkowym szczepieniom ochronnym, leczenia, hospitalizacji, kwarantanny, nadzoru epidemiologicznego czy udzielania wyjaśnień (art. 35 w zw. z art. 5 tej ustawy). Grzywnę mogli otrzymać także użytkownicy nieruchomości, którzy niedopełniali obowiązku utrzymania ich w stanie sanitarnym nienaruszającym wymagań higienicznych i zdrowotnych (art. 35 w zw. z art. 13 tej ustawy).

Obowiązująca obecnie ustawa z 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi⁴⁵ ustanawia szereg sankcji za nieprzestrzeganie zawartych w niej norm. Ustawa ta na przestrzeni lat podlegała wielu nowelizacjom. Obecnie zawiera rozdziały, w których zostały zebrane przepisy karne (rozdział 9) oraz kary finansowe (rozdział 8a). Penalizowany jest tu szereg zachowań mogących przyczynić się do rozprzestrzeniania chorób w tym m.in. zachowania osób nieuprawnionych polegające na przewożeniu, przywożeniu, przekazywaniu, namnażaniu, wywożeniu, przechowywaniu, rozprzestrzenianiu, nabywaniu, pomaganiu w zbyciu czynników chorobotwórczych, lub wykorzystywanie tych czynników w sposób, który stwarza zagrożenie dla zdrowia publicznego. Za powyższe sprawcy grozi kara od 3 miesięcy do 5 lat pozbawienia wolności (zgodnie z art. 49 tej ustawy).

1.3.2. Penalizacja w polskich kodeksach karnych

1.3.2.1. Narażenie na zarażenie chorobą w Kodeksie karnym z 1932 r.

Art. 245 Kodeksu karnego z 1932 r.

§ 1. Kto, będąc dotknięty chorobą weneryczną, naraża inną osobę na zarażenie tą chorobą, podlega karze więzienia do lat 3 lub aresztu do lat 3.

§ 2. Jeżeli sprawcą jest małżonek pokrzywdzonego, ściganie następuje na wniosek pokrzywdzonego.

W Kodeksie karnym z 1932 r.⁴⁶ w art. 245 ujęte zostało przestępstwo, które w polskim ustawodawstwie do tej pory kojarzone było raczej z sankcjami wynikającymi z norm aktów przeznaczonych *sticte* działaniom przeciwepidemicznym. Artykuł ten stanowił, iż osoba dotknięta chorobą weneryczną, która naraża inną osobę na zarażenie daną chorobą, podlegała

⁴⁵Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1657 z późn. zm.).

⁴⁶Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 11 lipca 1932 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 60, poz. 571 z późn. zm.).

karze więzienia lub aresztu do lat 3. Co do zasady czyn ten ścigany był z oskarżenia publicznego, jednakże w przypadku, gdy sprawcą był małżonek pokrzywdzonego, ściganie następowało na wniosek pokrzywdzonego.

Zauważyć można, iż spenalizowane zostało narażenie na zarażenie jedynie chorobą weneryczną – artykuł ten nie nakładał odpowiedzialności za narażenie na zakażenie inną chorobą zakaźną.

Wprowadzenie do Kodeksu karnego typu przestępstwa narażenia na zakażenie chorobą weneryczną budziło wątpliwości już na etapie przygotowań, zaś poszczególne projekty części szczególnej Kodeksu traktowały formę tego przestępstwa odmiennie⁴⁷. W. Makowski proponował penalizację zachowania sprawcy polegającą na zarażeniu człowieka chorobą weneryczną, czyli przestępstwo, którego forma powodowała realny uszczerbek dobra prawnego⁴⁸. Projekt J. Makarewicza nadawał przestępstwu formę narażenia na niebezpieczeństwo⁴⁹. W obu wspomnianych wyżej projektach przestępstwo to było ujęte jako przestępstwo powszechne, jednakże uchwalony tekst Kodeksu wprowadził do obrotu prawnego przestępstwo indywidualne, które mogło być popełnione jedynie przez osobę dotkniętą chorobą weneryczną⁵⁰. Oznaczało to, iż nie mogła sprawcą tego przestępstwa być osoba zdrowa.

Zgodnie z poglądem J. Makarewicza, przestępstwo to dokonywało się w momencie zaistnienia niebezpieczeństwa zarażenia chorobą weneryczną innej osoby, w wyniku zachowania sprawcy, przy czym zachowania te mogły być różnorakiego rodzaju. J. Makarewicz jako zachowania przykładowe podawał współżycie osoby chorej lub zbliżanie przez zainfekowanego chorej (np. owrzodzonej) części ciała, w taki sposób, iż możliwe stawało się przeniesienie choroby z osoby zakażonej wenerycznie na podmiot przestępstwa. J. Makarewicz wyjaśniał, iż z uwagi na brak wzmianki o bezpośredniości niebezpieczeństwa, przestępstwo to należało rozszerzyć także na zachowania takie jak np. przyjęcie przez osobę chorą stanowiska służbowego, w którym wymagany był bliski kontakt osoby chorej z innymi osobami. Takimi stanowiskami byłyby – według autora – stanowiska pielęgniarki czy mamki⁵¹. Tożsamy pogląd przyjął Sąd Najwyższy w wyroku z 1937 r. przyznając, iż wszelkie umyślne w rozumieniu art. 14 § 1 obowiązującego wtedy Kodeksu zachowania chorego wenerycznie, które powodują

⁴⁷A. Zoll [w:] I. Andrejew (red.), L. Kubicki (red.), J. Waszczyński (red.), *System...*, s. 472.

⁴⁸„Kto zaraża człowieka chorobą weneryczną (lub inną chorobą zakaźną), podlega karze (...)” – art. 84 projektu Kodeksu karnego W. Makowskiego, *cit. per.*: A. Zoll [w:] I. Andrejew (red.), L. Kubicki (red.), J. Waszczyński (red.), *System...*, s. 472, w tym przypis nr 599.

⁴⁹„Kto innego naraża na zakażenie chorobą weneryczną, poniesie karę więzienia...” – art. 190 projektu Kodeksu karnego J. Makarewicza, *cit. per.*: A. Zoll [w:] I. Andrejew (red.), L. Kubicki (red.), J. Waszczyński (red.), *System...*, s. 472, w tym przypis nr 600.

⁵⁰A. Zoll [w:] I. Andrejew (red.), L. Kubicki (red.), J. Waszczyński (red.), *System...*, s. 472.

⁵¹J. Makarewicz, *Kodeks karny z komentarzem*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Lwów 1932, s. 343.

niebezpieczeństwo przeniesienia choroby, są – zgodnie z omawianym art. 245 § 1 Kodeksu karnego z 1932 r. – ukończone. Sąd podkreślił, iż stan ten zachodził bez względu na to, czy nastąpiło faktyczne zarażenie się innej osoby, a także bez względu na okoliczności, w jakich doszło do popełnienia czynu⁵².

J. Makarewicz zaliczył przedmiotowy czyn do przestępstw umyślnych, jednakże podkreślił, że przypisanie do tej kategorii nie oznacza, iż sprawca posiadał zamiar zakażenia chorobą innej osoby, lecz jedynie miał on świadomość niebezpieczeństwa, na jakie daną osobę narażał. Sprawca – mimo posiadania takiej wiedzy – nie korygował swojego działania, co równoznaczne było z faktem, iż chciał wystąpienia tego niebezpieczeństwa bądź przynajmniej na nie się godził⁵³. Sąd Najwyższy w wyżej wspomnianym wyroku z 1937 r. podzielił ten pogląd, uznając, iż przestępstwo z art. 245 § 1 Kodeksu karnego z 1932 r. było dokonane z chwilą, gdy świadomy swego statusu serologicznego sprawca nie cofał się przed współżyciem bądź innym kontaktem z daną osobą, a z kontaktu tego bezpośrednio lub pośrednio mogło wynikać niebezpieczeństwo zarażenia chorobą, zaś sprawca tego stanu zagrożenia chciał ten stan spowodować bądź na ten stan się godził⁵⁴.

J. Makarewicz podał, iż w przypadku, gdyby sprawca posiadał z góry powzięty zamiar zarażenia chorobą weneryczną, jaką była np. kiła, to winna zostać mu przypisana odpowiedzialność za usiłowanie sprowadzenia ciężkiej choroby nieuleczalnej⁵⁵. Należy tu mieć na względzie, iż wiedza medyczna w dwudziestoleciu międzywojennym była inna niż współcześnie. Obecnie kiła zaliczana jest do chorób wyleczalnych⁵⁶, jednak nieleczona może prowadzić do śmierci⁵⁷. Zdaniem autorki w powyższym przypadku należałoby raczej zakwalifikować ten czyn jako usiłowanie sprowadzenia choroby zagrażającej życiu. Niezależnie jednak od klasyfikacji obowiązywałaby ta sama podstawa prawna, gdyż spowodowanie zarówno ciężkiej choroby nieuleczalnej, jak i choroby zagrażającej życiu stypizowane było w art. 235 § 1 lit. b ówczesnego Kodeksu. Wydaje się jednak, że powyższe stwierdzenie J. Makarewicza należy traktować jako jeden z przykładów obrazujących, iż świadomemu narażeniu na zakażenie chorobą nie można było przypisać odpowiedzialności

⁵²Wyrok SN z 21.12.1937 r., II K 1467/37, OSN 1938, nr 6, poz. 152, LEX nr 75327.

⁵³J. Makarewicz, *op. cit.*, s. 343.

⁵⁴Wyrok SN z 21.12.1937 r., II K 1467/37, OSN 1938, nr 6, poz. 152, LEX nr 75327.

⁵⁵J. Makarewicz, *op. cit.*, s. 343-344.

⁵⁶Szerzej zob. A.B. Serwin, U. Magnus, *Syphilis in females in Bialystok, Poland, 2000-2015*. Przegl. Epid. 70.2 (2016), s. 274.

⁵⁷Szerzej zob. J. Zajkowska, W. Drozdowski, S. Grygorczuk. *Kiła ośrodkowego układu nerwowego – Trudności diagnostyczne*. Neurologia po Dyplomie 9 (2014): 26-39.

z art. 245 KK, lecz – w zależności od rodzaju choroby – było to usiłowanie innego przestępstwa.

J. Makarewicz przytoczył także przykład działania sprawcy, w wyniku którego doszło do zarażenia innej osoby chorobą, lecz sprawca ten stosował środki zapobiegawcze, licząc, iż do zakażenia nie dojdzie (a więc działał bez zamiaru spowodowania niebezpieczeństwa). Takie działanie również wypełniało znamiona czynu z wspomnianego wyżej art. 235⁵⁸.

Liczba dorosłych osób skazanych prawomocnym wyrokiem za przestępstwa z art. 245 omawianego Kodeksu w latach czterdziestych i w drugiej połowie lat pięćdziesiątych XX wieku była relatywnie niewielka, jednak należy zauważyć, iż liczba ta była i tak większa w porównaniu z liczbą dorosłych osób skazanych prawomocnym wyrokiem za narażenie na zakażenie chorobą weneryczną w czasie obowiązywania kolejnego Kodeksu, z 1969 r., który zostanie omówiony w kolejnym podrozdziale pracy.

*Tabela 1 – Liczba dorosłych osób skazanych prawomocnym wyrokiem za przestępstwa z art. 245 KK jako czyn główny w czasie obowiązywania Kodeksu z 1932 r.*⁵⁹

Rok	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952
Liczba skazań	0	0	66	66	64	45	45
Rok	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959
Liczba skazań	29	49	35	16	27	18	32

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych zawartych w publikacji przygotowanej przez Wydział Statystycznej Informacji Zarządczej Departamentu Strategii i Funduszy Europejskich Ministerstwa Sprawiedliwości „Prawomocne skazania w latach 1946-2014”, <https://isws.ms.gov.pl/pl/baza-statystyczna/publikacje/download,3502,14.html> (dostęp 27.01.2023 r.).

Stypizowanie przestępstwa z narażenia na zarażenie chorobą weneryczną w Kodeksie z 1932 r. było jednym z kamieni milowych na drodze do obecnych unormowań. Mimo że współczesne rozwiązania się różnią, to norma ta była swoistym pierwowzorem, z której czerpały kolejne Kodeksy karne. W normie dotyczącej narażenia na zakażenie chorobą pojawiły się inne jednostki chorobowe, została zmodyfikowana sankcja i tryb ścigania,

⁵⁸J. Makarewicz, *op. cit.*, s. 344.

⁵⁹Tabela 1 – *Liczba dorosłych osób skazanych prawomocnym wyrokiem za przestępstwa z art. 245 KK jako czyn główny w czasie obowiązywania Kodeksu z 1932 r.*, źródło: opracowanie własne na podstawie danych zawartych w publikacji przygotowanej przez Wydział Statystycznej Informacji Zarządczej Departamentu Strategii i Funduszy Europejskich Ministerstwa Sprawiedliwości, *Prawomocne skazania w latach 1946-2014*, <https://isws.ms.gov.pl/pl/baza-statystyczna/publikacje/download,3502,14.html> (dostęp 27.01.2023 r.).

jednakże główny trzon, czyli narażenie na zakażenie chorobami wenerycznymi przez sprawcę, który sam jest taką chorobą dotknięty, pozostaje w normie po dziś dzień.

1.3.2.2. Narażenie na zarażenie chorobą w Kodeksie karnym z 1969 r.

Art. 162 Kodeksu karnego z 1969 r.

§ 1. Kto, będąc dotknięty chorobą weneryczną, naraża inną osobę na zarażenie tą chorobą, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 2. Jeżeli sprawca jest osobą pozostającą z pokrzywdzonym we wspólnym pożyciu, ściganie następuje na wniosek pokrzywdzonego.

Większość przepisów Kodeksu karnego z 1932 r., w tym również art. 245 tego Kodeksu, straciła moc z dniem wejścia w życie swojego następcy – Kodeksu karnego z 1969 r.⁶⁰, to jest z dniem 1 stycznia 1970 r.⁶¹. W nowym Kodeksie znalazło się prawie identyczne rozwiązanie penalizacji narażenia na zarażenie chorobą – wyrażone w art. 162 tego Kodeksu. Ustawodawca tak jak poprzednio przyjął, iż każda osoba dotknięta chorobą weneryczną, która naraża inną osobę na zarażenie tą chorobą, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3 (w poprzedniej kodyfikacji zawarta była alternatywa w postaci kary aresztu, jednak rezygnacja z tej kary była jedynie zmianą systemową)⁶². Główna modyfikacja nastąpiła w zakresie trybu ścigania, który co prawda dalej co do zasady odbywał się z urzędu, jednak poszerzono katalog osób, których w drodze wyjątku dotyczył tryb ścigania na wniosek. Z takim wnioskiem bowiem mógł wystąpić już nie tylko małżonek, ale również inna osoba, która spełniała warunek pozostawania ze wspólnym pożyciu ze sprawcą⁶³.

Tak samo jak w poprzednim Kodeksie, penalizacja narażenia na zarażenie chorobą dotyczyła jedynie choroby wenerycznej, a dobrem chronionym było zdrowie człowieka, którego ustawa miała chronić przed takimi chorobami jak np. kiła czy rzeżączka. Doktryna szeroko zakreśliła stronę przedmiotową przestępstwa, uznając, że czynem mogło być nie tylko

⁶⁰Ustawa z dnia 19 kwietnia 1969 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 13, poz. 94 z późn. zm.).

⁶¹Przepisy z Kodeksu karnego z 1932 r. z wyłączeniem przepisów o nieletnich straciły moc 1 stycznia 1970 r. Ustawą z dnia 22 grudnia 1969 r. o utrzymaniu w mocy na okres przejściowy niektórych dotychczasowych przepisów prawa karnego (Dz. U. Nr 37, poz. 311) zostały utrzymane przepisy tego Kodeksu dotyczące nieletnich, które to straciły moc dopiero 13 maja 1983 r., ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 969 z późn. zm.) – z tym dniem przestał też całkowicie obowiązywać Kodeks karny z 1932 r.

⁶²M. J. Dębowski, *Wykładnia językowa typizacji narażenia na zarażenie*, SPPAiE 37, 2021 r, s. 16.

⁶³Ibidem.

współzycie, ale też wszelkie inne zachowania osoby chorej mogące skutkować wystawieniem innej osoby na niebezpieczeństwo zakażenia chorobą np. poprzez nieprzestrzeganie higieny w czasie korzystania z sanitariatów⁶⁴. Zauważyć należy, iż w dalszym ciągu osoba zdrowa (niedotknięta chorobą weneryczną), która swoim zachowaniem narażała inną osobę na niebezpieczeństwo – nawet w taki sam sposób, jak wyżej wspomniano – nie była zdolna do ponoszenia odpowiedzialności z omawianego artykułu. W przypadku, gdy sprawca nie tylko naraził na zakażenie chorobą, ale do tego zakażenia doprowadził – a działał z zamiarem odniesienia takiego skutku – należało przypisać odpowiedzialność z art. 155 tego Kodeksu to jest odpowiedzialność za spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu⁶⁵. W przypadku działania nieumyślnego należało przyjąć zbieg z przepisami art. 155 § 2 bądź art. 156 § 3 tego Kodeksu⁶⁶. Pamiętać należy jednak, iż przestępstwo z art. 162 Kodeksu z 1969 r. mogło być popełnione jedynie umyślnie, gdyż sprawca musiał nie tylko mieć świadomość dotknięcia chorobą, ale też co najmniej godzić się na zakażenie chorobą innej osoby⁶⁷.

Tabela 2 – Liczba dorosłych osób skazanych prawomocnym wyrokiem za przestępstwa z art. 162 § 1 KK jako czyn główny w czasie obowiązywania Kodeksu z 1969 r.⁶⁸.

Rok	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
Liczba skazań	10	10	5	8	1	3	2	4	2	0
Rok	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
Liczba skazań	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0
Rok	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1 I - 31 VIII 1998	
Liczba skazań	0	0	0	0	0	2	0	0	1	

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych zawartych w publikacji przygotowanej przez Wydział Statystycznej Informacji Zarządczej Departamentu Strategii i Funduszy Europejskich Ministerstwa Sprawiedliwości „Prawomocne skazania w latach 1946–2014”, <https://isws.ms.gov.pl/pl/baza-statystyczna/publikacje/download,3502,14.html> (dostęp 27.01.2023 r.).

⁶⁴I. Andrejew, W. Świda, W. Wolter, *Kodeks karny z komentarzem, Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu*, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1973, s. 472-473.

⁶⁵R. Kubiak, *Odpowiedzialność...*, s.116.

⁶⁶I. Andrejew, W. Świda, W. Wolter, *op. cit.*, s. 473.

⁶⁷A. Zoll [w:] I. Andrejew (red.), L. Kubicki (red.), J. Waszczyński (red.), *System...*, s. 472-473.

⁶⁸Tabela 2 – *Liczba dorosłych osób skazanych prawomocnym wyrokiem za przestępstwa z art. 162 § 1 KK jako czyn główny w czasie obowiązywania Kodeksu z 1969 r.*, źródło: opracowanie własne na podstawie danych zawartych w publikacji przygotowanej przez Wydział Statystycznej Informacji Zarządczej Departamentu Strategii i Funduszy Europejskich Ministerstwa Sprawiedliwości, *Prawomocne skazania w latach 1946-2014*, <https://isws.ms.gov.pl/pl/baza-statystyczna/publikacje/download,3502,14.html> (dostęp 27.01.2023 r.).

Liczba skazań z przedmiotowego artykułu od początku była niewielka. Dodatkowo zauważalna jest dalsza tendencja spadkowa, pokazująca, iż norma nie miała praktycznie zastosowania.

Ówczesna doktryna wskazywała, iż przestępstwo narażenia na zarażenie chorobą weneryczną winno być traktowane w korelacji z innymi przepisami służącymi zwalczaniu chorób wenerycznych, gdyż – jak podkreślano – prawo karne nie jest władne samodzielnie walczyć ze zjawiskiem groźnych chorób społecznych, co miało mieć odzwierciedlenie również w niewielkiej liczbie skazań za przestępstwa z art. 162 ówczesnego Kodeksu⁶⁹, podobnie jak w analogicznym artykule poprzedniego Kodeksu karnego.

1.3.2.3. Narażenie na zarażenie chorobą w Kodeksie karnym z 1997 r.

1.3.2.3.1. Motywy wprowadzenia artykułu 161 KK

Art. 161 Kodeksu karnego z 1997 r.

§ 1. Kto, wiedząc, że jest zarażony wirusem HIV, naraża bezpośrednio inną osobę na takie zarażenie, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 2. Kto, wiedząc, że jest dotknięty chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu, naraża bezpośrednio inną osobę na zarażenie taką chorobą, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

§ 3. Ściganie przestępstwa określonego w § 1 lub 2 następuje na wniosek pokrzywdzonego.

Zarówno Kodeks z 1932 r., jak i Kodeks karny z 1969 r. dały podwaliny pod normę dotyczącą narażenia na zarażenie chorobami, której główny trzon obowiązuje do dziś, mimo nowelizacji. Norma została wyrażona w artykule 161 Kodeksu karnego z 1997 r.⁷⁰. Kodeks wszedł w życie 1 września 1998 r. Z tym dniem została też uchylona wcześniej obowiązująca ustawa karna⁷¹. Artykuł 161 KK stanowił swego rodzaju uzupełnienie ogólnej normy dotyczącej narażenia człowieka na niebezpieczeństwo wyrażonej w art. 160 KK⁷², w którym to

⁶⁹A. Zoll [w:] I. Andrejew (red.), L. Kubicki (red.), J. Waszczyński (red.), *System...*, s. 473.

⁷⁰Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1138 z późn. zm.).

⁷¹Uchylenie Kodeksu karnego z 1969 r. oraz wejście w życie Kodeksu karnego z 1997 r. nastąpiło ustawą z dnia 6 czerwca 1997 r. – Przepisy wprowadzające Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 554 z późn. zm.).

⁷²B. Michalski, *Narażenie...* [w:] J. Warylewski (red.), *Przestępstwa...*, Nb. 540 oraz 625.

spenalizowane zostało m.in. narażenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Poprzednie Kodeksy ograniczały penalizację narażenia na zarażenie chorobami tylko do chorób wenerycznych. Katalog ten został znacznie rozszerzony w nowym Kodeksie.

Schyłek XX wieku przyniósł świadomość szerzenia się nie do końca jeszcze wówczas poznanej choroby AIDS, powodowanej przez wirus HIV, a także pewnego rodzaju reakcję prawa karnego na powstały problem społeczny, jakim jawiło się rozprzestrzenianie tej choroby⁷³. HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), a w zasadzie HIV1 oraz HIV2, czyli ludzkie wirusy niedoboru odporności budziły powszechny strach⁷⁴. Należy tu wyjaśnić, iż AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) jest ostatnią z czterech faz zakażenia się wirusem HIV. Oznacza ona zespół nabytego upośledzenia odporności, który może skutkować śmiercią nawet w przypadku zazwyczaj łagodnych infekcji⁷⁵.

Oficjalnie początek epidemii zakażeń wirusem HIV datuje się na rok 1981⁷⁶. Rekord zdiagnozowania nowych przypadków zakażeń przypadł na rok 1997, w którym odnotowano w skali światowej 3,7 miliona nowych przypadków⁷⁷. W Polsce pierwsze zakażenie wirusem HIV potwierdzono w 1985 r., zaś pierwszy przypadek AIDS odnotowano w 1986 r.⁷⁸. Liczba zachorowań na AIDS z roku na rok rosła. W roku 1997 rozpoznano i zgłoszono 114 przypadków zachorowań, zaś zapadalność na tę chorobę wyniosła wówczas 0,3 na 100 000 mieszkańców⁷⁹.

⁷³K. Banasik, *op. cit.*, s. 53.

⁷⁴P. Palka, H. Karge, *op. cit.*, s. 66.

⁷⁵K. Banasik, *op. cit.*, s. 54.

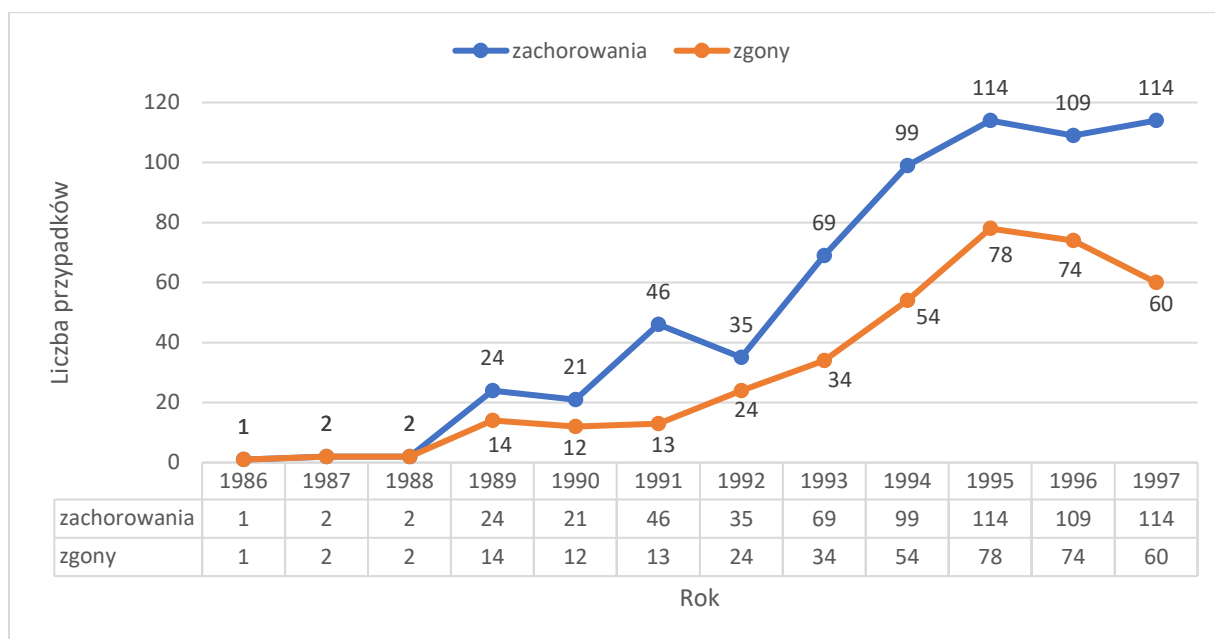
⁷⁶K. Fleischer-Stępniewska, M. Parczewski, B. Szetela, A. Zubkiewicz-Zarębska, A. Gładysz, *Epidemiologia zakażeń HIV w Polsce i na świecie* [w:] A. Gładysz (red.), B. Knysz (red.), *Zakażenia HIV i AIDS – poradnik dla lekarzy*, Continuo, Wrocław 2014, s. 9.

⁷⁷M. Gołota, *HIV: wirus, który wzbudził strach w latach 80 – tych*, Rzeczpospolita, 7.07.2020 r., online: <https://www.rp.pl/diagnostyka-i-terapię/art633351-hiv-wirus-ktory-wzbudzil-strach-w-latach-80-tych> (dostęp: 5.02.2023 r.).

⁷⁸K. Fleischer-Stępniewska, M. Parczewski, B. Szetela, A. Zubkiewicz-Zarębska, A. Gładysz, *op. cit.*, s. 10.

⁷⁹W. Szata, *AIDS i zakażenie HIV w 1997 r.*, *Przeg. Epid.*, 1999, 53, 1–2, s. 171-179.

Wykres 1 – Liczba zachorowań wg roku rozpoznania oraz liczba zgonów wg daty zgonów chorych na AIDS w Polsce w latach 1986-1997⁸⁰.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych zawartych w W. Szata, AIDS i zakażenie HIV w 1997 r., *Przeg. Epid.*, 1999, 53, 1-2, s. 172, Tabela 1.

Mimo ponad dekady badań nad przedmiotowym patogenem w połowie lat 90 XX w. w dalszym ciągu wiedza na temat zakażenia HIV raczkowała. Doniesienia medialne na temat zagrożenia, niska świadomość społeczna i początkująca dopiero wiedza medyczna na temat tych drobnoustrojów, w tym dróg ich transmisji, sprowadzały zarówno patogeny wirusa HIV, jak i chorobę AIDS do miana niezwykle doniosłych zagrożeń życia⁸¹. Taki stan znalazł też odzwierciedlenie w nowopowstałym Kodeksie karnym z 1997 r.

Jak już wspomniano, w tym Kodeksie narażenie na zarażenie chorobą zostało ujęte w art. 161 KK. Artykuł został podzielony na trzy paragrafy, z czego pierwszy z nich został poświęcony jedynie penalizacji narażenia na zarażenie wirusem HIV. Kodeks wprowadził nieznany dotąd typ przestępstwa. Sprawcy, który naraził bezpośrednio inną osobę na zarażenie wirusem HIV, a jednocześnie wiedział, że jest tym wirusem sam zainfekowany, groziła kara pozbawienia wolności do lat 3.

Drugi paragraf został poświęcony innym chorobom i był rozszerzoną kontynuacją przestępstw narażenia na zarażenie chorobami, które zawarte były w poprzednich Kodeksach⁸².

⁸⁰Wykres 1 – Liczba zachorowań wg roku rozpoznania oraz liczba zgonów wg daty zgonów chorych na AIDS w Polsce w latach 1986-1997, źródło: opracowanie własne na podstawie danych zawartych w W. Szata, *op. cit.*, s. 172, Tabela 1.

⁸¹P. Palka, H. Karge, *op. cit.*, s. 66.

⁸²B. Michalski, *Narażenie...* [w:] J. Warylewski (red.), *Przestępstwa...*, Nb. 627.

Prócz chorób wenerycznych, które funkcjonowały uprzednio, zostały dodane tam choroby zakaźne, ciężkie choroby nieuleczalne lub realnie zagrażające życiu. Tak jak w przypadku wirusa HIV, tak i tutaj sprawca musiał posiadać świadomość dotknięcia chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu oraz narażać bezpośrednio inną osobę na zarażenie taką chorobą. Sprawcy groziła kara grzywny, ograniczenia wolności bądź pozbawienia wolności do roku.

Z powyższego wynika, iż tak jak w poprzednich Kodeksach, tak i w tym narażenie na zarażenie chorobami stypizowane w obu paragrafach (§ 1 i 2) to przestępstwa indywidualne właściwe⁸³.

Zarówno w przypadku narażenia na zakażenie wirusem HIV, jak i w przypadku chorób z § 2 ściganie następowało jedynie w trybie wnioskowym – na wniosek pokrzywdzonego (§ 3 pierwszej wersji Kodeksu). W tym przypadku nie miało już znaczenia, w jakich relacjach pozostają ze sobą sprawca i pokrzywdzony⁸⁴. Nie było wymogu, by osoby pozostawały w związku małżeńskim czy wspólnym pożyciu. Tryb wnioskowy obejmował każdego pokrzywdzonego.

W uzasadnieniu do Kodeksu wskazano, iż choroby weneryczne utraciły miano „groźnej wymowy społecznej”, zaś inne choroby taką wymowę zyskały. Wprowadzenie nowego brzmienia artykułu 161 KK było więc swoistym wyrazem dostosowania przestarzałych założeń sprzed 100 lat do czasów współczesnych⁸⁵.

W latach 1999–2019 obowiązywania pierwszej wersji artykułu 161 KK liczba zarówno wszczętych postępowań jak i stwierdzonych przestępstw była relatywnie niewielka. Jednakże – jak podkreśliła K. Banasik – w przypadku tego typu czynów stosunkowo wysoka może być ciemna liczba przestępstw⁸⁶. Oznacza to, iż statystyki najprawdopodobniej nie oddają faktycznej skali zjawiska narażenia na zakażenie.

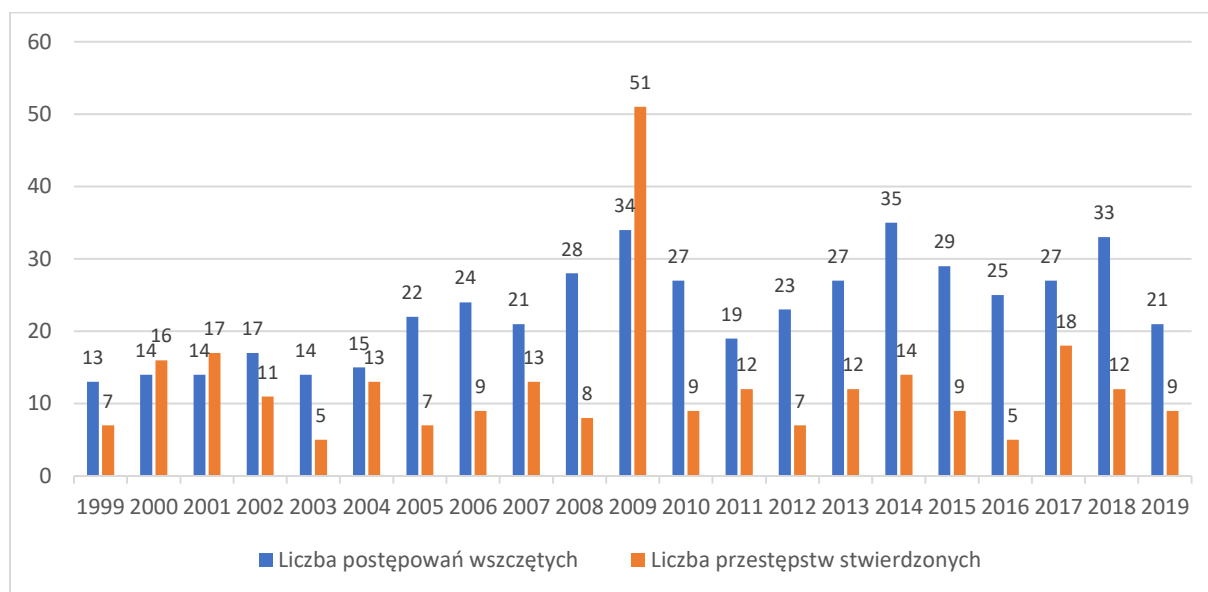
⁸³Tak np. A. Zoll [w:] W. Wróbel (red.), A. Zoll (red.) *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 3 i 4.

⁸⁴R. Kubiak, *Odpowiedzialność...*, s. 116.

⁸⁵I. Fredrich-Michalska, B. Stachurska-Marcińczak, *Nowe kodeksy karne – z 1997 r. z uzasadnieni*, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1997, s. 187.

⁸⁶K. Banasik, *op. cit.*, s. 54.

Wykres 2 – Liczba przestępstw wszczętych i stwierdzonych z art. 161 § 1-2 KK za lata 1999-2019⁸⁷



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych statystycznych udostępnianych przez Policję, online: <https://statystyka.policja.pl/st/kodeks-karny/przestepstwa-przeciwko/63436,Narazenie-na-chorobe-wywolana-wirusem-HIV-zakazna-lub-weneryczna-art-161.html> (dostęp: 5.02.2023).

Mimo iż artykuł 161 KK nie był przedmiotem dużego zainteresowania doktryny⁸⁸, zaś liczba postępowań z tego artykułu w skali kraju była niewielka, to jednak w piśmiennictwie dostrzegano istotność problematyki umyślnego narażenia na zakażenie i podtrzymywano konieczność penalizacji tego typu zachowań. Jednocześnie samo brzmienie normy budziło sporo wątpliwości. W literaturze podnoszono m.in. podobieństwo konstrukcji przepisów zawartych w art. 161 KK oraz 160 KK czy nadmierną stygmatyzację osób zakażonych wirusem HIV, wskazując, że przepisy skierowane przeciwko zakażonym mogą zniechęcać do diagnostyki potwierdzającej nosicielstwo bądź chorobę⁸⁹. P. Łukuć stanęła na stanowisku, iż treść artykułu została ujęta zbyt kazuistycznie, zaś sam artykuł nie jest potrzebny w Kodeksie z uwagi na istnienie innych pokrywających się z nim norm. Jej zdaniem właściwą drogą byłoby usunięcie art. 161 KK oraz odpowiednie dostosowanie artykułów 156 § 1–2 oraz 160 § 1–3 KK⁹⁰. Krytyce poddany został również indywidualny charakter przestępstw z art. 161 KK. Podkreślano, iż przestępstwo to winno być przestępstwem powszechnym, gdyż nie tylko sami

⁸⁷Wykres 2 – Liczba przestępstw wszczętych i stwierdzonych z art. 161 § 1–2 KK za lata 1999–2019, źródło: opracowanie własne na podstawie danych statystycznych udostępnianych przez Policję, online: <https://statystyka.policja.pl/st/kodeks-karny/przestepstwa-przeciwko/63436,Narazenie-na-chorobe-wywolana-wirusem-HIV-zakazna-lub-weneryczna-art-161.html> (dostęp: 5.02.2023).

⁸⁸Tak np. P. Palka, H. Karge, *op. cit.*, s. 65; Banasik, *op. cit.*, s. 54.

⁸⁹P. Łukuć, *Przestępstwo narażenia innej osoby na zakażenie wirusem HIV lub inną chorobą zakaźną (wątpliwości i postulaty)*, PiP 2018, nr 4, s. 76–87.

⁹⁰Ibidem.

zakażeni władni są narażenia na zakażenie innych osób. Takich zachowań mogą również dopuścić się osoby zdrowe⁹¹. Ponadto mogą się ich dopuścić również osoby nieświadome swojej infekcji. Jeszcze przed wejściem w życie nowego Kodeksu karnego Z. Mielnik wskazywał, że narażić na zarażenie chorobą można zarówno umyślnie, jak i nieumyślnie, zaś niebezpieczeństwo płynące z narażenia – które wszak jest przesłanką penalizacji – w obu przypadkach jest takie samo⁹².

1.3.2.3.2. Regulacja prawna obowiązująca od 31.03.2020 r.

Art. 161 Kodeksu karnego z 1997 r. (nowelizacja obowiązująca od 31.03.2020 r.)

§ 1. Kto, wiedząc, że jest zarażony wirusem HIV, naraża bezpośrednio inną osobę na takie zarażenie, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 2. Kto, wiedząc, że jest dotknięty chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu, naraża bezpośrednio inną osobę na zarażenie taką chorobą, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 3. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 2 naraża na zarażenie wiele osób, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.

§ 4. Ściganie przestępstwa określonego w § 1 i 2 następuje na wniosek pokrzywdzonego.

Jak już wspomniano wcześniej, mimo słyszalnych głosów krytyki, pierwotne brzmienie art. 161 KK budziło niewielkie zainteresowanie doktryny. Zmieniło się to wraz z niespodziewanym wykryciem w grudniu 2019 r. w chińskim mieście Wuhan koronawirusa SARS-CoV-2, który jest odpowiedzialny za wywołanie choroby zakaźnej COVID-19. Choroba ta zyskała swą nazwę 11 lutego 2020 r. Nazwa została ogłoszona przez WHO i obowiązuje oficjalnie w klasyfikacji ICD⁹³. Tworzą ją pierwsze litery angielskiego wyrażenia Corona (CO) Virus (V) Disease (D). Liczba 19 oznacza rok, w którym został odkryty wirus SARS-CoV-2. Wcześniej na określenie tej choroby używano zwrotów opisowych: „choroba wywołana przez koronawirus” bądź „zachorowanie z powodu zakażenia koronawirusem z Wuhan”⁹⁴. Nazwa

⁹¹K. Banasik, *op. cit.*, s. 60.

⁹²Z. Mielnik, *op. cit.*, s. 21.

⁹³Zob. *Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it*, WHO 2023, online: [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it) (dostęp 19.04.2023 r.).

