

Specyfika sporów w zakresie chirurgii plastycznej i medycyny estetycznej

Powszechnie wiadomo, że zabiegi tzw. medycyny estetycznej dokonywane są coraz częściej². Rośnie też liczba klinik medycyny estetycznej. Istnieje Towarzystwo Medycyny Estetycznej i Anty-Aging. Tymczasem dotychczas znaczenie pojęcie „medycyna estetyczna” nie zostało sprecyzowane³. Nie ma też specjalizacji z tej dziedziny. Istnieje natomiast specjalizacja z chirurgii plastycznej⁴. Niewątpliwie zakresy tych interwencji medycznych na siebie zachodzą, stąd nierzadko spotkać można określenie chirurgia estetyczna czy nawet chirurgia kosmetyczna⁵. Najszerszym z używanych określeń jest chyba pojęcie zabiegów estetycznych, co sprawia, że nie giną z pola widzenia zabiegi medycyny kosmetycznej (także niechirurgiczne) i kosmetyki zwykłej.

¹ Dr hab. Małgorzata Świderska, prof. Wyższej Szkoły Administracji i Biznesu w Gdyni, ORCID: 0000-0002-0884-5839.

² Zjawisko znaczącego wzrostu zainteresowania zabiegami estetycznymi przypada na XX w., zwłaszcza jego drugą połowę. Jak wskazuje J. Sawicki, czynnikiem, który spowodował przyspieszenie rozwoju chirurgii plastycznej, była I wojna światowa. Zob. J. Sawicki, *Błąd sztuki przy zabiegu leczniczym w prawie karnym, w doktrynie i orzecznictwie*, Warszawa 1965, s. 46.

³ Liczne wycinkowe próby definiowania medycyny estetycznej (*aisthetikos* – z greckiego „poznanie zmysłowe”) i chirurgii plastycznej (*plas* – z greckiego „formowanie” lub „kształtowanie”) nie doprowadziły do ujednolicenia pojęć – zob. P. Sobolewski, [w:] L. Bosek, A. Wnukiewicz-Kozłowska (red.), *System Prawa Medycznego*, t. 2. *Szczególne świadczenia zdrowotne*, Warszawa 2018, s. 336; por. też P. Szymańska vel Szymanek, *Przeprowadzanie zabiegów chirurgii estetycznej u osób małoletnich*, „Przegląd Sądowy” 2015, nr 10, s. 61-62; *eadem*, *Przesłanka wykonania zabiegu z medycyny estetycznej przez osobę formalnie uprawnioną a odpowiedzialność cywilna lekarza*, [w:] M. Urbaniak, R. Staszewski (red.), *Aktualne problemy przemian systemu ochrony zdrowia w Polsce*, Poznań 2017, s. 235.

⁴ Uzyskanie tej specjalizacji reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów z dnia 2 stycznia 2013 r. (Dz. U. z 2013 r. poz. 26).

⁵ Od dawna wiadomo, że zabiegi medycyny estetycznej nie tworzą grupy jednorodnej. Wyróżnić bowiem można z jednej strony zabiegi o celu wyłącznie estetycznym, np. usunięcie tzw. błędu piękności czy polepszenie wyglądu zewnętrznego, i z drugiej strony zabiegi, które prowadzić mają do rekonstrukcji wyglądu po wypadku czy też usunięcia poważnego zniekształcenia wyglądu (np. wady nosa po przebytej kile) – zob. M. Nesterowicz, *Aspekty prawne chirurgii estetycznej*, „Nowe Prawo” 1969, nr 4, s. 601. Ta druga grupa wykazuje wyraźny cel terapeutyczny, stąd określa się ją niekiedy „leczeniem rekonstrukcyjnym”. Zob. też Ph. le Tourneau, L. Cadiet, *Droit de la responsabilité civile*, Paris 2002, s. 508, gdzie wyróżnia się chirurgię estetyczną, w tym plastyczną – *de restauration* lub *reconstructive* w odróżnieniu od chirurgii określanej jako *de fantasie* albo *de caprice*.

Zabiegi estetyczne (medycyny estetycznej) dokonywane są przez lekarzy różnych specjalności: chirurgów plastyków, chirurgów ogólnych, dermatologów, ginekologów czy stomatologów. Nie ma unormowań prawnych rozdzielających ich kompetencje czy zastrzegających wyłączność lekarzy określonej specjalizacji⁶.

Narasta problem rozdzielenia obszaru kompetencji między lekarzami i kosmetologami, a także kosmetyczkami⁷. Chodzi zwłaszcza o zabiegi inwazyjne i obarczone ryzykiem, dokonywane przy przerwaniu granicy skórno-naskórkowej, jak choćby iniekcje toksyny botulinowej (tzw. botoks) czy kwasu hialuronowego. Do niechirurgicznych zabiegów estetycznych zalicza się też np. laserowe usunięcie włosów, mikrodermabrazję czy mezoterapię⁸. Należy przy tym zaznaczyć, że ani zawód kosmetyczki, ani kosmetologa nie jest zawodem medycznym.

