



UNIWERSYTET
EKONOMICZNY
W POZNANIU

Anna Kuczyńska

Uwarunkowania zachowań konsumentów na rynku
usług medycyny estetycznej
Determinants of consumer behavior on aesthetic
medicine market

Praca doktorska

Promotor: dr hab. inż. Magdalena Ankiel, prof. UEP
Promotor pomocniczy: dr inż. Magda Stachowiak-Krzyżan
Pracę przyjęto dnia

podpis Promotora

Poznań 2022

*Pani Profesor
dr hab. inż. Magdalenie Ankiel
pragnę podziękować za opiekę naukową,
nieocenione wsparcie i cierpliwość,
zaangażowanie i nieustanną motywację
sprzyjającą mojemu rozwojowi naukowemu.*

*Pani dr inż. Magdzie Stachowiak-Krzyżan
chciałabym podziękować za poświęcony czas,
zaangażowanie, cenną krytykę
oraz możliwość konsultacji o każdej porze dnia i nocy.*

*Panu Profesorowi
dr hab. Bogdanowi Sojkinowi
serdecznie dziękuję za poświęcony czas,
cenne uwagi oraz konstruktywną krytykę,
która znacząco wpłynęła na kształt pracy
oraz mój rozwój naukowy.*

*Chciałabym również podziękować moim rodzicom
za wsparcie i nieocenioną motywację.*

Spis treści

WSTĘP	4
Rozdział 1. Charakterystyka rynku usług medycyny estetycznej w Polsce	11
1.1. <i>Pojęcie, zakres i rozwój medycyny estetycznej w Polsce i na świecie</i>	<i>11</i>
1.2. <i>Klasyfikacja usług medycyny estetycznej w Polsce i na świecie.....</i>	<i>17</i>
1.3. <i>Uczestnicy rynku usług medycyny estetycznej.....</i>	<i>20</i>
1.4. <i>Wydatki i korzystanie z usług zdrowotnych w Polsce i Unii Europejskiej.....</i>	<i>27</i>
1.5. <i>Trendy rozwojowe rynku usług medycyny estetycznej w Polsce.....</i>	<i>37</i>
Rozdział 2. Zachowania konsumentów na rynku usług medycyny estetycznej	43
2.1. <i>Potrzeba jako kluczowa determinanta zachowań nabywczych konsumentów na rynku usług medycyny estetycznej.....</i>	<i>44</i>
2.2. <i>Zakup usług medycyny estetycznej jako proces decyzyjny</i>	<i>56</i>
2.3. <i>Wewnętrzne i zewnętrzne determinanty procesu zakupu usługi medycyny estetycznej</i>	<i>71</i>
2.4. <i>Trendy w zachowaniach konsumentów na rynku usług medycyny estetycznej</i>	<i>90</i>
Rozdział 3. Proces wyboru i zakupu usługi medycyny estetycznej w świetle badań własnych	94
3.1. <i>Cele i hipotezy badawcze</i>	<i>95</i>
3.2. <i>Metodyka badawcza i struktura prób badawczych</i>	<i>96</i>
3.3. <i>Przesłanki wyboru usług medycyny estetycznej w opinii pacjentów/klientów.....</i>	<i>99</i>
3.4. <i>Identyfikacja źródeł informacji o usługach medycyny estetycznej</i>	<i>115</i>
3.5. <i>Przesłanki wyboru placówki medycznej świadczącej usługi z zakresu medycyny estetycznej.....</i>	<i>138</i>
Rozdział 4. Proces świadczenia usług medycyny estetycznej i ocena poziomu zadowolenia w świetle badań własnych	147
4.1. <i>Motywy podjęcia decyzji o wyborze usługi medycyny estetycznej z punktu widzenia lekarza</i>	<i>147</i>
4.2. <i>Popularność usług medycyny estetycznej w opinii konsumentów.....</i>	<i>154</i>
4.3. <i>Satysfakcja konsumentów na rynku usług medycyny estetycznej.....</i>	<i>164</i>
4.4. <i>Model zachowań nabywczych konsumentów na rynku usług medycyny estetycznej.....</i>	<i>179</i>
Zakończenie	186
Bibliografia	191
Spis tabel	211
Spis rysunków	213
Aneksy.....	215

WSTĘP

Uzasadnienie wyboru obszaru badawczego

„Są trzy życzenia każdego człowieka - być zdrowym, wzbogacić się w uczciwy sposób i być pięknym” – mawiał Platon. Od zarania dziejów atrakcyjność fizyczna jest nieodłącznym elementem życia. Przypisywanie wyglądowi dużego znaczenia uwarunkowane jest ewolucją. Często percepcja piękna była jedyną wskazówką tego, co jest dla społeczeństwa dobre, a co szkodliwe (Etcoff, 2000). Jednym z pierwszych kulturowanych ideałów piękna była egipska królowa Kleopatra, której uroda znana była również poza granicami Egiptu. Ze swej urody słynęła Afrodyta – grecka bogini piękna i miłości, której urodę przedstawiali w późniejszych czasach malarze, tacy jak Sandro Botticelli. Kulturowanie kobiecego piękna jest nieodłącznym elementem historii świata. W czasach przedwojennych kobieta od najmłodszych lat była edukowana o sposobie poruszania się, nienaganych manierach, sposobie ubierania się, higienie osobistej oraz sztuce nakładania makijażu (Mauss, 1973). Wszystkie te wyuczone czynności związane były z cielesnością i atrakcyjnym wyglądem, który miał wywołać wrażenie na płci przeciwnej, natomiast wykształcenie i poglądy nie odgrywały wtedy żadnej roli (Buczowski, 2005). Cielesność kobiety obejmuje tradycją, której tożsamość jest kojarzona z jej pięknem. Kobieta była uczona stałego kontrolowania swojego wyglądu zewnętrznego. Od płci pięknej obecnie wymaga się, aby stale wzbudzała zachwyty głównie wśród mężczyzn, a jej wizerunek był pozytywnie odbierany przez społeczeństwo (Wolf, 2008). Odmienności w postrzeganiu atrakcyjności fizycznej są uwarunkowane kulturowo. Współcześnie kultura zachodu propaguje przede wszystkim młody wygląd, szczupłą i wysportowaną sylwetkę, gładką skórę pozbawioną zbędnych włosów, nienaganną cerę oraz lśniące i długie włosy (Giddens, 2002). W obecnych czasach dużą uwagę przy ocenie wyglądu przykładają się również do osobowości człowieka. Elementy takie jak inteligencja, wykształcenie, zrównoważenie psychiczne, odpowiedzialność i towarzyskość wpływają na postrzeganie kobiety, ale również mężczyzny, jako osoby atrakcyjnej (Etcoff, 2000). Współcześnie w propagowaniu piękna duży wpływ mają media głównie Internet, które rozpowszechniają wizerunek ideału ciała ludzkiego, a w szczególności ideału kobiety. Nie tylko ukazują obraz sylwetki, nienagane rysy twarzy, ale również propagują zabiegi jakie należy wykonać, by przybliżyć się do ideału (Woszczyk, 2009).

Postrzeganie piękna determinowane jest genetyką człowieka i jej specyfiką. W 1988 roku w Waszyngtonie przeprowadzono badania dotyczące reakcji niemowląt na atrakcyjność i nieatrakcyjność kobiet. Udowodniono, że dzieci znacznie dłużej przyglądały się pięknym postaciom, reagowały uśmiechem oraz znacznie chętniej i dłużej bawiły się ładnymi lalkami (Langlois i in., 1990). Kolejne badania dotyczące odbioru wyglądu zewnętrznego kobiet zostały opublikowane w 2001 roku przez J. Kaufmanna we Francji, który analizował opinie na temat ciał kobiet pomiędzy 40 a 50 rokiem życia przebywających na plaży. Respondenci badania wykazali, że ukazywanie publicznie póżnagich ciał jest „ordynarne”, wzbudza niechęć oraz określali je jako „sflaczałe” (Kaufmann, 2001). Natomiast w 2009 roku przeprowadzono zogniskowany wywiad grupowy, który dotyczył postrzegania w oczach samych kobiet ich atrakcyjności fizycznej. Respondentki, które wzięły udział w badaniu były powyżej 65 roku życia i stwierdziły, że postrzeganie piękna jest niezależnie od wieku. Zaznaczały, że na swój wygląd zewnętrzny poświęcają wiele uwagi, a opinie mężczyzn są istotnym elementem postrzegania kobiety w jej własnych oczach jako osoby atrakcyjnej (Woszczyk, 2009).

Obecnie dążenia do zachowania wiecznej młodości i nieskazitelnej sylwetki możliwe są dzięki nieustannemu rozwojowi badań naukowych, postępowi technologii oraz ciągle rozwijającej się, relatywnie nowej gałęzi medycyny, a mianowicie medycyny estetycznej (Napiwodzka-Bulek, 2017). Poszerzenie możliwości kreowania ludzkiego ciała dało kobietom i mężczyznom sposobność zachowania młodego wyglądu oraz starzenia się w jak najlepszy sposób. W ramach zabiegów estetycznych – poprawiających urodę i kształty sylwetki swoje miejsce zabrała zyskująca na popularności medycyna estetyczna (Welsch, 2005; Noszczyk, 2017). Nauki medyczne rozszerzając swoją dziedzinę zainteresowań wprowadziły z ang. *wish-fulfilling medicine*, której działania nie tylko ukierunkowane są na zachowanie zdrowia i leczenie chorób, ale również na poprawę jakości życia osób zdrowych (Asscher i Schermer, 2014). Rozwijający się rynek w sektorze prywatnych usług medycznych daje możliwość pacjentowi/klientowi wyboru jak najlepszej, w ich opinii, opieki lekarskiej. Czerpiąc korzyści z możliwości technologiczno-medycznych możliwe jest zaspokojenie potrzeb konsumenta i jego dążeń do idealnego wyglądu (Napiwodzka-Bulek, 2017).

Medycyna estetyczna to dyscyplina medyczna, która pomaga zwiększyć atrakcyjność fizyczną pacjentów, poprawić ich samoocenę i jakość życia. Medycyna estetyczna pojawiła się w Polsce na początku lat 90-tych ubiegłego stulecia. Wśród wyznaczników rozwoju

medycyny estetycznej znajdują się zarówno trendy konsumenckie (związane z kultem piękna, chęcią zachowania młodego i atrakcyjnego wyglądu, większą dbałością o zdrowie i kondycję ciała oraz skóry), jak i rozwój nauk medycznych, technik i technologii (stwarzanie nowych możliwości poprawy urody czy redukcji defektów ciała). Oczekiwania konsumentów na rynku medycyny estetycznej są jeszcze wyższe, coraz bardziej zróżnicowane, coraz mniej przewidywalne i bardziej dynamiczne. W Polsce, mimo dynamicznego rozwoju, medycyna estetyczna pozostaje stosunkowo nowa. Co więcej, potrzeby nabywców wciąż nie są w pełni rozpoznane (Mamcarz i Prandecka, 2010; Napiwodzka-Bulek, 2017).

Specyfika usług medycyny estetycznej (m.in. stosunkowo wysokie koszty, brak refundacji, subiektywność w ocenie wyglądu pacjenta i wyborze kategorii usług) wynika z czynników wpływających na wybór i zakup tych usług przez konsumenta (pacjenta), które są istotnie różne od tych, które wpływają na zakup innych usług (Babakus i in., 1991). Kwerenda literatury dotycząca zachowań konsumenckich na rynku usług medycznych wskazuje na znaczną lukę badawczą w odniesieniu do usług medycyny estetycznej. W przypadku rynku chirurgii plastycznej zachowania pacjentów, postawy, świadomość czy determinanty satysfakcji są przedmiotem licznych badań i analiz (De Vries i in., 2014; Sharp i in., 2014; Abbas i Karadavut, 2017), natomiast w przypadku medycyny estetycznej rzadko bada się zachowania konsumentów. Luka badawcza dotyczy głównie identyfikacji, analizy, oceny i modelowania zarówno przesłanek korzystania z usług medycyny estetycznej, uwarunkowań wyboru gabinetów medycyny estetycznej, uwarunkowań zakupu usług medycyny estetycznej, jak i czynników wpływających na satysfakcję/niezadowolenie konsumenta z usług medycyny estetycznej.

Do przesłanek, dla których zachowania konsumentów na rynku medycyny estetycznej są wciąż mało znanym obszarem badawczym, należą:

- pojęcie medycyny estetycznej nie zostało jednoznacznie zdefiniowane, co powoduje trudności w klasyfikacji i typologii usług, a tym samym w ich badaniu (por. rozdział 1.1);
- medycyna estetyczna jest stosunkowo nową dziedziną usług medycznych, dlatego rzadko bada się ją przez pryzmat psychologiczny, socjologiczny i ekonomiczny,
- usługi medycyny estetycznej są tematem tabu dla klientów/pacjentów, dlatego przeprowadzanie badań wiąże się z ryzykiem odmowy odpowiedzi.

Niniejsza rozprawa doktorska to jedno z nielicznych opracowań, w którym podjęto próbę wypełnienia luki badawczej w odniesieniu do zachowań konsumentów na rynku usług medycyny estetycznej w Polsce.

Cele, zakresy i metody badawcze rozprawy

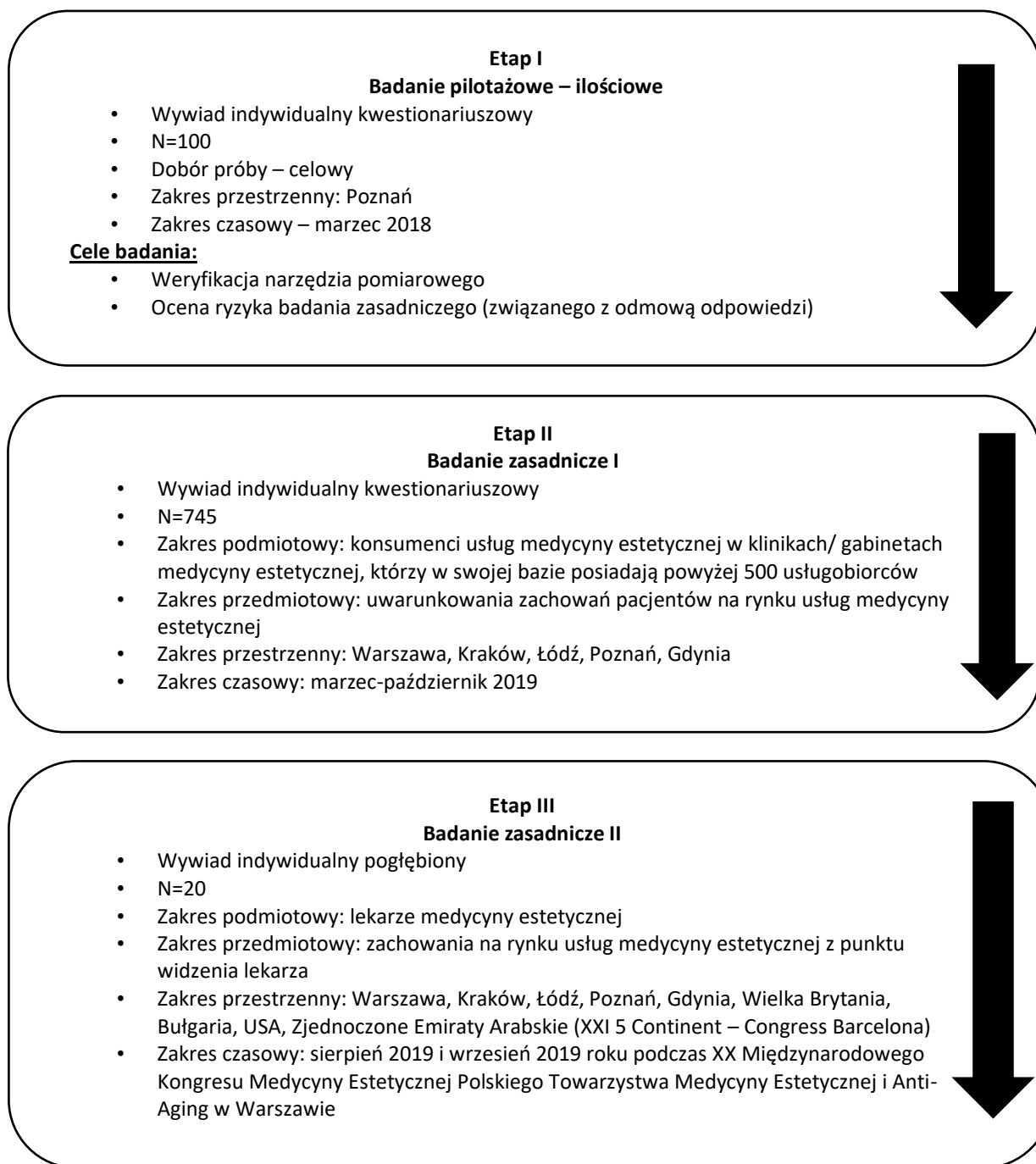
Cel główny rozprawy:

Identyfikacja, wyodrębnienie i ocena znaczenia determinant zachowań nabywczych konsumentów na rynku usług medycyny estetycznej w Polsce.

Cele szczegółowe:

1. Identyfikacja i ocena znaczenia źródeł informacji o usługach medycyny estetycznej w kontekście procesu podejmowania decyzji konsumenckich.
2. Rozpoznanie i wskazanie najpopularniejszych, najczęściej wybieranych przez konsumentów usług medycyny estetycznej.
3. Rozpoznanie najważniejszych determinant wyboru i zakupu usług medycyny estetycznej przez konsumentów.
4. Ocena stopnia satysfakcji konsumentów korzystających z usług medycyny estetycznej.
5. Ocena stopnia lojalności konsumentów korzystających z usług medycyny estetycznej wobec klinik/gabinetów medycyny estetycznej.
6. Identyfikacja narzędzi komunikacji marketingowej klinik/gabinetów medycyny estetycznej wpływających na decyzje nabywcze konsumentów w zakresie korzystania z tych usług.

Rozprawa doktorska ma charakter studium empiryczno – teoretycznego. Na potrzeby zbudowania podstaw teoretycznych pracy przeprowadzona została analiza źródeł wtórnych, dokonano kwerendy literatury przedmiotu oraz analizy dotychczas przeprowadzonych badań dotyczących rynku usług medycyny estetycznej. Natomiast realizacja postawionych celów badawczych (głównego oraz szczegółowych), dążenie do możliwie pełnej identyfikacji i analizy zakresu przedmiotowego wymagała przeprowadzenia rozbudowanego procesu badawczego, obejmującego zarówno metody ilościowe jak i jakościowe. W procesie badawczym wyodrębniono badania wstępne (pilotażowe) oraz badania zasadnicze, przeprowadzone w etapach, które zaprezentowano na rysunku 1.



Rysunek 1 Etapy procesu badawczego

Źródło: opracowanie własne

Szczegółowy opis zastosowanej procedury badawczej zawarty został w rozdziale 3.1.

W niniejszej rozprawie przyjęto następującą terminologię:

1. osoba, która korzysta z usług medycyny estetycznej to pacjent/klient/konsument (pojęcia te uznawane są w pracy za tożsame);
2. miejscem świadczenia usług medycyny estetycznej jest placówka medyczna (może to być zarówno klinika medycyny estetycznej lub gabinet medycyny estetycznej).

Hipotezy badawcze

W rozprawie sformułowano cztery hipotezy badawcze, które poddano weryfikacji podczas analizy badań empirycznych:

H1: Kluczową determinantą wyboru usług medycyny estetycznej przez konsumentów w Polsce są kompetencje specjalisty wykonującego usługę.

H2: Cena nie jest determinantą, która ma znaczenie przy wyborze i zakupie usług medycyny estetycznej.

H3: Zmienne demograficzne (płeć, wiek, zawód) determinują wybór i zakup usług medycyny estetycznej.

H4: Najczęściej wykorzystywanym źródłem informacji w procesie wyboru usługi/placówki medycyny estetycznej jest polecenie osób trzecich („word of mouth”).

Układ i treść rozprawy

Rozważania dotyczące uwarunkowań zachowań konsumentów na rynku usług medycyny estetycznej w Polsce zawarte zostały w czterech rozdziałach. Pierwszy rozdział ma charakter teoretyczno-empiryczny i skoncentrowano w nim uwagę na charakterystyce rynku usług medycyny estetycznej w Polsce. Zaprezentowano pojęcie, zakres i rozwój usług medycyny estetycznej w Polsce na tle świata oraz klasyfikację usług medycyny estetycznej. W rozdziale tym scharakteryzowano strukturę przedmiotową i podmiotową polskiego rynku usług medycyny estetycznej na tle rynku usług zdrowotnych w Polsce i Unii Europejskiej. Rozważania dotyczące rynku usług medycyny estetycznej zakończone zostały omówieniem trendów i perspektyw jego rozwoju. Rozdział pierwszy został napisany w oparciu o informacje zawarte w literaturze przedmiotu, akty prawne, dane statystyczne publikowane przez Główny Urząd Statystyczny, a także źródła internetowe.

Rozdział drugi koncentruje się na zachowaniach konsumentów na rynku usług medycyny estetycznej. Punktem wyjścia w rozważaniach jest przybliżenie potrzeb oraz wewnętrznych i zewnętrznych determinant wyboru i zakupu usług medycyny estetycznej. W rozdziale tym analizie poddano proces decyzyjny konsumenta oraz trendy w zachowaniach konsumentów na rynku usług medycyny estetycznej. Rozdział ten ma charakter teoretyczny i stanowi studium literaturowe obejmujące krajową i zagraniczną literaturę zwartą oraz artykuły w krajowych i zagranicznych czasopismach naukowych.

W trzecim i czwartym rozdziale, które mają charakter empiryczny, zaprezentowano wyniki badań, które pozwoliły na realizację celów badawczych oraz weryfikację postawionych hipotez badawczych. W rozdziale trzecim w pierwszej kolejności omówiono przesłanki wyboru usług medycyny estetycznej przez konsumentów. Następnie analizie poddano źródła informacji o usługach medycyny estetycznej oraz przesłanki wyboru placówki medycznej, która świadczy usługi z omawianego zakresu. Z kolei w rozdziale czwartym skupiono się na analizie wyników badań empirycznych dotyczących procesu świadczenia usług medycyny estetycznej w Polsce. Zidentyfikowane zostały motywy podjęcia decyzji o korzystaniu przez konsumentów z usług medycyny estetycznej z punktu widzenia lekarzy; ponadto zdiagnozowano najpopularniejsze zabiegi medycyny estetycznej z punktu widzenia konsumentów/pacjentów oraz determinanty satysfakcji konsumentów z badanych usług. Rozdział czwarty kończy prezentacja autorskiego modelu zachowań nabywczych konsumentów na rynku usług medycyny estetycznej.

Rozprawa podsumowana została w zakończeniu pracy, w którym weryfikacji poddano sformułowane hipotezy badawcze. W zakończeniu zawarte zostały również główne wnioski w zakresie uwarunkowań decyzji wyboru i zakupu usług medycyny estetycznej przez konsumentów.

Do pracy został dołączony aneks, w którym zamieszczone zostały formularze kwestionariuszy wywiadów wykorzystane w badaniach empirycznych.

Rozdział 1. Charakterystyka rynku usług medycyny estetycznej w Polsce

W rozdziale 1 przedstawiono zakres medycyny estetycznej, uwzględniając zmiany technologiczne na rynku światowym. Zaprezentowano również różne podejścia w definiowaniu medycyny estetycznej oraz najważniejsze informacje dotyczące usług medycznych w Polsce i na świecie, w tym wydatki Polaków na ochronę zdrowia oraz usługi fryzjersko-kosmetyczne. Rozważania dotyczące rynku usług medycyny estetycznej zakończono omówieniem trendów w zachowaniach konsumentów korzystających z zabiegów estetyki medycznej.

1.1. Pojęcie, zakres i rozwój medycyny estetycznej w Polsce i na świecie

Medycyna estetyczna jest stosunkowo nową dziedziną nauk medycznych w Polsce. Na świecie postrzegana jest nierozłącznie z chirurgią plastyczną, która określana jest jako „*cosmetic surgery*”, czyli w dosłownym tłumaczeniu jako chirurgia kosmetyczna. Pierwszym zabiegiem chirurgiczno – kosmetycznym, mającym na celu poprawę urody był przeszczep czepeca czołowego, który posłużył do rekonstrukcji nosa. Operację przeprowadzono na żołnierzach, którzy zostali okaleczeni podczas działań wojennych w Indiach. Natomiast w 1845 roku po raz pierwszy zostały opublikowane monografie pruskiego chirurga Johanna F. Diffenbacha dotyczące rekonstrukcji twarzy dla celów kosmetycznych – rynoplastyka, rozumianej w obecnych czasach jako plastyka grzbietu i płatków nosa (Crumley, 2003). Nieco później, w 1871 roku, zostały opisane działania nieco bliższe obecnej medycynie estetycznej, a mianowicie działanie 20% roztworu fenolu, który służył do rozjaśniania skóry. Autorem tej publikacji był Tilbury Fox (Brody, 2000 i in.; Yokomizo i in., 2013). W 1882 roku Paul G. Unna opisał właściwości pierwszych peelingów chemicznych takich jak: kwas salicylowy, rezorcynol, fenol oraz kwas trójchlorooctowy, które są w ciągłej ofercie na rynku usług medycyny estetycznej nie tylko w Polsce, ale również na świecie (Krueger i in., 2013). Pierwszy opisany zabieg z zakresu iniekcji służący do wypełniania tkanek miękkich przy użyciu autologicznego przeszczepu tkanki tłuszczowej wykonany był przez Franza Neubera w 1893 roku (Neuber, 1983). Co więcej dopiero w 1992 roku kanadyjska okulistka Jean Carruthers i dermatolog Alastair Carruthers opublikowali artykuł dotyczący użycia toksyny botulinowej typu A służącej do leczenia poprzecznych zmarszczek czoła, co doprowadziło do wyjątkowej zmiany postrzegania chirurgii plastycznej

w oczach opinii publicznej. W 2002 roku „Botox®” – toksyna botulinowa typu A, której producentem jest firma Allergan®, po akceptacji Amerykańskiej Agencji Żywności i Leków – (Food and Drug Administration FDA), stała się niezwykle popularną neurotoksyną wykorzystywaną przez lekarzy medycyny estetycznej, której zainteresowanie wciąż wzrasta (Ting i Freiman, 2004; Dover i in., 2018).

Tabela 1 Historyczny przegląd wybranych technik zabiegowych, operacyjnych i związków chemicznych stosowanych w medycynie estetycznej i chirurgii plastycznej

Rok	Lekarz	Rodzaj zabiegu - specjalność
1829	Dieffenbach Johann F.	rekonstrukcja nosa, kosmetyczna rynoplastyka
1854	Velpeau Alfred	chirurgiczna operacja piersi
1871	Tilbury Fox William	peeling fenolowy
1882	Unna Paul G.	peelingi chemiczne z użyciem kwasu salicylowego, rezorcynolu, fenolu i kwasu trójchlorooctowego
1893	Neuber Franz	autologiczny przeszczep tkanki tłuszczowej służący do wypełniania okolic twarzy
1955	Pangman John W.	implanty piersi wykonane z alkoholu poliwinylowego
1963	Cronin Thomas, Gerow Frank	sylikonowe implanty piersi
1965	Rees Thomas	sylikon stosowany do wypełniania tkanek miękkich
1977	Knapp Terry R.	kolagen wykorzystywany do wypełniania tkanek miękkich
1980	Fisher Arpad, Fisher George	liposukcja
1983	Reid Walter H.	rubinowy laser typu Q-switch stosowany do usuwania tatuaży
1989	David Laurence M.	ablacyjny laser frakcyjny służący do resurfacingu skóry
1992	Zocchi Michael	ultradźwięki towarzyszące zabiegom liposukcji
1992	Carruthers Alistair, Carruthers Jean	wykorzystanie toksyny botulinowej do redukcji zmarszczek
1996	Grossman Melanie	usuwanie owłosienia przy użyciu lasera rubinowego
1997	Gold Michael H.	IPL – Intense Pulsed Light wykorzystywany do usuwania owłosienia
1998	Olenius Michael	kwas hialuronowy jako wypełniacz tkanek miękkich
1999	McDaniel David H.	Laser aleksandrytowy wykorzystywany do zamykania naczyń i żył okolicy kończyn dolnych
2001	Pittes Patricia	iniekcyjna lipoliza fosfatydylocholiną służącą do redukcji tkanki tłuszczowej
2003	Ruiz – Esparza Javier	terapia fotodynamiczna
2003	Ruiz – Esparza Javier	technologia radiofrekwencji stosowanej w napinaniu skóry
2004	Tzikas Thomas L., Flaharty P.	iniekcję z wykorzystaniem hydroksyapatytu wapnia do wypełniania tkanek miękkich
2004	Rotunda Adam	deoksycholan sodu wykorzystywany do redukcji tkanki tłuszczowej
2004	Manstein Dieter	nieablacyjny laser frakcyjny
2009	Coleman Sydney	kriolipoliza
2010	Redealli Alessio	osocze bogatopłytkowe wykorzystywane do odmładzania skóry
2012	Lee Young Bok	kombinacja radiofrekwencji i pulsacyjnego pola elektromagnetycznego

Źródło: Krueger N., Luebbering S. Sattler G., Hanke C.W., Alexiades-Armenakas A., Sadick N. (2013), *The history of Aesthetic Medicine and Surgery*, s. 741

W tabeli 1 przedstawiono wyłącznie zestawienie wybranych doniesień literaturowych dotyczących możliwości, jakie niesie za sobą medycyna estetyczna i chirurgia plastyczna. Dzięki stale rozwijającej się technologii pojawiają się coraz szerzej opisywane w literaturze możliwości udoskonalania ciała ludzkiego. W doniesieniach naukowych z 2018 roku zaprezentowany został temat dotyczący bezpieczeństwa i efektywności najnowszej technologii wykorzystywanej w medycynie estetycznej HIFEM – High-Intensity Focused Electromagnetic Field¹ służącej do konturowania sylwetki ciała oraz leczenia inkontynencji (Jacob i Paskova, 2018; Samuels, 2018). Potwierdzono tym samym, że technologie oraz nieinwazyjne metody są stale udoskonalane i wykorzystywane na szerokiej płaszczyźnie leczenia wybranych defektów urody i związanych z nimi trudności życia codziennego, a możliwości estetyki medycznej nieustannie się zwiększają.

Początki medycyny estetycznej jako odrębnej dziedziny medycznej na świecie przypadają na rok 1973. Za jej twórcę uznaje się francuskiego endokrynologa Jeana Jacques'a Legrana, z którego inicjatywy powstało Francuskie Towarzystwo Medycyny Estetycznej. Dwa lata później powstało Stowarzyszenie Medycyny Estetycznej w Rzymie, dzięki Carlowi Albertowi Bartolettiemu. W 1978 roku Francja, Włochy, Belgia i Hiszpania utworzyły Międzynarodowy Związek Medycyny Estetycznej – Union Internationale de Medicine Esthetique (UIME) z siedzibą w Paryżu (Przyłipiak, 2017). Stowarzyszenie to ma na celu zrzeszanie praktykujących lekarzy niezależnie od specjalizacji w zakresie medycyny estetycznej. Do 2022 roku 32 europejskie państwa, kilka krajów Ameryki Łacińskiej i Stanów Zjednoczonych stało się jego członkami. Celem UIME jest stworzenie jednego programu naukowego dotyczącego zainteresowań, wykorzystywania i łączenia technik z zakresu medycyny estetycznej oraz dzielenia się napotkanymi problemami i powikłaniami powstałymi podczas zabiegów (www.aestheticmedicinejournal.org).

Na polskim rynku rozpoczęcie działalności medycyny estetycznej jako odrębnej dziedziny nauk medycznych przypada na lata 90. poprzedniego wieku. 11 października 1993 roku wpłynęło pismo do prezesa Polskiego Towarzystwa Lekarskiego profesora Jerzego Woy-Wojciechowskiego, dotyczące założenia nowej sekcji nauk medycznych – medycyny estetycznej. Tym samym 19 maja 1994 roku odbyło się pierwsze spotkanie członków założycieli, podczas którego na przewodniczącego wybrano dr n. med. Andrzeja Ignaciuka.

¹ HIFEM – z ang. High-Intensity Focused Electromagnetic Field – wysokiej częstotliwości fala elektromagnetyczna służąca do wprowadzenia mięśni w stan supramaksymalnego napięcia

Z roku na rok rośnie liczba zainteresowanych lekarzy medycyną estetyczną. Początkowo sekcja obejmowała wyłącznie 15 osób, natomiast szacuje się, że do 2022 roku jej grono poszerzyło się aż do 952 lekarzy specjalistów. Nieco później w 2012 roku, z inicjatywy dr n.med. Andrzeja Ignaciuka, powstała Podyplomowa Szkoła Medycyny Estetycznej Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, której głównym celem było kształcenie lekarzy z zakresu medycyny estetycznej oraz rozszerzenie oferty rynkowej w zakresie usług medycznych w tej dziedzinie (Redaelli i Ignaciuk, 2010).

Medycyna estetyczna jest multidyscyplinarną dziedziną nauk medycznych. Łączy ze sobą elementy (Dębska i in., 2012; Śpiewak, 2016):

- dermatologii – badanie, opisywanie struktur i funkcji skóry,
- angiologii – chirurgia naczyniowa,
- odontologii – rozwój i budowa uzębienia,
- dietetyki – racjonalne odżywianie się człowieka,
- ginekologii estetycznej – poprawa wyglądu zewnętrznych narządów płciowych i funkcji seksualnych,
- kosmetologii – pielęgnowanie skóry oraz maskowanie defektów urody.

Podstawowym zadaniem medycyny estetycznej jest działanie w celu zwiększenia atrakcyjności fizycznej pacjentów, poprawy ich samooceny oraz polepszenia jakości życia (Donejko, 2017). Głównym celem medycyny estetycznej jest leczenie, lecz również dążenie do spowolnienia oznak starzenia się organizmu człowieka, poprzez uzyskanie dobrostanu pacjenta. Należy zwrócić szczególną uwagę, że opiera się ona na założeniu długofalowej strategii leczenia, a nie wyłącznie korekcji pojedynczego defektu estetycznego (Redaelli i Ignaciuk, 2010). W tabeli 2 przedstawiono przegląd definicji medycyny estetycznej.

Autorka na potrzeby rozprawy skłania się do przyjęcia nieco szerszej definicji medycyny estetycznej, która jest nową gałęzią nauk medycznych. Jej głównym zadaniem jest umożliwienie zachowania pacjentowi/klientowi „wiecznej młodości” i wykorzystanie szerokiego wachlarza możliwości technologicznych oraz permanentnie udoskonalanych technik doprowadzających w krótkim czasie rekonwalescencji do poprawy wizerunku zewnętrznego konsumenta. Przedstawione w tabeli 2 definicje nie zawierają istotnej

informacji, że wszystkie procedury² z zakresu medycyny estetycznej dają efekty tymczasowe i wymagają powtórzenia w okresie od pół roku do roku, w przeciwieństwie do chirurgii plastycznej, której efekty mogą utrzymać się nawet do kilkunastu lat.

Tabela 2 Definicje medycyny estetycznej

Autor	Definicja
Radealli i Ignaciuk (2000)	„zadaniem medycyny estetycznej jest spowolnienie procesów starzenia się organizmu, aby pacjent starzał się w jak najlepszy sposób. Doprowadza do zachowania dobrostanu konsumenta poprzez zapobieganie i leczenie oznak starzenia się organizmu człowieka. Jej głównym założeniem jest określenie długofalowej strategii, a nie korekcja pojedynczego defektu estetycznego pacjenta. W swojej szeroko pojętej nauce czerpie z innych specjalizacji medycznych takich jak: dermatologia, chirurgia naczyniowa, chirurgia estetyczna, odontologia, dietetyka i ginekologia”
Pfenninger i Fowler (2012)	„to najsilniej rozwijający się dział medycyny, którego głównym zadaniem jest wykorzystywanie nieinwazyjnych metod służących odnowy skóry twarzy. Łączy w sobie bezpieczeństwo, efektywność oraz przewidywany efekt pozabiegowy”
Prendergast i Shiffman (2012)	„jest połączeniem sztuki i nauki. To wschodząca gałąź medycyny oparta na procedurach i technikach służących do wzmacniania pozytywnego odbioru wyglądu pacjenta, poprzez usprawnienie tekstury i jakości skóry twarzy i ciała. Posługuje się nieinwazyjnymi bądź minimalnie inwazyjnymi zabiegami bez konieczności ogólnej anestezjologii. Posługuje się również technikami iniekcyjnymi przy użyciu substancji takich jak toksyna botulinowa, różnego rodzaju tymczasowych wypełniaczy i autologicznej tkanki tłuszczowej”
Śpiewak (2013)	„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”
Wasiluk (2016)	„z założenia powinna uzupełniać się z chirurgią plastyczną. Dzięki rozwojowi technologicznemu umożliwia przeprowadzenie nieinwazyjnych procedur ulepszenia wizerunku zewnętrznego pacjenta. Charakteryzuje się krótkim czasem rekonwalescencji i niewielkim ryzykiem powikłań, nie wymaga znieczulenia ogólnego oraz daje znacznie naturalniejszy efekt niż chirurgia plastyczna. Celem medycyny estetycznej jest poprawa atrakcyjności pacjentów, która w dużym uproszczeniu przekłada się na powodzenie w życiu codziennym”

² Procedura – szereg działań wykonanych podczas usługi medycyny estetycznej z wykorzystaniem jednego urządzenia bądź preparatu zgodnie z protokołem zabiegowym producenta

Ambroziak (2017)	„to prężnie rozwijająca się gałąź medycyny, która nie została jeszcze oficjalnie wyodrębniona. Jej trzonem są wszelkie odmładzające procedury zabiegowe. Składa się z wielu dziedzin takich jak: dermatologia, chirurgia plastyczna, flebologia, ginekologia, urologia. Dzięki którym możliwa jest poprawa wyglądu zewnętrznego pacjenta. Osoby korzystające z usług medycyny estetycznej są zdrowe i od nich zależy, czy poddadzą się danemu zabiegowi czy też nie”
Przylipiak (2017)	„to dyscyplina medyczna, której zadaniem jest zwiększenie atrakcyjności fizycznej pacjentów, poprawa ich samooceny oraz polepszenie jakości życia. Posługuje się metodami lekarskimi korygującymi pojedyncze defekty estetyczne oraz w części przypadków łączy je w leczenie kompleksowe. Jest interdyscyplinarną nauką medyczną, obejmującą zabiegi i terapie pojedynczych specjalizacji medycznych, takich jak dermatologia, chirurgia, chirurgia plastyczna i rekonstrukcyjna, ginekologia, endokrynologia, stomatologia, okulistyka, laryngologia i inne. Ścisłe współpracuje z kosmetologią w zakresie następczych i uzupełniających zabiegów kosmetologicznych, pozwalająca wyjść naprzeciw potrzebom konsumentów, którzy pragną zapobiec starzeniu się skóry i załagodzić jego skutki”
Napiwodzka-Bulek (2017)	„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 na gruncie medycyny estetycznej stale się poszerza o wykorzystanie najnowszych technologii, by móc sprostać potrzebom klientów”

Źródło: opracowanie własne

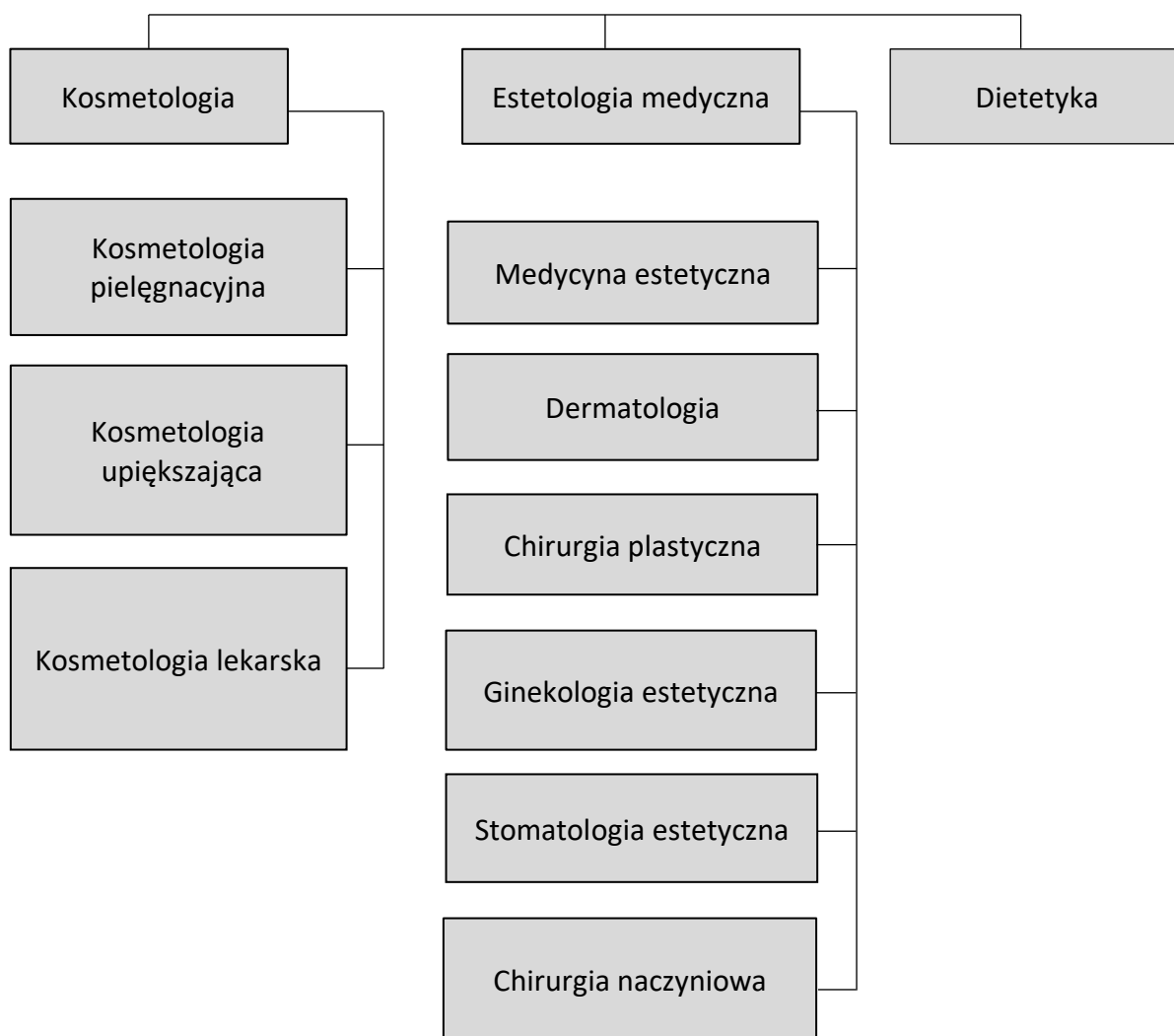
Medycyna estetyczna jest głównym elementem estetologii medycznej (*fac. aesthetologia medica*), która zajmuje się badaniem, opisywaniem, pielęgnowaniem, przywracaniem oraz kreowaniem za pomocą środków medycznych piękna ludzkiego ciała. W zakresie poznawczo – opisowym dziedzina ta oparta jest również na metodologii nauk przyrodniczych – medycyny, biologii oraz biofizyki, ale łączy ze sobą antropologię³ i antropometrię⁴, psychologię oraz elementy estetyki i fizyki. Głównym celem estetologii medycznej jest poprawa atrakcyjności fizycznej konsumenta/pacjenta za pomocą metod łączących medycynę z kosmetologią, dietetyką, rehabilitacją oraz fizykoterapią (Śpiewak, 2012). Zakres estetologii medycznej przedstawiono na rysunku 2.

Rysunek 2 wyraźnie wskazuje, że praca samego lekarza jest niewystarczająca do zwiększenia atrakcyjności ciała i twarzy pacjenta/konsumenta. Jej nieodłącznym elementem jest kosmetologia, jak również dietetyka. Kooperacja powyższych dziedzin

³ Antropologia – nauka o zmienności cech anatomicznych i fizjologicznych człowieka w zależności od czasu rozwoju i wpływów warunków środowiskowych

⁴ Antropometria – dział antropologii, nauka zajmująca się pomiarem budowy, wielkości i proporcji ciała człowieka i ich zmienności w rozwoju ewolucyjnym

medycznych umożliwia osiągnięcie celów terapeutycznych dotyczących zachowania młodego wyglądu oraz smukłej sylwetki. Tylko połączenie wszystkich powyższych specjalności może skutkować długotrwałymi efektami pozabiegowymi.



Rysunek 2 Nauki poświęcone badaniu, pielęgnowaniu, przywracaniu oraz kreowaniu atrakcyjności ciała

Źródło: opracowanie własne na podstawie Śpiewak (2013). Ocena skuteczności zabiegów w estetologii medycznej i kosmetologii, jak mierzyć obiektywnie, wrażenia subiektywne?

1.2. Klasyfikacja usług medycyny estetycznej w Polsce i na świecie

Medycyna estetyczna to dziedzina nauk medycznych znajdująca się pomiędzy chirurgią plastyczną a kosmetologią. Dzięki ciągłemu rozwojowi technologii, zarówno urządzeń jak i samych preparatów, ma coraz większy szereg możliwości, mniej lub bardziej inwazyjnych zastosowań (Padlewska, 2013; Przyłipiak, 2017).

Tabela 3 Podstawowa klasyfikacja usług medycyny estetycznej

Autor	Zabiegi	Rodzaje usług
Prendergast, Schiffman (2012)	Zabiegi w obszarze skóry	toksyna botulinowa, biostymulacja i biostrukturyzacja skóry, mikrodermabrazja, estetyczna krioterapia, peelingsi chemiczne, radiofrekwencja mikroigłowa, IPL, termoliza odmładzająca, Nd: YAG – zamykanie naczyń krwionośnych, skleroterapia, laserowe usuwanie owłosienia, laserowe usuwanie przebarwień, mezoterapia, zabiegi antycellulitowe, redukcja blizn, znieczulenie miejscowe
	Zabiegi w obszarze konturowania sylwetki oraz twarzy	powiększanie ust przy użyciu wypełniaczy, wolumetria twarzy przy użyciu autologicznej tkanki tłuszczowej, zmiana kształtu nosa przy użyciu wypełniaczy, powiększanie piersi kwasem hialuronowym, lipotransfery w powiększaniu piersi, wzmocnienie pręcia z wykorzystaniem wypełniaczy, konturowanie sylwetki ciała przy użyciu technologii HIFU, niskoenergetyczny laser służący do konturowania sylwetki, laserowe usuwanie owłosienia, karboksyterapia, lasery frakcyjne, nieablacyjne napinanie skóry
Adamski, Kaszuba (2008)	Zabiegi odmładzające twarz i ciało	peelingsi chemiczne, mezoterapia igłowa i bezigłowa, mikrodermabrazja, endermologia, toksyna botulinowa, kriochirurgia, elektrochirurgia, lasery, fotoodmładzanie, korekcja blizn, fototerapia, chirurgia paznokci, makijaż medyczny
Katz, Sadick (2011)	Zabiegi modelowania sylwetki	lipoliza laserowa, lipoplastyka wspomagana ultradźwiękami, zogniskowane ultradźwięki, lipoliza iniekcyjna, zastosowanie źródeł światła do redukcji tkanki tłuszczowej
Przylipiak (2017)	Zabiegi odmładzające twarz	wypełniacze tkankowe, toksyna botulinowa, osocze bogatopłytkowe, nici proste PDO, nici liftingujące PDO
	Zabiegi w obrębie tkanki tłuszczowej	liposukcja, nieinwazyjne metody usuwania tkanki tłuszczowej: kriolipoliza, lipoliza iniekcyjna, ultradźwięki, komórki macierzyste
	Zabiegi w obrębie tułowia i kończyn	korekcja tydek, redukcja i leczenie cellulitu, leczenie nietrzymania moczu, rewitalizacja pochwy i warg sromowych
	Zabiegi w obrębie skóry	leczenie blizn, rozstępów, przebarwień, korekcja i usuwanie tatuaży, peelingsi chemiczne, dermabrazja, mikrodermabrazja, mikronakłuwanie, mezoterapia, karboksyterapia, fale radiowe
	Zabiegi laserowe	IPL, laserowe usuwanie zmian naczyniowych, laserowe usuwanie przebarwień i hiperpigmentacji, lasery frakcyjne i resurfacing laserowy
	Zabiegi kosmetyczne	makijaż medyczny, rekonstrukcja płytki paznokciowej
Redaelli i Ignaciuk (2010)	Wypełniacze wchłaniające	kwas hialuronowy, hydroxyapatyt wapnia
	Wypełniacze do biostrukturyzacji	kwas polimlekowy, fosforan trójwapnia, hydroxyapatyt wapnia
	Wypełniacze trwałe	agaroz, kolagen, dikrylan glikolu polietylenowego, silikon, poliakrylamid, złote nici, nici GoreTex
	Substancje na zmarszczki mimiczne, modulujące nadczynność ruchową	toksyna botulinowa
	Leki na miejscowe nagromadzenie tkanki tłuszczowej	fosfatydylocholina, trokserutyna, aminofilina, prokaina, karbokoaina, placenta, deoksycholany sodu
	Substancje zawarte w peelingsach	kwas glikolowy, kwas pirogronowy, kwas salicylowy, roztwór Jessnera, Glikopeel, TCA

Źródło: opracowanie własne

W swojej praktyce medycyna estetyczna ma do dyspozycji szeroki wybór laserów, urządzeń oraz preparatów pochodzenia naturalnego i syntetycznego. Cały proces udoskonalania technologii przyczynia się do zmniejszenia czasu rekonwalescencji oraz do zwiększenia komfortu pacjenta/klienta podczas korzystania z wybranych usług medycyny estetycznej (Brandi i in., 2001; Redaelli i Ignaciuk, 2010). W tabeli 3 przedstawiono przegląd zawartych w literaturze przedmiotu rodzajów usług medycyny estetycznej. Podstawowym kryterium wyodrębnienia rodzajów usług jest „obszar” oddziaływania podczas zabiegów.

