

Agnieszka Zemke-Górecka

Uniwersytet w Białymstoku, Polska

agnieszka.zemke@adwokatura.pl

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1176-7173>

Cezary Rogula

Centrum Mediacji przy Krajowej Izbie Gospodarczej

cezary@rogula.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2201-4900>

O potrzebie nowelizacji definicji świadczenia zdrowotnego

On the Need to Amend the Definition of Health Services

Abstract: Aesthetic medicine and aesthetic medicine services are not legally defined concepts. Social changes related to increasing attention to one's appearance result in a wider use of not only cosmetic services, but also medical services of a non-therapeutic nature from the area of aesthetic medicine. Despite the lack of comprehensive legal regulations, the scope of such services is increasing, and the number of their beneficiaries is growing year by year. The legal system should guarantee the clarity of appropriate regulations for unaware decision-makers who want to improve their appearance. There is an absolute necessity to amend art. 2 sec. 1 point 10 of the Act on Medical Treatment in order to properly arrange the provision of services in the field of aesthetic medicine and to protect its beneficiaries.

Keywords: aesthetic medicine, health services, doctors, patients

Słowa kluczowe: medycyna estetyczna, świadczenie zdrowotne, lekarz, pacjent

Wprowadzenie

Medycyna estetyczna, jak też świadczenie z zakresu medycyny estetycznej nie są pojęciami normatywnymi. Zmiany społeczne związane z coraz większą dbałością o wizerunek powodują, że korzystanie z usług nie tylko kosmetycznych, ale także ze świadczeń z zakresu medycyny estetycznej jest coraz bardziej powszechne.

System prawny powinien gwarantować klarowność regulacji prawnych w zakresie udzielania świadczeń z zakresu medycyny estetycznej w celu zapewnienia

bezpieczeństwa zdrowotnego jej beneficjentom. Obecnie decydujące znaczenie ma autonomia woli jednostki i zgoda na ingerencję we własne ciało. Osoby zainteresowane świadczeniami z zakresu medycyny estetycznej nie zważają na wątpliwości co do legalności wykonywanych procedur medycznych, zarówno w zakresie podmiotowym, jak i przedmiotowym. Ustawodawca, nie regulując zasad udzielania świadczeń z zakresu medycyny estetycznej i nie ograniczając kręgu podmiotów uprawnionych do ich wykonywania, naraża korzystających z tych świadczeń na negatywne konsekwencje zdrowotne.

O potrzebie traktowania świadczeń z zakresu medycyny estetycznej jako świadczeń zdrowotnych wskazywano już w latach trzydziestych XX wieku. B. Wertheim stwierdzał, że „obecne brzmienie art. 1 Rozp. Prez. Rzplitej o wykonywaniu praktyki lekarskiej nie stoi na przeszkodzie uznaniu zabiegów estetycznych za równorzędne z zabiegami tzw. ściśle leczniczymi; jeżeliby zaś właściwe czynniki doszły do wniosku, że przepis ten stanowi taką przeszkodę – to należy go jak najszybciej znowelizować. Przez wszelkie ograniczanie, czy to drogą represyj karnych, czy – co ważniejsze – drogą wzmożonej odpowiedzialności cywilnej za szkody, uniemożliwia się, a w najlepszym razie znakomicie utrudnia postępy i badania naukowe w tej dziedzinie i wyrzyna się ten dział medycyny z rąk poważnych fachowców, a przerzuca się go na ludzi o gorszych kwalifikacjach fachowych i społecznych” (Wertheim, 1938, s. 51).

W literaturze przedmiotu często zamiennie stosuje się takie określenia, jak „zabiegi estetyczne” i „zabiegi medycyny estetycznej”, co jeszcze bardziej uzasadnia potrzebę interwencji ustawodawcy. Nie jest bowiem jasne, czy dana czynność powinna podlegać reżimowi właściwemu dla „medycyny” czy jest jedynie „estetyką”. W konsekwencji doprowadza to do niepewnej sytuacji prawnej konsumenta-pacjenta, korzystającego z zabiegów medycyny estetycznej. Co więcej, wykładni przepisów prawa dokonują podmioty zainteresowane dostosowaniem zakresu regulacji prawnych do partykularnych potrzeb. Opierają one swoją działalność na przekonaniu, iż brak ustawowej definicji świadczenia z zakresu medycyny estetycznej albo zaliczenia takiego świadczenia do katalogu świadczeń zdrowotnych upoważnia do ich wykonywania nieograniczony krąg osób, bez względu na posiadane kompetencje.

Budzi to uzasadnione wątpliwości, zwłaszcza w przypadku stosowania procedur medycznych, w szczególności takich jak iniekcja, implantacja, przeszczep, oraz wykorzystywanie wyrobów medycznych np. kwasu hialuronowego czy toksyny botulinowej. Skóra jest narządem immunologicznym, który w przypadku stosowania procedur medycznych narażony jest na powikłania. Zabiegi z użyciem wyrobów medycznych są świadczeniami z zakresu medycyny estetycznej, a nie estetyki. O ile świadczenia z zakresu chirurgii plastycznej, bez względu na to, czy mają charakter rekonstrukcyjny czy też ich celem jest poprawa wyglądu, bezsprzecznie podlegają reżimowi właściwemu dla świadczeń zdrowotnych, o tyle zabiegi związane z ingerencją w tkankę ludzką, np. zaimplantowanie kwasu hialuronowego, wymuszać powinny stosowanie *per analogiam* tych samych przepisów. W związku z tym, że w tym drugim przypadku często świad-

czenia te udzielane są przez inne osoby niż te wykonujące zawody medyczne, stosowanie standardów medycznych staje się iluzoryczne.

W judykaturze spotykamy takie kryteria, jak przerwanie granicy skórno-naskórkowej oraz inwazyjność samego zabiegu (wyrok Sądu Rejonowego w Olsztynie, 2015), które mają stanowić o podziale zabiegów na kosmetyczne i estetyczne/z zakresu medycyny estetycznej. Wykorzystanie innowacyjnych technologii, np. terapii laserowych nieablacyjnych nie powoduje przerwania granicy skórno-naskórkowej, zatem to stopień inwazyjności świadczenia (np. terapie laserowe ablacyjne) jest podstawowym kryterium rozgraniczającym te zabiegi i wyznaczającym krąg osób posiadających uprawnienia do ich wykonywania. Objęcie zabiegów estetycznych/z zakresu medycyny estetycznej reżimem u.z.l. (ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty z 1996 roku; Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, 1996) jest powszechnie akceptowane w judykaturze (wyrok Sądu Rejonowego dla Warszawy-Mokotowa w Warszawie, 2017, powołujący się także m.in. na wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie, 2011).

