

Jarosław A. Berent¹, Karol Śliwka

Ewolucja pojęcia „choroby zagrażającej życiu” w kolejnych kodeksach karnych.

Evolution of the term „life-threatening injury” in consecutive penal codes.

Z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej AM w Bydgoszczy
Kierownik: prof. dr hab. n. med. K. Śliwka

W pracy autorzy dyskutują zagadnienie choroby zagrażającej życiu w ustawach karnych z 1932 i 1969 roku oraz w nowym kodeksie karnym z 1997 roku. Analiza jest oparta na piśmiennictwie sądowo–lekarskim, komentarzach do kodeksu karnego i orzecznictwie Sądu Najwyższego. Sformułowanie nowego kodeksu, w którym zamiast nieco kontrowersyjnego, dotychczasowego pojęcia: „choroby zazwyczaj zagrażającej życiu”, pojawia się określenie: „choroby realnie zagrażającej życiu” uznane zostało za najbardziej jednoznaczne z punktu widzenia orzecznictwa sądowo–lekarskiego. W pracy zawarto wskazówki dla opiniowania po wejściu w życie nowego kodeksu karnego.

The term „life-threatening injury” has been discussed on the grounds of Polish penal codes from 1932 and 1969 and of the new penal code from 1997. The code presently being prepared – which forfeits the controversial qualification: „usually life-threatening injury” and introduces the term: „actually life-threatening injury” – ought to be found as the most unequivocal from the legal medicine point of view.

W kodeksie karnym z 1932 roku przestępstwo spowodowania „choroby zagrażającej życiu” (ch.z.ż.) znalazło się w rozdziale obejmującym przestępstwa prze-

1 Stypendysta Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej

ciwko życiu i zdrowiu. W kolejnej – obecnie obowiązującej – ustawie z 1969 roku, jak i w nowym kodeksie karnym z 1997 roku, dalej utrzymano powyższą lokalizację.

Ustawa karna z 1932 roku w rozdziale XXXV obejmującym artykuły 225–247 kodyfikowała przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu. Dla medycyny sądowej najistotniejsze były artykuły 235, 236, 237 i 239 („Art. 235. §1. Kto: a) pozbawia człowieka wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia, albo b) powoduje inne trwałe kalectwo, ciężką chorobę nieuleczalną, chorobę zagrażającą życiu, albo trwałą chorobę psychiczną lub trwałą niezdolność do pracy zawodowej podlega... Art. 236. §1. Kto powoduje: a) uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia, które nie zagrażają życiu lub zagrażają mu tylko chwilowo, a naruszają czynność narządu ciała co najmniej na przeciąg 20 dni, albo b) trwałe zeszpecenie lub trwałe zniekształcenie ciała, podlega... Art. 237. §1. Kto powoduje uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia inne, niż określone w art. 235 i 236, podlega... Art. 239. §1. Kto uderza człowieka lub w inny sposób narusza jego nietykliwość cielesną, podlega...”).

Spośród określeń zawartych w art. 235 jedynie przy ch.z.ż. nie występował warunek trwałości rozumianej jako nieodwracalność. Konstrukcja taka nie była przypadkowa, lecz zupełnie zamierzona, co podano w Motywach Komisji Kodyfikacyjnej (18). Peiper w swoim komentarzu do kodeksu karnego pisał: „Niebezpieczeństwo utraty życia musi trwać czas dłuższy, albowiem rozstrój zdrowia, zagrażający życiu tylko chwilowo, podpada pod art. 236 §1. lit. a). Jak długo czas ten ma trwać (...) oceni sąd na podstawie rodzaju choroby i zachodzących okoliczności, posługując się w tym celu pomocą biegłych.” (22). Sąd Najwyższy orzekł, iż aczkolwiek brak jest wymogu trwałości, to zagrożenie życia musi być jednak długotrwałe (choć nie musi być nieodwracalne): „Art. 235 dotyczy wypadków, gdy skutki uszkodzenia są trwałe i stawiając narówni z niemi chorobę zagrażającą życiu, ma niewątpliwie na myśli chorobę długotrwałe i przewlekłe zagrażającą życiu. Natomiast wypadek, gdy niebezpieczeństwo dla życia trwało dni kilka a więc było przemijające, pozbawiony jest cechy trwałości i dotkliwości, jakich dotyczy art. 235 i może być zakwalifikowany z art. 236.” (21).