⁹⁴Zob. MW, *Koronawirus (COVID-19) – najnowsze informacje*, Medycyna Praktyczna, 09.06.2022, online: <https://www.mp.pl/pacjent/choroby-zakazne/koronawirus/koronawirus-warto-wiedziec/225676,koronawirus-najnowsze-informacje> (dostęp: 19.04.2023 r.).

wirusa SARS-CoV-2 została nadana przez ICTV 11 lutego 2020 r. i pochodzi od słów *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* (zespół ciężkiej ostrej niewydolności oddechowej 2). Nazwa została wybrana nieprzypadkowo – nawiązuje do koronawirusa odpowiedzialnego za wybuch epidemii SARS w 2003 r., który jest spokrewniony genetycznie z wirusem SARS-CoV-2⁹⁵.

Nowy wirus w błyskawicznym tempie pojawiał się w kolejnych zakątkach świata. Już 5 marca 2020 r. SARS-CoV-2 był oficjalnie obecny w 84 państwach, zaś jeszcze w tym samym roku (we wrześniu) nie było kraju na świecie, w którym nie zostałby rozpoznany przypadek zakażenia tym patogenem⁹⁶. Głównym problemem stała się łatwość transmisji, a co za tym idzie także, i szybkość przenoszenia się wirusa z człowieka na człowieka. Do zakażenia SARS-CoV-2 dochodzi drogą kropelkową, art. w wyniku kaszlu lub kichnięcia zakażonej osoby. Drobnoustroj ten może również przenosić się za pośrednictwem przedmiotów, art. do zakażenia może dojść, gdy człowiek dotknie przedmiotu bądź powierzchni, na której będzie obecny wirus, a następnie dotknie miejsc, przez które ten wirus może wnikać do organizmu, takich jak art. usta, nos lub oczy⁹⁷.

Postęp zakażenia koronawirusem następował bardzo gwałtownie również w Polsce. W samym tylko marcu 2020 r., kiedy to odnotowano w kraju pierwszy przypadek zakażenia⁹⁸, codziennie obserwowano przyrost nowych zdiagnozowanych zakażeń drobnoustrojem SARS-CoV-2. W ciągu marca 2020 r. zdiagnozowano łącznie 2311 nowych zakażeń patogenem, jednak liczba ta była i tak stosunkowo niewielka w porównaniu z liczbą przypadków diagnozowanych w późniejszym czasie⁹⁹.

⁹⁵Zob. *Naming the coronavirus...*, WHO, *op. cit.*

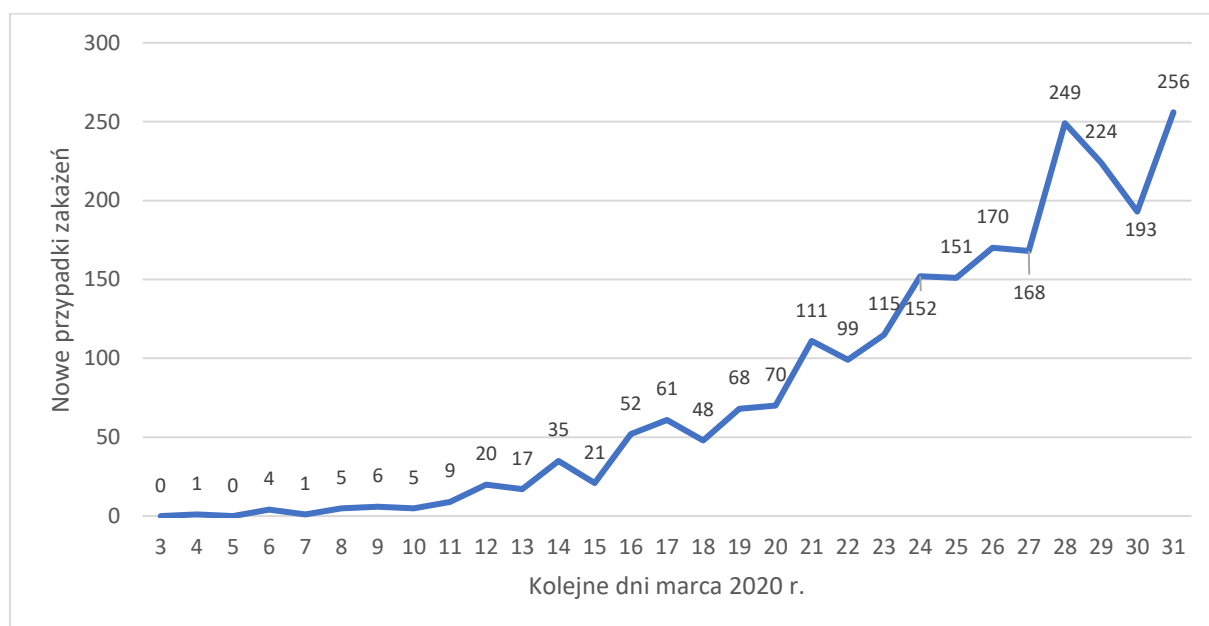
⁹⁶Szerzej zob. J. Duszyński, A. Afelt, A. Ochab-Marcinek, R. Owczuk, K. Pyrc, M. Rosińska, A. Rychard, T. Smiatacz, *Zrozumieć COVID-19. Opracowanie zespół ds. COVID-19 przy Prezesie Polskiej Akademii Nauk*, PAN 2020, s. 7.

⁹⁷E. Łastowiecka-Moras, *Koronawirus z medycznego punktu widzenia*, Bezpieczeństwo Pracy. Nauka i Praktyka, 2020, nr 4, s. 3-5.

⁹⁸Pierwszy przypadek koronawirusa w Polsce, Ministerstwo Zdrowia, 4.03.2020, online: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/pierwszy-przypadek-koronawirusa-w-polsce> (dostęp: 6.06.2023 r.).

⁹⁹Np. w październiku 2020 r. liczba nowo zdiagnozowanych przypadków zakażenia SARS-CoV-2 wyniosła 271 217, *Raport zakażeń koronawirusem (SARS-CoV-2)*, 6.02.2023 r. Ministerstwo Zdrowia, online: <https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2?fbclid=IwAR2sbHUL4YpDXZ57S0Soaz0tIEqEsfGIVdim9eDE9xG-eDqI76-XPJmPGNo> (dostęp: 6.02.2023 r.).

Wykres 3 – Liczba nowo zdiagnozowanych przypadków zakażenia SARS-CoV-2 w poszczególnych dniach marca 2020 r.¹⁰⁰.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych statystycznych udostępnionych przez Ministerstwo Zdrowia, <https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2?fbclid=IwAR2sbHUI4YpDXZ57S0Soaz0tIEqEsfgIVdim9eDE9xG-eDqI76-XPJmPGNo> (dostęp: 6.02.2023 r.).

Należy pamiętać iż wyżej wymienione statystyki dotyczą tylko oficjalnie wykrytych przypadków. Można zaryzykować hipotezę, iż nie wszystkie chore osoby wykazywały objawy COVID-19, więc nie wszystkie osoby mogły być świadome zakażenia koronawirusem, w wyniku czego nie widziały wskazań do zrobienia testu na obecność patogenu, zatem nie zostały zdiagnozowane. Nadto nie wszystkie osoby, które podejrzewały, że są zakażone SARS-CoV-2 (w tym te, które miały typowe objawy infekcji), poddały się testowi potwierdzającemu lub wykluczającemu zakażenie. Wobec powyższego dane o zakażeniach widoczne w oficjalnych statystykach mogą być zaniżone.

Rozprzestrzeniająca się w szybkim tempie choroba wymusiła konieczność znalezienia natychmiastowych rozwiązań mogących zahamować rozwój pandemii – rozwiązań nie tylko medycznych, ale także prawnych. Pandemia pociągnęła za sobą wiele zmian w prawie, zaś jedną z takich zmian była nowelizacja art. 161 KK.

Mimo podejmowanych przez władze publiczne działań prewencyjnych mających na celu minimalizowanie transmisji SARS-CoV-2 (art. przez izolację osób zakażonych

¹⁰⁰Wykres 3 – Liczba nowo zdiagnozowanych przypadków zakażenia SARS-CoV-2 w poszczególnych dniach marca 2020 r.; źródło: opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez Ministerstwo Zdrowia, <https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2?fbclid=IwAR2sbHUI4YpDXZ57S0Soaz0tIEqEsfgIVdim9eDE9xG-eDqI76-XPJmPGNo> (dostęp: 6.02.2023 r.).

i kwarantannę osób mających kontakt z zakażonymi) ustawodawca dostrzegł brak rozwiązań wychodzących naprzeciw nowopowstałemu problemowi. Skutkiem tego 2 marca 2020 r. została uchwalona ustawa o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych¹⁰¹. Nowelizacja do tej ustawy, czyli ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw¹⁰², wprowadziła w art. 13 zmiany do art. 161 KK obowiązujące od 31 marca 2020 r.¹⁰³. Na skutek wyżej wymienionej nowelizacji nastąpiło zaostrzenie ustawowego zagrożenia karą zarówno za przestępstwa z § 1, jak i § 2, a także wprowadzony został typ kwalifikowany czynu z § 2.

Nowa granica zagrożenia karą za narażenie na zarażenie wirusem HIV przez osobę świadomą swojego statusu serologicznego wyniosła od 6 miesięcy do 8 lat pozbawienia wolności – uprzednio przestępstwo to nie miało określonej w przepisie typizującym kary minimalnej, toteż zgodnie z art. 32 KK najniższy wymiar kary pozbawienia wolności jaki można było orzec za to przestępstwo wynosił miesiąc. Maksymalny pułap kary wynosił wcześniej 3 lata pozbawienia wolności (art. 161 § 1 KK).

Nowa granica zagrożenia karą za narażenie na zakażenie chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu dla sprawcy świadomego dotknięcia daną chorobą została ustalona w zakresie od 3 miesięcy pozbawienia wolności do lat 5 (§ 2). Uprzednio takiemu sprawcy groziła kara grzywny, ograniczenia wolności bądź pozbawienia wolności do roku.

Typ kwalifikowany czynu z § 2 odniósł się do narażenia na zakażenie wielu osób. Sprawcy, który popełnia występki spenalizowany w § 2 wobec wielu osób, grozi kara pozbawienia wolności od roku do lat 10 (§ 3).

Należy jednak zauważyć, iż szczegółowe motywy ustawodawcy do wprowadzenia powyższych zmian nie są znane, gdyż projekt ustawy, którą owe zmiany zostały wprowadzone, nie zawierał uzasadnienia¹⁰⁴.

¹⁰¹Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 2095 z późn. zm.).

¹⁰²Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 568 z późn. zm.).

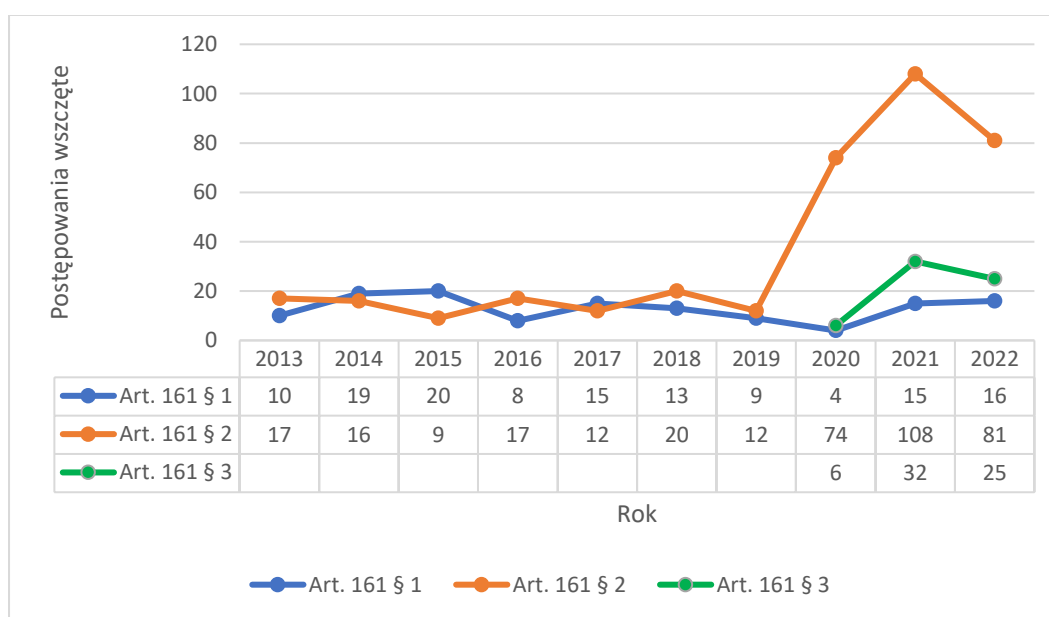
¹⁰³G. Kamiński, *Odpowiedzialność cywilna i karna za zarażenie koronawirusem*, LEX/el. 2020.

¹⁰⁴R. Kubiak, *Odpowiedzialność...*, s. 133.

W doktrynie pojawiły się głosy, iż nowelizacja ta była nieprzemyślana i zbyt pochopna. W szczególności nowy typ kwalifikowany ujęty w § 3 miał posiadać bliźniacze pole penalizacji w stosunku do przestępstwa z art. 165 § 1 pkt 1 KK¹⁰⁵.

W statystykach widoczny jest wzrost przestępstw z art. 161 § 2 KK, który pokrywa się z nasilonym wystąpieniem pandemii COVID-19. Mimo dużego procentowego wzrostu, liczba przestępstw pozostaje w dalszym ciągu relatywnie niewielka.

Wykres 4 – Liczba postępowań wszczętych z art. 161§ 1-3 KK za lata 2013-2022 r.¹⁰⁶

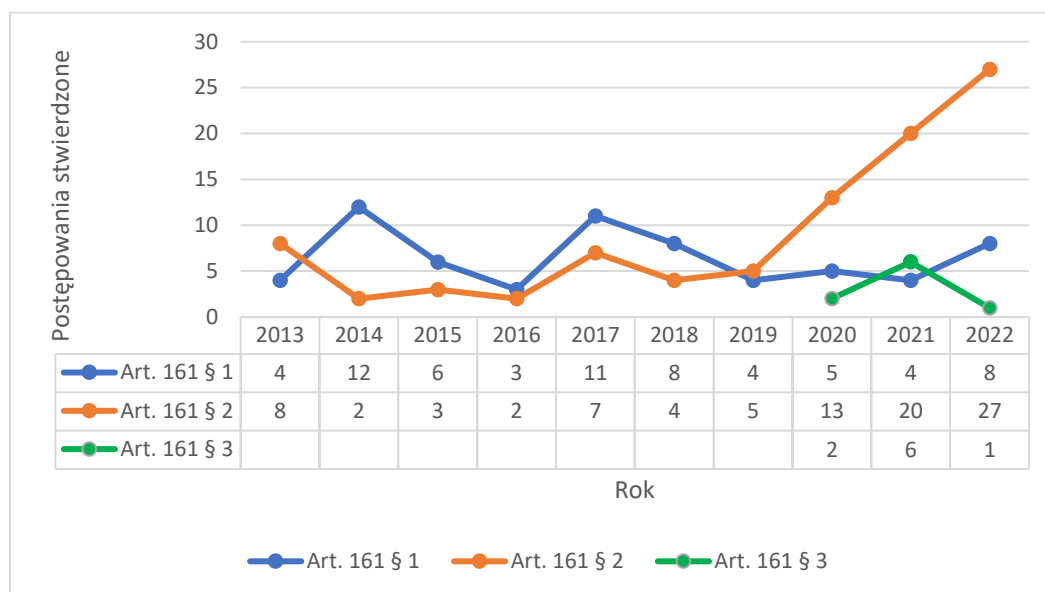


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych statystycznych udostępnianych przez Komendę Główną Policji w trybie dostępu do informacji publicznej. Dane za rok 2022 są danymi udostępnionymi na dzień 16.02.2023 r. i mogą ulec zmianie z uwagi na możliwość dokonania korekt przez jednostki rejestrujące.

¹⁰⁵Tak R. Kubiak, *Odpowiedzialność...*, s. 133.

¹⁰⁶Wykres 4 – Liczba postępowań wszczętych z art. 161 § 1-3 KK za lata 2013-2022. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych statystycznych udostępnianych przez Komendę Główną Policji w trybie dostępu do informacji publicznej. Dane za rok 2022 są danymi udostępnionymi na dzień 16.02.2023 r. i mogą ulec zmianie z uwagi na możliwość dokonania korekt przez jednostki rejestrujące.

Wykres 5 – Liczba przestępstw stwierdzonych z art. 161§ 1-3 KK za lata 2013-2022 r.¹⁰⁷



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych statystycznych udostępnianych przez Komendę Główną Policji w trybie dostępu do informacji publicznej. Dane za rok 2022 są danymi udostępnionymi na dzień 16.02.2023 r. i mogą ulec zmianie z uwagi na możliwość dokonania korekt przez jednostki rejestrujące.

1.3.2.3.3. Regulacja prawna obowiązująca od 1.10.2023 r.

Art. 161 Kodeksu karnego (nowelizacja obowiązująca od 1.10.2023 r.)

§ 1. Kto, wiedząc, że jest zarażony wirusem HIV lub dotknięty chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu, naraża bezpośrednio inną osobę na zarażenie tym wirusem lub taką chorobą, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. (uchylony).

§ 3. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 naraża na zarażenie wiele osób, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.

§ 4. Ściganie przestępstwa określonego w § 1 następuje na wniosek pokrzywdzonego.

W dniu 2 grudnia 2022 r. Prezydent RP podpisał ustawę wprowadzającą znaczną liczbę zmian w obowiązującym Kodeksie karnym to jest ustawę o zmianie ustawy – Kodeks karny

¹⁰⁷Wykres 5 – Liczba przestępstw stwierdzonych z art. 161 § 1-3 KK za lata 2013-2022. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych statystycznych udostępnianych przez Komendę Główną Policji w trybie dostępu do informacji publicznej. Dane za rok 2022 są danymi udostępnionymi na dzień 16.02.2023 r. i. mogą ulec zmianie z uwagi na możliwość dokonania korekt przez jednostki rejestrujące.

oraz niektórych innych ustaw¹⁰⁸. Nowelizacja m.in. wprowadzi od 1 października 2023 r. zmiany do art. 161 KK.

Ustawodawca zdecydował się na kompilację dotychczas obowiązujących paragrafów dotyczących umyślnego bezpośredniego narażenia innej osoby na zarażenie wirusem HIV (§ 1) oraz umyślnego bezpośredniego narażenia innej osoby na zarażenie chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu (§ 2). Paragraf 2 zostanie wkrótce uchylony, zaś jego treść w niemal niezmienionej formie trafi do § 1, gdzie zostanie wkomponowana w jego dotychczasową treść. Nowy § 1 zyska więc brzmienie: „Kto, wiedząc, że jest zarażony wirusem HIV lub dotknięty chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu, naraża bezpośrednio inną osobę na zarażenie tym wirusem lub taką chorobą, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”. Należy zauważyć, iż dolna granica kary dla czynu dotyczącego narażenia na zarażenie wirusem HIV zostanie obniżona (dotychczas wynosiła od 6 miesięcy do 5 lat) i zrównana z sankcją za narażenie na zakażenie chorobami z dotychczasowego § 2. Od 1 października 2023 r. granica kary dla nowego § 1 (zarówno dla narażenia wirusem HIV, jak i innych wyżej wymienionych chorób) wyniesie od 3 miesięcy do 5 lat.

Paragraf 3, który do tej pory penalizował zachowania z § 2 popełnione wobec wielu osób, zostanie dostosowany do wspomnianej zmiany i odniesie się do zachowań z § 1. Oznacza to, iż zawrze w sobie także odniesienie do narażenia na zarażenie wirusem HIV wielu osób, nie tylko zaś – jak jest to obecnie – do narażenia na zarażenie jedynie chorobami wenerycznymi lub zakaźnymi, ciężkimi chorobami nieuleczalnymi lub realnie zagrażającymi życiu. W tym wypadku wysokość kary dla typu kwalifikowanego pozostanie bez zmian i uplasuje się w przedziale od roku do 10 lat pozbawienia wolności.

Podobne porządkowe zmiany przejdzie § 4, w którym wykreślono odniesienie do § 2. Paragraf 4 będzie stanowił, iż wnioskowy tryb ścigania przysługuje pokrzywdzonemu w przypadku, gdy sprawca dopuści się czynu, o którym stanowi § 1.

Powyższe zmiany zostały uzasadnione w projekcie ustawy wprowadzającej nowelizację postępowaniem medycyny, który nastąpił od 1997 r., kiedy to uchwalony został obowiązujący Kodeks karny. W świetle zarówno wiedzy na temat wirusa HIV i choroby AIDS, jak i metod leczenia osób zakażonych nie jest zasadne utrzymanie zwiększonego zagrożenia karą za umyślne bezpośrednie zakażenie wirusem HIV w stosunku do takiego samego narażenia chorobą zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu. W uzasadnieniu

¹⁰⁸Ustawa z dnia 7 lipca 2022 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2600).

podkreślono, iż zakażenie HIV zawiera się w katalogu chorób zakaźnych, ciężkich i nieuleczalnych. Taki stan skutkuje brakiem podstaw medycznych do przypisania zakażeniu patogenem HIV gorzej rokujących dla chorego skutków, niż w przypadku zakażenia pozostałymi chorobami zakaźnymi, ciężkimi i nieuleczalnymi¹⁰⁹.

Przedmiotowe argumenty wydają się być po części realizacją słyszalnych w doktrynie głosów kwestionujących celowość wyodrębnienia zachowania polegającego na bezpośrednim, świadomym narażeniu na zarażenie wirusem HIV. P. Palka i H. Karge zwracali uwagę, iż obecnie wiedzą ogólną wydaje się być fakt, że zdolność wirusa HIV do wnikięcia, namnożenia się oraz uszkodzenia komórek gospodarza jest niższa niż w przypadku innych chorób przenoszonych drogą płciową, takich jak np. dwoinka rzeżączki czy wirusy powodujące wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C¹¹⁰. Pytaniem otwartym pozostaje dlaczego ustawodawca zdecydował się na pozostawienie w ustawie sformułowania dotyczącego wirusa HIV obok m.in. choroby zakaźnej, skoro desygnat jednej nazwy zawiera się w desygnacie drugiej?

W wyżej wspomnianym uzasadnieniu do projektu ustawy zwrócono także uwagę, że wyodrębnienie do osobnego paragrafu narażenia na zarażenie wirusem HIV i przyznanie takiemu zachowaniu wyższej sankcji, niż w przypadku narażenia na zarażenie innymi groźnymi chorobami, jest pewnego rodzaju stygmatyzacją osób zakażonych tym wirusem¹¹¹. Wobec takiej argumentacji nasuwa się pytanie, czy pozostawienie zakażenia wirusem HIV obok innych poważnych ryzyk chorobowych wyeliminowało stygmatyzację osób zakażonych HIV? Zdaniem autorki na to pytanie należy odpowiedzieć przecząco – w tym zakresie nic się nie zmieniło. Ponadto wydaje się to niekonsekwentne, aby wymienić wirus HIV i jednocześnie uznać, iż wirusy niewymienione a podobnie groźne, takie jak np. HBV lub HCV, zawierają się w katalogu chorób wymienionych ogólnie (zdaniem autorki narażenie na zakażenie m.in. tymi wirusami wypełnia znamiona czynu z art. 161 KK, co zostanie objaśnione szczegółowo w II rozdziale pracy).

Ustawa, którą został zmodyfikowany artykuł 161 KK zmienia Kodeks karny aż w ponad 250 miejscach. W większości zmiany te zostały negatywnie ocenione przez środowiska

¹⁰⁹Uzasadnienie do projektu ustawy z dnia 7 lipca 2022 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2600), Sejm RP, druk nr 2024, online: <https://www.sejm.gov.pl/sejm9.nsf/druk.xsp?nr=2024> (dostęp: 7.02.2023 r.).

¹¹⁰Zob. P. Palka, H. Karge, *op. cit.*, s. 66.

¹¹¹Uzasadnienie do projektu ustawy z dnia 7 lipca 2022 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw, (Dz. U. poz. 2600), Sejm RP, druk nr 2024, online: <https://www.sejm.gov.pl/sejm9.nsf/druk.xsp?nr=2024> (dostęp: 7.02.2023 r.).

prawnicze¹¹². Należy jednak zwrócić uwagę, iż art. 161 KK jest w tym wypadku jednym z wyjątków, jeśli chodzi o przesunięcie pułapu karalności. Jest on bowiem do nielicznych artykułów, w których ustawodawca zdecydował się na obniżenie sankcji za unormowane w nim przestępstwo – za narażenie na zakażenie wirusem HIV¹¹³. Także opinie na temat modyfikacji art. 161 KK wskazują mimo wszystko, że zmiany te idą w dobrym kierunku¹¹⁴. Zwraca się jednak uwagę na brak rzetelnego podejścia do toku legislacji. Jak wskazywał Zespół ds. Prawa Karnego Stowarzyszenia Sędziów Polskich IUSTITIA, tego typu zmiany winny być poprzedzone sumiennymi konsultacjami. W opinii Zespołu w tym przypadku nie został przeprowadzony właściwy tok legislacyjny, co nie powinno mieć miejsca¹¹⁵.

1.4. Podsumowanie

Historia penalizacji narażenia na zarażenie chorobą sięga czasów starożytnych, choć w polskim prawie karnym ma relatywnie krótką, bo około stuletnią przeszłość. Początkowo penalizacja zawarta była w aktach prawnych odnoszących się do zdrowia publicznego. Następnie weszła na stałe do ustaw karnych. Począwszy od pierwszego Kodeksu karnego (1932 r.), po obowiązujący obecnie (1997 r.), czyn ten typizowany był jako przestępstwo indywidualne, w którym sprawca musiał nie tylko być już zakażony, ale także obejmować świadomością swój status serologiczny.

Na katalog chorób, których dotyczył czyn zabroniony, wpływ miały czynniki społeczne i medyczne, wydaje się jednak, iż czynniki medyczne były bardziej odbiciem wyobrażeń społecznych na temat danych zagrożeń, niż faktycznie odpowiadały tym zagrożeniom. Nawet jeśli dane zagrożenia jawiły się jako niezwykle znaczne, to należy zastanowić się, dlaczego nie zostały wyrugowane z treści normy, gdy rozwój medycyny sprawił, iż straciły na znaczeniu.

¹¹²Nowelizacja Kodeksu karnego, Wolters Kluwer, 24.01.2023, online: <https://www.profinfo.pl/blog/novelizacja-kodeksu-karnego/> (dostęp: 7.02.2023 r.).

¹¹³P. Bogacki, M. Olęzałek, *Kodeks karny. Komentarz do nowelizacji z 7.7.2022 r.*, Legalis/el. 2023 r., komentarz do art. 161 KK, pkt I.

¹¹⁴Stowarzyszenie Lex Super Omnia, *Opinia do projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw (druk 762)*, 12.7.2022 r., online: <https://lexso.org.pl/2022/07/19/opinia-stowarzyszenia-lex-super-omnia-do-projektu-ustawy-o-zmianie-ustawy-kodeks-karny-oraz-niektorych-innych-ustaw-druk-762/> (dostęp: 7.02.2023 r.).

¹¹⁵Zespół ds. Prawa Karnego Stowarzyszenia Sędziów Polskich IUSTITIA, *Opinia dotycząca projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw z dnia 16 września 2021 r.*, 5.10.2021, online: <https://www.iustitia.pl/dzialalnosc/opinie-i-raporty/4270-opinia-zespołu-ds-prawa-karnego-stowarzyszenia-sedziow-polskich-iustitia-dotyczaca-projektu-ustawy-o-zmianie-ustawy-kodeks-karny-oraz-niektorych-innych-ustaw-z-dnia-16-wrzesnia-2021-roku> (dostęp: 7.02.2023).

Oczywiście w uzasadnieniach zmian przedmiotowej normy jest widoczne powołanie się na rozwój medycyny i spadek znaczenia jednych jednostek chorobowych a nabranie znaczenia innych, jednakże finalnie jednostki, których znaczenie spadło, trwają w treści normy do dziś i zostaną tam także po nowelizacji czekającej niedługo artykuł 161 KK.

Początkowo – gdy problemem były choroby przenoszone drogą płciową – występ ten penalizował jedynie świadome i bezpośrednie narażenie na zarażenie chorobami wenerycznymi, nawet jeśli do narażenia doszło w wyniku innego zachowania niż stosunek seksualny. Wpływ nowej, nieznanej początkowo choroby wywoływanej przez wirusa HIV sprawił, iż wykaz chorób poszerzył się. Początkowo został wyodrębniony osobny paragraf przeznaczony dla penalizacji jedynie narażenia na zarażenie wirusem HIV, zaś osobno spenalizowane zostały choroby weneryczne lub zakaźne, ciężkie choroby nieuleczalne lub realnie zagrażające życiu. Co istotne, mimo że choroby zakaźne zawierają w sobie choroby weneryczne, poprzednia kategoria chorób nie została usunięta. Powstały więc dwie grupy chorób, których zakres się zazębiał. Ponadto paragraf penalizujący narażenie na zakażenie wirusem HIV także zdaje się przynależeć zakresowo do kategorii chorób zakaźnych.

Kolejna modyfikacja normy została dokonana ponownie pod wpływem pojawienia się nowego, budzącego strach, a jeszcze nie do końca natenczas poznanego wirusa – patogenu SARS-CoV-2. Ustawodawca zdecydował się na podwyższenie sankcji karnych za przedmiotowe czyny oraz wprowadzenie typu kwalifikowanego, jeśli narażenie na zakażenie wyżej wymienionymi chorobami dotyczyć będzie wielu osób.

Ostatnia modyfikacja, która wprowadzi nowe brzmienie przepisu od 1 października 2023 r., uzasadniana jest rozwojem wiedzy medycznej i polegać będzie na kompilacji wszystkich wymienionych chorób, to jest na połączeniu w jeden paragraf i ujednoliceniu sankcji za wszystkie wymienione wcześniej choroby (zarówno dla wirusa HIV, jak i chorób wenerycznych lub zakaźnych, ciężkich chorób nieuleczalnych lub realnie zagrażających życiu). W praktyce będzie się to wiązało z obniżeniem sankcji za czyn dotyczący narażenia na zakażenie wirusem HIV. Poszerzony zostanie także typ kwalifikowany, który od 1 października 2023 r. dotyczyć będzie wszystkich chorób, łącznie z narażeniem na zakażenie wirusem HIV.

Ponownie pojawia się pytanie nawiązujące do poprzedniego, skoro ustawodawca wskazuje na rozwój medycyny, dlaczego w dalszym ciągu decyduje się na pozostawienie zazębiających się zakresów chorób? Zdaniem autorki pracy dodawanie kolejnych jednostek chorobowych (weneryczne, zakaźne, HIV) nie współgra z rozwijającą się nauką medyczną, z której ustawodawca winien czerpać wiedzę przy konstrukcji przedmiotowej normy.

Obraz ewolucji penalizacji czynu polegającego na narażeniu na zakażenie chorobami zakaźnymi uwidacznia, iż czynnikiem wpływającym na modyfikacje normy były nastroje społeczne i strach przed szerzącymi się, nie do końca poznanymi chorobami, nie zaś faktyczna wiedza medyczna. Dodawanie kolejnych jednostek chorobowych pod wpływem strachu przed nieznanymi zagrożeniami i jednocześnie brak modyfikacji wcześniej dodanych sprawia, że artykuł 161 KK staje się swego rodzaju patchworkowym tworem uszytym z wyrażeń, które na przestrzeni czasu budziły społeczne poczucie zagrożenia.

Podkreślenia wymaga też fakt, iż żadna z opisanych zmian normy nie wydaje się być przemyślana, w szczególności, żadna zmiana nie wdrożyła zaleceń płynących z doktryny, takich jak – podnoszony co najmniej od prawie dwóch dekad – postulat wprowadzenia charakteru powszechnego tego występku.

Rozdział II. Analiza terminologii zastosowanej w art. 161 KK

2.1. Uwagi wprowadzające

Znając już czynniki, które wpłynęły na obecną i zmieniającą się wkrótce treść art. 161 KK, wydaje się właściwym przeanalizowanie i sprecyzowanie terminologii użytej w przedmiotowym przepisie, bowiem jego treść dostarcza wielu rozbieżności interpretacyjnych¹¹⁶.

Czynnością sprawczą omawianego przepisu, zarówno obecnie, jak i po czekającej nas nowelizacji, jest bezpośrednie narażenie na zarażenie wirusem HIV, chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu. Ustawodawca nie sprecyzował pojęć „bezpośrednie narażenie” czy „zarażenie”, wobec czego otwiera się droga do stosowania niejednorodnych wykładni. W artykule też uwidacznia się luka. Powstaje bowiem pytanie, jak winien być traktowany sprawca „jedynie” zainfekowany wirusem, np. HBV czy HCV, u którego jeszcze choroba nie wystąpiła, a który może tym wirusem zakażać? Pytaniem powiązanim pozostaje, jak winno być traktowane zakażenie samym wirulentnym wirusem (bądź innym patogenem), odpowiedzialnym za wywołanie realnie groźnej dla życia bądź nieuleczalnej choroby? W przypadku wirusa HIV sprawa wydaje się jasna, bowiem sytuację przeniesienia samego wirusa *expressis verbis* wyraża sam przepis (art. 161 § 1 KK). W przypadku czynników chorobotwórczych odpowiedzialnych za inne – w tym nawet groźniejsze niż AIDS – choroby takiego unormowania wyrażonego wprost nie ma – żadne inne groźne patogeny nie zostały wymienione. Może być to przeoczeniem ustawodawcy, a na pewno jest niekonsekwencją – dlaczego bowiem ustawodawca wymienia kazuistycznie jedno drobnoustroje, a pomija inne? Zdaniem autorki lepszym rozwiązaniem byłoby stworzenie jednolitej, ogólnej kategorii zawierającej groźne patogeny.

Należy tu zaznaczyć, iż każda choroba zakaźna spowodowana jest przez czynnik zakaźny¹¹⁷. Nie można więc narażać się na zakażenie chorobą zakaźną, uprzednio nie narażając się na zakażenie patogenem, który tę chorobę wywołuje. Autorka stawia więc hipotezę, iż narażenie na zakażenie wirulentnym biologicznym czynnikiem chorobotwórczym wywołującym chorobę zakaźną, realnie zagrażającą życiu lub nieuleczalną winno być

¹¹⁶Tak np. R. Kubiak, *Odpowiedzialność...*, s. 117.

¹¹⁷Czynnikami zakaźnymi mogą być takie patogeny jak wirusy (np. wirus HIV, HBV), bakterie (np. krętek błady wywołujący kiłę czy dwoinka rzeżączki powodująca rzeżączkę) lub pasożyty (np. pełzak czerwony odpowiedzialny za czerwone pełzakowate czy zarodziec malarii wywołujący malarię). Czynniki zakaźnymi mogą być także m.in. grzyby czy priony.

traktowane na równi z narażeniem na tę chorobę, jeżeli wszystkie inne znamiona czynu z art. 161 KK są wyczerpane.

Celem niniejszego rozdziału będzie weryfikacja tej hipotezy. Rozdział ten uwidoczni również językowe mankamenty omawianego przepisu i pokaże trudności dowodowe, które obrazują użycie przez ustawodawcę przedmiotowej terminologii.

Wobec faktu, iż ostatnia nowelizacja art. 161 KK wkrótce wejdzie w życie, właściwym wydaje się analizować w dalszej części pracy przestępstwo narażenia na zakażenie chorobą z uwzględnieniem przyszłych zapisów. Niniejsza praca będzie odnosiła się więc zarówno do obecnych przepisów jak i do stanu obowiązującego od 1 października 2023 r.

2.2. Pojęcie i istota bezpośredniego narażenia w art. 161 KK

Zachowanie sprawcy spenalizowane w art. 161 KK stanowi przestępstwo konkretnego narażenia na niebezpieczeństwo¹¹⁸. Penalizacja narażenia na zarażenie chorobą jest uzupełnieniem odpowiedzialności karnej czynu z art. 160 KK, to jest czynu z narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Ustawodawca dał możliwość przypisania odpowiedzialności karnej osobie, która co prawda nie narażała innego człowieka na utratę życia bądź doznanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, jednak stworzyła warunki, w których taka groźna sytuacja mogła zaistnieć poprzez bezpośrednie narażenie pokrzywdzonego na zarażenie wirusem HIV, chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu¹¹⁹. Zachowanie narażające na zarażenie chorobą nie zostało przez ustawodawcę sprecyzowane, wobec czego musimy posiłkować się przyjętym przez doktrynę i orzecznictwo stanowiskiem. W literaturze przyjmuje się, że znamiona czynu może realizować każde zachowanie sprawcy, które spowoduje niebezpieczeństwo zakażenia się wirusem HIV bądź jedną z wymienionych chorób, pod warunkiem, iż to niebezpieczeństwo jest realne oraz nieodległe w czasie¹²⁰. Zdaniem autorki

¹¹⁸Tak np. M. Budyn-Kulik [w:] M. Mozgawa (red.), *Kodeks karny. Komentarz aktualizowany*, LEX/el. 2023 r., komentarz do art. 161 KK, pkt 2; J. Giezek [w:] J. Giezek (red.), *Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz*, LEX/el. 2021, komentarz do art. 161 KK, pkt 6; V. Konarska-Wrzošek [w:] V. Konarska-Wrzošek (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, wyd. III, LEX/el. 2020., komentarz do art. 161 KK, pkt 4; A. Zoll [w:] W. Wróbel (red.), A. Zoll (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 9; R. Kokot [w:] R.A. Stefański (red.), *Kodeks karny*, wyd. 6, Legalis/el. 2023, komentarz do art. 161 KK, Nb. 5; B. Polegaj-Pasierb [w:] B. Polegaj-Pasierb, R. Turek, *op. cit.*, s. 22.

¹¹⁹B. Michalski, *Narażenie...* [w:] J. Warylewski (red.), *Przestępstwa...*, Nb. 625.

¹²⁰Tak V. Konarska-Wrzošek [w:] V. Konarska-Wrzošek (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161, pkt 4.

niniejszej pracy bliskość w czasie należy rozumieć szeroko, bowiem można sobie wyobrazić hipotetyczną sytuację, w której sprawca chory na wirusowe zapalenie wątroby typu B naraża na zakażenie poprzez użyczenie nieświadomemu pokrzywdzonemu swojej używanej przez siebie i tępej, a więc powodującej duże ryzyko przerwania ciągłości tkanek, maszynki do golenia, wiedząc że ten na pewno jej użyje w przeciągu tygodnia. Pokrzywdzony nie musi użyć tej maszynki od razu, by narazić się na zakażenie. Na maszynce bowiem może nawet przez tydzień utrzymywać się w niewidocznej gołym okiem kropli krwi zdolny do zakażenia wirus HBV, odpowiadający za wspomniane zapalenie wątroby¹²¹. Wydaje się, iż wspomniana bliskość w czasie dotyczy zaistnienia niebezpieczeństwa wnikięcia patogenu, co może ale jednak nie musi, być równoznaczne z niebezpieczeństwem wywołania choroby, która może być niezwykle odległa czasowo bądź w ogóle nie nastąpić¹²². Autorka stoi jednak na stanowisku, iż narażanie na zakażenie wirulentnym¹²³ patogenem (wirusem, bakterią, riketsją, prionem, grzybem, pasożytem *etc.*) jest równoznaczne z narażeniem na zakażenie chorobą, którą dane patogeny wywołują, jeżeli tylko nie zachodzą przesłanki wyłączające zachorowanie (m.in. fakt, iż dana osoba jest już zainfekowana bądź jest odporna na daną chorobę np. w wyniku jej przebycia¹²⁴). Ponadto zachowanie sprawcy winno pozostawać w związku przyczynowym oraz normatywnym ze skutkiem (to jest narażeniem)¹²⁵. Wreszcie takie zarażenie musi być bezpośrednie. Pokrzywdzony faktycznie winien się znaleźć w sytuacji, z której wynika konkretne (nie jedynie abstrakcyjne) prawdopodobieństwo narażenia jego życia bądź zdrowia na niebezpieczeństwo poprzez ryzyko przeniknięcia do jego organizmu patogenu bądź

¹²¹ „Zakaźność wirusa zachowana jest przez tydzień w temperaturze 25°C, a przez 20 lat w temp. -20°C. Utrzymuje zdolność do zakażenia nawet w zaschniętej kropli krwi. Wirus ma zdolność do przetrwania na przedmiotach, meblach i w pomieszczeniach zabrudzonych krwią lub płynami ustrojowymi chorych. Do przeniesienia infekcji wystarczyzaaledwie 0,00004 ml krwi” – B. Adamek, M. Kukła, *Szczepienie przeciwko HBV przed zabiegami operacyjnymi*, Medycyna po Dyplomie 2017, 4 (252), s. 59-62.