Zdaniem autorów należy dokonać analizy wybranych poglądów doktryny oraz judykatury w celu ustalenia, czy obecne regulacje prawne pozwalają na traktowanie świadczenia z zakresu medycyny estetycznej jako świadczenia zdrowotnego, a w konsekwencji jaki status prawny ma beneficjent świadczeń z zakresu medycyny estetycznej oraz jakie wymagania powinien spełnić świadczeniodawca.

1. Pojęcie medycyny estetycznej

Punktem wyjścia rozważań jest definicja „zdrowia”. Światowa Organizacja Zdrowia wskazuje, że jest to stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie tylko brak choroby lub ułomności (Światowa Organizacja Zdrowia, 1946, tłumaczenie własne autorów). W konsekwencji jest to ujęcie obejmujące zarówno czynniki zdrowia fizycznego, psychicznego, jak i prawidłowego funkcjonowania człowieka w społeczeństwie. P. Daniluk wskazuje, że za chorobę należy uznać „stan, w którym człowiek jest pozbawiony pełnej pomyślności, a więc odczuwa jakikolwiek dyskomfort fizyczny bądź psychiczny”, zaznaczając jednocześnie, że „takie ujęcie choroby nie może znaleźć zastosowania przy określaniu celu leczniczego” (Daniluk, 2005, s. 43). Zdaniem wskazywanego autora, określenie czynności lekarza czynnością leczniczą możliwe jest tylko wtedy, gdy podjęta jest ona w celu leczniczym, czyli „gdy czynność lekarska w sposób zobiektywizowany skierowana jest na chorobę w sensie biologiczno-medycznym i zmierza do profilaktyki, diagnozy, terapii bądź do rehabilitacji osoby dotkniętej jej skutkami” (Daniluk, 2005, s. 46). J. Sawicki uznaje z kolei, że cel leczniczy obejmuje zarówno świadczenia medyczne wykonywane w związku z zachowaniem i poprawą zdrowia, jak i zabiegi kosmetyczne, jeżeli służą one uzyskaniu, przedłużeniu lub poprawie zdolności do pracy (Sawicki, 1965, s. 55–56).

S. Wolfram, podejmując próbę zdefiniowania pojęcia medycyny estetycznej, określił je jako „dział medycyny powiązany interdyscyplinarnie z wszystkimi działami specjalizacji medycznych, który ma na celu uzyskanie za pomocą podjętych działań leczniczych lub pozaleczniczych, wykonywanych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, pożądanego efektu estetycznego u pacjenta”, natomiast zabieg medycyny estetycznej definiuje jako „czynności medyczne o charakterze inwazyjnym lub mało inwazyjnym, a także mikroinwazyjnym bądź nieinwazyjnym, zmierzające do uzyskania pożądanego wyglądu przy wykorzystaniu aktualnej wiedzy medycznej, w celu leczniczym lub pozaleczniczym” (Wolfram, 2023, s. 12). Z kolei dla R. Śpiewaka, rozróżniającego w ramach estetologii medycznej medycynę, dermatologię, chirurgię, ginekologię i stomatologię estetyczną, „medycyna estetyczna (łac. *medicina aesthetica*, ang. *aesthetic medicine*) to dział estetologii medycznej obejmujący procedury, których stosowanie jest prawnie dopuszczalne wyłącznie przez lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu, takie jak ordynacja leków wydawanych z przepisu lekarza oraz zabiegi nieinwazyjne lub o niewielkim stopniu inwazyjności, których wyłącznym lub głównym celem jest poprawa fizycznej atrakcyjności pacjenta” (Śpiewak, 2012, s. 70–71).

Pojęcie medycyny estetycznej zdefiniowała ponadto Naczelna Rada Lekarska w stanowisku Nr 1/21/VIII z dnia 29 stycznia 2021 r., zgodnie z którym „medycynę estetyczną stanowią świadczenia zdrowotne, wiążące się z ingerencją w tkanki ludzkie, udzielane przez lekarzy i lekarzy dentystów, służące przywracaniu lub poprawie fizycznego i psychicznego samopoczucia oraz społecznego funkcjonowania pacjenta, poprzez zmianę jego wyglądu” (Naczelna Rada Lekarska, 2021a).

Naczelna Rada Lekarska zaproponowała zmianę ustawowej definicji świadczenia zdrowotnego zawartej w art. 2 ust. 1 pkt 10 u.d.l. Zgodnie z prezentowanym stanowiskiem świadczenie zdrowotne obejmuje: „działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania, a także działania służące przywracaniu lub poprawie fizycznego i psychicznego samopoczucia oraz społecznego funkcjonowania pacjenta, poprzez zmianę jego wyglądu, wiążące się z ingerencją w tkanki ludzkie” (Naczelna Rada Lekarska, 2021b). W ślad za powyższym Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wydało stanowisko nr 48/21/P-VIII z dnia 15 kwietnia 2021 r., w którym podkreśliło, że pomimo wciąż występujących rozbieżności w orzecznictwie sądów powszechnych, wszystkie zabiegi inwazyjne z dziedziny medycyny estetycznej (w tym iniekcje i pobrania autologiczne) składają się z procedur, które są procedurami medycznymi, dlatego powinny zostać zastrzeżone dla lekarzy i lekarzy dentystów (Naczelna Rada Lekarska, 2021c).

Pogląd ten jest zbieżny z prezentowanym przez World Medical Association w Stanowisku w sprawie zabiegów estetycznych, przyjętym na 65. Światowym Zgromadzeniu Medycznym w Durbanie w październiku 2014 r., zgodnie z którym: „W rozumieniu niniejszego stanowiska zabiegi estetyczne oznaczają interwencje wykonywane nie w celu leczenia urazu, choroby lub deformacji, ale ze względów nietera-

peutycznych, wyłącznie w celu poprawy lub zmiany wyglądu fizycznego danej osoby, która w niniejszym stanowisku jest określana jako pacjent. Świadczenia, jakie są oferowane, obejmują szeroki zakres interwencji, od zabiegów chirurgicznych poprzez iniekcje i różnego rodzaju zabiegi na skórze [...]. Wiele zabiegów estetycznych wiąże się z ryzykiem i może potencjalnie zaszkodzić zdrowiu pacjenta. Osoby niepełnoletnie są szczególnie na to narażone, ponieważ ich ciała często nie są w pełni rozwinięte” (World Medical Association, 2014).

