



**UCZELNIA
ŁAZARSKIEGO**

Wydział Prawa i Administracji

Sylwia Majewska

**PRZESTĘPSTWO NARAŻENIA
NA ZAKAŻENIE WIRUSEM HIV I INNYMI
CHOROBYMI W POLSKIM PRAWIE KARNYM**

Rozprawa doktorska
przygotowana pod kierunkiem
prof. dr hab. Ryszarda A.
Stefańskiego

Warszawa 2022

Spis treści

| | |
|--|-----|
| Wykaz skrótów | 5 |
| Wstęp | 7 |
| Rozdział I. Kształtowanie się przestępstwa narażenia na zakażenie wirusem HIV i chorobami wenerycznymi..... | 15 |
| Rozdział II. Przedmiot ochrony..... | 27 |
| Rozdział III. Strona przedmiotowa..... | 39 |
| 1. Zachowania sprawcze..... | 39 |
| 1.2. Narażenie..... | 44 |
| 1.3. Bezpośredniość narażenia..... | 46 |
| 1.4. Zarażenie..... | 49 |
| 1.5. Narażenie na zarażenie wielu osób..... | 56 |
| 2. Choroby..... | 59 |
| 2.1. Zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS)..... | 61 |
| 2.1.1. Przeprowadzanie testów na HIV w służbach mundurowych i możliwość służby osób żyjących z HIV..... | 72 |
| 2.1.2. Sytuacje, w których nie ma ryzyka przeniesienia zakażenia wirusa HIV..... | 78 |
| 2.2. Choroba weneryczna..... | 79 |
| 2.2.1. Choroby weneryczne wywołane przez bakterie..... | 81 |
| 2.2.1.1. Kiła (lues, syphilis)..... | 82 |
| 2.2.1.2. Rzeżączka (Gonorrhoea)..... | 89 |
| 2.2.1.3. Chłamydia (Chlamydia trachomatis)..... | 93 |
| 2.2.1.4. Ziarnica weneryczna pachwin (Lymphogranuloma venereum-LGV)..... | 96 |
| 2.2.1.5. Stany zapalne narządów miednicy mniejszej (Pelvic inflammatory disease-PID)..... | 98 |
| 2.2.1.6. Wrzód miękki (Ulcus molle)..... | 99 |
| 2.2.1.7. Ziarniak pachwinowy (Ganuloma inguinale)..... | 101 |
| 2.2.2. Choroby weneryczne wywołane przez wirusy..... | 103 |
| 2.2.2.1. Opryszczka narządów płciowych (Herpes progeneralis)..... | 104 |
| 2.2.2.2. Wirus HPV..... | 106 |
| 2.2.2.3. Wirus HCV..... | 108 |

| | |
|---|-----|
| 2.2.2.4. Kłykciny kończyste (condylomata acuminata)..... | 110 |
| 2.2.2.5. Mięczak zakaźny (Molluscum contagiosum)..... | 111 |
| 2.2.3. Choroby wywołane przez grzyby..... | 113 |
| 2.2.4. Choroby wywołane przez pasożyty..... | 116 |
| 2.2.4.1. Rzęsistkowica (Trichomoniasis)..... | 116 |
| 2.2.4.2. Świerzb (Scabies)..... | 118 |
| 2.2.4.3. Wszawica łonowa (Pediculosis pubis)..... | 119 |
| 2.3. Choroba zakaźna..... | 121 |
| 2.3.1. SARS COVID- 19..... | 123 |
| 2.4. Ciężka choroba nieuleczalna..... | 125 |
| 2.5. Choroba realnie zagrażająca życiu..... | 126 |
| 3. Problem zgody dysponenta..... | 131 |
| 4. Skutek..... | 133 |
| Rozdział. IV Podmiot przestępstwa..... | 135 |
| 1. Osoba zarażona wirusem HIV..... | 135 |
| 2. Współsprawstwo..... | 139 |
| 3. Osoby wykonujące niektóre zawody..... | 140 |
| 4. Partnerzy zarażeni wirusem HIV i chorzy na choroby weneryczne..... | 144 |
| 5. Osoby zażywające narkotyki jako narażające na zarażenie..... | 151 |
| 6. prostytutki jako narażające na zarażenie..... | 153 |
| 7. Matki jako narażające na zarażenie na dziecko podczas ciąży i porodu..... | 155 |
| 8. Osoby przebywające w zakładach karnych jako narażające na zarażenie..... | 157 |
| 9. Stosunek psychiczny osoby zakażonej wirusem HIV do zakażenia..... | 166 |
| Rozdział. V Strona podmiotowa..... | 171 |
| Rozdział. VI Zbieg przepisów i przestępstw..... | 185 |
| Rozdział. VII Kara i środki karne..... | 200 |
| Rozdział. VIII Wybrane problemy postępowania..... | 206 |
| 1. Tryb ścigania przestępstw związanych z wirusem HIV i AIDS..... | 206 |
| 2. Biegły..... | 211 |
| 3. Ochrona prywatnego interesu nosicieli wirusa HIV oraz chorych na AIDS w postępowaniu karnym..... | 215 |

| | |
|--------------------------------------|------------|
| 4. Problem tajemnicy lekarskiej..... | 219 |
| 5. Media w procesie karnym..... | 223 |
| Wnioski..... | 226 |
| Bibliografia..... | 232 |
| Orzecznictwo..... | 245 |
| Akty prawne..... | 248 |

WYKAZ SKRÓTÓW

Arch. Med. Sąd. Krym- Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii
Czas. Stomat.- Czasopismo Stomatologiczne
Cz.PKiNP- Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych
Dz.U. – Dziennik Ustaw
Dz.U. L- Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej
Dz.U. R.P.- Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej
Ginekol. Pol.- Ginekologia Polska
k.k. – ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. Dz.U. z 2021r., poz. 2345 ze zm.)
k.k.w. - ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. z 2021 r. poz. 53)
k.p.k. – ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 2021r., poz. 534 ze zm.)
k.w.- ustawa z dnia 20 maja 1971 r. Kodeks wykroczeń (Dz.U. z 2021 r. poz. 2008)
K.Pr.Pub.- Kwartalnik Prawa Publicznego
KZS- Krakowskie Zeszyty Sądowe
NKPK- Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego
NP- Nowe prawo
OSA- Orzecznictwo Sądów Apelacyjnych
OSAK- Orzecznictwo Sądu Apelacyjnego w Katowicach
OSAW- Orzecznictwo Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu
OSN(K) – Orzecznictwo Sądu Najwyższego Izba Karna
OSNKW – Orzecznictwo Sądu Najwyższego Izba Karna i Izba Wojskowa
OSNPG – Orzecznictwo Sądu Najwyższego, Wydawnictwo Prokuratury Generalnej
OSNwSK- Orzecznictwo Sądu Najwyższego w Sprawach Karnych
OSP- Orzecznictwo Sądów Polskich
OTK- Orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego
Pal. – Palestra
PiP – Państwo i Prawo
Pr. i Med.- Prawo i medycyna
Prok. i Pr. – Prokuratura i Prawo
Przeegl. Epid.- Przegląd Epidemiologiczny
RPEiS- Ruch Prawniczy Ekonomiczny i Socjologiczny

SA – Sąd Apelacyjny

SN- Sąd Najwyższy

TK – Trybunał Konstytucyjny

z.o.z. – Zakład Opieki Zdrowotnej

WSTĘP

Inspiracją do podjęcia się opracowania tytułowego tematu jest jego atrakcyjność teoretyczna, a także to, że jest życiowy i kontrowersyjny, a w pewnym zakresie tabu. Nie bez znaczenia jest też fakt, że temat ten stał się niezwykle aktualny ze względu na pandemię COVID – 19, której zwalczanie i zapobieganie ujawniło konieczność odpowiedniego skonstruowania znamion przestępstw i wykroczeń, by instrumenty prawnokarne były bardziej skuteczne.

Celem pracy jest przedstawienie nie tylko regulacji prawnych dotyczących narażenia na zarażenie wirusem HIV, chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu, ale również przybliżenie problematyki odpowiedzialności konkretnego narażenia na niebezpieczeństwo.

Analizie poddałam art. 161 k.k. typizujący przestępstwa bezpośredniego narażenia innej osoby na zarażenie wirusem HIV (§ 1) oraz chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu (§ 2), a także typ kwalifikowany, którego znamiona wyczerpuje narażenie wielu osób na niebezpieczeństwo stypizowane w tym przepisie (§ 3). Omawiam problematykę związaną ze sformowaniem art. 161 k.k., poddając go dogłębnej analizie zarówno pod względem systemowym, jak i konstrukcyjnym.

Głównym problemem badawczym jest zakres podmiotowy i przedmiotowy odpowiedzialności karnej za narażenie innej osoby na zarażenie wirusem HIV, chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu, które znacząco rzutują na skuteczność podejmowanych środków karnych.

Hipotezą badawczą jest założenie, że art. 161 k.k. spełnia ważną rolę w zapobieganiu zarażeniem wirusem HIV, chorobą zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu, lecz jest niedoskonały pod względem legislacyjnym i wymaga przemodelowania. W szczególności chodzi o dokonanie oceny, czy słuszne jest stypizowanie przez ustawodawcę tych przestępstw jako indywidualnych właściwych. Występek określony w art. 161 § 1 k.k. w ramach sprawstwa pojedynczego może popełnić wyłącznie osoba zakażona wirusem HIV. Zakres kryminalizacji nie obejmuje zachowań bezpośrednio narażających na zakażenie wirusem HIV, których dopuściły się osoby, które nie są nosicielami tego wirusa. Regulacja ta, zawężając znamię podmiotu czynu, wytwarza w praktyce problemy z kwalifikacją takich przypadków,

jak np. transfuzja krwi bez przeprowadzonych wcześniej właściwych badań na obecność wirusa lub użycia zainfekowanej strzykawki. Także przestępstw określonych w art. 161 § 2–3 k.k. może dopuścić się tylko ten, kto jest "dotknięty" chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu. Znamię "dotknięty chorobą", oznacza osobę "chorą", "cierpiącą na chorobę". Zatem wymagane jest, by był to stan chorobowy zdiagnozowany przez lekarza.

Treść art. 161 § 2 k.k. wywołuje wątpliwość także, co do kategorii chorób zawartych w dyspozycji tego przepisu, Jeśli *ratio legis* tego przepisu wypływa z potrzeby niwelowania zachowań powodujących "bezpośrednie narażenie na zarażenie", to w grę mogą wchodzić jedynie choroby, którymi można się zakazić, czyli choroby zakaźne, a nie inne dowolne "ciężkie choroby nieuleczalne" lub "realnie zagrażające życiu". Zatem znamiona te nie zawierają wszystkich jednostek chorobowych wymienionych w art. 156 § 1 pkt 2 k.k., a wyłącznie te, które mogą być spowodowane przez zakażenie wirusowe lub bakteryjne.

Artykuł 161 k.k. jest swego rodzaju uszczegółowieniem normy obejmującej zakaz narażenia człowieka na niebezpieczeństwo pozbawienia życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Sens wyodrębnienia takiego zakazu wynika z praktyk życia seksualnego w społeczeństwie, które umożliwiają łatwe przenoszenie się chorób zakaźnych oraz ułatwiają przenoszenie się pewnego rodzaju wirusów, w przypadku których zarażenie nie musi powodować choroby realnie zagrażającej życiu. Ponadto pewne grupy społeczne lub zawodowe są szczególnie narażone na uszczerbek wynikający z opisanych w ustawie zachowań sprowadzających realne niebezpieczeństwo zarażenia.

Istotnym problemem jest również to, że art. 161 § 2 k.k. odwołuje się do stanu narażenia na zarażenie chorobą "realnie zagrażającą życiu", gdyż zagrożenie może być uznane za "realne" tylko wtedy, gdy pokrzywdzony został już chorobą "zarażony", a ocena taka jest zbyt wczesna i abstrakcyjna na etapie samego "narażenia" na zakażenie, ponieważ do zakażenia może wcale nie dojść. Dyspozycja art. 161 k.k. nie odnosi się do każdego "narażenia na zarażenie", a wyłącznie do takiego, które jest "bezpośrednie". Ustawowego opisu znamienia czasownikowego nie obejmują zachowania, które tylko pośrednio wywołują stan ryzyka zakażenia wirusem HIV lub chorobą zakaźną.

Ważnym zagadnieniem jest również odpowiedź na pytanie czy stan narażenia na zakażenie spowodowany przez chorego na AIDS powinien być kwalifikowany na podstawie art. 161 § 2 k.k., jako narażenie na zarażenie chorobą zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu. Wskazać przy tym należy, że osoba chora na AIDS nie przestaje być jednocześnie nosicielem wirusa HIV. Specyfika regulacji

wywołania ryzyka zakażenia HIV znajduje swój wyraz także w granicach ustawowego zagrożenia karą za to przestępstwo, które jest jednak znacznie surowsze, niż przewidziane w § 2 tego przepisu. Pytanie, czy jest uzasadnione surowsze karanie osoby, która jest nosicielem wirusa HIV i która nim zaraża, niż osoby, która zakaża tym samym wirusem mając jednocześnie pełnoobjawową chorobę AIDS.

Nie bez znaczenia jest problem możliwości narażenia na zakażenie wirusem HIV osoby, która już jest jego nosicielem. Niewątpliwie przestępstwa bezpośredniego narażenia na zarażenie z art. 161 § 1–3 k.k. można dopuścić się tylko wobec osoby lub wielu osób, która nie jest nosicielem wirusa HIV lub nie jest dotknięta jedną z chorób wymienionych w tym przepisie, a których ryzyko narażenia określony sprawca może wywołać. Zatem stan zdrowia narażonej ofiary należy rozpatrywać w kontekście wskazanego narażenia, jakie wynika ze stanu zdrowia sprawcy.

Niejednoznacznie przedstawia się kwestia prawnokarnej skuteczności zgody dysponenta dobra na wywołanie stanu narażenia na zarażenie. Co do zasady należy wykluczyć taką możliwość, co do przestępstw przeciwko życiu lub zdrowiu. Jakkolwiek art. 161 k.k. nie kategoryzuje naruszenia tych dóbr, a spowodowanie konkretnego niebezpieczeństwa takiego naruszenia, to jednak, nie chodzi w nim wyłącznie o ochronę przed zakażeniem wirusem HIV lub chorobą zakaźną, ale również o prewencję przeciwko rozprzestrzenianiu się zagrożenia epidemiologicznego, a więc ochronę zdrowia publicznego. Jeśli więc zachowanie sprawcy jest nie tylko ryzykowne dla konkretnej osoby będącej dysponentem dobra zagrożonego, ale jest także zachowaniem epidemiologicznym, bardzo dyskusyjny wydaje się przywilej do wyrażenia skutecznej zgody na wytworzenie stanu takiego ryzyka.

Artykuł 161 k.k. nie ma odpowiednika art. 160 § 4 k.k., który reguluje klauzulę niekaralności odnośnie sprawcy uchylającego grożące niebezpieczeństwo. Zatem jeśli sprawca będący nosicielem wirusa HIV po wypełnieniu znamion art. 161 § 1 k.k. podejmie próbę dobrowolnego uchylenia niebezpieczeństwa zakażenia przez natychmiastowe powiadomienie ofiary o ryzyku zakażenia, co umożliwi natychmiastowe, profilaktyczne zastosowanie leku przeciwwirusowego, to mimo tego karalność za spowodowany stan narażenia na zakażenie wirusem HIV, nie zostanie wyłączona. W takim stanie faktycznym istotnie problematyczne byłoby rozważanie skutecznego czynnego żalu z tego powodu, że nawet czasochłonna terapia przy użyciu właściwych leków nie uchyła, a jedynie zmniejsza ryzyko zakażenia.

Dla osiągnięcia założonych celów, rozwiązania wskazanego problemu badawczego oraz zweryfikowania hipotez badawczych zostały wykorzystane różne

metody badawcze, a mianowicie: metoda historyczna, analiza tekstów prawnych, analiza dogmatyczna, analiza judykatury i analiza statystyczna.

Całość materiału, oprócz wstępu i wniosków, została podzielona 8 rozdziałów.

W rozdziale I zreferowałam ewolucję rozwiązań prawnych dotyczących karania osób zakażonych chorobą zakaźną. Już w starożytności podejmowano działania przeciwepidemiczne, mające na celu ochronę przed szerzeniem się chorób zakaźnych. Wraz z rozwojem medycyny i poznawaniem etiologii chorób zakaźnych, zaczęto wydawać akty prawne, których celem było uchronienie przed rozprzestrzenianiem się chorób zakaźnych. Towarzyszyły im również przepisy karne. Pierwsze regulacje związane z chorobami wenerycznymi pojawiły się w zaborze pruskim i były związane z prostytutką. Z kolei plagą przełomu XX i XXI wieku przestały być choroby weneryczne, a stała się choroba wywoływana wirusem HIV, a przecież penalizowane było tylko narażenie na zarażenie chorobą weneryczną, co rodziło problemy z pociągnięciem do odpowiedzialności karnej za narażenie na zakażenie wirusem HIV. Szerzenie się wirusa HIV miało wpływ na to, że w kodeksie karnym z 1997 r. został przewidziany nowy typ przestępstwa narażenia bezpośrednio innej osoby na zarażenie wirusem HIV zagrożony karą pozbawienia wolności do 3 lat (art. 161 § 1 k.k.). Ustawą 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, zmodyfikowana została konstrukcja znamion oraz sankcje przewidziane w art. 161 k.k. Został wprowadzony typ kwalifikowany przestępstwa z art. 161 § 2 k.k. ze względu na narażenie na zarażenie wiele osób (art. 161 § 3 k.k.), które nie jest ścigane na wniosek pokrzywdzonego. Znacząco zostało zastrzone ustawowe zagrożenie karą za narażenie na zakażenie wirusem HIV (art. 161 § 1 k.k.), za które grozi kara pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8. Za narażenie na zarażenie inną chorobą przewidziana jest kara pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5 (art. 161 § 2 k.k.), a za typ kwalifikowany - kara pozbawienia wolności od roku do lat 10 (art. 161 § 3 k.k.).

Rozdział II został poświęcony przedmiotowi ochrony. Właściwe określenie przedmiotu ochrony czynu zabronionego ma również istotne znaczenie dla wykładni znamion przestępstwa. Określenie to bowiem wskazuje na kontekst językowy znamion typu czynu zabronionego i może być pomocne przy prawidłowej ich interpretacji. Ukazuje także deklarowany cel wprowadzenia danego typu czynu zabronionego. Pozwala też ustalić prawidłowy zakres znamion typu czynu zabronionego. Przedmiot ochrony pełni ważną rolę w ujawnieniu myśli przewodniej przepisu karnego oraz celu, w którym

ustawodawca go wydał. Określenie przedmiotu ochrony jest bardzo ważne dla praktyki, gdyż daje możliwość zaznajomienia intencji prawodawcy i jest fundamentem dla dyrektyw interpretacyjnych. Indywidualnym przedmiotem ochrony w art. 161 k.k. jest zdrowie i życie. Dodatkowym przedmiotem ochrony jest także zdrowie publiczne. Celem art. 161 k.k. jest bowiem zapobieganie szerzeniu się chorób oraz powstaniu zagrożenia epidemiologicznego.

Rozdział III, najobszerniejszy, obejmuje rozważania dotyczące strony przedmiotowej przestępstw z art. 161 k.k., w tym szczegółowo są przedstawione choroby, tj. wywołane wirusem HIV oraz choroby weneryczne. Wskazałam również drogi przenoszenia tych patogenów oraz objawy jakie wywołują. Pochyliłam się także nad problemem kategoryzacji chorób zawartych w dyspozycji tego przepisu oraz niejasności odnośnie stanu narażenia na zarażenie chorobą "realnie zagrażającą życiu". Omówiłam również problem kwalifikacji czynu w przypadku stanu narażenia na zakażenie spowodowany przez chorego na AIDS. Zastanowiłam się także nad ewentualną kryminalizacją narażenia na zakażenie wirusem HIV osoby, która już jest jego nosicielem.

W rozdziale IV został omówiony kluczowy problem, jakim jest podmiot czynu zabronionego określonego w art. 161 § 1 k.k., którym może być jedynie osoba zarażona wirusem HIV, oraz podmiot określony w art. 161 § 2-3 k.k., tj. tylko osoba dotknięta chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu. W obu wypadkach w grę wchodzi przestępstwa indywidualne właściwe. Pojawiają się wątpliwości czy słuszne jest to, że sprawcą narażenia na zarażenie wirusem HIV może być tylko ten, kto sam jest zarażony wirusem HIV. Istnieją przecież szersze możliwości takiego narażenia np. funkcjonariuszowi służby więziennej lub policjantowi może grozić takie niebezpieczeństwo nie ze strony osoby zarażonej, ale innej, która posługuje się zarażoną krwią. Także zagrożenie związane z transfuzją zarażonej wirusem HIV krwi, również nie musi wynikać z działań tylko tych osób, które same są zarażone. Podobna argumentacja dotyczy podmiotu z art. 161 § 2-3 k.k. W związku z tym zaproponowałam rozszerzenie przepisów tak, by odpowiedzialności karnej podlegały nie tylko osoby zarażone wirusem HIV albo dotknięte chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu, ale każdy, kto naraża bezpośrednio inną osobę na zarażenie w/w chorobami. Moim zdaniem przestępstwa te powinny być przestępstwami powszechnymi.

Rozdział V dotyczy strony podmiotowej omawianego przestępstwa, przeżyć psychicznych towarzyszącym czynowi zabronionemu, które mają istotne znaczenie dla jego oceny prawnej. W kontekście wypełnienia typu czynu zabronionego umyślnością,

podstawową rolę odgrywa konstrukcja zamiaru i zawarty w niej element kognitywny – świadomość ryzyka naruszenia dobra oraz element wolicjonalny – naganne nastawienie sprawcy względem tego ryzyka (chcenie lub godzenie się). Okoliczność po stronie sprawcy, że jest zakażony wirusem HIV lub dotknięty co najmniej jedną z chorób wymienionych w omawianych przepisach, musi być wcześniej obiektywnie stwierdzona. Dla przyjęcia umyślności zachowania nie wystarczy jedynie przewidywanie takiego stanu rzeczy. Sprawca musi mieć również świadomość, że swoim czynem może wywołać zakażenie ofiary, jak również świadomość skutków takiego zakażenia. Posiadając wiedzę o nosicielstwie wirusa lub stanie chorobowym, o których stanowią przepisy, sprawca może zarówno chcieć narazić bezpośrednio inną osobę na zakażenie wirusem lub chorobą, albo przewidując znaczne prawdopodobieństwo takiej możliwości, godzić się na to. Sprawca musi obejmować swoją świadomością wszystkie znamiona strony przedmiotowej, oraz znamiona cechujące podmiot. Ustawodawca, zaznaczając w art. 161 § 1 – 3 k.k. subiektywną formę „wiedzy” sprawcy, ogranicza obszar tej wiedzy jedynie do tego, że „wie on o tym, że jest zarażony wirusem HIV lub jedną z chorób wymienionych w § 2 tego przepisu”. W literaturze ujednolicenie występku stypizowanego w art. 161 k.k. jedynie w odmianach umyślnych rodzi krytyczne uwagi, że konsekwencje w postaci narażenia bezpośrednio innej osoby na zarażenie tymi chorobami, w praktyce „nie wynikają z winy umyślnej, lecz z rażącej lekkomyślności i niedbalstwa”, a przecież zagrożenie dla zdrowia i życia człowieka nie jest mniejsze z powodu, że sprawca działał nieumyślnie. W związku z tym zaproponowane zostało rozszerzenie zakresu odpowiedzialności za czyny wskazane w art. 161 § 1-3 k.k. w przypadkach ich nieumyślnego popełnienia.

W rozdziale VI ze względu na to, że jedno zachowanie sprawcy może wyczerpać znamiona typów przestępstw określonych w różnych przepisach, przeanalizowałam zbieg przepisów i przestępstw. Z uwagi na wnioskowy charakter ścigania przestępstwa narażenia na zakażenie wirusem HIV lub jedną z chorób zakaźnych scharakteryzowanych w art. 161 § 2 k.k., jeśli sprawca wyczerpał, w warunkach kumulatywnego zbiegu przepisów, tego i innego przestępstwa, brak wniosku o ściganie pochodzącego od osoby uprawnionej jest przeszkodą do przyjęcia konstrukcji zbiegu kumulatywnego obejmującego przepis z art. 161 § 1 lub 2 k.k. Do jednoczesnej realizacji znamion występkę określonego w art. 161 § 1 lub 2 k.k. i innego przestępstwa, wymagającej kumulatywnej kwalifikacji prawnej, może dochodzić w związku z popełnieniem przez sprawcę przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajności – zgwałcenia (art. 197 k.k.), obcowania płciowego z wykorzystaniem bezradności lub niepoczytalności

(art. 198 k.k.), seksualnego wykorzystania stosunku zależności lub krytycznego położenia (art. 199k.k.), seksualnego wykorzystania małoletniego poniżej lat 15 (art. 200 k.k.) oraz kazirodztwa (art. 201 k.k.). Jeżeli sprawca powoduje ciężki uszczerbek na zdrowiu, narażając równocześnie bezpośrednio na zakażenie wirusem HIV, dochodzi do zbiegu przepisów art. 156 § 1 k.k. oraz 161 § 1 k.k., np. sprawca, który jest nosicielem wirusa HIV, gryząc ofiarę, wywołuje skutek w postaci zeszpecenia ciała. Nie wydaje się, trafny pogląd, że może nastąpić zbieg przepisów art. 161 k.k. i art. 160 k.k. Przyjęcie takiej wykładni naruszałoby zasadę *nullum crimen sine lege stricta*. W tym więc przypadku, sytuacja, o jaką chodzi w art. 160 k.k. może się ziścić dopiero wówczas, i to nie w każdym przypadku, gdy rzeczywiście do zakażenia wirusem dojdzie. Możliwa jest również kumulatywna kwalifikacja art. 161 § 1 k.k. oraz art. 161 § 2 k.k. w zw. z art. 11 § 2 k.k., jeżeli sprawca narażenia na zakażenie jest nie tylko nosicielem wirusa HIV, ale jednocześnie także osobą dotkniętą jedną z chorób wymienionych w art. 161 § 2 k.k. Jeśli jednakże sprawca jest dotknięty chorobą AIDS, będąc siłą rzeczy jednocześnie nosicielem wirusa HIV, kwalifikacja jego zachowania może nastąpić wyłącznie na podstawie art. 161 § 1 k.k.

Przedmiotem rozdziału VII są kara i środki karne przewidziane za omawiane przestępstwo. Przestępstwo narażenia na zarażenie wirusem HIV (art. 161 § 1 k.k.) jest występkiem zagrożonym karą pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8. Przestępstwo narażenia na zarażenie chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu (art. 161 § 2 k.k.) jest występkiem zagrożonym karą pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5, natomiast przestępstwo narażenia na zarażenie chorobą zakaźną określoną w art. 161 § 2 k.k. wielu osób (art. 161 § 3 k.k.) zagrożone jest karą pozbawienia wolności od roku do lat 10. Modyfikacja zakresu zagrożenia karą za przestępstwo z art. 161 § 1–2 k.k., dokonana ustawą 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, doprowadziła do wyłączenia możliwości zastosowania względem sprawcy dobrodziejstwa odstąpienia od wymierzenia kary z zastosowaniem art. 59 k.k. Omówiono również wątpliwość jaką może rodzić wykładnia znamion przepisów art. 161 k.k., a mianowicie czy stosowanie przez osobę będącą nosicielem wirusa HIV lub dotkniętą chorobą zakaźną środków mających zabezpieczyć przed zakażeniem tym wirusem lub chorobą – np. używanie prezerwatywy w sytuacji ryzyka zakażenia wirusem HIV lub chorobą weneryczną, bądź maseczki

ochronnej w razie "dotknięcia chorobą" zakaźną – samoczynnie wyłącza odpowiedzialność sprawcy na podstawie tego przepisu.

Nie można przedstawić „Narażenie człowieka na zarażenie” bez odniesienia się do wybranych problemów postępowania, co zostało zawarte w rozdziale VIII. Narażenie na zarażenie wirusem HIV (art. 161 § 1 k.k.), narażenie na zarażenie chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu (art. 161 § 2 k.k.) - zgodnie z art. 161 § 4 k.k. – jest ściganie na wniosek pokrzywdzonego. Nie jest ścigany na wniosek kwalifikowany typ przestępstwa (art. 161 § 3 k.k.), co jest związane z wagą tego przestępstwa wynikającą z narażenia na zarażenie wielu osób. Rozpatrzono możliwe wątpliwości w związku z rozbieżnościami dotyczącymi trybu ścigania przestępstw przewidzianych w art. 161 § 1 i 2 k.k. W pracy opisano także rolę biegłego, gdyż wskazanie czy osoba uczestnicząca w postępowaniu karnym jest chora na AIDS albo jest nosicielem wirusa HIV albo ustalenie czy dane działanie bądź zaniechanie stanowiło możliwość zakażenia, będzie wymagało wiadomości specjalnych. Odniesiono się także do ochrony prywatnego interesu nosicieli wirusa HIV oraz chorych na AIDS w postępowaniu karnym. Pochylnono się nad problemem tajemnicy lekarskiej, oraz uczestnictwa mediów w procesie karnym.

Rozdział I

Kształtowanie się przestępstwa narażenia na zakażenie wirusem HIV i chorobami wenerycznymi

W czasach nowożytnych, wraz z postępowaniem medycyny i poznawaniem etiologii chorób zakaźnych, zaczęto wydawać akty prawne, których celem było uchronienie społeczeństwa przed ich rozprzestrzenieniem się¹. Kodeks karzący Królestwa Polskiego z 1818 r. przewidywał, że kobieta, która wiedząc, że ma szkodliwą lub zaraźliwą chorobę, przemilczając lub ukrywając ją podejmowała służbę mamki, podlegała karze zamknięcia w domu poprawy od 8 dni do 3 miesięcy (art. 555), a także kryminalizacji było poddane ukrywanie, przetrzymywanie lub sprzedaż sprzętów po osobie zmarłej na chorobę zaraźliwą, przeznaczonych przez urzędnika zdrowia do zniszczenia jako stwarzających niebezpieczeństwo rozprzestrzeniania się zarazy, zagrożone karą zamknięcia w domu aresztu publicznego od 8 dni do 3 miesięcy (art. 365). Tej samej krze podlegał kto takie rzeczy kupił lub w inny sposób nabył (art. 366).

Pierwsze regulacje związane z chorobami wenerycznymi pojawiły się w zaborze pruskim i były związane z prostytutką. Okupanci i gospodarze Warszawy zalegalizowali prostytutkę na określonych warunkach, które zostały wydane w Berlinie z datą 16 listopada 1802 r., a w języku polskim ogłoszone pod tytułem: „Ordynacja zabiegająca uwodzeniu młodych dziewcząt do życia nierządne w bordelach, lub innym sposobem za pieniądze, nie mniej przepisy na zatamowanie zarazy wenerycznej w Warszawie obejmująca”².

W myśl § 327 Kodeksu karnego Rzeszy Niemieckiej z 1871 r., karze do dwóch lat więzienia albo grzywnie do dwóch tysięcy marek podlegał ten, kto „świadomie narusza zarządzenia zagrodne lub nadzorcze albo zakazy dowozu, wydane przez właściwą władzę ku ochronie od zawleczenia lub rozszerzania chorób zakaźnych”. Kara więzienia od 3 miesięcy do lat 3 groziła w przypadku, gdy wskutek takiego naruszenia „człowiek nabawił się choroby zakaźnej”³.

Artykuł 206 rosyjskiego kodeksu karnego z 1903 r.⁴ przewidywał, że osoba obowiązana z mocy ustawy lub rozporządzenia do zawiadomienia we właściwym czasie

¹ Np. na ziemiach polskich na początku XX wieku obowiązywały w tym zakresie akty państw zaborczych, tj. ustawa z dnia 30.06.1900 r. o zwalczaniu chorób zakaźnych (Dz.U. Rzeszy, Nr 306), oraz ustawa z dnia 28.08.1905 r. o zwalczaniu chorób zakaźnych (Zbiór ustaw pruskich, Nr 373).

² F. Giedroyc: Rys historyczny szpitala św. Łazarza w Warszawie, Warszawa 1897, s. 209-219.

³ Kodeks karny Rzeszy Niemieckiej z 15.05.1871 r. z późniejszymi zmianami i uzupełnieniami po rok 1918 wraz z ustawą wprowadzącą do kodeksu karnego dla Związku Północno-Niemieckiego (Rzeszy Niemieckiej) z dnia 31.05.1870 r., Poznań 1920, s. 132.

⁴ Kodeks ten nie był wprowadzony w życie w Rosji, poza przepisami dotyczącymi przestępstw przeciwko religii oraz przestępstw przeciwko bezpieczeństwu wewnętrznemu i zewnętrznemu państwa,

o wypadkach chorób zakaźnych u ludzi, winna niewykonania tego obowiązku, ulegnie karze: aresztu na czas do dwóch miesięcy lub grzywny do 8 tysięcy marek polskich. Przepis ten obejmował wypadki niezawiadomienia, wbrew obowiązkowi, nałożonemu przez pewną osobę przez ustawę lub postanowienie władzy, o pojawieniu się choroby zakaźnej. Obowiązek zawiadomienia o wypadkach chorób zakaźnych był jednym z zasadniczych warunków skuteczności zastosowanych medyczno-policyjnych środków mających na celu walkę z chorobami epidemicznymi. Obowiązek ten spoczywał przede wszystkim na lekarzach będących zarówno na służbie państwowej jak i przyjmujących prywatnie. Inne osoby również były zobowiązane do informowania o wybuchu epidemii. Zatem odpowiedzialności karnej podlegały tylko te osoby, na które ustawa lub rozporządzenie, nakładała taki obowiązek. Choroby nazwano zakaźnymi, a nie zaraźliwymi (jak proponowała komisja redakcyjna), gdyż chciano wyrażeniem tym objąć wszystkie choroby epidemiczne⁵. Artykuł 207 tego kodeksu typizował przestępstwo polegające na niezachowaniu wydanych w drodze ustawy lub rozporządzenia przepisów dotyczących środków zabezpieczenia zdrowia powszechnego, zagrożone aresztem na czas do 4 miesięcy lub grzywny do 12 tysięcy marek polskich. Jeżeli niezachowanie przepisów dotyczyło środków zabezpieczenia zdrowia publicznego od chorób zakaźnych winny ulegał karze aresztu lub grzywny do 14 tysięcy marek polskich. W wypadku gdy niezachowanie przepisów nastąpiło w miejscowości, na którą rozciągnięto trybem, przez ustawę przepisany, moc przepisów wyjątkowych, wydanych na wypadek lub podczas ukazania się chorób zakaźnych, zaliczonych przez ustawę do wyjątkowo niebezpiecznych, winny pogwałcenia przepisów powyższych, jeżeli nie ustalono innej odpowiedzialności za ich niewykonanie, podlegał karze więzienia na czas do 6 lat lub więzienia na czas roku. Oba te przepisy miały charakter blankietowy odwoływały się do ustaw wydanych w tym przedmiocie⁶. Ponadto w myśl art. 208 tego kodeksu podlegała karze aresztu kobieta, która wynajmowała się za mamkę lub wynajmowała obowiązki piastunki dziecka, winna ukrycia lub zamłczenia przez przyjmującym ją do służby, że jest dotknięta choroba zaraźliwą, na którą zachorowała

poza poszczególnymi artykułami i częścią ogólną w zastosowaniu do pewnych przestępstw przeciwko ustawom specjalnym. W 1915r. niemieckie władze okupacyjne wprowadziły go na obszarze niemieckiej okupacji, błędnie sądząc, że potwierdzają moc obowiązującej ustawy (J. J. Bossowski w: Encyklopedia prawa prawa obowiązującego w Polsce. Część II, red. A. Peretiatkiewicz, Poznań 1923, s. 35- 36). Kodeks ten został wprowadzony na mocy Przepisów przejściowych do kodeksu karnego, uchwalonych przez Tymczasową Radę Stanu Królestwa Polskiego z dnia 7 sierpnia 1917r. (Dz. Urz. Dep. Spraw. T.R.S. Nr 1, poz. 6) na terenie Generał- Gubernatorstw: Warszawskiego i Lubelskiego, dniem wprowadzenia w Królestwie Polskim polskiego sądownictwa, tj. z dniem 1 września 1917r.

⁵ N. Tagancew: Kodeks karny z 22.03.1903 r., t. 3, Warszawa 1922, s. 201.

⁶ M. Makowski: Kodeks karny obowiązujący tymczasowo w Rzeczypospolitej Polskiej na ziemiach b. zaboru rosyjskiego, t. 2, Warszawa 1921, s. 276.

przed objęciem służby lub po jej objęciu. Odpowiedzialność zachodziła w sytuacji gdy zarażenie nie nastąpiło lub nie pociągnęło żadnych skutków szkodliwych dla zdrowia dziecka, a w przeciwnym razie, zarażająca odpowiadała na skutki, stosownie do ich znaczenia⁷.

Podstawowym aktem normatywnym niemieckich władz okupacyjnych dotyczącym chorób zakaźnych było rozporządzenie naczelnego dowódcy wojsk niemieckich na froncie wschodnim generała-feldmarszałka Paula von Hindenburga z 8 kwietnia 1915 r., dotyczący obowiązku zgłaszania chorób zakaźnych na obszarach Polski podlegających administracji Cesarsko-Niemieckiej. Był to akt prawny niezbyt obszerny, liczący zaledwie sześć paragrafów. Regulował zasady i tryb postępowania w zakresie zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych i zakażeń u ludzi, wskazując w szczególności organy administracyjne właściwe do rozpoznawania i śledzenia sytuacji epidemiologicznej oraz osoby odpowiedzialne za podejmowanie stosownych działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych⁸. Rozporządzenie to obowiązywało do końca okupacji niemieckiej, w niewielkim zakresie uzupełnione przez rozporządzenia policyjne Szefa Administracji Generalnego Gubernatorstwa Warszawskiego Wolfganga von Kriesa z 12 maja i 7 lipca 1917 r.⁹. Wprowadzone nim regulacje wzorowane były na prawie niemieckim i pruskim. Dotyczyło to przede wszystkim obowiązku zawiadamiania właściwych organów władzy administracyjnej o stwierdzeniu wystąpienia choroby zakaźnej. Każdy przypadek podejrzenia zakażenia, zachorowania na chorobę zakaźną lub rozpoznania takiej choroby, a także stwierdzenia lub podejrzenia, że zgon człowieka nastąpił z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, musiał być zgłoszony w ciągu 24 godzin do właściwych organów władzy administracyjnej. Zgłoszeniu miały podlegać nie tylko rozpoznane (zdiagnozowane) przypadki chorób zakaźnych, ale również przypadki niejasne, wzbudzające podejrzenia o takie zakażenie. W tym ostatnim wypadku zawiadomienie dotyczyło osób bez widocznych objawów chorobowych, które pozostawały w bezpośredniej bądź pośredniej styczności ze źródłem zakażenia, jeżeli rodzaj styczności zagrażał przeniesieniem drobnoustrojów. Zgłoszenia dokonywano w formie pisemnej lub ustnej. Okupant ściśle nadzorował przestrzegania tego obowiązku. W przeciwieństwie do dotychczasowego prawodawstwa, władze okupacyjne szczegółowo określiły rodzaje chorób zakaźnych objętych obowiązkiem zgłoszenia.

⁷ M. Makowski: Kodeks karny...,s. 278.

⁸ A. Kulesza: Zapobieganie i zwalczanie chorób zakaźnych w Łodzi w latach 1915-1918 w świetle regulacji normatywnych niemieckich cywilnych władz okupacyjnych, Studia z Dziejów Państwa i Prawa Polskiego 2007, t. 10, s. 253- 254.

⁹ Dz. R. GGW. 1917, Nr 74, poz. 314.

Były to cholera, ospa, tyfus płamisty, tyfus, dyzenteria, przenośna drętwnica karku, szkarlatyna, dyfteria oraz przypadki wścieklizny. Listę tę uzupełniono w 1917 r. o tzw. febrę powrotną oraz gruźlicę płuc i krtani. Innowacją mającą kapitalne znaczenie w walce z chorobami zakaźnymi miało być zwłaszcza wprowadzenie obowiązku zgłaszania przypadków gruźlicy. Inicjatywa w zakresie zmian stanu prawnego należała do Łódzkiego Towarzystwa Lekarskiego, które w 1917 r. wystąpiło do Tymczasowej Rady Stanu Królestwa Polskiego z postulatem wprowadzenia do obowiązującego prawodawstwa okupacyjnego przepisów przeciwgruźliczych. Wydane wówczas przepisy przeciwepidemiczne nakazywały zgłaszanie zgonów z powodu gruźlicy płuc i krtani, a także przypadki zachorowań na gruźlicę otwartą. Były to pierwsze przepisy przeciwgruźlicze na ziemiach polskich. Okupant zastosował system niemiecki - zgłoszenie o chorobach zakaźnych miało być kierowane do właściwego ze względu na miejsce zachorowania naczelnika powiatu¹⁰.

W okresie międzywojennym polskie władze wydały akty prawne dotyczące tej materii, tj. ustawę z 25 lipca 1919 r. w przedmiocie zwalczania chorób zakaźnych oraz innych chorób występujących nagminnie¹¹ oraz ustawę z 21 lutego 1935 r. o zapobieganiu chorobom zakaźnym i o ich zwalczaniu¹². W obu aktach prawnych ustawodawca umieścił niemal jednobrzmiącą listę chorób zakaźnych. W ustawie z 25 lipca 1919 r. były to: ostre choroby zakaźne tj. dżuma, ospa naturalna, cholera azjatycka, dur brzuszny i rzekomy, dur płamisty, dur powrotny, czerwonka, płonica, błonica, nagminne zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, odra, róża, krztusiec, zimnica, zakażenie połogowe, przewlekłe choroby zakaźne tj. trąd, gruźlica, jaglica oraz ostre i odzwierzęce choroby zakaźne tj. wąglik, nosacizna, włośnica, wodowstręt (art. 3). W ustawie z 21 lutego 1935 r. nie było już podziału na różne kategorie chorób, a były one wymienione wszystkie razem tj. dżuma, żółta gorączka, ospa naturalna, cholera azjatycka, dur brzuszny i rzekomy, zakażenie pokarmowe, dur płamisty, dur osutkowy, dur powrotny, czerwonka, płonica, błonica, nagminne zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, odra, nagminne zapalenie przyusznicy, krztusiec, zimnica, zakażenie połogowe, zapalenie przednich rogów rdzenia, nagminne zapalenie mózgowia, choroba Banga, trąd, gruźlica, róża, jaglica, twardziel, wąglik, nosacizna, włośnica, wścieklizna (art. 2). Przewidziane w ustawach tych zakazy i nakazy „przeciwepidemiczne” były zabezpieczane sankcjami karnymi. W myśl art. 25 pierwszej z tych ustaw, przekroczenie jej przepisów lub aktów wykonawczych wydanych

¹⁰ A. Kulesza: Zapobieganie..., s. 254- 255.

¹¹ Dz.U. R.P. Nr 6, poz. 402.

¹² Dz.U. Nr 27, poz. 198 ze zm.

na jej podstawie, o ile czyn nie podlegał ukaraniu w myśl ogólnych postanowień karnych, było karane w drodze administracyjnej grzywną do 1.000 złotych polskich lub aresztem do 3 miesięcy, przy czym dopuszczalne było kumulatywne zastosowanie tych kar. W okresie obowiązywania kodeksu karnego przepis ten nie miał zastosowania, gdyż w grę wchodziła odpowiedzialność za przestępstwo z art. 206 lub 207, z wyjątkiem jego ust. 3 tego kodeksu¹³.

Kodeks karny z 1932 r. w art. 245 typizował przestępstwo narażenia na zarażenie chorobą weneryczną, którego sprawcą mógł być jedynie ten, kto chorobą tą był dotknięty. Przestępstwo to było zagrożoną karą więzienia do lat 3 lub aresztu do lat 3 (§1). Jeżeli sprawcą był małżonek pokrzywdzonego, ściganie następowało na wniosek pokrzywdzonego (§ 2). Z wyrażenia „naraża“ wynikało, że przestępstwo było dokonane już wtedy, gdy sprawca mając świadomość, że jest dotknięty chorobą weneryczną, odbywał stosunek płciowy z inną osobą i w związku z tym „czyni zarażenie prawdopodobnym chociaż nie bezwzględnie koniecznym”¹⁴. Słusznie Sąd Najwyższy przyjął, że „Przestępstwo z art. 245 § 1 k.k. jest już dokonane z chwilą, kiedy sprawca, mając świadomość, że sam jest dotknięty chorobą weneryczną, nie cofa się pomimo to przed płciowym lub jakimkolwiek bądź zetknięciem z inną osobą, z którego bezpośrednio lub pośrednio może zagrażać niebezpieczeństwo zarażenia tą chorobą, a sprawca tego niebezpieczeństwa lub zagrożenia nim chce tego albo na to się godzi. Wszelkie działanie chorego wenerycznie, spowodzające umyślnie w rozumieniu art. 14 § 1 k.k. groźbę niebezpieczeństwa zarażenia, jest według art. 245 § 1 k.k. ukończone bez względu na to, czy inna osoba zarazi się, czy nie, oraz niezależnie od okoliczności, która do zarażenia nie dopuściła”¹⁵.

Przepis miał nie tylko zastosowanie, gdy osoba zakażona chorobą weneryczną współżyła z inną osobą, ale również wtedy, gdy w inny sposób spowodzalała niebezpieczeństwo zakażenia. Przykładem tego była kobieta dotknięta kiłą przyjmująca zajęcie „mamki” lub w sytuacji odwrotnej, gdy rodzice chorego na syfilis dziecka przyjmowali zdrową mamkę. Do zaistnienia przestępstwa nie trzeba było, by druga

¹³ W. Makowski: Kodeks karny ...,s. 277-278.

¹⁴ K. Sobolewski, A. Laniewski: Polski kodeks karny z 11.07.1932 r. wraz z prawem o wykroczeniach, przepisami wprowadzającymi i utrzymaniami w mocy przepisami kodeksu karnego austriackiego, niemieckiego, rosyjskiego i skorowidzem, Lwów 1932 s. 129.

¹⁵ Wyr. SN z 21.12.1937 r., II K 1467/37, OSN(K) 1938, Nr 6, poz.152.

osoba zaraziła się chorobą weneryczną. W sytuacji powstałego zarażenia sprawca odpowiadać miał również za spowodowanie rozstroju zdrowia¹⁶.

Zgodnie z dekretem z dnia 16 kwietnia 1946 r. o zwalczaniu chorób wenerycznych¹⁷ chorobami wenerycznymi były: kiła (przymiot, syfilis), wiewiór (rzeżączka, tryper) oraz wrzód weneryczny (wrzód miękki) (art. 1). Zabraniało się dotkniętym chorobą weneryczną, w okresie zakaźnym choroby, dokonywania jakichkolwiek czynności lub przedsięwzięcia działań, które umożliwiały lub mogły spowodować zakażenie innych osób, a w szczególności: wstępowania w związki małżeńskie, obcowania płciowego, wykonywania zajęć, które stwarzają warunki szerzenia się chorób wenerycznych (art. 3 ust. 1). Dekretem z dnia 27 lipca 1949 r. o zmianie dekretu z dnia 16 kwietnia 1946 r. o zwalczaniu chorób wenerycznych¹⁸ dodano art. 4a i 4b, według których osoby dotknięte chorobą weneryczną powinny na żądanie lekarza podawać wiadomości niezbędne do ustalenia dróg szerzenia się chorób wenerycznych (kontaktów, które mogły spowodować zakażenie tych osób bądź które mogą narazić na zakażenie inne osoby. Chorzy po odbyciu kuracji zaleconej przez lekarza miały obowiązek poddawania się badaniom kontrolnym stanu zdrowia, na zasadach ustalonych przez Ministra Zdrowia".

Treść art. 245 k.k. została przejęta do Kodeksu karnego z 1969 r. jako jego art. 162. W myśl tego przepisu kto, będąc dotknięty chorobą weneryczną, narażał inną osobę na zarażenie tą chorobą, podlegał karze pozbawienia wolności do lat 3 (§ 1). Jeżeli sprawca była osoba pozostającą z pokrzywdzonym we wspólnym pożyciu, ściganie następowało na wniosek pokrzywdzonego (§ 2). Powstanie tego przepisu było argumentowane koniecznością ochrony zdrowia człowieka przed sprawcami, którzy wiedzieli, że mają chorobę weneryczną i mimo tego kontynuowali stosunki płciowe z innymi osobami. Odpowiedzialność zachodziła nie w momencie samego zarażenia, ale wcześniej, gdy następowało bezpośrednie i realne zagrożenie tym zarażaniem¹⁹.

Penalizowane było tylko narażenie na zarażenie chorobą weneryczną, co rodziło problemy z pociągnięciem do odpowiedzialności karnej za narażenie na zakażenie wirusem HIV, a przecież plagą przełomu XX i XXI wieku przestały być choroby weneryczne, a stała się choroba wywoływana wirusem HIV²⁰. Do lat dziewięćdziesiątych

¹⁶ W. Sieradzki: Kodeks karny polski ze stanowiska lekarskiego. Wykład w Towarzystwie Lekarskim lwowskim wygłoszony dnia 09.12.1932 r. , Praktyka Lekarska : miesięczny dodatek bezpłatny do Polskiej Gazety Lekarskiej, Lwów 1933, s. 24.

¹⁷ Dz.U.z 1949 r., Nr 51,poz. 394.

¹⁸ Dz.U. Nr 46, poz. 338.

¹⁹ R. Krajewski: Prawa i obowiązki seksualne małżonków. Studium prawne nad normą i patologią zachowań, Warszawa 2009, s. 264-265.

²⁰ A. Zoll w: Kodeks karny. Komentarz do art. 117–211a, red. W. Wróbel, A. Zoll, t. 2, Warszawa 2017, s. 419.

XX wieku doniosłość chorób wenerycznych zmalała²¹. Globalnym problemem stała się pandemia AIDS²².

Pierwsze przypadki AIDS rozpoznano w 1981 r. w USA, a w 1983 r. wyizolowano wirus, nazwany później HIV, jako czynnik etiologiczny tej choroby. Rejestrację zachorowań na AIDS rozpoczęto w połowie 1981 r. i dane te charakteryzują się niezwykle dynamiką – od 436 wypadków zachorowań w 1981 r. do 1 644 183 w 1996 r., przy czym dane te dotyczą wyłącznie wypadków zachorowań zarejestrowanych, a według szacunków WHO liczba ta wynosiła ponad 5 mln osób, z których większość już zmarła. Liczbę osób zarażonych wirusem HIV szacowało się (według różnych źródeł) w granicach ok. 20–30 mln ludzi. Wskazuje się, że na jedną osobę chorą na AIDS przypada 25–100 ludzi, którzy mogą być zarażeni wirusem HIV. Według danych za 2004 r. szacunkowa liczba nosicieli tego wirusa przekroczyła 40 mln. Liczby te potwierdzały wyraźną tendencję wzrostową i obrazowały skalę zagrożenia, zwłaszcza że z szacunków wynikało, że kilkakrotnie wyższa jest liczba niezarejestrowanych osób zainfekowanych wirusem HIV. Współcześnie zakażenia wirusem HIV mają charakter epidemii, a zważywszy na ich ogólnoswiatowy zakres – pandemii²³.

W Polsce pierwszy przypadek zachorowania na AIDS zarejestrowano w 1987 r., a w okresie od rozpoczęcia w 1985 r. badań w tym zakresie do 31 lipca 1997 r. stwierdzono zakażenie wirusem HIV u 4744 obywateli polskich, a AIDS rozpoznano u 555 osób, z których 325 zmarło (dla porównania – do końca 1994 r. zarejestrowano w Polsce 3600 osób zarażonych wirusem HIV, 317 wypadków zachorowań na AIDS, spośród których zmarły 173 osoby)²⁴.

Szerzenie się chorób miało wpływ na to, że w kodeksie karnym z 1997 r. został przewidziany nowy typ przestępstwa narażenia bezpośrednio innej osoby na zarażenie wirusem HIV zagrożony karą pozbawienia wolności do 3 lat (art. 161 § 1 k.k.). W uzasadnieniu projektu kodeksu karnego²⁵, odnośnie do przestępstwa narażenia na zarażenie chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu, art. 144 § 2 projektu kodeksu karnego²⁶, wskazuje się że przepis ten obejmuje obok niebezpieczeństwa zagrożenia chorobą weneryczną nadto

²¹ H. Karge, P. Palka: Przestępstwo narażenia na zakażenie chorobą zakaźną, *Przegląd problemów, Studia Prawnoustrojowe* 2018, Nr 39, s. 71–72.

²² K. Banasik: Przestępstwo narażenia na zarażenie wirusem HIV, *Prok. i Pr.* 2009, Nr 6, s. 53–54.

²³ K. Banasik: *Przestępstwo*.....,s. 54.

²⁴ K. Banasik: *Przestępstwo*.....,s. 54.

²⁵ Projekt kodeksu karnego: PiP 1994, Nr 2 (wkładka), s. 39-40.

²⁶ Przepis ten stanowił wprost: 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.

niebezpieczeństwo zarażenia inną „zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną, lub realnie zagrażającą życiu”²⁷.

W art. 161 § 2 k.k., obok niebezpieczeństwa zarażenia chorobą weneryczną, objęto niebezpieczeństwo zarażenia inną "zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu" i za nie była przewidziana grzywna, kara ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku. Oba przestępstwa były ścigane na wniosek pokrzywdzonego.

W doktrynie uregulowanie to zostało poddane krytyce, wywodząc, że błędne jest wymienienie choroby wenerycznej, która przecież nie przestała być chorobą zakaźną, a także słusznie podkreślono, że nie wszystkie ciężkie choroby nieuleczalne lub realnie zagrażające życiu nie muszą być zakaźne, a przecież chodzi o choroby narażające inną osobę na zarażenie²⁸. Artykuł 161 § 2 k.k., jak zauważa się w piśmiennictwie, „poszerzył zakres penalizacji czynów polegających na narażeniu innej osoby na zarażenie różnymi chorobami”²⁹.

Na pierwszym planie pojawiło się narażenie na zarażenie wirusem HIV, uznane przez ustawodawcę za poważniejsze oraz bardziej społecznie szkodliwe od narażenia na zarażenie chorobą weneryczną lub innymi wymienionymi w art. 161 § 2 k.k. chorobami. Słusznie dał więc ustawodawca wyraz temu, że - z jednej strony - trudne do opanowania konsekwencje, jakie wynikają z zarażenia wirusem HIV, z drugiej zaś - rozwój współczesnej medycyny, pozwalający coraz lepiej radzić sobie z innymi, nawet nieuleczalnymi lub realnie zagrażającymi życiu chorobami, przemawiają za surowszym traktowaniem sprawców przestępstwa stypizowanego w art. 161 § 1 k.k. Można z dość dużym prawdopodobieństwem założyć, że dalsze postępy w leczeniu wirusa HIV doprowadzą w przyszłości do kolejnego przewartościowania zachowań, z którymi wiąże się wymienione w art. 161 k.k. zagrożenia³⁰.

W art. 161 k.k. ustawodawca zaakcentował zagrożenie dla życia i zdrowia, wynikające z eskalacji ryzyka zakażenia wirusem HIV, szczególnie niebezpiecznego nie tylko w aspekcie jednostkowym, ale także grupowym. Zwiększa ono bowiem znacząco ryzyko zachorowań na choroby zakaźne, ale także na inne choroby, w tym nowotworowe.

Problematyka HIV/AIDS posiada własny wieloaspektowy wymiar prawny. Jej ważność wyraża się na gruncie prawa konstytucyjnego, administracyjnego, cywilnego

²⁷ Uzasadnienie do projektu kodeksu karnego, PiP 1994, Nr 3 (wkładka), s. 66.

²⁸ K. Daszkiewicz: Kodeks karny z 1997 r. Uwagi krytyczne, Gdańsk 2001, s. 346.

²⁹ M. Szwarczyk w: Kodeks karny. Komentarz, red. T. Bojarski, Warszawa 2016, teza 1 do art. 161.

³⁰ J. Giezek w: Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz, red. J. Giezek, Legalis 2014, teza 2 do art. 161.

oraz rodzinnego. Również prawo karne, w zakresie wskazanym przez jego subsydiarny charakter (*ultima ratio*), uznaje się za miarodajną dziedzinę w walce z zagrożeniem, jakie pociąga za sobą wirus HIV. Przepisy prawa karnego odgrywać mogą jednakże tylko rolę posiłkową w zapobieganiu takich zakażeniom. Dlatego też ustawodawca kryminalizuje wyłącznie świadome narażanie i to tylko narażanie bezpośrednie, zatem cięższe przypadki spowodowania groźby zakażenia tym wirusem. Słusznie podkreśla się w doktrynie, iż przepis art. 161 § 1 k.k. pełni specjalną funkcję polityczno-kryminalną, a jego *ratio legis* uwypukla potrzebę kształtowania oczekiwanych postaw wobec prawa do zdrowia innej osoby³¹.

Ratio legis tej regulacji prawnokarnej wynika z faktu, że pandemia HIV/AIDS, mimo niewielkiej stosunkowo (w porównaniu z innymi państwami) liczby zarejestrowanych w Polsce zakażeń, stanowi potencjalne zagrożenie dla zdrowia i bytu ludności. Pewne wątpliwości może budzić wynikająca z faktu typizacji tego przestępstwa teza, czy zwalczanie tego rzeczywiście bardzo niebezpiecznego zjawiska – epidemiologicznego szerzenia się HIV/AIDS powinno być realizowane poprzez normy prawa karnego, zwłaszcza że znane z przeszłości próby regulowania normami prawa karnego określonych sfer życia społecznego, np. prawidłowego gospodarowania, okazały się mało skuteczne. Należy jednak podkreślić, że penalizacja zachowań prowadzących – najogólniej – do niebezpieczeństwa szerzenia się HIV/AIDS jest tylko pewnego rodzaju "uzupełnieniem" Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Opieki Nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS 1996–1998.

Z uwagi na to, że ustawodawca stanął na stanowisku, że zachodzi potrzeba surowszego karania narażenia na zarażenie wirusem HIV, można mieć wątpliwości, czy nie jest to zbyt daleko idąca kazuistyka. Nowość omawianego przepisu powoduje, że z uwagi na specyfikę określonego w nim czynu i dość szczególne określenie jego ustawowych znamion istnieją wątpliwości związane z jego interpretacją, które dotyczą w pewnym zakresie również odmiany określonej w art. 161 § 2 k.k., w związku z podobnym określeniem jego znamion. Na usprawiedliwienie można też podać poczucie zagrożenia w społeczeństwie rozprzestrzenianiem tej choroby oraz potrzebą obrony, szczególnie niektórych grup zawodowych (np. lekarzy, policjantów, służb więziennych) przed szantażem i rzeczywistym zagrożeniem ze strony osób zarażonych³².

Kodeks karny z 1997 r., oprócz ustanowienia nowego przestępstwa z narażenia, uregulował częściowo odmiennie przestępstwo narażenia na zarażenie

³¹ R. Kokot w: Kodeks karny. Komentarz, red. R. A. Stefański, Legalis. 2021, teza 3 do art. 161.

³² A Zoll w: Kodeks karny..., s. 419.

chorobą weneryczną uzupełniając niebezpieczeństwo narażenia na zarażenie, chorobą zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu.

Choroby zakaźne były do 31 grudnia 2008 r. uregulowane przede wszystkim w przepisach ustaw z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach³³ oraz szeregu rozporządzeń wydanych na jej podstawie. Od dnia 1 stycznia 2009 r. obowiązuje w tym zakresie ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi³⁴. Określa ona zasady i tryb zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w tym zasady i tryb rozpoznawania i monitorowania sytuacji epidemiologicznej oraz podejmowania działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych w celu unieszkodliwienia źródeł zakażenia, przecięcia dróg szerzenia się zakażeń i chorób zakaźnych oraz uodpornienia osób podatnych na zakażenie, a także zadania organów administracji publicznej w zakresie zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, jak również uprawnienia i obowiązki świadczeniodawców oraz osób przebywających na terytorium Polski w tym zakresie. Według art. 2 pkt 3 ustawy, choroba zakaźna to choroba, które została wywołana przez biologiczny czynnik chorobotwórczy. W art. 2 pkt 4 określona została choroba szczególnie niebezpieczna i wysoce zakaźna. Jest nią choroba zakaźna łatwo rozprzestrzeniająca się, o wysokiej śmiertelności, powodująca szczególne zagrożenie dla zdrowia publicznego i wymagająca specjalnych metod zwalczania, w tym cholera, dżuma, ospa prawdziwa, wirusowe gorączki krwotoczne.

Z kolei katalogi zakażeń i chorób zakaźnych zawarte zostały w załączniku „Wykaz zakażeń i chorób zakaźnych”, stanowiącym integralną część przywołanej ustawy; pkt 55 wymienia jako chorobę zakaźną AIDS oraz jako zakażenie HIV. Zakażonych HIV oraz chorych na AIDS dotyczą ogólne regulacje odnoszące się do zakażeń i chorób zakaźnych wymienionych w załączniku do przywołanej wyżej ustawy oraz w aktach normatywnych o randze poniżej ustaw, do których należą m.in.:

- 1) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS³⁵;
- 2) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2008 r. w sprawie wymagań, jakie powinien spełniać system zapewnienia jakości w bankach tkanek i komórek³⁶;

³³ Dz. U. Nr 126, poz. 1384 ze zm.

³⁴ Dz.U. z 2021 r. poz. 2069.

³⁵ Dz.U. Nr 44, poz. 227.

³⁶ Dz.U. z 2015 r. poz. 967 ze zm.

3) rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 18 września 1998 r. w sprawie rodzajów schorzeń uzasadniających obniżenie wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych oraz sposobu jego obniżania³⁷.

Ustawą 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 ustaw³⁸ zmodyfikowana została konstrukcja znamion oraz sankcja przewidziana w art. 161 k.k. Został wprowadzony typ kwalifikowany przestępstwa z art. 161 § 2 k.k. ze względu na narażenie na zarażenie wiele osób (art. 161 § 3 k.k.), które nie jest ścigane na wniosek pokrzywdzonego. Znacząco zostało zaostrzone ustawowe zagrożenie karą za narażenie na zakażenie wirusem HIV (art. 161 § 1 k.k.), za które grozi kara pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8. Za narażenie na zarażenie inną chorobą przewidziana jest kara pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5 (art. 161 § 2 k.k.), a za typ kwalifikowany - kara pozbawienia wolności od roku do lat 10 (art. 161 § 3 k.k.).

Jak wskazano w uzasadnieniu projektu tej ustawy, zmiana ta zaszła „z uwagi na zaistnienie stanu zagrożenia epidemicznego i epidemii ogłoszonego z powodu COVID-19”, co doprowadziło do konieczności „ponownej weryfikacji stopnia abstrakcyjnej społecznej szkodliwości przestępstw stypizowanych w art. 161 k.k. (...)”³⁹. Jak tłumaczono, wniesione zmiany miały „na względzie stopień szkodliwości społecznej tych zachowań, mogących prowadzić do bardzo daleko idących negatywnych konsekwencji dotyczących stanu zdrowotnego całego społeczeństwa”. Nieustannie zatem bezpośrednio narażenie przez świadomego nosiciela wirusa HIV nawet „wielu osób” na „zarażenie” tym wirusem zawarte jest w obecnej regulacji § 1 tego przepisu i jako czynnik mający wpływ na stopień społecznej szkodliwości czynu jest okolicznością obciążającą braną pod uwagę przy sądowym wymiarze kary za to przestępstwo⁴⁰.

Projekt ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw z dnia 16 września 2021 r.⁴¹ przewiduje jeden typ podstawowy przestępstwa obejmujący tego, kto, wiedząc, że jest zarażony wirusem HIV lub dotknięty chorobą weneryczną

³⁷ Dz.U. Nr 124, poz. 820 ze zm.

³⁸ Dz.U. z 2020r., poz. 568.

³⁹Uzasadnienie autopoprawki do rządowego projektu ustawy 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, Druk Nr 299-A, Sejm RP IX kadencja, Warszawa, 27.3.2020 r., s. 13, <http://www.sejm.gov.pl/sejm9.nsf/druk.xsp?nr=299-A>. (dostęp 20.10.2021r.).

⁴⁰ R. Kokot w: Kodeks karny...2021, teza 4 do art. 161.

⁴¹ Rządowe Centrum Legislacji Nr UD281, <https://legislacja.rcl.gov.pl/lista?pNumber=3&typeId=2&#list> (dostęp 20.10.2021r.).

lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu, naraża bezpośrednio inną osobę na zarażenie tym wirusem lub chorobą, zagrożony karą pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8 (proj. art. 161 § 1 k.k.), który jest ścigany na wniosek (proj. art. 161 § 3 k.k.). Proponowana zmiana ma w zasadzie charakter redakcyjny, bowiem treść dotychczasowym paragrafów 1 i 2 została zawarte w jednym, a jedynie w zakresie do narażenia na zarażenie oprócz choroby dodano wirusa. Proponuje się utrzymanie w niezmienionej postaci typ kwalifikowany (proj. art. 161 § 2 k.k.).

Przepis z art. 161 k.k. jest swego rodzaju uszczegółowieniem normy mówiącej o zakazie narażenia człowieka na niebezpieczeństwo (konkretne) ciężkiego uszczerbku na zdrowiu lub pozbawienia życia. Wyróżnia go opis strony podmiotowej czynu (świadomość określonego stanu zdrowia, który jest źródłem niebezpieczeństwa w przypadku nieostrożnego zachowania sprawcy), opis skutku, do którego odnoszona jest kryminalizacja na przedpolu jego wystąpienia. Sens wyodrębnienia takiego zakazu wynika z praktyk życia seksualnego w społeczeństwie, które umożliwiają łatwe przenoszenie się chorób zakaźnych oraz umożliwiają przenoszenie się pewnego rodzaju wirusów, w przypadku których zarażenie nie musi powodować choroby realnie zagrażającej życiu. Ponadto pewne grupy społeczne lub zawodowe, które są szczególnie narażone na uszczerbek wynikający z opisanych w ustawie zachowań sprowadzających realne niebezpieczeństwo zarażenia⁴².

⁴² M. Królikowski w: Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz. Art. 117 – 221, red. M Królikowski, R. Zawłocki, Legalis 2017, teza 1 do art. 161.

Rozdział II

Przedmiot ochrony

W doktrynie podkreśla się, że każdy typ czynu zabronionego zostaje ustanowiony dla osiągnięcia określonego celu, którym jest zwalczanie czynów odpowiadających jego ustawowemu znamionom. Zwalcza się je, gdyż stanowią zamach na pewne wartości życia społecznego chronione prawem (dobra prawne). Jeżeli nie odniesie się treści przepisu do jego celu, to będzie to oznaczać ujęcie formalne, nie pozwalające na właściwe zrozumienie istoty prawa karnego oraz jego stosowania w praktyce. Nie ma przepisu karnego, który nie został ustanowiony w celu ochrony dobra prawnego⁴³.

Właściwe określenie przedmiotu ochrony czynu zabronionego ma również istotne znaczenie dla wykładni znamion przestępstwa. Może on wskazywać na kontekst językowy znamion typu czynu zabronionego i być pomocny przy prawidłowej ich interpretacji. Ukazuje także deklarowany cel wprowadzenia danego typu czynu zabronionego. Pozwala też ustalić prawidłowy zakres znamion typu czynu zabronionego. Przedmiot ochrony pełni ważną rolę w ujawnieniu myśli przewodniej przepisu karnego oraz celu, w którym ustawodawca go wydał. Określenie przedmiotu ochrony jest bardzo ważne dla praktyki, gdyż daje możliwość zaznajomienia intencji prawodawcy i jest fundamentem dla dyrektyw interpretacyjnych⁴⁴.

W państwie prawnym warunkiem tworzenia normy prawnej jest konieczność ochrony dobra prawnego. "Dobro prawne" jest dobrem, które posiada już ochronę w systemie prawa. Termin „dobra prawne” pokazuje, iż "coś" już jest przez porządek prawny chronione⁴⁵. Te ważne wartości chronione przez prawo są dobrami prawnymi⁴⁶. Pojęcie „dobra prawnego” pojawia się nie tylko w prawie karnym, ale też w pozostałych gałęziach prawa⁴⁷. Dobro prawne pełni w porządku prawa karnego ważną rolę, począwszy od etapu powzięcia przez ustawodawcę postanowienia o kryminalizacji. Daje możliwość karalności tylko takich zachowań, które określa się jako przestępne⁴⁸. W doktrynie zaznacza się, że dobro prawne

⁴³ T. Tyburny: Przedmiot ochrony przepisu typizującego czyn zabroniony, *Przegląd Prawniczy Uniwersytetu Warszawskiego* 2017, Nr 1, s. 90- 91.

⁴⁴ M. Czarkowska: Przedmiot ochrony przestępstwa znęcania się w kontekście przemocy wobec kobiet w rodzinie, *Prok. i Pr.* 2011, Nr 10, s. 39-40.

⁴⁵ E. Plebanek: *Materialne określenie przestępstwa*, Warszawa 2009, s. 98.

⁴⁶ M. Cieślak: *Polskie prawo karne. Zarys systemowego ujęcia*, Warszawa 1995, s. 14.

⁴⁷ J. Giezek w: M. Bojarski, J. Giezek, Z. Sienkiewicz, *Prawo karne materialne*, Warszawa 2004, s. 83.

⁴⁸ E. Plebanek: *Materialne...*, s. 101.

określa obszar dopuszczalnej i niezbędnej kryminalizacji (tzw. wariant systemowo-krytyczny) oraz warunkuje wykładnię przepisów prawa karnego (tzw. wariant systemowo-immanentny)⁴⁹.

Dobrami prawnymi są przedmioty, które człowiekowi dają możliwość jego samorozwoju⁵⁰.

Dobra prawne dają podstawę do ustalenia granic koniecznej i racjonalnej ochrony, są teoretycznym uzasadnieniem jej rozszerzania na przedpole czynu zabronionego, a jednocześnie w stosunku do prawodawcy karnego pełnią funkcję limitującą, wskazując nie tylko, co ma ochraniać, ale także z uwagi na pozostałe dobra, w jaki sposób i w jakim stopniu. W literaturze stwierdza się, że „Dobro prawne doświadcza podwójnej ochrony: przez prawo karne i przed prawem karnym”. Pojęcie to nie rozwiązuje na pewno wszystkich problemów, ale daje możliwość krytycznego spojrzenia na cele prawa karnego, kierunku jego rozwoju oraz stanowi bazę dla racjonalnej dyskusji nad kryteriami penalizacji⁵¹.

Ukazanie przedmiotu ochrony daje możliwość skonkretyzowania znamion przestępstwa. Dopiero konkretne ustalenie naruszonego dobra prawnego określa kwalifikację prawną czynu oraz kwalifikację danego czynu jako jednego lub wielu przestępstw. Normą jest, że jeżeli dobro chronione ma charakter abstrakcyjny i nie jest dopuszczalna akceptacja wielości czynów, kiedy nastawione są one przeciwko kilku jednostkom⁵².

Ważną kwestią jest ustalenie przedmiotu ochrony danego przepisu. Potrzeba ta wynika zarówno nie tylko z potrzeby wykładni prawa, ale i z konieczności oceny społecznej szkodliwości czynu w stopniu większym niż znikomy będącego materialnym elementem przestępstwa (art. 1 § 2 k.k.). Dodatkowo rodzaj i charakter naruszonego dobra prawnego jest ważnym elementem ustawowego i sędziowskiego wymiaru kar i środków karnych (art. 53 § 1 k.k.), w zakresie ustawowej sankcji, uformowanej przez ustawodawcę zgodnie z uzgodnioną hierarchią wartości dóbr chronionych. Rodzaj przedmiotu ochrony łączy się z możliwością wykorzystywania wielu instytucji prawa karnego materialnego i procesowego. Zazwyczaj w normach prawa karnego mieszczą się informacje o rodzaju przedmiotu ochrony ,a tylko czasem treść przepisu nie daje wyraźnej odpowiedzi w tym zakresie. W tych przypadkach ustalenie przedmiotu ochrony normy sankcjonowanej wymaga wykładni⁵³.

⁴⁹ M. Czajkowska w: *Studia i Analizy Sądu Najwyższego*, red. K. Ślęzak, t. 6, Warszawa 2012, s. 120.

⁵⁰ D. Gruszecka: *Pojęcie dobra prawnego w prawie karnym*, Wrocław 2008 ,s.153.

⁵¹ D. Gruszecka: *Pojęcie.....*,s. 154.

⁵² B. Błońska: *Zagadnienie przedmiotu ochrony prawnokarnej w przypadku przestępstw eksploatacji prostytutki*, *Studia Iuridica* 2006, Nr 46, s.37.

⁵³ M. Sagan: *Glosa do uchwały SN z 27.10.2005 r., I KZP 32/05, Prok. i Pr.* 2006, Nr 5, s. 157-158.

W nauce prawa karnego nie została wypracowana jednolita definicja dobra prawnego. Jednocześnie pojawiło się zjawisko "tworzenia" czy też „kreowania” przez ustawodawcę coraz większej ilości dóbr chronionych przez prawo karne, a przez to do tworzenia kolejnych typów czynów zabronionych. Stosuje się różnorodne opisy dobra prawnego np.: przedmioty, wartości, obiekty, stany, idee, stosunki, funkcje, interesy, wyobrażenia czy wartościowe jednostki funkcjonalne⁵⁴. W piśmiennictwie przedmiot ochrony określa się jako „przedmiot zamachu” lub „wartość społeczna chroniona prawnie”. Wymiennie używa się też pojęć takich jak "dobro chronione", "przedmiot ochrony" lub "przedmiot zamachu", które są właściwie synonimami, jednak słowo "przedmiot zamachu" wiąże się z podejściem od strony przestępstwa, natomiast "przedmiot ochrony" - od strony przepisów prawa karnego⁵⁵.

Przedmiotem ochrony jest dobro, które dany przepis chroni lub przeciwko któremu nakierowany został zamach przestępny⁵⁶. Prawo chroni określone wartości, które są uznawane przez społeczeństwo za najistotniejsze dla swojego istnienia i dlatego stoi za koniecznością strzeżenia ich przy pomocy środków przymusu. Fundamentalnymi wartościami społecznymi, chronionymi przez prawo karne są m.in. życie człowieka, jego zdrowie, wolność i nietykalność⁵⁷.

Przedmiotem ochrony są dobra, które według ustawy zagrożone są czynami wyczerpującymi znamiona danego typu przestępstwa. Termin ten ułatwia zrozumienie powodu dla którego dany przepis został wydany⁵⁸. Przedmiot ochrony obrazuje poniekąd idee przewodnią przepisu karnego, jego *ratio essendi*, jak niektórzy wolą jego cel⁵⁹. Przepisy prawa karnego są instrumentem służącym jak najlepszej ochronie określonych dóbr prawnych, oraz dają możliwość właściwie ustalić obszar objęty konkretnymi przepisami karnymi czynów zabronionych⁶⁰.

Zdaniem W. Woltera dobra prawne to „przedmioty realne lub idealne, z którymi związane są pewne wartości społeczne, wobec czego też znajdują się one pod ochroną karną”. Ponadto mając na uwadze ogólne zadania społeczne wskazuje, że podłożem bezprawności czynu jest podważenie tego, co jest przedmiotem jego ochrony⁶¹. W dużym uproszczeniu przez słowo "dobro" pojmuje się to, co człowiek ceni i pragnie mieć. Odnosi się to do określonych

⁵⁴ D. Gruszecka: Pojęcie...,s.140-141.

⁵⁵ D. Gruszecka: Ochrona dobra prawnego na przedpolu jego naruszenia, Lex 2012, Nr 154865.

⁵⁶ A. Marek: Prawo karne, Warszawa 2009, s.110.

⁵⁷ D. Gruszecka: Pojęcie..., s. 135-137.

⁵⁸ A. Książopolska-Breś: Odpowiedzialność karna za dzieciobójstwo w prawie polskim karnym, Warszawa 2010,s. 53-54.

⁵⁹ I. Andrejew: Ustawowe znamiona przestępstwa, Warszawa 1959, s. 91.

⁶⁰ D. Gruszecka: Pojęcie...,s. 141.

⁶¹ W. Wolter: Zarys systemu prawa karnego. Część ogólna, Kraków 1933, s. 81–82.

wartości, które człowiek chce mieć, takie jak, np. życie, zdrowie, wolność. Dobro posiada charakter prawny, gdy w systemie prawa jest norma zmuszająca wykonanie lub ochronę tego prawa⁶².

Treść dóbr prawnych może być wyjaśniana poprzez odwołanie się do konstytucji. Wskazuje się, iż konstytucja tworzy głównie ramy organizacyjne dla życia wspólnoty, a nie określa bezpośrednio, co jest dla niej wartościowe i słuszne. Poglądy reszty przedstawicieli nauki o dobrach prawnych skupiają się w kręgu podziału na tzw. nurt dualistyczny i monistyczny. Podział ten wynika z przyjętej typologii dóbr – powiązanej z możliwością gospodarowania danym dobrem i np. zgodą pokrzywdzonego, traktowaną jako okoliczność kontratypowa: dobra powszechne to np. środowisko naturalne, niepodległość państwa, bezpieczeństwo powszechne itp., dobra indywidualne zaś to np. własność, a także i zdrowie⁶³.

Przedmiot ochrony dzieli się na ogólny, rodzajowy i indywidualny.

Przedmiot ogólny stanowi wartość, która jest chroniona przez prawo i jest jedna dla wszystkich przepisów stanowiących zakazy karne i jest rozumiana jako porządek stosunków społecznych. Ogólnym przedmiotem ochrony jest dobro chronione przez całe prawo karne⁶⁴.

Według A. Marka rodzajowym przedmiotem ochrony są normy prawne chroniące porównywalne dobra pod względem rodzajowym. Przedmiot rodzajowy jest chroniony przez grupę przepisów, zazwyczaj umieszczonych w tym samym rozdziale⁶⁵.

K. Buchała rodzajowy przedmiot ochrony określa jako dobro, które jest taki sam dla jednej kategorii typów przestępstw⁶⁶. W doktrynie pojawiają się jednak różne jego interpretacje. Może być rozumiany jako przejaw rodzaju przestępstwa, co daje możliwość na wywnioskowanie pewnego wyniku w ustalaniu norm prawnych. Zakłada się też, że rodzajowy przedmiot ochrony może być pomocny wyłącznie jako wytyczna objaśniająca typy przestępstw zawartych w danym rozdziale. Obie koncepcje pozwalają na to, by przedmiot ochrony tworzył znamię typu przestępstwa⁶⁷.

W celu ustalenia, jaki jest przedmiot ochrony danego przepisu, należy odnieść się do systematyki kodeksu karnego. Ustawodawca pogrupował poszczególne typy

⁶² E. Plebanek: *Materialne...*, s.100.

⁶³ D. Gruszecka: *Pojęcie ...*, s.149-151.

⁶⁴ L. Gardocki: *Prawo karne*, Warszawa 2008, s. 88.

⁶⁵ A. Marek: *Prawo karne...*, s.110.

⁶⁶ K. Buchała, W. Wolter: *Wykład prawa karnego na podstawie kodeksu karnego z 1969 r., cz. I*, Kraków 1970, s. 82.

⁶⁷ M. Czajkowska w: *Studia...*, s.121.

przestępstwa ze względu na tożsamość lub pokrewieństwo dóbr prawnych⁶⁸. Kryterium różnicowania stanowi rola, którą dany przedmiot pełni w postępowaniu sprawcy oraz w klasyfikacji rodzajowej przestępstw. Określony rodzaj przestępstwa może mieć kilka przedmiotów ochrony.

Każdy rozdział Kodeksu karnego zawiera przepisy, które chronią dobra prawne mające wspólny lub podobny przedmiot ochrony⁶⁹. Wyróżnia się dobro prawne właściwe oraz dobro społeczne. To pierwsze jest wynikiem pozytywnego wartościowania przez ustawodawcę pewnych stanów, rzeczy, zdarzeń czy idei, które jako założenie właściwego funkcjonowania społeczeństwa uznaje za „ważne, a czasem nawet niezbędne”. Biorąc pod uwagę istotę dobra prawnego dokonuje się też podziału na dobra ściśle indywidualne (dobra osoby, jakimi może dowolnie rozporządzać, przeważnie ścigane w trybie prywatnoskargowym), dobra ściśle społeczne (wartości, które są jedynie w interesie publicznym - ścigane w trybie prywatnoskargowym, nie mające pokrzywdzonego). Indywidualny przedmiot ochrony jest najbardziej drobiazgowo określony. Ilustracją szczególnego przedmiotu ochrony w XXVIII rozdziale Kodeksu karnego jest np. prawo do bezpiecznych i higienicznych warunków pracy⁷⁰.

Zachowania nieprzychylnie wobec tych dóbr muszą być wartościowane negatywnie, co niesie za sobą ich ustawowe zagrożenie, z drugiej strony to, co nie rodzi zagrożenia dobrom, nie może być przez ustawodawcę przyjęte za szkodliwe. Tak opisywane dobra prawne (właściwe) odzwierciedlają sąd ustawodawcy. Zwraca się uwagę, że „wyrażenie tej oceny w normie podlega krytyce z punktu widzenia adekwatności oceny normatywnej do przyjętych przez ustawodawcę założeń (czy rzeczywiście ustawodawca powiedział to, co chciał powiedzieć) oraz z punktu widzenia trafności przyjętych założeń do realizacji ochrony dobra społecznego”⁷¹. Prawidłowość tej oceny daje możliwość katalog dóbr społecznych. Mają one naturę obiektywną, są naturalnymi stanami, obiektami korzystnymi dla społeczeństwa, dobra prawne (właściwe) zaś zawarte w normach prawnych pokazują sobą ledwie ich wpływ. Reasumując, na miejsce dawniej wyznaczonego dobra prawnego wchodzi dobro społeczne. Mimo zmiany nazewnictwa istota pojęcia pozostaje taka sama, pod pojęciem dobra prawnego (właściwego) jest dobro systemowo immanentne. Nowością jest to, że przyjęta struktura zakłada występowanie obu rodzajów dóbr jednocześnie⁷².

⁶⁸ P. Kozłowska-Kalisz w: Prawo karne materialne. Część ogólna, red. M. Mozgawa, Warszawa 2006, s. 164.

⁶⁹ A. Marek, S. Waltoś: Podstawy prawa i procesu karnego, Warszawa 1999, s. 67.

⁷⁰ D. Gruszecka: Pojęcie.....,s.146.

⁷¹ K. Buchała, A. Zoll: Polskie..., s. 124.

⁷² D. Gruszecka: Pojęcie.....,s.147-148.

Z powyższych rozważań wynika jak ważna jest rola przedmiotu ochrony, gdyż „posługując się terminami: «przedmiot ochrony» i «przedmiot zamachu» lub «dobro prawne» albo dowolnie innym pojęciem następuje próba lepszego zrozumienia grupy znamion przestępstwa jako całokształtu. Idea ta pomaga słusznemu zrozumieniu przepisu karnego i pozwala określić obszar zawartego tym przepisem czynu karalnego”⁷³.

Trzeba odróżnić przedmiot ochrony/zamachu od przedmiotu czynności wykonawczej. Przedmiotem czynności wykonawczej przestępstwa kradzieży jest np. zegarek, podczas gdy przedmiotem ochrony (dobrem prawnym) jest własność.

Indywidualne typy przestępstw mogą mieć więcej niż jeden przedmiotów ochrony, a mianowicie przedmiot główny i dodatkowy, co nawiązuje do kryterium wagi dobra chronionego, choć podział ten poddawany jest krytyce⁷⁴.

Indywidualnym przedmiotem ochrony w art. 161 k.k. jest zdrowie i życie⁷⁵. Dodatkowym przedmiotem ochrony jest także zdrowie publiczne. Celem art. 161 k.k. jest bowiem zapobieganie szerzeniu się chorób oraz powstaniu zagrożenia epidemiologicznego⁷⁶. M. Królikowski twierdzi zaś, że przepis art. 161 k.k. chroni życie człowieka oraz jego integralność cielesną⁷⁷. B. Michalski wyraża pogląd, iż „bezpośrednim przedmiotem ochrony jest zdrowie człowieka”, pośrednim zaś również życie człowieka⁷⁸.

Życie ludzkie jest najcenniejszym dobrem. Z tej wartości płynie żądanie jego jak największej ochrony. Przestępstwa uderzające w życie człowieka są określone w rozdziale XIX kodeksu karnego, obejmującym przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu. Na straży ochrony ludzkiego życia został rozbudowany zbiór przepisów prawa karnego. Przewidują one kary nie tylko za odebranie życia, lecz również za jego zagrożenie. Karane jest zarówno przestępstwo umyślne- celowe (zamiar bezpośredni) bądź świadome (zamiar ewentualny) godzenie w życie człowieka, ale także zachowanie nieostrożne (lekkomyślność, niedbalstwo)⁷⁹. Ochrona życia i zdrowia jest spełnieniem potrzeb społeczeństwa, zakładając, że są one w interesie państwa i są gwarancją jego właściwego trwania⁸⁰.

⁷³ I. Andrejew: Ustawowe..., s. 162.

⁷⁴ I. Andrejew: Polskie prawo karne, Warszawa 1976, s. 172.

⁷⁵ K. Wiak w: Kodeks karny. Komentarz, red. A. Grześkowiak, K. Wiak, Legalis 2021, teza 1 do art. 161. M. Budyn-Kulik, op. cit., teza 1 do art. 161; por. A. Zoll, op. cit., komentarz teza 2. do art. 161.

⁷⁶ J. Karnat w: Kodeks karny. Komentarz, red. M. Banaś- Grabek, Legalis 2020, teza 1 do art. 161.

⁷⁷ M. Królikowski w: Kodeks karny..., s. 349.

⁷⁸ B. Michalski w: Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz do artykułów 117–221, red. A. Wąsek, R. Zawłocki, Warszawa 2010, s. 473.

⁷⁹ L. Tyszkiewicz: Ochrona życia ludzkiego w prawie karnym i naukach penalnych, Śląskie Studia Historyczno-Teologiczne 1996, Nr 29, s. 240-241.

⁸⁰ D. Gruszecka: Pojęcie..., s. 145.

Na gruncie art. 161 k.k. dobra te pojawiają się w podwójnym kontekście. Z jednej strony jako dobra zindywidualizowane, przypisane jednostce, którą norma sankcjonowana zawarta w tym przepisie chroni przed niebezpieczeństwem zakażenia, a w rezultacie pośrednio również przed następstwami, jakie stan taki za sobą pociąga, z drugiej zaś, jako dobra powszechne, którym trzeba zapewnić bezpieczeństwo wobec zagrożenia epidemiologicznego, poprzez zapobieganie rozprzestrzenianiu się zakażeń i chorób zakaźnych określonych w dyspozycji tego przepisu⁸¹. Jeżeli dochodzi do zarażenia wirusem HIV lub chorobami wenerycznymi, to głównym przedmiotem ochrony jest życie i zdrowie człowieka⁸².

Zdrowie rozumiane jest jako prawidłowość przebiegu procesów fizjologicznych, które gwarantują człowiekowi wydolność pozwalającą na wykonywanie funkcji społecznych. W znaczeniu językowym zdrowie to "stan żywego organizmu, w którym wszystkie funkcje przebiegają prawidłowo; pełna sprawność i dobre samopoczucie fizyczne i psychiczne". Światowa Organizacja Zdrowia (ang. WHO) definiuje zdrowie jako stan „pełnego, dobrego samopoczucia/dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a jednostki lub grupy muszą mieć możliwość określania i realizowania swoich dążeń, zaspokajania potrzeb, a także zmiany środowiska bądź radzenia sobie z nim. Dlatego zdrowie jest postrzegane jako zasób życiowy, a nie cel życia. Zdrowie jest pojęciem pozytywnym, obejmującym zasoby osobiste i społeczne oraz możliwości fizyczne, a nie tylko brakiem-obiektywnie istniejącej-choroby, czy niepełnosprawności”. Zdrowie pozwala na prowadzenie normalnego życia, wykonywanie codziennych obowiązków, posiadania pracy. Dobry stan zdrowia to brak choroby, ale też dobry stan w sferze emocjonalnej, fizycznej i duchowej. Dobre zdrowie powinno być satysfakcjonujące na 3 poziomach: cielesnym, fizjologicznym, biochemicznym, psychicznym (świadomym), duchowym (podświadomym)⁸³.

Artykuł 68. ust. 1 Konstytucji RP stanowi, iż każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Przepis ten jest podstawą do konstruowania uprawnienia do ochrony zdrowia zawierającego też uprawnienie do leczenia. Prawo to powinno być chronione przez administrację publiczną. Odzwierciedleniem tego obowiązku jest art. 68 ust. 3 Konstytucji RP, który gwarantuje opiekę zdrowotną dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom starszym. Przepis ten umieszczony jest w części rozdziału II Konstytucji poświęconej wolnościom i prawom ekonomicznym, socjalnym i kulturalnym. Takie zaszeregowanie prawa do ochrony zdrowia ma znaczenie praktyczne. Podstawowym zadaniem prawa socjalnego

⁸¹ R. Kokot w: Kodeks karny...2021, teza 5 do art. 161.

⁸² M. Czarkowska: Przedmiot.s. 39-40.

⁸³ R. Sharma: Encyklopedia zdrowia dla całej rodziny, Poznań 2006, s. 24.

jest zagwarantowanie podstawowych potrzeb bytowych każdej jednostki ludzkiej oraz zapewnienie minimum egzystencji. Jeżeli uznałoby się prawo do ochrony zdrowia jedynie za prawo o charakterze socjalnym, to trzeba by zmniejszyć zakres gwarancji wpływających z niego wyłącznie do umożliwienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej czy też sformowania właściwych, wolnych od zagrożeń materialnych warunków życia. Widoczny jest osobisty charakter tego dobra oraz jego związek z nienaruszaniem godności człowieka i z prawem do ochrony życia. Prawo do ochrony zdrowia jest również prawem o naturze osobistej, którego zadaniem jest ochrona jednego z podstawowych i najważniejszych dóbr dla każdego człowieka. System uporządkowania prawa do ochrony zdrowia wpływa na zrozumienie zarazem konstytucyjnych jak i ustawowych regulacji dotyczących ochrony zdrowia. Konstytucyjne sformułowanie „każdy” może być interpretowane na dwa sposoby. Zależy to od tego, do której kategorii praw człowieka zakwalifikuje się prawo do ochrony zdrowia – do praw osobistych czy też do praw socjalnych sensu stricto. Jeżeli sklasyfikuje się prawo do ochrony zdrowia jako prawo osobiste, to określenie „każdy” trzeba odnieść do każdego człowieka, bez względu jakie obywatelstwo on posiada. Przyporządkowanie tego prawa do kategorii praw socjalnych może zmusić do ograniczenia pojęcia „każdy” do „każdego” obywatela. Termin „każdy” ujęte w art. 68 ust. 1 Konstytucji powinno być rozumiane jak najszerzej. Wynika to z osobistego charakteru prawa do ochrony zdrowia jako jednego z najważniejszych dóbr każdego człowieka. Nie powinno się różnicować dostępu do korzystania z tego prawa biorąc pod uwagę jakiegokolwiek kryterium. Zdrowie jest dobrem o specjalnym znaczeniu i należy się każdej jednostce ludzkiej, bez względu na jej przynależność państwową. Zdaniem A. Surówki ochrona dobra przydzielona pozostała każdemu człowiekowi i stanowi kompletną ochronie życia oraz godności ludzkiej⁸⁴. Życie to stan organizmu polegający na nieprzerwanym ciągu procesów umożliwiających reagowanie na bodźce i zwykle poruszanie się oraz odżywianie, wzrastanie i rozmnażanie⁸⁵.

Artykuł 38 Konstytucji RP akcentuje obowiązek ochrony życia ludzkiego. Obowiązek ten należy do państwa. Ustrojodawca zadeklarował w jednoznaczny sposób, że uważa życie człowieka za wartość konstytucyjną i dobro prawne chronione ustawą zasadniczą. Mimo zaakcentowania wartości, jaką stanowi życie, Konstytucja nie mówi o tym wprost, jest ono ujęte bardzo ogólnie. W Konstytucji występują dwa terminy- „każdy”, jak i „człowiek”. Pierwszy z tych pojęć dotyczy wszystkich podmiotów wolności i praw. Drugi zaś stosowany jest jako bliskoznacznik pojęcia „każdy”, jako przeciwny określeniu „obywatel”

⁸⁴ A. Surówka: Glosa do wyroku TK z dnia 07.01.2004 r., K 14/03, Prz. Sejm 2004, Nr 6, s.172.

⁸⁵ <https://sjp.pwn.pl/slowniki/%C5%BCycie.html>. (dostęp 12.07.2018).

tak, by uwypuklić występowanie konkretnej wolności lub prawa. Prawo "każdego" do ochrony zdrowia nie jest precyzyjnie określone ani w Konstytucji, ani w ustawach. Skutkiem tego jest fakt, iż powstała możliwość dowolnej interpretacji ochrony zdrowia. Publiczne prawo podmiotowe, mające odzwierciedlenie w konstytucyjnych zadaniach i obowiązkach władz publicznych, polega na należyтым unormowaniu sprawy w ustawach dotyczących ochrony zdrowia. Do podstawowych obowiązków państwa należy ochrona życia i zdrowia swych obywateli. Przepisy konstytucyjne stanowiące podstawę do ochrony ludzkiego życia są fundamentem konstytucyjnego obowiązku ochrony zdrowia, bez względu na stopień rozwoju fizycznego, emocjonalnego, intelektualnego czy społecznego.

Artykuł 38 Konstytucji RP należy także interpretować jako zakaz tworzenia w dowolny sposób przesłanek umożliwiających pozbawianie życia. Życie ludzkie, które jest fundamentalnym prawem każdej jednostki nie ma jednakże charakteru absolutnego. Prawo pozytywne powinno utworzyć zasady postępowania, gdy dojdzie do kolizji między różnymi dobrami w kolizji z życiem. Niemniej jednak nie należy tego robić w sposób dowolny. W literaturze akcentuje powinność ochrony życia ludzkiego. Zadanie to należy do państwa. Mimo zaznaczenia jak ważne jest życie człowieka, Konstytucja nie mówi o tym wprost, tylko w sposób ogólny. Interpretacja tego przepisu nie może być odbierana jako zmniejszenie obszaru ochrony życia ludzkiego. Zasada ta ma uzasadnienie i uściślenie w innych przepisach Konstytucji RP (np. art. 39, 40, 47, 233 ust. 1). Wszystkie te przepisy podkreślają obowiązek ochrony życia⁸⁶. Z kolei Sąd Najwyższy dał wyraz wątpliwościom twierdząc, iż zastrzeżenia budzi grupowanie danego dobra jako osobistego jedynie z powodu chronienia go prawem lub mowy o nim w Konstytucji. Konstytucja ustala relacje pionowe (państwo - obywatel), a nie poziome (prywatnoprawne). Ideały konstytucyjne nie są odpowiednie dla oceny, czy określone przywilej, nawet jeśli został wyszczególniony i podlega ochronie prawnej rangi konstytucyjnej, jest dobrem osobistym⁸⁷. N. Kłaczyńska stwierdza, iż „Rzeczpospolita Polska nie stoi [...] na straży życia jako wartości obiektywnej.” Inne rozumienie art. 38 Konstytucji według niej jest niedozwolone, ponieważ ustrojodawca nie zastosował wyrażenia: "życie jest w Rzeczpospolitej wartością najwyższą i źródłem innych praw", lub "życie jako wartość bezwzględnie najwyższa znajduje się pod ochroną prawa". Rozsądny ustawodawca powinien znać język etniczny i jeśli tworzy normy w pewny sposób, to po to, aby uzyskać założony cel⁸⁸.

