

PRAWNE ASPEKTY WYKONYWANIA ŚWIADCZEŃ ESTETYCZNYCH

JUSTYNA ESTHERA KRÓL-CALKOWSKA *

DOI: 10.26399/iusnovum.v20.1.2026.06/j.e.krol-calkowska

STRESZCZENIE

Celem artykułu jest dokonanie analizy pojęcia „świadczenia estetyczne”, z jednoczesnym wskazaniem różnorodności dotyczącej nazewnictwa czynności, jakie wykonywane są w tym zakresie. W artykule podjęto również próbę określenia kwalifikacji niezbędnych do przeprowadzania świadczeń estetycznych, w tym kwalifikacji, jakie powinni posiadać lekarze, którzy wykonują świadczenia związane z modyfikacją lub uzupełnieniem struktur anatomicznych.

Podjęcie wskazanej tematyki ma na celu przedstawienie rozmiaru problemu oraz wskazanie, że luki regulacyjne dotyczące świadczeń estetycznych stanowią o deprofesjonalizacji zawodów medycznych, braku zasad statuujących reguły związane z ingerencją w ludzkie ciało, a także zwiększeniem ryzyka dla osób, które poddają się wykonywaniu świadczeniom estetycznym przez osoby spoza środowiska medycznego.

Rozważania zostały ograniczone do prawa polskiego, co wynika z daleko idącego zróżnicowania rozwiązań dotyczących świadczeń medycyny estetycznej w innych krajach. Przeprowadzona analiza prowadzi do wniosku, że brak regulacji prawnych dotyczących klasyfikacji świadczeń zdrowotnych, ich identyfikacji ze świadczeniami zdrowotnymi, a także brak przepisów określających kwalifikacje do ich wykonywania wprowadzają chaos pojęciowy, klasyfikacyjny i uniemożliwiają wskazanie przekroczenia kompetencji przez osoby wykonujące takie zabiegi, w związku z brakiem regulacji uwzględniających katalog uprawnionych do podejmowania tego rodzaju czynności. Koniecznym jest pilne uregulowanie tej materii, nie tylko poprzez ujednoczenie procesu certyfikacji umiejętności lekarskich w zakresie medycyny estetyczno-naprawczej, ale również przez wprowadzenie reguł określających zasady wykonywania czynności estetycznych przez osoby wykonujące inne niż lekarz zawody medyczne, a także przez osoby, które nie mają formalnego związku z ochroną zdrowia.

Słowa kluczowe: świadczenia estetyczne, medycyna estetyczna, prawo medyczne, zabiegi estetyczne, uprawnienia kosmetyczek, uprawnienia kosmologów

* dr hab., profesor UŁa, WPiA Uczelnia Łazarskiego w Warszawie (Polska), Zakład Prawa Medycznego, Uniwersytet Medyczny w Łodzi (Polska), e-mail: kancelaria.prawomed@gmail.com, ORCID: 0000-0002-8370-0154



LEGAL ASPECTS OF PERFORMING AESTHETIC PROCEDURES

ABSTRACT

The aim of this article is to analyse the concept of aesthetic services, while also highlighting the variety of terminology used to describe the activities performed in this field. The article also attempts to define the qualifications necessary to carry out aesthetic procedures, including the qualifications that should be held by physicians performing services related to the modification or supplementation of anatomical structures.

The purpose of addressing this issue is to present the scope of the problem and to indicate that regulatory gaps concerning aesthetic services contribute to the de-professionalising of medical profession, the absence of rules establishing principles governing interference with the human body, and an increased risk to individuals who undergo aesthetic procedures performed by persons from outside the medical community.

The discussion is limited to Polish law, due to the significant diversity of solutions regarding aesthetic medicine services in other countries. The analysis conducted leads to the conclusion that the lack of legal regulations concerning the classification of healthcare services, their identification with healthcare services, as well as the absence of provisions defining the qualifications for their performance result in conceptual and classification chaos. This lack of clarity prevents the identification of instances in which persons performing such procedures exceed their professional competences, due to the absence of regulations specifying a catalogue of persons authorised to undertake such activities. There is an urgent need to regulate this matter, not only by standardising the certification process for medical skills in the field of aesthetic and reconstructive medicine, but also by introducing rules defining the principles of performing aesthetic procedures by persons practising medical professions other than that of physician, as well as by persons who have no formal connection to healthcare.

Keywords: aesthetic services, aesthetic medicine, medical law, aesthetic procedures, beauticians' qualifications, cosmetologists' qualifications

Pojęcie „świadczenia estetyczne” identyfikowane jest często z medycyną estetyczną, choć nie stanowi jej synonimu. Świadczenia estetyczne postrzegane są jako czynności mniej lub bardziej inwazyjne, a ich wykonywanie kojarzone jest najczęściej z osobami wykonującymi zawody medyczne. Termin medycyna estetyczna stanowi swoisty synkretyzm, co wynika z łączenia sprzecznych elementów, do których należą wykonywanie czynności np. przez lekarzy mimo poza leczniczego charakteru działań estetycznych, a także brak formalnego i ujednoczonego procesu kształcenia w obszarze medycyny estetycznej. Pojęcie „świadczenia estetyczne” może być z powodzeniem zastępowane również terminem „czynności estetyczne”, który nie tylko nie sugeruje ich zakresu, ale również nie definiuje w sposób jednoznaczny kwalifikacji niezbędnych do ich przeprowadzenia.

Tematyka ta jest szeroko dyskutowana w doktrynie prawa, niemniej nie istnieją jasne i jednoznaczne regulacje dotyczące wskazanych kwestii. Przyczynia się to do chaosu związanego zarówno ze skatalogowaniem świadczeń estetycznych, ich klasyfikacją, jak i do narastania problemów związanych z jednoznacznym określeniem, jakie kwalifikacje i kompetencje są niezbędne do wykonywania świadczeń mających na celu poprawę, polepszenie lub zmianę wyglądu zewnętrznego.

Celem artykułu jest dokonanie analizy pojęcia „świadczenia estetyczne”, z jednoczesnym wskazaniem różnorodności znaczeniowej dotyczącej czynności, które w ramach tego rodzaju świadczeń są wykonywane. Ponadto celem artykułu jest określenie, jakie kwalifikacje są niezbędne do przeprowadzania świadczeń estetycznych, w tym tych, które zmierzają do modyfikacji lub uzupełniania struktur anatomicznych.

Brak jednoznacznych regulacji prawnych stanowi punkt wyjścia do dowolnego klasyfikowania czynności kosmetycznych jako świadczeń estetycznych i odwrotnie, a także do utożsamiania świadczeń, które mają na celu jedynie modyfikację lub poprawę wyglądu zewnętrznego ze świadczeniami zdrowotnymi *sensu stricto*. Powyższe implikuje trudność w zakresie określenia, jakie kompetencje formalne i wykształcenie są niezbędne do podejmowania świadczeń estetycznych. To z kolei daje asumpt do przyjęcia, że mogą powstać problemy dotyczące wskazania, czy osoba wykonująca zawód inny niż *stricte* medyczny przekracza swoje uprawnienia, podejmując czynności estetyczne, które ze względu na stopień zaawansowania lub ryzyko wystąpienia negatywnych następstw powinny być wykonywane np. przez lekarza. Co więcej, nawet w odniesieniu do lekarzy nie funkcjonują przepisy, które określałyby, czy wykonywanie świadczeń estetycznych jest uzależnione od posiadania konkretnej specjalizacji, np. z chirurgii plastycznej, czy też wystarczającym uprawnieniem jest samo posiadanie prawa wykonywania zawodu lekarza. Wszystko to powoduje entropię układu semantycznego i prawnego, skutkującą podejmowaniem czynności estetycznych przez osoby nieposiadające odpowiednich kwalifikacji medycznych lub niewykonyjących zawodu medycznego w ogóle.

W pracy z rozmysłem pominięto reguły dotyczące odpowiedzialności za wykonywanie świadczeń estetycznych bez uprawnień, ponieważ tematyka ta wykracza poza zakres i tak rozbudowanego artykułu.

Materiał do przeprowadzenia analizy stanowią obowiązujące regulacje prawne, stanowisko doktryny i judykatury odnoszące się do przedmiotowego zagadnienia. W pracy wykorzystano metodę formalno-dogmatyczną, z uwzględnieniem wykładni językowej i systemowej przepisów oraz analizy linii orzeczniczej i stanowisk piśmiennictwa.

WSTĘP

Świadczenia estetyczne to pojęcie mieszczące w sobie szeroki zakres czynności, które zmierzają do poprawy, polepszenia, korekty wyglądu lub jak najdłuższego utrzymania pożądanego wyglądu (tzw. medycyna *anti-ageing*). Zabiegi „*anti-ageing*” były wykonywane często w starożytnym Rzymie. Mankamenty urody wynikające z procesu starzenia odgrywały istotniejszą rolę w przypadku kobiet. Oznaki starzenia się u mężczyzn, takie jak siwizna i zmarszczki, postrzegane było jako atuty symbolizujące mądrość i wysoką pozycję społeczną¹. Poprawa urody określana

¹ W. Suder, *Moda na zmarszczki w starożytnym Rzymie. Streszczenie*, w: *Kosmetologia wczoraj, dziś i jutro. Materiały konferencyjne*, Wrocław 2012, s. 272–283.

była w starożytnym Rzymie słowami *venenum*² i *veneficium*³, które identyfikowały odpowiednio środki magiczne, lekarstwa, trucizny i uprawianie czarów w celach medycznych i quasi-medycznych, niemających związku z leczeniem.

Era zabiegów estetyczno-rekonstrukcyjnych zaczęła się w 1597 r., kiedy włoski lekarz Gaspare Tagliacozzi odtworzył nos z płatów skóry z okolicy ramion⁴. W dniu 31 maja 1916 r. u pacjenta, który doznał rozległych obrażeń twarzy oraz utraty górnych i dolnych powiek w czasie Bitwy Jutlandzkiej, otolaryngolog dr Harold Gilles wykonał udaną operację odtworzenia powiek i przeszczepienia „maski” uformowanej z jego własnej skóry.