2. Świadczenie zdrowotne a świadczenia z zakresu medycyny estetycznej

Pojęcie świadczenia zdrowotnego unormowane jest w art. 2 ust. 1 pkt 10 u.d.l. Jego zakres obejmuje:

- 1) działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia,
- 2) inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia,
- 3) inne działania medyczne wynikające z przepisów odrębnych, regulujące zasady ich wykonywania.

Udzielanie świadczeń zdrowotnych obejmuje całokształt podejmowanych względem pacjenta czynności medycznych, wykonywanych środkami i metodami właściwymi dla medycyny (Bosek & Janiszewska, 2018, s. 23) przez osoby uprawnione.

Dywersyfikacja świadczeń zdrowotnych może opierać się na różnych kryteriach. Jednym z nich jest kryterium celu, który może mieć charakter leczniczy/terapeutyczny lub nieleczniczy/nieterapeutyczny.

Do świadczeń zdrowotnych o charakterze nieterapeutycznym zaliczamy (Bosek & Janiszewska, 2018, s. 28):

- 1) czynności, których zakres uregulowano przepisami odrębnymi, na podstawie delegacji art. 2 ust. 1 pkt 10 *in fine* u.d.l., np. eksperyment czysto badawczy, pobranie komórek, tkanek lub narządów,
- 2) czynności, których wykonywanie jest zabronione przepisami prawa,
- 3) czynności, nienależące do żadnej z wyżej wymienionych kategorii, których zakresu nie uregulowano przepisami odrębnymi, a ich wykonywanie regulują subsydiarnie przepisy prawa (ustawa kodeks cywilny 1964, ustawa o ochronie praw pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta 2008, u.d.l., u.z.l.).

W przypadku świadczeń z zakresu medycyny estetycznej bezspornie mamy do czynienia zarówno ze świadczeniami o charakterze terapeutycznym, jak i nieterapeutycznym. Chirurgia plastyczna, której celem jest rekonstrukcja, należeć będzie do grupy świadczeń zdrowotnych o charakterze leczniczym. Jednak większość świadczeń z zakresu medycyny estetycznej należy do świadczeń o charakterze nieterapeutycznym, które nie zostały normatywnie zaliczone do katalogu z art. 2 ust. 1 pkt 10 u.d.l.

Należy wskazać, że judykatura w sposób niejednoznaczny kwalifikuje świadczenia wykonywane w ramach medycyny estetycznej. W sprawie dotyczącej iniekcji kwasu hialuronowego w kanaliki łzowe przez technika usług kosmetycznych Sąd Rejonowy w Olsztynie zakwalifikował tę czynność jako świadczenie zdrowotne, czyli zastrzeżone do wykonania przez lekarza i uznał odpowiedzialność obwinionej za wykroczenie z art. 58 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty 1996 (wyrok Sądu Rejonowego w Olsztynie, 2015). Natomiast Sąd Okręgowy w wyniku apelacji uniewinnił obwinioną, uznając, że zabieg ten nie miał charakteru leczniczego, a jedynie kosmetyczny (wyrok Sądu Okręgowego w Olsztynie, 2016). Orzeczenie drugoinstancyjne zostało poddane krytyce. E. Kozak wskazała, że zabieg, który miał na celu poprawienie urody, nie wyklucza celu terapeutycznego czy leczniczego, a tytułem uzasadnienia podniosła także, że kwas hialuronowy uznawany jest za wyrób medyczny, który stosować może tylko lekarz, a nie technik usług kosmetycznych (Kozak, 2022, s. 259–260). Tak też uznał Sąd Rejonowy w Toruniu (wyrok Sądu Rejonowego w Toruniu, 2018) – zabieg powiększania ust kwasem hialuronowym jest świadczeniem zdrowotnym o inwazyjnym charakterze, a osobą upoważnioną do jego wykonania jest wyłącznie lekarz. Odmienne wnioski wynikają z orzeczenia Sądu Okręgowego w Gliwicach (wyrok Sądu Okręgowego w Gliwicach, 2019), zgodnie z którym wypełnienie ust pokrzywdzonej kwasem hialuronowym przez kosmetologa jest legalne, gdyż żadne przepisy prawne nie precyzują, kto jest uprawniony do wykonania takiego zabiegu. Orzecznictwo sądów powszechnych w przedmiocie zabiegów z zakresu medycyny estetycznej jest niejednoznaczne. W przeważającej mierze sądy uznają zabiegi medycyny estetycznej za świadczenia zdrowotne. Tytułem przykładu można wskazać orzeczenie Sądu Apelacyjnego w Białymstoku (wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku, 2016), zgodnie z którym zabieg zmniejszenia piersi jest świadczeniem zdrowotnym. Sąd Okręgowy w Warszawie (wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie, 2022) uznał, że zabieg liposukcji to zabieg medycyny estetycznej podlegający reżimowi udzielania świadczeń zdrowotnych. Sąd Najwyższy w wyroku z 2 lutego 2022 r., sygn. II CSKP 16/22 (wyrok Sądu Najwyższego, 2022), dokonując oceny odpowiedzialności cywilnoprawnej w związku z zabiegiem powiększenia piersi, odwołał się również do zasad związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

W literaturze wskazuje się, że decydujące znaczenie ma rodzaj ingerencji, a spłaszczeniem i uproszczeniem problemu byłoby założenie „że cel estetyczny wyklucza charakter zdrowotny zabiegów z zakresu medycyny estetycznej” (Gądzik, 2022, s. 181).

Ustalenie tego, z jakim rodzajem świadczenia mamy do czynienia, ma istotne znaczenie z punktu widzenia beneficjenta zabiegów medycyny estetycznej. Wówczas, gdy przyjmiemy, że jest to świadczenie zdrowotne, świadczeniobiorca uzyskuje status pacjenta, a świadczeniodawca podlega obowiązkowi, jakie wynikają z przepisów prawa w zakresie przewidzianym dla udzielania świadczeń zdrowotnych. Zdaniem autorów przyjęcie odmiennego stanowiska jest wysoce szkodliwe społecznie. Beneficjent zabiegów medycyny estetycznej, który uzyskuje jedynie status klienta, konsumenta, zamawiającego/zleceniodawcy, pozbawiony jest należytej ochrony prawnej.

S Wolfram słusznie zauważa, że nie do zaakceptowania jest pogląd, zgodnie z którym każdy może realizować działania, które ze swojej istoty stwarzają zagrożenie dla życia i zdrowia człowieka (Wolfram, 2023, s. 54).