⁸⁶ M. Derlatka: Glosa do wyroku ETPC z dnia 29.04.2002, Kw.Pr.Pub.2002, Nr 2, s. 305.

⁸⁷ R. Góral: SN orzecznicza wolta, Rzeczpospolita, PCD 2011, Nr 5, s.14.

⁸⁸ N. Kłaczyńska: Z problematyki zgody pacjenta na zabieg leczniczy, NKPK 2000, t. 6, s.47.

Na tle niedokładnych uregulowań, które obowiązują w polskim systemie prawnym odnośnie do ochrony życia powstaje pytanie o bardziej ogólnym charakterze. Zaakceptowanie twierdzenia, że ochronie podlega życie, oznaczałoby, że człowiek ma obowiązek żyć. Z kolei twierdzenie, że chronione jest prawo do życia, prowadzi do wniosku, że uprawniony podmiot może bez ograniczeń dysponować swoim życiem⁸⁹.

Słusznie Sąd Najwyższy podkreśla, że bezpośrednim niebezpieczeństwem dla życia jest taka sytuacja, podczas której przy naturalnym biegu rzeczy człowiek musi umrzeć w krótkim czasie, gdy ratunek nie przerwie procesu prowadzącego do zgonu. To samo odnosi się do bezpośredniego niebezpieczeństwa ciężkiego uszczerbku na zdrowiu⁹⁰.

Życie rozumiane może być zarówno jako egzystencja człowieka, jak również jego integralność cielesna, o ile zamach ma taki charakter, że tworzy bezpośrednio niebezpieczeństwo wystąpienia ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 156 k.k.) lub śmierci (art. 155, art. 148 k.k.)⁹¹.

Każdy człowiek ma prawo do ochrony zdrowia, które jest „prawem wieloaspektowym na pograniczu wielu dziedzin prawa; raz jest to prawo podmiotowe, gdy dotyczy ochrony osoby, raz jest normą gwarancyjną, gdy chodzi o zorganizowanie jej dostępu do służby zdrowia”⁹². Ochronę zdrowia tworzy opieka zdrowotna, promocja zdrowia oraz działania informacyjne, prewencyjne i wychowawcze⁹³. Obowiązek ten należy do administracji publicznej, co jest uzasadnione w prawie polskim i międzynarodowym. Art. 6 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych z dnia 19 grudnia 1966 r.⁹⁴ stanowi, że „Każda istota ludzka ma przyrodzone prawo do życia. Prawo to powinno być chronione przez ustawę. Art. 2. Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z dnia 4 listopada 1950 r.⁹⁵ stanowi, iż „Prawo każdego człowieka do życia jest chronione przez ustawę. Nikt nie może być umyślnie pozbawiony życia, wyjąwszy przypadki wykonania wyroku sądowego, skazującego za przestępstwo, za które ustawa przewiduje taką karę”. Rada Europy prowadzi działania na rzecz wspólnej polityki zdrowotnej. Koncentruje się głównie na promocji zdrowia oraz zwalczaniu AIDS. W związku z HIV/AIDS specjalnej

⁸⁹ A. M. Kania: Z problematyki granic ochrony życia ludzkiego, Wrocławskie Studia Erazmiańskie, Zeszyty Studenckie 2009, Nr 3, s.99-100.

⁹⁰ K. Buchała: Przepiętne zaniechanie udzielenia pomocy w niebezpieczeństwie grożącym życiu człowieka, Prok. i Pr. 1960, Nr 10, s. 998.

⁹¹ M. Królikowski w: Kodeks karny..., teza 1 do art. 161.

⁹² Ch. Byk: Prawo do zdrowia jako prawo konstytucyjne, Prok. i Pr 2000, Nr 9, s. 26.

⁹³ J. Bujny: Prawo do ochrony zdrowia w dokumentach europejskich w: Europa w nowych granicach czy Europa bez granic, red. Z. Drozdowicz, Poznań 2004, s. 291.

⁹⁴ Dz.U. z 1977r. Nr 38, poz. 167.

⁹⁵ Dz.U. z 1993r. Nr 61, poz. 284.

kontroli potrzebują niniejsze prawa i wolności: prawo do życia, prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego, wolność od nieludzkiego lub poniżającego traktowania lub karania, prawo do równości wobec prawa i wolności od dyskryminacji, prawo do swobody poruszania się i wolności wyboru miejsca zamieszkania, prawo do prywatności, tajemnicy, prawo do zawarcia związku małżeńskiego i do założenia rodziny, prawo do nauki, prawo do zdrowia, prawo do pracy, prawo do odpowiedniego standardu życiowego, prawo do zabezpieczenia socjalnego, prawo do udziału w życiu publicznym i kulturalnym⁹⁶.

Norma sankcjonowana, której przekroczenie prowadzi do karalności, jest tożsama z jej określeniem przy zakazach naruszenia życia. Przepis w art. 161 k.k. odnosi się do uszczerbku na przedpolu poważnego uszczerbku na zdrowiu lub skutku letalnego. Zatem pomimo braku najdalej idącego skutku wszystkie stwierdzenia zawarte w przepisie dotyczą zakresu początku bezprawności w zakresie ochrony człowieka przed doznaniem uszczerbku⁹⁷.

Istnieje wiele współczesnych definicji zdrowia publicznego, które różnią się od siebie sformułowaniami lub szczegółowością. Niemniej należy zauważyć próbę definicji „wszechogarniających”. I tak Jan Nosko uważa, że: „Zdrowie publiczne jest to troska o zachowanie i umacnianie zdrowia w wymiarze makrospołecznym, lokalnym i środowiskowym, polegająca na naukowym rozpoznawaniu stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych zbiorowości oraz inicjowaniu skoordynowanych wysiłków instytucji rządowych, samorządowych i pozarządowych w celu osiągnięcia pożądanego standardów zdrowia. Cel ten uzyskuje się przez kontrolę czynników ekologicznych, tworzenie sprzyjających zdrowiu warunków społeczno-ekonomicznych, zapobieganie zakaźnym i niezakaźnym chorobom społecznym, powszechny i równy dostęp do opieki medycznej, a przede wszystkim w wyniku kształtowania nawyków zdrowego stylu życia w ramach edukacji przedszkolnej i szkolnej oraz realizacji programów promocji zdrowia w środowisku ludzi dorosłych”.

W takim ujęciu zdrowie publiczne oznacza:

- 1) stan zdrowia populacji społeczeństwa, narodu (wymiar makrospołeczny), mieszkańców miast, gmin, powiatów i województw (wymiar lokalny), dzieci, młodzieży, kobiet, mężczyzn, populacji pracujących, osób niepełnosprawnych itp. (wymiar środowiskowy),
- 2) rolę czynników mających wpływ na stan zdrowia danej zbiorowości m.in. czynniki genetyczne, społeczno-ekonomiczne, kulturowe, fizyczne, chemiczne, biologiczne oraz klimatyczne,

⁹⁶ M. Domagalska: Problem AIDS: Zjawisko, Profilaktyka i prawa człowieka, Chełmża 2003, s.6.

⁹⁷ M. Królikowski w: Kodeks karny..., teza 2 do art. 161.

3) aktywną rolę różnych podmiotów, głównie tych zobowiązanych do inicjowania (na przykład odpowiedniego ustawodawstwa), organizowania, a precyzyjniej pozyskiwania i zachęcania do udziału we wspólnych przedsięwzięciach jednostek i grup społecznych, koordynowania i oceniania grupowych wysiłków na rzecz osiągnięcia celów zdrowotnych i pożądaných standardów zdrowia.

Podstawowe funkcje zdrowia publicznego to:

- 1) szacowanie i monitorowanie zdrowia społeczności i zagrożonych populacji celem identyfikacji problemów zdrowotnych i ustalania priorytetów,
- 2) formułowanie, wdrażanie i ocena działań mających na celu rozwiązywanie problemów zdrowotnych w wymiarze populacyjnym,
- 3) zapewnienie równego i sprawiedliwego dostępu społeczeństwu właściwych świadczeń zdrowotnych, zorganizowanych w sposób skuteczny i efektywny ze szczególnym uwzględnieniem promocji zdrowia i profilaktyki chorób,
- 4) ocena skuteczności i efektywności systemu opieki zdrowotnej,
- 5) kontrolowanie czynników ekologicznych oraz tworzenie sprzyjających zdrowiu warunków społeczno-ekonomicznych⁹⁸.

⁹⁸ J. Opolski: Zdrowie publiczne, Wybrane zagadnienia, t. I, Szkoła Zdrowia Publicznego CMKP w Warszawie, Zdrowie publiczne – geneza, przedmiot i zakres. Wprowadzenie do zagadnienia, Warszawa 2011, s. 18-22.

Rozdział III

Strona przedmiotowa

1. Zachowanie sprawcze

Ustawa nie określa bliżej sposobu zachowania sprawcy. Zachowanie sprawcze polega na narażeniu bezpośrednio innej osoby na zarażenie wirusem HIV (§ 1) lub na zarażenie chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu (§ 2)⁹⁹ lub gdy sprawca czynu określonego w § 2 naraża na zarażenie wiele osób (§ 3). Znamię czasownikowe „naraża” przewidziane w tym przepisie realizuje każde zachowanie, z którego wynika niebezpieczeństwo zakażenia.

W ujęciu doktryny reguły ostrożności stanowią znamię strony przedmiotowej typu czynu zabronionego powiązane z płaszczyzną normy sankcjonowanej. Wyznaczają one zakres bezprawności, bowiem eliminują spod zakresu normy sankcjonowanej wszystkie te zachowania potencjalnie zdolne do naruszenia dobra prawnego, które nie przekraczają dopuszczalnego ryzyka względem dóbr prawnych będących w obrocie. Bezpośrednie powołanie się na tę konstrukcję następuje również w przypadku sprowadzenia skutku i nieumyślnego popełnienia czynu zabronionego¹⁰⁰.

Przepis ten nie penalizuje dwóch sytuacji, gdy sprawca naraża inną osobę bezpośrednio na zarażenie wirusem HIV nie będąc sam zarażonym, np. wstrzykuje pokrzywdzonemu krew osoby zarażonej, ani też gdy narażenie innej osoby bezpośrednio na zarażenie wirusem HIV wynikało z winy nieumyślnej¹⁰¹.

Drogi zakażeń są różnorodne i zależą od tego czy narażenie na zakażenie odnosi się do wirusa HIV, czy do choroby zakaźnej. Znamię czasownikowe przewidziane w tym przepisie realizuje więc każde zachowanie, z którego wynika niebezpieczeństwo zakażenia¹⁰². Do zakażenia wirusem HIV dochodzi w wyniku kontaktu człowieka z każdym płynem ustrojowym osoby zakażonej. Wirus ten występuje w krwi, ślinie, nasieniu, wydzielinie pochwowej, w mleku matki, czy też w płynie przesiękowym w otwartej ranie. Wyjątkowo niebezpieczny jest kontakt z krwią, gdyż w niej jest najwyższe stężenie czynnika zakaźnego. W innych wydzielinach lub wydalinach człowieka (np. łzy, ślina) stężenie jest na tyle niewielkie, iż ryzyko zakażenia jest możliwe jedynie teoretycznie. Wyróżnia się trzy

⁹⁹ K. Wiak w: Kodeks karny..., teza 1 do art. 161.

¹⁰⁰ M. Królikowski w: Kodeks karny...uw. do art. 1, Nb 96–98, 122–128 oraz do art. 9, Nb 54 i in.

¹⁰¹ Z Mielnik: Przesłpstwa przeciwko życiu i zdrowiu w ujęciu nowego kodeksu karnego, RPEiS 1997, Nr 4, s. 21.

¹⁰² R. Kokot w: Kodeks karny...2021, teza 7 do art. 161.

podstawowe, czyli najbardziej prawdopodobne drogi przenoszenia tego wirusa różniące się jednakże stopniem ryzyka zakażenia: kontakty seksualne, droga parenteralna, wiążąca się z ryzykiem zakażenia w czasie transplantacji tkanek i narządów, transfuzji krwi i jej preparatów, dializy, sztucznego zapłodnienia lub w sytuacji wniknięcia wirusa do organizmu w wyniku przerwania ciągłości tkanek (np. przy używaniu niesterylnych igieł, strzykawek, narzędzi chirurgicznych i stomatologicznych itp.) i droga wertykalna obejmująca przypadki zakażenia wewnątrzmacicznego, okołoporodowego oraz przez karmienie piersią¹⁰³.

W naukach medycznych wskazuje się, iż wirus ten nie może być przenoszony drogą oddechową, pokarmową czy przez ukąszenia owadów. Podobnie w tzw. codziennych kontaktach z osobą zakażoną wirusem HIV, przy braku naruszania ciągłości skóry lub błon śluzowych, zakażenie wirusem jest praktycznie niemożliwe¹⁰⁴.

Istotne znaczenie ma informowanie przez osobę zakażoną tym wirusem inne osoby. Jedyną osobą, która musi być poinformowana o zakażeniu HIV jest partner (partnerka) seksualny osoby zakażonej. W sytuacji, gdy takich partnerów jest więcej, wszyscy powinni być zawiadomieni, by mieć szansę przeprowadzenia badań, a także podjęcia świadomej decyzji co do charakteru dalszego związku. Sąd Najwyższy w Kanadzie orzekł, że jeśli zakażony wirusem HIV stosował prezerwatywy, a stężenie wirusa we krwi ma poniżej pewnego poziomu, nie ma on obowiązku informowania partnera seksualnego o swojej chorobie.

Osoba pełnoletnia nie ma obowiązku informowania o zakażeniu swoich rodziców, rodzeństwa, przyjaciół, kolegów czy pracodawcy. Człowiek, który sam nie oswoił się jeszcze z własnym zakażeniem, powinien zastanowić się, czy powinien dzielić się tą informacją z w/w osobami. Wiadomość o zakażeniu jest zawsze wstrząsem, toteż nie jest to sprzyjający czas na sprawdzanie wśród krewnych i znajomych wiedzy o HIV. Osoba zakażona wcześniej czy później oswoi się z zakażeniem, natomiast inni mogą nie chcieć podejmować takiej próby. Trzeba przy tym pamiętać, iż w kontaktach socjalnych nie można zakazić rodziny ani przyjaciół. Ryzyko zakażenia istnieje tylko dla partnera lub partnerki seksualnej. W przypadku osób używających dożylnie środków odurzających ważne jest, by nie pożyczać nikomu innemu igły i strzykawki, bo to też naraża na zakażenie następnej osoby.

Człowiek żyjący z HIV bardzo boi się odrzucenia lub wywołania u partnera uczucia strachu, czy nawet odrazy. Lęk ten powoduje, że osoby żyjące z HIV pozostają przez długi czas, lub nawet przez całe życie ludźmi samotnymi. Nie jest to „samotność z wyboru”, jest

¹⁰³ J. Juszczyk: Zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS), w: Choroby zakaźne i pasożytnicze, red. Z. Dziubek, Warszawa 2003, s. 341–342.

¹⁰⁴ J. Juszczyk: Zespół..., s. 341–342.

ona uwarunkowana zakażeniem, stąd też najczęściej negatywnie wpływa na jakość życia i podejście do innych ludzi. Zakażenie HIV najczęściej jest postrzegane w społeczeństwie jako choroba, w której zakażony „sam jest sobie winien”. Uważa się, iż jest to kara za niemoralne i złe zachowanie, a w najlepszym wypadku, jako pechowe wydarzenie, które jednak następuje jako konsekwencja nieodpowiedniego zachowania się lub słabości. U tak naznaczonej społecznie osoby może rodzić się chęć zemsty i odwetu przejawiająca się świadomym narażaniem innych na zakażenie. Niemniej, osoby żyjące z HIV wciąż jeszcze bardzo często ukrywają fakt zakażenia nawet przed osobami najbliższymi, co jest szczególnie dotkliwe. Nierzadko zdarza się, że o chorobie wie jedynie pacjent i jego lekarz. Ciężar takiej tajemnicy jest bardzo duży, a przymus dźwigania jej przez całe życie bardzo demobilizująca do prowadzenia normalnego życia.

Jedna z nosicielek wirusa HIV powiedziała, że: „Dopóki mnie to nie dopadło, dopóty byłam przekonana, że osoba zakażona ma obowiązek, by mówić o tym wszystkim; teraz nie jest to dla mnie takie oczywiste”. Przykładem takiego podejścia jest David Lee Magnum, który przez 10 lat ukrywał przed swoimi partnerami seksualnymi, że jest nosicielem wirusa HIV narażając około 300 mężczyzn na zarażenie. Jak zeznał zatajał informację o chorobie, gdyż bał się odrzucenia. Okazuje się jednak, iż bycie zakażonym HIV wcale nie oznacza, że pozostanie się do końca życia samotnym. Osoby niezakażone wchodzi w stałe związki z zakażonymi. Bywa tak, że zakażony HIV jest mężczyzna, a jego żona nie, lub odwrotnie. W środowisku osób żyjących z HIV nazywani są „parami mieszanymi”. Zwykle są to młodzi ludzie, między 20, a 30 rokiem życia. Prowadzą oni życie seksualne, tyle, że używają przy tym prezerwatyw.

Problemem jest ocena zachowania osoby niezarażonej wirusem HIV, która swoim zachowaniem narazi drugiego człowieka na zarażenie tą chorobą. Trudno przyjąć, ze względu na długotrwały i nierozpoznany proces utajnienia tej choroby, by takie zachowanie wypełniało znamiona przestępstwa określonego w art. 160 § 1 k.k.¹⁰⁵.

Samo wykrycie u ofiary przeciwciał HIV nie przesądza, iż została ona zakażona przez konkretną osobę. Medycyna nie operuje środkami, które mogą jednoznacznie wskazać źródło zakażenia. Nawet ujemny wynik testów na obecność wirusa, wykonany przed analizowanym czynem, nie wyłącza wcześniejszego zakażenia, biorąc pod uwagę fakt, iż dopiero z czasem od zainfekowania HIV są wykrywalne przeciwciała wskazujące zakażenie. Dodatkowo nie można wykluczyć sytuacji, że pomimo zakażenia, przeciwciała nie są wykrywalne

¹⁰⁵ Z. Mielnik: *Przestępstwa ...*, s. 11.

albo stają się takowe dopiero po pewnym czasie. Natomiast jeśli przeciwciała pojawiają się po czynie, z którym wiąże się podejrzenie zarażenia, nie można wyłączyć wcześniejszego kontaktu z wirusem. Zakażony mógł wcześniej nie robić testów i nie wiedzieć, że jest chory. Nie można też wykluczyć, że do zakażenia doszło w inny sposób, w czasie między rozpatrywanym czynem, a badaniem testowym, podczas którego wykryto przeciwciała HIV. Jeśli z tych powodów nie będzie można ustalić związku przyczynowego i sprawcy, to odpowiedzialność karna musi być wyłączona¹⁰⁶. Na pewno trzeba zrobić badania, które potwierdzą lub zaprzeczą zarażenie sprawcy i ofiary tym samym szczepem lub typem serologicznym wirusa. Niestwierdzenie choroby wenerycznej u sprawcy, a stwierdzenie jej u ofiary, może, ale nie musi przemawiać na korzyść sprawcy. Po pierwsze, jeden stosunek płciowy nie zawsze wystarcza, ażeby doszło do zakażenia, a po drugie, nie można wyłączyć zarażenia się ofiary od innego partnera¹⁰⁷.

O rodzaju i charakterze zachowań narażających bezpośrednio na zakażenie chorobami zakaźnymi, wskazanych w art. 161 § 2 k.k. decydować będą specyfika i właściwości określonej choroby¹⁰⁸.

Zakres kryminalizacji art. 161 § 2 k.k. określa nie tylko choroby zakaźne wyliczone w załączniku do ustawy o chorobach zakaźnych, ale także inne, tego rodzaju, choroby, w tym również te, które mogą się powstać w przyszłości. Przepis ten stosuje ogólną charakterystykę chorób zakaźnych, a nie klauzulę wysyłającą do zamkniętego katalogu chorób określonych w ustawie. Zamiarem ustawodawcy było zawarcie zakresem kryminalizacji bezpośredniego narażenia na wszelkie choroby zakaźne wskazujące na właściwości, o których stanowi przepis. Dyspozycja art. 161 § 2 k.k. zawiera również liczną grupę chorób zakaźnych zwierząt wskazanych w ustawie z dnia 11 marca 2004 r. o ochronie zdrowia zwierząt oraz zwalczaniu chorób zakaźnych zwierząt¹⁰⁹. Odnosi się głównie do chorób odzwierzęcych, czyli chorób zakaźnych zwierząt lub zakażeń, które w sposób naturalny mogą być pośrednio lub bezpośrednio przekazywane pomiędzy zwierzętami, a ludźmi (art. 2 ustawy), a które mogą tworzyć porównywalne zagrożenie dla zdrowia ludzkiego, jak choroby wskazane w ustawie o chorobach zakaźnych¹¹⁰.

¹⁰⁶ A.J.Szwarc: Karnoprawne problemy AIDS w: Prawne Problemy AIDS, red. A. J. Szwarc, Warszawa 1990, s.116-118.

¹⁰⁷ T.F. Mroczkowski: Choroby przenoszone drogą płciową, Lublin 2012, s.352.

¹⁰⁸ R. Kokot w: Kodeks karny... 2021, teza 10 do art. 161.

¹⁰⁹ Dz.U. z 2020r., poz. 142.

¹¹⁰ R. Kokot w: Kodeks karny...2021, teza 19 do art. 161.

W literaturze podkreśla się również więź czasową pomiędzy zachowaniem, a narażeniem. Niebezpieczeństwo narażenia musi być natychmiastowe, a nie oddalone w czasie i wyłącznie ewentualne¹¹¹. Zatem, mimo pozorów podobieństwa, znamię "bezpośredniości" pełni w art. 161 k.k. odmienną funkcję oraz wskazuje na inną postać niebezpieczeństwa zachowania sprawcy, niż w przypadku art. 160 k.k. W art. 161 k.k. nie chodzi o zachowanie, które "naraża na bezpośrednie niebezpieczeństwo zarażenia", ale o takie, które "naraża bezpośrednio na zarażenie". W związku z tym w art. 161 k.k. "bezpośredniość" odnosi się do "narażenia", w domyśle jego sposobu, charakteru i formy.

Konieczne jest zwrócenie uwagi na błędy, jakimi dotknięte jest sformułowanie przedmiotowego występkę, a mianowicie co do różnicy między osobą dotkniętą chorobą zakaźną i narażającą inną osobę na zarażenie, a tą, która jest nią zarażona i robi to samo. Skoro nie ma różnicy, to wprowadzanie różnorodnych nazw w § 1 i 2 art. 161 k.k. określających to samo, jest nieuzasadnione¹¹².

W związku z treścią art. 161 § 2 k.k. pojawia się także pytanie, czy nie chodzi w nim o zbliżony błąd, jaki popełniono w art. 156 § 1 pkt 2 k.k., dotyczący ciężkich uszczerbków na zdrowiu. Wtedy wadliwa interpunkcja w przepisie podobnie decydowała o zmianie zakresu przestępstw. Możliwe, iż zamierzano wprowadzić w § 2 art. 161 k.k. dwie kategorie sprawców, a mianowicie:

- 1) dotkniętych chorobą weneryczną,
- 2) dotkniętych zakaźną ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu (czyli nie dowolną zakaźną lecz tylko taką, która jednocześnie spełnia warunek choroby nieuleczalnej lub realnie zagrażającej życiu).

Przypis § 2 art. 161 k.k. wskazuje jednakże na inną regulację, czyli taką, w której wprowadzono trzy kategorie sprawców. Należą do nich:

- 1) osoby dotknięte chorobą weneryczną,
- 2) osoby dotknięte chorobą zakaźną (a zatem jakąkolwiek chorobą zakaźną),
- 3) osoby dotknięte ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu.

Przepis ten nie tworzyłby wątpliwości, gdyby po wskazaniu osób dotkniętych chorobą zakaźną, nie umieszczono przecinka, który je rozdziela od osób dotkniętych „ciężką chorobą

¹¹¹ L. Kubicki: Przepis o narażeniu na zarażenie wirusem HIV w projekcie kodeksu karnego, *Seksuologia* 1995, Nr 5–6, s. 7.

¹¹² K. Daszkiewicz: *Kodeks...*, s. 346-348.

nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu". Przecinek jednakże jest w tym miejscu i nie usunięto związanych z tym wątpliwości ani w drodze „sprostowania”, ani nowelizacji¹¹³.

1.2. Narażenie

Ustawodawca, określając znamię czynności sprawczej obu przestępstw stypizowanych w art. 161 k.k., użył szeroko znaczeniowo czasownik "naraża" na zarażenie. Znamię to może wyczerpać jakiegokolwiek zachowanie, które pozostaje w związku przyczynowym i normatywnym z utworzonym stanem zagrożenia dla zdrowia lub życia człowieka, wynikającym z przyczyn wskazanych w tym przepisie¹¹⁴.

W kontekście językowym „narażić” oznacza: „wystawić kogoś lub coś na działanie czegoś szkodliwego, spowodować jakieś uszkodzenie, stratę itp., wystawić kogoś na niebezpieczeństwo; sprawić, że ktoś doznał nieprzyjemności”¹¹⁵, „wystawić kogoś albo coś na niebezpieczeństwo, na działanie czegoś szkodliwego lub sprawić, że ktoś doznał nieprzyjemności”¹¹⁶, „stwarzać stan niebezpieczeństwa, zagrożenia dla kogoś lub czegoś; wystawiać na ryzyko, na szkodliwe działanie czegoś”¹¹⁷, „wystawić kogoś albo coś na niebezpieczeństwo, na działanie czegoś szkodliwego lub sprawić, że ktoś doznał nieprzyjemności”¹¹⁸, „wystawić kogo albo coś na niebezpieczeństwo, na działanie czegoś niekorzystnego, szkodliwego, spowodować stratę, utratę, szkodę, uszkodzenie, zniszczenie czego itp., sprawić, że ktoś doznał nieprzyjemności”¹¹⁹.

Narażenie na zakażenie wirusem lub chorobą zakaźną określoną w art. 161 k.k. ma wymiar niebezpieczeństwa indywidualnego, które pośrednio, z uwagi na możliwość dalszego rozprzestrzeniania się zakażeń, może przybrać postać zagrożenia epidemiologicznego. Inaczej wygląda skala niebezpieczeństwa w przypadku „narażenia na zarażenie wielu osób” z art. 161 § 3 k.k. Jeżeli sprawca swoim zachowaniem "powoduje zagrożenie epidemiologiczne lub szerzenie się choroby zakaźnej", sprowadzając niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia wielu osób (np. wprowadzenie do obiegu znacznej ilości preparatu krwiopochodnego zakażonego wirusem HIV lub chorobą zakaźną, o której

¹¹³ K. Daszkiewicz: Kodeks...,s. 346-348.

¹¹⁴ R. Kokot w: Kodeks karny... 2021, teza 22 do art. 161.

¹¹⁵ Praktyczny słownik współczesnej polszczyzny, red. H. Zgólkowa, t. 22, Poznań 1999, s. 448.

¹¹⁶ Słownik języka polskiego PWN, red. L. Drabik, E. Sobol, t. 1, Warszawa 2007, s. 425.

¹¹⁷ Współczesny słownik języka polskiego, red. B. Dunaj, t. 1, Warszawa 2007, s. 926.

¹¹⁸ Narazić, hasło w: Słownik języka polskiego powstały na podstawie Słownika 100 tysięcy potrzebnych słów, red. J. Bralczyk, Warszawa 2005, wersja on-line, <https://sjp.pwn.pl/slowniki/narazic.html> (dostęp: 10.07.2020).

¹¹⁹ Narazić, hasło w: Słownik języka polskiego, red. W. Doroszewski, Warszawa 1997, wersja on-line, <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/narazic;5455922.html> (dostęp: 11.07.2020).

mowa w art. 161 § 2 k.k.), popełnia przestępstwo przeciwko bezpieczeństwu powszechnemu z art. 165 § 1 pkt 1 k.k.

Przestępstwa z art. 161 k.k. mogą być popełnione zarówno przez działanie, jak i zaniechanie. Sąd Najwyższy trafnie przyjął, iż „Istota przestępstwa narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia polega na takim pozytywnym działaniu sprawcy, przy pomocy którego dokonuje on zmiany sytuacji, w jakiej pewna osoba się znajduje, w szczególności na przeniesieniu jej z położenia bezpiecznego w niebezpieczne bezpośrednio dla życia lub zdrowia. Przestępstwo dokonane jest z chwilą narażenia na niebezpieczeństwo, chociażby osoba narażona nie doznała krzywdy”¹²⁰.

Zaniechanie — obok działania — jest podstawową postacią czynu, przy czym definiując metaprawne określenie czynu stwierdza, że „czynem jest (...) każdy akt zachowania się niezależnie od jego skutku, celu, kierunku, treści świadomości, który następuje w stanie „czuwania”, tzn. w stanie umożliwiającym odbieranie i przetwarzanie informacji”¹²¹. Zaniechanie jest to niepodjęcie przez podmiot obiektywnie możliwego w danym czasie i miejscu działania w określonym kierunku¹²². Możliwość działania odnosi się do czynu w ogóle będące fundamentalnym i konstytutywnym elementem czynu w jego metaprawnym znaczeniu, ma chociaż „szczególny i znacznie szerszy zakres” w odniesieniu do zaniechania, „obejmuje tylko czynniki natury obiektywnej”¹²³.

Art. 2 k.k. przewiduje normatywny warunek odpowiedzialności za przestępstwo skutkowe popełnione przez zaniechanie. Dla przypisania takiej odpowiedzialności, czyli przypisania skutku w przypadku zaniechania, takie zaniechanie musi być bezprawne, oparte jedynie na związku normatywnym ze skutkiem. Osoba odpowiadająca za przestępstwo skutkowe popełnione przez zaniechanie musi się wyróżniać danymi cechami¹²⁴. Sprawcą narażenia na zakażenie w formie zaniechania może być ta osoba, na której leży prawny, szczególny obowiązek zapobieżenia wystąpieniu takiego skutku. Za realizację znamion z art. 161 k.k. w formie zaniechania może zatem odpowiadać np. rodzic zakażony wirusem HIV lub mający chorobę zakaźną wskazaną w tym przepisie, który nie podejmuje działań koniecznych dla ochrony swojego dziecka przed ryzykiem zakażenia (np. umyślnie

¹²⁰ Wyr. SN z dnia 03.10.1973 IV KR 256/73, LEX Nr 21578.

¹²¹ L. Kubicki: *Przestępstwo*.....s. 58- 59.

¹²² L. Kubicki: *Przestępstwo*.....s. 79.

¹²³ L. Kubicki: *Przestępstwo*.....s. 77-78.

¹²⁴ Wyr. SN z dnia 22.11.2005 r., V KK 100/05 Legalis Nr 79898.

niedopełnienie określonych wymogów higieny, z którymi związana jest co najmniej akceptacja stworzenia możliwości zakażenia)¹²⁵.

1.3. Bezpośredniość narażenia

Dyspozycja art. 161 k.k. nie odnosi się do każdego "narażenia na zarażenie", a tylko do takiego, które jest "bezpośrednie". Ustawowemu opisowi znamienia czasownikowego – przy użyciu reguły interpretacyjnej *a contrario* – nie będą zatem odpowiadały zachowania pośrednio powodujące stan ryzyka zakażenia wirusem HIV lub chorobą zakaźną. Ujęcie "naraża bezpośrednio inną osobę" trzeba rozumieć tak, że stworzenie stanu zagrożenia dla dobra prawnego pojawia się wprost, bez pośrednich części, w sposób "kontaktowy", co w tego rodzaju zakażeniach tworzy regułę. Znamię tego przepisu wypełnia taki związek zachowania z narażeniem, który będzie polegał na bezpośrednim działaniu sprawcy na osobę, która z tego powodu znalazła się w stanie ryzyka zakażeniem wirusem HIV lub chorobą zakaźną¹²⁶. Bezpośrednio oznacza: „bez jakiegokolwiek pośrednictwa, czyli działalności osoby trzeciej mającej na celu porozumienie się między stronami lub załatwienie spraw, które dotyczą obu stron”, „w stosunkach przestrzennych: bardzo blisko, bez czegoś, co przegradza”, „w chwili następującej po czymś lub poprzedzającej coś, krótko przed kimś lub zaraz po kimś”, „naturalnie, szczerze” (w znaczeniu potocznym)¹²⁷, „bez pośrednictwa”, „bardzo blisko” (w kontekście stosunków przestrzennych), „w chwili następującej po czymś lub poprzedzającej coś, krótko przed kimś lub po kimś”¹²⁸, „bez pośrednictwa kogokolwiek, czegokolwiek; wprost”, „w najbliższym sąsiedztwie zarówno w układzie przestrzennym, jak i czasowym”, „nie stwarzając wokół siebie dystansu, nie podkreślając swoich walorów; spontanicznie, szczerze, otwarcie”¹²⁹, „bez pośrednictwa”, „bardzo blisko” (odnośnie stosunków przestrzennych), „w chwili następującej po czymś lub poprzedzającej coś, krótko przed kimś lub po kimś”¹³⁰, „bez jakiegokolwiek pośrednictwa; wprost, osobiście”, „o przestrzeni, odległościach: tuż, zaraz”, „o stosunkach czasowych: natychmiast, zaraz, wkrótce po czym albo krótko przed czym”¹³¹. W kontekście art. 161 § 2 k.k. i perspektywy językowej założyć można, że wyrażenie „bezpośrednio naraża” tożsame jest

¹²⁵ R. Kokot w: Kodeks karny... 2021, teza 12 do art. 161.

¹²⁶ R. Kokot w: Kodeks karny... 2021, teza 22 do art. 161.

¹²⁷ Praktyczny słownik współczesnej polszczyzny, red. H. Zgólkowa, t. 4, Poznań 1995, s. 137–138.

¹²⁸ Słownik języka polskiego PWN..., s. 49.

¹²⁹ Współczesny słownik języka polskiego, ..., s. 83.

¹³⁰ Bezpośrednio, hasło w: Słownik języka polskiego, red. aktualizacji L. Drabik, <https://sjp.pwn.pl/szukaj/bezposrednio.html> (dostęp: 10.07.2020).

¹³¹ Bezpośrednio, hasło w: Słownik języka polskiego, red. W. Doroszewski, <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/bezposrednio;5412725.html> (dostęp: 11.07.2020).

literalnie z wystawieniem na niebezpieczeństwo, stworzeniem stanu niebezpieczeństwa, zagrożenia o charakterze bardzo bliskim (czasowo i przestrzennie), bezpośrednio grożącym swoim ziszczeniem wprost, w chwilę¹³².

W doktrynie wskazuje się, że „bezpośrednie narażenie może odbywać się przez jakiegokolwiek zachowanie, które wprost, czyli w drodze osobistego kontaktu osoby zarażonej z osobą niedotkniętą wymienionymi chorobami lub z powodu korzystania z tych samych przedmiotów czy urządzeń, za pomocą których mogą być przenoszone wirusy lub bakterie, kreuje stan realnego zagrożenia zakażeniem konkretnego człowieka [...] którąś z chorób wymienionych w art. 161 § 2 k.k.”¹³³.

Przepis z art. 161 § 1 k.k. kryminalizuje tylko takie zachowania, które mogą bezpośrednio przenosić na ofiarę wirus HIV (np. stosunek cielesny, pożyczanie strzykawki). Nie jest natomiast takim zachowaniem oddanie własnej krwi przez krwiodawcę, który zataja, że jest nosicielem wirusa HIV, nawet, gdyby oddając krew zamiarem bezpośrednim obejmował zarażenie kogo innego tym wirusem¹³⁴. W literaturze wyróżnia się również zależność czasową pomiędzy zachowaniem, a narażeniem. Niebezpieczeństwo narażenia musi być więc natychmiastowe, a nie odległe w czasie i tylko ewentualne¹³⁵. Jak z tego wynika, pomimo złudzeń podobieństwa, znamię "bezpośredniości" wypełnia w art. 161 k.k. odmienną funkcję i określa inną postać niebezpieczeństwa zachowania sprawcy, niż jest to w art. 160 k.k. W art. 161 k.k. nie chodzi o zachowanie, które "naraża na bezpośrednie niebezpieczeństwo zarażenia", ale o takie, które "naraża bezpośrednio na zarażenie". W związku z tym w art. 161 k.k. "bezpośredniość" odnosi się do "narażenia" (jego sposobu, charakteru, formy), zaś w art. 160 k.k., normującym występki narażenia na niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, do rodzaju, charakteru i właściwości "niebezpieczeństwa" na jakie narażone są te dobra¹³⁶.

Bezpośredni czyli dotyczący kogoś lub czegoś wprost, znajdujący się bardzo blisko, niczym nieprzedzielony, naturalny, prosty, szczery. Wyróżnia się aż trzy przesłanki „bezpośredniości” tj.: stopień prawdopodobieństwa, czas wystąpienia możliwych zagrożeń,

¹³² A. Wróbel: Bezpośrednie niebezpieczeństwo jako element czynu zabronionego, *Zeszyty Prawnicze* 2012, Nr 4, s. 193–195.

¹³³ V. Konarska-Wrzošek w: *Kodeks karny. Komentarz*, red. V. Konarska-Wrzošek, Warszawa 2018, teza 3 do art. 161 <https://sip.lex.pl/#/commentary/587715803/571062>.

¹³⁴ K. Buchała: AIDS i prawnokarne problemy nieudzielania pomocy, AIDS i prawo karne, red. A.J. Szwarz, Poznań 1996, s. 91.

¹³⁵ L. Kubicki: *Przestępstwo...*, s. 7.

¹³⁶ R. Kokot w: *Kodeks karny...* 2021, teza 22 do art. 161.

ilość zdarzeń dzieląca przyczynę i skutek¹³⁷. Sąd Najwyższy zasadnie przyjął, iż: bezpośrednie niebezpieczeństwo (...) zachodzi jedynie wówczas, gdy grozi ono wymienionymi wyżej skutkami, w najbliższym czasie. Nie można więc kwalifikować jako występku działania sprawcy nawet polegającego na wywołaniu niebezpieczeństwa, ale odległego w czasie, czy też niebezpieczeństwa zależnego od w istocie powstania dalszych przyczyn, które nie są koniecznym, lecz możliwym skutkiem działania sprawcy¹³⁸.

Przestępstwa bezpośredniego narażenia na zakażenie („zarażenie”) z art. 161 § 1–3 k.k. można dopuścić się tylko wobec osoby (w § 3 „wielu osób”), która nie jest nosicielem wirusa HIV lub nie jest dotknięta jedną z chorób wymienionych w tym przepisie, a których ryzyko narażenia konkretny sprawca może wywołać. Stan zdrowia narażonej osoby należy postrzegać w kontekście konkretnego narażenia, jakie wynika ze stanu zdrowia sprawcy. Nie jest zatem możliwe narażenie na zakażenie wirusem HIV kogoś, kto już jest jego nosicielem, zachodzi zaś taka możliwość, gdy osoba narażona na infekcję tym wirusem jest dotknięta jedną z chorób zakaźnych wymienionych w tym przepisie. Z uwagi na alternatywne określenie w art. 161 § 2 k.k. chorób zakaźnych, uwaga o dopuszczalnych kombinacjach narażenia w pełni odnosi się także do ryzyka zarażenia opisanego w tym przepisie. Nie można wykluczyć i takiej sytuacji, w której dojdzie do wzajemnego bezpośredniego narażenia się na zakażenie, którego dopuszczają się zakażone osoby podejmujące względem siebie działania wiążące się z wytworzeniem takiego skutku¹³⁹.

Bezpośredniość stwarza taką sytuację, że już bez jego dalszego udziału istnieje duże prawdopodobieństwo wystąpienia, w najbliższej przyszłości, pewnych skutków¹⁴⁰. Bezpośredniość realnie grożącego niebezpieczeństwa oznacza, iż w sytuacji przez sprawcę już stworzonej, a więc bez dalszej akcji z jego strony, istnieje duże prawdopodobieństwo nastąpienia w najbliższej chwili wymienionych skutków¹⁴¹. Bezpośredniość jest wtedy, gdy według dającego się przewidzieć procesu przyczynowości, mają miejsce osiągalne przesłanki do przyjęcia, że zrealizują się następstwa w ramach kolejnego ogniwa jej przebiegu. Nie muszą one przy tym być nieuniknione, wystarczy, że są wysoce prawdopodobne¹⁴².

¹³⁷ T. Jurek: Zakres pytań stawianych biegłym i możliwości odpowiedzi na nie w opiniach dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, Wrocław 2013, s.16.

¹³⁸ Wyr. SN z 09.04.2001 r., II KKN 430/98, LEX Nr 51379.

¹³⁹ R. Kokot w: Kodeks karny... ,teza 22 do art. 161.

¹⁴⁰ www.prawoity.pl (dostęp 23.04.2020).

¹⁴¹ Wyr. SN z 29.11.1973 r., ,Rw 902/73 OSNPG 974, Nr 2, poz. 24.

¹⁴² M. Filar: Odpowiedzialność karna lekarza za zaniechanie udzielenia świadczenia zdrowotnego, Pr. i Med.1993, Nr 3, s. 33.

1.4. Zarażenie

W ustawach dotyczących chorób zakaźnych nie występuje pojęcie „zarażenie”, a „zakażenie”. W związku z tym należy rozważyć znaczenie obu tych słów. Zarazić to inaczej spowodować przedostanie się do organizmu drobnoustrojów chorobotwórczych¹⁴³ albo zostać zarażonym chorobą zakaźną¹⁴⁴.

Termin „zakażenie” w języku potocznym rozumiany jest jako „przyczynienie się do przeniesienia zarazka na zdrowy organizm, wywołanie choroby zakaźnej”¹⁴⁵. W rozumieniu językowym pojęcie: a) „zarażenie” oznacza „spowodowanie przeniesienia się na zdrowy organizm drobnoustrojów chorobotwórczych”, „wywołanie u kogoś nastroju, zachowania, reakcji podobnych do własnych”¹⁴⁶, b) „zarazić, zarażać” znaczy „spowodować przedostanie się do organizmu drobnoustrojów chorobotwórczych”, „wpływać na kogoś tak, że przejmie nasze poglądy, zachowania lub zainteresowania”¹⁴⁷, „przenosząc zarazki na zdrowy organizm, wywoływać w nim chorobę zakaźną”, „przenosząc zarazki na coś, sprawiać, że to staje się siedliskiem choroby zakaźnej”, „wywoływać u kogoś takie same stany psychiczne, jak te, które właśnie samemu się przeżywa”¹⁴⁸, „spowodować przedostanie się do organizmu drobnoustrojów chorobotwórczych”, „wpłynąć na kogoś tak, że przejmie nasze poglądy, zachowania lub zainteresowania”¹⁴⁹, „przyczynić się do przeniesienia zarazka na zdrowy organizm; dotknąć zarazą”, „zakazić zatruć, zanieczyścić co czym; uczynić zaraźliwym”¹⁵⁰. W ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych używane określenie „zakażenie”, zdefiniowane (art. 2 pkt. 32 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi¹⁵¹) jest jako „wniknięcie do organizmu i rozwój w nim biologicznego czynnika chorobotwórczego” i rozumiane jako „proces chorobowy powstały w organizmie, wywołany przez bakterie chorobotwórcze”. Zestawienie tych określeń wynika, że mimo odmienności terminologicznych terminy te są w praktycznie zbieżne w ujęciu znaczeniowym.

¹⁴³ Słownik języka polskiego PWN, red. L. Drabik, E. Sobol, t. 2, Warszawa 2007, s. 549.

¹⁴⁴ Słownik języka polskiego, red. W. Doroszewskiego, <https://sjp.pwn.pl/szukaj/zarazi%C4%87.html> (dostęp 25.02.2021).

¹⁴⁵ Słownik języka polskiego, red. M. Szymczak, t. 3, Warszawa 1978, s. 951.

¹⁴⁶ Praktyczny słownik współczesnej polszczyzny, red. H. Zgólkowa, t. 48, Poznań 2004, s. 360.

¹⁴⁷ Słownik języka polskiego PWN..., s. 550.

¹⁴⁸ Współczesny słownik języka polskiego, red. B. Dunaj, t. 2, Warszawa 2007, s. 2154.

¹⁴⁹ Zarazić, hasło w: Słownik języka polskiego, red. aktualizacji L. Drabik, <https://sjp.pwn.pl/sjp/zarazic;2543804.html> (dostęp: 22.07.2020).

¹⁵⁰ Zarazić, hasło w: Słownik języka polskiego, red. W. Doroszewski, <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/zarazic;5526776.html> (dostęp: 22.07.2020).

¹⁵¹ Dz.U. z 2021 r. poz. 2069.

Zakażenie (łac. *infectio*) oznacza inwazję organizmu przez drobnoustroje chorobotwórcze. Drobnoustrojami, czyli mikroorganizmami określa się żywe formy, które są niewidoczne gołym okiem. Są nimi organizmy jednokomórkowe (mikroskopijnej wielkości, mierzonej w mikrometrach), do których zalicza się: wirusy (*virales*), bakterie (*bacteria*), sinice, roślinne glony (*algae*), grzyby (*mycota*) oraz pierwotniaki (*protozoa*).

Mikroorganizmy ze względu na rolę w zakażeniu jaka pełnią dzieli się na:

- drobnoustroje chorobotwórcze, które obejmują wirusy, część bakterii i pierwotniaków (zarodnikowce, wiciowce) oraz niektóre grzyby;
- pożyteczne drobnoustroje fermentacyjne, gnilne. Odpowiadają za miejscowe lub ogólne zmiany związane z nieprawidłową reakcją organizmu na występowanie czynników zakaźnych lub toksyn.

Zakażenie jest to infekcja; wtargnięcie do ustroju i rozwój w nim zarazków: bakterii, wirusów, grzybów pasożytniczych; wtargnięcie pasożytów zwierzęcych nazywa się zarażeniem lub inwazją; do zakażenia dochodzi przez drogi oddechowe (zakażenie kropelkowe), drogi pokarmowe (zakażona woda, produkty spożywcze), przez wszczepienie zarazków podczas ukłucia owadów lub pajęczaków, przez kontakt płciowy (choroby weneryczne), przez skórę (głównie uszkodzoną)¹⁵². Zakażenie, infekcja, wtargnięcie drobnoustrojów chorobotwórczych do organizmu. Miejsce wtargnięcia drobnoustrojów nazywa się wrotami zakażenia. Następstwa zakażenia mogą być różne. Niekiedy siły obronne ustroju doprowadzają do zniszczenia zarazków już we wrotach zakażenia, bezpośrednio po ich wtargnięciu. Jeśli to nie nastąpiło, drobnoustroje mogą się rozmnażać we wrotach zakażenia (na przykład w migdałkach lub w ranie)¹⁵³.

Według definicji legalnej zawartej w ustawie o zakażeniach i chorobach zakaźnych z 2008 r., "zakażenie" to wniknięcie do organizmu i rozwój w nim biologicznego czynnika chorobotwórczego (art. 2 pkt 25), co z kolei obejmuje posiadające zdolność wywoływania objawów chorobowych drobnoustroje komórkowe lub wytwarzane przez nie produkty, zewnętrzne i wewnętrzne pasożyty człowieka lub wytwarzane przez nie produkty, cząstki bezkomórkowe zdolne do replikacji lub przenoszenia materiału genetycznego, w tym zmodyfikowane genetycznie hodowle komórkowe lub wytwarzane przez nie produkty (art. 2 pkt 2). Mając na względzie wymóg spójności systemu prawnego, zasadne byłoby zastąpienie użytego w tym przepisie, nieco archaicznego znamienia "zarażenie", aktualniejszym, znaczeniowo bardziej adekwatnym, a także używanym w aktach prawnych,

¹⁵² Encyklopedia powszechna PWN, t. 4, Warszawa 1973, s. 977.

¹⁵³ Mała encyklopedia medycyny, red. T. Roźniatowski, t. 3, Warszawa 1989, s. 1393–1394.

do których unormowanie art. 161 § 1–3 k.k. pośrednio się odwołuje, terminem "zakażenie". Skoro istnieje definicja legalna "zakażenia" i znaczenie tego terminu odpowiada semantyce użytego w ustawie karnej znamienia "zaraża", powinien być on konsekwentnie używany przez ustawodawcę, także w innych aktach prawnych. Powszechnie w literaturze jest posługiwanie się określeniem "zakażenie" w odniesieniu do patogenezы o podłożu bakteryjnym lub wirusowym.

Zakażenie organizmu przez wirusy, grzyby lub bakterie powoduje infekcje. Gdy osiedlającym się organizmem jest pierwotniak, płazinic, nicien lub stawonóg, to nazywane jest to inwazją. Aby zaatakować narządy wewnętrzne zarazki potrzebują czynnika przenoszącego, czyli wektora. Mogą one wnikać przez wrota zakażenia, czyli uszkodzoną skórę lub śluzówkę (np. zranienie), co ułatwia dostanie się do wnętrza organizmu. Duża część bakterii, grzybów raz niektórych pierwotniaków i stawonogów osiedla się na powierzchni ciała lub w jego naturalnych otworach. Inne drobnoustroje zakażają organizm drogą pokarmową. Wektory zakażenia mogą być naturalne lub sztuczne. Naturalnymi są krwio pijne stawonogi (kleszcze, komary). Sztucznym wektorem jest np. zanieczyszczony przedmiot, który powoduje naruszenie ciągłości naskórka np. drzazga, zardzewiały gwóźdź. Ponadto może być też niedokładnie wyjałowiony sprzęt i materiały używane w czasie zabiegów oraz zainfekowane igły i strzykawki. Początkiem zarażenia chorobą zakaźną może być też inny człowiek. Przeniesienie zakażenia następuje poprzez bezpośredni kontakt z zarażonym, drogą kropelkową lub w wyniku styczności z przedmiotami używanymi przez chorego¹⁵⁴.

Termin "zarażenie" odnoszony jest natomiast do stanów, w których czynnikiem chorobotwórczym są pasożyty – pierwotniaki, robaki oraz stawonogi¹⁵⁵.

Zarażenie obejmuje posiadające zdolność wywoływania objawów chorobowych drobnoustroje komórkowe lub wytwarzane przez nie produkty, zewnętrzne i wewnętrzne pasożyty człowieka lub wytwarzane przez nie produkty, cząstki bezkomórkowe zdolne do replikacji lub przenoszenia materiału genetycznego, w tym zmodyfikowane genetycznie hodowle komórkowe lub wytwarzane przez nie produkty. Skoro istnieje definicja legalna "zakażenia" i znaczenie tego terminu odpowiada semantyce użytego w ustawie karnej znamienia "zaraża", powinien być on konsekwentnie używany przez ustawodawcę, także w innych aktach prawnych. Powszechnie jest posługiwanie się określeniem "zakażenie" w odniesieniu do patogenezы o podłożu bakteryjnym lub wirusowym. Termin "zarażenie"

¹⁵⁴ K. Spalik: *Biologia*, Warszawa 2004, s.332-333.

¹⁵⁵ J. Ślusarczyk: *Zjawiska immunologiczne w chorobach zakaźnych i pasożytniczych*, Choroby zakaźne, red. Z. Dziubek, Warszawa 2003, s. 28–33.

odnoszony jest natomiast do stanów, w których czynnikiem chorobotwórczym są pasożyty – pierwotniaki, robaki oraz stawonogi¹⁵⁶.

Zarażenie oznacza infekowanie, zakażenie, przenoszenie, rozsiewanie zarazków, sprawianie, że organizm staje się siedliskiem choroby zakaźnej. Aby wywołać chorobę drobnoustroje muszą najpierw zwalczyć odporność organizmu. Jeżeli zakażenie jest obok miejsca infekcji taki stan nazywa się zakażeniem miejscowym. Jeśli obok zakażenia występują objawy ogólnoustrojowej reakcji zapalnej mówi się o sepsie¹⁵⁷. Źródłem zakażenia są mikroorganizmy chorobotwórcze występujące w środowisku, które przy odpowiednich warunkach do rozwoju mogą przedostać się do organizmu człowieka. Płyny ustrojowe, wydaliny, wydzieliny oraz tkanki chorych zawierają zarazki i są źródłem rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych. Szerzenie się zarazków może odbywać się poprzez kontakt osoby zdrowej z chorą, bezpośrednio lub pośrednio.

W literaturze medycznej nie używa się nazw „zakażenie” i „zarażenie” zamiennie. Terminu „zarażenie” używa się w odniesieniu do pasożytów. Jest ono używane w rozważaniach poświęconych parazytologii pojawiają się sformułowania: „zarażenie pasożytami”¹⁵⁸, „ze strony zarażonego człowieka niezbędna jest neutralizacja obecności pasożyta”¹⁵⁹, „zarażonego żywiciela”¹⁶⁰, „po zarażeniu włośniem krętym”¹⁶¹. Z kolei wtargnięcie do organizmu bakterii, wirusów czy grzybów jest określane mianem „zakażenia”. „Zarażenie” konotuje patogenezę inną niż „zakażenie”¹⁶².

W słownictwie medycznym występuje rozgraniczenie między zakresami nazw „zarażenie” i „zakażenie”, odnosząc się do patogenezы wtargnięcia mikroorganizmów do ustroju i wywołania przez to stanu. W publikacjach poświęconych chorobom zakaźnym używa słowa „zarazić” na nazwanie stanu wywołanego przez drobnoustroje inne niż pasożyty zwierzęce. Równolegle funkcjonuje drugie zróżnicowanie. Polega ono na przypisywaniu nazwie „zarażenie” konotacji obejmującej przeniesienie bakterii, wirusa, grzyba czy pasożyta zwierzęcego do innego ustroju. Nazwa ta ukazuje relacje zachodzące pomiędzy ustrojem jako całością, a bliżej nieokreślonym czynnikiem zawierającym patogenetyczne mikroorganizmy.

¹⁵⁶ J. Ślusarczyk: Zjawiska..., s. 28–33.

¹⁵⁷ A. Denys A.B. Monika, Z. Dudkiewicz, M. Łysakowska, R. Marciniak, J. Michalak, D. Moczulski, D. Orszulak-Michalak, A. Polański: Zakażenia szpitalne. Wybrane zagadnienia, red. A. Denys, Warszawa 2012, s.19-20.

¹⁵⁸ Z. Pawłowski: Parazytologia ogólna w: Mikrobiologia lekarska, red. P.B. Heczko, A. Pietrzyk, M. Wróblewska, Warszawa 2014, s. 484.

¹⁵⁹ Ibidem, s. 485.

¹⁶⁰ A. Pietrzyk: Trypanosoma w: Mikrobiologia lekarska, red. P.B. Heczko, A. Pietrzyk, M. Wróblewska, Warszawa 2014, s. 503.

¹⁶¹ Z. Pawłowski: Parazytologia..., s. 480.

¹⁶² R. Kokot w: Kodeks karny...2021, teza 20 do art. 161.

Nie opisuje aktywności samych drobnoustrojów, natomiast „zakażenie” to „wtargnięcie drobnoustrojów do ustroju i towarzysząca temu reakcja tego organizmu”. Termin ten w większym stopniu oznacza aktywność zarazków niż ich nośników. Tak rozumiane zakażenie jest następstwem zarażenia. Nie ulega wątpliwości, że pierwsze z omówionych rozróżnień nie jest rozpoznawalne dla użytkowników języka potocznego poza fachowych kręgów medycznych. Druga z nich nawiązuje zaś do ogólnego pojmowania zakażenia jako procesu patologicznego. W języku medycznym współistnieją zatem dwa znaczenia nazwy „zarażenie”¹⁶³.

W art. 161 k.k. ustawodawca nie traktuje „zarażenia” jako procesu wniknięcia tylko pasożyta zwierzęcego do ludzkiego ciała. Sformułowanie „zarażenie wirusem HIV” byłoby wówczas wewnętrznie sprzeczne. Użycie zwrotu w art. 161 § 1 k.k. jest zarazem zgodne z pojmowaniem zarażenia jako przeniesienie czynnika chorobotwórczego na inną osobę. Ta zgodność nie zachodzi w art. 161 § 2 k.k., w którym pojawia się zwrot „zarażenie chorobą”. Jeżeli choroba jest reakcją ustroju na czynnik chorobotwórczy¹⁶⁴, to chorobą nie można się ani „zarazić”, ani „zakazić”, przynajmniej w specjalistycznym sensie obu czasowników. Wskazana tu nieadekwatność oznacza, że Kodeks karny nie posługuje się językiem specjalistycznym. Odwoływanie się do języka medycznego nie jest zasadne. Wykładnia poszczególnych zwrotów w art. 161 § 2 k.k. i jak się wydaje także art. 161 § 1 k.k. musi opierać się na dyrektywie języka potocznego (ogólnego)¹⁶⁵.

Drogi szerzenia się zakażenia są to metody i mechanizmy przenoszenia zakażeń z osoby chorej lub nosiciela na osobę pierwotnie zdrową. Drogi te zależą m. in. od wymogów życiowych patogenu, w tym od czasu w którym jest on w stanie przeżyć poza zainfekowanym organizmem¹⁶⁶.

Według decyzji Komisji Wspólnot Europejskich z dnia 19 marca 2002 r. ustanawiającej definicje przypadku w celu zgłaszania chorób zakaźnych do sieci wspólnotowej na podstawie decyzji 2119/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady¹⁶⁷, zakażenie może przenosić się jedną lub kilkoma z dróg:

- poprzez drogę powietrzną, czyli przeniesienie cząsteczek aerozolu powstających w trakcie kaszlu, płucia, mówienia lub śpiewania, od osoby zakażonej na błony śluzowe innych

¹⁶³ M. J. Dębowski: Wykładnia językowa typizacji narażenia na zarażenie, *Studenckie Prace Prawnicze, Administratywistyczne i Ekonomiczne*, 2021,t. 37, s. 25-26.

¹⁶⁴ Encyklopedia powszechna PWN, t. 1, Warszawa 1973, s. 458.

¹⁶⁵ M. J. Dębowski: Wykładnia...s.26.

¹⁶⁶ Grupa IX V rok: Choroby zakaźne i pasożytnicze, Wrocław 2007, s.14.

¹⁶⁷ Dz.U. L 86 z 3.4.2002 r., s. 44.

ludzi, bądź poprzez wdychanie przez inne osoby zawartych w powietrzu, skażonych bakteriami cząsteczek aerozolu,

- poprzez drogę kontaktową, czyli bezpośrednią styczność z zakażoną osobą (drogę fekalnooralną, kropelkowa, kontakt ze skórą, kontakty seksualne) lub zwierzęciem (np. ukąszenie, dotknięcie), lub poprzez kontakt pośredni - z zakażonymi materiałami albo przedmiotami (zakażone przedmioty, krew, płyny ustrojowe),
- poprzez drogę wertykalną, czyli przeniesienie z matki na dziecko np. w wyniku niezamierzonej wymiany płynów ustrojowych, najczęściej w okresie okołoporodowym,
- poprzez drogę wektorową, czyli przeniesienie drogą pośrednią poprzez ukąszenie przez zakażone komary, roztocza, muchy i inne owady zdolne do przenoszenia zakażenia na ludzi,
- poprzez żywność lub wodę, czyli spożywanie potencjalnie skażonej żywności lub wody pitnej¹⁶⁸.

Drobnoustroje powodujące zakażenia mogą być pochodzenia endogennego albo egzogenego. Endogenne tworzą naturalną florę człowieka i egzystują w skórze, nosie, pochwie jamie ustnej, układzie pokarmowym. Mikroorganizmy pochodzenia egzogenego przenoszone są od innego chorego¹⁶⁹.

Podatność organizmu na zakażenie zależy od wielu czynników np. wieku, płci, odporności, czynników genetycznych, ogólnego stanu zdrowia¹⁷⁰. Reakcja organizmu na zakażenie jest wyrazem zdolności do rozpoznania części własnego organizmu od ciał obcych oraz zapoczątkowaniem procesu, którego celem jest ich zniszczenie. Wyspecjalizowane narządy i tkanki odpowiedzialne za reakcje immunologiczne określane są układem immunologicznym, natomiast substancje powodujące takie reakcje antygenami. Ponadto funkcje obronne spełnia też skóra i błony śluzowe¹⁷¹. Zakażenie wirusowe to procesy chorobowe następujące w wyniku wtargnięcia wirusa do komórki, niezależnie od tego, czy wystąpią kliniczne objawy choroby¹⁷².

Rezultat zakażenia czynnikami biologicznymi może być podwójny: W pierwszej sytuacji obserwuje się typowy obraz kliniczny choroby zakaźnej – gdy określony patogen powoduje pewien układ symptomów, np. angina paciorkowcowa, płonica. W drugim przypadku czynnik zakaźny nie wywołuje objawów dających możliwość na jego jednoznaczną

¹⁶⁸ Dz.U.UE.L.2002.86.44, Dz.U.UE-sp.15-7-28.

¹⁶⁹ A. Denys A.B. Monika, Z. Dudkiewicz, M. Łysakowska, R. Marciniak, J. Michalak, D. Moczulski, D. Orszulak-Michalak, A. Polański: Zakażenia..., s.19-20.

¹⁷⁰ K. Spalik: Biologia, ...s.334.

¹⁷¹ M. Janowiec: Mikrobiologia i serologia, Warszawa 1988, s. 131.

¹⁷² M. Janowiec: Mikrobiologia..., s. 157.

identyfikację, chociaż oznaki dowodzą o toczącej się reakcji zapalnej i/lub uszkodzeniu pewnych tkanek czy narządów¹⁷³.

Wyróżnia się zakażenia oportunistyczne, dróg moczowych, miejsca operowanego, krwi, kości, szpiku, ośrodkowego układu nerwowego, układu krążenia, narządu wzroku, ucha, nosa, gardła i jamy ustnej, górnego odcinka układu oddechowego, układu pokarmowego, układu płciowego, skóry i tkanki podskórnej, miejsc po oparzeniu¹⁷⁴.

Zakażenie oportunistyczne jest to zakażenia charakterystyczne dla osób o obniżonej odporności organizmu. Przyczyną tego mogą być: AIDS lub wrodzony niedobór odporności. Czynnikiem tych zakażeń są przede wszystkim patogeny uznawane do niedawna za niechorobotwórcze (np. zakażenia florą endogenną- własną). Patogeny wywołujące zakażenia oportunistyczne z reguły nie powodują choroby u osób o prawidłowo funkcjonującym systemie odpornościowym lub zakażenia te mają bezobjawowy przebieg z tendencją do samoograniczania. Zakażenia zwykle współistnieją z nowotworami¹⁷⁵.

Zakażenia szpitalne występują wtedy, gdy nie ma dowodów na to, że zakażenie było obecne w chwili przyjęcia pacjenta na oddział lub też, że był on w czasie inkubacji ostrej choroby zakaźnej, czyli że zakażenie nastąpiło do 48 godzin od momentu przyjęcia. Zakażenie szpitalne jest wówczas, gdy objawy są wynikiem komplikacji związanych z dodatkowym zakażeniem lub zmianą czynnika etiologicznego. Zakażenia takie dowodzą o jakości usług medycznych¹⁷⁶.

Osoby z obniżoną odpornością organizmu są dużo bardziej narażone na zakażenie. Niebezpieczne są nie tylko patogeny pierwotne o dużej zdolności zjadliwości, ale także drobnoustroje uznawane za niezjadliwe bądź o niewielkiej sile chorobotwórczej, które wchodzi w skład właściwej flory mikrobiologicznej ustroju. Wywołują one, przy braku sprawnych mechanizmów odpornościowych makroorganizmu, zakażenia inwazyjne i systemowe¹⁷⁷.

W przypadku zakażenia, naturalną odpowiedzią organizmu jest podwyższenie temperatury ciała. Ośrodek termoregulacji zmienia swój punkt nastawczy na wyższy. Organizm dąży do osiągnięcia nowego, wyższego punktu nastawczego. Dochodzi do czasowej hipotermii

¹⁷³ Grupa IX V rok: Choroby..., s.7.

¹⁷⁴ A. Denys A.B. Monika, Z. Dudkiewicz, M. Łysakowska, R. Marciniak, J. Michalak, D. Moczulski, D. Orszulak-Michalak, A. Polański: Zakażenia..., s. 19-20.

¹⁷⁵ Grupa IX V rok: Choroby..., s.22.

¹⁷⁶ A. Denys A.B. Monika, Z. Dudkiewicz, M. Łysakowska, R. Marciniak, J. Michalak, D. Moczulski, D. Orszulak-Michalak, A. Polański: Zakażenia..., s. 19-20.

¹⁷⁷ A. Denys A.B. Monika, Z. Dudkiewicz, M. Łysakowska, R. Marciniak, J. Michalak, D. Moczulski, D. Orszulak-Michalak, A. Polański: Zakażenia..., s. 19-20.

w trakcie której jest intensywnie wytwarzane ciepło (np. poprzez drżenie mięśni). Proces ten trwa do uzyskania temperatury określonej przez ośrodek termoregulacji. U człowieka stan podgorączkowy wynosi 37°C, zaś o gorączce mówi się jeśli temperatura mierzona pod pachą przekroczy 38°C¹⁷⁸.

Zakażenie chorobą zakaźną lub pasożytniczą może wpływać na obraz krwi obwodowej. Taka reakcja zapalna zmienia stan wszystkich linii komórkowych krwi oraz zaburza frakcje białek osocza¹⁷⁹.

Wykładnia znamion art. 161 k.k. może rodzić wątpliwość czy stosowanie przez osobę będącą nosicielem wirusa HIV lub dotkniętą chorobą zakaźną środków mających zabezpieczyć przed zakażeniem wirusem lub chorobą, czyli stosowanie prezerwatywy w przypadku ryzyka zakażenia wirusem HIV lub chorobą weneryczną – automatycznie wyłącza odpowiedzialność sprawcy na podstawie tego przepisu. Wątpliwość tę uzasadnia fakt, iż użycie takich środków nie eliminuje całkowicie ryzyka narażenia, a jedynie znacząco je zmniejsza. Wydaje się, że stanowcza odpowiedź na to pytanie nie jest możliwa. W ujęciu abstrakcyjnym, uzasadnienia nieodpowiedzialności w takiej sytuacji należałoby poszukać zarówno na płaszczyźnie znamion strony przedmiotowej, jak i podmiotowej. Z jednej strony, zachowanie takie może stanowić podstawę stwierdzenia braku realizacji znamion skutku w postaci stanu realnego narażenia dobra na niebezpieczeństwo zakażenia. Ryzyko zakażenia wprawdzie nadal może istnieć, ale jednak jego charakter i stopień (niebezpieczeństwo jedynie potencjalne) mogą nie uzasadniać przyjęcia jego "statystycznej doniosłości", a tym samym wyczerpania znamienia skutku tego przestępstwa. Z kolei interpretując podjęte działania zmniejszające ryzyko zakażenia od strony podmiotowej trzeba stwierdzić, iż starania te wskazują na brak zamiaru narażenia na zakażenie. Sprawca nie może bowiem chcieć lub godzić się na narażenie dobra prawnego i jednocześnie nie chcieć wywołania takiego skutku¹⁸⁰.

1. 5. Narażenie na zarażenie wielu osób

Okolicznością kwalifikującą z art. 161 § 3 k.k. jest zagrożenie dla „wielu osób”. Znamię to występuje również w innych przepisach. Kodeks karny nie definiuje znamienia "wiele osób", niemniej jest to świadomy zabieg, gdyż w innej sytuacji ustawodawca posłużyłby się znamionami liczebnikowymi zamiast użytymi znamionami ocennymi ilościowymi. Znamię,

¹⁷⁸ Grupa IX V rok: Choroby..., s. 30.

¹⁷⁹ Grupa IX V rok: Choroby..., s. 34.

¹⁸⁰ R. Kokot w: Kodeks karny...2021, teza 35 do art. 161.

które jest nieostre prowadzi do elastycznego stosowania przepisu i nie musi wywoływać zaostżenia surowości prawa karnego, ale może umożliwiać wyłączenie odpowiedzialności¹⁸¹. Wykładni znamienia "wiele osób" dokonuje się z uwzględnieniem innych przepisów zawierających taki zwrot (art. 140 § 2, art. 161 § 3 k.k., 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. 183 § 1, art. 185 § 2 k.k.), oraz innych zbliżonych do tego liczebników nieokreślonych, a nie zdefiniowanych w art. 115 k.k.¹⁸².

Słowo "wiele" zaś znaczy zaś tyle co "w wielkiej liczbie, w znacznej ilości, dużo"¹⁸³, lub "dużo, mnóstwo, znaczna liczba, ilość"¹⁸⁴. Uznawano, iż znamię to jest wyczerpane, jeśli liczba pokrzywdzonych wynosi co najmniej 10 osób¹⁸⁵. Przyjęcie takiej wartości argumentowano kwestiami semantycznymi i przeciwstawieniem pojęcia „wiele” zaimkowi „kilka”, używanemu w innych przepisach (np. art. 301 § 1 kk). To ostatnie w ujęciu językowym to „zaimek liczebnny nieokreślony oznaczający w przybliżeniu liczbę od 3 do 9”¹⁸⁶. Z kolei „wiele” to „zaimek liczebnny nieokreślony oznaczający wielką liczbę osób, rzeczy lub zjawisk”¹⁸⁷. Można zatem przyjąć, że wiele do więcej niż kilka, a zatem co najmniej 10. Można jednak spotkać bardziej elastyczne podejście, kładące nacisk nie na konkretną liczbę osób, lecz na ich nieokreśloność¹⁸⁸. Zagrożenie ma zatem dotyczyć szerszej grupy osób, ma mieć szeroki zasięg. Do takiego zapatrywania zdaje się przychylić również Sąd Najwyższy, stwierdzając, że:

- „nie sposób (...) wskazać *in abstracto* jednej, niezmiennej, minimalnej liczby obiektów spełniających *in genere* znamię «wiele» w polskim ustawodawstwie karnym”, i dalej „skoro określenie «wiele» nie zostało w ustawie karnej sprecyzowane, to nie należy dokonywać jego precyzowania na płaszczyźnie wykładni, pozostawiając ocenę realizacji danego znamienia dyskrecjonalnej decyzji organu władzy sądowniczej w praktyce orzeczniczej”¹⁸⁹;

- „określenie «wiele» może przybierać swoiste, stricte kontekstowe znaczenie wyznaczone wąskimi ramami danej konstrukcji normatywnej, a interpretacja omawianego znamienia w tym zakresie może odbiegać od sposobów jego wykładni na gruncie innych przepisów

¹⁸¹ I. Andrejew: Ustawowe znamiona czynu. Typizacja i kwalifikacja przestępstw, Warszawa 1978, s. 112.

¹⁸² R. Kokot w: Kodeks karny...2021, teza 4 do art. 161.

¹⁸³ Słownik ilustrowany języka polskiego, M. Arcta, t. 2, Warszawa, bez daty wydania, s. 1006.

¹⁸⁴ Praktyczny słownik współczesnej polszczyzny, red. H. Zgólkowej, t. 45, Poznań 2004, s. 265.

¹⁸⁵ Por. np. wyr. SA w Szczecinie z 5.07.2018 r., II AKa 104/18, LEX nr 2547712; wyr. SA we Wrocławiu z 13.06.2017 r., II AKa 129/17, LEX nr 2344210; wyr. SA w Lublinie z 12.09.2013 r., II AKa 157/13, LEX nr 1369244 ; R.A. Stefański, Przesłpstwa przeciwko bezpieczeństwu powszechnemu i w komunikacji. Rozdział XX i XXI Kodeksu karnego. Komentarz, Warszawa 2000, s. 30.

¹⁸⁶ Wielki słownik..., t. H-N, s. 315.

¹⁸⁷ Wielki słownik..., t. U-Ż, s. 256.

¹⁸⁸ G. Bogdan w: Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz, red. A. Zoll, t. 2, Warszawa 2013, s. 489.

¹⁸⁹ Post. SN z 11.01.2017 r. III KK 196/16, OSP 2018, Nr 3, poz. 26.

tej samej lub różnych ustaw zawierających przepisy karne”. Oznacza to, że przy poszczególnych typach rodzajowych przestępstw, w opisie których znajduje się takie znamię, ustalenia co do liczby osób mogą być różne. Sąd poinstruował więc, że ocena powinna być kontekstowa „w perspektywie funkcji i celów danego rozwiązania ustawowego (...) prowadzona w oparciu o kompleksową ocenę stopnia społecznej szkodliwości czynu w rozumieniu art. 115 § 2 k.k.”.

Nie można zgodzić się z poglądem Sądu Najwyższego, iż: "Znamię wielości osób, którym posługuje się art. 163 § 1 k.k. jest pojęciem ocennym i winno być postrzegane w kontekście okoliczności konkretnego zdarzenia stanowiącego przedmiot zarzutu. Skoro znamię to nie zostało przez ustawodawcę określone w sposób konkretny, nie ma też powodu, aby w drodze wykładni przyjmować, że ma ono jednak swój jednoznaczny i precyzyjny wymiar w postaci liczby minimalnej wypełniającej dyspozycję przepisu art. 163 § 1 k.k. (wszak dla bytu tego typu przestępstwa ma znaczenie tylko określenie liczby minimalnej stanowiącej znamię „wielu osób” zagrożonych). Sąd rozpoznający sprawę, w której zarzucono popełnienie czynu polegającego na sprowadzeniu zdarzenia zagrażającego życiu lub zdrowiu, winien każdorazowo, na gruncie ustaleń faktycznych dokonanych w tej konkretnej sprawie, przyjąć dla ilu osób istniało realne zagrożenie, a następnie dokonać subsumcji tych ustaleń pod treść art. 163 k.k., wskazując, czy w realiach sprawy, zagrożenie to dotyczyło wielu osób, czy też nie. Pamiętać przy tym należy, że stworzone zagrożenie, dla wyczerpania znamion tego czynu zabronionego, z pewnością nie może dotyczyć pojedynczej osoby i musi mieć charakter powszechny¹⁹⁰.

Przenosząc te ustalenia na grunt art. 161 § 3 k.k., należy zatem dokonać oceny omawianego znamienia, m.in. uwzględniając charakter naruszonego dobra, rozmiary wyrządzonej lub grożącej szkody. Przyjmując, że przedmiotem ochrony tego przestępstwa jest zdrowie człowieka oraz bezpieczeństwo epidemiczne, można uznać, że analizowane znamię będzie wyczerpane, gdy skala zagrożenia będzie dotyczyła bliżej nieokreślonej liczby osób, szerszego ich grona bez względu na ich konkretną liczbę. Takie rozstrzygnięcie ma kluczowe znaczenie dla ustaleń w zakresie strony podmiotowej prezentowanego występku. Warto przypomnieć, że czyn ten może być popełniony jedynie umyślnie. Ewentualny błąd co do znamienia „wiele osób” wykluczałby zatem odpowiedzialność ze względu na brak nieumyślnego odpowiednika tego czynu. Sprawca musi zatem obejmować swą świadomością

¹⁹⁰ Post. SN z 11.01.2017 r., III KK 196/16, OSNKW 2017, Nr 5, poz. 25 z glosami krytycznymi M. Kulika, Pal. 2017, Nr 11, s. 92- 95 i aprobującymi S. Łagodzińskiego, Prok. i Pr. 2018, Nr 3, s. 125–133, M. Małeckiego, M. Płóciennika, N. Szabatowskiej, OSP 2018, Nr 3, poz. 26.

i wolą, że stwarza zagrożenie dla „wielu osób”. W literaturze wyjaśnia się, że sprawca nie musi odwzorowywać w swej świadomości dokładnie sformułowań ustawowych („myśleć językiem ustawy”). Wystarczy, że rozpoznaje kontekst sytuacyjny i obejmuje swą świadomością te okoliczności faktyczne, które odpowiadają znamionom czynu zabronionego¹⁹¹. Sprawca nie może powołać się na konstrukcję błędu co do okoliczności stanowiącej znamię czynu zabronionego (art. 28 § 1 k.k.), jeśli zdaje sobie sprawę, że swym zachowaniem powoduje zagrożenie zakażaniem SARS-CoV-2 dla większej, bliżej nieokreślonej grupy osób. Egzemplifikując, można podać stan faktyczny, w którym osoba wiedząca o zdiagnozowanym u niej takim zakażeniu i drogach przenoszenia wirusa intensywnie kaszle w zatłoczonym środku komunikacji miejskiej, godząc się na zakażenie zgromadzonych w nim pasażerów. Do wyidukowania takiego zagrożenia musi dojść jednym czynem. Jeśli bowiem sprawca co prawda stwarza niebezpieczeństwo dla dużej liczby osób, ale czyni to odrębnie w stosunku do każdej z nich (np. zakażony lekarz udzielający świadczeń licznym pacjentom), to może odpowiadać za przestępstwo z narażenia indywidualnego, czyli na podstawie art. 161 § 2 k.k. Wówczas można przyjąć, że dopuści się on tego czynu tyle razy, ile osób narazi¹⁹².

2. Choroby

Znamionami przestępstwa z art. 161 § 1 i 2 k.k. są: wirus „HIV”, „choroba weneryczna”, „choroba zakaźna”, „ciężka choroba nieuleczalna” i „choroba realnie zagrażająca życiu”. W języku potocznym „choroba” oznacza „proces patologiczny, objawiający się nienormalnym funkcjonowaniem organizmu lub jego części”¹⁹³. Choroba jest to dynamiczna reakcja ustroju na działanie czynnika (lub wielu czynników) chorobotwórczych prowadząca do zaburzeń naturalnego współdziałania tkanek i narządów, a w następstwie do zaburzeń czynnościowych i zmian w funkcjonowaniu poszczególnych narządów i całego ustroju człowieka; w potocznym rozumieniu oznacza przeciwieństwo zdrowia; najkrócej chorobą nazywa się proces patologiczny wywołujący zaburzenia czynnościowe organizmu; choroba może być obłożna, ciężka, przewlekła, nieuleczalna, zakaźna, dziecięca, kobieca,

¹⁹¹ I. Andrejew: Liczebni w typizacji, *Studia Iuridica* 1982, Nr 10, s. 134.

¹⁹² Zagadnienie to było analizowane przez Sąd Najwyższy w kontekście przestępstwa rozboju. Ze względu jednak na uniwersalność tych analiz można posilkować się nimi również dla wykładni art. 161 § 3 k.k. W uchwale 7 sędziów z 16.05.1985 r. R.w 381/85, OSNKW 1986/1, poz. 10, sąd wyjaśnił, że „jeżeli sprawca dopuszcza się kolejno odrębnym działaniem rozboju na dwóch (lub więcej) osobach, to takie zachowanie się sprawcy stanowi wielość czynów zabronionych i w konsekwencji tyle przestępstw określonych w art. 210 k.k., aktualnie art. 280 k.k. – przyp. R.K., pozostających w tzw. zbiegu realnym, ile jest osób pokrzywdzonych”.

¹⁹³ Słownik języka polskiego, red. M. Szymczak, t. 1, Warszawa 1978, s. 898.

choroba serca, płuc itp.; leczeniem chorób ludzi zajmuje się medycyna; zwierząt — weterynaria¹⁹⁴.

Trzeba mieć na uwadze, że stan choroby może być spowodowany przez czynniki wewnętrzne (m.in. genetyczne) jak i zewnętrzne (wirusy, bakterie, grzyby, pasożyty). Odnośnie czynników wewnętrznych wyróżnia się te powiązane z wykonaniem informacji umieszczonej w materiale genetycznym, zaś do zewnętrznych bodźce biologiczne i nie biologiczne. Do zaburzeń materiału genetycznego zalicza się choroby wrodzone i nabyte. Choroba wrodzona pojawia się w momencie narodzin, może być pochodzenia dziedzicznego i niedziedzicznego. Wrodzonymi chorobami dziedzicznymi są te przenoszone genetycznie z pokolenia na pokolenie. Mogą być rezultatem powtórzenia niewłaściwych mutacji (mukowiscydoza), nieprawidłowych kombinacji genów lub błędnym podziale chromosomów w czasie powstawania gamet (zespół Downa). Wrodzone choroby niedziedziczne są wynikiem działania na organizm bodźców uszkodzających (teratogennych) w chwili rozwoju płodu i zarodka. Czynnikiem takimi są niektóre związki organiczne, metale ciężkie, promieniowanie jonizujące oraz biologiczne czynniki chorobotwórcze np. wirus ospy i pierwotniaki powodujące toksoplazmozę. Jeżeli niewłaściwość odnosi się do budowy anatomicznej lub morfologii, to jest to zwykle wada rozwojowa¹⁹⁵.

Choroba przebiega w kilku etapach, a jej proces może być różny. Łagodna (beobjawowa) faza cechuje się zaburzeniami we współdziałaniu tkanek i narządów. Jeśli symptomy są trudne do zaobserwowania świadczą o chorobie utajonej, natomiast objawy niecharakterystyczne lub niejasne dowodzą o procesie wylęgania się choroby. U większości chorób są okresy o różnorodnym nasileniu objawów. Symptomy są wtedy albo swoiste- świadczą jednoznacznie o pewnej chorobie- albo nieswoiste- współistnieją z wieloma innymi chorobami. Początek infekcji może być nagły (w chorobach zakaźnych) lub powolny (w nowotworach). Schorzenie może przebiegać gwałtownie lub długotrwale (przewlekłe)¹⁹⁶.

Etapy choroby dzieli się na:

- 1) okres utajenia (dla chorób zakaźnych okres wylęgania). Zaczyna się od zadziałania czynnika chorobotwórczego i trwa do pojawienia się objawów;
- 2) okres zwiastunów. Trwa od wystąpienia pierwszych objawów do zupełnego rozwoju objawów klinicznych. Okres ten może zakończyć się wyzdrowieniem, gdyż mechanizmy obronne ustroju mogą być bardzo silne i zahamować rozwój;

¹⁹⁴ <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/choroba;3885838.html> (dostęp 21.07.2019).

¹⁹⁵ K. Spalik: Biologia...,s. 326.

¹⁹⁶ K. Spalik: Biologia...,s. 327.

- 3) okres jawny. W nim występują objawy choroby: zauważalne i odczuwane przez pacjenta. Przebieg tego etapu zależy od reakcji organizmu na bodziec patologiczny. Pod względem nasilenia procesu chorobotwórczego stany infekcji dzielimy na: ostre, podostre i przewlekłe;
- 4) ustępowanie jest etapem, w którym następuje przesilenie i cofanie się objawów zakażenia;
- 5) pełne wyzdrowienie oznacza likwidację wszystkich zaburzeń i przywrócenie pełnej funkcjonalności organizmu¹⁹⁷.

2.1. Zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS)

Od połowy lat 70-tych w USA i w kilku krajach Europy odnotowano przypadki młodych ludzi, którzy zapadali na trudne do zdiagnozowania i leczenia schorzenia prowadzące w szybkim tempie do zgonu¹⁹⁸. O tym, że były to nierozpoznane przypadki AIDS, dowodzą późniejsze analizy zamrożonych próbek surowic, które były zgromadzone do innych badań. O AIDS pierwszy raz wspomniano w 1981 r. w czasopiśmie „Morbidity and Mortality Weekly Report” w artykule „Pneumocystis pneumonia – Los Angeles”¹⁹⁹. Artykuł ten opisywał historię pięciu młodych homoseksualistów, którzy zapadli na rzadką odmianę zapalenia płuc oraz towarzyszące jemu zaburzenia ze strony układu odpornościowego. Dnia 5 czerwca 1981 r. służba zdrowia Stanów Zjednoczonych powiadomiła o odkryciu nowej choroby. Pierwszy zdiagnozowany przypadek AIDS miał miejsce w 1981 r. w Wielkiej Brytanii, zaś do końca tego samego roku w USA zidentyfikowano już 159 osób chorych na AIDS²⁰⁰. W Polsce pierwszy przypadek zarażenia się HIV odnotowano w 1985 roku, a pierwszego chorego na AIDS w 1986 r.²⁰¹.

Wirus HIV (ang. *Human Immunodeficiency Virus*) to ludzki wirus niedoboru odporności z rodzaju lentiwirusów, z rodziny retrowirusów. Atakuje głównie limfocyty T – pomocnicze. Dotychczas poznano dwa typy wirusa: HIV–1 oraz HIV–2. Poszczególne odmiany dzielą się na podtypy. Wirusy HIV należą do rodziny retrowirusów (łac. *Retroviridae*) i rodzaju lentiwirusów (łac. *Lentiviridae*). Retrowirusy te wyróżniają się materiałem genetycznym w postaci RNA, zamkniętym w tzw. kapsydzie, czyli swoistej otoczce, wewnątrz której jest materiał genetyczny, białka i enzymy. Odmienne niż inne retrowirusy, wirus

¹⁹⁷ P. Królik: Choroba. IV TI, s.19.

¹⁹⁸ Krajowe Centrum ds. AIDS. Agenda Ministerstwa Zdrowia. Kalendarium HIV/AIDS, cz. I, s.132.

¹⁹⁹ K.A Sepkowitz: AIDS – the first 20 years. The New England Journal of Medicine, 2001, Nr 344, s. 1764-1770.

²⁰⁰ Krajowe Centrum...,s.132.

²⁰¹ G. Barańkiewicz, J. Juszczyk: Rozpoznawanie zakażeń HIV i AIDS: Zadanie nie tylko dla lekarzy chorób zakaźnych. Nowiny Lekarskie 2005, Nr 74, s. 60-63.

HIV zawiera dwie kopie jednoniciowego RNA, kodującego 9 genów. Wirus HIV ma kilka enzymów, które umożliwiają mu zainfekowanie i powielanie. Duża część uczonych jest zdania, iż HIV-1 lub wirus bardzo do niego podobny, dostał się do populacji ludzkiej z populacji małp w połowie lat 50-tych, a nawet wcześniej. W historii medycyny wielokrotnie obserwowano przenoszenie się czynników chorobotwórczych z jednych gatunków zwierząt na inne. Badania prowadzone na przełomie wieków wskazywały, że epidemia zakażeń HIV-1 jest efektem wtargnięcia małpiego wirusa upośledzenia odporności szympanśów (ang. *simian immunodeficiency virus*), (SIV) z małp naczelnych *Pan troglodytes troglodytes* na człowieka, do czego dojść mogło w zachodniej Afryce równikowej. Wirus HIV-2 spokrewniony jest najbliżej z SIVsm, wirusem małp należących do rodzaju *Cercocebus atys*. Występowanie geograficzne tychże małp pokrywa się z obszarami, w których wykryto SIVsm u ludzi. Przeniesienie HIV ze świata zwierząt na człowieka występowało z początku w odizolowanych populacjach Afryki Środkowej, czego efektem było długotrwałe niezauważanie narastającego problemu epidemiologicznego. Zmiany polityczne, wędrówki ludności ze wsi do miast, które miało miejsce w wielu krajach Afryki w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych XX wieku sprawiło, iż odizolowanie osób zakażonych była coraz mniej możliwa. Przenoszenie HIV było większe wśród populacji wykazujących ryzykowane zachowania- korzystanie z prostytucji i dalej na kolejne osoby²⁰².

Od początku lat 80-tych liczba nowych zachorowań na AIDS szybko wzrastała osiągając na początku lat 90-tych swój szczyt, a następnie zaczęła sukcesywnie spadać. Obecnie ilość chorych jest ok. 50% mniejsza niż w latach 90-tych. Spowodowane jest to wprowadzeniem bardzo skutecznej terapii antywirusowej (HART). Epidemia HIV/AIDS w świecie zachodnim ma charakter nieprzypadkowy, ponieważ 80% nowych zachorowań dotyczy mężczyzn. Zespół objawów występujących przy AIDS jest także nieprzypadkowy w określonych grupach ryzyka. Przykładem tego jest mięsak Kaposiego, który pojawia się wyłącznie u homoseksualistów, bakteryjne zapalenie płuc u dzieci, których matki są narkomankami, gruźlica u narkomanów, a zapalenie płuc spowodowane przez *pneumocystis carinii* (PCP) diagnozuje się u homoseksualistów i uzależnionych od używek. Zakażenia AIDS obserwuje się przeważnie w dużych miastach, co jest następnym fenomenem epidemiologicznym. W 2000 r. na całym świecie liczbę żyjących nosicieli wirusa HIV szacowano na 34,3 mln; z tej grupy jedynie 1,4%, tj. 471.457 osób zachorowało na AIDS.

²⁰² D. Rogowska-Szadkowska: Pochodzenie wirusów HIV, Krajowe centrum ds. AIDS 2006, s. 1-2.

Oznacza to, iż wirus HIV wykazuje niską dynamikę rozwoju, co jest sprzeczne ze znanymi standardami rozwoju innych chorób epidemiologicznych²⁰³.

Definicja AIDS jest rozbieżna i oscyluje między teorią, a praktyką kliniczną. Nazwa „AIDS - *acquired immunodeficiency syndrome*”, czyli zespół nabytego upośledzenia odporności została nadana w 1982r. Wcześniej nazywano ją „rakiem gejów” lub „GRID – *gay related immuno deficiency*”, czyli upośledzenie odporności związane z homoseksualizmem²⁰⁴. Zespół ten, zgodnie z ostatnią, trzecią podaną z kolei definicją przez CDC (Center for Disease Control – USA) wspólnie z UNAIDS (agenda ONZ), w świecie zachodnim oznacza wystąpienie jednej z 29 chorób znacznikowych oraz dodatni wynik testu na obecność przeciwciał przeciwvirusowych HIV. Można by się spodziewać, iż wspólną cechą tych chorób jest ich związek z zaburzeniami odporności, czego jednak nie można dowiedzieć w przypadku niektórych z nich (np. demencja, rak szyjki macicy). Rozpoznanie AIDS odnosi się do osób u których jedynym objawem jest obniżenie poziomu leukocytów T4 poniżej 200/nl (wraz z współistnieniem dodatniego wyniku testu nosicielstwa HIV). Na drugim biegunie są chorzy, mający pełen zespół objawów AIDS, przy braku jednak dodatniego testu na nosicielstwo. Osoby te są jednak klasyfikowane jako przypadki zachorowań na klasyczne choroby, jak: gruźlica, WZW. Choroby znacznikowe AIDS to w pozostałej części infekcje wywoływane przez oportunistyczne mikroby (bakterie, wirusy, grzyby), których patologiczna aktywność staje się możliwa wyłącznie w warunkach zaburzenia systemu odpornościowego gospodarza²⁰⁵. Najbardziej typowymi cechami zakażenia HIV są zaburzenia immunologiczne wynikające ze sukcesywnego spadku liczby limfocytów CD4 (o których później) we krwi obwodowej oraz znaczne pogorszenie ich funkcji. Cechą kliniczną zespołu nabytego upośledzenia odporności jest występowanie licznych zakażeń oportunistycznych, zaburzenia neurologiczne i psychiczne, rozwój nowotworów i coraz większe wyniszczenie organizmu. Współistnieją przy tym choroby skóry i błon śluzowych, których przebieg jest nietypowy²⁰⁶.

Jak już wspomniano, AIDS to zespół nabytego upośledzenia odporności wywołany przez zakażenie wirusem HIV (*human immunodeficiency virus*). AIDS odpowiada za niedobory odporności typu komórkowego, które wiążą się ze spadkiem liczby limfocytów pomocniczych

²⁰³ J. Jabłecki, M. Arendarczyk: Fenomeny Epidemilogiczne zakażeń HIV/AIDS, Nowiny Lekarskie 2006, Nr 75, s.71-72.

²⁰⁴ Krajowe Centrum..., s. 132.

²⁰⁵ J. Jabłecki, M. Arendarczyk: Fenomeny.....,s.71.

²⁰⁶ T. F. Mroczkowski: Choroby...,s. 253.

T-helper., zakażeniami oportunistycznymi, tworzeniem się nowotworów, czy też zaburzeniami neurologicznymi²⁰⁷.

Wirus HIV (ang. *Human Immunodeficiency Virus*) to ludzki wirus niedostatku odporności z rodzaju lentiwirusów, z rodziny retrowirusów. Atakuje przede wszystkim limfocyty T – posiłkowe. Do tej pory znane są dwa typy wirusa: HIV-1 oraz HIV-2. Jak na razie nie wynaleziono skutecznej szczepionki, która chroniłaby przed zakażeniem HIV. Rozwój wirusa HIV w organizmie jest rodzajem kontinuum. Tzw. fazy zakażenia to:

- 1) pierwotne zakażenie HIV, czyli ostra choroba retrowirusowa – pojawia się w pierwszych tygodniach zakażenia; w tym okresie przy wysokim stężeniu wirusa HIV w surowicy krwi nie ma swoistych przeciwciał, ale zmniejsza się liczba limfocytów,
- 2) faza zakażenia utajonego – okres trwający nawet kilka lat, podczas którego mechanizmy odpornościowe, pomimo systematycznej degradacji, efektywnie kontrolują stężenie wirusa HIV,
- 3) faza zakażenia objawowego – okres, w którym następuje przełamanie sił obronnych organizmu i pojawiają się objawy zakażenia HIV, do których, w zaawansowanym okresie, należą zakażenia oportunistyczne i inne charakterystyczne dla AIDS (ang. *acquired immunodeficiency syndrome*), czyli zespołu nabytego niedoboru odporności²⁰⁸.

Wirus może zaatakować każdą komórkę organizmu, jednakże zazwyczaj atakuje limfocyty T-helper, które odgrywają ważną rolę w układzie odpornościowym. Po przejściu przez powłoki wirus jest, zgodnie z działaniem układu immunologicznego, fagocytowany (wchłaniany) przez komórki dendrytyczne, które wędrują do węzłów chłonnych. Komórkami docelowymi retrowirusa HIV są limfocyty T pomocnicze-T4 (CD4) oraz makrofagi i monocyty. Liczba komórek CD4 określa stan układu immunologicznego. Wirus HIV przytwierdza się do krwinek białych (limfocyty T pomocnicze), które są odpowiedzialne za mechanizm odporności. Na zakażenie wirusem HIV podatne są m.in. komórki układu chłonnego, naczynia mózgu, jelita grubego, szyjki macicy i pochwy. W pierwszej fazie cząsteczki HIV przyłączają się do powierzchni docelowej komórki, następnie dochodzi do fuzji wirusa z błoną komórkową. RNA wirusa przechodzi transkrypcję w DNA i integruje się z DNA komórki gospodarza. Od tej chwili DNA wirusa zachowuje się tak jak komórkowy DNA, poszczególne fragmenty HIV zostają scalone i utworzone cząsteczki wirusowe uwalniane są z zakażonej komórki²⁰⁹.

²⁰⁷ T. F. Mroczkowski: Choroby...,s. 257.

²⁰⁸ R. Kokot w: Kodeks karny...2021, teza 13 do art. 161.

²⁰⁹ T. F. Mroczkowski: Choroby...,s. 257.

Od dawna wiadomo, iż współistnienie chorób przenoszonych drogą płciową zwiększa ryzyko zakażenia wirusem HIV. Dowiedziono, że choroby te powodują wzrost liczby komórek CD4 w błonie śluzowej narządów płciowych, zwiększając w ten sposób liczbę komórek podatnych na zakażenie HIV. Choroby przenoszone drogą płciową zwiększają też zakaźność osoby seropozytywnej (w organizmie której występują przeciwciała w odpowiedzi na zakażenie HIV). Infekcja narządów płciowych spowodowana wirusem *Herpes* typu 2 ułatwia przeniesienie HIV na partnerów seksualnych. Badania pokazują, iż u mężczyzn zakażonych *Chlamydia trachomatis* zaobserwowano zwiększone wydalenie HIV w nasieniu. Niedawno potwierdzono również, że kobiety zakażone *Trichomonas vaginalis* (rzęsistek pochwoy) łatwiej zarażają się HIV. Ponadto udowodniono, że leczenie współtowarzyszącej choroby przenoszonej drogą płciową zmniejsza ilość DNA wirusa HIV w nasieniu. Skuteczna terapia antyretrowirusowa zmniejsza wydalenie HIV w nasieniu mężczyzn chorujących na zapalenie cewki moczowej. Także u kobiet stany zapalne oraz owrzodzenia szyjki macicy zwiększają wydalenie wirusa HIV poprzez wydzieliny dróg rodnych, a skuteczne leczenie ognisk zapalnych zmniejsza to wydzielanie. Zaburzenia flory bakteryjnej pochwy, skutkujące zmniejszeniem ilości produkujących H₂O₂ pałeczek z gatunku *Lactobacillus*, także zwiększa ryzyko zakażenia HIV w kontaktach seksualnych²¹⁰.