W 1871 r. T. Fox opisał działania polegające na wykorzystaniu 20% roztworu fenolu w celu rozjaśnienia skóry⁵. W 1882 r. P.G. Unna przedstawił właściwości pierwszych peelingów chemicznych, takich jak: kwas salicylowy, rezorcynol, fenol oraz kwas trójchlorooctowy, których używa się nadal w celach estetycznych⁶. Pierwszy zabieg polegający na autologicznym przeszczepie tkanki tłuszczowej w celu wypełnienia tkanek miękkich został wykonany przez F. Neubera w 1893 r.⁷ W 1895 r. austriacko-niemiecki lekarz V. Czerny zastosował tkankę tłuszczową uzyskaną z tłuszczaka okolicy łędziwiowej do korekcyjnej asymetrii piersi powstałej w wyniku eradykacji guza⁸. W 1889 r. R. Gersuny użył płynnej parafiny do ostrzyknięcia piersi, niemniej skutek jego eksperymentów okazał się tragiczny⁹. Z początkiem XX w. lekarze zaczęli badać inne substancje pomagające powiększyć rozmiar piersi. Podczas operacji wykorzystywano m.in. kość słoniową, szklane kulki, kauczuk, chrząstki wołowe, bawełnę, kawałki polietyleny, gąbkę poliuretanową, gumę silikonową czy protezy teflonowo-silikonowe. W latach 50. powszechnie stosowano środki syntetyczne, w tym silikon w postaci płynnej, podawanej bezpośrednio do tkanek gruczołu piersiowego, co powodowało rozwój włókniaków i stwardnień wymagających leczenia chirurgicznego, w tym mastektomii¹⁰.

W 1929 r. francuski chirurg Charles Dujarrier wykonał zabieg usunięcia tłuszczaka z tydki tancerki, która chciała poprawić „nieprzyzwoity wygląd swoich nóg”. Zabieg wykonano przy pomocy kirety urologicznej, a powikłania z tym związane

² A. Johnson, P. Coleman-Horton, F. Bourne, *Ancient Roman Statutes*, wyd. II, Austin 1961, s. 65. Znaczenie słowa *venenum* wyjaśnia J. Ermann, *Strafprozess, öffentliches Interesse und private Strafverfolgung. Untersuchungen zum Strafrecht der römischen Republik*, Köln 2000, s. 48 i n.

³ R. MacMullen, *Enemies of the Roman Order*, London 1967, s. 95–127.

⁴ P. Tomba, A. Vigano, P. Ruggieri, A. Gasbarrini, *Gaspare Tagliacozzi, Pioneer of Plastic Surgery and the Spread of His Technique Throughout Europe in „De Curtorum Chirurgia per Insitionem”*, „European Review for Medical and Pharmacological Sciences” 2014, nr 18 (4), s. 445–450.

⁵ V.M. Yokomizo, T.M. Benemond, Ch. Chaska, P. Benemond, *Chemical Peels: Review and Practical Applications*, „Surgery Cosmetic Dermatology” 2013, nr 5 (1), s. 58–68.

⁶ N. Krueger, S. Llebberding, G. Sattler, C.W. Hanke, M. Alexiades-Armenakas, N. Sadick, *The History of Aesthetic Medicine and Surgery*, „Journal of Drugs and Dermatology” 2013, nr 12 (7), s. 737–742.

⁷ F. Neuber, *Fettransplantation*, [Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie] 1893, nr 22, s. 66.

⁸ N. Anderson, *Lawsuit Science, Lessons from the Silicone Breast Implant Controversy*, „New York School Law Review” 1997, nr 41, s. 401–407.

⁹ W.G. Stevens, E.M. Hirsch, D.A. Stoker, R. Cohen, *In Vitro Deflation of Pre-filled Saline Breast Implants*, „Plastic & Reconstructive Surgery” 2006, nr 118, s. 347–349.

¹⁰ J.H. Tanne, *FDA Approves Silicone Breast Implants 14 Years After Their Withdrawal*, „British Medical Journal” 2006, nr 333, s. 1139.

zakończyły się amputacją kończyny¹¹. W 1980 A. Fisher i G. Fisher wykonali pierwszy zabieg liposukcji¹². W latach 90. i pod koniec XX w. zabiegi estetyczne stały się ogólnie powszechne i zaczęto wykonywać m.in. redukcję zmarszczek z wykorzystaniem toksyny botulinowej¹³, wypełnianie zmarszczek z wykorzystaniem kwasu hialuronowego¹⁴, iniekcją lipolizę fosfatydylocholiną służącą do redukcji tkanki tłuszczowej oraz kombinację radiofrekwencji i pulsacyjnego pola magnetycznego.

W środowisku zajmującym się wykonywaniem świadczeń estetycznych, a także w literaturze odnoszącej się do wskazanej materii funkcjonuje równolegle wiele definicji medycyny estetycznej. Przyjmuje się, że medycyna estetyczna stanowi składnik tzw. estetologii medycznej¹⁵.

Definicję medycyny estetycznej podają m.in. G. Pfenninger i J. Fowler: „to najsilniej rozwijający się dział medycyny, którego głównym zadaniem jest wykorzystywanie nieinwazyjnych metod służących do odnowy skóry twarzy. Łączy w sobie bezpieczeństwo, efektywność oraz przewidywany efekt pozabiegowy”¹⁶. Zdaniem R. Śpiewaka medycyna estetyczna „jest elementem estetologii medycznej, w której skład wchodzi dermatologia estetyczna, stomatologia estetyczna, chirurgia estetyczna oraz kosmetologia. Głównym jej założeniem jest kreowanie i poprawa atrakcyjności fizycznej poprzez użycie nieinwazyjnych metod. Dąży do zastąpienia subiektywnych opinii wykonawców bezstronnymi pomiarami wpływu danej interwencji estetycznej na atrakcyjność klienta w oczach innych ludzi”¹⁷. Z kolei K. Napiwodzka-Bulek podkreśla, że „w ramach zabiegów o charakterze estetycznym pacjent ma możliwość wskazania partii swojego ciała w celu jego udoskonalenia. Umożliwia tym samym uzyskanie doskonałego wyglądu. Spektrum zabiegów stosowanych w celu estetycznym stale się poszerza o wykorzystanie nowych technologii, by móc sprostać potrzebom klientów”¹⁸. W literaturze podnosi się również, że medycyna estetyczna to medycyna, której celem nie jest leczenie, a jedynie spełnianie życzeń osób poddających się tego rodzaju świadczeniom. Tym samym medycyna estetyczna nazywana jest *wish-fulfilling medicine*¹⁹.

¹¹ T.C. Flynn, W.P. Coleman, L.M. Field, J.A. Klein, C.W. Hanke, *History of Liposuction*, „Dermatological Surgery” 2000, nr 26, s. 515–520.

¹² A. Fischer, G. Fischer, *First Surgical Treatment for Molding Body's Cellulite with Three 5 mm Incisions*, „Bulletin of the International Academy of Cosmetic Surgery” 1976, nr 3, s. 35.

¹³ A. Carruthers, J. Carruthers, *Historia zastosowania toksyny botulinowej w celach kosmetycznych*, w: *Procedures in Cosmetic Dermatology: Botulinum Toxin*, red. J. Carruthers, S.J. Dover, M. Alam (pol. wyd. pod red. A. Ignaciuk, Wrocław 2019, s. 15).

¹⁴ M. Olenius, *The First Clinical Study Using a New Biodegradable Implant for the Treatment of Lips, Wrinkles, and Folds*, „Aesthetic Plastic Surgery” 1998, March–April, nr 22 (2), s. 97–101, DOI: 10.1007/s002669900172.

¹⁵ R. Śpiewak, *Estetologia medyczna, medycyna estetyczna, dermatologia estetyczna, chirurgia estetyczna, ginekologia estetyczna, stomatologia estetyczna – definicje i wzajemne relacje poszczególnych dziedzin*, „Estetologia Medyczna i Kosmetologia” 2012, nr 2 (3), s. 70–71.

¹⁶ G., Fowler, J. Pfenninger, *Procedury zabiegowe i diagnostyczne w dermatologii i medycynie estetycznej*, red. wyd. polskiego A. Kaszuba, Wrocław 2012.

¹⁷ R. Śpiewak, *Estetologia medyczna, medycyna estetyczna...*, op. cit., s. 69–71.

¹⁸ K. Napiwodzka-Bulek, *Medycyna estetyczna – humanistyczne dążenie czy „enhancement”?*, „Filozofia Publiczna i Edukacja Demokratyczna” 2017, nr 6 (1), s. 151–166.

¹⁹ C.E. Asscher, M. Schermer, *Wish-fulfilling Medicine in Practice: The Opinions and Arguments of Lay People*, „Journal of Medical Ethics” 2014, nr 40 (12), s. 837–841.

ZRÓŻNICOWANIE POJEĆ CZYNNOŚĆ ESTETYCZNA, ZABIEG MEDYCZNY, ZABIEG LEKARSKI

Terminologia dotycząca określania czynności, które mają lub mogą mieć związek ze świadczeniami estetycznymi, stanowi nieuporządkowany katalog. Posługiwanie się istotnie różnymi pojęciami dla określenia rodzajowo podobnych czynności powoduje błędne przypisywanie określonym działaniom cech inwazyjności lub podwyższonego ryzyka, ale też może umniejszać ich znaczenie i wpływ na ludzki organizm.

Poniżej odniesiono się do najczęściej używanych pojęć, które utożsamiane są często z synonimami, co stanowi błąd zarówno co przedmiotu czynności jaką określają, jak i zakresu kompetencji niezbędnych do jej wykonania.

CZYNNOŚĆ ESTETYCZNA

Zgodnie ze słownikiem języka polskiego, słowo estetyka należy rozumieć jako „ładny, gustowny wygląd czegoś”, „poczucie piękna”²⁰. Z kolei słowo czynność rozumiana jest jako „wykonywanie czegoś”, „funkcjonowanie, działanie czegoś”²¹. Synteza obu słów prowadzi do powstania zwrotu „wykonywanie czegoś, co zmierza do ładnego wyglądu i poczucia piękna”.

Zasadnym wydaje się przyjęcie twierdzenie, że czynności estetyczne mogą być wykonywane przez każdą osobę, która posiada kwalifikacje i umiejętności niezbędne do ich podejmowania. W tym ujęciu katalog czynności estetycznych jest bardzo szeroki, gdyż należy do niego włączyć podstawowe, proste czynności, takie jak czynności kosmetyczne, depilację ciała, makijaż permanentny, tatuaże, piercing. Niektóre ze wskazanych czynności wiążą się z naruszeniem integralności cielesnej (np. piercing) lub naruszeniem integralności cielesnej i trwałym wniknięciem w ciało osoby poddawanej takiej czynności (np. tatuaż), co implikuje konieczność zastosowania zasad septyki i aseptyki, a tym samym wykorzystania niezbędnych wyrobów medycznych i technik sterylizacji medycznej.