Interpretacja pojęcia ch.z.ż. od początku była kontrowersyjna (2). Niektórzy kwestionowali w ogóle celowość takiego określenia: „Wprowadzenie do Kodeksu konstrukcji przestępstwa spowodowania „choroby zagrażającej życiu”, jest nieuzasadnione i ryzykowne. Stanowiąca podstawę wyrokowania ocena, czy dana choroba zagraża życiu, oraz określenie trwałości momentu spowodowania przez nią niebezpieczeństwa dla życia z reguły będą zależały od indywidualnej oceny lekarza – biegłego, który orzeczenie wydaje – medycyna bowiem nie daje przesłanek, pozwalających ściśle określić moment, w którym przejawy chorobowe zagrażają bezpośrednio życiu.” (16). Inni kusili się jednak o podanie definicji: „Przez pojęcie choroby zagrażającej życiu należy rozumieć taką chorobę, która wystąpiła jako bezpośredni skutek urazu i spowodowała konkretne niebezpieczeństwo dla życia pokrzywdzonego.” (14). Walczyński podał, że chodzi nie tylko o przypadki przestępczego działania, ale i zaniechania działania. Ponadto optował on za realnością zagrożenia jako warunkiem przyjęcia takiej kwalifikacji: „Jedynie właściwa koncepcja interpretacyjna choroby zagrażającej życiu wymaga przede wszystkim realnego zaistnienia zagrożenia. (...) Decydujące jest tu bowiem tylko realne zaistnienie pewnego bardzo ciężkiego stanu, bez względu na to, z jakim schorzeniem stan ten się wiąże lub z zaburzenia czynności jakiego narządu lub układu wynika. W tego

rodzaju stanie chorobowym, mimo iż kończy się on w rezultacie przeżyciem, pokrzywdzony znajduje się przez pewien czas na pograniczu życia i śmierci, a więc stany takie stanowią jak gdyby pewne przejście pomiędzy bardzo ciężkimi uszkodzeniami ciała a zejściem śmiertelnym jako skutkiem urazu przestępnego.”. Podał on również definicję stanu zagrożenia życia: „Stan związany przyczynowo z czynem przestępnym, w którym dochodzi do tak poważnego realnego zaburzenia czynności podstawowych układów narządowych, jak: ośrodkowy układ nerwowy, układ oddechowy czy układ krążenia, że w każdej najbliższej chwili można spodziewać się zahamowania ich czynności niezbędnych dla życia, a więc zgonu.” i określił kryteria rozpoznawcze: „Objawami tych bardzo ciężkich stanów są znaczne zakłócenia akcji serca, duży spadek ciśnienia krwi, zaburzenia oddychania, dłuższa utrata przytomności, poważne zwwyżki ciepłoty ciała itd.”. W przypadkach, kiedy np. podjęto leczenie i usunięto w ten sposób zagrożenie życia przyjmował on, iż: „rozstrzygający jest skutek, który rzeczywiście nastąpił, a nie skutek dopiero oczekiwany.” (35). Podobne zdanie wyraził Popielski: „Tylko tak ciężkie stany chorobowe, które poważnie i bezpośrednio zagrażają życiu, czyli takie, które zwykle lub bardzo często kończą się śmiercią należy zaliczać do „chorób zagrażających życiu”. (...) Przykładem są złamania kości podstawy czaszki połączone z objawami stłuczenia mózgu, (...) rany serca, rany drażące do jamy brzusznej połączone z uszkodzeniami jej narządów (np. jelit, z zapaleniem otrzewnej lub ciężką posocznica), tętniaki pourazowe grożące pęknięciem itp.”, chociaż zwrócił on jednocześnie uwagę, iż w pewnych przypadkach mogą jednak pojawić się wątpliwości [23]. Przykłady podane przez Popielskiego były później bezpośrednio cytowane w orzeczeniach Sądu Najwyższego (27).

Inni autorzy jak Grzywo–Dąbrowski i Puchowski uważali, że już zwykłe prawdopodobieństwo, iż dane cierpienie pourazowe może być przyczyną śmierci daje podstawę do zaliczenia go do ch.z.ż. (20).

Pod koniec lat czterdziestych i na początku pięćdziesiątych opracowano pierwszy projekt zmian w kodeksie karnym (ukazał się on w druku w 1956 roku). Utrzymano w nim pojęcie ch.z.ż., chociaż usunięto warunek z kodeksu z 1932 roku, iż zagrożenie życia musi być dłuższe niż chwilowe. Drugi z kolei projekt (opublikowany w 1963 roku) powtórzył w całości tą wykładnię. Popielski w 1951 roku w atmosferze planowanej nowej kodyfikacji prawa karnego (jeszcze przed opublikowaniem pierwszej wersji projektu) zaproponował usunięcie pojęcia ch.z.ż., a wprowadzenie „choroby zazwyczaj śmiertelnej” (25). Grzywo–Dąbrowski w 1953 roku zwrócił już uwagę, że: „nie zawsze jednak da się ściśle odgraniczyć przypadki, które podpadają pod artykuł 146² [ciężkie uszkodzenie ciała] od tych, jakie należy zaliczyć do artykułu 147 [lekkie i średnie uszkodzenie ciała]; przewiduję, że będzie duża rozbieżność w kwalifikacji zależnie od ujęcia biegłych lekarzy.” (8). Byrdy, widząc czyhające niebezpieczeństwo, także domagała się innej normy w kodeksie: „To pojęcie [ch.z.ż.] (...) było dotąd w piśmiennictwie najgoręcej atakowane zwłaszcza przez medyków sądowych, ponieważ treść jego jest nieprecyzyjna i często nie mieści się w lekarskich kryteriach choroby zagrażającej życiu. Nawet z lekarskiego punktu widzenia jest to pojęcie tak względne, a zjawisko zagrożenia