¹²² Samo wnikięcie wirusa nie jest zazwyczaj równoznaczne z chorobą. Przykładowo wirus HCV odpowiedzialny za wirusowe zapalenie wątroby typu C może nie tylko nie wywołać choroby ale zostać samoistnie usunięty z organizmu zakażonego nim człowieka. Zgodnie z danymi WHO około 30% zainfekowanych osób samoistnie usuwa tego wirusa w ciągu 6 miesięcy od zakażenia bez żadnego leczenia – *Hepatitis C. Key facts*, WHO 24.06.2022, online: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c> (dostęp 18.02.2023 r.). Odwrotnością jest wnikięcie wirusa HIV, które obecnie jest traktowane jako pierwszy etap choroby przewlekłej prowadzącej do AIDS (ostatniego etapu tej choroby) – J. I. Bernardino, J. R. Arribas, 103 - *Antiviral Therapy* [in:] J. Cohen (edit.) W. G. Powderly (edit.), S. M. Opal (edit.), *Infectious Diseases (Fourth Edition)*, 2017, p. 918.

¹²³ Wirulentność (ang. *virulence*), inaczej zjadliwość – zdolność czynnika zakaźnego do wywołania ciężkiej choroby. Wirulentność mierzona jest odsetkiem zainfekowanych osób, u których przebieg choroby jest ciężki lub prowadzi do śmierci – A. Zieliński, *Słowniczek terminów epidemiologicznych*, Przeg. Epid., nr 3, t. 74.

¹²⁴ Przykładem choroby skutkującej trwałą odpornością po jej przechorowaniu jest mononukleoza zakaźna wywołana przez wirusa Epsteina-Barr (EBV) – E. Kuchar, *Mononukleoza zakaźna u dorosłych*, Medycyna Praktyczna, 05.06.2017, online: <https://www.mp.pl/pacjent/choroby-zakazne/choroby/zakazenia-wirusowe/160210,mononukleoza-zakazna-u-doroslych> (dostęp 18.03.2023 r.).

¹²⁵ Tak np. J. Giezek [w:] J. Giezek (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161, pkt 5.

wywołania stanu patologicznego organizmu (wystąpienia choroby)¹²⁶. Podobne znaczenie bezpośredniego zarażenia chorobą można znaleźć w orzecznictwie. Przykładowo Sąd Apelacyjny w Lublinie definiuje bezpośrednie zarażenie chorobą jako zarażenie wysoce prawdopodobne i bliskie czasowo¹²⁷.

Analizując pojęcie bezpośredniego narażenia nie sposób uniknąć porównania do czynu z art. 160 KK¹²⁸, co również w tej pracy zostało już częściowo dokonane. Podobieństwo tych dwóch przestępstw jest przedmiotem szerokiej analizy dogmatycznej¹²⁹. Zwraca się uwagę na fakt, że zwroty „bezpośrednie niebezpieczeństwo” oraz „bezpośrednio naraża” nie są jednak wyrażeniami synonimicznymi, zaś ich zakres tylko pozornie się pokrywa¹³⁰. W przypadku bowiem czynu z art. 160 KK bezpośrednia ma być powstała groźna sytuacja, czyli niebezpieczeństwo (wyrażone rzeczownikowo), zaś w art. 161 KK bezpośredniość dotyczy narażenia na zakażenie, czyli konkretnego zachowania sprawcy (czynności). Oznacza to, iż dla wypełnienia znamion czynu z art. 160 KK działanie sprawcy nie musi być niebezpieczne, jednak wykreowane przez niego zdarzenie winno takie bezpośrednie niebezpieczeństwo stwarzać. Oceniany będzie tu charakter powstałej w taki sposób sytuacji, z której wynikać będzie bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia bądź ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. W przypadku art. 161 KK niebezpieczeństwo to będzie powiązane z samym działaniem sprawcy, które bezpośrednio naraża pokrzywdzonego na zakażenie¹³¹.

Mimo różnego zakresu desygnatów, właściwe wydaje się definiowanie samej bezpośredniości w zbliżony sposób do tego, jak definiuje się bezpośredniość w art. 160 KK, dotyczącym narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, mimo iż bezpośredniość z art. 160 KK dotyczy sytuacji, zaś bezpośredniość z art. 161 KK – czynności sprawcy (czynu). Bezpośredniość we wspomnianej normie art. 160 KK to stan, w którym bez dalszych działań ze strony sprawcy, w sytuacji już przez niego wykreowanej zachodzi wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia niebezpieczeństwa bądź jest ono nieuniknione. Podkreślić należy, iż – jak wskazał Sąd

¹²⁶Tak np. A. Zoll [w:] W. Wróbel (red.), A. Zoll (red.) *Kodeks...*, komentarz do art. 161, pkt 1.

¹²⁷Wyrok SA w Lublinie z 22.11.2022 r., II AKa 231/22, LEX nr 3451176.

¹²⁸Art. 160 KK §1. Kto naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. § 2. Jeżeli na sprawcy ciąży obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. § 3. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 lub 2 działa nieumyślnie, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku. § 4. Nie podlega karze za przestępstwo określone w § 1-3 sprawca, który dobrowolnie uchylił grożące niebezpieczeństwo. § 5. Ściganie przestępstwa określonego w § 3 następuje na wniosek pokrzywdzonego.

¹²⁹Zob. B. Michalski, *Narażenie...* [w:] J. Warylewski (red.), *Przestępstwa...*, Nb. 627.

¹³⁰Zob. P. Palka, H. Karge, *op. cit.*, s. 67.

¹³¹Zob. B. Michalski, *Narażenie...* [w:] J. Warylewski (red.), *Przestępstwa...*, Nb. 629.

Najwyższy – nie jest to równoznaczne z niebezpieczeństwem natychmiastowym, a jedynie takim, w którym zachodzi związek przyczynowo-skutkowy, a przyczynę i skutek łączy automatyzm wskazujący na wysokie prawdopodobieństwo jego zaistnienia¹³². Bezpośredniością nie będzie więc sytuacja, w której niebezpieczeństwo istnieje, jednak realizacja zależy od ewentualnych dalszych działań sprawcy bądź osób trzecich¹³³. Zdaniem autorki bezpośrednim będzie również narażenie na zakażenie wirulentnym czynnikiem zakaźnym (np. wirusem czy bakterią), mimo iż choroba przez ten czynnik wywołana może być odległa czasowo bądź nie nastąpić. Jeżeli jednak istnieje ryzyko zarażenia patogenem i nie da się wykluczyć zachorowania, to narażenie to winno traktować się jako narażenie na zakażenie chorobą. Choroba bowiem będzie automatycznym następstwem tego zainfekowania i nie wymaga jakichkolwiek zachowań sprawcy, pokrzywdzonego czy osób trzecich. Takie podejście można znaleźć w orzecznictwie. Przykładowo Sąd Rejonowy w Goleniowie uznał za winnego popełnienia czynu w zw. z art. 161 KK sprawcę, który był „jedynie” zakażony wirusem HCV (a nie chory). Sprawca ten swoim zachowaniem bezpośrednio naraził pokrzywdzoną „na zarażenie chorobą zakaźną, będąc zarażonym wirusem HCV, o czym w chwili popełnienia czynu wiedział”¹³⁴. Obrazuje to, iż już samo zainfekowanie sprawcy wirusem odpowiedzialnym za groźną chorobę, które co najwyżej może stworzyć niebezpieczeństwo przeniesienia się patogenu (a nie przeniesienia się choroby, bowiem ta już powstaje niezależnie od sprawcy) jest równoznaczne z narażeniem na zakażenie chorobą, a nie tylko z narażeniem na zakażenie wirusem. Prawdziwość powyższego zdaje się wynikać również z użytego przez ustawodawcę terminu „dotknięty chorobą”. Analiza tego pojęcia zostanie przeprowadzona w kolejnym podrozdziale pracy (zob. „zakażenie wirusem a dotknięcie chorobą”).

Abstrahując od powyższych rozważań, podkreślić należy, iż „bezpośrednie narażenie na zarażenie chorobą” przez brak ustawowych wytycznych, co do sposobu w jaki ma do tego zarażenia dojść, pozostaje wyrażeniem niezwykle ogólnym, dlatego też każde zachowanie mogące je realizować należy oceniać *in concreto* – z uwzględnieniem aktualnej wiedzy medycznej dotyczącej danych patogenów, chorób, metod ich leczenia¹³⁵ czy nawet swoistych cech pokrzywdzonego, takich jak wiek czy stan zdrowia, w tym przebyte choroby mogące uodpornić na zachorowania, szczepienia *etc.*

¹³²Wyrok SN z 29.5.2012 r., III KK 87/12, Legalis nr 492200.

¹³³Wyrok SA w Katowicach 20.3.2003 r. II AKa 18/03, Legalis nr 76130.

¹³⁴Wyrok SR w Goleniowie z 13.04.2017 r., II K 514/15, LEX nr 2307794.

¹³⁵B. Michalski, *Narażenie...* [w:] J. Warylewski (red.), *Przestępstwa...*, Nb. 631.

2.3. Zarażenie wirusem a dotknięcie chorobą

Wiedząc już, jakie zachowanie sprawcy będzie realizowało znamię „bezpośrednio naraża”, warto się zastanowić nad definicją samego zarażenia, o którym mowa w przedmiotowej normie.

Ustawodawca zarówno przed ostatnią nowelizacją, jak i po niej używa słowa „zarażenie” dwojako. Artykuł 161 KK po nowelizacji z 2022 r. zyska brzmienie „naraża bezpośrednio (...) na zarażenie (...) wirusem HIV lub (...) chorobą” oraz „wiedząc, że jest zarażony wirusem HIV”. Dodatkowo w artykule widnieje słowo będące z pozoru odpowiednikiem znaczeniowym zarażenia – to jest słowo „dotknięcie”. Ustawodawca posługuje się nim w wyrażeniu „wiedząc, że jest (...) dotknięty chorobą”. Zarówno „zarażenie” jak i „dotknięcie” wymagają omówienia.

W doktrynie zwrócono uwagę na niefortunne użycie przez ustawodawcę wyrażenia „zarażenie”, odpowiadające bardziej językowi potocznemu¹³⁶. Zgodnie ze Słownikiem terminów epidemiologicznych o „zarażeniu” powinno się mówić jedynie w przypadku wniknięcia drobnoustrojów pasożytniczych, w tym także powodowanych przez nie infekcji, jeśli oczywiście takie wystąpią. Inwazję do tkanek organizmu czynnika zakaźnego takiego jak wirusy, bakterie czy grzyby naukowy język medyczny określa mianem „zakażenia”. Zakażenie wyżej wymienionymi drobnoustrojami następuje w momencie wniknięcia ich do tkanek organizmu, niezależnie od tego, czy następstwem wniknięcia będzie choroba¹³⁷. Zakażenie – w przeciwieństwie do zarażenia – posiada definicję legalną w art. 2 pkt 32 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Termin ten oznacza wniknięcie do organizmu i rozwój w nim biologicznego czynnika chorobotwórczego. Definicja ta wydaje się odpowiadać wyrażeniu „zarażenie”, który użyty został w normie art. 161 KK, jednakże pytaniem otwartym pozostaje, dlaczego legislacyjnie zastosowano w tym przypadku odmienne terminy. Wobec takiego zabiegu ustawodawcy należy stwierdzić, iż do zdefiniowania pojęcia „zarażenie” nie możemy zastosować wykładni systemowej. Właściwej definicji trudno jest również szukać w języku specjalistycznym z dziedziny nauk medycznych. M. J. Dębowski przeprowadził dokładną analizę obu pojęć (zarażenie i zakażenie) i doszedł do konkluzji, że przedmiotowe terminy w języku specjalistycznym mają różny, ostry zakres desygnatów. Znaczenia terminów nie pokrywają się z językiem potocznym, w którym oba terminy występują

¹³⁶Tak np. R. Kubiak, *Odpowiedzialność...*, s. 122; B. Polegaj-Pasierb [w:] B. Polegaj-Pasierb, R. Turek, *op. cit.*, s. 22.

¹³⁷A. Zieliński, *Słowniczek...*, termin: zakażenie i zarażenie.

zamiennie i charakteryzują się szerokim zakresem pojęciowym¹³⁸. M. J. Dębowski wskazał jednak, że także w języku medycznym zachodzą przypadki, w których wspomniane przyjęte znaczenie nie jest przestrzegane. Autor analizy przytoczył przykład z rozróżnieniem obu terminów nie z uwagi na rodzaj drobnoustroju, który powoduje inwazję, a który opisano wyżej (pasożytniczy w przypadku zarażenia i wirusowy, bakteryjny, grzybiczy w przypadku zakażenia), lecz ze względu na moment tej inwazji. W tym drugim rozumieniu zarażeniem może być określany tylko moment przeniesienia patogenu (niezależnie od jego rodzaju) na człowieka. Zarażenie może nastąpić np. drogą kropelkową, w wyniku którego czynnik zakaźny przenoszony jest z rezerwuaru, czyli miejsca bytowania patogenu, na podatnego gospodarza, czyli na osobę zdolną do wywołania infekcji, czyli – inaczej mówiąc – zdolną do zakażenia się czynnikiem zakaźnym. Samo przeniesienie bywa określane więc mianem zarażenia, zaś zainfekowanie gospodarza – terminem „zakażenie”. Z powyższego wynika, iż w języku specjalistycznym wyrażenie „zarażenie” nie ma jednolitej definicji. W obrocie medycznym mogą funkcjonować terminy „zarażenia” i „zakażenia”, które wskazują na zgoła inne obszary, jednak nie jest też tak, iż terminy te używane są zamiennie¹³⁹.

Należy podkreślić, iż żadnej z przytoczonych wyżej definicji terminu „zarażenie” nie da się przystawić do zarażenia znajdującego się w normie artykułu 161 KK. Ustawodawca bowiem posłużył się wyrażeniem „zarażenie wirusem HIV” (zatem drobnoustrojem niepasożytniczym), a także „zarażenie chorobą” (czyli nie tylko przeniesienie patogenu, ale także zainfekowanie komórek i wywołaniem infekcji)¹⁴⁰.

Autorka niniejszej pracy stoi na stanowisku, iż narażenie na zakażenie drobnoustrojem, który może wywołać chorobę, jest równocześnie narażeniem na tę chorobę – powyższe nie oznacza jednak, iż akceptuje, że zwrot „zarażenie chorobą” dotyczy jedynie przeniesienia patogenu. Według autorki pracy termin ten jest pojęciem szerokim, które prócz wystąpienia choroby zawiera równocześnie (a nie jedynie) przeniesienie patogenu.

Wobec powyższego, chcąc odnieść się do terminu użytego przez ustawodawcę, należy posłużyć się językiem potocznym, w którym zarówno „zarażenie”, jak i „zakażenie” dla przeciętnego odbiorcy – niebędącego związanym ze środowiskiem medycznym czy mikrobiologicznym – występują jako synonimy i obejmują zarówno przeniesienie każdego

¹³⁸M. J. Dębowski, *op. cit.*, s. 24-26.

¹³⁹*Ibidem*.

¹⁴⁰*Ibidem*.

czynnika zakaźnego rozumianego bardzo szeroko, jak i wystąpienie choroby¹⁴¹. W taki sposób są również te zwroty traktowane w niniejszej pracy.

Koniecznym jest ustalenie właściwego desygnatu wyrażenia „dotknięcie chorobą”. R. Kubiak wskazywał, iż wyrażenie „dotknięty” jest znaczeniowo szerszą formułą niż samo zarażenie i – w zestawieniu go z rzeczownikiem „choroba” – czysto literalnie oznacza „kogoś chorego”¹⁴². Wydaje się, że w takim kontekście „dotkniętym” można być również wirusem. Będzie to równoznaczne z tym, że „dotknięcie chorobą” obejmie swoim zakresem także nosiciela, czyli osobę bez objawów choroby zakaźnej, w której organizmie bytują biologiczne czynniki chorobotwórcze, stanowiące potencjalne źródło zakażenia innych osób¹⁴³. Nosiciel, mimo że nie jest chory na daną chorobę, to pozostaje nią dotknięty i stwarza potencjalne zagrożenie dla innych. Należy jednak uznać, że do osób „dotkniętych” nie będzie można zaliczyć podejrzanych o zakażenie¹⁴⁴ lub podejrzanych o chorobę zakaźną¹⁴⁵, to jest takich osób, u których co prawda występują objawy zakażenia bądź choroby zakaźnej (np. gdy osoba ta miała styczność z innym chorym będącym źródłem zakażenia), jednak choroba ta (zakażenie) nie zostały potwierdzone stosowną diagnozą medyczną (np. testem). W takim wypadku winno się taką osobę kwalifikować jako podejrzaną o „dotknięcie chorobą”, a nie faktycznie „dotkniętą”¹⁴⁶. Termin „dotknięty” jawi się więc jako bardziej uniwersalny, choć niemający odbicia w języku medycznym. W przypadku art. 161 KK należałoby uznać, iż termin ten oznacza każdego chorego zakażnie (czyli również wenerycznie), na ciężką chorobę nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu. W zbiorze tym zawierać się będą także nosiciele patogenów wyżej wymienionych chorób, przy czym chory (zakażony) ma być świadomym swego statusu serologicznego. Oznacza to również, iż samo przeniesienie patogenu na innego człowieka bez wywołania u niego właściwej choroby sprawi, iż ta osoba będzie już dotknięta chorobą i będzie mogła popełnić czyn z art. 161 KK. Powyższe jest kolejnym potwierdzeniem hipotezy, iż narażenie na zakażenie biologicznym czynnikiem chorobotwórczym (np. wirusem HBV), który jest odpowiedzialny za wywołanie choroby wymienionej w art. 161 § 2 KK (np.

¹⁴¹Ibidem.

¹⁴²R. Kubiak, *Odpowiedzialność...*, s. 122, cit. per S. Dubisz (red.), *Wielki słownik języka polskiego* t. „A– G”, PWN, Warszawa 2018, s. 714.

¹⁴³Zgodnie z art. 2 ust 1 pkt 17 ChorZakażU.

¹⁴⁴Podejrzany o zakażenie – osoba, u której nie występują objawy zakażenia ani choroby zakaźnej, która miała styczność ze źródłem zakażenia, a charakter czynnika zakaźnego i okoliczności styczności uzasadniają podejrzenie zakażenia; art. 2 ust. 1 pkt 20 ChorZakażU.

¹⁴⁵Podejrzany o chorobę zakaźną – osoba, u której występują objawy kliniczne lub odchylenia od stanu prawidłowego w badaniach dodatkowych, mogące wskazywać na chorobę zakaźną; art. 2 ust. 1 pkt 21 ChorZakażU.

¹⁴⁶R. Kokot [w:] R.A. Stefański (red.), *Kodeks...*, Legalis/el. 2023, komentarz do art. 161 KK, Nb. 31.

WZW typu B), jest równoznaczne z narażeniem na zakażenie tą chorobą i że za takie zachowanie można przypisać odpowiedzialność z omawianego przepisu.

2.4. Cechy choroby z art. 161 KK

Sama konstrukcja katalogu chorób z przedmiotowej normy jeszcze przed ostatnią nowelizacją przysparzała wielu problemów interpretacyjnych¹⁴⁷, zaś po kompilacji § 1 i 2 art. 161 KK, która będzie skutkować dodaniem do chorób alternatywy w postaci wirusa HIV, katalog ten stanie się jeszcze bardziej nieklarowny i kazuistyczny. Po 1 października 2023 r. w odpowiednich warunkach będzie można przypisać odpowiedzialność karną sprawcy, który bezpośrednio narazi na zarażenie „wirusem HIV lub chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu”. Ustawodawca w konstrukcji przedmiotowego katalogu (zarówno obecnego § 2 jak i przyszłego § 1) posłużył się spójnikiem „lub” oraz przecinkiem¹⁴⁸. Spójnik „lub” co do zasady stanowi alternatywę zwykłą (łączną), która dla prawdziwości zestawu spajanych zdań potrzebuje, by co najmniej jedno z tych zdań było prawdziwe¹⁴⁹. Przecinek wraz z kropką i średnikiem zaliczany jest do znaków oddzielających i pełni on – jak sama nazwa wskazuje – rolę oddzielającą. Używany jest do wydzielania wyrazu (grup wyrazów) w wypowiedzeniu¹⁵⁰. Rola oddzielająca tego znaku interpunkcyjnego bywa niezwykle doniosła, co uwidocznili zwłaszcza *casus* związany z historią legislacyjną art. 156 § 1 pkt 2 obowiązującego Kodeksu karnego¹⁵¹. W wersji przyjętej przez Sejm wspomniany artykuł uznawał za ciężki uszczerbek na zdrowiu m.in. „długotrwałą chorobę realnie zagrażającą życiu”. Wyrażenie to zostało zmienione Obwieszczeniem Prezesa Rady Ministrów w trybie sprostowania w taki sposób, że po słowie „długotrwałą” został postawiony przecinek. Skutkowało to zasadniczą zmianą zakresu ciężkiego uszczerbku na

¹⁴⁷Tak np.: A. Marek, *Kodeks karny. Komentarz*, wyd. V, LEX/el 2010, komentarz do art. 161KK, pkt 5; A. Zoll [w:] W. Włodzimierz (red.), A. Zoll (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 10; R. Kubiak, *Odpowiedzialność...*, s.117; B. Polegaj-Pasierb [w:] B. Polegaj-Pasierb, R. Turek, *op. cit.*, s. 23. Także B. Michalski, wskazywał na pewnego rodzaju anachronizm w przedmiotowym katalogu – B. Michalski *Narażenie...* [w:] J. Warylewski (red.), *Przestępstwa...*, Nb. 633-634.

¹⁴⁸Problem interpretacji katalogu chorób został poruszony przez B. Polegaj-Pasierb [w:] B. Polegaj-Pasierb, R. Turek, *op. cit.*, s. 23.

¹⁴⁹Zob. J. Petzel, *Rachunek zdań* [w:] A. Malinowski (red.) *Logika dla prawników*, LexisNexis, Warszawa 2002, s. 100.

¹⁵⁰Zob. J. Majewski, *O wadze przecinka w przepisie typizującym*, PS 2015, nr 1, s. 7-16.

¹⁵¹Szerzej zob. A. Zoll [w:] W. Włodzimierz (red.), A. Zoll (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 156, pkt 5; K. Daszkiewicz, *Uszkodzenie ciała w świetle przepisów Kodeksu karnego z 6 czerwca 1997 r.*, Pal. 1998, nr 1-2, s. 6-20.

zdrowiu. Jak wskazał Trybunał Konstytucyjny, powołując się na wyrok Sądu Najwyższego, postawienie tegoż przecinka spowodowało istotną zmianę przedmiotowej normy. Wyrażenia „długotrwała choroba realnie zagrażająca życiu” oraz „długotrwała, choroba realnie zagrażająca życiu” nie są tożsame znaczeniowo. W pierwszym przypadku choroba realnie zagrażająca życiu winna być zarazem długotrwała, zaś w przypadku drugim choroba ta nie ma charakteru długotrwałego¹⁵². W czasie obowiązywania pierwszego wariantu brak któregośkolwiek ze znamion (długotrwałości czy też realnego zagrożenia życia) uniemożliwiał przyjęcie omawianej kwalifikacji karnej¹⁵³. *A contrario* w wariantie drugim wystarczyła realizacja tylko jednego znamienia, by kwalifikacja ta mogła zostać przyjęta. Powyższy przykład znakomicie obrazuje, jaką rolę odgrywa w języku aktów prawnych przecinek.

Przenosząc powyższe rozważania na grunt art. 161 § 2 KK, w którym znalazła się „choroba weneryczna lub zakaźna, ciężka choroba nieuleczalna lub realnie zagrażająca życiu”, należy zastanowić się, jaką rolę w tym konkretnym przypadku odgrywają spójnik „lub” oraz przecinek. Kwestia tych słów pozostanie aktualna, także po nowelizacji wchodzącej w życie 1 października 2023 r., bowiem katalog chorób w całości zostanie przetransportowany do paragrafu 1 i dodany po „wirusie HIV” zaopatrzonym w spójnik „lub”. Obecny katalog chorób powiększy się o alternatywę w postaci wirusa HIV.

Posługując się wykładnią językową, to jest uznając „lub” za alternatywę zwykłą oraz przecinek za znak służący oddzielaniu wyrażen, należałoby przyjąć, że sprawca może podlegać odpowiedzialności karnej, jeśli świadomy swojego statusu serologicznego jest zarażony/dotknięty jedną z kategorii chorób z katalogu art. 161 KK, a jednocześnie – pozostając dotknięty choćby jedną z tych chorób – narazi inną osobę na zakażenie nią¹⁵⁴. Kategorie chorób nie są jednoznaczne i można odczytać je w następujący sposób: „choroba weneryczna” „choroba zakaźna” „choroba ciężka” „choroba nieuleczalna”, „choroba realnie zagrażająca życiu”. Należy tu podkreślić, iż w obecnym (i przyszłym) zapisie przepisu art. 161 KK doszukać się także możemy takiej kategorii jak „ciężka choroba nieuleczalna, która równocześnie realnie zagraża życiu” oraz „zakaźna, ciężka choroba nieuleczalna” czy „zakaźna, ciężka choroba realnie zagrażająca życiu”. P. Palka i H. Krage zwrócili uwagę na trudności w określeniu, który ze sposobów rozdzielania wyrażen (łącznik „lub” bądź przecinek) winien mieć pierwszeństwo. Wskazali również na niekonsekwencję użycia słowa „choroba”,

¹⁵²Wyrok TK z 7.07.2003 r., SK 38/01, OTK-A 2003, nr 6, poz. 61, LEX nr 80204; Wyrok SN z 4.02.2000 r., V KKN 137/99, OSNKW 2000, nr 3-4, poz. 31, LEX nr 39864.

¹⁵³Wyrok SN z 28.05.2008 r., IV KK 30/08, OSNwSK 2008, nr 1, poz. 1164, LEX nr 531300.

¹⁵⁴B. Polegaj-Pasierb [w:] B. Polegaj-Pasierb, R. Turek, *op. cit.*, s. 23.

które to zostało użyte jedynie przy niektórych kategoriach¹⁵⁵. Abstrahując od trudności prawidłowego wyodrębnienia kategorii i przyjmując teoretycznie, że właściwymi grupami są „choroba weneryczna”, „choroba zakaźna”, „ciężka choroba nieuleczalna” „choroba realnie zagrażająca życiu” (a po wspomnianej nowelizacji dodatkowo jeszcze „wirus HIV”) należałoby uznać, że zarówno wirus HIV, jak i wszystkie wymienione wyżej choroby mogłyby funkcjonować zarówno łącznie, jak i oddzielnie. Oznaczałoby to, że każda z tych chorób (zakażeń) osobno wypełniałaby znamiona występkę i umożliwia przyjęcie kwalifikacji z art. 161 KK. Przyjmując taką – czysto językową – interpretację, należy zauważyć, że skoro w treści przepisu choroby nieuleczalne lub zagrażające życiu oddzielone zostały przecinkiem, to do wypełnienia znamion czynu wystarczyłoby narażenie na zarażenie np. na chorobę zakaźną, która nie musiałaby jednocześnie zagrażać życiu czy być nieuleczalna¹⁵⁶. Pogląd dotyczący rozłącznego traktowania zakażeń lub chorób z przedmiotowego katalogu znalazł swoich zwolenników w doktrynie¹⁵⁷. Jednakże nie wydaje się słuszne przyjęcie tego poglądu. Powyższa interpretacja prowadziłaby do możliwości przypisania odpowiedzialności karnej za narażenie na zakażenie każdą chorobą zakaźną, w tym także taką o łagodnym przebiegu i niemającą groźnych konsekwencji zdrowotnych, dlatego też stanowczo należy odrzucić posługiwanie się w tym wypadku wykładnią językową i posłużyć się wykładnią celowościową¹⁵⁸. Choroba zakaźna bowiem nie zawsze wiąże się z zagrożeniem dla zdrowia lub życia człowieka, zaś by móc mówić o odpowiedzialności karnej, niebezpieczeństwo zagrożenia winno realizować się w stopniu poważnym¹⁵⁹. Taki poziom zagrożenia zostanie osiągnięty dopiero wówczas, gdy dana choroba zakaźna będzie jednocześnie stanowić realne zagrożenie dla życia lub też będzie chorobą nieuleczalną¹⁶⁰. Powyższy pogląd zdaje się też dominować aktualnie w doktrynie¹⁶¹.

Uzasadniając odrzucenie wykładni językowej, należy odnieść się do samego pojęcia choroby zakaźnej, która to, jako jeden z nielicznych terminów użytych w art. 161 KK, posiada definicję legalną. Zgodnie z ustawą o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi choroba zakaźna jest chorobą wywołaną przez biologiczny czynnik

¹⁵⁵Zob. P. Palka, H. Karge, *op. cit.*, s. 75.

¹⁵⁶A. Marek, *op. cit.*, komentarz do art. 161, pkt 2.

¹⁵⁷Tak np. M. Szwarczyk [w:] T. Bojarski (red.) *Kodeks karny. Komentarz*, wyd. VII, LEX/el. 2016 r., komentarz do art. 161 KK, pkt 3. Na istnienie takiego poglądu w doktrynie zwracają też uwagę P. Palka, H. Karge, *op. cit.*, s. 74.

¹⁵⁸R. Kubiak, *Odpowiedzialność...*, s. 118.

¹⁵⁹B. Polegaj-Pasierb [w:] B. Polegaj-Pasierb, R. Turek, *op. cit.*, 23.

¹⁶⁰Ibidem.

¹⁶¹Tak np. A. Zoll [w:] W. Wróbel (red.), A. Zoll (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK pkt 10; L. Tyszkiewicz [w:] O. Górniok (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, wyd. II, LEX/el. 2006, komentarz do art. 161 KK, pkt 3.

chorobotwórczy (art. 2 pkt 3 tej ustawy), czyli przez drobnoustrój komórkowy bądź też jego wytwory; endo- i egzopasożyty człowieka lub ich wytwory; cząstki bezkomórkowe, które posiadają zdolność replikowania się lub przenoszenia materiału genetycznego, w tym także genetycznie zmodyfikowane hodowle komórkowe lub ich produkty (art. 2 pkt 4 ChorZakażU)¹⁶². Dodatkowo w przedmiotowej ustawie znajduje się definicja choroby szczególnie niebezpiecznej i wysoce zakaźnej (art. 2 pkt 3 ustawy). Jest to choroba, która szerzy się w łatwy sposób i odznacza się wysokim stopniem śmiertelności, przez co stanowi szczególne zagrożenie dla zdrowia publicznego, wobec czego wymaga specjalnie dobranych metod jej zwalczania. Ustawodawca jako przykład wyżej wymienionych chorób podał cholere, dżumę, ospę prawdziwą i wirusowe gorączki krwotoczne. Choroba zakaźna zawarta w przepisie art. 161 KK obejmuje zarówno choroby zakaźne „zwykłe”, jak i choroby szczególnie niebezpieczne i wysoko zakaźne¹⁶³. Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi zawiera załącznik, w którym został ujęty wykaz zakażeń i chorób zakaźnych. Możemy w nim znaleźć m.in. takie choroby jak cholera, choroba Creutzfeldta-Jakoba, Ebola, czerwotka bakteryjna, tężec, wścieklizna, zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV) i zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS), wirusowe zapalenia wątroby typu A, B i C, odra, grypa, ospa wietrzna bądź chlamydiozy. Analizując ten załącznik, należy zauważyć dwie rzeczy w odniesieniu do normy 161 KK. Po pierwsze, w art. 161 KK katalogi zawierające choroby i zakażenia wzajemnie się pokrywają, zaś po drugie, choroby zakaźne z wspomnianego załącznika posiadają niewspółmierny względem siebie ciężar – mają nieporównywalne konsekwencje zdrowotne i czas trwania, zaś wiedza o nich jest na różnych etapach rozwoju medycyny.

Jeśli chodzi o wzajemne pokrywanie się zakresów, to zakażenie wirusem HIV może spełniać równocześnie przesłankę choroby wenerycznej, zakaźnej, długotrwałej i realnie zagrażającej życiu. Zakażenie wirusem HIV – jak zwróciła uwagę K. Banasik – zgodnie z wiedzą medyczną, stanowi pierwszy etap prowadzący do AIDS, podczas gdy AIDS jest etapem czwartym i ostatnim infekcji wspomnianym wirusem. K. Banasik podkreślała, iż w obu przypadkach (infekcja HIV i jej następstwo jakim jest AIDS) mamy do czynienia z tą samą chorobą, która w różnych fazach przebiegu nosi odmienną nazwę¹⁶⁴. W medycznej literaturze naukowej już samo zakażenie wirusem HIV zalicza się do chorób przewlekłych, w których

¹⁶²M. Bartnik, *Odpowiedzialność karna za narażenie na zarażenie HIV i AIDS*, Studia Prawnicze KUL 3 (71) 2017, s. 9; B. Polegaj-Pasierb [w:] B. Polegaj-Pasierb, R. Turek, *op. cit.*, s. 23.

¹⁶³M. Budyn-Kulik [w:] M. Mozgawa (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 4.

¹⁶⁴K. Banasik, *op. cit.*, s. 59.

podczas utajonej fazy choroby, nieleczona replikacja patogenu trwa przez stosunkowo długi okres (nawet kilkuletni), czego skutkiem jest zmniejszenie liczby limfocytów T, odpowiadających za odporność komórkową organizmu. Taki stan może prowadzić do infekcji wywołanych nawet przez patogeny, które w normalnych warunkach nie miałyby właściwości chorobotwórczych (tzw. zakażenie oportunistyczne)¹⁶⁵. Wracając do pokrywających się zakresów, podkreślić wypada, że choroby weneryczne całkowicie zawierają się w chorobach zakaźnych, gdyż każda choroba weneryczna jest równocześnie chorobą zakaźną¹⁶⁶. Takie wyodrębnienie chorób wenerycznych w art. 161 KK zostało dokonane ze względu na specyficzną, płciową drogę szerzenia ich¹⁶⁷. Jednakże należy mieć na uwadze, że wiele z chorób klasyfikowanych jako choroby weneryczne może transmitować także w inny sposób niż kontakty seksualne. Egzemplifikując, choroby niekwalifikowane jako choroby weneryczne (a jedynie zakaźne) takie jak na przykład WZW A, B, C czy gruźlica mogą być przenoszone także drogą płciową¹⁶⁸. B. Michalski uznał, iż sformułowanie „choroba weneryczna lub zakaźna” jest swego rodzaju znakiem przeszłości i nie ma racji bytu w obecnych uregulowaniach prawnych. Zasadność takiego rozróżnienia istniała w czasie, gdy choroby zakaźne i weneryczne stanowiły przedmiot odrębnych aktów prawa¹⁶⁹. Zakładając jednak, iż ustawodawca świadomie zdecydował się na pozostawienie podczas ostatniej nowelizacji tego przepisu wzajemnie zawierających się kategorii, wypadałoby uznać, że dopuszcza on również możliwość kompilacji innych kategorii, takich jak „choroby zakaźnej”, „choroby nieuleczalnej” czy „choroby realnie zagrażającej życiu”. Według autorki niniejszej pracy nie ma więc powodów do stosowania wykładni językowej i trzymania się rozłącznego traktowania przedmiotowych wyrażen, skoro sam ustawodawca tak ich nie traktuje. Jednakże, mimo że autorka dopuszcza pokrywanie się zakresów, to stoi na stanowisku, iż taka konstrukcja katalogu jest nieczytelna i rodzi problemy interpretacyjne.

Kolejną uwagą do załącznika zawierającego wykaz chorób zakaźnych (zakażeń), a więc także do chorób z art. 161 KK, jest ich nierówność. Choroby i zakażenia niosą ze sobą niewspółmierne względem siebie konsekwencje zdrowotne. W przedmiotowym załączniku bowiem znajdują się choroby (zakażenia) niebudzące wątpliwości, że zainfekowanie nimi będzie równoznaczne z zagrożeniem dla zdrowia i życia, a także choroby, które przy

¹⁶⁵J. I. Bernardino, J. R. Arribas [in:] J. Cohen (edit.) W. G. Powderly (edit.), S. M. Opal (edit.), *op. cit.*, p. 918.

¹⁶⁶Zob. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11, online: <https://icd.who.int/en> (dostęp. 14.02.2023 r.).

¹⁶⁷P. Palka, H. Karge, *op. cit.*, s. 71, przypis 31.

¹⁶⁸*Ibidem*, s. 73-74.

¹⁶⁹B. Michalski *Narażenie...* [w:] J. Warylewski (red.), *Przestępstwa...*, Nb. 633.

wdrożonym właściwym leczeniu uchodzą za całkowicie wyleczalne bądź też takie, które zazwyczaj nie wymagają specjalistycznego leczenia. Za przedstawiciela niebezpiecznych chorób można podać Ebolę (EVD), której średni wskaźnik śmiertelności wynosi ok. 50%, a przy niektórych epidemiach dochodził nawet do 90%. Nadto u osób, którym udało się przejść Ebolę i wyzdrowieć, występuje szereg powikłań medycznych, w tym problemy ze zdrowiem psychicznym¹⁷⁰. Niewątpliwie jako groźny dla zdrowia i życia przykład choroby można podać też wirusowe zapalenie wątroby typu C, powodowane przez wirusa HCV. Jest to choroba groźna, mogąca skutkować wystąpieniem marskości wątroby, mimo że samo zakażenie wirusa nie zawsze jest równoznaczne z zachorowaniem. Groźne powikłania występują w ciągu 20 lat od zakażenia u ok 15–30% osób z grupy tych, u których rozwinęła się choroba przewlekła. Należy jednak podkreślić, iż postać przewlekła choroby rozwinie się u 70%, a pozostałe 30% osób samoistnie usunie wirusa z organizmu w ciągu 6 miesięcy od zakażenia bez potrzeby jakiegokolwiek leczenia¹⁷¹. Tuż obok wyżej wymienionych chorób w zestawieniu chorób i zakażeń w załączniku do ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi znajdują się także chlamydiozy i inne zakażenia nierzęzątkowe układu moczopłciowego. WHO uznaje wiele z tych chorób za całkowicie wyleczalne pod warunkiem ich rozpoznania i właściwego leczenia¹⁷². Załącznik do wyżej wymienionej ustawy zawiera również choroby, które zazwyczaj nie wymagają leczenia specjalistycznego, a jedynie działań wspomagających (leczenia objawowego, nawadniania *etc.*). Za przykład takich chorób można podać grypę, szczególnie jej odmianę zwaną grypą sezonową¹⁷³. Grypa jest wirusowym zakażeniem górnych dróg oddechowych. Corocznie odnotowuje się zachorowania w każdej grupie wiekowej. Zazwyczaj grypa ustępuje samoistnie w przeciągu od 3 do 7 dni, jednak istnieje ryzyko wystąpienia powikłań, z których część może wymagać hospitalizacji i specjalistycznego leczenia, zaś niektóre mogą skończyć się nawet zgonem. Śmiertelność grypy sezonowej wynosi 0,1–0,5%, jednak podkreślenia wymaga, że 90% przypadków śmiertelnych wystąpiło u osób po 60 roku życia¹⁷⁴.