Mamy do czynienia z próżnią normatywną, która wymaga interwencji ustawodawcy. Istotne jest sprecyzowanie granicy kompetencji kosmetologów i kosmetyczek, tym bardziej, że ten drugi zawód może wykonywać każdy po zgłoszeniu działalności gospodarczej.

Następnie trzeba oddzielić działalność tych grup zawodowych od sfery działania lekarzy. Celowe byłoby ponadto wskazanie na podział kompetencji między samymi lekarzami, poza tymi, którzy są specjalistami chirurgii plastycznej. Powinno być łatwe do ustalenia to, że lekarz konkretnej specjalności lub z określoną dodatkową umiejętnością zawodową może się podjąć zabiegu medycyny estetycznej.

Sama dopuszczalność zabiegów medycyny estetycznej nie budzi obecnie wątpliwości.

De lege lata w literaturze prawa medycznego⁹ proponuje się następujące przesłanki legalności zabiegów medycyny estetycznej:

- 1) działanie dokonującego zabieg w granicach wymaganych specjalnych uprawnień (w obecnym stanie prawnym ocena jest często intuicyjna);
- 2) wążenie ryzyka do korzyści, co oznacza obowiązek odmowy podjęcia się zabiegu mimo życzenia pacjenta, gdy ryzyko przewyższa spodziewaną korzyść (zdrowotną lub czysto estetyczną, przy czym nader często takiego rozróżnienia nie da się

⁶ Znany jest przykład z polskiego orzecznictwa dotyczący lekarza-ortopedy, który przeprowadził operację nosa, oczu i szyi powódki. Na skutek wadliwie dokonanego zabiegu doznała ona poważnego oszpeceńia, połączonego z zaburzeniami funkcji powiek i odpływu łez – wyrok SN z dnia 17 stycznia 1973 r. (niepublikowany) – podają za M. Nesterowiczem, *Prawo medyczne*, wyd. XII, Toruń 2019, s. 280-281.

⁷ Zawód kosmetyczki wymieniony jest w rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 13 grudnia 2016 r. w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz. U. z 2017 r. poz. 622).

⁸ Por. P. Sobolewski, [w:] L. Bosek (red.), *System Prawa Medycznego*, t. 2, wyd. 1, Warszawa 2018, s. 339.

⁹ Zob. np. M. Nesterowicz, *Prawo medyczne...*, 2019, s. 279-280; R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2017, s. 607-611.

przeprowadzić), także wówczas, gdy nie istnieją bezwzględne przeciwwskazania do wykonania zabiegu.

- 3) uświadomiona zgoda pacjenta, przy założeniu wzmożonego obowiązku informacji ze strony lekarza, także o ryzykach nietypowych, rzadkich, zwłaszcza poważnych¹⁰.

Takie dyrektywy wynikają z wnioskowania *per analogiam* z przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry¹¹. Obecnie znaczenie swoje zachowują ponadto przepisy kodeksu cywilnego¹², a w szczególności normy dotyczące ochrony dóbr osobistych (art. 23 i 24 k.c.). Dotyczy to zwłaszcza bezspornej przesłanki uchylenia bezprawności naruszenia dóbr osobistych w postaci zgody uprawnionego (tj. pacjenta). Można tu wszakże dodać, że nie oznacza to legalności wszelkich zabiegów „na życzenie”, bowiem ich wykonanie musi się mieścić w kanonach aktualnej wiedzy medycznej, tzn. powinno mieć uzasadnienie medyczne, jakkolwiek może ono wykraczać poza wskazania wynikające ze stanu zdrowia fizycznego i łączyć się ze stanem psychicznym pacjenta.

Mimo braku uregulowań prawnych od dawna rozstrzygane są spory w związku z zabiegami medycyny estetycznej. Dotyczy to zwłaszcza poważnych szkód wyrządzonych przy zabiegach poprawienia wyglądu piersi u kobiet. Można wskazać tytułem przykładu na sprawę rozstrzyganą przez Sąd Najwyższy 20 maja 2016 r.¹³ Powódka, 30-letnia kobieta, mająca obustronny niedorozwój piersi, poddała się zabiegowi powiększenia piersi w Prywatnym Centrum Chirurgii Plastycznej. Zabieg wykonywali chirurg plastyk i anestezjolog. Sąd karny ustalił, że anestezjolog nie zachował ostrożności podczas znieczulenia (zaintubowanie spowodowało przedostanie się powietrza pod powłoki skórne zamiast do układu oddechowego, wskutek czego rozwinęła się odma opłucnowa i rozedma podskórna) i nie monitorował stanu pacjentki. Pomimo reanimacji doszło do niedotlenienia ośrodkowego układu nerwowego i trwałego uszkodzenia tego układu. Pacjentka pozostaje nieodwracalnie na pograniczu stanu wegetatywnego (encefalopatia niedokrwienna i porażenie czterokończynowe). Lekarz został skazany na 2 lata pozbawienia wolności w zawieszeniu na 5 lat (przestępstwo z art. 156 § 2 k.k.¹⁴). Winę lekarza stwierdził też w postępowaniu dyscyplinarnym Okręgowy Sąd Lekarski. Jako sankcję zastosował upomnienie (*sic!*).