2 Numeracja odnosi się do jednej z roboczych wersji projektu kodeksu karnego.

uwarunkowane tyłoma czynnikami, że niepodobna stworzyć jakąś definicję. Świadczą o tym dane z piśmiennictwa i opinie wyrażane przez medyków sądowych, którzy nawet występowali w swoich publikacjach z pewnymi propozycjami i słusznie domagają się, by wprowadzić określenie „choroby zazwyczaj śmiertelnej” (...) lub „choroby bezpośrednio zagrażającej życiu.” (4). Słomski pisał: „Najwięcej wątpliwości i zastrzeżeń wśród lekarzy wywoływało pojęcie „choroby zagrażającej życiu” w art. 235 k.k. Wynika to z niemożności przewidywania – przynajmniej w dużej liczbie przypadków – czy schorzenie zakończy się wyzdrowieniem czy też śmiercią. Jak wiadomo, zdarzają się nierzadko przypadki błahego uszkodzenia lub schorzenia, kończące się – wbrew wszelkim przewidywaniom – śmiercią, i odwrotnie, schorzenia lub uszkodzenia bardzo ciężkie, kończące się szybko wyleczeniem.” (30). Pomimo takich uwag w trzeciej i ostatniej wersji projektu (opublikowanej w 1966 roku) pojawiło się jeszcze bardziej podatne na dowolności interpretacyjne pojęcie „choroby zazwyczaj zagrażającej życiu” (ch.z.z.ż.), które obowiązuje do chwili obecnej. Walczyński zauważył: „Wbrew znanym poprawnym wykładniom pojęcia choroby zagrażającej życiu dodanie tu określenia „zazwyczaj” jest nie tylko niepotrzebne, ale ustawia całkowicie wadliwie to pojęcie, odrealniając czy „odbezpośredniając” stan zagrożenia. W poprzednim ustawieniu niebezpieczeństwo dla życia było realne, konkretne, obecnie może być tylko abstrakcyjne, gdy jakaś choroba, którą włączy się do spisu „zazwyczaj zagrażających życiu”, będzie miała właśnie w tym przypadku łagodny przebieg. Projekt zszedł więc w tym zakresie znowu na manowce abstrakcyjności zagrożenia i możliwości jakiejś choroby zagrażającej życiu bez realnego stanu zagrożenia.” (35).

Przyjęty przez ustawodawcę kodeks karny z 1969 roku ostatecznie zatwierdził określenie „choroby zazwyczaj zagrażającej życiu”. W opublikowanym wkrótce komentarzu interpretacja była lakoniczna: „W wypadkach spowodowania ch.z.z.ż. cecha trwałości nie jest konieczna, natomiast musi istnieć poważna możliwość śmiertelnego zejścia.” i „(...) tego rodzaju uszkodzenia ciała, które niestannie (np. w ciągu kilkudziesięciu godzin od chwili zadania uszkodzeń do chwili pomyślnego przeprowadzenia operacji chirurgicznej) zagrażały życiu pokrzywdzonego.”, przy czym to drugie sformułowanie zostało poddane krytyce ze strony medyków sądowych (1,11). Późniejsze komentarze powielały kryterium poważnej możliwości zejścia śmiertelnego, przy braku wymogu długotrwałości (7). Gurgul w 1971 roku analizując półtoraroczny okres stosowania nowego kodeksu karnego uznał, iż wprowadzenie okolicznika „zazwyczaj” dało ważną wskazówkę interpretacyjną określając, że chodzi wyłącznie o przypadki, kiedy zgon jest typowym następstwem, jak to ma miejsce np. w razie uszkodzenia mięśnia sercowego lub wielkich naczyń krwionośnych (9).

Sąd Najwyższy w szeregu orzeczeń podawał interpretację ch.z.z.ż. W wyroku II KR 167/76 przyjął: „Do bytu przestępstwa (...) nie jest konieczne, by sprawca spowodował chorobę zagrażającą życiu w konkretnym wypadku, lecz by choroba ta należała do rzędu tak ciężkich, które w przeważającej ilości wypadków, w typowym ich przebiegu, stanowią zagrożenie dla życia człowieka, na co wskazuje użyte w ustawie określenie: „...zazwyczaj” zagrażająca życiu. Gdyby odpowiedzialność sprawcy (...) zależna była od spowodowania choroby zagrażającej życiu w każdym wypadku, to użyte w ustawie określenie „zazwyczaj” byłoby zbędne.” (45). W wyroku II KR 371/76 Sąd podał kazuistycznie, że: „Wywołana uciskiem szyi duszność