Tabela 3 wskazuje, że autorzy wyodrębniają usługi zgodnie ze swoimi specjalnościami, uwzględniając zabiegi estetyczne, kosmetyczne oraz chirurgiczne. Zatem portfel usług medycyny estetycznej jest bardzo szeroki i ukazuje dużą rozpiętość współczesnych możliwości, jakie niesie właśnie ta dziedzina nauk medycznych. Medycyna estetyczna wymaga szerokiej wiedzy oraz poczucia estetyki specjalisty wykonującego usługi. Przy doborze odpowiednich środków i holistycznym podejściu lekarza oraz współpracujących z nim kosmetologów można uzyskać znaczną poprawę atrakcyjności fizycznej pacjenta/konsumenta (Śpiewak, 2012).

Autorka na potrzeby rozprawy zdecydowała się sklasyfikować rodzaje usług medycyny estetycznej ze względu na kwalifikacje specjalisty wykonującego zabieg, co zostało przedstawione w tabeli 4.

Tabela 4 Autorska klasyfikacja usług medycyny estetycznej

Specjalista	Rodzaje usług medycyny estetycznej
Lekarz medycyny estetycznej	zabiegi iniekcyjne przy użyciu wypełniaczy (kwas hialuronowy, kolagen, hydroksyapatyt wapnia, autologiczna tkanka tłuszczowa) oraz neurotoksyny, laserowe zamykanie żył niebieskich w okolicach oczu, dołu kolanowego, okolicy kostek, laserowe usuwanie znamion i brodawek łojotokowych, laserowe usuwanie tatuażu kosmetycznego górnej i dolnej powieki oka, implantacja nici PDO, nieinwazyjny lifting powiek np. Plasma IQ, karboksyterapia
Kosmetolog	konturowanie sylwetki ciała – redukcja lokalnie nagromadzonej tkanki tłuszczowej, zogniskowane ultradźwięki, multipolarna fala radiowa, kriolipoliza, masaż endermiczny, laserowe usuwanie owłosienia, laserowy resurfacing i redukcja blizn, usuwanie rozstępów, peeling węglowy, zamykanie naczyń krwionośnych, laserowe usuwanie tatuażu

Źródło: opracowanie własne

Warto zaznaczyć, że wymienione w tabeli 4 usługi są możliwe do wykonywania przez kosmetologów wyłącznie przy ścisłej współpracy z lekarzem. W przypadkach, gdy nie ma możliwości współpracy z lekarzem, kosmetolodzy nie posiadają uprawnień do

wykonywania powyższych zabiegów (Kuczyński, 2005). Kosmetolog powinien być wsparciem dla lekarza oraz powinien wyspecjalizować się w nieinwazyjnych lub mało inwazyjnych zabiegach aparaturowych (Śpiewak, 2012).

Mimo, iż medycyna estetyczna w swoim instrumentarzu posiada duży potencjał możliwości technologicznych, wymaga jednak szerokiej wiedzy medycznej oraz poczucia estetyki specjalisty wykonującego usługę.

Na kształt portfela usług medycyny estetycznej wpływ mają pewne ograniczenia, które uniemożliwiają wykonywane niektórych zabiegów. W całej Unii Europejskiej oraz niektórych krajach Afryki zabronione jest wykorzystywanie hydrochinonu do rozjaśniania skóry lub redukcji przebarwień. Wynika to z faktu, że udowodniono działanie kancerogenne tej substancji (Sitarek, 2008). Zakaz wykorzystywania hydrochinonu w produktach kosmetycznych jest poparty Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) Nr 1223/2009 z dnia 30 listopada 2009 r. W Polsce do 2019 roku nie wykonywało się zabiegów z użyciem fenolu, który jest głównym składnikiem preparatu Bakera – Gordona. Jest to najsilniejszy peeling chemiczny dostępny na rynku kwasów przeznaczonych do zastosowania na skórę. Penetruje on, aż do warstwy siateczkowej skóry właściwej. Wykonywany jest na sali operacyjnej z włączeniem leków uspokajających i środków przeciwbólowych (Brody, 2001). Dużą popularnością cieszy się w Stanach Zjednoczonych oraz w Hiszpanii. Daje zaskakujące efekty, ale również niesie za sobą szereg ograniczeń (Jackson, 2014). Powyższe wybrane informacje wskazują, że polski rynek medycyny estetycznej nie odbiega nowoczesnością od rynku światowego, a portfel usług jest zbliżony do światowych standardów.

1.3. Uczestnicy rynku usług medycyny estetycznej

Usługa medyczna jest szczególnym rodzajem usług. Zgodnie z Ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej⁵ usługa medyczna to działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Medycyna wychodzi naprzeciw zmieniającym się potrzebom konsumentów/pacjentów. Powstanie medycyny estetycznej działającej wyłącznie w sektorze prywatnych usług medycznych umożliwia spowolnienie procesów starzenia się organizmu, ale również

⁵ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej Dz. U. 2011 Nr 112 poz. 645

zmianę w wyglądzie zewnętrznym pacjenta. Umożliwia zwiększenie odczucia atrakcyjności fizycznej przez co doprowadza do zachowania dobrostanu psychicznego pacjenta. W celu umożliwienia konsumentom/pacjentom holistycznego podejścia lekarze z zakresu medycyny estetycznej często podejmują współpracę z kosmetologami. W dalszej części rozważań przedstawiono uczestników rynku medycyny estetycznej w podziale na:

- usługodawców⁶ – lekarze oraz współpracujący z nimi kosmetolodzy,
- usługobiorców – pacjenci/konsumenci.

Usługodawcy na rynku medycyny estetycznej

Głównym wykonawcą usług medycyny estetycznej jest lekarz. Zgodnie z Ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 r.⁷ wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich. Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Według artykułu 5. wyżej wymienionej ustawy warunkiem przystąpienia do wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry jest posiadanie dyplomu wydanego przez polską szkołę wyższą. Dokument potwierdzający formalne kwalifikacje lekarza lub lekarza dentystry zawiera minimalne wymagania kształcenia określone w przepisach prawa Unii Europejskiej. Co więcej – lekarz musi posiadać pełną zdolność do czynności prawnych, odpowiedni stan zdrowia, który pozwala na wykonanie zawodu lekarza lub lekarza dentystry oraz ma w obowiązku przyjmować nienaganną postawę etyczną. Według Naczelnej Izby Lekarskiej liczba lekarzy specjalistów i lekarzy specjalistów I stopnia czynnie wykonujących zawód wynosi 185 582 (stan na 22.06.2022 r.). Do tej pory nie podaje specyfikacji co do lekarzy zajmujących się medycyną estetyczną (www.nil.org.pl), jak donosi Polskie Towarzystwo Medycyny Estetycznej i Anti-Aging do czerwca 2022 roku, aż 1552 lekarzy ukończyło Podyplomową

⁶ Usługodawcami mogą być także placówki medyczne (kliniki, gabinety), które świadczą usługi medycyny estetycznej zatrudniając lekarzy i kosmetologów

⁷ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry Dz.U. 1997 nr 28 poz. 152

Szkołę Medycyny Estetycznej PTL oraz czynnie działa w zawodzie lekarza medycyny estetycznej. Natomiast na moment obecny nie zostało opublikowane ilu lekarzy wykonuje usługi medyczne w zakresie medycyny estetycznej, bez ukończenia wyżej wymienionej szkoły (www.ptmeiaa.pl).

Głównym zadaniem lekarza medycyny estetycznej jest spowolnienie przebiegu mentalnych oraz fizycznych procesów starzenia się organizmu pacjenta, tak zwane uzyskanie dobrostanu pacjenta, poprzez zapobieganie i leczenie oznak starzenia się (Marcela i in., 2014). Od lekarza medycyny estetycznej wymaga się, aby stale aktualizował swoją wiedzę, ze względu na intensywny rozwój tej dziedziny medycyny. Lekarz lub lekarz dentyista ma za zadanie sprawić jak najbardziej naturalny wygląd pacjenta, który często nie chce, aby otaczające go społeczeństwo dowiedziało się, że poddaje się zabiegom z zakresu medycyny estetycznej (Figiel, 2022). Ma również zapewnić pacjentowi opiekę oraz pełną dyspozycyjność, szczególnie w przypadku pojawienia się efektów niepożądanych bądź powikłań pozabiegowych (Redaelli i Ignaciuk, 2010). W przypadkach, gdy kończy się jego wiedza i kompetencje ma za zadanie polecić pacjentowi innego lekarza specjalistę, aby zostały spełnione wymagania pacjenta.

Drugą grupą usługodawców z zakresu medycyny estetycznej są kosmetolodzy. W literaturze zauważono brak spójności w definiowaniu zawodu kosmetologa. W 2022 roku Sejm podjął ponowną próbę nowelizacji ustawy o zawodzie kosmetologa. W efekcie tego w marcu 2022 roku powstał projekt Ustawy o zawodzie kosmetologa, w której przedstawione są zasady uzyskiwania prawa wykonywania zawodu kosmetologa, definicja specjalistycznego niechirurgicznego zabiegu estetycznego, zakres kompetencji zawodowych kosmetologa oraz zasady wykonywania zawodu. Według projektu Ustawy z 2022 roku: „kosmetologiem jest osoba fizyczna, która ukończyła studia wyższe na kierunku kosmetologia lub ochrona zdrowia i posiada uprawnienia do wykonywania specjalistycznych zabiegów estetycznych, które dotyczą rozpoznawania potrzeb klientów związanymi z zewnętrznymi oznakami starzenia się organizmu oraz ogólną kondycją skóry twarzy, ciała oraz paznokci, wykonywaniu specjalistycznych zabiegów estetycznych oraz prowadzeniu działalności profilaktycznej, polegające na popularyzowaniu zewnętrznych oznak starzenia się organizmu”. W Rozdziale 3 Art. 14 zaznaczono, że uzyskane certyfikaty i dyplomy nie są dowodem posiadanego wykształcenia kosmetologa i nie uprawniają do wykonywania specjalistycznych niechirurgicznych zabiegów estetycznych, a potwierdzają

jedynie doskonalenie wiedzy i umiejętności zawodowych (<http://www2.mz.gov.pl>). Projekt Ustawy o zawodzie kosmetologa spotkał się z krytyką Naczelnej Izby Lekarskiej, która podkreśla brak regulacji nadzoru merytorycznego wykonywania zawodu kosmetologa oraz wyznaczenie wyraźniej granicy pomiędzy świadczeniami zdrowotnymi a kosmetycznymi. Wnosi również o doprecyzowanie listy specjalistycznych zabiegów estetycznych (www.pulsmedycyny.pl). Skupiając się na programie kształcenia kosmetologów, można stwierdzić, że osoby z wyżej wymienionym wykształceniem są przygotowane do wykonywania niektórych zabiegów medycyny estetycznej, natomiast nie powinny wykonywać zabiegów z wykorzystaniem środków, które znajdują się w rejestracji leków np. takich jak toksyna botulinowa oraz kwas hialuronowy. Odpowiedzialność karna za niepowodzenia zabiegowe, czy też możliwe nietypowe skutki uboczne dotyczą zarówno lekarzy jak i kosmetologów przeprowadzających procedury estetyczne (Gąsowski i in., 2022). Kosmetologia uważana jest za dziedzinę medyczną, która zajmuje się profilaktyką zewnętrznych oznak starzenia się organizmu, ale również wspomaganie zachowania jak najdłuższej sprawności życiowej człowieka. Zajmuje się także zagadnieniami leczniczymi, dotyczącymi zmian skórnych, które niekorzystnie wpływają na wygląd zewnętrzny (Kuczyński, 2005). Kosmetologia, w przeciwieństwie do medycyny estetycznej, zajmuje się nie tylko likwidowaniem już istniejących defektów urody, ale również ich maskowaniem. Co więcej – ukierunkowuje pacjenta/klienta na działania profilaktyczne oraz zapobiegawcze, które mają na celu przedłużyć młodość, sprawność, a także ułatwić zachowanie zdrowia pacjenta/klienta (Kuczyński, 2005). W Polsce zawód kosmetologa nadal nie ma uwarunkowań prawnych, podobnie jak w Kanadzie czy w Australii (Boon i Tan, 2007). Kosmetolog ma uprawnienia do działania w zakresie medycyny estetycznej wyłącznie we współpracy z lekarzem (Kaczyński, 2017). Jego głównym zadaniem jest pomoc w zabiegach, które nie wymagają wprowadzania substancji do tkanek miękkich pacjenta/konsumenta za pomocą igły i strzykawki. W tabeli 5 przedstawiono klasyfikację wyrobów medycznych z podziałem na klasy wyrobu medycznego według Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 listopada 2010 r. w sprawie sposobu klasyfikowania wyrobów medycznych.

Tabela 5 Klasyfikacja wyrobów medycznych

Klasa wyrobu medycznego	Charakterystyka wyrobu medycznego	Przykłady wyrobów medycznych
Klasa I	nieinwazyjne wyroby medyczne, nieinwazyjne wyroby medyczne przeznaczone do użycia jako bariera mechaniczna, inwazyjne wyroby medyczne stosowana przez otwory ciała przeznaczone do chwilowego użytku	narzędzia chirurgiczne wielorazowego użytku, stetoskopy i szkła korekcyjne
Klasa IIa	nieinwazyjne wyroby medyczne przeznaczone do przechowywania płynów ustrojowych krwi, tkanek lub jeżeli mogą być połączone z aktywnym wyrobem medycznym klasy IIa lub wyżej, nieinwazyjne wyroby medyczne przeznaczone do zapewnienia właściwego mikrośrodowiska rany, inwazyjne wyroby medyczne stosowane przez otwory ciała przeznaczone do krótkotrwałego użytku, inwazyjne wyroby medyczne przeznaczone do połączenia z aktywnym wyrobem medycznym, chirurgiczne inwazyjne wyroby medyczne do chwilowego i krótkotrwałego użytku, aktywne terapeutyczne wyroby medyczne przeznaczone do podawania lub wymiany energii dla organizmu ludzkiego	dermarollery, ostrza skalpela, rurki dotchawicze itp.
Klasa IIb	nieinwazyjne wyroby medyczne przeznaczone do modyfikowania biologicznego lub chemicznego składu krwi lub innych płynów ustrojowych przeznaczonych do infuzji do organizmu, nieinwazyjne wyroby medyczne przeznaczone do użycia przy zranieniach z naruszeniem skóry właściwej, które mogą goić się przez ziarninowanie, inwazyjne wyroby medyczne stosowane przez otwory ciała przeznaczone do długotrwałego użytku, chirurgiczne inwazyjne wyroby medyczne przeznaczone do chwilowego i krótkotrwałego użytku do dostarczenia energii w postaci promieniowania jonizującego, chirurgiczne inwazyjne wyroby medyczne przeznaczone do chwilowego użytku do wywołania elektów biologicznych lub do wchłonięcia w całości, wyroby medyczne do implantacji, chirurgiczne inwazyjne wyroby medyczne do długotrwałego użytku, aktywne terapeutycznie wyroby medyczne przeznaczone do podawania lub wymiany energii do organizmu ludzkiego, jeżeli ta wymiana może następować w sposób bezpieczny	lasery frakcyjne, urządzenia IPL, próbki pojemniki do uzyskania osocza itp.
Klasa III	produkty krwiopochodne, wyroby medyczne zawierające substancje aktywne, które mogą być uznawane za produkt leczniczy, implanty antykoncepcyjne, chirurgiczne inwazyjne wyroby medyczne przeznaczone do kontrolowania, diagnozowania wad serca lub przeznaczone do używania bezpośrednio z układem nerwowym, chirurgiczne inwazyjne wyroby przeznaczone do krótkotrwałego użytku do wywołania efektów biologicznych lub do wchłonięcia w całości, wyroby medyczne do implantacji przeznaczone do wywołania efektów biologicznych lub do wchłonięcia lub ulegające przemianom chemicznym w organizmie, chirurgiczne inwazyjne wyroby medyczne do długotrwałego użytku przeznaczone do wywołania efektów biologicznych lub do wchłonięcia lub ulegające przemianom chemicznym w organizmie	wypełniacze tkankowe, produkty do mezoterapii, protezy naczyniowe, implanty piersi, protezy stawu biodrowego itp.

Źródło: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 listopada 2010 r. w sprawie sposobu klasyfikowania wyrobów medycznych.

Zgodnie z zestawieniem wyrobów medycznych przedstawionych w tabeli 5 Polskie Towarzystwo Kosmetologii Estetycznej uważa, że kosmetolog jest uprawniony do wykonywania zabiegów medycyny estetycznej wyłącznie przy użyciu wyrobów klasy I oraz klas II (Kaczyński, 2017). Zgodnie z powyższą klasyfikacją głównymi zabiegami z zakresu

medycyny estetycznej, które są przeprowadzane przez kosmetologów, są zabiegi na ciało takie jak epilacja laserowa, zabiegi anty-cellulitowe, również te wykorzystujące specjalistyczne urządzenia medyczne, zabiegi kształtujące sylwetkę, zabiegi pielęgnacyjne oraz złuszczone skórę twarzy, szyi i dekoltu. Kosmetolog powinien wykazywać się szeroką wiedzą w zakresie surowców wykorzystywanych do produkcji kosmetyków, jak również powinien orientować się w zakresie działania lekarzy medycyny estetycznej (Śpiewak, 2012). Wszystko po to, aby wiedzieć, jakie zabiegi można ze sobą łączyć oraz po jakim czasie można wykonać kolejny, co przekłada się na holistyczne podejście do całego wizerunku konsumentów korzystających z usług medycyny estetycznej. Wielu lekarzy ceni sobie współpracę z kosmetologami, natomiast znajdują się lekarze, którzy są przeciwni idei współpracy ze specjalistami w dziedzinie kosmetologii.

W literaturze międzynarodowej nie spotkano się z problemami naruszania kwalifikacji zawodowych przez kosmetologów. W Australii i Kanadzie trwają dyskusje jakiej specjalności lekarze mogą wykonywać zabiegi z zakresu medycyny estetycznej (Boon i Tan, 2007). Natomiast w Polsce problem ten dotyczy kosmetologów. Ze względu na brak uwarunkowanej prawnie dziedziny działalności medycyny estetycznej, która obejmuje cały świat, tego typu nieporozumienia co do kompetencji wciąż będą się powtarzały.

Usługobiorcy rynku medycyny estetycznej

Zgodnie z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁸ – pacjent to osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobą wykonującą zawód medyczny. Świadczeniobiorca – pacjent/konsument usług medycyny estetycznej, aby mógł skorzystać z usług medycyny estetycznej musi spełniać określone warunki.

Pierwszym warunkiem jest zdrowie internistyczne. Pacjent podczas wywiadu z lekarzem jest zobowiązany do udzielenia wszystkich informacji na temat swojego stanu zdrowia, przyjmowania leków oraz przebiegu wcześniejszych zabiegów. Konsument/pacjent nieposiadający pełnego zdrowia internistycznego nie są całkowicie pozbawieni możliwości korzystania z usług medycyny estetycznej, natomiast są wykluczeni

⁸ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Dz. U. 2009 Nr 53 poz. 417

z niektórych procedur medycyny estetycznej. Na przykład przeciwwskazaniem do wykonania zabiegu z użyciem kwasu hialuronowego jest pacjent chorujący na stwardnienie rozsiane, natomiast może zostać on poddany ostrzykiwaniu przy użyciu toksyny botulinowej typu A (Drożdżyńska i in., 2005). W przypadku usług, w których wykorzystywane są urządzenia emitujące światło pacjenci cierpiący na epilepsję są wykluczeni, ze względu na możliwość wystąpienia ataku. W tym miejscu warto zwrócić uwagę na fundacje zajmujące się propagowaniem możliwości medycyny estetycznej i chirurgii plastycznej u pacjentów onkologicznych. W 2009 roku powstała Fundacja Rak'n'Roll, założycielką jest Magda Prokopowicz, która sama walczyła z chorobą nowotworową. Fundacja ta uświadamia osoby borykające się z rakiem, że mają możliwość, chociaż częściowego wpływu na swój wygląd podczas choroby (www.raknroll.pl). Powyższe informacje wskazują, że zabiegi z zakresu medycyny estetycznej mają szereg możliwości, natomiast posiadają również pewne ograniczenia.

Drugim warunkiem, jaki musi spełniać pacjent/konsument pragnący skorzystać z usługi medycyny estetycznej, jest zdrowie psychiczne. W obecnych czasach coraz częściej zdarzają się przypadki chorób na tle psychicznym nazywane dysmorfofobią – z ang. *body dysmorphic disorder*. Jest to przypadłość zaliczana do zaburzeń hipochondrycznych, polegająca na zaburzeniach we własnym odbiorze jako osoby nieatrakcyjnej oraz regularnym wyolbrzymianiu nieznaczających mankamentów urody (Hodgkinson, 2005; Chmielewski, 2020). Lekarz medycyny estetycznej ma za zadanie zdiagnozowanie wszelakich zaburzeń na tle psychicznym przed przystąpieniem do zabiegu. Ma on prawo odmówić wykonania usługi, co w przypadku innych dziedzin medycznych nie może mieć miejsca. W dalszym etapie pacjent powinien być skierowany do specjalisty zajmującego się psychiatrią lub psychologią. Po przebyciu leczenia bądź terapii psychologicznej pacjent/konsument może skorzystać z usług medycyny estetycznej.

Trzecim warunkiem podjęcia usługi przez lekarza medycyny estetycznej są realne oczekiwania pacjentów. Mimo coraz bardziej dynamicznego rozwoju medycyny estetycznej na całym świecie, w niektórych przypadkach nie jest ona w stanie zastąpić chirurgii plastycznej, o czym pacjent/konsument powinien być poinformowany przed przystąpieniem lekarza do wykonania usługi (Śpiewak, 2013).

Powyższe informacje wyraźnie wskazują różnice między usługami medycznymi. Na rynku medycyny estetycznej usługi na moment obecny obejmują wyłącznie sektor

prywatnych świadczeń, co wynika z braku refundacji. W przeciwieństwie do sektora publicznych świadczeń medycznych lekarz zajmujący się medycyną estetyczną ma możliwość odmówienia wykonania usługi.

1.4. Wydatki i korzystanie z usług zdrowotnych w Polsce i Unii Europejskiej

Ochrona zdrowia, a co za tym idzie korzystanie z usług zdrowotnych, jest jednym z najistotniejszych elementów polityki społeczno – ekonomicznej Unii Europejskiej. Zachowanie zdrowia to najważniejszy czynnik funkcjonowania społeczeństwa oraz najważniejsze dobro pożądane przez każdego człowieka. Według Światowej Organizacji Zdrowia – zdrowie to nie tylko brak choroby czy niepełnosprawności, ale również stan pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu. Wyróżnia się zdrowie fizyczne – poprawne funkcjonowanie narządów i układów całego organizmu, zdrowie psychiczne postrzegane jako emocjonalne i umysłowe, jak również zdrowie społeczne, czyli prawidłowe relacje z innymi ludźmi. Jako ostatnie wyróżnia się zdrowie duchowe – wierzenia i praktyki religijne (Maszczak, 2005). Zgodnie z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku art. 68 Prawo do Ochrony Zdrowia każdy obywatel ma prawo do opieki zdrowotnej, niezależnie od jego sytuacji materialnej. Władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej. Natomiast Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej nie wspomina nic o finansowaniu ze środków publicznych wszystkich usług medycznych. Polski system opieki zdrowotnej do 1 stycznia 1999 roku był oparty na modelu Siemaszki, gdzie finansowanie świadczeń zdrowotnych finansowane było ze środków budżetu państwa (Paszowska, 2015). 1 stycznia 1999 roku weszła w życie ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym⁹. Podstawą tej reformy było wydzielenie z budżetu państwa środków finansowania służb ochrony zdrowia. Tym samym powstało szesnaście kas chorych i jedna „branżowa” dla służb mundurowych (Kowalczyk, 2015). Ostateczną reformą systemu ochrony zdrowia w Polsce była ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁰. Zapewnia ona równy dostęp do świadczeń zdrowotnych oraz obowiązkowego i dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, kształtuje organizację i zadania Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Agencji Oceny Technologii Medycznych

⁹ Ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym Dz.U. 1997 nr 28 poz. 153

¹⁰ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135

i Taryfikacji (Rabiej, 2017). Polski system ochrony zdrowia oparty jest na systemie Bismarcka podobnie jak w Niemczech, Austrii, Belgii, Francji, Holandii i Szwajcarii. Natomiast w Polsce łączy elementy systemu budżetowego, dotyczącego finansowania i wpływu państwa. System Bismarcka opiera się na finansowaniu opieki zdrowotnej z obligatoryjnych składek ubezpieczeniowych, które są wpłacane comiesięcznie przez pracodawcę oraz pracownika do niezależnych kas chorych (Łuniewska, 2014; Urbaniak, 2019).

W Polsce coraz bardziej popularne stają się prywatne fundusze ubezpieczeń zdrowotnych. Według Polskiej Izby Ubezpieczeń (PIU) w 2021 roku 3,3 mln Polaków korzystało wyłącznie z prywatnej opieki zdrowotnej, a liczba Polaków z prywatną polisą zdrowotną przekroczyła 3,7 mln obywateli (www.piu.org.pl). Z badań przeprowadzonych przez PIU wynika, że Polacy coraz częściej decydują się na prywatną opiekę medyczną przede wszystkim ze względu na krótszy czas oczekiwania na wizytę lekarską. W prywatnych placówkach medycznych pacjenci spodziewają się szybszej oraz skuteczniejszej opieki medycznej. Natomiast z tych właśnie ubezpieczeń zdrowotnych, możliwe jest wykonanie tylko wybranych świadczeń zdrowotnych takich jak: niektóre badania laboratoryjne, sprzęt rehabilitacyjny, podstawowe usługi dentystyczne oraz wybrane leki. Aby otrzymać usługę bądź produkt leczniczy na wyższym poziomie konieczne jest sfinansowanie z własnych środków pieniężnych. W Polsce działa również bardzo silnie rozbudowany sektor niepublicznych placówek medycznych, do których przynależy sektor medycyny estetycznej. W sektorze tym nie występują żadne ograniczenia prawne dotyczące zasad i źródeł ich finansowania. Opłaty za świadczenia zdrowotne pokrywane są przez pacjentów/konsumentów według cennika podanego przez podmiot medyczny (Paszowska, 2015).

Z Narodowego Rachunku Zdrowia za rok 2019, wynika, że wzrost bieżących wydatków na ochronę zdrowia wynosi 12,1%. Szacuje się również, że wydatki bieżące w 2020 wyniosły 165,7 mld PLN i były wyższe niż w 2019 roku o około 17,8 mld PLN. Nakłady te stanowiły 7,1% PKB w 2020 roku a w 2019 roku wyniosły 6,40% PKB. Wzrost wydatków dotyczy zarówno sektora publicznych jak i prywatnych usług medycznych. Wydatki publiczne poniesione na zdrowie i ochronę zdrowia wyniosły 121 478,9 mln PLN i stanowiły 5,2% PKB, natomiast prywatne wydatki wyniosły 44 193,5 mln PLN i stanowiły 1,9% PKB (www.stat.gov.pl). Szczegółowe dane zaprezentowano w tabeli 6.

Tabela 6 Wydatki na ochronę zdrowia w 2018, 2019 i 2020 roku w mln zł i ich udział w PKB

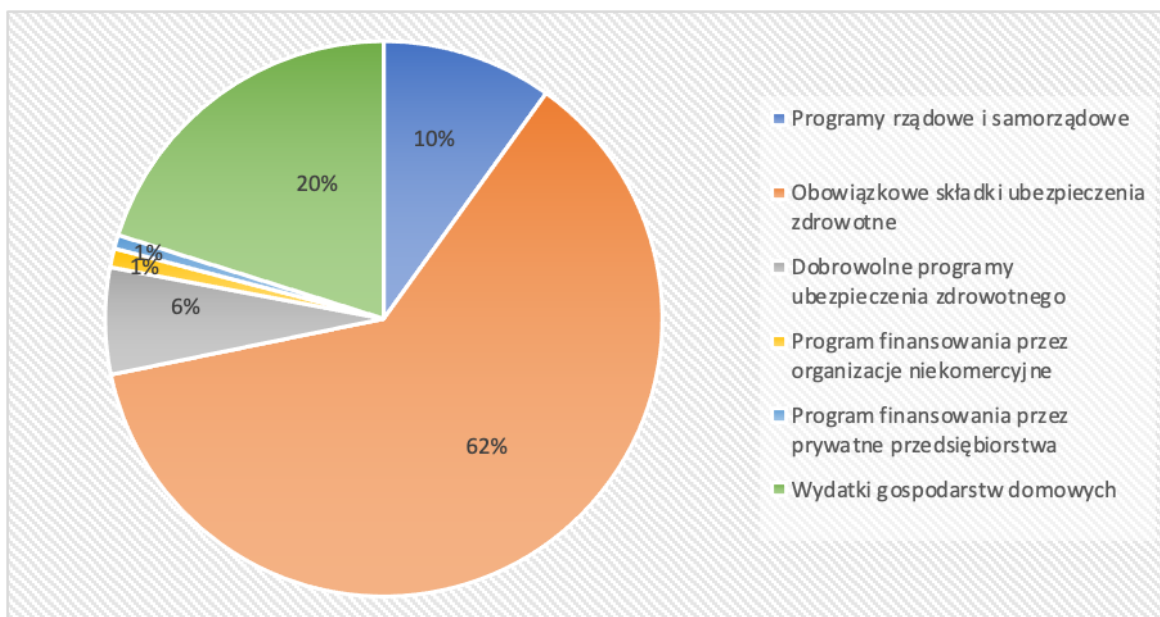
Wyszczególnienie	2018		2019		2020	
	mln zł	%PKB	mln zł	%PKB	mln zł	%PKB
Produkt krajowy brutto	2 121 55	100,00	2 293 199	100,00	2 323 859	100,00
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia razem	134 244,4	6,3	147 838,5	6,4	165 672,4	7,1
Wydatki publiczne	95 977,1	4,5	106 113,9	4,6	121 478,9	5,2
z tym:						
Schematy sektora instytucji rządowych i samorządowych	13 381,8	0,6	14 693,6	0,6	- ¹¹	-
Schematy obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych oparte na składkach	82 595,3	3,9	91 420,3	4,0	-	-
Wydatki prywatne	38 267,3	1,8	41 724,3	1,8	44 193,5	1,9
w tym:						
Bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych	27 413,2	1,3	29 701,9	1,3	32 237,9	1,4

Źródło: Wydatki na ochronę zdrowia. www.stat.gov.pl (dostęp 22.06.2022 r.)

Na rysunku 3 przedstawiono schematy finansowania, które są głównymi elementami struktury krajowego systemu finansowania opieki zdrowotnej. Mają one na celu zapewnienie bezpośredniego dostępu każdego obywatela Polski do opieki zdrowotnej oraz do zaspokojenia potrzeb ludności w zakresie ochrony zdrowia. Klasyfikacja tych schematów umożliwia znajomość sposobu zbierania funduszy służby zdrowia, które obejmują wpłaty rządowe, składki na ubezpieczenia zdrowotne, dotacje oraz transfery.

Największy udział wydatków w systemach finansowania usług zdrowotnych mają obowiązkowe składki ubezpieczeń zdrowotnych, które stanowią 61,8% całkowitych wydatków, w dalszej kolejności są to wydatki gospodarstw domowych, których wydatki prywatne wyniosły aż 20,1% opłacania świadczeń zdrowotnych. Dalej uplasowały się programy rządowe i samorządowe – 9,9%, w dalszej kolejności znalazły miejsce dobrowolne programy ubezpieczeń zdrowotnych – 6,2% oraz niespełna 1,1% programy finansowania przez organizacje niekomercyjne oraz 0,8% programy finansowania przez prywatne przedsiębiorstwa.

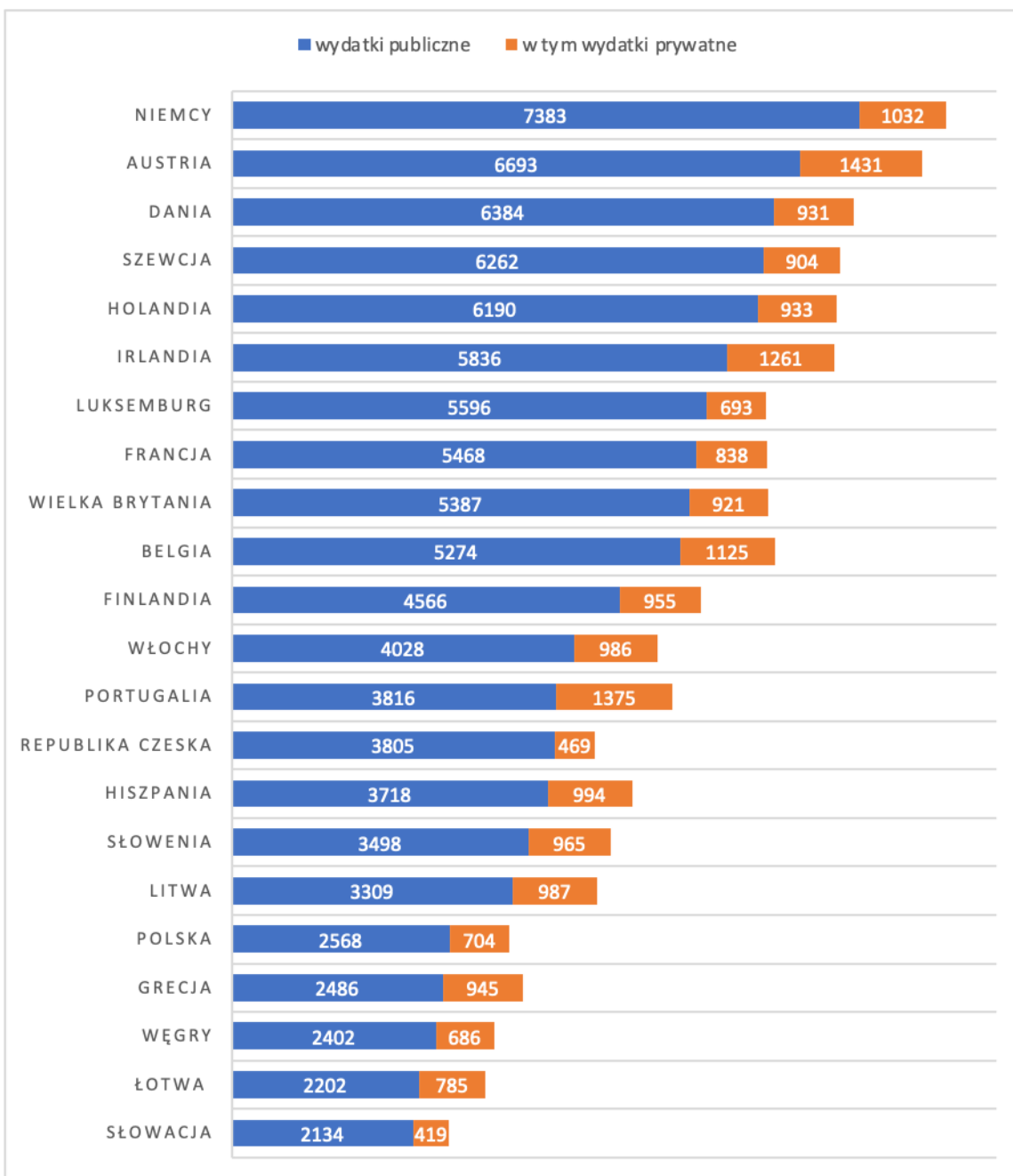
¹¹ Dla 2020 i 2021 roku brak danych bilansowych



Rysunek 3 Struktura wydatków ze względu na schematy finansowania ochrony zdrowia

Źródło: opracowanie własne na podstawie raportu *Zdrowie i Ochrona Zdrowia 2019* (OECD, 2019).

Warto zwrócić również uwagę na wydatki Polski w stosunku do wybranych państw członkowskich Unii Europejskiej. OECD – (ang. *Organization for Economic Co-operation and Development*) Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju jest organizacją międzyrządową i międzynarodową zrzeszającą wysokorozwinięte państwa, które łączy akceptacja dla zasad demokracji i gospodarki międzynarodowej. W swoich analizach przedstawia również analizę wydatków na usługi zdrowotne w krajach wysoko rozwiniętych, które są jej członkami. Popyt międzynarodowy na usługi zdrowotne oraz częstotliwość korzystania z tych usług mają silną zależność związaną ze stanem zdrowia, ale również z czynnikami społeczno-demograficznymi obywateli poszczególnych państw (Nojszewska, 2011). Wydatki oraz potrzeby korzystania z usług medycznych wzrastają wraz z rozwojem technologiczno-cywilizacyjnym. Podobnie jak zwiększenie świadomości obywateli na temat profilaktyki zdrowotnej oraz prozdrowotnej będzie warunkował nieustanny wzrost wydatków publicznych oraz prywatnych na usługi medyczne, oraz usługi skupiające się na działaniach prozdrowotnych. Stale rosnące zapotrzebowanie jest również wynikiem zwiększenia dostępności do świadczeń zdrowotnych, ale również poczucia stanu zdrowia ludności. Problemem polskiej służby zdrowia są przede wszystkim kolejki i czas oczekiwania na planowane zabiegi medyczne. Co więcej – średnio w krajach Unii Europejskiej na tysiąc obywateli przypada 3,5 lekarzy, natomiast w Polsce o jednego mniej.



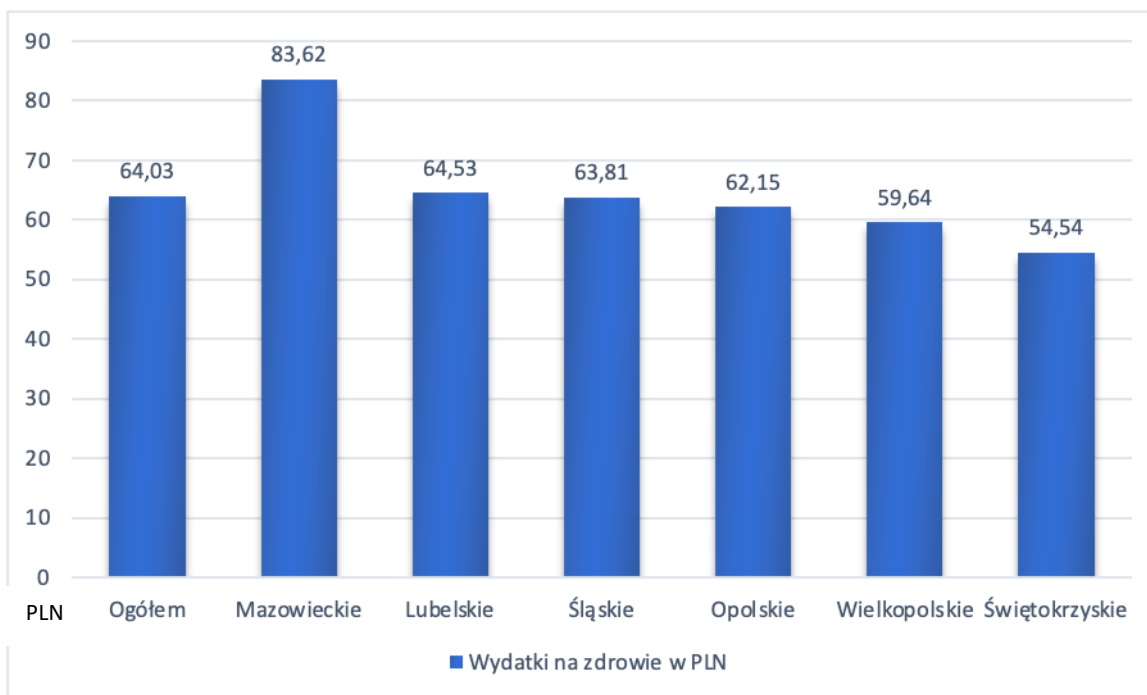
Rysunek 4 Bieżące wydatki publiczne oraz prywatne na ochronę zdrowia w krajach UE według parytetu siły nabywczej w USD per capita w 2021 roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji zawartych w raporcie OECD – *Health Spendings* (OECD, 2019).

W 2016 roku zgodnie z raportem OECD w Austrii na 1000 mieszkańców przypadło 5 lekarzy. Tym samym kraj ten jest liderem w Unii Europejskiej.

Na rysunku 4 przedstawiono bieżące wydatki publiczne oraz prywatne poniesione na ochronę zdrowia w krajach członkowskich OECD należące do Unii Europejskiej w 2021 roku. Pomimo corocznego wzrostu wydatków na świadczenia zdrowotne, Polska na tle innych państw członkowskich OECD wypada tuż po Litwie. W Polsce wydatki publiczne w 2021

roku na jednego mieszkańca wyniosły 2568 USD, w tym wliczając wydatki prywatne w wysokości 704 USD. Największe wydatki na jednego mieszkańca w 2021 roku poniosły Niemcy – 7383 USD, w tym 1032 USD wydatków prywatnych. Warto zwrócić uwagę na Austrię, która posiada najwyższe wydatki prywatne, które wyniosły w 2021 roku 1431 USD.



Rysunek 5 Przeciętne miesięczne rozchody na 1 osobę w gospodarstwach domowych według województw uwzględniając wyłącznie rozchody na usługi zdrowotne w 2021 roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie budżetów gospodarstw domowych (www.stat.gov.pl)

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych¹² w szczegółowy sposób wyjaśnia warunki udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Konsumentem usługi zdrowotnej nie jest każdy pacjent, ale ten który posiada ubezpieczenie zdrowotne. Stąd wyżej wymieniona ustawa zaprzecza Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Natomiast Ustawa z 2004 roku wskazuje, że świadczenia zdrowotne to działania służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia, świadczenia towarzyszące – zakwaterowanie i wyżywienie w zakładzie opieki zdrowotnej oraz świadczenia rzeczowe takie jak leki, wyroby ortopedyczne i środki pomocnicze. W 2008 roku nastąpiła nowelizacja

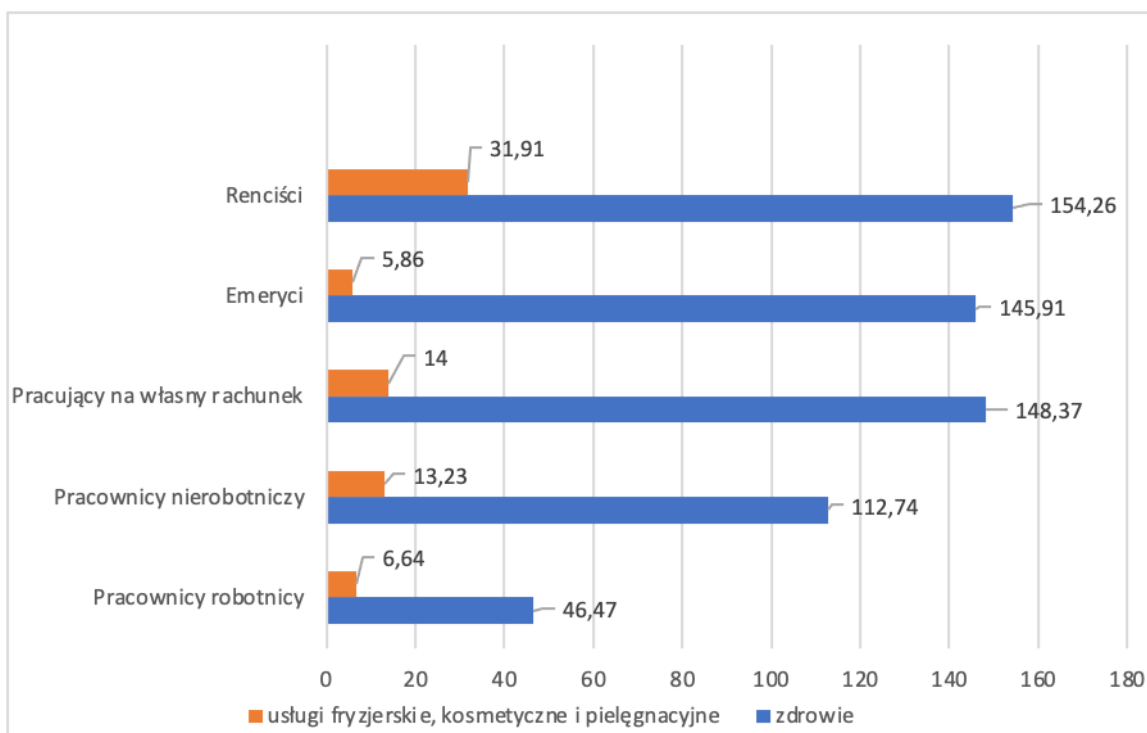
¹² Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Dz.U. 2004 poz. 2135

Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej¹³, która wprowadziła świadczenia gwarantowane, które są w całości finansowane ze środków publicznych. Poszerzone zostały one o propagowanie zachowań prozdrowotnych, specjalistyczną opiekę dla dzieci niepełnosprawnych oraz kompleksową opiekę nad dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością, promocję zdrowia w tym profilaktykę stomatologiczną, badania profilaktyczne i prenatalne u kobiet w ciąży po 40 r.ż., profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w szkołach i ośrodkach wychowawczych, szczepienia ochronne oraz wykonanie badań sportowych do ukończenia 21 r.ż. (Paszowska, 2015). Potencjalny świadczeniobiorca usług zdrowotnych powinien być świadomy, że nie wszystkie usługi medyczne są finansowane ze środków publicznych, w tym usługi z zakresu medycyny estetycznej. Najwyższe miesięczne rozchody wydatków budżetu gospodarstw domowych, przedstawione na rysunku 5, przypadają na województwo mazowieckie, gdzie wyniosły 83,62 PLN, znacznie mniej w województwie lubelskim 64,53 PLN natomiast najmniejsze rozchody wydatków przypadły na województwo świętokrzyskie 54,54 PLN.