Czynności estetyczne powiązane z wniknięciem w ludzki organizm lub naruszające jego integralność wykonywane są w wielu przypadkach przez kosmetyczki, tatuatorów i lingeristów. Osoby te nie muszą posiadać wykształcenia medycznego, ażeby dokonywać czynności estetycznych, jakkolwiek działania podejmowane w ramach obu profesji mają związek nie tylko z naruszeniem integralności cielesnej, ale również z wniknięciem w ciało człowieka. W opinii autorki, granica dotycząca zakresu uprawnień do wykonywania czynności estetycznych powinna być wyznaczana na podstawie kryterium przedmiotowego, tj. na podstawie zakresu (inwazyjności i poziomu ryzyka dla zdrowia) oraz celu podejmowanych czynności (korygujący, upiększający wygląd, nieterapeutyczny, niemniej mający charakter *stricte* medyczny, a w końcu leczniczy).

²⁰ <https://sjp.pwn.pl/slowniki/estetyczna.html> (dostęp: 23.12.2023).

²¹ <https://sjp.pwn.pl/szukaj/czynno%C5%9B%C4%87.html> (dostęp: 23.12.2023).

ZABIEG MEDYCZNY, ZABIEG LECZNICZY, ZABIEG LEKARSKI,
ZABIEG OPERACYJNY

W literaturze²² wskazuje się, że w zakresie wyjaśnienia, a także interpretacji pojęć zabieg medyczny, zabieg leczniczy i zabieg lekarski panuje chaos terminologiczny. W treści Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (dalej jako: u.z.l.²³), Ustawy o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta²⁴ i Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁵ pojawia się zwrot „świadczenia zdrowotne”, w Ustawie kodeks karny (dalej jako: k.k.²⁶) ustawodawca posługuje się pojęciem „zabieg leczniczy” (art. 192 k.k.) i „zabieg lekarski” (art. 162 k.k.), natomiast w Konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w odniesieniu do zastosowań biologii i medycyny użyto określenia „interwencja medyczna”²⁷. W doktrynie pojawiają się z kolei określenia „zabieg medyczny”²⁸, „zabieg terapeutyczny”, a także „świadczenie medyczne”²⁹.

Zabieg leczniczy, co wynika bezpośrednio z wykładni językowej pojęcia, zmierza do osiągnięcia celu leczniczego, który stanowi immanentny składnik świadczenia zdrowotnego *sensu stricto*. Celami zabiegu leczniczego są: poprawa, polepszenie lub utrzymanie zdrowia, co stanowi o zakwalifikowaniu tego rodzaju działania jako czynności leczniczej mającej postać zabiegu³⁰. Czynność lecznicza to z kolei każda czynność podejmowana wobec pacjenta na etapie profilaktyki, diagnozy, terapii i rehabilitacji, której celem jest ratowanie życia, zdrowia lub zmniejszenia cierpień fizycznych i psychicznych³¹.

Zabiegi mogą mieć również charakter nieterapeutyczny. Te stanowią specyficzną grupę czynności, ponieważ ich wykonanie wiąże się niekiedy z bardzo skomplikowanymi i wysoce inwazyjnymi procedurami. Ich bezpośrednim celem nie jest jednak poprawa stanu zdrowia, a jedynie dokonanie interwencji mającej na celu osiągnięcie zamierzonego rezultatu, który może mieć wpływ na poprawę lub polepszenie zdrowia innej osoby lub stanowić o realizacji praw podmiotowych jednostki, w tym np. prawa do planowania rodziny. Przykładem jest między innymi terminacja ciąży na podstawie przesłanki określonej w treści art. 4a ust. 1 pkt 3 Ustawy o przerwaniu

²² R. Rejmانيak, *Problemy interpretacyjne wybranych pojęć zawartych w art. 192 k.k.*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2012, z. 4, s. 68.

²³ Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry z dnia 5.12.1996 r., tj. Dz.U. z 2024 r., poz. 1287.

²⁴ Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z 6.11.2008 r., tj. Dz.U. z 2024 r., poz. 581.

²⁵ Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 27.08.2004 r., tj. Dz.U. z 2024 r., poz. 146.

²⁶ Ustawa Kodeks karny z dnia 06.06.1997 r., tj. Dz.U. z 2025 r., poz. 383.

²⁷ Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w odniesieniu do zastosowań biologii i medycyny: Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie przyjęta przez Komitet Rady Ministrów 19.11.1996 r., https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/ETS164Polish.pdf (dostęp: 29.12.2023).

²⁸ M. Świdorska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007, s. 17 i n.

²⁹ I. Bernatek-Zagała, *Prawo pacjenta w Polsce do informacji medycznej*, Toruń 2008, s. 68.

³⁰ P. Daniluk, *Cel leczniczy w świetle poglądów doktryny prawa*, „Prawo i Medycyna” 2005, nr 2, s. 37.

³¹ Por. idem, *O pojęciach „zabieg leczniczy” i „pacjent” w rozumieniu art. 192 § 1 k.k.*, „Prawo i Medycyna” 2011, nr 4, s. 66.

ciąży³² lub pobranie komórek, tkanek i narządów od żywego dawcy na rzecz innych osób, w zapisie rozdziału 3 Ustawy o przeszczepach³³.

Czynność lekarską należy identyfikować z kolei z każdym działaniem podjętym z zastosowaniem znanych medycynie technik i procedur, którego przedmiotem jest organizm ludzki³⁴, przy czym nie musi ona mieć charakteru inwazyjnego, czy też związanego ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia niepożądanych następstw i powikłań. Czynnościami lekarskimi mogą być zarówno czynności związane z przeprowadzaniem badania przedmiotowego i podmiotowego, jak i czynności związane z preskrypcją, czy też wystawianiem zaświadczenia, orzeczenia lub opinii³⁵.

Pojęcie zabieg lekarski oznacza jedynie określenie kryterium podmiotowego dotyczącego wykonywania zabiegu przez osobę posiadającą prawo wykonywania zawodu lekarza³⁶. Nie oznacza to jednocześnie, że zabieg lekarski musi zmierzać do celu leczniczego nakierowanego na chorobę w sensie biologiczno-medycznym. Zabiegi lekarskie mogą przyjmować postać czynności inwazyjnych, stanowiących naruszenie integralności ludzkiego organizmu, bądź czynności związanych z wniknięciem w ciało pacjenta bez naruszenia jego integralności, przy czym mogą mieć one na celu wyłącznie poprawę bądź korektę wyglądu zewnętrznego, co jest wykonywane wyłącznie na bazie subiektywnej potrzeby osoby, która ma zostać mu poddana.

Powyższe rozważania mają na celu wskazanie, że nomenklatura dotycząca nazewnictwa czynności ingerujących w organizm ludzki jest złożona i niejednorodna. Zabieg może być zarówno czynnością zmierzającą do osiągnięcia celu leczniczego, celu pozaterapeutycznego, posiadać związek z daleko idącą inwazyjnością lub czynnością, która nie jest powiązana z naruszeniem integralności cielesnej. Przyjmując, że zabieg to pewnego rodzaju ingerencja, należy przyjąć, że używanie terminu zabieg dla oznaczenia czynności estetycznych jest w pełni uzasadnione niezależnie od kompetencji osób, które je wykonują.

ZAKRES PODJĘCIA ZABIEGÓW ESTETYCZNYCH

Zasady wykonywania zabiegów estetycznych nie zostały uregulowane na gruncie prawa medycznego. Podobnie nie istnieje jednolita linia orzecznicza z katalogiem zabiegów, które mogą być wykonywane przez profesjonalistów ochrony zdrowia lub inne osoby. W wyroku Sądu Rejonowego w Olsztynie z dnia 30 października 2015 roku, sygn. IX W 3057, wskazano, że³⁷:

³² Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży z 7.01.1993 r., tj. Dz.U. z 2022 r., poz. 1575.

³³ Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów z 1.07.2005 r., tj. Dz.U. z 2023 r., poz. 1185.

³⁴ M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000, s. 247–248.

³⁵ M. Boratyńska, P. Konieczniak, w: *System prawa medycznego. Tom II. Część 1. Regulacja prawna czynności medycznych*, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, E. Zielińska, Warszawa 2019, *passim*.

³⁶ *Uniwersalny słownik języka polskiego, t. 2: K–Ó*, red. S. Dubisz, Warszawa 2003, s. 415.

³⁷ Wyrok Sądu Okręgowego w Olsztynie z 30.10.2015 r., sygn. IX W 3057, LEX nr 1922700.

niewątpliwie w obowiązującym prawodawstwie brak jest jednoznacznego podziału, jaki rodzaj zabiegów mogą wykonywać kosmetyczki, jakie kosmetologzy, a jakie zostają zastrzeżone jedynie dla lekarzy posiadających specjalizację z zakresu medycyny estetycznej. Podstawowym kryterium podziału uprawnień do wykonywania zabiegów jest to, czy podczas ich wykonywania dochodzi do przerwania granicy skórno-naskórkowej. Nie ulega bowiem wątpliwości, iż jedynie lekarze i pielęgniarki posiadają właściwe uprawnienia i wiedzę, aby wykonywać iniekcje podskórne. Kolejnym kryterium jest również inwazyjność samego zabiegu.

O ile zasadnym byłoby przyjęcie kryterium inwazyjności, o tyle na aprobata nie zasługuje w opinii autorki kryterium dotyczące przerwania granicy skórno-naskórkowej. Przerwanie ciągłości skóry wiąże się wieloma czynnościami, które wykonywane są np. przez kosmetyczki, kosmetologów, a także linceristów, tatuatorów i piercierów, co wynika ze specyfiki wykonywanych przez nich czynności. Konsekwentne przyjęcie, że przerwanie ciągłości skóry wiąże się z koniecznością wykonania zabiegu przez osobę z wykształceniem medycznym, skutkowałoby obligatoryjnością wykonywania zabiegów przekłuwania ciała lub tatuowania wyłącznie przez takie osoby. Ponadto, uznając kompetencje lekarzy i pielęgniarek do wykonywania zabiegów z przerwaniem ciągłości skóry, sąd nie odniósł się do dopuszczalnego zakresu naruszenia integralności cielesnej, a jedynie do zasadności samego jej naruszenia przez osoby wykonujące te zawody.

Prezentowane tu stanowisko nie znajduje racjonalnego uzasadnienia. Prawo do przerwania ciągłości skóry ma wiele osób wykonujących zawody medyczne, w tym między innymi ratownicy medyczni, przy czym zakres tych działań wiąże się z możliwością samodzielnego wykonywania daleko inwazyjnych i związanych z podwyższonym ryzykiem czynności, w tym np. konikopunkcji³⁸. Czynności inwazyjne związane z naruszeniem ciągłości skóry mogą być wykonywane również przez diagnostę laboratoryjnego, a także osoby uprawnione do wykonywania szczepień obowiązkowych i zalecanych, w tym między innymi higienistki szkolne i farmaceutów, w zakresie, w jakim dotyczy to wykonywania szczepień przeciwko COVID-19³⁹.