znacznego stopnia, powodująca zaburzenia w dopływie tlenu do tkanki mózgowej, która może doprowadzić do zejścia śmiertelnego (...) stanowi ch.z.z.ż.” [38]. W uzasadnieniu tego wyroku stwierdzono: „W istocie pojęcie choroby, a zwłaszcza choroby zazwyczaj zagrażającej życiu, kojarzy się z chorobą długotrwałą, wymagającą intensywnego leczenia, z chorobą, która bez fachowej interwencji lekarskiej w przeważającej większości wypadków kończy się śmiercią. Nie wyklucza to jednak możliwości uznania, że wywołana uciskaniem szyi duszność znacznego stopnia, powodująca zaburzenia w dopływie tlenu do tkanki mózgowej, która może doprowadzić do zejścia śmiertelnego, albo do powstania uchwytnych zmian w mózgu stanowi chorobę zazwyczaj zagrażającą życiu.” (33). Niedzielski w głosie do powyższego wyroku przypomniał, że dotychczasowe poglądy na interpretację ch.z.z.ż. nie były jednolite w kwestii czy konieczna jest realność zagrożenia życia, czy wystarczająca jest sama potencjalność: „Obowiązujące przeto prawo karne usunęło w dużej mierze niejasności, jakie się uprzednio rodziły, i stanęło wyraźnie na gruncie, że choroba ta nie musi spowodować realnego niebezpieczeństwa, czyli innymi słowy zagrożenie jest tu abstrakcyjne, a nie konkretne. Zachodzi tedy możliwość łagodnego i niestwarzającego niebezpieczeństwa dla życia przebiegu tejże choroby, która jednak w przeciętnym klinicznym obrazie wywołuje groźbę śmierci.” (20). Już bezpośrednio zagadnienie wpływu ewentualnej interwencji lekarskiej na kwalifikację podjął wyrok II KR 192/79: „Za ch.z.z.ż. (...) należy uznać takie następstwa obrażeń ciała, które pomimo w porę podjętego i w pełni prawidłowego postępowania leczniczego, z reguły kończą się zejściem śmiertelnym.” (43). Jak łatwo zauważyć wyrok II KR 192/79 stoi w jawnej sprzeczności do cytowanego wyżej uzasadnienia wyroku II KR 371/76, jak i większości innych orzeczeń Sądu Najwyższego podejmujących to zagadnienie, chociaż takie właśnie stanowisko reprezentują również najpopularniejsze polskie podręczniki medycyny sądowej (10,29,36,37,40,41). Wyjaśnienie zagadnienia odpowiedzialności sprawcy w przypadku opóźnienia leczenia wynikłego z winy pokrzywdzonego znajdujemy w uzasadnieniu do wyroku V KRN 16/79: „Okoliczność, że pokrzywdzony przez zgłoszenie się do badania i leczenia dopiero po kilku dniach od doznania urazu mógł znacznie pogorszyć istniejący pourazowy stan oka, nie wyłącza ani związku przyczynowego, ani odpowiedzialności oskarżonego za powstały skutek jego działania. Czyn sprawcy nie musi być wyłączną przyczyną skutku oraz współistnienie innych okoliczności lub winy innych osób nie wyłącza przyczynowości nawet wtedy, gdy rola tych okoliczności byłaby dominująca.” (34).

W wyroku II KR 191/83 jako definicję ch.z.z.ż. powtórzono dokładnie przytoczoną już w tej pracy wcześniejszą definicję ch.z.ż. podaną w 1967 roku przez Walczyńskiego: „Przez ch.z.z.ż. należy rozumieć taki 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.” (26,39). Niezbędny czas trwania choroby rozstrzygnął wyrok II KR 20/86: „Ch.z.z.ż. (...) nie musi być leczona w sposób długi czy też długotrwały, a jedynie jej dynamiczny przebieg, nie przerwany odpowiednim leczeniem, decyduje o tym, że jest ch.z.z.ż.” (41). Natomiast Sąd Najwyższy w wyroku III KR 181/90 przyjął nieco zaskakującą kwalifikację, stwierdzając, iż: „Oskarżony (...) spowodował (...) wieloodłamowe złamanie żuchwy, a więc długotrwałą chorobę zazwyczaj zagrażającą życiu.” (44). W innym wyroku Sąd Najwyższy uznał znowu, że:

„Spowodowanie ciężkiej długotrwałej choroby nie musi być według art. 155 §1 pkt 2 k.k. połączone z ciężką chorobą „nieuleczalną” lub „zazwyczaj zagrażającą życiu”, gdyż przepis ten określa te rodzaje choroby jako alternatywne skutki przestępstwa.” (42). Brak wymogu długotrwałości powtórzono jeszcze w wyroku II KR 20/86 (41). Wyroki III KR 370/74 i I KR 7/76 przyjmowały, iż dla przyjęcia kwalifikacji ch.z.z.ż. wystarczy, że nieuniknione, realne zagrożenie życia i dalszy zgon wystąpiłyby w przyszłości, chociaż interwencja lekarska zapobiegła im: „Dla bytu przestępstwa (...) przez spowodowanie ch.z.z.ż., jest konieczne stwierdzenie obiektywnego istotnego zagrożenia życia w wyniku takiego następstwa urazu, które według doświadczenia lekarskiego przeważnie kończy się śmiercią. Fakt, że w wyniku szybkiej pomocy lekarskiej i zabiegu operacyjnego zagrożenie to minęło i pokrzywdzony po stosunkowo krótkim okresie rekonwalescencji został w stanie dobrym wypisany do domu (po 10 dniach), nie odbiera działaniu przestępczemu cech przestępstwa określonego w tym przepisie.” (36,37,46).