¹⁷⁰*Ebola virus disease*, WHO, 23.02.2021, online: https://www.who.int/health-topics/ebola#tab=tab_1 (dostęp 14.02.2023 r.).

¹⁷¹*Hepatitis C. Key facts*, WHO, *op. cit.*

¹⁷²Choroby wywołane przez *Trichomonas vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* czy *Treponema pallidum*, uznawane są przez WHO (*Report on global sexually transmitted infection surveillance 2015*) za całkowicie uleczalne pod warunkiem ich rozpoznania i leczenia, *cit. per.* P. Palka, H. Karge, *op. cit.*, s. 72, przypis 34.

¹⁷³B. Polegaj-Pasierb [w:] B. Polegaj-Pasierb, R. Turek, *op. cit.*, s. 23.

¹⁷⁴*Grypa sezonowa*, Główny Inspektorat Sanitarny 2023, online: <https://www.gov.pl/web/gis/grypa-sezonowa> (dostęp 15.03.2023 r.).

Z powyższych danych wynika, że choroby zakaźne – także popularna w sezonie jesienno-zimowym grypa – w odpowiednich warunkach mogą stanowić niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia zakażonego, jednakże nie wynika to jedynie z samego rodzaju i przebiegu danej choroby, a również z okoliczności jej towarzyszących. W szczególności ważne są cechy osobnicze zakażonego, takie jak stan zdrowia, wiek, cechy kongenitalne czy nabyte, w tym także np. skuteczność ewentualnie przejętej szczepionki. Pokazuje to, iż choroba zakaźna może, ale wcale nie musi stanowić niebezpieczeństwa dla zdrowia i życia¹⁷⁵. Bezcelowe byłoby zatem uznanie każdej choroby zakaźnej za chorobę, w przypadku której narażenie na zakażenie może grozić odpowiedzialność karna. Należałoby zatem zawęzić pojęcie choroby zakaźnej w normie art. 161 KK.

Fakt, iż norma art. 161 KK jest czynem z narażenia, otwiera drogę do porównania jej do innych takich czynów. W art. 160 § 1 KK można dostrzec, iż obszar penalizacji został zawężony do sytuacji, w której niebezpieczeństwo dla zdrowia i życia jest duże, to jest bezpośrednio i mogące skutkować poważnymi następstwami w postaci ciężkiej choroby nieuleczalnej lub długotrwałej, a także choroby realnie zagrażającej życiu. Słuszna wydaje się wywiedziona z powyższego porównania konkluzja, iż wolą ustawodawcy była penalizacja jedynie takich czynów, które faktycznie zagrażają zdrowiu i życiu w tak poważnym stopniu, jak co najmniej wywołanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu¹⁷⁶.

Biorąc pod uwagę wszystkie powyższe rozważania, trafnym wydaje się przyznanie chorobie zakaźnej z art. 161 KK cech nieuleczalności lub realnego zagrożenia życia. Przy czym należy pamiętać, iż każda – nawet z pozoru niegroźna – choroba może zawierać w sobie w określonych przypadkach wyżej wymienione cechy i tym samym powodować realne zagrożenie dla organizmu ludzkiego, np. gdy narażony na zarażenie jest dotknięty niedoborem odporności czy zażywa leki immunosupresyjne¹⁷⁷.

2.5. Choroba nieuleczalna i realnie zagrażająca życiu – trudności dowodowe

Ustalenie cech chorób (zakażeń) jakie winny zaistnieć, by móc mówić o odpowiedzialności w świetle normy art. 161 KK, nie rozwiewa wszystkich niejasności

¹⁷⁵B. Polegaj-Pasierb [w:] B. Polegaj-Pasierb, R. Turek, *op. cit.*, s. 23.

¹⁷⁶R. Kubiak, *Odpowiedzialność...*, s. 118.

¹⁷⁷Szerzej zob. *Niedobory odporności*, Szpital Uniwersytecki w Krakowie, online: <https://www.su.krakow.pl/jednostki/choroby-rzadkie/niedobory-odpornosci> (dostęp 18.02.2023 r.).

interpretacyjnych, bowiem same te cechy – a zwłaszcza cecha realnego zagrożenia życia – również stwarzają trudności ocenne.

Chorobą nieuleczalną i chorobą realnie zagrażającą życiu – tak jak wspomniano wcześniej – mogą stać się nawet choroby, które co do zasady takich cech nie mają. Trudność w przypisaniu tych cech wynika z konstrukcji normy, która penalizuje czyn z narażenia na zarażenie, i konieczności ustalenia ich istnienia bez odwołania się do doświadczenia empirycznego¹⁷⁸.

Choroba nieuleczalna to taka choroba, która istotnie zakłóca działanie organizmu, przez co uniemożliwia bądź ogranicza wykonywanie codziennych czynności życiowych. Jednocześnie choroby tej nie da się wyleczyć, stosując dostępne procedury medyczne¹⁷⁹. Należałoby się tu zastanowić, jak szeroka ma być dostępność tych procedur. Istnieją bowiem choroby wyleczalne, których leczenie może nie być dostępne dla danej osoby¹⁸⁰ z powodów materialnych, społecznych, ale też z powodów niskiej świadomości chorego na temat szukania pomocy medycznej. W literaturze medyczno-sądowej choroba nieuleczalna jest procesem patologicznym, który nie ustaje nawet w przypadku leczenia bądź cofa się po dłuższym czasie. Powyższe definicje choroby nieuleczalnej ściśle korelują samą chorobę z aktualną wiedzą medyczną¹⁸¹.

Jeszcze trudniejsza w ocenie wydaje się być realność zagrożenia życia. A. Zoll zwrócił uwagę, iż nie da się stwierdzić, czy dana choroba *de facto* będzie stanowić realne zagrożenie, zanim jeszcze doszło do zakażenia. Według A. Zolla ustawodawca popełnił błąd, wprowadzając do Kodeksu karnego z 1997 r. w dyspozycji art. 161 KK określenie choroby „realnie zagrażającej życiu” zamiast choroby „zazwyczaj zagrażającej życiu”¹⁸². Wyrażenie „choroba zazwyczaj zagrażająca życiu” początkowo funkcjonowało w art. 155 Kodeksu karnego z 1969 r., który to penalizował ciężki uszczerbek na zdrowiu. Jednym ze skutków tego uszczerbku było właśnie spowodowanie choroby stanowiącej zazwyczaj zagrożenie dla życia człowieka. W Kodeksie karnym ustawodawca zdecydował się dokonać zmiany w normie dotyczącej ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 156 KK z 1997 r.) i wyrugować jednostkę chorobową, która statystycznie zagraża życiu (zazwyczaj), a następnie w jej miejsce wstawić jednostkę, która wskazuje na konkretne w danym wypadku, poważne zagrożenie dla

¹⁷⁸ B. Polegaj-Pasierb [w:] B. Polegaj-Pasierb, R. Turek, *op. cit.*, s. 23.

¹⁷⁹ Tak A. Zoll [w:] W. Wróbel (red.), A. Zoll (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 156 KK, pkt 21.

¹⁸⁰ Przykładowo leki przeciwwirusowe mogą wyleczyć ponad 95% osób zakażonych wirusem zapalenia wątroby typu C, ale dostęp do diagnostyki i leczenia jest niewielki. Według szacunków WHO w 2019 r. z powodu wirusowego zapalenia wątroby typu C zmarło około 290 000 osób, *Hepatitis C. Key facts*, WHO, *op. cit.*

¹⁸¹ R. Kubiak, *Odpowiedzialność...*, s. 119.

¹⁸² A. Zoll [w:] W. Wróbel (red.), A. Zoll (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 10.

pokrzywdzonego (realnie zagraża jego życiu). Powyższa zamiana była jak najbardziej uzasadniona w normie penalizującej spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, jednak przeniesienie jej na grunt normy dotyczącej narażenia na zarażenie było według A. Zolla zbyt daleko idącym działaniem ustawodawcy¹⁸³. Znaczenia obu pojęć zostały wyjaśnione w orzecznictwie. Według Sądu Najwyższego „choroba zazwyczaj zagrażająca życiu” oraz „choroba realnie zagrażająca życiu” mają różne desygnaty. „Zazwyczaj” odnosi się do statystyki i może być utożsamiane z wyrazem „najczęściej” (jednak nie zawsze). „Realnie” nie nawiązuje do prawdopodobieństwa wystąpienia, ale odnosi się do konkretnego zdarzenia, w którym winno zostać ustalone istnienie realności zagrożenia życia¹⁸⁴. Choroba realnie zagrażająca życiu nie musi zatem zaliczać się faktycznie do chorób najczęściej takie zagrożenie powodujących, lecz takie rzeczywiste zagrożenie musi stanowić dla danego człowieka w danych konkretnych okolicznościach¹⁸⁵.

Wydaje się jednak, iż zwrot „zazwyczaj” przeniesiony na grunt art. 161 KK także mógłby powodować trudność dowodową w przypadku wielu chorób. Obrazując te problemy przyjrzymy się bliżej jednej z najbardziej zakaźnych chorób świata – odrze.

Odra to choroba niezwykle wysoce zakaźna wywoływana przez wirus MV (*Measles virus*)¹⁸⁶. Do czasu wynalezienia szczepionki w 1963 r. odpowiadała za wysoką śmiertelność niemowląt. W przypadku zakażenia osoby z prawidłową odpornością, infekcja wirusem odrzy skutkuje uzyskaniem odporności nabytej. Wirus MV zostaje usunięty z organizmu, zaś dana osoba uzyskuje odporność na ponowne zakażenie odrą¹⁸⁷. Zakaźność odrzy wynosi prawie 100% u osób nieodpornych. Nadto choroba ta wystąpi prawie u każdego dziecka w okresie przedszczepiennym, które zetknie się z chorym. Jedynym skutecznym i wysokoefektywnym środkiem zapobiegającym odrze jest szczepienie ochronne¹⁸⁸. W Polsce istnieje obowiązek przyjęcia przedmiotowej szczepionki. Obowiązek ten obejmuje dzieci i młodzież od 13 miesiąca życia do ukończenia 19 roku życia¹⁸⁹. Obecnie w Polsce wyszczepienie populacji dwoma dawkami przeciw odrze wynosi 94%. Po przyjęciu obu dawek ochrona nabywana jest

¹⁸³Ibidem.

¹⁸⁴Wyrok SN z 4.02.2000 r., V KKN 137/99, OSNKW 2000, nr 3-4, poz. 31, LEX nr 39864.

¹⁸⁵Wyrok SO w Sieradzu z 16.12.2013 r., II K 35/12, LEX nr 1716843.

¹⁸⁶W. Moss, D. Griffin, Global measles elimination. *Nat Rev Microbiol* 4, 900–908 (2006), online: <https://doi.org/10.1038/nrmicro1550> (dostęp. 13.02.2023 r.).

¹⁸⁷D. Nanche, *Human Immunology of Measles Virus Infection*. In: Griffin, D.E., Oldstone, M.B.A. (eds) *Measles. Current Topics in Microbiology and Immunology*, vol 330. Springer, Berlin, Heidelberg, 2009, online: https://doi.org/10.1007/978-3-540-70617-5_8 (dostęp 13.02.2023 r.).

¹⁸⁸Odra, Główny Inspektorat Sanitarny, online: <https://www.gov.pl/web/gis/odra> (dostęp 13.02.2023 r.).

¹⁸⁹§ 3 ust. 1 pkt 7 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2172 z późn. zm.).

na całe życie, zaś jej skuteczność plasuje się w przedziale 98-99%¹⁹⁰. Nie można więc całkowicie wykluczyć, iż osoba szczepiona nie zachoruje na odrę, jednak ryzyko takiej choroby jest niewielkie, zaś w jej przebiegu, statystycznie u osób zaszczepionych, rzadziej wystąpią groźne powikłania. Umiarkowany – najczęstszy – przebieg choroby jest podobny w przypadku osób zaszczepionych, jak i niezaszczepionych¹⁹¹. Powikłania po odrze są spowodowane w głównej mierze dodatkowymi infekcjami bakteryjnymi i zazwyczaj występują w postaci zapalenia ucha środkowego, zapalenia płuc czy biegunki (od 1 do 8%). Rzadkim (1 na 1000-2000) przypadkiem jest powikłanie w postaci poinfekcyjnego zapalenia mózgu oraz (1 na 100 000) stwardniające zapalenie mózgu¹⁹². Należy jednak podkreślić iż w krajach rozwijających się częstość powikłań może być znacznie wyższa niż w krajach uprzemysłowionych. Podostre stwardniające zapalenie mózgu (SSPE) występuje u około 1-2 na 10 000 zgłoszonych przypadków odrzy¹⁹³.

Najczęściej jednak odra jest chorobą wyleczalną – bez konieczności stosowania leczenia *stricte* przeciwwirusowego. Zdecydowana większość chorych zdrowieje wspomagana jedynie leczeniem łagodzącym objawy choroby¹⁹⁴. W Polsce zapadalność na odrę na 100 000 osób w latach 2005-2022 wahała się od 0,03 (2010 r., 2021 r.) do 3,91 (2019 r.), zaś w tych samych latach nie odnotowano żadnego przypadku śmiertelnego¹⁹⁵.

¹⁹⁰Podsumowanie – Szczepionka przeciw odrze, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, online <https://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/odra/> (dostęp 13.02.2023 r.).

¹⁹¹W badaniu na próbie 10 399 przypadków zachorowań, ryzyko ciężkiego przebiegu odrzy u osób zaszczepionych dwoma dawkami spadło o 71% w stosunku do osób niezaszczepionych, pod warunkiem, że czas od ostatniej dawki wynosił odpowiednio mniej lub więcej niż 15 lat. Ryzyko umiarkowanej choroby przebiegało podobnie – M. Bonneton, D. Antona, K. Danis, F. Aït-Belghiti, D. Levy-Bruhl, *Are vaccinated measles cases protected against severe disease?*, Vaccine, Volume 38, Issue 29, 2020, pages 4516-4519, ISSN 0264-410X, online: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.05.005> (dostęp: 13.02.2023 r.).

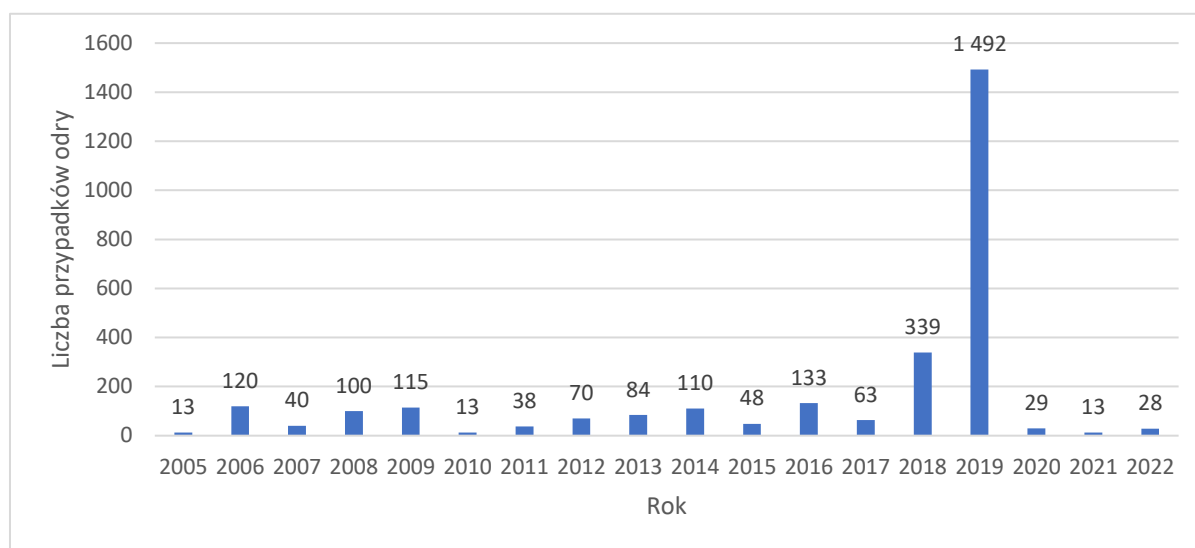
¹⁹²Odra, Główny Inspektorat Sanitarny, online: <https://www.gov.pl/web/gis/odra> (dostęp 13.02.2023 r.).

¹⁹³P. Rota, W. Moss, M. Takeda, et al. Measles. Nat Rev Dis Primers 2, 16049 (2016), <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.49>.

¹⁹⁴Odra, Główny Inspektorat Sanitarny, *op. cit.*

¹⁹⁵Odra, Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Poznaniu, online: <https://www.gov.pl/web/wsse-poznan/odra> (dostęp 13.02.2023).

Wykres 6 – Liczba zachorowań na odrę w Polsce w latach 2005-2022¹⁹⁶



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych statystycznych udostępnianych przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Poznaniu, <https://www.gov.pl/web/wsse-poznan/odra> (dostęp 12.02.2023 r.).

Można zatem powiedzieć, iż zakażenie odrą w niezwykle rzadkich przypadkach może mieć bardzo groźne konsekwencje zdrowotne, jednak przy dzisiejszym poziomie medycyny, w naszej szerokości geograficznej przy obecnym poziomie wyszczerpienia społeczeństwa, na podstawie powyższych danych można traktować ją jako opanowaną i wyleczalną. Wydawać by się mogło, że odra raczej nie stanowi śmiertelnego zagrożenia dla statystycznego człowieka, jednak patrząc globalnie – w szerokościach geograficznych, na których wyszczerpienie populacji nie jest takie wysokie – odra wciąż pozostaje znaczącą przyczyną śmiertelności dzieci na całym świecie. Według WHO w roku 2018 r. choroba była odpowiedzialna za ponad 140 000 zgonów, zaś w ostatnich latach nawet w Europie odnotowuje się zwiększenie zachorowalności¹⁹⁷. Współczynnik śmiertelności wśród potwierdzonych przypadków zachorowań w niektórych rejonach świata dochodzi nawet do 5%. Dostrzega się korelacje śmiertelności z wiekiem zakażenia, stanem odżywiania populacji, zasięgu szczepień i dostępu do opieki zdrowotnej¹⁹⁸.

Trudność z ewentualnym przypisaniem odpowiedzialności z art. 161 KK na przykładzie odry stwarza jej kwalifikacja i wpasowanie w zakres katalogu, który stworzył ustawodawca, mimo że – jak już wspomniano wyżej – należy ona do najbardziej zakaźnych chorób świata,

¹⁹⁶Wykres 6 – Liczba zachorowań na odrę w Polsce w latach 2005-2022, źródło: opracowanie własne na podstawie danych statystycznych udostępnianych przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Poznaniu, online: <https://www.gov.pl/web/wsse-poznan/odra> (dostęp 12.02.2023 r.).

¹⁹⁷Measles. Key facts, WHO, 20.03.2023, online: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/measles> (dostęp 2.04.2023 r.).

¹⁹⁸P. Rota, W. Moss, M. Takeda, *op. cit.*

a jej przebieg może zakończyć się śmiercią. Wydaje się jednak prawie niemożliwym jednoznacznie stwierdzić, że choroba ta może realnie zagrażać w naszej szerokości geograficznej życiu statystycznej, wcześniej zdrowej osobie z prawidłowym układem odpornościowym. Samo wyrażenie „realnie zagrażająca życiu” jest wyrażeniem nieostrym, mogącym rodzić problemy ocenne, w szczególności przy przestępstwach z narażenia, gdzie nie ma możliwości oceny, jaki faktyczny skutek dana choroba mogłaby wywołać u danej osoby. Nie można z całą pewnością założyć czy wykluczyć, iż odra stanowiłaby realne zagrożenie dla życia człowieka, bo swoiste cechy organizmu tego człowieka mają wpływ na przebieg infekcji. Znaczenie ma tu również fakt, czy – w przypadku osób zaszczepionych – dana osoba byłby skłonna w ogóle się tą chorobą zakazić, czego nie sposób ocenić *a priori*.

W przypadku odry nie zdaje egzaminu również klasyfikacja, którą zaproponował A. Zoll to jest zastosowanie kryterium „choroby zazwyczaj zagrażającej życiu”¹⁹⁹. Trudno jest bowiem przyjąć, że choroba ta statystycznie zagraża życiu, skoro zdecydowana większość chorujących zdrowieje bez specjalistycznego leczenia w stosunkowo krótkim czasie.

Przy dzisiejszym poziomie medycyny, która cały czas jeszcze się rozwija, a także działań państwa w zakresie zdrowia publicznego dotyczącego minimalizacji chorób zakaźnych (jak choćby szczepienia) wiele groźnych chorób zazwyczaj nie stanowi zagrożenia. W świetle powyższego zdaniem autorki zwrot „choroba realnie zagrażająca życiu” wydaje się więc lepszym rozwiązaniem w stosunku do zwrotu „choroba zazwyczaj zagrażająca życiu”, choć podkreślić należy, że nie jest to rozwiązanie idealne.

Przyjmując jednak ujęcie, które funkcjonuje, raz jeszcze musi być zaakcentowane, iż realność zagrożenia za każdym razem trzeba ocenić *in concreto*, z uwzględnieniem nie tylko samej choroby, ale przede wszystkim wiedzy medycznej i cech a nawet środowiska pokrzywdzonego – jeżeli tylko te mogłyby mieć wpływ na skutki choroby, którą ten mógłby się zakazić²⁰⁰. Błędem byłoby uznanie *in abstracto*, że dana choroba *in genere* odnosi ten sam skutek w każdym organizmie.

Przykład odry jest przykładem czysto teoretycznym, bowiem autorka nie znalazła żadnych danych mogących świadczyć, iż w Polsce została przypisana odpowiedzialność karna za narażenie na zakażenie tą chorobą. Ciekawym zagadnieniem medyczno-prawnym związanym z odrą wydają się słyszalne w przestrzeni publicznej zabieranie dzieci na „odra

¹⁹⁹Por. A. Zoll [w:] W. Wróbel (red.), A. Zoll (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 10.

²⁰⁰B. Polegaj-Pasierb [w:] B. Polegaj-Pasierb, R. Turek, *op. cit.*, s 23

party”²⁰¹ lub jej odpowiednika „ospa party”. Niemniej jednak z racji, iż norma art. 161 KK określa przestępstwo indywidualne właściwe, wspomniane „odra party” nie będzie rozpatrywane w jego kontekście.

2.6. Niejednoznaczność terminu zastosowanego w art. 161 § 3 KK

Kwalifikowany typ przestępstwa narażenia na zarażenie został wprowadzony do art. 161 KK jako § 3 na podstawie ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw. Znamie kwalifikujące tego występku to narażenie na zakażenie wielu osób²⁰² – bez modyfikacji innych znamion czynu podstawowego określonego w § 2 art. 161 KK²⁰³ (a po 1 października 2023 r. § 1 art. 161 KK). Podkreślenia wymaga fakt, iż mimo że konstrukcja „wiele osób” sugerować mogłaby objęcie ochroną dobra, jakim jest bezpieczeństwo powszechne (jak ma to miejsce w art. 165 KK), to sam fakt umiejscowienia tegoż występku w rozdziale XIX Kodeksu karnego, którego celem jest ochrona życia i zdrowia jednostki indywidualnej, wskazuje, że przedmiotem jego ochrony w dalszym ciągu pozostaje jednostka, choć tych jednostek w typie kwalifikowanym jest wiele²⁰⁴. Znamiona tegoż występku zostaną omówione dokładnie w dalszej części pracy, jednakże w tym miejscu należy wyjaśnić znaczenie użytego w przedmiotowym paragrafie terminu „wiele osób”. Ustalenie definicji „wielości” jest w tym wypadku kluczowe, gdyż pozwoli nam odpowiedzieć na pytanie, w jakiej sytuacji zachowanie sprawcy będzie kwalifikowane jako typ podstawowy, a w jakich okolicznościach sprawcy będzie groziła surowsza sankcja²⁰⁵.

Termin „wiele osób” nie jest nowym wyrażeniem na gruncie prawa karnego, w tym też w obowiązującym obecnie Kodeksie karnym. Występuje w szeregu innych norm w szczególności w art. 115 § 20, art. 140 § 2, art. 163 § 1, 3 i 4, art. 165 § 1, 3 i 4, art. 166 § 2 i 3, art. 171 § 1, art. 172, art. 173 § 1, 3 i 4, art. 176 § 2, art. 185 § 3, art. 224a KK²⁰⁶. Jako że

²⁰¹Odra party to „spotkanie dzieci chorych na odrę z dziećmi zdrowymi, zorganizowane w celu zarażenia ich tą chorobą i uodpornienia na wirusy, które ją wywołują” – Obserwatorium Językowego Uniwersytetu Warszawskiego, online: <https://nowewyrazy.uw.edu.pl/haslo/odra-party.html> (dostęp 18.02.2023 r.).

²⁰²Tak np. M. Budyn-Kulik [w:] M. Mozgawa (red.) *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 10.

²⁰³R. Kokot [w:] R.A. Stefański (red.), *Kodeks...*, Legalis/el. 2023, komentarz do art. 161 KK, Nb. 2.

²⁰⁴Tak np. V. Konarska-Wrzošek [w:] V. Konarska-Wrzošek (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 2.

²⁰⁵*Ibidem*, pkt 5.

²⁰⁶R. Kokot [w:] R.A. Stefański (red.), *Kodeks...*, Legalis/el. 2023, komentarz do art. 161 KK, Nb. 2.

przedmiotowy występ z art. 161 KK § 3 jest młodym, dopiero trzyletnim przepisem, to definiując jego terminologię posilkować się należy dorobkiem piśmiennictwa i orzecznictwa dotyczącym norm starszych, w których znamię „wielości osób” zostało poddane na przestrzenie lat wszechstronnej analizie²⁰⁷. Niestety jak i w wielu innych przypadkach nieostrych terminów, tak i w tym interpretacje bywają różnorakie²⁰⁸.

Szczególnie wyraźnie rysują się dwie interpretacje „wielości”²⁰⁹. Pierwsza z nich odwołuje się do wykładni językowej i wyrażona jest konkretnym liczebnikiem, którego przekroczenie będzie równoznaczne z wypełnieniem znamienia „wielości” – niezależnie od stanów faktycznych, w których znamię to funkcjonuje²¹⁰. Druga interpretacja odwołuje się do wykładni celowościowej, gdzie ten sam liczebnik może, ale nie musi realizować wspomniane znamię. Na wypełnienie znamienia będą mieć wpływ inne okoliczności, na które składać będzie się kontekst zdarzenia²¹¹. Z powyższego wynika, że liczebnik „wiele” jest pojęciem ocennym²¹².

W wykładni ilościowej podkreśla się, że słowo „wiele” posiada właściwy tylko dla siebie zakres znaczeniowy. Oznacza to, że niespójne byłoby definiowanie go odmiennie w różnych sytuacjach. Prawidłowym bowiem jest, by w każdym stanie faktycznym liczebnik ten miał takie samo znaczenie²¹³. Grupa popierająca pogląd ilościowy nie jest spójna. W jej obrębie występują podziały. Różnie jest bowiem określana minimalna granica, od której zaczyna się „wiele”.

G. Bogdan wskazał, że za pogląd dominujący należy uznać formę liczebnikową, której znamię wielości realizuje się od sześciu osób²¹⁴. Taki pogląd znajduje także odzwierciedlenie w orzecznictwie²¹⁵. Sąd Okręgowy w Katowicach w wyroku z 2010 r. wskazał, iż wielość osób można odnieść już do grupy sześciuosobowej. Ten sam Sąd także w wyroku z 2012 r. uznał taki

²⁰⁷R. Kubiak, *Odpowiedzialność...*, s. 127.

²⁰⁸Zob. K. Wiak [w:] A. Grześkowiak (red.), K. Wiak (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, wyd. 7, Legalis/el. 2021, komentarz do art. 161 KK, Nb. 4.

²⁰⁹B. Polegaj-Pasierb [w:] B. Polegaj-Pasierb, R. Turek, *op. cit.*, s. 24.

²¹⁰Z. Gądzik, R. Hałas [w:] A. Grześkowiak (red.), K. Wiak (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, wyd. 7, Legalis/el. 2021 r., komentarz do art. 163 KK, Nb. 3.

²¹¹*Ibidem*.

²¹²*Ibidem*.

²¹³Tak. J. Karnat [w:] M. Banaś-Grabek, B. Gadecki, J. Karnat, *Kodeks karny. Część szczególna. Art. 148–251. Komentarz*, Legalis/el. 2020 r., komentarz do art. 161 KK, Nb. 5

²¹⁴Tak np. G. Bogdan [w:] A. Zoll (red.), W. Wróbel (red.), *Kodeks karny. Część szczególna. Tom II. Część I. Komentarz do art. 117–211a*, LEX/el. 2017 r., komentarz do art. 163 KK, pkt 2. Podobnie A. Marek, *op. cit.*, komentarz do art. 163 KK, pkt 3; K. Buchała [w:] A. Zoll (red.) *Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz do art. 117–363*, t. II i III, LEX/el. 1999, komentarz do art. 163 KK, pkt 2.

²¹⁵Np. wyrok SA w Lublinie z 18.03.2008 r., II AKa 56/08, LEX nr 399937; wyrok SA w Katowicach z 18.10.2001 r., II AKa 372/01, Prok.i Pr.-wk 2002, nr 7-8, poz. 28; wyrok SO w Elblągu z 31.05.2016 r., II K 1/15, LEX nr 2146329.

pogląd za dominujący²¹⁶. Podobnie wypowiedział się Sąd Okręgowy w Elblągu w wyroku z 2016 r., w którym wskazał, że sześć osób to minimalna granica liczbowa, od której można uznać, że wyczerpane zostało znamię „wielości”²¹⁷. Takie samo zdanie miał także Sąd Apelacyjny w Gdańsku w wyroku z 2013 r., uznając, że w wyrażeniu „wiele osób” chodzi o liczbę sześć i więcej osób²¹⁸.

Równie popularnym poglądem wydaje się pogląd ilościowy, jednak przesuwający do dziesięciu granicę, od której znamię wielości jest realizowane²¹⁹. R.A. Stefański wskazuje na potrzebę definiowania „wiele” w zestawieniu nie tylko z innymi normami zawierającymi to wyrażenie, ale także w zestawieniu z innymi zbliżonymi do tego liczebnika niezidentyfikowanymi określeniami, jak np. słowo „kilka”. Słowo to funkcjonuje m.in. na gruncie przepisu art. 301 § 1 i 3 KK. R.A. Stefański twierdził, że „kilka” w sposób przybliżony definiuje liczby w zakresie od trzech do dziewięciu, zaś „wiele” odnosi się pojęciowo do liczb o dużej, znacznej ilości. Zestawiając oba liczebniki, należy dojść do konkluzji, że skoro „wiele” jest większe niż „kilka” (przy czym „kilka” dochodzi do dziewięciu), to „wiele” winno obejmować swym zakresem liczby większe bądź równe dziesięć²²⁰. Także i w przypadku tej interpretacji można znaleźć kierujące się nią orzecznictwo²²¹. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z 2012 r. jasno stwierdza, iż „wiele” to co najmniej dziesięć osób. Sąd ten wskazuje, że za takim rozumieniem tego liczebnika przemawia funkcja gwarancyjna, czyli naczelną zasada procesu karnego unormowana w art. 5 § 2 KPK, nakazująca rozstrzygać ewentualne wątpliwości na korzyść oskarżonego²²². Ten sam Sąd w wyroku z 2013 r. uzasadnia, iż „wielość” obejmuje co najmniej dziesięć osób, co wynika bezpośrednio z przyjęcia, że „kilka” oznacza mniej niż „wiele”²²³. Sąd Apelacyjny w Szczecinie w wyroku z 2018 r. argumentował, że w przypadku, gdyby racjonalny ustawodawca chciał wyrazić liczbę mniejszą niż dziesięć, to

²¹⁶Wyrok SA w Katowicach z 10.10.2012 r., II AKa 230/12, LEX nr 1236411.

²¹⁷Wyrok SO w Elblągu z 31.05.2016 r., II K 1/15, LEX nr 2146329.

²¹⁸Wyrok SA w Gdańsku z 31.01.2013 r., II AKa 7/13, LEX nr 1289404.

²¹⁹Tak np. J. Piórkowska-Flieger [w:] T. Bojarski (red.) *Kodeks karny. Komentarz*, wyd. VII, LEX/el. 2016 r., komentarz do art. 163 KK, pkt 2; M. Kulik [w:] M. Mozgawa (red.) *Kodeks karny. Komentarz aktualizowany*, LEX/el. 2023 r., komentarz do art. 163 KK, pkt 3; D. Gruszecka [w:] J. Giezek (red.), *Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz*, LEX/el. 2021 r., komentarz do art. 163 KK, pkt 6; V. Konarska-Wrzošek, [w:] V. Konarska-Wrzošek (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 163, pkt 4; R.A. Stefański [w:] R.A. Stefański (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, wyd. 6, Legalis/el.2023, komentarz do art. 163KK Nb. 20.

²²⁰R.A. Stefański [w:] R.A. Stefański (red.), *Kodeks...*, Legalis/el. 2023, komentarz do art. 163, Nb. 20.

²²¹Np. wyrok SA we Wrocławiu z 16.10.2013 r., II AKa 305/13, LEX nr 1392144; wyrok SO w Poznaniu z 9.05.2018 r., III K 206/17, LEX nr 2508070; wyrok SA we Wrocławiu z 13.06.2017 r., II AKa 129/17, LEX nr 2344210.

²²²Wyrok SA w Lublinie z 10.10.2012 r., II AKa 162/12, LEX nr 1237251.

²²³Wyrok SA w Lublinie z 18.07.2013 r., II AKa 117/13, LEX nr 1369352.

w tym celu posłużyłby się sformułowaniem „kilka”, nie zaś „wiele osób”, które oznacza liczbę mnogą²²⁴.

Ostatnim poglądem wyrażanym przez orzecznictwo i popieranym przez część doktryny²²⁵ jest pogląd celowościowy, czyli taki, w którym wyrażenia liczbowe definiujące „wielość osób” mają charakter orientacyjny, zależny od kontekstu. W tym przypadku wypełnienie znamion „wielości” winno być każdorazowo oceniane z uwzględnieniem danego stanu faktycznego. Nie ulega wątpliwości, iż jest to pogląd dużo bardziej elastyczny. Takie stanowisko zajął też Sąd Najwyższy, który wskazał, że nie istnieje racjonalny powód, by przyjąć, że określenie „wiele osób” w każdym przypadku musi być sztywno uznawane za większą liczbę niż określenie „kilka”. Zdaniem Sądu „wiele” nie zawsze winno wynosić co najmniej dziesięć osób. Ponadto Sąd Najwyższy zaliczył wyrażenie „wiele osób” do określeń ocennych, co – zdaniem Sądu – winno skutkować postrzeganiem znamion wielości w korelacji z okolicznościami konkretnego zdarzenia²²⁶. Akceptanci powyższego poglądu uzasadniają zdanie Sądu, argumentując, że skoro ustawodawca nie sprecyzował w ustawie karnej wyrażenia „wiele”, to takiego precyzowania nie należy dokonywać także na płaszczyźnie wykładni. Ocena realizacji konkretnego zdarzenia winna zawsze należeć do władzy sądowniczej²²⁷.

W analizie przedmiotowego pojęcia „wielu osób” K. Janczukowicz zauważył, że rozbieżności w definiowaniu dotyczą co do zasady przedziału od sześciu do dziewięciu osób. Autor ten uznaje, że orzecznictwo nie rozstrzyga definitywnie, jaki pogląd należy uznać za jedyny właściwy²²⁸. Autorka niniejszej pracy skłania się ku poparci argumentów i konkluzji Sądu Najwyższego – skorelowania desygnatu „wielości” z kontekstem wynikającym ze stanu faktycznego. Zdaniem autorki już sam rozdzwiek w ustaleniu pułapu liczbowego, od którego rozpoczyna się „wielość”, uwidacznia, że „wielości” miewają różne granice. Także kierowanie się wykładnią językową nie oznacza, iż trzeba odrzucić wykładnię funkcjonalną, a wręcz przeciwnie – autorka uznaje, że obie te wykładnie się pokrywają. Liczebnik „wiele” pozostaje nieokreślony. Dopiero w zdaniu możemy odczytać jego kontekst. Inne bowiem nadamy znaczenie słowu „wiele” w wyrażeniu „wiele osób w grupie”, gdy z kolejnych zdań będzie

²²⁴Wyrok SA w Szczecinie z 5.07.2018 r., II AKa 104/18, LEX nr 2547712.

²²⁵Tak M. Małecki, W. Płóciennik, N. Szabatowska, *Prawo karne, pojęcie „wiele osób” jako znamię przestępstwa z art. 163 § 1 Kodeksu karnego, znamię ocenne, zasady wykładni prawa karnego*. Glosa do postanowienia SN z dnia 11 stycznia 2017 r., III KK 196/16, OSP 2018, nr 3, s. 26; także: S. Łagodziński, Glosa do postanowienia SN z dnia 11 stycznia 2017 r., III KK 196/16, Prok.i Pr. 2018, nr 3, s. 125-133. Przeciw: m.in. M. Klonowski, *Glosa do postanowienia SN z dnia 11 stycznia 2017 r., III KK 196/16*, St.Iur.Lubl. 2018, nr 2, s. 153-164, przeciw też: K. Siwek, *Wykładnia znamienia „wiele osób” na tle art. 163 § 1 k.k., znamię opisowe, wykładnia językowa prawa karnego. Glosa do postanowienia SN z dnia 11 stycznia 2017 r., III KK 196/16*, OSP 2019, nr 4, s. 38.

²²⁶Postanowienie SN z 11.01.2017 r., III KK 196/16, OSNKW 2017, nr 5, poz. 25.

²²⁷M. Małecki, W. Płóciennik, N. Szabatowska, *op. cit.*, s. 26.

²²⁸K. Janczukowicz, *op. cit.*

wynikać, że grupa ta liczy dziesięć osób, a inne gdy grupa liczyć będzie osób sto. Ponadto autorka jest zdania, iż gdyby wolą ustawodawcy było wprowadzenie konkretnej wartości liczbowej do normy, to nic nie stałoby na przeszkodzie, by to uczynić. Norma ta mogłaby przecież stanowić, iż sprawca podlega karze od roku do lat dziesięciu jeśli naraża na zarażenie co najmniej sześć (dziesięć) osób. Ustawodawca, w przypadkach, w których chce wyrazić konkretną wartość liczbową – robi to. Skoro więc ustawodawca zdecydował się użyć liczebnika „wiele” to musiał mieć ku temu powód. Zdaniem autorki powodem była możliwość przystawienia danej normy do konkretnego stanu faktycznego i stworzenia w procesie subsumpcji normy jednostkowej właściwej dla danej sytuacji.