Warto zauważyć, że jedynie chirurgia plastyczna, która jest specjalizacją lekarską, ogranicza ustawowo krąg osób uprawnionych do wykonywania zabiegów chirurgicznych, jak i określa standardy ich wykonywania. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie umiejętności zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów (Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie umiejętności zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów, 2023) wymienia medycynę estetyczno-naprawczą jako umiejętność zawodową. Wzmacnia ono wykładnię systemową pojęcia świadczenie zdrowotne, ale nie zastąpi nowelizacji art. 2 ust. 1 pkt 10) u.d.l. (Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, 2011), która jednoznacznie mogłaby zakwalifikować świadczenia z zakresu medycyny estetycznej do katalogu świadczeń zdrowotnych (Bosek & Janiszewska, 2018, 23–24).

Rozwój medycyny estetycznej determinuje konieczność nowelizacji pojęcia świadczenia zdrowotnego (Postanowienie Sądu Najwyższego, 2021) poprzez jego normatywne rozszerzenie o „działania służące przywracaniu lub poprawie fizycznego lub psychicznego samopoczucia oraz społecznego funkcjonowania pacjenta”. Judykatura utwierdza w tym przekonaniu, przyjmując, że kwalifikacja zabiegów estetycznych jako świadczeń zdrowotnych jest uzasadniona tym, że najczęściej zabiegi estetyczne służą polepszeniu zdrowia psychicznego. Bierność ustawodawcy z dnia na dzień pogarsza sytuację prawną konsumenta-pacjenta korzystającego ze świadczeń medycyny estetycznej, a w niektórych przypadkach nawet pozbawia go statusu pacjenta.

3. Wymogi udzielania świadczeń z zakresu medycyny estetycznej

Podjęcie działań w zakresie medycyny estetycznej wymaga utrzymania standardu aktualnej wiedzy medycznej oraz spełnienia wymagań gwarantujących dobrostan pacjenta korzystającego z tych świadczeń. W niektórych krajach Europy przewidziano szczególne regulacje prawne związane z udzielaniem świadczeń z zakresu medycyny estetycznej. Tytułem przykładu można wskazać, że w Anglii lekarz, który przeprowadza operacje z zakresu medycyny estetycznej, musi osobiście udzielić informacji pacjentowi o istocie zabiegu, pouczyć go o wszelkich powikłaniach, wskazać osobę, która pozostawać będzie w kontakcie w razie powikłań lub potrzeby dodatkowych informacji (Pecuszk, 2023, s. 172). W Austrii w przypadku zabiegu z zakresu medycyny estetycznej pomiędzy poinformowaniem pacjenta o istocie zabiegu, przebiegu i powikłaniach musi być zachowany dwutygodniowy odstęp czasu zanim zostanie odebrana od pacjenta zgoda, natomiast zabieg może być wykonany najwcześniej po upływie czterech tygodni od uzyskania zgody (Pecuszk, 2023, s. 173).

Słusznie zauważa się w literaturze przedmiotu, że w Polsce to stan empiryczny, a nie normatywny kształtuje praktykę udzielania świadczeń z zakresu medycyny es-

tetycznej. W doktrynie prawniczej wskazuje się na lukę prawną w tym zakresie, postulując o jej wypełnienie poprzez odpowiednie stosowanie przepisów o udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności w zakresie prawa do informacji, obowiązku odebrania zgody na zabieg (Sobolewski, 2018, s. 339), samostanowienia pacjenta, cywilnoprawnej ochrony dóbr osobistych, uregulowań karnoprawnych związanych z naruszeniem nietykalności cielesnej, zdrowia lub życia człowieka.

Niezbędne jest określenie wymogów zarówno podmiotowych, jak i przedmiotowych, związanych z wykonywaniem świadczeń o charakterze nieterapeutycznym z zakresu medycyny estetycznej.

Zgodnie z poglądem judykatury „medycyna estetyczna jest jedną z obszerniejszych dziedzin i wymaga posiadania wiedzy z różnych obszarów medycyny m.in. dermatologii, fizjologii, endokrynologii czy nawet chirurgii”, a „osoba wykonująca zabieg z zakresu medycyny estetycznej winna rozważyć, czy posiada dostateczną wiedzę, doświadczenie i umiejętności, aby wykonać dany zabieg, a przede wszystkim czy będzie w stanie udzielić pomocy w przypadku ewentualnego wystąpienia komplikacji po wykonanym zabiegu” (wyrok Sądu Rejonowego w Olsztynie, 2015). Zgodnie z art. 2 ust. 1 u.z.l. wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich. Wykonywanie zawodu lekarza dentysty polega natomiast na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, ale tylko w zakresie chorób zębów, jamy ustnej, części twarzowej czaszki oraz okolic przyległych. Dywersyfikacja ustawowa znalazła swoje odzwierciedlenie w dorobku judykatury. Sąd Najwyższy uznał, że wykonanie świadczenia z zakresu medycyny estetycznej w okolicach piersi wchodzi w zakres „ustawowej definicji «świadczenia zdrowotnego», zawartej w art. 2 ust. 1 pkt 10 u.d.l., co z kolei powoduje, że jego wykonanie przez lekarza dentystę [...] narusza art. 2 ust. 2 u.z.l., ze względu na wyrażone w tym przepisie ograniczenia przedmiotowe podejmowania świadczeń zdrowotnych odnoszące się do lekarzy dentystów” (Postanowienie Sądu Najwyższego, 2021).

Z pola widzenia nie można jednak tracić niejednoznaczności orzecznictwa. Zgodnie z wyrokiem Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z roku 2016, jak też stanowiskiem Rzecznika Praw Pacjenta wyrażonym w ramach tego postępowania sądownoadministracyjnego, zabiegi z zakresu medycyny estetycznej co do zasady nie mieszczą się w pojęciu świadczenia zdrowotnego w rozumieniu przepisu art. 2 ust. 1 pkt 10 u.d.l. Należy poddać je krytyce nie tylko dlatego że nawet inwazyjne świadczenie z zakresu medycyny estetycznej nie spełnia kryterium świadczenia zdrowotnego, lecz także, co gorsza, osoba korzystająca z niego zostaje pozbawiona statusu pacjenta, na co nie może być zgody. W świetle jego uzasadnienia zabiegi, których celem jest poprawa wyglądu zewnętrznego, bez względu na ich inwazyjny charakter, nie