Koniecznym jest wskazanie, że wykonywanie zabiegów lekarskich nie jest uzależnione *in genere* od posiadania przez tę grupę profesjonalistów kompetencji szczególnych, bądź od odbycia szkolenia specjalizacyjnego.

LEKARSKIE ZABIEGI ESTETYCZNE

Zabiegi lekarskie niemające celu leczniczego, w tym lekarskie zabiegi estetyczne, mogą być wykonywane przez osobę posiadającą prawo wykonywania zawodu lekarza, która ma jednocześnie umiejętności i kwalifikacje praktyczne dotyczące wykonywania określonych działań. Dokonując językowej i literalnej wykładni pojęcia

³⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 22.06.2023 r., w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego, Dz.U. z 2023 r., poz. 1180.

³⁹ Art. 21c ust. 2 pkt 2 Ustawy o zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z 5.12.2008 r., tj. Dz.U. z 2023 r., poz. 1284.

„zabieg lekarski”, należy przyjąć, że tego rodzaju czynności wymagają podstawowej wiedzy z zakresu medycyny, tj. ich wykonanie wiąże się z koniecznością znajomości struktur anatomicznych i fizjologicznych mechanizmów rządzących przebiegiem czynności życiowych. Zabiegi lekarskie mogą być wykonywane przez lekarzy niezależnie od posiadanych specjalizacji, a miejsce ich przeprowadzania zależne jest wprost od specyfiki podejmowanych czynności. Koniecznym jest wskazanie, że samo słowo zabieg nie powinno być identyfikowane z czynnością podwyższonego ryzyka, ani też z wyspecyfikowanymi warunkami jego wykonania, w tym np. koniecznością użycia ściśle określonych narzędzi, procedur czy też pomieszczeń takich jak sala operacyjna. Zabieg zespolenia tkanek miękkich (np. zszycia skóry) przy użyciu podstawowych narzędzi lekarskich może zostać wykonany przez każdego lekarza w warunkach ambulatoryjnych, przy czym ten sam zabieg stanowiący jedynie immanentną część większej interwencji (np. operacji) powinien zostać przeprowadzony przez lekarza chirurga w warunkach sali operacyjnej.

Odrębnym od pojęcia zabieg lekarski jest pojęcie zabieg operacyjny. Pojęcie zabieg operacyjny zostało użyte w treści art. 34 ust. 1 u.z.l., gdzie utożsamia się go z ingerencją w organizm ludzki z wykorzystaniem technik i umiejętności wymagających uprzedniego odbycia ściśle określonego szkolenia specjalizacyjnego.

Jakkolwiek w Polsce nie dokonuje się takiego rozróżnienia, tak w literaturze zagranicznej zabiegi operacyjne w ujęciu estetycznym nazywane są, w odróżnieniu od chirurgii plastycznej i rekonstrukcyjnej, chirurgią *de fantasie* albo *de caprice*⁴⁰.

Odnosząc pojęcie zabiegu operacyjnego i zabiegu lekarskiego do świadczeń estetycznych, należy wskazać, że zabiegi lekarskie, które zmierzają np. do uzupełnienia struktur anatomicznych (np. zabieg wolumetrii twarzy), mogą być przeprowadzane przez osobę wykonującą zawód lekarza i lekarza dentystry, przy czym nie wymagają posiadania konkretnej specjalizacji, w tym np. z chirurgii plastycznej lub chirurgii ogólnej. Z kolei zabiegi operacyjne zmierzające do uzupełnienia struktur anatomicznych – np. wszczepienie implantu piersiowego celem powiększenia piersi – mogą zostać wykonane wyłącznie przez lekarza posiadającego specjalizację z zakresu chirurgii plastycznej.

Dokonując analizy pojęć zabieg i operacja, należy rozróżnić przymiotniki: małoinwazyjny, wysoce inwazyjny, a także inwazyjny i nieinwazyjny, które pojawiają się często w zestawieniu z nimi. Podział na zabiegi inwazyjne i nieinwazyjne został przedstawiony w literaturze przez A. Buczyńskiego i G. Henrykowską, którzy do zabiegów nieinwazyjnych zaliczyli zabiegi kosmetyczne przy użyciu promieniowania elektromagnetycznego⁴¹. W wyroku Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 29 września 2015 roku, sygn. I ACa 408/15, podkreślono, że operacja małoinwazyjna może polegać również na rozcięciu powłok ciała i wnikięciu do wnętrza kręgosłupa, dokonania nacięcia i usunięcia tkanek, a także zaszyciu rany⁴². W wyroku Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 11 grudnia 2014 roku, sygn. I ACa 616/14, wskazano z kolei, że małoinwazyjnym jest zabieg sympatektomii (przerwanie

⁴⁰ P. Le Tourneau, L. Cadiet, *Droit de la responsabilité civile*, Paris 2002, s. 508.

⁴¹ A. Buczyński, G. Henrykowska, w: *Zagrożenia zdrowia publicznego. Zdrowie człowieka a środowisko*, red. A. Denys, Warszawa 2015, s. 233.

⁴² Wyrok SA w Katowicach z 29.09.2015 r., I ACa 408/15, Lex nr 1927481.

ciągłości nerwów odpowiedzialnych za stymulację wydzielania potu) wykonany metodą wideotoroskopową⁴³. Z kolei w wyroku Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 19 października 2017 roku, sygn. IACa 281/17, wspomniano o małoinwazyjnej metodzie leczenia aorty w postaci nakłucia prawej tętnicy udowej i implantowania stentgraftu do aorty w celu uszczelnienia miejsca pęknięcia⁴⁴.

W załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego mamy określenia: inwazyjne usunięcie stymulatora wzrostu kości, leczenie inwazyjne ostrych zespołów wieńcowych, inwazyjna diagnostyka kardiologiczna, wykonywanie inwazyjnych zabiegów z zakresu elektroterapii, inwazyjne i nieinwazyjne ciągłe monitorowanie ciśnienia tętniczego, inwazyjne badania elektrofizjologiczne⁴⁵. W treści informacji dostępnych w mediach ogólnodostępnych pojawia się pojęcie zabiegu minimalnie inwazyjne, które wbrew pierwszemu skojarzeniu są zabiegami chirurgicznymi⁴⁶. Przykładem są m.in. zabiegi wykonywane metodą wideotoroskopową i zabiegi laparoskopowe, np. usunięcia przepukliny brzusznej bądź przepukliny pachwinowej. Niezależnie od przyjętego nazewnictwa, zakres zabiegów inwazyjnych nie powinien wynikać z wykładni językowej, ale z poziomu ryzyka, jakie wiąże się z ich przeprowadzeniem. Tym samym zabiegi chirurgiczne o minimalnej inwazyjności nie stanowią odpowiednika zabiegów mikro inwazyjnych, które mogą być wykonywane w ramach czynności estetycznych, w tym przez osoby niewykonyjące zawodów medycznych. Jednocześnie zabiegi wysokiego ryzyka, takie jak zabieg usunięcia guza przysadki mózgowej, mogą zostać wykonane metodą endoskopową (małoinwazyjną), co nie wyklucza daleko idących i niebezpiecznych dla zdrowia operowanego powikłań.

W opinii autorki pojęcie „zabieg” nie powinno łączyć się z interwencją, której cel stanowi o jednoznacznym przyporządkowaniu do kategorii czynności leczniczych lub lekarskich. W wyniku uchwalenia Ustawy o niektórych zawodach medycznych – weszła ona w życie z dniem 26 marca 2024 roku (dalej jako: u.n.z.m.⁴⁷), katalog zawodów medycznych został znacznie rozszerzony. Osoby wykonujące zawody medyczne, w tym np. technik masażysta czy asystentka stomatologiczna, mogą wykonywać zabiegi, których cel i charakter uzależnione są od posiadanych przez nich kompetencji formalnych.

Pojęcie zabieg należy skonfrontować z pojęciem świadczenia estetyczne – mogą one przyjąć postać działań (zabiegów) inwazyjnych, mikroinwazyjnych i nieinwazyjnych. Powyższe wymaga dokonania analizy związanej z zakresem kwalifikacji i kompetencji, które są niezbędne do wykonywania świadczeń estetycznych, wiążących się z podwyższonym ryzykiem, a ich specyfika wymaga naruszenia integralności cielesnej lub wniknięcia w ludzkie ciało. O ile czynności estetyczne,

⁴³ Wyrok SA w Szczecinie z 11.12.2014 r., IACa 616/14, LEX nr 1668686.

⁴⁴ Wyrok SA w Łodzi z 19.10.2017 r., IACa 281/17, LEX nr 2471788.

⁴⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego z 22.01.2013 r., Dz.U. z 2023 r., poz. 870.

⁴⁶ <https://www.medtronic.com/covidien/pl-pl/patient-information/keyhole-mis-surgery-awareness.html> (dostęp: 22.12.2023).

⁴⁷ Ustawa o niektórych zawodach medycznych z 17.08.2023 r., Dz.U. z 2023 r., poz. 1972, ze zm.

które mogą zostać skategoryzowane jako świadczenia zdrowotne, powinny być wykonywane przez osoby posiadające teoretyczne i praktyczne kwalifikacje do ich przeprowadzania, o tyle czynności zmierzające wyłącznie do poprawy lub polepszenia wyglądu mogą być wykonywane również przez osoby, które nie posiadają kwalifikacji o charakterze formalnym, niemniej dysponują odpowiednim poziomem umiejętności i kompetencji zdobytych w procesie kształcenia praktycznego.