Do zakażenia HIV dochodzi w wyniku kontaktu człowieka z każdym płynem ustrojowym osoby zakażonej. Wirus ten jest obecny w krwi, ślinie, nasieniu, wydzielinie pochwoy, także mleku matki. Jest też w płynie przesiękowym w otwartej ranie. Szczególnie niebezpieczny jest kontakt z krwią, bowiem w niej jest największe stężenie czynnika zakaźnego. W innych wydzielinach lub wydalinach człowieka (np. ślina, łzy) jest na tyle niewielkie, że ryzyko zakażenia jest możliwe jedynie teoretycznie. Wskazuje się trzy podstawowe, a więc najbardziej prawdopodobne drogi przenoszenia tego wirusa, które różnią się jednak stopniem ryzyka zakażenia:

- 1) kontakty seksualne, zarówno o charakterze homo-, jak i heteroseksualnym,
- 2) drogę parenteralną, wiążącą się z ryzykiem zakażenia w trakcie transplantacji tkanek i narządów, transfuzji krwi i jej preparatów, dializy, sztucznego zapłodnienia lub w związku z wniknięciem wirusa do organizmu z powodu przerwania ciągłości tkanek (np. w związku ze stosowaniem niesterylnych igieł, strzykawek, narzędzi chirurgicznych i stomatologicznych itp.),

²¹⁰ D. Rogowska-Szadkowska: Pochodzenie..., s. 8-9.

3) drogę wertykalną (tzw. "zakażenia odmatczyne"), odnoszącą się do przypadków zakażenia wewnątrzmacicznego, okołoporodowego oraz przez karmienie piersią.

Ustalenia nauk medycznych dowodzą, że wirus ten nie może być przenoszony drogą oddechową, pokarmową czy przez ukąszenia owadów. Także w tzw. codziennych kontaktach z osobą zakażoną tym wirusem, przy braku "wrót zakażenia" (bez naruszania ciągłości skóry lub błon śluzowych), zakażenie HIV jest praktycznie niemożliwe²¹¹.

Przy kontaktach seksualnych zakaźność HIV jest niewielka w porównaniu z innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową, takimi jak rzeżączka, zakażenia chlamydiami, kiła. Ryzyko zakażenia np. rzeżączką dla mężczyzny, w następstwie jednego kontaktu seksualnego, wynosi od 22 do 25%, zaś dla kobiety aż 50%. Wcześniej uważano, że ryzyko przeniesienia wirusa HIV stanowi 1 na 100 – 200 kontaktów seksualnych. Dzisiejszy stan wiedzy pozwala stwierdzić, iż zakaźność osoby seropozytywnej jest zależne od stadium zakażenia HIV i poziomu wirerii w jej organizmie²¹². Wiremia określa ilość wirusa zawartą w mililitrze krwi. Testy ustalające poziom wirerii sprawdzają liczbę cząstek HIV w surowicy krwi²¹³. Poziom wirerii ma związek z ryzykiem przeniesienia zakażenia na partnerów seksualnych – im wyższy jej poziom, tym większa możliwość przeniesienia zakażenia na partnera lub partnerkę seksualną. W krótkim czasie po zakażeniu, w czasie ostrej infekcji HIV, gdy poziom wirerii jest z reguły wysoki, możliwość zakażenia jest ponad 10-krotnie wyższa, niż podczas bezobjawowego stadium zakażenia. Wyższe stężenie wirusa są obecne w nasieniu, niż w wydzielinach narządów płciowych kobiety. Ten fakt oraz inna budowa anatomiczna narządów płciowych powoduje, że zakażenie HIV ponad 8-krotnie łatwiej przenosi się z mężczyzny na kobietę, niż z kobiety na mężczyznę. Z uwagi na to, iż liczba mężczyzn zakażonych HIV jest większa, szansa spotkania zakażonego HIV partnera jest większa dla kobiety, niż dla heteroseksualnego mężczyzny. Niebezpieczeństwo zakażenia HIV zależy również od częstotliwości utrzymywania kontaktów seksualnych z seropozytywnym partnerem i stosowania zabezpieczeń. Badania pokazują, że w trwałych związkach heteroseksualnych możliwość wystąpienia serokonwersji (wytworzenia przeciwciał anti-HIV w następstwie zakażenia) u młodych, 20 – 30- letnich kobiet mających kontakty seksualne z zakażonym HIV partnerem jest najwyższe w pierwszym roku ich trwania²¹⁴. W Polsce od kilku lat rośnie

²¹¹ J. Juszczyk: Zespół..., s. 341–342.

²¹² D. Rogowska- Szadkowska: Zakażenie HIV w następstwie kontaktów seksualnych, Krajowe Centrum ds. AIDS 2007, s.1.

²¹³ D. Rogowska- Szadkowska, E. Bąkowska: HIV, CD4, Wiremia, Materiały pomocnicze dla osób żyjących z HIV, Warszawa 2008, s. 5.

²¹⁴ D. Rogowska- Szadkowska: Zakażenie... ,s. 2.

ilość zakażeń HIV przenoszonych wśród osób heteroseksualnych, zwiększa się też liczba zakażonych HIV kobiet. W 2002 roku kobiety stanowiły 26% wśród zakażonych, były także młodsze od mężczyzn – średnia wieku wynosiła odpowiednio 26 lat, a dla mężczyzn 30²¹⁵.

Nie każdy kontakt seksualny z osobą zakażoną HIV niesie za sobą ryzyko zarażenia. Jest to zależne to od wielu różnych czynników, w tym też od rodzaju aktywności seksualnej. Najbardziej niebezpiecznym pod tym względem są stosunki analne. Do niedawna uważano, że większe ryzyko, w takich kontaktach, ponosi strona bierna, z uwagi na podatność na zakażenie błony śluzowej odbytu i zwiększone ryzyko urazów. Możliwość zakażenia strony biernej przez zakażonego HIV partnera wynosi ok. 0,82%, ale również dla strony czynnej kontakty takie pociągają za sobą duże ryzyko. Niejednokrotnie udowodniono, że w wydzielinach odbytu znajdował się zarówno RNA HIV, jak i DNA HIV (co wskazywało na obecność HIV w zakażonych komórkach). Ponadto pokazano, że chociaż terapia antyretrowirusowa skutkuje zmniejszeniem stężenia RNA HIV w odbycie, to u około połowy badanych stwierdzano obecność DNA HIV.

Kontakty oralno-analne także wiążą się z możliwością przeniesienia wirusa HIV. Szwajcarscy badacze ostrzegają przed kontaktami oralnymi z wytryskiem nasienia do jamy ustnej partnera (partnerki) oraz przed kontaktami z kobietami w czasie miesiączki. Prawdopodobieństwo zarażenia HIV w wyniku kontaktu z preejakulatem i wydzieliną pochwy z błoną śluzową jamy ustnej jest szacowane jako wyjątkowo niskie.

Kontakty waginalne, jak już wspomniano, niosą za sobą większe prawdopodobieństwo zakażenia HIV dla kobiety, niż dla mężczyzny. Kontakty seksualne w trakcie miesiączki zwiększają ryzyko zakażenia zarazem kobiety, jak i mężczyzny: możliwość zakażenia mężczyzny w czasie kontaktu z partnerką HIV(+) podczas menstruacji jest zwiększone ponad 3-krotnie, niż podczas kontaktu z tą samą partnerką nie mającą miesiączki. Niebezpieczeństwo zakażenia HIV jest większe przy pierwszym w życiu kobiety kontakcie seksualnym z zakażonym partnerem niż przy późniejszych zbliżeniach. Kobiety po menopauzie bardziej narażone są na zakażenie HIV, gdyż estrogeny w pewnym stopniu chronią przed infekcją. W preejakulacie stężenie HIV jest mniejsze niż w nasieniu. Wnika z tego, że tak zwane stosunki przerywane nie są bezpieczne ani w odniesieniu do zakażenia HIV, ani nieplanowanej ciąży. Niemniej wycofanie się zakażonego partnera przed wytryskiem zmniejsza ryzyko zakażenia.

Na początku epidemii AIDS uważano, że częste zmiany partnerów seksualnych zwiększają ryzyko zakażenia. Wytwarzało to przekonanie, iż pojedynczy, przygodny kontakt

²¹⁵ M. Rosińska ,B. Werbińska : AIDS i zakażenia HIV w roku 2002. Przegl. Epidemiol. 2004,Nr 58, s. 171-81.

jest bezpieczny. W prowadzonych w USA na początku lat dziewięćdziesiątych badaniach wśród osób dorosłych, zakażonych HIV dowiedziono, że aż 35% zakażonych HIV kobiet miało tylko jednego partnera seksualnego w ciągu ostatnich 5 lat i najprawdopodobniej od niego nabyło zakażenie. Wywnioskować można, iż nie ilość lecz „jakość” kontaktów ma największe znaczenie, chociaż niewątpliwie im większa liczba kontaktów tym ryzyko infekcji jest większe²¹⁶. W Polsce nagłośniony był przypadek mężczyzny, który zakaził wiele kobiet, a dla niektórych z nich był pierwszym i jedynym w życiu partnerem²¹⁷.

Wiek także nie chroni przed zakażeniem HIV. Co prawda większość zakażeń dotyczy ludzi młodych, między 20, a 40 rokiem życia, jednakże nie jest to reguła. Zakażenie dotyczy może osób zarazem młodszych, jak i znacznie starszych. Prawdopodobieństwo zarażenia HIV jest zależne jedynie od tego, co się robi, jakie zachowania się podejmuje, a nie od tego ile ma się lat. W Polsce w latach 1985 – 1998 przeprowadzono badania, które wykazały, iż zakażenie HIV wykryto u 134 osób powyżej 50 roku życia, co stanowiło 2,4% wszystkich zakażeń, zaś w latach 1989 – 1998 (z wyjątkiem roku 1992) rozpoznano je u 25 osób mających więcej niż 60 lat- dane publikowane co roku przez W. Szatę w „Przeglądzie epidemiologicznym”²¹⁸.

Doniesienia o serokonwersji HIV (rozwój wykrywalnych, swoistych przeciwciał w surowicy krwi skierowanych przeciw mikroorganizmom, powstałych na skutek zakażenia) w następstwie gwałtu pojawiają się od dawna. Szansa zakażenia HIV ofiary gwałtu zależy od prawdopodobieństwa zakażenia HIV sprawcy, natomiast jeśli jest zakażony - od stadium rozwoju infekcji, rodzaju i ciężkości obrażeń fizycznych wywołanych przez niego u ofiary oraz od ewentualnie współistniejących chorób przenoszonych drogą płciową zarówno u ofiary, jak i u sprawcy. Gwałt może bardzo zwiększyć ryzyko zakażenia HIV ze względu na dużo większe prawdopodobieństwo obrażeń, niż przy zwykłych kontaktach seksualnych. Obrażenia narządów płciowych stwierdzano u 40 - 53% zgwałconych kobiet, odsetek ten był większy (70%) wśród kobiet, które nigdy nie rodziły²¹⁹.

Zakażenie poprzez krew w wyniku przetaczania, było dość częste na początku epidemii, kiedy to nie robiono jeszcze testów w kierunku wykrycia HIV. Obecnie stanowi to rzadkość, gdyż wszystkie próbki krwi do przetoczenia badane są na obecność przeciwciał anty- HIV. Jest jednak zagrożenie zakażenia krwią, która jest pobrana w czasie tzw. okienka

²¹⁶ D. Rogowska- Szadkowska: Zakażenie... ,s. 3-5.

²¹⁷ J. Janiszewski: Kręciła mnie taka moc w nim. Gazeta Wyborcza, Duży Format, 2007, Nr 1,s. 1-3.

²¹⁸ D. Rogowska- Szadkowska: Zakażenie... ,s. 6-8.

²¹⁹ D. Rogowska- Szadkowska: Zakażenie... ,s. 12.

serologicznego (4-6 tygodni po zakażeniu), gdy we krwi obwodowej nie są obecne jeszcze przeciwciała, mimo pojawienia się w niej HIV. W takim wypadku, aby uniknąć ryzyka, nie pobiera się krwi od osób z grupy zwiększonego ryzyka. Do takiej grupy należą: osoby homo- i biseksualne, osoby trudniące się prostytutką, chorzy na choroby weneryczne (stała dyskwalifikacja dla osób, które chorowały na kiłę), narkomani i ich partnerzy/ki, partnerki i partnerzy osób z HIV, partnerki biseksualnych mężczyzn i chorych na hemofilię oraz cudzoziemcy. W dzisiejszych czasach najczęściej zakażeń przez kontakt z zarażoną krwią następuje wśród narkomanów przyjmujących narkotyki dożylnie. Zarażenie się wirusem następuje zwykle wskutek wielokrotnego korzystania przez różne osoby z zakażonych igieł i strzykawek.

Istnieje także możliwość zakażenia wirusem HIV płodu przez matkę. Następuje to przez łożysko (zakażenie wewnątrzmaciczne), podczas porodu wskutek kontaktu z krwią lub wydzieliną matki oraz w wyniku karmienia piersią.

Zakażenia zawodowe u pracowników służby zdrowia występują niezwykle rzadko, choć zanotowano około 100 takich przypadków. Do zakażenia dochodzi w wyniku urazu zanieczyszczoną krwią igłą lub innymi narzędziami²²⁰.

Główną cechą zakażenia wirusem HIV są zaburzenia ze strony układu immunologicznego. Odnotowuje się zaburzenia w funkcjonowaniu i spadek limfocytów CD4. W okresie trwającym około 4 tygodni dochodzi do wytworzenia przeciwciał. Okres serokonwersji trwa nawet 3 miesiące, co rodzi w tym czasie duże problemy w diagnostyce wirusa. W okresie okienka serologicznego (2-4 tydzień) następują gwałtowna replikacja wirusa, co skutkuje większą zakaźnością pacjenta. Początkowo zakażenie HIV przebiega bezobjawowo albo daje niejednoznaczne objawy tj.:

- powiększenie węzłów chłonnych w obrębie szyi, pod pachami i w pachwinach,
- utrata apetytu i spadek masy ciała w krótkim czasie,
- osłabienie mięśni nóg, odczuwane szczególnie przy wchodzeniu po schodach,
- obfite poty przez kilka nocy z rzędu,
- podwyższona temperatura ciała utrzymująca się dłużej niż tydzień,
- przewlekła biegunka,
- suchy kaszel nie związany z paleniem papierosów, przeziębieniem lub grypą,
- grzybica jamy ustnej z charakterystycznym białym nalotem lub nadżerkami,

²²⁰ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s. 254-256.

- obrzmienie śluzówki jamy ustnej, języka i pochwy,
- wysypka na ciele,
- chłoniak - nowotwór układu limfatycznego.

Po okresie ostrej wirerii następuje zazwyczaj długi okres bezobjawowego przebiegu zakażenia, który utrzymuje się nawet do kilkunastu lat. W tym okresie liczba zakażonych limfocytów CD4 we krwi obwodowej sukcesywnie spada. Czas ten stanowi duże zagrożenie z epidemiologicznego punktu widzenia, ponieważ osoby nieświadome swojego zakażenia mogą bezwiednie zarażać innych. W początkowym okresie wirus namnaża się w węzłach chłonnych (obwodowa limfadenopatia), co powoduje zwiększenie ich średnicy do 1,5 - 3.5 cm. Zazwyczaj powiększeniu ulegają węzły karkowe, okołouszne i w zgięciach łokciowych. Czasem dochodzi do niewielkiego powiększenia śledziony. Powiększone węzły są symetryczne, przesuwalne pod naciskiem palców, niebolesne przy dotyku, często widoczne przez skórę oraz oddzielone od siebie (nie zrastają się). Przy diagnostyce na podstawie limfadenopatii należy wykluczyć inne choroby, które dają podobne objawy tj. kiła, mononukleozę zakaźną, różyczkę, wirusowe zapalenie wątroby, nowotwory, toksoplazmoza oraz zakażenia bakteryjne skóry.

O postępie choroby i rozwinięciu się AIDS dowodzi wzrost liczby kopii RNA wirusa we krwi oraz spadek liczby limfocytów. AIDS jest końcowym etapem zakażenia HIV, jednakże zakażenie wirusem nie jest jednoznaczne z zachorowaniem na AIDS. Aby opóźnić czas przekształcenia się zakażenia w AIDS, niezbędne jest zastosowanie terapii antywirusowej. Ciekawostką jest to, że u części osób nieprzyjmujących leków, zauważono, że poziom wirusa we krwi obwodowej nie wzrasta i tym samym nie pojawia się AIDS. Pokazują to wyniki badań, które potwierdzają, że u ok. 10% wszystkich zakażonych, nawet po 10 latach od zakażenia wirusem, nie następuje rozwój AIDS. U połowy zakażonych AIDS rozwija się w ciągu 10 lat od zarażenia. Głównym kryterium rozpoznawania AIDS jest spadek we krwi obwodowej liczby limfocytów CD4. Zwykle współtowarzyszy temu rozwój zakażeń oportunistycznych (charakterystyczne dla osób o obniżonej odporności) o ciężkim przebiegu (mięsak Kaposiego, chłoniaki). Zakażenia oportunistyczne pojawiają się u zdecydowanej większości chorych na AIDS i odpowiadają w dużej mierze za zgony. Cechą wspólną drobnoustrojów powodujących choroby oportunistyczne jest ich wieloletnie i bezobjawowe przebywanie w organizmie człowieka. Zakażenia te można podzielić na cztery grupy: wywołane przez wirusy, grzyby, bakterie i pierwotniaki, ale zdarzają się też mieszane zakażenia. Często występującym zakażeniem u chorych na AIDS jest zapalenie płuc wywołane przez

Pneumocystis carinii, kandydoza jamy ustnej i przełyku. Przez wirusy wywoływane są zakażenia cytomegalii i zwykłej opryszczki, przez bakterie zakażenia spowodowane przez grupę *Mycobacterium avium intracellulare* (MAI). Pozostałe choroby towarzyszące AIDS wywołane przez poszczególne drobnoustroje są to:

- 1) pierwotniaki: zapalenie płuc, zakażenie innych narządów wewnętrznych i skóry, zapalenie mózgu lub opon mózgowych, zmiany oczne, zapalenie jelit;
- 2) grzyby: kandydoza pochwy, skóry i paznokci, zapalenie żołądki i napletka, zapalenie opon mózgowych i mózgu, zapalenie płuc, zakażenie rozsiane, zakażenie dróg oddechowych;
- 3) wirusy: zakażenia rozsiane, zakażenia płuc i przewodu pokarmowego, zapalenie wątroby, zapalenie mózgu, zmiany oczne, zakażenie błon śluzowych i skóry, mononukleozę, kłykciny kończyste, brodawki, półpasiec, zapalenie jelit;
- 4) bakterie: zakażenie rozsiane, zmiany płucne, jelitowe i skórne, gruźlica płuc, zapalenie płuc, bakteriemia, zapalenie jelit²²¹.

Do dzisiaj nie wynaleziono skutecznego leku na AIDS. Aby zrozumieć skalę problemu warto przedstawić krótką historię prób jego odkrycia. Badania kliniczne pierwszego środka antywirusowego (*zydowudyny*, *Retroviru*, *AZT*) zaczęto już w 1986 roku na osobach, które znajdowały się w zaawansowanym stadium zakażenia HIV²²². Dawka była trzykrotnie większa niż później stosowana i wywoływała skutki uboczne, tj. anemię, silne bóle głowy, nudności. Z uwagi na dobrze rokujące wyniki badań, lek ten dopuszczono do użytku w 1987 roku. Niestety już po dwóch latach zaobserwowano pojawienie się oporności na AZT. Następnym medykamentem był wprowadzony w 1991 roku ddi (didanozyna, *VIDEX*), a trzecim w historii ddC (zalcytabina, *HIVID*). Badania prowadzone w 1993 roku pokazały, że podawanie tylko AZT nie opóźnia pojawienia się AIDS. Po 3 latach dowiedziono, że AZT w połączeniu z ddC lub ddi działa dużo lepiej i przedłuża życie chorych. Przełomem w leczeniu okazało się zastosowanie inhibitorów proteaz²²³. Obecnie używane leki są skuteczniejsze i lepiej tolerowane przez organizm chorego niż początkowo stosowane w terapii. Leczenie tymi specyfikami hamuje rozwój i stężenie wirusa we krwi, co powoduje mniejsze prawdopodobieństwo zarażenia kolejnej osoby np. w trakcie stosunku seksualnego. Ponadto

²²¹ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s. 256-263.

²²² Krajowe Centrum...,s. 133.

²²³ D. Rogowska-Szadkowska: Historia leczenia antyretrowirusowego, 2009 <http://laboratoria.net/arttykul/12045.html> (dostęp 14.08.2019).

leki te zmniejszają śmiertelność, opóźniają pojawienie się AIDS oraz przedłużają życie o 13 lat. Jeśli już doszło do rozwinięcia się AIDS, to zastosowanie leczenia antywirusowego połączonego z leczeniem zakażeń oportunistycznych i terapią antynowotworową wydłuża życie chorego o 2-3 lata. Terapię antywirusową wspomaga się przez podawanie antybiotyków i chemioterapeutyków, które spowalniają namnażanie się drobnoustrojów w organizmie chorego, którego układ immunologiczny jest bardzo osłabiony. Leczenie takie jest zwykle obciążone skutkami ubocznymi. Wyjątkowo groźne są następstwa dotyczące ośrodkowy układ nerwowy, jak np. nieuleczalna ogniskowa postępująca encefalopatia (uszkodzenie mózgu). O efektywności terapii przemawia fakt, iż w krajach rozwiniętych, gdzie jest stosowana, śmierć z powodu AIDS jest coraz rzadsza. Kuracja lekami antywirusowymi działa pozytywnie na wirusa, który zaatakował limfocyty. Problemem jest „ukryty wirus” w komórkach dendrytycznych, na którego środki nie działają. Aby wirus ten stał się czuły na medykamenty, stosuje się substancje pobudzające komórki do większej jego produkcji. Terapia antywirusowa nie zwalcza w pełni wirusa HIV. Jest on bardzo trudny do eliminacji z powodu zdolności do szybkiej mutacji. Powodem tego jest to, iż HIV bardzo szybko replikuje, a podczas leczenia błyskawicznie znika z osocza. Zniknięcie kopii wirusa jest bodźcem do następnego cyklu zakażenia limfocytów T. Takie zachowanie wirusa rodzi olbrzymie szanse jego mutacji, która skutkuje opornością na dotychczasowe leczenie, u kolejnych kopii wirusa. Utrudnieniem w leczeniu, czy też wynalezieniu skutecznej szczepionki, jest właśnie jego olbrzymia zmienność. Jego podtypy mogą się różnić między sobą nawet w 30%. Przeszkodą jest też długi okres utajenia choroby, czego wynikiem jest opóźnienie jej zdiagnozowania i rozpoczęcia terapii²²⁴.

2.1.1. Przeprowadzanie testów na HIV w służbach mundurowych i możliwość służby osób żyjących z HIV

Odnośnie zdecydowanej większości zawodów nie wykonuje się testów na HIV ani w ramach badań wstępnych do pracy ani też badań kontrolnych. Wyjątkiem jest cała grupa zawodów związanych ze służbami mundurowymi, gdzie testy na HIV są lub mogą być wykonywane w ramach badań podstawowych, zarówno wstępnych jak i kontrolnych. Obecnie komisje lekarskie właściwie wszystkich służb mundurowych mogą przeprowadzać badania na obecność HIV u kandydatów do służby, u funkcjonariuszy i żołnierzy.

²²⁴ S. Wiktor: HIV i AIDS- czy zwycięstwo jest w ogóle możliwe? Streszczenie, Laboratoria. Net <http://laboratoria.net/artukul/12045.html> (dostęp 12.04.2021).

Taką możliwość, w różnym zakresie i z różnymi skutkami, dają: ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry²²⁵, art. 32 i ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta²²⁶ oraz art. 9 i 16. Badania w ramach badań kontrolnych i okresowych, w tym test na HIV, nie są przymusowe, czyli nie można ich wykonać pod przymusem, bez wiedzy i zgody osoby badanej. Jednak badania takie- jeśli zostały zlecone, to co do zasady są obowiązkowe – kandydat lub funkcjonariusz nie ma możliwości odmowy wykonania testu na HIV i jednocześnie pozytywnego ukończenia procesu kwalifikacyjnego²²⁷.

Podkreślić jednak należy, że między innymi dzięki wyrokowi Trybunału Konstytucyjnego w wielu sytuacjach wykrycie zakażenia wirusem HIV u funkcjonariusza nie powoduje automatycznej konieczności stwierdzenia niezdolności do służby²²⁸. Trybunał Konstytucyjny w sprawie P 61/08 orzekł, iż „§ 57 pkt 4 załącznika nr 2 do rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 9 lipca 1991 r. w sprawie właściwości i trybu postępowania komisji lekarskich podległych Ministrowi Spraw Wewnętrznych²²⁹ w zakresie, w jakim powoduje uznanie policjanta za całkowicie niezdolnego do pełnienia służby z powodu nosicielstwa wirusa HIV bez względu na stan zdrowia, jest niezgodny z art. 60 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Eliminacja z Policji osób będących nosicielami wirusa HIV (i w ogóle wszystkich osób, których stan zdrowia odbiega od normy) przyczynia się do poprawy jakości kadr i minimalizacji ryzyka zakażenia. Postulat racjonalności instrumentalnej jest więc spełniony. Odmiennie jednak należy ocenić zaskarżoną regulację w świetle zasady konieczności i zakazu nadmiernej ingerencji. W tym pierwszym wymiarze należy zwrócić uwagę, że zgodnie z aktualnymi badaniami naukowymi podstawową metodą profilaktyki HIV nie jest ani zwalnianie nosicieli tego wirusa ze służby/pracy, ani ich izolowanie od społeczeństwa. Przeciwnie - uważa się, że (podobnie jak w wypadku innych chorób) dobra integracja społeczna zarażonych pozwala na bardziej optymistyczne prognozy co do rozwoju AIDS i minimalizuje prawdopodobieństwo zachowań ryzykownych, tzn. świadomego lub nieświadomego rozprzestrzeniania wirusa. W tym kontekście z całą pewnością mechanizm automatycznego zwalniania z Policji, wynikający z § 57 pkt 4 załącznika nr 2, nie jest najmniej uciążliwym środkiem zapobiegania przypadkowym epidemiom. Ograniczając się do wskazania metod organizacyjnych, należy

²²⁵ Dz.U. z 2020 r., poz. 1421.

²²⁶ Dz.U. z 2020 r., poz. 849.

²²⁷ Krajowe Centrum ds. AIDS w: Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS, Testy na HIV w służbach mundurowych i możliwość służby dla osób żyjących z HIV – aktualna sytuacja prawna wybranych służb 2019, Nr 2, s. 8.

²²⁸ Wyr. TK z 23.11.2009 r., P 61/08 Leglis Nr 177678, wyr. TK z 10.12.2013 r., U 5/13 Legalis Nr 746875.

²²⁹ Dz.U. Nr 79, poz. 349 ze zm.

zauważyć, że "wśród służb mundurowych Policja wyróżnia się zakresem przydzielonych jej zadań, które mają charakter wieloaspektowy" (powołany wyrok TK o sygn. K 35/06). O ile nosicielstwo wirusa HIV niewątpliwie uznać należy za niepożądane w wypadku służby patrolowo-interwencyjnej (tu konieczna wydaje się być bowiem kategoria zdrowia A), o tyle pozostaje jednak wiele stanowisk, na których nie ma ono większego znaczenia (np. w administracji policyjnej, szkolnictwie, pionach analitycznych czy - co istotne w wypadku skarżącego w postępowaniu przed sądem pytającym, pracującego jako technik policyjny - laboratoriach policyjnych). W pracę na tych stanowiskach nie jest bowiem z założenia wpisane statystycznie większe ryzyko kontaktu z zakażoną krwią niż w wypadku typowych prac umysłowych (np. urzędniczych). Co więcej, można nawet postawić tezę, że mają one charakter prac "cywilnych", od których różnią się tym, że są wykonywane w ramach uzbrojonej i umundurowanej Policji. W rezultacie nie ulega wątpliwości, że minimalizacja ryzyka zakażenia wirusem HIV może więc być osiągnięta - przynajmniej w niektórych wypadkach - mniej drastycznymi środkami niż zwolnienie ze służby, a mianowicie przeniesieniem na inne, "bezpieczniejsze" stanowisko w Policji. Trybunał Konstytucyjny nie uważa, że nosicielstwo wirusa HIV należy ignorować i traktować osoby zarażone jako osoby w pełni zdolne do służby w Policji (tzn. z kategorią zdrowia A). Twierdzi jedynie, że wystarczającą gwarancją ochrony zdrowia publicznego i praw osób trzecich byłoby pozostawienie możliwości oceny przydatności do służby policjantów-nosicieli wirusa HIV komisjom lekarskim, które powinny uwzględniać zarówno aktualny stan zdrowia danego funkcjonariusza, jak i zakres czynności związanych ze stanowiskiem, na którym do tej pory pełnił on służbę. Komisje te, jak wskazuje cytowany już § 12 ust. 1 rozporządzenia, dysponują odpowiednimi instrumentami oceny stanu psychofizycznego osób zainteresowanych: mają prawo i obowiązek dokonać wszechstronnego zbadania policjantów, uwzględniającego wyniki badań specjalistycznych (np. psychiatrycznych, psychologicznych i dodatkowych), a gdy zachodzi potrzeba - także obserwacji szpitalnej. To, czy dany nosiciel wirusa HIV jest całkowicie niezdolny do pracy w Policji na jakimkolwiek stanowisku (kategoria zdrowia D), czy też mógłby być efektywnym pracownikiem na stanowiskach niewiążących się ze zwiększonym ryzykiem kontaktu z krwią (kategoria zdrowia C), jest decyzją medyczną. Powinna ona być podejmowana przez lekarzy (oczywiście znających realia służby), a nie *ex ante* badania danej osoby przez normodawcę (w tym wypadku Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, który jest autorem zaskarżonego rozporządzenia). Jak świadczy zrównanie przez zaskarżone rozporządzenie HIV i AIDS (w obu wypadkach rozporządzenie przewiduje orzeczenie o całkowitej niezdolności do służby), prawne regulowanie tego typu

kwestii może prowadzić do zmuszania lekarzy do orzekania w sposób sprzeczny z ich wiedzą medyczną. Jak stwierdzono w piśmie Krajowego Centrum ds. AIDS z 7 maja 2007 r., skierowanym do Rzecznika Praw Obywatelskich (sygn. KC/AIDS/076/BZ/2407/07), rozporządzenie jest "odzwierciedleniem wiedzy i świadomości społecznej zagrożeń związanych z HIV/AIDS sprzed 15 lat", a automatyzm § 57 pkt 4 i 5 załącznika nr 2 należy uznać za "pozbawiony podstaw medycznych". Zakwestionowany § 57 pkt 4 załącznika nr 2 należy ocenić krytycznie także z punktu widzenia zakazu nadmiernej ingerencji. Choć pozornie ochrona zdrowia publicznego jako wartość ogólnospołeczna wydaje się być wartością cenniejszą niż indywidualne prawo dostępu do służby publicznej, to jednak zaskarżony przepis w nieprawidłowy sposób wyważa proporcje między ochroną tych wartości. Opiera się on bowiem na błędnym założeniu, że ryzyko zakażenia jest w wypadku każdego policjanta-nosiciela HIV tak duże, że należy uznać go za całkowicie niezdolnego do służby na jakimkolwiek (nawet biurowym) stanowisku w Policji. Tym samym statystycznie niewielkie zwiększenie zdrowia publicznego jest uważane za wartość cenniejszą niż umożliwienie kontynuacji pełnienia służby publicznej osobie, która jest bezobjawowym nosicielem wirusa HIV. Takie rozwiązanie pozostaje w rażącej sprzeczności z podstawową wartością konstytucyjną: przyrodzoną i niezbywalną godnością człowieka, która jest nienaruszalna (art. 30 Konstytucji). Prowadzi ono bowiem do mechanicznego wykluczania nosicieli wirusa HIV bez względu na ich przydatność do służby, stan zdrowia, a także niezależnie od okoliczności zarażenia. W sposób szczególnie dotkliwy dotyka ono osoby, które zaraziły się wirusem HIV w związku z pełnioną służbą (np. na skutek wstrzyknięcia krwi przez narkomana- nosiciela podczas interwencji policyjnej). Zamiast podlegać szczególnej ochronie jako "ofiary" wykonywanej w interesie społecznym pracy, są one bez żadnych skrupułów usuwane z Policji nawet wtedy, gdy są w stanie w dalszym ciągu pełnić służbę i nie wykazują nawet najmniejszych objawów AIDS. Tym samym zaskarżony przepis wydaje się w maksymalny sposób chronić zdrowie publiczne (które w wypadku policjantów pracujących na stanowiskach biurowych w istocie nie jest nadmiernie zagrożone) kosztem konkretnego konstytucyjnego prawa do służby nosicieli wirusa HIV, zamiast dążyć do możliwie największej realizacji obu wartości. Paradoksalnie, może on mieć także negatywne skutki uboczne, jeżeli chodzi o zapobieganie zakażeniom. Automatyczne usuwanie z Policji wszystkich nosicieli wirusa HIV powoduje, że w miarę możliwości będą się oni starali ukryć fakt zakażenia, żeby możliwie najdłużej pozostać w służbie. Jest to prawdopodobne zarówno z medycznego, jak i praktycznego punktu widzenia: wirus HIV może nawet przez kilkanaście lat nie powodować żadnych objawów, a komisje lekarskie badające policjantów zlecają

wykonanie testów na obecność wirusa tylko w wypadku, kiedy skłania ich do tego stan zdrowia funkcjonariusza lub okoliczności jego służby. Brak wiedzy o zakażeniu stwarza zaś zdecydowanie większe zagrożenie dla zdrowia publicznego niż praca w Policji - na określonych stanowiskach - bezobjawowych nosicieli HIV. Biorąc pod uwagę rangę konkurujących wartości, nie ma większego znaczenia, że pozostawianie w Policji nosicieli wirusa HIV może stwarzać problemy kadrowe i organizacyjne, wynikające z konieczności przenoszenia takich osób na "bezpieczne" stanowiska. Niezależnie od niewielkiej skali tego zjawiska, związane z tym koszty należy bowiem uznać za znacznie mniejsze niż korzyści, które wynikałyby z możliwości dalszego zatrudniania bezobjawowych nosicieli wirusa HIV i korzystania z ich doświadczenia zawodowego.

Także Trybunał Konstytucyjny orzekł, że: „ § 44 pkt 6 oraz § 57 pkt 5 załącznika nr 2 do rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 9 lipca 1991 r. w sprawie właściwości i trybu postępowania komisji lekarskich podległych Ministrowi Spraw Wewnętrznych ²³⁰ w zakresie, w jakim powodują uznanie policjanta za całkowicie niezdolnego do pełnienia służby z powodu zachorowania na przewlekłe zapalenie wątroby albo zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) bez względu na stan zdrowia, są niezgodne z art. 60 w związku z art. 30 i art. 31 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej”²³¹.

W większości tych rozporządzeń, w tym dotyczących funkcjonariuszy Policji, Straży Granicznej, Straży Marszałkowskiej, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Ochrony Państwa, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Służby Więziennej, żołnierzy zawodowej służby wojskowej²³², co do zasady, wyeliminowano automatyczne stwierdzenie niezdolności do dalszej służby w każdym przypadku wykrycia zakażenia HIV. Ciągłe jednak zakażenie HIV wykryte u kandydatów do większości służb powoduje stwierdzenie niezdolności do służby²³³.

Wyjątkiem w grupie służb mundurowych są żołnierze wszystkich rodzajów czynnej służby wojskowej i kandydaci do tej służby, gdyż na podstawie rozporządzenia z 24 stycznia 2018 r. w sprawie orzekania o zdolności do czynnej służby wojskowej oraz trybu postępowania wojskowych komisji lekarskich w tych sprawach,²³⁴ zarówno wykrycie zakażenia wirusem HIV jak i AIDS w każdym przypadku powoduje automatyczne orzeczenie niezdolności do służby. W przypadku żołnierzy zawodowej służby wojskowej, w zależności od wyników

²³⁰ Dz.U. Nr 79, poz. 349 ze zm.

²³¹ Wyrok TK z dnia 10 grudnia 2013 r., U 5/13, OTK-A 2013, Nr 9, poz. 136.

²³² Zob. rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 3 czerwca 2015 r. w sprawie orzekania o zdolności do zawodowej służby wojskowej oraz właściwości i trybu postępowania wojskowych komisji lekarskich w tych sprawach (Dz. U. z 2015r., poz. 761 ze zm.).

²³³ Krajowe Centrum..., s. 8.

²³⁴ Dz.U. z 2018r., poz. 258.

badania oraz rodzaju służby, rozporządzenie z 3 czerwca 2015 r.²³⁵ w sytuacji stwierdzenia zakażenia HIV daje żołnierzowi możliwość dalszej służby, jednak nie daje możliwości dostępu do służby dla kandydatów zakażonych HIV.

Od 1 listopada 2018 r. w przypadku funkcjonariuszy Policji, Straży Granicznej, Straży Marszałkowskiej, Służby Ochrony Państwa oraz Państwowej Straży Pożarnej istnieje możliwość uzyskania przez osoby żyjące z wirusem HIV, a nawet chore na AIDS, kategorii B „zdolny do służby z ograniczeniem”, która oznacza, że stwierdzone choroby lub ułomności zmniejszają sprawność fizyczną lub psychiczną, mogą mieć wpływ na zdolność do pełnienia służby na zajmowanym stanowisku, jednak nie powodują całkowitej niezdolności do służby. Dotyczy to jednak jedynie funkcjonariuszy, nie kandydatów do w/w służb²³⁶. Na podstawie rozporządzenia z 9 stycznia 2017 r. w sprawie badań okresowych i kontrolnych policjantów²³⁷ obowiązkowy test na HIV w ramach badań okresowych wykonywany jest tylko w niektórych rodzajach służby. Orzeczenie lekarskie w przypadku braku przeciwwskazań zdrowotnych określa czy policjant jest zdolny do pełnienia służby na zajmowanym stanowisku służbowym, zdolny do pełnienia służby na zajmowanym stanowisku służbowym z zachowaniem wskazań lekarskich lub w przypadku istnienia przeciwwskazań zdrowotnych jest niezdolny do pełnienia służby na zajmowanym stanowisku służbowym.

Rozporządzenie z 18 grudnia 2014 r. w sprawie wykazu chorób i ułomności, wraz z kategoriami zdolności do służby kandydata do Służby Więziennej i funkcjonariusza Służby Więziennej²³⁸ wprowadza możliwość służby nie tylko dla funkcjonariuszy zakażonych wirusem HIV, ale także dla kandydatów do służby, z kolei zespół nabytego upośledzenia odporności w obu przypadkach, tj. u funkcjonariuszy i kandydatów do służby, powoduje stwierdzenie niezdolności do służby.

Komisje lekarskie działające równo na podstawie ustawy z dnia 24 maja 2002 r. o Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego²³⁹, jak i ustawy z dnia 9 czerwca 2006 r. o służbie funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego²⁴⁰ mają możliwość wykonywania testów na HIV zarówno u kandydatów do służby jak i funkcjonariuszy ABW, SKW i SWW. Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 24 czerwca 2017 r. w sprawie orzekania o zdolności do służby

²³⁵ Rozporządzenie ... (Dz. U. z 2015r., poz. 761 ze zm).

²³⁶ Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 11 października 2018 r. w sprawie wykazu chorób i ułomności, wraz z kategoriami zdolności do służby w Policji, Straży Granicznej, Straży Marszałkowskiej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Służbie Ochrony Państwa (Dz. U. z 2018r., poz. 2035).

²³⁷ Dz.U. z 2017 r., poz. 110 ze zm.

²³⁸ Dz.U. z 2014 r., poz. 1989.

²³⁹ Dz. U. z 2018r., poz. 2387 ze zm.

²⁴⁰ Dz.U. z 2019 r., poz. 687 ze zm.

w Służbie Kontrwywiadu Wojskowego i Służbie Wywiadu Wojskowego, orzekania o inwalidztwie funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego i Służby Wywiadu Wojskowego oraz emerytów i rencistów Służby Kontrwywiadu Wojskowego i Służby Wywiadu Wojskowego oraz orzekania o uszczerbku na zdrowiu funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego i Służby Wywiadu Wojskowego²⁴¹ w przypadku SKW i SWW, daje możliwość wykonywania badań w kierunku HIV, ale nie wprowadza automatycznego stwierdzenia niezdolności do służby w każdym przypadku stwierdzenia zakażenia. Niestety, taki automatyzm zawierają ciągle obowiązujące przepisy rozporządzenia z 15 kwietnia 2003 r. w sprawie oceny zdolności fizycznej i psychicznej do służby w Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego²⁴², gdyż na ich podstawie w przypadku wykrycia zakażenia HIV następuje automatyczne stwierdzenie niezdolności do służby w przypadku zarówno kandydatów do służby, funkcjonariuszy przewidzianych do dalszej służby, jak i kandydatów i funkcjonariuszy przewidzianych do służby w grupie antyterrorystycznej.

2.1.2. Sytuacje, w których nie ma ryzyka przeniesienia zakażenia wirusa HIV

Przeprowadzone badania na ponad 2 000 osób, które pozostawały w domowych kontaktach z zakażonymi HIV, będące w różnorodnych stadiach zakażenia, nie wskazały przeniesienia wirusa na domowników. Kontakty domowe, bez kontaktów seksualnych, nie powodują ryzyka dla osób seronegatywnych. Ślina osób zarażonych HIV nie jest materiałem zakaźnym. Niejednokrotnie wykazywano, że ślina hamuje zakaźność HIV, z uwagi na występowanie w niej mucyn (składnik śliny powodujący jej lepkość), a jej hipotoniczność (mniejsze stężenie w stosunku do osocza) wywołuje rozerwanie leukocytów jednojądrzastych krwi, hamując ponad 10 000 razy namnażanie HIV, jednak to obronne działanie obniża wydanie dodanie fizjologicznych objętości płynu nasiennego, siary lub mleka, które skutkują izotonicznością śliny. Nie rozpoznano wzrostu ilości wirusa w ślinie osób z chorobami dziąseł, które przyczyniają się do powiększenia w niej ilości leukocytów. Nie jest zakaźny pot osoby zakażonej HIV. Nie są też zakaźne łzy, kał, mocz, chyba że obejmują widoczną gołym okiem domieszkę krwi, ale wtedy to krew jest materiałem zakaźnym. W czasie szkoleń pracowników służby zdrowia odnoszących się HIV/AIDS, również lekarzy, ciągle wraca temat roli komarów w przenoszeniu zakażenia. Badania samych owadów, oraz badania epidemiologiczne wykonane w populacji o dużej częstości zakażeń HIV, gdzie której komary obecne są przez cały rok, wyłączają taką możliwość. Należy

²⁴¹ Dz. U. z 2017 r., poz.1345.

²⁴² Dz.U. z 2014r., poz. 242 ze. zm.

podkreślić, że po kilkudziesięciu latach pandemii AIDS, nie było nowych informacji dotyczących dróg przenoszenia wirusa HIV²⁴³.

2.2. Choroba weneryczna

Choroby weneryczne są to choroby przenoszone drogą płciową²⁴⁴. Określenie choroba weneryczna wywodzi się od imienia rzymskiej bogini miłości Venus, czyli Wenery, dla podkreślenia jej powiązania z życiem płciowym człowieka. Ze względu na to, że do zakażenia dochodzi głównie drogą płciową, choroby te określane są jako przenoszone drogą płciową²⁴⁵. Nazwę „choroby przenoszone drogą płciową” wprowadziła Światowa Organizacja Zdrowia w 1974 roku zastępując określenie „chorób wenerycznych”. Nowe pojęcie ma znaczenie szersze niż „choroby weneryczne”, gdyż zawiera w sobie inne choroby wywołane przez wirusy, bakterie, grzyby, pasożyty przenoszone poprzez kontakty seksualne. Motywem zmiany tej nazwy było coraz większe rozszerzanie się i wzrost znaczenia schorzeń jak dotąd „niewenerycznych” oraz wstyd jaki powodowało takie zakażenie²⁴⁶.

Choroba weneryczna nie posiada w tej chwili definicji ustawowej, ale uchylony dekret z 16 kwietnia 1946 roku o zwalczaniu chorób wenerycznych²⁴⁷, określał w art. 1, że chorobami wenerycznymi w jego rozumieniu są: kiła (przymiot, syfilis), wiewiór (rzeżączka, tryper), wrzód weneryczny (wrzód miękki). *In quidem* choroby weneryczne są również chorobami zakaźnymi. Toteż nie jest koniecznym, aby przepis art. 161 § 1 k.k. używał wyrażenia: „lub zakaźną”. Jego użycie jest „mnożeniem bytów bez potrzeby”.

Obok znanych powszechnie chorób wenerycznych takich jak rzeżączka, kiła, ziarnica weneryczna, wrzód miękki i ziarniak pachwinowy pojawiły się zakażenia tzw. „nowej generacji”. Są to infekcje wywołane przez chlamydie i inne drobnoustroje powodujące nierzeżączkowe zapalenia dróg moczowo- płciowych, zakażenia wywołane przez wirusy mięczaka zakaźnego, brodawek, bakteryjne i rzęsistkowe zakażenia pochwy, świerzb, wszawica łonowa oraz wirusowe zapalenie wątroby typu B, D, C oraz wcześniej omówiony wirus HIV. Obecnie znanych jest ok. 40 różnego rodzaju drobnoustrojów, które są przenoszone drogą płciową. Część z nich jest przekazywana jedynie podczas stosunku płciowego, pozostałe

²⁴³ Rogowska-Szadkowska D.: Diagnostyka zakażenia HIV, Wskazówki dla osób pracujących w Punktach Anonimowego Testowani, red. Konieczny G., Lipniacki A., Piasek A., Rogowska-Szadkowska D., s.17 <https://www.hivaid.edu.pl/uploads/812a4a22d48b2c8d45c1b939429444d5e604832f.pdf> (dostęp 11.11.2021).

²⁴⁴ J. Wojciechowski: Kodeks karny, Komentarz. Orzecznictwo, Warszawa 2000, s. 303.

²⁴⁵ W. Gumułka, W. Rewerski: Encyklopedia zdrowia, Warszawa 2000, s. 1926.

²⁴⁶ W. Bruhl, R. Brzozowski: Vademecum lekarza ogólnego, Warszawa 1990, s. 647.

²⁴⁷ Dz.U. z 1949 r. Nr 51, poz. 394 ze zm.

zaś także innymi drogami. Pośród drobnoustrojów, które powodują choroby są bakterie, wirusy, grzyby, pasożyty, pierwotniaki. Niektóre z nich wywołują wyłącznie miejscowe zakażenia, które ograniczają się do narządów płciowych lub skóry, natomiast pozostałe mogą być przyczyną uogólnionego zakażenia skutkującego zajęciem też innych narządów. Większość chorób wenerycznych można szybko i skutecznie wyleczyć.

Choroby weneryczne są jednymi z najczęściej występujących chorób zakaźnych. Ostatnie dane WHO opisują łącznie 448 mln. zakażonych osób. Wskaźnik ten ciągle wzrasta, ponadto ujawniają się problemy z niedostateczną ilością środków materialnych przeznaczonych na ich zwalczanie. W skali światowej zachorowalność na choroby weneryczne nie rozkłada się równomiernie. Najwięcej zakażeń notuje się w Azji Południowo- Wschodniej, w Afryce, Ameryce Łacińskiej i w rejonie Karaibów. W krajach położonych na południe od Sahary w rejonach wiejskich obserwuje się bardzo wysoką zapadalność na choroby przenoszone drogą płciową. Nawet 5-10% populacji może być zarażona kiłą, 20-30% kobiet jest zarażonych rzeżączką, a 50% ma bakteryjne zapalenie pochwy. Szacuje się, że rocznie w całej Afryce podłożem rodzenia się pół miliona martwych noworodków może być kiła. Są to kraje biedne, słabo rozwijające się, których nie stać na przeznaczanie dużych sum pieniędzy na walkę z chorobami, dodatkowo nie posiadają one długofalowych programów zapobiegania nowym zakażeniom.

W krajach rozwijających się główną przyczyną niepłodności u kobiet jest rzeżączka i chlamydia. Przebycie tych chorób skutkuje często powikłaniami w postaci niedrożności jajowodów utrudniające zajście w ciążę, a jeśli dojdzie już do zapłodnienia to dochodzi do ciąży pozamacicznej. W Europie Wschodniej i Azji notuje się wzrost zachorowań na kiłę, rzeżączkę i AIDS. W Europie Zachodniej podwoiła się liczba zakażeń rzeżączką i kiłą. Ponadto obserwuje się duże zwiększenie zachorowalności na LGV (ziarnicę weneryczną pachwin), która kiedyś występowała bardzo rzadko. Alarmujące jest pojawienie się szczepów dwoinek rzeżączki, które są odporne na antybiotyki.

Zarys epidemiologiczny w Polsce przedstawia się podobnie jak w zachodnich krajach rozwiniętych. Na przełomie lat 60. i 70. XX wieku odnotowano ostatni skok zachorowań na choroby weneryczne. W latach 70. W skali Europy w Polsce było najwięcej zachorowań na kiłę-ok. 23 000 i rzeżączkę- 50 000. Od tego czasu następuje spadek zapadalności na te choroby. W 2011r. było zarejestrowanych jedynie 554 przypadków kiły. Nie ma tu mowy o kile bezobjawowej, którą można wykryć tylko przez badania krwi, a te są obowiązkowe wyłącznie u kobiet ciężarnych i dawców krwi. Mimo to, w Polsce rodzą się dzieci z kiłą wrodzoną. W myśl ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i

chorób zakaźnych u ludzi²⁴⁸ podczas ciąży dwukrotnie trzeba zrobić testy serologiczne w kierunku kiły, a w sytuacji, gdy zostanie ona stwierdzona, należy rozpocząć leczenie. W minionych latach notuje się duży spadek zakażeń rzeżączką i nierzeżączkowym zapaleniem cewki moczowej. W 1984 r. stwierdzonych było 9555 przypadków, a w 2011 r. -351. Połowa chorych była poddana terapii w poradni Kliniki Dermatologii i Wenerologii UM w Warszawie. W 1995r. zarejestrowano 1420 osób zarażonych kłykcinami kończystymi i 578 z opryszczką narządów płciowych. W 2011 r. wskaźnik ten zmalał odpowiednio do 428 i 173 przypadków.

Ważną kwestią jest znajomość czynników pozwalających określić zwiększone ryzyko zakażenia. Duże znaczenie ma młody wiek, w którym aktywność seksualna jest największa. Ponadto istnieje powszechny brak świadomości odnośnie stosowania prezerwatyw, które znacznie ograniczają możliwość zachorowania. Kolejnym czynnikiem są nałogi. Wśród narkomanów stosujących środki dożylnie narażenie na zakażenie wirusem HIV i zapaleniem wątroby typu B, C i D jest bardzo wysokie. Z czynników medycznych u mężczyzn posiadających napletek jest zwiększone ryzyko zakażenia kiłą, wirusami opryszczki, wrzodem miękkim, wirusami brodawek i wirusem HIV. Niebezpieczeństwo to jest wyższe od 1,7 do 8 razy niż wśród obrzezanych mężczyzn. Kolejnym czynnikiem zwiększającym możliwość zakażenia, tym razem u kobiet, jest ektopia (nadżerka), która ułatwia zakażenie rzeżączką, chlamydiami i HIV. Następnym elementem są zwyczaje i zachowania seksualne. Osoby mające dużą ilość przygodnych partnerów seksualnych są zdecydowanie bardziej narażone na zakażenie.

Skutecznym rozwiązaniem zahamowania szerzenia się chorób wenerycznych byłoby zwiększenie świadomości wśród ludzi o drogach zakażenia się, używanie prezerwatyw i zmniejszenie liczby partnerów seksualnych²⁴⁹.

2.2.1. Choroby weneryczne wywołane przez bakterie

Bakterie są organizmami jednokomórkowymi lub tworzą zespoły komórek. Bakterie są najliczniejszą pod względem liczby gatunków grupą wśród drobnoustrojów. Są organizmami prokariotycznymi, czyli nie posiadającymi jądra komórkowego. Zamiast jądra mają zanurzony w cytoplazmie chromosom bakteryjny (nukleoid), który jest zbudowany z jednej, splątanej, kuliście zamkniętej i powiązanej z białkami cząsteczki DNA. Zewnętrzna osłona komórki bakterii jest zbudowana z białkowo-lipidowej błony komórkowej oraz ściany komórkowej, która nadaje komórce charakterystyczny (kulisty, cylindryczny lub spiralny) kształt. Niektóre

²⁴⁸ Dz.U. z 2021 r., poz. 2069.

²⁴⁹ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s.4-6.

z gatunków bakterii mają także wielocukrowe otoczki, które chronią je przed działaniem środowiska zewnętrznego (np. układu odpornościowego człowieka i zwierząt). Ponadto posiadają tzw. pile umożliwiające przyleganie do kolonizowanych powierzchni oraz wici, dzięki którym się poruszają²⁵⁰.

Do czynników zjadliwości bakterii można zaliczyć: adhezyjność, zdolność do kolonizacji, zdolność do uniknięcia odpowiedzi immunologicznej, inwazyjność, wytwarzanie toksyn. Adhezja jest podstawowym czynnikiem zjadliwości dająca możliwość przytwierdzenia się bakterii do miejsc, w których może wywołać zakażenie. Zdolność do kolonizacji pozwala bakterii na przeżycie w wybranym miejscu i utworzenie tam mikrośrodowiska, w którym może się swobodnie namnażać. Aby rozwinęło się zakażenie, bakterie atakują tkanki gospodarza. Te, które pasożytują wewnątrz komórek, jak najszybciej przenikają do ich wnętrza. Pozostałe bakterie wytwarzają enzymy dające możliwość przedostawania się ich w głąb tkanek.²⁵¹

Okolice narządów płciowych są podatne na zakażenia bakteriami z powodu zwiększonej wilgotności, podwyższonej temperatury i możliwości tworzenia się mikrourazów skóry np. na skutek noszenia ciasnej odzieży. Może wtedy dojść do zakażenia gronkowcem złocistym, który z kolei sprzyja powstawaniu zapalenia mieszków włosowych lub czyraków. Zapalenie skóry krocza mogą wywołać paciorkowce, które powodują rozległe zapalenie skóry lub różę. Wiele chorób przebiegających z odczuwanym świądem tj. świerzb, wszawica łonowa, sprzyjają wtórnemu zakażeniu bakteryjnemu²⁵².

2.2.1.1 Kiła (*lues, syphilis*)

Często występującą chorobą przenoszoną drogą płciową jest kiła. Na jej przykładzie zostanie omówiona budowa bakterii. *Treponema pallidum subspecies pallidum* jest bakterią Gram- ujemną wywołującą kiłę. Ma ona spiralny kształt oraz długość 6-20 μm i grubość 0,15-0,2 μm . Cytoplazmę krętków otacza trójwarstwowa błona cytoplazmatyczna, na której powierzchni są białka z których część determinuje zjadliwość krętków. Krętek w przeciwieństwie do innych bakterii Gram- ujemnych jest wrażliwy na działanie środowiska zewnętrznego. Ma on znikomy metabolizm, a rozmnaża się przez podział poprzeczny - czas wylęgania trwa 23-33 godziny. Aby przeżyć potrzebuje właściwych warunków

²⁵⁰ D. Żabicka: Metody detekcji i identyfikacji bakterii, Zakład Epidemiologii i Mikrobiologii Klinicznej, Narodowy Instytut Leków, Warszawa 2013, s.1.

²⁵¹ A. Drzewiecki: Bakteriologia ogólna. Morfologia i fizjologia bakterii, red. P.B. Heczko, M. Wróblewska, A. Pietrzyk, Warszawa 2014, s.79-80.

²⁵² T.F. Mroczkowski: Choroby...,s.291-292.

i poza organizmem gospodarza ginie w czasie kilku godzin. Jest wyjątkowo czuły na wysoką temperaturę oraz popularnie używane środki aseptyczne, także na zwykłe mydło. Krętek bładny charakteryzuje się znaczną zdolnością inwazji tkanek i szybkiego wnikania do OUN (ośrodkowy układ nerwowy) oraz do płodu w łonie matki²⁵³. Bakteria ta nie wytwarza toksyn lub enzymów, które uszkodzają tkanki. Większość zmian chorobowych jest wywołana odpowiedzią układu odpornościowego gospodarza na zakażenie w postaci: nacieków utworzonych z komórek zapalnych, rozrostowych zmian naczyń i ziarniaków²⁵⁴. Lipidy i białka krętka powodują miejscowe stany zapalne zapoczątkowując proces powstawania nacieku zapalnego. Część krętków bładnych nie poddaje się działaniu układu odpornościowego i może przetrwać nawet kilka lat. Zdolność ta jest możliwa dzięki lokalizowaniu się ich w obszarach mało dostępnych i niedostępnych dla układu odpornościowego oraz osłabieniu reakcji immunologicznej typu komórkowego²⁵⁵.

Kiła jest układową chorobą zakaźną, którą wywołuje przez krętek bładny *Treponema pallidum subspecies pallidum*, wykryty w 1905 r. Krętek ten należy do rzędu *Spirochaetales*, rodziny *Spirochaetaceae*, która obejmuje trzy rodzaje drobnoustrojów chorobotwórczych: *borrelia*, do których zaliczają się *burgdorferi*, *Treponema* oraz *Leptospira*. Nie można rozróżnić krętek chorobotwórczych od siebie za pomocą znanych sposobów chemicznych, morfologicznych i immunologicznych. Pozostałe krętki bytujące w obszarze błony śluzowej jamy ustnej, przewodu pokarmowego i narządów płciowych nie mają cech patogennych. W ostatnich latach wyizolowano z jamy ustnej (w niektórych schorzeniach dziąseł) nowy gatunek krętka, który ujawnia podobieństwo do krętka bładnego. Kiła charakteryzuje się długoletnim okresem przebiegu z kolejnymi etapami objawowymi i bezobjawowymi. Obejmuje wszystkie tkanki i może przenosić się z matki na płód. Przebiega w sposób utajony, samowyleczający lub postępujący doprowadzając do groźnych zmian w narządach.

W większości krajów kiła podlega obowiązkowej rejestracji, toteż jest najbardziej udokumentowaną chorobą zakaźną. Istnieje ścisły związek między rozpowszechnianiem się kiły, a warunkami społeczno- ekonomicznymi, politycznymi oraz z ogólną zachorowalnością na pozostałe choroby przenoszone drogą płciową. Według WHO obecnie zakażonych na świecie jest 36 mln. ludzi w wieku 15-49 lat. Rocznie choruje kolejnych 11 mln. z czego większość przypada na Afrykę Środkową oraz południowo- wschodnią Azję. W wysokorozwiniętych państwach współczynnik zachorowalności stanowi poniżej

²⁵³ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s.149-150.

²⁵⁴ B. Skórczewska: Eksperymentalne Laboratoria Medyczne INVICTA: Diagnostyka chorób, Warszawa 2011,s. 1.

²⁵⁵ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s.149-153.

5 przypadków na 100 000 mieszkańców. W Polsce średni współczynnik zachorowalności na kiłę w latach 2000-2010 wynosi średnio 1,95 na 100 000 i stale wzrasta. Trzeba podkreślić, iż od początku lat 90 XX w. notuje się wzrost zakażeń kiłą w państwach Azji Środkowej i Europy Wschodniej²⁵⁶.

Do zakażenia krętkiem kiły dochodzi zazwyczaj przez kontakt płciowy, można się nią zarazić przez każdy rodzaj stosunku-pochwowego, oralnego i analnego. Najwięcej zachorowań jest w środowiskach homoseksualnych, które praktykują niepochwowe odmiany stosunku²⁵⁷. Zakażenie może wystąpić też pozapłciowo wskutek kontaktu z chorą osobą np. zakażenie przez lekarza podczas badania chorej lub zakażenie położnej przy odbieraniu porodu. Ponadto można zakazić się poprzez krew (transfuzja, zakażenie płodu w łonie matki). Zakażenie polega na wtargnięciu płynu wysiękowego w skórę, który zawiera żywe krętki. Krętki po dostaniu się do organizmu szybko namnażają się i atakują układ chłonny, krwionośny i dochodzi do ogólnego zakażenia²⁵⁸. Zakaźność jest uzależniona od etapu choroby. Największa jest w czasie dwóch lat od zarażenia, z uwagi na sączące się zmiany skórne i nasilenie bakteriemii (jest związana tylko z występowaniem bakterii we krwi i nie towarzyszy jej odpowiedź organizmu). Natężenie to zmniejsza się aż do wygaśnięcia w kolejnym okresie²⁵⁹. Kiła występuje w czterech stadiach i w każdym stadium można podjąć leczenie.

W pierwszej fazie choroby (*lues primaria*) po okresie inkubacji pojawia się owrzodzenie okolicy narządów płciowych., które rozwija się do 4 tygodni po zakażeniu i zanika po ok. 6 tygodniach²⁶⁰. Początkowo owrzodzenie jest pojedyncze, niebolesne okrągłe lub owalne, o gładkich brzegach, równym i lśniącym dnie oraz ma chrząstkowatą podstawę. Po paru dniach następuje powiększenie sąsiadujących węzłów chłonnych, na ogół obustronnie. Są one twarde, niebolesne i ruchome w odniesieniu do podłoża i pokrywającej je skóry. U kobiet najczęściej umiejscowione są na wargach sromowych, szyjce macicy i okolicy krocza, zaś u mężczyzn na prąciu, odbytnicy i odbycie. Nietypowa lokalizacja u obu płci występuje na czerwieni wargowej, błonie śluzowej policzków, języku oraz migdałkach podniebiennych²⁶¹. Zmiana pierwotna ma często nietypowy wygląd. Może być mylona z objawami jakie występują też przy zakażeniu wrzodem miękkim, wirusem opryszczki oraz zainfekowanymi zmianami urazowymi.

²⁵⁶ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s.149-151.

²⁵⁷ R. Sharm: Encyklopedia...,s. 163.

²⁵⁸ R. Klimek: Ginekologia, Warszawa 1982,s.367.

²⁵⁹ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s.150.

²⁶⁰ R. Sharm: Encyklopedia...,s. 164.

²⁶¹ O. Jakubowicz: Kiła- realne zagrożenie- część II, Nowiny Lekarskie 2010, Nr 4, ,s. 336.

Drugi stopień rozwoju (*lues secundaria*) zaczyna się, zanim zagoi się owrzodzenie występujące w pierwszej fazie choroby. Stwierdza się wtedy dużą liczbę krętków, a ich liczba z czasem maleje. Po zniknięciu krętków nacieki komórkowe ulegają wchłonięciu, a objawy cofają się. Czasem zdarza się, że kiła drugorzędowa rozwija się po upływie roku od zakażenia. Pojawia się wysypka na ciele, ból gardła, głowy oraz gorączka²⁶². Ponadto dochodzi do powiększenia węzłów chłonnych i wykwitów skórnych. Między 9, a 16 tygodniem od zakażenia tworzy się osutka wczesna, zwykle plamista, w której wykwity są symetrycznie porozmieszczane na tułowiu i na kończynach górnych, a największe ich natężenie obserwuje się po bokach tułowia oraz przednich powierzchniach kończyn górnych. Wykwity te są takiej samej wielkości i kształtu, mają jasno różowy odcień oraz gładką powierzchnię. Są widoczne do 2–3 tygodni, po tym czasie zanikają bez pozostawienia śladu (kiła II okresu wczesna). W czasie między 4, a 12 miesiącem od zakażenia mogą utworzyć się różnokształtne osutki nawrotowe. Umiejscowione są głębiej i mają niesymetryczny kształt. Obejmują tułów, kończyny, dłonie, podeszwy oraz skórę twarzy. Są obecne od kilku do kilkunastu tygodni, a po ich wycofaniu się mogą pozostać blizny (kiła II okresu nawrotowa). U 1/3 chorych podczas kiły nawrotowej II okresu pojawiają się zmiany śluzówkowe w okolicy jamy ustnej oraz narządów płciowych, o charakterystyce plam, grudek lub grudek wrzodziejących. Nadto może rozwinąć się bielactwo i łysienie kiłowe²⁶³. Bielactwo kiłowe (*Leukoderma syphiliticum*) uaktywnia się po ok. 6 miesiącach od zarażenia, głównie u kobiet. Może także współistnieć z bezobjawową kiłą układu nerwowego. Objawem są drobne, odbarwione plamy o średnicy kilku milimetrów, zwykle o takim samym kształcie i rozmiarze. Układają się siateczkowato, przeważnie na bocznych powierzchniach szyi, karku i czasem na tułowiu. Utrzymują się do kilku miesięcy. Łysienie kiłowe (*Alopecia syphilitica*) pojawia się w 3-4 miesiącu od zakażenia. Objawia się postępującym przerzedzeniu włosów na czubku głowy. Jest to tzw. łysienie rozlane i trudne do rozróżnienia z łysieniem występującym przy innych chorobach zakaźnych. Drugi rodzaj łysienia (łysienie ogniskowe) jest typowy dla kiły nawrotowej i pojawia się po ok. 6 miesiącach. Charakteryzuje się ogniskowym przerzedzeniem włosów w obrębie skroni i potylicy. Miejsca pozbawione włosów są wielkości kilku- kilkunastu milimetrów, a skóra w ich okolicy nie wykazuje zmian. W nieleczonej kile oba rodzaje łysienia mogą ustępować po 6-12 miesiącach.

Trzecie stadium (*lues tertiaria*) cechuje powstawanie ziarninowych zmian na skórze, kościach i w wątrobie. Ponadto pojawiają się zwyrodnieniowe zmiany w ośrodkowym układzie

²⁶² R. Sharm: Encyklopedia...,s. 164.

²⁶³ O. Jakubowicz: Kiła...s.337.

nerwowym lub sercowo- naczyniowym²⁶⁴. Zmiany te mogą wystąpić nawet po kilku lub kilkunastu latach od zakażenia i dotyczą 15-40% osób nie leczonych wcześniej lub u których leczenie nie było wystarczające²⁶⁵. Rozwój zmian jest zazwyczaj powolny i przewlekły. Objawy te mogą ujawnić się w każdym narządzie i przybrać postać kiły kilakowej, kiły narządów wewnętrznych, układu nerwowego i sercowo- naczyniowego. Stwierdza się nierzadko współistnienie nawet kilku odmian choroby u tej samej osoby. Przewlekłe zapalenie jest przyczyną pojedynczych zmian chorobowych, które mają tendencje do rozprzestrzeniania się i destrukcji okolicznych tkanek. Upośledzają także czynność narządów wewnętrznych i układów²⁶⁶. Kiła skóry, kości i narządów wewnętrznych jest stwierdzana wyjątkowo rzadko. Cechuje się występowaniem twardych, niebolesnych nacieków, wyraźnie odgradzonych od otoczenia. Symptomy te są zwykle pojedyncze, ale zdarza się, że szerzą się obwodowo i tworzą układy. Wycofując się pozostawiają blizny. Najczęściej obejmują skórę w okolicy podudzi, w formie podskórnych guzów lub owrzodzeń, pojawiają się również w wątrobie, żołądku, jądrach i płucach. Zmiany kostne na ogół spostrzega się w miejscach, w których kości i skóra w sposób ścisły do siebie przystają, np. piszczele, łopatki, obojczyki, mostek i czaszka. Po 15-30 latach od zakażenia kiłą może rozwinąć się kiła sercowo- naczyniowa. Objawia się tętniakami aorty wstępującej i częściej dotyka mężczyzn. U osób, które w młodym wieku zachorowały, często diagnozuje się kiłę układu nerwowego. Rozpoznanie jej jest dość trudne z uwagi na wiele objawów klinicznych. Wyróżnia się tu kiłę bezobjawową układu nerwowego (wczesną i późną), kiłę kilakową (mózgu i rdzenia), kiłę oponową (ostre kiłowe zapalenie mózgu), kiłę mięszszową (porażenie postępujące), kiłę oponowo- naczyniową (mózgu i rdzenia). Kiła utajona wczesna (*Lues latens recens*) nie objawia się żadnymi zmianami skórnymi, śluzówkowatymi i narządowymi, a rozpoznać ją można na podstawie dodatnich wyników odczynów serologicznych. Taki proces trwa nawet dwa lata i zaczyna się po ustąpieniu symptomów w kile wczesnej. Kiła późna (*Lues tarda*) obejmuje czas bezobjawowego zakażenia, który trwa dłużej niż dwa lata i może przez wiele lat nie dawać żadnych objawów. Z upływem lat zakaźność maleje, aż do wygaśnięcia, choć u ciężarnych kobiet zakażenie przenosi się czasem na płód. Kilaki mózgu i rdzenia lokują się głównie w oponach mózgowych, czasem też w naczyniach krwionośnych. Jeśli kilaki są duże, to choroba daje objawy kliniczne takie jak w przypadku guza mózgu. Mniejsze kilaki

²⁶⁴ E. Jawetz, J.L. Melnick, E.A. Adelberg: Przegląd mikrobiologii lekarskiej, Warszawa 1991, s. 423.

²⁶⁵ O. Jakubowicz: Kiła...,s.337.

²⁶⁶ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s.175.

tworzą ogniskowe objawy o natężeniu zależnym od ich wielkości i umiejscowienia. Część przypadków należy leczyć chirurgicznie²⁶⁷.

Krętek kiły czwartorzędowej atakuje skórę, błony śluzowe i tętnice, może się rozprzestrzenić na każdy narząd i układ. W 10% przypadków następuje rozwój choroby układu nerwowego²⁶⁸. Rozpoznanie jej jest trudne z uwagi na brak typowych objawów klinicznych. W badaniu ogólnym płynu mózgowo-rdzeniowego nie stwierdza się zmian typowych dla zakażenia krętkiem bladym. Ponadto w płynie wykrywa się małą ilość przeciwciał przeciwkrętkowych. Diagnostyka polega na wykazaniu wytwarzania przez ośrodkowy układ nerwowy swoistych przeciwciał. Badanie surowicy i płynu mózgowo-rdzeniowego powinno odbyć się w tym samym czasie, w tym samym laboratorium i przy użyciu odczynów tego samego producenta²⁶⁹.

Kiła wrodzona (*lues congenita*) jest chorobą wielonarządową, będącą konsekwencją zakażenia płodu w łonie matki. Do zakażenia może dojść już w 9–10 tygodniu ciąży a niebezpieczeństwo zakażenia jest zależne od czasu jego trwania u matki i stanowi w u kile wczesnej – 70–100%, kile utajonej wczesnej – 40%, a w kile późnej – 10%. Wyróżnia się kiłę wrodzoną wczesną i kiłę wrodzoną późną. Objawy kiły wrodzonej wczesnej pojawiają się u dzieci do 2. roku życia. W kile wrodzonej, z powodu mechanizmu zakażenia, nie występuje objaw pierwotny. Zmiany kliniczne kiły wrodzonej wczesnej mogą być stwierdzone już w chwili narodzin lub ujawnić się w pierwszych tygodniach życia. Pierwszym symptomem jest zwykle sapka kiłowa, która powstaje z owrzodzeń błony śluzowej nosa. W dalszym okresie choroby może dojść do zupełnego nieżyty nosa, utrudniającego oddychanie i jedzenie. Niepodjęcie leczenia może doprowadzić do trwałego zniekształcenia kości w postaci nosa siodełkowatego. U dzieci poniżej pierwszego roku w ok. 80% przypadków diagnozuje się radiologiczne zmiany kostne, które głównie obejmują kości długie. Jedynie u 30% z nich stwierdza się objawy kliniczne, które mogą jawić się jako porażenie rzekome Parrota. Obserwuje się wtedy bezwład ruchowy kończyn górnych oraz przykurcz kończyn dolnych. Od 30 do 60% dzieci z kiłą wrodzoną wczesną cierpią na zmiany skórne. Kiła wrodzona późna ma zwykle bezobjawowy przebieg, a symptomy kliniczne stwierdzone są głównie u dzieci pomiędzy 8. a 14. rokiem życia. Do typowych objawów należy: śródmiąższowe zapalenie rogówki (bolesność, łzawienie, światłowstręt, zaburzenia widzenia),

²⁶⁷ T. F. Mroczkowski: Choroby...,s.182.

²⁶⁸ R. Sharm: Encyklopedia...,s. 164.

²⁶⁹ T. F. Mroczkowski: Choroby...,s.183.

zmiany zębowe (na ich powierzchni siecznej pojawiają się półksiężycowate ubytki), zmiany w narządzie słuchu (prowadzą do głuchoty, spowodowanej uszkodzeniem nerwu)²⁷⁰.

Kiłą najskuteczniej leczy się penicyliną. W przypadku kiły układu nerwowego, kiły wrodzonej i u kobiet w ciąży penicylina jest antybiotykiem z wyboru. Innym skutecznym antybiotykiem jest tetracyklina z doksycykliną, która przedostaje się do płynu mózgowo-rdzeniowego. Ważne jest, aby podczas leczenia doszło do odpowiedzi immunologicznej. Dowodem tego jest brak rozwoju późnych zmian u 60% nieleczonych osób i rzadko ujawniające się zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym. Partnerzy powinni wspólnie poddać się leczeniu, nawet jeśli u jednego z nich nie ma widocznych objawów, w innym przypadku nawzajem będą siebie zarażać. W przypadku czynnego zakażenia kiłą pojawia się pewnego rodzaju odporność na nadkażanie, ale skutecznie wyleczona kiła nie wywołuje wytworzenia odporności na kolejne zakażenie²⁷¹.

Kiła jest chorobą, która występuje często razem z wirusem HIV, dlatego każdy chory na kiłę powinien zrobić testy w kierunku nosicielstwa HIV. Współistnienie obu tych infekcji zmienia czasem naturalny ich przebieg. Epidemia HIV wykazała, iż układ odpornościowy ma duże znaczenie dla naturalnego przebiegu zakażenia kiłowego i osłabienie odporności często zmienia ten przebieg²⁷². Leczenie kiły u chorych na HIV odbywa się tak samo jak u osób nie będących nosicielami wirusa. Po wyleczeniu kiły należy robić badania kontrolne co miesiąc w ciągu pierwszych 3 miesięcy, a potem w 6 i 12 miesiącu, natomiast chorzy na wirusa HIV powinni odbywać kontrolę częściej i przez dłuższy okres czasu²⁷³.

Ważnym zagadnieniem są powikłania pojawiające się podczas leczenia kiły. Efekt uboczny, inaczej zdarzenie niepożądane, jest to każda niepożądana reakcja, która występuje u pacjenta niezależnie od tego, czy jest związana z danym produktem medycznym, czy też nie. Niepożądane działanie leku to każde szkodliwe i niezamierzone działanie substancji leczniczej, które występuje w trakcie stosowania zalecanych dawek w celach profilaktycznych, diagnostycznych lub leczenia chorób²⁷⁴. Wyjątkową odpowiedzią na leczenie antybiotykiem jest odczyn Jarischa, Herxheimera i Łukasiewicza będący zespołem klinicznym, który powstaje, gdy z zabitych antybiotykiem bakterii, głównie z krętków, zostaje wydzielona toksyna²⁷⁵. Cechuje się gorączką, bólami głowy, zwiększeniem objawów chorobowych,

²⁷⁰ O. Jakubowicz: Kiła...,s. 337-338.

²⁷¹ E. Jawetz, J.L. Melnick, E.A. Adelberg: Przegląd...,s. 425.

²⁷² T.F. Mroczkowski: Choroby...,s. 194.

²⁷³ T. F. Mroczkowski: Choroby...,s. 198.

²⁷⁴ A. Wiela-Hojeńska, K. Orzechowska-Juzwenko: Farmakologia. Niepożądane działania leków, Warszawa 2006, s. 200.

²⁷⁵ A. Klimaszewski: Borelioza i współinfekcje, Poznań 2009, s. 46.

obrzemieniem węzłów chłonnych, osłabieniem organizmu, bólami mięśniowymi i leukocytoza (zwiększona liczba białych krwinek) z limfopenią (spadek liczby limfocytów). Symptomy występują zwykle w ciągu pierwszych 12 godzin leczenia. Temperatura może osiągać wtedy od 39° do 42°. Zmiany skórne pojawiają się u połowy chorych z przebiegającą gorączką²⁷⁶. W celu uniknięcia pojawienia się odczynu podaje się 24 godziny przed rozpoczęciem kuracji prednizolan w dawce 10- 20 mg trzy razy dziennie przez trzy dni²⁷⁷.

Kolejnym powikłaniem farmakoterapii jest wstrząs anafilaktyczny, który jest reakcją alergiczną na podawanie penicyliny. Alergeny są antygenami wywołującymi reakcje alergiczne. Są na ogół substancjami białkowymi pochodzenia zwierzęcego lub roślinnego, wyjątkowo też węglowodanami lub związkami chemicznymi (leki). Anafilaksja jest ciężką, zagrażającą życiu uogólnioną lub systemową reakcją nadwrażliwości. Wstrząs anafilaktyczny rozwija się szybko i gwałtownie. Objawia się pojawiającą się na skórze pokrzywką, obrzękiem naczynioruchowym, ponadto dochodzi do duszności, spadku ciśnienia krwi, przyspieszenia czynności serca. Dodatkowo występują kurczowe bóle brzucha, wymioty, biegunka, zasłabnięcie i utrata przytomności. Symptomy te następują w ciągu kilku minut po kontakcie z antygenem. Czasem dochodzi do ich nawrotu po 4–12 godzinach. Leczenie wstrząsu anafilaktycznego polega na: zakończeniu kontaktu z alergenem oraz podaniu domięśniowo adrenaliny, dożylnie glikokortykosteroidów, płynów i leków przeciwhistaminowych oraz zwalczaniu duszności²⁷⁸. Większości przypadków, polekowego wstrząsu nie można przewidzieć, albowiem ciężka reakcja anafilaktyczna może nastąpić u pacjentów bez wcześniejszych znaków o nadwrażliwości na leki, po przyjęciu pierwszej lub kolejnej dawki danej substancji. Aby zmniejszyć ryzyko wyjątkowo ważne jest przeprowadzenie precyzyjnego wywiadu dla wyeliminowania podania preparatu, na który pacjent jest prawdopodobnie lub przypuszczalnie nadwrażliwy²⁷⁹.

2.2.1.2. Rzeżączka (*Gonorrhoea*)

Rzeżączka jest jedną z najbardziej rozpowszechnionych chorób przenoszonych drogą płciową. Od 1955 roku częstotliwość jej występowania ciągle wzrasta²⁸⁰. Najwięcej nowych zachorowań notuje się w Azji Południowo- Wschodniej oraz Afryce Środkowej, gdzie

²⁷⁶ O. Jakubowicz: Kila...,s. 336.

²⁷⁷ T.F. Mroczkowski: Choroby ...,s.196.

²⁷⁸ A. Zawadzka- Krajewska: Alergologia..., s.183.

²⁷⁹ J. Liebhart: Problemy kliniczne w alergii i astmie, Wstrząs polekowy, Katedra Chorób Wewnętrznych i Alergologii Akademii Medycznej we Wrocławiu 2002, s.22.

²⁸⁰ E. Jawetz, J.L. Melnick, E.A. Adelberg: Przegląd...,s.392.

jest odpowiedzialna za niepłodność u kobiet. W Polsce największa liczba nowych zakażeń była w latach 70. XX w., gdy zarejestrowanych przypadków było ok. 50 000²⁸¹.

Rzeżączka jest chorobą zakaźną wywołaną przez Gram-ujemne dwoinki *Neisseria gonorrhoeae*, zwane gonokokami. Gonokoki poza organizmem człowieka szybko giną. Ich cechą charakterystyczną jest niewielka odporność na działanie czynników zewnętrznych tj. wilgotność i temperatura. Dwoinki rzeżączki przenikają do organizmu przez błony śluzowe pokryte nabłonkiem walcowatym np. błona śluzowa cewki moczowej i odbytu, błona śluzowa gardła, kanał szyjki macicy oraz spojówki. Gonokoki przyczepiają się do komórek nabłonka i komórek błony śluzowej poprzez kosmki (*pili*), które znajdują się na ich powierzchni. Po przytwierdzeniu się do błony komórkowej gonokoki przenikają w części przez ścianę komórki. Dwoinki rzeżączki powodują miejscowy stan zapalny, następnie dochodzi do wysięku w którym jest duża ilość leukocytów wielojądrzastych. Następuje też częściowe niszczenie komórek nabłonka co objawia się ropną wydzieliną sączącą się z cewki moczowej, ropnymi upławami z szyjki macicy lub odbytu²⁸².

Do zakażenia dochodzi przez bezpośredni kontakt z zarażoną osobą. Zakażenie pośrednie występuje rzadko np. poprzez zakażone przedmioty jak ręczniki, gąbki, prześcieradła²⁸³. Najczęściej zakażenie następuje w wyniku kontaktu płciowego, ale może być też bezpłciowe np. u małych dziewczynek, które śpią w jednym łóżku z chorą osobą²⁸⁴. Kobiety są dużo bardziej narażone na zarażenie, ponieważ powierzchnia błony szyjki macicy jest dużo większa niż otwór cewki moczowej u mężczyzn. Zakaźność bakterii jest bardzo duża, toteż wystarczy pojedynczy kontakt z zakażoną osobą, aby szanse na zarażenie wyniosły 20-30% u mężczyzn, a u kobiet nawet 50%²⁸⁵. Przyczyną szerzenia się rzeżączki oprócz jej dużej zakaźności, jest także krótki okres jej wylęgania, niewystarczająco wczesne wykrycie choroby u kobiet (brak objawów), lekceważenie rzeżączki jako błahej i łatwo wyleczalnej choroby oraz często podejmowane próby nieskutecznego samodzielnego leczenia. U zakażonego mężczyzny podczas wytrysku nasienia gonokoki zostają wypchnięte z zakażonej cewki moczowej, dostają się do tylnego sklepienia pochwy i dalej do zewnętrznego ujścia szyjki macicy²⁸⁶. Zakażenia worka napletkowego, pęcherza moczowego i miedniczek nerkowych zdarzają się rzadko z powodu, innego niż walcowaty, rodzaju wyściełającego

²⁸¹ T.F. Mroczkowski: Choroby..., s.50.

²⁸² T.F. Mroczkowski: Choroby..., s.48-50.

²⁸³ R. Klimek: Ginekologia. Warszawa 1982, s. 363.

²⁸⁴ R. Klimek: Ginekologia..., s. 363.

²⁸⁵ E. Jawetz, J.L. Melnick, E.A. Adelberg: Przegląd...,s.390.

²⁸⁶ T.F. Mroczkowski: Choroby..., s.51.

je nabłonka. U kobiet dojrzałych płciowo rzeżączkowe zapalenie sromu i pochwy właściwie nie występuje, gdyż pochwa ma bardzo kwaśny odczyn²⁸⁷.

Choroba wylęga się w ciągu 3-6- dni u mężczyzn, a u kobiet trwa to dłużej²⁸⁸. Czasem ma ona przebieg bezobjawowy lub utajniony. Jest to sytuacja bardzo niebezpieczna z punktu epidemiologicznego, ponieważ dochodzi wtedy do dużej zakaźności w populacji. Według Światowej Organizacji Zdrowia prawie 80% kobiet i 10% mężczyzn nie ma objawów choroby²⁸⁹. Długość wylęgania zależy od zjadliwości szczepów gonokoków. U kobiet zakażenie dotyczy najczęściej cewki moczowej i szyjki macicy. Szerzące się zakażenie obejmuje coraz dalsze części narządu rodowego i układu moczowego²⁹⁰. U mężczyzn może dojść do zakażenia najądrza²⁹¹. Rzeżączka dzieli się na stan ostry, podostry i przewlekły²⁹².

Ogólnym objawem jest ostry kłujący ból podczas oddawania moczu oraz stan zapalny, ale zdarza się, że występuje sama wydzielina. Wydzielina jest koloru zielonkawego i ma konsystencję śmietany, najczęściej wywodzi się z cewki moczowej, a u kobiet z ujścia pochwy²⁹³. Pojawia się częste parcie na pęcherz oraz bolesne wzwody prącia. Objawy najbardziej nasilają się w pierwszych dwóch tygodniach od zakażenia, następnie powoli zmniejszają się do zupełnego ustąpienia²⁹⁴.

Rzeżączka u mężczyzn, jak wspomniano wyżej, objawia się zapaleniem cewki moczowej (*Urethritis gonorrhoeica*). Wyróżnia się zapalenie cewki moczowej: rzeżączkowe (spowodowane przez dwoinkę rzeżączki) oraz nierzeżączkowe (wywołane przez mikoplazmy, chlamydie, rzęsiotka pochwowego). Objawy pojawiają się w ciągu 4-14 dni od kontaktu z zarażonym partnerem. Dochodzi do bólu cewki moczowej podczas oddawania moczu, najsilniej odczuwane rano. Dodatkowo występuje świąd zewnętrznego ujścia cewki moczowej oraz bolesne wzwody prącia (*priapismus*). Czasem obserwuje się częstomocz i silne parcie na pęcherz moczowy przy współistnieniu zapalenia pęcherza moczowego lub gruczołu krokowego. Stwierdza się także ropny wyciek z cewki, niekiedy podbarwiony krwią²⁹⁵. W większości przypadków szybkie rozpoznanie i leczenie zakażenia hamuje rozprzestrzenianie się stanu zapalnego w obrębie przedniego odcinka cewki moczowej. Rozpoznanie rzeżączkowego zapalenia cewki moczowej następuje poprzez zaobserwowanie ropnego

²⁸⁷ T.F. Mroczkowski: Choroby ...,s. 50.

²⁸⁸ W. Bruhl, R. Brzozowski: Vademecum...,s. 647.

²⁸⁹ T.F. Mroczkowski: Choroby przenoszone drogą płciową, Lublin 2012, s. 51.

²⁹⁰ R. Klimek: Ginekologia..., s. 363.

²⁹¹ E. Jawetz, J.L. Melnick, E.A. Adelberg: Przegląd mikrobiologii lekarskiej, Warszawa 1991,s. 390.

²⁹² R. Klimek: Ginekologia..., s. 363.

²⁹³ R. Sharm: Encyklopedia zdrowia dla całej rodziny, Poznań 2006, s. 232.

²⁹⁴ T.F. Mroczkowski: Choroby przenoszone drogą płciową, Lublin 2012, s. 51.

²⁹⁵ A. Szczeklik: Choroby wewnętrzne. Kraków 2011, s. 34.

wycieku, objawów dysurii oraz bakterioskopowego potwierdzenia obecności gonokoków w wydzielinie na podstawie wykonanych testów na ich obecność²⁹⁶.

Rzeżączka u kobiet obejmuje głównie szyjkę macicy, odbyt, cewkę moczową i gardło. Najczęściej objawia się w postaci rzeżączkowego zapalenia szyjki macicy (*Cervicitis gonorrhoeica*). Choroba wylęga się w ciągu 7-14 dni. Objawem jest przekrwienie szyjki macicy, ropne upławy, które podrażniają srom powodując jego pieczenie i świąd. Jeśli zakażenie obejmie wewnętrzną błonę macicy, dochodzi wówczas do obfitych krwawień miesięczkowych i plamień międzymiesiączkowych. Chorobę wykrywa się badając wydzielinę w której stwierdza się obecność gonokoków. W niektórych przypadkach zakażenie nie daje żadnych objawów. Zapalenie cewki moczowej często współtowarzyszy zapaleniu szyjki macicy. Symptomy są łagodniejsze niż u mężczyzn i polegają na występowaniu pieczenia i bólu w czasie oddawania moczu oraz zwiększonego parcia na pęcherz. Pojawia się obrzęk, zaczerwienienie cewki moczowej oraz ropno-śluzowa wydzielina. U 35-40% kobiet z rzeżączką szyjki macicy diagnozuje się także rzeżączkowe zapalenie odbytu (*Proctitis gonorrhoeica*). Jest to głównie zakażenie wtórne wywołane przez spływającą wydzielinę z pochwy zawierającą gonokoki. Jako pierwotne miejsce zarażenia rzeżączkowe zapalenie odbytu występuje w 5% przypadków i jest spowodowane stosunkami analnymi z chorą osobą. Zakażenie takie charakteryzuje się swędzeniem i pieczeniem odbytu oraz lepką wydzieliną, ale może mieć też bezobjawowy przebieg. Czasem dochodzi do zaparć, krwawego stolca i czerwonego obrzęku okolic odbytu. W badaniu anoskopowym diagnozuje się ropną wydzielinę pokrywającą ściany odbytu oraz krwawiącą błonę śluzową. U kilku procent pacjentów stwierdza się rzeżączkowe zapalenie gardła (*Pharyngitis gonorrhoeica*). Zarazić można się przez kontakty oralne. W 90% przypadków zakażenie przebiega bezobjawowo. Obraz kliniczny nie odbiega od obrazu przy zwykłym zapaleniu gardła. Czasem pojawia się ból przy przełykaniu śliny, zaczerwienienie gardła, ropna wydzielina na migdałkach i lekkie podwyższenie temperatury ciała²⁹⁷.

Rozpoznanie rzeżączki daje badanie bakteriologiczne. Należy pobrać wydzielinę z tarczy części pochwowej i kanału szyjki macicy oraz z ujścia zewnętrznego cewki moczowej. Z pobranego materiału wykonuje się rozmaz na szkiełku podstawowym i zabarwia metodą Grama lub błękitem metylenu. U mężczyzn badanie mikroskopowe rozmazu jest najczęściej wystarczające, natomiast u kobiet trzeba je powtarzać kilkakrotnie²⁹⁸. Wczesne rozpoznanie

²⁹⁶ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s. 52.

²⁹⁷ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s. 53-55.

²⁹⁸ R. Klimek: Ginekologia...,s. 366.

rzeżączki i odpowiednie leczenie zatrzymuje jej rozwój i hamuje obszar zakażenia. Rozpoznanie rzeżączkowego zapalenia cewki moczowej określa się na podstawie występowania ropnego wycieku, przeprowadzonego wywiadu wskazującego na czas wylęgania choroby wynoszący 2-5 dni oraz bakterioskopowego potwierdzenia gonokoków w wydzielinie i dodatnich wyników posiewów²⁹⁹.

Leczenie polega na jednokrotnym podaniu dużej dawki penicyliny lub na dłuższym leczeniu nowszej generacji antybiotykami³⁰⁰. W zakażeniu rzeżączkowym gardła podaje się tetracyklinę lub wodny roztwór prokainowej penicyliny G. Po ustąpieniu objawów mężczyźni nie muszą robić ponownych badań w kierunku dwoinki rzeżączki, natomiast kobietom zaleca się wykonanie posiewu³⁰¹. W przypadku niewłaściwego leczenia objawy osłabiają się, ilość wydzieliny zmniejsza się, a zakażenie przechodzi w stan podostry, a potem przewlekły³⁰².

Nieleczona rzeżączka może być śmiertelną chorobą. Powikłaniem jest zwężenie cewki moczowej, które prowadzi do uszkodzenia i zakażenia nerek, ropni, bakteriemii i w konsekwencji do bezpłodności. Ponadto może nastąpić zakażenie różnych narządów oraz mózgu³⁰³.

Przebyte rzeżączki nie uodparnia na nią organizmu, toteż dana osoba może zachorować wielokrotnie³⁰⁴. Odpowiedzialna za to jest antygenowa zmienność dwoinek rzeżączki, która nie doprowadza do wytworzenia przeciwciał³⁰⁵.

2.2.1.3. Chlamydia (*Chlamydia trachomatis*)

Chlamydie są drobnoustrojami tworzącymi dużą grupę pasożytów wewnątrzkomórkowych³⁰⁶. Nazwa „chlamydia” pochodzi od greckiego słowa *chlamydos* „płaszcz” i od łacińskiego *chlamydatus* „ubrany w płaszcz”, w przenośni: ukryty, nierozpoznany, zamaskowany. W chwili odkrycia tej bakterii nie znano ani jej cyklu życiowego ani morfologii. W połowie lat 60. XX wieku chlamydie zostały dokładnie poznane i opisane. Są to drobne, pałeczkowate drobnoustroje prokariotyczne (nie mają organelli i jądra komórkowego). Niegdyś klasyfikowano je do pierwotniaków, później – z uwagi na małe

²⁹⁹ T.F. Mroczkowski: Choroby...., s. 52.

³⁰⁰ R. Sharm: Encyklopedia...,s. 232.

³⁰¹ E. Jawetz, J.L. Melnick, E.A. Adelberg: Przegląd...,s. 392.

³⁰² R. Klimek: Ginekologia...,s. 363.

³⁰³ R. Sharm: Encyklopedia...,s. 232.

³⁰⁴ R. Klimek: Ginekologia..., s. 363.

³⁰⁵ E. Jawetz, J.L. Melnick, E.A. Adelberg: Przegląd...,s. 391.

³⁰⁶ E. Jawetz, J.L. Melnick, E.A. Adelberg: Przegląd...,s. 442.

rozmiary (0,2–1,3 μm) i brak zdolności syntezy związków wysokoenergetycznych – do wirusów. Obecnie zaliczone są do bakterii wewnątrzkomórkowych Gram-ujemnych. Za taką klasyfikacją przemawia ich podatność na antybiotyki, złożony metabolizm i własne kwasy nukleinowe. Chlamydie wykazują specyficzny, rzadko spotykany, dwufazowy cykl rozwojowy, który trwa od 40 do 70 godzin. Zakażenie następuje, gdy postać infekcyjna przyłącza się do komórki żywiciela. Rozpoczyna się rozprzestrzenianie zakażenia i początek nowego cyklu rozwojowego. Cechą charakterystyczną chlamydii jest jej umiejętność przetrwania w komórkach żywiciela bez przechodzenia cyklu podziałowego. Konsekwencją tego jest zakażenie utajone lub przewlekłe³⁰⁷. Chlamydie wnikają do organizmu gospodarza przez niewielkie uszkodzenia lub owrzodzenia błon śluzowych³⁰⁸.

Do rodzaju chlamydia zaliczane się cztery gatunki, ale to typ *trachomatis* jest najczęstszą przyczyną ogólnej ilości przypadków chorób przenoszonych drogą płciową. Może on powodować zapalenie spojówek (jaglica), ziarnicę weneryczną pachwin lub zakażenie dolnych dróg moczowo- płciowych, gardła i odbytu. Obraz kliniczny różni się zależnie od płci zaatakowanego gospodarza³⁰⁹.

Zakażenia *Chlamydia trachomatis* uważane są za najczęstszą przyczynę chorób przenoszonych drogą płciową i coraz częściej uznawane są jako przyczyna niepłodności małżeńskiej. Według danych z literatury przedmiotu, współistnienie przeciwciał przeciwplemnikowych i infekcji *Chlamydia trachomatis* zdiagnozowano u około 25% mężczyzn leczonych z powodu niepłodności³¹⁰. U 35% kobiet leczonych z powodu niepłodności zaobserwowano obecność przeciwciał przeciwchlamydialnych, a stany zapalne jajowodów, wywołane przez *Chlamydia trachomatis*, uznano za główny czynnik niepłodności mechanicznej³¹¹. *Chlamydia trachomatis* występuje na całym świecie³¹². Z badań wykonanych w 6 ośrodkach Europy i USA wynika, że u kobiet bezpłodnych, u których stwierdzono infekcje *Chlamydia trachomatis*, zapalenia jajowodów pojawiało się 2–3-krotnie częściej niż u niepłodnych kobiet, u których nie wykryto w surowicy przeciwciał przeciwchlamydialnych. Ponadto wykazano obecność tych przeciwciał w surowicy u około

³⁰⁷ M. Murawski, M. Matusiak, M. Gryboś: Chlamydia trachomatis jako czynnik etiologiczny niepłodności małżeńskiej- czy warto przeprowadzać rutynową diagnostykę?, t.60, Wiadomości Lekarskie 2007, Nr 9-10, s.445.