Jako pierwsi z medyków sądowych po wprowadzeniu nowego kodeksu podjęli zagadnienie ch.z.z.ż. Jakliński i Tomaszewska. Stwierdzili oni: „Chodziłoby tu o pourazowe stany chorobowe, które według doświadczenia lekarskiego w przeważającej części przypadków kończą się zejściem śmiertelnym, a tylko dzięki szybkiej i prawidłowej interwencji lekarskiej udaje się poszkodowanego zachować przy życiu. Wymienić tu można następujące przypadki: rany serca, krwotoki z przeciętych dużych naczyń tętniczych z objawami wstrząsu pokrwotocznego, ciężkie wstrząsy pourazowe o przedłużającym się przebiegu wymagające bezwzględnie leczenia szpitalnego, rozlane ropne zapalenia otrzewnej, stłuczenia mózgu z długotrwałą utratą przytomności, krwiaki śródczaszkowe itp.” (13). Po roku obowiązywania nowego kodeksu na naradzie wojewódzkich specjalistów do spraw medycyny sądowej z udziałem kierowników katedr medycyny sądowej akademii medycznych uznano za obowiązującą następującą definicję: „Za „ch.z.z.ż.” można uznać wszelkie sprawy chorobowe i następstwa urazów, w których doszło do uszkodzenia ważnych dla życia narządów ciała z równoczesnym realnym zagrożeniem życia, jeżeli śmiertelność w tych sprawach chorobowych jest wysoka (co najmniej kilkadziesiąt procent).” (3,15). Popielski zwrócił uwagę na ewentualne, choć rzadkie powikłania: „Przy kwalifikacji (...) nie można brać pod uwagę ewentualnych powikłań, które mogą się zdarzyć i mogą spowodować stan „zagrożenia życia”, ale zwykle się nie zdarzają.” (24). Realność zagrożenia życia była niekwestionowanym kryterium, chociaż wątpliwości budziły przypadki, kiedy udzielona pomoc przerwała łańcuch wydarzeń prowadzący do nieuchronnego, czy też właściwie zazwyczaj nieuchronnego zgonu. Jako pierwsza Garbowska–Górska jednoznacznie zaliczyła takie przypadki jako ch.z.z.ż.: „Zgodnie z ogólną tendencją kodeksu karnego do zwiększania ochrony zdrowia człowieka, a także biorąc po uwagę znaczenie słowa „zazwyczaj” (przeważnie, najczęściej), można wnioskować, że ustawodawca zamierzał rozszerzyć pojęcie ch.z.ż. i na te przypadki, w których z tych czy innych powodów (pomoc lekarska, cechy osobnicze) nie było realnego zagrożenia życia, jednak ze względu na rodzaj uszkodzenia ciała zazwyczaj w podobnych przypadkach występuje takie zagrożenie.” (6).

Po kilku latach dyskusji wyłonił się consensus, iż ch.z.z.ż. to taka, w przebiegu której wystąpiły rzeczywiste (realne, kliniczne) objawy zagrożenia życia oraz również taka, gdzie interwencja lekarska zapobiegła tym objawom w sytuacji, gdy

organizm nieuchronnie zmierzał w ich kierunku. Zwracano jednak nadal uwagę na kontrowersyjność słowa „zazwyczaj” (12,17).

Ostatnio Dzida i Meissner podali własną definicję: „Choroba zazwyczaj/realnie zagrażająca życiu ma miejsce, kiedy w następstwie urazu dochodzi do ostrej niewydolności ważnych dla życia funkcji organizmu – krążenia, oddychania, centralnej regulacji, homeostazy chemicznej lub immunologicznej.” (5).

Nowy kodeks karny został uchwalony przez Sejm Rzeczypospolitej Polskiej dnia 6 czerwca 1997 roku. Opublikowano go w Dzienniku Ustaw z dnia 2 sierpnia 1997 roku (31). Wejdzie on w życie z dniem 1 stycznia 1998 roku. W art. 156 będącym odpowiednikiem aktualnego art. 155 zamiast pojęcia ch.z.z.ż. pojawiło się nowe, od dawna postulowane sformułowanie „choroba realnie zagrażająca życiu”.³ Pojęcie to wprowadzono już na wcześniejszych etapach opracowania projektu, uzasadniając to wówczas następująco: „W obrębie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu dokonano zmian postulowanych przez naukę medycyny, tj. zwrot „zazwyczaj zagrażająca życiu” zamieniono na zwrot bardziej jednoznaczny dla lekarza: „realnie zagrażająca życiu.” (28,32). W dotychczasowym piśmiennictwie sądowo-lekarskim wprowadzona zmiana została dobrze przyjęta (2,19).