Na rysunku 6 przedstawiono przeciętne miesięczne wydatki na towary konsumpcyjne uwzględniając wydatki na zdrowie oraz usługi fryzjerskie, kosmetyczne i pielęgnacyjne w 2020 roku.

Medycyna estetyczna mimo bezsprzecznej współpracy z kosmetologią jest kwalifikowana jako usługa zdrowotna. Warto zwrócić uwagę na wydatki Polaków na usługi kosmetyczne i pielęgnacyjne oraz fryzjerskie, które są ściśle związane z zachowaniem atrakcyjności fizycznej konsumenta. Najwyższe miesięczne wydatki w 2020 roku ponieśli renciści – 31,91 PLN, nieznacznie mniej pracownicy nierobotniczy – 13,23 PLN, natomiast pracownicy robotniczy – 6,64 PLN per capita. Prywatne świadczenia zdrowotne są coraz bardziej popularne w Polsce, determinowane jest to rozwojem społeczno-gospodarczym. Szacuje się, że wydatki na usługi medyczne z roku na rok będą wzrastały. Uwarunkowane jest to bogaceniem się społeczeństwa oraz wzrostem świadomości pacjentów w zakresie profilaktyki prozdrowotnej. Przewagą prywatnych świadczeń jest znacznie szybszy dostęp do usług medycznych oraz poczucie wyższej jakości usług i kompetencji lekarza.

¹³ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2008 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych Dz.U. 2008 r. nr 164 poz.1027



Rysunek 6 Przeciętne miesięczne wydatki w PLN w 2020 na towary u usługi konsumpcyjne uwzględniając wydatki na zdrowie oraz usługi fryzjerskie, kosmetyczne i pielęgnacyjne na 1 osobę w gospodarstwach domowych według zatrudnienia

Źródło: opracowanie własne na podstawie budżetów gospodarstw domowych (www.stat.gov.pl, dostęp 22.06.2022 r.)

Międzynarodowym liderem rynku medycyny estetycznej jest rynek azjatycki, który stanowi 44% globalnego rynku. Tym samym przekroczył wartościowo rynek europejski i amerykański. Potwierdza to raport, który został przedstawiony przez NK Wood Research, gdzie według CARG (ang. *Compound Annual Growth Rate*) prognozuje się 6% wzrost wykonanych usług medycyny estetycznej w przeciągu lat 2019 – 2027. Polski rynek medycyny estetycznej, który jest częścią prywatnej opieki lekarskiej, z upływem czasu coraz intensywniej się rozwija. W 2014 roku odnotowano 15% wzrost, natomiast w 2015 roku dynamika wzrostu wyniosła 20% (www.biznes.newseria.pl). W 2014 roku wartość światowego rynku usług medycyny estetycznej wyniosła 2,7 biliona dolarów, natomiast szacuje się, że do końca 2023 roku osiągnie zawrotną sumę aż 4 bilionów dolarów. Zdaniem PMR Research średnio w ciągu kolejnych lat dynamika wzrostu będzie zwiększała się o kolejne 7% w stosunku do lat poprzednich (www.ollie.pl).

W tym miejscu warto poruszyć wpływ pandemii SARS-CoV-2 na rynek usług medycyny estetycznej oraz całej branży beauty, który został podwójnie poddany przymusowemu zamknięciu. Pierwsza decyzja o wprowadzeniu lockdownu miała miejsce na przełomie

marca i kwietnia 2020 roku, a jego zakończenie oscylowało na przełom kwietnia i maja 2020 roku (Melfa i in., 2020). Kolejna decyzja o zamknięciu placówek branży beauty miała miejsce w marcu 2021 roku, kiedy dzienny wskaźnik zachorowań utrzymywał się na poziomie 30 000 zarażonych. Wpływ pandemii spowodował znaczące zmiany w zachowaniach konsumentów nie tylko na rynku medycyny estetycznej. Najważniejszą zmianą było obniżenie przychodów potencjalnych konsumentów/pacjentów, co miało znaczący wpływ na dotychczasowe zwyczaje zakupowe (Samuk i Sieradowicz, 2021). Część konsumentów/pacjentów była zmuszona zrezygnować z korzystania z usług upiększających z powodów finansowych. Warto również zwrócić uwagę na fakt konieczności utrzymania dystansu społecznego. Silna obawa przed zachorowaniem, ale również konieczność pozostania w domu miała znaczący wpływ na rezygnacje z zabiegów medycyny estetycznej, co nie odnajduje odzwierciedlenia w badaniach wśród lekarzy. W kwietniu 2021 roku zostało przeprowadzone badanie przez Laboratories Vivacy Polska, w którym respondentami było 103 lekarzy medycyny estetycznej w całej Polsce. Z badania wynikało, że pomimo pandemii Covid-19 prawie 50% ankietowanych lekarzy przyznało, że kontynuowało prowadzenie działalności medycznej. Co ciekawe – 38% badanych zanotowało wzrost zainteresowania zabiegami, co może wynikać z organizowanych w tamtym czasie licznych webinarów czy też bezpłatnych konsultacji online (www.medycynaprywatna.pl).

ISAPS – International Survey of Aesthetic/Cosmetic Procedures co roku prezentuje ilość wykonanych procedur z zakresu chirurgii plastycznej oraz medycyny estetycznej. Zrzesza 43 500 lekarzy specjalistów z całego świata, a dokładniej;

- 6800 z Stanów Zjednoczonych Ameryki,
- 5500 z Brazylii,
- 2650 z Japonii,
- 1650 z Meksyku,
- 1500 z Włoch,
- 1150 z Niemiec,
- 1000 z Kolumbii,
- 350 z Tajlandii.

W wyżej wymienionych państwach w 2020 roku wykonano 14.400.347 niechirurgicznych procedur iniekcyjnych wykorzystujących toksynę botulinową, kwas hialuronowy, hydroksyapatyt wapnia oraz kwas L-polimlekowy. Na pierwszym miejscu znalazły się procedury z zakresu ostrzykiwań toksyną botulinową – 6.213.859, drugie miejsce przypadło zabiegom z wykorzystaniem kwasu hialuronowego – 4.053.016, na trzecim miejscu znalazło się laserowe usuwanie owłosienia – 1.837.052, a na ostatnim miejscu leczenie kwasem L-polimlekowym – 121.087. W dalszej kolejności znalazły się zabiegi określane jako „Facial rejuvenation” – czyli odmładzanie skóry twarzy, szyi i dekoltu oraz zabiegach określonych jako „other”, skupiających się na zabiegach estetycznych wykonywanych na okolicach ciała. Pełen wykaz wykonywanych procedur przedstawiono w tabeli 7.

Tabela 7 Liczba wykonanych procedur z zakresu medycyny estetycznej na świecie według raportu opublikowanego przez International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures w 2021 roku

Facial Rejuvenation – zabiegi odmładzające okolic twarzy szyi i dekoltu	
Rodzaj zabiegu	Liczba wykonanych procedur
Fotoodmładzanie	517.675
Peelingi chemiczne	409.054
Laserowy peeling laserem frakcyjnym ablacyjnym	225.141
Mikroablacyjny resurfacing skóry (radiofrekwencja mikroigłowa)	240.213
RAZEM	1.392.083
Other – zabiegi oznaczone jako inne, wykonane na ciele pacjenta z wyłączenie okolic twarzy	
Laserowe usuwanie owłosienia	1.837.052
Nieoperacyjna redukcja tkanki tłuszczowej	560.464
RAZEM	2.397.516

Źródło: Raport ISAPS 2021

Podsumowując – w krajach, które zrzesza ISAPS wykonano 14.400.34 niechirurgicznych zabiegów z zakresu medycyny estetycznej, a przeprowadzonych zostało 10.129.528 operacji z zakresu chirurgii plastycznej.

Warto zwrócić uwagę na fakt, że powyższe dane nie obejmują wszystkich procedur wykonanych na całym świecie, są ograniczone do krajów objętych członkostwem. Co więcej – większość krajów objętych programem ISAPS to kraje wysokiego oraz

całorocznego nasłonecznienia. Warto wziąć pod uwagę, że większość zabiegów z wykorzystaniem światła laserowego nie może być wykonana na skórze opalanej lub w niektórych przypadkach nie zaleca się wystawiania w szczególności skóry okolic twarzy na promieniowanie słoneczne po wykonanym zabiegu, gdyż może ono spowodować poważne komplikacje pozabiegowe. Powyższe dane nie obejmują także w całości rynku azjatyckiego, który jest niezmiennie na przestrzeni lat liderem procedur chirurgii kosmetycznej. Można przypuszczać, że usług z zakresu usprawniania wyglądu zewnętrznego pacjenta/konsumenta mogło zostać wykonanych na całym świecie dwa, albo trzy razy więcej.

1.5 Trendy rozwojowe rynku usług medycyny estetycznej w Polsce

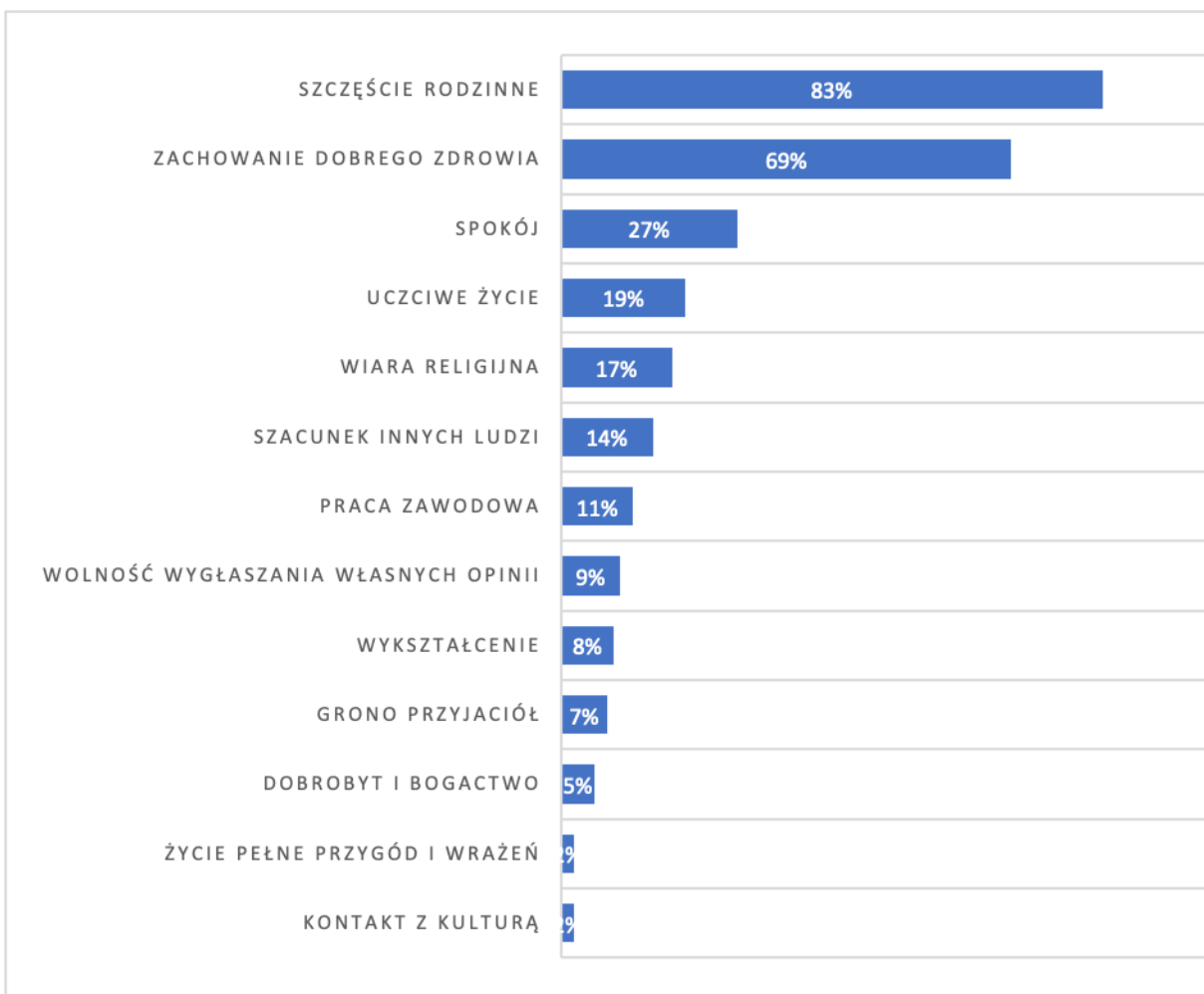
Do najistotniejszych trendów wpływających na rozwój rynku medycyny estetycznej można zaliczyć:

1. wzrost dbałości o zdrowie i urodę,
2. zmieniające się potrzeby konsumentów medycyny estetycznej, a mianowicie poprawa wyglądu zewnętrznego przy jak najkrótszym czasie rekonwalescencji,
3. możliwość pokonania dużych odległości od swojego miejsca zamieszkania, by móc skorzystać z usługi wykonanej konkretnym urządzeniem bądź wykonanej przez konkretnego specjalistę,
4. potrzebę konsumentów do upodobnienia się do osoby powszechnie znanej – *Celebrity Wordship Syndrome* (Niczewski i Potrzebowski, 2010).

Powyższe trendy odgrywają istotne znaczenie w rozwoju rynku medycyny estetycznej oraz są efektem zmian w zachowaniach konsumentów. W dalszej części podrozdziału omówiono każdy z wymienionych trendów

W 2019 roku CBOS – Centrum Badania Opinii Społecznej opublikowało wyniki badań pt. „Zdrowie i prozdrowotne zachowania Polaków”, w którym przedstawiono, że zdrowie jest jednym z podstawowych dóbr cenionych przez Polaków. Co więcej – respondenci zadeklarowali, że są raczej zadowoleni ze swojego stanu zdrowia. Udowodniono, że popularność prozdrowotnego stylu życia w Polsce wzrasta na przestrzeni lat. W 1993 roku wyłącznie 19% badanych zadeklarowało, że podejmują działania prozdrowotne, natomiast w 2016 roku wartość ta wzrosła aż do 64%. Na rysunku 7 przedstawiono najistotniejsze wartości życia Polaków. Zachowanie dobrego zdrowia uplasowało się na drugim miejscu –

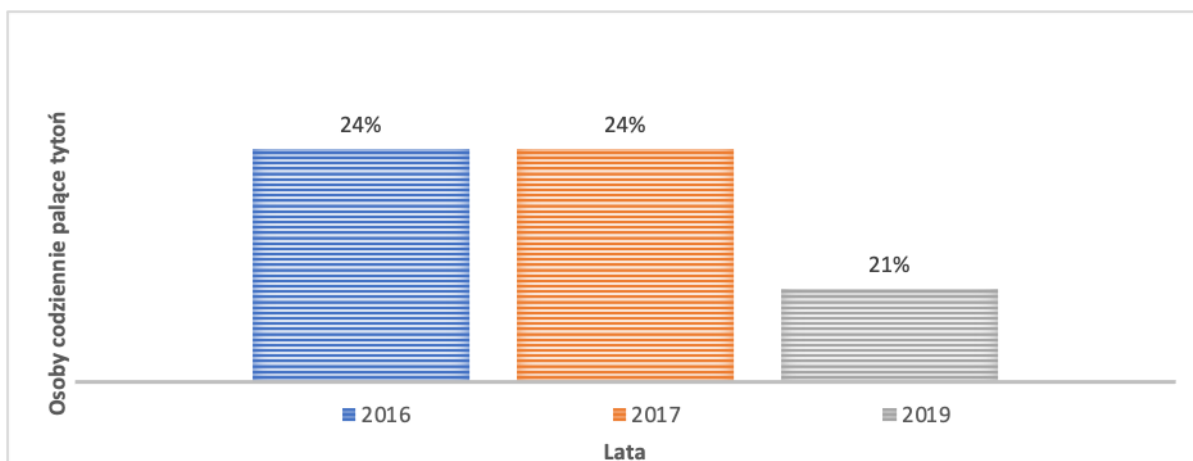
69% ankietowanych. Niemniej jednak szczęście rodzinne jest najwyższą cenioną wartością przez społeczeństwo polskie – 83%. Szacuje się, że znaczący wzrost dbałości o zdrowie na przestrzeni lat spowodowany jest licznymi zmianami społecznymi, które między innymi zapoczątkowała ustawa z dnia 22 lipca 2016 roku o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, która znacząco uniemożliwiła swobodne palenie papierosów w miejscach publicznych. Przyczyniając się tym samym do zmniejszenia liczby osób palących. Z kolei na rysunku 8 przedstawiono odsetek osób palących na przestrzeni lat. Swój udział w propagowaniu zdrowego trybu życia miały media, które emitują kampanie reklamowe przekonujące do aktywności fizycznej oraz dbałości o bezpieczeństwo żywności oraz produktów kosmetycznych z jakich konsumenci korzystają na co dzień (Dąbrowska i Ozimek, 2011; Wilberforce i in., 2018).



Rysunek 7 Najistotniejsze wartości życia Polaków w 2019 roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie Komunikatu *Zdrowie i prozdrowotne zachowania Polaków* (www.cbos.pl)

Polacy przykładają znacznie większą wagę do dbałości o urodę w porównaniu do obywateli innych narodowości. Według raportu GFK Beauty Report z 2016 r. Polacy poświęcają tygodniowo 5 godzin na urodę i atrakcyjność fizyczną – to niespełna godzinę więcej czasu niż wynosi średnia światowa. Według badań 44% Polaków chce wyglądać lepiej, a 35% respondentów uważa, że wygląd zewnętrzny odzwierciedla samopoczucie, a tę kwestię można zaliczyć do dobrostanu psychicznego konsumenta, która jest ściśle związana z zachowaniem zdrowia (www.gfk.com).



Rysunek 8 Odsetek osób codziennie palących tytoń w latach 2016, 2017 i 2019

Źródło: opracowanie własne na podstawie raportu – *Postawy Polaków wobec palenia tytoniu* (www.gis.gov.pl)

Współcześnie nastąpił znaczący rozwój technologii urządzeń medycznych wykorzystywanych przez lekarzy medycyny estetycznej i współpracujących z nimi kosmetologów. Rosnący trend nieinwazyjnych zabiegów medycyny estetycznej jest spowodowany dynamicznym trybem życia kobiet, które nie mogą pozwolić sobie na długą rekonwalescencje w domu (Wasiluk, 2016). Naprzeciw oczekiwaniom konsumentów wprowadzono technologię High Intensity Focused Ultrasounds. Technologia znana jest już od niespełna 20 lat. Pierwszym urządzeniem wykorzystującym technologię HIFU w medycynie estetycznej jest Ulthera®, które na polskim rynku pojawiło się około 2010 roku. Zabieg początkowo był wyjątkowo drogi – ceny kształtowały się w granicach 10 000 zł za okolice twarzy, szyi i dekolty. Wysokość cen uwarunkował monopol w kwestii zogniskowanych ultradźwięków. W przeciągu trzech lat na rynku pojawiło się około 50 rodzajów urządzeń tego typu technologii, a co za tym idzie ceny zmalały. Zogniskowane ultradźwięki wykorzystuje się do zabiegów nieinwazyjnego liftingu twarzy, zwiększenia napięcia skóry okolic brzucha, kończyn górnych i dolnych oraz redukcji lokalnie

nagromadzonej tkanki tłuszczowej. Działają na zasadzie wytworzenia skupionego efektu termicznego – kontrolowanemu przegrzaniu wybranych okolic skóry bądź tkanki tłuszczowej. Zabieg ten cieszy się wyjątkową popularnością ze względu na bezinwazyjność, brak okresu rekonwalescencji oraz niewielkie szanse na powikłania pozabiegowe (Theodorou i in., 2021; www.marekwasiluk.pl). W 2017 roku na polskim rynku medycyny estetycznej pojawiła technologia HIFEM – High-Intensity Focused Electromagnetic Field. Znalazła ona swoje zastosowanie w konturowaniu sylwetki ciała oraz leczeniu inkontynencji¹⁴. Działa na zasadzie skoncentrowanej fali elektromagnetycznej, która doprowadza do „supramaksymalnego” napięcia mięśni. Nie wymaga rozbierania się, a procedura zabiegowa trwa w granicach 30 minut. Dzięki innowacyjnemu urządzeniu EmSculpt® i EmSculptNeo® możliwe jest uzyskanie redukcji lokalnie nagromadzonej tkanki tłuszczowej o 19% oraz wzrostu masy mięśniowej o 16% (Jacob i Paskova, 2018). Następną zmianą w zakresie medycyny estetycznej jest peeling laserowy wykorzystujący laser tulowy o długości fali 1927 nm. Łącząc ze sobą trzy zróżnicowane tryby pracy: ablacyjny, subablacyjny i nieablacyjny, służy do redukcji nadmiernej pigmentacji skóry, zwiększenia napięcia oraz redukcji blizn. W zależności od producenta łączy bądź rozdziela tryby, które można bezpośrednio dopasować do potrzeb pacjenta. Charakteryzuje się znacznie mniejszą bolesnością w przeciwieństwie do laserów frakcyjnych ablacyjnych oraz znacznie krótszym czasem rekonwalescencji (Wilczyński, 2017).

Zgodnie z wymaganiami pacjentów/konsumentów kształtuje się rozwój technologii medycyny estetycznej. Od tej dziedziny medycyny wymaga się, aby w możliwie jak najkrótszym czasie rekonwalescencji zachować jak najlepsze i jak najdłuższe efekty zabiegowe. Wszystko dąży do jak najmniejszej inwazyjności oraz bolesności podczas wykonywania zabiegów, co znacząco wyróżnia medycynę estetyczną od chirurgii plastycznej.

Wysoce perspektywicznym trendem rozwoju rynku medycyny estetycznej jest popyt zagranicznych pacjentów/konsumentów na turystykę medyczną. Ten rodzaj turystyki międzynarodowej polega na przemieszczaniu się do innego państwa w celu podjęcia planowanego leczenia, podniesienia jakości życia, poprawy wyglądu lub poddania się planowanemu leczeniu dla ratowania życia (Białk-Wolf, 2010). Turystyka medyczna

¹⁴ Inkontynencja moczowa – schorzenie polegające na niekontrolowanym oddawaniu moczu

uwarunkowana jest niedostępnością technologiczną w miejscu zamieszkania, brakiem wykwalifikowanego personelu, wiedzy, sprzętu, zbyt długim czasem oczekiwania, bądź też wynika z przesłanek finansowych. Pacjent/konsument pokrywa należności wykonanych usług medycznych zazwyczaj z prywatnych środków pieniężnych. Najczęściej wybieranymi usługami medycznymi w ramach turystyki medycznej są usługi dentystyczne, usługi chirurgiczne i medycyny estetycznej, ale również wszelakiego rodzaju operacje: ortopedyczne, kardiologiczne czy też plastyczne (Cormany i Baloglu, 2010). W ujęciu ekonomicznym wyróżnia się 2 formy turystyki medycznej. Pierwszą z nich jest jakość/prestiż wykonywanych usług medycznych. Dotyczą one pacjentów pochodzących ze słabo rozwiniętych krajów gospodarczych. Konsumenci często wybierają turystykę medyczną ze względu na fakt, że poza granicami kraju, którego są obywatelami usługi medyczne są zdecydowanie wyższej jakości, bądź wybrane zabiegi są niedostępne w ich państwie. Zdarzają się również sytuacje, gdzie pacjenci decydują się na turystykę medyczną w celu zaznaczenia swojego wysokiego statusu materialnego. Drugą formą jest oszczędność, gdzie konsumenci pochodzą z krajów wysoce zaawansowanych technologii medycznych decydując się tym samym na zmniejszenie kosztów, które musieliby ponieść w swoim kraju (Białk-Wolf, 2010; Chistobaev i Semenova, 2018).

W tabeli 8 przedstawiono segmenty turystyki zdrowotnej uwzględniając medycynę estetyczną oraz zabiegi spa i wellness.

Do najczęściej wykonywanych zabiegów z zakresu medycyny estetycznej przez pacjentów międzynarodowych można zaliczyć następujące usługi: lifting twarzy i ciała, usuwanie zmarszczek, lipoliza iniekcyjna, powiększanie ust, mezoterapia, leczenie nadmiernej potliwości oraz usuwanie przebarwień (Sztorc, 2008).

Rozwój mediów i stałego dostępu do Internetu umożliwił globalne rozpowszechnienie działalności i nowych rozwiązań technologicznych w zakresie medycyny upiększającej. Niegdyś medycyna estetyczna była dostępna wyłącznie dla osób zamożnych i powszechnie znanych. Natomiast w obecnych czasach praktycznie każdy ma możliwości skorzystania z usług poprawy wyglądu zewnętrznego, co jest uwarunkowane znaczącym spadkiem cen oraz rosnącą liczbą placówek oferujących zabiegi upiększające (Muszala, 2006).

Tabela 8 Segmenty turystyki medycznej – medycyna estetyczna i kosmetologia

Kategoria	Turystyka kosmetologiczna	Turystyka medycyny estetycznej
powód skorzystania z usług medycyny estetycznej	odpoczynek, poprawa nastroju, niedostępność zabiegów w swoim mieście/ kraju	poprawa wizerunku, poprawa atrakcyjności fizycznej, zwiększenie samooceny
cel turystyki medycznej	uzyskanie dobrego wyglądu oraz równowagi umysłu	tymczasowa redukcja mankamentów urody
inwazyjność wykonywanych zabiegów	nieinwazyjne zabiegi powodujące tymczasową poprawę urody	nieoperacyjne zabiegi, niewymagające anestezjologii charakteryzujące się niewielką inwazyjnością
osoba wykonująca zabieg	kosmetolog	lekarz
rodzaje wykonywanych zabiegów	zabiegi z użyciem peelingów oraz zabiegi z wykorzystaniem EBD	zabiegi iniekcyjne, laserowe oraz autoprzeszczepy

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Panfiluk E. (2016). *Aesthetic medicine tourism- nature and scope of the services* s. 71-79

Coraz częściej zauważalnym zjawiskiem w gabinetach medycyny estetycznej jest potrzeba upodobnienia się do osoby popularnej. Umożliwiło to firmom medycznym efektywne promowanie swoich urządzeń przy wykorzystaniu wizerunku osób znanych. Niektórzy pacjenci/konsumenci wykazują się syndromem uwielbienia znanych osobistości – *ang. Celebrity Worship Syndrome*, który polega na chęci upodobnienia się do wybranego idola (Zabiegała i Śpiewak, 2012). Nie zawsze istnieje anatomiczno-fizjologiczna możliwość zmiany wizerunku w celu upodobnienia się do innych osób. Ograniczenia te powinny być przedstawione pacjentowi przed wykonaniem usługi.

Nieograniczony rozwój technologii wykorzystywanych przez specjalistów w zakresie medycyny estetycznej daje bardzo dobre perspektywy na przyszłość. Najistotniejszym kierunkiem jest opracowanie jak najmniejszej inwazyjności zabiegów oraz wykluczenie ryzykownych powikłań, które mogą następować nawet przy wykorzystaniu najnowocześniejszego sprzętu przez najlepszego specjalistę. Rozwój medycyny uwarunkowany jest przede wszystkim nieustającym popytem na zachowanie „wiecznej młodości” oraz ulepszenie jakości życia konsumenta/pacjenta. W związku z powyższym w drugim rozdziale rozprawy uwaga badawcza skupiona została na analizie zachowań konsumentów rynku medycyny estetycznej w Polsce.

Rozdział 2. Zachowania konsumentów na rynku usług medycyny estetycznej

Zachowania konsumentów są punktem wyjścia dla badań w dziedzinie nauk ekonomicznych, społecznych i socjologicznych. Badania nad zachowaniami konsumentów są szczególnie istotne dla prowadzenia działań marketingowych, gdyż nie tylko są kluczowym elementem prognozowania coraz to nowych potrzeb nabywców, ale również umożliwiają zrozumienie ukształtowanego popytu na dane dobra czy usługi. Z prawnego punktu widzenia dają możliwość dostępu do niezbędnych informacji potencjalnego i obecnego nabywcy oraz ograniczają możliwość wprowadzania konsumenta w błąd. Ważnym aspektem jest poznanie i zrozumienie zachowania samego nabywcy na rynku, dzięki któremu ma on możliwość świadomego wydatkowania swoich zasobów finansowych (Antonides i van Raaij, 2003). Współcześnie oczekiwania i preferencje ludzi są coraz wyższe, bardziej zróżnicowane i coraz trudniejsze do przewidzenia (Kieźel, 2003). Konsumpcja przestała odgrywać wyłącznie rolę zaspokajania potrzeb, stała się drogą do udziału w życiu społecznym i jego kreowania (Górniak-Durose i Zaleski, 2004). Współcześnie nie przypisuje się tożsamości człowieka tylko poprzez rodzinę w jakiej się urodził, czy wykonywany zawód w jakim się wykształcił. Konsument poprzez dokonywanie zakupu dóbr i usług określonych marek określa swoją „klasę społeczną”. Co więcej – konsumowanie stało się narzędziem ukazywania własnych poglądów – przykładem w tym miejscu może być weganizm, który przedstawia zdrowy styl życia, ale również empatię dla zwierząt (Orth i in., 2004; Kacprzak-Choińska, 2007).

Rynek usług medycyny estetycznej jako nowo wykreowany wychodzi naprzeciw oczekiwaniom pacjentów/konsumentów tworząc „wish-fulfilling medicine” – medycynę opartą na nowo powstałych potrzebach konsumentów, czyli leczenie i poprawa defektów urody oraz spowolnienie oznak starzenia się organizmu, które nie zagrażają życiu ludzkiemu (Buyx, 2007). Pomimo, że zachowania rynkowe wydają się rozpoznane, wciąż zaskakują specjalistów, ponieważ wydatki i potrzeby konsumentów wraz z rozwojem technologii nieustannie się zmieniają i zwiększają.

W niniejszym rozdziale przedstawiono potrzeby i hierarchizację potrzeb współczesnych konsumentów na rynku usług medycyny estetycznej. Przeanalizowano proces zakupowy uwzględniając czynniki wewnętrzne i zewnętrzne na rynku usług medycyny estetycznej, co więcej – skupiono uwagę na ryzyku funkcjonalnym, z którym mogą spotkać się nabywcy.

Rozdział zakończony został omówieniem najnowszych trendów w zachowaniach konsumentów na rynku usług medycyny estetycznej.

2.1. Potrzeba jako kluczowa determinanta zachowań nabywczych konsumentów na rynku usług medycyny estetycznej

Odczuwanie potrzeb jest silnie zdeterminowane przez ludzką naturę. Nieskończoność pojawiania się nowych potrzeb oraz nieustanne dążenie konsumentów do ich zaspokajania jest integralną częścią codziennej egzystencji społeczeństwa. Do głównych cech potrzeb poza ich nieskończonością, zalicza się również niepoliczalność, nieograniczoność, a zaspokojenie jednych powoduje powstanie kolejnych. Potrzeby uzewnętrzniają się z różną intensywnością oraz są komplementarne i substytucyjne (Światowy, 2006; Zalega, 2012). Co więcej – potrzeby stanowią kluczowy początek rozważań nad zachowaniami konsumentów. Nieustanne oddziaływanie otoczenia zewnętrznego powoduje zmienność potrzeb ludzkich, które uwarunkowane są wykształceniem, wiekiem, sytuacją finansową gospodarstw domowych, czy pojawianiem się potrzeb komplementarnych (Krystańczuk, 2013). Pojęcie potrzeb jest różnie definiowane przez autorów przedmiotu, a odmienne podejście i ekspozycje ich wybranych aspektów przedstawiono w tabeli 9.

Przeгляд definicji potrzeb wskazuje wyraźnie, że poczucie potrzeby jest to stan psychologiczny, który jest określany jako nieprzyjemny, przez co doprowadza do natychmiastowych działań i motywów w celu zmniejszenia lub zniwelowania tego stanu. Warto również zauważyć, że podstawowym źródłem zaspokojenia potrzeb nie są dobra czy usługi, ale użyteczność, którą dostarczają swoim użytkownikom (Rudnicki, 2012). W przypadku medycyny estetycznej zaspokajanie potrzeb przejawia się w ocenie efektywności wybranych usług, a co za tym idzie ich użyteczności i wynikających z nich korzyści. Przykładem jest jeden z najpopularniejszych zabiegów z zakresu medycyny estetycznej – epilacja laserowa (raport ISAPS, 2017). Epilację laserową można wykonywać różnymi urządzeniami medycznymi określanymi w literaturze jako EBD – Energy Based Devices¹⁵, takimi jak lasery diodowe, lasery aleksandrytowe, lasery neodymowo-yanogowe i IPL (Goldberg, 2010).

¹⁵ EBD – Energy Based Devices – urządzenia medyczne bazujące na działaniu energii, która za pomocą głowicy zabiegowej oddaje energię na wybranym obszarze skóry pacjenta/konsumenta.

Tabela 9 Definicje potrzeb ludzkich

Autor	Definicja potrzeby
Maslow A. (1954)	„potrzeby człowieka dzieli się według hierarchii ich motywacji ułożonych w konkretnej kolejności; psychologiczne wynikające z podstawowych wymagań organizmu człowieka (spożywanie posiłków, sen, itp.) bezpieczeństwa (środowisko, w którym żyje człowiek wolne od nieustannych zagrożeń), potrzeby socjalne (afiliacji oraz miłości), pragnienie społecznej akceptacji, samorealizacja”
Murray H. A. (1951)	„potrzeby i chęć ich zaspokojenia to podstawowe siły motywujące człowieka do działania. Potrzeba to energia, która powoduje, że postrzeganie działania człowieka są ukierunkowane na ich zaspokojenie. Co więcej potrzeby są aktywizowane przez czynniki wewnętrzne, czyli pochodzące z wnętrza organizmu człowieka, jak i zewnętrzne wywołane np. przez inne osoby w otoczeniu”
Seneszyn J. (1995)	„potrzeba to termin obciążony wielkością interdyscyplinarnych znaczeń. Traktowana jest jako założenie (przesłanka) do badań innych problemów niż jako autonomiczny przedmiot badań. Potrzebę można scharakteryzować następująco; jest to stan organizmu wywołany brakiem (deficytem, niedoborem, deprywacją) czegoś, co jest niezbędne do życia, lub też szkodliwym nadmiarem, który może wynikać z biologicznej struktury organizmu i (lub) psychologiczną strukturą osobowości. Potrzeba wywołując zakłócenia w funkcjonowaniu organizmu i (lub) dyskomfort psychiczny, stanowi źródło ukierunkowanej przedmiotowo aktywności człowieka. Zaspokojona potrzeba staje się nieczynna, nie uczestniczy w regulacji zachowania się jednostki, traci swą determinującą rolę i nie powoduje już aktywności”
Nowa Encyklopedia Powszechna PWN (1996)	„potrzeba jest to występujący u zwierząt i ludzi stan braku czegoś, co w związku ze strukturą organizmu, indywidualnym doświadczeniem osobnika oraz jego miejscem społecznym jest niezbędne do utrzymania go przy życiu, umożliwienia mu rozwoju, zachowania gatunku, utrzymania określonej roli społecznej, przynależności do grupy społecznej, ponadto jest czynnikiem uruchamiającym funkcje motywu działania w kierunku odpowiedniej zmiany tego stanu, czyli zaspokojeniu potrzeby”
Solomon M.R. (2006)	„potrzeby konsumentów obejmują wszystkie życzenia, pragnienia i aspiracje odnoszące się do trzech sfer ich funkcjonowania: indywidualnej, społecznej i konsumpcyjnej”
Rudnicki L. (2012)	„potrzebę definiuje się jako stan braku czegoś i zarazem czynnik uruchamiający funkcję motywu do działania w kierunku odpowiedniej zmiany tego stanu. Stan braku jest odczuwany jako przykry i składnia do podjęcia działań, zmierzających do jego „redukcji”, czyli zaspokojenia potrzeby”
Kotler Ph. (2014)	„potrzeby to rzeczy niezbędne człowiekowi do życia, takie jak powietrze, jedzenie, woda, odzież i schronienie. Ludzie przejawiają również silną potrzebę rekreacji, wykształcenia i rozrywki. Potrzeby te stają się pragnieniami, gdy zostają skierowane na konkretne produkty, które mogą ją zaspokoić”

Źródło: opracowanie własne

Potrzebami, jakimi kierują się pacjenci/konsumenci decydując się na zabieg redukcji owłosienia to (Tazbir i in., 2012):

- wrastające włosy,
- szorstkość skóry, nawet po goleniu,
- podrażnienia skóry po wykonywaniu depilacji maszynką lub woskiem,

- rosnące włosy w miejscach niechcianych takich jak: broda, górna warga, szyja, okolice brodawek, ramiona i przedramiona (głównie w przypadku kobiet),
- wygoda, brak konieczności codziennego golenia bądź zapuszczania włosów, aby umożliwić depilację woskiem.

W ocenie efektywności zabiegu epilacji laserowej wysoce istotna jest edukacja pacjenta/konsumenta, który zgłasza się do placówki medycznej właśnie z takim problemem. Ponieważ entuzjastyczne zapewnienia pacjenta/konsumenta o 100% skuteczności, a w tym przypadku całkowitym usunięciu włosków na danym obszarze skóry przez specjalistę wykonującego zabieg, może spowodować niezadowolenie bądź reklamację usługi. Niestety mimo nieustannego unowocześniania technologii laserowych nadal niemożliwe jest całkowite pozbycie się niechcianego owłosienia (Ambroziak i in., 2001; Chen i in., 2018). Należy uświadomić pacjenta/konsumenta, że możliwe jest jedynie permanentna redukcja w najlepszym wypadku nawet do 90% (Załęska i Atta-Motte, 2016). Zabieg epilacji laserowej wymaga u pacjenta średnio 6 powtórzeń. Konieczność powtarzalności zabiegu epilacji laserowej może powodować, że właśnie dlatego znajduje się na liście najczęściej wykonywanych zabiegów z zakresu medycyny estetycznej na świecie.

Konsument dążąc do zniwelowania nieprzyjemnego stanu decyduje się na zaspokojenie potrzeby bądź doprowadzenie do jej chwilowego wyciszenia. Zaspokajanie potrzeb występuje w wyniku nabycia oraz użytkowania dóbr bądź skorzystania z wybranej usługi. Natomiast sam proces zaspokajania potrzeb ma swój początek podczas uświadomienia sobie przez konsumenta jakie środki doprowadzą do zniwelowania tego stanu psychologicznego jaki wywołuje potrzeba (Rudnicki, 2012). Co warto dodać, redukcja powyższej sytuacji jest możliwa tylko wtedy, gdy konsument ma możliwość dokonania zakupu i tym samym nabycia produktów bądź skorzystania z usługi. Istnieje wiele sposobów zaspokajania potrzeb. Ta sama potrzeba przez różne jednostki może być zaspokajana na wielorakie sposoby. Uwarunkowane jest to tradycją, kulturą w jakiej żyje konsument, poziomem jego wykształcenia, cechami jego osobowości oraz przynależnością do grupy społecznej.

Nieskończoność i różnorodność potrzeb ludzkich stanowią trudności w jej ujednoczonej klasyfikacji. W literaturze przedmiotu opisywane są klasyfikacje według różnych kryteriów. W tabeli 10 przedstawiono klasyfikację potrzeb opierającą się na funkcji potrzeb.

Tabela 10 Klasyfikacja potrzeb ludzkich – funkcja potrzeb

Kryteria klasyfikacji potrzeb	Definicja
Potrzeby biologiczne	„ściśle związane z utrzymaniem podstawowych funkcji organizmu takich jak sen, pragnienie, głód, wypróżnianie się”
Potrzeby psychologiczne	„pragnienia wynikające ze stanu świadomości i stanów emocjonalnych człowieka”
Potrzeby społeczne	„są wynikiem funkcjonowania w określonych relacjach społecznych oraz określonym środowisku kulturowym”
Potrzeby ekonomiczne	„wynik pożądanego wartości użytkowych dóbr materialnych i niematerialnych, które są efektem osiągniętego rozwoju społeczno-gospodarczego”

Źródło: opracowanie własne na podstawie Woś, Rachocka i Kasperek-Hoppe (2011). *Zachowania konsumentów – teoria i praktyka* s. 43-44.

Kształtowanie się potrzeb konsumentów uwarunkowane jest fizycznymi potrzebami ciała ludzkiego, jego duchowymi wierzeniami oraz faktem, że współtworzą społeczeństwo (Świątowski, 1994). Potrzeby mogą być bardzo zróżnicowane, a co więcej zmieniają się z biegiem czasu. Często konsument nie jest świadomy swoich potrzeb. Proces uczenia i zwiększania się świadomości konieczności np. dbania o środowisko naturalne przekłada się na powstanie nowych potrzeb i zwracania szczególnej uwagi konsumentów na ekologię (Wójcik, 2017). Współcześnie wyodrębnia się również klasyfikację potrzeb ściśle związanych z psychologią społeczeństwa, do których odwołują się przedsiębiorstwa w swojej komunikacji marketingowej. W tabeli 11 przedstawiono klasyfikację potrzeb z punktu widzenia psychologii.

Potrzeby hedonistyczne są ściśle związane z uczuciem przyjemności. Tak jak wspomniano w tabeli 11 konsumenci coraz częściej są determinowani do sprawiania sobie przyjemności poprzez zmysły takie jak wzrok, słuch, dotyk, smak i zapach. W działaniach marketingowych w formie reklamy pojawiają się piękne krajobrazy, przyjemna muzyka, która silnie pobudza zmysły potencjalnych konsumentów (Wójcik, 2017). W przypadku rynku kosmetyków, który silnie powiązany jest z medycyną estetyczną jako uzupełnienie zabiegów podtrzymujących efekt w formie pielęgnacji domowej także wykorzystuje się komunikaty hedonistyczne. Jednym z przykładów są działania marketingowe polskiej marki naturalnych kosmetyków PAT&RUB by Kinga Rusin. W reklamach produktów w mediach społecznościowych takich jak Facebook, publikowane są zdjęcia z subtelnym uśmiechem, nieskazitelną cerą, a w tle z przepięknymi wakacyjnymi krajobrazami. Dodatkowo pojawiają się opisy kosmetyków wraz z zakładką „Kup teraz”. Silne oddziaływanie na zmysły

konsumenta przyczyniło się do wielkiego sukcesu właśnie tej marki kosmetyków. Drugim przykładem są działania marketingowe Ewy Chodakowskiej, która na swoich portalach społecznościowych takich jak Facebook oraz Instagram promuje nie tylko własne kosmetyki, dietę i program treningowy, ale również metamorfozy osób korzystających z jej diet i ćwiczeń. Nie tylko umieszcza własne zdjęcia, ale również zdjęcia swoich podopiecznych, które poparte są motywacyjnymi opisami. Szacuje się, że właśnie dzięki utożsamianiu się z innymi oraz docenianiu ich pracy zdobyła sukces.

Tabela 11 Klasyfikacja potrzeb ludzkich – kryterium psychologiczne

Kryteria klasyfikacji potrzeb	Definicja
Potrzeba hedonistyczna	„wynika z potrzeb sprawiania sobie odczuć i doznań określanych jako przyjemnych. Mogą być doświadczane poprzez zmysły takie jak słuch, zapach, wzrok, dotyk i smak”
Potrzeba podziwiania innych	„pozytywny wzorzec do naśladowania, który umacnia człowieka do podjęcia dalszych działań związanych z karierą zawodową, bądź rozwijania własnych pasji. Osoby godne podziwu mogą być to osoby w najbliższym otoczeniu, bądź też osoby w otoczeniu dalszym, tacy jak sportowcy lub osoby powszechnie znane”
Potrzeba altruizmu	„bezinteresowne niesienie pomocy innym, bądź też troska o środowisko naturalne. Potrzeba ta ma ścisły związek z postrzeganiem własnej osoby w społeczeństwie”
Potrzeba doświadczania emocji	„człowiek jest osobą emocjonalną, która powinna mieć możliwość wyrażania, przeżywania różnych stanów emocjonalnych. Emocje dzieli się na sześć podstawowych stanów: szczęście, zaskoczenie, gniew, odraza, smutek i strach, które powinny być przeżywane przez człowieka, aby mógł zachować równowagę emocjonalną”
Potrzeby społeczne i komunikacyjne	„dwie połączone ze sobą kategorie potrzeb, które są ściśle ze sobą powiązane. Uwarunkowane potrzebami kontaktu oraz komunikacji werbalnej i niewerbalnej z innymi. Ta kategoria potrzeb dzieli się również na trzy podkategorie: potrzebę przynależności i akceptacji, porównywania się z innymi oraz potrzebę wpływania na innych”

Źródło: opracowanie własne na podstawie Wójcik (2017). Psychografia konsumenta. s.40-48

Potrzeba podziwiania innych nazywana jest również „ogrzewaniem się w cudzym świetle”. Nauki psychologiczne wskazują, że człowiek wykazuje potrzebę posiadania pozytywnego wzorca do naśladowania. Mogą to być osoby z bliższego, ale i również z dalszego otoczenia, które w różnych dziedzinach osiągają znacznie wyższe wyniki zawodowe od przeciętnych jednostek. Osoby, które osiągnęły sukces są wykorzystywane do promowania dóbr i usług, z których korzystają na co dzień, bądź wyłącznie na potrzeby reklamy (Wójcik, 2017). Coraz częściej pojawiającym się zjawiskiem wśród zachowań

konsumentów jest *Celebrity Wordship Syndrome*, czyli uwielbienie osób znanych oraz chęć upodobnienia się do nich. Jest to często wykorzystywany motyw podczas promowania usług medycyny estetycznej. Osoby, które śledzą działania swoich idoli często decydują się skorzystać z usług medycyny estetycznej jakim poddali się właśnie ich ulubieni celebryci (Shi, 2018). Za przykład można przedstawić osobę Bogny Swarowskiej, która umożliwia wykorzystanie swojego wizerunku na profilach klinik medycyny estetycznej w mediach społecznościowych. Publikowane są zdjęcia i krótkie filmy ukazujące z jakich zabiegów medycyny estetycznej korzysta. Bogna Swarowska była również twarzą marki Obagi®, która jest ściśle związana z rynkiem medycyny estetycznej. Jej głównym dystrybutorem jest firma Optopol Technology Sp. z o.o., która w swojej ofercie posiada jedne z najlepszych na polskim rynku urządzenia medyczne stosowane również w medycynie estetycznej.

Potrzeba altruizmu definiowana jest jako chęć dzielenia się z innymi. Odsetek społeczeństwa posiada potrzebę „zrobienia czegoś dobrego”. Wynika to z wychowania, bądź też z presji otoczenia, w którym żyje człowiek (Wójcik, 2017). Tutaj za przykład z zakresu medycyny estetycznej można przywołać program telewizyjny „Nietypowe przypadki medyczne”, w którym dr Krzysztof Gojdz pomagał swoim pacjentom w bardzo trudnych przypadkach, które powodowały defekty urody takie jak: rozległe blizny po poparzeniach, naczylniaki, choroby skóry i inne. Pomoc ta obejmowała nie tylko same zabiegi, ale i również pomoc psychologiczną, która w takich sytuacjach jest nieoceniona. Kolejnym przykładem altruizmu było przekazanie na aukcję Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy w 2019 roku zabiegu z wykorzystaniem osocza bogatopłytkowego PRP+ przez Gold Clinic w Warszawie. W 2019 roku WOŚP zbierał środki finansowe na zakup najnowocześniejszych urządzeń dla ratowania życia i zdrowia dzieci potrzebujących różnego rodzaju leczenia szpitalnego, w tym operacyjnego leczenia padaczki, którego sprzętu nie ma w całej Europie.