Sąd Okręgowy rozstrzygający po wniesieniu powództwa odszkodowawczego zasądził na rzecz powódki solidarnie od pozwanych lekarza i Centrum zadośćuczynienie

¹⁰ W literaturze francuskiej zwraca się też uwagę na obowiązek informowania o kosztach operacji i o *tempus deliberandi* dla pacjenta, podczas którego nie wolno żądać żadnych opłat – por. Ph. le Tourneau, L. Cadiet, *Droit de la responsabilité...*, s. 508.

¹¹ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Dz. U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152 (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 790).

¹² Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1145).

¹³ II CSK 517/15, Legalis nr 1482764.

¹⁴ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2018 r. poz. 1600).

(800 000 zł), zwrot kosztów leczenia (w kwocie 211 700 zł), skapitalizowaną rentę z tytułu zwiększonych potrzeb (w kwocie 270 400 zł) i rentę bieżącą (w kwocie 7200 zł), a od ubezpieczyciela odszkodowanie do sumy gwarancyjnej w kwocie 100 000 zł (art. 430 k.c. i art. 415 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c.). Sąd Najwyższy, uwzględniając skargę kasacyjną od wyroku Sądu Apelacyjnego, uznał wyrok Sądu Okręgowego za prawidłowy.

Potrzebę wzmożonego obowiązku informacji, a także potrzebę ważenia ryzyka względem korzyści, podkreślił Sąd Najwyższy w orzeczeniu z 5 września 1980 r.¹⁵ na tle następującego stanu faktycznego: powódka poddała się zabiegowi operacyjnego usunięcia tzw. kępek żółtych z lewej powieki bez żadnych wskazań leczniczych, wyłącznie w celach estetycznych. Została oszpecona, a ponadto następstwem zabiegu było niedomykanie się powiek i powtarzające się zapalenie rogówki, na skutek czego została zaliczona do III grupy inwalidzkiej. Powódka podnosiła, że nie podjęłaby decyzji o poddaniu się operacji, gdyby została poinformowana o jej ryzyku. Sąd Najwyższy sformułował doniosłą tezę: „Wymaganie zgody pacjenta na podjęcie zabiegu operacyjnego wyłącznie dla celów estetycznych (polepszenia wyglądu zewnętrznego) jest zachowane tylko wtedy, gdy został on uprzednio dostatecznie poinformowany także o szczególnych, czyli wszelkich mniej lub bardziej możliwych do przewidzenia, skutkach interwencji niestwarzającej ryzyka wyższego od przeciwnego”.

Inny spór z dziedziny chirurgii estetycznej dotyczył zabiegu powiększenia piersi implantami anatomicznymi, o który zwróciła się powódka¹⁶. Chirurg plastyk poinformowała pacjentkę o ryzyku zabiegu, która wybrała implanty, po czym wyraziła zgodę na operację. Zabieg operacyjny został przeprowadzony prawidłowo. Jednak trzy tygodnie później stwierdzono rozejście się brzegów rany prawej piersi. Pozwana chirurg podjęła próbę leczenia z wyjęciem protezy, rewizji lewej protezy, wycięciem brzegów rany i powtórным włożeniem implantu. W ciągu dwóch następnych miesięcy stwierdzono dwukrotnie ponowne rozejście się brzegów rany, które pozwana zszywała. Ostatecznie pozwana protezy usunęła. Ustalono, że implanty nie były wadliwe. Jako ciało obce nie miały właściwości immunologicznych i po prostu „wygajały się w ciało” („reakcja wokół ciała obcego”). Przeprowadzone zabiegi nie spowodowały u powódki uszczerbku na zdrowiu, a jedyną ich pozostałością są mało widoczne blizny, z których obecnością powódka liczyła się *a priori*, wyrażając zgodę na zabieg.

Sąd Apelacyjny nie uwzględnił apelacji powódki od wyroku Sądu Okręgowego, który nie dopatrzyl się winy pozwanej i oddalił powództwo. Na tle tego wyroku Sądu Apelacyjnego Mirosław Nesterowicz sformułował następującą odautorską tezę¹⁷,

¹⁵ II CR 280/80, OSPiKA 1981/10, poz. 170, z glosami M. Nesterowicza i K. Rozentala.