Przenosząc powyższe rozważania na grunt art. 161 § 3 KK, należy uznać, że narażenie na zarażenie wielu osób nie dotyczy konkretnej, z góry określonej liczby tych osób, przy których zrealizuje się zagrożenie sankcją. Odpowiedzialność karną w typie kwalifikowanym będzie można przypisać, gdy czyn sprawczy dotyczyć będzie szerszego grona osób – bez względu na konkretną ich liczbę²²⁹. Mimo że opisanie tego grona konkretną wartością liczbową wydaje się drogą łatwiejszą, to jednak zdaniem autorki każdorazowo należy wybrać drogę dłuższą, to jest pozostawić przypisanie konkretnych wartości według oceny sądu.

2.7. Podsumowanie

Przepis artykułu 161 KK należy uznać za nieprecyzyjny. Użyta w nim terminologia, zarówno w wersji obecnej, jak i w wersji, która wejdzie w życie 1 października 2023 r., nie jest odbierana jednoznacznie przez doktrynę i judykaturę. Ponadto – w przypadku słowa „zarażenie” czy w przypadku zazębiania się kategorii takich jak m.in. „choroba weneryczna” i „choroba zakaźna” – terminologia normy jest niespójna z językiem specjalistycznym (medycznym), do którego winna się odwoływać, a co bardziej znaczące, terminologia ta jest także niespójna z resztą systemu prawa²³⁰. Sama konstrukcja analizowanego artykułu jest niefortunna. Ustawodawca stworzył katalog chorób, który może być językowo różnie – przeciwstawnie – odbierany.

Próbując jednak ustalić jednolitą definicję normy art. 161 KK, należy uznać, że:

²²⁹Tak też R. Kubiak, *Odpowiedzialność...*, s. 128.

²³⁰Np. z ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, gdzie użyty jest termin „zakażenie”.

- bezpośrednie narażenie na zarażenie – to każde zachowanie sprawcy, które sprowadza niebezpieczeństwo zakażenia się wirusem HIV bądź jedną z wymienionych chorób (w tym patogenów je wywołujących), pod warunkiem, iż to niebezpieczeństwo jest realne oraz nieodległe w czasie²³¹ i będzie pozostawać w związku przyczynowym oraz normatywnym ze skutkiem (narażeniem)²³²;
- bezpośredniość – manifestować się będzie przez fakt, że pokrzywdzony znalazł się w sytuacji, z której wynika konkretne (nie jedynie abstrakcyjne) prawdopodobieństwo narażenia jego życia bądź zdrowia na niebezpieczeństwo, poprzez ryzyko przeniknięcia do jego organizmu patogenu lub wywołania stanu patologicznego organizmu (wystąpienia choroby)²³³;
- narażenie – sprowadzenie niebezpieczeństwa, odnosi się do działania sprawcy (czynności) nie zaś do groźnej sytuacji (wyrażonej rzeczownikowo), która mogła być wytworzona przez, nawet niegroźne, zachowanie sprawcy, jak ma to miejsce na gruncie normy z art. 160 KK²³⁴;
- zarażenie – wniknięcie do organizmu i rozwój w nim biologicznego czynnika chorobotwórczego. Zarażenie winno być definiowane szeroko za pomocą języka potocznego²³⁵ i odpowiadać równocześnie terminowi „zakażenie” z ChorZakażU.
- choroba zakaźna – choroba, która została wywołana przez biologiczny czynnik chorobotwórczy, w tym także choroba szczególnie niebezpieczna i wysoce zakaźna, to jest choroba zakaźna łatwo rozprzestrzeniająca się, o wysokiej śmiertelności, powodująca szczególne zagrożenie dla zdrowia publicznego i wymagająca specjalnych metod zwalczania. Choroba ta winna posiadać jednocześnie cechy nieuleczalności lub realnego zagrożenia życia²³⁶, jednakże cechy tej choroby każdorazowo powinny być oceniane z uwzględnieniem stanu faktycznego, w tym indywidualnych cech pokrzywdzonego, a także aktualnej wiedzy medycznej i dostępnych metod leczenia²³⁷;

²³¹V. Konarska-Wrzošek [w:] V. Konarska-Wrzošek (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 4.

²³²J. Giezek [w:] J. Giezek (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 5.

²³³A. Zoll [w:] W. Wróbel (red.), A. Zoll (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 1.

²³⁴B. Michalski, *Narażenie...* [w:] J. Warylewski (red.), *Przestępstwa...*, Nb. 629.

²³⁵M. J. Dębowski, *op. cit.*, s. 24-26.

²³⁶Zob. np. A. Zoll [w:] W. Wróbel (red.), A. Zoll (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 pkt 10; L. Tyszkiewicz [w:] O. Górniok (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 3.

²³⁷Zob. B. Michalski, *Narażenie...* [w:] J. Warylewski (red.), *Przestępstwa...*, Nb. 631.

- dotknięcie chorobą – to wyrażenie synonimiczne do „kogoś chorego”²³⁸, obejmujące swoim zakresem także nosiciela. Dotknięcie chorobą nie obejmuje osób „jedynie” podejrzanych o zakażenie lub chorobę²³⁹;
- wiele osób – to zwrot ocenny i należy definiować go z uwzględnieniem wykładni celowościowej, w oparciu o konkretny stan faktyczny²⁴⁰.

W powyższej próbie sprecyzowania terminologii uwidacznia się ułomność treści normy art. 161 KK, zwłaszcza jej niejednoznaczność i wzajemne przenikanie się zakresów pojęciowych, utrudniających określenie znamion strony podmiotowej.

Analiza terminologii każe wysnuć wniosek, iż brak jest argumentów za sztywnym ustaleniem katalogu chorób zakaźnych zawartych w dyspozycji przedmiotowej normy. Pewne jest jedynie, iż choroba zakaźna winna być nieuleczalna lub realnie zagrażająca życiu. Nie ma jednak możliwości ustalenia, które choroby są immanentnymi elementami katalogu chorób zawartych w art. 161 KK. Każda z chorób zakaźnych (zakażeń) w odpowiednich warunkach może stać się nieuleczalna lub realnie zagrażająca życiu. Przypisanie danej chorobie (zakażeniu) tych cech może nastąpić jedynie z uwzględnieniem swoistych cech ewentualnego pokrzywdzonego. Należy również uznać, że narażenie na zakażenie już samym wirulentnym drobnoustrojem chorobotwórczym (który nie jest jeszcze chorobą) stwarza w odpowiednich warunkach narażenie na zakażenie chorobą wywoływaną przez ten patogen. Ponadto przy dzisiejszym rozwoju medycyny i z uwagi na powyższy nakaz rozpatrywania każdego narażenia na zakażenie w określonym kontekście należy odrzucić słyszalny w doktrynie postulat, iż „choroba zazwyczaj zagrażająca życiu” winna zastąpić „chorobę realnie zagrażającą życiu”. Umieszczenie czynu w danym kontekście ma znaczenie także dla przypisania desygnatu liczebnikowi „wiele”. Wartość liczbowa wyrażenia „wiele osób” nie jest bowiem określona z góry, a zależy od okoliczności zdarzenia.

²³⁸R. Kubiak, *Odpowiedzialność...*, s. 122, *cit. per* S. Dubisz (red.), *Wielki słownik języka polskiego*, t. „A–G”, PWN, Warszawa 2018, s. 714.

²³⁹R. Kokot [w:] R.A. Stefański (red.), *Kodeks...*, Legalis/el. 2023 r., komentarz do art. 161 KK, Nb. 31.

²⁴⁰Postanowienie SN z 11.01.2017 r., III KK 196/16, OSNKW 2017, nr 5, poz. 25, LEX nr 2186581.

Rozdział III. Ocena elementów struktury przestępstwa z art. 161 KK

3.1. Uwagi wprowadzające

Celem niniejszego rozdziału jest analiza elementów struktury przestępstwa z art. 161 KK i następnie odniesienie tych elementów do strony praktycznej. Autorka postara się odpowiedzieć na pytanie, w jakich warunkach jest możliwe przypisanie odpowiedzialności prawnokarnej na gruncie art. 161 KK. Ponadto celem będzie również odpowiedź na pytanie, czy nowelizacja art. 161 KK wprowadzona na w ramach działań przeciwepidemicznych faktycznie spełniła swoją rolę w stosunku do występów narażających na zarażenie wirusem SARS-CoV-2 oraz, czy jest możliwe przypisanie odpowiedzialności za narażenie na zakażenie COVID-19, a jeśli tak, to w jakich warunkach.

W szczególności autorka postara się poddać weryfikacji słyszalną w dyskursie naukowym hipotezę, iż przestępstwo z art. 161 KK winno utracić swój indywidualny charakter i stać się przestępstwem powszechnym. Ponadto autorka postara się wykazać, iż obecna konstrukcja przepisu nie spełnia funkcji prewencyjnej. Kara co prawda pozostaje surowa, jednak nie jest nieuchronna. Sprawca ma możliwość uniknięcia jej przez choćby zaniechanie diagnozy.

3.2. Ustawowe znamiona przestępstwa

3.2.1. Przedmiot ochrony

Dobrem chronionym normą art. 161 KK jest zdrowie i życie człowieka bezpośrednio narażonego na zarażenie wirusem HIV (§ 1) lub chorobą weneryczną, chorobą zakaźną albo ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu (§ 2)²⁴¹. J. Giezek wskazał, że jeśli stan narażenia doprowadziłby do sytuacji, w której dana osoba zostałaby zarażona którąkolwiek z wyżej wymienionych chorób (zakażeń), to zdrowie (pierwsze z chronionych dóbr) zostałoby

²⁴¹Tak K. Wiak [w:] A. Grześkowiak (red.), K. Wiak (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, Nb. 1; R. Kokot [w:] R.A. Stefański (red.), *Kodeks...*, Legalis/el. 2023, komentarz do art. 161 KK, Nb. 4; M. Budyn-Kulik [w:] M. Mozgawa (red.) *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 1; J. Giezek [w:] J. Giezek (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 3, V. Konarska-Wrzošek [w:] V. Konarska-Wrzošek (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 2; A. Zoll [w:] W. Wróbel (red.), A. Zoll (red.) *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 2; M. Szwarczyk [w:] T. Bojarski (red.) *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 2.

naruszone, zaś życie (następne dobro chronione) mogłoby się znaleźć w sytuacji zagrożenia²⁴². Według R. Kokota przedmiotowe dobra można rozpatrywać w podwójnym kontekście. Po pierwsze, jako dobra zindywidualizowane, które są nierozzerwalnie związane z daną jednostką. Na te dobra wskazuje norma chroniąca bezpośrednio przed niebezpieczeństwem zarażenia, zaś pośrednio przed ewentualnymi następstwami niebezpieczeństwa zarażenia (np. choroby wynikłej na skutek zarażenia)²⁴³. Po drugie – zdaniem R. Kokota – dobra te mają kontekst dóbr powszechnych, co manifestuje się w szczególności w § 3 art. 161 KK, który przyczynia się do zachowania bezpieczeństwa epidemiologicznego przez zapobieganie rozprzestrzenianiu się i szerzeniu chorób zakaźnych²⁴⁴ (a po niedługo wchodzącej w życie nowelizacji z 2022 r. także zakażeń wirusem HIV). Innego zdania jest V. Konarska-Wrzosek, która stanęła na stanowisku, iż norma art. 161 KK dotyczy w całości indywidualnego przedmiotu ochrony²⁴⁵. V. Konarska-Wrzosek argumentowała powyższe umiejscowieniem przedmiotowego przepisu w XIX rozdziale Kodeksu karnego, gdzie rodzajowym przedmiotem ochrony jest zdrowie i życie indywidualnej jednostki²⁴⁶. Norma ta jest przeciwieństwem przestępstwa z art. 165 § 1 pkt 1 KK penalizującego spowodowanie niebezpieczeństwa powszechnego, powodującego zagrożenie epidemiologiczne lub szerzenie się choroby zakaźnej²⁴⁷. Według V. Konarskiej-Wrzosek indywidualnym przedmiotem ochrony objęty jest cały artykuł 161 KK, w tym także jego kwalifikowana odmiana z § 3 dotycząca narażenia na zakażenie wielu osób. W tym ostatnim przypadku chronione jest zindywidualizowane życie i zdrowie większej ilości jednostek, a nie bliżej nieokreślonego ogółu ludzi²⁴⁸. Podobne stanowisko zajął Sąd Apelacyjny w Lublinie, który orzekł, że między normami art. 161 § 3 oraz art. 165 § 1 pkt 1 KK zachodzi pozorny zbieg przepisów. Sąd wskazał, że czyn kwalifikowany z art. 161 § 3 KK dotyczy bezpośredniego, to jest bliskiego czasowo oraz wysoce prawdopodobnego narażenia na zarażenie wielu indywidualnych osób (a nie podmiotu zbiorowego)²⁴⁹. Inaczej według Sądu należy ujmować art. 165 § 1 pkt 1 KK, w którym niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia bliżej nieokreślonych osób winno powodować zagrożenie epidemiologiczne²⁵⁰. Jednocześnie to zagrożenie nie musi być bezpośrednie, bliskie

²⁴²J. Giezek [w:] J. Giezek (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161, pkt 3.

²⁴³R. Kokot [w:] R.A. Stefański (red.), *Kodeks...*, Legalis/el. 2023, komentarz do art. 161 KK, Nb. 4.

²⁴⁴*Ibidem*.

²⁴⁵V. Konarska-Wrzosek [w:] V. Konarska-Wrzosek (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 2.

²⁴⁶*Ibidem*.

²⁴⁷*Ibidem*.

²⁴⁸*Ibidem*.

²⁴⁹Wyrok SA w Lublinie z 22.11.2022 r., II AKa 231/22, LEX nr 3451176.

²⁵⁰*Ibidem*.

czasowo czy wysoce prawdopodobne, a jedynie realne²⁵¹. Przyjęcie takiego stanowiska oznacza, że przypisanie odpowiedzialności na podstawie regulacji z art. 161 KK jest możliwe po udowodnieniu sprawcy, że prawdopodobieństwo zarażenia jedną z chorób wskazanych w § 2 tego przepisu (a po wspomnianej nowelizacji § 1) było wysokie w odniesieniu do każdego indywidualnego pokrzywdzonego z osobna.

Należy podzielić stanowisko traktujące całość regulacji art. 161 KK jako ochronę życia i zdrowia indywidualnych jednostek – także w odniesieniu do grupy tych jednostek. Nie może w tym wypadku być mowy o penalizacji zachowań skierowanych przeciw bezpieczeństwu powszechnemu. Akceptacja wyżej wskazanego zdania R. Kokota i uznanie, że typ kwalifikowany z § 3 jest skierowany ku ochronie dóbr powszechnych, podważa sens odrębnej typizacji tego czynu kwalifikowanego, skoro takie zachowania zostały spenalizowane już w regulacji ujętej w art. 165 § 1 pkt 1 KK. Przyjęcie dublowania się norm, zwłaszcza w sytuacji, gdy istnieje rozsądna alternatywa, byłoby podważeniem fundamentu dogmatyki prawniczej – założenia racjonalności prawodawcy²⁵².

3.2.2. Podmiot

Zgodnie z art. 10 § 1 KK sprawcą przestępstw może być człowiek, który w momencie popełniania czynu zabronionego ukończył 17 lat. Kodeks karny dopuszcza obniżenie tej granicy wiekowej do lat 15 w przypadku, gdy nieletni popełni czyn wskazany enumeratywnie w art. 10 § 2 KK²⁵³. Artykuł 161 KK nie został wymieniony w przedmiotowym katalogu toteż należy przyjąć, iż odpowiedzialność karną za popełnienie czynu z art. 161 KK można przypisać jedynie sprawcy, który ukończył siedemnasty rok życia.

²⁵¹Ibidem.

²⁵²Zob. Z. Ziemiński, *Teoria Prawa*, PWN, Warszawa-Poznań 1978, s. 111-113.

²⁵³Zgodnie z art. 10 § 2 nieletni, który po ukończeniu 15 roku życia dopuszcza się czynu zabronionego określonego w art. 134, art. 148 § 1, 2 lub 3, art. 156 § 1 lub 3, art. 163 § 1 lub 3, art. 166, art. 173 § 1 lub 3, art. 197 § 3 lub 4, art. 223 § 2, art. 252 § 1 lub 2 oraz w art. 280, może odpowiadać na zasadach określonych w KK, jeżeli spełnione są pozostałe przesłanki wskazane w tym przepisie. Od 1 października 2023, zgodnie z art. 2a KK odpowiedzialność karną będzie można również przypisać nieletnim między 14 a 15 rokiem życia, jeżeli dopuszczają się czynu zabronionego określonego w art. 148 § 2 lub 3 KK.

Czyn spenalizowany w art. 161 KK jest przestępstwem indywidualnym właściwym²⁵⁴. Oznacza to, że należy do grupy czynów zabronionych, które mogą zostać popełnione jedynie przez osoby posiadające szczególne właściwości. Szczególne, dlatego że konstytuują możliwość bycia sprawcą – przesądzają, że dane zachowanie zostanie zakwalifikowane jako przestępstwo²⁵⁵. Cechy indywidualne sprawcy decydują więc o bycie występku czy zbrodni²⁵⁶.

Podmiotem czynu (sprawcą) z art. 161 KK może stać się jedynie osoba posiadająca łącznie dwie takie cechy szczególne²⁵⁷. Pierwszą z tych cech jest odpowiedni status serologiczny²⁵⁸, zaś drugą – świadomość tego stanu, przy czym druga z tych cech bywa niezaliczana do grupy właściwości indywidualizujących podmiot, lecz traktowana jako jedna z przesłanek występujących w stronie podmiotowej, z uwagi na jej powiązanie z istotą zamiaru sprawcy²⁵⁹.

Czynu z art. 161 KK dokonać może człowiek zarażony wirusem HIV lub dotknięty chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu²⁶⁰. Zgodnie z definicjami przyjętymi w rozdziale II niniejszej pracy należy dojść do wniosku, że przestępstwo z art. 161 KK może zostać popełnione zarówno przez osobę chorą jak i przez nosiciela²⁶¹. biologicznego czynnika zakaźnego. *A contrario* sprawcą przedmiotowego czynu nie będzie osoba zdrowa, w tym ozdrowieniec²⁶², a także nie będzie nią osoba „jedynie” podejrzana o zakażenie lub chorobę²⁶³ czy nawet osoba licząca się z możliwością swojej infekcji²⁶⁴. Znamiona czynu nie zostaną również wypełnione, jeżeli „sprawca” będzie

²⁵⁴Tak K. Wiak [w:] A. Grześkowiak (red.), K. Wiak (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, Nb. 2; R. Kokot [w:] R.A. Stefański (red.), *Kodeks...*, Legalis/el. 2023, komentarz do art. 161 KK, Nb. 28; M. Budyn-Kulik [w:] M. Mozgawa (red.) *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 7; J. Giezek [w:] J. Giezek (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 4; V. Konarska-Wrzonek [w:] V. Konarska-Wrzonek (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 3; A. Zoll [w:] W. Wróbel (red.), A. Zoll (red.) *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 3-4; L. Tyszkiewicz [w:] O. Górniok (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 2; A. Marek, *op. cit.*, komentarz do art. 161 KK, pkt 5.

²⁵⁵Zob. W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie prawo karne, część ogólna*, Znak, Kraków 2014, s.194-195.

²⁵⁶Zob. L. Gardocki, *Prawo karne*, C.H. Beck, Warszawa 2019, s. 68-69.

²⁵⁷M. Budyn-Kulik [w:] M. Mozgawa (red.) *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 7.

²⁵⁸Organizm sprawcy winien być dotknięty daną chorobą.

²⁵⁹Tak M. Królikowski [w:] M. Królikowski (red.), R. Zawłocki (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, Nb. 20.

²⁶⁰R. Kokot [w:] R.A. Stefański (red.), *Kodeks...*, Legalis/el. 2023, komentarz do art. 161 KK, Nb. 29-30; J. Giezek [w:] J. Giezek (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161, pkt 4; V. Konarska-Wrzonek [w:] V. Konarska-Wrzonek (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 3; A. Zoll [w:] W. Wróbel (red.), A. Zoll (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 3-4; L. Tyszkiewicz [w:] O. Górniok, (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 2; A. Marek, *op. cit.*, komentarz do art. 161 KK, pkt 5.

²⁶¹R. Kokot [w:] R.A. Stefański (red.), *Kodeks...*, Legalis/el. 2023, komentarz do art. 161 KK, Nb. 31.

²⁶²K. Wiak [w:] A. Grześkowiak (red.), K. Wiak (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, Nb. 2; Ozdrowieniec zgodnie z definicją zawartą w ChorZakażU oznacza osobę, u której ustąpiły objawy chorobowe (art. 2 ust. 1 pkt 19 ChorZakażU).

²⁶³R. Kokot [w:] R.A. Stefański (red.), *Kodeks...*, Legalis/el. 2023, komentarz do art. 161 KK, Nb. 31.

²⁶⁴L. Tyszkiewicz [w:] O. Górniok (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 2.

pozostawał w błędzie co do swojego dotknięcia chorobą (zakażenia)²⁶⁵. W takim przypadku nie będzie można również przypisać odpowiedzialności za usiłowanie narażenia na zarażenie czy nawet usiłowania nieudolnego²⁶⁶. Należy podkreślić, że zarzuty z art. 161 KK można przypisać jedynie takiemu sprawcy, którego choroba (zakażenie) została potwierdzona w sposób niebudzący wątpliwości i zgodny z przyjętą praktyką medyczną (np. diagnoza lekarska, test posiadający odpowiednie parametry i przeprowadzony w odpowiednich warunkach)²⁶⁷. Same objawy kliniczne, które nie zostały medycznie potwierdzone, nie będą wystarczającą przesłanką do postawienia zarzutów sprawcy. Ponadto wiedza o tej chorobie (zakażeniu) winna dotrzeć do chorego (zakażonego) w sposób przystępny²⁶⁸, tak by objął ją swoją świadomością²⁶⁹.

Z konieczności dotarcia informacji do osoby zainfekowanej wynika druga cecha szczególna (zaliczana też do strony podmiotowej), która musi zaistnieć, by możliwe było przypisanie odpowiedzialności z art. 161 KK. Właściwością tą jest wiedza sprawcy. Ustawodawca nakłada konieczność świadomości sprawcy poprzez użycie słowa „wiedząc” (kto wiedząc, że...). Popełniający przedmiotowy czyn winien więc obejmować świadomością swój status serologiczny, tzn. posiadać pewność swojego zakażenia lub dotknięcia chorobą²⁷⁰. W doktrynie można zauważyć pogląd, że na świadomość sprawcy musi składać się nie tylko wiedza o statusie serologicznym, ale również wiedza o drogach zakażenia, tak by ewentualny sprawca mógł zdawać sobie sprawę, że podejmowane przez niego działania mogą zakażać lub choćby tylko na to zakażenie narażać osoby postronne²⁷¹. Oznacza to, że chory (zakażony) winien posiadać wiedzę dotyczącą szerzenia się swojej choroby oraz sposobów powodowania zagrożenia²⁷². Z powyższego można wysnuć konkluzję, że jeżeli dana osoba nie zna mechanizmów transmisji patogenów, to nie można przypisać jej odpowiedzialności na gruncie

²⁶⁵J. Giezek [w:] J. Giezek (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 4.

²⁶⁶J. Giezek wskazał na niemożność przypisania usiłowania nieudolnego, ze względu na brak cech podmiotu indywidualnego jako przyczyn nieudolności wyszczególnionych w art. 13 § 2 KK – J. Giezek [w:] J. Giezek (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 4.

²⁶⁷R. Kokot [w:] R.A. Stefański (red.), *Kodeks...*, Legalis/el. 2023, komentarz do art. 161 KK, Nb. 34; też R. Kubiak, *Odpowiedzialność...*, s. 124; B. Polegaj-Pasierb [w:] B. Polegaj-Pasierb, R. Turek, *op. cit.*, s. 24.

²⁶⁸W sposób zgodny z art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1876 z późn. zm.).

²⁶⁹R. Kokot [w:] R.A. Stefański (red.), *Kodeks...*, Legalis/el. 2023, komentarz do art. 161 KK, Nb. 34, też R. Kubiak, *Odpowiedzialność...*, s. 124.

²⁷⁰M. Budyn-Kulik [w:] M. Mozgawa (red.) *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 7; V. Konarska-Wrzošek [w:] V. Konarska-Wrzošek (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 3; L. Tyszkiewicz [w:] O. Górniok (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 2; B. Polegaj-Pasierb [w:] B. Polegaj-Pasierb, R. Turek, *op. cit.*, s. 24.

²⁷¹R. Kubiak, *Odpowiedzialność...*, s. 124.

²⁷²B. Polegaj-Pasierb [w:] B. Polegaj-Pasierb, R. Turek, *op. cit.*, s. 24.

art. 161 KK²⁷³. Wydaje się jednak, że wiedza dotycząca transmisji czynników biologicznych winna być uznana za wystarczającą nawet gdy jest na dużym poziomie ogólności. Trudno bowiem oczekiwać, by przeciętny zakażony znał mechanizmy replikacji i przenoszenia wirusa. Wystarczy zatem, że będzie posiadać wiedzę powszechną, np. że dany wirus przenosi się drogą płciową, przez kaszel czy kichanie.

Znajomość metod transmisji przez popełniającego czyn wydaje się być trudnym zagadnieniem z punktu widzenia dowodowego. Jak bowiem komuś udowodnić, że wie? Zdaniem autorki należy przyjąć założenie, że pewien poziom wiedzy ogólnej posiada każda osoba funkcjonująca w społeczeństwie. Przykładowo, w czasach pandemii COVID-19, kiedy w dyskursie medialnym i społecznym temat zakażenia SARS-CoV-2 był wszechobecny, należałoby przyjąć domniemanie, iż droga transmisji tego patogenu jest znana.

W przedstawionej wyżej konieczności posiadania pewności swojego statusu serologicznego potwierdzonego badaniem medycznym autorka niniejszej pracy dostrzega jedną ze słabości normy art. 161 KK. Nietrudno bowiem wyobrazić sobie hipotetyczną sytuację, w której sprawca pracujący ze skażonym materiałem przez nieuwagę uszkadza ciągłość swojej tkanki skórnej igłą używaną wcześniej do pobrania krwi chorego na WZW B²⁷⁴. Podczas zdarzenia dochodzi do wnikięcia do komórek gospodarza-sprawcy patogenu. Sprawca, mimo podejrzenia, iż mogło dojść do zakażenia wirusem HBV, nie przeprowadza stosownych testów diagnostycznych. Po 3-4 miesiącach sprawca zauważa u siebie objawy kliniczne typowe dla WZW B i podejrzewa, a nawet nabiera przekonania, iż jest zakażony przedmiotowym wirusem, zaś w jego organizmie rozpoczyna się proces chorobowy. Sprawca zna mechanizmy transmisji danego wirusa i wie, że prawdopodobieństwo zakażenia było wysokie²⁷⁵. W dalszym ciągu jednak sprawca nie decyduje się na badania. Jeżeli taki sprawca świadomie będzie utrzymywał kontakty seksualne, w wyniku których będzie narażał inną osobę na zarażenie wirusem HBV, a w następstwie też chorobą WZW B, to jego zachowanie – w świetle powyższych rozważań – nie będzie mogło być kwalifikowane jako występki z art. 161 KK z uwagi na brak pewności zakażenia, którą mogłaby dać jedynie diagnostyka medyczna. Wydaje się, że uzyskanie pewności w wyniku tylko i wyłącznie testów diagnostycznych jest zawężeniem zbyt daleko idącym, gdy wszystkie przesłanki i ciąg

²⁷³R. Kubiak, *Odpowiedzialność...*, s. 124.

²⁷⁴Szerzej zob. *Hepatitis B. Key facts*, WHO, 24.06.2022, online: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b> (dostęp 22.02.2023 r.).

²⁷⁵Wirus HBV (*Hepatitis B Virus*). jest ok. 100 razy bardziej zakaźny niż HIV; *Wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW B)*, Główny Inspektorat Sanitarny 2023, online: <https://www.gov.pl/web/gis/wirusowe-zapalenie-watroby-typu-b-wzw-b> (dostęp 22.02.2023 r.).

przyczynowy wskazują, że sprawca jest zakażony wirusem. Z drugiej strony należy mieć na uwadze, iż – nie jest możliwe odróżnienie wirusowego zapalenia wątroby typu B od zapalenia wątroby wywołanego przez inne czynniki wirusowe, wobec czego do właściwej diagnozy niezbędne jest laboratoryjne potwierdzenie rozpoznania²⁷⁶. Biorąc pod uwagę analizę opisanego przypadku, wypada uznać, że uczynienie przez ustawodawcę z czynu z narażenia na zarażenie przestępstwa indywidualnego właściwego powoduje niemożliwość przypisania odpowiedzialności sprawcy, który świadomie swoim ryzykownym zachowaniem naraża na zarażenie (bo ma świadomość wysokiego prawdopodobieństwa posiadania infekcji), jednak nie posiada cechy szczególnej w postaci pewności zakażenia potwierdzonego stosową diagnozą, w wyniku czego traktowany jest jak osoba zdrowa.

Problem zbyt wąskiego ujęcia podmiotu czynu z art. 161 KK jest od lat podkreślany w doktrynie²⁷⁷. Dostrzegalny był jeszcze przed wejściem w życie Kodeksu karnego z 1997 r.²⁷⁸. W szczególności zwracana jest uwaga, iż narażenia na zarażenie mogą dokonać także osoby zdrowe. Takie zachowania np. personelu medycznego przysparzają trudności ze znalezieniem właściwej podstawy prawnej mogącej penalizować takie zachowania²⁷⁹. K. Banasik słusznie doszła do wniosku, że błędem byłoby przypisanie osobom zdrowym popełniającym czyn narażenia na zarażenie chorobą odpowiedzialności z art. 160 KK. Wiele bowiem zakażeń nie wytwarza sytuacji bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, choć oczywiście w dłuższej perspektywie takie zakażenie może to niebezpieczeństwo stanowić²⁸⁰. Nie jest jednak ono bezpośrednie, gdyż takie wirusy jak np. HCV czy HIV nie powodują zazwyczaj natychmiastowych skutków, a zagrożenie – jeśli nastąpi – może być odsunięte w czasie o kilkanaście lat²⁸¹. Wobec braku znamienia bezpośredniości kwalifikacja z art. 160 KK nie może zostać zastosowana. Zdaniem K. Banasik otwiera to drogę do bezkarności sprawców²⁸². Właściwym wydaje się więc uznanie, że indywidualny charakter przestępstwa określonego w art. 161 KK nie zdaje egzaminu. Czyn ten winien zyskać status

²⁷⁶Zob. *Hepatitis B. Key facts*, WHO, *op. cit.*

²⁷⁷K. Banasik, *op. cit.*, s. 60; A. Zoll [w:] W. Wróbel (red.), A. Zoll (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161, pkt 6; M. Derlatka, *Zasadność kryminalizacji narażenia na zarażenie wirusem HIV*, Pal. 2013, 58/7-8 (667-668), s. 165.

²⁷⁸Z Mielnik, *op. cit.*, s. 21.

²⁷⁹K. Banasik, *op. cit.*, s. 60.

²⁸⁰*Ibidem*.

²⁸¹Wirus zapalenia wątroby typu C (HCV) u ok 30% zakażonych osób zostanie samoistnie usunięty z organizmu. U 70% osób nastąpi przewlekłe zakażenie HCV. Wśród tych osób ryzyko wystąpienia marskości wątroby wynosi od 15% do 30% w ciągu 20 lat – *Hepatitis C. Key facts*, WHO, *op. cit.*; zakażenie wirusem HIV jest zazwyczaj możliwą do opanowania przewlekłą chorobą, umożliwiającą osobom żyjącym z HIV prowadzenie długiego i zdrowego życia – *HIV. Key facts*, WHO, 9.11.2022 online: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids> (dostęp 23.02.2023 r.).

²⁸²K. Banasik, *op. cit.*, s. 60.

przestępstwa powszechnego²⁸³. Pozwoliłoby to na uszczelnienie prawa karnego i likwidację opisanej luki.

3.2.3. Strona przedmiotowa

3.2.3.1. Czynność sprawcza i sposób popełnienia czynu

Pojęcie strony przedmiotowej zawiera w sobie elementy opisujące dany czyn „od środka”. Immanentnym elementem jest uzewnętrznione zachowanie się sprawcy. Jako że przestępstwo jest czynem, to wspomniane zachowanie jest konieczne do zaistnienia przestępstwa²⁸⁴. Zachowanie (czyn) jest określane terminem „czynność sprawcza”.

Czynność sprawcza normy z art. 161 KK manifestuje się w wyrażeniu „bezpośrednio naraża inną osobę (...) na zarażenie”. Widoczne jest tu ogólnie ujęte znamię czasownikowe „naraża”, które jest silnie skorelowane ze skutkiem²⁸⁵. Zachowanie sprawcze polega na bezpośrednim narażeniu innej osoby (bądź wielu osób) na zarażenie wirusem HIV (§ 1) lub na zarażenie chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu²⁸⁶ (§ 2, zaś po nowelizacji wchodzącej w życie 1 października 2023 r., § 1).

Przedmiotowe zachowanie nie zostało sprecyzowane przez ustawodawcę, dlatego też przyjęło się, że może ono mieć postać dowolną, ważne jednak, by został zachowany związek przyczynowy i normatywny między czynem (bezpośrednim narażaniem na zarażanie wyżej wymienionymi chorobami) a skutkiem (bezpośrednim narażeniem na zarażenie tymi chorobami)²⁸⁷. Do przyjęcia, iż znamię czasownikowe „bezpośrednio naraża” zostało wypełnione, wystarczy, by zainfekowany patogenem sprawca w sposób rażący nie przestrzegał przyjętych zasad higieny, a tym samym naruszył reguły postępowania w danych okolicznościach, czym zwiększył ryzyko zarażenia innej osoby (osób)²⁸⁸. V. Konarska-Wrzošek wskazała, że bezpośrednie narażenie może przybrać postać m.in. korzystania z wspólnych

²⁸³Ibidem.

²⁸⁴L. Gardocki, *op. cit.*, s. 69.

²⁸⁵J. Giezek [w:] J. Giezek (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 5.

²⁸⁶K. Wiak [w:] A. Grześkowiak (red.), K. Wiak (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161, Nb. 3; V. Konarska-Wrzošek [w:] V. Konarska-Wrzošek (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 4.

²⁸⁷J. Giezek [w:] J. Giezek (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 5; K. Wiak [w:] A. Grześkowiak (red.), K. Wiak (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, Nb. 3; R. Kokot [w:] R.A. Stefański (red.), *Kodeks...*, Legalis/el. 2023, komentarz do art. 161 KK, Nb. 6, 18.

²⁸⁸Tak J. Giezek [w:] J. Giezek (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 5; Zoll [w:] W. Wróbel (red.), A. Zoll (red.) *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 7.

przedmiotów lub urządzeń, przez które możliwe jest przeniesienie patogenów, a tym samym skutkuje wykreowaniem stanu realnego zagrożenia danego człowieka jedną z wymienionych w art. 161 KK chorób²⁸⁹. Przykładowo według K. Wiaka sprawca może narażać na zarażenie wspomnianymi chorobami osoby przebywające w jego bliskiej odległości w czasie, gdy sprawca ten, będąc zainfekowanym, korzysta ze środków komunikacji miejskiej bądź też uczestniczy w wydarzeniach sportowych lub kulturalnych²⁹⁰. Należy zwrócić uwagę na konieczność realizacji znamienia bezpośredniości. Artykuł 161 KK penalizuje jedynie zachowanie polegające na narażeniu bezpośrednim. Oznacza to, że nie wszystkie narażenia na zarażenie będą podlegać karalności na podstawie tego unormowania. Nie będą tutaj zawierały się zachowania, które pośrednio kreują stan ryzyka zakażeniem. Przedmiotowe narażenie winno nastąpić wprost – nie mogą brać w nim udziału ogniwa pośrednie²⁹¹. Egzemplifikując, do zachowań penalizowanych art. 161 KK nie będzie można zaliczyć oddania krwi przez zainfekowanego krwiodawcę, który nie przyznał się do swojego pozytywnego statusu serologicznego, nawet jeśli swoim zamiarem obejmował fakt, że jego krew może spowodować zakażenie innych osób²⁹².

Z tego względu, że zachowanie sprawcy unormowane w art. 161 KK jest niesprecyzowane, wynika, iż formy popełnienia tego czynu mogą być różne. Czyn ten można popełnić zarówno przez działanie, jak i przez zaniechanie²⁹³. Popełnienie przestępstwa przez zaniechanie – w przypadku przestępstw materialnych – polega na spowodowaniu przez sprawcę określonego skutku w wyniku niepodjęcia przez niego danego działania, do którego podjęcia był zobowiązany²⁹⁴. W takim wypadku przestępstwo to będzie można zakwalifikować jako przestępstwo niewłaściwe z zaniechania²⁹⁵, które może być popełnione tylko przez krąg osób posiadających przymiot zobowiązanego do określonego działania²⁹⁶. Zgodnie z art. 2 KK odpowiedzialności karnej za przestępstwo skutkowe (a takim jest występki z art. 161 KK) popełnione przez zaniechanie podlega tylko ten, na kim ciążył prawny, szczególnie obowiązek zapobiegnięcia temu skutkowi. R. Kubiak zwrócił uwagę na doniosłe znaczenie popełnienia tego typu czynu przez zaniechanie. Przykładowo wskazuje on na powstanie odpowiedzialności karnej przełożonego, który wiedząc o zakażeniu np. wirusem HIV osoby wykonującej

²⁸⁹V. Konarska-Wrzošek [w:] V. Konarska-Wrzošek (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 4.

²⁹⁰K. Wiak [w:] A. Grześkowiak (red.), K. Wiak (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, Nb. 3.

²⁹¹R. Kokot [w:] R.A. Stefański (red.), *Kodeks...*, Legalis/el. 2023, komentarz do art. 161 KK, Nb. 6, 19.

²⁹²*Ibidem*.

²⁹³M. Budyn-Kulik [w:] M. Mozgawa (red.), *Kodeks...*, komentarz art. 161 KK, pkt 2; R. Kokot [w:] R.A. Stefański (red.), *Kodeks...*, Legalis/el. 2023, komentarz do art. 161 KK, Nb. 11.

²⁹⁴L. Gardocki, *op. cit.*, s. 72.

²⁹⁵M. Budyn-Kulik [w:] M. Mozgawa (red.), *Kodeks...*, komentarz art. 161 KK, pkt 2:

²⁹⁶L. Gardocki, *op. cit.*, s. 72.

procedury medyczne, mogące powodować ryzyko zakażenia innych, nie odsunął zainfekowanego od tych działań. W takim wypadku możliwe byłoby przypisanie odpowiedzialności za współdziałanie na podstawie art. 21 § 2 KK. Przepis ten wskazuje, że jeżeli okoliczność osobista dotycząca sprawcy stanowi znamię czynu zabronionego, to współdziałający podlega odpowiedzialności karnej przewidzianej za ten czyn zabroniony, jeśli posiadał wiedzę o tej okoliczności, nawet jeśli ta go nie dotyczyła²⁹⁷. Na możliwość realizacji znamion występków z art. 161 KK w formie współsprawstwa osoby niezarażonej (niedotkniętej) wirusem (chorobą) zwraca uwagę także R. Kokot. Wskazuje on, że działanie wspólne i w porozumieniu będzie miało miejsce zarówno w przypadku, gdy współdziałający w narażeniu na zakażenie nie będzie sam zainfekowany, a tylko będzie obejmował swoją świadomością infekcję osoby z którą współdziałał²⁹⁸. Warunkiem *sine qua non* będzie jednak fakt, by osoba zainfekowana także była świadoma swojego statusu serologicznego. Nie można bowiem przyjąć, że porozumienie w zakresie wspólnej realizacji czynu zostało zawiązane, jeśli podmiot główny – zainfekowany sprawca, nie posiada jednej ze szczególnych cech niezbędnej do bytu tego występków²⁹⁹.