³⁰⁸ A.Przondo-Mordarska, G.Martirosian, A.Szkaradkiewicz :Mikrobiologia, Chlamydia i Chlamydophila, wyd. I polskie 2011, s. 429.

³⁰⁹ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s. 24-33.

³¹⁰ W.Szymański ,G. Ludwikowski, Z. Sobociński: Ocena współistnienia objawów zakażenia Chlamydia trachomatis i przeciwciał przeciwplemnikowych w nasieniu mężczyzn leczonych z powodu niepłodności. Ginekol. Pol. 2002, Nr 7, s. 583–587.

³¹¹ P. Roszkowski: Zakażenia Chlamydia trachomatis w położnictwie i ginekologii. Ginekol. Pol.1988, Nr 59, s. 59- 70.

³¹² A.Przondo-Mordarska, G.Martirosian, A.Szkaradkiewicz :Mikrobiologia...,s. 430.

50% kobiet z niepłodnością jajowodową³¹³. Uważa się, że częstotliwość zakażeń chlamydialnych w krajach wysoko rozwiniętych i dużych aglomeracjach miejskich osiąga około 20%. W Polsce chlamydia jest przyczyną około 50% przypadków nierzęzączkowych zapaleń cewki moczowej³¹⁴.

U mężczyzn typ *trachomatis* jest czynnikiem wywołującym nierzęzączkowe zapalenie cewki moczowej. Czas wylegania drobnoustroju wynosi od 1 do 3 tygodni. Objawem jest wyciek z cewki moczowej, pieczenie, szczypanie i uczucie mrowienia w cewce oraz bolesne oddawanie moczu. Pojawia się ropny śluz, który jest widoczny dopiero po ucisku cewki. U około 10- 30 % osób nie występują żadne objawy³¹⁵. Zaobserwowano działanie zakażenia *Chlamydia trachomatis* na zmianę morfologii i ruchliwość plemników. Choroba ta może skutkować częściową lub całkowitą niedrożnością przewodów najądrza i nasieniowodów zmniejszając tym objętość nasienia. Zakażenie najądrzy może obniżyć liczbę plemników oraz wywołać nieprawidłowości w ich budowie. Bytowanie nieleczonych Chlamydii w pęcherzykach nasiennych i gruczole krokowym odpowiada za zwiększenie produkcji śluzu i zmianę pH na bardziej zasadowe. Rezultatem tego jest osłabiona aktywność i żywotność gamet męskich. Obecność leukocytów spowodowana toczącym się stanem zapalnym, także działa niekorzystnie na możliwości zapładniające nasienia³¹⁶.

U kobiet chlamydia powoduje zapalenie kanału szyjki macicy. Najwięcej zakażonych jest młodych kobiet do 25 roku życia. Ryzyko zachorowania wzrasta przy częstej zmianie partnerów oraz stosowaniu hormonalnych środków antykoncepcyjnych. W większości przypadków nie występują żadne objawy. U pozostałej części pojawia się śluzowo- ropna wydzielina w ujściu zewnętrznym szyjki macicy. Tarcza szyjki jest obrzęknięta i krwawiąca³¹⁷. Rzadziej pacjentki skarżą się na krwawienia po stosunku oraz wyciek śluzowej, szklistej lub ropnej wydzieliny z cewki moczowej. Może również nastąpić zapalenie narządów miednicy mniejszej, głównie błony śluzowej macicy i przydatków. Pojawia się wtedy stan podgorączkowy, nietypowe bóle podbrzusza i niezwiązane z cyklem krwawienia maciczne oraz nieregularne, bardziej obfite miesiączki. Symptomy u pacjentek z zapaleniem jajników i jajowodów nie są ciężkie, zazwyczaj mają postać stanu podostrego lub przewlekłego. Towarzyszą temu tępe bóle podbrzusza, upławy, plamienia międzymiesiączkowe

³¹³ M. Murawski, M. Matusiak, M. Gryboś: Chlamydia...,s. 447.

³¹⁴ Z. Dajek: Chlamydia trachomatis w zakażeniach cewki moczowej i narządu rodnego, Mikrobiol Med 2000, Nr 2, s. 6-9.

³¹⁵ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s. 24-33.

³¹⁶ M. Murawski, M. Matusiak, M. Gryboś: Chlamydia...,s. 446.

³¹⁷ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s. 24-33.

lub po odbytych stosunkach płciowych³¹⁸. U kobiet nieleczone chlamydialne zapalenie przydatków może skutkować powstawaniem zrostów między jajowodami, jajnikami oraz pętlami jelit i otrzewną i w rezultacie prowadzić do poważnych powikłań, m.in. niepłodności mechanicznej. Patologiczne zmiany w okolicy jajowodów zazwyczaj diagnozowane są przypadkowo w czasie wykonywania laparoskopii lub laparotomii robionej przy okazji innych wskazań ginekologicznych. Przewlekły stan zapalny przydatków powoduje nieodwracalne uszkodzenie jajowodów tj. zarośnięcia ujść brzusznych, zniszczenia rząsków, spłaszczenia błony śluzowej, ścięć mięśniówki oraz wygładzenia fałdów. Niewykryte zapalenie błony śluzowej macicy utrudnia lub uniemożliwia implantację zarodka³¹⁹.

Zakażenie chlamydia można rozpoznać na podstawie objawów oraz badań mikroskopowych. U mężczyzn wykonuje się rozmaz z wydzieliny z cewki moczowej. U kobiet pobiera się rozmaz z wydzieliny kanału szyjki macicy. Ponadto robi się testy z krwi w kierunku chlamydii³²⁰.

Leczeniu powinni poddać się oboje partnerzy i to bez względu na to, czy u drugiego z nich występują objawy, czy też nie. Powikłaniem nieleczonej lub źle leczonej choroby jest zapalenie najądrzy u mężczyzn i zapalenie błony śluzowej macicy u kobiet. Zapalenie najądrzy dotyczy zazwyczaj mężczyzn poniżej 35 roku życia. Objawy występują po kilku tygodniach od pojawienia się nierzęzątkowego zapalenia cewki moczowej. Odczuwalny jest kłujący ból i powiększenie najądrza. Stan zdrowia chorego szybko poprawia się przy zastosowaniu odpowiednich antybiotyków. U kobiet dochodzi do zmian zapalnych w błonie wewnętrznej macicy. Widoczne symptomy występują rzadko, należą do nich nieprawidłowe krwawienie, wydłużone lub bardziej obfite miesiączki. Czasem pojawia się ból w dole brzucha i zwiększone OB. Rozpoznanie następuje poprzez obserwację objawów i potwierdzenie obecności chlamydii w wydzielinie z kanału szyjki macicy. Leczenie polega na antybiotykoterapii³²¹.

2.2.1.4. Ziarnica weneryczna pachwin (*Lymphogranuloma venereum- LGV*)

Ziarnica weneryczna pachwin jest wywołana przez *Chlamydia trachomatis* o serotypie L1, L2, L3. Występuje endemicznie głównie w obszarze tropikalnym: Afryce, Azji, Indiach, Karaibach oraz Ameryce Południowej. Rzadko występuje w Europie, np. we Francji w okresie

³¹⁸ M. Murawski, M. Matusiak, M. Gryboś: Chlamydia...,s. 446.

³¹⁹ B. Zdrodowska-Stefanow, I. Ostaszewska: Klinika zakażeń Chlamydia trachomatis. w: Chlamydia trachomatis – zakażenia u ludzi, red. B. Zdrodowska-Stefanow, I. Ostaszewska, B. Darewicz, J. Darewicz, Wrocław 2000, s. 37-71.

³²⁰ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s. 24-33.

³²¹ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s. 34.

6 lat zdiagnozowano tylko 27 przypadków. W Polsce chorują osoby wyjeżdżające do Indii i Tanzanii oraz marynarze³²². Ziarnica przenosi się głównie przez stosunek płciowy. W zdecydowanej większości chorują mężczyźni. U kobiet zakażenie przebiega często bezobjawowo lub nie jest rozpoznane. Zarażają się przede wszystkim klienci prostytutek, osoby często zmieniające partnerów i mieszkające w niższych warstwach społecznych³²³.

Ziarnica weneryczna pachwin jest chorobą naczyń i węzłów chłonnych. Podstawą stanu choroby jest zakrzepowe zapalenie naczyń chłonnych i tkanki okołonaczyniowej oraz procesy martwicze węzłów chłonnych i rozszerzanie się stanu zapalnego do sąsiednich tkanek³²⁴.

Po okresie inkubacji, który trwa 1-4 tygodni, w miejscu zakażenia chłamydiami (cewka moczowa, żołądź, moszna, ściana pochwy, warg sromowa, szyjka macicy) tworzy się zmiana pierwotna (grudka bądź owrzodzenie). Jest ona często niezauważalna, gdyż jest mała, bezbolesna i szybko się goi. Właśnie brak bólu pozwala odróżnić zmiany wywołane przez *Ch. Trachomatis* od tych wywołanych przez wirusy *Herpes simplex*. Dodatkowymi objawami są gorączka, ból głowy oraz ból mięśni. Drugi etap choroby charakteryzuje się wystąpieniem zapalenia węzłów chłonnych. Zwykle obejmuje ono pachwinowe węzły chłonne, które stają się bolesne. Zdarza się, iż zapalne obrzęki węzłów pachwinowych stopniowo powiększają się, a rozpadając się tworzą drenujące przetoki. Procesom tym towarzyszą gorączka, dreszcze, bóle głowy, brak łaknienia, bóle mięśni i stawów. U kobiet pojawia się często zapalenie odbytnicy. Z uwagi na zlokalizowanie zmiany pierwotnej na szyjce macicy lub ścianie pochwy, zakażenie może szerzyć się naczyniami chłonnymi na błonę śluzową odbytnicy. U mężczyzn zapalenie odbytnicy następuje w wyniku stosunków analnych lub rozszerzenia się infekcji z pierwotnie zakażonej cewki moczowej. Nielezione zmiany zapalne naczyń i węzłów chłonnych goją się same lub przeistaczają się w przewlekłą postać wrzodziejącą. Dochodzi wtedy do owrzodzenia narządów płciowych, przetoki lub olbrzymiego obrzęku narządów moczowo-płciowych³²⁵. Przewlekłe zapalenie odbytnicy u kobiet i mężczyzn homoseksualnych może doprowadzić do zmniejszenia światła odbytnicy oraz niedrożności w obrębie prostnicy i esicy³²⁶.

Proces chorobowy obejmuje głównie okolice pierwotnego zakażenia, czyli układ moczowo-płciowy. Zakażenia poprzez krew może rozszerzać się w całym organizmie atakując

³²² H. Myśliwiec, W. Niczyporuk, N. Lebedzińska, B. Chodynicka: Ziarnica weneryczna pachwin i zakażenie HIV, Opis przypadku, Przegl. Epid. 2005, Nr 59, s. 31.

³²³ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s. 211.

³²⁴ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s. 212.

³²⁵ A. Przondo-Mordarska, G. Martirosian, A. Szkaradkiewicz :Mikrobiologia...,s. 431-432.

³²⁶ E. Jawetz, J.L. Melnick, E.A. Adelberg: Przegląd...,s. 452.

także ośrodkowy układ nerwowy. Duża część uszkodzeń tkankowych jest wynikiem reakcji immunologicznej, która jest regulowana przez odporność komórkową³²⁷.

Z uwagi na to, że ziarnica weneryczna pachwin w pierwszej fazie może być pomyłona z opryszczką narządów płciowych, kiłą I okresu, wrzodem miękkim i urazem mechanicznym, to niezbędne jest wykonanie szczegółowych badań. Rozpoznanie LGV określa się m.in. na podstawie: wywiadu potwierdzającego pobyt zakażonego w obszarach endemicznego występowania LGV, typowego obrazu klinicznego charakteryzującym się zmianami w obrębie węzłów chłonnych oraz dodatniego testu w kierunku chlamydii³²⁸.

Dobre wyniki w leczeniu *Ch. Trachomatis* osiąga się podając sulfonamidy i tetracykliny, szczególnie w pierwszej fazie choroby. W późniejszych etapach zakażenia potrzebna jest interwencja chirurgiczna³²⁹.

2.2.1.5. Stany zapalne narządów miednicy mniejszej (*Pelvic inflammatory disease- PID*)

PID jest zespołem chorobowym, który obejmuje stany zapalne narządów miednicy mniejszej, spowodowane zakażeniem wstępującym, drobnoustrojami umiejscowionymi w pochwie lub szyjce macicy. Do zespołu PID zalicza się zapalenie błony śluzowej macicy (*endometritis*), zapalenie przydatków (*adnexitis*), ropniak jajowodu (*pyosalpinx*), ropniak jajnika (*pyovarium*), zapalenie otrzewnej miednicy (*pelveoperitonitis*) i stany zapalne tkanek przyległych (*parametritis*). Zespół PID jest wywoływany przez chlamydie i dwuinki rzeżączki, toteż zapadalność na niego jest zależna od ilości przypadków zakażeń chlamydiami i rzeżączką.

Ryzyko stanu zapalnego narządów miednicy mniejszej jest uwarunkowane kilkoma czynnikami. Częściej występuje u młodych kobiet poniżej 25 roku życia, które nie rodziły i nie stosują środków antykoncepcyjnych. Zagrożenie zwiększa się przy stosowaniu domacicznych środków antykoncepcyjnych np. spirala. Ponadto ryzykowna jest rozwiązłość seksualna, korzystanie z prostytutki i wielokrotne zakażenia chlamydiami lub rzeżączką. Jednokrotne zachorowanie na PID zwiększa możliwość jego wystąpienia w przyszłości. Jest to związane ze zmianami anatomicznymi w jajowodach, które zachodzą po przebytych zakażeniach. Dodatkowo aborcja, wyłyżeczkowanie jamy macicy i przedmuchiwanie jajowodów zwiększają ryzyko PID.

Miejscem pierwotnego zakażenia PID jest błona wewnętrzna kanału szyjki macicy. Z tego miejsca drobnoustroje przemieszczają się do jamy macicy i dalej do jajowodu obejmując

³²⁷ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s. 212.

³²⁸ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s. 216-217.

³²⁹ E. Jawetz, J.L. Melnick, E.A. Adelberg: Przegląd...,s. 452.

początkowo jego błonę śluzową. Jeśli ten proces nie zostanie zahamowany następuje zlepianie się pozbawionych nabłonka fałdów błony śluzowej i ich zrastania się. Dochodzi do niedrożności jajowodów, co jest główną przyczyną ciąży pozamacicznych. Zapalenie jajowodu obejmuje czasem też jajnik prowadząc do tworzenia się zrostów między jajowodem, a jajnikiem. Skutkiem tego jest znaczne utrudnienie pękania pęcherzyka jajnikowego i powstawanie torbieli pęcherzykowych lub zastoinowych.

Wachlarz objawów PID jest bardzo szeroki. Często choroba przebiega bezobjawowo i tylko ok. 4 % kobiet przechodzi ją bardzo ciężko. Najczęściej PID objawia się obustronnym bólem podbrzusza o różnym nasileniu. Przy ostrym przebiegu choroby pojawiają się silne skurcze bólowe, gorączka, ogólne złe samopoczucie, obfite i bolesne krwawienie miesięczne (wywołane przez zapalenie błony śluzowej macicy). Ostrzej przebiega zwykle rzeżączkowe zakażenie (ok. połowa przypadków).. Przy zakażeniu chlamydiami krwawienie występuje także w środku cyklu. Mogą występować upławy i bolesne stosunki płciowe.

Badanie palpacyjne pozwala stwierdzić bolesność uciskową jajowodów. Przydatki odczuwa się jako mało ruchome, bolesne guzki o różnych rozmiarach. Przy pomocy wziernika można zaobserwować ropną lub śluzowo- ropną wydzielinę w szyjce macicy oraz obrzęk i zaczerwienienie tarczy szyjki. Podczas badania mikroskopowego obserwuje się dużą ilość leukocytów wielojądrzastych, a w zakażeniu rzeżączką dwoinki rzeżączki.

Leczenie zależy od fazy choroby. Wczesne leczenie wystarczy ograniczyć do zapobiegnięcia tworzenia nieodwracalnych zmian. Podaje się dwa antybiotyki skuteczne w leczeniu chlamydii, rzeżączki i zakażeń spowodowanych przez bakterie beztlenowe. Leczeniu powinni poddać się oboje partnerzy w celu zapobiegnięcia wzajemnemu zarażaniu się³³⁰.

2.2.1.6. Wrzód miękki (*Ulcus molle*)

Wrzód miękki jest coraz rzadziej występującą chorobą przenoszoną drogą płciową. Według WHO przybywa rocznie ok 6-7 mln. nowych zakażeń. Występuje głównie w Afryce, południowo- wschodniej Azji i na Karaibach. W krajach rozwiniętych pojawiają się okresowo ogniska zachorowań przywiezione przez imigrantów i turystów. Ważnym czynnikiem epidemiologicznym jest prostytutka. Duże akcje badań i leczenia osób uprawiających prostytutkę doprowadziły do wygaszenia ognisk zakażeń. W Polsce wrzód miękki nie występuje często. Sporadyczne przypadki pojawiały się wśród marynarzy i osób

³³⁰ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s. 77-85.

przebywających w rejonach endemicznych. Z uwagi otwarcia się Polski na imigrację, zarówno legalną jak i nielegalną oraz podróżowanie do krajów Trzeciego Świata zgłaszane są pojedyncze przypadki zakażenia³³¹.

Wrzód miękki jest wywołany przez Gram-ujemna pałeczka *Ducreya*³³². Do zakażenia dochodzi głównie przez stosunki seksualne. Wrzód weneryczny, z uwagi na anatomie, częściej jest diagnozowany u mężczyzn posiadających napletek, który ułatwia zakażenie. Do pojawienia się pierwszych zmian upływa od 4 do 7 dni. Objawy pojawiają się na wargach sromowych, okolicach cewki moczowej i odbytu. Zauważalna mała, bolesna grudka lub krostka po ok. 24-48 godzinach przeistacza się w owrzodzenie. Owrzodzeń jest zazwyczaj kilka, o wielkości od kilku milimetrów do 2 centymetrów³³³. Są one głębokie, o nierównym dnie pokrytym ropną wydzieliną. Okolica owrzodzenia jest zmieniona zapalnie i bardzo bolesna. Współistniejącą zmianą jest duży obrzęk pachwinowych węzłów chłonnych, które w krótkim czasie ulegają zropieniu, tworząc przetoki³³⁴.

Wrzód miękki występuje często razem z kiłą. Dochodzi wtedy do owrzodzenia mieszanego³³⁵. Ściśnięcie owrzodzenia zmienia jego kształt i powoduje ból, co odróżnia wrzód miękki od owrzodzenia występującego w kile³³⁶.

U 10% zakażonych wrzód miękki objawia się w sposób nietypowy. Owrzodzenia na narządach płciowych są powierzchowne i małe, przypominają bardziej opryszczkę lub zapalenie mieszków włosowych. Wyglądają jak wypryski w kile pierwotnej z uwagi na nacieczoną podstawę i niebolesność przy ucisku. Symptomy te określa się jako karłowaty wrzód miękki. Jeśli dojdzie do powtórnego zakażenia beztlenowcami, to powstaje rozległe i głębokie owrzodzenie zwane wrzodem miękkim żrącym. Wrzód mieszany powstaje przy jednoczesnym zakażeniu *H. ducreyi* i krętkami bladymi. Na początku choroba przypomina wrzód miękki, ale po ok. 3 tygodniach przyjmuje cechy pierwotnego owrzodzenia kiłowego. Zakażenie cewki moczowej wywołuje ropny wyciek. Jeśli owrzodzenie występuje na napletku, to jest przyczyną jego dużego obrzęku, co może skutkować powstaniem stulejki lub załupka. Z kolei głębokie owrzodzenie na żołądzi może doprowadzić do przetoki cewkowej, a głębokie owrzodzenie na ścianie pochwy lub w rejonie odbytu może prowadzić do wytworzenia przetoki pochwowo-odbytniczej³³⁷.

³³¹ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s. 202-203.

³³² R. Klimek: Ginekologia..., s. 338.

³³³ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s. 203.

³³⁴ R. Klimek: Ginekologia..., s. 338.

³³⁵ R. Klimek: Ginekologia..., s. 338.

³³⁶ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s. 202-203.

³³⁷ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s. 205-206.

Rozpoznanie wrzodu miękkiego polega na zaobserwowaniu zmian na narządach płciowych,, które pojawiają się po ok. 4-7 dniach po stosunku seksualnym. Są one pojedyncze lub mnogie, o dużej bolesności, nie zmieniają kształtu pod naciskiem palców. Dochodzi do tego bolesne, najczęściej jednostronne, powiększenie węzłów chłonnych w pachwinach i potwierdzenie w wydzielinie pobranej ze zmian pałeczek Gram- ujemnych³³⁸.

Chorzy muszą być hospitalizowani. Są im podawane sulfonamidy i antybiotyki z grupy tetracyklin. Miejscowo robi się posypki z dermatolu i przemywa owrzodzenia roztworem wodnym nadmanganianu potasu. Na bolące węzły chłonne stosuje się okłady z roztworu octanu glinu, rivanolu lub alkoholu. Zropiałe węzły chłonne nakłuwa się³³⁹.

2.2.1.7. Ziarniak pachwinowy (*Ganuloma inguinale*)

Ziarniak pachwinowy występuje głównie w obszarach podzwrotnikowych i około-równikowych. Najwięcej przypadków jest w Indiach, Papui, Nowej Gwinei oraz w Australii, gdzie pojawia się głównie u Aborygenów. Do rejonów endemicznych zaliczają się też kraje Afryki Południowej i Środkowej. W Stanach Zjednoczonych i Europie Zachodniej występuje rzadko. W Polsce ryzyko zachorowania jest małe, chociaż z uwagi na rozwijające się kontakty turystyczne i handlowe z krajami w których ziarniak endemicznie występuje, możliwość ta zwiększa się. Osoby chorujące mają większe szanse za zarażenie się wirusem HIV³⁴⁰.

Ziarnikiem pachwinowym nie jest łatwo się zarazić, ponieważ jego zakaźność jest niewielka. Wywołany jest przez Gram- ujemną bakterię *Klebsiella granulomatis*. Do zakażenia dochodzi poprzez wielokrotny kontakt seksualny z zarażoną osobą. Ryzykowne jest też spanie w łóżku z chorym albo siedzenie na kolanach chorej osoby³⁴¹.

Czas wylęgania bakterii wynosi od tygodnia do trzech miesięcy. Ziarniak pachwinowy objawia się twardą ziarninującą zmianą³⁴². Pierwszym symptomem jest mała, niebolesna grudka albo podskórne guzki, które następnie rozpadają się i przetwarzają się w pojedyncze lub liczne owrzodzenia. Zmiany te nie są bolesne, ich brzegi są mocno odgraniczone od zdrowej skóry, a dno ma powierzchnię ziarnistą. Ziarniak cechuje się kilkoma postaciami morfologicznymi: wrzodziejącą lub wrzodziejąco- ziarniakową, brodawkową lub przerosłą, martwiczą i stwardniałą lub bliznowatą.

³³⁸ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s. 206.

³³⁹ R. Klimek: Ginekologia...,s. 338.

³⁴⁰ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s. 220.

³⁴¹ T .F. Mroczkowski: Choroby...,s. 220-221.

³⁴² E . Jawetz, J.L. Melnick, E.A. Adelberg: Przegląd...,s. 520.

Postać wrzodziejąca lub wrzodziejąco- ziarniakowa objawia się pojedynczymi, niebolesnymi ciemnowiśniowymi owrzodzeniami o miękkiej podstawie, które krwawią przy nacisku. Jeśli zmiany trwają długo to następuje tendencja do rozszerzania, a granice owrzodzeń robią się nieregularne, wypukłe, o twardych brzegach.

W postaci przerosłej lub brodawkowatej pojawiają się „bujające” owrzodzenia, które mogą obejmować rozległe obszary skóry. Typ ten występuje z taką samą częstotliwością u kobiet jak i mężczyzn.

Postać martwicza charakteryzuje się dużymi ogniskami martwicy skóry. Symptomy te bywają bolesne, a wtórna infekcja bakteryjna lub bakteryjno- grzybicza może powodować gnilny zapach.

Postać bliznowata lub stwardniała pojawia się częściej u kobiet. Zmiany na skórze są włókniste, a duże blizny są przyczyną deformacji w obrębie narządów płciowych. Występują także niebołące i niekrwawiące owrzodzenia o czystym dnie.

Ziarniak pachwinowy w 90% przypadków obejmuje narządy płciowe. U mężczyzn pojawia się na napletku, trzonie prącia i żołądździ. U kobiet na sromie, czasem w pochwie lub na szyjce macicy. W pozostałej części przypadków objawy spotyka się w pachwinach, jamie ustnej i okolicy odbytu- głównie u homoseksualistów³⁴³. W 60% przypadków rozwijający się stan zapalny sromu, poprzedza raka sromu. Zmiana kliniczna jest trudna do odróżnienia od nowotworu. Krew rozprowadza zakażenie po całym organizmie, toteż przerzuty pojawiają się w kościach, wątrobie, macicy, przydatkach najądrza oraz w pęcherzu moczowym. Współtowarzyszy temu gorączka, anemia i spadek masy ciała³⁴⁴.

Choroba przebiega bardzo wolno, często z tendencją do samogojenia. Długotrwały proces, u mężczyzn, doprowadza do poważnych uszkodzeń prącia, skutkując pojawieniem się stulejki, zwężeniem cewki moczowej albo odbytu. U kobiet następuje obszerna destrukcja sromu, która także prowadzi do zwężenia cewki moczowej, pochwy lub odbytu.

Aby potwierdzić zakażenie należy zrobić rozmaz tkankowy w kierunku wykrycia Gram-ujemnej bakterii *K. granulomatis*³⁴⁵.

Leczenie polega na podaniu antybiotyków (streptomycyna i tetracyklina) aż do ustąpienia zmian na skórze³⁴⁶.

³⁴³ T. F. Mroczkowski: Choroby...,s. 222-223.

³⁴⁴ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s. 222-223

³⁴⁵ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s. 222-223.

³⁴⁶ R. Klimek: Ginekologia...,s. 197.

2.2.2. Choroby weneryczne wywołane przez wirusy

Nazwa „wirus” pochodzi od łacińskiego słowa *virus* – trucizna. Wirusy zaliczane są do drobnoustrojów, ale różnią się w sposób widoczny od innych komórkowych form życia. Są niekomórkowym elementem genetycznym³⁴⁷. Wirusy są najmniejszymi czynnikami zakaźnymi. Ich rozmiary są na tyle małe, że nie można ich dostrzec pod mikroskopem świetlnym. Nie są zdolne do reprodukcji lub aktywności metabolicznych, co jest cechą organizmów żywych. Są bezwzględnyimi pasożytami wewnątrzkomórkowymi, a ich reprodukcja jest w pełni uzależniona od mechanizmów syntezy komórki gospodarza. Wirusy posiadają jeden typ kwasu nukleinowego- DNA lub RNA³⁴⁸. Zbudowane są z kwasu nukleinowego, który stanowi rdzeń otoczony płaszczem białkowym- kapsydem. Występują wirusy posiadające dodatkową warstwę ochronną -osłonkę. Kwas nukleinowy występuje jako pojedyncza nić (wirusy z RNA z wyjątkiem reowirusów) lub podwójna (wirusy z DNA z wyjątkiem parwowirusów). Kwas nukleinowy może być zakaźny lub niezakaźny³⁴⁹.

Wirusy są mocno uzależnione od budowy komórki „żywiciela” i jego składników metabolicznych. Czynnikiem zakaźnym jest kwas nukleinowy wirusa. Wirusy jako twory biologiczne czynne są zdolne do namnażania się w komórkach ludzi, zwierząt i roślin. Rozwój zakażenia jest zależny od sposobu wnikięcia wirusa i które komórki się z nim zetkną (komórki układu pokarmowego, moczowo- płciowego, powłok skórnych i śluzowych, krwi, mięśni)³⁵⁰. Wirusy dostają się do organizmu człowieka przez uszkodzone powłoki skórne, błony śluzowe oraz przez układ pokarmowy, oddechowy i moczowo- płciowy. Zachowują się wtedy jak jego materiał genetyczny, reagują za pomocą jego układu enzymatycznego i kierują tworzeniem wirusowych białek³⁵¹. Wywołują objawy chorobowe, miejscowe, układowe, narządowe lub ogólne. Choroba wirusowa jest to stan organizmu cechujący się czasowym lub trwałym zaburzeniem czynności fizjologicznych komórki, tkanki lub narządów, w wyniku czego pojawiają się objawy kliniczne³⁵².

Niebezpieczne są zakażenia bezobjawowe, gdyż osoba zakażona nieświadoma tego, zaraża innych stając się źródłem rozsiewu zakażeń. Wiele wirusów (np. opryszczki) wywołuje zakażenia latentne, czyli w przypadku jednorazowego zakażenia zostaje on w organizmie zarażonej osoby już na zawsze. Stopień odporności (nabytej lub wrodzonej) ma wpływ

³⁴⁷ E . Jawetz, J.L. Melnick, E.A. Adelberg: Przegląd...,s.18.

³⁴⁸ G. Virella: Mikrobiologia i choroby zakaźne, Wrocław 1999, s. 4.

³⁴⁹ G. Virella: Mikrobiologia ...s. 235.

³⁵⁰ M. Janowiec: Mikrobiologia i serologia, Warszawa 1988, s.157-160.

³⁵¹ E . Jawetz, J.L. Melnick, E.A. Adelberg: Przegląd...,s.18.

³⁵² M. Janowiec: Mikrobiologia..., s.157-160.

na rozprzestrzenianie się chorób wirusowych. Odporność można uzyskać przechodząc zakażenie oraz szczepiąc się, Ponadto jest tzw. odporność populacyjna, gdzie 70% populacji wykazuje uodpornienie na dany typ wirusa. Część wirusów np. wirus HIV wykazuje dużą zmienność antygenową co jest przyczyną trudności w wykryciu skutecznej szczepionki³⁵³. Wirus HIV nie jest wyjątkowo agresywnym lub szybko namnażającym się wirusem. Umieszcza się w subpopulacji krwinek białych, które odpowiadają za mechanizm odporności zwany limfocytami T pomocniczymi.

2.2.2.1. Opryszczka narządów płciowych (*Herpes proenitalis*)

Opryszczka narządów płciowych jest powszechnie występującą chorobą przenoszoną przez kontakty seksualne. Ryzyko zakażenia jest większe u kobiet z uwagi na ich budowę anatomiczną³⁵⁴.

Zespół wirusów opryszczki zawiera ponad siedemdziesiąt typów, z których najczęściej występującym jest wirus opryszczki wargowej (HSV-1) i wirus powodujący opryszczkę na narządach płciowych (HSV-2)³⁵⁵. Większa część zachorowań (80%) spowodowana jest drugim typem (HSV-2) wirusa, a 20% pierwszym typem (HSV-1). Zakażenie następuje poprzez kontakt płciowy³⁵⁶. Oba typy odpowiadają za miejscowe zakażenia ze zmianami na skórze i błonach śluzowych, zakażenia narządowe, ale nie atakują układu nerwowego³⁵⁷. Badania dowodzą, iż następuje duża zmiana w epidemiologii zakażeń wirusem opryszczki. Związane jest to z poprawą warunków zarówno ekonomicznych jak i socjalnych, coraz liczniej wdrażanych zachowań prozdrowotnych oraz lepszą opieką medyczną³⁵⁸.

Obraz kliniczny jest uzależniony od kilku czynników m.in. od gatunku wirusa, stanu odpornościowego organizmu i miejsca zakażenia³⁵⁹. Zakażenie wirusem opryszczki pospolitej *Hepesvirus hominis* przybiera kilka postaci klinicznych. Zazwyczaj przebieg zarażenia jest bezobjawowy³⁶⁰. Zanim wystąpią pierwsze objawy, w miejscu późniejszego owrzodzenia, pojawia się miejscowa przeczulica (delikatne pieczenie, swędzenie, uczucie napięcia),

³⁵³ G. Virella: Mikrobiologia...,s. 274.

³⁵⁴ A. Majewska, E. Krawczyk, M. Łuczak: Opryszczka narządów płciowych (genital herpes) – obraz kliniczny i możliwe następstwa zakażenia cz. I, Zakażenia. 2005, Nr 5, s. 60-67.

³⁵⁵ R. Sharm: Encyklopedia...,s. 224.

³⁵⁶ W. Bruhl, R. Brzozowski: Vademecum...,s. 652.

³⁵⁷ A. Olejek, S. Kellas-Ślęczka, I. Kozak-Darmas: Stany zapalne narządów płciowych u dziewczynek. Ginekol. Pol. 2009, Nr 80, s. 931-934.

³⁵⁸ A. Majewska, E. Krawczyk, M. Łuczak: Opryszczka...,s. 61.

³⁵⁹ A. Majewska, E. Romejko-Wolniewicz, J. Zaręba-Szczudik, M. Kiljańczyk, M. Gajewska, G. Młynarczyk: Laboratoryjne rozpoznanie opryszczki narządów płciowych- metoda immunofluorescencji bezpośredniej, Ginekol. Pol. 2013, Nr 83, s. 616.

³⁶⁰ E. Jawetz, J.L. Melnick, E.A. Adelberg: Przegląd...,s. 751.

która trwa przez kilka pierwszych dni³⁶¹. Czas wylegania wynosi ok. 4 dni. Objawem są niewielkie, swędzące pęcherzyki, które po kilku dniach zmieniają się w bolesne powierzchniowe nadżerki pokryte łuskami³⁶². Dodatkowo może wystąpić zaczerwienienie, mocny palący ból, gorączka, senność i ogólne osłabienie organizmu³⁶³.

U mężczyzn symptomy obejmują zewnętrzną i wewnętrzną blaszkę napletka, żołądź i skórę prącia. Natomiast u kobiet zakażenie umiejscawia się na wargach sromowych, łechtaczce, w przedsionku pochwy oraz na pośladkach, pachwinach i brzuchu. Węzły chłonne w pachwinach mogą ulec powiększeniu i stać się bolesne³⁶⁴. Zmiany te występują zazwyczaj w drugim tygodniu choroby i trwają dłużej niż zmiany na skórze³⁶⁵. Opryszczka u kobiet powoduje zapalenie sromu i pochwy. Objawem są pęcherzyki mające na początku przejrzystą treść, która potem mętnieje. Pęcherzyki pękają i łączą się w owrzodzenia o łukowatych brzegach³⁶⁶. Wargi sromowe robią się duże, obrzęknięte i pokryte nadżerkami, co powoduje ból podczas chodzenia i oddawania moczu. Zmiany powstają również na szyjce macicy. Obserwuje się je u ok. 80% kobiet w okresie pierwotnego zakażenia. Objawy można zaobserwować podczas badania kolposkopii i przypominają one zapalenie szyjki macicy lub pojawia się jedynie zaczerwienienie ujścia zewnętrznego kanału szyjki. U mężczyzn opryszczka może doprowadzić do stulejki, czyli niemożności odprowadzania napletka poza rowek zażołądny³⁶⁷.

Po ok. 2-3 tygodniach objawy ustępują, a wirusy zostają w fazie utajenia w zwojach nerwowych obwodowych. U 15% osób choroba nawraca w wyniku obniżonej odporności organizmu. Objawy *herpes simplex* są wtedy mniej uciążliwe i szybciej się cofają³⁶⁸. Nawroty pojawiają się częściej w pierwszym roku po zakażeniu, a ich częstotliwość zmniejsza się z czasem³⁶⁹.

Ryzyko zakażenia jest uzależnione od okresu choroby. Jest dużo większe w momencie pojawienia się zmian na skórze (nadżerek i pęcherzyków). W fazie bezobjawowej, u kobiet, wykrywane są wirusy opryszczki w wydzielinie z szyjki macicy i w pochwie, a u mężczyzn w wydzielinie z cewki moczowej i w nasieniu. Najwięcej zarażeń nowych osób następuje

³⁶¹ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s.112.

³⁶² W. Bruhl, R. Brzozowski: Vademecum...,s. 652.

³⁶³ R. Sharm: Encyklopedia...,s. 224.

³⁶⁴ W. Bruhl, R. Brzozowski: Vademecum...,s. 652.

³⁶⁵ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s.113.

³⁶⁶ R. Klimek: Ginekologia..., s. 336.

³⁶⁷ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s.113-114.

³⁶⁸ W. Bruhl, R. Brzozowski: Vademecum...,s. 652.

³⁶⁹ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s.115.

właśnie w tym okresie³⁷⁰. Udowodniono, że możliwe jest zarażenie wirusem w czasie stosunku orogenitalnego z osobą, która ma w jamie ustnej wirus opryszczki, a wcześniej nie miała jakichkolwiek objawów klinicznych³⁷¹.

Rozpoznanie kliniczne opryszczki nie jest proste z kilku powodów. Charakterystyczne objawy w pierwotnym zakażeniu pojawiają się tylko u 20% kobiet. Ponadto pęcherzyki mogą utrzymywać się stosunkowo krótko np. kilka godzin, szczególnie, gdy są umiejscowione na błonach śluzowych. Czasem zmiany nie są widoczne podczas badania ginekologicznego. Objawy mogą być pomyłone z innymi mikroorganizmami i czynnikami niezakaźnymi, dlatego też ważną rolę odgrywa laboratoryjna diagnostyka wirusologiczna³⁷². Rozpoznanie następuje poprzez wykrycie w testach bytności typowych wielojądrzastych komórek olbrzymich lub w wyniku hodowli wirusów³⁷³. Ponadto można wykonać test cytologiczny lub testy pozwalające wykryć DNA wirusa.

Podczas leczenia podaje się leki przeciwwirusowe np. acyklowir, famcyklowir lub walacyklowir, ale skuteczność ich jest ograniczona³⁷⁴.

Opryszczka jest najczęstszą przyczyną powracających nadżerek w okolicy narządów płciowych. Wirus HSV-2 sprzyja powstawaniu raka narządów płciowych³⁷⁵. Ponadto jest czynnikiem zwiększającym ryzyko zakażenia wirusem HIV³⁷⁶.

2.2.2.2. Wirus HPV

Wirusy brodawczaka należą do osobnej grupy wirusów –*papilloma*. Obecnie około 630 milionów ludzi na świecie jest zakażonych wirusem HPV. W danym momencie swojego życia około połowa aktywnych seksualnie kobiet i mężczyzn będzie miała styczność z wirusem HPV. Według statystyk duża część kobiet około 80% zostaje zarażona przed ukończeniem 50 roku życia. Najwięcej zachorowań jest wśród młodych ludzi w wieku 18-28 lat³⁷⁷.

Zakażenie wirusami brodawczaka ludzkiego (*human papillomavirus*) powoduje pewne zmiany o charakterze łagodnym, przednowotworowym i nowotworowym na błonach śluzowych narządów płciowych. Istnieje ponad 100 typów wirusa HPV z czego około

³⁷⁰ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s.112.

³⁷¹ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s.116.

³⁷² A. Majewska, E. Romejko- Wolniewicz, J. Zaręba- Szczudik, M. Kiljańczyk, M. Gajewska, G. Młynarczyk: Laboratoryjne...,s.617.

³⁷³ E. Jawetz, J.L. Melnick, E.A. Adelberg: Przegląd...,s. 520.

³⁷⁴ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s.122.

³⁷⁵ W. Bruhl, R. Brzozowski: Vademecum...,s. 652.

³⁷⁶ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s.112.

³⁷⁷ www.hpv.pl (dostęp 12.07.2018).

40 odpowiada za zakażenia błon śluzowych narządów płciowych. Najbardziej niebezpieczne są typy HPV-16 i HPV-18 (wysokiego ryzyka), które powodują ponad 70% nowotworów szyjki macicy i przednowotworowe zmiany sromu, szyjki macicy, odbytu, pochwy i prącia. Typ wirusa HPV-6 i HPV-11 (niskiego ryzyka) wywołuje około 90% przypadków brodawek płciowych (kłykcin), które dokładnie omówione są w następnej części³⁷⁸.

Drogą zakażenia HPV jest głównie kontakt płciowy³⁷⁹. Źródłem zakażenia HPV mogą być urazy lub mikro-urazy nabłonków skóry i błon śluzowych ułatwiające przedostawanie się wirusa w głąb komórek rozrodczych. Dojrzewanie wirusa zachodzi łącznie z dojrzewaniem komórki. Okres inkubacji waha się od kilku do kilkunastu miesięcy (najczęściej 1-8 miesięcy), aktywny wzrost HPV trwa 3-6 miesięcy. W tym czasie zaczyna się formowanie odpowiedzi immunologicznej organizmu, która w efekcie decyduje o klinicznej remisji lub o przejściu w stan przewlekły zakażenia. Możliwe jest także, iż HPV nie będzie dawał żadnych objawów³⁸⁰.

Większość zakażeń HPV nie powoduje żadnych objawów, a mimo to może nastąpić transmisja wirusa (przeniesienie) na inną osobę. Zazwyczaj zakażenie HPV ustępuje samoistnie w terminie 1-2 lat wskutek naturalnej reakcji immunologicznej organizmu³⁸¹. Zmiany wywołane przez HPV zależą od typu wirusa, jego onkogenności. Do zmian spowodowanych przez genitalne postacie HPV należą typy nieonkogenne (HPV 6, 11, 42, 43, 44 i inne), tj. kłykciny kończyste, brodawczaki krtani, kłykciny gigantyczne Buschke-Loewensteina oraz typy onkogenne (HPV 16, 18, 31, 33, 66 i inne), tj. rak szyjki macicy, raki okolicy anogenitalnej³⁸².

Przewlekły stan zakażenia HPV u ludzi powyżej 35 roku życia stanowi ryzyko onkogenne. Okres dzielący pierwotne zakażenie od zdiagnozowania inwazyjnej postaci raka może wahać się od 5 do 40 lat³⁸³.

Zarazem wirusy HPV niskiego i wysokiego ryzyka mogą dawać niewłaściwe wyniki badania cytologicznego, wykonanego metodą Pap. Metoda ta jest używana do wykrywania zmian nowotworowych i pozostałych zmian komórkowych w obszarze szyjki macicy³⁸⁴.

³⁷⁸ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s.126.

³⁷⁹ J. Kotarski: Uzupełnione stanowisko Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące szczepień przeciwko zakażeniom wirusami brodawczaka ludzkiego (HPV), Ginekol Pol. 2009, Nr 11,s. 871.

³⁸⁰ M. Więclawska, A. Kukwa, M. Malejczyk, S.Majewski, K. Borowicz: Zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w obrębie jamy ustnej i gardła, t. 58, Czas. Stomat. 2005, Nr 10,s. 693.

³⁸¹ www.hpv.pl (dostęp 12.07.2018).

³⁸² J. Wójcik: Współczesne poglądy na rolę zakażenia HPV w procesie onkogenezy raka szyjki macicy, t. 59, Wiadomości lekarskie 2006, Nr 5–6,s. 1.

³⁸³ M. Więclawska, A. Kukwa, M. Malejczyk, S.Majewski, K. Borowicz: Zakażenie...,s. 693.

³⁸⁴ www.hpv.pl (dostęp 11.06.2019).

Zachorowalność na raka szyjki macicy jest w Polsce wysoka, na zbliżonym poziomie jak w krajach zachodniej Europy, z niedużą tendencją spadkową od lat 80. Zastraszająco wysoka jest umieralność w wyniku tego nowotworu. Nowotwory szyjki macicy w Polsce stanowią 5,4% wszystkich zgonów z powodu chorób onkologicznych u kobiet.

Wielu autorów uważa, iż zakażenie wirusem HPV odgrywa ważną rolę w rozwoju nowotworów zarówno łagodnych jak i złośliwych w obrębie górnych dróg oddechowych³⁸⁵.

2.2.2.3. Wirus HCV

Zapalenie wątroby jest stanem zapalnym spowodowanym między innymi zakażeniem wirusami. Dotąd poznano 5 typów wirusowego zapalenia wątroby: A, B, C, D, E. Różnią się one sposobem przenoszenia, długością trwania i ciężkością przebiegu. Zapalenia wątroby typu A i E są przenoszone przez zakażoną żywność i wodę, natomiast zapalenia typu B, C i D przez kontakt z ludzką krwią lub podczas stosunku płciowego (dotyczy to głównie typu C). Ocenia się, że w Polsce żyje ok. 730 tysięcy ludzi z HCV. W gronie przewlekle chorych osób, co piąta jest zagrożona marskością wątroby oraz jej powikłaniami. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) szacuje, że na całym świecie liczba osób zarażonych HCV wynosi 170 milionów, a każdego roku przybywa następne 3 – 4 miliony³⁸⁶.

Wirus HCV charakteryzuje się dużą zmiennością genomu, toteż skutecznie opiera się mechanizmom obronnym układu odpornościowego gospodarza. W związku z tym zmieniony fenotypowo HCV nie jest eliminowany przez anty-HCV, a przeciwciała te są tylko dowodem na zakażenie (podobnie zachowuje się wirus HIV).

Do zakażenia HCV może dojść poprzez krew i produkty krwiopochodne, przez kontakty płciowe oraz na drodze wertykalnej. Występują też tzw. zakażenia sporadyczne, które obejmują nawet 40% wszystkich przypadków zachorowań. Ewentualność zakażenia w wyniku kontaktów seksualnych określa się, w zależności od opracowania, na 2–27%; przeciętnie przyjmuje się ok. 15%. Osoby prowadzące bujne życie seksualne są bardziej narażone na zakażenie. Często nosicielkami HCV są prostytutki oraz partnerzy osób przyjmujących dożylnie narkotyki. Parametry danych epidemiologicznych dotyczących homoseksualistów są zmienne. U współmałżonków częstotliwość zakażeń określa się na 6–23%³⁸⁷. Kontakty

³⁸⁵ K. Morshed: Udział wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV) w etiopatogenezie nowotworów głowy i szyi, t. 3, Otolaryngologia 2004, Nr 4, s. 91.

³⁸⁶ W. Halota: Konsultacja medyczna poradnika: Stop HCV, Pilotażowy Program Profilaktyki Zakażeń HCV, Poradnik dla osób zakażonych HCV, bez daty wydania, s. 6-7.

³⁸⁷ J. Czepiel, G. Biesiada, T. Mach: Polskie archiwum medycyny wewnętrznej, Wirusowe zapalenie wątroby typu C, Katedra i Klinika Gastroenterologii, Hepatologii i Chorób Zakaźnych, Kraków 2008, s. 2.

oralno-analne wiążą się także z możliwością przeniesienia zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu A (HAV). W 2005 r. zakażenia tym wirusem opisano w Kopenhadze, wśród homoseksualnych mężczyzn. W latach 2001 - 2006 w Paryżu wykryto przypadki ostrych zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV) wśród homoseksualnych mężczyzn, będące następstwem krwawień w trakcie kontaktów analnych odbywanych bez zabezpieczenia. *Fisting* także odpowiada za przenoszenie HCV w kontaktach analnych. HCV występuje częściej w nasieniu mężczyzn zakażonych jednocześnie HIV, niż zakażonych tylko HCV (18,4%). Opisano również przypadek zakażenia kobiety wirusem HCV w konsekwencji kontaktów waginalnych i analnych bez zabezpieczenia³⁸⁸.

Okres inkubacji wirusa wynosi 15–150 dni, przeciętnie 40–50 dni. Najwcześniej przeciwciała można wykryć po 4 tygodniach od zakażenia, jednakże w większości przypadków czas ten przekracza 10 tygodni³⁸⁹. Zakażenie HCV nazywane jest „cichą epidemią” z uwagi na częsty bezobjawowy przebieg. Jeśli symptomy się pojawiają, to są mało charakterystyczne i zarażone osoby nie utożsamiają ich z wirusowym zapaleniem wątroby. Występuje ciągłe zmęczenie, utrata wagi, osłabienie i objawy grypopodobne. Typowa cecha wirusowego zapalenia wątroby- żółknięcie skóry- pojawia się tylko u 10% chorych. U 70–80% zarażonych dochodzi do przejścia zakażenia w proces przewlekły. Zakażenie pomimo braku oznak rozwija się i wywołuje degenerację tkanki wątrobowej, co doprowadza do zwłóknienia lub marskości wątroby i dalej do rozwoju nowotworu³⁹⁰.

Do wykrycia zakażenia HCV używa się testy ELISA trzeciej generacji, zawierające antygeny rdzenia (C) oraz co najmniej 2 antygeny białek niestrukturalnych. Czułość i swoistość tych testów wynosi około 99%. Samo ujawnienie przeciwciał anti-HCV w surowicy nie jest dowodem na zakażenie. Przeciwciała te mogą znajdować się też u osób, które przebyły w przeszłości WZW C³⁹¹.

Leczenie HCV jest jednym z ważniejszych problemów dzisiejszej medycyny. W przypadku tej choroby odsetek chorych, u których następuje samoistne wyleczenie, jest najmniejszy ze wszystkich postaci WZW. W leczeniu WZW C stosuje się skojarzone leczenie pegylowanym interferonem α (PEG-IFN) z rybawiryną przez 24–48 tygodni. Po zakończeniu leczenia przeciwwirusowego pacjenci powinni zostać pod opieką Poradni Wirusowego Zapalenia Wątroby³⁹².

³⁸⁸ D. Rogowska- Szadkowska: Zakażenie..., s. 3.

³⁸⁹ J. Czepiel, G. Biesiada, T. Mach: Wirusowe...,s. 2.

³⁹⁰ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s. 247.

³⁹¹ J. Czepiel, G. Biesiada, T. Mach: Wirusowe...,s. 3.

³⁹² J. Czepiel, G. Biesiada, T. Mach: Wirusowe...,s. 3-5.

2.2.2.4. Kłykciny kończyste (*condylomata acuminata*)

Kłykciny kończyste są wywoływane przez wirusy z grupy *human papillomavirus*. Jest ponad sto rodzajów HPV, ale tylko z kilku może rozwinąć się nowotwór szyjki macicy. Zazwyczaj kłykciny wywołane są przez pewne typy wirusa brodawczaka (HPV) o niskim ryzyku. Wirusy HPV typu 6 i 11, wywołujące kłykciny kończyste, nie należą do typów wysokiego ryzyka, czyli odpowiedzialnych za zachorowania na raka szyjki macicy. Z medycznego punktu widzenia kłykciny nie są dużym problem, jednakże łatwo się nimi zarazić³⁹³.

W ostatnich 20 latach w Polsce zwiększyła się liczba zakażeń kłykcinami oraz obniżył się wiek zarażonych ludzi. U mężczyzn średnio to 22 lata, u kobiet 19 lat. Ryzyko zarażenia się od chorego partnera wynosi 50-70%. Zakażenie kłykcinami i innymi zmianami spowodowanymi przez HPV dotyczy ok. 1 % aktywnych seksualnie osób³⁹⁴.

Kłykciny *Candyломata acuminata* są tworami brodawkowatymi. Powstają na skutek zakażenia wirusami dermatotropowymi, które powodują też tworzenie się brodawek zwykłych *verrucae vulgares*. U kobiet z przewlekłym stanem zapalnym pochwy i szyjki macicy rozwijają się kłykciny kończyste sromu. Często obejmują cały srom tworząc jeden guz o szorstkiej i nierównej powierzchni przypominający kalafiora³⁹⁵. Ponadto rozszerzają się też na wargi sromowe, pochwę i okolice łechtaczki. Mogą urosnąć do wielkości główki sałaty. Współtowarzyszy temu często zakażenie rzeżączką i upławy. Zmiany są swędzące i jeśli dojdzie do ich drapania może dojść do zakażenia bakteryjnego³⁹⁶. Zdarza się, iż kłykciny pojawiają się też na błonach śluzowych jamy ustnej i w okolicach odbytu. Wykwity te u kobiet są zazwyczaj skutkiem wtórnego zakażenia pochodzącego ze zmian w okolicy sromu lub stosunków analnych. Zakażenie w okolicy jamy ustnej pojawia się rzadko, ma strukturę brodawek i jest następstwem stosunków orogenitalnych³⁹⁷.

U mężczyzn najczęstszym typem kłykcin prącia są zmiany wywołane przez HPV-6 i HPV- 11. Pojawiają się zwykle na brzegu żołądki, okolicach wędzidełka i wewnętrznej blaszki napletka. Zmiany te są białawe lub różowe, miękkie, podłużne lub nitkowate. Mogą tworzyć rozległe grupy wykwitów o nierównej powierzchni. Ponadto u mężczyzn częściej stwierdza się brodawki w okolicy odbytu, głównie u biernych homoseksualistów

³⁹³ R. Sharm: Encyklopedia...,s. 215.

³⁹⁴ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s. 126.

³⁹⁵ R. Klimek: Ginekologia..., s. 197.

³⁹⁶ R. Klimek: Ginekologia..., s. 336-337.

³⁹⁷ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s. 127.

praktykujących stosunki analne. Z uwagi na większą wilgotność skóry w tym obszarze, kłykciny szybko rosną tworząc kalafiorowate narośla³⁹⁸.

Czas wylegania kłykcin trwa od 6 tygodni do nawet 8 miesięcy. Obraz kliniczny brodawek jest zależny od rodzaju wirusa, jego umiejscowienia, stopnia odporności zarażonego i czasu występowania zmian³⁹⁹.

Jeżeli choroba przejdzie w stan przewlekły, to kłykciny mogą przeobrazić się w tzw. kłykciny olbrzymie Buschkego- Lowensteina- odmiana raka brodawkującego. Zmiana ta występuje w okolicy prącia i sromu. Cechuje się dużym kalafiorowatym lub grzybiastym wyglądem. Ponadto narośla mogą być umiejscowione głęboko tworząc przetoki, z których wypływa ropa. Przy wtórnym zakażeniu następuje powiększenie blisko znajdujących się węzłów chłonnych. Ten rodzaj kłykcin charakteryzuje się wolnym przebiegiem, miejscowym zniszczeniem podścieliska w wyniku ucisku, jednak nie prowadzi do przerzutów⁴⁰⁰.

Rozpoznanie kłykcin kończystych opiera się zwykle na podstawie obrazu klinicznego, ale czasem trzeba wykonać badanie histopatologiczne. Obydwa rodzaje kłykcin w obrazie histologicznym wyglądają podobnie, jednak kłykciny Buschkego- Lowensteina są dużych rozmiarów i mają tendencję do wzrostu naciekającego podścielisko. Aby rozpoznać zmiany w okolicy szyjki macicy należy przeprowadzić badanie kolposkopowe lub wulwoskopowe⁴⁰¹.

Leczenie polega na zahamowaniu stanu zapalnego pochwy i sromu poprzez stosowanie antybiotyków i witamin. Można też miejscowo usunąć pojedyncze narośla przez przyżeganie chemiczne, elektrokoagulatorem lub zamrażanie. Często po kuracji dochodzi do nawrotu kłykcin. Odsetek ten wynosi 90%. Spowodowane jest to tym, że wirusy HPV, mogą nadal być obecne na błonach śluzowych narządów płciowych, a proces gojenia dodatkowo wpływa na aktywację ich cyklu życiowego⁴⁰².

2.2.2.5. Mięczak zakaźny (*Molluscum contagiosum*)

Mięczak zakaźny MCV jest chorobą występującą na całym świecie zarazem epidemiologicznie jak i sporadycznie. Zakaźność tego wirusa jest duża i można się nim zarazić przez bezpośredni (współżycie płciowe) i pośredni kontakt (wspólny ręcznik i ubrania).

³⁹⁸ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s.129-130.

³⁹⁹ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s.128.

⁴⁰⁰ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s.131-132.

⁴⁰¹ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s.135-136.

⁴⁰² R. Klimek: Ginekologia..., s. 336-337.

Częstotliwość zakażenia się drogą płciową jest większa u ludzi młodych⁴⁰³. W ostatnich latach nastąpił wzrost zachorowań na mięczaka. Choroba często spotykana jest też u dzieci z atopowym zapaleniem skóry i u dorosłych z obniżoną odpornością. Na mięczaka chorują często prostytutki i osoby podejmujące kontakty seksualne z przypadkowymi partnerami⁴⁰⁴.

Mięczak zakaźny jest wywoływany przez wirusa z grupy ospy *Poxviridae* i jest chorobą błon śluzowych oraz skóry. Choroba wylega się w okresie od tygodnia do nawet 6 miesięcy⁴⁰⁵.

Objawem są niewielkie, różowe, półprzezroczyste i brodawkowate wykwity guzkowe na skórze twarzy, grzbietu, ramion i pośladków. Typowym symptomem jest wciągnięta grudka umieszczona na fragmentach skóry o dużej wilgotności, która wyglądem może przypominać zmiany skórne spowodowane przez wirusa opryszczki pospolitej (HPV)⁴⁰⁶. Część wykwitów ma pępkowate zagłębienie w środkowej części oraz szarobiały lub żółty kolor. Pierwsze zmiany są małe, wielkości główki od szpilki, natomiast z czasem powiększają się osiągając wymiary ok 3-5 mm, a nawet 1,5 cm. Guzki te mogą występować w koloniach lub pojedynczo. Liczba guzków wynosi przeciętnie od kilku do kilkudziesięciu, natomiast u osób z obniżoną odpornością może być ich nawet kilkaset. Symptomy rozmieszczone są zwykle w okolicach narządów płciowych. U mężczyzn pojawiają się na skórze członka, a u kobiet na wżgórku łonowym, wargach sromowych większych i na wewnętrznej stronie ud. Poza widocznymi objawami rzadko występują inne. Część chorych odczuwa świąd skóry. Często zdarza się, że wskutek ich drapania dochodzi do wtórnej infekcji bakteryjnej, która wymaga leczenia antybiotykami. Choroba przebiega często w sposób przewlekły. Nielezione guzki są obecne na skórze przez 2-4 miesiące, a nawet kilka lat i mają tendencję do nawracania. Wykwity MCV mogą pojawić się w różnych miejscach na ciele, Zmiany obserwuje się w szparze pośladkowej, na pośladkach oraz w pachwinach. Najrzadziej występują na dłoniach i stopach. Jeśli umiejscowią się na powiekach, to dochodzi do zapalenia spojówek lub rogówki⁴⁰⁷.

Osobnym problemem klinicznym jest MCV u chorych na AIDS. Obserwowane zmiany są dużo bardziej liczne, nawet powyżej 100, natomiast pojedyncze guzki osiągają rozmiary 1-2 cm. Wykwity występują na skórze twarzy, szyi, karku, pach, klatki piersiowej i pachwin. Leczenie jest trudne z uwagi na obniżoną odporność chorego. Dodatkowo zmiany chorobowe

⁴⁰³ E. Jawetz, J.L. Melnick, E.A. Adelberg: Przegląd...,s. 738.

⁴⁰⁴ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s.143.

⁴⁰⁵ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s.142-143.

⁴⁰⁶ E. Jawetz, J.L. Melnick, E.A. Adelberg: Przegląd...,s. 738.

⁴⁰⁷ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s.143-145.

mają dużą łatwość do rozsiewania się i dlatego zaleca się, aby w miejscach ich występowania zrezygnować z golenia, które jest przyczyną ich rozsiewu⁴⁰⁸.

Rozpoznanie mięczaka następuje na podstawie stwierdzenia obecności twardych i półprzezroczystych guzków w okolicach narządów płciowych, pępku i wgłębienia na ich czubku i wydzielin o wyglądzie kaszowatym. Dodatkowo należy wykonać badania histopatologiczne lub rozmaz cytologiczny⁴⁰⁹. Wirus wywołujący mięczaka ma małe działanie immunogenne, czyli u ok. 30% osób nie wykrywa się obecności swoistych przeciwciał przeciwwirusowych.⁴¹⁰ Leczenie polega na stosowaniu krioterapii, łyżeczkowania, elektrokoagulacji, wycinania lub lasera. W sytuacji, gdy dojdzie do wtórnego zakażenia bakteryjnego podaje się antybiotyki i maści kortykosteroidowe⁴¹¹.

2.2.3. Choroby wywołane przez grzyby

Do rodziny grzybów należą drożdże, pleśnie oraz grzyby, które bytują na niektórych roślinach (np. rdza żdźbłowa). Są organizmami prostymi, nie posiadającymi chlorofilu, pasożytniczymi, czyli żyjącymi kosztem żywych tkanek lub egzystującymi na martwych tkankach. Drożdżaki są organizmami jednokomórkowymi, rozmnażającymi się przez pączkowanie (tworzą pączki, które powiększają się, rosną i pękają). Każda komórka ma zazwyczaj jedno jądro. Grzyby nitkowate są wielokomórkowe z rozgałęzionymi cylindrycznymi komorami. Grzyby dymorficzne w zależności od odtoczenia występują jako drożdżaki albo jako grzybnie.

Grzyb jest zgromadzeniem drobnych nici, z których powstają odnogi. Zarodniki uwalniane są z zarodni mieszczącej się na zakończeniu każdej odnogi. Z nich tworzą się nowe osobniki, które przemieszczają się za pomocą wiatru. Grzyby są obecne wszędzie: w naszych ciałach, w powietrzu oraz w ziemi. Niektóre są pożyteczne – pomagają w trawieniu lub produkcji antybiotyków; inne szkodliwe – odpowiadają za choroby występujące u ludzi, zwierząt i roślin.

Rozwój zakażenia wywołanego przez grzyby jest zależny od liczby zakażających drobnoustrojów i od odporności gospodarza. Najczęściej występujące grzyby patogenne nie wytwarzają toksyn. U dużej liczby patogennych gatunków grzyba następują zmiany czynności fizjologicznych, które pozwalają na inwazje tkanek żywiciela. Antygeny grzybiczne

⁴⁰⁸ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s.145.

⁴⁰⁹ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s.145.

⁴¹⁰ E. Jawetz, J.L. Melnick, E.A. Adelberg: Przegląd...,s. 738.

⁴¹¹ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s.146-147.

powodują czasem reakcje alergiczne. Zakażenie następuje w wyniku bezpośredniej inwazji grzyba do tkanek lub narządów. Grzybnice powierzchniowe (skórne) obejmują zewnętrzną powierzchnię skóry i są wywoływane przez dermatofity. Grzybnice podskórne ograniczają się do tkanki podskórnej, lokalizując się głównie na kończynach dolnych. Powodują wrzodziejące i głębokie zmiany skórne. Grzybnice uogólnione obejmują narządy wewnętrzne (są zakażeniami ogólnoustrojowymi).

Dużą część grzybów odpowiedzialnych za zakażenia uogólnione to organizmy saprofityczne, które mają jednak zdolność do zakażenia człowieka mającego styczność z fragmentami grzyba lub zarodkami (sporami). Z tego powodu zakażenia te rzadko są przenoszone z człowieka na człowieka, a epidemie grzybnicy zdarzają się niezwykle rzadko. Układ odpornościowy ssaków nie może w całości zwalczyć zakażenia grzybniczego, gdyż ich komórki nie są wyposażone w enzymy rozkładające polisacharyd do ściany komórkowej grzybów⁴¹².

Choroba taką jest drożdżycza (Kandydoza) (*Candidiasis*), czyli drożdżakowe zapalenie pochwy i sromu (*VulvoVaginalCandidiasis* – VVC) jest po waginozie bakteryjnej drugą co do częstotliwości występowania przypadłością wywołaną przez zaburzenie biocenozy pochwy u kobiet. Dużą część kobiet zaobserwuje u siebie co najmniej jeden z objawów VVC, a 40-50% będzie leczona z tego powodu co najmniej dwa razy w życiu. Bezobjawowymi nosicielkami drożdżaków jest ok. 20% kobiet w okresie rozrodczym i aż 40% w ciąży⁴¹³.

Drożdżycza (kandydoza) jest wywoływana głównie przez *Candida albicans* i *Candida tropicalis*. Biorąc pod uwagę pojawianie się objawów kandydozy, pacjentki dzieli się na bezobjawowe nosicielki grzybów *Candida* i z objawami zakażenia *Candida vaginitis*. W ostatnich latach nastąpił duży wzrost zachorowań na obydwie formy kandydozy. Najwięcej zakażonych jest kobiet w wieku 16-30 lat, z uwagi na ich wzmożoną aktywność seksualną w tym okresie. Choroba ta pojawia się też u osób nieaktywnych seksualnie. Ponadto ma tendencje do nawracania, nawet do czterech razy w ciągu roku⁴¹⁴.

Grzyby mogą być przenoszone drogą płciową, a infekcja rozwija się na skutek obniżenia odporności organizmu⁴¹⁵.

⁴¹² G. Virella: Mikrobiologia...,s. 369-377.

⁴¹³ J. Kotarski, K. Drews, R. Maleszka, T. Rechberger, J. Woron, J. Tomaszewski: Stanowisko zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w sprawie leczenia ostrego i nawrotowego grzybniczego zapalenia pochwy i sromu, Ginekol Pol. 2008, Nr 9, s. 639.

⁴¹⁴ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s. 98.

⁴¹⁵ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s. 99.

U 50% kobiet grzyby typu *Candida* występują stale w pochwie. Nie jest on groźnym mikroorganizmem do czasu spadku odporności organizmu⁴¹⁶. Zakażenie bezpośrednio skutkuje pleśniakami pochwy i świądem⁴¹⁷. Choroba zaczyna się najczęściej w sposób nagły, a pierwsze symptomy pojawiają się zwykle przed miesiączką. Odczuwalne jest jako pieczenie, świąd i bolesność. Zaobserwować można zaczerwienienie sromu i przedstonka pochwy oraz niewłaściwą wydzielinę z pochwy. Świąd jest bardziej dokuczliwy po ciepłej kąpiel. Objawy mogą rozszerzyć się na skórę w okolicy narządów płciowych, między-pośladkowych i pachwin. Często w okolicy odbytu pojawia się grudkowato- krostowate zapalenie skóry⁴¹⁸.

Kandydoza sromu i pochwy powoduje bardzo uciążliwe dolegliwości skutkujące odczuwalnym dyskomfortem u kobiet i obniżeniem jakości życia. Czasem dochodzi do objawowej kolonizacji grzybiczej u partnera, następstwem czego są powstające problemy w kontaktach seksualnych⁴¹⁹.

U mężczyzn zakażonych kandydozą rozwija się zapalenie napletka i żołądzi. Kilka godzin po stosunku pojawiają się białe grudki lub pęcherzyki z małym złuszczeniem na obwodzie. Dodatkowo odczuwa się podrażnienie i świąd. W przewlekłej postaci choroby następuje bolesność i obrzęk prącia po odbyciu stosunku seksualnego⁴²⁰.

Kandydozę rozpoznaje się zwykle dopiero po wykluczeniu innych chorób⁴²¹. Stwierdza się ją na podstawie wyników badań laboratoryjnych i obserwacji objawów klinicznych. Aby ją wykryć dąży się do potwierdzenia obecności patogennych drobnoustrojów⁴²².

Niepowikłaną formę kandydozy powodują szczepy *Candida albicans*, którą można leczyć terapią miejscową np. poprzez jednorazową aplikację leku przez okres 1- 3 dni. Skuteczność tej metody oceniana jest na 80-90%. W przypadku powikłanej kandydozy sromu i pochwy trzeba wykonać badanie hodowlane, aby potwierdzić diagnozę i zidentyfikować czynnik etiologiczny. Leczenie powinno trwać 7-14 dni preparatami azolowymi podanymi miejscowo. W przypadku ciężkiego zakażenia kandydozą, kiedy objawami są silny rumień, stan zapalny i obrzęk, zaleca się kurację preparatami azolowymi lub flukonazolem przez 7-14 dni⁴²³.

⁴¹⁶ R. Sharm: Encyklopedia...,s. 399.

⁴¹⁷ R. Sharm: Encyklopedia...,s. 399.

⁴¹⁸ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s.102.

⁴¹⁹ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s. 98.

⁴²⁰ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s.103.

⁴²¹ R. Sharm: Encyklopedia...,s. 399.

⁴²² T.F. Mroczkowski: Choroby...,s.103

⁴²³ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s.106-107.

2.2.4. Choroby wywołane przez pasożyty

Pasożyt jest organizmem, który przebywa w/ na innym organizmie żywym w celu znalezienia pożywienia i środowiska koniecznego do rozmnażania i wzrostu. Nie zawsze pasożyt jest szkodliwy dla gospodarza, czasem zdarza się, że dochodzi do stanu równowagi z żywicielem, który zapewnia mu wszystkie niezbędne warunki do życia. W takich sytuacjach zakażenie przebiega bezobjawowo lub w sposób utajniony. Cechami pasożyta są: zakaźność, inwazyjność, toksyczność i patogenność. W przypadku, gdy pasożyt w dużym stopniu uszkodzi organizm żywiciela, to rozwija się choroba. W czasie procesu zakażenia pasożyt wchodzi w związek z gospodarzem. Najpierw wnika on do organizmu żywiciela, następnie umiejscawia się w nim i rozmnaża. Warunkiem niezbędnym do przetrwania pasożytów jest właściwa droga opuszczania organizmu gospodarza i efektywny mechanizm przenoszenia się na kolejnych żywicieli. Patogeniczność określana jest jako zdolność drobnoustroju do wywołania choroby. Toksyczność to inaczej zdolność do tworzenia toksycznych substancji. Inwazyjność to umiejętność wnikania do organizmu, namnażania i rozprzestrzeniania się⁴²⁴.

Pasożyty dzieli się na organizmy jednokomórkowe (pierwotniaki) i wielokomórkowe (robaki). Do pierwotniaków zaliczają się ameby, wiciowce oraz orzęski. Robaki pasożytnicze dzielą się na trzy grupy: robaki obłe, tasiemce i robaki płaskie tzw. przywry⁴²⁵.

2.2.4. 1. Rzęsistkowica (*Trichomoniasis*)

Rzęsistkowica jest najczęściej występującą chorobą przenoszoną drogą płciową. Według WHO co roku przybywa 200 mln. nowych zachorowań. Ocenia się, iż na świecie średnio co dziesiąta kobieta jest zarażona rzęsistkiem pochwowym. W krajach rozwiniętych, gdzie występuje wysoki poziom dbania o higienę, zakażenia pośrednie są rzadkie. Zupełnie odmiennie wygląda sytuacja w biednych krajach, gdzie zakażenia drogą poza płciową stanowią większość przypadków⁴²⁶.

Na człowieku pasożytują trzy rodzaje rzęsistków (*Trichomonas vaginalis*, *Trichomonas tenax*, *Trichomonas hominis*), spośród których jedynie rzęsistek pochwoy jest organizmem patogennym. Pozostałe są saprofitami występującymi w jamie ustnej i przewodzie pokarmowym. Rzęsistek pochwoy ma kształt gruszkowaty, jest trochę większy od krwinki

⁴²⁴ E. Jawetz, J.L. Melnick, E.A. Adelberg: Przegląd...,s. 230-231.

⁴²⁵ G. Virella: Mikrobiologia...,s. 406.

⁴²⁶ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s.93.

białej. Po zakażeniu rzęsistki przyczepiają się do komórek nabłonka pochwy, powodując miejscowo stan zapalny. Choroba wylega się w ciągu 3-28 dni⁴²⁷.

Do zakażenia dochodzi głównie poprzez drogę płciową, ale zdarzają się przypadki zakażenia kobiet przez urządzenia sanitarne i przybory toaletowe. Wynika to z tego, iż rzęsistki mają zdolność przetrwania w środowisku wilgotnym do 24 godzin. Są znane przypadki zakażenia wśród lesbijek, do których dochodziło przy użyciu palców lub zabawek erotycznych⁴²⁸. Choroba występuje zazwyczaj u osób zmieniających często partnerów seksualnych⁴²⁹.

U ok. 35% mężczyzn, którzy mieli kontakt z chorą kobietą, wykrywa się rzęsistki w drogach moczowo- płciowych. Z uwagi na to, że środowisko cewki moczowej u mężczyzn, inaczej niż pochwa u kobiet, nie sprzyja namnażaniu się rzęsistków, odsetek dodatnich wyników w kierunku rzęsistkowicy u nich jest mniejszy⁴³⁰.

Zarażenie u kobiet obejmuje srom, pochwę i szyjkę macicy, zazwyczaj nie rozszerza się na macicę. Powierzchnia błon śluzowych jest wrażliwa na ból, pojawia się stan zapalny, powstają nadżerki pokryte żółtą i pienistą wydzieliną. Dochodzą do tego obfite upławy, świąd sromu i odczucie pieczenia. Upławy są barwy szarej, czasem żółtozielonej i w 20% przypadków mocno cuchną. Objawy nasilają podczas miesiączki lub zaraz po jej zakończeniu. U mężczyzn zakażenie obejmuje gruczoł krokowy, cewkę moczową i pęcherzyki nasienne. U 10% mężczyzn pojawia się rzadka, biaława wydzielina z cewki moczowej⁴³¹.

U ok 5% mężczyzn rzęsistkowica jest przyczyną nierzęzączkowego zapalenia cewki moczowej, natomiast u partnerek tych mężczyzn odsetek rzęsistkowicy pochwy wynosi 85%. Należy podkreślić, iż rzęsistkowica często współwystępuje z innymi chorobami wenerycznymi tj. chlamydia, rzeżączka oraz HIV⁴³².

Rzęsistek pochwowy może być przez dłuższy czas przyczyną utajnionego przewlekłego stanu choroby. W dogodnych warunkach może przejść w ostry stan w którym następuje silny rozwój rzęsistków oraz bakterii⁴³³. Okres wylegu trwa od kilku dni do 4 tygodni⁴³⁴.

⁴²⁷ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s.94.

⁴²⁸ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s.93.

⁴²⁹ W. Bruhl, R. Brzozowski: Vademecum...,s. 652.

⁴³⁰ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s. 93.

⁴³¹ E. Jawetz, J.L. Melnick, E.A. Adelberg: Przegląd...,s. 812.

⁴³² T.F. Mroczkowski: Choroby...,s. 93.

⁴³³ R. Klimek: Ginekologia..., s. 489.

⁴³⁴ W. Bruhl, R. Brzozowski: Vademecum...,s. 652.

Rzęsistkowicę można stwierdzić po wykonaniu badania mikroskopowego lub w wyniku hodowli⁴³⁵. W czasie badania, u kobiety, obserwuje się czerwony i bolesny srom, zaczerwienienie przedsionka pochwy i samej pochwy. Na szyjce macicy można zaobserwować krwawe wybroczyny i podobne zmiany na ścianach pochwy. PH pochwy zmienia się w kierunku zasadowego- powyżej 5. Rozpoznanie następuje też poprzez wykrycie rzęsistków w wydzielinie z pochwy⁴³⁶.

Leczeniu powinni poddać się oboje partnerzy, nawet jeśli jeden z nich nie ma widocznych objawów⁴³⁷. Aby skutecznie wyleczyć rzęsistka należy podawać miejscowo i ogólnie metronidazol⁴³⁸. Po zakończeniu kuracji należy wykonać badania kontrolne, kobiety powinny zrobić je kilka dni po miesiączce i ponowić w kolejnym miesiącu⁴³⁹.

Przebycie choroby nie wytwarza odporności na nią, więc może dojść do ponownego zakażenia⁴⁴⁰.

2.2.4.2. Świerzb (*Scabies*)

Świerzb jest wywołwany przez świerzbowiec ludzki należący do roztoczy *Sarcoptes scabiei var. hominis*. Bytuje w ludzkiej skórze, drąży w niej kanały i namnaża się. Proces drążenia nie niszczy komórek, ponieważ świerzbowce produkują substancję chemiczną, która rozdziela warstwy komórki. Świerzbowiec ginie po dwóch dniach, gdy znajdzie się poza organizmem człowieka. Świerzbowce są aktywne zależnie od temperatury tzn. poniżej 16°C nieruchomieją, zaś powyżej 50°C giną. Zasięg występowania ich obejmuje cały świat, niezależnie od szerokości geograficznej i strefy klimatycznej. Epidemie świerzbu współtowarzyszą wojnom i przemieszczaniu się dużych grup ludzi. Ponadto zakażeniu sprzyja niedobór urządzeń sanitarnych i brak higieny⁴⁴¹.

Świerzb wylęga się w ciągu 2-3 tygodni od zakażenia, zaś objawy pojawiają się po 3-6 tygodniach. Zakażenie przenosi się w wyniku bezpośredniego kontaktu z zarażoną osobą, głównie przez stosunek płciowy. Rzadko zakażenie jest wynikiem używania ubrań lub przedmiotów chorej osoby⁴⁴².

⁴³⁵ W. Bruhl, R. Brzozowski: *Vademecum...*,s. 652.

⁴³⁶ T.F. Mroczkowski: *Choroby...*,s. 95.

⁴³⁷ W. Bruhl, R. Brzozowski: *Vademecum...*,s. 652.

⁴³⁸ E. Jawetz, J.L. Melnick, E.A. Adelberg: *Przegląd...*,s. 812.

⁴³⁹ W. Bruhl, R. Brzozowski: *Vademecum...*,s. 652.

⁴⁴⁰ E. Jawetz, J.L. Melnick, E.A. Adelberg: *Przegląd...*,s. 812.

⁴⁴¹ T.F. Mroczkowski: *Choroby...*,s. 227-228.

⁴⁴² T.F. Mroczkowski: *Choroby...*,s. 228.

W miejscu zakażenia widoczne są spuchnięte grudki, krostki i pęcherzyki. Zwykle symptomy umiejscowione są między palcami, na nadgarstkach, na tułowiu, w zgięciach, fałdach skóry i w okolicach narządów płciowych. Wyglądem przypominają pofalowane, kilkumilimetrowe korytarze z małym guzkiem na jednym końcu⁴⁴³. U mężczyzn objawy są widoczne na skórze worka mosznowego i prącia. U kobiet występują na wargach sromowych i skórze krocza. Towarzyszy temu silnie odczuwalny świąd skóry, który wzrasta po rozgrzaniu ciała np. ciepłą kąpielą⁴⁴⁴. Objawy nasilają się w porze nocnej, gdyż roztocza drążą wtedy kanały w skórze i rozmnażają się⁴⁴⁵.

Reakcja organizmu na zakażenie jest zależna od tego, czy świerzb występuje u osoby pierwszy raz, czy kolejny. W przypadku pierwotnego zakażenia przez ok. miesiąc choroba ma przebieg bezobjawowy. W tym czasie dokonuje dużych spustoszeń w organizmie. Nieleczony świerzb prowadzi do wtórnego zakażenia, czego objawem jest silna wysypka⁴⁴⁶.

Rozpoznanie określa się na podstawie zaobserwowania grudkowo- pęcherzowych wykwitów na skórze oraz wydrążonych nor świerzbowców, wzmożenia świądu w nocy, pojawienia się zmian u partnera seksualnego.

Leczenie polega na stosowaniu permetryny, różnego rodzaju żelu i maści. Po wyleczeniu nie powinno się nosić przez 2 tygodnie odzieży i bielizny, którą używało się podczas choroby. Należy ją wyprać w wysokiej temperaturze i wyprasować mocno rozgrzanym żelazkiem. Domownicy zakażonej osoby i jej partner seksualny powinni także poddać się leczeniu. Osoby zarażone świerzbem są bardziej narażone na zakażenia innymi chorobami wenerycznymi, toteż wskazane jest wykonanie przez nich badań w kierunku kiły, rzeżączki i chlamydii⁴⁴⁷.

2.2.4.3. Wszawica łonowa (*Pediculosis pubis*)

Wszawicę łonową wywołuje wesz łonowa *Phthirus pubis*. Jest ona jednym z trzech gatunków wszy pasożytujących na człowieku. Pozostałe gatunki to wesz odzieżowa (powoduje wszawicę skóry) i wesz głowowa (powoduje wszawicę głowy). Wesz łonowa jest najmniejsza, jej rozmiar wynosi 0,8 x 1,2 mm. Odżywia się co kilka godzin wysysając krew żywiciela. Wydziela przy tym substancję chemiczną, która zapobiega krzepnięciu krwi. Podczas

⁴⁴³ R. Sharm: Encyklopedia...,s. 131.

⁴⁴⁴ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s.227-228.

⁴⁴⁵ R. Sharm: Encyklopedia...,s. 131.

⁴⁴⁶ R. Sharm: Encyklopedia...,s. 132.

⁴⁴⁷ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s. 229-232.

tej czynności wydalą czerwone odchody, często widoczne gołym okiem. Wesz łonowa musi odżywiać się często, gdyż pozbawiona dostępu do pokarmu ginie w ciągu doby⁴⁴⁸.

Wszawica przenoszona jest najczęściej podczas kontaktów płciowych⁴⁴⁹. Zakaźność tego pasożyta jest bardzo duża i rzadko kiedy kontakt płciowy z zakażoną osobą nie prowadzi do zarażenia. Zakażenie następuje przy bezpośrednim kontakcie włosów łonowych zdrowej osoby z włosami łonowymi chorego partnera. Zakażenie inną drogą np. poprzez bieliznę, ręczniki, pościel, deskę klozetową należy do rzadkości. Najwięcej zachorowań notuje się w grupie ludzi bardzo młodych w wieku 15- 25 lat. U ok. 30% osób zakażonych wszawicą stwierdza się też inne choroby weneryczne tj. rzeżączkę, rzeżystkowicę i kiłę⁴⁵⁰.

Wesz łonowa pasożytuje zazwyczaj na owłosionej skórze wżgórka łonowego i krocza. Zdarza się, że występuje w innych miejscach pokrytych rzadkim owłosieniem np. na brzuchu, pod pachami, w pachwinach, na skórze brody i klatce piersiowej⁴⁵¹. Pasożyty te odpowiadają za powstawanie małych krostek i odczuwalny uciążliwy świąd. Jajeczka złożone przez pasożyty są bardzo mocno przyklejone do podstawy włosów łonowych. Ruch pasożytów można zauważyć np. w czasie kąpieli. Po usunięciu ich pincetką, na skórze widoczna jest mała kropla krwi⁴⁵². Intensywność odczuwanego świądu jest zależna od tego, czy jest to pierwsze, czy też kolejne zakażenie wszawicą. Przy pierwszym kontakcie z pasożytem może nie pojawić się swędzenie, jak również ukłucia wszy mogą być niezauważalne. Symptomy silnej alergii są widoczne po ok. 5 dniach. U części chorych następuje, po określonym czasie, niewrażliwość na ukąszenia wszy. Odnosi się to do ludzi z długotrwałym przebiegiem choroby np. u bezdomnych. Zmiany jakie występują na ciele są zwykle niewielkie. W miejscach ukąszeń pojawiają się swędzące grudki, a wokół nich skóra robi się zaczerwieniona i obrzęknięta. Drapanie zmian może prowadzić do powstania przeczosów, które mogą wnieść wtórne zakażenie.

Rozpoznanie polega na zaobserwowaniu: wszy gołym okiem lub za pomocą szkła powiększającego, przymocowanych do włosów jaj pasożytów, świądu w okolicy narządów płciowych lub łona oraz niewielkiego stanu zapalnego skóry.

Leczenie polega na zastosowaniu preparatu w postaci szamponu lub płynu, który należy zostawić na skórze przez 8-12 godzin. Po tygodniu terapii pacjenci powinni być skontrolowani, a w razie braku całkowitego wyleczenia należy ją powtórzyć. Przed podaniem środków trzeba

⁴⁴⁸ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s. 232-233.

⁴⁴⁹ R .Sharm: Encyklopedia...,s. 235.

⁴⁵⁰ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s. 232-233.

⁴⁵¹ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s. 232.

⁴⁵² R .Sharm: Encyklopedia...,s. 235.

ogolić włosy w obszarze objętym wszawicą. Bieliznę osobistą należy wyprać w wysokiej temperaturze i dobrze wysuszyć⁴⁵³.

2.3. Choroba zakaźna

Pojęcie choroby zakaźnej jest zdefiniowane w ustawie z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi⁴⁵⁴. Według art. 2 pkt 3 w/w ustawy, są to choroby, które zostały wywołane przez biologiczne czynniki chorobotwórcze. Biologicznym czynnikiem chorobotwórczym są zaś posiadające zdolność wywoływania objawów chorobowych drobnoustroje komórkowe lub wytwarzane przez nie produkty, zewnętrzne i wewnętrzne pasożyty człowieka lub wytwarzane przez nie produkty, cząstki bezkomórkowe zdolne do replikacji lub przenoszenia materiału genetycznego, w tym zmodyfikowane genetycznie hodowle komórkowe lub wytwarzane przez nie produkty (art. 2 pkt 2 w/w ustawy). Wśród nich ustawa jednocześnie wyróżnia specyficzną subkategorię – "chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną". Jest to choroba zakaźna łatwo rozprzestrzeniająca się, o wysokiej śmiertelności, powodująca szczególne zagrożenie dla zdrowia publicznego i wymagająca specjalnych metod zwalczania, w tym cholera, dżuma, ospa prawdziwa, wirusowe gorączki krwotoczne (art. 2 pkt 4). W załączniku do ustawy określony został wykaz obejmujący ogółem 59 pozycji zakażeń i chorób zakaźnych⁴⁵⁵.

Pojęcie „choroba zakaźna” obejmuje się także choroby szczególnie niebezpieczne i wysoce zakaźne⁴⁵⁶.

Przyczynami bezpośredniego zagrożenia życia w chorobach zakaźnych są:

1) działanie jądów właściwych(egzotoksyn):

- błonica, tężec i zatrucie jadem kiełbasianym prowadzą do niewydolności oddechowej

2) neuroinfekcje:

- bakteryjne (ropień mózgu, ropniak podtwardówkowy, gruźlica, kiła),
- grzybice (kandydoza),
- wirusowe (wścieklizna, opryszczkowe zapalenie mózgu, kleszczowe zapalenie mózgu, zapalenie mózgu w przebiegu odry, ospy wietrznej),
- pasożytnicze (malaria),

3) wstrząs endotoksyczny (w posocznicach),

⁴⁵³ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s. 232-235.

⁴⁵⁴ Dz.U. z 2021r., poz. 2069. ze zm.

⁴⁵⁵ R. Kokot w: Kodeks karny.... 2021, teza 14 do art. 161.

⁴⁵⁶ M. Budyn- Kulik w: Kodeks karny. Komentarz LEX Nr 140970.

- 4) krwotoczne postaci grypy z zajęciem układu oddechowego,
- 5) pierwotne wirusowe zapalenie mięśnia sercowego prowadzi do niewydolności krążenia,
- 6) ostra niewydolność wątroby w przebiegu WZW prowadzi do mocznicy i śpiączki⁴⁵⁷.

Zakres kryminalizacji art. 161 § 2–3 k.k. obejmuje nie tylko choroby zakaźne wymienione w załączniku do ustawy o chorobach zakaźnych, ale także inne choroby tego rodzaju, w tym także te, które mogą pojawić się w przyszłości. Przepis ten posługuje się ogólną charakterystyką chorób zakaźnych, nie zaś klauzulą odsyłającą do zamkniętego katalogu chorób wymienionych w ustawie.

Interpretacja art. 161 § 2 k.k. może budzić wątpliwości, odnośnie kategorii jednostek chorobowych wskazanych w dyspozycji tego przepisu, a mające swoje źródło w interpunkcji. Mając na uwadze reguły wykładni gramatycznej trzeba przyjąć, że art. 161 § 2 k.k. wskazuje bezpośrednio narażenie na zakażenie: 1)– chorobą weneryczną, 2)– zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną, 3) – zakaźną chorobą realnie zagrażającą życiu. Jeśli *ratio legis* tej regulacji płynie z potrzeby zwalczania zachowań powodujących "bezpośrednie narażenie na zarażenie", to w grę mogą wchodzić tylko choroby, którymi można się zakazić, a więc choroby zakaźne, a nie dowolne inne "ciężkie choroby nieuleczalne" lub "realnie zagrażające życiu". Nazwy te nie obejmują zatem swoim zakresem wszystkich jednostek chorobowych wskazanych w taki sam sposób w art. 156 § 1 pkt 2 k.k., a wyłącznie te, które mogą być spowodowane przez zakażenie wirusowe lub bakteryjne⁴⁵⁸.

B. Michalski podnosi, że „zawarte w art. 161 § 2 k.k. znamię „choroba zakaźna” obejmuje nie tylko te kategorie chorób wymienionych w ustawie o chorobach zakaźnych i zakażeniach, lecz również inne takie choroby, w tym „choroby zakaźne zwierząt”, a ponadto wszystkie choroby tego rodzaju, również takie, które nie wystąpiły jeszcze na terenie Polski (na przykład SARS) ani nawet na ś wiecie, mogą się natomiast pojawić w przyszłości. Nie jest to w żadnym wypadku wykładnia rozszerzająca przepisu art. 161 § 2 k.k., bo nie ogranicza się on do wskazanych w innych aktach pewnych „chorób zakaźnych”, a odmienny pogląd podważałby w ogóle sens typizacji omawianego występku, bowiem prowadziłby do wniosku, że narażenie bezpośrednio na zarażenie chorobą zakaźną niewpisaną do wymienionych wykazów czy też chorobą zakaźną dotychczas nieznaną jest bezkarne⁴⁵⁹.

Organizm człowieka stanowi dobre środowisko dla wielu chorobotwórczych wirusów, bakterii, grzybów i innych drobnoustrojów. Osiedlenie się i rozwój mikrobów

⁴⁵⁷ Grupa IX V rok: Choroby..., s. 23.

⁴⁵⁸ R. Kokot w: Kodeks karny...2021, teza 15 do art. 161.

⁴⁵⁹ B. Michalski w: Kodeks karny..., s. 6.

chorobotwórczych w organizmie jest określane jako infekcja⁴⁶⁰. Wśród chorobotwórczych czynników biologicznych zazwyczaj wyróżnia się wirusy i drobnoustroje (np. bakterie), które powodują choroby zakaźne, oraz pasożyty (np. pierwotniaki, płazińce, nicienie, grzyby)⁴⁶¹. Wiele wirusów i bakterii, atakując narządy wewnętrzne i ich układy, potrzebuje obecności wektora, czyli czynnika przenoszącego. Różnią się one stopniem patogeniczności (chorobotwórczości), czyli możliwością wywołania choroby. Cechują się zjadliwością, czyli zdolnością do pokonywania naturalnej bariery ochronnej organizmu, wnikaniem do jego wnętrza i rozmnażaniem się. Im bardziej zjadliwy bodziec chorobotwórczy, tym jego mniejsza dawka wystarcza do skutecznego zarażenia⁴⁶².

Choroba jest reakcją organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, charakteryzująca się zaburzeniami w działaniu i współdziałaniu narządów i tkanek⁴⁶³. Polega na nieprawidłowym funkcjonowaniu organizmu lub uszkodzeniu jego struktury. O powstaniu schorzenia można mówić wtedy, gdy działanie bodźca chorobotwórczego skutkuje przekroczeniem zdolności organizmu do adaptacji, co z kolei prowadzi do niepożądanych i szkodliwych następstw. Choroba to dynamiczna reakcja ustroju na działanie czynnika chorobotwórczego; prowadzi do zaburzeń naturalnego współdziałania narządów i tkanek, a w następstwie — do zaburzeń czynnościowych, zmian w narządach i całym ustroju⁴⁶⁴.

2.3.1.SARS COVID- 19

W dniu 31 grudnia 2019 r. w mieście Wuhan (Chiny, prowincja Hubei) wykryto zapalenie płuc spowodowane infekcją nieznanym dotąd koronawirusem nazywanym początkowo 2019-nCoV. Od lutego 2020 r. wirus oficjalnie nosi nazwę SARS-CoV-2 (ang. *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavi-rus 2*), a wywoływana przez niego choroba COVID-19 (ang. *Coronavirus Disease 2019*). Koronawirusy dzieli się na cztery rodzaje: α - i β -koronawirusy, które są patogenne dla ssaków oraz γ - i δ -koronawirusy, które wywołują choroby u ptaków. Wirus SARS-CoV-2 jest siódmym z poznanych koronawirusów mogących zainfekować człowieka. Wszystkie z nich, odpowiadają za choroby układu oddechowego. Wirusy SARS-CoV i MERS-CoV są znacznie bardziej patogenne, wykazują też więcej podobieństw do SARS-CoV-2. SARS-CoV jest odpowiedzialny za epidemię, która rozpoczęła się w 2002, a zakończyła w 2003 r. Infekcje MERS-CoV odnotowuje się u ludzi od 2012 r., w

⁴⁶⁰ K. Spalik: Biologia, Podręcznik...,s. 331-335.

⁴⁶¹ K. Spalik: Biologia, Podręcznik...,s. 326.

⁴⁶² K. Spalik: Biologia... ,s. 331-335.

⁴⁶³ K. Spalik: Biologia...,s. 325.

⁴⁶⁴ P. Królik: Choroba..., s. 5.

większości przypadków na terenie Arabii Saudyjskiej. Współczynniki śmiertelności wywoływanych przez nich chorób wynoszą około 11% dla SARS-CoV i 35% dla MERS-CoV. Według danych WHO na dzień 15.04.2020 r. śmiertelność wirusa SARS-CoV-2 wynosi około 6,4%⁴⁶⁵.

Wirus SARS-CoV-2 przenosi się drogą kropelkową. Do infekcji może dojść zarówno w wyniku bezpośredniego kontaktu z nosicielem, jak i pośredniego – poprzez styczność z otoczeniem, w którym wcześniej przebywała osoba zakażona. Materiałem, w którym bada się obecność wirusa SARS-CoV-2 są wydzieliny pozyskiwane z dróg oddechowych pacjenta (popłuczyny oskrzelowo-pęcherzykowe, ślina, wymaz z gardła). Na obecną chwilę głównym badaniem rekomendowanym przez WHO i Centra Kontroli i Prewencji Chorób (ang. *Centers for Disease Control and Prevention, CDC*) jest test pozwalający na wykrycie RNA wirusa w badanej próbce. Zmiany w miąższu płuc powodowane przez SARS- -CoV-2 mogą zostać uwidocznione w TK. COVID-19 charakteryzuje się występowaniem objawów grypopodobnych. Najczęstszym symptomem była gorączka (92,8%), następnie kaszel (69,8%), duszności (34,5%), bóle mięśni (27,7%), ból głowy (7,2%) i biegunka (6,1%)⁴⁶⁶.

W niektórych przypadkach choroba COVID-19 skutkuje ostrą niewydolnością serca, uszkodzeniem nerek lub innych organów, czy sepsą, które są śmiertelnie niebezpieczne. Aktualnie wskazuje się, że ok. 1 na 5 osób, które zachorują wymaga hospitalizacji. Osoby cierpiące na choroby przewlekłe, zwłaszcza układu krążenia, dotknięte upośledzeniem układu immunologicznego oraz osoby powyżej 60. roku życia są bardziej narażone na zgon wskutek zachorowania na COVID-19. Z tych wszystkich względów należy przyjąć, że COVID-19 jest zakaźną chorobą realnie zagrażającą życiu w rozumieniu art. 161 § 2 k.k. Przy aktualnym stanie wiedzy i możliwościach medycznych leczenia, narażenie na zakażenie wirusem SARS-CoV-2, prowadzącym do wytworzenia się ostrej choroby zakaźnej dróg oddechowych (COVID-19), może prowadzić do realizacji znamion czynu z art. 161 § 2 lub 3 k.k.⁴⁶⁷.

⁴⁶⁵ L. Pawlik, E. Śpiołek, J. Fichna, A. Tarasiuk: Charakterystyka wirusa SARS-CoV-2 i potencjalne farmakologiczne sposoby leczenia, *Postępy Biochemii* 2020, Nr 2, s. 1.

⁴⁶⁶ L. Pawlik, E. Śpiołek, J. Fichna, A. Tarasiuk: Charakterystyka...,s. 3-5.

⁴⁶⁷ K. Wiak w: *Kodeks Karny...2021*, teza 1 do art. 161.

2.4. Ciężka choroba nieuleczalna

Ciężka choroba nieuleczalna jak sama nazwa wskazuje jest po pierwsze chorobą ciężką, czyli w znaczeniu językowym groźną, niebezpieczną dla życia⁴⁶⁸, oraz nieuleczalną, czyli taką, której nie można wyleczyć⁴⁶⁹.