Potrzeba doświadczania emocji, możliwość przeżywania zróżnicowanych emocji jest stosunkowo bardzo ważną potrzebą życia ludzkiego. Człowiek jest osobą emocjonalną, która wymaga doświadczania różnych jego stanów. Zdaniem światowych psychologów, życie emocjonalne człowieka można odnieść do sześciu podstawowych emocji (Kosslyn i Rosenberg, 2006): szczęścia, zdziwienia (zaskoczenia), gniewu, odrazy (wstrętu), smutku i strachu.

Doświadczanie wszystkich tych emocji umożliwia zrównoważone życie emocjonalne człowieka. Źródłem tych emocji mogą być media społecznościowe, telewizja, radio czy prasa, ale również doświadczenia bezpośredniego kontaktu. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że różne osoby mogą potrzebować różnych bodźców wywołujących dane emocje (Hill, 2010).

Tabela 12 Potrzeby społeczne i komunikacyjne

Kategoria potrzeb	Definicja
Potrzeba kreowania i potwierdzania własnego wizerunku	„dzięki wybieraniu konkretnych marek produktów i usług konsumenci zaspokajają potrzebę własnej „tożsamości”. Wizerunek jaki jest odbierany przez osoby trzecie jest bardzo istotnym elementem życia dla konsumentów. Stąd ważne staje się jakie marki konsument kupuje, a których powinien unikać”
Potrzeba przynależności i akceptacji	„konsument jest związany z daną grupą społeczną, utożsamia się z nią, dzieli zainteresowania, przekonania i opinię. Potrzeba ta jest w ścisłej korelacji z potrzebą akceptacji jednostki z grupą, a w niektórych przypadkach strachem przed odrzuceniem”
Potrzeba możliwości porównywania się z innymi	„obecnie zdobycie informacji na temat życia prywatnego oraz zawodowego innych jest umożliwione dzięki popularności mediów społecznościowych i publikowaniem treści i zdjęć, co doprowadza do inspiracji oraz porównania własnego życia z życiem innych”
Potrzeba wpływania na innych	„wpływa na zmianę lub utwierdzenie w wybranych poglądach i zachowaniu osób trzecich. Występuje w sytuacjach bezpośredniego i pośredniego kontaktu z innymi, gdzie jedna osoba pragnie zainteresować swoimi przekonaniami i upodobaniami innych”

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Wójcik P. (2017). *Psychografia konsumenta*.

Potrzeby społeczne i komunikacyjne, to dwie kategorie potrzeb, które są ściśle powiązane ze sobą. Powszechnie wiadomo, że człowiek ma silnie rozbudowaną potrzebę afiliacji, a kontakt i możliwość przebywania z drugim człowiekiem jest wysoce cenioną wartością. Natomiast istota przebywania w społeczeństwie jest ściśle związana z komunikacją, czyli przekazywaniem i odbieraniem werbalnych i niewerbalnych informacji, które są wymieniane pomiędzy ludźmi. Potrzeby społeczne i komunikacyjne dzielą się na podkategorie, które zostały przedstawione w tabeli 12.

Tabela 13 przedstawia kolejną opisaną w literaturze przedmiotu klasyfikację potrzeb ludzkich, czyli podział potrzeb ze względu na źródła ich powstania.

Tabela 13 Klasyfikacja potrzeb ludzkich ze względu na źródła ich powstania

Klasyfikacja potrzeb	Definicja
Potrzeby rzeczywiste	„wywołane brakiem danego produktu, który został wyczerpany bądź jest niemożliwy do dalszego użytkowania z powodu jego zużycia. Pobudza tym samym mechanizm warunkujący zmianę, czyli likwidację napięcia, wywołanego brakiem danego produktu”
Potrzeby otoczkowe	„które oprócz stanu rzeczywistego posiadają również tzw. otoczkę; psychologiczną, społeczną, gospodarczą lub kulturową”
Potrzeby pozorne	„powstające na skutek potrzeb otoczkowych, nieposiadające składnika rzeczywistego, zaspokojenie tych potrzeb doprowadza do regresji biopsychiki człowieka i tym samym może wprowadzać konsumenta w stan chorobowy taki jak: narkomania, alkoholizm czy nieumiarkowanie w jedzeniu”

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Szczepański (1981) *Konsumpcja a rozwój człowieka. Wstęp do antropologicznej teorii konsumpcji*.

Do najbardziej popularnej klasyfikacji potrzeb w literaturze przedmiotu zaliczyć można podział według kryterium pilności, na podstawie którego wyróżnia się potrzeby podstawowe i wyższego rzędu. Wśród potrzeb podstawowych wyróżnia się potrzeby fizjologiczne człowieka, takie jak potrzeba zaspokojenia głodu, potrzeba wypróżniania się oraz snu. Natomiast potrzeby wyższego rzędu wynikają głównie z uwarunkowań kulturowych i społecznych, ale są również uzależnione od fizjologii człowieka, jednakże w znacznie mniejszym stopniu (Veltkamp i in., 2010). Ta klasyfikacja jest ściśle związana z podziałem dóbr na dobra konsumpcyjne pierwszego rzędu takie jak dobra powszechnej konsumpcji oraz dobra wyższego rzędu takie jak dobra luksusowe (Stavkova i in., 2008).

1. Dobra i usługi, które mają bezpośredni wpływ na organizm konsumenta – dotyczące sprawności fizycznej, energii życiowej i jakości życia np. podstawowe produkty spożywcze, usługi w zakresie ochrony zdrowia, kultury fizycznej oraz odpoczynku.
2. Dobra i usługi wpływające na warunki życia człowieka takie jak – dom czy mieszkanie, usługi umożliwiające ich użytkowanie (bieżąca woda, prąd, ogrzewanie, oraz meblowanie).
3. Dobra i usługi kulturowe, mają znaczny wpływ na rozwój i zdobywanie wiedzy, umiejętności, kwalifikacji zawodowych oraz cechy społeczne i postawy ludzkie (książki,

podręczniki, telewizor, radio, komputer, ale również środki transportu takie jak samochód czy rower).

4. Dobra i usługi ułatwiające prowadzenie gospodarstwa domowego i wychowanie dzieci.

Z punktu widzenia rozprawy doktorskiej nie jest istotna zbiorowość, a indywidualne potrzeby pacjenta/konsumenta korzystającego z usług medycyny estetycznej. Jedną z wielu potrzeb konsumentów jest chęć opóźnienia oznak starzenia się organizmu w jak najbezpieczniejszy i najefektywniejszy sposób. Pojawienie się możliwości technologiczno-medycznych w celu poprawy wyglądu zewnętrznego stopniowo niweluje zjawisko ageizmu, czyli szeroko rozumianej dyskryminacji związanej z wiekiem w wielu obszarach życia społecznego czy zawodowego (Zaworska-Nikoniuk, 2016). Społeczeństwo w Polsce z przewagą kobiet stawia czoło objawom starzenia się, poprzez dostępne środki estetyczne, kosmetyczne i chirurgiczne. Zatem dążenie do zachowania urody jest ukształtowanym stylem życia człowieka (Wijsbek, 2000).

Dzięki określeniu tak obszernej klasyfikacji potrzeb ludzkich możliwe jest dogłębne poznanie zachowań konsumentów podczas procesu zakupowego. Zdefiniowanie w jaki sposób człowiek decyduje się na zakup konkretnych produktów bądź skorzystanie z wybranych usług pozwala na realizację skutecznych strategii sprzedaży i marketingu jakie prowadzą przedsiębiorstwa. Wyłącznie firmy, które skupiają się na zrozumieniu istoty zaspokojenia potrzeb konsumentów mają możliwość utrzymania się na rynku i zdobycia rzeszy lojalnych klientów (Rudnicki, 2012).

Potrzeby ludzkie nierozzerwalnie wiążą się z terminem *insight* – zrozumieniem potrzeb konsumenta. Świadomość potrzeb konsumenta stanowi najskuteczniejszą bazę dotarcia do niego z ofertą produktów bądź usług (Mruk i in., 2015). Potrzeby ludzkie są bardzo zróżnicowane nie tylko pod względem ilościowym, jak również jakościowym. Konsumenty dokonują automatycznej hierarchizacji swoich potrzeb. Niektóre dotyczą potrzeb określanych jako biogenne – fizjologiczne stany napięcia, głód, pragnienie lub poczucie dyskomfortu. Drugimi są potrzeby psychogenne – psychiczne stany napięcia, potrzeby uznania, szacunku i przynależności do grupy (Kotler i Keller, 2014). Do najbardziej znanej hierarchizacji potrzeb można zaliczyć piramidę potrzeb skonstruowaną przez Abrahama Masłowa. Wyjaśnia ona, dlaczego ludźmi kierują określone potrzeby w określonym czasie (Maslow, 1987). Maslow stwierdził, że potrzeby ludzkie są silnie zhierarchizowane, ułożone od potrzeb podstawowych do potrzeb wyższego rzędu. Początkowo konsument dąży do

zaspokojenia potrzeb podstawowych, a dopiero w dalszym etapie zaspokajają potrzeby wyższego rzędu. Na rysunku 9 przedstawiono piramidę potrzeb Masłowa.

Potrzeby fizjologiczne określane są jako potrzeby podstawowe czy też pierwszego rzędu. Są to przede wszystkim potrzeby związane z odczuwaniem głodu, pragnienia, czy też wypróżniania się. W dalszym etapie konsument dąży do zaspokojenia potrzeb bezpieczeństwa w ich skład wchodzi potrzeby fizyczne i psychiczne, takie jak bezpieczeństwo narodowe, bezpieczeństwo domowe oraz poczucie pewności i spokoju. Warunkiem umożliwiającym pojawienie się potrzeb wyższego rzędu jest spełnienie potrzeb podstawowych. Potrzeby wyższego rzędu, bądź też ponadpodstawowe rozpoczynają się od potrzeb społecznych. Charakteryzują się przynależnością do grupy oraz miłości, kolejno pojawiają się potrzeby uznania, poczucie własnej wartości, status społeczny oraz szacunek ze strony osób trzecich. Na samym szczycie piramidy Masłowa pojawiają się potrzeby samorealizacji, które determinują rozwój osobisty, rozpoczęcie studiów, uczestnictwo w szkoleniach czy kursach (Mruk, 2012).



Rysunek 9 Piramida potrzeb Masłowa

Źródło: Mruk H. (2012). Marketing satysfakcja klienta i rozwój przedsiębiorstwa. Warszawa. Wydawnictwo Naukowe PWN.

Interesującą poznawczo klasyfikację potrzeb stworzył John O'Shaughnessy; została ona zaprezentowana w tabeli 14.

Tabela 14 Klasyfikacja potrzeb według John O'Shaughnessy

Rodzaj potrzeb	Definicja
Potrzeba ukryta	„uśpiona” do momentu uświadomienia przez konsumenta potencjalnych możliwości produktu w zaspokojeniu ich dążeń”
Potrzeba bierna	„występuje w momencie zahamowania procesu kupowania. Zahamowania mogą wynikać z ceny, błędnych przekonań, wątpliwości co do korzyści dobra lub usługi oraz norm społecznych. Mimo, że konsument jest świadomy z korzyści, natomiast stosunek korzyści do strat powstrzymuje go przed dokonaniem zakupu”
Potrzeba wyłączona	„brak warunków umożliwiających zakup, efekt złożonej obietnicy, czyli niedotrzymanie obietnicy wiąże się z poczuciem winy lub ewentualnymi sankcjami oraz efekt zaleceń autorytetów, czyli kierowanie się opinią innych instytucji”

Źródło: opracowanie własne na podstawie O'Shaughnessy J. (1994). *Dlaczego ludzie kupują*. Warszawa

Potrzeby są kluczowym elementem wpływającym na kształtowanie się zachowań konsumentów. Stąd pojawia się konieczność dokonania ich szczegółowej hierarchizacji. Według starożytnego powiedzenia: *primum vivere, deinde philosophari* – w pierwszej kolejności trzeba móc żyć, a kolejno można filozofować. Również współcześnie należy zaspokoić potrzeby biogenne, aby móc realizować potrzeby socjogenne (Seneszyn, 1995).

Próbkę hierarchizacji potrzeb na potrzeby nauk ekonomicznych stworzył A. Marshall. Kryterium uszeregowania potrzeb była naturalna kolejność ich występowania. Przyjęto następującą hierarchię (Rudnicki, 2012):

- nasycenie,
- ubranie,
- mieszkanie,
- ciepło i światło,
- potrzeby o charakterze społecznym wynikające z psychicznych właściwości człowieka.

Przedstawione powyższe hierarchie zostały przyjęte i są wykorzystywane w naukach społeczno – ekonomicznych. Są one głównym narzędziem stosowanym w przedsiębiorstwach do celów marketingowych, w tym segmentacji rynkowej oraz promocji. Dogłębna znajomość potrzeb ludzkich daje możliwość dostosowania oferty rynkowej do preferencji potencjalnych nabywców (Rudnicki, 2012).

Zaspokajanie potrzeb umożliwia redukcję napięcia. W tym miejscu należy zwrócić uwagę, że stan zaspokojenia potrzeb jest krótkotrwały, po czym występuje ponownie.

Spełnienie potrzeb wyższego rzędu zazwyczaj trwa nieco dłużej, natomiast na przestrzeni czasu mimo wszystko pojawiają się one ponownie (Gajewski, 1997).

Zdarzają się jednak sytuacje, że potrzeby nie zostają zaspokojone. Konsument na rynku medycyny estetycznej może natrafić na wiele przeszkód uniemożliwiających zaspokojenie potrzeb. W tabeli 15 wyróżniono występujące bariery podczas zaspokajania potrzeb na przykładzie rynku usług medycyny estetycznej.

Tabela 15 Bariery występujące podczas zaspokajania potrzeb

Rodzaj barier	Przykład
bariery cenowe	<ul style="list-style-type: none"> zaspokojenie potrzeby jest niemożliwe z powodu wysokich cen usług, mimo, że ceny usług medycyny estetycznej na przestrzeni lat zmalały, nadal mogą one stanowić znaczne utrudnienie.
bariery podażowe	<ul style="list-style-type: none"> trudności zaspokajania potrzeb, które wynikają z braku dóbr na rynku. Polegają one na braku dostępności konkretnego zabiegu w danym mieście w Polsce, w przypadku nowości jakimi są głowice o nazwie CoolAdvantage™ do kriolipolizy, czyli redukcji zimnem lokalnie nagromadzonej tkanki tłuszczowej - dostępność jednej z nich CoolAdvantage Pettie™ możliwa jest wyłącznie w 7 miastach w Polsce w tym Warszawie i Krakowie (stan na 03.2022).
bariery prawne	<ul style="list-style-type: none"> trudności w zaspokajaniu potrzeb z powodu zakazu sprzedaży dóbr, jedynym ograniczeniem prawnym występującym na rynku usług medycyny estetycznej jest zakaz wykorzystywania hydrochinonu, który stosowany na skórę umożliwia jej rozjaśnienie, zakaz wykonywania zabiegów estetycznych w czasie lockdownu spowodowanego epidemią COVID – 19 (marzec – kwiecień 2019).
bariery związane ze stanem zdrowia	<ul style="list-style-type: none"> w przypadku pacjentów/konsumentów po przebyciu chorób nowotworowych, są zobowiązani odczekać 5 lat po zakończeniu leczenia; natomiast w przypadku osób chorujących na stwardnienie rozsiane, nie ma możliwości wykonywania zabiegów przy użyciu kwasu hialuronowego, w przypadku metalowych implantów oraz rozrusznika serca nie wykonuje się zabiegów z użyciem fal radiowych.
bariery czasowe	<ul style="list-style-type: none"> zaspokojenie danej potrzeby musi być odłożone w czasie z powodu konieczności zaspokojenia innej, zakup usługi medycyny estetycznej może zostać odłożony w czasie ze względu na pojawienia się potrzeb wynikających z prawidłowego funkcjonowania organizmu, wykonanie usługi laserowego zamykania naczyń krwionośnych jest niemożliwy w okresie wysokiego nasłonecznienia.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Sitarek K. (2008). Hydrochinon. Dokumentacja dopuszczalnych wielkości narażenia zawodowego. s. 107-128; Wesołowska J., Iwan-Ziętek I., Mosiejczuk H., Kemicer-Chmielewska E., Marchlewicz M. (2017). Zastosowanie wybranych bodźców fizykalnych podczas profesjonalnych zabiegów kosmetycznych. Część III. Prąd niskiej częstotliwości i fale elektromagnetyczne o częstotliwości radiowej jako alternatywa inwazyjnych zabiegów z zakresu medycyny estetycznej. s. 48-51; Sobel A. (1998) The Extracellular Matrix in Multiple Sclerosis Lesions. s. 205-217; <http://www.btlestetyka.pl>

Napotkane bariery powstałe przy zaspokajaniu potrzeb konsument stara się zredukować, wybierając inne produkty i usługi. Jeżeli zaspokojenie potrzeby jest

niemożliwe, konsument dąży do wyciszenia potrzeby poprzez racjonalizację, sublimację lub regresję potrzeb. Racjonalizacja polega na próbie uzasadnienia i usprawiedliwienia decyzji konsumenta w sprawie niepodjęcia działań skutkujących zaspokojeniem potrzeby. Sublimacja to przesunięcie dążeń w czasie lub zastępowanie ich innymi mniej satysfakcjonującymi potrzebami, które również cieszą się aprobatą społeczeństwa. Regresja to przesunięcie potrzeby ze sfery świadomości do sfery podświadomości (Vazquez-Carrasco i Foxall, 2006).

2.2. Zakup usług medycyny estetycznej jako proces decyzyjny

Rozpoczynając rozważania dotyczące procesu zakupowego usług medycyny estetycznej należy przytoczyć termin zachowań konsumentów. Zachowania konsumentów składają się z wszystkich działań podejmowanych przez ludzi podczas pozyskiwania dóbr i usług (Blackwell i in., 2001). Dogłębne zrozumienie sposobu działań konsumentów na rynku jest kluczem do sukcesu przedsiębiorstw oferujących usługi i produkty (Blythe, 2014), a co za tym idzie spełnienia potrzeb i oczekiwań. W tabeli 16 przedstawiono przegląd wybranych definicji zachowań konsumentów.

Szczegółowe podejście do zachowań nabywczych i identyfikacji wszystkich determinant oraz ich wzajemnych relacji dają możliwości stworzenia modeli wpływu poszczególnych czynników na zaawansowany proces zachowań nabywczych usług z zakresu medycyny estetycznej.

Interdyscyplinarność badań nad zachowaniami konsumentów umożliwia poznanie natury ludzkiej i sposobu postępowania człowieka na rynku (Łazarewicz, 2013). Ścisła współpraca ekonomistów, psychologów, socjologów i antropologów umożliwia dogłębnie poznanie czynników, które wpływają na zachowania konsumentów (Bartosik-Purgat, 2017). Skomplikowana natura zachowań oraz różnorodność uwarunkowań postępowania konsumentów, na który wpływ ma szereg czynników zewnętrznych i wewnętrznych, motywów działania, postaw, osobowości oraz stylów życia konsumentów, spowodowało stworzenie szeregu modeli próbujących usystematyzować wpływ wszystkich czynników determinujących zachowania konsumentów (Kaczmarczyk, 2007).

Tabela 16 Przekrój definicji zachowań konsumentów

Autor	Definicja zachowań konsumentów
Pohorille (1980)	„sposób, w jaki konsument hierarchizuje swoje potrzeby, wybiera dobra i usługi służące do ich zaspokojenia oraz w jaki sposób użytkuje te dobra”
Mowen (1988)	„to nauka o jednostkach podejmujących decyzję i procesach zdobywania dóbr, usług, doświadczeń i pomysłów oraz konsumowania ich i dysponowania nimi”
Gajewski (1994)	„działania związane z poszukiwaniem, zakupem, użytkowaniem i oceną produktów/usług, które posiadają zdolność zaspokajania potrzeb”
Rudnicki (1996)	„to ogół działań i percepcji konsumenta składających się na przygotowanie decyzji wyboru produktu, dokonanie owego wyboru oraz zakup produktu”
Altkorn, Kramer (1998)	„spójna całość reakcji związanych z dokonywaniem wyborów w procesie zaspokajania potrzeb indywidualnych w określonych warunkach społecznych, ekonomicznych i kulturowych. Składają się na nie również wszystkie czynności, które są pobudzane przez odczuwanie potrzeb. Obejmują więc nabywanie środków zaspokajania potrzeb, posiadanie środków oraz użytkowanie środków”
Blackwell, Miniard, Engel i Russel (2001)	„ogół działań związanych z pozyskiwaniem, użytkowaniem i dysponowaniem dobrami i usługami wraz z decyzjami je poprzedzającymi i warunkującymi”
Antonides, i van Raaij (2003)	„obejmuje czynności psychiczne i fizyczne, łączenie z ich motywami i przyczynami jednostek i małych grup, dotyczące orientacji, kupowania, użytkowania i pozbywania się wyrobu (cykl konsumpcji) oraz produkcji gospodarstwa domowego (zrób to sam), rzadkich towarów i usług sektora rynkowego, sektora publicznego oraz sektora gospodarstwa domowego; pozwalający konsumentowi funkcjonować oraz osiągać swoje cele i urzeczywistniać swoje wartości, a dzięki temu osiągać zadowolenia i dobrobyt z uwzględnieniem skutków krótko- i długofalowych oraz konsekwencji jednostkowych i społecznych”
Woś, Rachocka i Kasperek Hoppe (2011)	„zachowania człowieka od strony ekonomicznej dotyczące wyboru sposobu zaspokojenia potrzeb na rynku dóbr konsumpcyjnych oraz wyboru sposobu finansowania zakupu produktów i usług na rynku czynników wytwórczych”

Źródło: opracowanie własne

Różnorodność modeli dzielona jest następująco (Smyczek i Sowa, 2017):

- modele strukturalne, które prezentują procesy psychiki ludzkiej, jej cechy i wzajemne relacje, mające wpływ na skutki decyzji konsumenckich,
- modele stochastyczne, które za pomocą rachunku prawdopodobieństwa starają się przewidzieć określone decyzje zachowań konsumentów na rynku. Skupiają się na elementach wejścia (tzw. bodźce) oraz punktach wyjścia (tzw. reakcje). Natomiast decyzje konsumentów są ujęte jako proces, modele te nie uwzględniają czynników wewnętrznych,
- modele symulacyjne, które próbują wyjaśnić decyzje konsumentów za pomocą technik symulacyjnych, przy założeniu zmiennych warunków uwzględniając określone punkty wejścia.

Modele umożliwiają usystematyzowanie zagadnień wpływających na zachowanie konsumentów, ale również pozwalają lepiej zrozumieć zjawiska i zależności zachowań konsumentów. W tabeli 17 przedstawiono zarys charakterystyk wybranych modeli zachowań konsumentów.

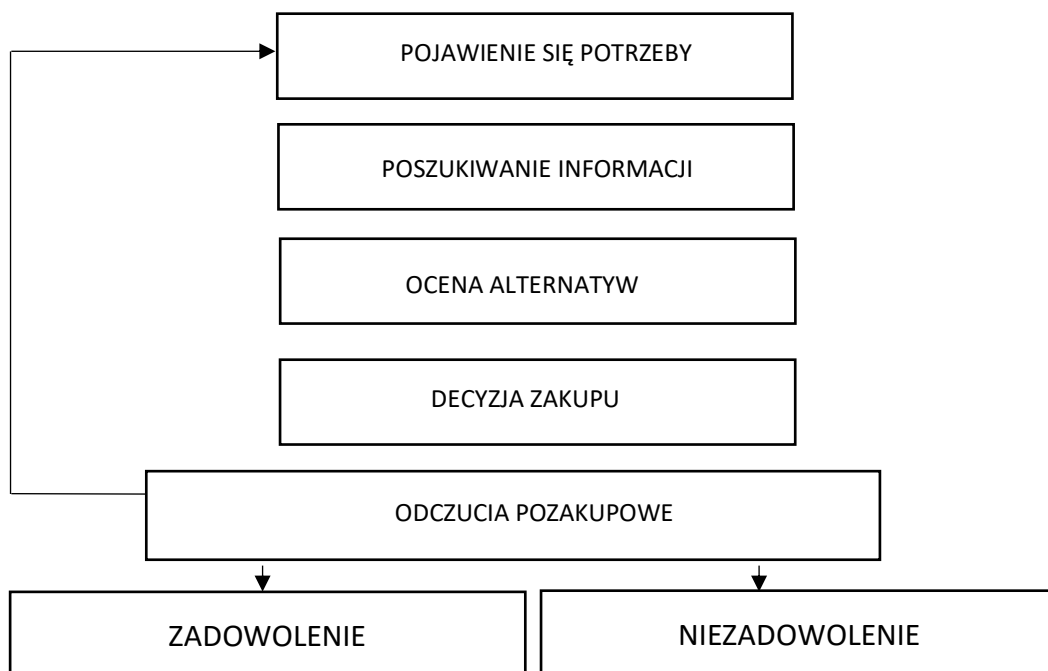
Tabela 17 Modele zachowań konsumentów

Autor	Rodzaj modelu	Opis modelu
Nicosia (1966)	strukturalny	cechy konsumenta jako zbiór predyspozycji i doświadczeń kształtujących jego postawy, a te z kolei wyznaczają w procesie wartościowania cele zakupowe i środki ich osiągnięcia, co w połączeniu z motywacją prowadzi do działania
Engel, Kollat i Blackwell (1968)	strukturalny	osobowość konsumenta wpływa na dobór i analizę informacji, kryteria oceny oraz kształtuje jego postawy, ale filtrem moderującym jest też system bodźców zewnętrznych, ich rodzaj, intensywność oraz sposób zrozumienia odbioru. Na wybory i wartościowanie dostępnych opcji mają wpływ: dochody, kultura, rodzina, grupa społeczna, cechy fizyczne jednostki
Howard i Sheth (1969)	strukturalny	zakłada racjonalne zachowanie jednostki, na które wpływają bodźce zewnętrzne (obiektywne informacje o produkcie), które mogą zmienić swe symboliczne znaczenie dzięki wpływowi zmiennych społecznych (rodzina, grupy odniesienia). Wartości są zaliczone do zmiennych niezależnych, poza modelem, ale uznaje się, że mają istotny wpływ na wybory jednostek
Ajzen i Fishbein (1980)	Theory of Reasoned Action – teoria uzasadnionego działania	oparty na teorii uzasadnionego działania (Theory of Reasoned Action), normy są podstawą postaw, a te dają impuls do działania. Model sugeruje, że zachowanie wynika z kompozycji postaw i intencji osoby do działania w określony sposób. Postawy odzwierciedlają indywidualne cechy jednostki, połączone z doświadczeniem oraz koszty i korzyści określonej decyzji. Na nastroje wpływają postawy i normy społeczne. Tym, co zakłada TRA, jest niezależność postawy i elementu normatywnego
O’Shaughnessy (1987)	strukturalny	w zależności od rodzaju zakupów (nawykowych, losowych czy takich, które są poprzedzone kalkulacją różna jest waga tzw. preferencji wewnętrznych. W przypadku zakupów nawykowych czy losowych mają one większe znaczenie niż w przypadku zakupów poprzedzonych kalkulacją o charakterze racjonalizacji poznawczej

Źródło: opracowanie własne na podstawie Stępień (2019), *Wartość luksusu. Perspektywa konsumentów i przedsiębiorstw*, s. 181-182.

Zachowania konsumentów na rynku usług medycyny estetycznej są nieco odmienne niż na innych rynkach. Motywatorami skłaniającymi konsumentów do dokonywania zakupu usług są nie tylko motywy racjonalne takie jak leczenie chorób skóry bądź zniwelowanie defektów urody spowodowane na przykład rozległymi bliznami oraz zmianami

naczyniowymi, ale również motywy takie jak: potrzeba poprawy nastroju, poprawy wyglądu zewnętrznego oraz spowolnienia procesów starzenia się. Z tego powodu całościowy proces decyzji zakupowych różni się od modelu tradycyjnego, które są przedstawiane w literaturze z zakresu zachowań konsumentów. Modelem, który zasługuje na szczególną uwagę oraz który niniejsza rozprawa przyjmuje za punkt wyjścia jest model EBK – J.F. Engela, R.D Blackwella oraz D.T. Kollata. Jest to model, który w pełnym wymiarze przedstawia rozwiązanie problemu i odzwierciedla pełen proces podejmowania przez konsumenta decyzji zakupowej. Składa się z kilku elementów, które prezentują na rysunku 10 w uproszczony sposób model procesu decyzyjnego EBK (Rudnicki, 2012).

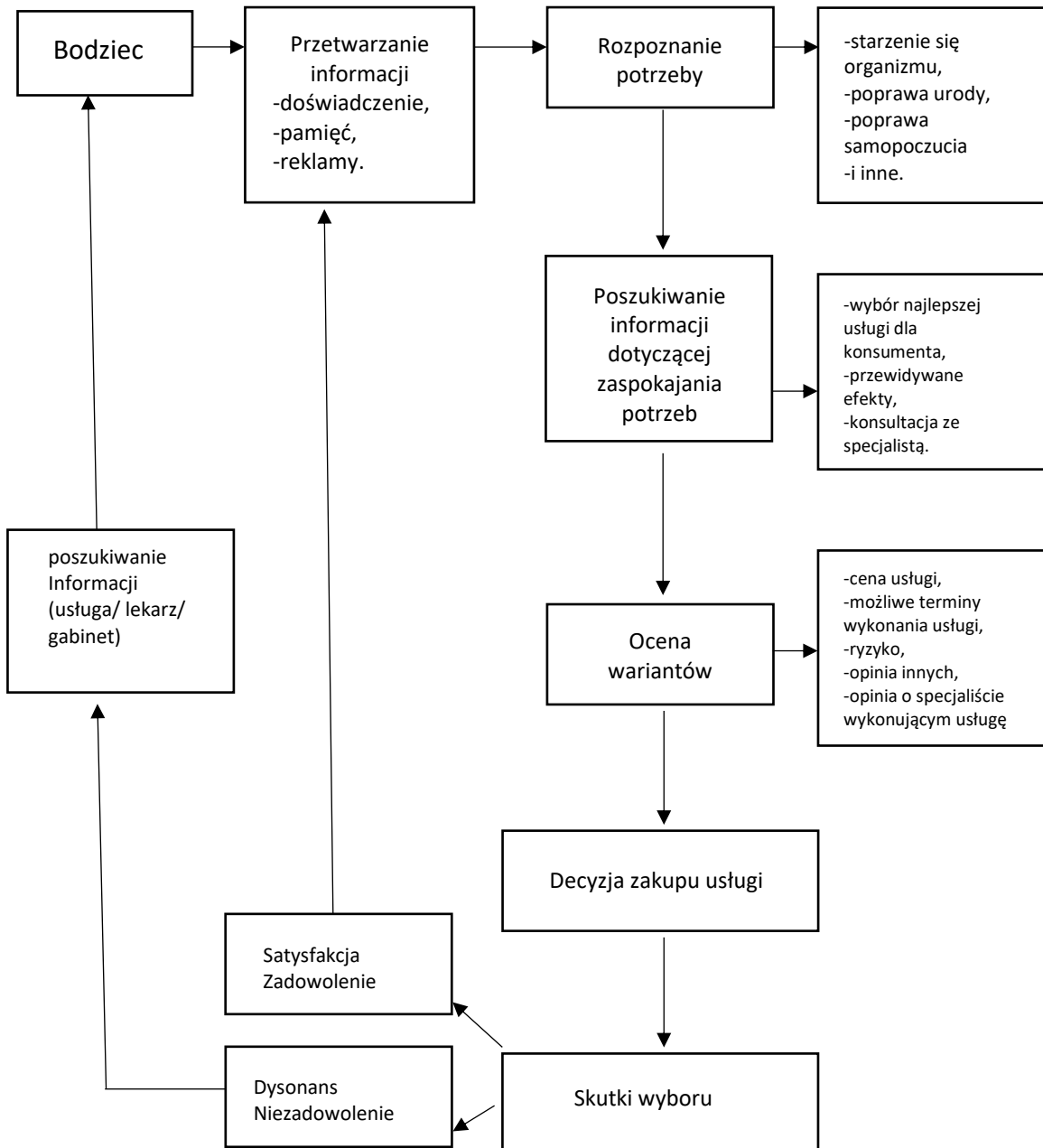


Rysunek 10 Model procesu decyzyjnego EBK

Źródło: Smyczek i Sowa. (2005). *Konsument na rynku – zachowania, modele, aplikacje*. s. 159.

Proces podejmowania decyzji konsumenckich rozpoczyna się od rozpoznania problemu, czyli odczucia potrzeby. Następnie konsument poszukuje danych dotyczących samych usług/zabiegów, które będą w stanie zaspokoić potrzebę. W dalszym etapie ocenia wybrane przez siebie warianty. Poszukuje informacji na temat konkretnych usług, gdzie takie wykonują, kto wykona ją najlepiej, jakich może spodziewać się efektów, jakie mogą nastąpić powikłania oraz czy ta konkretna usługa jest odpowiednia dla pacjenta/konsumenta. W przypadku medycyny estetycznej często zdarza się, że decyzja zostaje podjęta po przebytej konsultacji medycznej lub kosmetycznej bądź po rozmowie z osobą, która już wcześniej skorzystała z danej usługi. Kolejno konsument

decyduje się na zakup, a w następnej kolejności pojawiają się odczucia pozakupowe. Czynniki, jakie mają wpływ na wybór usługi z zakresu medycyny estetycznej z punktu widzenia konsumentów to przede wszystkim czynniki demograficzne takie jak: płeć, wiek, miejsce zamieszkania oraz czynniki psychologiczne takie jak: prowadzony styl życia, osobowość oraz grupy odniesienia (Newerli-Guz i in., 2014). Na rysunku 11 przedstawiono model procesu zakupu na rynku usług medycyny estetycznej na podstawie modelu EBK.



Rysunek 11 Model procesu zakupu na rynku usług medycyny estetycznej na podstawie modelu EBK

Źródło: opracowanie własne na podstawie, Gajewski S. 1994. *Zachowanie konsumentów a współczesny marketing*. s. 177.

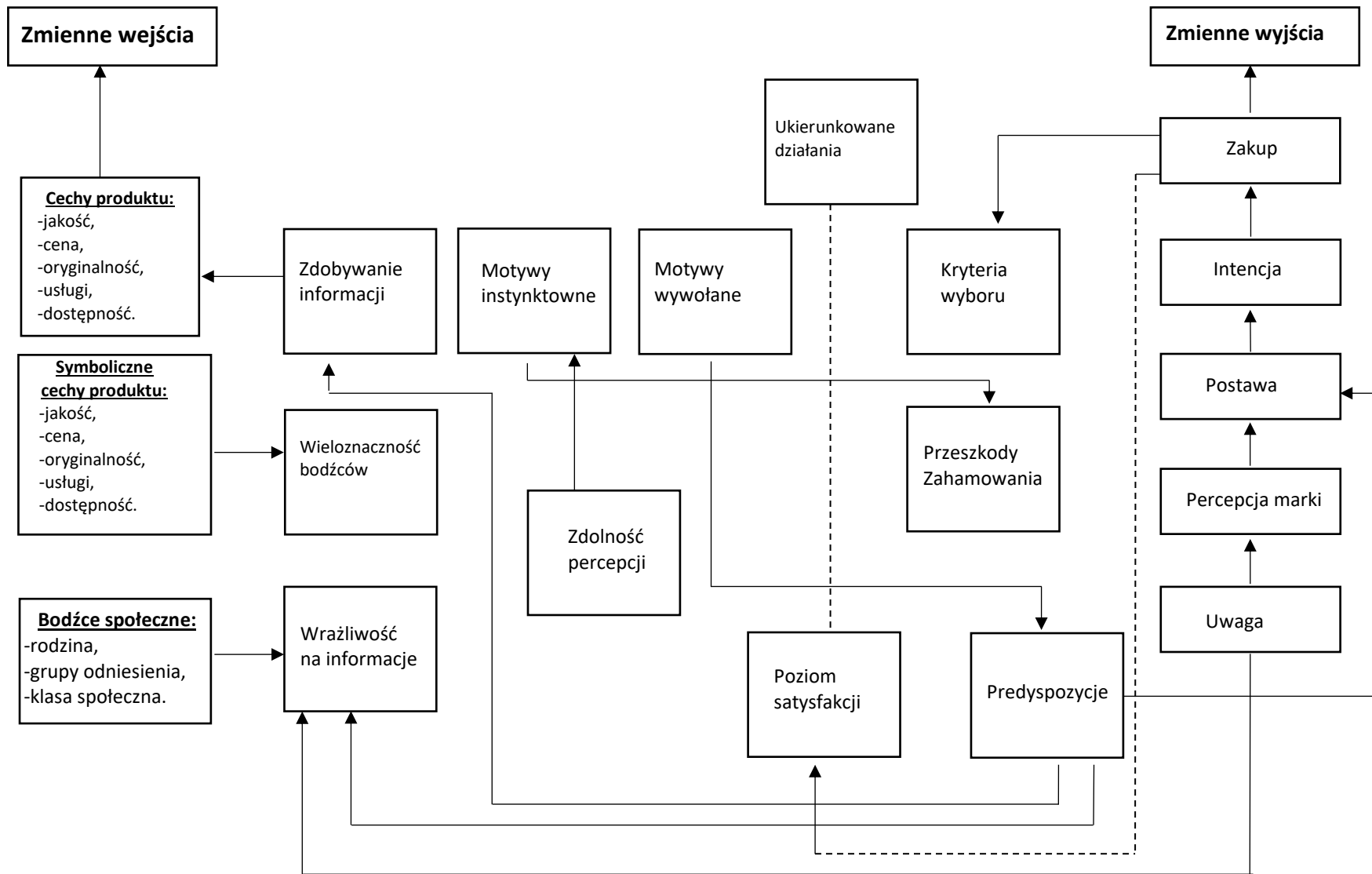
Z kolei model Howarda-Shetha postrzegany jest jako najbardziej obiektywnie skonstruowany model zachowań konsumentów. Wyjaśnia zachowanie konsumenta podczas wyboru dóbr i usług, który zachowuje się racjonalnie, a sam proces jest wynikiem bodźców płynących z otoczenia tzw. zmiennych wejściowych (Prakash, 2016). Model ten obejmuje pełny proces podejmowania decyzji zakupowych konsumentów. Omawiany model jest modelem kognitywnym obejmującym w swojej sferze psychologicznej eksponowanie informacji, uwagę, percepcję, postawę wobec promowanego produktu, intencję zakupu oraz sam zakup (Jachnis i Terelak, 1998). Model Howarda i Shetha zawiera następujące zmienne (Xinhui i Han, 2016):

1. Zmienne wejścia (bodźce) – stanowią podstawę informacyjną podczas podejmowania decyzji zakupowych. Należą do nich zmienne dotyczące samego produktu takie jak cena, jakość, oryginalność, dostępność i symboliczne znaczenie oraz zmienne społeczne takie jak rodzina, grupy odniesienia oraz grupę społeczną.
2. Zmienne wyjścia – uwaga, zrozumienie, postawa, intencja i zakup, układające się w szereg czynników prowadzących do zakupu.
3. Zmienne hipotetyczne – obejmują zmienne z zakresu psychiki konsumenta, które biorą udział w przetwarzaniu informacji ze zmiennych wejściowych. Odzwierciedlają przebieg motywacji podjętych decyzji należą do nich:
 - zmienne percepcyjne – sposób otrzymywania i przetwarzania informacji,
 - uczenie się – cele konsumenta, kryteria oceny alternatyw, informacje o produktach, preferencje i intencje nabywcze.

Na rysunku 12 przedstawiono model zachowań konsumentów Howarda-Shetha.

Procesy zakupowe rozpoczynają się od uświadomienia potrzeby przez konsumenta, które zostały szczegółowo opisane w podrozdziale 2.1. Następnym etapem jest poszukiwanie informacji. Konsument/pacjent korzystający z usług medycyny estetycznej poszukują informacji z co najmniej kilku źródeł. Poszukiwanie informacji odbywa się w następujący sposób (Garbarski, 1998):

- poszukiwanie wewnętrzne – uwarunkowane własnym doświadczeniem,
- poszukiwanie zewnętrzne – uwarunkowane doświadczeniem innych osób lub informacjami ogólnie dostępnymi,
- kombinacja obu wariantów.



Rysunek 12 Model zachowań konsumentów Howarda-Shetha

Źródło: opracowanie własne na podstawie Howard J.A., Sheth J.N. (1969). *The Theory of buyer behaviour*. s. 30

Pozyskiwanie informacji ze źródeł wewnętrznych dotyczy zakupów rutynowych. Proces decyzyjny przyjmuje skrócony schemat, gdzie niektóre fazy zostają pomijane. Wynika to z faktu pozytywnego doświadczenia konsumenta z wcześniejszego użytkowania produktu bądź skorzystania z usługi, który wywiera silny wpływ na proces decyzyjny. Natomiast biorąc pod uwagę informacje ze źródeł zewnętrznych należy wyróżnić (Tkaczyk, 2009):

- źródła personalne – marketing szeptany,
- marketingowe – promocja, reklama,
- publiczne środki masowego przekazu – udostępniane przez użytkowników informacje na forach internetowych.

W przypadku medycyny estetycznej, warto skupić się na źródłach personalnych a mianowicie „word of mouth marketing”. Marketing szeptany to nieformalna komunikacja marketingowa definiowana jako socjologiczny kanał komunikacji interpersonalnej, której podmiotem są sąsiedzi, przyjaciele, rodzina, znajomi wyrażający swoje opinie w interakcjach z potencjalnymi i obecnymi nabywcami (Kotler, 1991). Jest określany jako zespół działań mających za zadanie kreowanie zainteresowania danym produktem w grupie docelowej, poprzez informacje pochodzące ze źródeł o charakterze nieformalnym (Balter i Butman, 2007). Za źródła nieformalnej komunikacji rozumie się; rodzinę, przyjaciół, znajomych oraz inne osoby niezwiązane z promowanym przedsiębiorstwem. Formy marketingu szeptanego, czyli sposobów przekazywania informacji to (Tkaczyk, 2007):

- poczta pantoflowa – komunikacja z „ust do ust”, rzadko poddaje się kontroli,
- social media i społeczności wirtualne – fora internetowe, Facebook, Instagram, Pinterest, Znanylekarz.pl,
- ambasadorzy marek – promowanie produktów i usług przez osoby znane, które mają wpływ na działania innych osób,
- marketing wirusowy – tworzenie atrakcyjnego komunikatu i poinformowanie o nim konsumentów najczęściej za pomocą komunikacji on-line.

Marketing *word-of-mouth* ma silny wpływ na sukces placówki medycznej, ponieważ opinia klientów jest najważniejszym i najbardziej wiarygodnym źródłem informacji na temat usług i produktów przedsiębiorstw. Konsumenty wykazują coraz większy sceptycyzm co do treści reklam, a co za tym idzie znacznie maleje wiarygodność tradycyjnego przekazu reklamowego. Literatura przedmiotu wskazuje, że opinia konsumentów charakteryzuje się

siedmiokrotnie większą skutecznością w przekazywaniu informacji dotyczących usług i produktów niż reklama producenta (Ennew i in., 2000). *Word of mouth* decyduje o przewadze konkurencyjnej na rynku, pomaga w zdobywaniu nowych klientów oraz umacnianiu lojalności już obecnych. Natomiast należy pamiętać, że siła negatywnej opinii jest znacznie większa niż pozytywnej (Tkaczyk, 2007). Ponadto – zakłada się, że każdy niezadowolony konsument podzieli się swoją opinią z przynajmniej 9 innymi potencjalnymi klientami (Ennew i in., 2000). Niekontrolowana komunikacja swoje zainteresowanie wśród naukowców wzbudziła już dawno. Według wyników badań amerykańskich naukowców, aż 15% rozmów prowadzonych przez konsumentów dotyczy produktów i usług (Balter i Butman, 2007). Na rynku usług medycyny estetycznej marketing szeptany jest najskuteczniejszą formą komunikacji marketingowej. Jak wskazały badania z 2017 roku, dla 79% respondentów głównym czynnikiem determinującym wybór placówki medycyny estetycznej jest polecenie członka rodziny/znajomego (Ankiel i Kuczyńska, 2017).

Poszukiwanie informacji ze źródeł zewnętrznych może trwać do momentu, aż konsument uzyska dostateczną ilość informacji o sposobach i możliwościach zaspokojenia potrzeby. Gromadząc informacje konsument jest w stanie zapoznać się wyłącznie z pewnym podzbiorem ofert usługowych, które określane są jako zbiór znany. Niektóre z usług tego zbioru będą spełniać kryteria oraz wymogi wtedy staną się zostanie zbiorem rozważanym. W miarę zwiększania się informacji dotyczących konkretnych marek, kilka z nich będzie szczególnie preferowanych i staną się zbiorem wyboru (Rudnicki, 2012).

Konsument, który posiada dostateczną ilość informacji dotyczących usługi czy produktu, która umożliwi zaspokojenie potrzeby dochodzi do oceny alternatyw. Faza ta obejmuje wartościowanie alternatyw, która spowoduje rezygnację z jednego dobra, bądź usługi na rzecz drugiej. W tej fazie ocenie nie tylko podlegają cechy usługi, ale także atrybuty firmy, przydatność, skuteczność, możliwości finansowe oraz ryzyko (Łańcucki, 2001; Szul, 2016). Dla jednych konsumentów istotna będzie cena, a dla drugich jakość usługi lub produktu. W wyniku wartościowania cech poszczególnych alternatyw, konsument staje przed koniecznością dokonania wyboru usługi bądź produktu, po czym następuje kolejna faza podjęcia decyzji. Do czynników wpływających na podjęcie decyzji przez konsumenta, zalicza się między innymi postawy innych osób, której siła oddziaływania zależy od (Rudnicki, 2012):

- intensywności negatywnej postawy tej osoby w stosunku do preferowanej usługi bądź produktu przez konsumenta,
- motywacji konsumenta do dostosowania się do życzeń lub uwag innej osoby. Im bliższa i ważniejsza dla konsumenta jest osoba, tym większe prawdopodobieństwo, że dokona zmiany decyzji zakupowej, bądź umocni wybór.

Na decyzję wyboru mają również wpływ nieoczekiwane czynniki sytuacyjne. Konsument dokonując wyboru kalkuluje dochód, cenę produktu, bądź usługi oraz oczekiwane zadowolenie, ponieważ podczas decyzji zakupowej konsument może stracić pracę, inny zakup może okazać się pilniejszy, bądź też sprzedawca lub wykonawca usługi może okazać się niekompetentny lub niemiły. Wszystkie te czynniki mogą wpłynąć również na decyzję zakupową. Należy również wspomnieć, że może dojść do sytuacji, gdzie spośród rozważanych usług konsument nie znalazł żadnej odpowiedniej do zaspokojenia ujawnionej się potrzeby i tym samym wraca ponownie do fazy poszukiwania informacji (Kazielski, 1979; Bao i in., 2003).

Kolejnym etapem jest dokonanie finalnego wyboru dobra lub usługi oraz dokonanie transakcji zakupu. Każda decyzja podjęta przez konsumenta obarczona jest ryzykiem nieudanego zakupu. Ryzyko to może wynikać z cech rynku, niewiedzy nabywcy, ale również z cech osobowościowych konsumenta (Mazurkiewicz-Pizło i Pizło, 2017; Małysa-Kaleta, 2000). W tabeli 18 przedstawiono rodzaje ryzyka występującego w przypadkach zakupu usługi medycyny estetycznej.