¹⁶ Wyrok SA w Łodzi z dnia 2 października 2014 r., I ACa 625/14, „Prawo i Medycyna” 2016, nr 3; Legalis nr 1163457.

¹⁷ M. Nesterowicz, *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Warszawa 2017, s. 490.

wynikającą z uzasadnienia wyroku: „Każdy zabieg operacyjny wiąże się nierozzerwalnie z ryzykiem mniejszych lub większych powikłań. W przypadku operacji powiększenia piersi implantami silikonowymi powikłania mogą dotyczyć samego zabiegu chirurgicznego, implantu oraz procesu jego biologicznej integracji z otaczającymi tkankami”. Sąd Apelacyjny ponadto wskazał, iż „nie sposób kwestionować, że sam przebieg leczenia wiązał się z negatywnymi przeżyciami powódki, a ostateczne efekty nie spełniły jej oczekiwań. Wobec braku możliwości przypisania pozwanej odpowiedzialności za skutki leczenia oddalić należało jednak również wnioski o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego psychologa”.

Sąd Apelacyjny dotknął zatem rozważanej w literaturze kwestii ewentualnej odpowiedzialności za rezultat w chirurgii estetycznej i uznał, iż kluczowe jest, że w związku z zabiegiem nie sposób było postawić pozwanej zarzutu winy. Sądzę, że lekarz – co do zasady¹⁸ – nie odpowiada za rezultat zabiegu chirurgii estetycznej, jeżeli dołożył należytej staranności. Podobnie orzecznictwo francuskie kwalifikuje zobowiązanie chirurga estetycznego jako tzw. zobowiązanie starannego działania, a nie rezultatu. Znamienne jest jednak, że przy ocenie stopnia staranności stosuje bardziej surowe kryteria. Wprawdzie chirurg nie gwarantuje jakiegoś oznaczonego rezultatu, ale jednak uważa się, że zobowiązuje się do tego, by ułomność (wygląd nieakceptowany przez pacjenta) uległa pomniejszeniu. Określa się to jako *un résultat relatif* albo *l'obligation de moyens renforcées*¹⁹.

Nadmienić należy, że w ostatnich latach poważne szkody wywołują wadliwe implanty piersi. Znana jest sprawa implantów wyprodukowanych przez Poly Implant Prothèse – przedsiębiorcę francuskiego, który sprzedał je w 2011 r. w 65 krajach świata. Implanty były toksyczne, pękające i zawierały silikon przemysłowy zamiast medycznego²⁰.

¹⁸ W orzecznictwie francuskim odpowiedzialność za rezultat przyjmuje się za protezy, szczególnie stomatologiczne. Ponadto tak samo traktuje się iniekcje, zwłaszcza krwi. W tym drugim przypadku podkreśla się istnienie zobowiązania zapewnienia bezpieczeństwa (*une obligation de sécurité de résultat*) użytego produktu medycznego – zob. Ph. de Tourneau, C. Bloch, Ch. Guettier, A. Givolelli, J. Julien, D. Krajewski, M. Poumadère, *Droit de la responsabilité et de contrats régimes d'indemnisation*, Dalloz Action, onzième édition, novembre 2017, s. 2485-2486; zob. też M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. XI, Toruń 2016, s. 92, gdzie autor wskazuje na przykłady zabiegów, przy których powinna mieć miejsce odpowiedzialność za rezultat (odpowiedzialność za sam fakt wyrządzenia szkody, bez względu na stopień staranności). Chodzi tu „o proste badania pomocnicze, o transfuzję krwi, radioterapię, niektóre zabiegi dentystyczne, dokonywanie zastrzyków, posługiwanie się sprzętem medycznym, zainfekowanie pacjenta inną chorobą itp.”. Nie ma wątpliwości, że każda z tych interwencji może dotyczyć tzw. medycyny estetycznej.

¹⁹ CA Paris 28 IX 1990, D. 1991, Somm., s. 359; CA Paris 17 II 1994, D. 1995, Somm., s. 100; CA Paris 22 I 1993, Gaz. Pal. nr 1, s. 399.

²⁰ Zob. wyrok TSUE z dnia 16 lutego 2017 r. w sprawie C-219/15, *Elisabeth Schmitt v. TÜV Rheinland LGA Products GmbH*; M. Nesterowicz, *Prawo medyczne. Komentarze...*, s. 624-625, gdzie autor przedstawia środki zaradcze podjęte w wielu państwach i postulowane przez Parlament Europejski; zob. też *idem*, *Prawo medyczne...*, 2019, s. 283, gdzie autor przytacza wyrok Sądu Najwyższego Hiszpanii z dnia 9 grudnia 2011 r. (RJ 2010/1408) dotyczący wadliwych implantów.