są świadczeniami zdrowotnymi. Wskazać należy, że wykładnia dokonywana w orzeczeniach TSUE jest znacznie szersza (Wyrok Trybunału Sprawiedliwości UE, 2010; Wyrok Trybunału Sprawiedliwości UE, 2013). Jedynie w indywidualnych przypadkach świadczenia z zakresu medycyny estetycznej, wówczas gdy służą poprawie albo ratowaniu zdrowia, mogą zostać skatalogowane zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 10 u.d.l. Sprawa dotyczyła osoby korzystającej z zabiegu liposukcji laserowej, która otrzymała informację na stronie internetowej podmiotu leczniczego, że świadczenia wykonywane są przez specjalistę z zakresu chirurgii kosmetycznej i estetycznej (a specjalizacja taka nie istnieje). Beneficjentkę świadczenia z zakresu medycyny estetycznej poinformowano, iż zabieg ma łagodny przebieg, nie wspomniano o możliwych powikłaniach. W wyniku zainicjowanego przez nią postępowania przed Rzecznikiem Praw Pacjenta okazało się, że z racji braku statusu pacjenta nie będzie ono prowadzone. Dodatkowo wskazano, że ocena, czy doszło do udzielenia świadczenia zdrowotnego, każdorazowo będzie uzależniona od tego, czy dany zabieg ma charakter terapeutyczny czy pozaterapeutyczny – służący wyłącznie poprawie wyglądu. Rzecznik Praw Pacjenta może wszcząć postępowanie tylko w przypadku, w którym doszło do naruszenia prawa osoby fizycznej, która posiada status pacjenta, a zatem uczestniczyła w zabiegu o charakterze terapeutycznym.

S. Wolfram w głosie krytycznej do wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z 2016 roku wskazał, że wyrok ten przyjął za punkt wyjścia tylko jedno kryterium – cel zabiegu, przez co wyznaczona w ten sposób granica leczniczego lub pozaleczniczego celu interwencji lekarskiej czyni pacjentem jedynie osobę poddającą się zabiegowi estetycznemu dla celu leczniczego, pomijając wymogi podmiotowe – właściwe umiejętności, wykształcenie potwierdzone odpowiednimi dokumentami, ale przede wszystkim inwazyjność przekraczającą przeciętne ryzyko (Wolfram, 2021, s. 125). Autor ten postuluje stosowanie wykładni funkcjonalnej, uwzględniającej kontekst społeczny, ekonomiczny oraz aksjologiczny (Wolfram, 2021, s. 130–131).

Z pola widzenia nie można stracić także deontologii zawodowej. Zgodnie z art. 10 ust. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej 2024 „Lekarz nie powinien wykraczać poza swoje kompetencje zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzecznich”. W przypadku świadczeń z zakresu medycyny estetycznej, wobec braku specjalizacji z tej dziedziny medycyny, kwalifikacje i umiejętności lekarza powinny być potwierdzone odpowiednimi zaświadczeniami oraz niezbędnym doświadczeniem.

Świadczenie z zakresu medycyny estetycznej powinno być wykonywane zgodnie z wymogami wiedzy i doświadczenia w danej dziedzinie, w szczególności medycznej (Kubiak, 2019, s. 786). Pacjent w przypadku medycyny estetycznej ma prawo do wyboru lekarza, który wykona świadczenie zdrowotne.

Wymogi przedmiotowe związane z wykonywaniem świadczeń z zakresu medycyny estetycznej obejmują:

- 1) realizację praw pacjenta, ze szczególnym uwzględnieniem odrębności z tym związanych, w szczególności prawa do informacji, udzielenia zgody oraz innych czynności, które powinien wykonać lekarz w stosunku do pacjenta,
- 2) odpowiednie przygotowanie techniczne np. związane z użyciem wyrobu medycznego lub sprzętu,
- 3) zachowanie wymogów sanitarnych i lokalowych, gwarantujących odpowiednie środowisko dla inwazyjnych zabiegów.

W przypadku świadczeń z zakresu medycyny estetycznej lekarz zobowiązany jest dokonać wszelkich czynności wynikających z obowiązku udzielenia świadczenia zdrowotnego. Wyróżnić należy badanie podmiotowe i przedmiotowe, postawienie diagnozy, wybór odpowiedniej metody udzielenia świadczenia, wykorzystania sprzętu i zastosowania wyrobu medycznego, biorąc pod uwagę zindywidualizowane potrzeby pacjenta. W przypadku udzielania świadczeń z zakresu medycyny estetycznej warto rozważyć, czy na lekarzu nie ciąży obowiązek zidentyfikowania niezdrowych wyobrażeń o wyglądzie ciała oraz skierowanie uwagi pacjenta na ewentualne zaburzenia w tym zakresie. Zgodnie z zasadą nr 2 Stanowiska w sprawie zabiegów estetycznych, przyjętym na 65. Światowym Zgromadzeniu Medycznym w Durbanie „Lekarze odgrywają rolę w zapewnianiu pomocy w zakresie identyfikowania niezdrowych wyobrażeń o wyglądzie ciała oraz w leczeniu zaburzeń, jeśli takie istnieją” (World Medical Association, 2014). W każdym przypadku niezbędne jest przeprowadzenie szczegółowego wywiadu z pacjentem, a niekiedy – zażądanie dokumentacji medycznej z wcześniej wykonywanych zabiegów medycyny estetycznej czy też zlecenie i wykonanie badań diagnostycznych. Udzielenie świadczenia z zakresu medycyny estetycznej obejmuje czynności przed jego wykonaniem, w trakcie trwania zabiegu, jak i po jego wykonaniu. Pacjent powinien otrzymać zalecenia, które będą chronić go przed narażeniem na rozstrój bądź utratę zdrowia, a czasami nawet życia.