W przypadku medycyny estetycznej najczęstszym ryzykiem, jakie się pojawia jest ryzyko fizyczne, które ściśle związane jest z możliwością powstania powikłań pozabiegowych, które mogą wynikać nie tylko z braku kompetencji wykonującego usługę, ale również z powodu trudności przewidzenia reakcji organizmu pacjenta/konsumenta na zabieg. W przypadku medycyny estetycznej można spotkać się z licznymi opisanymi przypadkami powikłań pozabiegowych:

- W 2016 roku lek. med. Radosław Drozd opisał przypadek rozległego poparzenia skóry po zabiegu epilacji laserowej podudzi z wykorzystaniem urządzenia IPL. Poparzone zostało około 15% powierzchni ciała. Ten przypadek zakwalifikowano jako powodujący naruszenie czynności narządu ciała trwające dłużej niż 7 dni. Istotne jest w przypadku zabiegów epilacji poinformowanie pacjenta/konsumenta o możliwych powikłaniach pozabiegowych (Drozd, 2016).

- W 2015 roku Sąd Okręgowy w Łodzi przyznał 10 000 zł zadośćuczynienia kobiecie, której skóra łydek została poważnie uszkodzona podczas zabiegu epilacji łydek. Koszty zadośćuczynienia musiała ponieść niedoświadczona kosmetyczka wykonująca zabieg. Sąd obciążył również właścicielkę salonu, argumentując, że powinna zadbać, aby niedoświadczeni pracownicy nie wykonywali tego typu zabiegów samodzielnie (Płatkowska, 2019).

Tabela 18 Rodzaje ryzyka

Rodzaje ryzyka	Definicja
Ryzyko funkcjonalne	„podstawowa funkcja i przeznaczenie danego produktu, bądź usługi, np. brak efektu pozabiegowego”
Ryzyko finansowe	„obawa przed oszustwem bądź stratą pieniędzy, np. w przypadku, gdy dany zabieg nie przyniesie oczekiwanych efektów, bądź efekt odwrotny do zamierzonego”
Ryzyko fizyczne	„związane z bezpieczeństwem produktu bądź usługi, np. powikłania pozabiegowe takie jak poparzenie lub długo utrzymujący się obrzęk, czy też wszelakie reakcje alergiczne”
Ryzyko społeczne	„dotyczy opinii otoczenia na temat wykonania usługi z zakresu medycyny estetycznej, związek z potrzebą bycia zaakceptowanym przez otoczenie”
Ryzyko psychologiczne	„określające personalne zadowolenie, satysfakcję z wykonanej usługi”
Ryzyko straty czasu	„wynikające z utraty czasu poświęconego na poszukiwanie informacji, wybór konkretnej usługi oraz oczekiwanie na wizytę, który mógł okazać zmarnowany”
Ryzyko utraconych możliwości	„decyzja, która została podjęta jest nietrafiona i uniemożliwia dokonanie innej, np. po wykonaniu zabiegów z wykorzystaniem wypełniaczy trwałych ¹⁶ nie ma możliwości dokonania ponownego zabiegu, bądź też zmniejszenia się ilości materiału wykorzystanego podczas zabiegu bez ingerencji chirurgicznej”

Źródło: opracowanie własne na podstawie Featherman, Pavlou. (2003). Predicting e-services adoption perceived risk facets perspective, *International Journal of Human-Computer Studies* s. 451-474.; Maciejewski. (2010). Ryzyko w decyzjach nabywczych konsumentów.

- W 2019 roku dr n. med. Anna Markowicz opublikowała artykuł dotyczący powikłań po zabiegach medycyny estetycznej. Stwierdziła, że najczęstszym powikłaniem są blizny i przebarwienia, natomiast bardziej drastyczne to martwice skóry, a nawet utrata wzroku. Za przykład podano implanty, które umieszczone w złym miejscu mogą doprowadzić do zatkania naczyń krwionośnych, które w następstwie doprowadzić

¹⁶ Wypełniacze trwałe – niewchłaniające się substancje wykorzystywane w medycynie estetycznej np. silikon.

mogą do tragicznych konsekwencji. Zauważa się również, że poważne powikłania zdarzają się bardzo rzadko (Markowicz, 2019).

- W artykułach można znaleźć przykłady powikłań po zabiegach z wykorzystaniem kwasu hialuronowego. Pierwszym przypadkiem były wyraźnie wyczuwalne zgrubienia w obrębie ust pacjentki w wieku 23 lat, u której próbowano po 3-ech latach rozpuścić kwas przy użyciu hialuronidazy¹⁷. Niestety zgrubienia te musiały zostać usunięte chirurgicznie (Park i in., 2011).

Powyższe przykłady ryzyka fizycznego po przebytych zabiegach medycyny estetycznej obejmują wyłącznie mały przekrój możliwych powikłań. Aby tego uniknąć konsumenci/pacjenci powinni dokonywać świadomych decyzji i wybierać wyłącznie wiarygodne placówki medyczne. Ponadto lekarze specjaliści powinni stale poszerzać swoją wiedzę oraz kompetencje, by przypadków powikłań było jak najmniej.

Kolejnym rodzajem ryzyka, z jakim może spotkać się konsument korzystający z usług medycyny estetycznej jest ryzyko społeczne. Osoby, które poddały się znaczącym zmianom w swoim wyglądzie mogą się spotykać z nieprzychylnymi komentarzami nie tylko w Internecie, ale również w życiu codziennym. Za przykład w tym miejscu można przedstawić sylwetkę Kamili Kaczmarek występującej w programie telewizyjnym „Królowe Życia” emitowanym na stacji TTV. W jednym z odcinków została poddana krytyce przez osoby trzecie spotkane na ulicy, które w nieprzyjemny sposób skomentowały usta bohaterki programu. Osoby, które nie są powszechnie znane mogą także zostać narażone na nieprzychylną krytykę. Na popularnym kanale internetowym The Richest (posiadającym 15,1mln subskrypcji, stan na 10.07.2022r.) na portalu YouTube można obejrzeć pięciominutowy film ukazujący drastyczne zmiany wyglądu osób mieszkających za granicą. Lektor filmu przedstawia krótką historię oraz koszty, jakie ponieśli bohaterowie filmu na zabiegi chirurgiczne i estetyczne. Nieprzychylnych komentarzy pod filmem jest około tysiąca. Powyższe przykłady ryzyka społecznego są niemożliwe do ograniczenia w momencie, gdy następuje znacząca zmiana wizerunku. Natomiast sama dziedzina medycyny estetycznej dąży, aby zmiany w wyglądzie były możliwe jak najsubtelniejsze oraz podkreślające urodę konsumenta/pacjenta. W przypadkach drobnych zmian i podkreśleniu atutów urody ryzyko społeczne zostaje ograniczone do minimum.

¹⁷ Hialuronidaza - substancja czynna wprowadzana w tkanki miękkie powodująca przyspieszenie metabolizmu kwasu hialuronowego.

Ostatnim etapem procesu podejmowania decyzji nabywczych są odczucia pozakupowe. Zakupione dobro bądź usługa może wywoływać satysfakcję bądź niezadowolenie. Jest to stan silnie determinowany poprzez poziom zaspokojenia potrzeby. Zadowolenie lub brak zadowolenia są ściśle związane z psychiką konsumenta, które są wynikiem relacji między oczekiwaniami a postrzeganym efektem pozabiegowym w przypadku medycyny estetycznej. Jeżeli usługa nie spełni oczekiwań, pacjent będzie rozczarowany, natomiast jeżeli spełni oczekiwania będzie zadowolony, a jeżeli przewyższy oczekiwania będzie zachwycony. Te stany mają ogromny wpływ na zachowania konsumentów w przyszłości (Simcock i in., 2006).

Tabela 19 Zachowanie konsumentów w zależności od stopnia satysfakcji

Stopień satysfakcji	Zachowanie konsumenta	Przyczyna
Konsument usatysfakcjonowany	1. Ponawia zakup	<ul style="list-style-type: none"> - ponawia wykonaną usługę w czasie pół roku do roku - decyduje się na skorzystanie z innych usług oferowanych przez placówkę medyczną - poleca gabinet/klinikę osobom w swoim otoczeniu
Konsument częściowo usatysfakcjonowany	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nie ponawia zakupu 2. Ponawia zakup, ale ma zastrzeżenia 	<ul style="list-style-type: none"> - szuka nowych rozwiązań, możliwości - decyduje się na ingerencję chirurgiczną - rezygnuje z dalszych poszukiwań rozwiązań - oczekuje na pojawienie się nowych technologii - oczekuje wykonania zabiegu w niższej cenie
Konsument nieusatysfakcjonowany	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nie ponawia zakupu 2. Wszczywa postępowanie sądowe 	<ul style="list-style-type: none"> - całkowite niezadowolenie, powikłania, uszczerbek na zdrowiu fizyczny i psychiczny - określa zaistniały problem innemu specjalście - odradza, ostrzega innych przed wykonaniem zabiegu w konkretnym miejscu, wyraża negatywne opinie - kontynuuje poszukiwanie alternatyw

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Dulinić E. (1986). *Postępowanie nabywców towarów konsumpcyjnych w krajach o gospodarce rynkowej*.

Satysfakcja odczuwana przez pacjenta/konsumenta z efektów po wykonanej usłudze daje duże prawdopodobieństwo, że dokona on ponownego zakupu usługi (Hunt, 1991). Warto zaznaczyć, że zadowolony klient będzie wyrażał pozytywne opinie oraz będzie zachęcał innych do skorzystania z oferty usługowej wybranej placówki medycznej. Natomiast niezadowolony konsument, może nie dokonać ponownego zakupu, ale również będzie wyrażał negatywne opinie wśród bliskich lub też wykorzystując media społecznościowe. Niezadowolenie z przebytej usługi może wynikać z trudności w przewidzeniu efektów

pozabiegowych bądź z nieumiejętnego przekazywania informacji przez wykonawcę zabiegu, który zobligowany jest do wyjaśnienia w sposób zrozumiały dla pacjenta możliwości jakie niesie za sobą wybrana przez niego usługa. Edukacja pacjenta przez specjalistę jest kluczową determinantą poziomu satysfakcji konsumenta (Claphan i in., 2010; Biesok i Wyród-Wróbel, 2016).

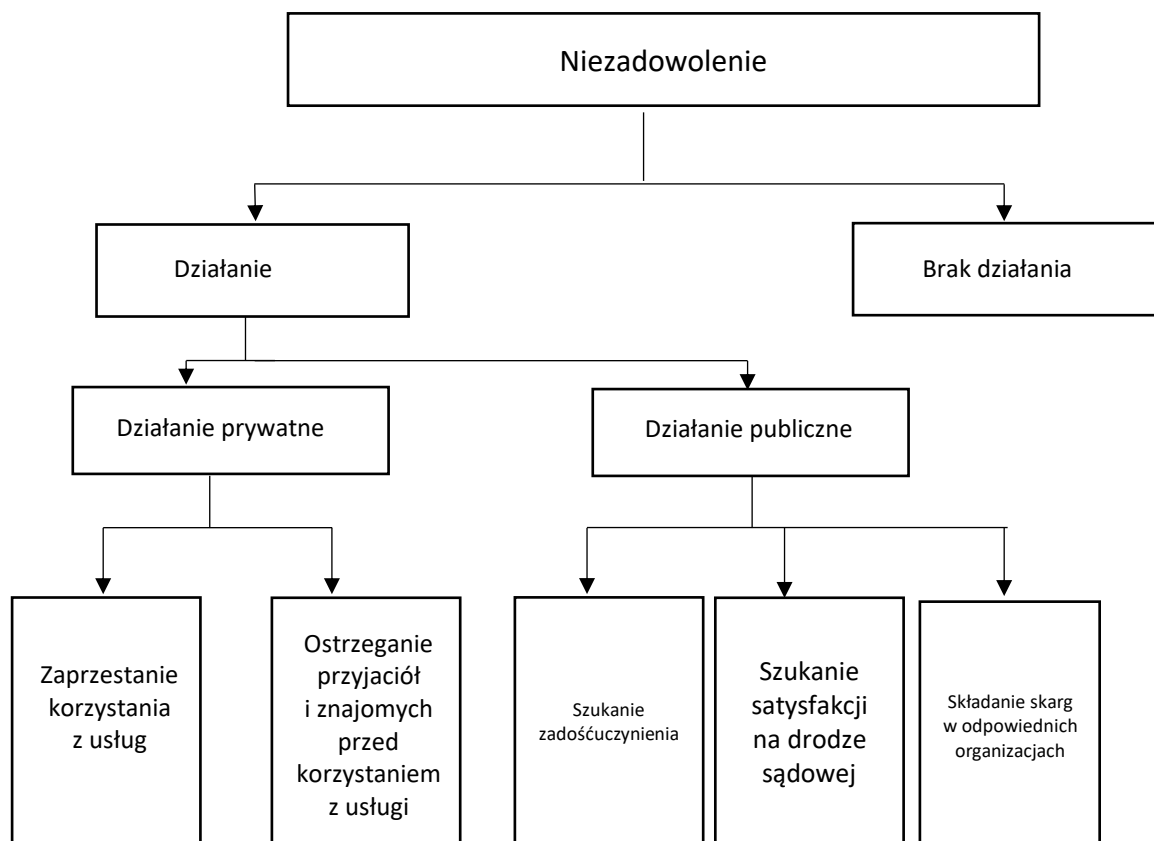
Zachowania konsumentów po dokonaniu zakupu mogą skutkować również dysonansem pozakupowym, czyli poczuciem dyskomfortu spowodowanym wewnętrznym konfliktem, który pojawia się po dokonaniu zakupu (Kotler i Keller, 2014). Ten stan napięcia, niepokoju wynika z niepewności, czy podjęta decyzja była prawidłowa. Zdarzają się sytuacje, w których decyzja, którą podjął nabywca jest nieodwracalna, przez co dysonans jest większy. Intensywność dysonansu zależy od wielu czynników (Gajewski, 1997):

- ekonomicznego znaczenia decyzji dla konsumenta, im większe zaangażowanie finansowe tym większe prawdopodobieństwo dysonansu,
- stopnia nieodwracalności decyzji,
- złożoności decyzji,
- liczby pozytywnych cech spostrzeganych w odrzuconym produkcie i liczby cech negatywnych w produkcie zakupionym,
- okresu, jaki upłynął od podjęcia decyzji,
- trwałości postawy konsumenta,
- wysiłku i czasu niezbędnego do dokonania zakupu,
- skłonności konsumenta do przeżywania niepokoju.

W teorii – im trudniejsza decyzja jaką musi podjąć nabywca, tym większy może pojawić się dysonans (Falkowski i Tyszka 2003). Natomiast najistotniejszym elementem, z jakim muszą zmierzyć się przedsiębiorstwa medyczne to uświadomienie konieczności redukcji dysonansu (McGrath, 2017). Przykładem działań podejmowanych w celu niwelowania/minimalizowania ryzyka pojawienia się dysonansu były „paszporty piękna”. W 2017 roku wprowadzono „paszporty”, co polegało na tym, iż po każdej wykonanej usłudze w placówce zajmującej się medycyną estetyczną wprowadzono krótką informację jaka usługa została wykonana i przy użyciu jakiego preparatu. Sposobami redukcji określanego dysonansu przez samych nabywców są (Gbadamosi, 2009):

- poszukiwanie nowej informacji, która poprawiłaby obraz wybranej usługi medycyny estetycznej,
- zmiana oceny usługi, która wydaje się zdecydowanie lepsza od odrzuconych.

Na kolejnym rysunku 13 przedstawiono możliwe sposoby postępowania nabywców w wyniku niezadowolenia z zakupu usługi.



Rysunek 13 Sposoby postępowania konsumentów w wyniku niezadowolenia z zakupu

Źródło: Gajewski S. (1994). *Zachowanie się konsumentów a współczesny marketing*.

Dzięki zwiększeniu się świadomości pacjentów/konsumentów co do swoich praw coraz częściej zgłaszają się oni do placówek w sytuacji, gdy nastąpią powikłania. Najczęstszymi sposobami rozwiązywania sporów za powstałe niedogodności pozabiegowe są zawierane ugody pozasądowe pomiędzy konsumentem a wykonawcą usługi. Obie strony uzgadniają warunki umowy, aby zredukować dysonans pozakupowy. Zazwyczaj następuje zwrot poniesionych kosztów oraz rekompensata w formie innych zabiegów. W innym przypadku, gdy konsument nadal nie zredukował stanu napięcia wywołanego dysonansem, bądź komplikacje są na tyle poważne, że sama ugoda nie jest wystarczająca, strony wchodzą na drogę sądową. Na portalu internetowym Głosu Wielkopolskiego na początku stycznia 2019 roku pojawił się artykuł dotyczący powikłań po zabiegach powiększania ust

i modelowania twarzy nićmi samorozpuszczalnymi. Zabieg wykonywała kosmetolożka z Poznania, pomimo faktu, że osoby z tego typu wykształceniem nie są uprawnione do wykonywania tego typu usług z zakresu medycyny estetycznej, ponieważ gdy pojawią się komplikacje nie mają wiedzy oraz możliwości leczenia powikłań. Kosmetolożka wykonująca zabieg otrzymała zarzut nieumyślnego uszkodzenia ciała, dalsze postępowanie w tej sprawie nadal się toczy.

2.3. Wewnętrzne i zewnętrzne determinanty procesu zakupu usługi medycyny estetycznej

Zachowania ludzkie są kształtowane przez różną liczbę czynników, które mają silny wpływ na proces wyboru oraz samego zakupu usługi. Literatura przedmiotu wskazuje zróżnicowane podejście do klasyfikacji determinant zachowania konsumentów na rynku dóbr i usług. Autorka na potrzeby niniejszej dysertacji odwołuje się do klasyfikacji wewnętrznych i zewnętrznych czynników wpływających na proces wyboru usług medycyny estetycznej. Podział czynników wewnętrznych uwzględnia czynniki psychologiczne i czynniki demograficzne, natomiast odnosząc się do czynników zewnętrznych uwzględnione zostały czynniki społeczno–kulturowe oraz ekonomiczne. Uwzględniając rynek usług medycyny estetycznej głównymi czynnikami determinującymi zachowania konsumentów, na które należy zwrócić uwagę to czynniki psychologiczne, czynniki społeczno-kulturowe, a w dalszym etapie czynniki ekonomiczne.

W tabeli 20 przedstawiono poszczególne czynniki wpływające na proces zachowań nabywczych konsumentów.

Podstawową grupę czynników wewnętrznych stanowią czynniki psychologiczne, wśród nich wyróżnia się motyw, postawy, osobowość, proces uczenia się, emocje, doświadczenie oraz zaangażowanie konsumenta/pacjenta. Psychologiczne podejście klienta do wyboru, co w następstwie skutkuje dokonaniem zakupu lub też rezygnacją z zakupu usługi, jest bardzo złożonym problemem, na który wpływ mają nie tylko pojedyncze czynniki, ale ich współzależność.

Punktem wyjścia jest motywacja jako zespół bodźców dążących do uruchomienia działania w celu zaspokojenia zaistniałych potrzeb ludzkich. Jest to świadome działanie, gdy określony jest cel i kierunek. Aby nabywca dobrowolnie rozpoczął działania wymagane jest spełnienie poniższych warunków (Zdebski, 1996):

- wystąpienie czynnika inicjującego działanie,
- działanie powinno mieć wartość dla jednostki lub służyć realizacji tej wartości,
- warunki zewnętrzne, które w ocenie danej jednostki umożliwiają realizację tego działania.

Zjawisko motywacji musi zostać przeanalizowane w ścisłym związku z kategorią potrzeb. Pojawienie się potrzeb jest warunkiem pojawienia się motywu, natomiast nie we wszystkich przypadkach potrzeba zostaje motywatorem. Aby konsument został zmotywowany do sprecyzowanego zachowania spełnione muszą zostać trzy warunki (Woś i in., 2011):

1. istnienie potrzeby, która wprowadza w stan napięcia,
2. dążenie do likwidacji napięcia,
3. uświadomienie celu.

Fakt czy potrzeba przekształci się w motyw do realizacji zależy od siły natężenia. Natężenie motywacji zależy od jej wartości gratyfikacyjnej, która została zdefiniowana jako subiektywna wartość przypisywana celom, które redukują motywy poprzez zaspokajanie potrzeb, obniżanie lęku, zaspokajanie ciekawości oraz służą realizacji postawionych zadań (Reykowski, 1992). Ilość energii, jaką konsument jest w stanie poświęcić na osiągnięcie zamierzonego celu jest związana z ukrytą motywacją (Solomon, 2006). Na wartość gratyfikacyjną wpływ ma również dystans, czyli odległość jaką trzeba pokonać, aby cel mógł zostać zrealizowany oraz wszelkie doświadczenia nabywcy (Nowak, 1995). Podobnie jak potrzeb, motywów jest nieskończenie wiele. Powstają coraz to nowe oraz zmienia się ich struktura. Powszechnie uważa się, że motywy są pochodną potrzeb i wynikają z faktu, iż (Nowak, 1995):

- każdy człowiek odczuwa potrzeby,
- można dokonać hierarchizacji potrzeb,
- potrzeby zaspokajają się od tych najpilniejszych,
- zaspokojona potrzeba przestaje być motywatorem, a cel przechodzi na kolejną potrzebę.

Tabela 20 Determinanty wewnętrzne i zewnętrzne procesu wyboru zakupu

	Rodzaj czynników	Przykład czynników	Definicja
Czynniki wewnętrzne	Psychologiczne	Motywacja	określa konkretne zachowanie konsumenta oraz jest bezpośrednim motorem i przyczyną ludzkiego działania. Określa również siłę, która pobudza i nadaje kierunek zachowania człowieka oraz wpływa z potrzeby, która nie została zaspokojona
		Postawa	ujmuje się jako predyspozycje do logicznego reagowania na bodziec, czyli skłonność do działania bądź zachowywania się w pewien przewidywalny sposób. Co więcej postawa określa pozytywny lub negatywny stosunek wobec rzeczy, idei czy innego obiektu
		Proces uczenia się	postrzegane ze zjawiskiem spostrzegania. Oba procesy łączą się z reakcjami indywidualnego konsumenta na bodźce środowiskowe i psychospołeczne. Większość informacji dotyczącej towarów i usług, jakie konsumenci zgromadzili w pamięci jest wynikiem procesu uczenia się
		Emocje	to wszelkie świadome i nieświadome procesy wartościowania każdej stymulacji. Różnią się znakiem oraz natężeniem, a także jakością w zależności od sytuacji, w której występują, specyfiką reakcji i subiektywnych przeżyć
		Osobowość	to zespół względnie trwałych cech psychicznych człowieka decydujący o specyficznych formach jego zachowania i przystosowania do określonych warunków otoczenia. Struktura osobowości jest niepowtarzalna i jest cechą wyróżniającą jednostkę
		Styl życia	to przyswojone przez ludzi, codzienne zachowania, nawyki oraz podejmowane czynności. Jest jednym z czynników, który decyduje o stanie zdrowia ludzkiego
	Demograficzne	Wiek	
		Płeć	
		Poziom wykształcenia	
	Czynniki zewnętrzne	Społeczno – kulturowe	Kultura

		Rodzina	to naturalna i podstawowa komórka społeczeństwa posiadająca prawo do ochrony ze strony państwa i społeczeństwa. Stanowi ją duchowe zjednoczenie niewielkiego grona osób, skupionych we wspólnym ognisku domowym aktami wzajemnej pomocy i opieki, oparte na wierze z prawdziwą lub domniemaną łącznością biologiczną, tradycję rodzinną i społeczną
		Grupy odniesienia	jest to zbiór osób, do których jednostka należy lub pragnie należeć, który stanowi model do naśladowania, kształtuje postawy, zachowania, przekonania i wartości
		Liderzy opinii	osoba będąca częścią grupy społecznej, umiejętnie wpływająca na opinie innych. Co więcej przywództwo lidera opinii odbywa się w nieformalnych sytuacjach życia codziennego, zachodzi w sposób naturalny, nie jest celowe i zamierzone
	Czynniki ekonomiczne	Dochód	dochód osób fizycznych jest to strumień wpływających z różnych źródeł dóbr i usług (tzw. dochód w naturze) oraz kwot pieniężnych (tzw. dochód pieniężny). Osiągany jest w wyniku wytwarzania dóbr i świadczenie usług, transferów bezzwrotnych takich jak renty, emerytury, świadczenia pracy zarobkowej. Może pochodzić z kapitału bądź majątku oraz innych rodzajów działalności
		Cena	określona wartość wyrażona w pieniądzu, będąca ekwiwalentem danego dobra. Kupujący dokonując transakcji zakupu dobra lub usług jest obowiązany zapłacić sprzedającemu równowartość ceny
		Oszczędności	część bieżącego dochodu oraz produkcji, którą gospodarstwa domowe odkładają na przyszłą konsumpcję. Oszczędności są równe dochodowi pomniejszonemu o konsumpcję

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Adamski F. (1984). *Socjologia małżeństwa i rodziny. Wprowadzenie*. Wydawnictwo PWN s. 21 Begg D. (1999). *Mikroekonomia*. PWE. s. 558. Faxall G.F., Goldsmith E. (1998). *Psychologia konsumenta dla menedżera marketing*. Warszawa. PWN.s. 93. Hańderek J. (2015). *Pojęcie i definicje kultury. Filozofia kultury*. Red. P. Mróz. Kraków. Hughes G.D. (1971). *Attitude measurement for marketing strategies*. Glenview IL. s. 9. Katz E., Lazarsfeld P.F. (1955). *Personal Influence*. New York. Free Press. s. 138. Komar A. (1995). *Finanse Publiczne*. PWE. Ostrowska A. (2000). *Styl życia a zdrowie – bilans dekady. Jak żyją Polacy*. Warszawa. Powszechna deklaracja Praw Człowieka http://www.unesco.pl/fileadmin/user_upload/pdf/Powszechna_Deklaracja_Praw_Czlowieka.pdf (21.01.2019). Rudnicki L. (2004). *Zachowania rynkowe nabywców. Mechanizmy i uwarunkowania*. Kraków. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej. Samuelson F., Marks S.G. (2009). *Ekonomia menedżerska*. PWE. 2. s. 123 Samuelson P., Nordhaus W. (1997). *Ekonomia 1*. PWN. s. 203. Siuta J. (2005). *Słownik Psychologii*. Kraków. Wydawnictwo Zielona Sowa. Woś J., Rachocka J., Kasperek-Hoppe M., (2011). *Zachowania konsumentów teoria i praktyka*. Poznań. Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego.

W literaturze spotka się różne rodzaje motywów w zależności od przyjętych kryteriów (Woś i in., 2011). Ze względu na kryterium źródła pochodzenia wyróżnia się motywy biologiczno – fizjologiczne, które wynikają z fizycznych właściwości organizmu takich jak sen, odżywianie się, noszenie odzieży oraz unikanie bólu. Motywy społeczno–psychologiczne są związane z otoczeniem społecznym, w jakim funkcjonuje konsument, jego wykształceniem, pozycją społeczną oraz szacunkiem (Woś i in., 2011). Następną kategorią są motywy racjonalne – ekonomiczne, pobudzają działania przemyślanego zakupu dóbr o wysokiej jakości, natomiast niekoniecznie o wysokiej cenie. Motywacja może być również efektem działania emocji – przyjemności, podniecenia, ale również bodźców zewnętrznych takich jak atrakcyjność zakupu, miejsce sprzedaży oraz dążenie do przynależności do określonych grup społecznych (Michman i Mazze, 2006).

Warto zwrócić uwagę, że istnieją przypadki, w których konsument mimo powstałej motywacji, doprowadza do zaniechania działania. Taka sytuacja ma miejsce, gdy dochodzi do powstrzymania się od dokonania zakupu (Gajewski, 1994). Motywacja może również doprowadzić do konfliktu motywacyjnego, który to może wywołać pozytywne bądź negatywne konsekwencje. Wyróżnia się trzy typy konfliktów motywacyjnych (Solomon, 2006):

1. konflikt dążenie-dążenie – występuje w sytuacji, w których konsument jest zmuszony do wyboru pomiędzy dwoma lub więcej pożądanymi możliwościami, które oferują porównywalny zestaw zalet i wad. Dokonanie ostatecznego wyboru jest powiązane z utratą pewnych korzyści oferowanych przez alternatywne rozwiązanie oraz przyjęcie negatywnych cech oferty ostatecznie wybranej. Przykładem na rynku usług medycyny estetycznej może być chęć powiększenia ust. W tym przypadku konsument ma wybór pomiędzy zabiegiem przy użyciu wypełniaczy trwałych – mogących spowodować mniej naturalny wygląd lub kwasu hialuronowego, który trzeba powtórzyć, a efekt całkowicie zaniknie do roku po wykonaniu zabiegu;
2. konflikt dążenie-unikanie – występuje w sytuacjach, gdy konsument pragnie dotrzeć do celu, ale odczuwa dyskomfort, którego próbuje unikać. Na rynku usług medycyny estetycznej może występować w przypadkach, gdy konsument ma potrzebę skorzystania z usług, natomiast nie chce, aby społeczeństwo w jakim egzystuje zauważyło, że jednostka skorzystała z tego typu usług;

3. konflikt unikanie-unikanie – występuje w sytuacji, kiedy konsument musi dokonać wyboru między dwoma niesatysfakcjonującymi alternatywami. Bez względu jakiego dokona wyboru spowoduje pojawienie się dysonansu pozakupowego. Na rynku usług medycyny estetycznej konflikt unikanie-unikanie nie występuje.

Nawiązując do rynku medycyny estetycznej motywy jakimi kierują się nabywcy to: zmiana kształtu sylwetki, wzmocnienie poczucia własnej wartości poprzez wpływ zabiegów medycyny estetycznej na zwiększenie atrakcyjności w oczach jednostki, ale również otaczającego społeczeństwa (Goldberg, 2000). Co więcej – kobiety są przekonane, że modyfikacje wyglądu zewnętrznego mogą przyczynić się do polepszenia jakości życia, podjęcia lepszej pracy oraz podwyższenia statusu społeczno – ekonomicznego (Głębocka i Kulbat, 2009). Jednym z głównych czynników motywujących konsumentów do podjęcia decyzji o skorzystaniu z zabiegu z zakresu usług medycyny estetycznej są działania promowane przez mass media, które kreują współczesne standardy wyglądu zewnętrznego niezależnie od płci (Gawron, 2013). Pomimo powszechnej świadomości, że publikowane zdjęcia są poddane obróbce komputerowej, bądź nakładane są filtry, a przedstawiane piękno jest niekiedy nierzeczywiste, nie zmniejsza to pragnienia sprostania tym ideałom (Grogan, 2008; Tyler i in., 2009).

Z kolei postawa to określone zachowanie wyrażające stosunek emocjonalny lub oceniający wobec danego dobra (Woś i in. 2011). Definiuje się ją również jako trwałą, ogólną ocenę ludzi, obiektów i reklam (Solomon, 2006). Na kształtowanie się postaw konsumentów mają również wpływ informacje. Zmiany postaw wobec dóbr i usług są rzadkimi przypadkami i wynikają z posiadanej wiedzy oraz doświadczenia klienta. Co więcej – nabywca, który dysponuje mniejszą ilością informacji łatwiej zmienia postawę w przeciwieństwie do konsumenta, który ma już wyrobioną opinię.

Na postawy konsumentów silny wpływ mają również ich preferencje. Preferencje są definiowane jako system ocen i priorytetów. Dzięki swoistemu systemowi można sklasyfikować jedne dobra i usługi wyżej od innych, na której to podstawie możliwe jest dokonanie wyboru. Co więcej – warto zaznaczyć, że preferencje konsumentów mogą ulec zmianie, nie posiadają jednej sprecyzowanej skali ocen, przez co postawy również się zmieniają. Postawy w tym przypadku można określić poprzez ich znak – dodatni, ujemny, zerowy, trwałość – stopień odporności postaw na zmiany, siłę – stopień przychylności lub jej braku oraz ważność – istotność i nieistotność postaw (Kall, 2001).

Według pragmatycznego podejścia do postaw człowieka należy wyodrębnić postawy, które spełniają określone funkcje:

- funkcje praktyczne są związane z korzyściami bądź też negatywnymi skutkami użytkowania,
- funkcje obronne, czyli ochrona nabywcy przed zagrożeniem zewnętrznym lub wewnętrznym,
- funkcje wartościujące dające możliwość wyrażania przez konsumenta emocji, które umożliwiają identyfikację konsumenta z produktem,
- funkcje poznawcze wynikają z pojawienia się styczności z nowym produktem, gdzie konsument zostaje postawiony w niejednoznacznej sytuacji, która spowodowana jest brakiem wiedzy bądź dostatecznego doświadczenia.

Na relatywnie młodym rynku usług medycyny estetycznej konsumenci zdążyli wykreować postawy dotyczące wykonywania zabiegów służących do poprawy atrakcyjności fizycznej. Wśród nabywców poddających się usługom ingerującym w wygląd zewnętrzny wyróżnia się jednostki, które chętnie dzielą się informacjami z innymi oraz osoby, które pozostawiają te informacje wyłącznie dla siebie.

Jednym z czynników wpływających na zachowanie ludzkie jest proces uczenia się. Uczenie się jest procesem prowadzącym do modyfikacji zachowania się jednostki w wyniku uprzednich doświadczeń (Kurcz, 1976). Proces ten nieustannie zmienia się podczas nabywania wiedzy i doświadczeń. Uczenie się umożliwia zwiększenie wiedzy o produktach, zakupach i konsumpcji, co więcej zdobywanie doświadczenia wykorzystywane jest w kolejnych zachowaniach nabywczych i rynkowych (Jachnis, 2007). Wynikiem uczenia się może okazać się trwała zmiana, bądź też zmiana może nie nastąpić, ponieważ na proces kształtowania się wiedzy składa się również pamięć krótkotrwała. Pamięć krótkotrwała gromadzi informacje wyłącznie przez pewien okres, a jej pojemność jest ograniczona (Solomon, 2006). Za podstawę modyfikacji zachowania się konsumenta uznaje się pamięć długotrwałą (Rudnicki, 2012). Za pozytywny wynik uczenia się uznaje się wyłącznie te zmiany, które są względnie trwałe i nie wynikają ze zmian organizmu człowieka (Gajewski, 1994). Proces uczenia się inicjowany jest różnymi bodźcami, w literaturze wyróżnia się (Nowak, 1995):

- bodźce dominujące – w decydujący sposób wpływają na zachowania,
- bodźce uzupełniające – dopełnienie bodźców dominujących,

- bodźce pozostałe – neutralny wynik konkretnej reakcji.

W przypadku medycyny estetycznej proces uczenia się dotyczy najczęściej sposobu w jaki wybrane urządzenie lub substancje działają na określone tkanki organizmu człowieka. Umożliwia to dokładniejsze zrozumienie procesu zabiegowego, jak również uświadamia konsumenta/pacjenta w jaki sposób będzie przebiegała regeneracja oraz jakich efektów może się spodziewać. Warto zaznaczyć w tym miejscu, że im częściej klient korzysta z usług medycyny estetycznej tym czerpie więcej informacji a schemat wyboru usługi staje się łatwiejszy.

Emocje stanowią kolejny czynnik psychologiczny, który towarzyszy człowiekowi w codziennym życiu. To świadomie doświadczalny, subiektywny stan psychiczny. Emocje definiowane są jako uczucie pobudzenia pozytywnej lub negatywnej treści (Antonides i van Raaij, 2003). Zdolność odczuwania emocji przez człowieka jest biologicznie zaprogramowaną formą reakcji organizmu na otoczenie. Dzięki wyrażaniu emocji jednostka ma możliwość sygnalizowania światu własnych przeżyć (Rudnicki, 2012; Plutchik, 1980). Wśród pozytywnych emocji można wyróżnić: lubienie, radość, ulgę, przyjemność. Negatywne emocje to: strach, lęk, obrzydzenie, gniew (Falkowski i Tyszka, 2003). Emocje mają istotny wpływ na zachowanie się konsumentów. Prowadzą do umacniania chęci osiągania celów oraz mobilizują do działania, jednak w niektórych przypadkach mogą ograniczać, paraliżować oraz zniwelować chęć podjęcia działań. Emocje mogą się wygaszać po pewnym czasie, natomiast zostawiają po sobie ślad w postaci pewnego nastroju, który utrzymuje się znacznie dłużej. Taki długotrwały ślad może wiązać się z osobowością człowieka (Rudnicki, 2012). W literaturze przedmiotu wymienia się dziesięć emocji pierwotnych: zainteresowanie, zadowolenie i radość, zaskoczenie i zdziwienie, zmartwienie i ból, gniew i złość, wstręt i obrzydzenie, poniżenie, obawa i strach, wstyd, poczucie winy (Izard, 1977). Emocje te są zakodowane genetycznie, wynikają z dziedziczenia, mogą być również modyfikowane poprzez wpływy indywidualne oraz socjokulturowe (Światowy, 2006). Natomiast R. Plutchik (1980) wyróżnia osiem emocji pierwotnych: oczekiwanie, radość, akceptacja, strach, zdziwienie, smutek, wstręt i gniew. Reakcje emocjonalne są nieodłącznym elementem postrzegania tego co się dzieje w otoczeniu człowieka. Stąd też mają bezpośredni wpływ na wybór produktów i usług (Rudnicki, 2012). Udowodniono, że około 40% wszystkich kupujących to konsumenci zmysłowi (hedonistycznie nastawieni do życia). Tacy klienci są najbardziej wrażliwi na argumenty emocjonalne (Światowy, 2006).

Emocje w wysokim stopniu kształtują postawy wobec produktów i usług, oraz mają bezpośredni wpływ na decyzję wyboru usług i produktów. Rolę emocji procesie zakupu przedstawia się w pięciu punktach (Jachnis, 2007).

1. Emocje stanowią silną motywację zachowań konsumentów, ponieważ wymagają silnego rozładowania.
2. Emocje dają możliwość wstępnej oceny produktu i usług określając je jako „dobry” lub „zły”.
3. Emocje stanowią element postaw wobec produktów i usług.
4. Emocje wpływają na procesy informacyjne – organizowanie w pamięci i odzyskiwanie informacji.
5. Emocje odgrywają istotną rolę w odczuwaniu satysfakcji bądź dysatisfakcji.

Emocje wpływające na skorzystanie z usług medycyny estetycznej mogą dotyczyć braku akceptacji swojego wyglądu zewnętrznego. Poddanie się zabiegowi może spowodować napływ szeregu pozytywnych emocji szczególnie w przypadkach redukcji blizn powypadkowych, które nie tylko mogą wpływać na urodę, ale również mogą przypominać o traumatycznych przeżyciach.

Istotnym czynnikiem jest osobowość jako zespół względnie trwałych cech psychicznych człowieka decydujących o specyficznych formach zachowania i przystosowania konsumenta do określonych warunków otoczenia. Struktura osobowości jest jedyna w swoim rodzaju przez co staje się cechą, która różnicuje jednego człowieka od drugiego (Woś, i in., 2011). Na osobowość wpływają: odczucia, wiedza, motywy, postawy i wartości przyjmowane przez daną osobę (Nowak, 1995). Osobowość opisuje się jako kategorię cech takich jak: pewność siebie, dominacja, towarzyskość, autonomia, defensywność, zdolność przystosowania się do konkretnych warunków oraz agresję (Amstrong i Kotler, 2016). Uwzględniając temperament człowieka można wyróżnić następujące typy charakteru człowieka (Woś, i in., 2011):

- cholerycy – osoby wybuchowe, niecierpliwe, są pewne swoich racji, wyjątkowo aktywni, przeceniają własne wartości, ale nie doceniają innych. Charakteryzują się częstą i szybką zmianą nastroju. W przypadku usług medycyny estetycznej są to osoby niecierpliwe, które oczekują natychmiastowego efektu, bądź też instruują specjalistę jak ma wykonać daną usługę,

- sangwinicy – osoby podatne na wpływ innych, pozwalają sobą kierować, bardzo szybko podejmują decyzję o zakupie. Często się rozpraszają są zmienni w podejmowanych decyzjach. W przypadku usług medycyny estetycznej, są to osoby, które pragną mieć wykonany taki sam zabieg jak koleżanka, czy inna osoba trzecia, bądź też decydują się na zabieg bez wcześniejszego zastanowienia,
- flegmatycy – osoby przywiązujące dużą wagę do tradycji, ich ostateczna decyzja zakupowa jest rozważana i analizowana; szybko zniechęcają się niedogodnościami produktów lub usług, wykazują się niechętną postawą do nowości. W przypadku usług medycyny estetycznej są to osoby, które są przeciwne wszelkim działaniom iniekcyjnym, decydują się wyłącznie na sprawdzone od lat nieinwazyjne zabiegi pielęgnacyjne,
- melancholicy – osoby sprawiające wrażenie nieustannie cierpiących, są zamknięci w sobie, wymagają życzliwości i oczekują pomocy podczas dokonywania decyzji zakupowych. W przypadku usług medycyny estetycznej, są to osoby, które poddają się wszystkim proponowanym zabiegom rekomendowanym przez specjalistę, bądź też przez osoby, które wcześniej skorzystały z tych usług.

Następną klasyfikację typów osobowości przedstawili Riesman i współautorzy, którzy wyróżnili trzy grupy ludzi (Riesman i in., 1971):

- osoby o silnej orientacji na tradycję, są wyjątkowo przywiązane do przeszłości i wysoce odporne na zmiany, są to przypadki klientów, którzy nie skorzystają z zabiegów medycyny estetycznej, ponieważ uważają, że „starzeć należy się zgodnością”,
- osoby o orientacji wewnętrznej, ukierunkowanie na osobisty system wartości, wykazują się dużym szacunkiem do stosownego zachowania,
- osoby o orientacji zewnętrznej kształtują swoje postawy, zachowania i wartości na podstawie zachowań innych. Te osoby skorzystają z zabiegów zwiększających atrakcyjność pod warunkiem zachęcenia przez znane im osoby.

Kolejną typologię rodzajów osobowości wyróżnił Jung, zgodnie z którą wyróżnia się (Gajewski, 1994):

- ekstrawertyków – osoby łatwo nawiązujące kontakty z innymi ludźmi, są ufni i otwarci, wykazują się szybkim działaniem, są niecierpliwi i niechętnie analizują swoje przeżycia,

- introwertyków – to nieufne osoby, zamknięte w sobie, wykazują się skłonnością do rozmyślań i samoanalizy, wszystkie decyzje podejmują z wielkim trudem.

W literaturze opisuje się wiele klasyfikacji osobowości człowieka, ale w przeprowadzonych dotychczas badaniach wykazuje się relatywnie słabą zależność między typem osobowości a podejmowanymi decyzjami zakupowymi (Cohen i Chakravarti, 1990).

Ostatnim czynnikiem psychologicznym, stanowiącym agregat potrzeby niniejszej dysertacji jest styl życia konsumentów. Styl życia to uwarunkowany kulturowo wielowymiarowy stosunek do życia, czyli wyznawanych przez konsumenta wzorach życia, motywów postępowania i hierarchizacji wartości, dyrektywach i środkach ich realizacji. Wyraża on tym samym równowagę pomiędzy świadomością potrzeb, a możliwościami ich zaspokojenia, ale również realizowaniu aspiracji za pomocą możliwości wynikających z zajmowanej pozycji ekonomicznej i społecznej (Tyszka, 1971). Inna definicja stylu życia przedstawia się następująco, styl życia obejmuje zakres i formę codziennych zachowań jednostek lub grup społecznych (Siciński, 1976). Co więcej – styl życia określa wzorzec konsumpcji, czyli jak dana osoba skłonna jest spędzić czas oraz na jakie dobra i usługi wydaje środki finansowe. W kategorii ekonomicznej powyższe pojęcie określa w jaki sposób konsument gospodaruje swoimi zasobami pieniężnymi (Solomon, 2006). Warto również zauważyć, że styl życia oraz wyznawane przez konsumenta wartości zmieniają się na przestrzeni lat – zmiana ta uwarunkowana jest sytuacją finansową, doświadczeniem, upodobaniami oraz wiekiem: zmiany fizjologiczne, zachodzące w organizmie człowieka oraz zmiana statusu społecznego (Adamczyk, 2005; Woźniak i in, 2015).

Kolejną grupą czynników stanowią czynniki demograficzne takie jak: wiek, płeć, dochód¹⁸ i poziom wykształcenia, które mają istotny wpływ na zachowania nabywców na rynku medycyny estetycznej. Czynniki demograficzne w przypadku usług medycyny estetycznej nie powinny być pomijane. W przypadku usług medycyny estetycznej wiek nabywców jest wysoce istotnym czynnikiem. Nie określa się zakresu wiekowego w jakim konsumenci mogą poddać się tego typu zabiegom. W tym miejscu należy zaznaczyć, że sam proces starzenia się organizmu swoje początki opiewa na 25 rok życia, kiedy rozpoczyna się proces degradacji włókien kolagenowych i elastyny (Rhein i Fluhr, 2013). Konsumenci

¹⁸ Dochody konsumentów zostały omówione w kolejnym podrozdziale.

różnych grup wiekowych mają różne potrzeby, a co więcej – z wiekiem zmieniają się ich preferencje zakupowe (Kolny, 2004). Medycyna estetyczna służy pomocą w przypadku problemów skórnych pacjentów w wieku młodzieńczym. Najczęstszymi problemami, z którymi zgłaszają się młodzi konsumenci to rozstępy, które powstają w przypadku szybkiego wzrostu lub są spowodowane nadwagą (Daniszewski, 2016), ale również z problemami skórnymi takimi jak trądzik pospolity oraz nadmiernym owłosieniem twarzy i ciała (Korfel, 2003). Konsumenci najczęściej po raz pierwszy decydują się na zabiegi z zakresu medycyny estetycznej w przedziale wiekowym 30 a 35 lat (Ankiel i Kuczyńska, 2017). Uwarunkowane jest to pojawieniem się widocznych oznak starzenia się twarzy, przebytymi ciężarami oraz potrzebą redukcji coraz bardziej widocznego cellulitu (Angelini, 2017; Przyłipiak, 2017).

Czynnikiem demograficznym, który przekłada się na zróżnicowanie w istotny sposób zachowań konsumentów na rynku medycyny estetycznej jest płeć, która determinuje nie tylko zakup dóbr i usług, ale również proces podejmowania decyzji zakupowej (Rudnicki, 2012). Sam proces podejmowania decyzji nabywczych mężczyzn ma charakter liniowy, natomiast w przypadku kobiet przypomina „spiralną ścieżkę” (Barletta, 2006). Mężczyźni, na rynku usług medycyny estetycznej koncentrują się na celu jaki zamierzają osiągnąć i oczekują szybkich efektów, przez co mogą być zniechęceni zabiegami, na których efekt trzeba poczekać od 3 miesięcy czasami nawet do roku (Katz i Sadick, 2010). Kobiety, różnią się znacznie od mężczyzn szczególnie podczas procesu poszukiwania informacji, często zbaczają z tematu poszukiwań oraz wybierają coraz to nowe źródła informacji w poszukiwaniu idealnego rozwiązania w ich własnych oczach (Nowak, 2007; Nowak, 2009). Obecnie na rynku usług medycyny estetycznej można zaobserwować trend pojawiania się specjalnych zabiegów dedykowanych dla mężczyzn. Liderem wśród preparatów przeznaczonych dla mężczyzn jest firma Neauvia®, która wprowadziła nie tylko gamę wypełniaczy dedykowaną dla mężczyzn, ale również stworzyła specjalną linię kosmetyków. Swoje produkty promuje ukazując różnice pomiędzy starzeniem się skóry mężczyzny a kobiety (www.neauvia.pl). Mężczyźni w przeciwieństwie do kobiet, rzadziej wykonują zabiegi z zakresu medycyny estetycznej. Szacuje się, że jest to spowodowane nie tylko czasem oczekiwania na efekty, ale również bolesnością i nieudogodnieniami podczas wykonywania zabiegu. Natomiast w przypadku kobiet panuje przekonanie, że „aby być pięknym, trzeba się nacierpieć”.