Przykład rażącego niedbalstwa lekarza będącego przedmiotem rozstrzygnięcia przez Naczelny Sąd Lekarski podaje Rafał Kubiak²¹, przytaczając następujący stan faktyczny: klientka poddała się zabiegowi plastyki twarzy, który obejmował jednocześnie wykonanie korekcji nosa, zeszlifowanie blizn powypadkowych, skrócenie brody i płatków uszu oraz lifting twarzy i szyi. W kilka dni po operacji u pacjentki (klientki – tak R. Kubiak) powstały duże krwaki na twarzy oraz w okolicy zausznej. Jeden z nich został usunięty w domu klientki. Do zabiegu lekarz wykorzystał nożyczki służące do cięcia papieru, udostępnione przez klientkę, oraz zdezynfekował ranę perfumami. Nie używał rękawiczek. Takie postępowanie prawdopodobnie przyczyniło się do infekcji i poważnych powikłań. Zdaniem biegłego przeprowadzony zabieg ewakuacji krwiaka jest trudny i wymaga niejednokrotnie otwarcia pola operacyjnego w celu zlokalizowania miejsca krwawienia. W uzasadnieniu orzeczenia Sąd Lekarski uznał, że zachowanie lekarza było „urągające wszelkim zasadom prawidłowego postępowania chirurgicznego”. Sprawa była też przedmiotem postępowania karnego, a akt oskarżenia zarzucał lekarzowi spowodowanie średniego uszkodzenia ciała z winy nieumyślnej²².

Konsekwencje zabiegu dokonanego przez osobę z ukończonym kursem kosmetycznym pokazuje sprawa wszczęta w 2018 r. przez młodą kobietę, studentkę psychologii, przeciwko jednej z „klinik urody”. Powódka poddała się zabiegowi powiększenia ust (500 zł), w wyniku którego nastąpiło asymetryczne wygięcie ust, pojawiły się grudki i efekt braku uśmiechu. W związku z oszpecceniem kobieta rzuciła pracę i studia. Toruński Sąd Rejonowy zasądził zadośćuczynienie pieniężne i orzekł „Zabieg powiększania ust poprzez wstrzyknięcie kwasu hialuronowego jest zabiegiem inwazyjnym (chirurgicznym), gdyż polega na przerwaniu ciągłości tkanek. Jest zabiegiem medycznym. W klinice H.K. tego typu zabiegi nie powinny być wykonywane, bo nie prowadzi ona działalności lekarskiej”. Dodać trzeba, że stan powódki nie poprawił się po kolejnych iniekcjach wypełniacza, a w Centrum Chirurgii Plastycznej lekarze specjaliści nie podjęli się korekty wobec braku dokumentacji medycznej i braku wiedzy co do tego, jakich preparatów użyto do powiększania ust²³.

Orzecznictwo obce dostarcza przykładu sporu po dokonaniu zabiegu estetycznego, przy którym przekroczono granice zgody pacjentki. Warto tu wskazać na wyrok Sądu Najwyższego Portugalii z dnia 3 czerwca 2016 r. w sprawie Maria Clara Sotto Mayor²⁴. Powódka zwróciła się do chirurga plastycznego o usunięcie blizn w okolicy pochwowej

²¹ R. Kubiak, *Prawo medyczne...*, s. 625-626; NSL Rep. 87/05 niepubl.

²² Ds. 954/03/5 niepubl.

²³ M. Oberlan, *Koszmar w toruńskiej klinice urody. Grudki, asymetryczne wygięcie ust, brak uśmiechu*, <https://torun.naszemiasto.pl> [dostęp: 24.07.2018].

²⁴ Proc. n° 1263/06. 3 TUPRT. P1.51. Zob. M. Nesterowicz, *Przegląd orzecznictwa europejskiego w sprawach medycznych (w latach 2015-2016 – wybrane orzeczenia)*, „Przegląd Sądowy” 2018, nr 4, s. 122; zob. też „European Tort Law” 2015, s. 489, z komentarzem L. Duarte Mansy i A. Diasa Pereiry.

powstałych po wcześniejszej operacji. Chirurg w trakcie operacji, po liposukcji dokonał vulvoplastyki (inaczej labioplastyka – zmiana wielkości i kształtu oraz korekta asymetrii warg sromowych mniejszych), na co nie miał zgody i nie poinformował powódki, że może to być przedmiotem zabiegu. Powódka twierdziła, że spowodowało to ograniczenia w jej życiu zawodowym, seksualnym i osobistym, a także krzywdę o charakterze fizycznym i psychicznym. Sąd pierwszej instancji zasądził kwotę 1000 euro tytułem zwrotu wydatków związanych z zabiegiem oraz zadośćuczynienie za krzywdę w kwocie 25 000 euro.