„Ciężką chorobę nieuleczalną” określa się jako „poważny proces patofizjologiczny, który nie ustępuje w ogóle pod wpływem leczenia”, „ciężki stan chorobowy, który wystąpił po urazie, a przy użyciu znanych na danym etapie rozwoju medycyny środków i metod leczenia nie rokuje wyzdrowienia”⁴⁷⁰. Choroba ta musi być zarówno „nieuleczalna” jak i „ciężka”, co oznacza, że w ocenie tego rodzaju ciężkiego uszczerbku na zdrowiu ważny jest przebieg takiej choroby, zarazem gwałtowny, przy chorobach ostrych, jak i chorobach przewlekłych oraz chorób, przy których następują poważne nieprawidłowości w czynnościach organizmu.

Definicje słów zawarte w tym zwrocie są wyjątkowo nieprecyzyjne: ciężki, mający duży ciężar, dużo wazący, z trudem poruszający się, mocny, silny, wymagający dużo trudu, poważny, przytłaczający, przykry, bolesny, dotkliwy. Jako przykłady wymieniane są m.in.: „stany chorobowe: groźne, niebezpieczne, poważne, budzące obawę o życie”. „Nieuleczalny” to niedający się wyleczyć, niemożliwy do wyleczenia⁴⁷¹.

„Choroba nieuleczalna” to choroba, która według aktualnego stanu wiedzy medycznej jest niemożliwa do wyleczenia z uwagi na brak efektywnego leku lub niemożność wykonania leczenia, które jest skuteczne (np. paraliż kończyn dolnych wywołany przerwaniem rdzenia kręgowego). W literaturze definiuje się, że ciężka choroba nieuleczalna to rozstrój zdrowia, który na obecnym poziomie medycyny jest nieuleczalny, a także taki, w przebiegu którego szansa uzyskania względnie trwałej poprawy mieści się w granicach kilku procent przypadków⁴⁷².

Przez „ciężką chorobę nieuleczalną” uważa się np. „poważny proces patofizjologiczny, który nie ustępuje w ogóle pod wpływem leczenia”, „ciężki stan chorobowy, który wystąpił po urazie, a przy użyciu znanych na danym etapie rozwoju medycyny środków i metod leczenia nie rokuje wyzdrowienia”. Jako przykłady podaje się m.in. ciężkie postaci padaczki pourazowej, tętniak pourazowy tętnicy głównej, zniekształcenie klatki piersiowej będące przyczyną nieuleczalnego schorzenia narządu oddechowego, ciężkie przewlekłe choroby nerek po przebytych zatruciu. Choroba nieuleczalna nie musi pojawić się bezpośrednio po urazie,

⁴⁶⁸ Praktyczny Słownik współczesnej polszczyzny, red. H. Zgólkowa, t. 7, Poznań 1996, s. 239.

⁴⁶⁹ Praktyczny Słownik współczesnej polszczyzny, red. H. Zgólkowa, t. 24, Poznań 1999, s. 160.

⁴⁷⁰ W. Grudziński: Przepięstwa umyślnego uszkodzenia ciała, Warszawa 1968, s. 200.

⁴⁷¹ Słownik języka polskiego, red. M. Szymczak, Warszawa 1995.

⁴⁷² Z. Marek: Wybrane problemy opiniowania sądowo-lekarskiego, Kraków 2004, s. 38.

a jej przebieg nie zawsze musi być ostry⁴⁷³. Nierealne jest ukazanie tej postaci choroby w sposób abstrakcyjny, gdyż każdy człowiek inaczej reaguje na bodźce zewnętrzne i na leczenie⁴⁷⁴. Z definicji dotyczących „ciężkiej choroby nieuleczalnej” jako jednej z postaci wskazanego w art. 156 § 1 pkt 2 k.k. „ciężkiego uszczerbku na zdrowiu” wynika jasno, że choroba taka ma charakter głównie pourazowy, czyli nie została wywołana „zarażeniem nią” innej osoby i dlatego nie można przełożyć tak zdefiniowanych chorób na grunt art. 161 § 2 k.k., gdyż zawarte w tym przepisie pojęcie „ciężka choroba nieuleczalna” odnosi się jedynie do choroby, która może być wywołana wyłącznie przez zarażenie nią innej osoby. Z tego powodu warunkiem odpowiedzialności na podstawie art. 161 § 2 k.k. za „narażenie bezpośrednio innej osoby na zarażenie” we wskazanym zakresie jest to, by choroba była nie tylko „nieuleczalna”, ale jednocześnie „ciężka”, z uwagi na jej przebieg, objawy, dolegliwości dla chorego itp. Właśnie ta ostatnia, ustawowo wskazana cecha choroby, istotnie ogranicza zakres stosowania tego przepisu, gdyż nie odnosi się do chorób, które są wprawdzie nieuleczalne, jednakże sam ich przebieg nie może być określony jako „ciężki”⁴⁷⁵.

2.5. Choroba realnie zagrażająca życiu

"Realność" to słowo jednoznaczne, ale mało jasne i wyraźne. Starając się dać odpowiedź na pytanie, co właściwie znaczy "być realnym" lub co jest realne, a co nie, napotyka się trudność, co jest potwierdzeniem braku jasności i wyrazności. Słowo "realna" także jest chwiejne. Coś może być wszakże mniej lub bardziej realne. "Życie" jest wyrazem wieloznacznym, jasnym, wyraźnym i niechwiejnym⁴⁷⁶. Słowo realny oznacza "rzeczywisty, prawdziwy, faktyczny, możliwy do zrealizowania; osiągalny, liczący się z faktami, rozsądny"⁴⁷⁷.

W doktrynie zawarcie w art. 161 § 2 k.k. pojęcia „choroba realnie zagrażająca życiu” uznaje się za błąd ustawodawcy, gdyż bardziej odpowiedni byłby termin „choroba zazwyczaj zagrażająca życiu”, gdyż nie da się „z natury rzeczy powiedzieć, czy choroba ta zagrażałaby

⁴⁷³ Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie Niebieska Linia na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (dostęp 20.07.2018).

⁴⁷⁴ H. Popławski: Medyczno-prawne aspekty ciężkiego uszkodzenia ciała, NP 1977, Nr 4, s. 489.

⁴⁷⁵ M. Mozgawa :Bezprawne pozbawienie wolności w: Przepęstwa przeciwko dobrom indywidualnym. System Prawa Karnego., red. J. Warylewski, t. 10, Warszawa 2016 s.323.

⁴⁷⁶ Wyr.SN z 04.02.2000 r., V KKN 137/99, OSNKW 2000, Nr 3–4, poz. 31; podobnie: wyr. SA w Katowicach z 14.03.2002 r., II AKA 7/02, Prok. i Pr. –wkł. 2002, Nr 12, poz. 29; wyr. SA w Krakowie z 18.05.2000 r., II AKA 66/00, KZS 2000, Nr 6, poz. 13.

⁴⁷⁷ <https://sjp.pl/realny> (dostęp 17.11.2021).

realnie życiu, gdyby pokrzywdzony zaraził się nią w rzeczywistości”⁴⁷⁸. Ocena, czy dana choroba faktycznie „realnie zagrażała życiu” możliwa jest dopiero po jej wywołaniu.

Zagrażać to "postraszyć czymś kogoś, zapowiedzieć coś złego, ostrzec przed groźbą" lub "stać się niebezpiecznym, groźnym dla kogoś, czegoś". Życie to "stan organizmu polegający na nieprzerwanym ciągu biochemicznych procesów przemiany materii i energii"⁴⁷⁹.

Kwestia ta związana jest z różnicami poglądów, jakie występują w literaturze w okresie wcześniej obowiązujących regulacji odnośnie do określenia znaczenia pojęcia „zagrożenie życia” wynikającego z choroby. Problemem było, czy przez „zagrożenie życia” trzeba rozumieć chorobę zagrażającą życiu jedynie potencjalnie, rodzącą możliwość, duże prawdopodobieństwo śmierci⁴⁸⁰, czy też o zagrożeniu życia winny rozstrzygać wyłącznie takie sytuacje, w których faktycznie doszło do realnego, bezpośredniego zagrożenia życia w wyniku pojawienia się ciężkich objawów klinicznych⁴⁸¹. W pierwszym wypadku chodzi głównie o obiektywne właściwości określonej choroby, wskazywane dla niej w medycynie, a zagrożenie dla życia człowieka wynikało z elementów takich jak proces choroby, rokowania jej leczenia, ilość spowodowanych nią zgonów itp. W drugiej zaś sytuacji chodzi o chorobę, która z uwagi na jej rodzaj lub wyjątkowo ostry przebieg powoduje stan poważnego, realnego wywołania śmierci człowieka, nawet wtedy gdy jej obiektywne właściwości nie wskazują zagrożenia dla życia. Pierwsze z wymienionych stanowisk przyjęto w art. 155 § 1 pkt 2 k.k. z 1969 r. przez określenie „choroba zazwyczaj zagrażająca życiu”, drugie zaś – w art. 156 § 1 pkt 2 k.k. z 1997 r., w którym słowo „zazwyczaj” zastąpiono słowem „realnie”. Zmiana ta w literaturze spotkała się zarazem z akceptacją⁴⁸², jak i z krytyką⁴⁸³. W praktyce często jest tak, że dany, faktycznie wywołany negatywny skutek dla zdrowia ludzkiego klasyfikuje się jako chorobę zarówno „zazwyczaj”, jak i „realnie” zagrażającą życiu.

⁴⁷⁸G. Bogdan w: Kodeks karny...2013, s. 316.

⁴⁷⁹ Słownik języka polskiego, pod red. M. Szymczaka, Warszawa 1995.

⁴⁸⁰ W. Grzywo-Dąbrowski: Podręcznik medycyny sądowej dla studentów medycyny i lekarzy, Warszawa 1948, s. 329.

⁴⁸¹ W. Grudziński, J.Z. Walczyński: Interpretacja sądowo-lekarska pojęcia choroby zagrażającej życiu, Warszawa 1962, s. 1304; A. Jakliński, J. Kobiela: Medycyna sądowa, Warszawa 1972, s. 363; W. Lewkowski, E. Orszański: Obrażenia ciała z art.155 § 1 k.k. w aspekcie sądowo-lekarskim. Materiały VI Szczecińskiego Sympozjum Naukowego. Szczecin–Morzeczyn (9–30 września 1974), s. 201; B. Popielski, J.Z. Walczyński: Medycyna Sądowa. PZWL Warszawa, 1972, s. 848.

⁴⁸²G. Bogdan w: Kodeks karny....., red. A. Zoll, t. 2; z tym, że autor ocenia tę regulację pozytywnie w zakresie znamienia z art. 156 § 1 pkt 2 KK, krytycznie natomiast w kontekście art. 161 § 2, twierdząc, że w tym wypadku bardziej adekwatny byłby termin „choroba zazwyczaj zagrażająca życiu”.

⁴⁸³ K. Daszkiewicz: Kodeks..., s. 326 i n. Zdaniem autorki, zmiana tego określenia może prowadzić do tego, że konkretny uraz, zazwyczaj zagrażający życiu, nie może zostać uznany w pewnych sytuacjach za „realnie” zagrażający życiu, np. w wypadku szczególnej, indywidualnej odporności organizmu pokrzywdzonego, szybkiej i skutecznej pomocy medycznej itp., co stanowiłoby swoistą, niczym nieusprawiedliwioną „premię” dla sprawcy.

Pojęcie „choroba zazwyczaj zagrażająca życiu” a „choroba realnie zagrażająca życiu” zostały wprost wyjaśnione w orzecznictwie Sądu Najwyższego, że „określenia te nie mogą być uznane za synonimy. Słowo „zazwyczaj” może być uznane za synonim słowa „najczęściej”, „w przeważającej liczbie wypadków” (co oznacza, że mogą być wypadki odmienne), podczas gdy słowo „realnie” nie odnosi się do przeważającej liczby wypadków, lecz do konkretnego, jednostkowego wypadku, w którym owa realność zagrożenia życia musi być jednoznacznie ustalona”⁴⁸⁴.

Choroba realnie zagrażająca życiu nie musi być ani ciężka, ani długotrwała, ani tym bardziej nieuleczalna. Musi natomiast wiązać się z takim stanem zdrowia człowieka, który można uznać za stan "na pograniczu życia i śmierci"⁴⁸⁵. Możliwe są zarówno takie sytuacje, kiedy ze względu na szczególne, osobnicze właściwości zdrowotne objawiające się wyjątkową odpornością organizmu pokrzywdzonego, choroba "zazwyczaj" zagrażająca życiu nie wywoła stanu realnego ryzyka dla pacjenta, z drugiej zaś strony, nie zachodzą przeszkody do przyjęcia realizacji tego znamienia, gdy w indywidualnym przypadku, np. z powodu obniżonej odporności organizmu, ryzyko takie powstało, mimo iż z reguły i przeciętnie z daną jednostką chorobową niebezpieczeństwo takie się nie wiąże.

Każda choroba realnie zagrażająca życiu, niezależnie od długości jej trwania, powinna być przyjęta za ciężki uszczerbek na zdrowiu, gdyż jest najdalej idącym następstwem działania sprawcy, obrazującym intensywność i skuteczność bezpośredniego i umyślnego charakteru tego działania. Prawdopodobieństwo zagrożenia utratą życia nie jest uzależniona od czasu istnienia takiego stanu. Choroba realnie zagrażająca życiu, jest wtedy, gdy obrażenia ciała lub rozstrój zdrowia są tak duże, że nawet w wypadku szybkiego i intensywnego postępowania leczniczego w każdej chwili może doprowadzić do śmierci⁴⁸⁶.

Jako właściwości charakteryzujące „chorobę realnie zagrażającą życiu”, jedną z postaci określonego w art. 156 § 1 pkt 2 k.k. „ciężkiego uszczerbku na zdrowiu”, podaje się w orzecznictwie takie określenia, jak „stan, w którym następuje poważne zaburzenie podstawowych czynności układów narządów, np. ośrodkowego układu nerwowego, układu oddechowego lub krążenia, z powodu którego w każdej chwili można spodziewać się zahamowania i ustania ich czynności, a zatem zgonu”, „takie następstwa obrażeń ciała, które pomimo w porę podjętego leczenia i w pełni prawidłowego postępowania leczniczego z reguły

⁴⁸⁴ Wyr. SN z 04.02.2000 r., V KKN 137/99, OSNKW 2000, Nr 3–4, poz. 31; podobnie: wyr. SA w Katowicach z 14.3.2002 r., II AKA 7/02, Prok. i Pr. –wkł. 2002, Nr 12, poz. 29; wyr. SA w Krakowie z 18.5.2000 r., II AKA 66/00, KZS 2000, Nr 6, poz. 13.

⁴⁸⁵ W. Grudziński: *Przestępstwa...*, s. 92.

⁴⁸⁶ T. Sroka w: *Kodeks karny. Wybór orzecznictwa*, LEX Nr 172559.

kończą się zejściem śmiertelnym”, „dynamiczny przebieg, nieprzerwany odpowiednim leczeniem, przy czym bez znaczenia jest okres leczenia takiej choroby”⁴⁸⁷.

"Choroba realnie zagrażająca życiu" to postać ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, która sprawia dużo problemów interpretacyjnych. Pod względem logicznym pojęcie jest proste. Semantycznie - zwraca uwagę brak wyrazności pojęcia, będący głównie wadliwością językową słowa "realna". Jest to jedno z niewielu pojęć, przy których tak ewidentnie widzi się potrzebę dokładnego przestrzegania zasad prawa karnego i opiniowania sądowno-lekarskiego podczas prób interpretacji. Zasadniczym problemem dla lekarza w tym przypadku staje się odróżnienie skutków samego czynu sprawcy od realnych następstw biologicznych. Nie zawsze są one tożsame. Zasadą jest ocenianie czynu sprawcy i wywołanego nim uszczerbku na zdrowiu, z wyłączeniem wszystkiego tego, co ma wpływ na ostateczny stan zdrowia pokrzywdzonego, a jest niezależne od sprawcy. Forma, na którą składa się konsekwencja biologiczna - "choroba" i jej hipotetyczne skutki - możliwość utraty życia, to kolejna norma wymagająca interpretacji. Chodzi tu o specjalną postać choroby, kwalifikowaną jako "realne zagrożenie życia". To realne zagrożenie może być skutkiem zarazem wykładników patofizjologicznych, które można spostrzec u pokrzywdzonego, jak i z istoty obrażeń - jeśli pozwala to na spostrzeżenie, że nieunikniony ciąg zdarzeń doprowadziłby do zgonu. Za "chorobę realnie zagrażającą życiu" należy więc uważać takie uszkodzenie lub stan pourazowy, w którym pojawiają się niebezpieczne zaburzenia czynności fundamentalnych dla życia układów (krążenia, oddychania, ośrodkowego układu nerwowego, homeostazy chemicznej lub immunologicznej), lub dalszy nieuchronny ciąg wydarzeń, który prowadziłby do takich zaburzeń i w rezultacie - do śmierci⁴⁸⁸.

Jest to pewien szczególny stan, w którym zachodzi zagrożenie dla życia. Współistnieje konkretny skutek biologiczny - "choroba" i jednocześnie jej następstwa "realna możliwość utraty życia". Określenie hipotetycznego skutku choroby sprawia trudność. Wymaga do połączenia w toku procesu myślowego, jakim jest opiniowanie sądowno-lekarskie, dwóch hipotez. Pierwsza to pojawienie się skutku materialnego - "choroby", druga to występowanie hipotetycznej możliwości utraty życia. Zgon mógł nastąpić, ale nie nastąpił. Na dowiedzenie tych hipotez należy znaleźć dowody. Tylko pokazanie istnienia obydwu konsekwencji czynu

⁴⁸⁷ Wyr. SN z 15.09.1983 r., II KR 191/83, OSP 1984, Nr 9, poz. 192; wyr. SN z 27.12.1979 r., II KR 192/79, Legalis 21826; wyr. SN z 17.02.1986 r., II KR 20/86, OSNPG 1986, Nr 11, poz. 145.

⁴⁸⁸ T. Jurek: Opiniowanie sądowno-lekarskie w przestępstwach przeciwko zdrowiu, Warszawa 2010, s.79-80.

sprawcy - biologicznego - choroby i realnej możliwości utraty życia, umożliwia wypełnienie dyspozycji przepisu⁴⁸⁹.

W orzecznictwie przyjmuje się za chorobę realnie zagrażającą życiu uważa się taką, która nieleczona prowadziłaby do zgonu. Wskazuje się, że "obrażenia ciała pobitego spowodowane przez oskarżonego (stłuczenie mózgu i krwiak pod oponą twardą mózgu) odpowiadają cechom choroby realnie zagrażającej życiu, bowiem gdyby nie pilne przeprowadzenie właściwego zabiegu operacyjnego, doszłoby zapewne do zgonu ofiary"⁴⁹⁰. Sąd Najwyższy stwierdza, iż: "Za chorobę realnie zagrażającą życiu (...) należy uznać takie następstwa obrażeń ciała, które mimo w porę podjętego, w pełni prawidłowego postępowania leczniczego z reguły kończą się zejściem śmiertelnym"⁴⁹¹ oraz „...jej dynamiczny przebieg, nieprzerwany odpowiednim leczeniem decyduje o tym, że jest chorobą realnie zagrażającą życiu"⁴⁹².

W literaturze medycznej co do pojęcia tej choroby występują dwa rozbieżne stanowiska. Utrzymuje, że w stanie zdrowia pokrzywdzonego powinny wystąpić fizjologiczne objawy realnego zagrożenia życia. Za takie uważa się oznaki ostrej niewydolności krążeniowo-oddechowej lub wstrząsu. Przyjmuje się, że choroba realnie zagrażająca życiu to każdy przypadek, w którym proces choroby i jej charakter sprawiał, iż bez pomocy medycznej lub ustania działania czynnika wywołującego zagrożenie doszłoby do zgonu⁴⁹³.

Uważa, że gdy "organizm balansuje pomiędzy życiem a śmiercią i nawet prawidłowa interwencja lekarska niejednokrotnie nie pozwala na uratowanie" to nie ma wątpliwości, że jest to choroba realnie zagrażająca życiu. O "balansowaniu" nie decyduje pierwotne schorzenie, a jego skutki. Jego zdaniem nie można jednak sklasyfikować tak sytuacji, w których pierwotna ingerencja zapobiegła wystąpieniu właśnie takich skutków⁴⁹⁴.

Choroba realnie zagrażająca życiu powstaje nie tylko w wyniku jednorazowego, groźnego dla życia urazu, ale może być też skutkiem wielu obrażeń, z których każde z osobna wywołuje naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia jedynie na okres powyżej 7 dni, a których suma pociąga za sobą takie następstwo. Cechami tej postaci uszczerbku na zdrowiu uważa się takie czynniki, jak stan, w którym dochodzi do poważnych zaburzeń podstawowych czynności układów narządów, np. ośrodkowego układu nerwowego, układu oddechowego lub krążenia, w wyniku którego w każdym momencie może dojść

⁴⁸⁹ T. Jurek: Opiniowanie... ,s.57-59.

⁴⁹⁰ Wyr. SA w Krakowie z 22.11.2001 r., II AKa 270/01, KZS 2001, Nr12, poz. 28.

⁴⁹¹ Wyr. SN z 27.12.1979 r., II KR 192/79, Legalis Nr 21826.

⁴⁹² Wyr. SN z 17.02.1986 r. II KR 20/86, OSNPG 1986, Nr 11, poz. 145.

⁴⁹³ T. Jurek: Opiniowanie... ,s.71.

⁴⁹⁴ J.A. Berent, K. Śliwka: Ewolucja pojęcia "choroby zagrażającej życiu", w kolejnych kodeksach karnych, t. 47, Arch. Med. Sąd. Krym. 1997,s. 283-292.

do zahamowania i ustania ich czynności, czyli zgonu, takie skutki obrażeń ciała, które mimo podjętego leczenia i w pełni właściwego postępowania leczniczego z reguły kończą się śmiercią, szybki przebieg, nieprzerwany stosownym leczeniem, natomiast nie ma znaczenia czas leczenia danej choroby. Jako przykłady takiej choroby wskazuje się m.in. złamanie kości podstawy czaszki, ciężkie stłuczenie i wstrząśnienie mózgu połączone z utratą przytomności przez dłuższy czas, rana serca, rana drażąca jamy brzusznej połączona z uszkodzeniem jej narządów i zapaleniem otrzewnej, ciężki stan pokrwotoczny, duży tętniak pourazowy grożący pęknięciem, ogólne zakażenie pod postacią posocznicy lub ropnicy itp. W określonych stanach faktycznych za realne zagrożenie życia podaje się np. „wywołaną uciskiem szyi duszność znacznego stopnia, powodującą zaburzenia w dopływie tlenu do tkanki mózgowej, która może doprowadzić do zejścia śmiertelnego albo do powstania uchwytynych zmian w mózgu”, „stłuczenie mózgu i krwiak pod oponą twardą mózgu”, „uraz czaszkowo-mózgowy, stłuczenie mózgu, krwawienie podpajęczynówkowe i podtwardówkowe mózgu”, „rana kłuta brzucha połączona z uszkodzeniem jelita ciężkiego i krezki oraz uszkodzenie mięśnia lędźwiowego”⁴⁹⁵. Z pewnością tego rodzaju skutki klasyfikują się nie tylko jako „choroba zazwyczaj zagrażająca życiu”, z uwagi na ich obiektywne właściwości powodujące bezpośrednie zagrożenie dla życia, ale także jako „choroba realnie zagrażająca życiu” konkretnej już osoby, jednakże niewątpliwym jest, że z powodu pourazowego charakteru tych „chorób” nie kwalifikują się one do pogrupowania ich z „chorobami realnie zagrażającymi życiu” w rozumieniu art. 162 § 2 k.k., w którym odnosi się wyłącznie do „chorób realnie zagrażających życiu”, którymi można „zarazić” inną osobę (gorączka krwotoczna Ebola (VHF), choroba wirusowa prowadząca zwykle do śmierci)⁴⁹⁶.

3. Problem zgody dysponenta

Niejednoznacznie wygląda kwestia prawnokarnej skuteczności zgody dysponenta dobra na stworzenie stanu narażenia na zarażenie. W literaturze wyłącza się taką możliwość w odniesieniu do przestępstw przeciwko życiu lub zdrowiu. Aczkolwiek art. 161 k.k. nie kategoryzuje naruszenia tych dóbr, a sprowadzenie określonego niebezpieczeństwa takiego naruszenia. to nie chodzi w nim jedynie o uchronienie jednostki przed zakażeniem wirusem HIV lub chorobą zakaźną, ale też zapobieganie rozprzestrzenianiu się zagrożenia epidemiologicznego, a więc o ochronę zdrowia publicznego. Jeśli więc zachowanie sprawcy

⁴⁹⁵ Ogólnopolskie Pogotowie... (dostęp 20.07.2018).

⁴⁹⁶ J. Raglewski w: System prawa karnego. Kary i środki karne. Podanie sprawcy próbie, red. M. Melezini, t. 6, Warszawa 2010, s. 642.

jest nie tylko ryzykowne dla określonej osoby będącej dysponentem dobra zagrożonego, ale jest także zachowanie relewantne epidemiologicznie, prawo do wyrażenia skutecznej zgody na wytworzenie stanu takiego ryzyka jest dyskusyjne⁴⁹⁷. Z drugiej jednak strony, nie można tracić z pola widzenia, że ryzyko zakażenia wirusem HIV często wiąże się z zachowaniami podejmowanymi w warunkach dobrowolności i prywatności życia seksualnego. Negowanie prawnokarnej skuteczności zgody wskazanej w takich okolicznościach oddziaływałoby na autonomię jednostki i stanowiło nadmierną ingerencję prawa karnego w sferę jej praw podmiotowych. W związku z tym trzeba przyjąć, że w zakresie tego rodzaju narażenia na zakażenie, zgoda dysponenta jest prawno-karnie istotna. Pośrednio za takim stanowiskiem może przemawiać też wnioskowy tryb ścigania (art. 161 § 3 k.k.), uzależniający odpowiedzialność sprawcy od woli osoby narażonej na zakażenie⁴⁹⁸.

Argumentację takiego stanowisko można wzmocnić również na innej płaszczyźnie, odwołując się do zasady autonomii ofiary w kontekście możliwości przypisania skutku. Jeśli w ustalonym stanie faktycznym konkretna osoba jest w pełni świadoma ryzyka zarażenia wirusem HIV lub chorobą zakaźną i wyraża zgodę na podjęcie takiego ryzyka, możliwość pociągnięcia do odpowiedzialności karnej tego, od kogo ono pochodzi, budzi słuszny opór. Mimo że ryzyko narażenia wytworzone przez sprawcę, również w tej sytuacji się ukazuje, to jednakże z uwagi na to, że druga osoba narażała się z pełną świadomością i przy zachowaniu wolnej woli, a więc po jej stronie wystąpił stan akceptowalnego samonarażenia się, przypisanie komu innemu skutku narażenia na zakażenie, tylko dlatego, że obiektywnie był jego źródłem, nie jawi się rozwiązaniem racjonalnym⁴⁹⁹.

Trudno zgodzić się z poglądem, który uzależnia prawnokarną skuteczność zgody dysponenta dobra od charakteru skutków, do których zachowanie sprawcy działającego za zgodą w konkretnym przypadku doprowadziło. Zgodnie z tym stanowiskiem, zgoda byłaby skuteczna tylko wtedy, gdy do zakażenia by nie doszło⁵⁰⁰. Niedoskonałość takiego założenia wynika stąd, że skuteczności zgody nie można uzależniać od wystąpienia skutków w przeszłości, a więc od spełnienia warunków przysłych i niepewnych.

⁴⁹⁷ M. Filar: Karalność zakażenia HIV w: AIDS i prawo karne, red. A. Szwarz, Poznań 1996., s. 39–40.

⁴⁹⁸ J. Warylewski: Przepisy seksualne, Gdańsk 2001, s. 388; W. Burek, A. Gajewska: Odpowiedzialność karna za narażenie na zarażenie i zakażenie wirusem HIV drogą płciową, Ius Novum 2008, Nr 4, s. 54–55.

⁴⁹⁹ C. Roxin: Problematyka obiektywnego przypisania w: Teoretyczne problemy odpowiedzialności karnej polskim oraz niemieckim prawie karnym, red. T. Kaczmarek Wrocław 1990, s. 16–17.

⁵⁰⁰ W. Burek, A. Gajewska: Odpowiedzialność..., s. 55.

4. Skutek

Przestępstwa określone w art. 161 § 1–3 k.k. są przestępstwami skutkowymi. Znamię skutku to wytworzony przez sprawcę stan bezpośredniego narażenia na zarażenie wirusem HIV lub chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu. Przez skutek wskazany w tym przepisie należy rozumieć sytuację, w której istnieją warunki do spełnienia się realnego, a nie tylko potencjalnego, niebezpieczeństwa szerzenia choroby zakaźnej, której zasięg i skala są z góry trudne do oszacowania⁵⁰¹. Niezbędne jest, by określone zachowanie było w związku przyczynowym i w związku normatywnym ze skutkiem⁵⁰².

Przepis ten jednakże nie obejmuje faktycznego wystąpienia stanu zakażenia. Kwalifikacja konkretnego czynu, którego skutkiem jest zakażenie, musi nastąpić z uwzględnieniem strony podmiotowej sprawcy oraz medycznej oceny następstw dla zdrowia i życia pokrzywdzonego. Zachowanie, które realizuje taki skutek może być kwalifikowane albo na podstawie art. 160 k.k., albo w oparciu o przepisy, których znamieniem skutkowym jest uszczerbek na zdrowiu, a nawet śmierć pokrzywdzonego. Sprawca ponosić może w takim przypadku odpowiedzialność zarazem za umyślne, jak i nieumyślne skutki zachowania. W odniesieniu do zachowań umyślnych w grę może przy tym wchodzić zarówno usiłowanie, jak i dokonanie takich przestępstw⁵⁰³. W odniesieniu głównie do zakażenia wirusem HIV i jego konsekwencji, może to rodzić trudne do usunięcia wątpliwości, w zakresie i ustalania strony podmiotowej czynu, jak i powiązania przyczynowego między zachowaniem a skutkiem, choćby w związku z aktualizacją problematyki tzw. przypisywania późnych następstw⁵⁰⁴.

Materialny charakter występków z art. 161 k.k. pozwala na realizację ich znamion w formie usiłowania wtedy, gdy sprawca bezpośrednio zmierza do wytworzenia stanu realnego ryzyka zakażenia wirusem HIV lub chorobą zakaźną wymienioną w tym przepisie, co jednak nie następuje. Przygotowanie do popełnienia tego przestępstwa jest niekaralne.

Gdy sprawca świadomy swego zakażenia ma zamiar narazić inną osobę, o której nie wie, że też jest zakażona, dokonanie omawianego czynu nie jest możliwe, gdyż pokrzywdzonym może być wyłącznie osoba, która nie jest zakażona chorobą, na zakażenie której naraża sprawca. Innymi słowy, nie można narazić na zakażenie osoby, która

⁵⁰¹ Wyr. SN z 20.05.1998 r., II KNN 37/98, OSNKW 1998, Nr 7–8, poz. 33.

⁵⁰² K. Banasik: *Przestępstwo...*, s. 55–56.

⁵⁰³ K. Daszkiewicz: *Przestępstwa przeciwko życiu*. Rozdział XIX Kodeksu karnego. Komentarz, Warszawa 2000, s. 401; L. Kubicki: *Przestępstwo...*, s. 8–9; W. Burek, A. Gajewska: *Odpowiedzialność...*, s. 55, M. Filar: *Karalność...* s. 19 i n.; K. Banasik: *Przestępstwo...*, s. 58.

⁵⁰⁴ M. Filar: *Karalność...*, s. 18 oraz 21 i n.; A.J. Szwarz, *Karnoprawne...*, s. 114–116 oraz 118–120.

jest już chora. Jeżeli jednak sprawca nie zdaje sobie sprawy z takiej okoliczności, to jego zachowanie może być kwalifikowane jako usiłowanie nieudolne ze względu na brak przedmiotu nadającego się do popełnienia na nim czynu zabronionego, czyli na zasadach art. 13 § 2 k.k.

Rozdział IV

Podmiot przestępstwa

1. Osoba zarażona wirusem HIV

Podmiotem czynu zabronionego określonego w art. 161 § 1 k.k. może być jedynie osoba zarażona wirusem HIV, a określona w art. 161 § 2-3 k.k. - tylko osoba dotknięta chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu. W obu wypadkach w grę wchodzi przestępstwo indywidualne właściwe⁵⁰⁵. Jest to takie przestępstwo, którego podmiotem może być konkretna osoba posiadająca właściwości, które wyróżniają ją wśród innych⁵⁰⁶.

Osoba zakażona wirusem HIV, może nie mieć objawów choroby zakaźnej, a w której organizmie są biologiczne czynniki chorobotwórcze, stanowiącą możliwe źródło zakażenia innych osób, jak i ten, u którego występuje pełnoobjawowa choroba AIDS⁵⁰⁷.

W doktrynie wskazuje się, że błędne jest określenie podmiotu tego występkę, gdyż:

1) odpowiedzialności karnej na podstawie art. 161 § 2 k.k. ma „podlegać ten, kto wie, „że jest dotknięty chorobą weneryczną lub zakaźną”. Jak już wspomniano choroby weneryczne nie przestały być chorobami zakaźnymi, na co wskazuje także dalsza część przepisu przewidując „zarażenie taką chorobą”;

2) odpowiedzialności karnej wskazanej w tym samym przepisie podlegać ma nie tylko ten, kto jest „dotknięty chorobą weneryczną lub zakaźną”, ale również dotknięty „ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu”. Są to choroby, które mogą, ale nie muszą być zakaźne. Gdyby tą kwestię brano pod uwagę, to byłoby uzasadnione rozgraniczenie w przepisie osób „dotkniętych chorobą zakaźną” i osób „dotkniętych ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu”. Jednakże z dalszej części przepisu wynika, że chodzi tylko o takie choroby, które narażają inną osobę na zarażenie. We wskazanym fragmencie w jakim skoro wcześniej nie ma o tym mowy uzasadnienia projektu kodeksu karnego zmieniono wersję tego przepisu poprzez dodanie, że odnosi się on do osób, które są „dotknięte chorobą weneryczną lub inną zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu”⁵⁰⁸.

W Kodeksie karnym niesłusznie zawężono zakres sprawców tego przestępstwa. Przestępstwo narażenia na zarażenie chorobą weneryczną zwyczajowo ujęte było jako

⁵⁰⁵ M. Królikowski w: Kodeks karny...2013, teza 1 do art. 161.

⁵⁰⁶ A. Marek, S. Waltoś: Podstawy...,s. 65.

⁵⁰⁷ R. Kokot w: Kodeks karny...2021, teza 37 do art. 161.

⁵⁰⁸ K. Daszkiewicz: Kodeks..., s. 346-348.

przestępstwo indywidualne. Jego sprawcą mógł być wyłącznie ten, kto był chory na chorobę weneryczną. Nie zmieniło się to w odniesieniu do obu postaci wskazanego przestępstwa. Pojawiają się wątpliwości czy słuszne jest to, że sprawcą narażenia na zarażenie wirusem HIV może być tylko ten, kto sam jest zarażony wirusem HIV. Istnieją przecież szersze możliwości takich narażeń, np. funkcjonariuszowi służby więziennej lub policjantowi może grozić takie niebezpieczeństwo nie ze strony osoby zarażonej, ale innej, która posługuje się zarażoną krwią. Także zagrożenie związane z transfuzją zarażonej wirusem HIV krwi, również nie musi wynikać z działań tylko tych osób, które same są zarażone⁵⁰⁹.

Ze względu na to, że zakres kryminalizacji przepisu z art. 161 § 1 k.k. nie obejmuje zachowań bezpośrednio narażających na zakażenie wirusem HIV, jego sprawcami nie mogą być osoby niebędące nosicielami tego wirusa. Trafnie w doktrynie zarzuca się, iż regulacja ta, zawężając znamię podmiotu, rodzi w praktyce trudności z kwalifikacją takich przypadków, jak np. dokonanie transfuzja krwi osoby, która wcześniej nie została poddana stosownym badaniom na obecność wirusa lub w przypadku użycia niezdezynfekowanej strzykawki⁵¹⁰.

Znamię "dotknięty chorobą" oznacza tyle co: chory, cierpiący, dręczony cierpieniem, dychawiczny, gnębiony cierpieniem, nie w formie, niedysponowany, niesprawny, niezdrowy, niezdrowszy, obolały, rozbity, schorowany, schorzały, słaby, zbolały⁵¹¹. Musi być więc to stan chorobowy zdiagnozowany przez lekarza. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi⁵¹² posługuje się określeniami "osoba zakażona" oraz "chory na chorobę zakaźną".

Warunku tego nie spełnia natomiast ten, kto w myśl unormowań tej ustawy jest jedynie "podejrzany o chorobę zakaźną", a więc osobą, u której występują objawy kliniczne lub odchylenia od stanu prawidłowego w badaniach dodatkowych, mogące jedynie wskazywać na chorobę zakaźną (art.2, pkt 20 w/w ustawy), ani tym bardziej "podejrzany o zakażenie", czyli ten, u kogo nie występują objawy zakażenia ani choroby zakaźnej, a kto miał styczność ze źródłem zakażenia, a charakter czynnika zakaźnego i okoliczności styczności uzasadniają podejrzenie zakażenia (art.2 pkt 21 w/w ustawy).

Trzeba mieć jednak na uwadze, że wedle wiedzy medycznej „narażać bezpośrednio na zarażenie tymi chorobami” mogą także osoby, które nie są nimi zarażone, dlatego też ograniczenie odpowiedzialności wyłącznie do „osób zarażonych” wirusem HIV lub chorobą

⁵⁰⁹ K. Daszkiewicz: Kodeks..., s. 346-348.

⁵¹⁰ A. Zoll w: Kodeks karny..., s. 389; W. Burek, A. Gajewska: Odpowiedzialność..., s. 54.

⁵¹¹ <https://synonim.net/synonim/dotkni%C4%99ty+chorob%C4%85> (dostęp 12.12.2021).

⁵¹² Dz.U. z 2021 r., poz. 2069 ze zm.

weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu nie odnajduje uzasadnienia i zaproponowano zmianę art. 161 § 1 i 2 k.k. poprzez nadanie wskazanym w nim występkom charakteru przestępstw powszechnych⁵¹³, jednak nie doszło do zaproponowania samej konkretnej treści przepisu. Z powyższym twierdzeniem zgadzam się, albowiem osoba zdrowa może zakazić np. poprzez strzykawkę inną osobę⁵¹⁴.

Dane epidemiologiczne Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego Państwowego Zakładu Higieny w Polsce wskazują, że od wdrożenia badań w 1985 roku do 31 grudnia 2018 roku zarejestrowano zakażenia HIV u 23.931 obywateli Polski. Wśród nich co najmniej 6.375 osób zostało zakażonych w związku z używaniem narkotyków, 1.833 poprzez kontakt heteroseksualny, a 3.800 zakażonych zostało poprzez kontakt seksualny pomiędzy mężczyznami⁵¹⁵.

Jeżeli osoba, nie będąca dotknięta chorobą, swoim zachowaniem narazi inną osobę na zarażenie zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu – może być sprawcą przestępstwa wskazanego w art. 160 § 1–3 k.k. Nie odnosi się to do chorób wenerycznych, ponieważ nie mają one z reguły cech decydujących o ich kwalifikacji jako ciężki uszczerbek na zdrowiu⁵¹⁶.

Mając na uwadze znaczenie tych pojęć należy przyjąć, że wśród tych osób cechy podmiotu wskazanego w art. 161 § 2 k.k. wypełniają jedynie te osoby, które mogą faktycznie narazić bezpośrednio innego człowieka na zarażenie chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu. Oznacza to, iż dotyczy to wyłącznie „chorego” na taką chorobę, którym jest osoba, u której „rozpoznano chorobę szczególnie niebezpieczną” (art. 36 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi) oraz „nosiciela” takiej choroby, czyli osoba, u której ustąpiły objawy choroby zakaźnej (art. 2 pkt 19 jw.). Wykluczone zaś są „ozdrowieniec”, czyli osoba, u której ustąpiły objawy choroby zakaźnej (art. 2 pkt 19) oraz „podejrzany o chorobę zakaźną”, tj. osoba, u której występują objawy kliniczne lub odchylenia od stanu prawidłowego w badaniach dodatkowych, mogące wskazywać na chorobę zakaźną (art. 2 pkt 20).

⁵¹³ K. Daszkiewicz: Kodeks..., s. 346–347; A. Zoll w: Kodeks karny... teza 6 do art. 161; Z. Mielnik: Przepisy..., s. 11; M. Filar: Karalność..., s. 42.

⁵¹⁴ S. Stachowiak: Problemy karnoprawne związane z HIV/AIDS, Poznań 2001, s.20.

⁵¹⁵ J. Bągorska, M. Dżon: Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS, Profilaktyka i edukacja w zakresie HIV w grupie kobiet świadczących komercyjnie usługi seksualne, Kontra, 2019, Nr 2, s. 5.

⁵¹⁶ M. Królikowski w: Kodeks karny...2013, teza do art. 161.

Nawet w przypadku potwierdzenia, że ktoś stykał się ze źródłem zakażenia („podejrzanym o chorobę zakaźną lub zakażenie”) nie ma podstaw do stwierdzenia, że jest realna możliwość narażenia bezpośrednio innej osoby na zakażenie.

Nosicielem jest chory, który wydalą na zewnątrz zarazki powodujące chorobę zakaźną, mimo, iż nie występują u niego kliniczne objawy choroby. Zagadnienie to ma istotne znaczenie w kontekście tezy, że analizowany czyn może być popełniony zarówno przez działanie, jak i zaniechanie (uznając jego skutkowy charakter – przez osobę, która ma status gwaranta). Przykładowo więc można rozważyć odpowiedzialność osoby, która będąc odpowiedzialną za wdrożenie odpowiednich procedur bezpieczeństwa, dostarczenie niezbędnego sprzętu ochronnego, wykonanie czynności ukierunkowanych na uniemożliwienie transmisji wirusa, nie realizuje takich powinności (wiedząc, że może dojść do narażenia na zakażenie innej osoby i na to się godząc). Kwestia ta ma wymierny aspekt praktyczny w szczególności w ochronie zdrowia, np. jeśli zakażony lekarz, który poinformował o swej infekcji przełożonego, nie zostaje przez niego odsunięty od udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom. Z uwagi na to, że analizowany występki ma charakter indywidualny, w takich sytuacjach możliwa byłaby odpowiedzialność za współdziałanie przestępne na zasadach art. 21 § 2 i 3 k.k. Oznacza to, że *extraneus* musiałby wiedzieć o cesze sprawcy, tzn., że jest on zakażony wirusem SARS-CoV-2.

Podejrzanym o nosicielstwo jest ten, kto chorował na chorobę zakaźną i nie została co do niego wyłączona ewentualność, iż jest nosicielem. W zakres pojęcia „podejrzanych o zakażenie” nie wchodzi członkowie grup zwiększonego ryzyka wskazani przez nauki medyczne, jeśli nie można im udowodnić, iż miały styczność z chorymi lub zakażonymi rzeczami. Warunki bycia „podejrzanym o zakażenie” spełniają osoby, co do których jednoznacznie wiadomo, iż miały kontakt z chorym człowiekiem lub zakażonym materiałem, czyli: partnerzy seksualni zarażonych osób, dzieci i współmieszkańcy zarażonych osób, biorcy krwi, narządów, tkanek i innych komórek, co do których jest pewność otrzymania ich od dawcy zarażonego HIV, hemofilicy leczeni zakażonymi HIV środkami krwiopochodnymi, narkomani używający razem z osobą chorą przyrządów do wstrzykiwania narkotyków, współwięźniowie odsiadujący wyrok w jednej celi z osobą seropozytywną, szczególnie jeśli utrzymywali z nią kontakty homoseksualne, personel medyczny i pomocnicy w szpitalach, poradniach, przychodniach i innych ośrodkach opieki zdrowotnej, gdy pacjentami byli nosiciele HIV lub chorzy na AIDS, jeśli nie były właściwie przestrzegane zasady postępowania; każda osoba, która ma kontakt codziennie, zawodowo lub towarzysko z seropozytywnymi, pracownicy

zajmujący się utylizacją odpadów ze szpitali, w których są zakażeni, osoby mające przypadkowe, sporadyczne, nawet jednorazowe kontakty a seropozytywnymi⁵¹⁷.

Odnosnie do osób podejrzanych o zakażenie” do grupy tej nie należą: osoby mające stały kontakt z nosicielami HIV lub chorymi na AIDS (np. narkomani przyjmujący dożylnie narkotyki, homoseksualiści mający intensywne życie seksualne bez zabezpieczenia, hemofilicy leczeni środkami krwiopochodnymi, co do których nie można wyłączyć, że stosowany preparat nie był zakażony, krwiodawcy i dawcy innych komórek, narządów i tkanek, prostytutki, chorzy na chorobę weneryczną, więźniowie, biorcy transfuzji zanim wprowadzono obowiązek robienia badań krwi na HIV, osoby, których symptomy chorobowe wskazujące np. na ARC, PGL lub AIDS dają podejrzenie nosicielstwa HIV, biseksualiści⁵¹⁸.

Wykluczona jest natomiast odpowiedzialność za ten czyn w postaci jednosprawstwa, gdy osoba nie posiada omawianej cechy, tj. nie jest zakażona wirusem SARS-CoV-2. W literaturze twierdzi się, że w takim wypadku możliwa jest odpowiedzialność na podstawie art. 160 § 1–3 k.k.⁵¹⁹. Stanowisko takie jest krytykowane, zarówno z powodów systemowych, jak i konstrukcji znamion obu tych czynów. Podkreśla się, że stanowisko takie wiodłoby do podważenia potrzeby istnienia art. 161 k.k. Czyny w nim opisane mogłyby bowiem zostać w całości objęte zakresem penalizacji występku określonego w art. 160 k.k., czyli art. 161 k.k. byłby zbędny. Taka wykładnia jest niedopuszczalna. Z punktu widzenia znamion obu tych występów wskazuje się, że nie można postawić znaku równości między „bezpośrednim niebezpieczeństwem” (art. 160 k.k.) i sformułowaniem „bezpośrednio naraża”. To pierwsze odnosi się bowiem do cech niebezpieczeństwa, na co wskazuje przymiotnikowe jego określenie, to drugie zaś dotyczy sposobu zachowania sprawcy (uszczegóławia znamię czasownikowe), które ma bezpośrednio narażać⁵²⁰.

2. Współsprawstwo

Znamiona przestępstwa z art. 161 k.k. mogą zostać wypełnione w formie współsprawstwa. Niezależnie od ogólnych wymagań postawionych zrealizowaniu znamion czynu zabronionego w warunkach rozkładu wieloosobowego – działanie wspólne i w porozumieniu – współsprawstwo będzie miało miejsce zarówno wtedy,

⁵¹⁷ W. Pigulska: Diagnostyka zakażeń HIV a prawo karne, Poznań 1998, s. 25-27.

⁵¹⁸ W. Pigulska: Diagnostyka..., s. 25-27.

⁵¹⁹ A. Zoll w: Kodeks karny..., s. 425.

⁵²⁰ E. Guzik- Makaruk, E. Pływaczewski w: System Prawa Karnego, Przesłępstwa przeciwko mieniu i gospodarcze, red. R. Zawłocki, t. 9, Warszawa 2011, s. 307–308.

gdy współdziałający są nosicielami wirusa HIV lub mają określoną w tym przepisie chorobę zakaźną oraz mają wiedzę o tym stanie, jak i wtedy, gdy współdziałający w narażeniu na zakażenie, nie będąc nosicielem HIV lub nie będąc dotknięty chorobą zakaźną, wiedział o takim stanie po stronie osoby, z którą współdziałał, pod warunkiem że także ona ten stan obejmowała swoją wiedzą (art. 21 § 2 k.k.). W innym przypadku niemożliwe byłoby przyjęcie porozumienia odnośnie wspólnej realizacji znamion tego przestępstwa, co jednocześnie wykluczałoby odpowiedzialność za to przestępstwo sprawcy, który nie jest nosicielem. Odnośnie współdziałającego, którego nie dotyczyło znamię zakażenia wirusem HIV lub dotknięcia chorobą zakaźną, sąd będzie mógł zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary (art. 21 § 3 k.k.).

Warunkiem odpowiedzialności za niesprawcze formy wypełnienia znamion art. 161 k.k. (podżeganie – art. 18 § 2 k.k. lub pomocnictwo – art. 18 § 3 k.k.) jest posiadanie wiedzy przez nakłaniającego lub udzielającego pomocy o tym, że sprawca wykonawczy jest zarażony wirusem HIV lub dotknięty chorobą zakaźną określoną w tym przepisie, nawet jeśli on sam takiej wiedzy nie miał⁵²¹. Indywidualnie rozumiane dobro chronione typem rekonstruowanym z art. 160 § 1 lub 2 k.k. pozwala na uzasadnienie, że w sytuacji zgody ewentualnego pokrzywdzonego na podjęcie ryzyka (np. współżycie seksualne wiedząc, że partner jest nosicielem wirusa HIV) znosi możliwość zrealizowania znamion typu czynu zabronionego (tzw. konstrukcja *Einverstaendnis* – zgoda jako okoliczność znosząca istotę czynu)⁵²². Dla wypełnienia znamion typu czynu zabronionego niezbędne jest nastąpienie skutku w postaci bezpośredniego niebezpieczeństwa o charakterze indywidualnym w odróżnieniu od niebezpieczeństwa powszechnego. Nawet jeśli w danym układzie zdarzeń zachowanie sprawcy będzie prowadziło do spowodowania tego niebezpieczeństwa wobec kilku osób, to relację rodzącą odpowiedzialność należy postrzegać oddzielnie⁵²³.

3. Osoby wykonujące niektóre zawody

Narazić na zakażenie wirusem HIV, chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu mogą nie tylko chore osoby, ale także inne osoby wykonujące zawody tj.: lekarz, lekarz dentyista, pielęgniarka, fryzjer, tatuażysta i kosmetyczka.

⁵²¹ R. Kokot w: Kodeks karny... 2021, teza 27 do art. 161.

⁵²² K. Szczucki: Rola zgody w strukturze przestępstwa na przykładzie przestępstwa zgwałcenia, CzPKiNP 2011, Nr 12, s. 3.

⁵²³ M. Królikowski w: Kodeks karny...2017, teza 1 do art. 161.

Jednak art. 161 k. k. nie dotyczy tego typu zachowań, zatem rodzi się jednak pytanie, czy art. 161 k. k. nie powinien ich obejmować.

W Polsce 75% nowych zakażeń wirusem HIV może mieć swoje źródło w gabinetach stomatologicznych, kosmetycznych oraz salonach tatuażu, gdzie nie sterylizuje się narzędzi – twierdzą eksperci z Krajowego Centrum ds. AIDS. Funkcjonariuszowi służby więziennej lub policjantowi też może grozić niebezpieczeństwo od człowieka, który posługuje się zainfekowaną krwią. Zagrożenie związane z transfuzją zakażonej krwi, również nie musi wynikać z działań jedynie tych osób, które same chorują⁵²⁴.

W gabinecie kosmetycznym jest duże niebezpieczeństwo zarażenia się chorobami zakaźnymi różnego pochodzenia w tym wirusem HIV. W salonach kosmetycznych podczas zabiegów dochodzi do naruszenia ciągłości skóry, co ułatwia powstawanie zakażeń. Jednym z najważniejszych elementów profesjonalnego systemu higieny, który powinien być przestrzegany przez kosmetyczki, jest dezynfekcja narzędzi. Jest ona niezbędnym elementem poprzedzającym proces sterylizacji. Brak przestrzegania zasad higieny, czy też niewłaściwa sterylizacja narzędzi przez personel, może doprowadzić do przenoszenia chorób zakaźnych z jednego klienta na drugiego. Dodatkowo kosmetyczka, która nie przestrzega zasad bhp, nie dba o bezpieczeństwo klientów i nie przewiduje, iż małe niedopatrzenie z punktu widzenia higieny, może skutkować poważnymi konsekwencjami⁵²⁵.

Ryzyko zakażenia w wyniku urazu zainfekowaną krwią igłami lub innymi narzędziami szpitalnymi wynosi ok 0,5%. Ryzyko wzrasta 5-krotnie, gdy krew była widoczna na przedmiocie, 6-krotnie jeśli pacjent miał zaawansowane stadium AIDS i 16-krotnie, gdy nastąpiło zakłucie igłą o bardzo szerokim świetle. W latach 80-tych zanim zaczęto badać krew krwiodawców w kierunku HIV, dochodziło do zakażeń wirusem przy transfuzji. Dawcami krwi do przetoczenia nie mogą być osoby należące do grupy zwiększonego ryzyka zakażeń HIV: homo- i biseksualiści, osoby zajmujące się prostytutką, chorzy na choroby weneryczne (stała dyskwalifikacja osób, które miały kiłę), narkomani oraz ich partnerzy, partnerzy chorych na HIV, partnerki biseksualnych mężczyzn⁵²⁶.

Prawdopodobieństwo przeniesienia zakażenia HIV poprzez zawierającą go krew wynosi od 88,3% do 100% i nie zależy od rodzaju przetaczanego preparatu (wyjątek stanowią

⁵²⁴ S. Stachowiak: Problemy...,s. 22.

⁵²⁵ A. Flis, K. Pikul: Niebezpieczeństwo w gabinecie kosmetycznym- choroby zakaźne, Wyższa Szkoła Informatyki i zarządzania w Warszawie, MAVIPURO Polska, 2019, s. 1-14.

⁵²⁶ T.F. Mroczkowski: Choroby...,s. 256.

plukane krwinki czerwone, które przenoszą zakażenie HIV ze znacznie mniejszą częstością), nie zależy także od wieku lub płci biorcy, ani od powodu przetaczania krwi⁵²⁷.

Przykład sportowca Artura Ashe'a, który w 1983 r. został zarażony wirusem HIV w wyniku transfuzji krwi niezbędnej przy operacji serca i zmarł w 1994 r. na AIDS. Przez dziesięć lat nie zaraził swojej żony, a w 1985 roku urodziła mu się córka. Zarówno dziecko, jak i żona są zdrowe. Podobnie, żona aktora Paula Glassera zmarła na AIDS w 1994 r., podczas gdy po 13 latach małżeństwa Glasser i jego dwoje dzieci byli zdrowi⁵²⁸.

Zwracano uwagę na problem możliwości zakażenia pacjentów przez personel szpitalny, który sam był zakażony HIV. Znanym przypadkiem jest celowe zakażenie pacjentów przez stomatologa chorego na AIDS⁵²⁹.

Ryzyko zakażenia HIV istnieje także podczas wykonywania pracy w służbie zdrowia. Nie jest ono co prawda duże: po zakłuciu (skaleczeniu) narzędziem zanieczyszczonym zakażoną krwią wynosi 0,3%, ale istnieje. Dzięki stosowaniu od początku epidemii AIDS środków ostrożności, a w ostatnich latach także profilaktyki poekspozycyjnej, liczba zakażeń HIV wśród pracowników służby zdrowia na świecie nie jest duża⁵³⁰.

Dużym ryzykiem jest przeprowadzanie operacji czy też odbieranie porodów, toteż wydaje się słuszny pogląd, by wykonywać pacjentom badania w kierunku nosicielstwa HIV, nawet bez ich zgody, aby zaostrzyć środki bezpieczeństwa i nie narażać personelu medycznego na zarażenia się⁵³¹.

W Stanach Zjednoczonych znany jest przypadek, kiedy lekarz leczący swoją pacjentkę z powodu bezpłodności nie poinformował jej, że mężczyzna, którego wybrała na ojca swojego dziecka, jest zakażony wirusem HIV. W następstwie zabiegu medycznego kobieta została zainfekowana wirusem HIV⁵³².

Podstawowym sposobem zapobiegania zawodowym zakażeniom HIV jest unikanie kontaktu z krwią i potencjalnie zakaźnymi płynami ustrojowymi, a także stosowanie mechanicznych barier (okulary ochronne, rękawice lateksowe). Jeśli jednak nie uda się takiego kontaktu uniknąć, wówczas miejsce kontaktu z krwią należy wypłukać dużą ilością wody i mydła, zarówno jeśli jest to nieuszkodzona skóra, jak i w przypadku zakłucia, skaleczenia ostrym narzędziem. W przypadku kontaktu błon śluzowych (na przykład jamy ustnej)

⁵²⁷ D. Rogowska-Szadkowska.: Diagnostyka..., s. 5.

⁵²⁸ T. Gabiś, M. Rolik: Raport o AIDS, Pierwodruk: Stańczyk. Pismo Postkonserwatywne 2004, Nr 1-2, s. 31.

⁵²⁹ T.F.Mroczkowski: Choroby...,s. 256.

⁵³⁰ D. Rogowska- Szadkowska: Diagnostyka..., s. 6.

⁵³¹ A.J. Szwarc: AIDS i prawo karne, red. A.J Szwarc, Poznań 1996,s. 130.

⁵³² A.J. Szwarc: AIDS...,s. 84.

z zakaźnym materiałem należy je przepłukać dużą ilością wody, w przypadku spojówek oka – wodą destylowaną lub solą fizjologiczną. Wiele krajów opracowuje własne zalecenia dotyczącej zawodowej profilaktyki poekspozycyjnej z użyciem leków antyretrowirusowych. Po kontakcie z wirusem HIV pracownicy służby zdrowia powinni być konsultowani w ciągu godzin (nie dni) od wypadku, najlepiej przez lekarza mającego doświadczenie w terapii osób zakażonych HIV, powinien też zostać wykonany wyjściowy test w kierunku obecności przeciwciał anti-HIV, najlepiej w tym samym dniu. Najbardziej niebezpiecznym narzędziem w pracy w służbie zdrowia jest igła do iniekcji, która w swoim świetle zawierać może krew zawierającą HIV. O ile igła chirurgiczna, zanieczyszczona zakażoną HIV krwią, zanim ukłuje rękę człowieka obetrze się o rękawicę lateksową, pozostawiając na niej ponad 80% krwi, igła do iniekcji może stać się źródłem mikrotransfuzji, której rękawica nie zapobiegnie. Rękawice lateksowe, nawet używane podwójnie, zmniejszają ilość krwi docierającej do miejsca skaleczonego igłą chirurgiczną, zaś tylko nieznamienne w przypadku zakłucia igłą do iniekcji. Ryzyko przeniesienia zakażenia zależy też od rodzaju iniekcji, których nią dokonywano. W przypadku iniekcji domięśniowych lub podskórnych jest ono bardzo niewielkie, jednakże w kilku przypadkach zakłucia tak używaną igłą do iniekcji doszło do zakażenia pracownika służby zdrowia, opisano też kilka przypadków przeniesienia zakażenia wśród osób stosujących sterydy anaboliczne w iniekcjach domięśniowych, używających wspólnego sprzętu do iniekcji. Ryzyko przeniesienia zakażenia HIV stwarzać mogą także używane igły do iniekcji, utylizowane w niewłaściwy sposób. W badaniach doświadczalnych wykazano, iż zdolny do namnażania się wirus izolowano ze światła igieł i końcówek strzykawek przechowywanych w temperaturze pokojowej jeszcze po ponad 4 tygodniach. Czas, przez jaki zdolny do replikacji HIV może przetrwać w igle i strzykawce zależy od wyjściowego poziomu wirerii, objętości krwi, która pozostała w strzykawce, a także temperatury otoczenia. W sytuacji, w której parenteralny kontakt pracownika służby zdrowia miał miejsce z krwią pacjenta, o którym nie wiadomo, czy jest zakażony HIV, wówczas wskazane byłoby wykonanie testu w kierunku obecności przeciwciał anti-HIV. W większości krajów takie badanie musi być poprzedzone wyrażeniem świadomej zgody na test przez pacjenta. W zaleceniach kanadyjskich podkreślono, iż badanie pacjenta bez jego zgody jest niezgodne z etyką lekarską. W większości krajów rozwiniętych pacjent ma prawo do niewyrażenia zgody na wykonanie testu anti-HIV, bez żadnych niekorzystnych dla niego konsekwencji. Przynajmniej dwa stany USA (Wirginia i Floryda) nakazują badanie pacjenta będącego źródłem ekspozycji zawodowej, inne (jak Kalifornia), zezwalają na wykonanie testu z krwi pobranej od pacjenta w innych celach, jednakże brak jest w literaturze medycznej informacji o doświadczeniach tych stanów

po wprowadzeniu takich uregulowań prawnych. Jeżeli nie można wykluczyć zakażenia HIV pacjenta, od którego pochodziła krew, a ryzyko przeniesienia zakażenia jest duże, wówczas bezpieczniej jest rozpocząć przyjmowanie leków antyretrowirusowych, a jeśli uda się wykluczyć zakażenie, wówczas można bezpiecznie odstawić przyjmowane leki. Jeżeli, po konsultacji ze specjalistą, zostanie ustalone, iż ryzyko zakażenia HIV istnieje i powinna zostać rozpoczęta profilaktyka poekspozycyjna, wówczas przyjmowanie leków dobrze byłoby zacząć tak szybko, jak tylko to możliwe, najlepiej w ciągu 1- 2 godzin. Profilaktyka, czyli przyjmowanie leków antyretrowirusowych, powinno być kontynuowane przez 4 tygodnie (28 dni). Testy w kierunku obecności przeciwciał anti- HIV u pracownika służby zdrowia powinny być wykonane w dniu wypadku (lub możliwie najszybciej po zdarzeniu), następnie po 6 tygodniach, 3 i 6 miesiącach⁵³³.

Wątpliwe jest zatem, czy ustawodawca postąpił właściwie przyjmując, że sprawcą może być tylko osoba zarażona wirusem HIV. W tym kontekście uzasadniony jest *wniosek de lege ferenda* dodania do art.161 § 2a k.k. w brzmieniu: Kto, nie będąc zarażony wirusem HIV, nieumyślnie naraża bezpośrednio inną osobę na takie narażenie, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2. Nie ma potrzeby kryminalizacji takich zachowań co do narażenia bezpośredniego innej osoby na zarażenie chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobę nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu.

4. Partnerzy zarażeni wirusem HIV i chorzy na choroby weneryczne

Sprawcami tego przestępstwa w zakresie narażenia wirusem HIV są przede wszystkim partnerzy seksualni. W literaturze postawiono pytanie, czy osoby będące nosicielami wirusa HIV mają obowiązek powiedzenia o tym swoim partnerom seksualnym⁵³⁴. Z zakażeniem HIV można żyć wiele lat nie wiedząc o tym, gdyż wirus może nie dawać żadnych objawów. Jeśli więc osoba zakażona nie była świadoma, iż podejmuje ryzykowne zachowania i w związku z tym nie wykonała badań diagnostycznych, może nieświadomie zakażać kolejne osoby. Wciąż istnieje stereotyp, że HIV obejmuje tylko tzw. grupy ryzyka – osoby homoseksualne, zajmujące się prostytutką czy zażywające narkotyki drogą dożylną, a także młodzi ludzie. Zakazić może się każdy, kto prowadzi życie seksualne, ma kontakt z zakażoną krwią lub wydzielinami ciała. Coraz większą liczbę zakażeń notuje się u 50-latków, którzy przeżywają drugą młodość. Zakażenie HIV może dotyczyć każdego, gdyż nawet żyjąc w stałym

⁵³³ D. Rogowska- Szadkowska: Diagnostyka..., s. 28- 29.

⁵³⁴ W. Burek, A. Gajewska: Odpowiedzialność..., s. 43.

związku, nie można założyć, że partner jest na pewno zdrowy, chyba że przed rozpoczęciem wspólnego życia zrobił test na obecność HIV i w związku jest wierny.

Dane procentowe pokazują, iż:

- 80-90% wszystkich chorych na AIDS w USA i Europie to mężczyźni;
- w USA i Europie blisko 2/3 chorych to homoseksualni mężczyźni;
- połowa chorych w USA to dożylni narkomani;
- zarazem w USA, jak Europie są marginalne grupy ryzyka: hemofilicy i odbiorcy transfuzji (1%) oraz dzieci matek narkomanek (1%);
- ponad 80% chorych na AIDS to osoby między 25-49 rokiem życia, 5-7% chorych to osoby między 20-24 rokiem życia, pozostała część jest między 50-59;
- jest bardzo mało przypadków AIDS w grupie wiekowej między 5, a 20 rokiem życia⁵³⁵.

W Polsce, podobnie jak na świecie, osoby zakażone wirusem HIV to przede wszystkim ludzie młodzi. 47% wszystkich zakażeń HIV to osoby między 20, a 29 rokiem życia (7% przypadków to osoby poniżej 20. roku życia). 74% osób zakażonych HIV i chorych na AIDS jest w wieku produkcyjnym (20–49 lat). Na początku epidemii w Polsce główną drogą rozprzestrzeniania się wirusa HIV było używanie dożylnie narkotyków oraz kontakty homoseksualne. Od roku 2001 odnotowuje się jednak zmianę. Coraz więcej osób zaraża się w wyniku podejmowania ryzykownych kontaktów heteroseksualnych (dziś to przeważająca droga zakażenia, a co czwarta osoba zakażona HIV to kobieta)⁵³⁶.

Kontakty oralne, zalecane w początkach epidemii AIDS jako bezpieczna praktyka seksualna, nie są wolne od ryzyka zakażenia HIV. W literaturze medycznej opisano przypadki przeniesienia zakażenia tą drogą z mężczyzny na kobietę, z mężczyzny na mężczyznę i – bardzo nieliczne – z kobiety na kobietę. Możliwe jest także zakażenie innymi chorobami, jak rzeżączka czy kiła⁵³⁷.

Kontakty waginalne pociągają za sobą kilkakrotnie większe ryzyko zakażenia HIV dla kobiet, niż dla mężczyzn, co wynika z różnicy w budowie anatomicznej narządów płciowych, a także różnicy powierzchni błony śluzowej wrażliwej na zakażenie HIV. Ochronę kobiecych narządów płciowych przed chorobami przenoszonymi drogą płciową zapewnia flora bakteryjna pochwy, składająca się u dorosłej kobiety głównie z pałeczek kwasu mlekowego, należących do gatunku *Lactobacilus* (pałeczki *Dederleina*), produkujące wciąż nie do końca

⁵³⁵ T. Gabiś, M. Rolik: Raport..., s. 28.

⁵³⁶ J. Gałazewska: HIV i AIDS w Polsce. Serwis Informacyjny Narkomania. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2010, s. 52.

⁵³⁷ D. Rogowska- Szadkowska: Diagnostyka..., s.8.

znane substancje niszczące drobnoustroje, w tym H₂O₂, utrzymujące też kwasowość pochwy poniżej 4,5 pH, co również zabija wiele drobnoustrojów. Zaburzenia równowagi w składzie flory bakteryjnej pochwy (zmniejszenie liczby pałeczek kwasu mlekowego na korzyść innych drobnoustrojów) zwiększają ryzyko zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową, w tym HIV. Schorzenia zapalne narządów płciowych, kontakty powodujące krwawienia z pochwy lub kontakty seksualne podczas miesiączki dodatkowo zwiększają ryzyko zakażenia. Kontakt waginalny w czasie menstruacji partnerki zwiększa ryzyko zakażenia mężczyzny⁵³⁸.

Poziom wirerii HIV w organizmie zakażonego HIV mężczyzny, przede wszystkim nasieniu, również odgrywa rolę w przenoszeniu HIV tą drogą: im jest wyższy, tym większe prawdopodobieństwo transmisji HIV. Przy użyciu modelu matematycznego wykazano, iż prawdopodobieństwo przeniesienia zakażenia wynosiło 1 na 100 kontaktów z zakażonym HIV mężczyzną, w którego nasieniu poziom wirerii wynosił 100 000 kopii RNA HIV, przy 1 000 kopiach RNA HIV – 3 na 10 000 kontaktów waginalnych. Od dawna wiadomo też, iż poziom wirerii jest zwykle najwyższy krótko po zakażeniu HIV. Na podstawie rachunku prawdopodobieństwa wykazano, iż – zależnie od częstości kontaktów seksualnych – mężczyzna mający tylko średni poziom wirerii w nasieniu może zakazić od 7 do 24% partnerek w ciągu pierwszych 2 miesięcy swojego zakażenia⁵³⁹.

Kontakty analne stwarzają największe ryzyko przeniesienia zakażenia HIV. Wbrew dość powszechnym poglądom uprawiane są także przez osoby heteroseksualne, choć rzadko mówi się na ten temat otwarcie. W prowadzonych w Polsce badaniach zachowań seksualnych wykazano, iż 11,4% ankietowanych kobiet deklaroowało utrzymywanie tego rodzaju kontaktów, a biorąc pod uwagę tabu obyczajowe dotyczące tego rodzaju aktywności seksualnej dane te nie muszą być kompletne. Z danych statystycznych pochodzących z wielu krajów wynika, iż – w liczbach bezwzględnych – kontakty analne częściej uprawiają pary heteroseksualne, niż homoseksualni mężczyźni⁴², zaś partnerzy heteroseksualni rzadziej używają prezerwatyw przy tego rodzaju aktywności, niż przy kontaktach waginalnych. Wprawdzie ten rodzaj aktywności par heteroseksualnych stwarza większe ryzyko zakażenia dla kobiet, nie jest jednak zupełnie bezpieczny także dla mężczyzn, jeśli nie są używane prezerwatywy. Wykazano, iż poziom wirerii, mierzony ilością kopii RNA HIV na mililitr w wydzielinie błony śluzowej odbytu może być większy, niż we krwi i płynie nasiennym, niezależnie od stosowanego leczenia antyretrowirusowego. W badaniach prowadzonych wśród 2 189 homoseksualnych

⁵³⁸ D. Rogowska- Szadkowska: Diagnostyka..., s. 8- 9.

⁵³⁹ D. Rogowska- Szadkowska: Diagnostyka..., s. 9.

mężczyzn ryzyko zakażenia HIV w następstwie kontaktu analnego partnera biernego oszacowano na 0,82% w sytuacji, gdy aktywny partner był zakażony HIV⁵⁴⁰.

Oczywistym jest, iż zakaźność osoby seropozytywnej zależy od stadium jej zakażenia: największa jest w bardzo wczesnym, a później w zaawansowanym stadium, kiedy poziom wirerii mierzonej liczbą kopii RNA HIV jest najwyższy. Badania prowadzone w Ugandzie wśród stałych par heteroseksualnych o różnym statusie serologicznym, potwierdziły, iż do transmisji zakażenia dochodzi najczęściej, gdy poziom wirerii seropozytywnego partnera przekraczał 50 000 kopii RNA HIV/ml, jednakże obserwowano ją także przy niskiej wirerii, między 400, a 3 499 kopii RNA HIV/ml. W pierwszych latach epidemii AIDS twierdzono, iż zwiększone ryzyko zakażenia HIV dotyczy osób często zmieniających partnerów seksualnych. Powodowało to przekonanie, iż jeden przygodny kontakt seksualny, który nie jest przecież częstą zmianą partnerów, nie może być niebezpieczny. Obecnie wiadomo już, iż tylko jeden kontakt seksualny z partnerem zakażonym HIV może wystarczyć do przeniesienia zakażenia. W badaniach prowadzonych w początkach lat dziewięćdziesiątych w USA wykazano, iż aż 35% spośród zakażonych HIV kobiet miało w ciągu ostatnich 5 lat tylko jednego partnera seksualnego i prawdopodobnie od niego nabyło zakażenie. W Polsce znane są też przypadki kobiet, które nabyły zakażenie HIV od swojego pierwszego i jedyne partnera seksualnego. Oczywistym jest, iż im większa liczba partnerów seksualnych, tym większe ryzyko spotkania osoby zakażonej HIV i większe ryzyko zakażenia. Zdecydowana większość zakażeń HIV przenoszonych w kontaktach seksualnych dotyczy młodych ludzi, jednak nie ma wieku, powyżej którego nie może się zdarzyć. W danych dotyczących Polski, publikowanych co roku z Przeglądzie Epidemiologicznym podano, iż w latach 1985 – 1999 wykryto je u 134 osób mających więcej, niż 50 lat, co stanowiło 2,4% wszystkich zakażeń⁵⁴¹.

Prezerwatywy konsekwentnie i stale używane zmniejszają ryzyko zakażenia HIV w kontaktach zarówno hetero- jak i homoseksualnych o około 80 – 90%⁵³. Bardziej precyzyjne określenie ich skuteczności jest niemożliwe, gdyż niewykonalne jest dokonanie obiektywnej oceny stałego i właściwego ich używania, a przenoszenie HIV zależy od wielu innych czynników. Ważne jest także sprawdzenie daty przydatności przed użyciem. Błędy w używaniu prezerwatyw zdarzają się często, a pęknięcie lub spadnięcie zdarza się częściej osobom rzadko ich używającym, nie stosującym ich w celu antykoncepcji, słabiej wykształconym, zaś jedno niepowodzenie w użyciu prezerwatywy powoduje, iż częściej zdarzają się następne. W badaniach stałych par heteroseksualnych, w których tylko jedno z partnerów było zakażone

⁵⁴⁰ D. Rogowska- Szadkowska: Diagnostyka ..., s. 9- 10.

⁵⁴¹ D. Rogowska- Szadkowska: Diagnostyka..., s. 10- 11.

HIV, wykazano, iż stałe, konsekwentne używanie prezerwatyw chroni osobę dotąd niezakażoną. Prezerwatywy, dobrej jakości i właściwie użyte, poza zmniejszeniem ryzyka zakażenia HIV zmniejszają także ryzyko zakażenia innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową, takimi jak rzeżączka, kiła, zakażenia chlamydiami czy wirusami Herpes, a także wirusem brodawczaka (HPV – *Human papilloma virus*)⁵⁴².

Obrzezanie mężczyzn zmniejsza ryzyko zakażenia HIV, a także innymi zakażeniami przenoszonymi drogą płciową. Wykazano jednak, iż efekt ten występuje tylko u mężczyzn, u których dokonano go przed 20 rokiem życia. Korzyści zdrowotne z obrzezania możliwe są do osiągnięcia tylko wówczas, gdy zabieg dokonywany jest w warunkach szpitalnych, z zachowaniem zasad aseptyki. Jeśli wykonywany jest w ramach kultywowania tradycji przy pomocy tego samego noża dla każdego mężczyzny, wówczas ryzyko powikłań jest znacznie większe. Obrzezanie może dawać niektórym mężczyznom poczucie absolutnego bezpieczeństwa, co z kolei prowadzi może do zwiększenia częstości podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych, a co za tym idzie, zwiększenia ryzyka zakażenia. Obrzezanie mężczyzny nie zmniejsza ryzyka przeniesienia zakażenia HIV na jego partnerów seksualnych⁵⁴³.

Osoba zakażona wirusem HIV nie ma prawa zatajać przed partnerem swojego stanu. Inaczej odbiera mu możliwość świadomego i swobodnego podejmowania decyzji o podjęciu ryzykownego współżycia. Można to uznać wówczas za naruszenie prawa do samostanowienia, jako jednego z aspektów wolności w rozumieniu art. 41 ust. 1 Konstytucji RP. Wtedy można się zastanowić nad ewentualnością odpowiedzialności sprawcy na podstawie art. 197 § 1 k.k. za "doprowadzenie podstępem innej osoby do obcowania płciowego". Bez znaczenia dla takiej kwalifikacji byłoby to, czy w sytuacji pełnej wiedzy o rzeczywistym stanie zdrowia sprawcy, osoba narażona wyraziłaby zgodę na podjęcie ryzykownego współżycia. Wola nie zostaje w takiej sytuacji wyłączona, ale "wprowadzona w błąd", zatem brak jej danych do prawidłowego funkcjonowania, co także uszkadza mechanizm jej działania⁵⁴⁴.

Biorąc pod uwagę specyfikę dróg zakażenia wirusem HIV, będą miały miejsce sytuacje, kiedy ofiarą będzie osoba bliska sprawcy czynu. Sama czynność bezpośredniego narażenia bliskiej osoby na zakażenie wirusem jest trudna do zrozumienia⁵⁴⁵.

⁵⁴² D. Rogowska- Szadkowska: Diagnostyka..., s. 11- 12.

⁵⁴³ D. Rogowska- Szadkowska: Diagnostyka..., s. 14.

⁵⁴⁴ R. Kokot w: Kodeks karny...2021, teza 31 do art. 161.

⁵⁴⁵ S. Stachowiak: Problemy...,s. 34.

W początkach epidemii zakażenia HIV dotyczyły głównie mężczyzn: homoseksualnych i chorych na hemofilię. Dopiero później pojawiły się informacje o zakażeniach HIV u kobiet, które były partnerkami seksualnymi chorych na hemofilię mężczyzn, kobiet zażywających narkotyki w zastrzykach i prostytutek. Szczególnie to ostatnie skojarzenie HIV z kobietami przetrwało długo. Dopiero po kilku latach zaobserwowano, że kobiety łatwiej zakażają się HIV. Są kobiety, które były zakażone przez swojego pierwszego i jedyne w życiu partnera seksualnego. W Polsce jest wiele kobiet zakażonych HIV w ten sposób, a niektórzy partnerzy nie byli świadomi własnego zakażenia, inni ukryli tę informację przed partnerką. W wielu krajach najbardziej narażone na zakażenie HIV są kobiety zamężne, tym bardziej te, których partnerzy często wyjeżdżają w delegacje do pracy na wiele miesięcy, pozostając daleko od domu⁵⁴⁶.

Nie ma obowiązku wykonywania testów w kierunku nosicielstwa wirusa HIV, toteż dochodzi do sytuacji, kiedy osoba seropozytywna prowadzi wyjątkowo ryzykowne życie seksualne. W latach 70-tych, kiedy nie słyszano jeszcze o wirusie HIV i oczywiście nie wykonywano testów na jego wykrycie, szerzenie się zakażenia, przy całej nieświadomości społeczeństwa, postępowało w szybkim tempie. Pierwszą osobą, która przeniosła wirusa do USA był Gaetan Dugas, który w ciągu roku miał ponad 200 różnych partnerów seksualnych. W trakcie kilkuletniej pracy jako steward kanadyjskich linii lotniczych miał intymne stosunki z tysiącami mężczyzn. Powiązано z nim przynajmniej 40 wczesnych przypadków AIDS w USA, dlatego też został uznany za pacjenta Zero tej epidemii. Warto przedstawić jego profil psychologiczny, aby zrozumieć źródło rozprzestrzeniania się zakażenia. Gaetan był mężczyzną, którego wszyscy pożądali –tak pisał Randy Shilts w książce "And The Band Played On". Perfekcyjnie ubrany i dobrze zbudowany blondyn czarował swoich wybranków pociągającym uśmiechem. Atutem mężczyzny miał być również jego akcent z Quebecu, który pośród Amerykanów dodawał mu aurę tajemniczości. Gdy przychodził z przyjaciółmi do baru, zatrzymywał się przy drzwiach, rozglądał się i komentował: "I znowu jestem najpiękniejszy". Wszystkie cechy umożliwiały mu prowadzenie wyjątkowo aktywnego życia seksualnego. On sam szacował liczbę swoich partnerów na ponad 250 rocznie. Łącznie w ciągu całego życia miał intymne i na ogół krótkotrwałe relacje z ok 2,5 tys. mężczyzn w wielu miastach całego świata. Połączenie dużej mobilności i aktywności seksualnej z długoletnim okresem między zarażeniem a pojawieniem się pierwszych symptomów choroby, pozwoliły mu zakazić wiele osób. Duża część mężczyzn, z którymi miał kontakt Dugas również nawiązywała liczne

⁵⁴⁶ D. Rogowska- Szadkowska, J. Gąsiorowski: HIV/AIDS dla ginekologów, Krajowe centrum ds. AIDS 2013, s. 3-4.

kontakty seksualne. Przyzwolenie na przygodne stosunki sprawiło, że każdy zarażony nieświadomie zarażał wirusem co najmniej kilku kolejnym partnerów. Ci z kolei przekazywali go dalej, nie mając pojęcia nawet o jego istnieniu. Gdy dowiadawali się, że są zainfekowani, było już za późno⁵⁴⁷.

Przytaczając okoliczności przestępstwa popełnione przez sprawcę chorego na AIDS, który chciał „najpełniej użyć życia” i świadomie współżył bez zabezpieczenia z kilkudziesięcioma kobietami można zauważyć jak różne są pobudki tego czynu⁵⁴⁸. Innym przykładem jest 25 letnia kobieta mieszkająca w Irlandii, która wiedząc, że jest nosicielką wirusa utrzymywała stosunki płciowe z ok. 80 mężczyznami. Motywem jej działania było „palące poczucie krzywdy wobec płci męskiej”, gdyż sama została zainfekowana przez swojego przyjaciela⁵⁴⁹. Przykładem jest Stephen Kelly, który wiedząc, iż jest zakażony wirusem HIV, zapewniał swoją partnerkę o swoim dobrym stanie zdrowia i namawiał ją do nieużywania zabezpieczenia podczas uprawiania seksu⁵⁵⁰.

Głośnym przypadkiem zarażania partnerów seksualnych była członkini niemieckiego girlsbandu No Angels Nadja Benaissa. Jako nastolatka zaraziła się wirusem HIV, ale nie informowała o tym fakcie swoim partnerów seksualnych. Po latach została oskarżona przez jednego z nich o trwałe uszkodzenie na zdrowiu. Po nagłośnieniu sprawy zaczęli zgłaszać się kolejni mężczyźni mający w przeszłości z Nadją kontakt seksualny bez zabezpieczenia. Na szczęście okazało się, że są zdrowi. Po pięciodniowym procesie zapadł wyrok uznający Nadję za winną stawianych jej zarzutów, ale ponieważ przyznała się, wyraziła skruchę i "nauczyła się odpowiedzialności", sędzia okazał się łaskawy. Sąd skazując ją podkreślił, że nie można stwierdzić w 100 proc., iż to właśnie Nadja zaraziła swojego byłego chłopaka.

Przeprowadzone badania w Polsce pokazują, iż w połowie przypadków badanych nosicieli ich partner był także zakażony wirusem HIV. Duży odsetek respondentów nie wie, w jaki sposób zaraziło się wirusem HIV (35% mężczyzn i 42,86% kobiet). Przed potwierdzeniem zakażenia wirusem HIV 50% mężczyzn i 42% kobiet przyznało, że często miało kontakty seksualne bez zabezpieczenia (prezerwatywy). Po wykonaniu testów i dowiedzeniu się o zakażeniu aż 60% mężczyzn nadal podejmowało ryzykowne zachowania seksualne narażając kolejne osoby na zakażenie, natomiast 30% kobiet przyznało się do takich incydentalnych kontaktów. Najprawdopodobniej wynika to z tego, iż infekcja HIV wiąże

⁵⁴⁷ R.Shilts: *And The Band Played On, Politics, People, and the AIDS Epidemic*, 20th Anniversary Edition , Second Edition, St. Martin's Press 2007.s.115.

⁵⁴⁸ A.J. Szwarc: *AIDS...*, s.160.

⁵⁴⁹ J. Geary: *The AIDS- Avenger Scare*, Time 1995,s. 31.

⁵⁵⁰ W. Burek, A. Gajewska: *Odpowiedzialność...*,s. 45.

się z zaburzeniami sfery psychicznej u kobiet i mężczyzn seropozytywnych. Czynniki psychiczne pojawiają się na skutek depresji, zespołu stresu pourazowego czy lęku⁵⁵¹.

Głośnym przypadkiem w Polsce była sprawa Simona Moli, z pochodzenia Kameruńczyka. Podawał się za poetę, dziennikarza i uchodźca politycznego. Był opisywany jako człowiek wykształcony, noszący dobry krawat, biegle mówiący po angielsku. Bardzo inteligentny, ciepły, serdeczny. Świadomie zaraził co najmniej kilkanaście kobiet. Jak podaje "Rzeczpospolita" powołując się na jedną z warszawskich afrykanistek, wśród Afrykanów rozpowszechnione są szamańskie praktyki polegające na "leczeniu się z AIDS przez seks", przez przekazywanie go innej osobie. Nie można wykluczyć, iż wierzenia te podzielał Simon Mol. Do końca życia zaprzeczał, że wiedział o swojej chorobie. Zmarł przed ogłoszeniem wyroku.

Znane są przypadki, kiedy osoba bliska pod wpływem wzburzenia świadomie zakaża partnerkę wirusem HIV. W Duisburgu Prokuratura oskarżyła o usiłowanie zabójstwa H.G.W., który 21 lipca 1993 r. zdenerwowany tym, iż jego partnerka wypłała mu ostatnią puszkę Coli, wstrzyknął jej strzykawką własną krew zakażoną wirusem HIV, mając świadomość konsekwencji działania. Inny przykład mówi o mężczyźnie, który z zemsty za porzucenie wstrzyknął swojej byłej partnerce krew osoby zainfekowanej wirusem HIV. Badania wykonane parę miesięcy później wykazały, iż kobieta została zarażona HIV⁵⁵². Jest to przykład, który wypełnia lukę w prawie polskim, gdyż osoba, która zaraziła wirusem HIV sama była zdrowa.

Praktyki seksualne, przy których nie dochodzi do kontaktu nasienia, wydzielin kobiecych narządów płciowych lub krwi z błonami śluzowymi są bezpieczne. Niemożliwe jest przeniesienie HIV przez nieuszkodzoną w sposób widoczny gołym okiem skórę, która stanowi przecież naturalną barierę chroniącą przed czynnikami chorobotwórczymi.

5. Osoby zażywające narkotyki jako narażające na zarażenie

Znaczną grupę sprawców stanowią narkomani. Geneza epidemii HIV/AIDS w Polsce przypadła na drugą połowę lat 80. ubiegłego wieku. Na przełomie lat 80. i 90. wirus HIV zaczął dynamicznie szerzyć się w kręgach osób wstrzykujących narkotyki, co wywołało szybki wzrost liczby wykrywanych zakażeń. W pierwszej połowie lat 90 doszło do spadku zakażeń do około 400 nowo diagnozowanych rocznie, by potem w latach 2004–2005 odnotowano lekki wzrost do około 650 (17 na 1 mln ludności). W ostatnich latach najwyższy wskaźnik (ponad

⁵⁵¹ R. Kowalczyk, W. Folwarczny, R. Szpak, V. Skrzypulec: Zaburzenia psychoseksualne osób zakażonych wirusem HIV, *Seksuologia Polska* 2009, Nr 2, s. 56.

⁵⁵² A.J. Szwarc: *AIDS...*, s. 24-25.

40 na 1 mln. ludności) zakażeń HIV diagnozuje się na obszarze województwa dolnośląskiego. Z kolei pierwsze zachorowania na AIDS w Polsce odnotowano w 1986 r. W 2004 r. wykryto ich 171, a w 2005 r.- 187. Zachorowania na AIDS dotyczą przeważnie osoby zakażone w wyniku wstrzykiwania narkotyków i przez kontakty hetero – lub homoseksualne. W grupie osób wstrzykujących narkotyki na przełomie lat 80. i 90 doszło do wybuchu epidemii HIV, kiedy to byli oni w grupie ponad 80% wszystkich osób, u których diagnozowano HIV⁵⁵³.

Wśród zakażonych wirusem HIV jest wielu narkomanów, u których występują różnego rodzaju zaburzenia psychiczne. Przyjmowanie narkotyków może wywoływać różne następstwa psychopatologiczne, a ich rodzaj i nasilenie jest uzależnione od osobistych predyspozycji danej osoby. Uzależnienie takie powoduje zaburzenia funkcji mózgu, które prowadzić mogą do trwałych zmian o charakterze organicznym. W skrajnych przypadkach dochodzi do naruszenia funkcji intelektualnym o takiej skali, że sprawca może nie rozpoznać znaczenia swego czynu. Uzależnienie od narkotyków często skutkuje wyłączeniem lub ograniczeniem zdolności kierowania swoim postępowaniem przy zachowaniu chociaż ograniczonej zdolności rozpoznania znaczenia popełnionego czynu⁵⁵⁴.

Prowadzone w wielu krajach, także w Polsce, programy redukcji szkód (*harm reduction*) związanych z narkomanią, takie jak wymiana igieł i strzykawek, stosowanie metadonu i tym podobne, prowadzą do zmniejszania częstości pojawiania się nowych zakażeń HIV wśród osób stosujących środki odurzające w iniekcjach. Do przeniesienia zakażenia wystarczy bowiem może tak mała ilość krwi, jaka pozostaje w świetle igły i w końcówce strzykawki. Strzykawki używane przez osoby uzależnione od środków odurzających z reguły zawierają krew, gdyż często po wstrzyknięciu takiej substancji krew wciągana jest ponownie, by wypłukać znajdujący się na ściankach strzykawki narkotyk. Niekiedy procedura ta powtarzana jest kilka razy, co powoduje, iż w strzykawce pozostaje praktycznie tylko krew. W badaniach doświadczalnych wykazano, iż zakaźny wirus uzyskiwano z części strzykawek, zawierających 1,5 – 17 µl krwi, przechowywanych w temperaturze pokojowej przez 30 dni, przy czym długość przetrwania HIV zależała od znajdującego się we krwi szczepu wirusa, jego ilości, a także objętości krwi pozostałej w strzykawce. Natomiast w strzykawkach,

⁵⁵³ M. Ksel, H. Strzelecka, W. Rudalski: Raport końcowy i analiza wyników , Europejska Sieć Współpracy na Rzecz Przeciwdziałania Narkomanii i Infekcjom w Więzieniach, cz. I, w: Zdrowie w więzieniu badanie postaw, zachowań i wiedzy personelu więziennego oraz ludzi pozbawionych wolności na temat chorób zakaźnych w wytypowanych polskich jednostkach penitencjarnych, Warszawa 2007, s.14.

⁵⁵⁴ A. Liczewska: Problem odpowiedzialności karnej osób zażywających środki odurzające, Pal. 1992, Nr 5-6, s. 37-43.

w których krew została w znacznym stopniu rozcieńczona, na przykład substancją odurzającą, nie wykrywano zdolnego do życia wirusa już po 24 godzinach⁵⁵⁵.

Szybkie wprowadzenie programów minimalizacji szkód, edukacja oraz zmieniający się wzorzec zażywania narkotyków spowodowało, że nastąpiła poprawa sytuacji i na początku lat 90. nastąpił duży spadek diagnozowania nowych zakażeń u osób wstrzykujących narkotyki. Grupa ta wciąż stanowi około połowy wszystkich odnotowywanych przypadków AIDS. Roczna liczba zakażeń jest stabilna, bez tendencji spadkowej⁵⁵⁶.

6. Prostytutki jako narażające na zarażenie

Z uwagi na to, że przyjęto tezę, iż AIDS przenosi się głównie drogą płciową, prostytutki są postrzegane jako niemalże główne źródło w procesie rozprzestrzeniania się HIV/AIDS w środowiskach heteroseksualnych. Prostytutki odbywają ok. 200-300 stosunków płciowych rocznie, co tworzy z nich grupę najwyższego ryzyka. Są one postrzegane jako prawdopodobne ogniwo epidemii heteroseksualnej, gdyż teoretycznie zakażają HIV swoich zdrowych klientów, a ci z kolei swoje zdrowe partnerki itd. Mimo tego, heteroseksualna epidemia AIDS nie nastąpiła. Bez wątplenia wśród prostytutek są i takie, u których wykryto wirusa HIV, ale badania wykonane w USA, Wielkiej Brytanii i Niemczech pokazują, że prawie wszystkie seropozytywne prostytutki zażywają narkotyki. W Nowym Jorku od 40% do 50% seropozytywnych prostytutek ulicznych aplikowało sobie narkotyki dożylnie przez minimum 10 lat. Prócz tego, oficjalne dane nie obejmują współistnienia u nich innych czynników immunosupresyjnych, jak np. choroby weneryczne, anemia czy niedożywienie. Z kolei u tzw. *call girls* (najbardziej ekskluzywna grupa prostytutek) nie diagnozuje się HIV- pod warunkiem, że nie biorą narkotyków. Podobne dane odnoszą się do prostytutek na innych kontynentach. Na Filipinach spośród 10 tysięcy prostytutek, które nie przyjmowały dożylnie narkotyków, wykryto jedynie 8 przypadków zakażenia HIV. W Europie statystyki są podobne. Badania prostytutek, które przeprowadzono w 1988 roku w USA pokazały, iż: „liczba zakażeń HIV u prostytutek niezażywających narkotyków jest albo znikoma, albo zerowa. To oznacza, iż sama aktywność seksualna samodzielnie nie sytuuje ich w grupie wysokiego ryzyka”. Natomiast badania wykonane w Wielkiej Brytanii w tym samym roku zawierały porównywalne stwierdzenia: „(...) sama aktywność seksualna nie jest głównym czynnikiem ryzyka. (...) Najważniejszym elementem zakażeń prostytutek w krajach zachodnich jest używanie tych samych igieł przy stosowaniu narkotyków.” Zbliżone wnioski wypływają ze wszystkich

⁵⁵⁵ D. Rogowska- Szadkowska: Diagnostyka..., s. 6- 7.

⁵⁵⁶ M. Ksel, H. Strzelecka, W. Rudalski: Raport...,s. 15.

późniejszych badań. Inne źródła pokazują, że niewielki poziom seropozytywności trzymał się u prostytutek, które nie używały prezerwatyw w czasie stosunków. U większości z nich wykrywano też inne choroby zakaźne przenoszone drogą płciową: 25-50% miała syfilis oraz przeciwciała wirusa żółtaczk. Część z nich miała też przeciwciała chlamydii, *herpes simplex*, a 95% badanych prostytutek chorowało na rzeżączkę. Te dane dobitnie wskazują, że kontakt seksualny z osobą zarażoną wirusem HIV teoretycznie niesie ze sobą podobne ryzyko zakażenia tym wirusem, jak każdej innej choroby przenoszonej drogą płciową. A tak wcale nie jest. Prawie zawsze pojawienie się przeciwciał HIV u prostytutek jest poprzedzone długotrwałym przyjmowaniem narkotyków. Taka zbieżność dowodzi, że do zarażenia wirusem HIV może dojść na skutek upośledzenia odporności organizmu spowodowanego narkotykami oraz stylem życia, brakiem higieny, opieki lekarskiej i występowaniem innych chorób. Zdaniem prof. Duesberga, obecność lub nieobecność przeciwciał HIV jest nie ma znaczenia dla zachorowania na AIDS. Dlatego kiedy prostytutki mają AIDS, odpowiedzialna za to jest głównie toksyczność narkotyków i niehigieniczny styl życia⁵⁵⁷. Istnieje również socjologiczny „efekt zaprzeczania”: przykładny ojciec, mąż, dobrze sytuowany, powszechnie szanowany, nigdy nie przyzna się do ukrytego homoseksualizmu lub narkomanii, ponieważ są to zjawiska mocno piętnowane społecznie. Taki człowiek poda prostytutkę jako źródło zakażenia. Prostytucja, mimo że jest społecznie naganna, jest też w pewnym sensie akceptowana, dopuszczalna i budzi wyrozumiałość. W ten sposób prostytutki stają się „statystyczną” przyczyną AIDS⁵⁵⁸.

W Polsce w ankiecie przygotowanej na potrzeby badania 98% badanych było obywatelkami Polski, a pozostałe 2% stanowiły kobiety pochodzące z Bułgarii. W badanej grupie były osoby, które przyznały się do rozpoznanej choroby przenoszonej drogą płciową, ale stanowiły one zdecydowaną mniejszość (23%). 77% respondentek nie miało takiej diagnozy lub nie przyznało się do rozpoznania choroby przenoszonej drogą płciową. Ponad 84% badanych kobiet, które zadeklarowały rozpoznaną chorobę weneryczną wskazało, że zdiagnozowano u nich kiłę, u 74% była to rzeżączka, 16% wskazało chlamydiozę, a HPV - 9% badanych. Zdecydowana większość tych kobiet nie była badana w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową (np. 67% nie wykonywało testu w kierunku HIV). Ponad połowa badanych (55%) deklarowała, że posiada wiedzę o miejscach, gdzie można anonimowo wykonać test w kierunku HIV, a 45% badanych osób nie posiadało takiej wiedzy.