Kolejnym czynnikiem demograficznym jest poziom wykształcenia nabywcy, często zaliczany do czynników społecznych. W przypadku usług z zakresu medycyny estetycznej wykształcenie nie ma związku z potrzebami spowodowanymi starzeniem się organizmu. Natomiast powszechnie uważa się, że wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia dochodzi do zwiększenia się świadomości działania poszczególnych urządzeń i preparatów wykorzystywanych podczas zabiegów. Co więcej – konsumenci z wyższym wykształceniem posiadają większą znajomość wad i zalet usług oraz produktów. Mimo, że samo wykształcenie nie ma dużego wpływu na decyzje zakupowe usług medycyny estetycznej, wykonywany zawód już owszem (Rudnicki, 2012). Najlepszym przykładem są osoby wykonujące zawody medyczne oraz sami lekarze, których znajomość anatomii i działania poszczególnych preparatów na organizm człowieka, może spowodować dużo więcej obaw, niż w przypadku osób, które posiadają wykształcenie w pozamedycznych dziedzinach naukowych, np. aktorzy czy prawnicy.

Drugą odrębną grupę determinant stanowią czynniki zewnętrzne mające wpływ na zachowania konsumentów. Zalicza się do nich: czynniki ekonomiczne oraz społeczno-kulturowe.

Kultura jest określana jako najistotniejszy czynnik kształtujący zachowania konsumenta. Kulturę określa się jako ogół wytworów działalności ludzkiej, materialnych i niematerialnych wartości i uznawanych sposobów postępowania, zobiektywizowanych i przyjętych w dowolnych zbiorowościach, przekazywanych innym zbiorowościom i następnym pokoleniom (Szczepański, 1967). Wytwory materialne określa się jako przedmioty codziennego użytku, odzież, samochody, narzędzia pracy, natomiast wytwory niematerialne to pewne wartości, przekonania wyznawane idee oraz wrażenia. Kultura powstała w wyniku ewolucji społecznej, w której przyjęte systemy wartości i rozwój człowieka umożliwił przystosowanie się do otaczającego środowiska. Na zasadzie „selekcji naturalnej” pewne typy zachowań, norm i wartości stają się częścią tradycji kulturowej, które zostają przekazywane z pokolenia na pokolenia. Wszystkie kultury mimo swojego zróżnicowania na całym świecie posiadają pewne wspólne cechy (Antonides i van Raaij, 2003):

- Posiadają funkcjonalny cel, gdzie tworzone i utrwalane stają się pewne systemy wartości, przekonań i form zachowania. Tworzą ramy aprobowanego zachowania, do których człowiek zostaje zmuszony się przystosować, np. poprzez systemy prawne oraz

kreowanie pewnych nieformalnych, natomiast oczekiwanych przez całe społeczeństwo zasad zachowania się.

- Kultura jest wynikiem uczenia się. Rodzina, szkoła i specjalne instytucje uczą w jaki sposób funkcjonuje kultura i jakie zachowania są wskazane w otaczającym człowieka środowisku. Odbywa się to na zasadzie pokazywania jak dziecko powinno zachowywać się przy stole, ale też nauka następuje poprzez obserwację i naśladownictwo wzorów zachowania innych.
- Kultura przekazywana jest z pokolenia na pokolenia, swój początek ma w poprzednich epokach. Mimo jej ewolucji wobec zmieniającego się świata i rozwoju technologii, wciąż pewne zasady zachowań są niezmiennie.
- Kultura ma charakter arbitralny, przez co rozumie się, że pewne zachowania powszechnie stosowane w jednej kulturze nie muszą być akceptowane przez drugą. Warto zaznaczyć, że odmienność zachowań nie jest wynikiem wyższości jednej kultury na inną, ale jej różnorodności (Elias, 1980).
- Kultura dzieli się na mniejsze subkultury, które określane są jako grupy kultury mniejszej, stanowiące część większej całości. Członkowie subkultury mimo podzielenia wielu zwyczajów, systemów wartości i sposobów postępowania, mają własne odmienne wzory zachowań. Najczęstszymi kryteriami są narodowość, region zamieszkania, wyznawana religia, wiek i wykonywane zajęcie.

Wszystkie normy kulturowe wydają się być uniwersalne np. hierarchia wieku ludzi, ozdabianie ciała, czystość, kształcenie się, etyka i etykieta, czy też pozycja społeczna (Foxall i Goldsmith, 1998). Kultura na rynku usług medycyny estetycznej odgrywa ważną rolę, szczególnie wpływając na popularność rodzajów wykonywanych zabiegów. W Brazylii szczególną uwagę zwraca się na urodę, a popularność operacji plastycznych i inwazyjnych ingerencji w ciało człowieka z roku na rok wzrasta. Atrakcyjność fizyczna jest wysoce ceniona i eksponowana szczególnie podczas karnawału w Rio de Janeiro (Edmonds, 2007). Najczęstszymi zabiegami jakie wykonuje się w Brazylii to powiększanie lub pomniejszanie piersi (Bernardo, 2017), implanty pośladków oraz chirurgiczne usuwanie cellulitu (Uebel i in., 2018). Natomiast w Korei Południowej najczęstszymi zabiegami są wybielanie skóry, rynoplastyka oraz lifting powiek. Jest to uwarunkowane pragnieniem Kореanek czy też Kореańczyków upodobnienia się do urody typu kaukaskiego. Szacuje się, że około 50% Kореanek posiada opadającą powiekę górną. Popularność tych zabiegów

wynika z kultury azjatyckiej, gdzie obywatele mają potrzebę upodobnienia się do Europejki (Kim i Cho Chung, 2018). Z drugiej strony w Stanach Zjednoczonych popularność zyskały implanty pośladków. Kult krągłych pośladków rozpoczął się w momencie rozkwitu kultury hip-hopu, gdzie ciemnoskóre kobiety występowały w teledyskach znanych artystów. W tym przypadku kobiety o urodzie kaukaskiej próbują się upodobnić do naturalnych krągłości kobiet o V fototypie wg Fitzpatrika¹⁹ (www.polityka.pl).

Przywołane powyżej przykłady wyraźnie wskazują, że kultura odgrywa rolę w zachowaniach konsumentów na rynku usług medycyny estetycznej. Natomiast uniwersalne jest, że pragnienie bycia pięknym oraz dążenie do idealnego wyglądu jest ponadkulturowe (Krech, 2017).

Czynniki społeczne to ważne czynniki determinujące zachowanie konsumentów na rynku, albowiem ludzie są jednostkami społecznymi, a na ich działania silnie wpływają inne osoby (Woś i in., 2011). Konsument często decyduje się na zakup, ponieważ inne osoby dokonały podobnego zakupu, bądź też nabywają dobra, aby uzyskać pozytywne wyobrażenie ze strony innych (Gajewski, 1994). Do najistotniejszych czynników społecznych zalicza się rodzinę, grupy odniesienia oraz liderów opinii.

Rodzina ma istotny wpływ na zachowania nabywcze konsumentów, rodzina nie jest wyłącznie jednostką, która wpływa na podejmowane decyzje przez jej członków, ale również zapewnia bezpieczeństwo oraz przynależność (Popcorn, 1992). Ważnym elementem prowadzenia gospodarstwa domowego jest *prosumpcja* – czyli połączenie produkcji i konsumpcji (Toffler, 1980). Polega ona na niezarobkowej prywatnej produkcji i konsumpcji dla własnego użytku co więcej – posiada wartość dodaną (Antonides i van Raaji, 2003). Rodzina od najmłodszych lat determinuje pewne zachowania, potrzeby i sposoby podejmowania decyzji. To czego konsument nauczył się za młodu w dużej mierze determinuje jego przyszłe zachowanie. Oczywiście dzięki samorozwojowi, wykształceniu oraz licznym przemianom socjologicznym zmiany w zachowaniach konsumentów są nieuniknione. Według tradycji mężczyzna dominuje podczas decyzji o zakupie samochodu, natomiast kobieta ma decydujący głos w dziedzinie zakupów produktów spożywczych oraz odzieży (Antonides i van Raaji, 2003). Wyróżnia się dwa rodzaje podejmowanych decyzji; podejmowane wspólnie – decyzje synkretyczne, dotyczą one wykończenia domu,

¹⁹ Fototypy jest to numeryczny schemat klasyfikacji koloru skóry człowieka, w tym przypadku V fototyp osoby o ciemnobrązowym kolorze skóry.

kształcenia dzieci oraz wycieczek wakacyjnych. Natomiast decyzje podejmowane samodzielnie, dotyczą sprzętu ogrodniczego, kosmetyków i alkoholu (Davis i Rigaux, 1974). W przypadku usług medycyny estetycznej zwykle kobiety podejmują samodzielnie decyzje o poddaniu się konkretnemu zabiegowi, natomiast w przypadku mężczyzn zwykle odbywa to się za namową żony/partnerki. Uwarunkowane jest to sytuacjami, że kobieta (żona, partnerka) ma już wcześniejsze doświadczenia związane z takimi usługami i jest wiarygodnym źródłem informacji w procesie decyzyjnym mężczyzny.

Grupy odniesienia to kolejny czynnik wpływający na kształtowanie się zachowań konsumentów, a jest to grupa osób do której człowiek pragnie należeć, bądź z którą się identyfikuje i której normy postępowania akceptuje (Rudnicki, 2012). Grupy odniesienia wpływają na zachowanie konsumenta poprzez kontakty interpersonalne. Odnoszą się do skutków takich jak: uległość, identyfikacja i internalizacja (Foxall i Goldsmith, 1998; Lambkin i in., 2001). Grupy odniesienia wpływają na zachowania konsumentów w następujący sposób (Rudnicki, 2012):

- oddziałują na poziom aspiracji, umożliwiają wywołanie stanu satysfakcji i niezadowolenia z własnych osiągnięć. W takim przypadku konsument zaczyna dążyć do uzyskania pozycji posiadanej przez innych,
- wpływają na zachowanie konsumentów poprzez wyznaczanie wzorów wydatkowania środków finansowych, urządzania domu bądź wzorów prestiżu.

W przypadku nabywania dóbr i usług luksusowych, grupy odniesienia odgrywają ważniejszą rolę, niż w przypadku dóbr pierwszej potrzeby. Oddziaływanie na zachowanie konsumenta polega na sugerowaniu mu kupna określonej marki, która jest utożsamiana z określonym statusem społecznym (Bywalec, 2002). Wpływ grup odniesienia oparty jest na systemie informacyjnym. Siła i charakter oddziaływania na postępowanie nabywcy zależy od typu grupy. Wyróżnia się następujące rodzaje grup odniesienia, których krótkie charakterystyki odzwierciedlone zostały w tabeli 21.

Rodzina i osoby trzecie są najbardziej wiarygodnym źródłem informacji dotyczącym usług. Konsumenty mogą mieć obawy co do nowości pojawiających się na rynku. Stąd opinia osób, które wcześniej skorzystały z wybranego typu usług mogą rozwiązać wątpliwości potencjalnego klienta. Osoby powszechnie znane, takie jak celebryci czy też aktorzy promują zachowania prozdrowotne, które mają znaczący wpływ na dbałość o zdrowie wśród społeczeństwa (Hoffman i in., 2017). Za przykład można przedstawić w tym miejscu

postać Earvin'a Johanson, który w 1990 roku upublicznił pozytywny wynik swojego badania na wirusa HIV. Tym samym tydzień po oświadczeniu US Centers for Disease Control and Prevention's National AIDS zanotowała 28.000 telefonów od osób chcących zwiększyć swoją wiedzę dotyczącą chorób tego typu (Kalichman i Hunter, 1992). Z kolei, gdy do opinii publicznej przedostała się informacja o podwójnej mastektomii, którą wykonała Angelina Jolie, miesiąc po pojawieniu się informacji zaobserwowano znaczący wzrost liczby pacjentów, którzy poddali się badaniom screeningowym w kierunku raka piersi. Badanie to dotyczyło oznaczania genu BRCA 1²⁰ (Lee, 2013).

Tabela 21 Rodzaje grup odniesienia

Grupa odniesienia	Charakterystyka grupy
Poznawcze	grupa, do których jednostka nie należy, natomiast pełni ona rolę porównawczą. Poprzez obserwację, określa aspiracje i sposób ich zaspokojenia np. porównanie dochodów, bądź wyglądu zewnętrznego (influencerzy, celebryci, osoby powszechnie znane publikujące posty w mediach społecznościowych na temat wykonanych zabiegów medycyny estetycznej, co skutkuje, że obserwatorzy także pragną skorzystać z tych usług)
Normatywne	stanowi dla człowieka źródło norm i wartości niezależnie od przynależności. Działa na zasadzie porównania społecznego z osobami stojącymi o szczebel wyżej w drabinie społecznej. Świadomie lub nieświadomie ma nadzieję wypaść lepiej niż inni, co może się przekładać na korzystanie z usług medycyny estetycznej w placówkach o wyższym standardzie
Pierwotna	grupa członków, z którą łączy człowieka bliski kontakt osobisty i harmonia. Np. rodzina, przyjaciele, z których polecenia klient decyduje się na skorzystanie z usług medycyny estetycznej
Wtórne	grupa członków, która wykazuje kontakty osobiste, lecz nie, aż tak częste jak w przypadku grupy pierwotnej. Mają nieco mniejszy wpływ na zachowania, są nimi np. współpracownicy, związki zawodowe i wspólnoty, np. klient zauważa pozytywny wpływ zabiegów medycyny estetycznej na wygląd zewnętrzny i decyduje się również poprawić swój wizerunek
Aspiracyjne	ma potrzebę naśladowania norm, wartości i zachowania innych np. naśladowanie innych osób, które mają doświadczenie z medycyną estetyczną
Dysocjacyjne	jednostka ma motywacje, aby nie należeć do pewnej grupy, np. młodzi odcinający się od pokolenia swoich rodziców, którzy pragną starzeć się w lepszy sposób niż dziadkowie czy też rodzice
Formalna	mają wyraźną strukturę i dobrą organizację; czynnikiem łączącym są zazwyczaj wspólne interesy, a nie normy czy wartości, a współpracownicy nie chcą odstawać od przełożonych stąd decydują się na usługi medycyny estetycznej
Nieformalna	grupy mają wyrazistą strukturę, charakteryzują się przyjaźnią i koleżeństwem pomiędzy członkami, posiadają mniej sprecyzowane cele, ale z ich polecenia decydują się na zabiegi medycyny estetycznej

Źródło: opracowanie własne na podstawie Antonides G., van Raaij W.F. (2003). *Zachowania konsumenta*. Podręcznik Akademicki, Festinger L. (1954). *A theory of social comparison process*.

²⁰ BRCA 1 – gen supesorowy występujący na długim ramieniu 17 chromosomu, gdzie mutacje w jego obrębie warunkują zwiększoną predyspozycję zachorowania na raka piersi i/lub jajników.

Ostatnim czynnikiem społecznym omówionym na potrzeby niniejszej dysertacji są liderzy opinii, czyli osoby, które świadomie lub nieświadomie wpływają na zachowania innych, których postępowanie uwzględniając zajmowane stanowiska, prestiż, wiedzę i pełnione funkcje stają się przedmiotem naśladowania. Nabywcy czerpią lub bezpośrednio zwracają się po informacje oraz porady (Rudnicki, 2012). Badania wskazują, że aż 60% konsumentów w miastach, którzy dokonują zakupów nowych produktów czerpie informacje z opinii osób, którzy pełnią funkcję liderów opinii (Żurawik i Żurawik, 1996). Rola lidera jest najaktywniejsza w momencie, gdy upublicznia i udostępnia on swoją wiedzę, zdobyte informacje o produkcie i usłudze oraz o miejscu, w którym mogą zostać zakupione. Porada lidera jest często traktowana jako opinia eksperta w danej dziedzinie. Jego rola jest szczególnie ceniona w momencie, gdy występuję duża szansa nietrafnego podjęcia decyzji zakupowej (Rudnicki, 2012). Oddziaływanie wertykalne i horyzontalne wśród liderów opinii ma charakter:

- oddziaływanie wertykalne – liderzy wywodzą się z wyższych grup społecznych, o wyższych dochodach. Mogą być nimi aktorzy, powszechnie znani sportowcy, dziennikarze, prezenterzy oraz w przypadku usług medycyny estetycznej lekarze pojawiający się w mass mediach.
- oddziaływanie horyzontalne – liderzy wywodzą się z tej samej grupy społecznej co naśladowcy. Wydaje się, że zjawisko to następuje częściej niż wertykalne.

Podatność konsumentów na wpływy liderów jest silnie determinowana osobowością konsumenta. Nabywcy bardziej podatni na oddziaływania liderów są to konsumenci zewnątrzsterowani, którzy są nieaktywni w poszukiwaniu informacji i charakteryzują się mniejszą aktywnością w podejmowaniu decyzji. Natomiast konsumenci mniej podatni na działania liderów opinii to osoby cechujące się dużą aktywnością w poszukiwaniu informacji oraz samodzielnie podejmujący decyzje zakupowe.

Na rynku usług medycyny estetycznej poza osobami powszechnie znanymi, czyli celebrytami, liderami opinii są również lekarze, którzy wyrażają swoje opinie oraz edukują konsumentów/pacjentów w Internecie bądź w telewizji. Jednym z obecnie najbardziej cenionych lekarzy medycyny estetycznej jest dr n. med. Marcin Ambroziak, który w swoich programach telewizyjnych na stacji TVN, TVN Style oraz Discovery przedstawia swoją pracę od kulis. Edukuje w jaki sposób wykonywane są zabiegi oraz jakie są możliwości leczenia lub korekty defektów urody. Natomiast w Internecie można spotkać się

z dr n. med. Markiem Wasilukiem, który prowadzi blog www.marekwasiluk.pl, gdzie publikuje informacje na temat zabiegów, których należy się wystrzegać oraz jakie mogą być konsekwencje poddania się zabiegom wykonywanym przez osoby nieposiadające kwalifikacji. Uświadamia również potencjalnych i obecnych nabywców usług medycyny estetycznej, że niektóre procedury i zabiegi takie jak np. HIFU są dostępne i znane od lat, a promowanie ich przez gabinety i kliniki jako nowości jest wyłącznie działaniem reklamowym. Co więcej – dzięki prowadzeniu bloga, daje możliwość komunikacji dwukierunkowej, a na odpowiedzi nie trzeba długo czekać. W ten sposób dzięki dużej interakcji publicznej między lekarzem a pacjentem, możliwe jest uzyskanie jak najlepszych i najwiarygodniejszych informacji od specjalistów, którzy mają największą wiedzę w dziedzinie nauk medycyny estetycznej.

Kolejną grupą czynników zewnętrznych są czynniki ekonomiczne. Występujące ograniczenia finansowe klientów stają się przesłanką do dokonania hierarchizacji potrzeb i podejmowania decyzji o wydatkach lub też oszczędzaniu pieniędzy (Antonides i van Raaji, 2003). Do czynników ekonomicznych zalicza się dochód, oszczędności i cenę.

Dochody nabywcy odgrywają znaczący wpływ na zakup dóbr i usług. Na sytuację ekonomiczną konsumenta wpływają również ceny (Kieźel i Smyczek, 2002). Dochód określa możliwości dostępne jednostce podczas zaspokajania potrzeb, ale również w pewnym stopniu ogranicza jego możliwości – finansowa bariera zaspokajania potrzeb (Rekowski, 2017). Dochód wpływa na wydatki konsumpcyjne, przy czym wyraźnie obserwuje się, że wraz ze wzrostem dochodów następują wyższe wydatki na konsumpcję (Rudnicki, 2012). Obserwuje się, że nie każda zmiana w dochodach nabywcy przekłada się na natychmiastową zmianę w zachowaniach konsumpcyjnych. Uwarunkowane jest to faktem, że konsument dopiero po upływie pewnego czasu od osiągnięcia wyższych dochodów przechodzi do konsumenta zamożniejszego (Światowy, 2006). W przypadku usług medycyny estetycznej, mimo, że ceny na przestrzeni 10 lat zmalały, wciąż uważane są powszechnie za usługi luksusowe. Wraz ze wzrostem dochodów wydatki konsumentów na zabiegi poprawiające urodę są wyższe. Zabiegi medycyny estetycznej są częściej wybierane przez nabywców o większych dochodach. W tabeli 22 przedstawiono porównanie cen epilacji laserowej w roku 2008 i 2022.

Dane przedstawione w tabeli 22 wyraźnie wskazują na spadek cen epilacji laserowej na przestrzeni 14 lat, a tym samym zwiększenie dostępności tych usług. Na przełomie lat

2013/2014 przeprowadzono badanie dotyczące luksusowych usług upiększających, gdzie 56% respondentów wskazało, że usługi medycyny estetycznej powinny cechować się wysoką ceną, a 84% badanych określiło, że powinny być wysokiej jakości. W tym przypadku wysoka jakość powinna być równoznaczna z wysoką ceną (Newerli-Guz i in., 2014).

Tabela 22 Ceny epilacji laserowej w roku 2008 roku oraz w 2022 roku

Partia ciała	Cena pojedynczego zabiegu w 2008 roku	Cena pojedynczego zabiegu w 2022 roku
Łydki	800 zł	400 zł
Uda	800 zł	400 zł
Bikini	700 zł	300 zł
Pachy	400 zł	200 zł
Plecy męskie	1000 zł	400 zł
Okolice twarzy męskiej	500 zł	200 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie niepublikowanego cennika epilacji laserowej w Klinice Medycyny Estetycznej dr Sebastian Kuczyński w Poznaniu

Oszczędności nie wywierają bezpośredniego wpływu na bieżącą konsumpcję. Mają natomiast wyraźnie kształtować popyt na dobra wyższego rzędu, w tym usługi i dobra luksusowe (Woś i in., 2011). Dawniej w kulturze zachodu oszczędności były uważane za cnotę, natomiast w średniowieczu istniały prawa, które ograniczały nieumiarkowane wydawanie pieniędzy przez zwykłych ludzi. Obecnie czasy znacząco się zmieniły, teraz decyzje o oszczędzaniu dotyczą wyłącznie samych konsumentów (Antonides i van Raaji, 2003).

2.4. Trendy w zachowaniach konsumentów na rynku usług medycyny estetycznej

Trend definiowany jest jako zmiany zachodzące w różnych obszarach: psychologicznych, socjologicznych oraz ekonomicznych (Vejlgaard, 2008). Powstają one na skutek oddziaływań pochodzących z otoczenia. Wynikają z czynników ekonomicznych, demograficznych, społecznych, prawnych i politycznych oraz technologicznych. Mogą mieć charakter długo i krótkotrwały. Cechami trendów jest ich współwystępowanie, czyli wzajemne nakładanie się na siebie kilku trendów, ale również ich dywergencja, czyli powstawanie w tym samym czasie dwóch lub więcej przeciwstawnych trendów (Tkaczyk, 2012).

Bazując na Euromonitor International Survey Lifestyles można wyróżnić następujące trendy w zachowaniach konsumentów mające istotny wpływ na rynek medycyny estetycznej (Consumer Lifestyles in 2017: Global Survey Results):

- Chcę to teraz! – *I want it now!*,
- Agnostycy wieku – *Age Agnostic*,
- Każdy jest ekspertem – *Everyone an expert*,
- Samotnie żyjący – *Loner Living*,
- Potrafię o siebie zadbać – *I can look after myself*.

I want it now! – czyli w dosłownym tłumaczeniu „chce to, teraz”. W obecnych czasach konsumenci są bardzo zajęci i cechują się permanentnym brakiem czasu. Żyją w pośpiechu, a czas jest dla współczesnego człowieka najcenniejszy. Aby sprostać tym wymaganiom przedsiębiorstwa umożliwiają dostęp do produktów oraz usług w najszybszym czasie. Na rynku usług medycznych i kosmetycznych, aby sprostać wyżej wymienionym wymaganiom powstały aplikacje mobilne (Booksy) i strony internetowe (www.znanylekarz.pl), które umożliwiają zapisanie się na wizytę lekarską, kosmetyczną czy fryzjerską o dowolnej porze, nie tylko w godzinach funkcjonowania danej placówki. Co więcej – umożliwiają również odwołanie wizyty bez konieczności kontaktu telefonicznego. Raport Euromonitor International’s Lifestyle Survey udowadnia, że konsumenci są w stanie ponieść wyższe koszty usługi bądź dóbr pod warunkiem, że zaoszczędzą na czasie. Trend ten jest najsilniejszy w krajach wysoko rozwiniętych. W 2017 roku, aż 55% respondentów narodowości chińskiej była skłonnych ponieść wyższe koszty usług i produktów pod warunkiem, że oszczędzą czas. Technologia wykorzystywana w medycynie estetycznej również wychodzi naprzeciw temu trendowi. Z roku na rok na rynku pojawiają się nowe urządzenia i techniki, które umożliwiają bezinwazyjne metody poprawy wyglądu zewnętrznego²¹ oraz natychmiastowy efekt pozabiegowy. Czas jest na wagę złota, dlatego pojawiają się liczne udogodnienia dla pacjentów, a czas oczekiwania na konsultację czy zabieg jest bardzo krótki. Można przypuszczać, że trend ten będzie utrzymywał się długoterminowo.

Kolejnym trendem w zachowaniach konsumentów jest *Age Agnostic*, czyli w dosłownym tłumaczeniu „agnostyk wieku”. Trend ten dotyczy osób urodzonych w latach 1946-1964, nazywanych pokoleniem Baby Boomers. Osoby starsze pragną czuć się, zachowywać się oraz być traktowane jak osoby młode. Jak już wspomniano wcześniej różnice wieku pomiędzy pokoleniami zostają zatarte, obecnie trudno jest oszacować wiek osoby, ponieważ osoby starsze są w doskonałej kondycji fizycznej, ubierają się zgodnie

²¹ Technologie nieinwazyjnych metod zostały szerzej opisane w Rozdziale 1. (vide 1.4.)

z obowiązującą modą, mają nieograniczony dostęp do zabiegów z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej oraz zabiegów kosmetycznych. Baby Boomers lekceważą swój wiek, nie czują się jak osoby stare, a co więcej – nie chcą być tak postrzegane w oczach innych. Są to konsumenci biegli w nowoczesnej technologii często swoją wiedzą techniczną przewyższają osoby urodzone po 2000 roku. Jest to nowo powstała grupa dojrzałych konsumentów, którzy chcą wyglądać i czuć się młodo najdłużej jak to tylko możliwe. Warto również zaznaczyć, że Baby Boomers charakteryzują się wyższymi zasobami środków finansowych, stąd szacuje się, że do 2025 roku wzrost zakupu luksusowych produktów i usług, wykonywania zabiegów z zakresu medycyny estetycznej, spożycia suplementów diety wzrośnie nawet do 26%.

Everyone's an expert – czyli w dosłownym tłumaczeniu „wszyscy są ekspertami” to kolejny trend. Wiedza to potęga, a w dzisiejszych czasach możliwość jej zdobycia jest nieograniczona, między innymi dzięki ogólnie dostępnemu Internetowi. Nieuniknionym staje się potrzeba wykonania usług czy zakupu dóbr o jak najwyższej jakości i w jak najniższej cenie. Faktem jest, że ceny usług medycyny estetycznej znacząco spadły. Siła „*word of mouth*” jest w obecnych czasach najistotniejszym czynnikiem gwarantującym jakość. Konsumenci nie są skłonni uwierzyć w każdy przekaz reklamowy, dzięki silnemu rozwojowi mediów społecznościowych, nabywca danej usługi czerpie wiedzę od osób, które mają doświadczenie w tym obszarze. Powiedzenie „konsument ma zawsze rację” nigdy dotąd nie miało tak silnego znaczenia. Współcześnie konsument ma możliwość wyrażenia i opublikowania własnej opinii dotyczącej produktów czy usług na oficjalnych stronach usługodawców. Dzięki temu umożliwia innym konsumentom poszerzanie wiedzy. Klienci są w obecnych czasach bardzo wrażliwi na wartość pieniądza, ale również cenią sobie rekomendacje rówieśników. Paradoxem jest fakt, że trend ten dotyczy głównie osób zamożnych i średniozamożnych, natomiast *Everyone is an Expert* mogą być osoby w każdym wieku. Powyższy trend w zachowaniach konsumentów wymaga od usługodawców na rynku medycyny estetycznej konieczności nieustannego zwiększania wiedzy specjalistów oraz podążania za nowymi technologiami. Dzięki wykorzystaniu mediów społecznościowych przez placówki medycyny estetycznej umożliwia się konsumentom nie tylko wyrażanie opinii w formie komentarzy, ale również daje możliwość zadawania pytań, na które zobowiązani są usługodawcy odpowiadać. To narzędzie umożliwia konsumentom dzielenie się swoją wiedzą i jej poszerzanie.

Następnym, najnowszym trendem, który został poddany analizie na potrzeby niniejszej dysertacji to *Loner Living* – czyli w dosłownym tłumaczeniu „osoba żyjąca samotnie”. Są to konsumenci, którzy cenią sobie życie w gospodarstwie jednoosobowym. Trend ten dotyczy głównie osób w wieku 50+. Są to osoby po rozwodach bądź które owdowiały. Obecnie szacuje się wzrost liczby osób żyjących w pojedynkę na poziomie 2% w porównaniu do poprzedniego wieku. Wzrost ogólnościatowych rozwodów jest motywatorem potrzeby bycia niezależnym. Szacuje się, że do roku 2030 liczba jednoosobowych gospodarstw domowych wzrośnie do 23,4% względem roku 2019 (www.money.pl). Trend ten dotyczy również osób młodych, które opóźniają lub unikają małżeństwa, są ściśle nastawione na swoją karierę, żyją w miastach i nie mają potrzeby wyprowadzenia się na przedmieścia, czy na wieś. Według Euromonitor International's Lifestyle Survey 2019 *Loner Living* to osoby zdrowsze i bardziej spełnione, które są skłonne do zakupów nowych produktów czy skorzystania z nowych usług, sugerując się jakością, a nie ceną. Faktem jest również, że celebryści swoją niezależność, mają więcej czasu dla siebie, dbałości o zdrowie i urodę, co silnie determinuje rozwój rynku medycyny estetycznej.

Ostatnim analizowanym trendem na potrzeby niniejszej dysertacji jest *I Can Look After Myself* – „potrafię o siebie zadbać”. Trend ten dotyczy działań prewencyjnych i zwiększających świadomość chorób, którymi konsument może być obciążony genetycznie. Dodatkowo skupia się na szczęściu, zapewnieniu sobie komfortu oraz konsultowaniu się ze specjalistami. Konsument nie tylko skupia się na zdrowiu, na odzieży jaką nosi, produktach spożywczych jakie konsumuje, ale też na poprawie urody. *I Can Look After Myself* to forma wzmożonego dbania o własną osobę, ale również upraszczania życia codziennego poprzez wykorzystanie najnowszych technologii. Trend ten jest ściśle związany ze sprostaniem potrzeb konsumentów takich jak ułatwienie życia, poprawa wyglądu zewnętrznego, ale również na zachowaniach prozdrowotnych. Medycyna estetyczna wychodzi naprzeciw oczekiwaniom klientów pragnących starzeć się w możliwie jak najlepszy sposób. Działania placówek medycznych dotyczące zmniejszenia inwazyjności zabiegów, mogą mieć formę zabiegów lunchowych, czyli takich, które nie wymagają okresu rekonwalescencji np. konturowanie sylwetki urządzeniami wykorzystującymi technologię HIFEM czy też minimalnie inwazyjne takie jak iniekcje kwasem hialuronowym czy też toksyną botulinową typu A.

Rozdział 3. Proces wyboru i zakupu usługi medycyny estetycznej w świetle badań własnych

Specyfika rynku usług medycyny estetycznej, w szczególności relatywnie wysokie koszty, brak możliwości refundacji, subiektywność w ocenie wyglądu pacjenta i doboru rodzaju usług sprawia, że czynniki wpływające na wybór i zakup usług z zakresu medycyny estetycznej przez konsumenta/pacjenta mogą zdecydowanie różnić się od czynników wpływających na zakup usług adresowanych do konsumentów indywidualnych na innych rynkach (Babakus i in., 1991). Co więcej – zabiegi medycyny estetycznej są obarczone ryzykiem powikłań pozabiegowych co oznacza, że decyzja konsumenta/pacjenta o wyborze i skorzystaniu z tych usług jest na ogół poddawana długim rozważaniom oraz wiąże się z rzetelną analizą informacji o placówce oraz o samych specjalistach wykonujących zabiegi, ale również o przebiegu usługi i okresie rekonwalescencji (Bauer, 1960; D’Amico i in. 2008; Bismarck i in., 2012). Poddając analizie literaturę przedmiotu dotyczącą zachowań konsumentów na rynku usług medycyny estetycznej w Polsce jak i na świecie można zauważyć znaczącą lukę badawczą dotyczącą segmentu usług medycyny estetycznej. W przypadku rynku chirurgii plastycznej zachowania pacjentów/konsumentów, ich postawy, świadomość czy też determinanty satysfakcji są przedmiotem licznych badań i analiz, natomiast w przypadku rynku usług medycyny estetycznej zachowania konsumentów pozostają nie do końca nierozpoznane (De Vries i in., 2014). Luka badawcza przede wszystkim dotyczy identyfikacji, analizy i oceny przesłanek korzystania z usług medycyny estetycznej, ale również czynników wpływających na satysfakcję czy też dysatysfakcję osoby poddającej się usługom medycyny estetycznej. Generalnie zachowania konsumentów na rynku usług medycyny estetycznej to mało rozpoznany obszar badawczy ze względu na następujące ograniczenia (Ankiel i in., 2021):

- brak jednoznacznej definicji usług medycyny estetycznej, co sprawia trudności w klasyfikacji i typologii usług, a co za tym idzie w ich zbadaniu,
- medycyna estetyczna to relatywnie nowa dziedzina usług medycznych, zatem od strony ekonomicznej i socjologicznej można zauważyć niewielką liczbę prac naukowo – badawczych z powyższego zakresu,
- usługi medycyny estetycznej wciąż stanowią temat „tabu”, zatem przeprowadzenie badań wśród konsumentów/pacjentów wiąże się z ryzykiem odmowy odpowiedzi na

pytania zawarte w kwestionariuszach badawczych (nawet w przypadku wykorzystania specyficznych technik badawczych takich jak np. techniki projekcyjne).

Pomimo przedstawionych ograniczeń warto zaznaczyć, że rynek usług medycyny estetycznej, a w szczególności zachowania strony popytowej rynku medycyny estetycznej, stanowią wysoce interesujący obszar badawczy w Polsce oraz na świecie. Zatem podjęcie badań i analiz zawartych w niniejszej dysertacji doktorskiej jest w pełni uzasadnione.

3.1. Cele i hipotezy badawcze

Zrealizowany w dysertacji zaawansowany proces badawczy miał na celu identyfikację zachowań nabywczych konsumentów w zakresie usług medycyny estetycznej w Polsce. Jednym z kluczowych aspektów badawczych była diagnoza przesłanek, którymi kierują się konsumenci decydujący się na zabieg medycyny estetycznej, identyfikacja najpopularniejszych zabiegów wybieranych przez konsumentów, jak również źródeł informacji stanowiących podstawę wyboru i zakupu usług medycyny estetycznej. Przeprowadzona procedura badawcza pozwoliła również na wyodrębnienie i ocenę kluczowych determinant wyboru i zakupu innowacyjnych usług medycyny estetycznej przez konsumentów/pacjentów w Polsce.

Sformułowane na potrzeby dysertacji cele badawcze (główny i szczegółowe) są następujące:

Cel główny:

- Identyfikacja, wyodrębnienie i ocena znaczenia determinant zachowań nabywczych konsumentów na rynku usług medycyny estetycznej w Polsce.

Cele szczegółowe:

1. Identyfikacja i ocena znaczenia źródeł informacji o usługach medycyny estetycznej w kontekście procesu podejmowania decyzji konsumenckich.
2. Rozpoznanie i wskazanie najpopularniejszych, najczęściej wybieranych przez konsumentów usług medycyny estetycznej.
3. Rozpoznanie najważniejszych determinant wyboru i zakupu usług medycyny estetycznej przez konsumentów.
4. Ocena stopnia satysfakcji konsumentów korzystających z usług medycyny estetycznej.
5. Ocena stopnia lojalności konsumentów korzystających z usług medycyny estetycznej wobec klinik/gabinetów medycyny estetycznej.

6. Identyfikacja narzędzi komunikacji marketingowej klinik/gabinetów medycyny estetycznej wpływających na decyzje nabywcze konsumentów w zakresie korzystania z tych usług.

W pracy postawiono następujące hipotezy badawcze:

H1: Kluczową determinantą wyboru usług medycyny estetycznej przez konsumentów w Polsce są kompetencje specjalisty wykonującego usługę.

H2: Cena nie jest determinantą, która ma znaczenie przy wyborze i zakupie usług medycyny estetycznej.

H3: Zmienne demograficzne (płeć, wiek, zawód) determinują wybór i zakup usług medycyny estetycznej.

H4: Najczęściej wykorzystywanym źródłem informacji w procesie wyboru usługi/placówki medycyny estetycznej jest polecenie osób trzecich („word of mouth”).

3.2. Metodyka badawcza i struktura prób badawczych

W pierwszym etapie procesu badawczego (badanie pilotażowe) zastosowano nieprobabilistyczną technikę doboru próby badawczej - dobór celowy. Technika ta polega na wyborze próby według subiektywnej oceny badacza. Proces doboru próby charakteryzuje się podziałem populacji na subpopulację, która charakteryzuje się istotnymi zmiennymi różnicującymi badaną populację (Szreder, 2010). Dobór celowy polega na wskazaniu jednostek, które powinny zostać włączone do próby przez badacza, który posiada odpowiednią wiedzę i doświadczenie w danej dziedzinie (Miszczak i Walasek, 2013). Populację badania stanowili pacjenci Kliniki Medycyny Estetycznej dr Sebastian Kuczyński w Poznaniu, a wielkość próby wyniosła 100 respondentów.

W pierwszym badaniu zasadniczym (etap 2) przeprowadzonym metodą wywiadu indywidualnego bezpośredniego kwestionariuszowego w populacji konsumentów/pacjentów usług medycyny estetycznej w Polsce również zastosowano dobór celowy próby. Placówki medyczne były zlokalizowane w Poznaniu, Łodzi, Gdyni, Warszawie oraz w Krakowie, ponadto w doborze uwzględniono okres funkcjonowania placówki medycznej (minimum 5 lat) oraz liczbę pacjentów/konsumentów, która musiała przekroczyć 500 pacjentów rocznie. W ramach procesu badawczego populacja została podzielona według następujących kryteriów – wiek, płeć oraz korzystanie z usług medycyny estetycznej

w określonych placówkach medycznych. Warunkiem uczestnictwa w badaniu była deklaracja respondenta o wcześniejszym korzystaniu z usług medycyny estetycznej. Próba badawcza liczyła 745. respondentów.

W drugim badaniu zasadniczym (etap 3) przeprowadzonym z wykorzystaniem pogłębionych wywiadów indywidualnych, zastosowano nielosowy dobór próby badawczej – dobór celowy. Populację badania stanowili lekarze medycyny estetycznej uczestniczący w kongresach medycyny estetycznej w Barcelonie oraz w Warszawie w 2019 roku.

Szczegółową strukturę badanej próby badawczej zaprezentowano w tabeli 23.

Tabela 23 Struktura badanej próby badawczej badania zasadniczego I

Zmienne		Liczba	Procent
Płeć	kobieta	653	87,7%
	mężczyzna	92	12,3%
Wiek	Poniżej 20	14	1,9%
	21 - 30	117	15,7%
	31 - 40	264	35,4%
	41 - 50	229	30,7%
	51 - 60	102	13,7%
	60 plus	19	2,6%
Status materialny	zdecydowanie powyżej średniej krajowej	157	21,1%
	powyżej średniej krajowej	379	50,9%
	średnia krajowa	142	19,1%
	poniżej średniej krajowej	36	4,8%
	zdecydowanie poniżej średniej krajowej	31	4,2%
Miejsce zamieszkania	wieś tradycyjna	18	2,4%
	wieś przy mieście	124	16,6%
	miasto do 20 000 mieszkańców	57	7,7%
	miasto 21 000 – 50 000	81	10,9%
	miasto 51 000 – 100 000	103	13,8%
	miasto powyżej 100 000	362	48,6%
Wykształcenie	podstawowe	5	0,7%
	zawodowe	34	4,6%
	średnie	258	34,6%
	wyższe	448	60,1%

Źródło: opracowanie własne

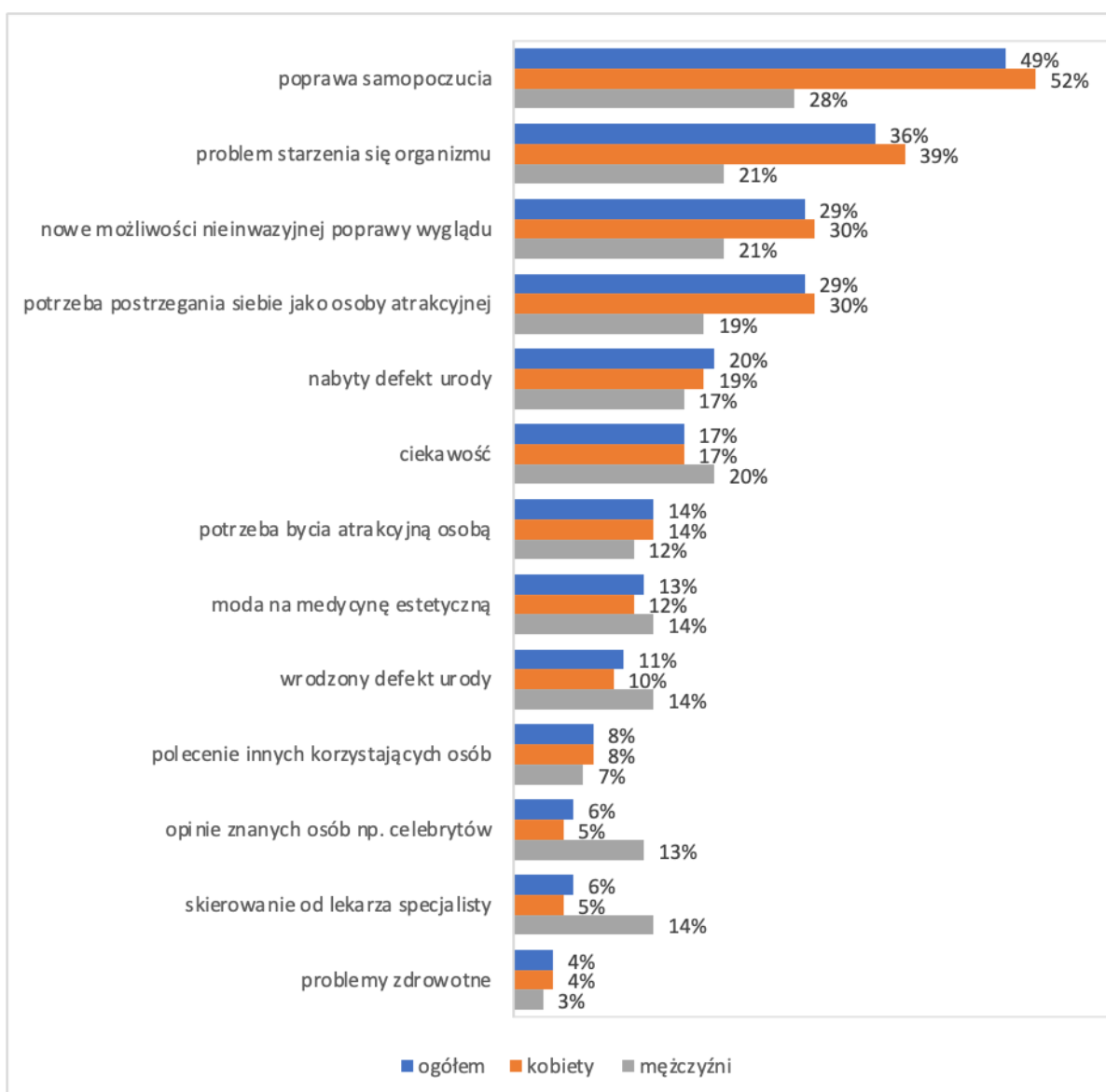
Tabela 24 Procedura badań empirycznych

Cel badania	Technika badawcza	Instrumenty pomiarowe	Dobór próby		Zakres przedmiotowy	Zakres przestrzenny	Zakres czasowy
			Badana populacja	Liczebność próby			
<ul style="list-style-type: none"> Weryfikacja narzędzia pomiarowego Wstępna diagnoza determinant procesu badawczego Ustalenie przebiegu wywiadu bezpośredniego kwestionariuszowego 	Bezpośredni wywiad indywidualny kwestionariuszowy	Kwestionariusz wywiadu	Konsumenci/ pacjenci korzystający z usług medycyny estetycznej	100	Determinanty procesu nabywczego konsumentów usług medycyny estetycznej	Poznań	marzec 2018
<ul style="list-style-type: none"> Identyfikacja potrzeb będąca źródłem procesu zakupowego, Źródła pozyskiwania informacji o usługach medycyny estetycznej Określenie determinant wyboru usług medycyny estetycznej Określenie determinant satysfakcji konsumentów na rynku usług medycyny estetycznej 	Bezpośredni wywiad indywidualny kwestionariuszowy	Kwestionariusz wywiadu	Konsumenci/ pacjenci korzystający z usług medycyny estetycznej	745	Uwarunkowania zachowań konsumentów na rynku usług medycyny estetycznej	Poznań, Łódź, Gdynia, Warszawa, Kraków	październik 2018 – styczeń 2019
<ul style="list-style-type: none"> Identyfikacja potrzeb pacjentów w zakresie usług medycyny estetycznej z punktu widzenia lekarzy Determinanty kreowania oferty zabiegów medycyny estetycznej Identyfikacja narzędzi komunikacji marketingowej wykorzystywanych przez lekarzy 	Bezpośredni wywiad indywidualny kwestionariuszowy	Kwestionariusz wywiadu	Lekarze specjalizujący się w usługach medycyny estetycznej	20	Zachowania pacjentów/ konsumentów na rynku usług medycyny estetycznej z punktu widzenia lekarza	Poznań, Łódź, Warszawa, Kraków, Wielka Brytania, Bułgaria, Stany Zjednoczone, Zjednoczone Emiraty Arabskie	sierpień - wrzesień 2019

Źródło: opracowanie własne

3.3. Przesłanki wyboru usług medycyny estetycznej w opinii pacjentów/klientów

Jak już wspomniano, jednym z celów przeprowadzonego procesu badawczego była identyfikacja oraz ocena przesłanek, jakimi kierują się konsumenci decydując się na zabieg z zakresu medycyny estetycznej. Usługi medycyny estetycznej charakteryzują się wysoką innowacyjnością oraz niewielką inwazyjnością. Co więcej – w Polsce zabiegi te nie są refundowane, a ich ceny należą do wysokich. Stąd identyfikację przesłanek decyzji zakupowych usług medycyny estetycznej w Polsce należy uznać za zasadną (Paoli i Procacci, 2019).



Rysunek 14 Przesłanki zakupu usług medycyny estetycznej

Źródło: opracowanie własne

Z danych przedstawionych na rysunku 14 wynika, że wśród dwóch najczęściej wskazywanych przesłanek skłaniających respondentów do zakupu usług z zakresu medycyny estetycznej są „poprawa samopoczucia” – 49% wskazań oraz „problem starzenia się organizmu” – 36% wskazań. Szacuje się, że powyższe przesłanki są ze sobą ściśle związane, ponieważ konsument, który dostrzega oznaki starzenia się organizmu, czuje się bardzo niekomfortowo, a skorzystanie z usług z zakresu medycyny estetycznej i osiągnięcie pożądanego efektu pozabiegowego wpływa znacząco na poprawę jego samopoczucia. Kolejnymi przesłankami skłaniającymi respondentów do zakupu usług medycyny estetycznej są: „nowe możliwości nieinwazyjnej poprawy urody” – 29% wskazań oraz „potrzeba postrzegania siebie jako osoby atrakcyjnej” – 29% wskazań. Może wynikać to z faktu, że w obecnych czasach zarówno kobiety jak i mężczyźni są poddani nieustannej presji dotyczącej własnego wyglądu. Odsetek wskazań w przypadku tych dwóch przesłanek wśród kobiet jest wyższy w porównaniu do mężczyzn. Może to sugerować, że konsumentki są znacznie bardziej podatne na zabiegi medycyny estetycznej niż mężczyźni, ponieważ częściej bywają oceniane na podstawie wyglądu zewnętrznego, co przekłada się na przywiązywanie większej wagi do swojej atrakcyjności fizycznej/wizualnej (Linek, 2020). Najbardziej wskazywaną przesłanką korzystania z usług medycyny estetycznej były „problemy zdrowotne” - jedynie 4% badanych zadeklarowało tę przesłankę.