Apelację od tego wyroku wniósł pozwany lekarz (i jego ubezpieczyciel). Sąd Najwyższy Portugalii wskazał, że o ile zabiegi medyczne mają charakter zobowiązania staranności (*obligation of means*), to przy zabiegach chirurgii plastycznej mamy do czynienia z zobowiązaniem o charakterze *quasi*-rezultatu. Oznacza to wzmożony obowiązek informacyjny lekarza o ryzykach i ewentualnych zmianach w trakcie operacji. Pozwany w sprawie jednak nie poinformował o możliwości przeprowadzenia vulvoplastyki. W oświadczeniu o wyrażeniu zgody podpisanym przez powódkę takiej informacji nie było. Pozwany podniósł zarzut o domniemaną (hipotetyczną) zgodzie po zaistnieniu sytuacji przymusowej, czego sąd nie przyjął wobec braku zagrożenia dla zdrowia lub życia powódki.

Sąd Najwyższy oddalił apelację i wyrok utrzymał w mocy. Przyjął, że przekroczono zakres zgody pacjentki (w Polsce jest to tzw. poszerzenie pola zabiegu – por. art. 35 ustawy lekarskiej) Naruszone też zostało prawo do samookreślenia (*right to self-determination*) i prawo do rozwoju osobowości (art. 70¹ portugalskiego kodeksu cywilnego) (*right to development of personality*).

W polskim orzecznictwie był też rozstrzygany spór dotyczący kwalifikacji zabiegów estetycznych jako świadczeń zdrowotnych. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z 30 maja 2016 r.²⁵ sformułował następującą tezę: „Zabiegi z zakresu medycyny estetycznej co do zasady nie mieszczą się w pojęciu świadczenia zdrowotnego w rozumieniu przepisu art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy o działalności leczniczej²⁶. Mają one na ogół na celu poprawienie wyglądu zewnętrznego lub usunięcia wad urody. W pewnych przypadkach świadczenia z zakresu medycyny estetycznej mogą jednak służyć poprawie lub nawet ratowaniu zdrowia, ale takie ustalenia muszą być dokonane w każdym indywidualnym przypadku”. W tej sprawie skarżąca wniosła do Rzecznika Praw Pacjenta wniosek o wszczęcie postępowania odnośnie do praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów. Wskazała, że na stronie internetowej podmiotu leczniczego zamieszczono informację o jednym z lekarzy co do tego, że jest on specjalistą chirurgii kosmetycznej i estetycznej, podczas gdy w Polsce taka specjalizacja nie istnieje. Nadto

²⁵ VII SA/Wa 385/16, Legalis nr 1513860.

²⁶ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. Nr 112, poz. 654 (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 633, 655, 974).

podniosła, że zabieg liposukcji laserowej przeprowadził na niej lekarz nieposiadający specjalizacji z chirurgii plastycznej. Wreszcie powołała się na fakt, że wprowadzono ją w błąd poprzez podanie informacji, że liposukcja laserowa jest małoinwazyjną i bezpieczną metodą usuwania komórek tłuszczowych, nie powiadamiając o możliwych powikłaniach, które nastąpiły.

Rzecznik Praw Pacjenta odmówił wszczęcia postępowania i stwierdził, że w okolicznościach sprawy nie można uznać, iż skarżąca była pacjentką podmiotu leczniczego w rozumieniu ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta²⁷, ponieważ za pacjenta uważa się wyłącznie osobę zwracającą się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystającą ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny. Wojewódzki Sąd Administracyjny *in casu* podzielił przytoczone stanowisko i oddalił skargę. Jednocześnie w cytowanej tezie wyroku trafnie uznał, że ostateczne rozstrzygnięcie zależy od okoliczności indywidualnego przypadku.

Przedstawione stany faktyczne i rozstrzygnięcia na ich tle dowodzą doniosłości problematyki ingerencji w organizm ludzki dla celów estetycznych. Czyni to nieodzownym, zwłaszcza dla ochrony interesów pacjentów lekarzy różnych specjalności oraz klientów kosmetologów i kosmetyczek, przyjęcie uregulowań prawnych, które wprowadziłyby do polskiego porządku prawnego jasne kryteria odnoszące się do podziału kompetencji podmiotów działających na rynku szeroko rozumianych usług estetycznych (kosmetycznych).

Ostatnio podjęto próbę częściowego wypełnienia istniejącej próżni prawnej²⁸. 15 lutego 2022 r. został przekazany Naczelnej Radzie Lekarskiej poselski projekt ustawy o zawodzie kosmetologa, z prośbą o przedstawienie opinii²⁹. W treści projektu sprecyzowano zasady uzyskiwania prawa wykonywania zawodu kosmetologa (co najmniej studia licencjackie na kierunku kosmologia lub ochrona zdrowia), definicję specjalistycznego niechirurgicznego zabiegu estetycznego, zakres kompetencji zawodowych kosmetologa i zasady wykonywania zawodu kosmetologa (w tym obowiązek prowadzenia dokumentacji i obowiązek dochowania tajemnicy zawodowej).