Analizując formy niesprawcze tego przestępstwa, należy zauważyć podobny mechanizm, jaki zachodził we współsprawstwie. Warunkiem odpowiedzialności za podżeganie lub pomocnictwo również jest świadomość podżegającego lub udzielającego pomocy co do zainfekowanego statusu serologicznego podżeganego lub przyjmującego pomoc. Przy czym nie jest niezbędne by sam podżegający lub udzielający pomocy pozostawał dotknięty chorobą (zarażony wirusem)³⁰⁰.

3.2.3.2. Przedmiot czynności wykonawczej

Przedmiot czynności wykonawczej określany bywa także jako przedmiot czynu. Jest to obiekt na który oddziałuje sprawca, zaś tym oddziaływaniem dokonuje przestępstwa³⁰¹.

Przedmiotem wykonawczym występków z art. 161 KK może być każdy człowiek, z wyjątkiem tych osób, które nie są podatne na zakażenie daną chorobą (wirusem). Z kręgu osób zdolnych do zarażenia się wirusem należy więc wykluczyć osoby, które już są

²⁹⁷Art. 21 § 2 KK.

²⁹⁸R. Kokot [w] R.A. Stefański (red.), *Kodeks...*, Legalis/el. 2023, komentarz do art. 161 KK, Nb. 21.

²⁹⁹*Ibidem*.

³⁰⁰*Ibidem*, Nb. 23.

³⁰¹W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie prawo...*, s. 206.

zainfekowane danym patogenem³⁰². W sytuacji, w której osoba narażana pozostaje dotknięta chorobą z katalogu normy art. 161 KK lub zakażona wirusem HIV, nie dojdzie do wykreowania sytuacji stwarzającej ryzyko zakażenia, wobec czego nie zrealizuje się znamień skutku tego występk³⁰³.

W doktrynie zwraca się uwagę, że przedmiotem wykonawczym z art. 161 KK nie będzie płód w przypadku zachowania polegającego wyłącznie na zajściu w ciążę przez kobietę zainfekowaną np. wirusem HIV, mimo że istnieje ryzyko transmisji wirusa na dziecko poczęte³⁰⁴. Przedmiotem wykonawczym może być bowiem w świetle art. 161 KK jedynie „inna osoba”, zaś dziecko w fazie prenatalnej w tym przypadku nie jest zaliczane do tego kręgu³⁰⁵. Dzieje się tak, ponieważ zgodnie z wykładnią systemową termin „osoba” posiada ten sam desygnat co termin „człowiek”, zaś w Kodeksie karnym przyjmuje się, iż termin ten dotyczy istoty ludzkiej dopiero od chwili urodzenia się, nie zaś w fazie prenatalnej³⁰⁶. Należy tu zauważyć, iż powyższe nie jest równoznaczne z tym, że prawo karne nie chroni życia ludzkiego przed urodzeniem, bowiem ochrona ta występuje. Jest ona jednak różna w zależności od tego, czy dotyczy życia na etapie prenatalnym czy też po urodzeniu. Odmienności te są zgodne z prawną ochroną życia gwarantowaną przez art. 38 Konstytucji RP, nakazującą ochronę życia od chwili jego powstania, jednakże dopuszczającą różnice w intensywności tej ochrony w zależności od fazy życia i okoliczności.

Przy okazji analizy dotyczącej przedmiotu czynności wykonawczej warto wspomnieć o sytuacji, w której doszło do wytworzenia stanu narażenia na zarażenie za świadomą zgodą wyrażoną przez dysponenta narażanego dobra. W normie art. 161 KK bowiem, co do zasady, dysponentem dobra będzie podmiot tożsamy z przedmiotem czynności wykonawczej, czyli osoba narażana. Kwestia takiej aprobaty w piśmiennictwie przedstawiana jest niejednoznacznie³⁰⁷. W szczególności wśród przedstawicieli doktryny panuje spór co do katalogu dóbr, które mogą być objęte prawną relewantną zgodą, czyli takich dóbr, które mają wartość społeczną. Katalog tych dóbr skorelowany jest ze sferą wolności człowieka³⁰⁸. Czy do tych dóbr zalicza się zdrowie i życie indywidualnego człowieka, które chronione jest przez

³⁰²A. Zoll [w:] W. Wróbel (red.), A. Zoll (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 8.

³⁰³J. Karnat [w:] M. Banaś-Grabek, B. Gadecki, J. Karnat, *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, Nb. 4.

³⁰⁴W Europie ryzyko transmisji wertykalnej (zakażenia dziecka przez matkę) wirusem HIV szacuje się na 15-30%. W przypadku jednak gdy kobieta wie o swoim zakażeniu i jest pod opieką specjalisty to szanse na urodzenie zdrowego dziecka wynoszą aż 99% – *HIV a ciąża i dziecko. Zakażenia wertykalne matka-dziecko*, Ministerstwo Zdrowia, online: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/hiv-a-ciaza-i-dziecko> (dostęp 2.04.2023 r.).

³⁰⁵R. Kokot [w:] R.A. Stefański (red.), *Kodeks...*, Legalis/el. 2023, komentarz do art. 161 KK, Nb. 26.

³⁰⁶B. Michalski, *Narażenie...* [w:] J. Warylewski (red.), *Przestępstwa...*, Nb. 20.

³⁰⁷R. Kokot [w:] R.A. Stefański (red.), *Kodeks...*, Legalis/el. 2023, komentarz do art. 161 KK, Nb. 24.

³⁰⁸R. Kubiak, *Odpowiedzialność...*, s. 131.

normę art. 161 KK? R. Kubiak wskazuje na zarysowany w literaturze pogląd uznający, że uszczerbek dotyczący dobra indywidualnego może mieć znaczenie dla dobra powszechnego³⁰⁹. W świetle takiego nurtu uznaje się, że regulacje art. 161 KK mają chronić populację przed zagrożeniem epidemicznym, wobec czego zgoda przedmiotu czynności wykonawczej na uszczerbek na tak ujętym dobrze nie będzie kwalifikowana jako prawnie skuteczna³¹⁰. Takie stanowisko zajęła m.in. J. Karnat, która uznała, iż norma z art. 161 KK chroni m.in. zdrowie publiczne, zatem zgoda pokrzywdzonego nie wyłącza odpowiedzialności karnej³¹¹.

Jednocześnie w piśmiennictwie dostrzegalna jest odmienna opinia³¹². Można m.in. znaleźć pogląd, iż skuteczna zgoda dysponenta dobra w odpowiednich okolicznościach możliwa jest także w przypadku spowodowania uszczerbku na zdrowiu (czyli w przypadku dalszym niż samo narażenie na ten uszczerbek). Taka zgoda może być skuteczna np. w przypadku ciężkiego uszkodzenia ciała, które jest usprawiedliwione ważnym społecznie celem³¹³. Jednak nie tylko cel jest argumentem na skuteczność zgody. Jest nim także wolność i autonomia człowieka, co – jak zauważa R. Kubiak – jest podkreślane zwłaszcza w nowszych publikacjach³¹⁴. Autor ten przeprowadza wnioskowanie *a maiore ad minus*, dochodząc do konkluzji, iż skoro legalne jest spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu za zgodą dysponenta dobra, to tym bardziej legalne wydaje się „jedynie” spowodowanie narażenia na ten uszczerbek³¹⁵. Ostatecznie jednak R. Kubiak konkludował, iż w przypadku czynu narażenia na zarażenie kwestia zgody nie wydaje się być jednoznacznie rozstrzygnięta. Należy bowiem rozpatrywać skuteczność zgody w zależności od konkretnego przypadku. W szczególności chodzi tu o oddzielenie zachowań podejmowanych indywidualnie, w prywatnych warunkach (np. stosunek seksualny z osobą zakażoną wirusem HIV), od narażenia na zakażenie w przestrzeni publicznej (np. wirusem SARS-CoV-2)³¹⁶. R. Kokot stanął na stanowisku, iż w przypadku zachowań unormowanych w art. 161 KK negacja prawnokarnej skuteczności zgody na zachowania narażające na zarażenie w przestrzeni prywatnej stanowiłaby nadmierną ingerencję prawa karnego w prawa podmiotowe jednostki³¹⁷. Oznacza to, iż zgodę dysponenta

³⁰⁹Ibidem.

³¹⁰Tak R. Kubiak, *Odpowiedzialność...*, s. 13; R. Kokot [w:] R.A. Stefański (red.), *Kodeks...*, Legalis/el. 2023, komentarz do art. 161 KK, Nb. 24.

³¹¹Zob. J. Karnat [w:] M. Banaś-Grabek, B. Gadecki, J. Karnat, *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, Nb. 12.

³¹²Por. M. Królikowski [w:] M. Królikowski (red.), R. Zawłocki (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, Nb. 19.

³¹³L. Gardocki, *op. cit.*, s. 133.

³¹⁴Zob. R. Kubiak, *Odpowiedzialność...*, s. 132.

³¹⁵Ibidem, s. 133.

³¹⁶Ibidem.

³¹⁷R. Kokot [w:] R.A. Stefański (red.), *Kodeks...*, Legalis/el. 2023, komentarz do art. 161 KK, Nb. 24.

dobra chronionego – jeśli tylko spełnia warunki okoliczności wyłączającej bezprawność – należy uznać za prawnokarnie relewantną³¹⁸ w myśl paremii *volenti non fit iniuria*.

W przypadku zgody na zachowania odbywające się w przestrzeni publicznej – według autorki niniejszej pracy – należałoby przyjąć tożsame założenie. Wydaje się bowiem, iż konstrukcja przedmiotowej normy nie daje podstaw do oddzielania tych zachowań ze względu na miejsce popełniania czynu. Działania takie zarówno w przestrzeni prywatnej, jak i publicznej wymagałyby udzielenia świadomej zgody przez każdą z narażanych na zarażenie osób – co oczywiście wydaje się niezwykle trudne w przypadku przestrzeni ogólnodostępnej. Zakładając jednak, iż taka zgoda byłaby uzyskana od każdego indywidualnie – to nie różniłaby się od tej uzyskanej dla zachowań w przestrzeni prywatnej. Uznanie więc, iż zgoda w jednej przestrzeni może być akceptowalna, pociąga uznanie, iż może być akceptowalna także w przestrzeni innej. Należy stanąć na stanowisku, że zgoda dysponenta dobrem prawnym wyłączy odpowiedzialność karną w przypadku narażenia na zarażenie wirusem HIV lub chorobą ujętą w katalogu chorób z art. 161 KK – niezależnie od miejsca.

Takiego rozgraniczenia można dopatrzeć się ze względu na liczbę osób. W przypadku typu podstawowego przestępstwa z art. 161 KK, który dotyczy „zwykłej” liczby osób, za uznaniem skuteczności zgody dysponenta dobrem przemawia pośrednio wnioskowy tryb ścigania, który koreluje ściganie przestępstwa z faktyczną wolą pokrzywdzonego³¹⁹. Ustawa nie wprowadza rozróżnienia w trybach w zależności od przestrzeni, w której dochodzi do narażenia, ale wprowadza je w zależności od liczby osób. W typie kwalifikowanym, dotyczącym narażania wielu osób, ściganie przestępstwa następuje z urzędu. Znika więc korelacja ścigania z wolą sprawcy. Może to wskazywać, iż w tym przypadku o skuteczności zgody nie mogą decydować indywidualni dysponenti dóbr. Podkreślić jednak należy, iż mimo że w praktyce liczba osób związana jest z przestrzenią (wiele osób – przestrzeń publiczna, niewiele osób – przestrzeń prywatna), to jednak taka zależność nie musi mieć miejsca. Można z łatwością wyobrazić sobie sytuację, że do chorego na chorobę zakaźną przenoszoną drogą kropelkową przyjeżdża liczna rodzina w odwiedziny, zaś każdy odwiedzający świadomie zgadza się na spotkanie mimo ryzyka zarażenia. Przestrzeń jest więc prywatna, a osób wiele. Powstaje pytanie, czy w takim wypadku zgoda w dalszym ciągu staje się prawnokarnie relewantna? Zakładając, iż bezwarunkowy publicznoskargowy tryb ścigania równoważny jest z nieskutecznością zgody dysponentów dobrem, należałoby uznać, iż taki zainfekowany gospodarz popełnia przestępstwo, narażając na zakażenie wiele osób. Jednakże analizując

³¹⁸Ibidem.

³¹⁹Ibidem.

wyżej wymieniony *casus*, nie sposób nie myśleć o aspekcie praktycznym. Jaka jest bowiem realna szansa na ściganie sprawcy takiego przestępstwa, jeśli narażeni – pokrzywdzeni nie zgłoszą organom ścigania tego czynu? Raczej znikoma.

3.2.3.3. Skutek

Przyjmuje się, iż przestępstwo z art. 161 KK jest przestępstwem materialnym (skutkowym), z grupy przestępstw z konkretnego narażenia na niebezpieczeństwo³²⁰. Przestępstwa z tej grupy charakteryzują się skutkiem w postaci wystąpienia stanu bezpośredniego narażenia dla dobra chronionego. Z tego stanu wynikać ma co najmniej wysokie prawdopodobieństwo naruszenia tego dobra, by można było mówić, że przestępstwo zostało dokonane, jednakże do faktycznego uszczerbku tego dobra dojść nie musi. Należy podkreślić, iż do realizacji dokonania nie jest konieczne, by pokrzywdzony doznał krzywdy³²¹. Skutkiem czynu z art. 161 KK jest więc stan bezpośredniego narażenia na zakażenie innej osoby (osób) wirusem HIV bądź też jedną z chorób zakaźnych, nie zaś faktyczne przeniesienie patogenu chorobotwórczego na pokrzywdzonego³²². Wystarczy by sprawca doprowadził do sytuacji realnie zagrażającej zarażeniem się chorobą (wirusem) przez pokrzywdzonego, by można było powiedzieć, iż przestępstwo to weszło w stadium dokonania³²³. Jeżeli natomiast doszłoby do faktycznego wystąpienia stanu zakażenia u ofiary, to zachowanie sprawcy nie będzie już objęte normą art. 161 KK, lecz – w zależności od okoliczności – może zostać zakwalifikowane jako inne przestępstwo. Przykładowo, jak wskazał R. Kokot, w takim wypadku można przypisać odpowiedzialność karną na podstawie art. 160 KK (narażenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na

³²⁰Tak J. Giezek [w:] J. Giezek (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 6-7; Zoll [w:] W. Wróbel (red.), A. Zoll (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 9; M. Budyn-Kulik [w:] M. Mozgawa (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 2; V. Konarska-Wrzonek [w:] V. Konarska-Wrzonek (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 4; R. Kokot [w:] R.A. Stefański (red.), *Kodeks...*, Legalis/el. 2023, komentarz do art. 161 KK, Nb. 5.

³²¹Wyrok SN z 21.08.2012 r., IV KK 42/12, LEX nr 1220930.

³²²J. Giezek [w:] J. Giezek (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 6-7; Zoll [w:] W. Wróbel (red.), A. Zoll (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 9; M. Budyn-Kulik [w:] M. Mozgawa (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 2; V. Konarska-Wrzonek [w:] V. Konarska-Wrzonek (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 4; K. Wiak [w:] A. Grześkowiak (red.), K. Wiak (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, Nb. 3; R. Kokot [w:] R.A. Stefański (red.), *Kodeks...*, Legalis/el. 2023, komentarz do art. 161 KK, Nb. 5.

³²³M. Szwarczyk [w:] T. Bojarski (red.) *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 3.

zdrowiu) bądź na gruncie przepisów penalizujących spowodowanie uszczerbku na zdrowiu (średni, lekki – art. 157 KK, ciężki 156 KK)³²⁴.

W doktrynie widoczne są wątpliwości co do tego, czy skutek narażenia na zarażenie dotyczy choroby zakaźnej występującej samodzielnie czy też choroby, która jednocześnie posiada przymiot nieuleczalnej lub realnie zagrażającej życiu³²⁵. Dywagacje na ten temat zostały przedstawione w rozdziale II niniejszej pracy. Uznano, że do przypisania skutku przestępstwa z art. 161 KK niezbędne jest narażenie na zakażenie taką chorobą zakaźną, która równocześnie jest nieuleczalna lub realnie zagraża życiu.

Realizacja czynu z art. 161 KK możliwa jest w formie usiłowania. Sprawca może zmierzać bezpośrednio do wykreowania stanu realnego niebezpieczeństwa zakażenia daną chorobą (wirusem), jednak stan taki nie zostanie wytworzony³²⁶. Możliwe jest także usiłowanie nieudolne realizacji tego występkę, w przypadku gdy sprawca naraża na zarażenie chorobą lub wirusem HIV, osobę która nie jest zdolna do takiego zakażenia np. z uwagi na fakt, iż sama jest już zainfekowana danym patogenem³²⁷.

3.2.4. Strona podmiotowa

Czyn unormowany w art. 161 KK może być popełniony tylko umyślnie³²⁸. Zwracana jest tu uwaga na stan świadomości sprawcy, który musi wiedzieć o swoim stanie serologicznym – zagadnienie to zostało opisane w podrozdziale dotyczącym podmiotu czynu. Należy jednak raz jeszcze podkreślić, iż sprawca o tym znamieniu ma wiedzieć, a nie się na nie jedynie godzić³²⁹.

³²⁴Tak R. Kokot [w:] R.A. Stefański (red.), *Kodeks...*, Legalis/el. 2023, komentarz do art. 161 KK, Nb. 5.

³²⁵Np. R. Kubiak, *Odpowiedzialność...*, s. 117.

³²⁶R. Kokot [w:] R.A. Stefański (red.), *Kodeks...*, Legalis/el. 2023, komentarz do art. 161 KK, Nb. 6.

³²⁷Ibidem, Nb. 6, 21.

³²⁸Tak M. Królikowski [w:] M. Królikowski (red.), R. Zawłocki (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, Nb. 20; R. Kokot [w:] R.A. Stefański (red.), *Kodeks...*, Legalis/el. 2023, komentarz do art. 161 KK, Nb. 33; K. Wiak [w:] A. Grześkowiak (red.), K. Wiak (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, Nb. 6; J. Giezek, [w:] J. Giezek (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 9; Zoll [w:] W. Wróbel (red.), A. Zoll (red.) *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 11; M. Budyn-Kulik [w:] M. Mozgawa (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 8; V. Konarska-Wrżosek [w:] V. Konarska-Wrżosek (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 6; L. Tyszkiewicz [w:] M. Filar (red.) *Kodeks karny. Komentarz*, wyd. V, Warszawa 2016, Lex, komentarz do art. 161 KK, pkt 4; M. Szwarczyk [w:] T. Bojarski (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161, pkt 5; J. Karnat [w:] M. Banaś-Grabek, B. Gadecki, J. Karnat, *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, Nb. 3; L. Tyszkiewicz [w:] O. Górniok (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 4.

³²⁹M. Budyn-Kulik [w:] M. Mozgawa (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 8.

Przedmiotowy występki można popełnić w zamiarze zarówno bezpośrednim, jak i ewentualnym³³⁰. Sprawca albo chce bezpośrednio narazić na zarażenie daną chorobą (wirusem) albo godzi się na to, przewidując taką możliwość³³¹. R. Kokot założył, iż w praktyce, co do zasady przestępstwa te popełniane są zamiarze ewentualnym. Sprawca mając świadomość swojego statusu serologicznego pozostaje obojętny wobec ewentualnych następstw swojego czynu³³². Jak już wspomniano wyżej, sytuacja, w której sprawca swoim zamiarem obejmuje zarówno sam stan zarażenia jak i skutek w postaci zakażenia wyjdzie już poza ramy art. 161 KK³³³. Przykładem narażenia na zakażenie z zamiarem ewentualnym może być sytuacja, w której osoba z personelu medycznego ze zdiagnozowaną infekcją wirusa SARS-CoV-2 nie odstępować od dokonania czynności wobec pacjenta i tym samym – zdając sobie z tego sprawę – naraża go bezpośrednio na zakażenie tym wirusem³³⁴.

Niemożliwe jest popełnienie przedmiotowego czynu nieumyślnie. Poza polem penalizacji art. 161 KK pozostanie więc także zachowanie, w którym „sprawca” podejmuje się ryzykownych czynów wobec innej osoby, a jednocześnie liczy się z tym, iż sam jest zainfekowany np. wirusem HIV, jeśli nie ma on 100% pewności, iż wirus znajduje się już w jego organizmie (nie wykonał badań diagnostycznych). Czyn ten nie wypełnia znamion przedmiotowej normy, nawet jeśli z okoliczności wynika, że dany „sprawca” pozostaje co najmniej nosicielem patogenu³³⁵.

Powyższy przykład pośrednio wskazuje na trudności rozgraniczenia zachowania z zamiarem ewentualnym od zachowania objętego świadomą nieumyślnością³³⁶.

³³⁰R. Kokot [w:] R.A. Stefański (red.), *Kodeks...*, Legalis/el 2023, komentarz do art. 161 KK, Nb. 33; K. Wiak [w:] A. Grześkowiak (red.), K. Wiak (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, Nb. 5.; J. Giezek [w:] J. Giezek (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 9; M. Budyn-Kulik [w:] M. Mozgawa (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 8; V. Konarska-Wrzonek [w:] V. Konarska-Wrzonek (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 6; M. Szwarczyk [w:] T. Bojarski (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 5; J. Karnat [w:] M. Banaś-Grabek, B. Gadecki, J. Karnat, *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, Nb. 3; L. Tyszkiewicz [w:] O. Górniok (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 4.

³³¹J. Giezek [w:] J. Giezek (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161, pkt 9; Zoll [w:] W. Wróbel (red.), A. Zoll (red.) *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 11; V. Konarska-Wrzonek [w:] V. Konarska-Wrzonek (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 6; L. Tyszkiewicz [w:] M. Filar (red.) *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 4; M. Szwarczyk [w:] T. Bojarski (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 5.

³³²R. Kokot [w:] R.A. Stefański (red.), *Kodeks...*, Legalis/el. 2023, komentarz do art. 161 KK, Nb. 33, L. Tyszkiewicz [w:] O. Górniok (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 4.

³³³R. Kokot [w:] R.A. Stefański (red.), *Kodeks...*, Legalis/el 2023, komentarz do art. 161 KK, Nb. 33.

³³⁴R. Kubiak, *Odpowiedzialność...*, s. 125.

³³⁵Ibidem.

³³⁶Ibidem.

3.3. Zagrożenie karą i tryb ścigania

Obecnie art. 161 KK penalizuje osobno dwa przestępstwa w typie podstawowym oraz jeden typ kwalifikowany. Przestępstwami w typie podstawowym jest narażenie na zakażenie wirusem HIV (§ 1) oraz narażenie na zakażenie chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu (§ 2). Obecnie oba te czyny różnią się sankcją. W przypadku narażenia na zakażenie wirusem HIV sprawca podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8. W przypadku narażenia na zakażenie chorobami wymienionymi w paragrafie 2 sprawca podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

Od 1 października 2023 r., po wejściu w życie przepisu nowelizującego art. 161 KK zmianie ulegnie wysokość kary za czyn dotyczący narażenia na zarażenie wirusem HIV. Sankcja za ten występki zostanie obniżona do wysokości kary grożącej za popełnienie przestępstwa z paragrafu 2. Wobec braku rozróżnienia zagrożenia karą, nie będzie uzasadnienia do rozdzielenia obu czynów na dwie osobne jednostki redakcyjne, skutkiem czego oba przestępstwa w typie podstawowym zostaną połączone w paragrafie pierwszym, zaś paragraf 2 ulegnie uchyleniu.

Typ kwalifikowany przedmiotowego przestępstwa (§ 3) obecnie dotyczy narażenia na zakażenie wielu osób chorobami wymienionymi w paragrafie 2. Czyn ten zagrożony jest karą pozbawienia wolności od roku do lat 10. Po nowelizacji wchodzącej w życie 1 października 2023 r. wysokość sankcji karnej typu kwalifikowanego nie ulegnie zmianie³³⁷, jednak sam występki poszerzy się o zachowanie spenalizowane obecnie zarówno w paragrafie 1 jak i 2. Obejmie więc narażenie na zakażenie nie tylko chorobami z obecnego paragrafu 2 ale też narażenie na zakażenie wirusem HIV (odnosić się więc będzie do przyszłego katalogu zakażeń i chorób umieszczonych w paragrafie 1).

Należy jeszcze wspomnieć, iż obecne zagrożenie karą (zarówno dla § 1 jak i 2) funkcjonuje od nowelizacji art. 161 KK dokonanej ustawą z dnia 31.03.2020 r. Przed wspomnianą zmianą sankcje karne obu czynów były relatywnie niższe (w przypadku § 1 – pozbawienie wolności do lat 3, w przypadku § 2 – grzywna, ograniczenie wolności albo pozbawienie wolności do roku). Zmiana w przedmiotowym artykule, jaka dokonała się w czasie pandemii Covid-19, istotnie zaostrzyła zagrożenie ustawowe. J. Giezek zwraca uwagę, iż niezależnie od skali, rozmiarów i skutków pandemii – zmian normatywnych w tak

³³⁷P. Bogacki, M. Olęzałek, *op. cit.*, komentarz do art. 161 KK, pkt II.

podstawowej ustawie jaką jest Kodeks karny, nie powinno dokonywać się pod wpływem przejściowych sytuacji, nawet jeśli są one tak poważne jak pandemia koronawirusa SARS-CoV-2³³⁸.

Zmiana karalności, która nastąpiła w 2020 r. wykluczyła możliwość odstąpienia od wymierzenia kary z art. 59 KK³³⁹ wobec sprawcy dopuszczającego się czynu z art. 161 KK³⁴⁰. Jednakże obecnie istnieje możliwość zastosowania warunkowego umorzenia postępowania karnego wobec sprawcy czynu z art. 161 § 2 KK³⁴¹. Sąd może warunkowo umorzyć postępowanie karne, w przypadku gdy wina i społeczna szkodliwość czynu nie są znaczne, okoliczności jego popełnienia nie budzą wątpliwości, zaś postawa sprawcy niekaranego za przestępstwo umyślne, jego właściwości, a także warunki osobiste oraz dotychczasowy sposób życia uzasadniają przypuszczenie, że pomimo umorzenia postępowania będzie przestrzegał porządku prawnego, zaś w szczególności nie popełni już przestępstwa (art. 66 § 1 KK). Umorzenie, o którym mowa wyżej może być zastosowane jedynie do przestępstwa obwarowanego sankcją karną nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności (art. 66 § 2 KK). Po nowelizacji, która wejdzie w życie 1 października 2023 r. umorzenie to będzie można zastosować również do czynu narażającego na zarażenie wirusem HIV, nie zaś tylko do chorób figurujących obecnie w paragrafie 2 art. 161 KK, jak ma to miejsce obecnie.

Jako że górna granica zagrożenia karą przestępstw z obu typów podstawowych art. 161 KK jest niższa niż 8 lat³⁴², w przypadku, gdy wymierzona kara za czyn narażenia na zakażenie wirusem HIV bądź chorobami z obecnego § 2 nie byłaby surowsza od roku, to sąd mógłby zamiast tej kary orzec karę ograniczenia wolności nie niższą od 3 miesięcy lub grzywnę nie niższą od 100 stawek dziennych, jeśli równocześnie orzekłby środek karny, środek kompensacyjny albo przepadek. Powyższe nie będzie mieć zastosowania w przypadku sprawcy działającego w zorganizowanej grupie przestępczej czy przestępstw o charakterze terrorystycznym (zgodnie z art. 37 KK)³⁴³.

W przypadku obu typu czynów podstawowych, a także typu kwalifikowanego, możliwe jest zastosowanie wobec sprawcy art. 37b KK³⁴⁴, to jest orzeczenia kary ograniczenia wolności

³³⁸J. Giezek, [w:] J. Giezek (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 11.

³³⁹Art. 59 KK: Jeżeli przestępstwo jest zagrożone karą pozbawienia wolności nieprzekraczającą 3 lat albo karą łagodniejszego rodzaju i społeczna szkodliwość czynu nie jest znaczna, sąd może odstąpić od wymierzenia kary, jeżeli orzeka jednocześnie środek karny, przepadek lub środek kompensacyjny, a cele kary zostaną w ten sposób spełnione.

³⁴⁰R. Kokot [w:] R. Stefański (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, wyd. 26, Legalis/el. 2021, komentarz do art. 161 KK, pkt 56.

³⁴¹Ibidem, pkt 57.

³⁴²Art. 161 § 1 KK – 8 lat, art. 161 KK § 2–5 lat, zaś po nowelizacji oba typy – 5 lat

³⁴³R. Kokot [w:] R. Stefański (red.), *Kodeks...*, Legalis/el. 2021, komentarz do art. 161 KK, pkt 63.

³⁴⁴Ibidem, pkt 64.

obok kary pozbawienia wolności. Możliwe jest to przy występku zagrożonym karą pozbawienia wolności, niezależnie od dolnej granicy ustawowego zagrożenia. Sąd może orzec jednocześnie karę pozbawienia wolności w wymiarze nieprzekraczającym 3 miesięcy. Jeżeli zaś górna granica ustawowego zagrożenia wynosi przynajmniej 10 lat, (czyli będzie to górna granica typu kwalifikowanego z art. 161 KK) to sąd może orzec karę pozbawienia wolności w wymiarze 6 miesięcy, oraz karę ograniczenia wolności do lat 2.

W przypadku gdy czyn z art. 161 KK zostałby popełniony w wyniku motywacji zasługujących na szczególne potępienie, zaś sprawcę skazano na karę na okres nie krótszy niż 3 lata pozbawienia wolności, to sąd może orzec środek karny w postaci pozbawienia praw publicznych (zgodnie z art. 40 § 2 KK)³⁴⁵. Jeżeli zaś sprawca przy popełnieniu przestępstwa z art. 161 KK nadużył stanowiska, wykonywanego zawodu bądź też okazał, iż przyszłe zajmowanie tego stanowiska (wykonywanie zawodu) zagraża istotnym dobrom chronionym, to sąd może orzec wobec takiego sprawcy zakaz zajmowania danego stanowiska bądź zakaz wykonywania określonego zawodu zgodnie z art. 41 § 1 KK)³⁴⁶.

Typy podstawowe czynu z art. 161 KK należą do przestępstw publicznoskargowych wnioskowych, co oznacza, iż ściganie jest inicjowane na wniosek pokrzywdzonego. Typ kwalifikowany (§ 3) jest występkiem ściganym z urzędu³⁴⁷. Tryby ścigania pozostaną niezmienione także po nowelizacji, która wejdzie w życie 1 października 2023 r.³⁴⁸.

Wnioskowy tryb ścigania dla czynu podstawowego uzasadniany jest w doktrynie trwałymi więzami natury osobistej, które w tego typu występku często łączą pokrzywdzonego ze sprawcą³⁴⁹.

3.4. Korelacja norm

3.4.1. Zbieg przepisów

Dany fragment zachowania człowieka może wypełniać znamiona nie tylko jednego typu czynu zabronionego ale może być penalizowany przez różne normy sankcjonujące – taki

³⁴⁵R. Kokot [w:] R. Stefański (red.), *Kodeks...*, Legalis/el. 2021, komentarz do art. 161 KK, pkt 61.

³⁴⁶Ibidem, pkt 62.

³⁴⁷Ibidem, pkt 65.

³⁴⁸P. Bogacki, M. Olęzałek, *op. cit.*, komentarz do art. 161 KK, pkt III.

³⁴⁹V. Konarska-Wrzošek [w:] V. Konarska-Wrzošek (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 7.

fragment zachowania pozostaje wtedy w zbiegu przepisów ustawy³⁵⁰. Nie inaczej jest z zachowaniami realizującymi desygnaty przestępstw stypizowanych w normach art. 161 KK.

Artykuł 161 KK stwarza wiele możliwości łącznego wyczerpania znamion przestępstw, także jeśli chodzi o występkę niewychodzącą poza zakres omawianego artykułu. R. Kokot podkreślił, że w praktyce możliwe jest sumaryczne wyczerpanie znamion art. 161 § 1 KK oraz art. 161 § 2–3 KK, w przypadku gdy narażenia na zakażenie będzie czynem osoby będącej równocześnie zarażoną wirusem HIV oraz dotkniętą chorobą zakaźną z katalogu chorób wymienionych w paragrafie 2 art. 161 KK, np. wirusowym zapaleniem wątroby typu B. Powyższe należy uznać za kumulatywny zbieg przepisów³⁵¹ (art. 161 § 1 KK oraz art. 161 § 2 KK w zw. z art. 11 § 2 KK)³⁵².

K. Banasik zwróciła uwagę na trudności pojawiające się przy klasyfikacji czynu narażającego na zarażenie osoby chorej na AIDS i jednocześnie – co wynika ze specyfiki choroby – pozostającej zarażoną wirusem HIV. Taki sprawca posiada cechy szczególne pozwalające przypisać mu zarówno cechy indywidualnego podmiotu z art. 161 § 1 KK (zarażenie wirusem HIV), jak i 161 § 2 KK (dotknięcie chorobą zakaźną jaką jest AIDS). K. Banasik stanęła na stanowisku, iż w takim przypadku właściwa byłaby kwalifikacja jedynie na podstawie normy paragrafu 2 przedmiotowego artykułu, jednakże zwróciła uwagę, iż powyższe obrazuje niespójność art. 161 KK³⁵³. W szczególności K. Banasik nie znalazła w pełni racjonalnego uzasadnienia surowszego zagrożenia karą takiego samego czynu w przypadku osoby zarażonej HIV niż osoby chorej na AIDS³⁵⁴. Inne zdanie na temat właściwej kwalifikacji takiego przypadku miał R. Kokot. Uznał on, iż w przypadku narażenia na zakażenie spowodowane przez sprawcę chorego na AIDS będącego – siłą rzeczy – nosicielem wirusa HIV winno się kwalifikować wyłącznie na podstawie art. 161 § 1 KK³⁵⁵. Należy jednak podkreślić, iż dyskusja w tym przedmiocie niedługo stanie się bezprzedmiotowa, gdyż powyższa niespójność zniknie w momencie wejścia w życie 1 października 2023 r. nowelizacji Kodeksu karnego. Paragrafy 1 i 2 zostaną skumulowane, a wysokość sankcji zrównana.

Norma art. 161 KK może pozostawać w zbiegu kumulatywnym także z innymi przepisami. Będą tu miały zastosowanie m.in. czyny przeciwko wolności seksualnej i obyczajowości. Należy wymienić zachowania penalizowane artykułami 197 KK (zgwałcenie

³⁵⁰W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie prawo...*, s 285, 296.

³⁵¹R. Kokot [w:] R. Stefański (red.), *Kodeks...*, Legalis/el. 2021, komentarz do art. 161 KK pkt 43.

³⁵²*Ibidem*, pkt 50.

³⁵³K. Banasik, *op. cit.*, s. 59.

³⁵⁴*Ibidem*.

³⁵⁵R. Kokot [w:] R. Stefański (red.), *Kodeks...*, Legalis/el. 2021, komentarz do art. 161 KK, pkt 50.

i wymuszenie czynności seksualnej.), 198 KK (seksualne wykorzystanie niepoczytalności lub bezradności), 199 KK (seksualne wykorzystanie stosunku zależności lub krytycznego położenia), 200 KK (seksualne wykorzystanie małoletniego) a także art. 201 KK (kaziroddstwo)³⁵⁶.

Zbieg kumulatywny możliwy jest również z normami penalizującymi czyny z art. 155 KK (nieumyślne spowodowanie śmierci), a także art. 156 § 2 KK oraz art. 157 § 3 KK (nieumyślny średni i lekki uszczerbek na zdrowiu)³⁵⁷. Jeżeli jednak czyn powodujący uszczerbek na zdrowiu był umyślny, to można tu mówić o zbiegu niewłaściwym³⁵⁸. Natomiast w przypadku, gdy narażenie na zarażenie daną chorobą (wirusem) przejdzie w następny etap, to jest etap faktycznego zarażenia (czynnik chorobotwórczy zostanie przeniesiony na podatnego gospodarza), narażenie stanie się niejako przedpołem do właściwego przestępstwa. Znajdzie tu pozorny zbieg przepisów, co będzie oznaczało, iż art. 161 KK zostanie pochłonięty przez art. 156 § 1 pkt 2 KK, który będzie wyłącznie miał zastosowanie³⁵⁹.

Pozorny zbieg przepisów znajdzie także między art. 161 § 3 KK i art. 165 § 1 pkt 1 KK. Czyn normowany w art. 161 § 3 KK odnosi się bowiem do narażenia na zarażenie wielu indywidualnych osób, zaś samo narażenie winno być bezpośrednie (bliskie czasowo i prawdopodobne). Natomiast czyn penalizowany w art. 165 § 1 pkt 1 KK, dotyczy spowodowania niebezpieczeństwa dla życia i zdrowia bliżej nieokreślonych osób, (spowodowanie zagrożenia epidemiologicznego lub szerzenia się choroby zakaźnej), jednak to niebezpieczeństwo winno być jedynie realne (nie zaś bezpośrednie, bliskie czasowo lub prawdopodobne)³⁶⁰.

Zbieg idealny przepisów może zachodzić pomiędzy przestępstwem z art. 161 § 2 KK oraz wykroczeniem z art. 50 pkt 2 i 3 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (dotyczącym niepodejmowania działań związanych z zapobieganiem i zwalczaniem zakażeń szpitalnych)³⁶¹. W takim wypadku istnieje możliwość przyjęcia fikcji,

³⁵⁶J. Giezek [w:] J. Giezek (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 12; V. Konarska-Wrzošek [w:] V. Konarska-Wrzošek (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 8.

³⁵⁷M. Budyn-Kulik [w:] M. Mozgawa (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 12.

³⁵⁸J. Giezek [w:] J. Giezek (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 12; V. Konarska-Wrzošek [w:] V. Konarska-Wrzošek (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 8.

³⁵⁹V. Konarska-Wrzošek [w:] V. Konarska-Wrzošek (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 8.

³⁶⁰Wyrok SA w Lublinie z 22.11.2022 r., II AKa 231/22, Lex nr 3451176. Też m.in. R. Kokot [w:] R. Stefański (red.), *Kodeks...*, Legalis/el. 2021, komentarz do art. 161 KK, pkt 51.

³⁶¹M. Budyn-Kulik [w:] M. Mozgawa (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 13.

iż sprawca dopuścił się obu wyżej wymienionych czynów jednym zachowaniem. Za każde z nich można wymierzyć karę, która dopiero w procesie jej wykonania ulegnie redukcji³⁶².

Wobec faktu, iż typy podstawowe przestępstwa z art. 161 KK są przestępstwami bezwzględnie wnioskowymi, to należy podkreślić, że w przypadku gdy sprawca wyczerpał jednym czynem znamiona także innego przestępstwa, zaś czyn ten pozostaje w zbiegu właściwym przepisów, to niezłożenie przez pokrzywdzonego wniosku o ściganie stanowi przeszkodę do uznania zbiegu kumulatywnego uwzględniającego art. 161 § 1 lub 2 KK³⁶³.