Analizując szczegółowo płeć badanych zauważa się, że „poprawa samopoczucia” jest znacznie częściej wskazywana w przypadku kobiet – 52% wskazań aniżeli mężczyzn – 28% wskazań. Podobnie jak w przypadku przesłanki „starzenie się organizmu” – znacznie częściej deklarowana jest wśród kobiet – 39%, aniżeli u mężczyzn - 21% wskazań. Z kolei „opinie osób znanych np. celebrytów” są bardziej istotne dla mężczyzn. Ten fakt jest na pewno zaskakujący. Mężczyźni zadeklarowali, że zwracają znacznie większą uwagę na informacje dotyczące zabiegów medycyny estetycznej prezentowane przez celebrytów lub blogerów (odpowiednio 13% mężczyzn i 5% kobiet). Można przypuszczać, że mimo iż dostępność zabiegów z zakresu medycyny estetycznej jest wysoka, to sama konieczność znalezienia rzetelnych informacji wydaje się być utrudniona. Co więcej – może to również wynikać z niechęci mężczyzn do dzielenia się z innymi osobami swoimi problemami dotyczącymi wyglądu zewnętrznego i dlatego decydują się oni korzystać z internetowych źródeł informacji, takich jak np. portale społecznościowe. Dodatkowo należy zauważyć, że mężczyźni znacznie częściej niż kobiety decydują się na skorzystanie z usług medycyny

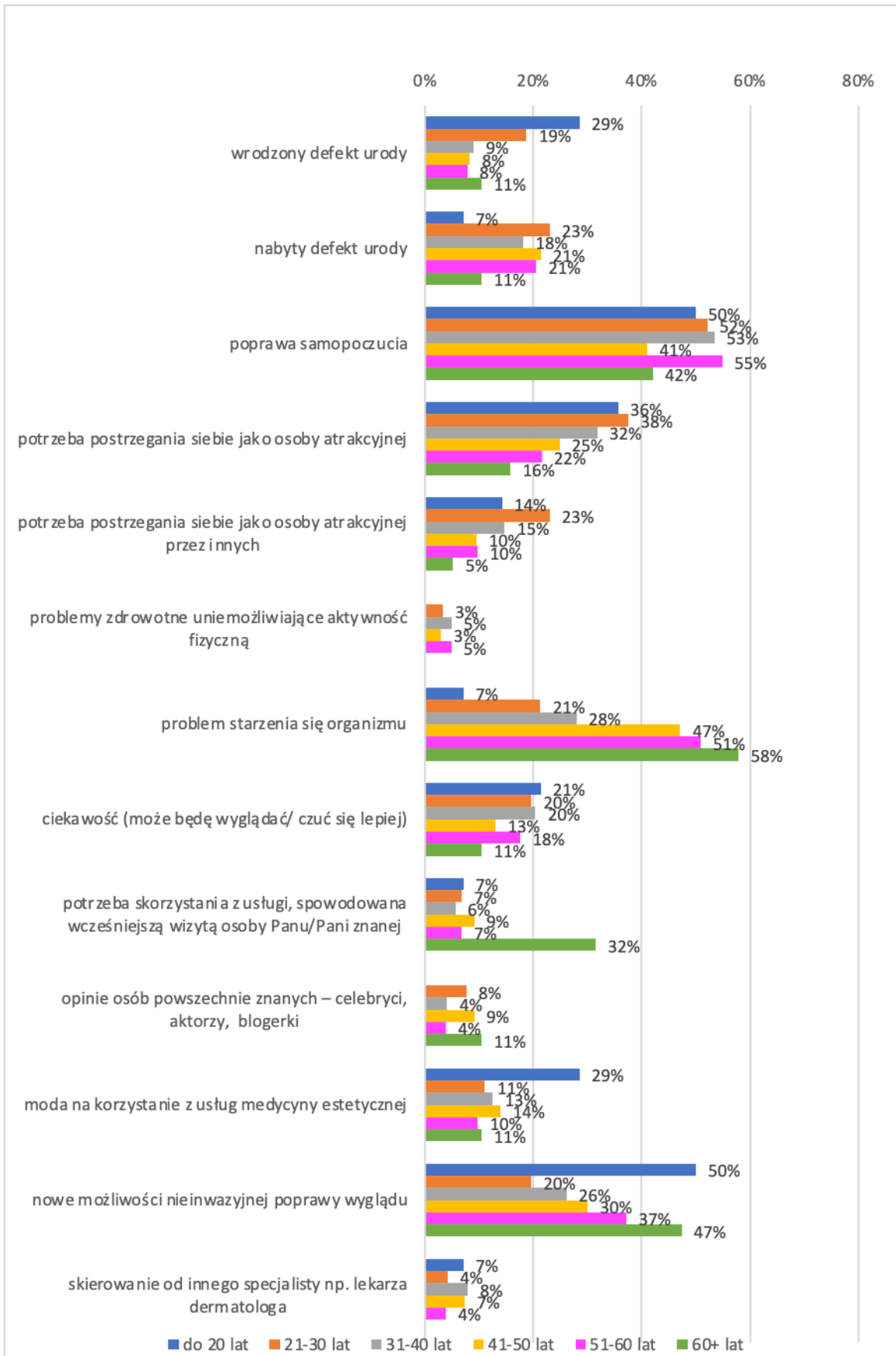
estetycznej z powodu otrzymania skierowania od lekarza specjalisty (14% wskazań wśród mężczyzn i 5% wśród kobiet).

Kolejnym wysoce interesującym zagadnieniem w kontekście identyfikacji przesłanek decyzji zakupu medycyny estetycznej jest ich analiza w odniesieniu do wieku respondentów. Konsument/pacjent został poddany segmentacji w wyniku czego wyodrębniono następujące grupy wiekowe: poniżej 20 roku życia, pomiędzy 21 a 30 rokiem życia, pomiędzy 31 a 40 rokiem życia, pomiędzy 41 a 50 rokiem życia, następnie pomiędzy 51 a 60 rokiem życia oraz powyżej 60 roku życia. Na rysunku 15 przedstawiono osobiste przesłanki korzystania z usług medycyny estetycznej uwzględniające wiek konsumentów.

W przypadku zabiegów medycyny estetycznej nie występują ograniczenia wiekowe, natomiast występują dość znaczące różnice pomiędzy przesłankami zakupu usług medycyny estetycznej w ramach badanych segmentów wiekowych respondentów. I tak w segmencie najmłodszych konsumentów (do 20 lat) najczęstszą przesłanką skłaniającą do zakupu usług medycyny estetycznej jest „poprawa samopoczucia” (50% wskazań) oraz „nowe możliwości nieinwazyjnej poprawy urody” (50% wskazań). W przypadku przesłanki „wrodzony defekt urody” największy odsetek wskazań dotyczy najmłodszych konsumentów – 29% wskazań. Nie ulega wątpliwości, że konsumenci posiadający wrodzone defekty urody takie naczyniaki, port wine stain²², hirsutyzm²³, nadmierna potliwość okolic dołu pachowego, podeszwy stóp czy też dłoni mają silną potrzebę zredukowania ich jak najszybciej, zatem decydują się na zabiegi niwelujące te przypadłości już w młodym wieku. Niemalże co trzeci najmłodszy badany zadeklarował, że skorzystał z usługi medycyny estetycznej ze względu na modę panującą na te zabiegi (29%). Co ciekawe – 7% najmłodszych badanych przyznało, że skorzystało z usług medycyny estetycznej ze względu na „problem starzenia się organizmu”. Powyższe może świadczyć o wciąż aktualnym trendzie konsumenckim dotyczącym presji bycia „wiecznie młodym” i dbałości o zachowaniu urody już od młodych lat. Z rysunku 15 wynika ponadto, że żaden z respondentów z tej grupy nie wskazał problemów zdrowotnych (co jest zrozumiałe), ale co ciekawe – nie wskazano również opinii celebrytów. Jest to mocno zaskakujące, że najmłodszy konsumenci nie kierują się opiniami osób powszechnie znanych.

²² Najczęściej występująca choroba skóry u dzieci, niewielkie silne zaczerwienienia skóry występujące najczęściej na twarzy, szyi, dekolcie, którym towarzyszyć mogą świąd skóry, pieczenie i uczucie gorąca

²³ Nadmierne owłosienie u kobiet



Rysunek 15 Prześłanki zakupu usług medycyny estetycznej a wiek respondentów

Źródło: opracowanie własne

W segmencie konsumentów w wieku 21-30 lat najczęściej wskazywanymi przestankami korzystania z usług medycyny estetycznej była „poprawa samopoczucia” (52% wskazań) oraz „potrzeba postrzegania siebie jako atrakcyjną osobę” (38% wskazań). Natomiast starzenie się organizmu wskazało 21% respondentów. Jak można przypuszczać, uwarunkowane jest to faktem rozpoczęcia procesu starzenia się skóry po 25 roku życia. Z kolei w analizowanej grupie wiekowej najmniejszy odsetek konsumentów korzysta z usług medycyny estetycznej z powodu problemów zdrowotnych uniemożliwiających aktywność fizyczną – 3% wskazań.

W segmencie konsumentów 31-40 lat najczęściej wskazywaną przestanką korzystania z usług medycyny estetycznej jest „poprawa samopoczucia” – 53% oraz „potrzeba postrzegania siebie jako atrakcyjną osobę” – 32%. W stosunku do młodszych segmentów wiekowych w segmencie 31 – 40 wzrasta „problem starzenia się organizmu” – 28% oraz spada przestanka „wrodzony defekt urody” – 9%. Natomiast najrzadziej wskazaną przestanką były „opinie osób powszechnie znanych”, które polecają zabiegi medycyny estetycznej – 4% wskazań.

Z kolei w segmencie wiekowym 41-50 lat najpopularniejszą przestanką wyboru i zakupu usług medycyny estetycznej jest „problem starzenia się organizmu” – 47% wskazań. Kolejna przestanka dotyczyła „poprawy samopoczucia” (41% wskazań) oraz „nowych możliwości nieinwazyjnej poprawy wyglądu” – 30% wskazań. Natomiast pacjenci w tej grupie wiekowej najrzadziej korzystali z usług medycyny estetycznej ze względu na „problemy zdrowotne uniemożliwiające aktywność fizyczną” – 3% wskazań.

Wśród respondentów w przedziale wiekowym 51-60 lat najczęściej wskazywanym powodem korzystania z omawianych usług jest „poprawa samopoczucia” – 55% wskazań oraz wzrastający „problem starzenia się organizmu” – 51% wskazań. W porównaniu z młodszymi segmentami konsumentów, w segmencie wiekowym 51-60 lat zdecydowanie maleje korzystanie z usług medycyny estetycznej z powodu chęci niwelowania „wrodzonych defektów urody” – 8% wskazań. Najrzadziej wskazywaną przestanką korzystania z usług medycyny estetycznej jest „skierowanie od lekarza specjalisty” (4% wskazań) oraz „opinie osób powszechnie znanych” polecających omawiane zabiegi – 4% wskazań.

Z kolei najstarsi konsumenci z segmentu 60+ korzystają z usług medycyny estetycznej z powodu „starzenia się organizmu” – 58% wskazań oraz z powodu „nowych możliwości nieinwazyjnej poprawy wyglądu” – 47% wskazań. W tej grupie wiekowej największy odsetek badanych w porównaniu z pozostałymi segmentami deklaruje, że korzysta z usług medycyny estetycznej z powodu polecenia takich usług przez znane osoby np. celebrytów – 32% wskazań.

Reasumując – najważniejszą przesłanką skłaniającą konsumentów do korzystania z usług medycyny estetycznej jest „poprawa samopoczucia” - dotyczy to wszystkich grup wiekowych konsumentów oprócz segmentów 41-50 lat i 60+, w których respondenci głównie kierują się „problemem starzenia się organizmu”. Można zatem zauważyć, że problem starzenia się organizmu jako przesłanka korzystania z usług medycyny estetycznej nabiera na znaczeniu wraz z wiekiem konsumentów. Natomiast niwelowanie wrodzonego defektu urody skłania najmłodszych konsumentów do korzystania z usług medycyny estetycznej. Oni również korzystają z usług medycyny estetycznej, ponieważ obecnie panuje moda na takie zabiegi.

Kolejnym ważnym zagadnieniem w kontekście osobistych przesłanek zakupu usług medycyny estetycznej jest ich analiza ze względu na status materialny konsumentów/pacjentów. Jak już wspomniano wcześniej, zabiegi medycyny estetycznej nie są refundowane, zatem konsumenci zostają zobowiązani do poniesienia całkowitych kosztów usług. Należy również podkreślić, że mimo coraz większej powszechności zabiegów medycyny estetycznej na przestrzeni ostatnich lat, ich ceny utrzymują się na relatywnie wysokim poziomie. Medycyna estetyczna wciąż należy do dziedziny medycznej określanej z *ang.* *wish-fulfilling-medicine*, która poza leczeniem schorzeń niezagrażających zdrowiu i życiu opiera się również na niemedycznych pragnieniach pacjentów (Witter i in., 2020), które z założenia nie są refundowane przez fundusze zdrowia czy też inne państwowe programy ochrony zdrowia.

W przypadku analizy poziomu dochodów konsumentów korzystających z usług medycyny estetycznej, które zostały przedstawione na rysunku 16 zauważono różnice pomiędzy przesłankami, jakimi kierowali się respondenci przed zakupem usługi. W przypadku pacjentów o dochodach zdecydowanie powyżej średniej krajowej najczęściej wskazywaną przesłanką jest „poprawa samopoczucia” – 40% wskazań, następnie „problem starzenia się organizmu” – 38% wskazań oraz „nowe możliwości nieinwazyjnej poprawy

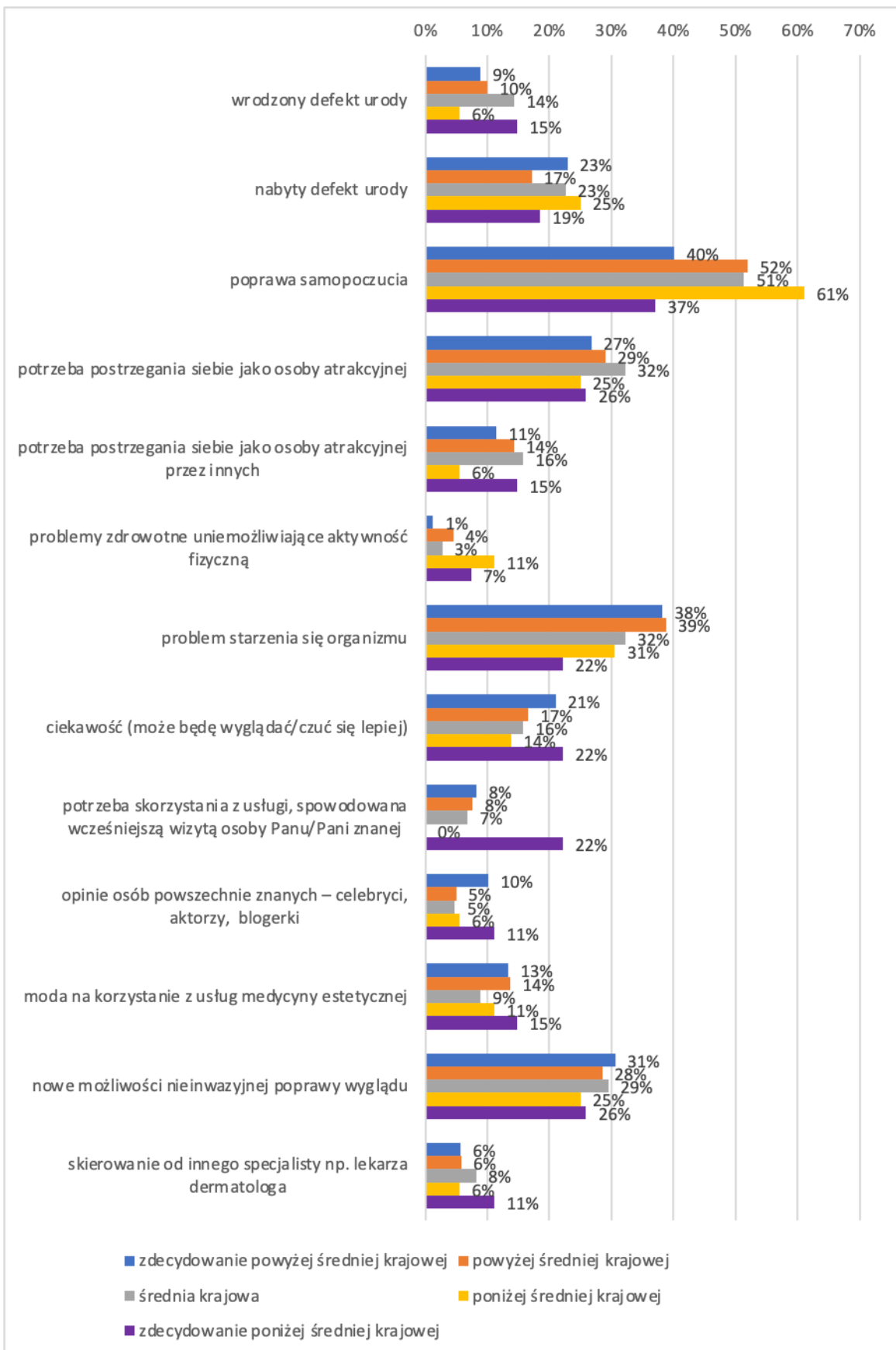
wyglądu” – 31% wskazań. Najbardziej deklarowaną przesłanką jest „skierowanie od innego lekarza specjalisty” – 6% wskazań oraz „problemy zdrowotne uniemożliwiające aktywność fizyczną” – 1% wskazań.

Skupiając się na segmencie respondentów o dochodach powyżej średniej krajowej w kontekście przesłanek, które skłaniają ich do zakupu usług medycyny estetycznej można zauważyć, że 52% wskazań otrzymała przesłanka: „poprawa samopoczucia”. Kolejnymi powodami wskazanymi przez respondentów z tego segmentu były: „starzenie się organizmu” – 39% wskazań oraz „potrzeba postrzegania siebie jako osoby atrakcyjnej” – 29% wskazań. Pacjenci z omawianego segmentu najbardziej wskazywali „opinie osób powszechnie znanych polecających zabiegi medycyny estetycznej” – 5% wskazań oraz „problemy zdrowotne uniemożliwiające aktywność fizyczną” – 4% wskazań.

Przechodząc do respondentów o dochodach równych średniej krajowej można zauważyć, iż najczęściej korzystali oni z usług medycyny estetycznej w celu „poprawy samopoczucia” – 51% wskazań, „niwelowania oznak starzenia się organizmu” – 32% wskazań, „potrzeby postrzegania siebie jako osoby atrakcyjnej” – 32% wskazań oraz chęci skorzystania z „nowych możliwości nieinwazyjnej poprawy wyglądu” – 29%. Najbardziej natomiast kierowali się oni „opiniami osób powszechnie znanych” – 5% oraz „problemem zdrowotnym uniemożliwiającym aktywność fizyczną” – 3% wskazań.

Z kolei w przypadku konsumentów o dochodach poniżej średniej krajowej można zauważyć, że najczęściej korzystają oni z usług medycyny estetycznej w celu „poprawy samopoczucia” – 61%, „niwelowania oznak starzenia się organizmu” – 31% wskazań, „redukcji nabytych defektów urody” oraz „korzystania z nowych możliwości nieinwazyjnej poprawy wyglądu” – każda z przesłanek uzyskała 25% wskazań.

W segmencie konsumentów o dochodach zdecydowanie poniżej średniej krajowej najczęściej wskazywanymi przesłankami korzystania z usług medycyny estetycznej były „poprawa samopoczucia” – 37% wskazań, następnie „potrzeba postrzegania siebie jako osoby atrakcyjnej” oraz „nowe możliwości nieinwazyjnej poprawy urody” – 26% wskazań. W następnej kolejności pojawiły się takie przesłanki jak „ciekowość”, „problem starzenia się organizmu” oraz „potrzeba skorzystania z usługi spowodowana wcześniejszą wizytą osoby Panu/Pani znanej” – 22% wskazań. Najbardziej wskazywanym powodem korzystania z usług medycyny estetycznej były „problemy zdrowotne uniemożliwiające aktywność fizyczną” konsumentów – 7% wskazań.



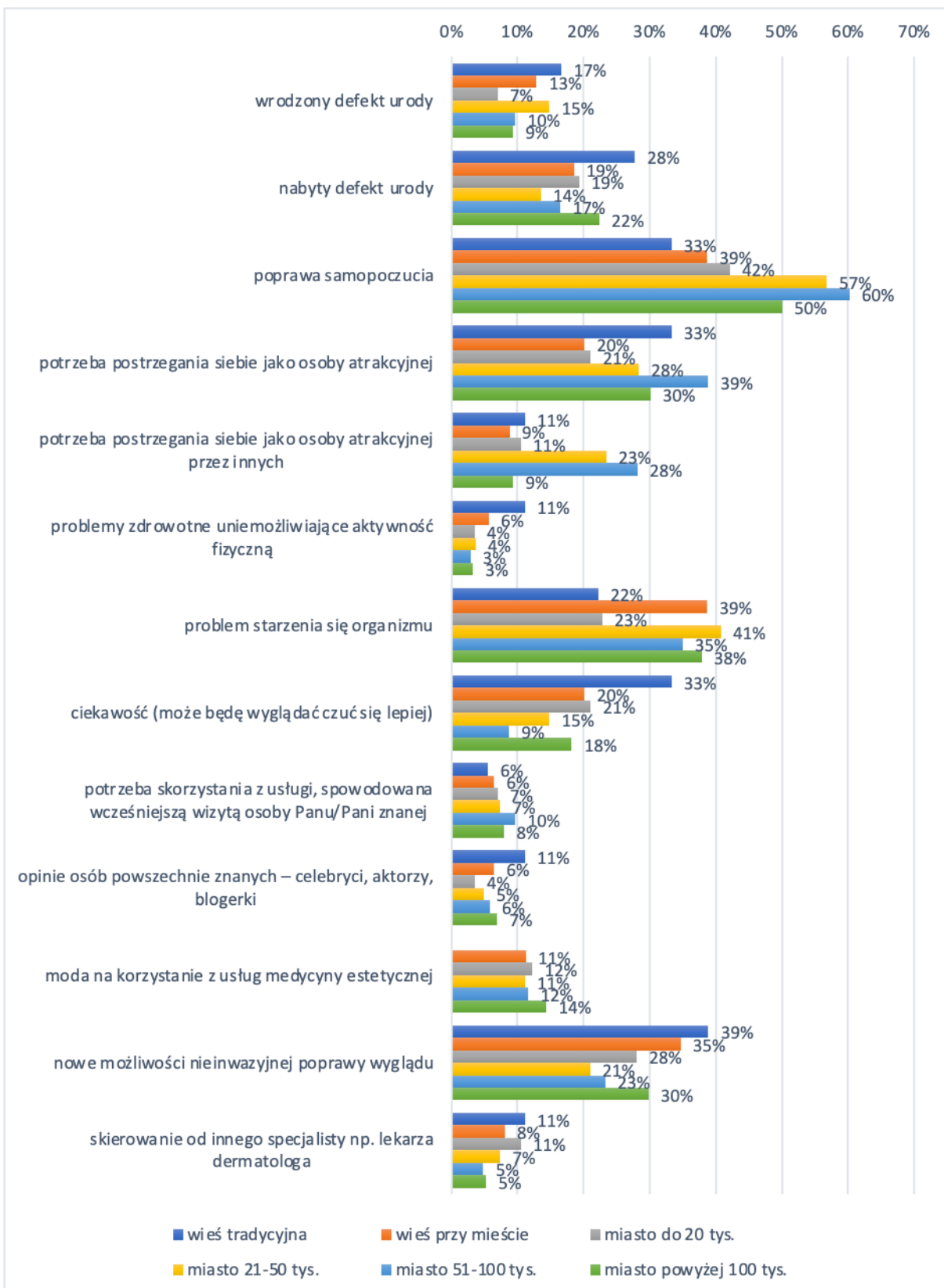
Rysunek 16 Przesłanki zakupu usług medycyny estetycznej a status materialny respondentów

Źródło: opracowanie własne

Reasumując – niezależnie od osiąganego przez badanych konsumentów dochodu najważniejszą przesłanką skłaniającą ich do korzystania z usług medycyny estetycznej okazała się „poprawa samopoczucia”. Drugą istotną przesłanką jest „problem starzenia się organizmu” z wyjątkiem respondentów o dochodach miesięcznych zdecydowanie poniżej średniej krajowej, którzy jako drugą najistotniejszą przesłankę wskazali „nowe możliwości nieinwazyjnej poprawy urody” oraz „potrzebę postrzegania siebie jako atrakcyjna osoba” – 26% wskazań. Warto natomiast zwrócić szczególną uwagę na respondentów o dochodach zdecydowanie poniżej średniej krajowej, którzy korzystają z usług medycyny estetycznej, ze względu na polecenie przez osoby znajome respondentom – 22% wskazań (zdecydowanie powyżej średniej krajowej oraz powyżej średniej krajowej – 8% wskazań, średnia krajowa – 7% wskazań oraz brak wskazań wśród respondentów o dochodach poniżej średniej krajowej). Można przypuszczać, że mimo relatywnie niskiego poziomu dochodów miesięcznych oraz relatywnie wysokich cen usług medycyny estetycznej, konsumenci są skłonni do skorzystania z usług medycyny estetycznej poprzez polecenie innych znanych im osób. Co więcej – efekty pozabiegowe znanych osób mogą okazać się wysoce motywującym bodźcem, aby wywołać silną potrzebę skorzystania z usług medycyny estetycznej. Warto również wspomnieć, że poziom dochodów respondentów nie musi stanowić bariery korzystania z usług medycyny estetycznej, ponieważ zabiegi te mogą być opłacane w sposób ratalny np. poprzez program MediRaty.

W dalszej kolejności dokonano szczegółowej analizy przesłanek skłaniających konsumentów do wyboru usług medycyny estetycznej w odniesieniu do ich miejsca zamieszkania. Wyniki zaprezentowano na rysunku 17.

Na podstawie analizy danych zaprezentowanych na rysunku 17 można wnioskować, że miejsce zamieszkania konsumentów znacząco determinuje przesłanki, jakimi kierują się konsumenci nabywając usługi medycyny estetycznej (zauważyć można duże różnice w odsetkach wskazań odpowiedzi ze względu na miejsce zamieszkania). I tak dla przykładu „poprawa samopoczucia” to przesłanka najbardziej istotna dla mieszkańców miast 51-100 tys. - 60% wskazań, a najmniej istotna dla mieszkańców wsi tradycyjnych – jedynie 33% wskazań. Z kolei „problemy zdrowotne uniemożliwiające aktywność fizyczną” są najważniejsze dla mieszkańców wsi tradycyjnych - 11% wskazań, a najmniej istotne dla mieszkańców miast 51-100 tys. oraz powyżej 100 tys. mieszkańców – 3% wskazań.



Rysunek 17 Przesłanki zakupu usług medycyny estetycznej a miejsce zamieszkania konsumentów

Źródło: opracowanie własne

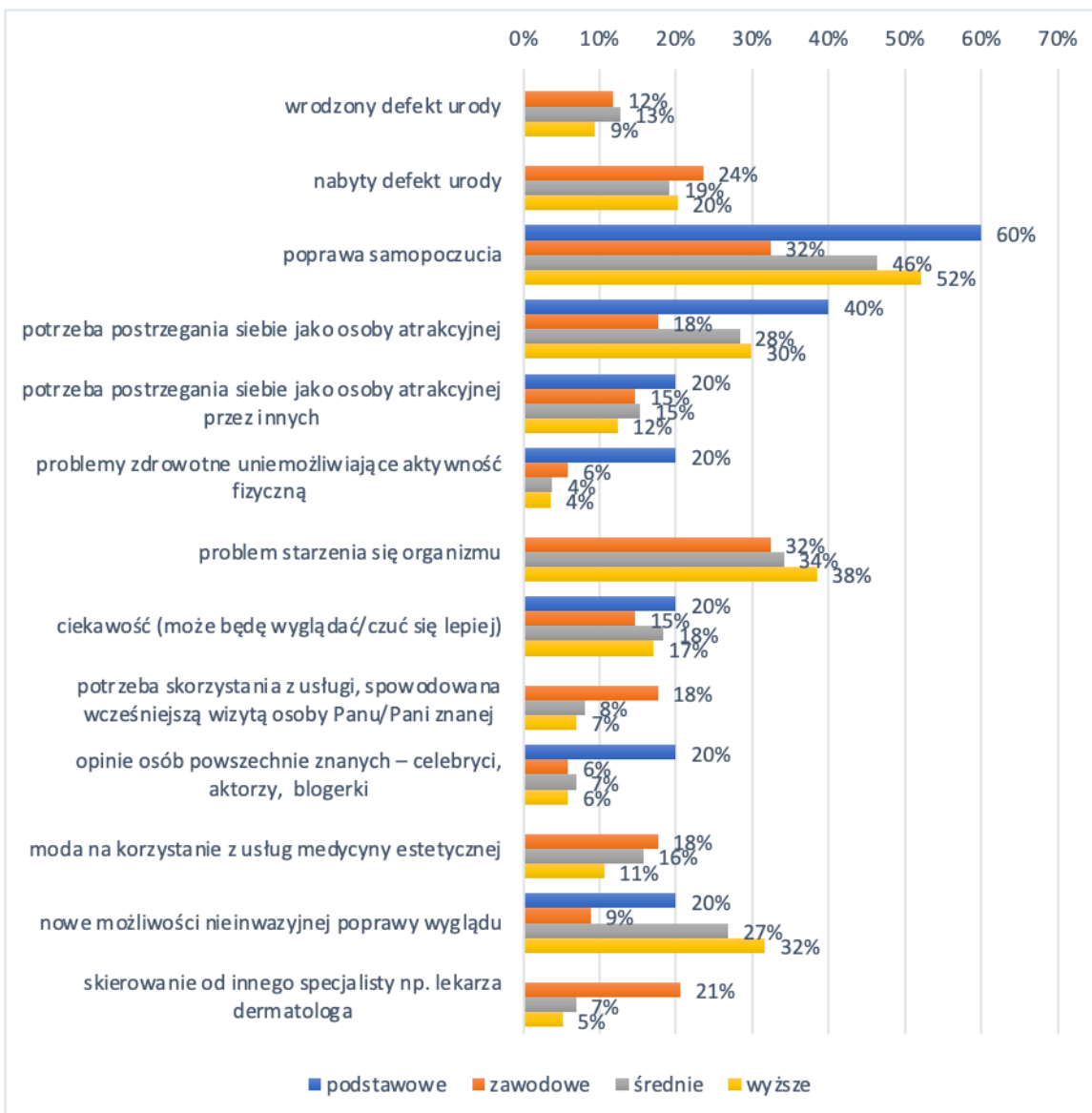
„Problem starzenia się organizmu” jako przesłanka zakupu usługi medycyny estetycznej jest najważniejszy dla konsumentów z miast 21-50 tys. mieszkańców – 41% wskazań oraz konsumentów zamieszkujących wsie przy mieście - 39% wskazań, a najmniej ważny dla mieszkańców wsi tradycyjnych oraz małych miast do 20 tys. mieszkańców - odpowiednio 22% i 23% wskazań. Jedynie w przypadku takich przesłanek zakupu jak „potrzeba skorzystania z usługi spowodowana wcześniejszą wizytą osoby znanej”, „opinie osób powszechnie znanych”, „moda na korzystanie z usług medycyny estetycznej” oraz „skierowanie od lekarza specjalisty” nie identyfikuje się różnic pomiędzy segmentami konsumentów ze względu na miejsce zamieszkania.

W dalszej kolejności analizie poddano osobiste przesłanki zakupu usługi medycyny estetycznej uwzględniając poziom wykształcenia respondentów. Wyniki zaprezentowano na rysunku 18.

Przechodząc do analizy segmentu respondentów o wykształceniu podstawowym można zauważyć, że kluczowymi przesłankami determinującymi zakup usług medycyny estetycznej jest „poprawa samopoczucia” – 60% wskazań, następnie „potrzeba postrzegania siebie jako osoby atrakcyjnej” – 40% wskazań, kolejno: „potrzeba postrzegania respondenta przez inne osoby jako osoby atrakcyjnej”, „problemy zdrowotne uniemożliwiające aktywność fizyczną”, „ciekawość”, „opinie osób powszechnie znanych” oraz „nowe możliwości nieinwazyjnej poprawy wyglądu” – 20% wskazań. Aczkolwiek należy zauważyć, że analizowany segment liczył wyłącznie 5 respondentów, zatem otrzymane wyniki nie mają dużego znaczenia dla wnioskowania.

W przypadku respondentów o wykształceniu zawodowym najczęściej wskazywanymi przesłankami są „poprawa samopoczucia” i „problem starzenia się organizmu” – 32% wskazań oraz „nabyty defekt urody” – 24% wskazań. Natomiast najmniej wskazań otrzymały przesłanki – „problemy zdrowotne uniemożliwiające aktywność fizyczną” oraz „opinie osób powszechnie znanych” – 6% wskazań.

Wśród osób o wykształceniu średnim, podobnie jak w przypadku osób o wykształceniu podstawowym jako najczęściej wybieraną przesłankę wskazano „poprawę samopoczucia” – 46% wskazań oraz „problem starzenia się organizmu” – 34% wskazań, w dalszej kolejności przesłanka „nowe możliwości nieinwazyjnej poprawy urody” – 27% wskazań. Natomiast najrzadziej wskazywaną przesłanką są „problemy zdrowotne uniemożliwiające aktywność fizyczną” – 4% wskazań.



Rysunek 18 Przesłanki zakupu usług medycyny estetycznej a wykształcenie konsumentów

Źródło: opracowanie własne

Skupiając się na respondentach o wykształceniu wyższym najczęściej wskazywaną przesłanką jest „poprawa samopoczucia” – 52% wskazań. W drugiej kolejności wskazano „problem starzenia się organizmu” – 38%, następnie „nowe możliwości nieinwazyjnej poprawy wyglądu” – 32% wskazań. Najmniej wskazań wśród respondentów otrzymała przesłanka dotycząca „problemy zdrowotnych uniemożliwiających aktywność fizyczną” – 4% wskazań.

Na podstawie analizy danych zaprezentowanych na rysunku 18 można wnioskować, że wykształcenie konsumentów znacząco determinuje niektóre przesłanki, jakimi kierują się konsumenci nabywając usługi medycyny estetycznej (zauważyć można duże różnice w odsetkach wskazań odpowiedzi ze względu na analizowaną zmienną segmentacyjną).

I tak w przypadku przesłanki „poprawa samopoczucia” – największe znaczenie ma ona w przypadku konsumentów z wykształceniem podstawowym – 60% wskazań i wyższym – 52% wskazań, a najmniejsze dla konsumentów z wykształceniem zawodowym – 32% wskazań. Z kolei analizując przesłankę „nowe możliwości nieinwazyjnej poprawy wyglądu” można zauważyć, że jest ona najważniejsza dla konsumentów z wykształceniem wyższym – 32% wskazań, a najmniej ważna dla konsumentów z wykształceniem zawodowym – 9% wskazań. Co ciekawe – „skierowanie od innego specjalisty” jest ważniejszą przesłanką dla osób z wykształceniem zawodowym - 21% wskazań, aniżeli dla osób z wykształceniem średnim i wyższym – odpowiednio 7% i 5% wskazań. Natomiast w przypadku takich przesłanek jak: „wrodzony defekt urody”, „moda na korzystanie z usług medycyny estetycznej” czy „wrodzony lub nabyty defekt urody” nie zauważa się znaczących różnic pomiędzy segmentami wyodrębnionymi ze względu na wykształcenie konsumentów.

Podsumowując – analiza respondentów pod względem wykształcenia pozwala stwierdzić, że najważniejszymi przesłankami skłaniającymi konsumentów do korzystania z usług medycyny estetycznej są „poprawa samopoczucia” oraz „problem starzenia się organizmu”, które dotyczą wszystkich segmentów za wyjątkiem konsumentów o wykształceniu podstawowym, gdzie w drugiej kolejności wskazana została „potrzeba postrzegania siebie jako osoby atrakcyjnej” (aczkolwiek jak już wspomiano, segment osób z wykształceniem podstawowym liczył wyłącznie 5 konsumentów). Analiza poziomu wykształcenia w kontekście przesłanek zakupu usług medycyny estetycznej pozwala również zauważyć, iż w przypadku kilku przesłanek (o których wspomiano powyżej np. skierowanie od innego specjalisty) wykształcenie jest zmienną różnicującą, a w przypadku innych (np. wrodzony defekt urody) – nie różnicuje przesłanek konsumentów.

Interesującym zagadnieniem w kontekście identyfikacji przesłanek skłaniających do podjęcia decyzji zakupu usług medycyny estetycznej jest ich analiza w odniesieniu do wykonywanego zawodu badanych pacjentów. W tabeli 25 przedstawiono osobiste przesłanki zakupu usług medycyny estetycznej z uwzględnieniem wykonywanego zawodu.

W przypadku przedsiębiorców najczęściej wskazywanymi przesłankami wpływającymi na zakup usług z zakresu medycyny estetycznej są: „problem starzenia się organizmu” – 47% wskazań oraz „poprawa samopoczucia” – 44% wskazań, jak również „nowe możliwości nieinwazyjnej poprawy wyglądu” – 33% wskazań. Nieco odmiennie kształtują się wskazania samozatrudniających się respondentów, którzy zadeklarowali: „poprawę

samopoczucia” – 44% wskazań, „problemy starzenia się organizmu” – 39% wskazań oraz „nowe możliwości nieinwazyjnej poprawy urody” – 30% wskazań.

Podobnie kształtują się odpowiedzi wśród respondentów z kadry zarządzającej wyższego szczebla, którzy wskazali następujące powody: „poprawa samopoczucia” – 36% wskazań, „problem starzenia się organizmu” – 28% wskazań, „nowe możliwości nieinwazyjnej poprawy wyglądu” – 25% wskazań. W przypadku kadry zarządzającej niższego szczebla najistotniejsze przesłanki korzystania z usług medycyny estetycznej to: „poprawa samopoczucia” – 59% wskazań, „problem starzenia się organizmu” – 43% oraz „nowe możliwości nieinwazyjnej poprawy wyglądu” – 35% wskazań, emeryci: „problem starzenia się organizmu” – 58% wskazań, „poprawa samopoczucia” oraz „nowe możliwości nieinwazyjnej poprawy wyglądu” – 50% wskazań.

Na podobnym poziomie wskazań w kwestii powodów skłaniających do korzystania z usług medycyny estetycznej kształtują się odpowiedzi respondentów o następujących zawodach:

- prawnik: „poprawa samopoczucia” – 54% wskazań, „potrzeba postrzegania siebie jako osoby atrakcyjnej” – 39% wskazań oraz „nowe możliwości nieinwazyjnej poprawy wyglądu” – 31% wskazań,
- sportowiec: „poprawa samopoczucia” – 58% wskazań, „potrzeba postrzegania siebie jako osoby atrakcyjnej” i „problem starzenia się organizmu” po 33% wskazań,
- pracownik służby zdrowia: „poprawa samopoczucia” – 51% wskazań, „potrzeba postrzegania siebie jako osoby atrakcyjnej” – 47% wskazań oraz „problem starzenia się organizmu” – 38% wskazań,
- gospodyni domowa: „poprawa samopoczucia” – 56% wskazań, „potrzeba postrzegania siebie jako osoby atrakcyjnej” – 38% oraz „problem starzenia się organizmu” – 36% wskazań,
- pracownik fizyczny: „poprawa samopoczucia” i „potrzeba postrzegania siebie jako osoby atrakcyjnej” – 39% wskazań oraz „problem starzenia się organizmu” – 30% wskazań,
- uczeń/student: „poprawa samopoczucia” – 62% wskazań, „potrzeba postrzegania siebie jako osoby atrakcyjnej” – 36% wskazań oraz „nowe możliwości nieinwazyjnej poprawy urody” – 31% wskazań.

Tabela 25 Przesłanki zakupu usług medycyny estetycznej a zawód respondentów

Przesłanka	Odsetek wskazań (%)																		
	przedsiębiorca	samoatrudnienie	kadra wyższego szczebla	kadra niższego szczebla	artysta	prawnik	lekarz	naukowiec	sportowiec	przedstawiciel mediów	nauczyciel	szługa zdrowia	służby mundurowe	ogrodnik/rolnik	gospodyni domowa	pracownik fizyczny	nie pracuję	uczeń/student	emeryt
wrodzony defekt urody	7%	10%	11%	6%	9%	12%	14%	14%	17%	4%	9%	18%	44%	-	11%	9%	15%	21%	-
nabyty defekt urody	16%	24%	17%	13%	23%	31%	14%	14%	17%	36%	12%	18%	-	9%	22%	26%	25%	24%	25%
poprawa samopoczucia	44%	44%	36%	59%	55%	54%	77%	57%	58%	39%	70%	51%	33%	55%	56%	39%	45%	62%	50%
potrzeba postrzegania siebie jako osoby atrakcyjnej	30%	20%	11%	33%	32%	39%	23%	57%	33%	36%	27%	47%	33%	36%	38%	39%	23%	36%	17%
potrzeba postrzegania przez inne osoby Pana/Panią jako osoby atrakcyjnej	10%	14%	17%	10%	27%	8%	5%	43%	8%	14%	18%	11%	22%	18%	16%	17%	13%	19%	17%
problemy zdrowotne uniemożliwiające aktywność fizyczną	2%	5%	4%	8%	5%	-	-	14%	-	-	-	2%	11%	9%	7%	9%	-	2%	8%
problem starzenia się organizmu	47%	39%	28%	43%	32%	15%	27%	14%	33%	21%	64%	38%	33%	18%	36%	30%	38%	7%	58%
ciekawość (może będę wyglądać czuć się lepiej)	12%	18%	19%	22%	18%	15%	18%	-	-	11%	15%	24%	33%	27%	16%	13%	28%	26%	-
potrzeba skorzystania z usługi, spowodowana wcześniejszą wizytą osoby Panu/Pani znanej	6%	5%	4%	10%	18%	4%	9%	14%	17%	4%	3%	11%	-	18%	9%	13%	13%	7%	17%
opinie osób powszechnie znanych – celebryci, aktorzy, blogerki	10%	5%	9%	3%	5%	12%	-	-	17%	14%	6%	7%	-	-	7%	9%	-	-	-
moda na korzystanie z usług medycyny estetycznej	10%	12%	15%	6%	9%	23%	14%	7%	25%	18%	6%	4%	-	46%	13%	9%	13%	19%	25%
nowe możliwości nieinwazyjnej poprawy wyglądu	33%	30%	25%	35%	23%	31%	23%	29%	8%	29%	42%	33%	11%	18%	24%	13%	15%	31%	50%
skierowanie od innego specjalisty dermatologa	6%	9%	6%	6%	-	-	9%	7%	25%	11%	-	2%	-	18%	9%	9%	3%	5%	-

Źródło: opracowanie własne

Z kolei artyści wskazali następujące przesłanki skłaniające ich do korzystania z usług medycyny estetycznej: „poprawa samopoczucia” – 55% wskazań, „potrzeba postrzegania siebie jako osoby atrakcyjnej”, „problem starzenia się organizmu” po 32% wskazań oraz „potrzeba postrzegania jako osoby atrakcyjnej przez inne osoby” – 27% wskazań. Lekarze natomiast jako najistotniejsze przesłanki korzystania z usług medycyny estetycznej wskazali: „poprawę samopoczucia” – 77% wskazań, „problem starzenia się organizmu” – 27% wskazań oraz „nowe możliwości nieinwazyjnej poprawy urody” i „potrzebę postrzegania siebie jako osoby atrakcyjnej” – 23% wskazań. Naukowcy wskazali następujące przesłanki: „poprawa samopoczucia” i „potrzeba postrzegania siebie jako osoby atrakcyjnej” – 57% wskazań, „potrzeba postrzegania jako osoby atrakcyjnej przez inne osoby” – 43% wskazań oraz „nowe możliwości nieinwazyjnej poprawy urody” – 29% wskazań. Przedstawiciele mediów wskazali natomiast „poprawę samopoczucia” – 39% wskazań i „nabyty defekt urody” oraz „potrzebę postrzegania siebie jako osoby atrakcyjnej” po 36% wskazania i w dalszej kolejności „nowe możliwości nieinwazyjnej poprawy urody” – 29% wskazań. Z kolei nauczyciele wskazali takie powody jak: „poprawa samopoczucia” – 70% wskazań oraz „problem starzenia się organizmu” – 64% wskazań i na trzecim miejscu uplasowała się przesłanka „nowe możliwości nieinwazyjnej poprawy wyglądu” – 42% wskazań. Co ciekawe – w przypadku służb mundurowych najważniejszą przesłanką okazał się „wrodzony defekt urody” – 44% oraz w dalszej kolejności „poprawa samopoczucia”, „potrzeba postrzegania siebie jako osoby atrakcyjnej”, „problem starzenia się organizmu” oraz „ciekawość” po 33% wskazań. W przypadku rolników/ogrodników najważniejszą przesłanką jest „poprawa samopoczucia” – 55% wskazań, „moda na skorzystanie z usług medycyny estetycznej” – 46% wskazań oraz „ciekawość” – 27% wskazań. Dla respondentów niepracujących zawodowo najważniejszą przesłanką jest „poprawa samopoczucia” – 45% wskazań, „problem starzenia się organizmu” – 38% wskazań oraz „ciekawość” – 28% wskazań.

Podsumowując – wykonywany zawód ma duże znaczenie w kwestii przesłanek, jakimi kierują się konsumenci skłaniając się do wyboru i zakupu zabiegów z zakresu medycyny estetycznej. Zauważono, że przesłanki: „poprawa samopoczucia” oraz „potrzeba postrzegania siebie jako osoby atrakcyjnej” są wysoce istotne w niemalże wszystkich analizowanych grupach zawodowych. Wyniki te mogą mieć wysoką wartość aplikacyjną w kontekście doboru narzędzi komunikacji marketingowej wykorzystywanych

w działaniach komunikacyjnych (promocyjnych) placówek medycyny estetycznej ze względu na ich zróżnicowaną skuteczność w dotarciu do określonych grup zawodowych konsumentów/pacjentów.

3.4. Identyfikacja źródeł informacji o usługach medycyny estetycznej

Obecnie świadomość i zasób wiedzy konsumentów/pacjentów korzystających z usług medycyny estetycznej stale wzrasta dzięki nieograniczonym możliwościom informacyjnym dostarczonym przez Internet, telewizję czy też czasopisma kobiece i branżowe, ale również dzięki doświadczeniu innych osób, które wcześniej skorzystały z usług medycyny estetycznej. Co więcej – konsumenci są coraz bardziej świadomi z jakich preparatów i z jakich urządzeń pragną skorzystać w zakresie usług medycyny estetycznej. Nieustanna chęć uczenia się i samorozwój wpływają znacząco na ciekawość i chęć zdobywania coraz większej ilości informacji. W przypadku usług medycyny estetycznej świadomość pacjentów powinna być na stosunkowo wysokim poziomie. Wynika to z faktu, że w przypadku tych usług ingerencja w organizm pacjenta/konsumenta jest stosunkowo duża, a w niektórych przypadkach może skutkować również powikłaniami, o których pacjenci powinni być poinformowani przed zabiegiem, aby mogli podjąć świadomą decyzję o skorzystaniu z tych usług. W kontekście powyższego dokonano zatem szczegółowej analizy źródeł, z jakich korzystają respondenci przed wyborem usług medycyny estetycznej oraz placówek zajmujących się tymi usługami. Wyniki analizy zaprezentowano na rysunkach 19-23.