KWALIFIKACJE NIEZBĘDNE DO WYKONYWANIA ŚWIADCZEŃ ESTETYCZNYCH

W kwestii kwalifikacji do podejmowania zabiegów estetycznych wypowiedziało się Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej w stanowisku dotyczącym wykonywania procedur wchodzących w skład zabiegów z zakresu medycyny estetycznej⁴⁸. W cytowanym stanowisku wskazano, że „(...) to, czy dana procedura z zakresu medycyny estetycznej jest świadczeniem zdrowotnym, winno być ustalane każdorazowo (...)”. We wszystkich zabiegach inwazyjnych z dziedziny medycyny estetycznej składające się na nie cząstkowe procedury są procedurami medycznymi i z niżej przytoczonych względów zastrzeżone są dla osób legitymujących się odpowiednimi kompetencjami. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazało, że do zabiegów estetycznych, które wykonywane są najczęściej, należą iniekcje związane z podaniem toksyny botulinowej. Prezydium NRL jest zdania, że:

(...) z Charakterystyk Produktów Leczniczych z zawartością toksyny botulinowej wynika, iż ma ona zastosowanie u „pacjentów” (nie klientów). Iniekcje wykonywane są również z wykorzystaniem kwasu hialuronowego, który jest klasyfikowany jako wyrób medyczny. (...) Zabiegi z użyciem wypełniaczy na bazie kwasu hialuronowego należące do jednych z bezpieczniejszych procedur w medycynie estetycznej, jednak nie są pozbawione ryzyka wystąpienia powikłań nawet takich jak niedrożność naczynia i związana z tym martwica, ślepotą czy ostatnio opisywany w literaturze udar.

W treści stanowiska nr 6/14/P-VII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej podkreślono, że produkty lecznicze oraz wyroby medyczne w zakresie medycyny estetycznej, których stosowanie wiąże się z iniekcją, mogą być podawane tylko przez lekarzy⁴⁹.

W literaturze wskazuje się, że niektóre z zabiegów estetycznych powinni wykonywać wyłącznie lekarze, natomiast te, które nie mają charakteru leczniczego oraz cechują się małą inwazyjnością, mogłyby być wykonywane przez osoby

⁴⁸ Stanowisko Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej 48/21/P-VIII z 15.04.2021 r., 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 (dostęp: 22.06.2025).

⁴⁹ Stanowisko Nr 6/14/P-VII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z 25.04.2014 r., w sprawie poparcia stanowiska Polskiego Towarzystwa Medycyny Estetycznej i Anti-Aging w sprawie wykonywania zabiegów lekarskich z zakresu medycyny estetycznej przez osoby nieuprawnione oraz nieuprawnionego stosowania w tym celu produktów leczniczych i wyrobów medycznych. Zob. <https://nil.org.pl/dla-lekarzy/prawo/medycyna-estetyczna/5032-stanowisko-prezydium-nrl> (dostęp: 22.06.2025).

niewykonujące zawodu lekarza⁵⁰. W praktyce zabiegi estetyczne wykonywane są przez lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarki, położne, a także kosmetyczki, kosmetologów i ratowników medycznych.

Najwięcej kontrowersji wzbudza wykonywanie zabiegów estetycznych przez kosmetyczki. Zawód ten ma charakter usługowy i wiąże się z wykonywaniem zabiegów pielęgnacyjnych.

Praca kosmetyczki ma charakter indywidualny i wykonywana jest samodzielnie na podstawie własnych wiadomości, umiejętności praktycznych oraz oświadczenia zawodowego. Do zadań kosmetyczki należy przede wszystkim wykonywanie zabiegów z zakresu kosmetyki pielęgnacyjnej, tj. oczyszczanie, złuszczenie, nawilżanie skóry twarzy szyi i dekoltu. Następną grupą zabiegów są zabiegi upiększające, zdobnicze oraz zabiegi z zastosowaniem czynników fizykalnych ze szczególnym uwzględnieniem światła, prądu, wody, temperatury i ultradźwięków (...)⁵¹.

Wykonywanie zawodu kosmetyczki nie wymaga ukończenia studiów wyższych, a jedynie szkoły zawodowej, technikum, szkoły policealnej lub kursów kwalifikacyjnych na to stanowisko. Zawód kosmetyczki jest zawodem rzemieślniczym, w związku z czym nabyte kwalifikacje mogą potwierdzać również egzaminy – czeladniczy i mistrzowski. Kosmetyczki nie nabywają w procesie kształcenia wiedzy medycznej niezbędnej do wykonywania zabiegów inwazyjnych powiązanych z hipotetycznie wysokim ryzykiem dla zdrowia i postępowania w przypadku zaistnienia zdarzeń niepożądanych mających związek z wykonywanym zabiegiem.

Stanowisko dotyczące braku kompetencji kosmetyczek do wykonywania zabiegów estetycznych zostało uwypuklone w orzecznictwie. Jak podkreślono w wyroku Sądu Okręgowego w Gliwicach z dnia 6 listopada 2019 roku, sygn. VI Ka 581/19, „żaden akt prawny w Polsce nie wskazuje jakoby przerywanie ciągłości skóry było tylko domeną lekarza, podobne bowiem uszkodzenia naskórka czy przerywanie ciągłości skóry mają też miejsce w studiach tatuażu, gabinetach podologicznych, piercingu czy podczas mikropigmentacji”⁵².

Wątpliwości związane z uprawnieniami do wykonywania zabiegów estetycznych dotyczą również kosmetologów, których proces kształcenia odbywa się na uczelniach medycznych⁵³. W ramach programu studiów na kierunku kosmetologia wymienione

⁵⁰ R. Kubiak, w: *Regulacja prawna czynności medycznych*, t. II, cz. 2, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, Warszawa 2019, s. 786.

⁵¹ https://psz.praca.gov.pl/web/urząd-pracy/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/wyszukiwarka-opisow-zawodow/-/klasyfikacja_zawodow/zawod/514202 (dostęp: 22.12.2023).

⁵² Zob. wyrok Sądu Okręgowego w Gliwicach z 6.11.2019 r., sygn. VI Ka 581/19, [https://orzeczenia.gliwice.so.gov.pl/content/\\$N/151515000003006_VI_Ka_000581_2019_Uz_2019-11-06_001](https://orzeczenia.gliwice.so.gov.pl/content/$N/151515000003006_VI_Ka_000581_2019_Uz_2019-11-06_001) (dostęp: 29.12.2023).

⁵³ Zob. <https://rekrutacja.umed.lodz.pl/studia-w-jezyku-polskim/kosmetologia/>. W opisie kierunku wskazano, że: „Kosmetologia to dynamicznie rozwijająca się dziedzina wiedzy o ogromnym potencjale rynkowym. Z roku na rok wzrasta zapotrzebowanie na zaawansowane zabiegi, które korygują lub przywracają urodę – niwelując niepożądane zmiany skórne i inne niedoskonałości. Aby móc wykonywać zawód kosmetologa, podejmij studia, które pozwolą Ci zdobyć niezbędne kwalifikacje i umiejętności. Stań się profesjonalistą!”; <https://studia.uj.edu.pl/kierunki/wfarm/kosmetologia>. I dalej: „Kosmetologia łączy w sobie nauki medyczne i farma-

zostały między innymi przedmioty takie jak: anatomia, fizjologia, patofizjologia, chemia ogólna, biochemia, kosmetologia upiększająca, farmakologia, kosmetologia kloniczna i zabiegowa, dermatologia kliniczna i zabiegowa⁵⁴. Jakkolwiek kosmetolog nie należy do katalogu zawodów medycznych, tak proces kształcenia wyposaża studentów tego kierunku w formalną wiedzę niezbędną do podejmowania czynności zabiegowych. Na marginesie należy podkreślić, że dla celów podatkowych zawód kosmetologa identyfikowany jest z zawodem medycznym. W interpretacji Izby Skarbowej w Bydgoszczy z dnia 23 września 2011 roku wskazano, że:

pomimo iż zawód kosmetologa nie został objęty unormowaniem odrębnych aktów prawnych, to jednak uprawnienia i zakres świadczonych usług wskazuje, iż osoba, która zdobyła wykształcenie w zakresie kosmetologii jest osobą uprawnioną do udzielania świadczeń zdrowotnych⁵⁵ oraz osobą legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w dziedzinie medycyny⁵⁶.

W kwestii wykonywania świadczeń związanych z naruszeniem integralności cielesnej wypowiedział się Sąd Okręgowy w Olsztynie w wyroku z dnia 22 marca 2016 roku, sygn. VII Ka52/16⁵⁷, w sprawie dotyczącej wykonania przez kosmetyczkę zabiegu iniekcji i podania podskórnie kwasu hialuronowego w kanaliki łzowe obu oczu. Obwiniona ukończyła szkolenia z zakresu wypełnień estetycznych, mezoterapii igłowej twarzy i ciała, nietrwałego eliminowania zmarszczek, a także kurs z zakresu wstrzykiwania kwasu hialuronowego. W wyniku zabiegu pokrzywdzona doznała komplikacji w postaci opuchlizny oczu, silnego łzawienia, dużych sińców pod oczami, a także gorączki. Sąd nie stwierdził winy kosmetyczki, której zarzucano wyczerpanie znamion wykroczenia określonego w treści art. 58 ust. 1 u.z.l. Zdaniem sądu wykonana czynność nie miała charakteru leczniczego, ale związana była jednoznacznie z poprawą wyglądu zewnętrznego. Tym samym obwiniona nie naruszyła reguł określonych w treści art. 58 u.z.l., które przewiduje karę za wykonywanie świadczeń zdrowotnych, mimo braku formalnych uprawnień w tym zakresie. Co istotne, sąd nie odniósł się negatywnie do kompetencji kosmetyczek w zakresie podejmowania zabiegów estetycznych, a także nie wskazał, że tego rodzaju czynności winny być wykonywane wyłącznie przez osoby wykonujące zawody medyczne. Co więcej, sąd podkreślił, że ustalenia sądu I instancji nie zasłu-

ceutyczne, a także nauki o zdrowiu i o kulturze fizycznej. Kształcenie na tym kierunku wychodzi naprzeciw zapotrzebowaniu dynamicznie rozwijającej się branży kosmetycznej. (...) Obecnie bardzo ważną kwestią w tej branży są także obszary związane z kosmetologią pielęgnacyjną i leczniczą oraz medycyną estetyczną. Z tego powodu kształcenie na kosmetologii zostało nakierowane na wykształcenie u studentów krytycznego i opartego na dowodach naukowych podejścia do oferty nowych usług z zakresu kosmetologii, gdzie intensywne przenika się problematyka ochrony, pielęgnacji i leczenia schorzeń dermatologicznych”.

⁵⁴ <https://farmacja.umed.pl/wp-content/uploads/2021/05/Zalacznik-nr-11-kosmetologia-I-stopnia.pdf> (dostęp: 22.09.2023).

⁵⁵ Na marginesie należy podkreślić, że postulaty dotyczące uznania profesji kosmetologa za zawód medyczny zostały wysunięte po raz pierwszy około 1957 r. Zob. I. Rudowska, *Kosmetyka lekarska*, Warszawa 1957, s. 3.

⁵⁶ Interpretacja indywidualna Izby Skarbowej w Bydgoszczy z 23.9.2011 r., ITPP1/443-989/11/.