3.4.2. Relacja czynu z art. 161 KK do czynu z art. 160 KK

Korelacja typów podstawowych art. 161 KK oraz art. 160 KK jest przedmiotem doktrynalnych rozważań, co częściowo zostało już wspomniane w niniejszej pracy. Zwraca się uwagę, że art. 161 KK w pewien sposób kreuje „niebezpieczną sytuację”³⁶⁴. A. Marek wskazał, że narażenie człowieka na niebezpieczeństwo zarażenia wirusem HIV bądź chorobami wymienionymi w art. 161 § 2 KK przez osoby niepozostające dotknięte/zarażone wyżej wymienionymi chorobami (wirusem) może być kwalifikowane – w zależności od formy winy i zajścia okoliczności wskazujących na szczególny obowiązek opieki – na podstawie art. 160 § 1-3 KK³⁶⁵. Podobnie – jednak z wyłączeniem czynu powodującego narażenie na zakażenie wirusem HIV (art. 161 § 1 KK) oraz chorób wenerycznych z art. 161 § 2 KK – uznał A. Zoll. Stwierdził on, iż w przypadku dokonania czynu z 161 § 2 KK, przez „sprawcę”, który nie posiada indywidualnej cechy szczególnej podmiotu tego występku, to jest nie pozostaje dotknięty chorobą, można taki czyn zakwalifikować jako przestępstwo z art. 160 § 1-3 KK³⁶⁶. Takie stanowisko budzi zastrzeżenia B. Michalskiego, który stwierdził, że przyjęcie powyższego rozwiązania jest równoczesne z podważeniem sensu istnienia typów podstawowych czynu z art. 161 KK³⁶⁷. Powyższe, zdaniem B. Michalskiego, nie może być kwalifikowane w szczególności jako czyn z art. 160 § 3 KK, dotyczący karania sprawcy działającego nieumyślnie, bowiem występkę w typie podstawowym art. 161 KK zachodzą

³⁶²W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie prawo...*, s. 302.

³⁶³Uchwała Składu Siedmiu Sędziów Sądu Najwyższego – Izba Wojskowa z dnia 2 czerwca 1973 r. U 1/71, *Legalis* nr 17169; Wyrok Sądu Najwyższego – Izba Wojskowa z dnia 21 października 1985 r. Rw 934/85, *Legalis* nr 24969; R. Kokot [w:] R. Stefański (red.), *Kodeks...*, *Legalis/el.* 2021, komentarz do art. 161, pkt 52.

³⁶⁴B. Michalski, *Narażenie...* [w:] J. Warylewski (red.), *Przestępstwa...*, Nb. 627.

³⁶⁵A. Marek, *op. cit.*, komentarz do art. 161 KK, pkt 5.

³⁶⁶A. Zoll (red.), W. Wróbel (red.), A. Zoll (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK, pkt 5.

³⁶⁷B. Michalski, *Narażenie...* [w:] J. Warylewski (red.), *Przestępstwa...*, Nb. 628.

wyłącznie wtedy, gdy działanie sprawcy cechuje się umyślnością. Natomiast czyn normowany w art. 160 § 1 i 2 KK może być popełniony w obu formach, czyli zarówno umyślnie jak i nieumyślnie (§ 3). Oznaczałoby to, iż sprawca zainfekowany wirusem HIV lub chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu mógł mieć przypisaną odpowiedzialność zarówno wtedy, gdy działał umyślnie (z art. 161 KK), a także – na podstawie innego przepisu – wtedy gdy jego działanie naznaczone było nieumyślnością³⁶⁸. W konsekwencji prowadziłoby to do zrównania „bezpośredniego niebezpieczeństwa” z art. 160 KK oraz czynu „bezpośredniego narażenia” z art. 161 KK, co nie jest dopuszczalne ze względów językowych. Tak jak już wyjaśniono w rozdziale II niniejszej pracy „bezpośrednie niebezpieczeństwo” z art. 160 KK zostało wyrażone rzeczownikowo – to wykreowana sytuacja, która dopiero wynika automatycznie z czynu sprawcy. Nie samo działanie sprawcy stwarza bezpośrednie niebezpieczeństwo, a dopiero ta powstała sytuacja³⁶⁹. Inaczej jest w przypadku „narażenia”. Tu bezpośredniość dotyczy samej czynności narażenia (wyrażonej czasownikowo). Działanie sprawcy winno więc być opatrzone znamieniem bezpośredniości – może mieć ono postać jakiegokolwiek zachowania, które pozostaje w związku przyczynowym i normatywnym ze skutkiem (narażeniem chorobami (zakażeniami) z art. 161 KK)³⁷⁰.

Także P. Palka oraz H. Karge zwracali uwagę na różnice w zakresowej tożsamości występków z art. 160 KK oraz 161 KK. Powyżsi autorzy uznali, iż art. 160 KK stanowi przestępstwo ogólne, które zawiera w swojej konstrukcji niejako formułę bezkarności, wyrażoną w paragrafie 4³⁷¹. Paragraf ten stanowi, iż sprawca, który dobrowolnie uchylił grożące niebezpieczeństwo spowodowane czynem typizowanym w § 1-3 art. 160 KK nie podlega karze. W przypadku „stanu niebezpieczeństwa”, który miałby odpowiadać „narażeniu na zarażenie” chorobą zakaźną, wdrożenie co do niektórych chorób profilaktyki poekspozycyjnej³⁷² winno taką bezkarność również zapewnić, a tak się nie dzieje. W art. 161 KK zauważalny jest brak analogicznej, jak w art. 160 § 4 KK, formuły³⁷³.

³⁶⁸Ibidem.

³⁶⁹Ibidem, Nb. 629.

³⁷⁰Ibidem, Nb. 630.

³⁷¹P. Palka, H. Karge, *op. cit.*, s. 67.

³⁷²Przez profilaktykę poekspozycyjną należy rozumieć działania stosowane po narażeniu na kontakt z czynnikiem zakaźnym, mające na celu zapobieganie zachorowaniu lub całkowite usunięcie z organizmu gospodarza danego patogenu. Profilaktyka może polegać m.in. na podaniu w danym okresie leków przeciwwirusowych, szczepienia czy surowicy. Profilaktykę stosuje się m.in. przy wirusach takich jak HIV, HBV, HCV, wścieklizny. Także przy zakażeniach bakteryjnych np. pałeczką tężca czy maczugowcem błonicy.

³⁷³P. Palka, H. Karge, *op. cit.*, s. 67.

3.5. Pandemia COVID-19 jako weryfikator normy art. 161 KK

Pandemia choroby zakaźnej COVID-19 wywołana przez koronawirusa SARS-CoV-2 zmodyfikowała nie tylko życie codzienne, ale też zostawiła trwały ślad w postaci zmian w prawie, w tym między innymi w art. 161 KK. Przedmiotowa norma, która dotąd nie była tematem szerokich rozważań doktrynalnych i raczej plasowała się nisko w statystykach skazań, w roku 2020 nabrała znaczenia. Zaczęto zastanawiać się czy narażenie na zakażenie wirusem SARS-CoV-2 mogło budzić odpowiedzialność karną, a jeśli tak, to czy art. 161 KK jest właściwą normą do przypisania takiej odpowiedzialności³⁷⁴.

W kontekście COVID-19 znaczenie będą miały § 2 i 3 art. 161 KK, dlatego te normy zostaną przeanalizowane pod kątem możliwości przypisania odpowiedzialności karnej za narażenie na zakażenie chorobą, która była impulsem do jego nowelizacji, w tym do zaostrenia zagrożenia karą.

Problematyka przypisania odpowiedzialności za narażenie na zakażenie COVID-19 na gruncie art. 161 KK sprowadza się w głównej mierze do odpowiedzi na pytanie, czy tę chorobę można umieścić w katalogu chorób z paragrafu 2 przedmiotowej normy.

Jak już wcześniej wspomniano, do przypisania odpowiedzialności konieczne jest, by choroba, na którą zarażenie się naraża nosiła jednocześnie cechy nieuleczalności lub realnie zagrażała życiu.

Covid-19 bezsprzecznie należy do grupy chorób zakaźnych. Nie znajdziemy go co prawda w wykazie chorób i zakażeń stanowiących załącznik do ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi jednak – zgodnie z poglądami doktryny – wykaz ten nie jest katalogiem zamkniętym³⁷⁵, zaś zakres stosowania art. 161 § 2 KK nie jest ograniczony jedynie do chorób wymienionych w wykazie³⁷⁶. Należy zgodzić się z przedstawicielami doktryny wskazującymi, że paragraf 2 przedmiotowego artykułu będzie dotyczył nie tylko chorób znanych i występujących już na terenie naszego kraju czy nawet na świecie, lecz także i tych które dopiero mogą zaistnieć, np. w procesie mutacji patogenów³⁷⁷. Powyższa teza nie będzie nosiła znamion wykładni rozszerzającej przedmiotowego paragrafu, bowiem sama treść artykułu 161 KK nie odsyła do innych aktów normatywnych zawierających

³⁷⁴Np. R. Kubiak, M. Serwach, G. Wrona, *COVID-19 – wybrane aspekty prawne*, Med. Prakt., 2020; 5: 153–162; R. Kubiak, *Odpowiedzialność...*; G. Kamiński, *op. cit.*

³⁷⁵*Ibidem*, s. 119.

³⁷⁶B Michalski [w:] A. Wąsek (red.), R. Zawłocki (red.), *Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz do artykułów 117–221*, t. I, wyd. 4, Legalis/el. 2010, komentarz do art. 161 KK, Nb. 29;

³⁷⁷*Ibidem*, Nb. 30.

definicję chorób zakaźnych, lecz jest ujęta ogólnie³⁷⁸. Ponadto ograniczenie katalogu chorób zakaźnych do tych wpisanych do wykazu byłoby podważeniem sensowności penalizacji takiego występkę, z uwagi na bezkarność narażenia na zakażenie chorobami czy zakażeniami, które jeszcze nie zostały wpisane do katalogu, a które już zaistniały³⁷⁹.

COVID-19 zasila więc grono chorób zakaźnych z uwagi na fakt, iż jest wywołany przez biologiczny czynnik chorobotwórczy, jakim jest wirus SARS-CoV-2 z grupy koronawirusów. Transmisja wirusa następuje drogą kropelkową, co oznacza, iż do narażenia dochodzi dość łatwo³⁸⁰. Jednocześnie okres możliwej transmisji wirusa jest stosunkowo krótki. Przeniesienie SARS-CoV-2 po 7-10 dniach od wystąpienia objawów, nawet w przypadku pozytywnych testów genetycznych, jest obarczone niewielkim ryzykiem i mało prawdopodobne³⁸¹.

R. Kubiak uznał, że na zakwalifikowanie COVID-19 do chorób zakaźnych pośrednio wskazywał również fakt, iż COVID-19 – zgodnie z § 2 ust. 1 pkt 3 oraz § 2 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6.04.2020 r. w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego³⁸² – był zaliczany do chorób, które powodują zaistnienie obowiązku hospitalizacji (lub izolacji domowej) u osób nimi dotkniętych, w tym również takich zakażonych wirusem SARS-CoV-2³⁸³. Analogiczne wskazanie znalazło się w następcy wyżej wymienionego aktu normatywnego, to jest w rozporządzeniu z dnia 25.02.2021 r.³⁸⁴. Należy jednak zauważyć, iż oba rozporządzenia zostały uchylone, zaś w kolejnym rozporządzeniu normującym wyżej wymienioną tematykę – w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 25.03.2022 r. w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji w warunkach domowych, kwarantanny lub nadzoru

³⁷⁸Ibidem.

³⁷⁹Ibidem.

³⁸⁰E. Łastowiecka-Moras, *op. cit.*

³⁸¹R. Flisiak, A. Horban, J. Jaroszewicz, D. Koziół, A. Mastalerz-Migas, R. Owczuk, M. Parczewski, M. Pawłowska, A. Piekarska, K. Simon, K. Tomasiewicz, D. Zarębska-Michaluk, *Zalecenia postępowania w zakażeniach SARS-CoV-2 Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, na dzień 23 lutego 2022 r.*, s. 4, online: <https://ptmr.info.pl/wp-content/uploads/2022/03/REKOMENDACJE-pl-w-C19-2022-23-02-2022pl-1.pdf> (dostęp 14.03.2023 r.).

³⁸²Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (Dz. U. poz. 607 z późn. zm.).

³⁸³R. Kubiak, *Odpowiedzialność...*, s. 119.

³⁸⁴Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 lutego 2021 r. w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (Dz. U. poz. 351 z późn. zm.).

epidemiologicznego³⁸⁵ ani koronawirus SARS-CoV-2 ani też choroba COVID-19 nie figurują jako zakażenia powodujące obowiązkową izolację bądź hospitalizację. Oczywistym jest, iż ta zmiana nie jest równoznaczna z faktem pozbawienia COVID-19 statusu choroby zakaźnej, może jednak sugerować, iż COVID nie stanowi takiego doniosłego zagrożenia, za jakie został uznany na początku.

Powyższe nakazuje więc sprawdzić czy COVID-19, a także samo zakażenie wirusem SARS-CoV-2, spełnia dodatkowe cechy choroby zakaźnej, które to – jak zostało dowiedzione w rozdziale II niniejszej pracy – winny zaistnieć by móc zaliczyć daną chorobę (zakażenie) do katalogu chorób zawartych w paragrafie 2 art. 161 KK. Należy więc odpowiedzieć na pytanie, czy COVID-19 jest chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu. Tylko bowiem te cechy mogą spowodować, iż art. 161 KK będzie właściwą normą do przypisania odpowiedzialności sprawcy, który naraża na zakażenie koronawirusem³⁸⁶.

Zgodnie z informacją podaną przez WHO wśród osób, u których wystąpią objawy choroby COVID-19 zdecydowana większość, zdrowieje samoistnie. Wcześniejsze szacunki wskazywały, iż hospitalizacji wymaga ok. 15% chorych. Obecnie wskazuje się, że potrzeba ta występuje jedynie u 3% pacjentów. Spadek liczby osób z ciężkim przebiegiem choroby wynika częściowo z nabycia odporności, po części ze zmian w wirusie. Wpływ na te zmiany ma również dostępność kierunkowego leczenia³⁸⁷. Należy pamiętać, iż powyższe statystyki dotyczą jedynie osób, u których infekcja SARS-CoV-2 została potwierdzona stosownym testem, a tak jak już w niniejszej pracy podkreślono, dane te mogą być zaniżone z uwagi na bezobjawowy przebieg choroby czy po prostu na zaniechanie diagnostyki i nieszukanie pomocy medycznej.

Sam koronawirus SARS-CoV-2 występuje w różnych wariantach, o różnym stopniu patogenności³⁸⁸. Obraz kliniczny choroby zależy m.in. od tych wariantów i zmieniał się on z następującymi po sobie falami zakażeń. Przykładowo okres inkubacji wariantu Omicron skrócił się do 3 dni w porównaniu do wcześniejszego, który wynosił 4-5 dni. Infekcja Omicronem jest zazwyczaj łagodniejsza dla organizmu i znacznie częściej przebiega

³⁸⁵Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 marca 2022 r. w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji w warunkach domowych, kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 668).

³⁸⁶A. Zoll [w:] W. Wróbel (red.), A. Zoll (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161 KK pkt 10; L. Tyszkiewicz [w:] O. Górniok (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 161KK, pkt 3.

³⁸⁷*Coronavirus disease (COVID-19), What happens to people who get COVID-19?*, WHO, 28.03.2023 online: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19> (dostęp 2.04.2023 r.).

³⁸⁸Szerzej zob.: *Tracking SARS-CoV-2 variants*, WHO, 30.03.2023, online: <https://www.who.int/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants> (dostęp: 2.04.2023 r.).

bezobjawowo (np. w porównaniu do wariantu Delta)³⁸⁹. Mniejszy jest też odsetek osób wymagających hospitalizacji (ryzyko hospitalizacji jest mniejsze o 20-25%, a o 40-45% w przypadku osób zaszczepionych). Odsetek ten maleje jeszcze w przypadku osób, które już raz były zainfekowane SARS-CoV-2 (ryzyko hospitalizacji jest mniejsze o 50%, a o 60% w przypadku osób zaszczepionych)³⁹⁰.

Choroba COVID-19 w zależności od przebiegu, w tym rodzaju objawów klinicznych dzielona jest na 4 stadia. Stadium 1 obejmuje pacjentów z przebiegiem bezobjawowym bądź bardzo łagodnymi objawami³⁹¹. U osób, u których rozwinie się stadium 2 wystąpią kliniczne i radiologiczne objawy zapalenia śródmiąższowego płuc (od łagodnego do średniozaawansowanego). Stadium to może już wymagać hospitalizacji, zastosowania tlenoterapii, lub podania leków antywirusowych w początkowej fazie infekcji³⁹². Stadium 3, które wiąże się z niewydolnością oddechową, może wystąpić u ok. 15% pacjentów. W tym stadium istnieje ryzyko zapadalności na chorobę naczyniowo-mózgową, zapalenie mózgu, zaburzenia widzenia *etc.* Możliwe są powikłania psychiatryczne czy zajęcie serca (przy czym, według nowszych badań zajęcie serca możliwe jest również w przypadku osób bezobjawowych)³⁹³.

Stadium 4 dotyczy około 5% pacjentów. Charakteryzuje się ostrą niewydolnością oddechową (ARDS), która występuje wraz ze wstrząsem septycznym lub dysfunkcją wielonarządową. Ponadto może wystąpić m.in. uszkodzenie wielu ważnych narządów takich jak nerki czy wątroba. Może też dojść do zapalenia np. pęcherzyka żółciowego, mięśnia sercowego czy trzustki³⁹⁴.

W przypadku COVID-19 groźne są także współistniejące infekcje bakteryjne i grzybicze³⁹⁵, które to występują u ok. 8% pacjentów. Powodują one – obok ARDS – niewydolność wielonarządową lub nawet śmierć³⁹⁶.

Najbardziej narażone na groźne skutki SARS-CoV-2 są osoby starsze (po 60 roku życia), a także osoby z problemami zdrowotnymi np. nadciśnieniem, chorobami serca, chorobami płuc, cukrzycą, otyłością, chorzy onkologicznie. Pamiętać jednak należy, iż nie

³⁸⁹R. Flisiak, A. Horban, J. Jaroszewicz..., *et al.*, *op. cit.* s. 4-5.

³⁹⁰*Ibidem*.

³⁹¹*Ibidem*, s. 5.

³⁹²*Ibidem*.

³⁹³*Ibidem*.

³⁹⁴*Ibidem*, s. 5-6.

³⁹⁵M.in. infekcje spowodowane takimi drobnoustrojami jak *Streptococcus pneumoniae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Hemophilus influenzae* i *Aspergillus fumigatus* – R. Flisiak, A. Horban, J. Jaroszewicz..., *et al.*, *op. cit.*, s. 6.

³⁹⁶R. Flisiak, A. Horban, J. Jaroszewicz..., *et al.*, *op. cit.* s. 6.

oznacza to, że osoba młoda bez problemów zdrowotnych nie może zachorować i umrzeć z powodu COVID-19³⁹⁷.

Obraz COVID-19 jest więc bardzo różnorodny. Występuje cała paleta stadiów. W zdecydowanej większości choroba ta jest jednak wyleczalna samoistnie bądź – w rzadszych przypadkach – z zastosowaniem leczenia.

W okresie od 4 marca 2020 r. do 14 marca 2023 r., a więc w przeciągu 3 lat w Polsce odnotowano 6 458 301 zakażeń (w tym 176 196 to zakażenia ponowne). Z tego zdecydowana większość osób, bo aż 5 555 801 wyzdrowiała, zaś zgonem zakończyło się 119 046 zakażeń³⁹⁸. Należy jednak zauważyć, iż nie wszystkie podane wyżej zgony spowodowane są wyłącznie przez COVID-19, gdyż w statystyce zawarte są zarówno osoby, których śmierć nastąpiła wyłącznie z powodu tej choroby, jak i te, których śmierć była wynikiem COVID-19 oraz innych chorób współistniejących³⁹⁹. Przy powyższych statystykach śmiertelność COVID-19 plasuje się na poziomie 0,02%.

Jak już wskazano w niniejszej pracy, za nieuleczalną należy uznać taką chorobę, która zaburza prawidłowe działanie organizmu, co jest równoznaczne z ograniczeniem lub nawet całkowitym brakiem możliwości wykonywania codziennych czynności życiowych. Ponadto choroba nieuleczalna to taka, której po prostu nie da się wyleczyć przy zastosowaniu dostępnych środków i procedur medycznych⁴⁰⁰.

Analizując przebieg choroby jaką jest COVID-19 oraz statystyki z nią związane, należy zauważyć, że może ona mieć groźny przebieg lub prowadzić do śmierci. Może być więc nieuleczalna dla konkretnego indywidualnego człowieka w zależności od jego wieku i stanu zdrowia. Obiektywnie jednak trudno zakwalifikować COVID-19 jako chorobę nieuleczalną, skoro aż 99,08% przypadków zakończyło się wyzdrowieniem.

Bardziej problematyczna wydaje się ocena COVID-19 pod względem „realnego zagrożenia dla życia”, to jest przypisaniu zakażeniu SARS-CoV-2 drugiej z cech przesądzających o możliwości przypisania sprawcy odpowiedzialności karnej z art. 161 KK, który narażana na zakażenie tą chorobą. Raz jeszcze trzeba powtórzyć, że mimo iż statystycznie można wskazać u niektórych osób większe ryzyko groźnego przebiegu COVID-19, to

³⁹⁷Coronavirus disease (COVID-19), *Who is most at risk of severe illness from COVID-19?*, WHO, 28.03.2023, online <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19> (dostęp: 2.04.2023 r.).

³⁹⁸Dane Ministerstwa Zdrowia na dzień 14.03.2023 r., na godzinę 10:30, Ministerstwo Zdrowia 2023, online: <https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2> (dostęp 14.03.2023 r.).

³⁹⁹Metodyka raportu zakażeń COVID-19, Serwis Rzeczypospolitej Polskiej 2023, online: <https://www.gov.pl/web/koronawirus/metodologia> (dostęp 14.03.2023 r.).

⁴⁰⁰A. Zoll [w:] W. Wróbel (red.), A. Zoll (red.), *Kodeks...*, komentarz do art. 156 KK.

w zasadzie prawie niemożliwym wydaje się uznanie przed zainfekowaniem, że COVID-19 będzie stanowił realne zagrożenie dla konkretnego danego życia. Należy pamiętać, że „realność” nie jest tożsama z prawdopodobieństwem wystąpienia danego zdarzenia⁴⁰¹, lecz wystąpieniem faktycznego realnego zagrożenia dla danego człowieka w danych konkretnych okolicznościach⁴⁰².

Stanąć więc trzeba na stanowisku, które niejako zostało już wyrażone w niniejszej pracy, jednak tym razem zostanie powtórzone w kontekście choroby COVID-19. Choroba ta może stać się nieuleczalną i realnie zagrażającą życiu, mimo iż zazwyczaj takich cech nie posiada. Przykładowo choroba ta będzie groźna m.in. dla pacjentów w trakcie leczenia onkologicznego, osób przyjmujących leki immunosupresyjne, lub chorych na AIDS – i w tym wypadku – zdaniem autorki niniejszej pracy – choroba ta będzie realnym zagrożeniem dla zdrowia. Wobec powyższego, ewentualną odpowiedzialność karną za narażenie na zakażenie COVID-19 należy oceniać *in concreto*, analizując stan faktyczny i podatność narażanej osoby na wystąpienie groźnych powikłań choroby.

Podmiotem czynności wykonawczej w przypadku narażenia na zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2 będzie każdy człowiek, który nie pozostaje już zainfekowany tym patogenem⁴⁰³, w tym też człowiek, który w przeszłości przebył już tę chorobę, gdyż – jak pokazują statystyki – możliwa jest reinfekcja koronawirusem⁴⁰⁴.

Warto też pamiętać, iż wirus SARS-CoV-2 występuje w różnych wariantach. Zgodnie z doniesieniami z przestrzeni publicznej możliwe jest zakażenie różnymi mutacjami tego wirusa w tym samym czasie⁴⁰⁵. Jeżeli więc zakażenie koronawirusem dotyczy innego wariantu, niż ten, którym aktualnie pozostaje zainfekowany pokrzywdzony, to należy uznać, iż podmiotem czynności wykonawczej może być osoba już zainfekowana SARS-CoV-2⁴⁰⁶.

W przypadku sprawcy (podmiotu przestępstwa) ważny wydaje się fakt nie tylko wiedzy o zakażeniu ale też właściwa diagnoza tego zakażenia. Brak przeprowadzonego testu, nawet w przypadku osób, które posiadają objawy typowe dla zakażenia tym koronawirusem będzie oznaczał wykluczenie ich jako sprawcy czynu z art. 161 KK⁴⁰⁷. Należy także pamiętać o dość krótkim okresie wirulencji wirusa SARS-CoV-2. Jak już wcześniej wspomniano, transmisja

⁴⁰¹Wyrok SN z 4.02.2000 r., V KKN 137/99, OSNKW 2000, nr 3-4, poz. 31, LEX nr 39864.

⁴⁰²Wyrok SO w Sieradzu z 16.12.2013 r., II K 35/12, LEX nr 1716843.

⁴⁰³A. Zoll [w:] W. Wróbel (red.), A. Zoll (red.), *Kodeks...*, op. cit., komentarz do art. 161 KK, pkt 8.

⁴⁰⁴Raport zakażeń koronawirusem (SARS-CoV-2) na dzień 14.03.2023 r., Ministerstwo Zdrowia 2023, online: <https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2> (dostęp 14.03.2023 r.).

⁴⁰⁵*Naukowcy ostrzegają. Możliwe jest podwójne zakażenie*, Med. for minds, 11.07.2021, online: <https://p.dw.com/p/3wKFR> (dostęp 14.03.2023 r.).

⁴⁰⁶B. Polegaj-Pasierb [w:] B. Polegaj-Pasierb, R. Turek, op. cit., s. 24.

⁴⁰⁷R. Kubiak, *Odpowiedzialność...*, s. 124.

SARS-CoV-2 po 7-10 dniach od wystąpienia objawów, nawet w przypadku pozytywnych testów genetycznych, jest obarczona minimalnym ryzykiem, a wręcz jest mało prawdopodobna⁴⁰⁸. Krótki czas wirulencji i wiedza, że mimo pozytywnego testu „sprawca” być może nie jest zdolny do zakażenia rodzi kolejne pytania. Czy mimo dotknięcia wirusem niezdolnym do zainfekowania innej osoby sprawca dalej podlega odpowiedzialności karnej? Odpowiedź twierdząca wydaje się być sprzeczna z *ratio legis* omawianej normy. Jak jednak szczegółowe badania winien przeprowadzić zakażony, by być pewien, że – mimo pozytywnego wyniku badań – jest zdolny bądź niezdolny do zainfekowania innej osoby? Czy powinno przyjmować się założenie, że w pewnym okresie wirus ten pozostaje wirulentny? Takie przyjęcie wydaje się błędne i sprzeczne z jedną z fundamentalnych zasad prawa, którą może określić paremia *in dubio pro reo*. By udowodnić winę należy też udowodnić, że sprawca mógł być podmiotem przestępstwa. W przypadku narażenia na zakażenie COVID-19 takie udowodnienie wydaje się być trudne dowodowo z uwagi na krótki przedział czasowy wirulencji wirusa i konieczność przeprowadzenia specjalistycznych badań w tym właśnie okresie.

W przypadku typu kwalifikowanego (art. 161 § 3 KK) R. Kubiak podkreśla, iż muszą zostać zrealizowane znamiona świadomości oraz zamiaru sprawcy, jednakże winny one odnosić się do narażenia na zakażenie wielu osób, przy czym sprawca swoim zamiarem nie musi obejmować dokładnej liczby osób pokrzywdzonych⁴⁰⁹. Sprawca ma co najmniej uświadamiać sobie możliwość spowodowania swoim czynem pokrzywdzenia osób, jednak nie jest potrzebne by postać tych szkód była sprecyzowana w jego świadomości⁴¹⁰. Zdaniem autorki niniejszej pracy narażenie na zakażenie w typie kwalifikowanym chorobą COVID-19 mógłby ilustrować przykład sprawcy, który wiedząc o swojej infekcji, pozostającej w fazie transmisji wirusa oraz znając mechanizm tej transmisji, wchodzi bez maseczki na oddział szpitalny na którym leczeni są chorzy onkologicznie.

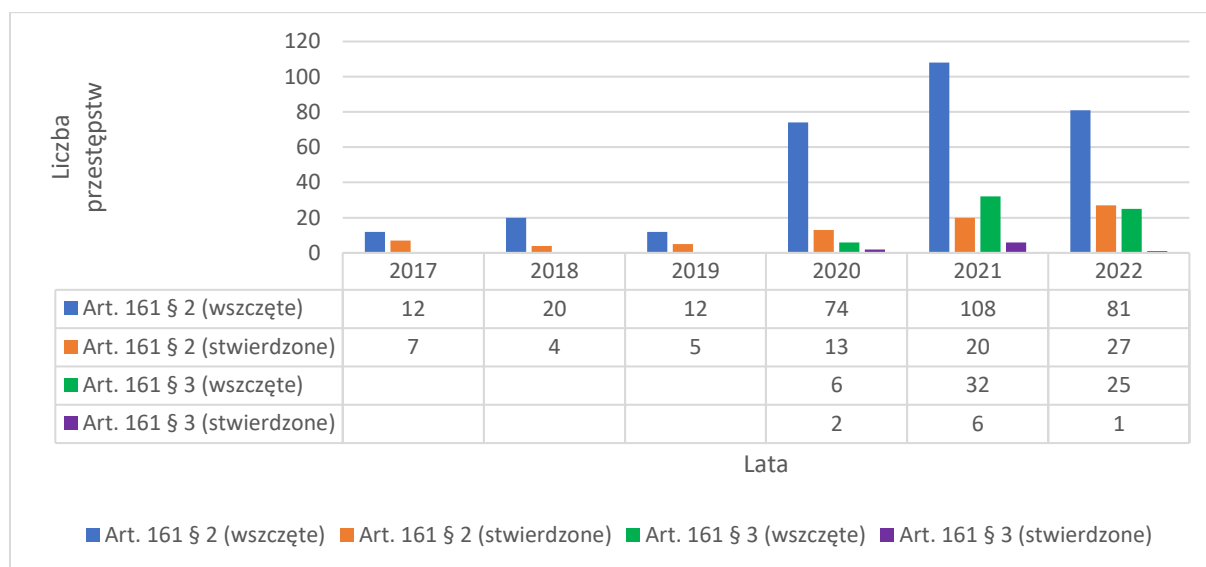
Wydaje się, iż pandemia COVID-19 była motorem nowelizacji art. 161 KK z 2020 r., czyli znacznego zaostrzenia kar i wprowadzenia typu kwalifikowanego. W ocenie autorki niniejszej pracy, była to zmiana zbędna, wprowadzona *ad hoc* na kanwie paniki i strachu.

⁴⁰⁸R. Flisiak, A. Horban, J. Jaroszewicz..., *et al.*, *op. cit.*, s. 4.

⁴⁰⁹R. Kubiak, *Odpowiedzialność...*, s. 128.

⁴¹⁰Wyrok SR w Kętrzynie z 24.05.2016 r., II K 133/15, LEX nr 2212979.

Wykres 7 – Porównanie liczby postępowań wszczętych i przestępstw stwierdzonych z art 161§ 2-3 KK za lata 2017-2022⁴¹¹



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych statystycznych udostępnianych przez Komendę Główną Policji w trybie dostępu do informacji publicznej. Dane za rok 2022 są danymi udostępnionymi na dzień 16.02.2023 r. i mogą ulec zmianie z uwagi na możliwość dokonania korekt przez jednostki rejestrujące.

Nowelizacja ta wydaje się tym bardziej nietrafiona z uwagi na faktyczne trudności z kwalifikacją narażenia na zakażenia COVID-19 jako czyn z art. 161 KK. Statystyka pokazuje, że wzrost postępowań wszczętych z art. 161 § 2 i 3 KK nie przełożył się znacznie na liczbę przestępstw stwierdzonych. Ilościowa relacja postępowań wszczętych do przestępstw stwierdzonych wydaje się pozostawać porównywalna w „czasach przedcovidowych” i w czasie pandemii. Wzrost procentowy samych przestępstw jest zauważalny, jednakże w skali kraju liczba tych przestępstw w dalszym ciągu pozostaje sporadyczna. Być może przyczyny należy upatrywać w trudnościach jakie wiążą się z udowodnieniem realizacji znamion czynu z art. 161 KK. Trafnym wydaje się wniosek wysunięty przez P Łukuć, iż norma przedmiotowego artykułu angażuje znacznie bardziej doktrynę prawa karnego niż organy, których celem jest ściganie przestępstw⁴¹².

⁴¹¹Wykres 7 – Porównanie liczby postępowań wszczętych i przestępstw stwierdzonych z art 161§ 2-3 KK za lata 2017-2022. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych statystycznych udostępnianych przez Komendę Główną Policji w trybie dostępu do informacji publicznej. Dane za rok 2022 są danymi udostępnionymi na dzień 16.02.2023 r. i mogą ulec zmianie z uwagi na możliwość dokonania korekt przez jednostki rejestrujące.

⁴¹²P. Łukuć, *op. cit.*

3.6. Podsumowanie

Przedmiotem ochrony art. 161 KK jest zdrowie i życie indywidualnych jednostek. Indywidualizm ten dotyczy także przedmiotu ochrony w typie kwalifikowanym, gdzie grupa (wiele osób) winna być traktowana jako zbiór odrębnych dysponentów dóbr, a nie jako podmiot zbiorowy.

Czyn unormowany w art. 161 KK jest przestępstwem indywidualnym właściwym. Sprawca, który go popełnia winien pozostawać zakażony (dotknięty) biologicznym czynnikiem chorobotwórczym (chorobą) na który (której) zarażenie naraża. Winien również obejmować świadomością fakt swojego statusu serologicznego, a także mieć wiedzę, choćby na dużym poziomie ogólności, o mechanizmach szerzenia się danej choroby lub transmisji danego patogenu. W doktrynie szeroko podkreśla się, iż indywidualny charakter tego przestępstwa jest zbyt wąskim zawężeniem. Stwarza on lukę, w której osoby zdrowe wypełniające swoim zachowaniem znamiona czynu z art. 161 KK pozostają bezkarne. Postuluje się więc by przestępstwo uzyskało charakter przestępstwa powszechnego. Dodatkowo autorka niniejszej pracy dostrzega lukę także w wymogu posiadania pewności sprawcy co do swojego zainfekowania. W przypadku gdy ciąg przyczynowo-skutkowy oraz okoliczności wskazują na wysokie ryzyko występowania u sprawcy infekcji, która jednak nie jest zdiagnozowana bądź wynik tej diagnozy nie jest przekazany sprawcy, to w takim przypadku sprawca traktowany jest jako osoba zdrowa. Oznacza to, iż osoba która nie potwierdziła swojego zakażenia, sprawcą czynu z art. 161 KK być nie może, gdyż nie posiada koniecznej cechy indywidualnej warunkującej byt przestępstwa. Taki chory, lecz niezdiagnozowany sprawca, pozostaje bezkarny.

Czynnością sprawcą czynu z art. 161 KK jest bezpośrednie narażenie na zarażenie wirusem HIV lub chorobami wymienionymi w katalogu paragrafu 2 tego artykułu, przy czym może być to każde zachowanie pozostające w związku przyczynowo-normatywnym ze skutkiem tego artykułu. Narażenie powinno być bezpośrednie, toteż winno nastąpić wprost, bez ogniów pośrednich.

Przedmiotowy czyn może być popełniony zarówno przez działanie jak i – w przypadku gwarantów – przez zaniechanie. Możliwe jest także popełnienie go we współsprawstwie, przy czym przynajmniej jeden z współsprawców musi pozostawać zarażony (dotknięty), jednak wszyscy winni posiadać wiedzę w tym zakresie. Podobny mechanizm będzie zachodził przy podżeganiu.

Przedmiotem czynności wykonawczej może być każdy człowiek, z wyjątkiem tych osób, które nie są w stanie zarazić się daną chorobą (wirusem), wyłączone więc będą z tego kręgu osoby już zainfekowane. Jednakże należy mieć na względzie, iż czynniki chorobotwórcze podlegają mutacjom. Istnieją więc różne warianty patogenów wywołujące różne odmiany tej samej choroby. W przypadku narażenia na zakażenie innym wariantem patogenu niż ten, którym jest już zainfekowany pokrzywdzony, należy uznać, iż pokrzywdzony ten – mimo wcześniejszego zainfekowania – może być podmiotem czynności wykonawczej czynu. Rodzi się tu oczywista trudność dowodowa, bowiem badania diagnostyczne mające stwierdzać nie tylko samo zainfekowanie, ale również odmianę patogenu musiałyby być na wysokim stopniu szczegółowości. Konieczne byłoby również ustalenie rodzaju patogenu zarówno u sprawcy jak i pokrzywdzonego.

Tryb ścigania współgra z ewentualną zgodą dysponenta danym dobrem chronionym. Przestępstwo ścigane z urzędu (typ kwalifikowany art. 161 KK) nie daje możliwości uzyskania od dysponenta dobra prawnokarnej relewantnej zgody na narażenie na zakażenie. Taka zgoda będzie nieskuteczna. Inaczej jest w przypadku typów podstawowych, ściganych na wniosek pokrzywdzonego. Należy uznać, iż w tym wypadku pokrzywdzony, który się zgadza, w praktyce tym pokrzywdzonym nie będzie, bo jego zgoda wyłączy bezprawność czynu.

Czyn z art. 161 KK jest przestępstwem skutkowym (materialnym), gdzie skutkiem będzie samo narażenie na zakażenie wirusem HIV lub chorobą weneryczną, lub zakaźną posiadającą równocześnie cechy nieuleczalnej lub realnie zagrażającej życiu, bez faktycznego zakażenia pokrzywdzonego. Czyn ten można popełnić jedynie umyślnie, zarówno w zamiarze bezpośrednim jak i ewentualnym.

Obecnie narażenie na zakażenie wirusem HIV jest traktowane surowiej niż zakażenie chorobami z katalogu ujętego w art. 161§ 2 KK, jednakże nowelizacja Kodeksu karnego wchodząca w życie 1 października 2023 r. zrówna obie sankcje. Kara za narażenie na zakażenie zarówno wirusem HIV jak i pozostałymi chorobami z art. 161 KK wyniesie od 3 miesięcy do 5 lat.

Typy podstawowe przestępstwa z art. 161 KK mogą pozostawać w zbiegu kumulatywnym z wieloma przepisami penalizującymi czyny przeciwko wolności seksualnej i obyczajności, a także przepisami penalizującymi przestępstwa polegające na nieumyślnym powodowaniu uszczerbku na zdrowiu.

Analiza elementów struktury przestępstwa ponownie pokazuje mankamenty artykułu 161 KK, jego niespójność i uwidacznia trudności dowodowe. Także nowelizacja art. 161 KK wprowadzona na fali przeciwdziałania szerzenia się COVID-19, zdaniem autorki niniejszej

pracy, nie spełniła swojego zadania. Przypisanie odpowiedzialności za narażenie na zakażenie SARS-CoV-2 budzi wiele wątpliwości.

Nasuwa się konkluzja, iż ustawodawca wprowadzając surowsze sankcje w art. 161 KK działał „na oślep”. Trudno w tym miejscu nie przywołać pytania, będącego od wieków tematem dywagacji filozoficzno-prawnych: co decyduje o tym, że ludzie są mniej skłonni popełniać przestępstwa: surowość czy nieuchronność kary? Z pewnością surowość w omawianej normie została osiągnięta. Nie wydaje się jednak możliwym założenie, że niewielka ilość przestępstw z art. 161 KK widoczna w statystykach jest wynikiem tej surowości. Autorka skłania się raczej do prawdziwości hipotezy, iż przypisanie odpowiedzialności jest w wielu przypadkach nieoczywiste, toteż sprawca zachowania polegającego na narażeniu na zakażenie chorobą zazwyczaj pozostaje bezkarny. Brak jest więc elementu nieuchronności kary. Niełatwo jest bowiem mówić o nieuchronności, jeśli wystarczy by sprawca podejrzewający u siebie chorobę, zaniechał jej diagnozowania, co zapewnia mu w zasadzie pełną bezkarność.