Przed wykonaniem zabiegu z zakresu medycyny estetycznej lekarz powinien udzielić informacji, której zakres jest znacząco rozszerzony w stosunku do obowiązku informacyjnego właściwego dla świadczeń zdrowotnych o charakterze terapeutycznym. Sąd Najwyższy wskazał, że „warunkiem legalności działania lekarza jest zgoda pacjenta odpowiednio poinformowanego, zgodnie z art. 31 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza, co obejmuje poinformowanie pacjenta, z jakimi negatywnymi skutkami zabiegu powinien się liczyć, jakie jest prawdopodobieństwo ich wystąpienia, podania informacji w sposób przystępny dla pacjenta i uzyskanie potwierdzenia, że rozumie on ryzyko zabiegu. Zakres udzielanych pacjentowi informacji musi być uzależniony od rodzaju zabiegu, w szczególności od tego, czy za jego przeprowadzeniem przemawiają bezwzględne czy względne wskazania, czy też chodzi np. o zabieg kosmetyczny; o ile w wypadku zabiegu ratującego życie obowiązek udzielenia pacjentowi informacji nie wymaga wskazania wszystkich możliwych skutków jego wykonania i w takich wypadkach może ograniczać się do wskazania możliwych nie-

korzystnych skutków i powikłań, będących zwykłym typowym następstwem danego zabiegu, o tyle w wypadku zabiegów kosmetycznych zakres tego obowiązku musi być szerszy” (Wyrok Sądu Najwyższego, 2007). Uzasadnia to zarówno brak presji czasu, jak i brak konieczności podjęcia natychmiastowej interwencji medycznej. Sąd Najwyższy wskazał również, że dostateczne poinformowanie pacjenta w przypadku podjęcia zabiegu operacyjnego wyłącznie dla celów estetycznych (polepszenia wyglądu zewnętrznego) jest zachowane tylko wtedy, gdy informacja obejmuje także szczególne, czyli wszelkie mniej lub bardziej możliwe do przewidzenia skutki interwencji chirurgicznej (Wyrok Sądu Najwyższego, 1980; Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie, 2011). Informacja powinna obejmować przebieg zabiegu, określenie metody, stosowanych wyrobów medycznych. Lekarz powinien ustalić, czy są przeciwwskazania do wykonania zabiegu oraz określić postępowanie pacjenta przed zabiegiem i po nim. W przypadku istnienia alternatywnych metod, które pozwolą osiągnąć cel estetyczny, lekarz ma obowiązek poinformować o tym pacjenta. Postuluje się, aby zabiegi z zakresu medycyny estetycznej o charakterze nieterapeutycznym były dopuszczalne tylko wówczas, gdy obarczone są małym ryzykiem (Kubiak, 2019, s. 786).

Pacjent po uzyskaniu informacji świadomie podejmuje decyzję o przeprowadzeniu zabiegu bądź rezygnacji. Zgoda obejmuje wybór lekarza, który wykona świadczenie zdrowotne z zakresu medycyny estetycznej. W przypadku świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia pacjent wyraża zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego, nie ma prawa wyboru osoby, które je wykona. Słuszne wydaje się, że zgoda beneficjenta medycyny estetycznej powinna być wyrażona w formie pisemnej pod rygorem nieważności i stanowić część składową dokumentacji medycznej.

Jest to zgodne z zasadą nr 5 Stanowiska w sprawie zabiegów estetycznych, przyjętym na 65. Światowym Zgromadzeniu Medycznym w Durbanie: „Wszystkie zabiegi estetyczne muszą być poprzedzone dokładnym badaniem pacjenta. Lekarz powinien wziąć pod uwagę wszystkie okoliczności, fizyczne i psychiczne, które mogą powodować zwiększone ryzyko wyrządzenia szkody indywidualnemu pacjentowi i powinien odmówić wykonania zabiegu, jeśli ryzyko jest nie do przyjęcia. Jest to tym bardziej istotne w przypadku nieletnich. Lekarze powinni zawsze wybierać najbardziej odpowiednią opcję postępowania, a nie najbardziej dla nich intratną” (World Medical Association, 2014).

W literaturze przedmiotu podaje się w wątpliwość, czy w przypadku małoletnich osób, które ukończyły 16 lat, kumulatywna zgoda dziecka i rodziców na poddanie się zabiegowi z zakresu medycyny estetycznej powinna legalizować wykonywanie świadczenia. *De lege ferenda*, regulacja prawna w tym zakresie powinna zostać zmieniona, aby o zasadności przeprowadzenia zabiegu estetycznego u małoletnich decydował wyłącznie sąd (Sobolewski, 2018, s. 346). W przypadku świadczeń zdrowotnych o charakterze terapeutycznym obecna regulacja może zostać uznana za wystarczającą, natomiast w przypadku świadczeń zdrowotnych z zakresu medycyny estetycznej,

które nie mają charakteru terapeutycznego, decyzja powinna być pozostawiona sądowi. Zadaniem sądu byłoby wysłuchanie małoletniego i dokonanie oceny odnośnie do tego, czy świadczenie z zakresu medycyny estetycznej może być uznane za zgodne z dobrem dziecka. Podzielamy stanowisko P. Szymańskiej vel Szymanek: „de lege lata jak i de lege ferenda najważniejsze znaczenie powinna mieć wola poddawanej nim (zabiegom chirurgii estetycznej) osoby małoletniej oraz prawne zagwarantowanie respektowania tej woli od jak najmłodsze go wieku” (Szymańska vel Szymanek, 2015, s. 66). Uważamy również, że w zakresie prawa do informacji i odbierania zgody należy obniżyć wiek małoletnich do 13 lat zarówno w przypadku świadczeń zdrowotnych o charakterze terapeutycznym, jak i nieterapeutycznym.

Lekarz, udzielając świadczeń z zakresu medycyny estetycznej, powinien prowadzić dokumentację medyczną zgodnie z wymogami określonymi w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z roku 2008 i aktach wykonawczych.

Lekarz zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjenta, w szczególności w aspekcie wykonywania świadczeń zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Postęp w zakresie medycyny estetycznej nakłada obowiązki związane z doskonaleniem zawodowym lekarza zarówno w zakresie posiadanych umiejętności, jak i stosowanych wyrobów medycznych i sprzętu.

W celu poprawienia bezpieczeństwa w zakresie zdrowia, zgodnie z art. 63 ust. 1 ustawy o wyrobach medycznych z roku 2022 „Wyrób powinien być właściwie dostarczony, prawidłowo zainstalowany i utrzymywany oraz używany zgodnie z przewidzianym zastosowaniem, a użytkownik wyrobu jest obowiązany do przestrzegania instrukcji używania wyrobu”. Warto zauważyć, że korzystanie z wyrobów medycznych powierzono osobom fizycznym, które mają formalne wykształcenie w odpowiedniej dziedzinie ochrony zdrowia lub medycyny, inne osoby, zwane laikami, nie posiadają takiego uprawnienia (zob. art. 2 pkt 38 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 oraz uchylecia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG 2017).

Wykorzystanie sprzętu w medycynie estetycznej wymaga odpowiednich kwalifikacji, a nie są nimi wyłącznie zasady jego obsługi. Lekarz zobowiązany jest do badania podmiotowego i przedmiotowego oraz określenia przeciwwskazań związanych z wykorzystaniem sprzętu, np. sprawdzenia, czy osoba, która zamierza skorzystać z zabiegu wykonywanego laserem, nie jest obciążona chorobą czerniaka.