⁵⁵⁷ T. Gabiś, M. Rolik: Raport...,s. 33-34.

⁵⁵⁸ T. Gabiś, M. Rolik: Raport...,s. 32.

Przeprowadzone badanie potwierdza brak podstawowej i wystarczającej wiedzy u kobiet świadczących komercyjnie usługi seksualne, odnośnie zakażenia HIV i chorobami przenoszonymi drogą płciową. W związku z tym konieczna jest profilaktyka HIV i przekonywanie osób szczególnie narażonych do testowania się w kierunku HIV, HCV, kiły ale także w zakresie stosowania środków minimalizujących szkody, jakimi są prezerwatywy⁵⁵⁹.

7. Matki jako narażające na zarażenie na dziecko podczas ciąży i porodu

Jedną z trzech dróg transmisji wirusa, poza przekazaniem go przez seks i krew, jest możliwość przeniesienia go na dziecko zakażonej kobiety ciężarnej, co następuje najczęściej podczas porodu. Matka-nosicielka wirusa HIV, może zarazić dziecko podczas ciąży (zakażenie wewnątrzmaciczne), porodu (w wyniku kontaktu z krwią lub wydzieliną chorej matki) lub karmienia piersią. Ok 13-40% dzieci takich matek ulega zakażeniu. Zdrowe dzieci po urodzeniu, jeszcze przez kilka miesięcy mają przeciwciała HIV. Duże znaczenie dla zdrowia płodu ma wczesne wykrycie zakażenia u ciężarnej. Aby zmniejszyć ryzyko przeniesienia wirusa na dziecko, poród powinien odbyć się poprzez cesarskie cięcie, a dziecko nie powinno być karmione mlekiem matki.

Zakażenie płodu może nastąpić w sytuacji, gdy zdrowa kobieta w ciąży współżyje z osobą zarażoną wirusem HIV. Działania sprawcy, którego ofiarą jest płód, jest równoznaczne z zamachem na zdrowie matki. Do zainfekowania embrionu może dojść, gdy ciężarna zażywa narkotyki lub została jej przetoczona zakażona krew.

Podane powyżej przykłady ukazywały problem narażenia na niebezpieczeństwo zakażenia już po zaistnieniu ciąży. Kolejny przykład dużego ryzyka zakażenia płodu jest sytuacja, gdy rodzice seropozytywni i świadomi ryzyka decydują się na ciążę⁵⁶⁰. Ciekawe przypadki są w niektórych angielskich klinikach wspomagających rozród, w których to przeprowadza się zabiegi sztucznego zapłodnienia, gdy jedno z rodziców jest nosicielem HIV, ale nie ma objawów świadczących o AIDS. Mając taką wiedzę lekarze świadomie podejmują próby pozaustrojowej inseminacji kobiety z HIV nasieniem jej zdrowego partnera⁵⁶¹.

Przed wprowadzeniem profilaktyki zmniejszającej ryzyko przeniesienia wirusa HIV, odsetek takich zakażeń wynosił w Europie 15–20%, w USA 16–30%, w Afryce 25–40% i 13–48% w Azji Południowo-Wschodniej 2%. Te różnice mogły wynikać z innej metodologii

⁵⁵⁹ J. Bągorska, M. Dżon: Biuletyn..., s. 6.

⁵⁶⁰ A.J. Szwarc: AIDS...,s.104-124.

⁵⁶¹ A.J. Szwarc: AIDS...,s.127.

prowadzonych badań, ale także różnej częstości występowania czynników ryzyka, szczególnie karmienia piersią w badanych populacjach. Obecnie prawdopodobieństwo urodzenia zdrowego dziecka przez kobietę zakażoną HIV wynosi ponad 98%. Znaczenie ma tutaj świadomość kobiety, iż jest chora. Jest to dobitny dowód na to, by planujące zajście w ciążę lub ciężarne, wykonywały testy w kierunku obecności przeciwciał anti-HIV. W Polsce nadal mają miejsce sytuacje w których zakażenie HIV u matki rozpoznawane jest dopiero po wykryciu go u jej dziecka. Okoliczność ta występuje znacznie rzadziej w krajach, gdzie więcej mówi się o HIV, bezpiecznym seksie, metodach zmniejszania ryzyka zakażenia. W Polsce testy w kierunku HIV jeszcze niedawno wykonywało zaledwie 3% kobiet będących w ciąży, gdzie w innych krajach Unii Europejskiej wskaźnik ten wynosi średnio ponad 60%, a w niektórych nawet powyżej 95%. Drugim koniecznym warunkiem, który kobieta z HIV musi spełnić, by urodzić zdrowe dziecko, jest przyjmowanie leków antyretrowirusowych w czasie ciąży, porodu oraz podawanie ich noworodkowi w ciągu pierwszych 4 tygodni życia. Trzecią rzeczą, od którego zależy zdrowie nowo narodzonego dziecka jest zakaz karmienia piersią przez zakażoną HIV matkę⁵⁶².

Karmienie piersią noworodka przez matkę zakażoną HIV stwarza również ryzyko zakażenia dziecka. W badaniach 275 kobiet prowadzonych przez okres 2 lat wykazano, iż wyższy poziom wirerii, niższa liczba komórek CD4 i wykrywanie HIV-1 DNA w wydzielinach z dróg rodnych matki wiązało się zniżej ze zwiększeniem poziomu RNA HIV w mleku kobiecym. Poziom wirerii był wyższy w *colostrum*, niż w mleku badanym 14 dni po porodzie, a ryzyko zakażenia dziecka wiązało się z poziomem wirerii w mleku kobiecym. W krajach o złej sytuacji ekonomicznej, w których zakażona HIV kobieta nie ma żadnych możliwości wyboru, poza karmieniem piersią, powinna być instruowana, jak je przeprowadzać, by unikać uszkodzeń, czy stanów zapalnych brodawki, które mogą zwiększać ryzyko przeniesienia HIV na dziecko, zaś przestawienie na alternatywne pokarmy powinno nastąpić tak szybko, jak tylko to możliwe, najlepiej około 6 miesiąca życia niemowlęcia. Ponadto wszystkim kobietom karmiącym piersią swoje dzieci powinno zalecać się używanie prezerwatyw podczas kontaktów seksualnych ze swoim partnerem, gdyż nabyte w tym czasie zakażenie HIV stanowi szczególnie duże ryzyko dla dziecka⁵⁶³.

Nie popełnia przestępstwa z art. 161 § 1 k.k. kobieta będąca nosicielką wirusa HIV przez sam fakt zajścia w ciążę, mimo istnienia znacznego ryzyka zainfekowania płodu. Przedmiotem czynności wykonawczej tego przestępstwa może być tylko "inna osoba",

⁵⁶² D. Rogowska- Szadkowska, J. Gąsiorowski: HIV/AIDS..., s. 5-7.

⁵⁶³ D. Rogowska- Szadkowska: Diagnostyka..., s. 16.

nie zaś dziecko poczęte. Pomimo że dyspozycja omawianego przepisu nie posługuje się znamieniem "człowiek" – jak czyni to art. 160 § 1 k.k. – na płaszczyźnie wykładni systemowej nie powinno budzić wątpliwości, iż zakres znaczeniowy znamienia "osoba" jest zbieżny ze znaczeniem terminu "człowiek"⁵⁶⁴.

8. Osoby przebywające w zakładach karnych jako narażające na zarażenie

Trochę inaczej przedstawia się sytuacja u osób odbywających karę pozbawienia wolności w zakładach karnych. W niektórych zakładach karnych przyjmowane osoby są poddawane, za ich zgodą, testom na obecność wirusa HIV, a w pozostałych placówkach bada się jedynie osoby będące w grupie zwiększonego ryzyka. Więźniowie zazwyczaj zgadzają się na taką diagnostykę⁵⁶⁵. Kwestie te są uregulowane w art. 116 pkt 3 k.k.w.⁵⁶⁶ który stanowi, że skazany ma obowiązek poddania się - niezależnie od obowiązków określonych w przepisach o zwalczaniu chorób zakaźnych, wenerycznych i gruźlicy, alkoholizmu i narkomanii - przewidzianym przepisami badaniom, leczeniu, zabiegom lekarskim, sanitarnym oraz rehabilitacji, a także badaniom na obecność w organizmie alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych, a skazany, co do którego sędzia penitencjarny zarządził przeprowadzenie badań psychologicznych lub psychiatrycznych, dodatkowo - udzielania osobom prowadzącym badania informacji o stanie zdrowia, przebytych chorobach i urazach oraz warunkach, w jakich się wychowywał, oraz wykonywania zleconych przez psychiatrę lub psychologa czynności niezbędnych na potrzeby badania. W literaturze istnieje pogląd, iż osoby osadzone w zakładach karnych w razie odmowy wykonania testów w kierunku HIV, mogą zostać poddane przymusowi bezpośredniemu⁵⁶⁷.

W 2006 r. u osób pozbawionych wolności w Polsce zdiagnozowano 1228 przypadków zakażenia wirusem HIV, z czego 89 były przypadkami nowymi. Z tej grupy leczenie ARV (*antiretroviral therapy*), przyjmowało 181 osób. Przeciwciała (*antibody*) A-HCV wirusowego zapalenia wątroby typu C miały 1643 osoby, z czego 280 stanowiły nowo zdiagnozowane przypadki⁵⁶⁸.

W 1986 roku wiedza odnośnie wirusa HIV, kiedy to w polskich więzieniach zdiagnozowano pierwszy przypadek nosicielstwa HIV nie była duża, nawet wśród personelu

⁵⁶⁴ B. Michalski w: System Prawa Karnego, Przepięstwa przeciwko dobrom indywidualnym, red. J. Warylewski, t. 10, Warszawa 2012, s. 308.

⁵⁶⁵ R. Andziak: Wspólne cele, Rzeczpospolita z dnia 27 stycznia 1997, s.13.

⁵⁶⁶ Dz.U. z 2021 r. poz. 53.

⁵⁶⁷ A. Tobis: AIDS, a prawo i praktyka penitencjarna, Prawne problemy, Warszawa 1991, s.148-149.

⁵⁶⁸ M. Ksel, H. Strzelecka, W. Rudalski: Raport..., s. 16.

medycznego. W 1989 r. ówczesny Centralny Zarząd Zakładów Karnych (CZZK) z uwagi na zwiększającą się liczbę, ujawnianych w kraju zwłaszcza wśród narkomanów, homoseksualistów i prostytutek, nosicieli HIV, sporządził wytyczne dla jednostek penitencjarnych odnośnie wdrożenia profilaktyki HIV pośród osób pozbawionych wolności. Stwierdzono, że działania zapobiegawcze miały polegać głównie na organizowaniu szkoleń dla personelu więziennego, na informowaniu więźniów o regułach zmniejszających zagrożenia, na zwiększaniu poziomu sanitarnego zakładów, przestrzeganiu panujących zasad postępowania z osobami zakażonymi i podejrzanymi o zakażenie oraz na rozszerzeniu ilości i jakości badań diagnostycznych. Wytyczne te zawierały polecenia dotyczące między innymi:

- potrzebie określenia potencjalnych wcześniejszych kontaktów osadzonego z osobami zakażonymi HIV oraz informacji o przeprowadzonych w przeszłości badaniach,
- wykonania badań testowych u osób z kręgu tzw. zwiększonego ryzyka,
- zgłaszania właściwym organom więziennej służby zdrowia wiadomości o osobach chorych na AIDS wymagających hospitalizacji,
- zapoznawania, przy przyjęciu do zakładu, z materiałami informacyjno – edukacyjnymi;
- drobiazgowego analizowania nastrojów u osadzonych w przypadku ujawnienia przypadków nosicielstwa HIV i wdrażania działań profilaktycznych⁵⁶⁹.

W 1990 roku zauważono pierwsze przypadki „handlu” zakażoną krwią oraz umyślnego zarażenia się wirusem HIV. Robiono tak, by uzyskać przerwę w wykonaniu kary pozbawienia wolności czy też uchylecia postanowienia o tymczasowym aresztowaniu. W związku z rosnącym zapotrzebowaniem powstały w szpitalach więziennych, w ramach oddziałów chorób wewnętrznych, pododdziały dla skazanych, tymczasowo aresztowanych i zakażonych HIV, którzy wymagali szpitalnej opieki medycznej. W 1991 roku zróżnicowano populację zakażonych wirusem HIV na trzy grupy: zakażonych HIV uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych; nosicieli HIV z odchyleniami od normy psychicznej i pozostałych zakażonych HIV. Główne kierunki programu przeciwdziałania zakażeniom HIV w zakładach penitencjarnych odnoszące się do izolowania nosicieli wirusa HIV zostało skrytykowane. Na konferencji służby więziennej w 1993 r. w Centralnym Ośrodku Szkolenia Służby Więziennej w Kaliszu został podniesiony temat zlikwidowania osobnych zakładów dla osób zakażonych HIV, „gdyż stają się one gettami, do których – by znaleźć się w lepszych warunkach –za pomocą samozakażeń starają się dostać niektórzy zdesperowani więźniowie. Sami zaś zakażeni wirusem usiłują wymusić jeszcze lepsze warunki różnymi

⁵⁶⁹ M. Ksel , H. Strzelecka, W. Rudalski,: Raport...,s.16-17.

sposobami szantażu i buntami”. Jednym z istotniejszych celów realizowanych przez więziennictwo w 1997 r. było „promowanie tolerancji i akceptacji poprzez odstępowanie od oddzielnego osadzania nosicieli HIV i chorych na AIDS”. CZZK przeprowadził ogólną ocenę sytuacji osadzonych zakażonych HIV / AIDS. Wywnioskowano, że nie rodzą oni istotniejszych problemów ochronnych, medycznych i penitencjarnych. Z zasady nie prowadzą również zamierzonych zagrożeń dla innych osób wykonujących karę pozbawionych wolności oraz dla personelu penitencjarnego. Zauważono, iż w kontaktach między osadzonymi zakażonymi HIV, a personelem penitencjarnym i pozostałymi osadzonymi nastąpiła znaczna poprawa. Zakażone osoby przestały powodować u innych irracjonalny lęk; ustąpiły wywołane nim domaganie się izolowania takich osób. Powszechnie zakażone osoby zaczęto umieszczać w zakładach wspólnie z innymi osadzonymi, którzy byli świadomi faktu, iż w ich kręgu znajdują się żyjący z HIV. Takie podejście polskiego więziennictwa skutkowało przełomem w filozofii oraz sposobie podejścia i myślenia do osadzonych z HIV. Duże kontakty z systemami penitencjarnymi całego świata, zwłaszcza Unii Europejskiej, staże, międzynarodowe konferencje naukowe przyniosły istotne i oczekiwane rezultaty. W pełni zaprzestano izolowania i stygmatyzacji osadzonych nosicieli HIV. Każda osoba, która nowoprzybyła do zakładu poddawana była działaniom informacyjno – edukacyjnym, w tym z zakresu problematyki HIV / AIDS. Osadzonym, którzy deklarowali, iż w przeszłości podejmowali ryzykowne zachowania, proponuje się zrobienie testu. Jeśli natomiast zakażony HIV jest jednocześnie uzależniony od narkotyków i potrzebna jest detoksykacja, wtedy kieruje się go do szpitalnego pododdziału detoksykacyjnego. Większość nosicieli wirusa HIV jest osadzonych w oddziałach terapeutycznych dla skazanych uzależnionych od środków odurzających lub substancji psychotropowych z uwagi na uzależnienie od narkotyków, a nie ze względu na chorobę. W 2003 r. w CZSW opracowano „Strategię działań Służby Więziennej na lata 2004-2006 w ramach Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV, Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS”. Pierwszym głównym celem strategii było zahamowanie roznoszenia zakażenia HIV. Aby to zrealizować wprowadzono rutynowe proponowanie badań na obecność HIV osobom przebywającym w zakładach penitencjarnych przy zachowaniu pełnej poufności i dobrowolności oraz zapewnieniem porady przed i po wykonaniu testu. Podczas wstępnych badań lekarskich i rozmów z wychowawcami każdy nowoprzybyły więzień poinformowany jest o ryzyku zakażenia HIV, o metodach jego przeciwdziałania, o ryzykownych zachowaniach i ich potencjalnych następstwach. Wdrożono czuwanie nad przestrzeganiem praw skazanych żyjących z HIV i chorych na AIDS. Organizowane są także szkolenia personelu więziennej służby zdrowia w częstotliwości

kilka razy do roku. Obejmują one najnowsze doniesienia o problemach HIV/AIDS, ze specjalnym naciskiem na kształtowanie prawidłowych nawyków pracy. Wdrożono nowatorskie reguły kontroli bezpieczeństwa postępowania medycznego i laboratoryjnego w jednostkach więziennej służby zdrowia. Ponadto wprowadzono tematykę z zakresu profilaktyki HIV/AIDS, edukację osadzonych, z głównym naciskiem na grupy młodocianych, z zakresu HIV/AIDS. Dzięki bezpłatnym materiałom edukacyjnym i profilaktycznym o tematyce HIV/AIDS pozyskanych przez więziennictwo od organizacji społecznych i pozarządowych, zapewniono więźniom dostęp do aktualnej wiedzy. Za szczególnie istotną uznano kontynuowanie współpracy z Krajowym Centrum itp. AIDS, Głównym Inspektoratem Sanitarnym oraz innymi organizacjami rządowymi i pozarządowymi odnośnie profilaktyki HIV/AIDS oraz w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki HIV/AIDS ze Światową Organizacją Zdrowia. Drugi ważny cel Strategii to polepszanie jakości opieki nad żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS, poprzez udoskonalenie penitencjarnego systemu opieki zdrowotnej. Osadzonym zapewniono dojście do najnowszych metod leczenia antyretrowirusowego, profilaktyki AIDS oraz leczenia zakażeń oportunistycznych, nowotworów i pozostałych współwystępujących chorób zakaźnych z zakażeniem HIV. Dalej kontynuowany był program Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia ‘‘Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce’’. Dzięki temu programowi osadzeni mają zapewnione bezpłatne leki ARV oraz mogą wykonywać stosowne testy diagnostyczne. W ramach programu minimalizacji szkód, w zależności od możliwości finansowych, wprowadzono powszechny dostęp do prezerwatyw. Osoby żyjące z HIV i chore na AIDS informowane są o możliwości powiadomienia o łamaniu prawa do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich⁵⁷⁰.

Osoby osadzone będące nosicielami wirusa HIV notuje się w polskich więzieniach od 1989 r. Przewagę stanowią narkomanii (70%). W związku z tym potrzebą stało się wdrożenie do jednostek penitencjarnych metod redukujących szkody związane z używaniem narkotyków. W 2003 r. rozpoczęto program substytucji metadonowej w Areszcie Śledczym w Krakowie. Aktualnie analogiczne programy wdrożone zostały także w jednostkach penitencjarnych w Poznaniu, Warszawie i we wszystkich jednostkach penitencjarnych okręgu lubelskiego. Poszerzają one ofertę świadczeń zdrowotnych, które mają na celu uzyskanie równowagi psychicznej dającej możliwość leczenia zarazem infekcji HIV i innych ciężkich schorzeń. Ponadto zapobiegają one szerzeniu się infekcji przenoszonych poprzez krew. Osadzeni z HIV mają możliwość konsultacji z lekarzami specjalistami z zakresu chorób

⁵⁷⁰ M. Ksel, H. Strzelecka, W. Rudalski: Raport..., s.17-19.

zakaźnych. Od 2001 r., z pomocą i przychylnością Krajowego Centrum ds. AIDS, osadzeni mają zapewniony taki sam standard leczenia jak inni chorzy. Więziennictwo realizuje program polityki zdrowotnej ministra zdrowia „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce”. W wyniku tego więźniowie mają taki sam dostęp do terapii antyretrowirusowej, jak zwykli pacjenci. W latach 2001-2002 grupa osadzonych, która była leczona ARV stanowiła około 70 osób, a już na początku roku 2007 -180. Grupa ta cechuje się zmiennością, bo leczeni w ośrodkach poza-więziennych osadzeni, trafiają do aresztu czasem na okres 3 miesiące lub nawet krótszy i często bywa tak, iż wychodząc na rozprawę, już nie wracają do jednostki penitencjarnej. Jak zachodzi taka konieczność, to są hospitalizowani w oddziałach szpitali więziennych. Gdy pojawia się potrzeba wdrożenia leczenia wysokospecjalistycznego nie do zrealizowania przez więzienną służbę zdrowia, to na wniosek lekarzy uzyskują oni przerwę w wykonywaniu kary pozbawienia wolności lub uchylane mają tymczasowe aresztowanie i są kierowani do placówek poza-więziennych.

Biuro Służby Zdrowia CZSW obserwuje zapadalność i zachorowalność wyłącznie na choroby zakaźne takie jak gruźlica, WZW czy HIV. W przypadku do gruźlicy jest to tendencja spadkowa. W odniesieniu do HIV i AIDS liczba więźniów żyjących z HIV jest stała i wynosi ok. 1250 rocznie (mając na względzie dużą rotację osadzonych), natomiast zwiększa się ilość osób potrzebujących leczenia lekami antyretrowirusowymi. W odniesieniu do wirusowego zapalenia wątroby, szczególnie typu C, obserwuje się od paru lat wzrost liczby osób zakażonych.

W Polsce prowadzi się mało badań epidemiologicznych odnośnie populacji osób odbywających karę pozbawienia wolności. W sytuacji stale zwiększającej się liczby osób pozbawionych wolności i jednocześnie uzależnionych od środków odurzających, w latach 2000-2003 Instytut Psychiatrii i Neurologii prowadził projekt badawczy finansowany przez Komitet Badań Naukowych dotyczący problemu narkomanii w więzieniach. Realizowane w polskich więzieniach w latach 2000 – 2001 badania Sierosławskiego miały ocenić rozmiar i charakter problemu narkomanii i skali użytkowania narkotyków w zakładach penitencjarnych. Badaniami objęto osoby przebywające w oddziałach terapeutycznych oraz ogólną populację osadzonych. Przebadano przypadkową i reprezentatywną grupę 1 186 mężczyzn. Wyniki wskazały, że w polskich więzieniach, podobnie jak na całym świecie, są narkotyki:

- 19,5% wszystkich osadzonych stanowią osoby, które przed aresztowaniem sporadycznie używały narkotyków (w grupie wiekowej 17-24 lata wskaźnik wynosi 30%);
- najczęściej stosowanym narkotykiem, przed pozbawieniem wolności, były przetwory konopi, amfetamina, ecstasy i kokaina;

- popularność używania narkotyków w zakładzie penitencjarnym jest znaczna – 22,5% osadzonych ma za sobą takie doświadczenia (w grupie wiekowej 20-24 lata ponad 33%);
- spośród substancji zażywanych podczas odbywania kary pozbawienia wolności dominują leki uspokajające i nasenne stosowane bez przepisywania przez lekarza oraz przetwory konopi oraz amfetamina;
- używanie narkotyków w zastrzykach w zakładach karnych dotyczy 3,3% osadzonych, w tym 1% przyznało się, że stosują zastrzyki ze wspólnych igieł i strzykawek;
- według ocen i doświadczeń badanych osób narkotyki są dostępne w więzieniach i to większym stopniu niż, także zakazane, napoje alkoholowe.

Wieloletnie doświadczenie więźniaków pokazuje, że wszelakie oddziaływania oświatowo – zdrowotne wymierzone do osób przebywających w zakładach karnych, mają szanse na sukces właśnie w czasie odbywania kary. Więzienna beczynność, dużo wolnego czasu, brak pracy, potrzeba przystosowania się do danego regulaminu, czasem też ciekawość sprawiają, że dobrze napisane i realizowane oddziaływania programowe mają szanse na powodzenie.

Przeprowadzono ankietę dla osadzonych. Zawierała ona 27 pytań. Dotyczyła wiedzy i poglądów odnośnie chorób zakaźnych, dostępności narkotyków w więzieniu, zachowań i postaw podczas pobytu w zakładzie karnym i poza nim itp. Celem badania było wskazanie powiązań między wiedzą osadzonych o chorobach zakaźnych przenoszonych poprzez krew, takich jak WZW typu B i C oraz HIV/AIDS, postawami i zachowaniami, a danymi odnoszącymi się do istnienia tych chorób w populacji więziennej⁵⁷¹.

Na podstawie przeprowadzonych badań można wskazać poziom wiedzy osadzonych o HIV. Zdecydowana większość badanych prawidłowo wskazywała drogi zakażenia HIV. Pokazuje to, że większość ma informacje o HIV/AIDS i ogólną wiedzę o drogach jego przenoszenia. Jednak rozpatrując odpowiedzi dotyczące konkretnych pytań stwierdzono, że stan tej wiedzy budzi wiele wątpliwości. Przy ocenie przenoszenia przez komary wirusa HIV, aż 39% podało, że jest to droga przenoszenia wirusa. Z kolei 42,3% stwierdziło, że istnieje możliwość zakażenia przez ślinę. 23,6% uważa, że można zarazić się przez picie ze szklanki, którą używa osoba chora na HIV/AIDS, a 19,7% przez kontakt z deską sedesową. Mając na względzie udzielone odpowiedzi można dojść do wniosku, iż badani nie posiadają wiedzy lub nie pochodziła ona z rzetelnych źródeł. Następne zestawienie pokazuje analizę deklarowanych zachowań w stosunku do osób żyjących z HIV. Większość ankietowanych

⁵⁷¹ M. Ksel, H. Strzelecka, W. Rudalski: Raport..., s. 26-28.

prezentowała pozytywne zachowania do nosicieli HIV - 80,0% nie miało obaw przed wspólną pracą, a 73,2% przed wspólną konsumpcją posiłków. Jednocześnie duży odsetek badanych deklarowało negatywne zachowania odnośnie kontynuacji związku (42,8%) i pobytu we wspólnej celi (53,0%).

Kolejne zestawienia dotyczyły informacji o zachowaniach seksualnych, stosowania prezerwatyw, pożyczania przedmiotów osobistego użytku i przeprowadzania zabiegów (tatuaż, kolczyk) w zakładzie karnym. Przy analizie odpowiedzi trzeba mieć na uwadze, iż respondenci odpowiadając na wyjątkowo drażliwe pytania odnoszące się do zachowań seksualnych, mogą na nie udzielać odpowiedzi przez pryzmat zapomnienia, niechęci i samo-chronienia. Najtrudniejszymi pytaniami były dotyczące kontaktów homoseksualnych. Wyraźna większość badanych mężczyzn (80,8%) w ciągu 12 miesięcy przed znalezieniem się w zakładzie karnym, odbyła stosunek płciowy z kobietą. Z tego 29,9% miało trzy i więcej partnerek. Natomiast prezerwatywy używało „zawsze” tylko 11% ankietowanych. Kolejny wykaz pokazuje analizę zachowań homoseksualnych wśród badanych mężczyzn, zachowań seksualnych u badanych kobiet oraz stosowania prezerwatyw. (39) W gronie badanej populacji mężczyzn, 0,5% podawało, że przed przyjściem do jednostki penitencjarnej miało kontakt seksualny z mężczyzną. Wśród nich 0,5% miało jednego partnera, a 0,1% dwóch i więcej. Ponadto 2,5 % nigdy nie stosowało prezerwatyw, zaś kontakt seksualny bez zgody „zawsze” i „czasem” miało 0,05%. U badanej populacji kobiet, 87,6% wskazało, że przed przyjściem do jednostki penitencjarnej miało kontakt seksualny z mężczyzną. Wśród nich 25,2% miało jednego partnera, a 57,8% dwóch i więcej. 44 % badanych kobiet nigdy nie używało prezerwatywy, zaś „czasem” jedynie 11%. Kontakt seksualny bez zgody „czasem” miało 9,1%.

Pośród badanych mężczyzn, 0,1% podało, że w zakładzie karnym miało kontakt seksualny z mężczyzną. Z tego 0,1% miało jednego partnera, a 0,1 % nigdy nie stosowało prezerwatyw. Z kolei wbrew woli kontakt seksualny „zawsze” miało 0,05%. U badanych kobiet 3,2% wskazywało, że w jednostce penitencjarnej miało kontakt seksualny z mężczyzną. Z tego 3,2% miało jednego partnera, a 1,8 % nigdy nie stosowało prezerwatyw, zaś kontakt seksualny bez wyrażonej zgody „zawsze” miało 0,5%.

Analizując zachowania seksualne na wolności i po zamknięciu w zakładzie karnym, można stwierdzić, że zjawisko prezentowanych kontaktów seksualnych kobiet z mężczyznami, mężczyzn z mężczyznami, niestosowania prezerwatyw i kontaktu seksualnego wbrew woli odnosi się także do osób pozbawienia wolności⁵⁷².

⁵⁷² M. Ksel, H. Strzelecka, W. Rudalski: Raport..., s. 37-41.

Następny wykaz ukazuje występowanie zjawiska komercyjnego seksu w zakładach penitencjarnych. Spośród badanej populacji 1 osoba przyznała (0,05%), że zapłaciła za seks w czasie pobytu w zakładzie karnym, a 0,25% badanych nie odpowiedziało na pytanie. Z kolei 5,1% respondentów wskazało, iż pożyczali maszynkę do golenia, zaś 1,0% szczoteczkę do zębów.

Kolejne dwa wykazy, odnoszą się do robienia tatuauży i zakładania kolczyków u osób pozbawionych wolności. Z przeprowadzonych badań wynika, iż spora grupa badanych (40,4%) zrobiła tatuauż w jednostce penitencjarnej, a zakładane kolczyki 2,8%.

Badanie następnej grupy tematycznej konieczne było do przeprowadzenia oceny wiedzy więźniów odnośnie obecności zjawiska spożywania narkotyków w zakładach karnych. Analiza taka pozwoliła na zgromadzenie informacji ilościowych niezbędnych do wyciągnięcia wniosków i zaleceń. Duży procent analizowanej populacji podało, że 1 – 25% osadzonych zażywa marihuanę, 1 – 25% alkohol, 1 – 25% heroinę, 26 – 50% tabletki. Wysoki procent badanych uważało, że osadzeni w ogóle nie stosują narkotyków, jednakże znaczny procent nie miało wiedzy na ten temat. Duża część ankietowanych (36,9%) podaje, że osoby osadzone w ogóle nie używają narkotyków w formie zastrzyków. Z kolei 11,3% stwierdza, że 1 – 25% stosuje narkotyki w zastrzykach. Mając powyższe na uwadze należy stwierdzić, że znaczny odsetek ankietowanych nie ma wiedzy odnośnie spożywania narkotyków w zakładach karnych. Duży odsetek twierdzi, że osadzeni w ogóle nie stosują narkotyków w zastrzykach. Znaczny odsetek ankietowanych nie przyznaje się do spożywania narkotyków. Duża część stosowała narkotyki wyłącznie poza zakładem karnym. Większy odsetek odnosił się do alkoholu (76,5%) i marihuany (29,5%). Narkotyki te zażywa w więzieniu średnio 0,6% ankietowanych. W zakładzie karnym lub poza nim najwyższy odsetek dotyczył marihuany (7,7%). Wśród badanych 6,1% stosowało narkotyki w formie zastrzyku, zaś znaczna większość (93,4%) dała negatywną odpowiedź⁵⁷³.

Analiza następnych wyników badań dotyczyła zachowań mogących narażać na ryzyko zakażenia HIV czy WZW typu B i C. Zdecydowana większość osadzonych wskazała, że okoliczność korzystania z cudzych strzykawek (81,1%), igieł (80,9%) oraz innego zestawu służącego do iniekcji (80,8%) ich nie dotyczy. Niski procent badanych przyznało, że pożyczalo taki sprzęt na wolności: zawsze 0,1%, czasami 1,0% - 1,2%. Okoliczności te wyglądają bardzo podobnie w warunkach pobytu w jednostce penitencjarnej. Znaczna większość osadzonych wskazała, że problem używania cudzych igieł (81,4%), strzykawek (81,5%) i innego zestawu

⁵⁷³ M. Ksel, H. Strzelecka, W. Rudalski: Raport..., s. 41-47.

do iniekcji (81,4%) ich nie dotyczy, jednakże mały procent badanych przyznał się do pożyczania sprzętu w warunkach pozbawienia wolności: zawsze 0,1%, czasami 0,4 -0,5%. Mając na względzie, że w jednostkach penitencjarnych przebywa ponad wiele tysięcy sadzonych, zjawisko to odnosi się do dużej liczby osób.

Kolejnym badaniem była analiza świadomości, że jest się zakażonym w zestawieniu z wynikami wykonanych testów w laboratorium. Dzięki temu ustalono faktyczną ilość osób zakażonych WZW typu B i C. W kolejnej części badania poddano ryzykowne zachowania osadzonych którzy podali, że są zakażeni oraz tych, u których zdiagnozowano zakażenie wykonując testy. W badanej grupie najwyższy odsetek osadzonych (2,7%) podało, że jest zakażony wirusowym zapaleniem wątroby typu C. Dokonana analiza pokazała, że wyższy odsetek stanowią zakażeni wirusem WZW typu C (6,1%) w porównaniu z zakażonymi WZW typu B (1,7%). Wśród 54 osadzonych wskazujących, że są zakażeni, u 35 wykonane testy potwierdziły to. Pośród 123 osób, u których zakażenie WZW typu C zostało potwierdzone testami laboratoryjnymi – 77 było nieświadomych zakażenia.

Poniżej przedstawiono ryzykowne osadzonych zakażonych WZW B i C.

Zakażeni WZW typu B:

- ▶ podczas pobytu w więzieniu 1 osoba stosowała narkotyki w iniekcjach;
- ▶ 27 osób miało łącznie 82 partnerów seksualnych;
- ▶ wśród wskazanych 27 osób, 13 nigdy nie stosowało prezerwatyw, a 11 czasami;
- ▶ 1 mężczyzna miał 8 partnerów i stosował czasami prezerwatyw;
- ▶ 18 osób w zakładzie karnym zrobiło tatuaż.

Zakażeni WZW typu C:

- ▶ w czasie pobytu w zakładzie karnym 11 osób czasem stosowało lub pożyczało swoje igły do iniekcji;
- ▶ w czasie pobytu w zakładzie karnym 11 osób czasem stosowało cudze lub pożyczało swoje strzykawki;
- ▶ w czasie pobytu w zakładzie karnym 13 osób czasem używało cudzy lub pożyczało inny sprzęt do iniekcji;
- ▶ w czasie pobytu w zakładzie karnym 6 osób używało narkotyki w iniekcjach;
- ▶ 91 osób miało łącznie 409 partnerów seksualnych;
- ▶ z w/w grupy 48 osób nigdy nie stosowało prezerwatyw , a 30 osób czasami;
- ▶ 23 kobiety miały łącznie 52 partnerów seksualnych;
- ▶ z w/w grupy 9 osób nigdy nie stosowało prezerwatyw, 12 czasami, a tylko 4 zawsze;
- ▶ 20 kobiet miało stosunki seksualne wbrew ich woli;

- ▶ w czasie pobytu w zakładzie karnym 7 osób pożyczało maszynkę do golenia, a 2 osoby szczoteczkę do zębów;
- ▶ 71 osób w zakładzie karnym zrobiło tatuaż;
- ▶ w czasie pobytu w zakładzie karnym 8 osób założyło kolczyk.

Spośród osób, które podały, że są zakażone wirusem HIV, 2 miały 1-2 partnerów seksualnych i czasami stosowały prezerwatywy, natomiast 2 osoby miały 5 partnerów i nigdy nie korzystały z prezerwatyw⁵⁷⁴.

Kolejna analiza dotyczyła oceny ryzyka zarażenia chorobami w związku z pracą w zakładzie karnym i występowania uwarunkowań wywołujących strach przed zakażeniem. Duża część badanych stwierdziła, iż ryzyko zakażenia wirusem HIV, gruźlicą i WZW B/C przy wykonywanej pracy w jednostce penitencjarnej jest wysokie (HIV– 54,5%, gruźlica – 57,3%, WZW B/C – 52,4%). Znaczny odsetek ankietowanych (56%) podczas pracy miało styczność z sytuacją, która sprawiła, iż mają obawy przed zakażeniem wirusem HIV. Przybliżone wyniki odnosiły się także do gruźlicy i WZW B/C. Następne zestawienie pokazuje analizę wiedzy personelu odnośnie form kontaktów seksualnych pośród osób pozbawionych wolności. Badani uważali, że w zakładzie karnym pośród osób pozbawionych wolności zachodzą wszystkie, wskazane w ankiecie formy, kontaktów seksualnych. 27,8 % badanych twierdziło, że gwałt jest jedną z form kontaktów seksualnych, 21,7% wskazywało na współżycie seksualne między osadzonymi za obustronną zgodą, 18,1% twierdziło, iż w jednostce dochodzi do współżycia seksualnego między osadzonymi jako forma płatności za rzeczy lub usługi. Największy procent odnosił się do widzeń intymnych z żoną/partnerem/partnerką/przyjaciółką⁵⁷⁵.

9. Stosunek psychiczny osoby zakażonej wirusem HIV do zakażenia

Podłoże psychiczne u osoby zakażonej wirusem HIV jest bardzo ważne, gdyż to ono odpowiada w większości przypadków za świadome narażenie na zakażenie zdrowych ludzi. Sytuacja osoby chorej na AIDS czy zakażonej wirusem HIV jest trudna. Wielu pacjentów doświadcza głównie negatywnych stanów emocjonalnych (lęk, depresję, złość) na informację o chorobie. Niemniej zaobserwowano także, że te same osoby jednocześnie potrafią odnaleźć pozytywne strony w tych ciężkich doświadczeniach i mimo zainfekowania, wskazują na poprawę jakości życia, lepsze związki interpersonalne i dobre zmiany w zakresie systemu priorytetów i wartości. Dowiedziono np. że takie pełne nadziei zapatrywania, jak wiara w możliwość odnalezienia sensu w trudnych okolicznościach, hamują

⁵⁷⁴ M. Ksel, H. Strzelecka, W. Rudalski: Raport..., s. 49-56.

⁵⁷⁵ M. Ksel, H. Strzelecka, W. Rudalski: Raport..., s. 60-64.

rozwój choroby u ludzi zakażonych wirusem HIV. Korzystne mogą być nie tylko konsekwencje podejście do stresu w chorobie przewlekłej. W ostatnich latach coraz częściej zwraca się uwagę i wzmacnia indywidualne pokłady pacjenta: jego siłę charakteru, szczególne zdolności i umiejętności, które pomagają w przystosowaniu się chorego do próby, jaką jest choroba. Takie podejście do choroby daje możliwość zakażonym nadania sensu chorobie oraz wytworzenia swojego systemu radzenia sobie z nią. Obraz infekcji z punktu widzenia pacjenta posiada dużo różnych części składowych tj.: przyczyn, symptomów, konsekwencji, metod leczenia, rokowania itd. Oznaką pozytywnego wyniku radzenia sobie ze stresem są uzyskane korzyści psychospołeczne. Personel medyczny często przywołuje przykłady hospitalizowanych osób, które będąc np. osobami samotnymi, dzięki przebywaniu w szpitalu mają szansę zaspokajania swoich podstawowych potrzeb fizjologicznych, a także emocjonalnych i społecznych w lepszy sposób, niż w ich pustym domu. Są znane przypadki, kiedy choroba staje się instrumentem poprawy życiowych niepowodzeń, niespełnionych ambicji, także w stosunku do własnej tożsamości. Ponadto infekcja może też zaspokoić potrzebę akceptacji ze strony środowiska. Pomimo, że powody odnajdywania tego typu korzyści mogą wydawać się psychologicznie dyskusyjne i kontrowersyjne, to niemniej z punktu widzenia optymistycznej psychologii nie powinno się ich negować, a pogłębiać ich istotę i zastanowić się, na ile i w jakich sytuacjach są rzeczywistymi korzyściami, a na ile mechanizmami obronnymi. Wyszukiwanie optymistycznych stron może być taktyką prewencyjną, która ma na celu zmniejszenie następstw trudnych zdarzeń i skupianie się na dobrach jakie wypłynęły z tego ciężkiego wydarzenia. Wynika z tego, iż osoby zakażone wirusem HIV oraz chorujące na AIDS także mogą uzyskać psychologiczne korzyści mimo innego stanu zdrowia i mimo odmienności w subiektywnym obrazie choroby oraz różnych sposobów radzenia sobie ze stresem⁵⁷⁶.

Badania wykazują, iż chorzy na AIDS deklarują stanowczo mniej zadowolający obraz swojej choroby. Obraz ten wydaje się zrozumiały i pokazuje opinię ogólnie wyrażaną przez specjalistów, że położenie chorych na AIDS pod względem medycznym jest trudniejsze. Osoby takie będące w nieuleczalnym stadium zakażenia wirusem HIV odczuwają przede wszystkim więcej groźnych skutków (somatycznych i emocjonalnych) związanych z jej indywidualnymi przeżyciami. Ludzie seropozytywni zamartwiają się swoim stanem zdrowia, stają się pesymistami a nierzadko wpadają w depresję. Postrzeganie choroby u osób chorych na AIDS ma więc stanowczo ujemny charakter. Ważnym elementem, który także wpływa

⁵⁷⁶ M. M. Kossakowska, P. Żelazny: Obraz choroby i korzyści psychospołeczne u osób zakażonych wirusem HIV i chorych na AIDS, *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2013, s. 178–179.

na mało korzystny obraz choroby u pacjentów z AIDS są utrwalone w społeczeństwie negatywne stereotypy. W ogólnym przeświadczeniu osoba zakażona sama sobie zasłużyła na taki los z uwagi na niewłaściwe lub niemoralne zachowanie. Osoby chore na AIDS doświadczają też dodatkowo psychicznego cierpienia związanego np. z odczuciem samotności czy niezrozumienia. Poczucie braku społecznego wsparcia potęgują negatywne odczucia własnej sytuacji zdrowotnej głównie w zakresie strategii zaradczej „poszukiwania emocjonalnego wsparcia”. Grupa osób chorych na AIDS w porównaniu z osobami zakażonymi HIV, częściej szuka emocjonalnego wsparcia i kontaktu z innymi ludźmi. Być może wynika to z tego, iż nosiciele wirusa HIV wykształcili w sobie umiejętność przystosowania się do choroby, poza tym mogą nie mieć potrzeby szukania wsparcia u innych, ponieważ ich stan somatyczny i psychiczny jest nierzadko w lepszej formie. Osoby zakażone wirusem HIV są mniej skupione na swoich emocjach niż chorzy na AIDS. W innych dziedzinach chorzy na AIDS i zakażeni wirusem HIV nie różnią się od siebie w zakresie poczucia humoru, nadużywania alkoholu czy zaprzeczania swojej chorobie. Ciekawy jest fakt, że obie grupy niespecjalnie często opierają się na religijności jako strategii zaradczej. Oznacza to, że niechętnie się modlą i używają praktyk religijnych, aby zredukować stres związany z chorobą. Obraz ten warty jest zwrócenia uwagi, tym bardziej, że nie jest on klasyczny dla chorych. Dzięki chorobie niektórzy chorzy są bardziej zadowoleni ze swoich relacji z innymi i rozwoju osobowościowego (wzrost wewnętrznych sił charakteru), za to trochę mniej widzą dóbr płynących z rozwoju duchowego i filozoficznego⁵⁷⁷.

Zaburzenia neuropoznawcze występują powszechnie u osób zakażonych HIV. HIV-demencja, HIV-demencja kompleks (*HIV-associated dementia HAD*) i HIV-encefalopatia (*HIV-encephalopathy HIE*). Terminami tymi określa się zaburzenia: poznawcze, motoryczne oraz behawioralne. HAD dotyczy trzech głównych obszarów, które zaczynają wadliwie funkcjonować. Dochodzi do zaburzeń poznawczych, zaburzeń zachowania i funkcji. Symptomy te objawiają się m.in.: spowolnieniem psychomotorycznym, apatią. W pierwszej kolejności następuje deficyt pamięci, spowolnienie myślenia, trudności z rozumieniem. Klasyczne psychiczne i neuropsychiatryczne deficyty HAD cechują się zaburzeniami pamięci (osłabione przypominanie), zaburzeniami możliwości korzystania z nabytej wiedzy, zmianami zachowania, spłyceniem emocjonalnym i ogólnym zahamowaniem procesów myślowych. W późniejszym okresie może dojść do objawów maniakalnych, psychozy z cechami paranoicznymi. Pod wpływem takiego uszkodzenia psychiki, człowiek podejmuje decyzje

⁵⁷⁷ M. M. Kossakowska, P. Żelazny: *Obraz...*, s.182-184.

nie panując do końca nad ich konsekwencjami. Można tym wytłumaczyć, dlaczego część osób wiedząc, że jest chora, dalej podejmuje ryzykowne kontakty narażając innych na zakażenie⁵⁷⁸.

Na podstawie przedstawionych powyżej okoliczności można zauważyć, iż pojęcie „podejrzanego o zakażenie” jest na tyle szerokie, że aby wyeliminować osoby z tego kręgu, trzeba by poddać je testom na obecność wirusa HIV lub innych chorób. Problem polega na tym, że nikogo nie można zmusić do wykonania takich badań. Formalnie uprawnione podmioty nie mają przymusu do wydawania decyzji nieuzasadnionych merytorycznie dotyczących zrobienia obowiązkowych testów u osób, co do których można włączyć zakażenie się chorobą z określonego źródła. Dotyczy to np. współpracowników chorego, współmieszkańców lub osób, które się z nim sporadycznie spotykają. Nałożenie przymusu poddania się badaniom w kierunku wirusa HIV jest ograniczeniem praw osoby, szczególnie prawa do nietykalności osobistej i samostanowienia. W obecnym stanie prawnym zachodzą okoliczności, w których mimo oczywistych wskazań medycznych dla przeprowadzenia testu na obecność wirusa HIV, nie można zarządzić ich obowiązkowo⁵⁷⁹.

Zgodnie z art. 74 § 2 pkt 1 i 2 k.p.k. oskarżony jest jednak obowiązany poddać się oględzinom zewnętrznym ciała oraz innym badaniom niepołączonym z naruszeniem integralności ciała; wolno także w szczególności od oskarżonego pobrać odciski, fotografować go oraz okazać w celach rozpoznawczych innym osobom, badaniom psychologicznym i psychiatrycznym oraz badaniom połączonym z dokonaniem zabiegów na jego ciele, z wyjątkiem chirurgicznych, pod warunkiem że dokonywane są przez uprawnionego do tego pracownika służby zdrowia z zachowaniem wskazań wiedzy lekarskiej i nie zagrażają zdrowiu oskarżonego, jeżeli przeprowadzenie tych badań jest nieodzowne; w szczególności oskarżony jest obowiązany przy zachowaniu tych warunków poddać się pobraniu krwi, włosów lub wydzielin organizmu. Z kolei art. 192 § 1 k.p.k. wskazuje, iż jeżeli karalność czynu zależy od stanu zdrowia pokrzywdzonego, nie może on sprzeciwić się oględzinom i badaniom niepołączonym z zabiegiem chirurgicznym lub obserwacją w zakładzie leczniczym.

Słusznie podnosi A. Wierciński, że jeśli byłaby regulacja prawna, która uwarunkowywałaby karalność czynu od zakażenia wirusem HIV, to pokrzywdzony będący jednocześnie świadkiem, zgodnie z art. 192 § 1 k.p.k. musiałby poddać się obowiązkowym

⁵⁷⁸ S. Kalinowska, B. Trzeźniowska-Drukała, J. Samochowiec: Zaburzenia neuropoznawcze w przebiegu zakażenia wirusem HIV, t. 47, *Psychiatria Polska* 2013, Nr 3, s. 456-457.

⁵⁷⁹ W. Pigulska: *Diagnostyka...*, s. 27-28.

badaniom⁵⁸⁰. Jednak w sytuacji, gdy kodeks karny przewiduje w powyższym zakresie tylko przestępstwo z narażenia, to warunkiem pobrania krwi będzie tu zgoda testowanego.

De lege ferenda zasadne i celowe byłoby zatem rozszerzenie kręgu adresatów normy sankcjonowanej z art. 161 k.k. i zmianę przestępstw w nim określonych w przestępstwa powszechne⁵⁸¹.

⁵⁸⁰ A. Wierciński : Prawnoprocesowe problemy AIDS w: Prawne problemy AIDS, red. A.J. Szwarz, Warszawa 1990, s. 268.

⁵⁸¹ R. Kokot w: Kodeks karny...2021, teza 38 do art. 161.

Rozdział V

Strona podmiotowa

W uzasadnieniu rządowego projektu kodeksu karnego z 1997 r. wskazano, że konieczne jest wyrażenie wprost uzależnienia odpowiedzialności karnej od winy. Przemawiała za tym także potrzeba wzmocnienia funkcji gwarancyjnej prawa karnego. Kodeks karny wyraźnie oddziela winę od podmiotowej strony czynu zabronionego (umyślności albo nieumyślności). Kodeks wprowadza jednoznacznie zasadę odpowiedzialności tylko za czyn zawiniony. Nie przesądza to jednak akceptacji określonej teorii winy, zostawiając to doktrynie i orzecznictwu. Wprowadzenie przepisu wymagającego przypisanie winy ma zmusić sądy do poświęcenia temu zagadnieniu zdecydowanie więcej uwagi niż wcześniej. Wina musi być samodzielnie ustalonym w postępowaniu karnym elementem przestępstwa⁵⁸².

Przez stronę podmiotową przestępstwa należy rozumieć jako przeżycia psychiczne towarzyszące czynowi zabronionemu, które mają istotne znaczenie dla jego oceny prawnej. W ramach form winy, wyróżnia się formy winy umyślnej stanowiącej zamiar bezpośredni (w tym różne jego odmiany *dolus praemeditatus*, *dolus repentinus*, *dolus impetus*, *dolus coloratus*) i zamiar ewentualny oraz formy winy nieumyślnej obejmującej lekkomyślność i niedbalstwo. Ponadto występują różnorakie kombinacje strony podmiotowej, a więc wina umyślno-nieumyślna tzw. wina mieszana (*culpa dolo exorta*), wina umyślno-umyślna, wina nieumyślno-nieumyślna, a nawet, chociaż jest to kontrowersyjne wina nieumyślno-umyślne⁵⁸³.

Jako szczególnie skomplikowane - zwłaszcza ze względów natury dowodowej – wydaje się rozróżnienie tzw. świadomej nieumyślności od zamiaru ewentualnego. Jak podkreśla się w judykaturze głównym podobieństwem pomiędzy świadomą nieumyślnością, a zamiarem ewentualnym jest to, iż w obu przypadkach płaszczyzna intelektualna strony podmiotowej zachowania sprawcy wyróżnia się prognostyką ewentualności dokonania czynu zabronionego. Przytaczając słownikową definicję godzić się to inaczej: dochodzić z kimś do porozumienia, wyrażać zgodę na coś, biernie poddawać się czemuś, dawać się łączyć, wynajmować się do pracy⁵⁸⁴. W judykaturze stwierdza się, że godzenie się to akceptowanie stanu rzeczy, który może nastąpić. Godzenie się może też polegać na różnego rodzaju stanach obojętności w stosunku do tego, co się robi lub co może z tego wynikać⁵⁸⁵. Godzenie się odnosi

⁵⁸² Nowe kodeksy karne z 1997 r. z uzasadnieniami, Warszawa 1997, s. 118-119.

⁵⁸³ R. Kokot w: Kodeks Karny...2021, teza 37 do art. 8.

⁵⁸⁴ <https://sjp.pwn.pl/sjp/godzie-sie:2462228.html> (dostęp. 13.10.2021).

⁵⁸⁵ Wyr. S.A. w Warszawie z 04.06.2014 r., II AKa 134/14 Legalis Nr 1062457.

się do skutku ubocznego, autentycznego, lecz w pojmowaniu sprawcy jedynie prawdopodobnego w stosunku do pierwszoplanowego celu jego działania⁵⁸⁶. Nie wchodząc głębiej w występujące w piśmiennictwie dyskusje wokół części konstytuujących stosunek wolitywny w postaci "godzenia się", wystarczy przyjąć, iż warunkiem decydującym o pojawieniu się zamiaru ewentualnego jest, z jednej strony brak chęci dokonania czynu zabronionego (okoliczność negatywna), z drugiej - stopień prawdopodobieństwa, jaki określa sprawcę uświadamiającego sobie fakt, iż w danych okolicznościach możliwe jest popełnienie przez niego czynu zabronionego. Istnieje także opinia, iż "godzenie się" nie jest jakąś wolą, choćby do woli bezpośredniej podobną. Jest elementem procesu motywacyjnego istniejącemu przy tworzeniu się decyzji pojęcia czynu⁵⁸⁷. O istnieniu po stronie sprawcy zamiaru ewentualnego decydować będzie zarazem jego świadomość, iż podejmując pewne zachowanie występuje wysoki stopień prawdopodobieństwa tego, iż może popełnić czyn zabroniony, jak i to, że nie podjął żadnych działań zmniejszających szansę możliwości dokonania tego czynu⁵⁸⁸.

Odmienność między tymi dwoma stosunkami do znamion podmiotowych czynu zabronionego leży jedynie w stronie waluntatywnej, która przy zamiarze ewentualnym cechuje się tym, że sprawca godzi się na wypełnienie znamion strony przedmiotowej czynu zabronionego, natomiast przy świadomej nieumyślności sprawca ani nie chce, ani nie godzi się na ich realizację⁵⁸⁹. Właściwe jest także stwierdzenie, iż proces "godzenia się" nie ma charakteru samoistnego, i nie może być bezpośrednim bodźcem sprawczym danego zachowania i nigdy nie steruje posunięciem sprawcy. Struktura zamiaru ewentualnego, przyjęta w art. 9 § 1 k.k., polega na tym, że sprawca – dążąc do zamierzonego celu- przewiduje też możliwość dokonania przestępstwa i godzi się na wystąpienie przestępnego skutku, jaki w efekcie jego ukierunkowanego postępowania nastąpi. Gdyby natomiast sprawca miał pewność, że wywoła skutek i mimo to, podjąłby działanie, to należy przyjąć, że obejmuje go zamiarem bezpośrednim. Jak już wspomniano "godzenie się" dotyczy "ubocznego", a także realnego, a w pojmowaniu sprawcy wyłącznie prawdopodobnego skutku w stosunku do podstawowego celu jego działania⁵⁹⁰.

⁵⁸⁶ Wyr. SA w Krakowie z 04.08.2009 r., II AKa 143/09, KZS 2009, z. 7-8, poz. 55.

⁵⁸⁷ Z. Jędrzejewski: Usytuowanie zamiaru ewentualnego w strukturze przestępstwa w: Węzłowe problemy prawa karnego, kryminologii i polityki kryminalnej. Księga pamiątkowa ofiarowana Profesorowi Andrzejowi Markowi, red. V. Konarska-Wrzosek, J. Lachowski, J. Wójcikiewicz, Warszawa 2010, s. 119.

⁵⁸⁸ A. Zoll w: Kodeks karny. Komentarz, red. K. Buchała, A. Zoll, Kraków 1996, s. 95-96.

⁵⁸⁹ Wyr. SA w Lublinie z 08.12.2008 r., II AKa 287/08, Legalis Nr 177902.

⁵⁹⁰ Wyr. SA w Lublinie z 06.06.2005 r., II AKa 105/05, Prok. i Pr.-wkł 2006, Nr 7-8, poz. 16.

Przestępstwa określone w art. 161 § 1- 3 k.k. popełnić można tylko umyślnie w zamiarze bezpośrednim (*dolus directus*) lub ewentualnym (*dolus eventualis*)⁵⁹¹. Umyślne popełnienie tego przestępstwa następuje wówczas, gdy sprawca ma zamiar jego popełnienia, to jest chce go popełnić (zamiar bezpośredni) albo przewidując możliwość jego popełnienia, godzi się na to (zamiar ewentualny). Umyślność musi mieć swoje podłoże intelektualne obejmujące wiedzę (zaktualizowaną w świadomości sprawcy) o uwarunkowaniach stanu faktycznego, w jakich sprawca działa. Nie może on chcieć lub godzić się na coś, czego w ogóle nie widzi oraz nie obejmuje swoją percepcją. Podstawą zamiaru w obu jego postaciach jest świadomość obecności okoliczności, które stanowią dany kontekst dla tegoż chcenia lub godzenia się⁵⁹².

W rozumieniu prawa karnego na zamiar składają się: świadomość będąca elementem poznawczym stanowiącym treść zamiaru oraz wola jako element wskazujący zewnętrzną aktywność. Człowiek może mieć świadomość rzeczywistości i pozostać wobec niej obojętnym, a dopiero uświadomiona wola, która jest wyrazem wyboru danego zachowania człowieka, dokonuje zmiany w tej rzeczywistości⁵⁹³.

Doktryna prawa karnego przy wskazywaniu zamiaru posługuje się zwykle, w miejsce nazewnictwa procesów wolicjonalnych "chęci" czy "godzenia się", nazwą procesu decyzyjnego (motywacyjnego), poprzez łączenie w najszerszym zakresie elementu woli z trzema etapami tego procesu. Pierwszy to ustalenie celu czy wybór celu. Celem wybranym może być zrealizowanie czynu wypełniającego znamiona czynu zabronionego, albo celu będącego dalszym stanem faktycznym, dla którego czyn zabroniony jest jedynie celem podrzędnym. Drugi to decyzja przystąpienia do wykonania celu. Następuje tutaj wybór drogi zdobycia celu, czyli sposobu zachowania i potrzebnych środków do realizacji celu. Trzecia faza procesu decyzyjnego, to decyzja o przystąpieniu do działania i kierowania zewnętrznym zachowaniem. Pojęcie zamiaru w jego elemencie wolitywnym ma ważne znaczenie w fazie zrealizowania czynu zabronionego, gdy wola czy decyzyjna czynność, jest czynnikiem kierującym zewnętrznym zachowaniem, które nawiązuje do opisu czynu zabronionego⁵⁹⁴. Element woli jest mocno podkreślany w orzecznictwie, w którym stwierdza się, że "Zamiar pozbawienia życia nie jest tylko procesem intelektualnym, ale raczej stanem wolicjonalnym, nie jest procesem osobowościowym, ale stanem woli. Inną rzeczą jest kreowanie się zamiaru,

⁵⁹¹ A. Wąsek w: O. Górniak, S. Hoc, M. Kalitowski, S.M. Przyjemski, Z. Sienkiewicz, J. Szumski, L. Tyszkiewicz, A. Wąsek, Kodeks karny. Komentarz. t. II. Art. 117-363, Gdańska 2005, s. 105-106.

⁵⁹² J.W.Giezek w: Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz, Warszawa 2012.

⁵⁹³ R. Kokot w: Kodeks karny... 2021, teza 34 do art. 9.

⁵⁹⁴ R. Kokot w: Kodeks karny... 2021, teza 35 do art. 9.

odmienność przebiegu tego wyrażają różne jego formy od nagłości do premedytacji, stąd różny stopień winy, zatem i wymiar kary w różnych wariantach"⁵⁹⁵.

Intelektualny składnik zamiaru – świadomość musi obejmować wszystkie elementy czynu, który wyczerpuje ustawowe znamiona czynu zabronionego. W świadomości muszą znajdować odbicie cechy określonego zachowania, aby podlegać subsumcji pod dany przepis prawa karnego. Sprawca nie musi przy tym myśleć językiem ustawy⁵⁹⁶ wystarczy, że ma świadomość, że jego zachowanie ma treść negatywną społecznie, która dla ustawodawcy jest podstawą opisu czynu zabronionego⁵⁹⁷. Świadomość ujemnej oceny społecznej wykonanego czynu, jest ważna przy znamionach ocennych. Podobnie jest, jeśli chodzi o znamiona liczebnikowe, gdzie nie decyduje świadomość konkretnej liczby, ale społeczna ujemna jej treść, będąca podstawą budowy typu czynu w ustawie⁵⁹⁸.

Świadomość wykonania znamion czynu zabronionego występuje w dwóch formach. Świadomość konieczności (pewności) jest wtedy, gdy czyn, w sposób konieczny (pewny) prowadzi do wykonania ustawowych znamion czynu zabronionego. Świadomość konieczności zrealizowania czynu zabronionego przesądza także o charakterze stosunku woli sprawcy do czynu. Do przyjęcia winy umyślnej wystarczy nie tylko świadomość konieczności, ale też świadomość możliwości spełnienia czynu, który wypełnia ustawowy opis czynu zabronionego. W przypadku przestępstw skutkowych świadomość musi obejmować skutek oraz związek przyczynowy między czynem i skutkiem, przy czym chodzi o świadomość jako wiedzę ogólną na temat biegu tych zdarzeń, a nie znajomości tych procesów od strony fizycznej, fizjologicznej, biologicznej, lub technicznej⁵⁹⁹.

Widząc znaczenie etiologii intelektualnej umyślnego popełnianego czynu zabronionego, Sąd Najwyższy przyjął, iż na gruncie prawa karnego rzeczą podstawową jest zasada subiektywizacji odpowiedzialności karnej, z którą tzw. zamiar ogólny nie da się pogodzić, a jest nawet jej zanegowaniem. Ważne jest zatem ustalenie realnych przeżyć psychicznych sprawcy w czasie popełnienia przestępstwa, co przy jego umyślności oznacza, że świadomość sprawcy musi obejmować wszystkie okoliczności faktyczne odpowiadające zbiorowi ustawowych znamion czynu zabronionego⁶⁰⁰. Umyślne popełnienie czynu zabronionego nie wymaga jednak od sprawcy świadomości co do tego, iż czyn

⁵⁹⁵ Wyr. SA w Krakowie z 11.06.2003 r. II AKa 122/03 Legalis Nr 61939.

⁵⁹⁶ W. Wolter: Nauka o przestępstwie, Warszawa 1973 s. 121.

⁵⁹⁷ P. Andrejew: Polskie..., s. 223.

⁵⁹⁸ I. Andrejew: Ustawowe...1978, s. 224.

⁵⁹⁹ W. Wolter: Nauka..., s. 121; K. Buchała: Prawo karne materialne, Warszawa 1989, s. 338.

⁶⁰⁰ Post. SN z 03.01.2006 r., II KK 80/05, Prok. i Pr.-wkł. 2006, Nr 5, poz. 6.

ten jest bezprawny. Sprawca może chcieć czegoś lub godzić się na coś, nie mając świadomości bezprawności podejmowanego zachowania. Nieświadomość bezprawności nie wyłącza umyślności, lecz - jeśli była usprawiedliwiona, ale może wyłączyć winę sprawcy (art. 30 k.k.). Przy koncyptowaniu sfery intelektualnej, jaka współtowarzyszy umyślności, zwraca się jednocześnie uwagę, iż możliwość przewidzenia skutku będącego znamieniem czynu zabronionego nie jest wystarczająca dla przyjęcia zamiaru, nawet jeśli miałby on być tylko ewentualny. Przyjęcie takiego zamiaru musi znaleźć oparcie na ustaleniu, że dany skutek był realnie wyobrażony przez konkretnego sprawcę i akceptowany, a nie wyłącznie możliwy do wyobrażenia⁶⁰¹. Umyślność musi mieć właściwie ukształtowaną płaszczyznę wolicjonalną, która warunkuje jej naturę oraz ma wpływ na ustalenie postaci umyślności. Oczywistym jest, że dla potwierdzenia umyślności nie wystarczy ograniczenie się do płaszczyzny intelektualnej, ale że ma także do niej pewny stosunek emocjonalny. Zamiarem jest bowiem świadome nakierowanie podmiotu na osiągnięcie stanu rzeczy określonego w typie czynu zabronionego. Tym stanem rzeczy może być np. cel, do którego podmiot dąży, środkiem do innego celu wpasowanego w proces decyzyjny lub niezbędną kolejnością w realizacji celu postawionego sobie przez sprawcę⁶⁰². Zamiaru bezpośredniego popełnienia czynu zabronionego nie należy utożsamiać z ukazującym różnego rodzaju emocje pragnieniem jego popełnienia, ani też identyfikować z wystąpieniem specjalnego rodzaju motywacji. Aby zamiar taki mógł zaistnieć wystarczy, by sprawca uzewnętrznił akt woli w postaci chęci dokonania czynu zabronionego. Stąd też, poddając analizie konkretne zachowanie sprawcy, należy pamiętać, że użyty w art. 9 § 1 k.k. zwrot "chce" nie jest jednoznaczny ze zwrotem "pragnie". Zgodnie z art. 9 § 1 k.k. "czyn zabroniony popełniony jest umyślnie, jeżeli sprawca ma zamiar jego popełnienia, to jest chce go popełnić albo przewidując możliwość jego popełnienia, na to się godzi"⁶⁰³. Przeżycia psychiczne wewnątrznie biorące udział w genezie zewnętrznej aktywności człowieka, można systematyzować schematycznie na trzy kategorie: świadomości, motywacji i woli. Każdy z tych psychicznych elementów badany jest w innych naukach pozaprawnych⁶⁰⁴. Sprawca "chce" popełnić czyn nie tylko wtedy, gdy pragnie wypełnić znamiona czynu i gdy następstwa jego są pożądane, a także wtedy, gdy realizację znamion wyobraża sobie jako niezbędny, aczkolwiek obojętny lub nawet niepożądany skutek swego zachowania⁶⁰⁵. Niezastąpiona jest także ocena samego sprawcy, jego intelektu i właściwych

⁶⁰¹ Wyr.SA we Wrocławiu z 15.10.2009 r., II AKa 297/09, OSAW 2010, Nr 1, poz. 157.

⁶⁰² K. Buchała, A. Zoll, Polskie..., s. 157.

⁶⁰³ R. Kokot w: Kodeks karny...2021, teza 93 do art. 9.

⁶⁰⁴ R. Kokot w: Kodeks karny...2021, teza 32 do art. 9.

⁶⁰⁵ Wyr. SN z 02.06.2003 r., II KK 232/02, LEX Nr 78373.

mu psychofizycznych zdolności do określenia sytuacji oraz skojarzenia i przecucia wystąpienia skutków zachowania⁶⁰⁶. Są osoby, które ze złej woli podejmują skuteczne próby przekazania innym osobom wirusa HIV.

Wątpliwe może być jego popełnienie w zamiarze nagłym. Czynnikiem, które odróżniają zamiar nagły od innych postaci zamiaru bezpośredniego, jest krótsza droga toku motywacyjnego oraz działanie w sytuacji kryzysowej. Zamiar nagły powstaje w krótkim czasie jako odpowiedź na trudną zewnętrzną sytuację. Wcześniej nie następuje wewnętrzny proces walki motywów. Nie dochodzi także do zauważalnego wyselekcjonowania decyzji wykonawczej od zamiaru. Sprawca nie ma również możliwości rozważenia decyzji o wkroczeniu do realizacji przestępstwa, z uwagi na krótki odcinek czasu w jakim przystępuje do czynu. Sprawca, który podejmuje zamiar, jest świadomy, że zmierza we wskazanym celu oraz chce zdążyć w tym kierunku, nawet jeśli nie uświadamia sobie w pełni własnej motywacji. Zamiar nagły nie zachodzi wtedy, jeśli sprawca nie tyle nie może, co nie chce się zastanawiać nad popełnieniem przestępstwa wykorzystując np. nadarzącą się okazję⁶⁰⁷.

W orzecznictwie wskazuje się, że „nagłość zamiaru oskarżonego wyznacza stopień jego winy, zawsze niższy w przypadku zamiaru nagłego niż w przypadku przestępczych działań planowanych⁶⁰⁸. Jak podkreśla Sąd Najwyższy: „Zamiar nagły jest przeżyciem, z którym zarówno nauka prawa karnego, jak i praktyka orzecznicza łączy mniejszy stopień winy. Sprawca nie ma bowiem wystarczającej dyspozycji czasowej i warunków wszechstronnego przemyślenia czynu i podejmuje taką decyzję określonego zachowania się, której – być może – w innych warunkach by nie podjął. Decyzja określonego zachowania się podjęta w sposób nagły, pod wpływem emocji (zaskoczenia, zagrożenia), bez możliwości racjonalnego rozważenia okoliczności, których rozważenie mogło doprowadzić do innego zachowania się, jest bez wątpienia mniej naganna od zamiaru przemyślanego, gdy sprawca ma czas i możliwość wszechstronnego przemyślenia czynu, a jednak przestępstwo z rozmysłem przygotowuje i następnie wykonuje⁶⁰⁹ oraz „Nagle powzięty zamiar popełnienia przestępstwa przez osobę, która przez długie lata swego życia nie weszła w kolizję z prawem karnym, pozwala ocenić to przestępstwo jako popełnione z mniejszym natężeniem winy umyślnej,

⁶⁰⁶ Wyr. SA we Wrocławiu z 25.05.1995 r., II AKr 145/95, OSA 1995, z. 6, poz. 31.

⁶⁰⁷ R. Kokot w: Kodeks Karny...2021, teza 67 i 68 do art. 9.

⁶⁰⁸ Wyr. SA w Krakowie z 02.03.2005 r., II AKa 33/05, Prok. i Pr. wkł.2005, Nr 12, poz. 17.

⁶⁰⁹ Wyr. SN z 27.10.1995 r., III KRN 118/95, Prok. i Pr. 1996, Nr 4, poz. 1.

co jest okolicznością nieobojętną dla wymiaru kary⁶¹⁰. „Oskarżony działał bez zastanowienia, pod wpływem strachu, a zatem nasilenie "złej woli" nie było szczególnie duże⁶¹¹.

Z zamiarem nagłym wiąże się zwykle mniejszy stopień winy. Wynika to z tego, iż sprawca nie ma czasu i warunków do przemyślenia czynu i podejmuje takie zachowanie, którego - być może - w innych warunkach by nie podjął. Decyzja podjęcia danego zachowania się w sposób nagły, pod wpływem emocji, bez możliwości rozsądnego przemyślenia sytuacji, których wzięcie pod uwagę mogło doprowadzić do odmiennego zachowania, jest mniej karygodna od zamiaru przemyślanego, gdy sprawca ma czas i możliwość właściwego rozważania czynu, a mimo to przestępstwo z rozmysłem przygotowuje i wykonuje⁶¹². W orzecznictwie przyjmuje się, iż zamiar nagły następuje w warunkach, gdy sprawca działał bez rozważenia różnych opcji zachowania, w związku z tym bez charakterystycznego procesu walki motywów. Jest to kategoria, którą posługuje się praktyka dla podkreślenia mniejszego stopnia winy w przeciwieństwie do zamiaru przemyślanego (*dolus praemeditatus*), który ma mieścić w sobie wyższy stopień winy. Zamiar nagły powstaje na ogół, gdy sprawca jest zaskoczony warunkami zewnętrznymi, np. zachowaniem innej osoby i - widząc zagrożenie oraz znajdując się pod presją czasu - podejmuje decyzję danego zachowania, której być może by nie podjął, gdyby właściwie, tzn. bez emocji, mógł rozważyć wszelkie okoliczności⁶¹³.

Przestępstwo z art. 161 k.k. może być popełnione w zamiarze nagłym w sytuacji, gdy sprawca, nie mając czasu na przemyślenie, wykorzystuje daną sytuację, okazję i naraża na zakażenie inną osobę. Ścieranie się motywów, prowadzenie wewnętrznej walki, przeżywanie niepewności, może być wyrazem szukania przez sprawcę alternatywnych możliwości rozwiązania konfliktu, niż popełnienie przestępstwa, zaś zamiar nagły może oznaczać brak wrażliwości, sprawne i kategoryczne sprowadzenie ujemnych rezultatów społecznych⁶¹⁴.

W doktrynie istnieje termin zamiaru quasi-ewentualnego. Polega on na tym, że sprawca czynu podjętego w zamiarze bezpośrednim godzi się na pojawienie się (ale nie chce tego) znamienia, od którego uzależniona przestępność czynu⁶¹⁵. W literaturze dominuje pogląd, że jest to właściwie przestępstwo popełnione w zamiarze bezpośrednim, ponieważ godzenie się nie dotyczy charakteru dokonanego czynu, ale jednego z jego znamion⁶¹⁶.

⁶¹⁰ Wyr. SN z 20.12.1973 r., III KR 319/73, OSNKW 1974, Nr 4, poz. 62.

⁶¹¹ Wyr. SN z 27.02.1973 r., V KRN 542/72, OSNKW 1973, Nr 7-8, poz. 89.

⁶¹² Wyr. SN z 27.10.1995 r., III KRN 118/95, Prok. i Pr.-wkł. 1996, Nr 4, poz. 1

⁶¹³ Wyr. SA w Gdańsku z 11.04.1996 r., II AKa 71/96, OSA 1996, z. 11-12, poz. 45.

⁶¹⁴ K. Daszkiewicz: *Przestępstwa...*, s. 60-61.

⁶¹⁵ I. Andrejew: *Ustawowe...* 1978, s. 207.

⁶¹⁶ A. Marek: *Komentarz do kodeksu karnego. Część ogólna*, Warszawa 1999, s. 134.

Ustalenia dotyczące strony podmiotowej czynu, w tym odnoszące się do kwestii zamiaru nie mogą opierać się jedynie na werbalnym przekazie sprawcy, a muszą wynikać z analizy całokształtu przedmiotowych i podmiotowych okoliczności zajścia. Nie mogą omijać stosunku sprawcy do pokrzywdzonego, jego właściwości osobistych, dotychczasowego trybu życia, pobudek, motywów działania, sposobu działania oraz wszelkich innych przesłanek wskazujących, iż sprawca mimo iż nie wyraził swojego zamiaru, chciał osiągnąć skutek⁶¹⁷.

W art. 161 § 1 k.k. skutkiem tym jest zakażenie zdrowej osoby wirusem HIV- zamiar bezpośredni, bądź przewidując możliwość spowodowania takiego skutku, godzenie się na jego pojawienie się lub skutku tego nie przewidując, przy zachowaniu zasad ostrożności jego nastąpienie mieściło się w granicach powinności i możliwości przewidywania. Zdaniem B. Michalskiego przestępstwo to „jest więc – od strony podmiotowej – przestępstwem umyślnym o szczególnej świadomości, określonej jako «wiedza» o jego właściwości”⁶¹⁸. Przy dzisiejszym stanie wiedzy niewątpliwym dowodem bytności wirusa HIV w organizmie człowieka jest pozytywny wynik właściwego badania serologicznego. Człowiek wie, iż jest zainfekowany HIV dopiero od chwili przekazania mu informacji o wyniku wykonanego badania przez kompetentną osobę⁶¹⁹. Skoro sprawca wie, że jest nosicielem HIV, to bez wątplenia zdaje sobie sprawę z tego, jakie wiążą się z tym konsekwencje i w jaki sposób może zarazić inną osobę. Informacje na ten temat są powszechnie znane w społeczeństwie. Ponadto naturalnym i prawidłowym zachowaniem się człowieka, który dowiedział się, że jest nosicielem HIV, jest zasięgnięcie informacji na temat skutków rozwoju wirusa⁶²⁰.

Sprawca podejmując ryzykowne działanie w stosunku do innej osoby musi:

- znać mechanizm epidemiologiczny zakażenia się HIV;
- wiedzieć, że podejmowane przez niego działania, co do ofiary wchodzi w kanon mechanizmu, czyli będąc zakażony HIV może przekazać wirusa, jeśli decyduje się na seks bez zabezpieczenia;
- chcieć lub godzić się na to, że swoim działaniem może wywołać niebezpieczeństwo bezpośrednio zakażenia innej osoby⁶²¹.

Nie wystarcza sama wiedza jako ewentualny zasób informacji, ale niezbędna jest aktualizacja tej wiedzy podczas popełniania czynu zabronionego. Sprawca, który wie, ale zapomina jakąś okoliczność i w chwili czynu jej sobie nie uświadamia, nie wyczerpuje

⁶¹⁷ Wyr. S.A. w Białymstoku z 07.08.2013r. II AKA 80/13 Legalis Nr 735738.

⁶¹⁸ B. Michalski w: System..., s. 429.

⁶¹⁹ B. Michalski w: System..., s. 429–430.

⁶²⁰ K. Banasik: Przepisy..., s. 59.

⁶²¹ A.J. Szwarz: AIDS..., s. 37.

strony podmiotowej tego przestępstwa. Wskazuje się przy tym, że jest dany zasób informacji zawartych w pamięci, które z wyjątkową łatwością są z niej wydobywane, mimo że informacje te nie są aktualizowane na bieżąco. Odnosi się to do przeżyć psychicznych dotyczących obszaru życia osobistego, właściwości osobistych oraz codziennych obowiązków⁶²².

Niezależnie od tego, w kontekście wypełnienia typu czynu zabronionego umyślnością, podstawową rolę odgrywa konstrukcja zamiaru i zawarty w niej element kognitywny – świadomość ryzyka naruszenia dobra oraz element wolicjonalny – naganne nastawienie sprawcy względem tego ryzyka (chcenie lub godzenie się). Tym samym, to chcenie lub objęcie godzeniem wynikowe naruszenie reguły postępowania względem dobra, stanowi istotę umyślnego czynu zabronionego. W przeciwieństwie do czynu zabronionego popełnionego nieumyślnie, w przypadku czynu zabronionego popełnionego umyślnie – bezprawie uzasadnia się naganną decyzją woli. Powoływanie reguł ostrożności w rozumowaniu prowadzącym do ustalenia przesłanek odpowiedzialności sprawcy popełniającego czyn umyślny może dotyczyć jedynie zakresu bezprawności lub sytuacji kontratypowych⁶²³. Odmienne stanowisko prezentuje A. Zoll, który wskazuje, że naruszenie tych zasad, w wypadku czynu zabronionego charakteryzującego się umyślnością, jest objęte przyjętym przez sprawcę planem działania i nie jest dlatego samodzielne⁶²⁴.

Okoliczność po stronie sprawcy, że jest zakażony wirusem HIV lub dotknięty co najmniej jedną z chorób wymienionych w przepisie, musi być zatem wcześniej obiektywnie stwierdzona. Dla przyjęcia umyślności zachowania nie wystarczy jedynie przewidywanie takiego stanu rzeczy. Sprawca musi mieć również świadomość, że swoim czynem może wywołać zakażenie ofiary, jak również świadomość skutków takiego zakażenia. Posiadając wiedzę o nosicielstwie wirusa lub stanie chorobowym, o którym stanowi przepis, sprawca może zarówno chcieć narazić bezpośrednio inną osobę na zakażenie wirusem lub chorobą, albo przewidując znaczne prawdopodobieństwo takiej możliwości i godzić się na to. W praktyce z reguły są one popełniane w zamiarze ewentualnym, kiedy sprawca mając świadomość swego stanu wykazuje bezstronność woli wobec możliwych skutków swojego zachowania. Nie można wyłączyć sytuacji, w której sprawca chce wywołać nie tylko stan narażenia, ale zamiarem obejmuje także skutek w postaci zakażenia. Taka treść zamiaru wykraczałaby jednak poza stronę podmiotową przestępstwa konkretnego narażenia na niebezpieczeństwo uregulowanego

⁶²² I. Andrejew: Ustawowe...1978, s. 219–220.

⁶²³ P. Wolnik: Nieświadomość reguł ostrożności i jako błąd przy przestępstwach nieumyślnych, CZ.PKiNP 2004, Nr 2, s. 3.

⁶²⁴ A. Zoll w: Kodeks karny...s. 390.

w art. 161 k.k. Aby przyjąć wyczerpanie znamienia "wiedzy" o zakażeniu wirusem HIV lub chorobie zakaźnej, to muszą być sprawdzone wyniki badań diagnostycznych (laboratoryjnych), o których pacjent został właściwie poinformowany. Ustalenia wymaga także tego, by informacja o zakażeniu organizmu wirusem HIV lub chorobą zakaźną została przekazana w konkretnej formie, przez kompetentną osobę, oraz że dotarła do adresata. Niedostateczna jest sama świadomość o możliwości zakażenia wirusem HIV lub stanu chorobowego, podejrzenie o taki stan, nawet jeśli pojawiają objawy zakażenia. Brak obowiązku przeprowadzenia testów medycznych na nosicielstwo HIV, będzie prowadził do sytuacji, że nie poniesie odpowiedzialności na podstawie art. 161 § 1 k.k. ten, kto tym testom się nie poddał, mimo że miał wiedzę, że współżyje z osobami zakażonymi tym wirusem, co w określonym przypadku znacznie może zwiększać prawdopodobieństwo infekcji. Rozpoznanie zakażenia wirusem HIV można postawić jedynie poprzez wykonanie specjalistycznych testów na obecność przeciwciał wirusa we krwi, tzw. test przesiewowy ELISA (*Enzyme Linked Immunosorbent Assay*), oraz test wykrywający istnienie białek charakterystycznych dla wirusa we krwi, tzw. test potwierdzający (Western Blot), wykonywany w przypadku dwukrotnego dodatniego wyniku testu na przeciwciała wirusa, w celu potwierdzenia zakażenia. Dopiero dodatni wynik testu Western Blot uprawnia do stwierdzenia, że pacjent jest zakażony wirusem HIV.

Odnosnie do znamion strony podmiotowej przestępstwa z art. 161 § 1 k.k. istotne znaczenie ma tzw. "okienko serologiczne". Jest to wczesna faza rozwoju zakażenia, w której testy na przeciwciała nie wykrywają jeszcze obecności wirusa. Okres ten trwa ok. 4 tygodni. Mimo ujemnego wyniku, osoba ta może być już źródłem zakażenia. W tym stadium w płynach zakaźnych obecna jest największa ilość wirusa, a więc ryzyko zakażenia jest w tym czasie największe. Jeżeli osoba faktycznie zakażona wirusem dokonuje w tej fazie infekcji jakiejś czynności, które narażają bezpośrednio inną osobę na zarażenie tym wirusem, nie może odpowiadać na podstawie art. 161 § 1 k.k. Okres "bezkarnego narażania" wydłuża się również ze względu na niezbędny upływ czasu potrzebnego do wykonania procedur testowych, powiązanych ze zdiagnozowaniem stanu zakażenia wirusem⁶²⁵.

Nie wystarcza zatem samo przypuszczenie sprawcy, że jest zakażony którąś z chorób wymienionych w art. 161 § 1 lub 2 k.k. W literaturze podnosi się, że sprawca musi uzyskać pewność co do zakażenia chorobą. Po pierwsze, stan ten musi być uprzednio właściwie w sensie medycznym stwierdzony, a po drugie, informacja ta musi być przekazana choremu przez

⁶²⁵R. Kokot w: Kodeks karny...2019, teza 46 do art. 161.

kompetentną osobę, tj. pracownika medycznego w sposób dla niego zrozumiały, przystępny na zasadach art. 9 ust. 2 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁶²⁶. Zgodnie z tym przepisem pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat lub jego przedstawiciel ustawowy mają prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami. Wiadomość ta musi więc dotrzeć do świadomości chorego. Nie są wystarczające jedynie pewne objawy kliniczne, które nie zostały potwierdzone odpowiednim badaniem diagnostycznym⁶²⁷.

Sprawca musi obejmować swoją świadomością wszystkie znamiona strony przedmiotowej, oraz znamiona cechujące podmiot. Zgodnie z poglądem Sądu Najwyższego⁶²⁸ błąd sprawcy w postaci nieświadomości co do stopnia prawdopodobieństwa pojawienia się następstwa będącego w związku przyczynowym z podjętym przez niego zachowaniem wyklucza przyjęcie umyślności. Dla przyjęcia umyślności, także w postaci zamiaru ewentualnego, niezbędne jest posiadanie przez sprawcę pełnej świadomości tego, że podjęte przez niego zachowanie wiąże się z dużym prawdopodobieństwem wystąpienia danego skutku⁶²⁹.

Odpowiedzialność karna na podstawie art. 161 § 1- 3 k.k. zachodzi w wypadku jednoczesnego spełnienia dwóch warunków: obiektywnego, w postaci faktycznej obecności wirusa HIV lub biologicznych czynników chorobotwórczych mogących spowodować choroby wymienione w § 2 w organizmie sprawcy, a prócz tego subiektywnego – że „wie” on o tym. Pierwszy z tych warunków jest właściwie spełniony z chwilą zarażenia organizmu sprawcy wirusem HIV lub innym czynnikiem chorobotwórczym wywołującym jedną z chorób wskazanych w § 2 tego przepisu, jednakże w tej chwili ani sprawca, ani też nikt inny o tym „nie wie”. Pozyskanie takiej wiedzy jest możliwe po upływie dłuższego czasu, który jest potrzebny do pojawienia się przeciwciał wskazujących zainfekowanie organizmu i jedynie pozytywny wynik badania serologicznego jest wyłącznym i niewątpliwym potwierdzeniem obecności wirusa HIV lub innego czynnika chorobotwórczego. Niemniej

⁶²⁶ Dz.U. z 2020 r. poz. 849.

⁶²⁷ R. Kokot w: Kodeks karny...2021, teza 45 do art. 161.

⁶²⁸ Wyr. SN z 30.10.2013 r. II KK 130/13. Legalis Nr 848122.

⁶²⁹ T. Jurek: Zakres..., s.16.

w takiej chwili wiedzę o tym ma osoba, która wykonała takie badanie, natomiast osoba zainfekowana dowiaduje się o tym z chwilą poinformowania jej o tym. W takich okolicznościach może upłynąć znaczny czas, a co za tym idzie powstaje poważna wątpliwość, od którego momentu sprawca spełnia przesłanki podmiotowe wskazane w art. 161 § 1 k.k. W świetle wskazanych unormowań prawnych należy przyjąć, iż chwilą tą jest poinformowanie danej osobie o zainfekowaniu jej organizmu wirusem HIV lub innym czynnikiem chorobotwórczym⁶³⁰.

Ustawodawca, zaznaczając w art. 161 § 1 – 3 k.k. subiektywną formę „wiedzy” sprawcy, ogranicza obszar tej wiedzy jedynie do tego, że „wie on o tym, że jest zarażony wirusem HIV lub jedną z chorób wymienionych w § 2 tego przepisu”. Jednakże nie wydaje się, by był to warunek wystarczający do przypisania odpowiedzialności karnej. Z okoliczności, że sprawca „wie”, iż jest zarażony takimi chorobami nie wynika jeszcze jakiegokolwiek, bezpośrednie lub nawet pośrednie narażenie innej osoby na zakażenie nimi. Niebezpieczeństwo następuje wtedy, gdy sprawca jest świadomy tego, oraz, że może zarazić tymi chorobami inną osobę oraz znając „drogi” ich przenoszenia, podejmuje działania realizujące te „drogi”⁶³¹.

Wiedza, o której jest mowa w art. 161 k.k. odnosi się nie tylko do wiedzy sprawcy o tym, że jest zarażony wirusem HIV lub inną chorobą wymienioną w § 2 w/w przepisu, ale także o ewentualnych skutkach mogących dotknąć jego samego oraz – co jest istotniejsze – w jaki sposób mógłby zakażać tymi chorobami inne osoby. Zawarty w art. 161 k.k. zwrot, iż sprawca „wiedząc, że jest zarażony” (§ 1) lub „wiedząc, że jest dotknięty” (§ 2) trzeba rozumieć szerzej, przyjmując, że wiedza ta zawiera zarówno wiedzę sprawcy o tym, że jest zarażony, ale także – jakie są związane z tym skutki zarazem dla niego samego, jak i innych osób, a także, że swoją chorobę może przenieść określonymi drogami do organizmu innej osoby⁶³².

Teza ta ma doniosłe znaczenie w kontekście zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Z doniesień medycznych wynika bowiem, że choroba ta może przebiegać bezobjawowo albo skąpoobjawowo, a symptomy mogą przypominać przeziębienie lub grypę. Ponadto nawet

⁶³⁰ Art. 31 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry nakłada na lekarza obowiązek udzielenia pacjentowi wszechstronnej informacji o stanie jego zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniach. W wypadku stwierdzenia choroby zakaźnej obejmuje to również obowiązek poinformowania o zagrożeniach wynikających z takiej choroby dla innych osób, tj. o możliwościach jej przenoszenia. W wypadku postępowania z osobami zakażonymi wirusem HIV kwestie te reguluje pkt 2 i 3 Zasad postępowania przez lekarzy zlecających badania wykrywające zakażenia HIV, w: Postępowanie Zapobiegawcze i Diagnostyczne w Przypadku zakażenia HIV i Zachorowania na AIDS. Krajowe Biuro Koordynacyjne ds. Zapobiegania AIDS, Warszawa 1997, s. 11.

⁶³¹ M. Filar: Karalność..., s. 37.

⁶³² M. Mozgawa :Bezprawne..., s. 328.

jeśli u osoby stwierdza się objawy kliniczne, co implikuje zastosowanie odpowiednich procedur administracyjnych, to wiedza pacjenta o potencjalnym zakażeniu nie jest wystarczająca dla realizacji strony podmiotowej występku z art. 161 § 2 k.k. Dopiero gdy stosowne testy potwierdzą zakażenie wirusem i chory uzyska taką wiedzę, zamię to będzie wyczerpane. Podobnie, analizowany przepis nie znajdzie zastosowania, gdy objawy kliniczne zostaną stwierdzone u lekarza, który następnie mając podejrzenie zakażenia nie powstrzyma się od udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom i przez to wyindukuje zagrożenie zakażaniem. W doktrynie podkreśla się ponadto, że sama informacja o zakażeniu nie prowadzi jeszcze do odpowiedzialności⁶³³. A *contrario*, jeżeli sprawca nie zna mechanizmów przenoszenia wirusa, nie może ponieść odpowiedzialności na podstawie omawianego przepisu. Kwestia ta wydaje się ważna z punktu widzenia wirusa SARS-CoV-2, gdyż dotąd nie poznano wszelkich dróg rozprzestrzeniania się go. Brak wiedzy o którejś z tych dróg, jeśli w ten sposób osoba naraziłaby na zakażenie, wykluczyłby odpowiedzialność za występki stypizowany w art. 161 § 2 k.k.

W literaturze ujednolicenie występków stypizowanych w art. 161 k.k. jedynie w odmianach umyślnych rodzi krytyczne uwagi, że konsekwencje w postaci narażenia bezpośrednio innej osoby na zarażenie tymi chorobami, w praktyce „nie wynikają z winy umyślnej, lecz z rażącej lekkomyślności i niedbalstwa”, a przecież zagrożenie dla zdrowia i życia człowieka nie jest mniejsze z powodu, że sprawca działał nieumyślnie. W związku z tym proponowane jest rozszerzenie zakresu odpowiedzialności za czyny wskazane w art. 161 § 1-3 k.k. w przypadkach ich nieumyślnego popełnienia⁶³⁴. Taka konstrukcja byłaby możliwa nawet w sytuacji winy nieumyślnej nieświadomej, gdyż dotyczyłaby przypadku, w którym sprawca wprowadzie „wie” o tym, że jest zarażony jedną z chorób wskazanych w tym przepisie, jednakże nie wie, jakie są „drogi zakażenia” innej osoby, mimo iż był w stanie taką wiedzę uzyskać. Charakter stypizowanych w tym przepisie występków w zakresie ochrony życia i zdrowia ludzkiego przed możliwością zarażenia człowieka wirusem HIV rodzi pytanie, czy zachowania takie w pewnych przypadkach nie kwalifikują się do uznania ich za usiłowanie zabójstwa albo ciężkiego rozstroju zdrowia. Raczej nie odnosi się to do chorób wenerycznych, które przy współczesnym rozwoju medycyny, a co za tym idzie efektywnych sposobach ich leczenia nie powodują generalnie faktycznego zagrożenia dla życia człowieka. Występuje to w okolicznościach, w których zarażony takimi chorobami sprawca uważa je za środek do realizacji celu w postaci pozbawienia człowieka życia albo wywołania u niego ciężkiego

⁶³³ B. Michalski w: System..., s. 315.

⁶³⁴ M. Filar: Karalność..., s. 42; podobnie K. Daszkiewicz: Kodeks..., s. 348.

uszczerbku na zdrowiu lub innych negatywnych dla jego zdrowia konsekwencji i działając z takim zamiarem, swoim zachowaniem naraża bezpośrednio inną osobę na zakażenie taką chorobą. Skrupulatnej analizy tego zagadnienia dokonał M. Filar wskazując, że z uwagi na liczne związane z tym problemem niemożliwe do rozstrzygnięcia wątpliwości „wykorzystanie dla pociągnięcia do odpowiedzialności karnej konstrukcji usiłowania dokonania jednego z przestępstw materialnych przeciwko życiu i zdrowiu”⁶³⁵.

W praktyce przestępstwa są popełniane w zamiarze ewentualnym, gdy sprawca mając świadomość swojego stanu jest obojętny wobec potencjalnych następstw swojego zachowania. Nie można wyłączyć sytuacji, kiedy sprawca chce spowodować nie tylko stan narażenia, o którym mówi art. 161 k.k., ale obejmuje zamiarem również skutek w postaci zakażenia. Taka treść zamiaru wykraczałaby jednakże poza stronę podmiotową przestępstwa konkretnego narażenia na niebezpieczeństwo wskazanego w art. 161 k.k.⁶³⁶. Z psychologicznego punktu widzenia stwierdza się, iż zamiar ewentualny nigdy nie występuje samodzielnie, lecz współtowarzyszy zamiarowi bezpośredniemu. Odnosi się on do tych stanów rzeczy, które występują jako "produkt uboczny" zamierzonego zachowania sprawcy. Trzeba dodać, że dla określenia bytności zamiaru ewentualnego nie ma znaczenia, czy stan rzeczy objęty zamiarem bezpośrednim był prawnokarnie znaczący⁶³⁷. Strona podmiotowa charakteryzuje się bowiem tym, że sprawca chce narazić bezpośrednio na zarażenie określoną chorobą lub wirusem albo - przewidując taką możliwość - na to się godzi⁶³⁸.

⁶³⁵ M. Filar: *Karalność...*, s. 24–29.

⁶³⁶ R. Kokot w: *Kodeks karny...2019*, teza 44 do art. 161.

⁶³⁷ J.W. Giezek: *Komentarz...*, s. 23.

⁶³⁸ J.W. Giezek: *Komentarz...*, s. 24.

Rozdział VI

Zbieg przepisów i przestępstw

Jedno zachowanie sprawcy może wyczerpać znamiona typów przestępstw określonych w różnych przepisach, które mogą pozostawać w rzeczywistym lub pozornym zbiegu.

Rzeczywisty zbieg występuje wówczas, gdy sprawca swoim zachowaniem wypełnił znamiona więcej niż jednego typu czynu zabronionego, zaś pozorny ich zbieg występuje wtedy, gdy sprawca w istocie wyczerpał znamiona tylko jednego typu czynu zabronionego, gdyż inne przepisy nie mogą być uwzględnione ze względu na zastosowanie reguł wyłączających wielość ocen w prawie karnym.

Zgodnie z regułą specjalności (*lex specialis derogat legi generali*) nie można jednym i tym samym zachowaniem się – w stosunku do jednego i tego samego obiektu (przedmiotu czynności sprawczej) – wyczerpać znamion zmodyfikowanej (kwalifikowanej, uprzywilejowanej) postaci czynu zabronionego i podstawowej postaci tego czynu⁶³⁹. Przyzwolenie na taką możliwość byłoby oczywistym przykładem braku racjonalności działań prawodawcy. Zmienioną postać czynu zabronionego łączy z podstawową jego postacią jednakowo ujęte znamię określające czynność zabronioną pod groźbą kary⁶⁴⁰. Jeśli w analizowanej parze przepisów czynność tę określono przy pomocy innego czasownika, przepisy te nie pojawią się w relacji dającej możliwość o jednym z nich orzec, że jest on przepisem wskazującym zmodyfikowaną postać czynu zabronionego, czyli w relacji będącej koniecznym warunkiem do zastosowania reguły specjalności. Nie popełnia więc zabójstwa człowieka w typie podstawowym (art. 148 § 1 k.k.) ten, kto zabija człowieka pod wpływem współczucia dla niego i na jego żądanie (art. 150 § 1 k.k.); zanegowanym znamieniem modyfikującym zabójstwa w typie podstawowym jest to, by jego sprawca pozbawił życia człowieka nie na jego żądanie i nie pod wpływem współczucia dla niego. Reguły specjalności nie stosuje się zaś do relacji typ uprzywilejowany – typ kwalifikowany, gdyż zbieg naruszeń prawnokarnych norm sankcjonowanych będących u podstaw tych typów

⁶³⁹ Wyr. SN z 23.02.2000 r., IV KKN 596/99, Prok. i Pr. – wkł. 2000, Nr 7–8, poz. 1 oraz post. SN z 15.02.2005 r., WK 1/05, Legalis Nr 68455.