W załączniku nr 1 do projektu ustawy znalazł się wykaz zabiegów estetycznych, jakie może wykonywać kosmetolog. Natomiast ogólne kryteria tych tzw. specjalistycznych niechirurgicznych zabiegów estetycznych określił art. 9 projektu ustawy. Zgodnie z jego

²⁷ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 849).

²⁸ W uzasadnieniu projektu podnosi się, że „system prawny w zakresie świadczeń o charakterze estetycznym wygenerował swoistą szarą strefę, która jest poza regulacjami prawnymi”.

²⁹ Pismo Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu z dnia 15 lutego 2022 r., znak: SPS-WP.020.34.5.2022, przekazujące Prezesowi NRL poselski projekt o zawodzie kosmetologa.

treścią: „Istotą niechirurgicznego zabiegu estetycznego jest stosowanie w celu opóźnienia pojawienia się zewnętrznych oznak starzenia się organizmu, korygowania niedoskonałości skóry twarzy, ciała i paznokci oraz dla ich upiększania różnych substancji przy użyciu tzw. technik medycznych (np. przez iniekcję), a więc również wiążącego się z przerwaniem ciągłości skóry oraz przez osoby niewykonujące zawodu medycznego”. Zwraca też uwagę art. 15 projektu, zgodnie z którym: „Zapewnienie odpowiedniego poziomu specjalistycznych niechirurgicznych zabiegów estetycznych wymaga opracowania standardów procedur medycznych”.

Treść projektowanych przepisów oznacza zatarcie granicy między zabiegiem kosmetycznym a zabiegiem medycznym. Nie czyniąc wprost zawodu kosmetologa medycznym, projekt jednocześnie nadaje mu cechy takiego zawodu, a w cytowanym wyżej przepisie (art. 15) o charakterze blankietowym wskazuje nawet na potrzebę opracowania standardów „procedur medycznych”. Według projektu wyraźnie dopuszczone zostałyby stosowane w praktyce kosmologicznej zabiegów „wiążących się z przerwaniem ciągłości skóry” (art. 9 projektu)³⁰.

Naczelna Rada Lekarska w stanowisku nr 5/22/VIII z dnia 11 marca 2022 r. wydała, oceniając przedłożony projekt, opinię negatywną³¹.

W ocenie NRL projekt stanowi próbę stworzenia zawodu niemedycznego z atrybutami zawodu medycznego, jakimi zdaniem Rady są: prowadzenie dokumentacji, tajemnica zawodowa, doskonalenie zawodowe, wymóg posiadania lokalu, urządzeń, produktów kosmetycznych. Argument ten nie wydaje się trafny. Wbrew stanowisku NRL wyliczone wyżej atrybuty nie są ekskluzywnymi cechami, jakie mogą być przypisane wyłącznie zawodom medycznym. Rozwiązania przyjęte w projekcie w tym względzie uznać należy za pożądane, zwłaszcza że sprzyjają nie tylko prestiżowi zawodu (co mogłoby pośrednio wpłynąć również na standardy usług świadczonych przez kosmetyczki), ale mogą dobrze służyć interesom klientów gabinetów kosmologicznych, poprzez

³⁰ W uzasadnieniu projektu jako argument na poparcie tego rozwiązania przywołano przykład wykonywania tatuaży poprzez aplikację substancji chemicznych, będących barwnikami, w obrębie skóry. Wiąże się to z użyciem urządzenia zaopatrzonego w igłę i naruszona zostaje ciągłość skóry. Autorzy projektu podkreślają, że osoba wykonująca tatuaż nie musi być przedstawicielem zawodu medycznego i nie musi legitymować się żadnym formalnym wykształceniem, nawet na poziomie zawodowym. Fakt, że tak to się przedstawia w rzeczywistości, nie oznacza jednak, że istniejący stan rzeczy jest akceptowalny, zatem sam w sobie nie może stanowić argumentu na rzecz swobodnego dopuszczenia takich interwencji. Projektodawcy bezrefleksyjnie zarzucają argumentacji dotyczącej nieodzowności ograniczenia usług związanych z naruszeniem ciągłości naskórka, iż „jest wadliwa i nie uwzględnia szeregu okoliczności związanych z rozwojem technologii, ale również postaw ludzkich, zachowań oraz okresowych mód i sfer zainteresowań”. Wskazane względy oczywiście nie mogą same w sobie stanowić *carte blanche* dla inwazyjnych ingerencji w organizm człowieka. Przykład ten jest jednak kłopotliwy. Całkowity zakaz takiej działalności (w postaci gabinetów tzw. piercingu), albo uznanie jej za wyłączną kompetencję lekarzy przeczyłby dość silnie osadzonej we współczesnej obyczajowości społecznej akceptacji swobody takiego zdobienia ciała człowieka.