⁵⁷ Zob. wyrok Sądu Okręgowego w Olsztynie z 22.03.2016 r., sygn. VII Ka 52/16, Lex nr 2022754.

gują na akceptację w zakresie, w jakim wskazują, że przerywanie ciągłości skóry jest tylko domeną lekarza (lub pielęgniarki). Powyższe wynika z faktu, że podobne uszkodzenia naskórka czy przerywanie ciągłości skóry ma też miejsce w studiach tatuażu, gabinetach podologicznych czy podczas mikropigmentacji⁵⁸.

W trakcie przygotowania tekstu artykułu, Ministerstwo Zdrowia wydało Komunikat w sprawie wykonywania procedur medycyny estetyczno-naprawczej⁵⁹. Wykonywanie procedury medycyny estetyczno-naprawczej związane jest z koniecznością przeprowadzenia wcześniejszego badania przedmiotowego i podmiotowego, wykonania dodatkowej diagnostyki, dokonania oceny zagrożeń związanych z zastosowaniem leków i wypełnień podawanych w drodze iniekcji, wykluczeniem przeciwwskazań, prowadzeniem dokumentacji medycznej, właściwego postępowania z odpadami medycznym oraz posiadaniem umiejętności i uprawnień do wdrożenia leczenia skutków powikłań.

Przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2023 roku, w sprawie umiejętności zawodowych lekarzy i lekarzy dentyków (Dz.U. 2023 poz. 1189) sformalizowały medycynę estetyczno-naprawczą, jako certyfikowaną umiejętność zawodową lekarzy i lekarzy dentyków. Obowiązujące przepisy wskazują, że procedury medyczne wchodzące w zakres umiejętności zawodowych (dotyczy również procedur medycyny estetyczno-naprawczej) są świadczeniami zdrowotnymi wykonywanymi przez lekarzy. Osobą nieuprawnioną do wykonywania procedur medycyny estetyczno-naprawczej jest każda osoba nieposiadająca kwalifikacji zawodowych lekarza, a zatem nieuprawnieni do ich wykonywania są pracownicy innych zawodów medycznych, kosmetolodzy, kosmetyczki i inne osoby pomimo, iż posiadają certyfikaty odbytych szkoleń z zakresu jakiegokolwiek procedury medycyny estetycznej. Uzyskane na szkoleniach czy kursach przez osoby nieuprawnione certyfikaty z zakresu procedur medycyny estetyczno-naprawczej świadczą wyłącznie o odbyciu takiego szkolenia, natomiast nie nadają uprawnień do ich wykonywania, co potwierdza również stanowisko wydane przez ówczesnie połączone Ministerstwo Edukacji i Nauki⁶⁰.

Wskazany wyżej komunikat Ministerstwa Zdrowia nie ma charakteru bezwzględnie obowiązującego, co wynika z jego poza normatywnego charakteru. Powołany wyżej komunikat odnosi się do medycyny estetyczno-naprawczej, która z natury rzeczy, niezależnie od treści stanowiska MZ, musi być realizowana przez osoby wykonujące zawód lekarza, co wynika z leczniczego charakteru czynności. Komunikat MZ nie odnosi się do czynności podejmowanych w celu poprawy lub polepszenia wyglądu, których charakter nie nosi znamion celu leczniczego. Podkreślenia wymaga, że wydaniu Komunikatu, nie towarzyszą zmiany przepisów dotyczących opodatkowania świadczeń z zakresu medycyny estetyczno-naprawczej – tj. zwolnieniu z podatku VAT, w związku z ich przyporządkowaniem do katalogu świadczeń zdrowotnych sensu stricto.

⁵⁸ E. Kozak, *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” 2022, nr 1, s. 255–266.

⁵⁹ Komunikat Ministerstwa Zdrowia w sprawie wykonywania procedur medycyny estetyczno-naprawczej z dnia 23 stycznia 2026 roku. Zob., file:///C:/Users/CIT04240006/Downloads/Komunikat_ws_medycyny_estetyczno-naprawczej.pdf (dostęp: 2.02.2026).

⁶⁰ W treści Komunikatu MZ w sprawie wykonania procedur medycyny estetyczno-naprawczej wskazano listę zabiegów, które mogą być wykonywane wyłącznie przez osobę wykonującą zawód lekarza. Wśród zabiegów wymieniono między innymi: a) zabiegi zużyciem toksyny botulinowej, b) zabiegi zużyciem kwasu hialuronowego usieciowanego (wolumetria, liftingowanie, modelowanie), c) zabiegi zużyciem kwasu polimlekowego, d) zabiegi zużyciem hydroksyapatytu wapnia, e) zabiegi zużyciem polikaprolaktonu, f) mezoterapię zużyciem kwasu hialuronowego usieciowanego, aminokwasów, witamin, polinukleotydów, kolagenu, mikro- i makroelementów, peptydów, enzymów, koenzymu oraz leków w celu leczenia, odbudowy, rewitalizacji, profilaktyki przeciwstarzeniowej, g) zabiegi zużyciem osocza bogatopłytkowego i fibryny.

KWALIFIKACJE NIEZBĘDNE DO WYKONYWANIA ŚWIADCZEŃ ESTETYCZNYCH ZWIĄZANYCH Z UZUPEŁNIENIEM I MODYFIKACJĄ STRUKTUR ANATOMICZNYCH

Na odrębną analizę zasługuje poziom kwalifikacji niezbędny do wykonywania świadczeń estetycznych z wykorzystaniem wyrobów medycznych, których przeznaczeniem jest zastępowanie lub modyfikowanie budowy anatomicznej, procesu lub stanu fizjologicznego. Zakres tego rodzaju czynności predestynuje do przyjęcia twierdzenia, że powinny być one wykonywane przez osoby posiadające odpowiednią wiedzę i umiejętności. Niejasnym jest, czy świadczenia związane z uzupełnianiem bądź modyfikowaniem struktur anatomicznych mogą być wykonywane przez każdego lekarza bez względu na posiadaną specjalizację, czy też wyłącznie przez lekarzy, posiadających specjalizację „zabiegową”. W literaturze wskazuje się, że zakres czynności podejmowanych przez lekarzy i lekarzy dentyistów musi odpowiadać posiadanej specjalizacji⁶¹, niemniej pojawiają się zdania przeciwnie w tym przedmiocie⁶².

W orzecznictwie widzimy, że poziom fachowości lekarza wyznaczają m.in. specjalizacja, doświadczenie i kwalifikacje. Świadczenie usług medycznych bez specjalizacji jest możliwe, ale traktowane jako ryzykowne. W razie podjęcia takich działań lekarz powinien: upewnić się, że posiada adekwatną wiedzę i umiejętności, poinformować pacjenta o swoim statusie, a w razie wątpliwości – skierować do specjalisty⁶³. Podobnie wypowiedziały się sądy Okręgowe w Słupsku, Poznaniu i w Warszawie⁶⁴.

Z kolei w postanowieniu Sądu Najwyższego z dnia 21 kwietnia 2017 r., sygn. SDI 4/17, podkreślono, że:

w sytuacji gdy są uzasadnione powody, lekarz może rozszerzyć zakres badań i przeprowadzić je także w zakresie, w jakim nie jest specjalistą. To nie powinno być uznawane za przekroczenie kompetencji lekarskich. (...) Ale muszą istnieć wiarygodne przyczyny dla rozszerzenia badań, a ponadto czynności lekarskie muszą być przeprowadzone z należytą starannością, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej. Przede wszystkim zaś pacjent musi zostać o konieczności tych badań poinformowany i wyrazić na nie zgodę.

Kontekst posiadania lub braku specjalizacji przez osoby podejmujące się wykonania zabiegów estetycznych z wykorzystaniem wyrobów medycznych ma znaczenie nie tylko teoretyczne, ale również praktyczne, co podyktowane jest dyskusją dotyczącą bezpieczeństwa stosowania wyrobów medycznych. Naczelna Rada Lekarska stoi na stanowisku, że „zabiegi estetyczne powinni wykonywać wyłącznie praktycy posiadający odpowiednią wiedzę, umiejętności i doświadczenie w wykonywaniu

⁶¹ Z.B. Gądzik, *Glosa do postanowienia Sądu Najwyższego z 26.05.2021 r., sygn., I KK 23/21, „Ius Novum” 2022, nr 4, s. 177–188.*

⁶² K. Zgryzek, w: *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentyisty. Komentarz*, red. L. Ogiegło, Warszawa 2015, s. 555.

⁶³ Zob. wyrok SN z dnia 10.02.2010 r., sygn., V CSK 287/09, LEX nr 786561.

⁶⁴ Zob. wyrok SO w Słupsku z dnia 25.04.2022 r., sygn. I C 1061/19, <https://orzeczenia.slupsk.so.gov.pl/> (dostęp: 22.06.2025); wyrok SO w Poznaniu z dnia 25.06.2021 r., sygn. XIV C 1273/16, <https://www.saos.org.pl/judgments/444709> (dostęp: 22.06.2025); wyrok SO w Warszawie z dnia 3.12.2020, sygn. I C 960/15, [https://orzeczenia.ms.gov.pl/details/\\$N/15450500000303_I-C_000960_2015_Uz_2020-12-23_001](https://orzeczenia.ms.gov.pl/details/$N/15450500000303_I-C_000960_2015_Uz_2020-12-23_001) (dostęp: 22.06.2025).

danego zabiegu (...)"⁶⁵. Prezentowane stanowisko odnosi się do ogólnych kwestii związanych z kompetencjami do wykonywania zabiegów estetycznych. Zwrot „odpowiednia wiedza, umiejętności i doświadczenie” odnosi się jedynie do generalnej reguły, zgodnie z którą lekarz ma obowiązek dołożyć należytej staranności w procesie wykonywania czynności medycznych⁶⁶.

Zgodnie z treścią programu specjalizacji w dziedzinie chirurgii plastycznej – program modułu specjalistycznego w zakresie chirurgii plastycznej dla lekarzy nieposiadających odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia lub tytułu specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny⁶⁷, „celem szkolenia specjalizacyjnego w zakresie modułu specjalistycznego jest uzyskanie, zgodnie ze współczesną wiedzą medyczną, szczególnych kwalifikacji w dziedzinie chirurgii plastycznej – w następującym zakresie: (...) chirurgia estetyczna (...) c) piersi: – wszczępienie protez piersiowych, – piersi obwisłe, – wciągnięte brodawki”.