⁶⁴⁰ W. Wolter: Reguły wyłączania wielości ocen w prawie karnym, Warszawa 1961, s. 5 i n.; W. Mąciór: Z problematyki zbiegu przestępstw i przepisów ustawy, W sprawie pozornego zbiegu realnego przestępstw, PiP 1965, Nr 1, s. 72, A. Spotowski: Pomijalny (pozorny) zbieg przepisów ustawy i przestępstw, Warszawa 1976, s. 52 i n.; M. Tarnawski: Zagadnienia jedności i wielości przestępstw, Poznań 1977, s. 44 i n.; W. Wróbel: Z problematyki tak zwanego pozornego zbiegu przepisów ustawy w prawie karnym, Zbieg przepisów oraz zbieg przestępstw w polskim prawie karnym w: Materiały II Bielańskiego Kolokwium Karnistycznego, red. J. Majewski. Toruń 2006, s. 67 i n.; P. Kardas: Zbieg przepisów ustawy w prawie karnym, Analiza teoretyczna, LEX 2011, s. 335 i n.

jest rzeczywisty, w zależności zaś od układu faktycznego może on być zbiegiem pomijalnym albo zbiegiem, który uwzględniany jest w kwalifikacji prawnej zachowania się sprawcy: 1) w przypadku, gdy znamię uprzywilejowujące jest wówczas znamieniem odzwierciedlającym okoliczność ważniejszą, można pominąć sytuację wypełnienia znamion kwalifikowanej postaci czynu zabronionego, 2) gdy jest na odwrót, czyli jest możliwość pominięcia faktu wypełnienia znamion postaci uprzywilejowanej, 3) gdy nie można wskazać, że któreś ze znamion modyfikujących jest dominujące w rozpatrywanym układzie faktycznym, zbieg należy mieć na uwadze w kwalifikacji prawnej zachowania się sprawcy⁶⁴¹.

Reguła subsydiarności (*lex primariae derogat legi subsidiariae*) zakłada, że pomiędzy przepisami opisującymi typy czynu zabronionego może występować relacja cechująca się tym, iż jeden przepis (subsydiarny) ma zastosowanie tylko wówczas, gdy nie może być stosowany inny przepis (pierwotny). Zatem czyn wypełnia znamiona obu przepisów, ale w oparciu o tę zasadę kwalifikacja następuje tylko z jednego przepisu⁶⁴².

W przypadku reguły konsumpcji (*lex consumens derogat legi consumptae*) nie da się *in abstracto* ustalić, czy pomiędzy typami opisanymi w dwóch przepisach będzie zachodziła konsumpcja, czy nie. Istota redukcji w odniesieniu do zasady konsumpcji sprowadza się do ustalenia, czy zawartość kryminalna czynu powiązana z wypełnieniem znamion jednego typu nie zostaje oddana przez ustalenie zawartości kryminalnej tego czynu związanej z wyczerpaniem znamion drugiego typu⁶⁴³.

Rzeczywisty zbieg prawno-karnych naruszeń sankcjonowanych norm może być albo uwzględniony przy kwalifikacji prawnej zachowania się sprawcy, albo w niej nieuwzględniony. W pierwszym przypadku zbieg jest zbiegiem kumulatywnym, w drugim przypadku, że jest zbiegiem pomijalnym.

Artykuł 11 § 1 k.k. stanowi, że ten sam czyn może stanowić tylko jedno przestępstwo. Zagadnienie jedności i wielości czynów zabronionych w jednym zachowaniu się sprawcy wyjaśniono w tym przepisie, opierając się o teorię jedności przestępstwa, czyli teorię, która w okolicznościach wypełnienia jednym zachowaniem się znamion więcej niż jednego typu czynu zabronionego każe przyjąć, że doszło do popełnienia wtedy tylko jednego czynu zabronionego. Podstawową teorię jedności przestępstw jest założenie, że o liczbie czynów

⁶⁴¹ Ł. Pohl: Czy możliwy jest rzeczywisty zbieg przepisu określającego kwalifikowaną postać czynu zabronionego z przepisem określającym jego postać uprzywilejowaną? w: *Nauki penalne wobec szybkich przemian socjokulturowych*. Księga jubileuszowa Profesora Mariana Filara, red. A. Adamski, J. Bojarski, P. Chrzczonowicz t. 1, Toruń 2012, s. 251.

⁶⁴² A. Zoll: Zbieg przepisów ustawy w polskim prawie karnym, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Lublin – Polonia*, VOL. LX, 2 SECTIO G 2013, s. 286.

⁶⁴³ A. Zoll: Zbieg ..., s. 288.

zabronionych może rozstrzygać jedynie liczba faktycznych zachowań się sprawcy, a nie liczba naruszonych przez niego norm prawnokarnych sankcjonowanych. Artykuł 11 § 2 k.k. nakazuje, by w razie ustalenia, iż sprawca jednym zachowaniem wyczerpał znamiona dwóch lub więcej typów czynów zabronionych, sąd skazał go za jedno przestępstwo na podstawie wszystkich zbiegających się przepisów. Zachodzi kumulatywny zbiegu przepisów. Zgodnie z nim należy podać w kwalifikacji prawnej zachowania sprawcy, wszystkie przepisy karne, które w procesie ich wykładni są kluczowymi dla odrodzenia naruszonych przez sprawcę prawnokarnych norm sankcjonowanych. W ramach tej koncepcji – co do zasady –widoczne są wszystkie naruszone takim zachowaniem prawnokarne normy sankcjonowane, bowiem zbieg przepisów karnych w rozumieniu art. 11 § 1 k.k. jest w istocie zbiegiem nie przepisów, ale naruszeń rzeczonych norm⁶⁴⁴.

Sąd wymierza karę na podstawie przepisu przewidującego karę najsurowszą, co nie stoi na przeszkodzie orzeczeniu innych środków przewidzianych w ustawie na podstawie wszystkich zbiegających się przepisów (art. 11 § 3 k.k.). Przepis nakazuje, by sąd w sytuacji kwalifikacji prawnej zachowania sprawcy zbiegu naruszeń prawnokarnych sankcjonowanych norm zastosował najsurowszą normę sankcjonującą. Norma w art. 11 § 3 k.k. odnosi się do wyboru określonej normy sankcjonującej jako podstawy wymiaru kary, zatem nie dotyczy kwalifikacji prawnej zachowania się sprawcy⁶⁴⁵. Należy zgodzić się z poglądem A. Zolla, że: "Jeżeli którykolwiek ze zbiegających się przepisów przewiduje obligatoryjne orzeczenie środka karnego, to sąd zobowiązany jest do orzeczenia takiego środka nawet wtedy, gdy przepis ten nie stanowił podstawy wymiaru kary"⁶⁴⁶.

Okoliczność, że sprawca jednym zachowaniem naruszył więcej niż jedną prawnokarną normę sankcjonowaną, potęguje stopień społecznej szkodliwości zachowania sprawcy. Dlatego słuszne jest stanowisko zajęte przez Sąd Najwyższy, że "w wypadku kumulatywnej kwalifikacji prawnej czynu, fakt ten z reguły wpływa na wyższy stopień społecznej szkodliwości czynu, przekładając się na wyższy stopień winy i możliwość wymierzenia surowszej sankcji karnej"⁶⁴⁷.

Możliwa jest także taka kwalifikacja art. 161 § 1 k.k. oraz art. 161 § 2 k.k., jeśli sprawca narażenia na zakażenie jest zarówno nosicielem wirusa HIV i jest osobą dotkniętą jedna

⁶⁴⁴ P. Kardas, *Zbieg...*, s. 246 i n.

⁶⁴⁵ Ł. Pohl: *Czy możliwy...*, s. 256.

⁶⁴⁶ A. Zoll w: *Kodeks karny...*2007, s. 153; zob. również Wyr. SN z 17.07.2002 r., III KK 165/02, OSNKW 2002, Nr 9–10, poz. 68.

⁶⁴⁷ Wyr. SN z 03.11.2004 r., V KK 1/03, Prok. i Pr. – wkł. 2005, Nr 11, poz. 1.

z chorób wymienionych w art. 161 § 2 k.k.⁶⁴⁸. Jednakże w wypadku gdy sprawca jest chory na AIDS, będąc siłą rzeczy jednocześnie nosicielem wirusa HIV, zastosowanie ma wyłącznie na podstawie art. 161 § 1 k.k. Między art. 161 § 2 k.k., a art. 161 § 3 k.k., stanowiącym typ kwalifikowany przestępstwa określonego w § 2, zachodzi pozorny zbieg przepisów ustawy⁶⁴⁹.

Z uwagi na wnioskowy charakter ścigania przestępstwa narażenia na zakażenie wirusem HIV lub jedną z chorób zakaźnych scharakteryzowanych w art. 161 § 2 k.k., jeśli sprawca wyczerpał, w warunkach zbiegu właściwych przepisów, znamiona tego i innego przestępstwa, brak wniosku o ściganie pochodzącego od osoby uprawnionej jest przeszkodą do przyjęcia konstrukcji zbiegu kumulatywnego obejmującego przepis⁶⁵⁰.

Przyjęcie kumulatywnego zbiegu przepisów zawierającego art. 161 k.k. zachodzi w sytuacji jednoczesnego i jednoczynowego wyczerpania znamion innego przestępstwa, tj. jeżeli w trakcie ich realizacji, sposób zachowania sprawcy i rodzaj działania na organizm drugiego człowieka ma związek z bezpośrednim narażeniem na zakażenie wirusem HIV lub chorobą zakaźną, czyli jeśli realizowanie tych znamion zostaje w ścisłym związku z "drogami zakażenia" wirusem lub chorobami, o których mowa w art. 161 k.k. Dochodzi do tego, gdy przestępstwo zostało popełnione z użyciem przemocy wobec ofiary, jeżeli w ustalonych okolicznościach z jej użyciem powstało ryzyko stypizowane w art. 161 k.k., którego wypełnienie sprawca przewidywał i co najmniej na nie się godził. Do jednoczesnej realizacji znamion występku określonego w art. 161 § 1 lub 2 k.k. i innego przestępstwa, wymagającej kumulatywnej kwalifikacji prawnej, może dochodzić w związku z popełnieniem przez sprawcę przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajności – zgwałcenia (art. 197 k.k.), obcowania płciowego z wykorzystaniem bezradności lub niepoczytalności (art. 198 k.k.), seksualnego wykorzystania stosunku zależności lub krytycznego położenia (art. 199 k.k.), seksualnego wykorzystania małoletniego poniżej lat 15 (art. 200 k.k.) oraz kazirodztwa (art. 201 k.k.)⁶⁵¹.

Następstwa uszczegółowione w art. 161 § 2 k.k. bezpośredniego narażenia mogą wiązać się z wystąpieniem lekkiego uszczerbku na zdrowiu, średniego uszczerbku na zdrowiu, ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, śmierci człowieka, co wywołuje potrzebę rozważenia

⁶⁴⁸ R Kokot w: Kodeks karny...2021, teza 49 do art. 161, M. Królikowski w: Kodeks karny... teza 1 do art. 161.

⁶⁴⁹ R. Kokot w: Kodeks karny...2021, teza 38 do art. 161.

⁶⁵⁰ Uchw. SN z 02.06.1973 r., U 1/71, OSNKW 1973, Nr 9, poz. 115; Wyr. SN z 21.10.1985 r., Rw 934/85, OSNKW 1986, Nr 7–8, poz. 59.

⁶⁵¹ R Kokot w: Kodeks karny...2021, teza 47-48 do art. 161.

zagadnienia związanego ze zbiegiem przepisów⁶⁵². Dopuszczalny jest także zbieg kumulatywny z przepisami, które typizują przestępstwa cechujące się nieumyślnym powodowaniem uszczerbku na zdrowiu (art. 156 § 2 k.k. oraz art. 157 § 3 k.k. - na czas powyżej 7 dni). W sytuacji, gdy spowodowanie uszczerbku na zdrowiu ma charakter umyślny, to między przepisami typizującymi taki uszczerbek (art. 156 § 1 k.k., art. 157 § 1 k.k.), a art. 161 § 1 lub § 2 k.k. zachodzi niewłaściwy, czyli niepodlegający rozważaniu zbieg przepisów. Narażenie na zarażenie przytoczonymi chorobami jest wtedy konsumowane⁶⁵³.

Jeżeli sprawca powoduje ciężki uszczerbek na zdrowiu, narażając równocześnie bezpośrednio na zakażenie wirusem HIV, dochodzi do art. 156 § 1 k.k. oraz 161 § 1 k.k., np. sprawca, który jest nosicielem wirusa HIV, gryząc ofiarę, wywołuje skutek w postaci zeszpecenia ciała.

Przepis art. 161 § 1 k.k. zostaje jednak wchłonięty przez art. 156 § 1 k.k., jeżeli ciężki uszczerbek na zdrowiu, tj. choroba realnie zagrażająca życiu, jest konsekwencją narażenia, a końcowo zakażenia organizmu ofiary wirusem HIV. Z uwagi na inny charakter strony podmiotowej, wchodziłaby jednak w grę kwalifikacja zawierająca art. 161 § 1 lub 2 k.k. oraz art. 156 § 2 k.k. w zw. z art. 11 § 2 k.k. Za rozwiązaniem takim przemawia także sankcja przypisana przestępstwu z art. 161 § 2 k.k. (sprawca podlega karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat 5), która jest łagodniejsza niż w art. 156 § 1 k.k. (sprawca podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8), więc i ona wskazuje na to, iż czyn z art. 156 § 1 k.k. właściwie pochłania szkodliwość społeczną czynu określonego w art. 161 § 2 k.k. Jeżeli jednak następstwo czynu (wystąpienie zakaźnej lub wenerycznej ciężkiej choroby nieuleczalnej tudzież realnie zagrażającej życiu) z art. 161 § 2 k.k. charakteryzuje się nieumyślnością, wtedy z uwagi na różnice w zakresie strony podmiotowej, następuje realny, kumulatywny zbieg przepisów art. 161 § 2 k.k. i art. 156 § 2 k.k.⁶⁵⁴.

Nie wydaje się, trafny pogląd, że może nastąpić zbieg art. 161 i art. 160 k.k.⁶⁵⁵. Przyjęcie takiej wykładni naruszałoby zasadę *nullum crimen sine lege stricta*. W tym więc przypadku, sytuacja, o jaką chodzi w art. 160 k.k. może się ziścić dopiero wówczas i to nie w każdym przypadku, gdy rzeczywiście do zakażenia wirusem dojdzie. Kierunek egzegezy znamion obu przepisów czyniłby de facto zbędną regulację art. 161 § 1 k.k., nie zachodziłyby bowiem przeszkody, by wobec braku tego unormowania, na podstawie

⁶⁵² L. Gardocki: Prawo karne, Warszawa 2019, s. 160-163.

⁶⁵³ D. Gruszecka w: Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz. red. J. Giezek, Warszawa 2014, teza 9 do art. 161, J. Karnat w: Kodeks karny... 2020, teza 15 do art. 161.

⁶⁵⁴ V. Konarska-Wrzosek, w: Kodeks... teza 6 do art. 156.

⁶⁵⁵ A.J. Szwarc, Karnopravne..., s. 112-113.

art. 160 k.k. pociągać do odpowiedzialności także nosiciela wirusa HIV, który naraża na zakażenie⁶⁵⁶.

Nie jest proste do wyjaśnienia jak należy zakwalifikować zachowanie sprawcy, który wywołał skutek w postaci zarażenia innej osoby, a czyn został ujawniony, przed tym jak HIV przekształcił się w AIDS. Skutek jest taki, iż w organizmie innej osoby pojawił się wirus. Wyłączona jest kwalifikacja z art. 156 k.k. Właściwe wydaje się przyjęcie, że w tym przypadku nastąpił rozstrój zdrowia trwający dłużej niż 7 dni (art. 157 § 1 k.k.), zatem przebieg rozwoju zakażenia wirusem HIV jest rozstrojem zdrowia człowieka. Mając na uwadze specjalny sposób spowodowania rozstroju zdrowia, właściwa byłaby kumulatywna kwalifikacja prawna z art. 161 § 1 w zw. z art. 157 § 1 w zw. z art. 11 § 2 k.k.⁶⁵⁷.

Następstwo narażenia z art. 161 § 2 k.k. może wiązać się także z popełnieniem przestępstwa umyślnego spowodowania średniego uszczerbku na zdrowiu (art. 157 § 1 k.k.) albo przestępstwa umyślnego spowodowania lekkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 157 § 2 k.k.). W tych przypadkach powstałe następstwo będzie mniej niż potencjalnie przewidziane w narażeniu z art. 161 § 2 k.k. (zakaźna lub weneryczna ciężka choroba nieuleczalna tudzież realnie zagrażająca życiu); zatem nie będzie ono w pełni pochłaniało swoją przyczynę-narażenie. W związku z tym w przypadkach tych zbiegów zachodzić będzie kumulatywny zbieg przepisów art. 161 § 2 k.k. odpowiednio z art. 157 § 1 albo 2 k.k.⁶⁵⁸.

Nadto zasadnicze wątpliwości rodzi zastosowanie w kwalifikacji przepisu typizującego przestępstwo narażeniowe (art. 161 k.k.) i skutkowe, np. art. 157 § 1 k.k. Jeśli nastąpił skutek - w zależności od spowodowanego skutku- należałoby powołać odpowiednio art. 156 k.k. lub 157 k.k., ale już nie art. 161 k.k.⁶⁵⁹. Jeżeli nastąpi zarażenie wirusem HIV, to należałoby przyjąć, że doszło do wywołania rozstroju zdrowia trwającego dłużej niż 7 dni, o jakim mowa w art. 157 § 1 k.k., i czyn ten kwalifikować z pominięciem art. 161 § 1 k.k.⁶⁶⁰.

Zbieg przepisów jest także w sytuacji, w której powstanie różnica odnośnie strony podmiotowej w kontekście art. 157 § 3 k.k.; umyślne narażenie określone w art. 161 § 2 k.k. i zaistnienie średniego lub lekkiego uszczerbku na zdrowiu określonego w art. 157 § 3 k.k.⁶⁶¹.

⁶⁵⁶ R Kokot w: Kodeks karny... 2021, teza 38 do art. 161.

⁶⁵⁷ K. Banasik: Przestępstwo..., s. 53.

⁶⁵⁸ A. Wróbel: Przestępstwo narażenia na zarażenie chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu art. 161 § 2 i 3 k.k. Acta Universitatis Wratislaviensis. Przegląd Prawa i Administracji CXXVI, Wrocław 2021, s. 366.

⁶⁵⁹ M. Mozgawa w: Kodeks karny, s. 314-315.

⁶⁶⁰ K. Banasik: Przestępstwo..., s. 58.

⁶⁶¹ A . Wróbel: Przegląd...s. 366-367.

W sytuacji, kiedy sprawca zarazi osobę zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną albo zakaźną chorobą realnie zagrażającą życiu, tj. wywoła skutek, o jakim mowa w art. 156 § 1 pkt 2 k.k., zasadne jest przyjęcie kwalifikacji prawnej z art. 156 § 1 pkt 2 k.k. W takim przypadku art. 156 § 1 pkt 2 k.k. wyłącza możliwość zastosowania art. 161 § 2 k.k. w oparciu o zasadę konsumpcji (*lex consumens derogat legi consumptae*)⁶⁶².

W przypadku zbiegu przepisów z art. 161 § 3 k.k. z art. 156 § 1, 156 § 2, 157 § 1, 157 § 2 lub 157 § 3 k.k. występuje zbieg przepisów. Powodem kumulatywnego zbiegu art. 161 § 3 k.k. z art. 156 § 1 lub 2 k.k. jest fakt, że pokrzywdzonym przestępstwem z art. 161 § 3 k.k. może być co najmniej wiele osób.

Może również zaistnieć sytuacja, w której dojdzie do rzeczywistego zbiegu przepisów przestępstwa i wykroczenia: art. 161 § 1 lub 3 k.k. z odpowiednio art. 116 § 1 pkt 1 lub 3⁶⁶³ lub art. 116 § 1a kw⁶⁶⁴. Treść art. 116 k.w. odnosi się do nieprzestrzegania zakazów, nakazów, ograniczeń lub obowiązków wynikających z przepisów o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych lub z decyzji wydanych na podstawie tych przepisów. Wtedy, zgodnie z art. 10 § 1 k.w., jeżeli czyn będący wykroczeniem wyczerpuje zarazem znamiona przestępstwa, orzeka się za przestępstwo i za wykroczenie, z tym że jeżeli orzeciono za przestępstwo i za wykroczenie karę lub środek karny tego samego rodzaju, wykonuje się surowszą karę lub środek karny. W razie uprzedniego wykonania łagodniejszej kary lub środka karnego zalicza się je na poczet surowszych. Przepis ten wprowadza konstrukcję idealnego zbiegu przestępstwa z wykroczeniem, prowadzącą do multiplikacji karania za jedno zachowanie, z uwagi na to, że jeden czyn jest traktowany tak, jakby był przestępstwem i wykroczeniem, czyli dwoma różnymi czynami zabronionymi przez ustawę. W płaszczyźnie materialnoprawnej konstrukcja zbiegu idealnego oznacza uznanie jednego czynu za przestępstwo i wykroczenie, zatem za dwa różne czyny, skutkiem procesowym jest zaś możliwość prowadzenia dwóch postępowań o jeden czyn⁶⁶⁵.

Zdaniem A. Michalskiej- Warias nieprzestrzeganie nakazów (zakazów) lub wskazań (zarządzeń leczniczych) można uznać za utrudnianie lub udaremnianie działalności organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, penalizowane jako wykroczenie przez art. 38 ust. 1 ustawy

⁶⁶² J. Karnat w: Kodeks Karny...,s. 100.

⁶⁶³ A. Wróbel: Przegląd...,s. 367.

⁶⁶⁴ Dz.U. z 2021 r. poz. 281 ze zm.

⁶⁶⁵ P. Daniluk: Idealny zbieg wykroczenia z przestępstwem w: Aktualne problemy konstytucyjne w świetle wniosków, pytań prawnych i skarg konstytucyjnych do Trybunału Konstytucyjnego (2010–2012), red. P. Daniluk, M. Laskowska, Warszawa 2013, s. 564; K. Witkowska: Idealny zbieg czynów karalnych w Kodeksie wykroczeń, a zasada ne bis in idem, Cz.PKiNP 2012, Nr 2, s. 110.

z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej⁶⁶⁶. Stosuje się, jako *lex specialis*, art. 116 k.w.⁶⁶⁷.

Art. 116 § 1 k.w. stanowi, że kto, wiedząc o tym, że:

- 1) jest chory na gruźlicę, chorobę weneryczną lub inną chorobę zakaźną albo podejrzany o tę chorobę,
- 2) styka się z chorym na chorobę określoną w pkt 1 (gruźlica, choroba weneryczna lub inna choroba zakaźna) lub z podejrzany o to, że jest chory na gruźlicę lub inną chorobę zakaźną,
- 3) jest nosicielem choroby określonej w pkt 1 (gruźlica, choroba weneryczna lub inna choroba zakaźna) lub podejrzany o nosicielstwo- nie przestrzega zakazów, nakazów, ograniczeń lub obowiązków określonych w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi lub w przepisach o Państwowej Inspekcji Sanitarnej albo nie przestrzega decyzji wydanych na podstawie tych przepisów przez organy inspekcji sanitarnej, podlega karze grzywny albo karze nagany.

Z kolei § 1a wskazuje, że kto nie przestrzega zakazów, nakazów, ograniczeń lub obowiązków określonych w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, podlega karze grzywny albo karze nagany.

Wykroczenie z § 2 polega na niedopełnieniu przez sprawującego pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną obowiązku spowodowania, aby osoba ta zastosowała się do nakazów, zakazów, wskazań lub zarządzeń leczniczych określonych w § 1 i 1a zakazów, nakazów, ograniczeń lub obowiązków albo decyzji.

Dobrem chronionym z art. 115 § 1 k.w., podobnie jak w art. 161 k.k., jest zdrowie, głównie przez zapewnienie efektywności działań profilaktycznych (obligatoryjne szczepienia) oraz diagnostycznych (obligatoryjne badania), skierowanych na profilaktykę i zwalczanie gruźlicy, chorób wenerycznych i innych chorób zakaźnych⁶⁶⁸.

Zgodnie z art. 115 § 1 k.w. kto, pomimo zastosowania środków egzekucji administracyjnej, nie poddaje się obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu przeciwko gruźlicy lub innej chorobie zakaźnej albo obowiązkowemu badaniu stanu zdrowia, mającemu na celu wykrycie lub leczenie gruźlicy, choroby wenerycznej lub innej choroby zakaźnej, podlega karze grzywny do 1500 złotych albo karze nagany. Obowiązkowym badaniom sanitarnym podlegają: osoby podejrzane o zakażenie lub chorobę zakaźną; noworodki, niemowlęta i kobiety w ciąży podejrzane o chorobę zakaźną, która może się przenosić z matki

⁶⁶⁶ Dz.U. z 2021 r. poz. 2008.

⁶⁶⁷ A. Michalska-Warias w: Kodeks wykroczeń, red. T. Bojarski, Warszawa 2015, s. 459.

⁶⁶⁸ M. Iwański w: Kodeks wykroczeń. Komentarz, red. P. Daniluk, Legalis 2019, teza 1 do art. 115.

na płód lub dziecko; nosiciele, ozdrowieńcy oraz osoby narażone na zakażenie przez kontakt z osobami zakażonymi, chorymi lub zakaźną substancją; uczniowie, studenci i doktoranci uczący się do realizowania prac, przy przeprowadzaniu których pojawia się ryzyko przeniesienia zakażenia lub choroby zakaźnej na inne osoby; osoby wykonujące prace, przy wykonywaniu których jest ryzyko przeniesienia zakażenia lub choroby zakaźnej na inne osoby⁶⁶⁹. Należy zaznaczyć, iż samo uchylenie się od pobrania krwi w związku z przeprowadzeniem obowiązkowych testów nie wypełnia znamion żadnego przestępstwa. Można się zastanowić nad możliwym pociągnięciem takiej osoby do odpowiedzialności na podstawie art. 165 § 1 pkt 1 lub § 2 k.k. Wynika to z tego, że osoba która uchyła się od obowiązku poddania się badaniu utrudniając uprzednie zlokalizowanie źródeł zakażeń, a co za tym idzie rozpoznanie zasięgu epidemii, sprowadza powszechne niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia wielu osób, wywołując zagrożenie epidemiologiczne lub rozprzestrzenianie się zakaźnej choroby. Przez zagrożenie epidemiologiczne rozumie się zagrożenie epidemiczne w rozumieniu art. 2 pkt 31 ustawy o chorobach zakaźnych – występowanie na danym obszarze warunków lub przesłanek ukazujących ryzyko wystąpienia epidemii. Epidemia jest zaś pojawienie się na danym obszarze zakażeń lub zachorowań na chorobę zakaźną (zgodnie z art. 2 pkt 3 ustawy o chorobach zakaźnych – jest to choroba, która została wywołana przez biologiczny czynnik chorobotwórczy) w liczbie zdecydowanie większej niż w poprzednim okresie albo pojawienie się zakażeń lub chorób zakaźnych jak dotąd niewystępujących (art. 2 pkt 9 ustawy o chorobach zakaźnych). Przez "zagrożenie epidemiologiczne" wskazuje się na istnienie warunków do ziszczenia się niebezpieczeństwa rozpowszechniania się choroby zakaźnej, której zasięg i wymiar są trudne do oceny z góry, przy czym niebezpieczeństwo powinno być realne, a nie wyłącznie potencjalne⁶⁷⁰. Brak przejawów epidemii bądź choroby zakaźnej będzie wykluczało realizację znamion czynu z przepisu art. 165 § 1 pkt 1 k.k.⁶⁷¹. W judykaturze wskazuje się, że "najważniejszymi elementami różnicującymi przewidziane w pkt 1 § 1 art. 165 k.k. postaci sprawcze: "zagrożenia epidemiologicznego" i "szerzenia choroby zakaźnej", sprowadzające niebezpieczeństwo dla dóbr chronionych tym przepisem, są: po pierwsze – rodzaj zachorowań grożących ludziom, które w przypadku epidemii dotyczyć mogą także innych chorób niż tylko zakaźnych, ale wywołanych np. skażeniami fizycznymi lub chemicznymi, po drugie – rozległość terytorialna zasięgu potencjalnego zagrożenia

⁶⁶⁹ M. Iwański w: Kodeks...2019, teza 6 do art. 115.

⁶⁷⁰ Wyr. SN z 20.05.1998 r., II KKN 37/98, OSNKW 1998, Nr 7–8, poz. 33.

⁶⁷¹ Wyr. SA w Rzeszowie z 17.12.1992 r., II AKr 116/92, OSA 1993, Nr 10, poz. 55; wyr. SA w Lublinie z 14.03.2005 r., II AKa 51/05, OSA 2007, Nr 5, poz. 22, s. 25.

chorobami, który w przypadku epidemii jest znacznie większy, i po trzeciej – narastanie niebezpieczeństwa w czasie – od fazy zagrożenia rozprzestrzenianiem się choroby epidemicznej, do fazy wywołania choroby zakaźnej, jako zarzewia dalszego szerzenia się tej choroby. Elementy te nie tylko różnicują dwojakie postacie popełnienia omawianego przestępstwa, ale decydują też o skali niebezpieczeństwa dla chronionych dóbr, a w rezultacie o stopniu szkodliwości społecznej tego, skądinąd groźnego przestępstwa⁶⁷².

Przestępstwa z art. 165 § 1 i 2 k.k. są przestępstwami materialnymi – dla ich dokonania niezbędne jest wystąpienie skutku w postaci zaistnienia wskazanego wyżej niebezpieczeństwa. Nie jest konieczne, aby niebezpieczeństwo to było bezpośrednie. Musi być jednak realne. Dla dokonania czynu z art. 165 § 1 lub 2 k.k. nie jest również niezbędne rzeczywiste wystąpienie następstw takiego niebezpieczeństwa, np. w postaci faktycznego wywołania epidemii⁶⁷³. Przepis art. 165 § 1 pkt 1 k.k. penalizuje sprowadzenie niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia wielu osób poprzez spowodowanie szerzenia się choroby zakaźnej, który zagrożony jest jednak łagodniejszą sankcją karną, tj. karą od 6 miesięcy do 8 lat pozbawienia wolności. Zakresy art. 161 § 3 k.k. i art. 165 § 1 pkt 1 k.k. częściowo się pokrywają. W sytuacji, gdy sprawca swoim zachowaniem wyczerpie znamiona czynu zabronionego z art. 161 § 3 k.k. oraz art. 165 § 1 pkt 1 k.k., niezbędne jest przyjęcie kumulatywnej kwalifikacji prawnej. Głównym przedmiotem ochrony art. 161 § 3 k.k. jest bowiem życie i zdrowie, zaś art. 165 § 1 pkt 1 k.k. bezpieczeństwo powszechne. Co jednakże ważne, art. 161 § 3 k.k. wymaga, aby sprawca wiedział, że jest dotknięty chorobą oraz swoim zachowaniem bezpośrednio naraził na zarażenie wiele osób. Okoliczności te nie należą do znamion czynu zabronionego z art. 165 § 1 pkt 1 k.k. W sytuacji zatem, gdy sprawca nie wiedział, że jest zarażony jedną z chorób wskazanych w art. 161 § 2 k.k., a tylko przypuszczał albo o tym fakcie wiedział, jednak narażenie na zarażenie wielu osób nie miało charakteru bezpośredniego, jego zachowanie zakwalifikować należy jedynie z art. 165 § 1 pkt 1 k.k.⁶⁷⁴.

Wobec osoby zakażonej lub chorej na chorobę zakaźną albo osoby podejrzanej o zakażenie lub chorobę zakaźną, lub osoby, która miała styczność ze źródłem biologicznego czynnika chorobotwórczego, obowiązki określone w art. 5 ust. 1 c ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi⁶⁷⁵, w tym poddania

⁶⁷² Wyr. SA w Lublinie z 14.03.2005 r., II AKa 51/05, OSA 2007, Nr 5, poz. 22, s. 25.

⁶⁷³ Wyr. SA w Katowicach z 27.05.2011 r., II AKa 160/11, Legalis Nr 373829; wyr. SA w Szczecinie z 11.10.2012r., II AKa 165/12, Legalis Nr 743214.

⁶⁷⁴ J. Karnat w: Kodeks Karny..., teza 2 do art. 161.

⁶⁷⁵ Dz.U. z 2021 r. poz. 2069.

się szczepieniu ochronnemu lub badaniom sanitarno-epidemiologicznym, może nałożyć również – w drodze decyzji administracyjnej – państwowy powiatowy inspektor sanitarny lub państwowy graniczny inspektor sanitarny (art. 33 ust. 1 w/w ustawy). Decyzji takiej nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności (art. 33 ust.3 w/w ustawy). Przepis z art. 115 k.w. dotyczy niepoddania się szczepieniu ochronnemu i badaniu pomimo zastosowania środków egzekucji administracyjnej. Ustawodawca przewidział jednak wypadki, w których wyegzekwowanie wspomnianych obowiązków następuje w innym trybie. Wobec osób, które nie poddają się m.in. obowiązkowi szczepienia albo badaniom sanitarno-epidemiologicznym, a u których podejrzewa się lub rozpoznano chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną stanowiącą bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia innych osób, może być zastosowany środek przymusu bezpośredniego polegający na przytrzymywaniu, unieruchomieniu lub przymusowym podaniu leków. O zastosowaniu środka przymusu bezpośredniego decyduje lekarz lub felczer, który określa rodzaj zastosowanego środka przymusu bezpośredniego oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie przez osoby wykonujące zawody medyczne. Każdy przypadek zastosowania środka przymusu bezpośredniego odnotowuje się w dokumentacji medycznej (art. 36 ust. 1–2). Zdaniem M. Szeroczyńskiej – i słusznie – wspomniany art. 36 w/w ustawy, zawierający samodzielną podstawę stosowania środków przymusu bezpośredniego w odniesieniu do obowiązków m.in. poddania się szczepieniom oraz badaniom sanitarno-epidemiologicznym, wyłącza – jako *lex specialis* – stosowanie przepisów. Ustawa z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji⁶⁷⁶. Innymi słowy, przepisy o postępowaniu egzekucyjnym w administracji znajdują zastosowanie tylko w zakresie, w jakim nie są sprzeczne z art. 36 w/w ustawy. Ten zaś zezwala na stosowanie środków przymusu bezpośredniego tylko w odniesieniu do osoby, u której rozpoznano chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną, stanowiącą bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia innych osób, wyłączając z zakresu swojego normowania cały szereg przypadków⁶⁷⁷.

Środki egzekucji administracyjnej to środki przewidziane w ustawie o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. W przypadku niepoddania się obowiązkowym szczepieniom wynikającym wprost z przepisu prawa – art. 5 ust. 1 pkt 1 lit. b w zw. z art. 17 ust. 1 o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (szczepienia) oraz art. 5 ust. 1 pkt 1 lit. d w zw. z art. 6 ust. 1 w/w ustawy (badania) – organem egzekucyjnym będzie,

⁶⁷⁶ Dz.U. z 2022 r. poz. 479.

⁶⁷⁷ M. Szeroczyńska: Czy obowiązkowe szczepienia dla dzieci są naprawdę obowiązkowe, Szkoła Specjalna 2018, Nr 3, s. 223.

zgodnie z art. 20 § 1 pkt 1 ustawy o postępowaniu egzekucyjnym w administracji, wojewoda⁶⁷⁸. W odniesieniu do obowiązków nakładanych przez państwowego powiatowego inspektora sanitarnego w drodze decyzji (art. 33 ust. 1 o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi) zastosowanie znajdzie art. 20 § 1 pkt 4 ustawy o postępowaniu egzekucyjnym w administracji, a organem egzekucyjnym będzie kierownik państwowej powiatowej inspekcji sanitarnej, który wydał stosowną decyzję.

Obowiązki wymienione w art. 115 k.w. polegają na osobistym poddaniu się określonym czynnościom (poddaniu im osoby małoletniej lub bezradnej, nad którą sprawowana jest piecza). W praktyce spośród przewidzianych środków egzekucyjnych zastosowanie znaleźć mogą jedynie grzywna w celu przymuszenia oraz przymus bezpośredni. Grzywnę w celu przymuszenia nakłada się, gdy egzekucja dotyczy spełnienia przez zobowiązanego obowiązku znoszenia lub zaniechania albo obowiązku wykonania czynności, a w szczególności czynności, której z powodu jej charakteru nie może spełnić inna osoba za zobowiązanego, a także wtedy, gdy nie jest celowe zastosowanie innego środka egzekucji obowiązków o charakterze niepieniężnym (art. 119 § 1–2 ustawy o postępowaniu egzekucyjnym w administracji). Grzywna w celu przymuszenia może być nakładana kilkakrotnie w tej samej lub wyższej kwocie. Wobec osób fizycznych każdorazowo nałożona grzywna nie może przekraczać kwoty 10 000 zł, a grzywny nakładane wielokrotnie nie mogą łącznie przekroczyć kwoty 50 000 zł (art. 121 § 1–3 ustawy o postępowaniu egzekucyjnym w administracji).

Przymus bezpośredni polega na doprowadzeniu do wykonania obowiązku podlegającego egzekucji drogą zagrożenia zastosowania lub drogą zastosowania bezpośrednio skutecznych środków, nie wyłączając siły fizycznej, w celu usunięcia oporu zobowiązanego i oporu innych osób, które stoją na przeszkodzie wykonaniu obowiązku (art. 148 § 1 ustawy o postępowaniu egzekucyjnym w administracji). Przymus bezpośredni można stosować również do innej osoby niebędącej zobowiązanym, jeżeli jej działalność lub wstrzymywanie się od działalności albo jej zachowanie się stanowią przeszkodę w doprowadzeniu do wykonania egzekwowanego obowiązku (art. 152 w/w ustawy). Zastosowanie środków przymusu bezpośredniego wobec osoby niebędącej zobowiązanym nie stoi na przeszkodzie ukaraniu z art. 115 k.w. Przepis ten mówi bowiem ogólnie o stosowaniu środków egzekucji administracyjnej, nie wymagając, by były one stosowane bezpośrednio wobec osoby, która nie poddaje się obowiązkowemu szczepieniu lub badaniu.

⁶⁷⁸ Wyr. SN z 08.01.2016 r., V KK 306/15, Legalis Nr 1398392.

Przepis ten dotyczy sytuacji, w których środki egzekucji administracyjnej nie doprowadziły do wykonania obowiązku poddania się szczepieniu lub badaniu. Dotyczy to również przymusu bezpośredniego, którego bezskuteczne stosowanie uzasadnia ukaranie za wykroczenie opisane w art. 114 k.w. Dobrem chronionym przez art. 114 k. w. podobnie jak w art. 161 k.k. jest zdrowie.

Przepis z art. 114 k.w. wskazuje, że kto odmawia udzielenia organowi służby zdrowia wyjaśnień mogących mieć znaczenie dla wykrycia gruźlicy, choroby wenerycznej lub innej choroby zakaźnej lub źródła zakażenia albo dla zapobiegania szerzeniu się takich chorób podlega karze grzywny albo karze nagany. Na tle tego przepisu wysuwa się jego szerszy, aspekt społeczny, gdyż na pierwszym planie pojawia się ochrona społeczeństwa przed rozprzestrzenieniem się oraz skutkami gruźlicy, chorób wenerycznych i innych chorób zakaźnych. Prócz tego pobocznym przedmiotem ochrony jest skuteczne wykonywanie zadań przez wskazane podmioty- tutaj organy służby zdrowia. Zwalczanie chorób epidemicznych jest obowiązkiem konstytucyjnym nałożonym na władze publiczne przez ustrojodawcę (art. 68 ust. 4 Konstytucji RP). Znajdująca konstytucyjne potwierdzenie istoty zagadnienia zapobiegania i zwalczania chorób epidemicznych potrzebuje wytworzenia odpowiednich ram prawnych oraz zaopatrzenia podmiotów wykonujących zadania z tego zakresu we właściwe kompetencje i uprawnienia, dające możliwość skutecznego zwalczania niebezpieczeństw związanych z chorobami epidemicznymi⁶⁷⁹.

Czynność sprawcza polega na odmowie udzielenia wyjaśnień organowi służby zdrowia, które mogą być ważne dla wykrycia gruźlicy, choroby wenerycznej lub innej choroby zakaźnej lub wykrycia źródła zakażenia albo dla przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się takich chorób. Odmowę informowania trzeba rozumieć szeroko, tzn. jako absolutny brak zgody na informowanie jak i zaniechanie częściowego podania danych, które mogą być istotne dla wykrycia przyczyny zakażenia lub choroby zakaźnej albo dla zapobiegania rozprzestrzenianiu się takich chorób. Także świadome podanie nieprawdziwych danych jest *de facto* odmową podania wyjaśnień i powinno być kwalifikowane z omawianego przepisu⁶⁸⁰.

Na osoby, które przebywają na terytorium Rzeczypospolitej został nałożony prawny obowiązek udzielania (na zasadach określonych w ustawie) danych i informacji wymienionym podmiotom w art. 5 ust. 1 pkt 4 lit. a–c ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi⁶⁸¹, tj.:

⁶⁷⁹ M. Iwański w: Kodeks...2019, teza 1 do art. 114.

⁶⁸⁰ A. Michalska-Warias w: Kodeks wykroczeń..., s. 444.

⁶⁸¹ Dz.U. z 2021 r. poz. 2069.

- a) organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Wojskowej Inspekcji Sanitarnej, Państwowej Inspekcji Sanitarnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, Inspekcji Weterynaryjnej, Wojskowej Inspekcji Weterynaryjnej, Inspekcji Ochrony Środowiska, jednostkom, o których mowa w art. 30 ust. 1 o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, oraz ośrodkom referencyjnym i instytutom badawczym – niezbędnych do prowadzenia nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami i chorobami zakaźnymi i zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych;
- b) właściwym państwowym inspektorom sanitarnym – niezbędnych do prowadzenia nadzoru epidemiologicznego nad niepożądanymi odczynami poszczepiennymi;
- c) organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej – niezbędnych do sprawowania nadzoru nad realizacją obowiązków, o których mowa w art. 5 ust. 1 pkt 1–3 o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Udzielanie informacji wskazanych w art. 114 k.w. może mieć poważne znaczenie dla przeprowadzenia dochodzenia epidemiologicznego polegającego na wykrywaniu zachorowań, czynnika etiologicznego oraz ustalanie przyczyn, źródeł i mechanizmów rozprzestrzenienia się choroby zakaźnej lub zakażenia (art. 2 pkt 8 o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi). W związku z prowadzonym dochodzeniem epidemiologicznym Państwowy Inspektor Sanitarny lub Główny Inspektor Sanitarny może żądać udzielenia informacji o:

- 1) osobach zakażonych lub podejrzanych o zakażenie, chorych lub podejrzanych o chorobę zakaźną, osobach zmarłych z powodu choroby zakaźnej lub osobach, wobec których istnieje takie podejrzenie;
- 2) osobach, które mogły mieć styczność z osobami, o których mowa w pkt 1;
- 3) posiadaczach zwierząt, które mogły stanowić źródło narażenia na zakażenie lub chorobę zakaźną – od każdego, kto takie dane posiada, lub jednostek administracji publicznej, które dane takie mogą ustalić.

Przepis art. 161 § 2 k.k. może pozostawać w zbiegu idealnym z wykroczeniem z art. 50 pkt 2 i 3 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Wskazana została w nim kara grzywny dla sprawcy, który wbrew obowiązkom, o których mowa w art. 22 ust. 1 i 2 tej ustawy, nie przestrzega wymagań higieniczno-sanitarnych oraz wbrew obowiązkowi przeciwdziałania szerzeniu się zakażeń szpitalnych nie podejmuje

działań określonych w art. 14 ust. 1 i 2 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi⁶⁸².

⁶⁸² M. Mozgawa (red.), Kodeks karny. Komentarz, wyd. VII.

Rozdział VII

Kara i środki karne

Zarażenie wirusem HIV, uznane jest przez ustawodawcę za poważniejsze oraz bardziej społecznie szkodliwe od narażenia na zarażenie chorobą weneryczną lub innymi wymienionymi w art. 161 § 2 k.k. chorobami. Słusznie dał więc wyraz temu, że - z jednej strony - trudne do opanowania konsekwencje, jakie wynikają z zarażenia wirusem HIV, z drugiej zaś - rozwój współczesnej medycyny, pozwalający coraz lepiej radzić sobie z innymi, nawet nieuleczalnymi lub realnie zagrażającymi życiu chorobami, przemawiają za surowszym traktowaniem sprawców przestępstwa stypizowanego w art. 161 § 1 k.k. Można z dość dużym prawdopodobieństwem założyć, że dalsze postępy w leczeniu wirusa HIV doprowadzą w przyszłości do kolejnego przewartościowania zachowań, z którymi wiążą się wymienione w art. 161 k.k. zagrożenia⁶⁸³.

W art. 161 k.k. ustawodawca zaakcentował zagrożenie dla życia i zdrowia, wynikające z eskalacji ryzyka zakażenia wirusem HIV, szczególnie niebezpiecznego nie tylko w aspekcie jednostkowym, ale także grupowym. Zwiększa ono bowiem znacząco ryzyko zachorowań na choroby zakaźne, ale także na inne choroby, w tym nowotworowe. Problem HIV/AIDS ma swój wielowymiarowy wymiar prawny. Jej ważność wyraża się na gruncie prawa konstytucyjnego, cywilnego, administracyjnego, rodzinnego oraz cywilnego. Podobnie prawo karne, w zakresie określonym przez jego subsydiarny charakter (*ultima ratio*), uznaje się za kompetentną dziedzinę w walce z zagrożeniem, jakie niesie ze sobą wirus HIV. Normy prawa karnego mogą odgrywać jednakże jedynie pomocniczą rolę w zapobieganiu takim zakażeniom. Dlatego też ustawodawca kryminalizuje tylko świadome narażanie i to wyłącznie narażanie bezpośrednie, a zatem trudniejsze przypadki spowodowania groźby zakażenia tym wirusem. Słusznie podkreśla się w doktrynie, że przepis art. 161 § 1 k.k. pełni specjalną funkcję polityczno-kryminalną, a jego *ratio legis* akcentuje potrzebę formowania pożądanych postaw wobec prawa do zdrowia innej osoby⁶⁸⁴.

Ratio legis tej regulacji prawnokarnej wynika z faktu, że pandemia HIV/AIDS, mimo niewielkiej stosunkowo (w porównaniu z innymi państwami) liczby zarejestrowanych w Polsce zakażeń, stanowi potencjalne zagrożenie dla zdrowia i bytu ludności. Pewne wątpliwości może budzić wynikająca z faktu typizacji tego przestępstwa teza, czy zwalczanie tego rzeczywiście bardzo niebezpiecznego zjawiska – epidemiologicznego szerzenia się HIV/AIDS powinno

⁶⁸³ J. Giezek w: Kodeks karny...2014, teza 2 do art. 161.

⁶⁸⁴ R. Kokot w: Kodeks karny...2018, teza 3 do art. 161.

być realizowane poprzez normy prawa karnego, zwłaszcza że znane z przeszłości próby regulowania normami prawa karnego określonych sfer życia społecznego, np. prawidłowego gospodarowania, okazały się mało skuteczne. Należy jednak podkreślić, że penalizacja zachowań prowadzących – najogólniej – do niebezpieczeństwa szerzenia się HIV/AIDS jest tylko pewnego rodzaju "uzupełnieniem" Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Opieki Nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS 1996–1998.

Przestępstwo narażenia na zarażenie wirusem HIV (art. 161 § 1 k.k.) jest występkiem, który jest zagrożony karą pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8. Przestępstwo narażenia na zarażenie chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężka chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu (art. 161 § 2 k.k.) jest zagrożone karą pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. Przestępstwo kwalifikowane narażenia na zarażenie chorobą zakaźną określoną w art. 161 § 2 k.k. wielu osób (art. 161 § 3 k.k.) zagrożone jest karą pozbawienia wolności od roku do lat 10. Modyfikacja zakresu zagrożenia karą za przestępstwo z art. 161 § 1–2 k.k., dokonana ustawą 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 ustaw⁶⁸⁵, doprowadziła do wyłączenia możliwości zastosowania względem sprawcy dobrodziejstwa odstąpienia od wymierzenia kary z zastosowaniem art. 59 k.k.

Wobec sprawcy przestępstwa z art. 161 § 2 k.k. można stosować warunkowe umorzenie postępowania karnego (art. 66 k.k.). Nie występują przeszkody dla przyjmowania odpowiedzialności sprawcy narażenia na zarażenie z art. 161 k.k. w warunkach i ze skutkami zachodzącymi z występku o charakterze chuligańskim, powrotu do przestępstwa lub ciągu przestępstw (art. 57a § 1, art. 64 § 1 lub 2, art. 91 § 1 k.k.).

Jeżeli narażenie na zarażenie unormowane w art. 161 k.k. nastąpiło w wyniku motywacji zasługującej na szczególne potępienie, a sprawcę skazano na karę na czas nie krótszy od lat 3 pozbawienia wolności, można orzec środek karny w postaci pozbawienia praw publicznych (art. 40 § 2 k.k.). Sąd może orzec zakaz zajmowania określonego stanowiska albo wykonywania określonego zawodu (art. 41 § 1 k.k.), jeżeli sprawca narażenia na zarażenie nadużył przy popełnieniu przestępstwa stanowiska lub wykonywanego zawodu albo okazał, że dalsze zajmowanie stanowiska lub wykonywanie zawodu zagraża istotnym dobrom chronionym.

⁶⁸⁵ Dz.U. z 2020 r. poz. 568.

Na podstawie art. 46 § 1 k.k. sąd może orzec, a na wniosek pokrzywdzonego lub innej osoby uprawnionej orzeka, obowiązek naprawienia szkody w całości lub części lub zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Zamiast obowiązku naprawienia szkody, w warunkach wskazanych w art. 46 § 2 k.k., sąd może orzec nawiązkę.

Na podstawie art. 47 § 1 k.k. sąd może orzec nawiązkę na rzecz Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej.

Narażający na zakażenie wirusem HIV lub chorobą zakaźną, może uniknąć odpowiedzialności karnej wskazując na kolizyjność dóbr w warunkach stanu wyższej konieczności(art. 26 § 1 k.k.). Przykładem tego jest sytuacja, w której taka osoba udziela pomocy ofierze wypadku i podejmuje przy tym zabiegi ratujące życie lub zdrowie w sytuacji zagrożenia zakażeniem, gdy jednocześnie zaprzestanie ratowania życia wiązałoby się z dużym ryzykiem śmierci lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Prawdopodobieństwo zakażenia może być uzasadnione, jeśli nie ma innego sposobu ratowania ofiary.

Nie jest oczywiste zagadnienie prawnokarnej skuteczności zgody dysponenta dobra na stworzenie stanu "narażenia na zarażenie". Wprawdzie art. 161 k.k. nie wskazuje naruszenia tych dóbr, a jedynie sprowadzenie konkretnego niebezpieczeństwa takiego naruszenia, to jednakże, nie chodzi w nim jedynie o ochronę jednostki przed zakażeniem wirusem HIV lub chorobą zakaźną, ale także zapobieganie rozprzestrzenianiu się zagrożenia epidemiologicznego, czyli ochronę zdrowia publicznego. Jeśli zatem zachowanie sprawcy jest zarówno ryzykowne dla określonej osoby, która jest dysponentem dobra zagrożonego i znaczące epidemiologicznie, to uprawnienie wyrażenia efektywnej zgody na stworzenie stanu tego ryzyka jest wykluczone⁶⁸⁶. Nie można tracić z pola widzenia, że ryzyko zakażenia wirusem HIV często jest związane z zachowaniami podejmowanymi w warunkach dobrowolności i prywatności życia seksualnego. W zakresie tego rodzaju narażenia na zakażenie zgoda dysponenta dobra, która spełnia ogólne warunki okoliczności wyłączającej bezprawność, jest prawnokarnie znacząca. Pośrednio za takim stanowiskiem może przemawiać także wnioskowy tryb ścigania (art. 161 § 3 k.k.)⁶⁸⁷.

Nie popełnia przestępstwa z art. 161 § 1 k.k. kobieta, która jest nosicielką wirusa HIV przez samo zajście w ciążę, mimo dużego ryzyka zarażenia płodu. Przedmiotem czynności wykonawczej niniejszego przestępstwa może być tylko "inna osoba", a nie poczęte dziecko. Podstawą odpowiedzialności mogą być jednakże zachowania podejmowane w celu zajścia

⁶⁸⁶ M. Filar: Karalność..., s. 39-40.

⁶⁸⁷ J. Warylewski: Przepisy..., s. 388; M. Królikowski w: Kodeks karny...2013, s. 301.

w ciążę, chyba że nie mają związku z bezpośrednim narażeniem innej osoby na zarażenie wirusem HIV (np. zapłodnienie in vitro)⁶⁸⁸.

Wykładnia znamion art. 161 k.k. może tworzyć wątpliwość, czy używanie przez osobę będącą nosicielem wirusa HIV lub dotkniętą chorobą zakaźną środków, których funkcją jest zabezpieczenie przed zakażeniem tym wirusem lub chorobą – np. stosowanie prezerwatywy w okolicznościach ryzyka zakażenia wirusem HIV lub chorobą weneryczną, lub maseczki ochronnej w razie "dotknięcia chorobą" zakaźną – automatycznie wyłącza odpowiedzialność sprawcy na podstawie omawianego przepisu. Uzasadnione jest to tym, że stosowanie takich środków na ogół nie wyłącza ryzyka zakażenia, a tylko znacząco je zmniejsza. W związku z tym kategoryczna odpowiedź na to pytanie, bez odwołania się do okoliczności określonego stanu faktycznego, nie jest możliwa. W ujęciu abstrakcyjnym potwierdzenia nieodpowiedzialności w takiej sytuacji należałoby poszukać zarówno na płaszczyźnie znamion strony przedmiotowej, jak i podmiotowej. Takie zachowanie może być podstawą stwierdzenia braku zrealizowania znamion skutku w postaci stanu realnego narażenia dobra na niebezpieczeństwo zakażenia. Wprawdzie ryzyko zakażenia nadal może występować, jednakże jego istota i stopień mogą nie uzasadniać przyjęcia jego "statystycznej doniosłości", a tym samym wyczerpania znamienia skutku tego przestępstwa. Z kolei interpretując podjęte działania zmniejszające ryzyko zakażenia od strony podmiotowej, należy wskazać, iż starania te ukazują bez wątpienia na brak zamiaru narażenia na zakażenie. Sprawca nie może chcieć lub godzić się na narażenie dobra prawnego i jednocześnie nie chce spowodować takiego skutku⁶⁸⁹.

Artykuł 161 k.k. nie ma odpowiednika art. 160 § 4 k.k., który statuuje klauzulę niekaralności sprawcy uchylającego grożące niebezpieczeństwo. W przypadku art. 161 § 1 k.k. jeśli np. sprawca będący nosicielem wirusa HIV wypełni znamiona z art. 161 § 1 k.k., a potem podejmie próbę dobrowolnego uchylenia niebezpieczeństwa zakażenia poprzez bezzwłoczne poinformowanie ofiary o ryzyku zakażenia, dając możliwość szybkiej reakcji w postaci prewencyjnego podania leku przeciwwirusowego, to i tak nie zostanie wykluczona karalność za wywołany stan narażenia na zakażenie wirusem HIV. Przy takim stanie faktycznym, sporne jest rozpatrywanie skutecznego czynnego żalu dlatego, że nawet długa terapia lekami tylko zmniejsza, a nie wyłącza, ryzyko zarażenia wirusem HIV. Z uwagi na charakter skutku przestępstwa z art. 161 k.k. we wskazanej sytuacji, nie wchodzi też w grę zastosowanie przepisów o czynnym żalu przy usiłowaniu. Jednakże wskazana postawa sprawcy

⁶⁸⁸ R. Kokot w: Kodeks karny...2021, teza 34 do art. 161.

⁶⁸⁹ R. Kokot w: Kodeks karny... 2021, teza 35 do art. 161.

może być przesłanką zastosowania przepisów o nadzwyczajnym złagodzeniu kary (art. 60 § 2 pkt 2 k.k.)⁶⁹⁰.

Należy również odnieść się do kwestii tzw. czynów zabezpieczających przed odpowiedzialnością karną i zmierzających do uniknięcia odpowiedzialności karnej⁶⁹¹, a dokładniej do określenia granic pomiędzy bezkarnym samopolecznictwem, a przestępstwem. Jeżeli wziąć pod uwagę wskazane w kodeksie karnym okoliczności, w których sprawca czynu zabronionego nie podlega karze dlatego, że działał z obawy przed odpowiedzialnością karną za popełnienie uprzednio czynu (art. 233 § 3 k.k., art. 236 § 2 k.k., art. 240 § 3 k.k.), oznacza to, że granice bezkarnego samopolecznictwa są, ustawowo określone. Zauważyć przy tym należy, iż samouwolnienie się sprawcy pozbawionego wolności, bezzwrotne umniejszenie (usunięcie, ukrycie, zniszczenie) zajętego mienia lub też zlekceważenie orzeczonego zakazu sądowego – są już czynami zabronionymi (odpowiednio: art. 242 k.k., art. 300 § 2 k.k., art. 244 k.k.)⁶⁹².

Poszerzanie przypadków bezkarności – tak jak i przestępności takiego przypadku w ustawie, nie jest uprawnione. Wątpliwości można sprowadzić zatem do pytania o odpowiedzialność sprawcy nieudzielającego pomocy ofierze przestępstwa polegającego na narażeniu jej bezpośrednio na zarażenie chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu. W obecnej ustawie przesłanki wyłączenia przestępności tego czynu z jakimkolwiek pojęciem samopolecznictwa (czynów zabezpieczających) nie mają nic wspólnego.

Kolejna trudność dotyczy tego, czy przyjmowany powszechnie skutek czynu z art. 161 § 2 k.k., sprowadzający się do wystąpienia sytuacji grożącej niebezpieczeństwem zarażenia wymienioną w nim chorobą, a więc chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu, jest równoznaczny z „położeniem groźącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu” oraz z sytuacją aktualizującą obowiązek udzielenia pomocy przez lekarza, pielęgniarkę, ratownika medycznego. Tak opisany normatywnie stan współkształtuje treść zakazu karnego z art. 162 k.k.; drugi z kolei – zakres odpowiedzialności zawodowej.⁶⁹³

⁶⁹⁰ R. Kokot w: Kodeks karny...2021, teza 33 do art. 161.

⁶⁹¹ B. Sygit: Unikanie odpowiedzialności karnej, O przeciwdziałaniu odpowiedzialności karnej w teorii i praktyce policyjnej, Warszawa 1995, s. 12.

⁶⁹² J. Prauziński: Dyskusyjne problemy zakresu bezkarności czynów zabezpieczających sprawcę przed odpowiedzialnością karną, Studia Kryminologiczne, Kryminalistyczne i Penitencjarne, 1980, Nr 11, s. 140.

⁶⁹³ H. Karge, P. Palka: Przemysł...s. 78.

W wyniku kontaktów homoseksualnych, przyjmowania narkotyków w zastrzykach, kontaktów heteroseksualnych, zakażeń wertykalnych (matka–dziecko) czy też zakażeń jatrogennych pomiędzy osobami chorymi na AIDS a osobami zdrowymi, dochodzi do zarażenia wirusem HIV. Wobec tak postawionej tezy pojawia się pytanie, dlaczego ustawodawca surowiej karze osoby będące nosicielami wirusa HIV (art. 161 § 1 k.k.) niż osoby chore na AIDS (art. 161 § 2 k.k.) w sytuacji, gdy narażają one inne osoby na zarażenie wirusem. Czy zatem bezpośrednie narażenie na „ciężką chorobę nieuleczalną”, jaką jest AIDS, stanowi mniejsze zagrożenie dla zdrowia i życia człowieka niż bezpośrednie narażenie na zakażenie wirusem HIV? W tym miejscu powstaje pytanie o zasadność utrzymywania w ustawie karnej odrębnego przepisu penalizującego zachowanie sprawcy polegające na świadomym i bezpośrednim narażeniu na zarażenie wirusem HIV⁶⁹⁴. Moim zdaniem należałoby uwzględnić, że zakażenie wirusem HIV może, ale nie musi prowadzić do AIDS, zatem nie wykluczając takiej możliwości należałoby zlikwidować przepis wyodrębniający wirusa HIV.

⁶⁹⁴ M. Bartnik: Odpowiedzialność karna za narażenie na zarażenie HIV i AIDS, *Studia Prawnicze KUL* 2017, Nr 3, s. 11-12.

Rozdział VIII

Wybrane problemy postępowania

1. Tryb ścigania przestępstw związanych z wirusem HIV i AIDS

Przestępstwa – z punktu widzenia trybu ścigania – dzielą się na ścigane z oskarżenia publicznego lub prywatnoskargowego. Przestępstwa ścigane z oskarżenia publicznego mogą być ścigane na wniosek. Te ostatnie dzielą się na przestępstwa bezwzględnie i względnie wnioskowe, w zależności od tego, czy dla zaklasyfikowania danego typu przestępstwa jako wnioskowego konieczne jest popełnienie go przez określony w ustawie podmiot⁶⁹⁵. Przestępstwami bezwzględnie wnioskowymi są te, których ściganie zależne jest od złożenia wniosku bez względu na to, kto jest sprawcą. Z kolei przestępstwa względnie wnioskowe ścigane są na wniosek tylko w razie popełnienia ich przez daną osobę, np. przez osobę najbliższą.

O trybie ścigania za dane przestępstwo decyduje ustawodawca. Obowiązuje reguła, iż jeśli nie jest określony tryb ścigania przestępstwa, to jest ono ścigane z oskarżenia publicznego. W przypadku przestępstwa ściganego na wniosek pokrzywdzonego albo z oskarżenia prywatnego, wtedy przepis kodeksu karnego lub innej ustawy określa właściwy tryb ścigania. Przepisy wskazujące odpowiedni tryb ścigania przestępstwa są już określone w normach prawa karnego materialnego i mają charakter norm prawa karnego procesowego, gdyż wskazują tryb procedowania.

W doktrynie procesu karnego tryb ścigania z oskarżenia publicznego dzieli się na: 1) bezwarunkowy, w którym inicjowana jest większość spraw karnych; 2) warunkowy, który uzależniony jest od wniosku pokrzywdzonego lub zezwolenia właściwego organu.

Narażenie na zarażenie wirusem HIV (art. 161 § 1 k.k.), narażenie na zarażenie chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu (art. 161 § 2 k.k.) - zgodnie z art. 161 § 4 k.k. – jest ścigane na wniosek pokrzywdzonego. Nie jest ścigany na wniosek kwalifikowany typ przestępstwa (art. 161 § 3 k.k.), co jest związane z wagą tego przestępstwa wynikającą z narażenia na zarażenie wiele osób.

Mogą pojawiać się wątpliwości w związku z rozbieżnościami dotyczącymi trybu ścigania przestępstw przewidzianych w art. 161 § 1 i 2 k.k., gdyż w uzasadnieniu projektu kodeksu karnego podano, że ich ściganie następuje na wniosek, „jeżeli pokrzywdzonym

⁶⁹⁵ T. Grzegorzczak, J. Tylman: Polskie postępowanie karne, Warszawa 2011, s. 121.

jest osoba najbliższa"⁶⁹⁶. Wersja art. 161 § 3 k.k. jest jednak inna. Ściganie tych przestępstw następuje zawsze na wniosek, a nie tylko w tych sytuacjach, w których pokrzywdzonym jest osoba najbliższa.

W związku z art. 161 § 1 k.k. dotyczącym narażenia bezpośrednio na zarażenie wirusem HIV pojawiają się refleksja, czy postąpiono prawidłowo, rezygnując w tych sytuacjach ze ścigania z oskarżenia publicznego.

Ściganie tych przestępstw na wniosek pokrzywdzonego ma uzasadnienie w ochronie jego prywatnego interesu oraz ochronie intymnej sfery życia, do której odnosi się to przestępstwo. Podczas postępowania mogą zostać ujawnione pewne fakty z życia pokrzywdzonego, które w przyszłości mogą wywołać negatywne konsekwencje. W przypadku przestępstwa z art. 161 § 1 i 2 k.k. już samo narażenie na zakażenie wirusem HIV czy też chorobami wenerycznymi, samo w sobie może wywołać negatywny odbiór w otoczeniu. Jest to trudna sytuacja dla pokrzywdzonego, bo już samo podejrzenie, że jest nosicielem którejkolwiek z tych chorób, wpływa na odbiór jego osoby w społeczeństwie, w tym w sferze zawodowej, rodzinnej i społecznej. Uwzględniając drogę przeniesienia chorób, pokrzywdzonym z reguły jest osoba bliska sprawcy czynu. Już samo narażenie bliskiej osoby na zarażenie wirusem HIV i chorobami wenerycznymi, jest niezrozumiałe ze względu na łączący ich stosunek osobisty. Złożenie wniosku o ściganie takiej osoby, jest bolesne i ciężkie dla pokrzywdzonego, dlatego też taka decyzja powinna być jego decyzją⁶⁹⁷.

Słusznie w literaturze podkreśla się, że nie powinno dotyczyć wszystkich sankcjonowanych zachowań nosiciela tych chorób uzależnienie wszczęcia i kontynuowania postępowania od woli pokrzywdzonego. W sytuacji, w której takie zachowanie dotyczy szerszego grona osób niż najbliższych i stanowi zagrożenie dobra powszechnego, to interes społeczny powinien być bardziej chroniony. Przestępstwa te powinny mieć charakter względnie wnioskowych. Takie przestępstwa są ścigane z oskarżenia publicznego, a po ustaleniu indywidualnego stosunku pokrzywdzonego do sprawcy przestępstwa stają się ściganymi na podstawie imiennego wniosku o ściganie. To osoba sprawcy, a nie rodzaj przestępstwa byłoby decydujące o oddaniu inicjatywy ścigania pokrzywdzonemu. Grono osób mogących inicjować ściganie należałoby ograniczyć do najbliższych⁶⁹⁸. W takim wypadku w razie ustalenia podczas postępowania sądowego dotyczącego przestępstw względnie

⁶⁹⁶ Uzasadnienie...Nr 3 (wkładka), s. 66.

⁶⁹⁷ S. Stachowiak: Problemy...s.34.

⁶⁹⁸ J. Grajewski: AIDS i problemy karnoprosowe, AIDS i problemy karne, red. J. Szwarz, Poznań 1996, s. 190-191.

wnioskowych, że sprawca przestępstwa stał się dla pokrzywdzonego osobą najbliższą, niezbędne jest by pokrzywdzony złożył oświadczenia, czy składa wniosek o ściganie, a w razie braku wniosku postępowanie należy umorzyć. Zaniechanie tych działań prowadzi do zaistnienia bezwzględnej przyczyny odwoławczej z art. 439 § 1 pkt 9 w zw. z art. 17 § 1 pkt 10 k.p.k.⁶⁹⁹.

W sprawach o przestępstwa ścigane na wniosek, z chwilą złożenia wniosku postępowanie toczy się z urzędu (art. 12 § 1 k.p.k.). Wniosek o ściganie nakierowany jest przeciwko przestępstwu, niezależnie od tego, kto jest sprawcą (art. 161 § 3 kk w zw. z art. 161 § 1 i 2 k.k.). Wniosek o ściganie przestępstwa jest wyrazem woli uprawnionego podmiotu i wywiera skutki prawne niezwłocznie po jego złożeniu⁷⁰⁰. Wniosek powinien stanowić jednoznaczny wyraz woli ścigania⁷⁰¹. Wniosek nie musi imiennie wskazywać sprawców. W przypadku przestępstw bezwzględnie wnioskowych, wola pokrzywdzonego ograniczona jest do żądania ścigania sprawców czynu. Po złożeniu wniosku, ściganie prowadzone jest z urzędu. Pokrzywdzony może tylko wyłączyć spod ścigania osoby najbliższe, jeśliby w toku postępowania okazało się, że w gronie sprawców czynu jest osoba dla niego najbliższa⁷⁰². Wniosek może być złożony na piśmie albo ustnie do protokołu np. do protokołu przesłuchania w charakterze świadka. Ważne, aby z takiego dokumentu procesowego w sposób jasny wynikało żądanie pokrzywdzonego przestępstwem ścigania sprawcy⁷⁰³.

Wniosek może być złożony na każdym etapie procesu, w tym także w postępowaniu odwoławczym prowadzonym w wyniku zaskarżenia decyzji o umorzeniu postępowania z powodu braku wniosku o ściganie⁷⁰⁴.

Brak wniosku o ściganie wyłącza możliwość wszczęcia postępowania, zaś postępowanie wszczęte mimo braku wniosku podlega umorzeniu (art. 17 § 1 pkt 10 k.p.k.). Brak formalnego wniosku o ściganie może być uzupełniony w każdym stadium toczącego się postępowania karnego, a więc zarówno przed jego umorzeniem, a także po jego prawomocnym umorzeniu, jeśli tylko nie nastąpiło przedawnienie karalności przestępstwa ściganego na wniosek⁷⁰⁵. Brak wniosku jest bezwzględną przyczyną odwoławczą określoną

⁶⁹⁹ Wyr. SN z 27.08.2008 r., II KK 56/08, OSNKW 2008, Nr 11, poz. 94.

⁷⁰⁰ Wyr. SA w Krakowie z 14.07.2005 r., II AKa 140/05, KZS 2005, Nr 8, poz. 83.

⁷⁰¹ Wyr. SA w Katowicach z 04.02.2010 r., II AKa 406/09, KZS 2010, Nr 3, poz. 63.

⁷⁰² Post. SN z 25.04.2013 r., III KK 121/12, OSNKW 2013, Nr 8, poz. 72; post. SN z 09.07.2013 r., II KK 169/13, OSNKW 2013, Nr 11, poz. 96.

⁷⁰³ Wyr. SA w Krakowie z 14.07.2005 r., II AKa 140/05, KZS 2005, Nr 8, poz. 83; wyr. SN z 04.01.2006 r., V KK 263/05, Prok. i Pr. 2006, Nr 5, poz. 11; post. SN z 16.03.2011 r., IV KK 426/10, OSNwSK 2011, Nr 1, poz. 539.

⁷⁰⁴ Post. SN z 15.05.1970 r., VI KZP 6/70, OSNPG 1970, Nr 6, poz. 79; uchw. SN 7 sędziów z 17.12.1970 r., VI KZP 43/68, OSNKW 1971, Nr 7-8, poz. 101.

⁷⁰⁵ Wyr. SN z 04.04.2000 r., V KKN 29/00, Prok. i Pr. 2001, Nr 2, poz. 11.

w art. 439 § 1 pkt 9 k.p.k. i powoduje uchylenie orzeczenia, niezależnie od granic zaskarżenia i podniesionych zarzutów. Nie zmienia tego przyjęcie kumulatywnej kwalifikacji prawnej czynu, w sytuacji kiedy czyn wyczerpuje jednocześnie znamiona przestępstwa ściganego z urzędu oraz na wniosek, a wniosek ten nie został złożony⁷⁰⁶.

Uprawnienie do złożenia wniosku przestępstwa określonych w art. 161 § 1 i 2 k.k. ma pokrzywdzony. W sytuacji gdy pokrzywdzonym jest więcej niż jedna osoba, każda z nich ma samodzielne prawo do złożenia wniosku o ściganie, gdyż ściganie przestępstwa wnioskowego nie jest zależne od złożenia wniosku przez wszystkie uprawnione osoby. Uprawnienie do złożenia wniosku jest samodzielnym, osobistym prawem pokrzywdzonego⁷⁰⁷.

Do złożenia wniosku o ściganie sprawcy przestępstwa ściganego na wniosek nie jest uprawniony pokrzywdzony małoletni⁷⁰⁸. W takiej sytuacji uprawnienie to ma osoba sprawująca prawa małoletniego pokrzywdzonego na podstawie art. 51 § 2 k.p.k.

Na podstawie art. 52 § 1 k.p.k. odnosi się to również do osoby wykonującej jako osoba najbliższa, prawa pokrzywdzonego, który zmarł. Do złożenia wniosku upoważniony jest także tzw. opiekun faktyczny, wykonujący prawa nieporadnego pokrzywdzonego (art. 51 § 3 k.p.k.).

Osoba upośledzona umysłowo, nieubezwłasnowolniona choćby częściowo, może skutecznie złożyć sama wniosek o ściganie, pod warunkiem, że jej wola ścigania i rozumienie podejmowanej czynności nie nasuwają wątpliwości⁷⁰⁹.

W art. 12 § 2 k.p.k. wyrażona została zasada niepodzielności wniosku. Zgodnie z nią w razie złożenia wniosku o ściganie niektórych tylko sprawców obowiązek ścigania obejmuje również inne osoby, których czyny pozostają w ścisłym związku z czynem osoby wskazanej we wniosku, o czym należy uprzedzić składającego wniosek. Przepisu tego nie stosuje się do najbliższych osoby składającej wniosek. Zasada niepodzielności wniosku ma miejsce, gdy we wniosku została wskazana jakakolwiek osoba. Inaczej, w wypadku tzw. ścigania anonimowego, kiedy we wniosku nie podano sprawcy określonego czynu, jest on skuteczny odnośnie wszystkich sprawców, którzy zostaną ujawnieni, oraz odnośnie do osób, których czyny pozostają w ścisłym związku z czynem ujawnionego sprawcy⁷¹⁰. O skutkach złożenia takiego wniosku osoba go składająca powinna zostać pouczona.

⁷⁰⁶ Wyr. SN z 27.02.2008 r., V KK 324/07, Prok. i Pr. 2008, Nr 7-8, s. 24.

⁷⁰⁷ J. Grajewski: Ściganie na wniosek pokrzywdzonego w świetle przepisów nowego kodeksu postępowania karnego w: Nowe prawo karne procesowe. Zagadnienia wybrane. Księga ku czci Profesora Wiesława Daszkiewicza, red. T. Nowak, Poznań 1999, s. 135-136.

⁷⁰⁸ Uchw. SN 7 sędziów z 17.12.1970 r., VI KZP 43/68, OSNKW 1971, Nr 7-8, poz. 101..

⁷⁰⁹ Wyr. SN z 05.01.1973 r., III KR 192/72, OSNKW 1973, Nr 4, poz. 49, z aprobującą glosą W. Daszkiewicza, PiP 1973, Nr 8-9, s. 271.

⁷¹⁰ Uchw. SN z 13.10.1971 r., VI KZP 34/71, OSNKW 1972, Nr 1, poz. 2; wyr. SN z 16.08.1972 r., II KR 121/72, OSNPG 1973, Nr 6, poz. 79.

Zgodnie z art. 12 § 3 k.p.k. wniosek może być cofnięty w postępowaniu przygotowawczym za zgodą prokuratora, a w postępowaniu sądowym za zgodą sądu - do zamknięcia przewodu sądowego na pierwszej rozprawie głównej. W sprawach, w których akt oskarżenia wniosł oskarżyciel publiczny, cofnięcie wniosku po rozpoczęciu przewodu sądowego jest skuteczne, jeżeli nie sprzeciwi się temu oskarżyciel publiczny obecny na rozprawie lub posiedzeniu. Ponowne złożenie wniosku jest niedopuszczalne. Powyższy termin jest prekluzyjny i nie podlega przywróceniu.

Występki z art. 161 § 1 i 2 k.k. – jak już wskazywano - są przestępstwami publicznoskargowymi, ściganymi na wniosek pokrzywdzonego. Występek z art. 161 § 3 k.k. jest przestępstwem ściganym z urzędu.

Poniżej wskazana tabelka obrazuje liczbę wszczętych postępowań w danym roku i liczbę stwierdzonych przestępstw⁷¹¹.

Narażenie na chorobę wywołaną wirusem HIV, zakaźną lub weneryczną (art. 161 § 1 - 2)

| Rok | Liczba postępowań wszczętych | Liczba przestępstw stwierdzonych |
|------------|-------------------------------------|---|
| 2020 | 84 | 20 |
| 2019 | 21 | 9 |
| 2018 | 33 | 12 |
| 2017 | 27 | 18 |
| 2016 | 25 | 5 |
| 2015 | 29 | 9 |
| 2014 | 35 | 14 |
| 2013 | 27 | 12 |
| 2012 | 23 | 7 |
| 2011 | 19 | 12 |
| 2010 | 27 | 9 |
| 2009 | 34 | 51 |
| 2008 | 28 | 8 |
| 2007 | 21 | 13 |
| 2006 | 24 | 9 |
| 2005 | 22 | 7 |
| 2004 | 15 | 13 |
| 2003 | 14 | 5 |
| 2002 | 17 | 11 |
| 2001 | 14 | 17 |
| 2000 | 14 | 16 |
| 1999 | 13 | 7 |

⁷¹¹<https://statystyka.policja.pl/st/kodeks-karny/przestepstwa-przeciwko/63436,Narazenie-na-chorobe-wywolana-wirusem-HIV-zakazna-lub-weneryczna-art-161.html> (dostęp 24.12.2021).

2. Biegły

W sprawach omawianego przestępstwa ma istotne znaczenie ma opinia biegłego. Zgodnie z art. 193 § 1 k.p.k. jeżeli stwierdzenie okoliczności mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy wymaga wiadomości specjalnych, zasięga się opinii biegłego albo biegłych. Dowód z opinii biegłego lub biegłych przeprowadza się wtedy, gdy zachodzą dwie przesłanki: po pierwsze niezbędne jest wystąpienie okoliczności mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia, po drugie pojawienie się tych okoliczności opiera się na ustaleniach wymagających wiadomości specjalnych. Opinia biegłego odnosi się do kwestii, których poznanie bezpośrednio przez organ procesowy z uwagi na konieczność posiadania wiadomości specjalnych albo byłoby znacznie utrudnione albo w ogóle nie byłoby możliwe⁷¹². Do wiadomości specjalnych mogą zaliczać się informacje specjalistyczne z różnych dziedzin nauki, techniki, sztuki lub rzemiosła, które wykraczają poza ogólnie dostępną wiedzę ogólną lub prawniczą. Wiadomościami specjalnymi uznaje się te należące do dziedziny opiniodawczych nauk sądowych: medycyny i psychiatrii sądowej, psychologii sądowej, kryminalistyki (mechanoskopii, daktyloskopii, pismoznawstwa, balistyki itp.)⁷¹³. Okolicznościami wymagającymi wiadomości specjalnych nie należą okoliczności, co do których informacje są dostępne dla dorosłego człowieka o stosownym doświadczeniu życiowym, wykształceniu oraz zasobie wiedzy ogólnej⁷¹⁴. Zgodnie z art. 193 § k.p.k. opinii biegłych zasięga się tylko wtedy, gdy stwierdzenie okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia wymaga wiadomości specjalnych. Zatem opinia taka jest zbędna, gdy stwierdzenie tych okoliczności może wystąpić bez takich wiadomości, opierając się o doświadczenie i wiedzę sędziowską⁷¹⁵.

W odniesieniu do specyfiki zagadnień powiązanych z wirusem HIV i AIDS trzeba dokonać ustaleń w sferze dowodowej. Z jednej strony będzie ona obejmować sprawcę czynu zabronionego, a z drugiej okoliczności związane z sytuacją zagrożenia zarażenia wirusem HIV. Wskazanie czy osoba uczestnicząca w postępowaniu karnym jest chora na AIDS albo jest nosicielem wirusa HIV albo ustalenie czy dane działanie bądź zaniechanie dało

⁷¹² W. Grzeszczyk: Rola opinii biegłego, Prok. i Pr. 2005, Nr 6, s. 30

⁷¹³ T. Widła: Ocena dowodu z opinii biegłego, Katowice 1992, s. 13, zob. też obszerne uwagi: H. Malewski, E. Krupka, J. Juskrviciute: Definicja wiadomości specjalnych i jej ewolucja, w: Księga pamiątkowa ku czci Profesora Andrzeja Szwarca, Wrocław 2001, s. 159 i n., którzy definiują wiadomości specjalne w sensie prawnokarnym jako "dogłębną wiedzę w określonej dziedzinie naukowej, zdobytą w procesie wykształcenia i szkolenia specjalistycznego i przeznaczoną do realizacji celów procesu karnego", tamże, s. 169

⁷¹⁴ Wyr. SN z 15.04.1976 r., II KR 48/76, OSNKW 1976, Nr 10–11, poz. 133.

⁷¹⁵ Post. SA w Krakowie z 16.12.1998 r., II AKz 191/98, KZS 1998, Nr 12, poz. 37.

możliwość zakażenia, będzie potrzebowało wiadomości specjalnych. W związku z tym pojawia się konieczność zasięgnięcia opinii biegłego. W literaturze podkreśla się, aby w takich postępowaniach karnych z uwagi na potrzebę istotnych wyjaśnień wszystkich szczegółów przebiegu choroby, wskazania skali niebezpieczeństwa zakażenia, stanu badań nad początkiem i naturą samej choroby, korzystać z biegłych z tych placówek naukowych i medycznych, które zajmują się problemem AIDS, głównie z centrów diagnostycznych i klinicznych AIDS/HIV⁷¹⁶.

Dodatkowo złożona problematyka AIDS często uzasadnia potrzebę powołania biegłych psychiatrów z uwagi na występowanie określonych zaburzeń psychicznych u oskarżonego lub na konieczność wypowiedzenia się odnośnie problemu narkomanii. Mając na uwadze skutki AIDS, czy samego zarażenia się HIV, należy wziąć pod uwagę możliwość wystąpienia u oskarżonego zaburzeń psychicznych. Wówczas może wyjawić się potrzeba rozważenia kwestii jego poczytalności z punktu widzenia odpowiedzialności karnej i jego udziału w toczącym się postępowaniu. W związku z tym powołuje się dwóch biegłych lekarzy psychiatrów⁷¹⁷.

Jeśli zgon nastąpił z nieznanego przyczyny i jednocześnie jest podejrzenie, że powodem była choroba zakaźna, to przeprowadza się, na zlecenie powiatowego lub portowego inspektora sanitarnego, sekcję sanitarno-administracyjną. Celem sekcji jest ujawnienie choroby zakaźnej, co daje możliwość wcześniejszego rozpoczęcia działania przeciwdziałającego rozwojowi epidemii. Jeżeli jest wiadomo, że przyczyną zgonu była choroba zakaźna, to inspektor sanitarny może zakazać wykonania sekcji zwłok, aby uniknąć zakażenia kolejnych osób. Zakaz ten nie obejmuje sytuacji, w których jest podejrzenie, że do śmierci doszło z powodu przestępstwa⁷¹⁸. Obok specjalistów z zakresu medycyny sądowej do przeprowadzenia sekcji sądowo-lekarskiej powoływani są właśnie biegli. Są potrzebni również, gdy wymagane jest posiadanie wiadomości specjalnych. Otwarcie zwłok przeprowadza biegły w obecności prokuratora albo sądu (art. 209 § 4 k.p.k.). Prokurator lub sąd powołuje biegłego poprzez wydanie postanowienia⁷¹⁹. W przepisie nie ma określonej profesji biegłego. Analizując ten przepis i biorąc pod uwagę, że „do pełnienia czynności biegłego jest obowiązany nie tylko biegły sądowy, lecz także każda osoba, o której wiadomo, że ma odpowiednią wiedzę w danej dziedzinie” (art. 195 k.p.k.), wnioskować można, że do wykonania sekcji zwłok może być ustanowiony każdy lekarz posiadający odpowiednią wiedzę. Nigdzie w przepisach

⁷¹⁶ Por. A. Wierciński: *Prawnoprocesowe...* 1990, s. 268, J. Grajewski: *AIDS...*, s. 194.

⁷¹⁷ S. Stachowiak: *Problemy...*, s. 44-45.

⁷¹⁸ M. Bardzo, J. Berent: *Przepisy dotyczące sekcji zwłok. Materiały dydaktyczne*, Łódź 2011, s.13.

⁷¹⁹ M. Bardzo, J. Berent: *Rodzaje sekcji zwłok, Iure et facta*, Księga jubileuszowa ofiarowana doktorowi J. Gurgulowi, red. J. Wójcikiewicz, Kraków 2006, s. 258.

nie ma wymogów dotyczących profesji lekarzy, którzy mają przeprowadzić sekcję sądowo-lekarską⁷²⁰.

Podczas sekcji zwłok osób zmarłych na AIDS stwierdza się w 90% zmiany chorobowe centralnym i obwodowym układzie nerwowym, a w obrazie klinicznym ważne zmiany neurologiczne i umysłowe występują u 70% chorych. Ponadto obserwuje się u osób tzw. HIV-1 dodatnich zaburzenia neuropsychiatryczne. Mogą być równie przyczyny zaburzeń zdrowia psychicznego u nosicieli wirusa HIV lub chorych na AIDS, gdyż wirus HIV w dużej liczbie przypadków powoduje poważne zmiany w układzie nerwowym. Już sama świadomość choroby wpływa na psychikę człowieka. Trzeba mieć na uwadze, że często razem z wirusem HIV idzie w parze problem narkomanii, dlatego też problem zaburzeń psychicznych ma niejako dwie przyczyny. Narkotyki wywołują różne skutki psychopatologiczne, a ich nasilenie i rodzaj zależą od predyspozycji indywidualnych danej osoby. Środki odurzające powodują zaburzenia funkcji mózgu, a te z kolei mogą prowadzić do trwałych zmian o charakterze organicznym. W krańcowych przypadkach występuje choroba psychiczna, która narusza funkcje intelektualne tak bardzo, że sprawca nie jest w stanie rozpoznać znaczenia popełnionego czynu. W większości przypadków uzależnienie od narkotyków skutkuje całkowitym wyłączeniem lub znacznym ograniczeniem zdolności kierowania swoim postępowaniem, przy zachowaniu przynajmniej ograniczonej możliwości rozpoznania znaczenia swojego czynu⁷²¹.

Wiele osób zażywających narkotyki jest jednocześnie nosicielami wirusa HIV i gdy popełniają przestępstwa i potem stają przed sądem, to musi on podjąć decyzję odnośnie ich odpowiedzialności karnej. W związku z tym niezbędne staje się w wielu przypadkach odwołanie się do opinii biegłych. Dodać należy, iż zgodnie z art. 79 § 1 pkt 3 k.p.k. w postępowaniu karnym oskarżony musi mieć obrońcę, jeżeli zachodzi uzasadniona wątpliwość, czy jego zdolność rozpoznania znaczenia czynu lub kierowania swoim postępowaniem nie była w czasie popełnienia tego czynu wyłączona lub w znacznym stopniu ograniczona. Zatem w sytuacji, kiedy osobą oskarżoną jest nosiciel wirusa HIV lub chory na AIDS, zasadą powinno być powoływanie biegłych⁷²².

Badając problemy procesowe odnośnie HIV i AIDS należy pamiętać o kwestii obowiązku przeprowadzenia testów na obecność wirusa. Są one bardzo istotne z uwagi

⁷²⁰ R. Kurek: Rola prokuratora w czynnościach procesowo-kryminalistycznych oględzin zwłok na wybranych przykładach z praktyki, w: Czynności procesowo-kryminalistyczne w polskich procedurach. Materiały z konferencji naukowej i IV Zjazdu Katedr Kryminalistyki, Toruń 5–7 maja 2004 r., red. V. Kwiatkowska--Darul, Toruń 2004, s.185.

⁷²¹ A. Liszewska: Problem..., s. 37-43.

⁷²² S. Stachowiak: Problemy...,s. 48.

na potrzebę ustaleń niezbędnych dla odpowiedzialności karnej sprawcy oraz mając na uwadze pokrzywdzonego, czyli osobę narażoną na zarażenie wirusem HIV lub już zakażoną. Należy wówczas pobrać krew i jest to zaliczane do „badań nie połączonych z zabiegiem chirurgicznym”⁷²³. Tego rodzaju badania trzeba inaczej rozpatrywać w odniesieniu do oskarżonego, a inaczej odnośnie pokrzywdzonego. Zgodnie z art. 74 § 2 pkt 2 k.p.k. oskarżony jest obowiązany poddać się badaniom psychologicznym i psychiatrycznym oraz badaniom połączonym z dokonaniem zabiegów na jego ciele, z wyjątkiem chirurgicznych, pod warunkiem że dokonywane są przez uprawnionego do tego pracownika służby zdrowia z zachowaniem wskazań wiedzy lekarskiej i nie zagrażają zdrowiu oskarżonego, jeżeli przeprowadzenie tych badań jest nieodzowne; w szczególności oskarżony jest obowiązany przy zachowaniu tych warunków poddać się pobraniu krwi, włosów lub wydzielin organizmu. Kwestia udostępnienia danych dla badań specjalistycznych odnośnie opracowania ekspertyzy ma miejsce odnośnie spraw związanych z AIDS, kiedy to konieczne jest pobranie od oskarżonego krwi, aby ustalić czy jest on zakażony wirusem HIV⁷²⁴.

Zatem jak już wspomniano inna jest sytuacja procesowa podejrzanego odnośnie poddania się obowiązkom wskazanym w art. 74 § 2 k.p.k., w tym poddaniu się pobraniu krwi. Obowiązki te są niezależne od czy zostanie udowodniona mu wina czy też nie. W sytuacji, kiedy oskarżony dobrowolnie nie podda się obowiązkowi, to stosuje się środki przymusu bezpośredniego, w tym także siły fizycznej. Niemniej dąży się do wykonania tego obowiązku za zgodą oskarżonego, dobrowolnie. Stosowanie środków przymusu bezpośredniego powinno zawierać się w niezbędnych granicach i powinno być uprzedzone wcześniejszym wezwaniem do dobrowolnego poddania się badaniu. Nie istnieje żaden powód, by potrzeba wykonania badań na obecność wirusa HIV czy wyrycia AIDS traktować odmiennie od powyższych reguł. Wypełnienie obowiązków procesowych wskazanych w powyższym artykule następuje przez bierne poddanie się przez oskarżonego wskazanym czynnościom⁷²⁵.

Przy regulacji z art. 161 § 1 k.k. pojawiło się stanowisko A Wiercińskiego, iż „gdyby pojawiła się regulacja, która za warunek karalności czynu uznałaby zarażenie chorobą AIDS, to pokrzywdzony (...) musiałby się na taką procedurę zgodzić. W momencie, gdy regulacja karna przewidywałaby przestępstwo z narażenia, to warunkiem pobrania krwi stawałaby się zgoda pokrzywdzonego”⁷²⁶. Podobny występuje w literaturze „w momencie natomiast,

⁷²³ A. Wierciński: *Prawnoprocesowe...*, s.268.

⁷²⁴ W. Daszkiewicz: *Głos w dyskusji, Prawne problemy AIDS*, red. A.J. Szwarz, Warszawa 1990, s. 354.

⁷²⁵ R. Kmiecik, E. Skrętowicz: *Proces karny. Część ogólna*, Kraków- Lublin 1999, s. 165.

⁷²⁶ A. Wierciński: *Prawnoprocesowe...*, s. 268.

gdy kodeks karny przewiduje (...) jedynie przestępstwo z narażenia, to warunkiem jakiegokolwiek pobrania krwi jest tutaj zgoda testowanego⁷²⁷. Żeby stwierdzić, czy pokrzywdzony nie został zarażony to trzeba przeprowadzić badania.

Można zatem zaryzykować stwierdzenie, że jeśli pokrzywdzony złożył wniosek o ściganie sprawcy przestępstwa z art. 161 § 1 k.k., to istnieje duże prawdopodobieństwo, że wyrazi on zgodę na badanie krwi. Inna jego postawa odebrana by została jako niekonsekwentna. Trzeba mieć jednak na uwadze, że odpowiedzialność sprawcy z art. 161 § 1 k.k. nie jest zależna od stwierdzenia u pokrzywdzonego zarażenia wirusem HIV, w związku z tym testy na wirusa nie są konieczne do ustalenia tej odpowiedzialności⁷²⁸.

3. Ochrona prywatnego interesu nosicieli wirusa HIV oraz chorych na AIDS w postępowaniu karnym

Zgodnie z art. 45 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej „1. Każdy ma prawo do sprawiedliwego i jawnego rozpatrzenia sprawy bez nieuzasadnionej zwłoki przez właściwy, niezależny, bezstronny i niezawisły sąd. 2. Wyłączenie jawności rozprawy może nastąpić ze względu na moralność, bezpieczeństwo państwa i porządek publiczny oraz ze względu na ochronę życia prywatnego stron lub inny ważny interes prywatny. Wyrok ogłaszany jest publicznie”. Zgodnie zaś z art. 355 k.p.k. „Rozprawa odbywa się jawnie. Ograniczenia jawności określa ustawa”. Z kolei art. 364 § 1 k.p.k. stanowi, iż „ogłoszenie wyroku odbywa się jawnie. § 2 wskazuje, że jeżeli jawność rozprawy wyłączono w całości lub w części, przytoczenie powodów wyroku może nastąpić również z wyłączeniem jawności w całości lub w części. Art. 6 Konwencji Praw Człowieka stanowi, że „Każdy ma prawo do sprawiedliwego i publicznego rozpatrzenia jego sprawy w rozsądnym terminie przez niezawisły i bezstronny sąd (...). W podobnym tonie brzmi art. 14 ust 1 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych „wszyscy ludzie są równi przed sądami i trybunałami. Każdy ma prawo do sprawiedliwego i publicznego rozpatrzenia sprawy przez właściwy, niezależny i bezstronny sąd”. Z kolei przepis art. 357 k.k. uzupełnia zawartą w art. 356 k.p.k. regulację odnośnie udziału społeczeństwa w rozprawie, zobowiązując sąd do pozwolenia przedstawicielom środków masowego przekazu na utrwalanie za pomocą aparatury obrazu i dźwięku z przebiegu rozprawy. zezwalając na utrwalanie przebiegu rozprawy, sąd działa z inicjatywy osoby chcącej dokonać tej czynności⁷²⁹.

⁷²⁷ W. Pigulska: Diagnostyka..., s. 30.

⁷²⁸ S. Stachowiak: Problemy..., s. 56.

⁷²⁹ T. Grzegorzczak w: Kodeks postępowania karnego. Komentarz. Warszawa 2008, s. 780.

Zgodnie z art. 47 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej „Każdy ma prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym”. W przypadku nosicieli wirusa HIV i chorych na AIDS problem ten ukazuje się bardzo wyraźnie. Z tego względu podczas jakichkolwiek działań wobec tych osób trzeba kierować się zasadą humanitaryzmu i mając szczególnie na uwadze ochronę poufności i anonimowości tych osób. Jest to podstawowa przesłanka niezbędności takich rozwiązań prawnych by móc zrealizować ten cel. Jawność rozpraw sądowych nie ma za zadania służyć do zaspokojenia niezdrowego zainteresowania, nieuzasadnionemu wkraczaniu w prywatne życie obywatela czy też ujawnianiu tajemnic chronionych prawem. Z tych względów niezbędne jest ustawowe wprowadzenie ograniczeń. Zgodnie z art. 360 § 1 k.p.k. Sąd może wyłączyć jawność rozprawy w całości albo w części: jeżeli jawność mogłaby: wywołać zakłócenie spokoju publicznego, obrażać dobre obyczaje, ujawnić okoliczności, które ze względu na ważny interes państwa powinny być zachowane w tajemnicy, naruszyć ważny interes prywatny, jeżeli choćby jeden z oskarżonych jest nieletni lub na czas przesłuchania świadka, który nie ukończył 15 lat, na żądanie osoby, która złożyła wniosek o ściganie. Zaś § 2 wskazuje, że jeżeli prokurator sprzeciwi się wyłączeniu jawności, rozprawa odbywa się jawnie. Z punktu widzenia wirusa HIV czy choroby AIDS interesująca jest kwestia wyłączenia jawności „jeżeli jawność mogłaby obrażać dobre obyczaje”. Uzasadnione jest to tym, że podczas postępowania karnego wychodzą na światło dzienne okoliczności odnośnie intymnej sfery życia uczestników takiego postępowania⁷³⁰. W omawianym przypadku trzeba uwzględnić, że problem ten związany jest ze sferami, które są traktowane przez społeczeństwo w specyficzny sposób. Zarazem bowiem życie seksualne człowieka jak i obyczajność środowisk homoseksualnych czy też narkomanów zaliczane może być do tych, które z szeroko pojmowanymi dobrymi obyczajami łączą się w pewien sposób⁷³¹.