³¹ Zob. <https://nil.org.pl> [dostęp: 27.06.2022].

podniesienie poziomu bezpieczeństwa i komfortu usług. Osobną sprawą – podniesioną zresztą przez NRL w opinii – jest brak systemu merytorycznego nadzoru nad realizacją wskazanych atrybutów zawodu³², który, gdyby ustawa o zawodzie kosmetologa w jakimś kształcie miała zostać uchwalona, należałoby stworzyć³³.

Natomiast należy podzielić stanowisko NRL w dalszej części opinii, co czyni uzasadnioną jej konkluzję negatywną. Słusznie bowiem zostało podniesione, że zabiegi związane z ingerencją w tkanki powłok skórnych powinny być wykonywane wyłącznie przez lekarzy i lekarzy dentystów. Jak zwraca uwagę NRL, takiego zakresu wiedzy, jaki posiadają lekarze, nie uzyskują ani absolwenci studiów o kierunku kosmetologia (nawet jeśli studiują teorię), ani absolwenci szkół policealnych kształcących w zawodzie technika usług kosmetycznych, ani tym bardziej uczestnicy różnego rodzaju kursów kosmetycznych. Ponadto NRL zasadnie wskazała na kwestię powikłań w trakcie zabiegów i po nich, a w związku z tym konieczność natychmiastowego zabezpieczenia i zastosowania leków (np. natychmiastowego wdrożenia procedur przeciwwstrząsowych po pojawieniu się objawów niepożądanych i zastosowania leków przepisywanych na receptę), a pierwsza pomoc o takim charakterze dostępna jest wyłącznie w ramach działalności leczniczej.

W konkluzji uznać należy, że celowe byłoby, niezależnie od ewentualnego uchwalenia ustawy o zawodzie kosmetologa (lub kosmetologa i technika usług kosmetycznych) w zmodyfikowanym w stosunku do projektu poselskiego kształcie, zakreślenie (zamkniętego) katalogu nieoperacyjnych procedur *stricte* medycznych o celu estetycznym³⁴. Procedury te (związane z penetracją w głębokie powłoki skórne) mogłoby podejmować wyłącznie chirurdzy plastycy oraz lekarze innych specjalności legitymujący się dodatkową umiejętnością zawodową w sferze medycyny estetycznej.

³² NRL podniosła również fakt braku regulacji dotyczących gospodarki odpadami.

³³ Obowiązujące przepisy regulują natomiast produkcję i dopuszczenie do obrotu produktów kosmetycznych (rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1223/2009 z dnia 30 listopada 2009 r. dotyczące produktów kosmetycznych, Dz. Urz. UE L 342 z 22.12.2009 r., s. 59, z późn. zm.; ustawa z dnia 4 października 2018 r. o produktach kosmetycznych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2227).

³⁴ Zob. KM, MZ: *medycyna estetyczna w ręce lekarzy. Jest już projekt nowych przepisów*, „Puls Medycyny”, 17.05.2022, <https://pulsmedycyny.pl/mz-medycyna-estetyczna-w-rece-lekarzy-jest-juz-projekt-nowych-przepisow-1150601> [dostęp: 27.06.2022], gdzie zamieszczono informację o pracach w Ministerstwie Zdrowia nad uregulowaniem zasad wykonywania procedur w zakresie medycyny estetycznej. W odpowiedzi na poselską interpelację wiceminister zdrowia podkreślił, że wykonywanie w salonach kosmetycznych procedur medycznych, które są świadczeniami zdrowotnymi, z góry stanowi o przekroczeniu uprawnień zawodowych kosmetologów czy kosmetyczek, bowiem zawody te nie są zawodami medycznymi. Poinformował też, że w resorcie przygotowany został projekt rozporządzenia w sprawie umiejętności zawodowych lekarza i lekarza dentysty, w którym jedną z certyfikowanych umiejętności będzie medycyna estetyczna. Jednocześnie, zgodnie z tym doniesieniem, grupa ekspertów pod przewodnictwem konsultanta krajowego w dziedzinie dermatologii i wenerologii sporządziła projekt procedur medycyny estetycznej, który przeszedł konsultacje z NRL i Towarzystwami Lekarskimi (m.in. Polskim Towarzystwem Medycyny Estetycznej i Anti-Aging), a jednocześnie został skorygowany o „uzasadnione” propozycje zgłoszone przez szkoły wyższe kształcące na kierunku kosmetologia, co ma nie ograniczać działań kosmetycznych wykonywanych przez kosmetologów mieszczących się w ramach ich kwalifikacji zawodowych.