Autorzy niniejszej pracy również podzielają to stanowisko przyjmując, iż dla wyzerpania „znamion choroby realnie zagrażającej życiu” w rozumieniu art. 156. §1 nowego kodeksu karnego niezbędne jest realne, czyli rzeczywiście istniejące, zagrożenie życia. Według słownika⁴ dwa główne znaczenia słowa „realny” to: 1) istniejący faktycznie, rzeczywisty, prawdziwy, konkretny, faktyczny i 2) możliwy do wykonania, urzeczywistnienia, osiągalny. Podanej wyżej definicji odpowiada to pierwsze znaczenie, natomiast drugie mogłoby odpowiadać sytuacji, gdy zagrożenie życia by wystąpiło, ale interwencja lekarska zapobiegła mu. Spodziewając się jednak mimo wszystko kontrowersji warto w tym miejscu wrócić do starej interpretacji Walczyńskiego, który (zajmując się jeszcze „chorobą zagrażającą życiu”) przyjmował, iż jest to stan z pogranicza życia i śmierci, w którym w każdej najbliższej chwili można spodziewać się zgonu (35). Naszym zdaniem to zwięzłe wyjaśnienie znakomicie oddaje wymowę również nowego przepisu. Co więcej lokalizacja „choroby realnie zagrażającej życiu” w obrębie jednego artykułu łącznie z np. „pozbawieniem człowieka wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia” sugeruje, iż ich umowna dotkliwość powinna być zbliżona. Przykładowo chorobą realnie zagrażającą życiu będzie niewątpliwie masywny krwotok z wtórnie rozwi-

3 De facto zarówno do projektu z 1994 roku, jak i do ostatecznej wersji kodeksu opublikowanej w Dzienniku Ustaw, najprawdopodobniej wkradł się błąd interpunkcyjny, gdyż odpowiedni fragment brzmi następująco: „Kto powoduje ciężki uszczerbek na zdrowiu w postaci (...) innego ciężkiego kalectwa, ciężkiej choroby nieuleczalnej lub długotrwałej choroby realnie zagrażającej życiu (...)”. Gdyby traktować taki zapis dosłownie, to mielibyśmy nową kategorię „długotrwałej choroby realnie zagrażającej życiu”. Co prawda o czymś takim proroczo wspominał już przed laty Sąd Najwyższy (wyrok SN z 29.09.1989, III KR 181/90), ale brak jakiegokolwiek wyjaśnienia w opublikowanym Uzasadnieniu wskazuje, że jest to tylko dosyć niefortunny błąd w druku, który zapewne zostanie wyjaśniony w przyszłych komentarzach (32,44).

4 Komputerowy Słownik Języka Polskiego PWN. Wyd. I. PWN, Warszawa 1996 wydany na płycie CD, który obejmuje: Słownik Języka Polskiego. Tom I–III. Wyd. I. PWN, Warszawa 1995 i Słownik Wyrazów Obcych. Wydanie nowe. PWN, Warszawa 1995.

niętym wstrząsem, obrażenia śródczaszkowe z wtórnym obrzękiem mózgu, rany serca przebiegające z tamponadą worka osierdziowego, rany brzucha z wtórnym zapaleniem otrzewnej. W stanach takich organizm na pewno balansuje pomiędzy życiem a śmiercią i nawet prawidłowa interwencja lekarska niejednokrotnie nie pozwala na uratowanie pokrzywdzonego. Warto podkreślić jest, iż we wszystkich wymienionych powyżej stanach o tym „balansowaniu” decyduje nie tyle pierwotne schorzenie, co dołączające się skutki tego schorzenia. Natomiast wątpliwości budzą jednak te same stany, gdy kwalifikowana pomoc zapobiegła wystąpieniu właśnie tych skutków, np. przypadek rany brzucha z otwarciem jelita, ale jeszcze przed rozwinięciem się zapalenia otrzewnej (jeżeli nie doszło do jednoczesowego uszkodzenia większych naczyń krwionośnych, to pokrzywdzony może przez kilkadziesiąt godzin funkcjonować zupełnie prawidłowo). Jest niemalże pewne, iż pacjent ten umrze z powodu zapalenia otrzewnej, ale z drugiej strony stosunkowo nieskomplikowany zabieg chirurgiczny przywraca mu pełnię zdrowia i wydaje się, że odległość pokrzywdzonego od granicy „balansowania pomiędzy życiem a śmiercią” mimo wszystko była znaczna. Jeszcze bardziej dający do myślenia jest przykład pourazowego uszkodzenia tętnicy promieniowej, np. wskutek jej zranienia nożem. Nawet sam pacjent może zatamować krwawienie i udać się do Poradni Chirurgicznej, gdzie lekarz zeszyje lub podwiąże tętnicę, czyli de facto uratuje mu życie, gdyż śmiertelne wykrwawienie z takiej rany jest tylko kwestią czasu. W takim przypadku mamy jednak sprzeczność, gdyż z jednej strony niechybnie doszło by do zgonu, a z drugiej przyjęcie realności zagrożenia życia wydaje się być jednak grubą przesadą.