Z kolei za wyłączeniem jawności z uwagi na „naruszenie ważnego interesu prywatnego” przemawia zwiększenie ochrony prywatności, również tej dotyczącej intymnej sfery. Okoliczność ujawnienia podczas publicznej rozprawy danych okoliczności odnośnie życia prywatnego uczestnika postępowania, jest dla niego dodatkową uciążliwością. W związku z tym trzeba postępować w taki sposób, by jak najbardziej oszczędzić uczestnikom procesu niepotrzebnych przykrości i tworząc jednocześnie optymalne warunki do wykrycia prawdy⁷³².

⁷³⁰ B. Wójcicka: *Jawność postępowania sądowego*, Łódź 1989, s. 95.

⁷³¹ A. Wierciński: *Prawnoprocesowe...*, s. 272.

⁷³² S. Stachowiak: *Problemy...*, s. 61.

Tu pojawia się problem dokładnego znaczenia pojęcia „ważny interes prywatny”, bowiem nie każde ujawnienie okoliczności odnośnie prywatnej sfery życia uczestnika procesu jest „naruszeniem ważnego interesu prywatnego”. Zaznacza się, że dotyczy to przede wszystkim pewnych aspektów życia rodzinnego, kontaktów osobistych czy wiadomości dotyczących stanu zdrowia psychicznego bądź fizycznego osób biorących udział w procesie⁷³³. Powyższe sprawia, iż zasadne jest wyłączenie jawności rozprawy z powodu zakażenia HIV lub choroby AIDS. Przypomnieć ponownie tu należy aspekt stosunku większości społeczeństwa do takich osób, gdzie prym wiedzie brak tolerancji i zrozumienia. Jest to dodatkowa dolegliwość dla takich ludzi, którzy są często też nietolerowane przez najbliższej im osoby. Ujawnienie tego typu okoliczności może skutkować stratą dotychczasowej pozycji społecznej oraz zaufania niezbędnego do wykonywania zawodu lub prowadzenia określonej działalności. Może się zdarzyć, że dojdzie do odtrącenia przez otoczenie i człowiek zostanie skazany na samotne życie. W wielu środowiskach problem AIDS powoduje mniej lub bardziej agresywne zachowania i dyskryminacji chorych⁷³⁴.

Wyżej wskazane okoliczności powinny być brane pod uwagę z uwagi na interes uczestników postępowania. Pojawia się pytanie czy powinno się to odnosić do oskarżanego. W końcu oskarżony łamie prawo, godzi tym samym w interes społeczny, a zatem usprawiedliwione wydaje się tutaj wydanie zainteresowanie opinii publicznej. Zapewne sam oskarżony będzie opowiadać się za tym, żeby podczas procesu nie wyjawiać pewnych okoliczności związanych z życiem prywatnym. Jednakże odnośnie okoliczności związanych bezpośrednio z zarzucanym czynem oskarżonemu, sfera jego życia prywatnego nie korzysta z ochrony. Odnosi się to zarówno do okoliczności odnoszących się do samego przebiegu zdarzenia, jak i te wskazujące na motywy, które kierowały oskarżonym. Te kwestie powinny być zbadane i ustalone przez sąd, a dopiero wówczas będzie możliwość rozstrzygnięcia danej sprawy. Jednocześnie nie pozostaje to w kolizji z możliwością wyłączenia jawności rozprawy głównej. Nie może się to odnosić do szczegółów z życia intymnego, nawet jeśli dotyczy przebiegu zdarzenia czy też motywów, którymi kierował się oskarżony. Zatem idąc za B. Wójcicką, ujawnienie w/w kwestii jest niedopuszczalne i potrzeba ich ujawnienia na rozprawie skutkuje wyłączeniem jej jawności. Także odnośnie oskarżonego zasadne jest wyłączenie jawności, jeżeli w toku rozprawy mają być poruszane kwestie związane z jego nosicielstwem wirusa HIV czy też chorób wenerycznych. Okoliczności te odnoszą

⁷³³ B. Wójcicka: *Jawność...*, s. 98.

⁷³⁴ J. Juszczak: *Vademecum AIDS*, Poznań 1990, s. 131-132.

się do życia intymnego oskarżonego, a ich upublicznienie może skutkować poważnymi konsekwencjami, nawet po odbyciu przez niego orzeczonej kary przez sąd⁷³⁵.

Zgodnie z art. 183 § 2 k.p.k. świadek może żądać, aby przesłuchano go na rozprawie z wyłączeniem jawności, jeżeli treść zeznań mogłaby narazić na hańbę jego lub osobę dla niego najbliższą. Określenie hańby powinno być interpretowane w zgodzie z dyrektywą potocznego rozumienia, jako ujawnienie okoliczności związanych ze sferą życia intymnego, mogących powodować wstyd, poniżyć daną osobę lub wywołać utratę dobrego imienia. Uprawnienie do żądania wyłączenia jawności daje możliwość świadkowi złożenia wniosku zarówno przed rozprawą, jak i na rozprawie, w którym świadek powinien uprawdopodobnić istnienie okoliczności mogących powodować narażenie jego lub osoby dla niego najbliższej na hańbę. Świadek nie musi uzasadniać swego wniosku w czasie publicznej rozprawy. Zastosowanie ma wtedy przepis art. 363 k.p.k., który wskazuje, że z chwilą zgłoszenia wniosku o wyłączenie jawności rozprawa w zakresie tego wniosku odbywa się z wyłączeniem jawności, jeżeli wnosi o to strona lub sąd uzna to za potrzebne. Zgłoszenie przez świadka wniosku na podstawie art. 183 § 2 k.p.k. nie skutkuje samo przez siebie wyłączenia jawności. Decyzję w tej kwestii podejmuje sąd w formie postanowienia (art. 93 § 1 k.p.k.), na które nie przysługuje zażalenie. O powyższym prawie należy pouczyć świadka przed pierwszym przesłuchaniem (art. 300 § 3 k.p.k.). Zgodnie z art. 458 k.p.k. przepisy dotyczące postępowania przed sądem pierwszej instancji stosuje się odpowiednio w postępowaniu przed sądem odwoławczym, a zgodnie z art. 518 k.p.k. jeżeli przepisy niniejszego rozdziału nie stanowią inaczej, do postępowania w trybie kasacji stosuje się odpowiednio przepisy działu IX, czyli w postępowaniu przed Sądem Najwyższym.

Z kolei zgodnie z art. 361 § 1 k.p.k. w razie wyłączenia jawności mogą być obecne na rozprawie, oprócz osób biorących udział w postępowaniu, po dwie osoby wskazane przez oskarżyciela publicznego, oskarżyciela posiłkowego, oskarżyciela prywatnego i oskarżonego. Jeżeli jest kilku oskarżycieli lub oskarżonych, każdy z nich może żądać pozostawienia na sali rozpraw po jednej osobie. Wyłączenie jawności rozprawy nie prowadzi do zupełnego wykluczenia możliwości udziału w niej osób postronnych. Potrzeba zapewnienia społecznej kontroli nad sprawowaniem wymiaru sprawiedliwości jest tak bardzo ważna, że ograniczenia jawności rozprawy, choć dozwolone, nie powinny jej jednak całkowicie eliminować. Dlatego też, jak słusznie podnosi się w doktrynie, ustawodawca na niejawniej rozprawie przewiduje odpowiedniki publiczności⁷³⁶. Słusznie w doktrynie wskazuje się, że sąd nie ma właściwie

⁷³⁵ B. Wójcicka: *Jawność...*, s. 98.

⁷³⁶ S. Waltoś, P. Hofmański: *Proces karny, Zarys systemu*, Warszawa 2020, s. 319.

możliwości ingerowania w wybór osób, które mają pozostać na rozprawie. Wyjątkiem jest jednakże sytuacja, w której bytność danej osoby na rozprawie skutkowałaby złamaniem prawa, np. świadka, który ma dopiero zeznawać⁷³⁷. Przewodniczący składu orzekającego ma możliwość pozwolenia innym osobom niż mężom zaufania, na pozostanie na sali podczas niejawniej rozprawy. W tej kwestii wydaje zarządzenie, a okoliczność ta powinna zostać odnotowana w protokole rozprawy⁷³⁸.

Przepis art. 362 k.p.k. wskazuje, iż przewodniczący poucza obecnych o obowiązku zachowania w tajemnicy okoliczności ujawnionych na rozprawie toczącej się z wyłączeniem jawności i uprzedza o skutkach niedopełnienia tego obowiązku. Zaś zgodnie z art. 363 k.p.k. z chwilą zgłoszenia wniosku o wyłączenie jawności rozprawa w zakresie tego wniosku odbywa się z wyłączeniem jawności, jeżeli o to wnosi strona lub sąd uzna to za potrzebne. Przepis ten odnosi się do wniosków, które zostały złożone w trakcie rozprawy lub przed rozprawą, ale są na niej rozpoznawane. Jeśli wniosek został złożony przed rozprawą, to można go rozpoznać również na posiedzeniu⁷³⁹.

4. Problem tajemnicy lekarskiej

Ważną kwestią wiążącą się z problematyką ochrony osób chorych na AIDS lub nosicieli wirusa HIV i odnosi się do zachowania tajemnicy lekarskiej. Szacunek do tajemnicy jest związany z wykonywaniem zawodu lekarza i odnosi się do składanej od setek lat przysięgi Hipokratesa „Cokolwiek bym podczas leczenia czy poza nim z życia ludzkiego ujrzał lub usłyszał, czego nie należy na zewnątrz rozgłaszać, będę milczał zachowując to w tajemnicy”. Tajemnica zawodowa lekarza zawiera informacje, z którymi zapoznał się lekarz podczas wykonywania swojego zawodu tzn. wiadomości powierzone i wynikające z wykonanych przez niego działań leczniczych i diagnostycznych i związanych z pacjentem⁷⁴⁰. Zgodnie z art. 40 ust. 1 ustawy z dnia 16 grudnia 2016 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry⁷⁴¹ lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu. Obowiązek zachowania tajemnicy przez lekarza wynika również z art. 23–28 Kodeksu Etyki Lekarskiej. Tajemnica odnosi

⁷³⁷ M. Lipczyńska: Problem dopuszczenia osób wskazanych przez strony na rozprawę prowadzoną przy drzwiach zamkniętych (art . 280 k.p.k.), NP 1961,Nr 5, s. 641; R.A. Stefański: Tajemnica przesłuchania z wyłączeniem jawności, Prok. i Pr. 2003, Nr 11, s. 36.

⁷³⁸ T. Grzegorzczak w: Kodeks ..., s. 784.

⁷³⁹ R.A. Stefański w: Kodeks postępowania karnego. Komentarz, red. Z Gostyński, R.A. Stefański, S. Zabłocki, t. 2, Warszawa 2004, s. 642.

⁷⁴⁰ M. Safian: Problemy prawne tajemnicy lekarskiej, Kwartalnik Prawa Prywatnego 1995,Nr 1, s. 11.

⁷⁴¹ Dz.U. z 2021r., poz. 790.

się do wszelkich faktów i informacji związanych z leczeniem i osobą pacjenta oraz jego danych takiego związku niemających (np. co do innych schorzeń, którymi pacjent jest dotknięty, jego stosunków rodzinnych, zawodowych, osobistych, kontaktów i preferencji seksualnych, faktu bezpłodności itp.). Są to głównie informacje, których pacjent nie chciałby ujawnić nawet najbliższemu osobom. Obowiązek zachowania tajemnicy nie wygasa wraz ze śmiercią pacjenta. Jednocześnie lekarz nie może podać jego najbliższej rodzinie przyczyny śmierci tylko wtedy, gdy pacjent mu uprzednio wyraźnie tego zabronił. W pozostałych przypadkach lekarz może poinformować najbliższą rodzinę o chorobie i przyczynie śmierci pacjenta. Informacje objęte tajemnicą należą do sfery intymności pacjenta i są jego dobrem osobistym chronionym przez prawo. Tajemnica wiąże lekarza również wobec innych lekarzy. Tajemnica obowiązuje lekarza także wobec instytucji ubezpieczającej i dziennikarzy. Lekarz, opisując w wywiadzie dziennikarskim dany wypadek, nie może podawać szczegółów, na podstawie których można by było zidentyfikować pacjenta⁷⁴².

Słusznie zaznacza A. Huk, że „analizując przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, a także sformułowania Kodeksu Etyki Lekarskiej, należy opowiedzieć się za stanowiskiem, że tajemnicą lekarską objęte są zarówno wiadomości o pacjencie, jak również o osobach trzecich”⁷⁴³. Kwestia podmiotowa tajemnicy lekarskiej związana jest z osobami, które w wyniku wykonywanego zawodu, może im być umożliwione dojście do wiadomości stanowiących tajemnicę zawodową i osoby te obowiązane są do jej przestrzegania. Słuszne więc jest spostrzeżenie, że: „Współczesna medycyna jest coraz bardziej skomplikowana pod względem organizacyjnym i personalnym, a w konsekwencji stale poszerza się krąg osób zaangażowanych w proces leczenia czy konsultacji medycznej. Organizacja służby zdrowia niejednokrotnie wymaga współdziałania lekarzy i innych specjalistów oraz służb pomocniczych. Zgodnie z ustawą o zawodzie lekarza i kodeksem etyki lekarskiej nie jest naruszeniem obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej przekazanie przez lekarza niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzieleniem świadczeń innemu lekarzowi lub innym uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń. Osoby te zostają dopuszczone do tajemnicy lekarskiej w zakresie niezbędnym do wykonywania przez nie czynności w procesie diagnozowania i leczenia. Oczywiście jest, że na osobach współpracujących z lekarzem i wspomagających go ciąży

⁷⁴² L. Ogiegło: Ustawa o zawodach lekarza, lekarza dentystry. Komentarz. Warszawa 2015, s. 2-3.

⁷⁴³ A. Huk: Tajemnica zawodowa lekarza, Prok. i Pr. 2001, Nr 6, s. 73.

zachowanie dyskrecji w zakresie wszelkich informacji związanych z leczeniem, konsultacją medyczną, przeprowadzeniem analiz i badań diagnostycznych”⁷⁴⁴.

Jednocześnie zgodnie z art. 40 ust. 1 i 2 pkt 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry Lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu. Przepisu ust. 1 nie stosuje się, gdy zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób. Następuje tutaj pewna kolizja interesów, gdyż z jednej strony jest prawo człowieka do samostanowienia, z drugiej zaś interes tej osoby do zachowania zdrowia lub życia albo interes innych osób. Rodzi się zagadnienie, na jakiej podstawie lekarz ma rozstrzygać o tym, który z interesów- zdrowie, życie czy samostanowienie należy postawić na pierwszym miejscu⁷⁴⁵. Jest to problem niezwykle delikatny, szczególnie w odniesieniu do zakażonych HIV lub chorych na AIDS. Z zachowaniem tutaj anonimowości kłóci się cel lub konieczność ujawnienia zakażenia, co jest spowodowane ochroną innych osób przed zarażeniem i chorobą. Dochodzi zatem do konfliktu interesów. Podkreśla się, iż poinformowanie osób trzecich jest wyjątkiem od ogólnej zasady. Ponadto zagrożenie dla innych osób musi być rzeczywiste, a nie tylko hipotetyczne i poparte obiektywnymi ustaleniami medycznymi⁷⁴⁶.

Przepisy kodeksu postępowania karnego przewidują także ochronę tajemnicy lekarskiej. Przepis z art. 180 § 2 k.p.k. wskazuje, że osoby obowiązane do zachowania tajemnicy notarialnej, adwokackiej, radcy prawnego, doradcy podatkowego, lekarskiej, dziennikarskiej lub statystycznej oraz tajemnicy Prokuraturii Generalnej, mogą być przesłuchiwane co do faktów objętych tą tajemnicą tylko wtedy, gdy jest to niezbędne dla dobra wymiaru sprawiedliwości, a okoliczność nie może być ustalona na podstawie innego dowodu. W postępowaniu przygotowawczym w przedmiocie przesłuchania lub zezwolenia na przesłuchanie decyduje sąd, na posiedzeniu bez udziału stron, w terminie nie dłuższym niż 7 dni od daty doręczenia wniosku prokuratora. Pojawia się pytanie o wzajemny stosunek do siebie przepisów i art. 180 § 2 k.p.k. Zgodnie z orzecnictwem "Procedura zwolnienia lekarza z tajemnicy zawodowej przewidziana w art. 180 § 2 k.p.k. w zw. z art. 40 ust. 1 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry⁷⁴⁷ będzie miała zastosowanie wówczas, kiedy lekarz odmówi ujawnienia tajemnicy lub pacjent takiej zgody (oświadczenia)

⁷⁴⁴ A. Huk: Tajemnica...,s. 73-74.

⁷⁴⁵ A. Zoll: Tajemnica zawodowa lekarza, Tajemnica lekarska w: Materiały z posiedzenia Komisji Etyki Lekarskiej z dnia 15 listopada 1993 r., Kraków 1994, s. 10.

⁷⁴⁶ A. Huk: Tajemnica...,s. 75.

⁷⁴⁷ Dz.U. z 2020 r. poz. 514.

nie wyrazi albo też nie będą zachodziły inne niż wskazane w art. 40 ust. 2 cyt. ustawy wyjątki"⁷⁴⁸.

Zatem Sąd albo stosuje art. 180 § 2 k.p.k., albo nie, ponieważ konieczność wdrażania wskazanego w nim postępowania odnośnie uchylenia tajemnicy nie jest już niezbędna, w sytuacji wyrażenia zgody pacjenta. Należy się zgodzić, że art. 40 ust. 2 pkt 4 w/w ustawy może w tym znaczeniu "wyprzedzić" i "wyłączyć" stosowanie art. 180 § 2 k.p.k.⁷⁴⁹. Specjalnym rodzajem tajemnicy lekarskiej jest tajemnica wskazana w art. 52 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego⁷⁵⁰. Przepis art. 52 ust. 1 w/w ustawy odnosi się do każdej osoby, która wykonuje czynności określone w tej ustawie; stanowi on bezwzględny zakaz dowodowy, będąc przepisem szczególnym w stosunku do unormowania art. 180 k.p.k., zatem takiej osoby nie można przesłuchać co do okoliczności zawartych w art. 52 ust. 1, nawet jeśli wyrazi ona chęć ujawnienia takiej tajemnicy zawodowej⁷⁵¹. Także bezwzględnym zakazem dowodowym objęta jest tajemnica lekarska wskazana w art. 199 k.p.k., zgodnie z którym złożone wobec lekarza udzielającego pomocy medycznej oświadczenia oskarżonego, dotyczące zarzucanego mu czynu, nie mogą stanowić dowodu⁷⁵². Regulacja tajemnicy lekarskiej nie odnosi się do tajemnicy zawodowej psychologa. W tej sytuacji znajduje zastosowanie art. 180 § 1 k.p.k.

Tajemnica lekarska w której zawiera się także informacja o nosicielstwie i zakażeniu HIV oraz chorobie AIDS, podlega prawnej ochronie, a unormowania związane pośrednio lub bezpośrednio z obowiązkiem jej zachowania znajdują się w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry⁷⁵³, kodeksie etyki lekarskiej oraz w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁷⁵⁴ oraz w ustawie z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych⁷⁵⁵. Zgodnie z ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentystry i kodeksem etyki lekarskiej nie stanowi naruszenia obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej przekazanie przez lekarza istotnych informacji o pacjencie podczas udzielania świadczeń innemu lekarzowi lub uprawnionym osobom. Jednocześnie podkreśla się, że: oczywiste jest, że na osobach współpracujących z lekarzem i wspomagających go ciąży

⁷⁴⁸ Post. SA w Katowicach z 21.12.2016 r., II AKz 688/16, OSAK 2017, Nr 1, poz. 7.

⁷⁴⁹ A. Jaskuła, K. Płończyk: Zwolnienie z tajemnicy lekarskiej na kanwie artykułu A. Jaskuły i K. Płończyk, Prok.i Pr. 2017,Nr 3 s. 91.

⁷⁵⁰ Dz.U. z 2020 r. poz. 685.

⁷⁵¹ Post. SN z 20.04.2005 r., I KZP 6/05, OSNKW 2005, Nr 4, poz. 39.

⁷⁵² A. Górski: Lekarz w procesie karnym, (wybrane zagadnienia) w: Państwo prawa i prawo karne. Księga jubileuszowa Profesora Andrzeja Zolla, red. P. Kardas, T. Sroka, W. Wróbel, t. II, Warszawa 2012, s. 1590.

⁷⁵³ Dz.U. z 2021 r. poz. 790.

⁷⁵⁴ Dz.U. z 2022r., poz. 633 ze zm.

⁷⁵⁵ Dz. U. z .2019 r., poz..1781.

obowiązek zachowania dyskrecji w zakresie wszelkich informacji związanych z leczeniem, konsultacja medyczną, przeprowadzaniem analiz i badań diagnostycznych”⁷⁵⁶.

5. Media w procesie karnym

Jeśli nie została wyłączona jawność rozprawy na podstawie art. 360 § 1 pkt 1 lit. d k.p.k., to zgodnie z art. 357 § 1 k.p.k. sąd zezwala przedstawicielom środków masowego przekazu na dokonywanie za pomocą aparatury utrwał obrazu i dźwięku z przebiegu rozprawy. Z wnioskiem o zezwolenie na utrwalanie obrazu i dźwięku z przebiegu rozprawy wystąpić może przedstawiciel każdego działającego zgodnie z przepisami prawa środka masowego przekazu (np. telewizji, radia, periodyku), który jest zainteresowany relacjonowaniem przebiegu rozprawy. Słusznie zauważa T. Grzegorzczak stylizacja przepisu art. 357 § 1 k.p.k. wskazuje, że zezwalając na utrwalanie przebiegu rozprawy, sąd działa z inicjatywy osoby, która chce dokonać tej czynności⁷⁵⁷. Jednak Sąd może podjąć taką decyzję również z urzędu, chociaż w praktyce osoba chcąca utrwalac przebieg rozprawy i tak musi ukazać swój zamiar, co właściwie jest równoznaczne z wnioskowaniem o zezwolenie na dokonanie tej czynności. Posiadanie zezwolenia na utrwalanie przebiegu rozprawy jest niezbędne jedynie w sytuacji, gdy używa się specjalistycznej aparatury (aparat fotograficzny, kamera, dyktafon itp.). Zatem dziennikarz nie ma obowiązku uzyskania zezwolenia jeśli odręcznie sporządza notatki z przebiegu rozprawy. W doktrynie słusznie uznaje się, że nie ma możliwości utrwalania obrazu i dźwięku w trybie art. 357 k.pk., w sytuacji, gdy rozprawa ma wyłączoną jawność⁷⁵⁸. Byłoby to bowiem sprzeczne z sensem wyłączenia jawności rozprawy. Sąd może wskazać warunki utrwalania obrazu i dźwięku na rozprawie. Warunki te mogą odnosić się m.in. do rozmieszczenia aparatury służącej utrwalaniu przebiegu rozprawy, jej ilości lub sposobu utrwalania rozprawy⁷⁵⁹.

Jest możliwe graniczenie ilości przedstawicieli środków masowego przekazu, gdy obecność wszystkich przedstawicieli utrudniałaby przebieg rozprawy. Przeszkoda ta może jednakże wynikać tylko ze względów techniczno-organizacyjnych np. sala rozprawy jest niedostosowana do zmieszczenia przedstawicieli środków masowego przekazu wraz z konieczną aparaturą. Sąd w przedmiocie ograniczenia liczby przedstawicieli środków masowego przekazu orzeka postanowieniem, które jest niezaskarżalne. W postanowieniu

⁷⁵⁶ A. Huk: Tajemnica...s.73-74.

⁷⁵⁷ T. Grzegorzczak w: Kodeks postępowania , s. 780.

⁷⁵⁸ P. Hofmański w: Kodeks postępowania karnego. Komentarz do artykułów 297-467, red. P. Hofmański, E. Sadzik, K. Zgryzek, t. 2, Warszawa 2011, s. 437.

⁷⁵⁹ R.A. Stefański w: Kodeks postępowania..., s. 633.

tym wskazuje przedstawicieli środków masowego przekazu, którzy są uprawnieni do dokonywania za pomocą aparatury utrwań obrazu i dźwięku z rozprawy. W celu zobiektywizowania sposób wyboru przedstawicieli środków masowego przekazu mogących pozostać na sali rozprawy, sąd rozstrzyga, biorąc pod uwagę kolejność zgłoszeń lub w drodze losowania. Sąd zarządza postanowieniem opuszczenie sali rozprawy przez przedstawicieli środków masowego przekazu, w sytuacji, gdy zakłócają oni przebieg rozprawy. Powyższe zarządzenie jest niezaskarżalne. Nakaz opuszczenia sali rozprawy odnosi się jedynie do tych przedstawicieli mediów, którzy zakłócają jej przebieg. W sytuacji stwierdzenia zakłócenia przebiegu rozprawy obligatoryjne jest nakazanie opuszczenia sali rozprawy. Przewodniczący składu orzekającego zarządza przedstawicielom środków masowego przekazu czasowe opuszczenie sali rozprawy również w wyjątkowych wypadkach np. gdy ich obecność mogłaby oddziaływać krępująco na świadka składającego zeznania. O tym, czy obecność mediów na sali rozprawy może działać na świadka krępująco, decyzję podejmuje przewodniczący składu orzekającego. Może także w tej kwestii zwrócić się z pytaniem do świadka. Stanowisko świadka nie jest jednak decydujące. Powyższe nie dotyczy oskarżonego czy biegłego. Jednakże w odniesieniu do oskarżonego rozwiązanie to należy skrytykować. Rację ma J. Skorupka, iż „nie sposób wykluczyć, że także na tego uczestnika postępowania obecność mediów mogłaby działać krępująco. Z perspektywy zatem celu omawianej regulacji – dążenia do realizacji zasady prawdy materialnej – różnicowanie sytuacji oskarżonego i świadka nie znajduje żadnego uzasadnienia, tym bardziej że ustawodawca zastrzeżę, iż nakazanie przedstawicielom mediów opuszczenia sali rozpraw może odbyć się wyłącznie w wyjątkowych wypadkach”⁷⁶⁰.

Pomimo wagi zasady jawności postępowań sądowych nie sposób jednocześnie nie zauważyć, że zasada ta stoi w kontrze do innych zasad o randze konstytucyjnej – zasady prawa do autonomii informacyjnej oraz zasady prawa do prywatności. Prawo do autonomii informacyjnej jest chronione w art. 51 Konstytucji RP i oznacza prawo do samodzielnego decydowania o ujawnianiu innym informacji dotyczących swojej osoby, a także prawo do sprawowania kontroli nad takimi informacjami, znajdującymi się w posiadaniu podmiotów trzecich⁷⁶¹.

W sprawach o zakażenie wirusem HIV, chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu należałoby się zastanowić czy udział

⁷⁶⁰ J. Skorupka w: Kodeks postępowania karnego. Komentarz, red. J. Skorupka, Warszawa 2018, s. 3-4.

⁷⁶¹ Wyr. TK z 19.02.2002 r., U 3/01, OTK 2002, Nr 1, poz. 3.

mediów jest stosowny. Mając na uwadze rodzaj i charakter przestępstwa, który dotyka stref wrażliwych, intymnych, udział opinii publicznej powinien zostać wyłączony⁷⁶².

⁷⁶² K. Daszkiewicz: Kodeks..., s. 346-348.

WNIOSKI

Przeprowadzone w pracy rozważania w pełni potwierdziły postawioną hipotezę badawczą, że art. 161 k.k. spełnia ważną rolę w zapobieganiu zarażeniem wirusem HIV, chorobą zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu, lecz konstrukcja zawartych w nim znamion przestępstwa wymaga zmian. Pozwoliły one na sformułowanie wniosków zarówno *de lata lata*, jak i *de lege ferenda*.

Pierwowzorem aktualnej regulacji przestępstwa narażenia na zarażenie chorobą zakaźną był art. 245 k.k. z 1932 r., w którym było stypizowane przestępstwo narażenia na zarażenie chorobą weneryczną, przez osobę dotkniętą taką chorobą. Było ono zagrożone karą więzienia do lat 3 lub aresztu do lat 3 (§1). Jeżeli sprawcą był małżonek pokrzywdzonego, ściganie następowało na wniosek pokrzywdzonego (§ 2).

Zgodnie z dekretem z dnia 16 kwietnia 1946 r. o zwalczaniu chorób wenerycznych, chorobami wenerycznymi były: kiła (przymiot, syfilis), wiewiór (rzeżączka, tryper) oraz wrzód weneryczny (wrzód miękki) [art. 1]. Zabraniało się dotkniętym chorobą weneryczną, w okresie zakaźnym choroby, dokonywania jakichkolwiek czynności lub przedsięwzięcia działań, które umożliwiały lub mogły spowodować zakażenie innych osób, a w szczególności: wstępowania w związku małżeński, obcowania płciowego, wykonywania zajęć, które stwarzają warunki szerzenia się chorób wenerycznych (art. 3 ust. 1). Dekretem z dnia 27 lipca 1949 r. o zmianie dekretu z dnia 16 kwietnia 1946 r. o zwalczaniu chorób wenerycznych dodano art. 4a i 4b, według których osoby dotknięte chorobą weneryczną powinny na żądanie lekarza podawać wiadomości niezbędne do ustalenia dróg szerzenia się chorób wenerycznych (kontaktów, które mogły spowodować zakażenie tych osób bądź które mogą narazić na zakażenie inne osoby).

Treść art. 245 k.k. została przejęta do Kodeksu karnego z 1969 r. jako jego art. 162. W myśl tego przepisu kto, będąc dotknięty chorobą weneryczną, narażał inną osobę na zarażenie tą chorobą, podlegał karze pozbawienia wolności do lat 3 (§ 1). Jeżeli sprawcą była osoba pozostająca z pokrzywdzonym we wspólnym pożyciu, ściganie następowało na wniosek pokrzywdzonego (§ 2).

Wraz z pojawieniem się wirusa HIV powstał problem odpowiedzialności karnej za narażenie na zakażenie nim, a plaga przełomu XX i XXI wieku przestały być choroby weneryczne, a stała się choroba wywoływana wirusem HIV.

Szerzenie się chorób nim wywołanych miało wpływ na to, że w kodeksie karnym z 1997 r. został przewidziany nowy typ przestępstwa narażenia bezpośrednio innej osoby na zarażenie

wirusem HIV zagrożony karą pozbawienia wolności do 3 lat (art. 161 § 1 k.k.). W art. 161 § 2 k.k., obok niebezpieczeństwa zarażenia chorobą weneryczną, objęto niebezpieczeństwo zarażenia inną "zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu" i za czyn ten była przewidziana grzywna, kara ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku. Oba przestępstwa były ścigane na wniosek pokrzywdzonego.

Ustawą 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, zmodyfikowana została konstrukcja znamion oraz sankcja przewidziana w przepisach art. 161 k. k. Został wprowadzony typ kwalifikowany przestępstwa z art. 161 § 2 k.k. ze względu na narażenie na zarażenie wiele osób (art.161 § 3 k.k.), które nie jest ścigane na wniosek pokrzywdzonego. Znacząco zostało zaostżone ustawowe zagrożenie karą za narażenie na zakażenie wirusem HIV (art. 161 § 1 k.k.), za które grozi kara pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8. Za narażenie na zarażenie inną chorobą przewidziana jest kara pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5 (art. 161 § 2 k.k.). , a za typ kwalifikowany - kara pozbawienia wolności od roku do lat 10 (art. 161 § 3 k.k.).

Indywidualnym przedmiotem ochrony w art. 161 k.k. jest zdrowie i życie. Dodatkowym przedmiotem ochrony jest także zdrowie publiczne. Celem art. 161 k.k. jest bowiem zapobieganie szerzeniu się chorób oraz powstaniu zagrożenia epidemiologicznego. Celem ochrony ludzkiego życia i zdrowia zostały rozbudowane przepisy prawa karnego. Ochrona życia i zdrowia jest spełnieniem potrzeb społeczeństwa, zakładając, że są one w interesie państwa i są gwarancją jego właściwego trwania. Na gruncie przepisów art. 161 k.k. dobra te pojawiają się w podwójnym kontekście. Z jednej strony jako dobra zindywidualizowane, przypisane jednostce, którą norma sankcjonowana zawarta w tym przepisie chroni przed niebezpieczeństwem zakażenia, a w rezultacie pośrednio również przed następstwami, jakie stan taki za sobą pociąga, z drugiej zaś, jako dobra powszechne, którym trzeba zapewnić bezpieczeństwo wobec zagrożenia epidemiologicznego, poprzez zapobieganie rozprzestrzenianiu się zakażeń i chorób zakaźnych określonych w dyspozycjach tych przepisów.

Ustawodawca na pierwszym miejscu umieścił narażenie na zarażenie wirusem HIV (art. 161 § 1 k.k.) , co świadczy, że uznał je za poważniejsze i bardziej społecznie szkodliwe od narażenia na zarażenie chorobą weneryczną lub innymi chorobami wymienionymi w art. 161 § 2 k.k.. Słusznie ustawodawca dał wyraz temu, że - z jednej strony - trudne do opanowania konsekwencje, jakie wynikają z zarażenia wirusem HIV, z drugiej zaś – rozwój

współczesnej medycyny, pozwalający coraz lepiej radzić sobie z innymi, nawet nieuleczalnymi lub realnie zagrażającymi życiu chorobami, przemawiają za surowszym traktowaniem sprawców tego przestępstwa. Niewątpliwie dalsze postępy w leczeniu wirusa HIV doprowadzą w przyszłości do kolejnego przewartościowania zachowań, z którymi wiążą się wymienione w art. 161 k.k. zagrożenia.

Skoro *ratio legis* tego przepisu wypływa z potrzeby eliminowania zachowań powodujących "bezpośrednie narażenie na zarażenie", to w grę mogą wchodzić jedynie choroby, którymi można się zakazić, czyli choroby zakaźne, a nie inne "ciężkie choroby nieuleczalne" lub "realnie zagrażające życiu". Oznacza to, że znamiona te obejmują wyłącznie te jednostki chorobowe, które mogą być spowodowane przez zakażenie wirusowe lub bakteryjne. Nielezione choroby, np. kiła mogą doprowadzić do trwałych zmian neurologicznych, a co za tym idzie również psychicznych oraz spowodować trwałe kalectwo. Zakres chorób wskazany w art. 161 § 2 k.k. jest za wąski i należałoby go poszerzyć o choroby powodujące inne ciężkie kalectwo, ciężkie choroby długotrwałe, trwałe choroby psychiczne, całkowite albo znacznej trwałości niezdolności do pracy w zawodzie lub trwałego, istotnego zeszpecenia lub zniekształcenia ciała. Nie chodzi tutaj o wszystkie choroby, a o wskazane w art. 156 § 1 pkt 2 k.p.k.

Pojawiają się wątpliwości w interpretacji art. 161 § 2 k.k. odnośnie kategorii jednostek chorobowych wskazanych w tym przepisie, a mające swoje źródło w interpunkcji, tj. w postawieniu przecinka między chorobą zakaźną, a ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu. Mając na uwadze reguły wykładni gramatycznej trzeba przyjąć, że art. 161 § 2 k.k. określa bezpośrednie narażenie na zarażenie: po pierwsze – chorobą weneryczną; po drugie – zakaźną ciężką chorobą nieuleczalną; po trzecie – zakaźną chorobą realnie zagrażającą życiu. Jeśli *ratio legis* tego unormowania wynika z potrzeby zwalczania zachowań powodujących "bezpośrednie narażenie na zarażenie", to w grę mogą wchodzić tylko choroby, którymi można się zakazić, a więc choroby zakaźne, nie zaś jakiegokolwiek inne "ciężkie choroby nieuleczalne" lub "realnie zagrażające życiu".

Treść art. 161 § 2 k.k. wskazuje, że chodzi w nim o zbliżony błąd, jaki zawierał art. 156 § 1 pkt 2 k.k., dotyczący ciężkich uszczerbków na zdrowiu. Wtedy wadliwa interpunkcja w przepisie podobnie decydowała o zmianie zakresu przestępstw. Możliwe, iż zamierzano wprowadzić w art. 161 § 2 k.k. dwie kategorie sprawców, a mianowicie:

- 1) dotkniętych chorobą weneryczną,

2) dotkniętych zakaźną ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu, czyli niedowolną zakaźną, lecz tylko taką, która jednocześnie spełnia warunek choroby nieuleczalnej lub realnie zagrażającej życiu.

Przepis z art. 161 § 2 k.k. nie tworzyłby wątpliwości, gdyby niesłusznie po wyrazach „lub zakaźną”, nie umieszczono przecinka, który rozdziela wyraz „zakaźną” od „ciężkiej choroby nieuleczalnej lub realnie zagrażającej życiu”. Przecinek jednakże jest w tym miejscu i nie usunięto związanych z tym wątpliwości w drodze nowelizacji.

Ustawa nie określa bliżej sposobu zachowania sprawcy. Zachowanie sprawcy polega na narażeniu bezpośrednio innej osoby na zarażenie wirusem HIV (§ 1) lub na zarażenie chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu (§ 2) lub gdy sprawca czynu określonego w § 2 naraża na zarażenie wiele osób (§ 3). Znamię czasownikowe „naraża” przewidziane w tym przepisie realizuje każde zachowanie, z którego wynika niebezpieczeństwo zakażenia.

Przestępstwa bezpośredniego narażenia na zarażenie z art. 161 § 1–3 k.k. można dopuścić się tylko wobec osoby, która nie jest nosicielem wirusa HIV lub nie jest dotknięta jedną z chorób wymienionych w tym przepisie, a których ryzyko narażenia sprawca może wywołać. Wydawać by się mogło, że zasadne jest poszerzenie kryminalizacji o narażenia każdej osoby, także tej, która jest już chora, gdyż nie może być premiuwane i mniej znaczące kryminogenne zachowanie tylko dlatego, że ofiara jest już chora, jednakże nie jest zatem możliwe narażenie na zakażenie kogoś, kto już jest już chory. Rozszerzenie zakresu kryminalizacji na takie zachowania jest zbędne, a takie zachowanie może być kwalifikowane jako usiłowanie nieudolne ze względu na brak przedmiotu.

Podmiotem czynu zabronionego określonego w art. 161 § 1 k.k. może być jedynie osoba zarażona wirusem HIV, a określona w art. 161 § 2-3 k.k. - tylko osoba dotknięta chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu. W obu wypadkach w grę wchodzi przestępstwo indywidualne właściwe. Jest to takie przestępstwo, którego podmiotem może być konkretna osoba posiadająca właściwości, które wyróżniają ją wśród innych. Przestępstwa z art. 161 k.k. powinny być przestępstwem powszechnym. Należy poddać kryminalizacji zachowania społecznie niebezpieczne, co z reguły oznacza, że ich karygodność nie zależy od szczególnego charakteru sprawcy czynu zabronionego. Występku z § 1 tego przepisu w warunkach sprawstwa pojedynczego może się dopuścić wyłącznie osoba zakażona wirusem HIV. Może być to zarazem ten, kto w myśl ustawy o zakażeniach i chorobach zakaźnych z 2008 r. jest nosicielem tego wirusa, a zatem osoba bez objawów choroby zakaźnej, w której organizmie są biologiczne czynniki

chorobotwórcze, będące potencjalnym źródłem zakażenia innych osób, jak i ten, u którego pojawiła się pełnoobjawowa choroba AIDS.

Przestępstwa określone w art. 161 § 1- 3 k.k. popełnić można tylko umyślnie w zamiarze bezpośrednim (*dolus directus*) lub ewentualnym (*dolus eventualis*). Umyślne popełnienie tego przestępstwa następuje wówczas, gdy sprawca ma zamiar jego popełnienia, to jest chce go popełnić (zamiar bezpośredni) albo przewidując możliwość jego popełnienia, godzi się na to (zamiar ewentualny). Umyślność musi mieć swoje podłoże intelektualne obejmujące wiedzę (zaktualizowaną w świadomości sprawcy) o uwarunkowaniach stanu faktycznego, w jakich sprawca działa. Nie może on chcieć lub godzić się na coś, czego w ogóle nie widzi oraz nie obejmuje swoją percepcją. Podstawą zamiaru w obu jego postaciach jest świadomość obecności okoliczności, które stanowią dany kontekst dla tegoż chcenia lub godzenia się.

Uzasadnione jest wprowadzenie klauzuli niekaralności albo zmniejszenia wymiaru kary odnośnie do sprawcy, który uchylił grożące niebezpieczeństwo. Jeśli sprawca będący nosicielem wirusa HIV po wypełnieniu znamion art. 161 § 1 k.k. podejmie próbę dobrowolnego uchylenia niebezpieczeństwa zakażenia przez natychmiastowe powiadomienie ofiary o ryzyku zakażenia, co umożliwi natychmiastowe, profilaktyczne zastosowanie leku przeciwwirusowego, jego odpowiedzialność powinna być mniejsza lub nawet wyłączona.

W art. 161 § 1 k.k. ustawodawca uwydatnił zagrożenie dla życia i zdrowia, wynikające z eskalacji ryzyka zakażenia wirusem HIV, szczególnie groźnego nie tylko w aspekcie jednostkowym, ale także grupowym. Zwiększa ono bowiem znacząco ryzyko zachorowań na choroby zakaźne, ale także na inne choroby, w tym nowotworowe. Problematyka HIV/AIDS ma swój wielopłaszczyznowy wymiar prawny. Ujawnia się to na gruncie prawa konstytucyjnego, administracyjnego, rodzinnego oraz cywilnego. Także prawo karne, w zakresie wytyczonym przez jego subsydiarny charakter (*ultima ratio*), uznaje się za kompetentną dziedzinę w zwalczaniu zagrożenia, jakie niesie ze sobą wirus HIV. Normy prawa karnego odgrywać mogą jednak tylko pomocniczą rolę w zapobieganiu tego rodzaju zakażeniom. Stąd ustawodawca kryminalizuje jedynie świadome narażanie i to tylko narażanie bezpośrednie, a więc cięższe przypadki wywoływania groźby zakażenia tym wirusem. Przepis art. 161 § 1 k.k. pełni szczególną funkcję polityczno-kryminalną, a jego *ratio legis* eksponuje potrzebę kształtowania pożądaných postaw wobec prawa do zdrowia innej osoby.

Przepis ten nie obejmuje faktycznego wystąpienia stanu zakażenia. Kwalifikacja konkretnego czynu, którego skutkiem jest zakażenie, musi nastąpić z uwzględnieniem strony podmiotowej sprawcy oraz medycznej oceny następstw dla zdrowia i życia pokrzywdzonego.

Zachowanie, które realizuje taki skutek może być kwalifikowane albo na podstawie art. 160 k.k., albo w oparciu o przepisy, których znamieniem skutkowym jest uszczerbek na zdrowiu, a nawet śmierć pokrzywdzonego. Sprawca ponosić może w takim przypadku odpowiedzialność zarazem za umyślne, jak i nieumyślne skutki zachowania. W odniesieniu do zachowań umyślnych w grę może przy tym wchodzić zarówno usiłowanie, jak i dokonanie takich przestępstw. W odniesieniu głównie do zakażenia wirusem HIV i jego konsekwencji, może to rodzić trudne do usunięcia wątpliwości, w zakresie i ustalania strony podmiotowej czynu, jak i powiązania przyczynowego między zachowaniem a skutkiem, choćby w związku z aktualizacją problematyki tzw. przypisywania późnych następstw.

Skutecznym rozwiązaniem zahamowania szerzenia się chorób zakaźnych, także wenerycznych, byłoby zwiększenie świadomości wśród ludzi o drogach zakażenia się, używanie prezerwatyw i zmniejszenie liczby partnerów seksualnych.

Bibliografia

1. Andrejew I.: Liczebniki w typizacji, *Studia Iuridica* 1982, Nr 10.
2. Andrejew I.: Ustawowe znamiona przestępstwa, Warszawa 1959.
3. Andrejew I.: Ustawowe znamiona czynu. Typizacja i kwalifikacja przestępstw, Warszawa 1978.
4. Andrejew P.: Polskie prawo karne, Warszawa 1976.
5. Andziak R.: Wspólne cele, *Rzeczpospolita* z dnia 27 stycznia 1997.
6. Bagorska J., Dżon M.: Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS, Profilaktyka i edukacja w zakresie HIV w grupie kobiet świadczących komercyjnie usługi seksualne, 2019, Nr 2
7. Banasik K.: Przestępstwo narażenia na zarażenie wirusem HIV, *Prok. i Pr.* 2009, Nr 6.
8. Barańkiewicz G., Juszczyk J.: Rozpoznawanie zakażeń HIV i AIDS: Zadanie nie tylko dla lekarzy chorób zakaźnych. *Nowiny Lekarskie* 2005, Nr 74.
9. Bardzo M., Berent J.: Przepisy dotyczące sekcji zwłok. Materiały dydaktyczne, Łódź 2011.
10. Bardzo M., Berent J.: Rodzaje sekcji zwłok, *Iure et facta*, Księga jubileuszowa ofiarowana doktorowi J. Gurgulowi, red. J. Wójcikiewicz, Kraków 2006.
11. Bartnik M.: Odpowiedzialność karna za narażenie na zarażenie HIV i AIDS, *Studia Prawnicze KUL* 2017, Nr 3.
12. Berent J.A., Śliwka K.: Ewolucja pojęcia "choroby zagrażającej życiu", w kolejnych kodeksach karnych, t. 47, *Arch. Med. Sąd. Krym.* 1997.
13. Błońska B.: Zagadnienie przedmiotu ochrony prawnokarnej w przypadku przestępstw eksploatacji prostytutce, *Studia Iuridica* 2006, Nr 46.
14. Bogdan G. w: Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz, red. A. Zoll, t. 2, Warszawa 2013.
15. Bruhl W., Brzozowski R.: *Vademecum lekarza ogólnego*, Warszawa 1990.
16. Buchała K.: AIDS i prawnokarne problemy nieudzielenia pomocy w: AIDS i prawo karne, red. A.J. Szwarc, Poznań 1996.
17. Buchała K.: Przestępne zaniechanie udzielenia pomocy w niebezpieczeństwie grożącym życiu człowieka, *Prok. i Pr.* 1960, Nr 10.
18. Buchała K.: *Prawo karne materialne*, Warszawa 1989.
19. Buchała K., Wolter W.: Wykład prawa karnego na podstawie kodeksu karnego z 1969 r., cz. I, Kraków 1970.

20. Budyń Kulik M. w: Kodeks karny. Komentarz, red. M. Mozgawa, Warszawa 2021.
21. Budyń- Kulik M. w: Kodeks karny. Komentarz, red. M. Mozgawa, LEX 140970.
22. Bujny J.: Prawo do ochrony zdrowia w dokumentach europejskich w: Europa w nowych granicach czy Europa bez granic, red. Z. Drozdowicz, Poznań 2004.
23. Burek W, Gajewska A.: Odpowiedzialność karna za narażenie na zarażenie i zakażenie wirusem HIV drogą płciową, *Ius Novum* 2008, Nr 4.
24. Byk Ch.: Prawo do zdrowia jako prawo konstytucyjne, *Prok. i Pr* 2000, Nr 9.
25. Cieślak M.: Polskie prawo karne. Zarys systemowego ujęcia, Warszawa 1995.
26. Czajkowska M. w: *Studia i Analizy Sądu Najwyższego.*, red. K. Ślęzak, t. 6, Warszawa 2012.
27. Czarkowska M.: Przedmiot ochrony przestępstwa znęcania się w kontekście przemocy wobec kobiet w rodzinie, *Prok. i Pr*. 2011, Nr 10.
28. Czepiel J., Biesiada G., Mach T.: *Polskie archiwum medycyny wewnętrznej, Wirusowe zapalenie wątroby typu C*, Kraków 2008.
29. Dajek Z.: *Chlamydia trachomatis w zakażeniach cewki moczowej i narządu rodneg*o, *Mikrobiol. Med.* 2000, Nr 2.
30. Daniluk P: *Idealny zbieg wykroczenia z przestępstwem w: Aktualne problemy konstytucyjne w świetle wniosków, pytań prawnych i skarg konstytucyjnych do Trybunału Konstytucyjnego (2010–2012)*, red. P. Daniluk, M. Laskowska, Warszawa 2013.
31. Daszkiewicz K: *Glosa do wyroku SN z 05.01.1973 r., III KR 192/72, PiP 1973, Nr 8-9.*
32. Daszkiewicz K: *Głos w dyskusji w: Prawne problemy AIDS*, red. A.J. Szwarz, Warszawa 1990.
33. Daszkiewicz K.: *Kodeks karny z 1997 r. Uwagi krytyczne*, Gdańsk 2001.
34. Daszkiewicz K.: *Przestępstwa przeciwko życiu. Rozdział XIX Kodeksu karnego. Komentarz*, Warszawa 2000.
35. Denys A.: *Zakażenia szpitalne. Wybrane zagadnienia*, Warszawa 2012.
36. Denys A., Monika A.B., Dudkiewicz Z., Łysakowska M., Marciniak R., Michalak J., Moczulski D., Orszulak-Michalak D. Polański A.: *Zakażenia szpitalne. Wybrane zagadnienia*, red. A. Denys, Warszawa 2012.
37. Derlatka M.: *Glosa do wyroku ETPC z dnia 29.04.2002 , Kw.Pr.Pub.2002, Nr 2.*
38. Dębowski M.J.: *Wykładnia językowa typizacji narażenia na zarażenie*, *Studenckie Prace Prawnicze, Administratywistyczne i Ekonomiczne*, 2021, t. 37.

39. Domagalska M.: Problem AIDS: Zjawisko, Profilaktyka i prawa człowieka, Chełmża 2003.
40. Drzewiecki A.: Bakteriologia ogólna. Morfologia i fizjologia bakterii, red. P. B. Heczko, M. Wróblewska, A. Pietrzyk, Warszawa 2014.
41. Encyklopedia powszechna PWN, t. 1, Warszawa 1973.
42. Encyklopedia powszechna PWN, t. 4, Warszawa 1973.
43. Filar M.: Karalność zakażenia HIV w: AIDS i prawo karne, red. A. Szwarc, Poznań 1996.
44. Filar M.: Odpowiedzialność karna lekarza za zaniechanie udzielenia świadczenia zdrowotnego, Pr. i Med.1993, Nr 3.
45. Flis A., Pikul K.: Niebezpieczeństwo w gabinecie kosmetycznym- choroby zakaźne, Wyższa Szkoła Informatyki i zarządzania w Warszawie, MAVIPURO Polska 2019.
46. Gabiś T., Rolik M.: Raport o AIDS, Pierwodruk: Stańczyk. Pismo Postkonserwatywne 2004, Nr 1-2.
47. Gałązewska J.: HIV i AIDS w Polsce. Serwis Informacyjny Narkomania. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii 2010.
48. Gardocki L.: Prawo karne, Warszawa 2008.
49. Gardocki L.: Prawo karne, Warszawa 2019.
50. Geary J.: The AIDS- Avenger Scare, Time 1995.
51. Giedroyć F.: Rys historyczny szpitala św. Łazarza w Warszawie, Warszawa 1897.
52. Giezek J. w: Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz, Warszawa 2012.
53. Giezek J. w: Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz, red. J. Giezek, Legalis 2014.
54. Giezek J.w: Prawo karne materialne, red. M. Bojarski, J. Giezek, Z. Sienkiewicz, Warszawa 2004.
55. Góral R.: SN orzecznicza wolta, Rzeczpospolita, PCD 2011, Nr 5.
56. Górski A.: Lekarz w procesie karnym, (wybrane zagadnienia) w: Państwo prawa i prawo karne. Księga jubileuszowa Profesora Andrzeja Zolla, red. P. Kardas, T. Sroka, W. Wróbel, t. II, Warszawa 2012.
57. Grajewski J.: AIDS i problemy karnoprosowe w: AIDS i problemy karne, red. J. Szwarc, Poznań 1996.
58. Grajewski J.: Ściganie na wniosek pokrzywdzonego w świetle przepisów nowego kodeksu postępowania karnego w: Nowe prawo karne procesowe. Zagadnienia wybrane. Księga ku czci Profesora Wiesława Daszkiewicza, red. T. Nowak, Poznań 1999.

59. Grudziński W., Walczyński J.Z.: Interpretacja sądowo-lekarska pojęcia choroby zagrażającej życiu, Warszawa 1962.
60. Grudziński W.: Przepisy prawa umyślnego uszkodzenia ciała, Warszawa 1968.
61. Grupa IX V rok: Choroby zakaźne i pasożytnicze, Wrocław 2007.
62. Gruszecka D. w: Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz. red, J. Giezek, Warszawa 2014.
63. Gruszecka D.: Ochrona dobra prawnego na przedpolu jego naruszenia, Lex 2012.
64. Gruszecka D.: Pojęcie dobra prawnego w prawie karnym, Wrocław 2008.
65. Grzegorzczak T., Kodeks postępowania karnego. Komentarz 2008.
66. Grzegorzczak T., Tylman J.: Polskie postępowanie karne, Warszawa 2011.
67. Grzeszczyk W.: Rola opinii biegłego, Prok. i Pr. 2005, Nr 6.
68. Grzywo-Dąbrowski W.: Podręcznik medycyny sądowej dla studentów medycyny i lekarzy, Warszawa 1948.
69. Gumułka W., Rewerski W.: Encyklopedia zdrowia, Warszawa 2000.
70. Guzik- Makaruk E., Pływaczewski E. w: System Prawa karnego, Przepisy przeciwko mieniu i gospodarce, red. R. Zawłocki, t. 9, Warszawa 2011.
71. Halota W.: Konsultacja medyczna poradnika: Stop HCV, Pilotażowy Program Profilaktyki Zakażeń HCV, Poradnik dla osób zakażonych HCV, bez daty wydania.
72. <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/choroba;3885838.html>
73. <https://sjp.pwn.pl/slowniki/%C5%BCycie.html>
74. <https://sjp.pl/realny>
75. <https://sjp.pwn.pl/sjp/godzic-sie;2462228.html>
76. <https://statystyka.policja.pl/st/kodeks-karny/przestepstwa-przeciwko/63436,Narazenie-na-chorobe-wywolana-wirusem-HIV-zakazna-lub-weneryczna-art-161.html>
77. <https://synonim.net/synonim/dotkni%C4%99ty+chorob%C4%85> (dostęp 12.12.2021).
78. Hofmański P. w: Kodeks postępowania karnego. Komentarz do artykułów 297-467, red. P. Hofmański, E. Sadzik, K. Zgryzek, t. 2, Warszawa 2011.
79. Huk A.: Tajemnica zawodowa lekarza, Prok. i Pr. 2001, Nr 6.
80. Iwański M. w: Kodeks wykroczeń. Komentarz, red. P. Daniluk, Legalis 2019.
81. Jabłecki J., Arendarczyk M.: Fenomeny Epidemologiczne zakażeń HIV/AIDS, Nowiny Lekarskie 2006, Nr 75.
82. Jakliński A., Kobiela J.: Medycyna sądowa, Warszawa 1972.
83. Jakubowicz O.: Kiła- realne zagrożenie- część II, Nowiny Lekarskie 2010, Nr 4.

84. Janiszewski J.: Kręciła mnie taka moc w nim. Gazeta Wyborcza, Duży Format, 2007, Nr 1/713.
85. Janowiec M.: Mikrobiologia i serologia, Warszawa 1988.
86. Jaskuła A., Płończyk K.: Zwolnienie z tajemnicy lekarskiej na kanwie artykułu A. Jaskuły i K. Płończyk, Prok.i Pr. 2017, Nr 3.
87. Jawetz E., Melnick J.L., Adelberg E.A.: Przegląd mikrobiologii lekarskiej, Warszawa 1991.
88. Jędrzejewski Z.: Usytuowanie zamiaru ewentualnego w strukturze przestępstwa w: Węzłowe problemy prawa karnego, kryminologii i polityki kryminalnej. Księga pamiątkowa ofiarowana Profesorowi Andrzejowi Markowi, red. V. Konarska-Wrzosek, J. Lachowski, J. Wójcikiewicz, Warszawa 2010.
89. Jurek T.: Opiniowanie sądowo-lekarskie w przestępstwach przeciwko zdrowiu, Warszawa 2010.
90. Jurek T.: Zakres pytań stawianych biegłym i możliwości odpowiedzi na nie w opiniach dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, Wrocław 2013.
91. Juszczyk J.: Zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS), w: Choroby zakaźne i pasożytnicze, red. Z. Dziubek, Warszawa 2003.
92. Juszczyk J.: Vademecum AIDS, Poznań 1990.
93. Kalinowska S., Trześniowska-Drukała B., Samochowiec J.: Zaburzenia neuropoznawcze w przebiegu zakażenia wirusem HIV, t. 47, Psychiatria Polska 2013, Nr 3.
94. Kania A. M.: Z problematyki granic ochrony życia ludzkiego, Wrocławskie Studia Erazmiańskie, Zeszyty Studenckie 2009, Nr 3.
95. Kardas P.: Zbieg przepisów ustawy w prawie karnym, Analiza teoretyczna, LEX 2011.
96. Karge H., P. Palka: Przestępstwo narażenia na zakażenie chorobą zakaźną, Przegląd problemów, Studia Prawnoustrojowe 2018, Nr 39.
97. Karnat J. w: Kodeks karny. Komentarz, red. M. Banaś- Grabek, Legalis 2020.
98. Klimek R.: Ginekologia, Warszawa 1982.
99. Klimaszewski A.: Borelioza i współinfekcje, Poznań 2009.
100. Kłaczyńska N.: Z problematyki zgody pacjenta na zabieg leczniczy, t. 6, NKPK 2000.
101. Kmiecik R., Skrętowicz E.: Proces karny. Część ogólna, Kraków- Lublin 1999.
102. Kokot R. w: Kodeks karny. Komentarz, red. R. A. Stefański, Legalis. 2021.

103. Konarska-Wrzosek V. w: Kodeks karny. Komentarz, red. V. Konarska-Wrzosek, Warszawa 2018.
104. Kossakowska M. M., Żelazny P.: Obraz choroby i korzyści psychospołeczne u osób zakażonych wirusem HIV i chorych na AIDS, Postępy Psychiatrii i Neurologii 2013.
105. Kotarski J.: Uzupełnione stanowisko Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące szczepień przeciwko zakażeniom wirusami brodawczaka ludzkiego (HPV), Ginekol. Pol. 2009, Nr 11.
106. Kotarski J., Drews K., Maleszka R., Rechberger T., Woron J., Tomaszewski J.: Stanowisko zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w sprawie leczenia ostrego i nawrotowego grzybiczego zapalenia pochwy i sromu, Ginekol. Pol. 2008, Nr 9.
107. Kowalczyk R., Folwarczny W., Szpak R., Skrzypulec V.: Zaburzenia psychoseksualne osób zakażonych wirusem HIV, Seksuologia Polska 2009, Nr 2.
108. Kozłowska-Kalisz P. w: Prawo karne materialne. Część ogólna, red. M. Mozgawa, Warszawa 2006.
109. Ksel M., Strzelecka H., Rudalski: Raport końcowy i analiza wyników, Europejska Sieć Współpracy na Rzecz Przeciwdziałania Narkomanii i Infekcjom w Więzieniach, cz. I, w: Zdrowie w więzieniu badanie postaw, zachowań i wiedzy personelu więziennego oraz ludzi pozbawionych wolności na temat chorób zakaźnych w wytypowanych polskich jednostkach penitencjarnych, Warszawa 2007.
110. Krajewski R.: Prawa i obowiązki seksualne małżonków. Studium prawne nad normą i patologią zachowań, Warszawa 2009.
111. Krajowe Centrum ds. AIDS. Agenda Ministerstwa Zdrowia. Kalendarium HIV/AIDS, cz. I.
112. Krajowe Centrum ds. AIDS w: Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS, Testy na HIV w służbach mundurowych i możliwość służby dla osób żyjących z HIV – aktualna sytuacja prawna wybranych służb 2019, Nr 2.
113. Królik P.: Choroba. IV TI.
114. Królikowski M. w: Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz. Art. 117 – 221, red. M. Królikowski, R. Zawłocki, t. I, Legalis 2017.
115. Książpolska-Breś A.: Odpowiedzialność karna za dzieciobójstwo w prawie polskim karnym, Warszawa 2010.
116. Kubicki L.: Przeprowadzenie narażenia na zarażenie wirusem HIV w projekcie kodeksu karnego, Seksuologia 1995, Nr 5–6

117. Kulesza A.: Zapobieganie i zwalczanie chorób zakaźnych w Łodzi w latach 1915-1918 w świetle regulacji normatywnych niemieckich cywilnych władz okupacyjnych, *Studia z Dziejów Państwa i Prawa Polskiego* 2007, t. 10.
118. Kulik M.: Glosa do postanowienia SN z 11.01.2017 r., III KK 196/16, *Pal.* 2017, Nr 11.
119. Kurek R.: Rola prokuratora w czynnościach procesowo-kryminalistycznych oględzin zwłok na wybranych przykładach z praktyki, w: *Czynności procesowo-kryminalistyczne w polskich procedurach. Materiały z konferencji naukowej i IV Zjazdu Katedr Kryminalistyki*, Toruń 5–7 maja 2004 r., red. V. Kwiatkowska--Darul, Toruń 2004.
120. Lewkowski W, Orszański E.: Obrażenia ciała z art.155 § 1 k.k. w aspekcie sądowo-lekarskim w: *Materiały VI Szczecińskiego Sympozjum Naukowego. Szczecin- Morzeczyn (9–30 września 1974)*.
121. Liebhart J.: Problemy kliniczne w alergii i astmie, *Wstrząs polekowy*, Katedra Chorób Wewnętrznych i Alergologii Akademii Medycznej we Wrocławiu 2002.
122. Lipczyńska M.: Problem dopuszczenia osób wskazanych przez strony na rozprawę prowadzoną przy drzwiach zamkniętych (art . 280 k.p.k.), *NP* 1961, Nr 5.
123. Liszewska A.: Problem odpowiedzialności karnej osób zażywających środki odurzające, *Pal.* 1992, Nr 5-6.
124. Łagodzińskiego S.: Glosa do postanowienia SN z 11.01.2017 r., III KK 196/16, *Prok. i Pr.* 2018, Nr 3.
125. Majewska A., Krawczyk E., Łuczak M.: Opryszczka narządów płciowych (genital herpes) – obraz kliniczny i możliwe następstwa zakażenia cz. I, *Zakażenia.* 2005, Nr 5.
126. Majewska A., Romejko- Wolniewicz E., Zaręba- Szczudik J., Kiljańczyk M., Gajewska M., Młynarczyk G.: Laboratoryjne rozpoznanie opryszczki narządów płciowych- metoda immunofluorescencji bezpośredniej, *Ginekol. Pol.* 2013, Nr 83.
127. Makowski M: *Kodeks karny obowiązujący tymczasowo w Rzeczypospolitej Polskiej na ziemiach b. zaboru rosyjskiego*, t. 2, Warszawa 1921.
128. Malewski H., Krupka E., Juskrviciute J.: Definicja wiadomości specjalnych i jej ewolucja, w: *Księga pamiątkowa ku czci Profesora Andrzeja Szwarca*, Wrocław 2001.
129. *Mała encyklopedia medycyny*, red. T. Roźniatowski, t. 3, Warszawa 1989.
130. Małecki M., Płóciennik M., Szabatowska N.: Glosa do postanowienia SN z 11 stycznia 2017 r., III KK 196/16, *OSP* 2018, Nr 3, poz. 26.
131. Marek A. *Komentarz do kodeksu karnego. Część ogólna*, Warszawa 1999.
132. Marek A.: *Prawo karne*, Warszawa 2009.
133. Marek A., S. Waltoś: *Podstawy prawa i procesu karnego*, Warszawa 1999.

134. Marek Z.: Wybrane problemy opiniowania sądowo-lekarskiego, Kraków 2004.
135. Mąciór W.: Z problematyki zbiegu przestępstw i przepisów ustawy, W sprawie pozornego zbiegu realnego przestępstw, PiP 1965, Nr 1.
136. Michalska-Warias A. w: Kodeks wykroczeń, red. T. Bojarski, Warszawa 2015.
137. Michalski B. w: Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz do artykułów 117–221, red. A. Wąsek, R. Zawłocki, Warszawa 2010.
138. Michalski B. w: System Prawa Karnego, Przesłępstwa przeciwko dobrom indywidualnym, red. J. Warylewski, t. 10, Warszawa 2012.
139. Mielnik Z.: Przesłępstwa przeciwko życiu i zdrowiu w ujęciu nowego kodeksu karnego, RPEiS 1997, Nr 4.
140. Morshed K.: Udział wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV) w etiopatogenezie nowotworów głowy i szyi, t. 3, Otolaryngologia 2004, Nr 3.
141. Mozgawa M. w: Przesłępstwa przeciwko dobrom indywidualnym. System Prawa Karnego, red. J. Warylewski, t.10, Warszawa 2016.
142. Mroczkowski T.F.: Choroby przenoszone drogą płciową, Lublin 2012.
143. Murawski M., Matusiak M., Gryboś M.: Chlamydia trachomatis jako czynnik etiologiczny niepłodności małżeńskiej- czy warto przeprowadzać rutynową diagnostykę?, t.60, Wiadomości Lekarskie 2007, Nr 9-10.
144. Myśliwiec H., Niczyporuk W., Lebedzińska N., Chodyncka B.: Ziarnica weneryczna pachwin i zakażenie HIV, Opis przypadku, Przegl. Epid. 2005, Nr 59.
145. Nowe kodeksy karne z 1997 r. z uzasadnieniami, Warszawa 1997.
146. Olejek A., Kellas-Ślęczka S., Kozak-Darmas I.: Stany zapalne narządów płciowych u dziewczynek. Ginekol. Pol. 2009, Nr 80.
147. Ogiegło L.: Ustawa o zawodach lekarza, lekarza dentystry. Komentarz. Warszawa 2015.
148. Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie Niebieska Linia na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
149. Opolski J.: Zdrowie publiczne, Wybrane zagadnienia, t. I, Szkoła Zdrowia Publicznego CMKP w Warszawie, Zdrowie publiczne – geneza, przedmiot i zakres. Wprowadzenie do zagadnienia, Warszawa 2011.
150. Pawlik L., Śpiołek E., Fichna J., Tarasiuk A.: Charakterystyka wirusa SARS-CoV-2 i potencjalne farmakologiczne sposoby leczenia, Postępy Biochemii 2020, Nr 2.
151. Pawłowski Z.: Parazytologia ogólna w: Mikrobiologia lekarska, red. P.B. Heczko, A. Pietrzyk, M. Wróblewska, Warszawa 2014.

152. Pietrzyk A: Trypanosoma w: Mikrobiologia lekarska, red. P.B. Heczko, A. Pietrzyk, M. Wróblewska, Warszawa 2014.
153. Pigulska W.: Diagnostyka zakażeń HIV a prawo karne, Poznań 1998.
154. Plebanek E.: Materialne określenie przestępstwa, Warszawa 2009.
155. Pohl Ł: Czy możliwy jest rzeczywisty zbieg przepisu określającego kwalifikowaną postać czynu zabronionego z przepisem określającym jego postać uprzywilejowaną? w: Nauki penalne wobec szybkich przemian socjokulturowych. Księga jubileuszowa Profesora Mariana Filara, red. A. Adamski, J. Bojarski, P. Chrzczonowicz t. 1, Toruń 2012.
156. Popielski B, Walczyński J.Z.: Medycyna Sądowa. PZWL Warszawa, 1972.
157. Popławski H.: Medyczno-prawne aspekty ciężkiego uszkodzenia ciała, NP 1977, Nr 4.
158. Praktyczny słownik współczesnej polszczyzny, red. H. Zgólkowa, t. 4, Poznań 1995.
159. Praktyczny słownik współczesnej polszczyzny, red. H. Zgólkowa, t. 22, Poznań 1999.
160. Praktyczny Słownik współczesnej polszczyzny, red. H. Zgólkowa, t. 24, Poznań 1999
161. Praktyczny słownik współczesnej polszczyzny, red. H. Zgólkowa, , t.45, Poznań 2004.
162. Praktyczny słownik współczesnej polszczyzny, red. H. Zgólkowa, t. 48, Poznań 2004.
163. Prauziński J: Dyskusyjne problemy zakresu bezkarności czynów zabezpieczających sprawcę przed odpowiedzialnością karną, Studia Kryminologiczne, Kryminalistyczne i Penitencjarne, 1980, Nr 11.
164. Projekt kodeksu karnego: PiP 1994, Nr 2 (wkładka).
165. Przondo-Mordarska A., Martirosian G., Szkaradkiewicz A.: Mikrobiologia, Chlamydia i Chlamydophila, wyd. I polskie 2011.
166. Raglewski J. w: System prawa karnego. Kary i środki karne. Podanie sprawcy próbie, red. M. Melezini, t. 6, Warszawa 2010.
167. Rogowska-Szadkowska D.: Diagnostyka zakażenia HIV, Wskazówki dla osób pracujących w Punktach Anonimowego Testowani, red. Konieczny G., Lipniacki A., Piasek A.RogowskaSzadkowskaD.,s.17<https://www.hivaidseu.pl/uploads/812a4a22d48b2c8d45c1b939429444d5e604832f.pdf>.
168. Rogowska-Szadkowska D.: Historia leczenia antyretrowirusowego, 2009 <http://laboratoria.net/artukul/12045.html>.
169. Rogowska- Szadkowska D, Bąkowska E.: HIV, CD4, Wiremia, Materiały pomocnicze dla osób żyjących z HIV, Warszawa 2008.
170. Rogowska- Szadkowska D., Gąsiorowski J.: HIV/AIDS dla ginekologów, Krajowe centrum ds. AIDS 2013.

171. Rogowska-Szadkowska D.: Pochodzenie wirusów HIV, Krajowe Centrum ds. AIDS 2006.
172. Rogowska- Szadkowska D: Zakażenie HIV w następstwie kontaktów seksualnych, Krajowe Centrum ds. AIDS 2007.
173. Rosińska M., Werbińska B. : AIDS i zakażenia HIV w roku 2002. Przegl. Epid. 2004, Nr 58.
174. Roszkowski P: Zakażenia Chlamydia trachomatis w położnictwie i ginekologii. Ginekol. Pol. 1988, Nr 59.
175. Roxin C.: Problematyka obiektywnego przypisania w: Teoretyczne problemy odpowiedzialności karnej polskim oraz niemieckim prawie karnym, red. T. Kaczmarek Wrocław 1990.
176. Safian M.: Problemy prawne tajemnicy lekarskiej, Kwartalnik Prawa Prywatnego 1995, Nr 1.
177. Sagan M.: Glosa do uchwały SN z 27.10.2005 r., I KZP 32/05, Prok. i Pr. 2006, Nr 5.
178. Sepkowitz K.A.: AIDS – the first 20 years. The New England Journal of Medicine, 2001, Nr 344.
179. Sharma R.: Encyklopedia zdrowia dla całej rodziny, Poznań 2006.
180. Shilts R.: And The Band Played On, Politics, People, and the AIDS Epidemic, 20th Anniversary Edition , Second Edition, St. Martin's Press 2007.
181. Sieradzki W.: Kodeks karny polski ze stanowiska lekarskiego, Wykład iw Towarzystwie Lekarskiem lwowskiem wygłoszony dnia 09.12.1932 r. , Praktyka Lekarska: miesięczny dodatek bezpłatny do Polskiej Gazety Lekarskiej, Lwów 1933.
182. Skorupka J. w: Kodeks postępowania karnego. Komentarz, red. J. Skorupka, Warszawa 2018.
183. Skórczewska B.: Eksperckie Laboratoria Medyczne INVICTA: Diagnostyka chorób, Warszawa 2011.
184. Słownik języka polskiego, red. M. Szymczak, t. 1, Warszawa 1978.
185. Słownik języka polskiego, red. M. Szymczak, t. 3, Warszawa 1978.
186. Słownik ilustrowany języka polskiego, M. Arcta, t. 2, Warszawa, bez daty wydania.
187. Słownik języka polskiego PWN, red. L. Drabik, E. Sobol, t. 1, Warszawa 2007.
188. Słownik języka polskiego PWN, red. L. Drabik, E. Sobol, t. 2, Warszawa 2007.
189. Słownik języka polskiego powstały na podstawie Słownika 100 tysięcy potrzebnych słów, red. J. Bralczyk, Warszawa 2005, wersja on-line, <https://sjp.pwn.pl/slowniki/narazić.html>.

190. Słownik języka polskiego, red. W. Doroszewski, Warszawa 1997, wersja on-line, <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/narazic;5455922.html>.
191. Słownik języka polskiego, red. M. Szymczak, Warszawa 1995.
192. Sobolewski K, Laniewski A.: Polski kodeks karny z 11.07.1932 r. wraz z prawem o wykroczeniach, przepisami wprowadzającymi i utrzymaniami w mocy przepisami kodeksu karnego austriackiego, niemieckiego, rosyjskiego i skorowidzem, Lwów 1932.
193. Spalik K.: Biologia, Warszawa 2004.
194. Spotowski A.: Pomijalny (pozorny) zbieg przepisów ustawy i przestępstw, Warszawa 1976.
195. Sroka T. w: Kodeks karny. Wybór orzecznictwa, LEX, 2014, Nr 172559.
196. Stachowiak S.: Problemy karnoprosesowe związane z HIV/AIDS, Poznań 2001.
197. Stefański R.A. w: Kodeks postępowania karnego. Komentarz, red. Z Gostyński, R.A. Stefański, S. Zabłocki, t. 2, Warszawa 2004.
198. Stefański R.A. : Przestępstwa przeciwko bezpieczeństwu powszechnemu i w komunikacji. Rozdział XX i XXI Kodeksu karnego. Komentarz, Warszawa 2000.
199. Stefański R.A.: Tajemnica przesłuchania z wyłączeniem jawności, Prok. i Pr. 2003, Nr 11.
200. Surówka A.: Glosa do wyroku TK z 07.01.2004 r., K 14/03, Prz. Sejm 2004, Nr 6.
201. Sygit B.: Unikanie odpowiedzialności karnej, O przeciwdziałaniu odpowiedzialności karnej w teorii i praktyce policyjnej, Warszawa 1995.
202. Szeroczyńska M.: Czy obowiązkowe szczepienia dla dzieci są naprawdę obowiązkowe, Szkoła Specjalna 2018, Nr 3.
203. Szczeklik A.: Choroby wewnętrzne. Kraków 2011.
204. Szczucki K.: Rola zgody w strukturze przestępstwa na przykładzie przestępstwa zgwałcenia, CzPKiNP 2011, Nr 12.
205. Szymański W., Ludwikowski G., Sobociński Z.: Ocena współistnienia objawów zakażenia Chlamydia trachomatis i przeciwciał przeciwplemnikowych w nasieniu mężczyzn leczonych z powodu niepłodności. Ginekol. Pol. 2002, Nr 7.
206. Szwarc A.J.: Karnoprawne problemy AIDS w: Prawne Problemy AIDS, red. A. J. Szwarc, Warszawa 1990.
207. Szwarc A.J.: w: AIDS i prawo karne, red .A. J. Szwarc, Poznań 1996.
208. Szwarczyk M. w: Kodeks karny. Komentarz, red. T. Bojarski, Warszawa 2016.
209. Ślusarczyk J.: Zjawiska immunologiczne w chorobach zakaźnych i pasożytniczych w: Choroby zakaźne, red. Z. Dziubek, Warszawa 2003.

210. Tagancew N.: Kodeks karny z dnia 22.03.1903 r., t. 3, Warszawa 1922.
211. Tarnawski M.: Zagadnienia jedności i wielości przestępstw, Poznań 1977.
212. Tobis A.: AIDS, a prawo i praktyka penitencjarna, Prawne problemy, Warszawa 1991.
213. Tyburny T.: Przedmiot ochrony przepisu typizującego czyn zabroniony, Przegląd Prawniczy Uniwersytetu Warszawskiego 2017, Nr 1.
214. Tyszkiewicz L.: Ochrona życia ludzkiego w prawie karnym i naukach penalnych, Śląskie Studia Historyczno-Teologiczne 1996, Nr 29.
215. Uzasadnienie do projektu kodeksu karnego, PiP 1994, Nr 3 (wkładka).
216. Uzasadnienie autopoprawki do rządowego projektu ustawy 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, Druk Nr 299-A, Sejm RP IX kadencja, Warszawa, 27.3.2020 r., s. 13, <http://www.sejm.gov.pl/sejm9.nsf/druk.xsp?nr=299-A>.
217. Virella G.: Mikrobiologia i choroby zakaźne, Wrocław 1999.
218. Waltoś S, P. Hofmański: Proces karny, Zarys systemu, Warszawa 2020
219. Warylewski J.: Przestępstwa seksualne, Gdańsk 2001.
220. Wąsek A. w: O. Górniak, S. Hoc, M. Kalitowski, S.M. Przyjemski, Z. Sienkiewicz, J. Szumski, L. Tyszkiewicz, A. Wąsek, Kodeks karny. Komentarz. t. II. Art. 117-363, Gdańska 2005.
221. Wiak K. w: Kodeks karny. Komentarz, red. A. Grześkowiak, K. Wiak, Legalis 2021.
222. Widła T.: Ocena dowodu z opinii biegłego, Katowice 1992
223. Wiela-Hojeńska A., Orzechowska-Juzwenko K.: Farmakologia. Niepożądane działania leków, Warszawa 2006.
224. Wierciński A.: Prawnoprocesowe problemy AIDS, Prawne problemy AIDS, red. A.J. Szwarz, Warszawa 1990.
225. Węcławska M., Kukwa A., Malejczyk M., Majewski S., Borowicz K.: Zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w obrębie jamy ustnej i gardła, t. 58, Czas. Stomat. 2005, Nr 10.
226. Wiktor S: HIV i AIDS- czy zwycięstwo jest w ogóle możliwe? Streszczenie, Laboratoria. Net <http://laboratoria.net/artukul/12045.html>.
227. Witkowska K.: Idealny zbieg czynów karalnych w Kodeksie wykroczeń, a zasadane bis in idem, Cz.PKiNP 2012, Nr 2.
228. Wojciechowski J.: Kodeks karny, Komentarz. Orzecznictwo, Warszawa 2000.

229. Wolnik P.: Nieświadomość reguł ostrożności i jako błąd przy przestępstwach nieumyślnych, Cz.PKiNP 2004, Nr 2.
230. Wolter W.: Zarys systemu prawa karnego. Część ogólna, Kraków 1933.
231. Wolter W.: Reguły wyłączenia wielości ocen w prawie karnym, Warszawa 1961.
232. Wolter W.: Nauka o przestępstwie, Warszawa 1973.
233. Wójcicka B.: Jawność postępowania sądowego, Łódź 1989.
234. Wójcik J.: Współczesne poglądy na rolę zakażenia HPV w procesie onkogenezy raka szyjki macicy, t. 59, Wiadomości Lekarskie 2006, Nr 5–6.
235. Wróbel A.: Bezpośrednie niebezpieczeństwo jako element czynu zabronionego, Zeszyty Prawnicze 2012, Nr 4.
236. Wróbel W.: Z problematyki tak zwanego pozornego zbiegu przepisów ustawy w prawie karnym, Zbieg przepisów oraz zbieg przestępstw w polskim prawie karnym w: Materiały II Bielańskiego Kolokwium Karnistycznego, red. J. Majewski. Toruń 2006.
237. Wróbel W.: Przestępstwo narażenia na zarażenie chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu art. 161 § 2 i 3 k.k. Acta Universitatis Wratislaviensis, Przegląd Prawa i Administracji CXXVI, Wrocław 2021.
238. Współczesny słownik języka polskiego, red. B. Dunaj, t. 1, Warszawa 2007.
239. Współczesny słownik języka polskiego, red. B. Dunaj, t. 2, Warszawa 2007.
240. Zdrodowska-Stefanow B., Ostaszewska I.: Klinika zakażeń Chlamydia trachomatis. w: Chlamydia trachomatis – zakażenia u ludzi, red. B. Zdrodowska-Stefanow , I. Ostaszewska, B. Darewicz , J. Darewicz, Wrocław 2000.
241. Zoll A.: Tajemnica zawodowa lekarza, Tajemnica lekarska w: Materiały z posiedzenia Komisji Etyki Lekarskiej z dnia 15 listopada 1993 r., Kraków 1994.
242. Zoll A. w: Kodeks karny. Komentarz, red. K. Buchała, A. Zoll, Kraków 1996.
243. Zoll A.: Zbieg przepisów ustawy w polskim prawie karnym, Annales Universitatis Mariae Curie- Skłodowska, Lublin – Polonia, VOL. LX, 2 SECTIO G 2013.
244. Zoll A. w: Kodeks karny. Komentarz do art. 117–211a, red. W. Wróbel, A. Zoll, t. 2, Warszawa 2017.
245. Żabicka D.: Metody detekcji i identyfikacji bakterii, Zakład Epidemiologii i Mikrobiologii Klinicznej, Narodowy Instytut Leków, Warszawa 2013.

ORZECZNICTWO

1. Wyrok TK z 19.02.2002 r., U 3/01, OTK 2002, Nr 1, poz. 3.
2. Wyrok TK z 23.11.2009 r., P 61/08 Leglis Nr 177678.
3. Wyrok TK z 10.12.2013 r., U 5/13 Legalis Nr 746875.
4. Uchwała SN 7 sędziów z 17.12.1970 r., VI KZP 43/68, OSNKW 1971, Nr 7-8, poz. 101.
5. Uchwała SN z 13.10.1971 r., VI KZP 34/71, OSNKW 1972, Nr 1, poz. 2.
6. Uchwała SN z 02.06.1973 r., U 1/71, OSNKW 1973, Nr 9, poz. 115.
7. Uchwała SN 7 sędziów z 16.05.1985 r. Rw 381/85, OSNKW 1986/1, poz. 10.
8. Wyrok SN z 21.12.1937 r., II K 1467/37, OSN(K) 1938, Nr 6, poz.152.
9. Wyrok SN z 16.08.1972 r., II KR 121/72, OSNPG 1973, Nr 6, poz. 79.
10. Wyrok SN z 05.01.1973 r., III KR 192/72, OSNKW 1973, Nr 4, poz. 49.
11. Wyrok SN z 27.02.1973 r., V KRN 542/72, OSNKW 1973, Nr 7–8, poz. 89.
12. Wyrok SN z 03.10.1973 r., IV KR 256/73, LEX Nr 21578.
13. Wyrok SN z 29.11.1973 r., ,Rw 902/73 OSNPG 974, Nr 2, poz. 24.
14. Wyrok SN z 20.12.1973 r., III KR 319/73, OSNKW 1974, Nr 4, poz. 62.
15. Wyrok SN z 15.04.1976 r., II KR 48/76, OSNKW 1976, Nr 10–11, poz. 133.
16. Wyrok SN z 27.12.1979 r., II KR 192/79, Legalis Nr 21826.
17. Wyrok SN z 15.09.1983 r., II KR 191/83, OSP 1984, Nr 9, poz. 192.
18. Wyrok SN z 21.10.1985 r., Rw 934/85, OSNKW 1986, Nr 7–8, poz. 59.
19. Wyrok SN z 17.02.1986 r., II KR 20/86, OSNPG 1986, Nr 11, poz. 145.
20. Wyrok SN z 27.10.1995 r., III KRN 118/95, Prok. i Pr. 1996, Nr 4, poz. 1.
21. Wyrok SN z 20.05.1998 r., II KKN 37/98, OSNKW 1998, Nr 7–8, poz. 33.
22. Wyrok SN z 04.02.2000 r., V KKN 137/99, OSNKW 2000, Nr 3–4, poz. 31.
23. Wyrok SN z 23.02.2000 r., IV KKN 596/99, Prok. i Pr. – wkł. 2000, Nr 7–8, poz. 1.
24. Wyrok SN z 04.04.2000 r., V KKN 29/00, Prok. i Pr. 2001, Nr 2, poz. 11.
25. Wyrok SN z 09.04.2001 r., II KKN 430/98, LEX Nr 51379.
26. Wyrok SN z 17.07.2002 r., III KK 165/02, OSNKW 2002, Nr 9–10, poz. 68.
27. Wyrok SN z 02.06.2003 r., II KK 232/02, LEX Nr 78373.
28. Wyrok SN z 03.11.2004 r., V KK 1/03, Prok. i Pr. – wkł. 2005, Nr 11, poz. 1.
29. Wyrok SN z 22.11.2005 r., V KK 100/05 Legalis Nr 79898.
30. Wyrok SN z 04.01.2006 r., V KK 263/05, Prok. i Pr. 2006, Nr 5, poz. 11.

31. Wyrok SN z 27.02.2008 r., V KK 324/07, Prok. i Pr. 2008, Nr 7-8, s. 24.
32. Wyrok SN z 27.08.2008 r., II KK 56/08, OSNKW 2008, Nr 11, poz. 94.
33. Wyrok SN z 30.10.2013 r. II KK 130/13.Legalis 848122.
34. Wyrok SN z 08.01.2016 r., V KK 306/15, Legalis Nr 1398392.
35. Postanowienie SN z 15.05.1970 r., VI KZP 6/70, OSNPG 1970, Nr 6, poz. 79.
36. Postanowienie SN z 15.02.2005 r., WK 1/05 Legalis Nr 68455.
37. Postanowienie SN z 20.04.2005 r., I KZP 6/05, OSNKW 2005, Nr 4, poz. 39.
38. Postanowienie SN z 03.01.2006 r., II KK 80/05, Prok. i Pr.-wkł. 2006, Nr 5, poz. 6.
39. Postanowienie SN z 16.03.2011 r., IV KK 426/10, OSNwSK 2011, Nr 1, poz. 539.
40. Postanowienie SN z 25.04.2013 r., III KK 121/12, OSNKW 2013, Nr 8, poz. 72.
41. Postanowienie SN z 09.07.2013 r., II KK 169/13, OSNKW 2013, Nr 11, poz. 96.
42. Postanowienie SN z 11.01.2017 r. III KK 196/16, OSP 2018, Nr 3, poz. 26.
43. Wyrok SA w Rzeszowie z 17.12.1992 r., II AKr 116/92, OSA 1993, Nr 10, poz. 55.
44. Wyrok SA we Wrocławiu z 25.05.1995 r., II AKr 145/95, OSA 1995, z. 6, poz. 31.
45. Wyrok SA w Gdańsku z 11.04.1996 r., II AKa 71/96, OSA 1996, z. 11-12, poz. 45.
46. Wyrok SA w Krakowie z 18.05.2000 r., II AKa 66/00, KZS 2000, Nr 6, poz. 13.
47. Wyrok SA w Krakowie z 22.11.2001 r., II AKa 270/01, KZS 2001, poz. 12.
48. Wyrok SA w Katowicach z 14.03.2002 r., II AKa 7/02, Prok. i Pr. –wkł. 2002, Nr 12, poz. 29.
49. Wyrok SA w Krakowie z 11.06.2003 r. II AKa 122/03 Legalis Nr 61939.
50. Wyrok SA w Krakowie z 02.03.2005 r., II AKa 33/05, Prok. i Pr. wkł.2005, Nr 12, poz. 17.
51. Wyrok SA w Lublinie z 14.03.2005 r., II AKa 51/05, OSA 2007, Nr 5, poz. 22, s. 25.
52. Wyrok SA w Lublinie z 06.06.2005 r., II AKa 105/05, Prok. i Pr.-wkł 2006, Nr 7-8, poz. 16.
53. Wyrok SA w Krakowie z 14.07.2005 r., II AKa 140/05, KZS 2005, Nr 8, poz. 83.
54. Wyrok SA w Lublinie z 08.12.2008 r., II AKa 287/08, Legalis Nr 177902.
55. Wyrok SA w Krakowie z 04.08.2009 r., II AKa 143/09, KZS 2009, z. 7-8, poz. 55.
56. Wyrok SA we Wrocławiu z 15.10.2009 r., II AKa 297/09, OSAW 2010, Nr 1, poz. 157.
57. Wyrok SA w Katowicach z 04.02.2010 r., II AKa 406/09, KZS 2010, Nr 3, poz. 63.
58. Wyrok SA w Katowicach z 27.05.2011 r., II AKa 160/11, Legalis Nr 373829.
59. Wyrok SA w Szczecinie z 11.10.2012 r., II AKa 165/12, Legalis Nr 743214.
60. Wyrok S.A. w Białymstoku z 07.08.2013 r. II AKa 80/13 Legalis Nr 735738.

61. Wyrok SA w Lublinie z 12.09.2013 r., II AKa 157/13, LEX Nr 1369244.
62. Wyrok S.A. w Warszawie z 04.06.2014 r., II AKa 134/14 Legalis Nr 1062457.
63. Wyrok SA we Wrocławiu z 13.06.2017 r., II AKa 129/17, LEX Nr 2344210.
64. Wyrok SA w Szczecinie z 5.07.2018 r., II AKa 104/18, LEX Nr 2547712.
65. Postanowienie SA w Krakowie z 16.12.1998 r., II AKz 191/98, KZS 1998, Nr 12, poz. 37.
66. Postanowienie SA w Katowicach z 21.12.2016 r., II AKz 688/16, OSAK 2017, Nr 1, poz. 7.

AKTY PRAWNE

1. Kodeks karny Rzeszy Niemieckiej z dnia 15.05.1871 r. z późniejszymi zmianami i uzupełnieniami po 1918 r. wraz z ustawą wprowadczą do kodeksu karnego dla Związku Północno-Niemieckiego (Rzeszy Niemieckiej) z dnia 31.05.1870 r., Poznań 1920.
2. Ustawa z dnia 30.06.1900 r. o zwalczaniu chorób zakaźnych (Dz.U. Rzeszy, Nr 306).
3. Ustawa z dnia 28.08.1905 r. o zwalczaniu chorób zakaźnych (Zbiór ustaw pruskich, Nr 373).
4. Rozporządzenie policyjne Szefa Administracji Generalnego Gubernatorstwa Warszawskiego Wolfganga von Kriesa z 12.05.1917 r. i 07.07.1917 r. (Dz. R. GGW. 1917, Nr 74, poz. 314).
5. Ustawa z dnia 25.07.1919 r. w przedmiocie zwalczania chorób zakaźnych oraz innych chorób występujących nagminnie (Dz.U. R.P. Nr 6, poz. 402).
6. Ustawa z dnia 21.02.1935 r. o zapobieganiu chorobom zakaźnym i o ich zwalczaniu (Dz.U. Nr 27, poz. 198 ze zm).
7. Dekret z dnia 16.04.1946 r. o zwalczaniu chorób wenerycznych (Dz.U. z 1949 r., Nr 51, poz. 394).
8. Dekret z dnia 27.07.1949 r. o zmianie dekretu z dnia 16.04.1946 r. o zwalczaniu chorób wenerycznych (Dz.U. Nr 46, poz. 338).
9. Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z dnia 04.11.1950 r. (Dz.U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284).
10. Ustawa z dnia 17.06.1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz.U. z 2022 r. poz. 479).
11. Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych z dnia 19.12.1966 r. (Dz.U. z 1977r. Nr 38, poz. 167).
12. Ustawa z dnia 20.05.1971 r. Kodeks wykroczeń (Dz.U. z 2021 r. poz. 2008).
13. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 09.07.1991 r. w sprawie właściwości i trybu postępowania komisji lekarskich podległych Ministrowi Spraw Wewnętrzny (Dz.U. Nr 79, poz. 349 ze zm.).
14. Ustawa z dnia 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2020 r. poz. 685).
15. Ustawa z dnia 05.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2021 r., poz. 790).

16. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 18.09.1998 r. w sprawie rodzajów schorzeń uzasadniających obniżenie wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych oraz sposobu jego obniżania (Dz.U. Nr 124, poz. 820 ze zm).
17. Ustawa z dnia 06.06.1997 r. Kodeks karny (Dz. U. Dz.U. z 2021r., poz. 2345 ze zm.).
18. Ustawa z dnia 06.06.1997 r. Kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 2021r., poz. 534 ze zm.).
19. Ustawa z dnia 06.06.1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. z 2021 r. poz. 53).
20. Ustawa z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883).
21. Ustawa z dnia 06.09.2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384 ze zm).
22. Decyzja Komisji Wspólnot Europejskich z dnia 19.03.2002 r. ustanawiająca definicje przypadku w celu zgłaszania chorób zakaźnych do sieci wspólnotowej na podstawie decyzji 2119/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady (Dz.U. L 86 z 3.4.2002 r.).
23. Ustawa z dnia 24.05.2002 r. o Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz Agencji Wywiadu (Dz. U. z 2018r., poz. 2387 j.t. z późn. zm).
24. Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 15.04.2003 r. w sprawie oceny zdolności fizycznej i psychicznej do służby w Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego (Dz.U. z 2014r.,poz. 242 z późn. zm).
25. Ustawa z dnia 11.03.2004 r. o ochronie zdrowia zwierząt oraz zwalczaniu chorób zakaźnych zwierząt (Dz.U. z 2020 r., poz. 1421).
26. Ustawa z dnia 09.06.2006 r. o służbie funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służby Wywiadu Wojskowego (Dz.U. z 2021 r., poz. 1362 z późn. zm).
27. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 09.10.2008 r. w sprawie wymagań, jakie powinien spełniać system zapewnienia jakości w bankach tkanek i komórek (Dz.U. z 2015 r. poz. 967 ze zm).
28. Ustawa z dnia 06.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2020 r., poz. 849).
29. Ustawa z dnia 05.12.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2021 r. poz. 2069).
30. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15.02.2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS (Dz.U. Nr 44, poz. 227).
31. Ustawa z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2022 r. poz. 633).

32. Rozporządzenie z 18.12.2014 r. w sprawie wykazu chorób i ułomności, wraz z kategoriami zdolności do służby kandydata do Służby Więziennej i funkcjonariusza Służby Więziennej (Dz.U. z 2014 r., poz. 1989).
33. Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 03.06.2015 r. w sprawie orzekania o zdolności do zawodowej służby wojskowej oraz właściwości i trybu postępowania wojskowych komisji lekarskich w tych sprawach (Dz. U. z 2015r., poz. 761 ze zm.).
34. Rozporządzenia z 09.01.2017 r. w sprawie badań okresowych i kontrolnych policjantów (Dz.U. z 2017 r., poz. 110 ze zm.).
35. Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 24.06.2017 r. w sprawie orzekania o zdolności do służby w Służbie Kontrwywiadu Wojskowego i Służbie Wywiadu Wojskowego, orzekania o inwalidztwie funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego i Służby Wywiadu Wojskowego oraz emerytów i rencistów Służby Kontrwywiadu Wojskowego i Służby Wywiadu Wojskowego oraz orzekania o uszczerbku na zdrowiu funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego i Służby Wywiadu Wojskowego (Dz.U. z 2017r., poz.1345).
36. Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 24.01.2018 r. w sprawie orzekania o zdolności do czynnej służby wojskowej oraz trybu postępowania wojskowych komisji lekarskich w tych sprawach (Dz.U. z 2018r., poz. 258).
37. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 11.10.2018 r. w sprawie wykazu chorób i ułomności, wraz z kategoriami zdolności do służby w Policji, Straży Granicznej, Straży Marszałkowskiej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Służbie Ochrony Państwa (Dz. U. z 2018r., poz. 2035).
38. Ustawa z dnia 31.03.2020 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. z 2020r., poz. 568).