W świetle powyższych rozważań należy uznać, iż słyszalny w dyskursie naukowym postulat zmiany charakteru przestępstwa indywidualnego na powszechny jest słuszny.

Wnioski

Norma artykułu 161 KK ma na celu ochronę zdrowia i życia jednostki, która mogłaby zostać narażona na zarażenie niebezpieczną chorobą. Pandemia COVID-19 jest swoistym papierkiem lakmusowym tej normy. Po pierwsze pandemia uwydatnia mankamenty dotyczące konstrukcji i poddaje w wątpliwość, czy dyspozycja tego artykułu jest w ogóle władna spełniać swoją rolę w praktyce. Po wtóre zaś pandemia COVID-19 jest czynnikiem powodującym, iż norma art. 161 KK stała się chwilowo przedmiotem wzmożonego zainteresowania doktryny. Większe zainteresowanie tematem być może przełoży się na dostrzeżenie ułomnej konstrukcji przepisu przez ustawodawcę i zapoczątkuje jej zmiany.

Analiza zagadnienia ujęta w niniejszej pracy ukazuje wprost, iż *de lege ferenda* należałoby postulować modyfikację przedmiotowego przepisu. Należy bowiem uznać, iż konstrukcja artykułu 161 KK, w tym ujęta w nim terminologia, nie pozwala na precyzyjną i jednoznaczną ocenę czynu jakim jest narażenie na zakażenie biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, mającym znaczny, negatywny wpływ na zdrowie i życie jednostki. Ponadto wydaje się, iż norma ta nie spełnia swojej funkcji w praktyce, czego obrazem mogą być statystyki organów ścigania. Powyższe nie oznacza, iż nie jest możliwe przypisanie odpowiedzialności prawnokarnej na gruncie art. 161 KK, jednakże taka możliwość jest trudna dowodowo i pozostawia wiele furtek na uniknięcie jej przez sprawcę, takich jak choćby zaniechanie przez sprawcę diagnostyki, mimo przesłanek wskazujących na istnienie choroby. Co więcej sama konstrukcja artykułu nakazująca przypisanie danej chorobie *a priori* cechy realnie zagrażającej życiu lub nieuleczalnej jest trudna do jednoznacznej oceny. Przypisanie odpowiedzialności karnej wydaje się możliwe jedynie, gdy zaistnieje pewność, że takie cechy choroby mogą zostać wywołane w danym organizmie, a nie gdy zachodzi jedynie prawdopodobieństwo ich wywołania. Trudno jest jednak taką pewność osiąść „z góry”, na przedpolu danego czynu. Najprawdopodobniej zajdzie ona w przypadku osób o znacznie obniżonej odporności własnej, czyli np. chorych onkologicznie czy przyjmujących leki immunosupresyjne. Jednakże zarysowuje się tu inny problem, bowiem u osób tych cechy choroby nieuleczalnej czy realnie zagrażającej życiu będzie można przypisać większości chorób. Pytanie czy taki stan odzwierciedla zamysł ustawodawcy? Wydaje się, że nie.

Poruszona w niniejszej pracy problematyka potwierdza w całości hipotezę, iż konstrukcja przepisu art. 161 KK jest nieprawidłowa i niejednoznaczna, pozostawiająca zbyt szerokie pole do wielorakiej interpretacji zawartej w nim normy. Wynika to między innymi z historii tego przepisu, co z kolei stanowi potwierdzenie drugiej hipotezy badawczej. Obecny

kształt przedmiotowego artykułu jest swoistym patchworkiem norm pojawiających się w polskim systemie prawnym na przestrzeni ostatnich stu lat. Stanowi on swego rodzaju konglomerat penalizacji czynów z narażenia na zarażenie chorobami, które na dany moment budziły mocno negatywne emocje w społeczeństwie. Kolejne elementy katalogu przedmiotowej normy były dodawane bez modyfikacji już obecnych elementów, które winny zostać zmienione i dostosowane do rozwijających się równolegle nauk medycznych. Taki stan rzeczy doprowadził do powstania obecnej normy, którą należy uznać za kazuistyczny twór o wzajemnie przenikających się zakresach pojęciowych (choroba weneryczna, zakaźna, realnie zagrażająca życiu, wirus HIV), co znacznie utrudnia prawidłową wykładnię tej normy. Zachodzące na siebie zakresy chorobowe nie współgrają z rozwijającą się nauką medyczną, z której ustawodawca winien czerpać wiedzę przy konstrukcji przedmiotowej normy. Tak się jednak nie dzieje – ustawodawca nie skorzystał z okazji i nie zmienił jednostek chorobowych art. 161 KK przy okazji wchodzącej niedługo znacznej nowelizacji Kodeksu karnego z 2022 r., a jedynie obniżył sankcje za narażenie na zakażenie wirusem HIV do wysokości sankcji grożących za narażenie na zakażenie innymi chorobami. Powyższą zmianę należy uznać za krok w dobrym kierunku, jednak krok niewystarczający. Nie sposób bowiem nie zauważyć, iż mimo, że ustawodawca w uzasadnieniu do wyżej wymienionej nowelizacji powołuje się na rozwój medycyny, to pozostawia konstrukcję normy art. 161 KK niespójną z wiedzą oraz terminologią medyczną.

Jak już wspomniano, konstrukcji normy z art. 161 KK nie sposób przystawić do konkretnych jednostek chorobowych, lecz do bliżej nieokreślonych chorób, które w danych okolicznościach mogą zaistnieć u danego pokrzywdzonego. Stanowi to potwierdzenie trzeciej hipotezy badawczej. Nie należy przyjmować, iż konkretne choroby zakaźne lub zakażenia (poza wyrażonym *expressis verbis* zakażeniem wirusem HIV) na stałe przynależą do katalogu normy art. 161 KK, zaś inne pozostają z niego stale wykluczone. Dyspozycja art. 161 KK jest zmienna i zależy od indywidualnego stanu faktycznego. Należy ją rozpatrywać w określonym kontekście, na który tylko częściowo będzie miał wpływ rodzaj choroby. Równie mocno na ten kontekst będą wpływały czynniki powodujące, iż dana choroba będzie mogła wywołać skutki realnie zagrażające życiu bądź być chorobą nieuleczalną. Czynniki te zależeć będą w dużej mierze od indywidualnych cech pokrzywdzonego i sytuacji, w której dany pokrzywdzony się znalazł. W przypadku osoby o braku odporności, chorobą realnie zagrażającą życiu może być choroba, która u osób z prawidłową odpornością może takiego zagrożenia nie stanowić. Daje to pole do przypisania odpowiedzialności karnej sprawcy narażającego na zakażenie nawet z pozoru niegroźną chorobą. Wydaje się, iż taki stan wymaga zmiany i doprecyzowania

przepisu. Funkcjonowanie obecnego przepisu w systemie prawnym nie jest właściwe. Nie może być bowiem tak, iż ten sam czyn (narażenie na tę samą chorobę w tych samych warunkach lecz u dwóch różnych pokrzywdzonych) będzie mógł być traktowany zgoła odmiennie, gdyż jest to niezgodne z konstytucyjną zasadą ochrony zaufania jednostki do państwa i stanowionego przez nie prawa (to jest zasadą lojalności państwa względem obywateli)⁴¹³.

Powyższy nakaz traktowania danej choroby w zależności od skutków, które mogłaby wywołać u danego pokrzywdzonego wynika m.in. z potwierdzonej czwartej hipotezy badawczej. Wykazano, że trzeba przychylić się do popularnego w doktrynie stanowiska, iż choroba zakaźna, o której mowa w normie art. 161 KK winna równocześnie posiadać cechy choroby nieuleczalnej lub realnie zagrażającej życiu. W niniejszej pracy wykazano, iż traktowanie tych chorób jako osobnych jednostek stanowiłoby zbyt szerokie uogólnienie. Należy stanąć na stanowisku, iż przypisanie odpowiedzialności karnej za zakażenie jakąkolwiek chorobą zakaźną nie jest zgodne z *ratio legis* ustawodawcy. Ponadto w pracy wykazano, iż narażenie na zakażenie już samymi wirulentnymi patogenami odpowiedzialnymi za wywołanie choroby wenerycznej, zakaźnej choroby realnie zagrażającej życiu lub choroby nieuleczalnej budzi odpowiedzialność prawnokarną, co stanowi potwierdzenie piątej hipotezy badawczej niniejszej pracy. Sprawca nie musi być chory, wystarczy by pozostawał dotknięty daną chorobą to jest przykładowo był nosicielem. Nieodzownym etapem choroby zakaźnej jest przeniesienie do komórek gospodarza drobnoustrojów chorobotwórczych. Nie można mówić o zachorowaniu, bez etapu wcześniejszego – zainfekowaniu czynnikiem zakaźnym. A skoro mowa jest o przedpolu zachorowania, czyli narażenia na to zachorowanie, to należy uznać, że narażenie na przeniesienie patogenu budzi niebezpieczeństwo wystąpienia choroby, nawet jeśli ta choroba jest odsunięta w czasie – ważne jednak by samo narażenie na zakażenie było bezpośrednie.

Weryfikując słyszalne w doktrynie stanowisko, iż w treści przepisu art. 161 KK winno się znaleźć określenie choroby „zazwyczaj zagrażającej życiu”, zamiast użytego przez ustawodawcę określenia choroby „realnie zagrażającej”, należy stanąć na stanowisku, iż wyrażenie „zazwyczaj” nie ułatwiłoby stosowania przedmiotowej normy. Dzisiejszy poziom medycyny pokazuje, iż nawet choroby, które realnie zagrażają życiu poszczególnym jednostkom mogą statystycznie – w odniesieniu do całej populacji – takiego zagrożenia nie powodować, z uwagi na wdrożone leczenie. Statystyki pokazują, iż niewątpliwie groźne

⁴¹³Zasadę lojalności państwa względem obywateli wywodzi się z zasady demokratycznego państwa prawnego, która została wyrażona w art. 2 Konstytucji RP – szerzej zob. M. Florczak-Wątor [w:] P. Tuleja (red.), *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, wyd. II, LEX/el. 2021, komentarz do art. 2.

choroby takie jak WZW B czy nawet AIDS zazwyczaj nie stanowią zagrożenia dla życia, dzięki zastosowaniu odpowiedniej terapii. Jeżeli odpada więc nam czynnik statystyczny, to jest to równoznaczne z uznaniem, iż wpisanie w normę art. 161 KK choroby zazwyczaj zagrażającej życiu nie miałoby realnego znaczenia. Należy więc uznać za zweryfikowaną szóstą hipotezę badawczą zakładającą, iż ustawodawca nie popełnił błędu nie wprowadzając do przedmiotowego przepisu określenia choroby „zazwyczaj zagrażającej życiu”.

Analiza problemu potwierdziła również siódmą hipotezę badawczą. Liczebnik „wiele” użyty w typie kwalifikowanym normy art. 161 KK jest wyrażeniem ocennym, który należy traktować elastycznie w zależności od kontekstu. Należy unikać przyjęcia z góry określonego desygnatu, gdyż wielkość liczebnika będzie się zmieniać. Koniecznym wydaje się również poparcie słyszalnego w doktrynie twierdzenia, iż wyrażenie „wiele osób” nie jest wyrazem ochrony dobra powszechnego, a w dalszym ciągu pozostaje ochroną zdrowia i życia indywidualnego człowieka (ósma hipoteza badawcza niniejszej pracy). Typ kwalifikowany odnosi się do jednostki, nawet jeśli tych jednostek jest wiele. W dalszym ciągu chroni się życie indywidualne.

W pracy potwierdzono, iż właściwym jest poparcie obecnego w dyskursie naukowym postulatu dotyczącego zmiany charakteru przestępstwa wynikającego z normy art. 161 KK z indywidualnego na powszechny. Wykazano, iż obecna konstrukcja artykułu nie spełnia wystarczającej funkcji prewencyjnej, co z kolei stanowi potwierdzenie dziesiątej hipotezy badawczej. Należy uznać, iż sprawca narażający na zarażenie chorobą zagrażającą życiu lub nieuleczalną łatwo może uniknąć przypisania odpowiedzialności karnej. Wystarczy, by zaniechał oficjalnej diagnostyki, a „tylko” podejrzewał swoją, nawet bardzo prawdopodobną, chorobę.

Reasumując, przepis art. 161 KK jest niewątpliwie potrzebny, jednakże jego treść budzi wiele wątpliwości. Należy więc postulować jego zmianę zarówno jeśli chodzi o katalog chorób, terminologię jak i znamię określające podmiot przestępstwa.

Biorąc pod uwagę przedstawione wyżej wnioski, wypada podjąć próbę zaproponowania nowego brzmienia artykułu 161 KK. Mając na względzie spójność systemu prawa oraz spójność z terminologią nauk medycznych, a także eliminację luki dotyczącej braku odpowiedzialności sprawców narażających na zarażenie chorobą, którzy nie pozostają nią dotknięci bądź też ich zainfekowanie nie zostało oficjalnie potwierdzone, autorka niniejszej pracy proponuje następującą treść przepisu: § 1. Kto bezpośrednio naraża człowieka na zakażenie biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, mogącym wywołać u niego chorobę realnie zagrażającą życiu lub chorobę, która istotnie zakłóca działanie organizmu bądź

ogranicza wykonywanie codziennych czynności życiowych podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. § 2. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 naraża na zarażenie wiele osób, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10. § 3. Nie podlega karze za przestępstwo określone w § 1 lub § 2 sprawca, który dobrowolnie uchylił grożące niebezpieczeństwo zakażenia. § 4. Ściganie przestępstwa określonego w § 1 następuje na wniosek pokrzywdzonego.

Autorka zdaje sobie sprawę, iż zaproponowana konstrukcja artykułu nie eliminuje wszelkich wątpliwości, które związane są z obecnym brzmieniem przepisu, takich jak np. ocena *a priori* skutków jakie ewentualne zakażenie mogłoby spowodować u pokrzywdzonego, a które mogą się różnić u różnych pokrzywdzonych w zależności od ich indywidualnych cech. Należy jednak pamiętać, iż mowa tu o przedpolu naruszenia dóbr, które są charakterystyczne dla przestępstw z narażenia. Pozostaje przyjąć założenie, iż ocena tych skutków każdorazowo zostanie przeprowadzona przez sąd, przy wzięciu pod uwagę nie tylko rodzaju czynnika zakaźnego i jednostki chorobowej, którą mógłby wywołać ale też określenia jak ten czynnik wpłynąłby na zdrowie konkretnej (nie statystycznej) osoby, w danym stanie faktycznym.

Bibliografia

Akty normatywne

1. Ustawa z dnia 25 lipca 1919 r. w przedmiocie zwalczania chorób zakaźnych oraz innych chorób, występujących nagminnie (Dz.U. 1919 nr 67 poz. 402)
2. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 11 lipca 1932 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 60, poz. 571 z późn. zm.)
3. Ustawa z dnia 21 lutego 1935 r. o zapobieganiu chorobom zakaźnym i o ich zwalczaniu (Dz.U. 1935 nr 27 poz. 198 z późn. zm.)
4. Dekret z dnia 16 kwietnia 1946 r. o zwalczaniu chorób wenerycznych (t.j. Dz. U. z 1949 r. Nr 51, poz. 394 z późn. zm.)
5. Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności sporządzona dnia 4 listopada 1950 r., (Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 z późn. zm.)
6. Ustawa z dnia 13 listopada 1963 r. o zwalczaniu chorób zakaźnych (Dz. U. Nr 50, poz. 279 z późn. zm.)
7. Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych otwarty do podpisu w Nowym Jorku dnia 19 grudnia 1966 r. (Dz. U. z 1977 r. Nr 38, poz. 167)
8. Ustawa z dnia 19 kwietnia 1969 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 13, poz. 94 z późn. zm.)
9. Ustawa z dnia 22 grudnia 1969 r. o utrzymaniu w mocy na okres przejściowy niektórych dotychczasowych przepisów prawa karnego (Dz. U. Nr 37, poz. 311)
10. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 969 z późn. zm.)
11. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.)
12. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1138 z późn. zm.)
13. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1375 z późn. zm.)
14. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Przepisy wprowadzające Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 554 z późn. zm.)
15. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1657 z późn. zm.)
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2172 z późn. zm.)

17. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1876 z późn. zm.)
18. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384 z późn. zm.)
19. Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 2095 z późn. zm.)
20. Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 568 z późn. zm.)
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (Dz. U. poz. 607 z późn. zm.)
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 lutego 2021 r. w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (Dz. U. poz. 351 z późn. zm.)
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 marca 2022 r. w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji w warunkach domowych, kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 668)
24. Ustawa z dnia 7 lipca 2022 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2600)

Literatura

1. Adamek B., M. Kukla M., *Szczepienie przeciwko HBV przed zabiegami operacyjnymi*, Medycyna po Dyplomie 2017, 4 (252)
2. Andrejew I., Świda W., Wolter W., *Kodeks karny z komentarzem, Przepisy prawa przeciwko życiu i zdrowiu*, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1973
3. Banasik K., *Przestępstwo narażenia na zarażenie wirusem HIV (art. 161 § 1 k.k.)*, Prok.i Pr. 2009, nr 6

4. Bartnik M., *Odpowiedzialność karna za narażenie na zarażenie HIV i AIDS*, Studia Prawnicze KUL 3 (71) 2017
5. Bernardino J. I., Arribas J. R., *103 – Antiviral Therapy* [in:] Cohen J. (edit.) Powderly W. G. (edit.), Opal S. M. (edit.), *Infectious Diseases (Fourth Edition)*
6. Bogacki P., Olężałek M., *Kodeks karny. Komentarz do nowelizacji z 7.7.2022 r.*, Legalis/el. 2023
7. Bogdan G. [w:] Wróbel W (red.), Zoll A. (red.), *Kodeks karny. Część szczególna. Tom II. Część I. Komentarz do art. 117-211a*, LEX/el. 2017
8. Bonneton M., Antona D., Danis K., Aït-Belghiti F., Levy-Bruhl D., *Are vaccinated measles cases protected against severe disease?*, *Vaccine*, Volume 38, Issue 29, 2020, ISSN 0264-410X, <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.05.005>
9. Buchała K. [w:] Zoll A. (red.), *Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz do art. 117-363*, t. II i III, LEX/el. 1999
10. Budyn-Kulik M. [w:] Mozgawa M. (red.), *Kodeks karny. Komentarz aktualizowany*, LEX/el. 2023
11. Daszkiewicz K., *Uszkodzenie ciała w świetle przepisów Kodeksu karnego z 6 czerwca 1997 r.*, Pal. 1998, 1-2
12. Derlatka M., *Zasadność kryminalizacji narażenia na zarażenie wirusem HIV*, Pal. 2013, 58/7-8
13. Dębowski M. J., *Wykładnia językowa typizacji narażenia na zarażenie*, SPPAiE 37, 2021
14. Duszyński J., Afelt A., Ochab-Marcinek A., Owczuk R., Pyrc K., Rosińska M., Rychard R., Smiatacz T., *Zrozumieć COVID-19 Opracowanie zespołu ds. COVID-19 przy Prezesie Polskiej Akademii Nauk*, PAN 2020
15. Fleischer-Stępniewska K., Parczewski M., Szetela B., Zubkiewicz-Zarębska A., Gładysz A., *Epidemiologia zakażeń HIV w Polsce i na świecie* [w:] Gładysz A. (red.), Knysz B. (red.), *Zakażenia HIV i AIDS – poradnik dla lekarzy*, Continuo, Wrocław 2014
16. Florczak-Wątor M. [w:] Tuleja P. (red.), *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, wyd. II, LEX/el. 2021
17. Fredrich-Michalska I., Stachurska-Marcińczak B., *Nowe kodeksy karne – z 1997 r. z uzasadnieniami*, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1997
18. Gardocki L., *Prawo karne*, C.H. Beck, Warszawa 2019
19. Gądzik Z., Hałas R. [w:] Grześkowiak A. (red.), Wiak K. (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, wyd. 7, Legalis/el. 2021

20. Giezek J. [w:] Giezek J. (red.), *Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz*, LEX/el. 2021
21. Gruszecka D. [w:] Giezek J. (red.), *Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz*, LEX/el. 2021
22. Gruszecka D., *Ochrona dobra prawnego na przedpolu jego naruszenia. Analiza karnistyczna*, LEX/el. 2012
23. Janczukowicz K., Pojęcie „wielu osób” jako znamień przestępstwa, LEX/el. 2019
24. Kamiński G., Odpowiedzialność cywilna i karna za zarażenie koronawirusem, LEX/el. 2020
25. Karnat J. [w:] Banaś-Grabek M., Gadecki B., Karnat J., *Kodeks karny. Część szczególna. Art. 148–251. Komentarz*, Legalis/el. 2020
26. Klonowski M., *Glosa do postanowienia SN z dnia 11 stycznia 2017 r., III KK 196/16*, St.Iur.Lubl. 2018, nr 2
27. Kokot R. [w:] Stefański R. (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, wyd. 26, Legalis/el. 2021
28. Kokot R. [w:] Stefański R.A. (red.), *Kodeks karny*, wyd. 6, Legalis/el. 2023
29. Konarska-Wrzošek V. [w:] Konarska-Wrzošek V. (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, wyd. III, LEX/el. 2020
30. Królikowski M. [w:] Królikowski M. (red.), Zawłocki R. (red.), *Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz do artykułów 117–221*, t. I. wyd. 5, Legalis/el. 2023
31. Kubiak R., *Odpowiedzialność karna za narażenie na zakażenie wirusem SARS-CoV-2*, Pal. 6/2020
32. Kubiak R., Serwach M., Wrona G., *COVID-19 – wybrane aspekty prawne*, Med. Prakt., 2020, 5
33. Kuchar E., *Mononukleoza zakaźna u dorosłych*, Medycyna Praktyczna, 05.06.2017, <https://www.mp.pl/pacjent/choroby-zakazne/choroby/zakazenia-wirusowe/160210,mononukleoza-zakazna-u-doroslych> (dostęp 18.03.2023 r.)
34. Kulik M. [w:] Mozgawa M. (red.) *Kodeks karny. Komentarz aktualizowany*, LEX/el. 2023
35. Łagodziński S., *Glosa do postanowienia SN z dnia 11 stycznia 2017 r., III KK 196/16*, Prok.i Pr. 2018, nr 3
36. Łastowiecka-Moras E., Koronawirus z medycznego punktu widzenia, *Bezpieczeństwo Pracy. Nauka i Praktyka*, 2020, nr 4
37. Łukuć P., *Przestępstwo narażenia innej osoby na zakażenie wirusem HIV lub inną chorobą zakaźną (wątpliwości i postulaty)*, PiP 2018, nr 4

38. Majewski J., *O wadze przecinka w przepisie typizującym*, PS 2015, nr 1
39. Makarewicz J., *Kodeks karny z komentarzem*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Lwów 1932
40. Małecki M., Płóciennik W., Szabatowska N., *Prawo karne, pojęcie „wiele osób” jako znamię przestępstwa z art. 163 § 1 Kodeksu karnego, znamię ocenne, zasady wykładni prawa karnego. Glosa do postanowienia SN z dnia 11 stycznia 2017 r., III KK 196/16*, OSP 2018, nr 3
41. Marcinkowski T. *Początki profilaktyki i medycyny społecznej* [w:] Brzezieński T. (red.) *Historia Medycyny*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1988
42. Marek A., *Kodeks karny. Komentarz*, wyd. V, LEX/el. 2010
43. Michalski B., *Narażenie życia i zdrowia na niebezpieczeństwo* [w:] Warylewski J. (red.), *Przestępstwa przeciwko dobrom indywidualnym. System Prawa Karnego*, t. 10, wyd. 2, Legalis/el. 2016
44. Michalski B. [w:] Wąsek A. (red.), Zawłocki R. (red.), *Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz do artykułów 117–221*, t I. wyd. 4, Legalis/el. 2010
45. Mielnik Z., *Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu w ujęciu nowego kodeksu karnego*, RPEiS 1997, nr 4
46. Moss W., Griffin D., *Global measles elimination*. Nat Rev Microbiol 4, 900–908 (2006), <https://doi.org/10.1038/nrmicro1550>
47. Naniche D., *Human Immunology of Measles Virus Infection*. [in:] Griffin D.E., Oldstone M.B.A. (eds) Measles. Current Topics in Microbiology and Immunology, vol 330, Springer, Berlin, Heidelberg, 2009, https://doi.org/10.1007/978-3-540-70617-5_8
48. Palka P., Karge H., *Przestępstwo narażenia na zakażenie chorobą zakaźną (art. 161 § 2 k.k.) – przegląd problemów*, Studia Prawnoustrojowe 39, 2018
49. Petzel J., Rachunek zdań [w:] A. Malinowski (red.), *Logika dla prawników*, LexisNexis, Warszawa 2002
50. Piórkowska-Flieger J. [w:] Bojarski T. (red.) *Kodeks karny. Komentarz*, wyd. VII, LEX/el. 2016
51. Polegaj-Pasierb B., Turek R., *Odpowiedzialność karna za narażenie na zakażenie*, Klinika. Czasopismo Fundacji Uniwersyteckich Poradni Prawnych, nr 33-34 (38-39)/2022
52. Rota P., Moss W., Takeda M., et al., *Measles*. Nat Rev Dis Primers 2, 16049 (2016), <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.49>

53. Serwin A.B., Magnus U., *Syphilis in females in Bialystok, Poland, 2000-2015*, Przeg. Epid. 70.2 (2016), s. 274
54. Seweryn M., *Funkcjonowanie Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Historia, rozwój, wyzwania*, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 2015, 13 (2)
55. Siwek K., *Wykładnia znamienia „wiele osób” na tle art. 163 § 1 k.k., znamię opisowe, wykładnia językowa prawa karnego. Glosa do postanowienia SN z dnia 11 stycznia 2017 r., III KK 196/16*, OSP 2019, nr 4
56. Stefański R.A. [w:] Stefański R.A. (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, wyd. 6, Legalis/el. 2023
57. Szata W., *AIDS i zakażenie HIV w 1997 r.*, Przeg. Epid., 1999, 53, 1-2
58. Szwarczyk M. [w:] Bojarski T. (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, wyd. VII, LEX/el. 2016
59. Tyszkiewicz L. [w:] Filar M. (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, wyd. V, LEX/el. 2016
60. Tyszkiewicz L. [w:] Górniok O. (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, wyd. II, LEX/el. 2006
61. Waltoś S (red.), *M. Cieślak. Dzieła wybrane. Polskie prawo karne. Zarys systemowego ujęcia*, t. III, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011
62. Wiak K. [w:] Grześkowiak A. (red.), Wiak K. (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, wyd. 7, Legalis/el. 2021
63. Wróbel W., Zoll A., *Polskie prawo karne, część ogólna*, Znak, Kraków 2014
64. Zajkowska J., Drozdowski W., Grygorczuk S., *Kiła ośrodkowego układu nerwowego – Trudności diagnostyczne*, Neurologia po Dyplomie 9 (2014)
65. Zieliński A., *Słowniczek terminów epidemiologicznych*, Przeg. Epid., nr 3, t. 74
66. Ziemiński Z., *Teoria Prawa*, PWN, Warszawa-Poznań 1978
67. Zoll A. [w:] Andrejew I. (red.), Kubicki L. (red.), Waszczyński J. (red.), *System prawa karnego. O przestępstwach w szczególności*, t. IV, cz. 1, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1985
68. Zoll A. [w:] Wróbel W. (red.), Zoll A. (red.), *Kodeks karny. Część szczególna. Tom II. Część I. Komentarz do art. 117-211a*, LEX/el. 2017

Orzecznictwo

1. Wyrok SN z 21.12.1937 r., II K 1467/37, OSN 1938, nr 6, poz. 152, LEX nr 75327
2. Uchwała Składu Siedmiu Sędziów Sądu Najwyższego z dn. 2.06.1973 r. U 1/71, Legalis nr 17169

3. Wyrok Sądu Najwyższego – Izba Wojskowa z dnia 21.10.1985 r. Rw 934/85, Legalis nr 24969
4. Wyrok SN z 4.02.2000 r., V KKN 137/99, OSNKW 2000, nr 3-4, poz. 31, LEX nr 39864
5. Wyrok SA w Katowicach z 18.10.2001 r., II AKa 372/01 Prok.i Pr.-wk 2002, nr 7- 8, poz. 28
6. Wyrok SA w Lublinie z 18.03.2008 r., II AKa 56/08, LEX nr 399937
7. Wyrok SA w Katowicach z 20.3.2003 r. II AKa 18/03, Legalis nr 76130
8. Wyrok TK z 7.07.2003 r., SK 38/01, OTK-A 2003, nr 6, poz. 61, LEX nr 80204
9. Wyrok SN z 28.05.2008 r., IV KK 30/08, OSNwSK 2008, nr 1, poz. 1164, LEX nr 531300
10. Wyrok SN – Izba Karna z 29.5.2012 r., III KK 87/12, Legalis nr 492200
11. Wyrok SN z 21.08.2012 r., IV KK 42/12, LEX nr 1220930
12. Wyrok SA w Katowicach z 10.10.2012 r., II AKa 230/12, LEX nr 1236411
13. Wyrok SA w Lublinie z 10.10.2012 r., II AKa 162/12, LEX nr 1237251
14. Wyrok SA w Gdańsku z 31.01.2013 r., II AKa 7/13, LEX nr 1289404
15. Wyrok SA w Lublinie z 18.07.2013 r., II AKa 117/13, LEX nr 1369352
16. Wyrok SA we Wrocławiu z 16.10.2013 r., II AKa 305/13, LEX nr 1392144
17. Wyrok SO w Sieradzu z 16.12.2013 r., II K 35/12, LEX nr 1716843
18. Wyrok SR w Kętrzynie z 24.05.2016 r., II K 133/15, LEX nr 2212979
19. Wyrok SO w Elblągu z 31.05.2016 r., II K 1/15, LEX nr 2146329
20. Postanowienie SN z 11.01.2017 r., III KK 196/16, OSNKW 2017, nr 5, poz. 25, LEX nr 2186581
21. Wyrok SR w Goleniowie z 13.04.2017 r., II K 514/15, LEX nr 2307794
22. Wyrok SA we Wrocławiu z 13.06.2017 r., II AKa 129/17, LEX nr 2344210
23. Wyrok SO w Poznaniu z 9.05.2018 r., III K 206/17, LEX nr 2508070
24. Wyrok SA w Szczecinie z 5.07.2018 r., II AKa 104/18, LEX nr 2547712
25. Wyrok SA w Lublinie z 22.11.2022 r., II AKa 231/22, LEX nr 3451176

Inne źródła

WHO:

1. *Coronavirus disease (COVID-19), What happens to people who get COVID-19?*, WHO, 28.03.2023 online: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19> (dostęp 2.04.2023 r.)

2. *Coronavirus disease (COVID-19), Who is most at risk of severe illness from COVID-19?*, WHO, 28.03.2023, online: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19> (dostęp: 2.04.2023 r.)
3. *Ebola virus disease*, WHO, 23.02.2021, online: https://www.who.int/health-topics/ebola#tab=tab_1 (dostęp 14.02.2023 r.)
4. *Hepatitis B. Key facts*, WHO, 24.06.2022, online: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b> (dostęp 22.02.2023 r.)
5. *Hepatitis C. Key facts*, WHO 24.06.2022, online: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c> (dostęp 18.02.2023 r.)
6. *HIV. Key facts*, WHO, 9.11.2022, online: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids> (dostęp 23.02.2023 r.)
7. *Measles. Key facts*, WHO, 20.03.2023, online: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/measles> (dostęp 2.04.2023 r.)
8. *Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it*, WHO 2023, online: [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it) (dostęp 19.04.2023 r.)

Główny Inspektorat Sanitarny

9. *Grypa sezonowa*, Główny Inspektorat Sanitarny 2023, online: <https://www.gov.pl/web/gis/grypa-sezonowa> (dostęp. 15.03.2023 r.)
10. *Odra*, Główny Inspektorat Sanitarny, online: <https://www.gov.pl/web/gis/odra> (dostęp 13.02.2023 r.)
11. *Wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW B)*, Główny Inspektorat Sanitarny 2023, online: <https://www.gov.pl/web/gis/wirusowe-zapalenie-watroby-typu-b-wzw-b> (dostęp 22.02.2023 r.)

Ministerstwo Zdrowia

12. *HIV a ciąża i dziecko. Zakażenia wertykalne matka-dziecko*, Ministerstwo Zdrowia, online: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/hiv-a-ciaza-i-dziecko> (dostęp 2.04.2023 r.)
13. Ministerstwo Zdrowia 2023, online: <https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2> (dostęp 14.03.2023 r.)

14. *Odra*, Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Poznaniu, <https://www.gov.pl/web/wsse-poznan/odra> (dostęp 13.02.2023)
15. *Pierwszy przypadek koronawirusa w Polsce*, Ministerstwo Zdrowia, 4.03.2020, online: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/pierwszy-przypadek-koronawirusa-w-polsce> (dostęp: 6.06.2023 r.)
16. *Raport zakażeń koronawirusem (SARS-CoV-2)*, 6.02.2023 r., Ministerstwo Zdrowia, online: <https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2?fbclid=IwAR2sbHUl4YpDXZ57S0Soaz0tIEqEsfGIVdim9eDE9xG-eDqI76-XPJmPGNo>
17. *Raport zakażeń koronawirusem (SARS-CoV-2) na dzień 14.03.2023 r.*, Ministerstwo Zdrowia 2023, online: <https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2>

Pozostałe

18. Flisiak R., Horban A., Jaroszewicz J., Koziulewicz D., Mastalerz-Migas A., Owczuk R., Parczewski M., Pawłowska M., Piekarska A., Simon K., Tomasiewicz K., Zarębska-Michaluk D., *Zalecenia postępowania w zakażeniach SARS-CoV-2 Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, na dzień 23 lutego 2022 r.*, online: <https://ptmr.info.pl/wp-content/uploads/2022/03/REKOMENDACJE-pl-w-C19-2022-23-02-2022pl-1.pdf> (dostęp 14.03.2023 r.)
19. Gołota M., *HIV: wirus, który wzbudził strach w latach 80 – tych*, Rzeczpospolita, 7.07.2020 r., <https://www.rp.pl/diagnostyka-i-terapię/art633351-hiv-wirus-ktory-wzbudzil-strach-w-latach-80-tych> (dostęp: 5.02.2023 r.)
20. *Metodyka raportu zakażeń COVID-19*, Serwis Rzeczypospolitej Polskiej 2023, <https://www.gov.pl/web/koronawirus/metodologia> (dostęp 14.03.2023 r.)
21. *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11*, <https://icd.who.int/en> (dostęp. 14.02.2023 r.)
22. MW, *Koronawirus (COVID-19) – najnowsze informacje*, Medycyna Praktyczna, 09.06.2022, <https://www.mp.pl/pacjent/choroby-zakazne/koronawirus/koronawirus-warto-wiedziec/225676,koronawirus-najnowsze-informacje> (dostęp: 19.04.2023 r.)
23. *Naukowcy ostrzegają. Możliwe jest podwójne zakażenie*, Med. for minds, 11.07.2021, <https://p.dw.com/p/3wKFR> (dostęp. 14.03.2023 r.)

24. *Niedobory odporności*, Szpital Uniwersytecki w Krakowie,
<https://www.su.krakow.pl/jednostki/choroby-rzadkie/niedobory-odpornosci> (dostęp 18.02.2023 r.)
25. *Nowelizacja Kodeksu karnego*, Wolters Kluwer, 24.01.2023,
<https://www.profinfo.pl/blog/nowelizacja-kodeksu-karnego/> (dostęp 7.02.2023 r.)
26. Obserwatorium Językowego Uniwersytetu Warszawskiego,
<https://nowewyrazy.uw.edu.pl/haslo/odra-party.html> (dostęp 18.02.2023 r.)
27. *Podsumowanie – Szczepionka przeciw odrze*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego,
<https://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/odra/> (dostęp 13.02.2023 r.)
28. *Prawomocne skazania w latach 1946 – 2014*, <https://isws.ms.gov.pl/pl/baza-statystyczna/publikacje/download,3502,14.html> (dostęp 27.01.2023 r.)
29. Stowarzyszenie Lex Super Omnia, *Opinia do projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw (druk 762)*, 12.7.2022 r.,
<https://lexso.org.pl/2022/07/19/opinia-stowarzyszenia-lex-super-omnia-do-projektu-ustawy-o-zmianie-ustawy-kodeks-karny-oraz-niektorych-innych-ustaw-druk-762/>
(dostęp: 7.02.2023 r.)
30. Uzasadnienie do projektu ustawy z dnia 7 lipca 2022 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw, (Dz. U. poz. 2600),
<https://www.sejm.gov.pl/sejm9.nsf/druk.xsp?nr=2024> (dostęp: 7.02.2023 r.)
31. Uzasadnienie do projektu ustawy z dnia 7 lipca 2022 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw, (Dz. U. poz. 2600), Sejm RP, druk nr 2024,
<https://www.sejm.gov.pl/sejm9.nsf/druk.xsp?nr=2024> (dostęp: 7.02.2023 r.)
32. Zespół ds. Prawa Karnego Stowarzyszenia Sędziów Polskich IUSTITIA, *Opinia dotycząca projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw z dnia 16 września 2021 r.*, 5.10.2021,
<https://www.iustitia.pl/dzialalnosc/opinie-i-raporty/4270-opinia-zespolu-ds-prawa-karnego-stowarzyszenia-sedziow-polskich-iustitia-dotyczaca-projektu-ustawy-o-zmianie-ustawy-kodeks-karny-oraz-niektorych-innych-ustaw-z-dnia-16-wrzesnia-2021-roku> (dostęp: 7.02.2023)

Spis tabel

Tabela 1 – Liczba dorosłych osób skazanych prawomocnym wyrokiem za przestępstwa z art. 245 KK jako czyn główny w czasie obowiązywania Kodeksu z 1932 r. **23**

Tabela 2 – Liczba dorosłych osób skazanych prawomocnym wyrokiem za przestępstwa z art. 162 § 1 KK jako czyn główny w czasie obowiązywania Kodeksu z 1969 r. **25**

Spis wykresów

Wykres 1 – Liczba zachorowań wg roku rozpoznania oraz liczba zgonów wg daty zgonów chorych na AIDS w Polsce w latach 1986-1997. **28**

Wykres 2 – Liczba postępowań wszczętych i przestępstw stwierdzonych z art. 161 § 1 - 2 KK za lata 1999-2019. **30**

Wykres 3 – Liczba nowo zdiagnozowanych przypadków zakażenia SARS-CoV-2 w poszczególnych dniach marca 2020 r. **33**

Wykres 4 – Liczba postępowań wszczętych z art 161§ 1-3 KK za lata 2013-2022 r. **35**

Wykres 5 – Liczba przestępstw stwierdzonych z art 161§ 1-3 KK za lata 2013-2022 r. **36**

Wykres 6 – Liczba zachorowań na odrę w Polsce w latach 2005-2022. **60**

Wykres 7 – Porównanie liczby przestępstw wszczętych i stwierdzonych z art. 161 § 2 - 3 KK za lata 2017-2022. **99**