Na szczęście, jak to już wielokrotnie podkreślał Sąd Najwyższy, kwalifikacja obrażeń ciała i ich skutków jest kwestią wyłącznie prawną, a nie lekarską, czy nawet sądowno-lekarską. Dlatego kwestia np. wpływu udzielenia pomocy lekarskiej na kwalifikację nie należy do biegłego, lecz do Sądu. Biegły powinien zatem ograniczyć się do podania czy w tym konkretnym przypadku, dla danego osobnika (biorąc pod uwagę jego stan zdrowia, wiek, a także sytuację w jakiej się znalazł w wyniku danego, konkretnego zdarzenia) wystąpiło realne (=istniejące faktycznie) zagrożenie życia. Ponadto – o ile skuteczna pomoc zapobiegła dalszemu niekorzystnemu rozwojowi wypadków – biegły powinien podać, co by się stało, gdyby pokrzywdzonemu nie udzielono pomocy. Nie tylko lekarskiej, lecz w pomocy w ogóle, gdyż np. człowiek przysypany zwałem ziemi nie może oddychać, czyli stan taki można traktować jako chorobę realnie zagrażającą życiu. Może wydawać się trochę dziwne uznanie przysypania jako „choroby”, lecz spełnia ono całkowicie kryteria podane przez Działę i Meissner, ponieważ w następstwie urazu doszło do ostrej niewydolności układu oddechowego. Usunięcie ziemi przez ekipę ratowniczą likwiduje zagrożenie życia, chociaż nie jest to przecież pomoc lekarska. Owo przewidywanie dalszego rozwoju „choroby” powinno być zaś oparte na typowym przebiegu i nie uwzględniać możliwych, ale rzadko występujących powikłań.

PIŚMIENICTWO

1. Bafia J., Mioduski K., Siewierski K.: Kodeks karny – komentarz. Wyd. I. Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1971. –2. Baran E.: Uwagi biegłego medyka

sądowego do projektu Kodeksu Karnego w sprawach dotyczących przestępstw przeciwko zdrowiu. *Palestra* 1996, 40, 74–79 i *Arch. Med. Sąd. Krym.* 1995, 45, 146 (streszczenie). –3. Baran E., Próchnicka B.: Sprawozdanie z narady na temat opiniowania sądowo-lekarskiego w sprawach przestępstw przeciwko zdrowiu. *Arch. Med. Sąd. Krym.* 1971, 21, 173–176. –4. Byrdy M.: Kilka uwag medyka sądowego do projektu kodeksu karnego z roku 1963. *Arch. Med. Sąd. Psych. Sąd. Krym.* 1965, 17, 229–233. –5. Dzida J., Meissner E.: Raz jeszcze o interpretacji „choroby zazwyczaj zagrażającej życiu”. *Arch. Med. Sąd. Krym.* 1996, 46, 37–39. 6. Garbowska–Górska A.: Ocena sądowo-lekarska uszkodzeń ciała w praktyce Zakładu Medycyny Sądowej Akademii Medycznej w Łodzi w 1970 roku. *Arch. Med. Sąd. Krym.* 1971, 21, 31–36. –7. Góral R.: Kodeks karny – praktyczny komentarz. Wyd. I. Wydawnictwo ZPP, Warszawa 1996. –8. Grzywo–Dąbrowski W.: Uszkodzenia ciała w projekcie kodeksu karnego. *Państwo i Prawo* 1953, 8, 88–96. –9. Gurgul J.: Z problematyki sądowo-lekarskiej oceny czynów z art. 155, 156 i 182 kk. *Problemy Praworządności* 1971, 22, 24–33. –10. Jakliński A., Kobiela J.S., Jaegermann K., Marek Z., Tomaszewska Z., Turowska B.: *Medycyna sądowa. Podręcznik dla studentów medycyny.* Wyd. IV poprawione. PZWL, Warszawa 1983.