Z treści programu specjalizacji wynika, że: „celem szkolenia specjalizacyjnego w zakresie modułu specjalistycznego jest również uzyskanie szczególnych kwalifikacji w dziedzinie chirurgii plastycznej, umożliwiających zgodnie ze współczesną wiedzą medyczną: wykonywanie wysokospecjalistycznych świadczeń lekarskich i profilaktycznych z zakresu chirurgii plastycznej, rekonstrukcyjnej i estetycznej”.

Z literalnego brzmienia programu szkolenia specjalizacyjnego wynika wprost, że szczególne kompetencje nabywane w trakcie specjalizacji z chirurgii plastycznej wymagane są w wypadku wykonywania zabiegów wszczępienia protez piersiowych, a także posługiwania się technikami płatowymi⁶⁸, i przeszczepiania tkanek w obrębie piersi kobiecych⁶⁹. Przeprowadzanie zabiegów korygujących struktury anatomiczne nie wymaga jednak w wielu przypadkach specjalizacji z chirurgii plastycznej. Przykładem jest dopuszczalność wykonywania zabiegów labioplastyki, hoodoplastyki, hymenotomii czy korekty blizn poporodowych przez lekarzy ginekologów⁷⁰. W ramach zabiegów ginekologii estetycznej, oprócz technik chirurgicznych, wykorzystywane są również lasery Co₂ oraz Nd:YAG, skupione ultradźwięki – HIFU, radiofrekwencja, IPL, kwas hialuronowy, tłuszcz i osocze bogatopłytkowe oraz nici liftingujące.

⁶⁵ Zob. <https://nil.org.pl/dla-lekarzy/prawo/medycynaestetyczna/5296-propozycja-definicji-medycyny-estetycznej> (dostęp: 29.12.2023).

⁶⁶ Dołożenie należytej staranności stanowi podstawowy obowiązek osób wykonujących zawód lekarza i lekarza dentyści. Zgodnie z art. 4 u.z.l., „Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością”.

⁶⁷ <https://www.cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/2023/03/0738-program-1-.pdf> (dostęp: 28.12.2023).

⁶⁸ M. Noszczyk, *Medycyna piękności*, Warszawa 2016, s. 213.

⁶⁹ U. Kalina-Prasznic, *Wpływ zmian społecznych, gospodarczych i ustrojowych na system prawa*, Wrocław 2018, s. 54.

⁷⁰ Zgodnie z programem specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii dla lekarzy nieposiadających odpowiedniej specjalizacji (obowiązuje lekarzy, którzy rozpoczęli szkolenie specjalizacyjne w wyniku postępowania kwalifikacyjnego – wiosna 2023) umiejętności praktyczne w zakresie ginekologii obejmują między innymi wykonania operacji plastycznej przedniej, tylnej ściany pochwy i krocza. Zob. <https://www.cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/2023/03/0724-program-1-.pdf> (dostęp: 23.09.2023).

Czynności zmierzające do modyfikacji i uzupełnienia budowy anatomicznej niepowiązane z wszczepianiem protez piersiowych lub też wykorzystywaniem technik płatowych lub przeszczepieniem tkanek mogą być wykonywane w ramach czynności lekarskich przez osoby nieposiadające specjalizacji w zakresie chirurgii plastycznej lub chirurgii ogólnej. Modyfikacja lub uzupełnianie struktur anatomicznych w obrębie kobiecych piersi możliwe są z wykorzystaniem innych niż chirurgiczne technik, w tym poprzez podanie preparatów mających status wyrobów medycznych. Przykładem jest m.in. modyfikacja struktur anatomicznych w obrębie piersi na podstawie wycofanego z obrotu wyrobu medycznego Aquafiling (później Los Deline), który był kwalifikowany jako wyrób medyczny klasy III⁷¹.

W postanowieniu Sądu Najwyższego z dnia 26 maja 2021 r., sygn. I KK 23/21⁷², Sąd Najwyższy wypowiedział się w sprawie zasadności wykonywania zabiegów „powiększenia piersi” z wykorzystaniem produktu Aquafiling B. przez lekarza dentystę. Sąd podkreślił, że wytyczne dotyczące preparatu Aquafilling jednoznacznie wskazywały, że mogą go aplikować wyłącznie specjaliści posiadający odpowiednie certyfikaty, którzy mają właściwe kwalifikacje.

Zgodnie z obowiązującymi regulacjami, tj. zgodnie z art. 2 ust. 2 u.z.l., obszarem działania lekarza dentysty pozostają zęby, część twarzowa czaszki i okolice przyległe. Wobec tego ograniczenia przedmiotowego lekarz dentysta nie ma kwalifikacji do działania poza wskazanym obszarem. Warto podkreślić, że preparat Aquafiling, zanim został wycofany z obrotu i użycia z powodu poważnych powikłań wywołanych jego stosowaniem oraz ze względu na zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentek, występował w dwóch odmianach: „Aquafilling F.” (przeznaczony do użycia w obrębie twarzy) oraz „Aquafilling B.” – służący do „wypełniania” piersi i innych części ciała. Przyjęcie przez SN, że zabieg powiększenia piersi z wykorzystaniem Aquafiling B. nie może być wykonywany przez lekarza dentystę, wynikał z konieczności dokonania wielu czynności przed przystąpieniem do zabiegu, a także działań *ex post*, które mają na celu ograniczenie ryzyka zdrowotnego. Sąd Najwyższy wskazał, że przed zabiegiem z wykorzystaniem preparatu Aquafilling pacjent musi wykonać następujące badania: morfologię krwi, AIDS, Hbs Ag, test RW, EKG, badanie krzepliwości krwi, badanie moczu oraz badanie USG gruczołów piersiowych lub mammografię. Obszerna jest również lista przeciwwskazań do podania tego wyrobu medycznego. Ponadto SN podkreślił, że zabieg powiększenia piersi z wykorzystaniem wskazanego wyżej preparatu wchodzi w zakres ustawowej definicji świadczenia zdrowotnego, co wynika z jego inwazyjnego charakteru oraz wymogów dotyczących jego przeprowadzenia. Jednocześnie Sąd dodał, że wyraża to stanowisko, mając pełną świadomość braku precyzyjnej regulacji prawnej dotyczącej wykonywania tzw. nieterapeutycznych zabiegów medycyny estetycznej, a komentowany obszar wymaga pilnej interwencji ustawodawcy.

⁷¹ „(...) chirurgiczne inwazyjne wyroby medyczne przeznaczone do krótkotrwałego użytku zalicza się do klasy IIa, z tym, że zalicza się je jako klasy IIIa, gdy są one przeznaczone (...) do wywołania efektów biologicznych lub do wchłonięcia w całości lub większej części”. Zob. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobu kwalifikowania wyrobów medycznych z 5.11.2010 r., Dz.U. z 2010 r., nr 215, poz. 1416.

⁷² Postanowienie SN z 26.05.2021 r., sygn. I KK 23/21, LEX nr 3229514.

Konkludując cytowane wyżej postanowienie, należy podkreślić, że kompetencje do wykonywania zabiegów związanych z podawaniem preparatów uzupełniających struktury anatomiczne mają wyłącznie lekarze, przy czym nie ma znaczenia fakt, czy posiadają specjalizację związaną z wykonywaniem zabiegów operacyjnych (chirurgicznych), czy też nie posiadają żadnej specjalizacji.

Na marginesie należy podkreślić, że podanie wyrobu medycznego celem modyfikacji struktur anatomicznych stanowi działanie nader częste w obszarze wykonywania zabiegów estetycznych. Przykładem są czynności zmierzające np. do wykonania zabiegu wolumetrii twarzy, które polegają na podaniu preparatu (wyrobu medycznego) bez użycia narzędzi chirurgicznych, np. za pomocą kaniuli. Zabiegi modyfikacji struktur anatomicznych w obrębie twarzy są obecnie bardzo powszechne i nie kojarzą się co do zasady z czynnościami inwazyjnymi, co nie wyklucza ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych. Brak jednoznacznych regulacji prawnych, a także niezasadność posługiwania się przerwaniem bariery naskórka jako zmiennej określającej katalog osób uprawnionych do wykonywania określonego rodzaju czynności powodują, że świadczenia estetyczne mające charakter czynności związanych z naruszeniem integralności cielesnej i wniknięciem w ciało człowieka i mogą być wykonywane, ze względu na ich pozaleczniczy charakter, nie tylko przez osoby związane z profesją medyczną.

PODSUMOWANIE

Obowiązujące przepisy prawa, doktryna i linia orzecznicza⁷³ nie wskazują przyporządkowania czynności, zabiegów i świadczeń estetycznych do kategorii świadczeń zdrowotnych. Niejednoznaczność charakteru świadczeń estetycznych spowodowała zainicjowanie przez Naczelną Radę Lekarską propozycji w przedmiocie zmiany definicji świadczeń zdrowotnych, zgodnie z którą przez świadczenia zdrowotne należałoby rozumieć:

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 ludzkie⁷⁴.

⁷³ Zob. m.in. wyrok WSA w Warszawie z dnia 30.05.2016 r., sygn. VII SA/Wa 385/16, LEX nr 2113957; postanowienie NSA z dnia 19.12.2012 r., sygn. I FSK 259/12, <https://inforfk.pl/dok/tresc,NSA.2012.001.100583144,Wyrok-NSA-z-dnia-20-grudnia-2012-r-sygn-II-FSK-764-11.html>; dostęp: 12.12.2025 r. wyrok SN z dnia 26.05.2021 r., sygn. I KK 23/21, <https://www.sn.pl/sites/orzecznictwo/orzeczenia3/i%20kk%2023-21.pdf> (dostęp: 10.12.2025).

⁷⁴ Zob. D. Lesner, *Medycyna estetyczna czeka na swoje prawo, a kontrowersji dużo*, https://www.prawo.pl/zdrowie/medycyna-estetycznabeda-zmiany-w-prawie-ale-kontrowersji-duzo,507050.html?fbclid=IwAR3rA5KjvykeO3Xv-4b99u_b7nrnd1ZsO9SzASS7iZ8mVA48HHjBIUR-IrCE (dostęp: 8.12.2025).

Zmiana definicji stanowiłaby o możliwości zakwalifikowania świadczeń estetycznych do katalogu świadczeń zdrowotnych, co implikowałoby również usunięcie kontrowersji dotyczących uprawnień do ich wykonywania.

Koniecznym jest jednak wskazanie, że pojęcie świadczenia zdrowotnego, określone w treści art. 3 ust. 1 pkt 10 Ustawy o działalności leczniczej⁷⁵, nie zostało do chwili obecnej zmienione, a tym samym nie zawiera elementów dotyczących zmiany lub modyfikacji wyglądu zewnętrznego.