Wykonywanie zabiegów z zakresu medycyny estetycznej powinno odbywać się w odpowiednich warunkach sanitarnych i lokalowych, odpowiadających wymaganiom określonym w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą z 2019 roku. Jako przykład niezachowania tych warunków można wskazać wykonanie zabiegu mezoterapii igłowej w wydzielonej części pomieszczenia mieszkalnego, stanowiącego jednocześnie hurtownię kosmetyczną.

Miejsce takie bowiem wiąże się z ryzykiem zakażenia i powikłań, i, jak wskazuje judykatura, przyczynia się do powstania szkody (Wyrok Sądu Okręgowego w Poznaniu, 2021). Znajduje to odzwierciedlenie także w zasadzie nr 9 Stanowiska w sprawie zabiegów estetycznych, przyjętym na 65. Światowym Zgromadzeniu Medycznym w Durbanie, zgodnie z którą „Zabiegi estetyczne mogą być wykonywane wyłącznie w warunkach spełniających ściśle określone wymogi higieniczne i zapewniających bezpieczeństwo, w odpowiednio wyposażonych pomieszczeniach i przy udziale odpowiedniego personelu. Wyposażenie musi obejmować sprzęt do leczenia zagrażających życiu reakcji alergicznych i innych potencjalnych powikłań” (World Medical Association, 2014).

Na marginesie należy wspomnieć, że udzielanie świadczeń z zakresu medycyny estetycznej wiąże się z obowiązkiem stosowania przepisów z zakresu gospodarowania odpadami medycznymi, a zwłaszcza niebezpiecznymi (tj. zawierającymi krew, inne tkanki itp.) Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 8 ustawy o odpadach z roku 2012 odpadami medycznymi są odpady powstające w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz prowadzeniem badań i doświadczeń naukowych w zakresie medycyny i podlegają szczególnym wymogom wskazanym w tej ustawie.

Powyższe przedstawienie wymogów właściwych dla świadczeń zdrowotnych w sposób oczywisty obrazuje, że wymogi te powinny znaleźć zastosowanie także dla zabiegów z zakresu medycyny estetycznej. Dopiero w ten sposób beneficjenci tych zabiegów będą mogli korzystać z wszelkich praw należnych pacjentom, a z drugiej – będą mieli zapewnione elementarne wymogi dotyczące bezpieczeństwa udzielanych świadczeń. To jednocześnie wskazuje, że obecny, niepewny stan prawny dotyczący świadczeń z zakresu medycyny estetycznej ma bezpośrednie przełożenie na zagrożenie beneficjentów tych świadczeń, co uzasadnia postulat odpowiedniej interwencji ustawodawczej.

Wnioski

Zdaniem autorów powyżej przedstawiona analiza dorobku doktryny i judykatury, w tym ujawnione luki prawne i niepewność w zakresie ochrony beneficjentów świadczeń z zakresu medycyny estetycznej, doprowadzają do wniosku, że istnieje potrzeba nowelizacji art. 2 ust. 1 pkt 10 u.d.l. celem uporządkowania systemu prawnego.

Słusznie zauważa W. Rożdżeński, że świadczenia z zakresu medycyny estetycznej i chirurgii plastycznej, niemające na celu zachowania, ratowania, przywracania lub poprawy zdrowia, są działaniami niewynikającymi z procesu leczenia, jak też nie wynikają z przepisów odrębnych, regulujących zasady ich wykonywania, a jedynie wykładnia celowościowa i systemowa pozwala na przyjęcie, iż są to świadczenia zdrowotne, w szczególności biorąc pod uwagę art. 2 ust. 1 u.z.l. Jak wskazuje autor, „z uwagi na brak zamkniętego katalogu świadczeń zdrowotnych zastrzeżonych dla

lekarzy oraz brak ustawowych kryteriów klasyfikacji tego rodzaju świadczeń można podeprzeć się wyłącznie [...] kryterium inwazyjności zabiegu. [...] Zabiegi, które wiążą się z wykorzystaniem właściwych medycynie technik, które są niewątpliwie zastrzeżone dla lekarzy, powinny być wykonywane przez lekarzy” (Rożdżeński, 2024, s. 28). To z kolei umożliwi ochronę pacjentów korzystających ze świadczeń medycyny estetycznej poprzez jednoznaczne określenie zasad ich wykonywania. Pozwoli to także na ujednolicenie orzecznictwa sądów, które traktować będą świadczenie z zakresu medycyny jako świadczenie zdrowotne, ze wszystkimi tego konsekwencjami.

Wydaje się, że objęcie świadczeń z zakresu medycyny estetycznej reżimem właściwym dla świadczeń zdrowotnych leży w najlepszym interesie osób z nich korzystających, którym obecnie nie przysługuje należyta ochrona. Jednocześnie nie można pozostawić tej sfery jedynie niepewnej analogii prawnej czy stosowaniu prawa *ad casum* przez sądy. Dokonana analiza regulacji doprowadza do wniosku, że konieczna jest interwencja ustawodawcza i zmiana definicji świadczenia zdrowotnego poprzez rozszerzenie dyspozycji art. 2 ust. 1 pkt 10 u.d.l. o „działania służące przywracaniu lub poprawie fizycznego i psychicznego samopoczucia oraz społecznego funkcjonowania pacjenta”.

BIBLIOGRAFIA

- Bosek, L., Janiszewska, B. (2018). Pojęcie i podstawy prawne szczególnych świadczeń zdrowotnych. w: L. Bosek, & A. Wnukiewicz-Kozłowska (red.). *System Prawa Medycznego*. t. 2 (ss. 1–44). Wydawnictwo C.H. Beck.
- Constitution of the World Health Organization – signed on 22 July 1946, amendments adopted by the Twenty-sixth, Twenty-ninth, Thirty-ninth and Fifty-first World Health Assemblies (resolutions WHA26.37, WHA29.38, WHA39.6 and WHA51.23) came into force on 3 February 1977, 20 January 1984, 11 July 1994 and 15 September 2005 respectively. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
- Daniluk, P. (2005). Cel leczniczy w świetle poglądów doktryny prawa. *Prawo i Medycyna*, 2, 37–47.
- Gądzik, Z. (2022). Glosa do postanowienia Sądu Najwyższego z 26 maja 2021 r., I KK 23/21. *Ius Novum*, 4, 177–188.
- Kozak, E. (2022). Podanie kwasu hialuronowego przez osobę nieuprawnioną a odpowiedzialność karna. Glosa częściowo krytyczna do wyroku Sądu Okręgowego w Olsztynie z dnia 22 marca 2016 roku, sygn. VII Ka 52/16. *Roczniki Administracji i Prawa*, XX(1), 255–264.
- Kubiak, R. (2019). Ryzyko czynności kosmetycznych. Granice odpowiedzialności prawnej. w: M. Borażyńska, & P. Konieczniak (red.), *System Prawa Medycznego. Tom II. Część 2. Regulacja prawna czynności medycznych* (ss. 780–789). Wolters Kluwer Polska.
- Naczelna Rada Lekarska. (2021a). Stanowisko Nr 1/21/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 29 stycznia 2021 r. w sprawie przyjęcia definicji medycyny estetycznej. <https://nil.org.pl/dla-lekarzy/prawo/medycyna-estetyczna/5296-propozycja-definicji-medycyny-estetycznej>