11. Jakliński A., Kobiela J.S., Tomaszewska Z.: W sprawie komentarza do kodeksu karnego. *Arch. Med. Sąd. Krym.* 1972, 22, 7–13. –12. Jakliński A., Marek Z., Tomaszewska Z., Mądro R., Baran E.: Sądowo-lekarska interpretacja „choroby zazwyczaj zagrażającej życiu” (art. 155 kk). *Arch. Med. Sąd. Krym.* 1977, 27, 315–319. –13. Jakliński A., Tomaszewska Z.: Przestępstwa przeciwko zdrowiu w ujęciu nowego kodeksu karnego. Próba komentarza z lekarskiego punktu widzenia. *Arch. Med. Sąd. Krym.* 1970, 20, 213–217. –14. Karpiński Z.: Uszkodzenie ciała i rozstrój zdrowia w świetle ustawy karnej i medycyny sądowej. *Arch. Med. Sąd. Psych. Sąd. Krym.* 1958, 10, 23–42. –15. Kobiela J.S., Marek Z.: Opiniowanie sądowo-lekarskie w sprawach przestępstw przeciwko zdrowiu w świetle przepisów kodeksu karnego z dnia 19.IV.1969 r. *Arch. Med. Sąd. Krym.* 1971, 21, 13–17. –16. Kostecki T.: Przestępstwa przeciwko zdrowiu jednostki w Kodeksie Karnym. *Głos Sądownictwa* 1935, 7, 873–884. –17. Marek Z.: Sprawozdanie z Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej „Postępy w medycynie sądowej” zorganizowanej przez Oddział Krakowski PTMSiK – Osieczany k/Myślenic 9–10 grudzień 1976 r. *Arch. Med. Sąd. Krym.* 1977, 27, 258, 278 i 288. –18. Motywy Komisji Kodyfikacyjnej. Tom V, zeszyt 4, cytaty za [16]. –19. Nasiłowski W., Legień M.: Planowana nowelizacja kodeksu karnego w zakresie przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu w ocenie medyczno-sądowej. *Zeszyty Naukowe Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej ŚLAM* 1995, 4, 89–96. –20. Niedzielski L.: Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z 12 stycznia 1977 roku II KR 371/76. *OSPika* 1978, 22, 139–141.

21. Orzeczenie Sądu Najwyższego z 7 kwietnia 1933 roku 4 K. 136/33, cytaty za [22]. –22. Peiper L.: Komentarz do kodeksu karnego. Wyd. II. Wydawnictwo Leon Frommer, Kraków 1936. –23. Popielski B.: *Medycyna i Prawo.* Wyd. II. PZWL, Warszawa 1968. –24. Popielski B.: *Orzecznictwo lekarskie.* Wyd. I. PZWL, Warszawa 1981. –25. Popielski B.: Projekty zmian niektórych artykułów kodeksu karnego z rozdziału: przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu. *Nowe Prawo* 1951, 7, 40–44. –26. Popławski H.: Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z 15 września 1983 roku II KR 191/83. *Nowe Prawo* 1985, 41, 127–131. –27. Postanowienie Sądu Najwyższego z 10 kwietnia 1985 roku V KRN 127/85. –28. Projekt kodeksu

karnego. Państwo i Prawo 1994, wkładka do zeszytu 2. –29. Raszeja S., Nasitowski W., Markiewicz J.: Medycyny sądowa. Podręcznik dla studentów. Wyd. II. PZWL, Warszawa 1993. –30. Słomski C.: Uwagi lekarza do projektu kodeksu karnego. Arch. Med. Sąd. Psych. Sąd. Krym. 1965, 17, 225–228.

31. Ustawa „Kodeks Karny” z 6 czerwca 1997 roku, Dz.U. nr 88/97, poz. 553. –32. Uzasadnienie do projektu kodeksu karnego. Państwo i Prawo 1994, wkładka do zeszytu 3. –33. Uzasadnienie do wyroku Sądu Najwyższego z 12 stycznia 1977 roku II KR 371/76. –34. Uzasadnienie do wyroku Sądu Najwyższego z 28 marca 1979 roku V KRN 16/79. –35. Walczyński J.Z.: Ocena sądowo-lekarska uszkodzeń ciała w procesie karnym. Wyd. I. PZWL, Warszawa 1967. –36. Wyrok Sądu Najwyższego z 3 lipca 1975 roku III KR 370/74. –37. Wyrok Sądu Najwyższego z 5 maja 1976 roku I KR 7/76. –38. Wyrok Sądu Najwyższego z 12 stycznia 1977 roku II KR 371/76. –39. Wyrok Sądu Najwyższego z 15 września 1983 roku II KR 191/83. –40. Wyrok Sądu Najwyższego z 16 lutego 1981 roku II KRR 26/81.

41. Wyrok Sądu Najwyższego z 17 lutego 1986 roku II KR 20/86. –42. Wyrok Sądu Najwyższego z 18 marca 1975 roku IV KR 7/75. –43. Wyrok Sądu Najwyższego z 27 grudnia 1979 roku II KR 192/79. –44. Wyrok Sądu Najwyższego z 29 września 1989 roku III KR 181/90. –45. Wyrok Sądu Najwyższego z 30 sierpnia 1976 roku II KR 167/76. –46. Wyrok Sądu Najwyższego z 31 marca 1978 roku V KRN 42/78.

Adres autorów:

Katedra i Zakład Medycyny Sądowej AM w Bydgoszczy,
ul. M. Skłodowskiej-Curie 9,
85–094 Bydgoszcz