Niezależnie od tego, konieczne jest ujednoczenie nomenklatury dotyczącej określenia pojęć świadczenia estetyczne, zabieg, czynności inwazyjne i czynności podwyższonego ryzyka. Jednocześnie niezbędne wydaje się jednoznaczne wskazanie, które czynności mogą być wykonywane wyłącznie przez osoby wykonujące zawody medyczne i uprawnione do świadczeń zdrowotnych, a które, ze względu na ich charakter i cel wykonania, mogą być realizowane przez osoby, które nabyły umiejętności i kwalifikacje praktyczne niewywodzące się z klasycznego kształcenia na kierunkach związanych z ochroną zdrowia.

Próba dookreślenia kompetencji niezbędnych do wykonywania świadczeń medycyny estetycznej i naprawczej zostały podjęte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie umiejętności zawodowych lekarzy i lekarzy dentyków (dalej jako: r.u.l.⁷⁶). Wskazane rozporządzenie określa rodzaje i kody umiejętności zawodowych, w których lekarz i lekarz dentyśta mogą uzyskać certyfikat umiejętności zawodowej. W treści r.u.l. odniesiono się do „medycyny estetyczno-naprawczej” i „medycyny stylu życia”. Ubieganie się o certyfikat z zakresu pierwszej ze wskazanych umiejętności jest możliwe dla wszystkich osób posiadających prawo wykonywania zawodu, niezależnie od posiadanej specjalizacji, a także dla osób, które nie odbyły żadnego szkolenia specjalizacyjnego. Literalna i teleologiczna wykładnia treści przepisów r.u.l. pozwalają przyjąć, że kwalifikacje niezbędne do wykonywania czynności z zakresu medycyny estetyczno-naprawczej może uzyskać każda osoba wykonująca zawód lekarza lub lekarza dentyśty, niezależnie od poziomu szkolenia podyplomowego. Powyższe nie rozwiązuje jednak problemów związanych z określeniem, które czynności estetyczne mogą być wykonywane wyłącznie przez lekarzy, a także nie definiuje pojęcia świadczenia estetycznego. Co więcej, wprowadzenie nazwy „medycyna estetyczno-naprawcza” sugeruje rozszerzenie katalogu czynności zmierzających do poprawy wyglądu zewnętrznego, o czynności rekonstrukcyjne, stanowiących, co do zasady, domenę lekarzy specjalistów.

Wbrew potocznym opiniom środowiska lekarskiego, rozporządzenie nie stanowi o zakazie wykonywania czynności estetycznych przez osoby inne niż lekarze, w tym osoby niezwiązane bezpośrednio z ochroną zdrowia, ale ma na celu zunifikowanie źródeł wiedzy i umiejętności zdobywanych przez lekarzy i lekarzy dentyków w zakresie świadczeń związanych z działaniami estetycznymi i naprawczymi.

Kwestia zdefiniowania pojęcia świadczeń estetycznych, jednoznacznego określenia kwalifikacji niezbędnych do ich wykonywania, a także prostych reguł

⁷⁵ Ustawa o działalności leczniczej z 15.04.2011 r., tj. Dz.U. z 2025 r., poz. 450.

⁷⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie umiejętności zawodowych lekarzy i lekarzy dentyków z 13.06.2023 r., Dz.U. z 2023 r., poz. 1189.

odpowiedzialności za wykonywanie czynności, do których przeprowadzenia niezbędne jest posługiwanie się ściśle określonymi, formalnymi kwalifikacjami, pozostaje stale otwarta. Brak spójnych i jednoznacznych regulacji prawnych stanowi nie tylko o zwiększeniu ryzyka dla osób poddających się świadczeniom estetycznym, ale również o nieuregulowaniu rynku estetycznego i synkretyzacji świadczeń, które – jakkolwiek związane z możliwością wystąpienia daleko idącego ryzyka – mogą być na chwilę obecną wykonywane nie tylko jako świadczenia zdrowotne realizowane na rzecz pacjentów, ale również jako usługi na rzecz konsumenta.

BIBLIOGRAFIA

- Anderson N., *Lawsuit Science, Lessons from the Silicone Breast Implant Controversy*, „New York School Law Review” 1997, nr 41.
- Asscher C.E., Schermer M., *Wish-fulfilling Medicine in Practice: The Opinions and Arguments of Lay People*, „Journal of Medical Ethics” 2014, nr 40 (12).
- Bernatek-Zagula I., *Prawo pacjenta w Polsce do informacji medycznej*, Toruń 2008.
- Buczyński A., Henrykowska G., w: *Zagrożenia zdrowia publicznego. Zdrowie człowieka a środowisko*, red. A. Denys, Warszawa 2015.
- Carruthers A., Carruthers J., *Historia zastosowania toksyny botulinowej w celach kosmetycznych*, w: *Procedures in Cosmetic Dermatology: Botulinum Toxin*, red. J. Carruthers, S.J. Dover, M. Alam (wyd. pol. pod red. A. Ignaciuk, Wrocław 2019).
- Daniluk P., *Cel leczniczy w świetle poglądów doktryny prawa*, „Prawo i Medycyna” 2005, nr 2.
- Daniluk P., *O pojęciach „zabieg leczniczy” i „pacjent” w rozumieniu art. 192 § 1 k.k.*, „Prawo i Medycyna” 2011, nr 4.
- Dąbrowska B., *Podręczny słownik medyczny łacińsko-polski i polsko-łaciński*, wyd. 2, Warszawa 2005.
- Ermann J., *Strafprozess, öffentliches Interesse und private Strafverfolgung. Untersuchungen zum Strafrecht der römischen Republik*, Köln 2000.
- Filar M., *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000.
- Fischer G., *First Surgical Treatment for Molding Body's Cellulite with Three 5 mm Incisions*, „Bulletin of the International Academy of Cosmetic Surgery” 1976, nr 3.
- Flynn T.C., Coleman W.P., Field L.M., Klein J.A., Hanke C.W., *History of liposuction*, „Dermatological Surgery” 2000, nr 26.
- Fowler G., Pfenninger J., *Procedury zabiegowe i diagnostyczne w dermatologii i medycynie estetycznej*, red. wyd. pol. A. Kaszuba, Wrocław 2012.
- Gądzik Z.B., *Glosa do postanowienia Sądu Najwyższego z 26.05.2021 r., sygn. I KK 23/21*, „Ius Novum” 2022, nr 4.
- Hazars O., Pepper P., *Medical Etymology. The History of Medical Terms for Students of Medicine, Dentistry and Nursing*, Philadelphia-London 1949.
- Johnson A., Coleman-Horton P., Bourne F., *Ancient Roman Statutes*, T. II, Austin 1961.
- Kalina-Prasznik U., *Wpływ zmian społecznych, gospodarczych i ustrojowych na system prawa*, Wrocław 2018.
- Kozak E., *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” 2022, nr 1.

- Krueger N., Llebberding S., Sattler G., Hanke C.W., Alexiades-Armenakas M., Sadick N., *The History of Aesthetic Medicine and Surgery*, „Journal of Drugs and Dermatology” 2013, nr 12 (7).
- Kubiak R., w: *Regulacja prawna czynności medycznych*, t. II, cz. 2, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, E. Zielińska, Warszawa 2019.
- Le Tourneau P., Cadiet L., *Droit de la responsabilité civile*, Paris 2002.
- Lesner D., *Medycyna estetyczna czeka na swoje prawo, a kontrowersji dużo*, <https://www.prawo.pl/zdrowie/medycyna-estetycznabeda-zmiany-w-prawie-ale-kontrowersji-duzo>.
- MacMullen R., *Enemies of the Roman Order*, London 1967.
- Napiwodzka-Bulek K., *Medycyna estetyczna – humanistyczne dążenie czy „enhancement”?*, „Filozofia Publiczna i Edukacja Demokratyczna” 2017, nr 6 (1).
- Neuber F., *Fettransplantation*, [Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie] 1893, nr 22.
- Noszczyk M., *Medycyna piękności*, Warszawa 2016.
- Olenius M., *The First Clinical Study Using a New Biodegradable Implant for the Treatment of Lips, Wrinkles, and Folds*, „Aesthetic Plastic Surgery” 1998, March–April, nr 22 (2).
- Regulacja prawna czynności medycznych*, t. II, cz. 2, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, E. Zielińska, Warszawa 2019.
- Rejmaniak R., *Problemy interpretacyjne wybranych pojęć zawartych w art. 192 k.k.*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2012, z. 4.
- Rudowska I., *Kosmetyka lekarska*, Warszawa 1957.
- Stevens W.G., Hirsch E.M., Stoker D.A., Cohen R., *In vitro Deflation of Pre-filled Saline Breast Implants*, „Plastic & Reconstructive Surgery” 2006, nr 118.
- Suder W., *Moda na zmarszczki w starożytnym Rzymie. Streszczenie*, w: *Kosmetologia wczoraj, dziś i jutro. Materiały konferencyjne*, Wrocław 2012.
- Śliwka M., *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawnoporównawczym*, Toruń 2008.
- Śpiewak R., *Estetologia medyczna, medycyna estetyczna, dermatologia estetyczna, chirurgia estetyczna, ginekologia estetyczna, stomatologia estetyczna – definicje i wzajemne relacje poszczególnych dziedzin*, „Estetologia Medyczna i Kosmetologia” 2012, nr 2 (3).
- Świdarska M., *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007.
- Tanne J.H., *FDA Approves Silicone Breast Implants 14 Years after Their Withdrawal*, „British Medical Journal” 2006, nr 333.
- Tomba P., Vigano A., Ruggieri P., Gasbarrini A., *Gaspare Tagliacozzi, Pioneer of Plastic Surgery and the Spread of His Technique Throughout Europe in „De Curtorum Chirurgia per Insitionem”*, „European Review for Medical and Pharmacological Sciences” 2014, nr 18 (4).
- Uniwersalny słownik języka polskiego*, t. 2: K–Ó, red. S. Dubisz, Warszawa 2003.
- Wielka encyklopedia PWN*, t. 19, Warszawa 2003.
- Yokomizo V.M., Benemond T.M., Chaska Ch., Benemond P., *Chemical Peels: Review and Practical Applications*, „Surgery Cosmetic Dermatology” 2013, nr 5 (1).
- Zgryzek K., w: *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, red. L. Ogiegło, Warszawa 2015.

Cytuj jako:

Król-Całkowska J.E., *Prawne aspekty wykonywania świadczeń estetycznych*, „Ius Novum” 2026, nr 1(20), s. 111–132. DOI: 10.26399/iusnovum.v20.1.2026.06/j.e.krol-calkowska