- Naczelna Rada Lekarska. (2021b). Uchwała 5/21/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 29 stycznia 2021 r. w sprawie przyjęcia projektu zmian w ustawie o działalności leczniczej i projekcie ustawy o wyrobach medycznych. <https://nil.org.pl/drukuj/5295/1>
- Naczelna Rada Lekarska. (2021c). Stanowisko nr 48/21/P-VIII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 15 kwietnia 2021 w sprawie uprawnień do wykonywania procedur wchodzących w skład zabiegów z zakresu medycyny estetycznej. https://nil.org.pl/uploaded_files/documents/doc_1618813489_ps048-21-viii.pdf
- Pecuszok, K. (2023). *Zabiegi inwazyjne w medycynie estetycznej i chirurgii plastycznej. Regulacje prawne*, PZWL.
- Postanowienie Sądu Najwyższego – Izba Karna z 26 maja 2021 r., sygn. I KK 23/21.
- Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 oraz uchylenia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG (Dz.U. UE. L. 117 z 2017.05.05 z późn. zm.).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2023 r. w sprawie umiejętności zawodowych lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz.U. z 2023 poz. 1189).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (t.j. Dz.U. z 2022 poz. 402).
- Rożdżeński, W. (2024). Charakter prawny zabiegów kosmetycznych i medycyny estetycznej. *Przegląd Prawa Medycznego*, 1, 5–32.
- Sawicki, J. (1965). *Błąd sztuki przy zabiegu leczniczym w prawie karnym, doktrynie i orzecznictwie*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. (1964). Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. z 2024 poz.1061 z późn. zm.).
- Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. (1996). Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (t.j. Dz.U. z 2024 poz. 1287 z późn. zm.).
- Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. (1997). Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 17 z późn. zm.).
- Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. (2008). Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2024 poz. 581).
- Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. (2011). Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2024 poz. 799 z późn. zm.).
- Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. (2012). Ustawa z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach (t.j. Dz.U. z 2023 poz. 1587 z późn. zm.).
- Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. (2022). Ustawa z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz.U. z 2024 poz. 1620 z późn. zm.).
- Sobolewski, P. (2018). Szczególne cechy zabiegów estetycznych oraz podstawowe problemy badawcze. w: L. Bosek, A. Wnukiewicz-Kozłowska A. (red.), *System Prawa Medycznego. Tom 2* (ss. 339–340). Wydawnictwo C.H. Beck.

- Szymańska vel Szymanek, P. (2015). Przeprowadzenie zabiegów z chirurgii estetycznej u osób małoletnich. *Przegląd Sądowy*, 10, 61–69.
- Śpiewak, R. (2012). Estetologia medyczna, medycyna estetyczna, dermatologia estetyczna, chirurgia estetyczna, ginekologia estetyczna, stomatologia estetyczna – definicje i wzajemne relacje poszczególnych dziedzin. *Estetologia Medyczna i Kosmetologia*, 2, 69–71.
- Wertheim, B. (1938). Kilka zagadnień z dziedziny odpowiedzialności cywilnej lekarza. *Palestra*, 1, 44–56.
- WMA Statement on Aesthetic Treatment adopted by the 65th World Medical Assembly, Durban, South Africa, October 2014. <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-aesthetic-treatment/>
- Wolfram, S. (2021). Pacjent jako beneficjent zabiegów estetycznych – glosa do wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z 30.05.2016 R. (VII SA/WA 385/16), *Palestra*, 3, 123–136.
- Wolfram, S. (2023). *Medycyna estetyczna i kosmetologia. Legalność zabiegów i zgoda pacjenta, umowa o zabieg*. Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 14 września 2016 r., sygn. I ACa 7/16.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 16 listopada 2011 r., sygn. VI ACa 665/11.
- Wyrok Sądu Najwyższego – Izba Cywilna i Administracyjna z dnia 5 września 1980 r., sygn. II CR 280/80.
- Wyrok Sądu Najwyższego z 2 lutego 2022 r., sygn. II CSKP 16/22.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 kwietnia 2007 r., sygn. II CSK 2/07.
- Wyrok Sądu Okręgowego w Gliwicach z 6 listopada 2019 r., sygn. VI K 581/19.
- Wyrok Sądu Okręgowego w Olsztynie z 22 marca 2016 r. sygn. VII Ka 52/16.
- Wyrok Sądu Okręgowego w Poznaniu – XII Wydział Cywilny z dnia 15 stycznia 2021 r., sygn. XII C 45/18.
- Wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie z 8 kwietnia 2022 r., sygn. XXV C 57/17.
- Wyrok Sądu Rejonowego dla Warszawy-Mokotowa w Warszawie z 20 stycznia 2017 r., sygn. XVI C 1384/15.
- Wyrok Sądu Rejonowego w Olsztynie z 30 października 2015 r., sygn. IX W 3057/15.
- Wyrok Sądu Rejonowego w Toruniu z 25 czerwca 2018 r., sygn. I C 600/15.
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości UE z 10 czerwca 2010 r. w sprawie *FUTURE HEALTH TECHNOLOGIES LTD v. THE COMMISSIONERS FOR HER MAJESTY'S REVENUE AND CUSTOMS*, C-86/09.
- Wyrok Trybunału Sprawiedliwości UE z 21 marca 2013 r. w sprawie *SKATTEVERKET v. PFC CLINIC AB*, C-91/12.
- Wyrok Wojewódzkiego Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 30 maja 2016 r., sygn. VII SA/Wa 385/16.
- Załącznik do uchwały nr 5 Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 18 maja 2024 r. Kodeks Etyki Lekarskiej.