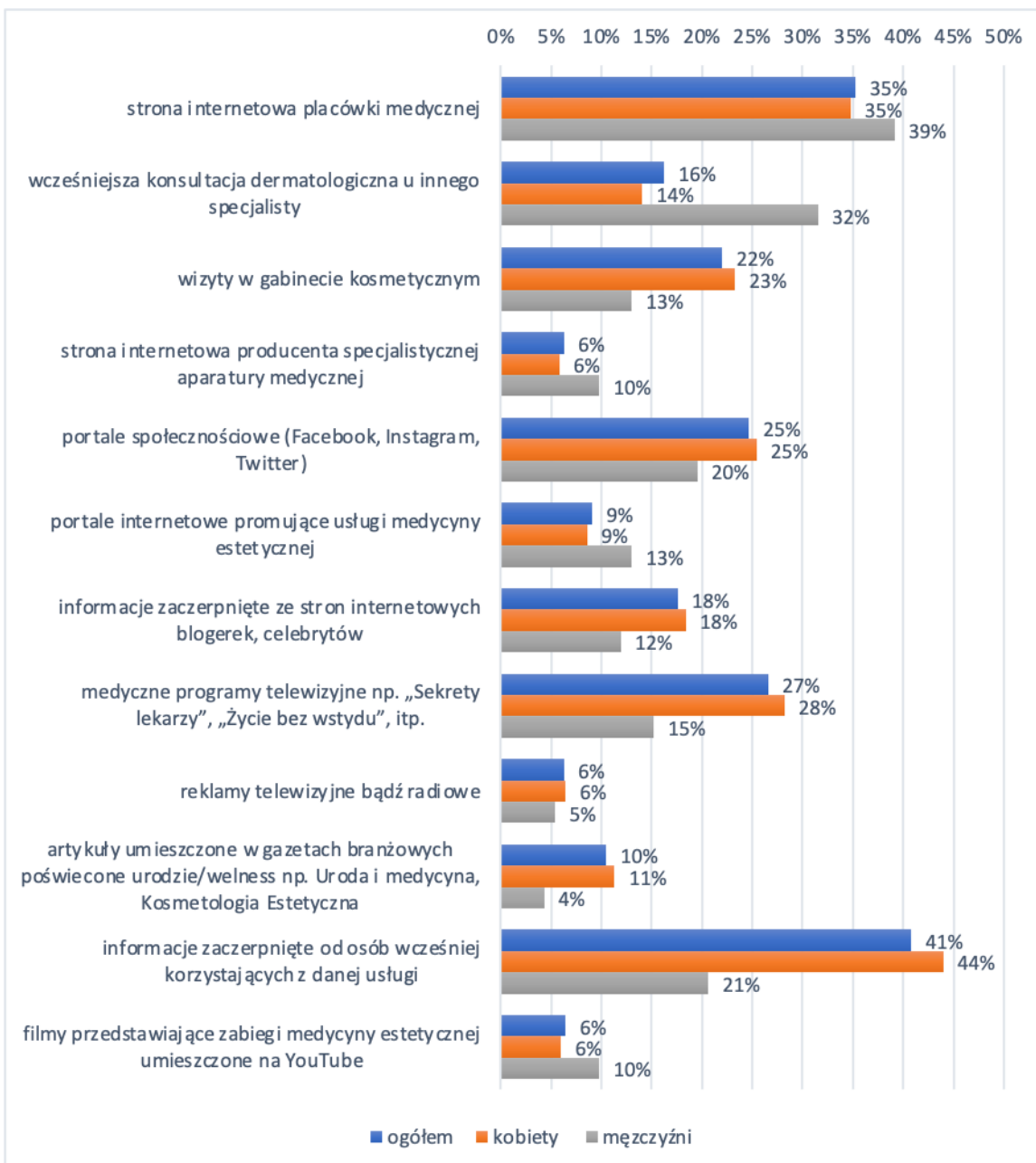
Dokonując analizy wykorzystywania źródeł informacji o samej usłudze medycyny estetycznej przez respondentów zauważono, że najczęściej wskazywanym źródłem są „informacje zaczerpnięte od osób wcześniej korzystających z danej usługi” – 41% wskazań ogółem. Kolejnym najchętniej wybieranym źródłem informacji okazała się być „strona internetowa placówki medycznej” – 35% wskazań oraz „medyczne programy telewizyjne” – 27% wskazań. Skupiając się na różnicach między kobietami a mężczyznami w kontekście źródeł informacji determinujących wybór usługi medycyny estetycznej zauważono, że najczęściej wybieranym źródłem informacji przez mężczyzn jest „strona internetowa placówki medycznej” – 39% wskazań (w przypadku kobiet – 35% wskazań). W przypadku mężczyzn kolejnym ważnym źródłem informacji o zabiegach medycyny estetycznej jest „wcześniejsza konsultacja dermatologiczna” – 32% wskazań (kobiety 14% wskazań). Można

przypuszczać, że dolegliwości dotyczące mężczyzn takie jak III stadium trądziku różowatego, gdzie w efekcie dochodzi do przerostu tkanki w okolicy nosa (*lat. rhyphyma*²⁴), mogą szczególnie skłaniać mężczyzn do poddania się zabiegowi z zakresu medycyny estetycznej. Zabieg ten polega na laserowym usunięciu przerostu nosa oraz zamknięciu naczyń krwionośnych w jego obrębie, co skutkuje znaczącą poprawą wyglądu, a tym samym wpływa na odbiór osoby przez najbliższe otoczenie.

W dalszej kolejności mężczyźni wskazali „informacje od osób wcześniej korzystających z usługi” – 21% wskazań, natomiast kobiety wskazały medyczne programy telewizyjne np. „Sekrety lekarzy” – 28% wskazań (mężczyźni 15% wskazań). Dzięki pojawieniu się w telewizji programów takich jak „Życie bez wstydu”, „Klinika bez tajemnic” oraz „Sekrety chirurgii” potencjalni pacjenci nie tylko mogą dowiedzieć się o możliwościach, jakie niesie za sobą medycyna estetyczna, ale również o jej ograniczeniach. Co więcej – powyższe programy dają możliwość przedstawienia problemów estetycznych, z którymi mogą borykać się widzowie – potencjalni pacjenci. W przypadku poważnych problemów zdrowotnych takich jak blizny pooparzeniowe, czy też wszelakie zniekształcenia powstałe w wyniku wypadków lub też wrodzonych defektów estetycznych, programy te przedstawiają możliwości ich redukcji, ale również wzbudzają emocje, na które kobiety są znacznie bardziej wrażliwe niż mężczyźni. Natomiast do źródeł informacji, z których najrzadziej korzystają badane kobiety należą: „strona internetowa producenta specjalistycznej aparatury medycznej”, „reklamy telewizyjne” oraz „filmy przedstawiające zabiegi medycyny estetycznej umieszczone na portalach YouTube” – 6% wskazań. W przypadku mężczyzn są to „artykuły umieszczone w gazetach branżowych poświęconych urodzie/wellness” np. „Uroda i Medycyna” – 4% wskazań.

Najczęściej wybieranym źródłem informacji o usłudze medycyny estetycznej są informacje zaczerpnięte od osób wcześniej korzystających z usług medycyny estetycznej, strona internetowa placówki medycznej oraz medyczne programy telewizyjne. Zatem „the word of mouth” jest niezmiennie najczęściej wykorzystywanym źródłem informacji o usługach medycyny estetycznej.

²⁴ Przerost guzowaty nosa, wynikający z reaktywności naczyń krwionośnych, najczęściej występujący w wśród mężczyzn.



Rysunek 19 Źródła informacji o usłudze medycyny estetycznej a płeć respondentów

Źródło: opracowanie własne

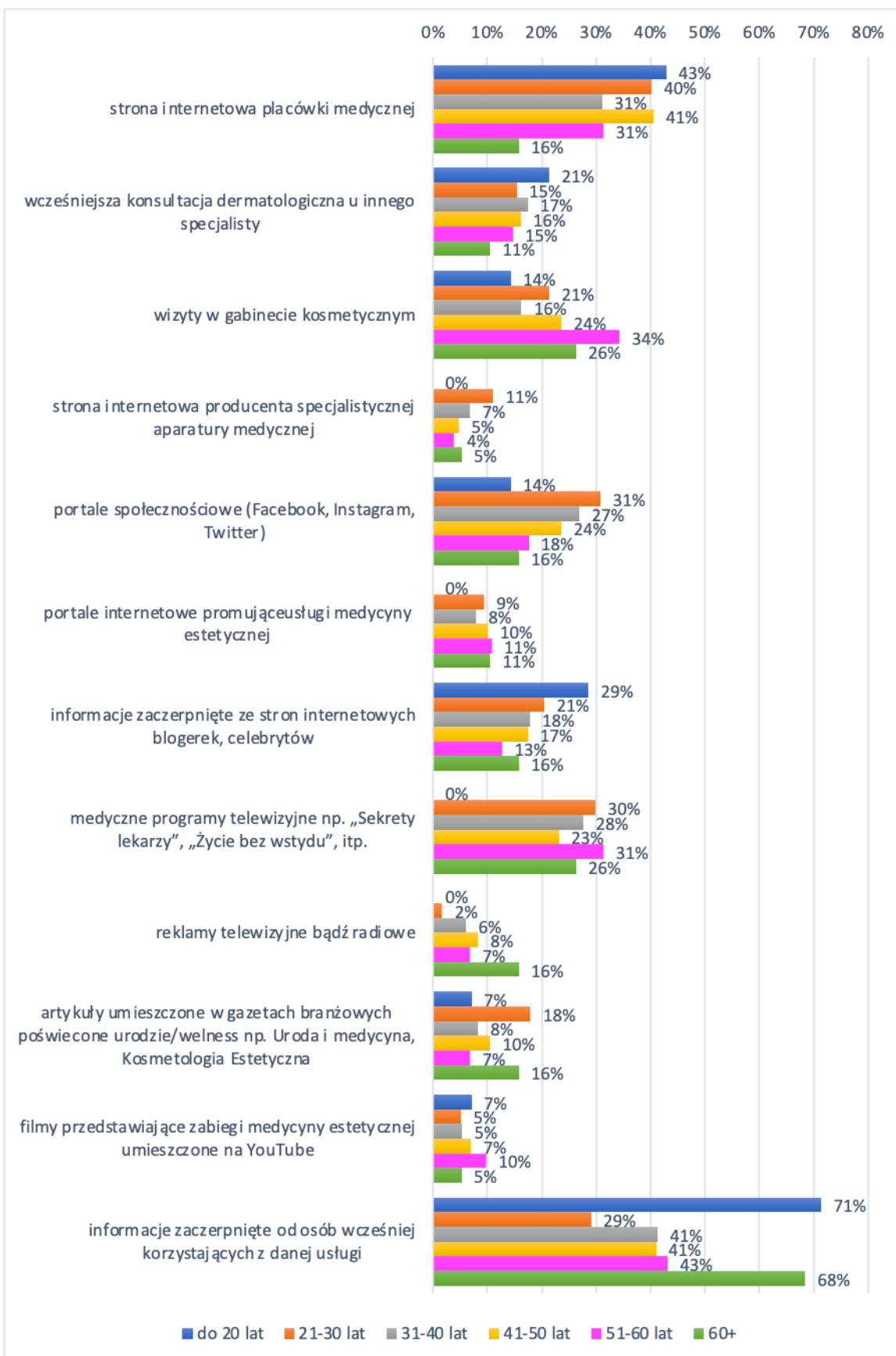
Warto również zaznaczyć, że marketing szeptany jest ceniony przez dotychczasowych usługobiorców medycyny estetycznej, gdyż bazuje on na pozytywnych i negatywnych doświadczeniach konsumentów, przez co staje się najbardziej wiarygodnym źródłem informacji. Powyższe potwierdza fakt wynikający z rozlicznych badań, iż w przypadku usług osobistych (nie tylko medycyny estetycznej) najlepszym narzędziem komunikacji jest „*the word of mouth*” (Cheung i Thadani, 2012; Zainal i in., 2017; Atiyeh i in., 2021).

Następnie dokonano analizy najważniejszych dla konsumentów źródeł informacji o zabiegach medycyny estetycznej w odniesieniu do wieku badanych (rysunek 20).

W segmencie wiekowym najmłodszych respondentów, czyli do 20 lat najpopularniejszym źródłem informacji o usłudze medycyny estetycznej są „informacje zaczerpnięte od osób wcześniej korzystających z usług medycyny estetycznej” – 71% wskazań, w dalszej kolejności „strona internetowa placówki medycznej” – 43% wskazań oraz „informacje zaczerpnięte od blogerek i celebrytów” – 29% wskazań. Można przypuszczać, że nieograniczony dostęp do Internetu, który umożliwiony jest dzięki mobilnym urządzeniom oraz popularność korzystania z portali społecznościowych, dają możliwość śledzenia nowości wprowadzanych na rynek w tym również zabiegów, z jakich korzystają obserwowane w Internecie osoby (blogerzy/celebryci/influencerzy). Natomiast najmłodszy analizowany segment respondentów nie wykorzystuje źródeł informacji takich jak: „strona internetowa producenta aparatury medycznej”, „reklamy telewizyjne i radiowe”, „portale promujące usługi medycyny estetycznej” i „medyczne programy telewizyjne”.

W kolejnym segmencie wiekowym, czyli wśród konsumentów w wieku pomiędzy 21 a 30 lat, najczęściej wskazywanym źródłem informacji jest „strona internetowa placówki medycznej” – 40% wskazań, „portale społecznościowe” – 31% wskazań, „medyczne programy telewizyjne” – 30% wskazań oraz „informacje zaczerpnięte od osób wcześniej korzystających z danej usługi” – 29% wskazań. Podobnie jak w przypadku najmłodszego segmentu wiekowego, najrzadziej wykorzystywanym źródłem informacji o usłudze medycyny estetycznej są „reklamy telewizyjne bądź radiowe” – 2% wskazań.

W segmencie konsumentów w wieku 31-40 lat najczęściej wykorzystywanym źródłem informacji o usługach medycyny estetycznej są „informacje zaczerpnięte od osób wcześniej korzystających z usług medycyny estetycznej” – 41% wskazań. W dalszej kolejności zadeklarowano: „stronę internetową placówki medycznej” i „medyczne programy telewizyjne” – 28% wskazań, następnie „portale społecznościowe” – 27% wskazań. Natomiast najrzadziej wykorzystywanym źródłem informacji okazały się „filmy przedstawiające zabiegi medycyny estetycznej umieszczone na portalu YouTube” – 5% wskazań.



Rysunek 20 Źródła informacji o usłudze medycyny estetycznej a wiek respondentów

Źródło: opracowanie własne

W segmencie wiekowym 41-50 lat, podobnie jak w przypadku wcześniejszego segmentu konsumentów najpopularniejszymi źródłami informacji o usłudze z zakresu medycyny estetycznej okazały się: „strona internetowa placówki medycznej” oraz „informacje zaczerpnięte od osób wcześniej korzystających z usług medycyny estetycznej” – 41% wskazań. W dalszej kolejności znalazły się „informacje zaczerpnięte z portali społecznościowych” oraz te uzyskane „podczas wizyt w gabinecie kosmetycznym” – 24% wskazań. Natomiast „strona internetowa specjalistycznej aparatury medycznej” jest najrzadziej wybieranym źródłem informacji o usłudze medycyny estetycznej – 5% wskazań.

W segmencie konsumentów w wieku 51-60 lat najczęściej wybieranym źródłem informacji są „informacje zaczerpnięte od osób wcześniej korzystających z dane usługi medycyny estetycznej” – 43% wskazań oraz te uzyskane „podczas wizyt w gabinecie kosmetycznym” – 34% wskazań; natomiast w dalszej kolejności znalazły się: „strona internetowa placówki medycznej” oraz „medyczne programy telewizyjne” – 31% wskazań. Wśród najrzadziej wykorzystywanych źródeł informacji w powyższym przedziale wiekowym znalazły się informacje zaczerpnięte ze „stron internetowych producenta specjalistycznej aparatury medycznej” – 4% wskazań.

Z kolei wśród najstarszych pacjentów, czyli w wieku 60+, najczęściej wybieranym źródłem informacji o zabiegach medycyny estetycznej są „informacje zaczerpnięte od osób wcześniej korzystających z usług medycyny estetycznej” – 68% wskazań, dalej medyczne „programy telewizyjne” oraz „wizyty w gabinecie kosmetycznym” – 26% wskazań. Natomiast najrzadziej wykorzystywanym źródłem informacji są „filmy przedstawiające zabiegi medycyny estetycznej na portalu YouTube” oraz „strony internetowe producenta specjalistycznej aparatury medycznej” – 5% wskazań.

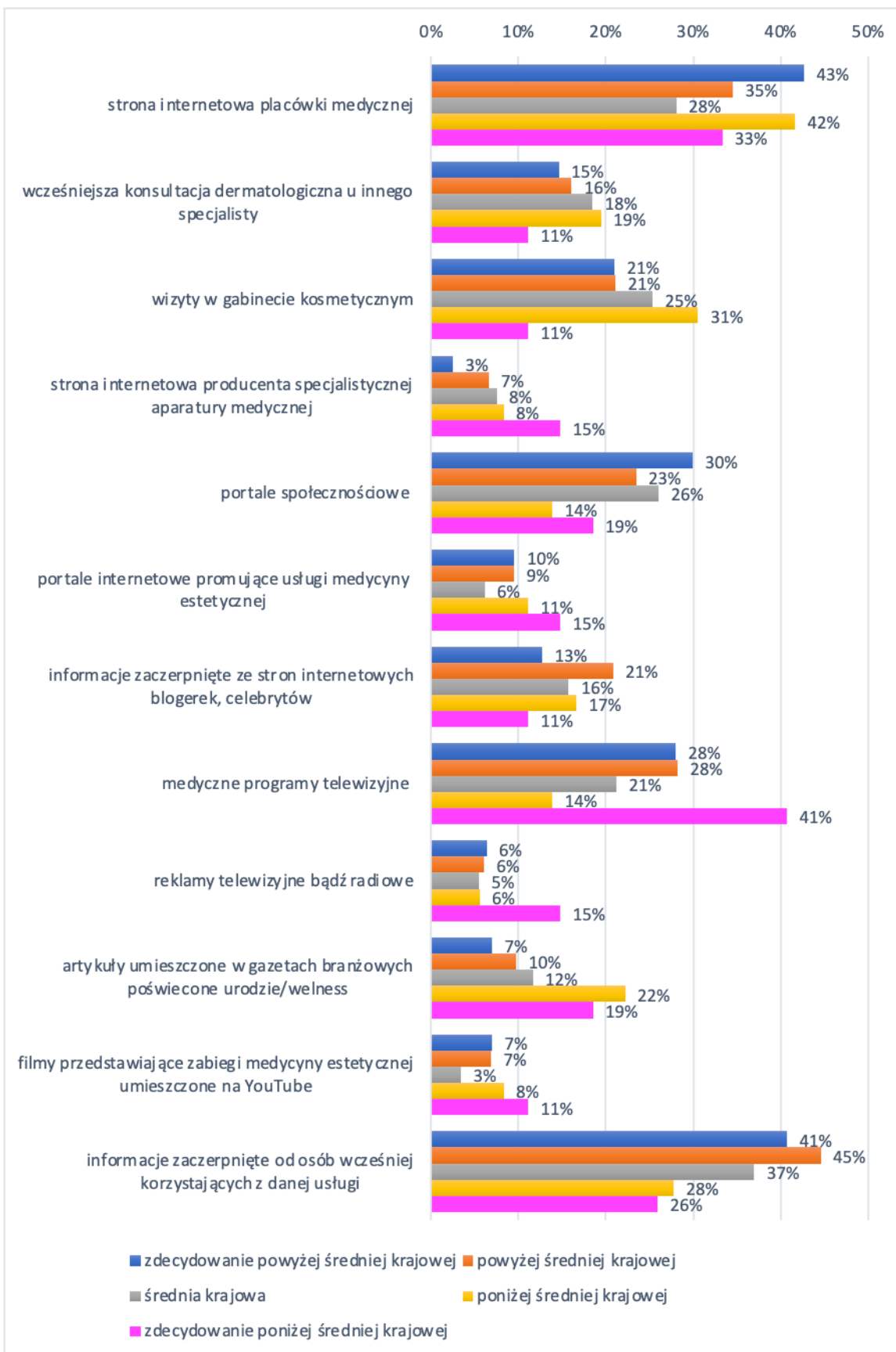
W każdym analizowanym segmencie wiekowym konsumentów (z wyjątkiem segmentu wiekowego 21-30 lat oraz 31-40 lat) najczęściej wybieranym źródłem informacji o zabiegach medycyny estetycznej są „informacje zaczerpnięte od osób wcześniej korzystających z usług medycyny estetycznej”. Zauważono również, że „strona internetowa placówki medycznej” jest wysoce wartościowym źródłem informacji. W najmłodszym segmencie wiekowym często wykorzystywanym źródłem informacji okazały się „informacje zaczerpnięte od blogerek oraz celebrytów” – 29% wskazań. W tym miejscu warto wspomnieć, że jak wynika z analizy przesłanek podjęcia decyzji o wyborze i zakupie usług medycyny estetycznej, konsumenci najmłodszy nie korzystają z tych usług ze względu na

celebrytów. Zatem można zauważyć, że celebryci są istotnym źródłem informacji, ale nie są ważną przesłanką podjęcia decyzji o skorzystaniu z tych usług. Wykorzystywanie źródeł informacji dotyczących usług medycyny estetycznej jest zgodne z koncepcjami pokolenia X, Y, Z oraz Baby Boomers. Z analizy rys. 20 wyraźnie wynika, że wraz z wiekiem respondentów maleje zainteresowanie źródłami pochodzącymi z mediów społecznościowych (YouTube, fora internetowe), a zyskują na znaczeniu tradycyjne źródła informacji takie jak: „informacje zaczerpnięte z programów telewizyjnych”, gazet czy też tradycyjnych wizyt w gabinetach kosmetycznych. Z kolei młodsze pokolenia Y i Z cenią sobie informacje zamieszczone na stronach internetowych, portalach społecznościowych oraz opinie upowszechniane przez celebrytów (Szwed, 2018). Powyższe wynika z faktu, iż młodzi konsumenci częściej i aktywniej korzystają z nowoczesnych źródeł informacji, szczególnie pochodzących z mediów społecznościowych.

Uwzględniając status materialny badanych osób zauważono różnice w wykorzystywanych źródłach informacji o usłudze medycyny estetycznej, z których korzystają przed wyborem tych usług (rysunek 21). I tak wśród respondentów o dochodach miesięcznych zdecydowanie powyżej średniej krajowej najczęściej wskazywanym źródłem informacji jest „strona internetowa placówki medycznej” – 43% wskazań oraz „informacje zaczerpnięte od osób wcześniej korzystających z usług medycyny estetycznej” – 41% wskazań. W dalszej kolejności „portale społecznościowe” – 30% wskazań oraz „medyczne programy telewizyjne” – 28% wskazań.

W przypadku respondentów o dochodach powyżej średniej krajowej również często wykorzystywanym źródłem informacji okazały się „informacje zaczerpnięte od osób wcześniej korzystających z usługi medycyny estetycznej” – 45% wskazań, „strona internetowa placówki medycznej” – 35% wskazań oraz „medyczne programy telewizyjne” – 28% wskazań.

Wśród respondentów o dochodach na poziomie średniej krajowej najistotniejsze niezmiennie okazały się „informacje zaczerpnięte od osób wcześniej korzystających z usług medycyny estetycznej” – 37% wskazań, „strona internetowa placówki medycznej” – 28% wskazań oraz „portale społecznościowe” – 26% wskazań.



Rysunek 21 Źródła informacji o usłudze medycyny estetycznej a status materialny respondentów

Źródło: opracowanie własne

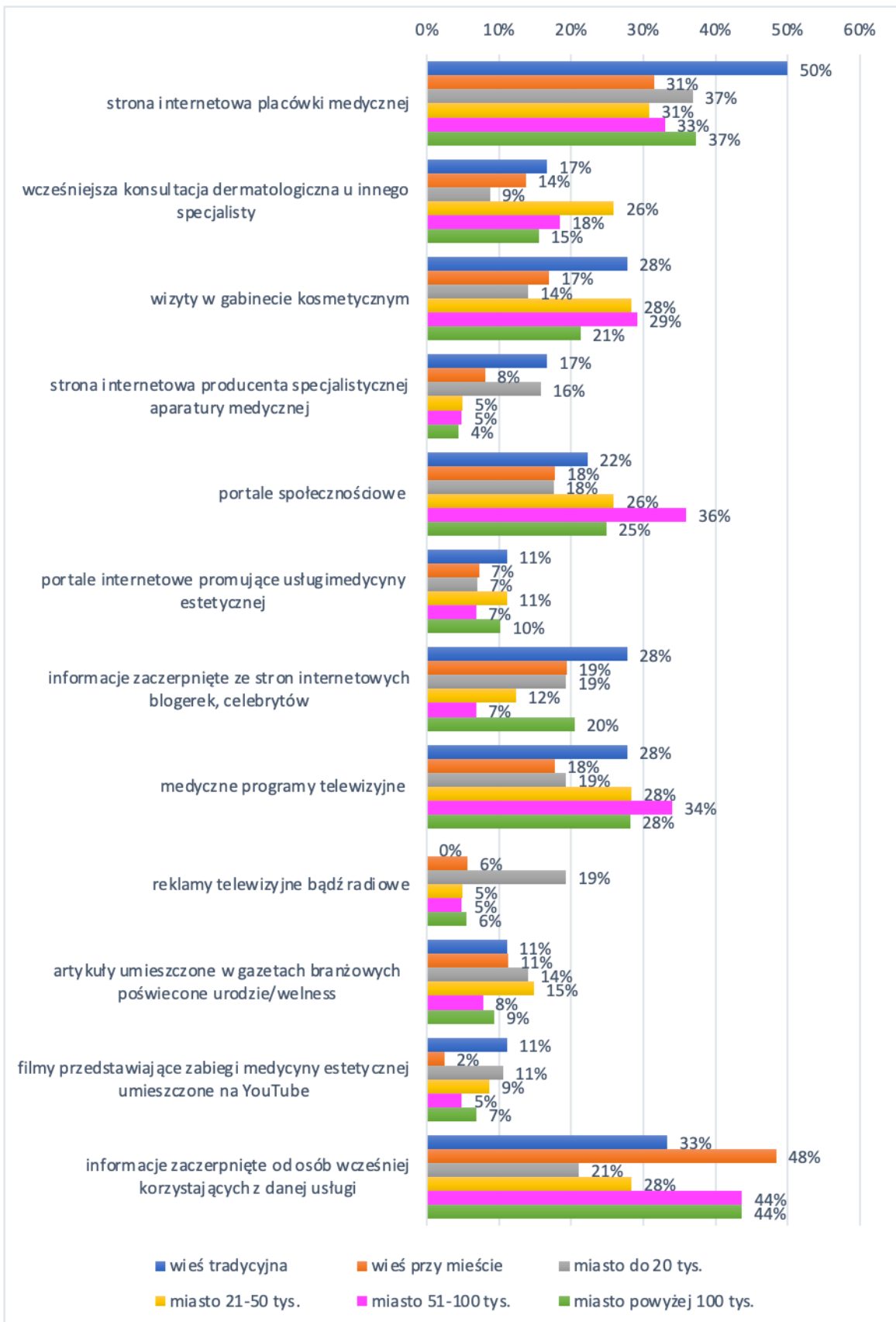
Natomiast respondenci o dochodach poniżej średniej krajowej najchętniej wybierają „źródła informacji ze stron internetowych placówek medycznych” – 42% wskazań, „wizyty w gabinecie kosmetycznym” – 31% wskazań natomiast na trzecim miejscu wskazano „informacje zaczerpnięte od osób wcześniej korzystających z usług medycyny estetycznej” – 28% wskazań.

Biorąc pod uwagę respondentów o dochodach miesięcznych zdecydowanie poniżej średniej krajowej jako najpopularniejsze źródła zdobywania informacji wskazane zostały „medyczne programy telewizyjne” – 41% wskazań, kolejno „strona internetowa placówki medycznej” – 33% wskazań oraz „informacje zaczerpnięte od osób wcześniej korzystających z usługi medycyny estetycznej” – 26% wskazań.

W dalszej kolejności poddano analizie wybrane źródła informacji o usłudze z zakresu medycyny estetycznej w odniesieniu do miejsca zamieszkania konsumentów. Wyniki zaprezentowano na rysunku 22.

Analizując źródła informacji wykorzystywane przez respondentów zamieszkujących wieś tradycyjną najczęściej deklarowanym źródłem informacji jest „strona internetowa placówki medycznej” – 50% wskazań, następnie: „informacje zaczerpnięte od osób, które wcześniej skorzystały z usług medycyny estetycznej” – 33% wskazań, „medyczne programy telewizyjne”, „wizyty w gabinecie kosmetycznym” oraz „informacje od blogerek i celebrytów” – 28% wskazań. Odnotowano brak wskazań w przypadku „reklam telewizyjnych bądź radiowych”.

Wśród respondentów zamieszkujących wieś przy mieście najchętniej wykorzystywanym źródłem informacji są „informacje zaczerpnięte od osób wcześniej korzystających z usług medycyny estetycznej” (48% wskazań) oraz „strona internetowa placówki medycznej” (31% wskazań). Następnie respondenci wskazali „informacje od blogerów i celebrytów” (19% wskazań), natomiast najrzadziej wykorzystywanym źródłem informacji okazały się „filmy przedstawiające zabiegi medycyny estetycznej na YouTube” – 2% wskazań.



Rysunek 22 Źródła informacji o usłudze medycyny estetycznej a miejsce zamieszkania respondentów

Źródło: opracowanie własne

Respondenci zamieszkujący małe miasta do 20 tys. mieszkańców jako najchętniej wybierane źródło informacji o zabiegach medycyny estetycznej wskazali „stronę internetową placówki medycznej” – 37% wskazań, natomiast na kolejnych miejscach znalazły się: „informacje od osób wcześniej korzystających z usług medycyny estetycznej” – 21% wskazań, „informacje pochodzące z medycznych programów telewizyjnych”, „informacje zaczerpnięte ze stron internetowych celebrytów bądź blogerek” oraz z „reklam telewizyjnych i radiowych” – 19% wskazań.

Wśród respondentów zamieszkujących miasta z liczbą mieszkańców w przedziale 21-50 tys. mieszkańców najpopularniejszym źródłem informacji jest „strona internetowa placówki medycznej” – 31%, w dalszej kolejności znalazły się: „informacje od osób wcześniej korzystających z usług medycyny estetycznej”, „medyczne programy telewizyjne” oraz „wizyty w gabinecie kosmetycznym” – po 28% wskazań.

Z kolei wśród respondentów zamieszkujących średnie miasta (51-100 tys. mieszkańców) jako pierwsze źródło informacji wskazano „informacje zaczerpnięte od osób wcześniej korzystających z usług medycyny estetycznej” – 44% wskazań, następnie „portale społecznościowe” – 36% wskazań i „medyczne programy telewizyjne” – 34% wskazań. Najbardziej wskazywanymi źródłami informacji okazały się: „strona internetowa producenta aparatury medycznej”, „reklamy telewizyjne i radiowe” oraz „filmy przedstawiające zabiegi medycyny estetycznej np. YouTube” po 5% wskazań.

Wśród respondentów mieszkających w dużych miastach (powyżej 100 tys. mieszkańców), podobnie jak w przypadku respondentów zamieszkujących miasta 51-100 tys. mieszkańców, najczęściej wykorzystywanym źródłem informacji o usługach medycyny estetycznej są „informacje zaczerpnięte od osób wcześniej korzystających z usług medycyny estetycznej” – 44% wskazań. Równie ważnymi źródłami informacji są: „strona internetowa placówki medycznej” – 37% wskazań oraz „medyczne programy telewizyjne” – 28% wskazań.

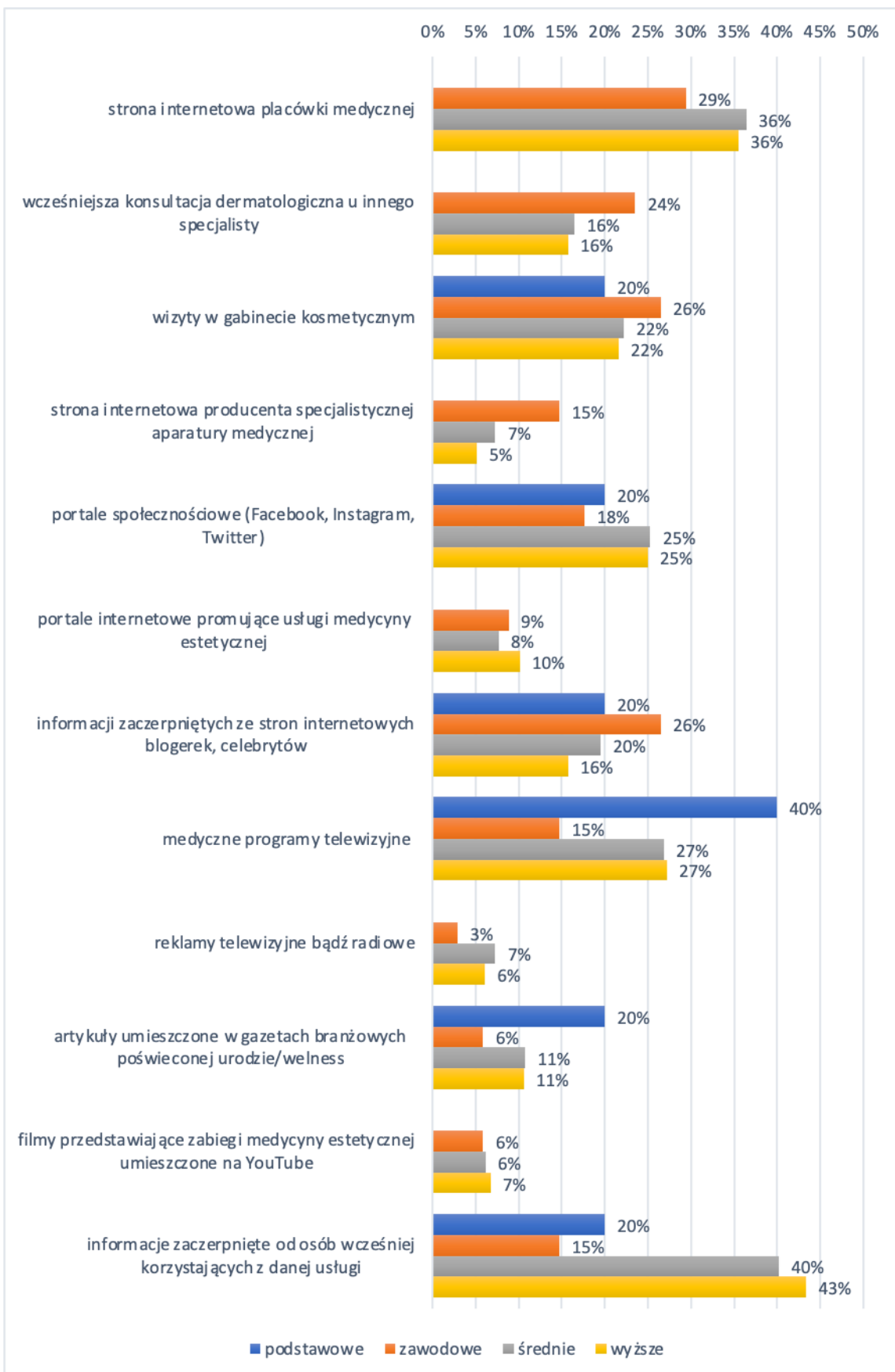
Na podstawie analizy danych zaprezentowanych na rysunku 22 można wnioskować, że miejsce zamieszkania konsumentów znacząco determinuje źródła informacji, z jakich korzystają konsumenci usług medycyny estetycznej (zauważyć można duże różnice w odsetkach wskazań odpowiedzi ze względu na analizowaną zmienną segmentacyjną). I tak np. „strona internetowa placówki medycznej” to znacznie popularniejsze źródło informacji dla mieszkańców wsi tradycyjnej – 50% wskazań, aniżeli dla mieszkańców wsi

przy mieście oraz średnich (21-50 tys. mieszkańców) miast – 31% wskazań. Z kolei korzystanie z takiego źródła informacji jak „informacje zaczerpnięte od osób wcześniej korzystających z danej usługi” jest najbardziej powszechne dla mieszkańców wsi przy mieście – 48% wskazań, a najmniej dla mieszkańców małych miast – 21% wskazań. „Portale społecznościowe” to najpopularniejsze źródło informacji o usługach medycyny estetycznej dla mieszkańców miast 51-100 tys. – 36% wskazań, a mniej popularne dla mieszkańców wsi przy mieście oraz małych miast – 18% wskazań. Co ciekawe – „informacje zaczerpnięte ze stron internetowych blogerek, celebrytów” są najpowszechniejszym źródłem informacji dla mieszkańców wsi tradycyjnych – 28% wskazań, a najmniej powszechnym dla mieszkańców miast 51-100 tys. - jedynie 7% wskazań. Dość znaczące różnice (na poziomie ponad 10 p.p.) pomiędzy segmentami konsumentów wyodrębnionymi ze względu na miejsce zamieszkania widoczne są również w przypadku takich źródeł informacji jak: „strona internetowa producenta specjalistycznej aparatury medycznej”, „wcześniejsza konsultacja dermatologiczna” czy też „medyczne programy telewizyjne”.

Kolejne kryterium analizy w kontekście korzystania ze źródeł informacji o usługach medycyny estetycznej było wykształcenie badanych osób – wyniki zostały zobrazowane na rysunku 23.

W przypadku respondentów o wykształceniu podstawowym odnotowano wyłącznie 6 źródeł informacji z jakich korzystają konsumenci przed wyborem usługi medycyny estetycznej i są to: „medyczne programy telewizyjne” – 40% wskazań, następnie „informacje od osób wcześniej korzystających z usług medycyny estetycznej”, „portale społecznościowe”, „wizyty w gabinecie kosmetycznym”, „artykuły w gazetach branżowych” oraz „informacje pochodzące od influencerów lub celebrytów” – 20% wskazań.

Wśród respondentów o wykształceniu zawodowym najczęściej wybieranym źródłem informacji o usługach medycyny estetycznej jest „strona internetowa placówki medycznej” – 29% wskazań, a następnie: „wizyty w gabinecie kosmetycznym” oraz „informacje od blogerek i celebrytów” – 26% wskazań. Co ciekawe, „informacje od osób wcześniej korzystających z zabiegów estetycznych” zostały wskazane wyłącznie przez 15% badanych. Można przypuszczać, że treści publikowane przez osoby powszechnie znane charakteryzują się wysoką atrakcyjnością w procesie pozyskiwania informacji na temat usług medycyny estetycznej wśród respondentów o wykształceniu zawodowym.



Rysunek 23 Źródła informacji o usłudze medycyny estetycznej a wykształcenie respondentów
Źródło: opracowanie własne

Analizując respondentów o wykształceniu średnim konsumenci czerpali „informacje od osób wcześniej korzystających z usług medycyny estetycznej” – 40% wskazań. Kolejno wskazano takie źródła jak: „strona internetowa placówki medycznej” (36% wskazań), „programy medyczne” (27% wskazań), „portale społecznościowe” (25% wskazań).

W przypadku respondentów o wykształceniu wyższym najczęstszym źródłem informacji są „informacje zaczerpnięte od osób wcześniej korzystających z usług medycyny estetycznej” – 43% wskazań. Podobnie jak w przypadku respondentów o wykształceniu średnim na drugim miejscu wskazano „stronę internetową placówki medycznej” – 36%, kolejno „medyczne programy telewizyjne” – 27% wskazań oraz „portale społecznościowe” – 25% wskazań.

Dokonana analiza respondentów z uwzględnieniem poziomu wykształcenia pozwala stwierdzić, że poziom wykształcenia respondentów silnie wpływa na wybór źródeł informacji, z których korzystają konsumenci w celu zaznajomienia się z usługami medycyny estetycznej. Jak wskazano powyżej dla respondentów o wykształceniu podstawowym najważniejszym źródłem informacji są „medyczne programy telewizyjne” (40% wskazań), ale również „portale społecznościowe” oraz „informacje zaczerpnięte od celebrytów i blogerek” (20% wskazań). Z kolei w przypadku respondentów o wykształceniu zawodowym najpopularniejszym źródłem są informacje ze „strony internetowej placówki medycznej” (29% wskazań), a w dalszej kolejności „wizyty w gabinecie kosmetycznym” oraz „informacje zaczerpnięte od blogerek i celebrytów” (26% wskazań). Natomiast w przypadku respondentów o wykształceniu średnim i wyższym najpopularniejszym źródłem informacji są „informacje zaczerpnięte od osób wcześniej korzystających z usług medycyny estetycznej”.

W pracy dokonano również analizy wykorzystywanych źródeł informacji w odniesieniu do zawodu wykonywanego przez respondentów. Wyniki przedstawiono w tabeli 26.

W przypadku przedsiębiorców najczęściej wskazywanymi źródłami informacji o usługach z zakresu medycyny estetycznej są „informacje zaczerpnięte od osób wcześniej korzystających z usługi medycyny estetycznej” – 41% wskazań, kolejno „strona internetowa placówki medycznej” – 36% wskazań oraz „wizyty w gabinecie kosmetycznym” – 25% wskazań. Podobnie odpowiedzi kształtują się w przypadku respondentów samozatrudniających się: „informacje zaczerpnięte od osób wcześniej korzystających z usług medycyny estetycznej” – 39% wskazań, następnie „strona internetowa placówki

medycznej” – 30% wskazań oraz „wizyty w gabinecie kosmetycznym” i „medyczne programy telewizyjne” – 23% wskazań. W przypadku gospodyń domowych najczęściej wskazywanym źródłem informacji są „informacje zaczerpnięte od osób wcześniej korzystających z usług medycyny estetycznej” – 40% wskazań, następnie „strona internetowa placówki medycznej” – 38% wskazań, „wizyty w gabinecie kosmetycznym” – 31% wskazań, „portale społecznościowe” – 29% wskazań. Wśród respondentów na stanowiskach kadry zarządzającej wyższego szczebla wskazano następujące źródła informacji: „strona internetowa placówki medycznej” – 34% wskazań, „informacje zaczerpnięte od osób wcześniej korzystających z usług medycyny estetycznej” – 32% wskazań oraz „portale społecznościowe” oraz „medyczne programy telewizyjne” – 30% wskazań. Natomiast skupiając się na kadrze zarządzającej średniego szczebla najczęściej wskazywanym źródłem informacji są „informacje zaczerpnięte od osób wcześniej korzystających z usług medycyny estetycznej” – 52% wskazań, „strona internetowa placówki medycznej” – 35% oraz „wizyty w gabinecie kosmetycznym” – 27% wskazań.

W przypadku artystów 50% wskazań odnotowano dla informacji zaczerpniętych z „medycznych programów telewizyjnych”, 46% wskazań dla „strony internetowej placówki medycznej” oraz 41% wskazań dla „informacji zaczerpniętych od osób wcześniej korzystających z usług medycyny estetycznej” oraz dla „portali społecznościowych”. Przechodząc do respondentów pracujących na stanowiskach prawniczych wskazano: „stronę internetową placówki medycznej” – 42% wskazań oraz „medyczne programy telewizyjne” i „informacje zaczerpnięte od osób wcześniej korzystających z usług medycyny estetycznej” – 39% wskazań. Skupiając się na lekarzach najczęściej korzystają oni ze źródeł informacji umieszczonych na „stronach internetowych placówki medycznej” – 50% wskazań, następnie z informacji „zaczerpniętych od osób wcześniej korzystających z usług medycyny estetycznej” – 46% wskazań, kolejno „wcześniejsza konsultacja dermatologiczna u innego specjalisty” – 27% wskazań. Naukowcy natomiast cenią informacje „zaczerpnięte od osób wcześniej korzystających z usług medycyny estetycznej” – 57% wskazań. Na tym samym poziomie wskazań – 29% wskazań znalazły się „strona internetowa placówki medycznej”, „medyczne programy telewizyjne” oraz „artykuły umieszczone w czasopiśmie branżowym”. Przechodząc do sportowców jako najpopularniejsze źródło informacji wskazano „stronę internetową placówki medycznej” – 42% wskazań oraz kolejno „wizyty w gabinecie kosmetycznym” i „medyczne programy telewizyjne” – 25% wskazań.

Tabela 26 Źródła informacji o usłudze medycyny estetycznej z uwzględnieniem wykonywanego zawodu respondentów

	przedsiębiorca	samozatrudnienie	kadra zarządzająca wyższego szczebla	kadra zarządzająca średniego szczebla	artysta	prawnik	lekarz	naukowiec	sportowiec	przedstawiciel mediów	nauczyciel	pracownik służby zdrowia	służby mundurowe	ogrodnik / rolnik	gospodyni domowa	pracownik fizyczny	nie pracujące zawodowo	uczeń/student	emeryt
strona internetowa placówki medycznej	36%	30%	34%	35%	46%	42%	50%	29%	42%	14%	39%	31%	11%	18%	38%	30%	45%	55%	33%
wcześniejsza konsultacja dermatologiczna u innego specjalisty	15%	18%	17%	22%	5%	12%	27%	14%	8%	14%	15%	18%	33%	18%	20%	13%	8%	19%	-
wizyty w gabinecie kosmetycznym	25%	23%	11%	27%	14%	27%	14%	7%	25%	18%	27%	24%	11%	46%	31%	30%	10%	14%	8%
strona internetowa producenta specjalistycznej aparatury medycznej	2%	11%	-	3%	23%	-	9%	7%	-	14%	6%	11%	-	9%	4%	9%	-	10%	8%
portale społecznościowe	24%	19%	30%	22%	41%	15%	14%	21%	17%	25%	36%	38%	22%	27%	29%	44%	25%	21%	17%
portale internetowe promujące usługi medycyny estetycznej	9%	7%	15%	10%	14%	4%	9%	7%	17%	14%	12%	2%	22%	-	7%	-	13%	10%	8%
informacje zaczerpnięte ze stron internetowych blogerek, celebrytów	15%	20%	21%	13%	14%	19%	5%	14%	17%	36%	9%	9%	22%	18%	29%	13%	20%	21%	-
medyczne programy telewizyjne	25%	23%	30%	24%	50%	39%	23%	29%	25%	25%	21%	20%	11%	27%	27%	22%	43%	19%	50%
reklamy telewizyjne bądź radiowe	5%	11%	8%	2%	5%	-	5%	14%	8%	4%	3%	2%	-	18%	9%	-	8%	-	33%
artykuły umieszczone w gazetach branżowych poświęcone urodzie/wellness	9%	10%	11%	14%	9%	4%	14%	29%	17%	4%	9%	20%	22%	-	11%	9%	8%	10%	17%
filmy przedstawiające zabiegi medycyny estetycznej umieszczone na YouTube	5%	6%	9%	10%	-	8%	-	21%	-	14%	6%	9%	-	9%	4%	-	-	10%	-
informacje zaczerpnięte od osób wcześniej korzystających z danej usługi	41%	39%	32%	52%	41%	39%	46%	57%	8%	43%	39%	47%	22%	55%	40%	30%	35%	50%	50%

Źródło: opracowanie własne

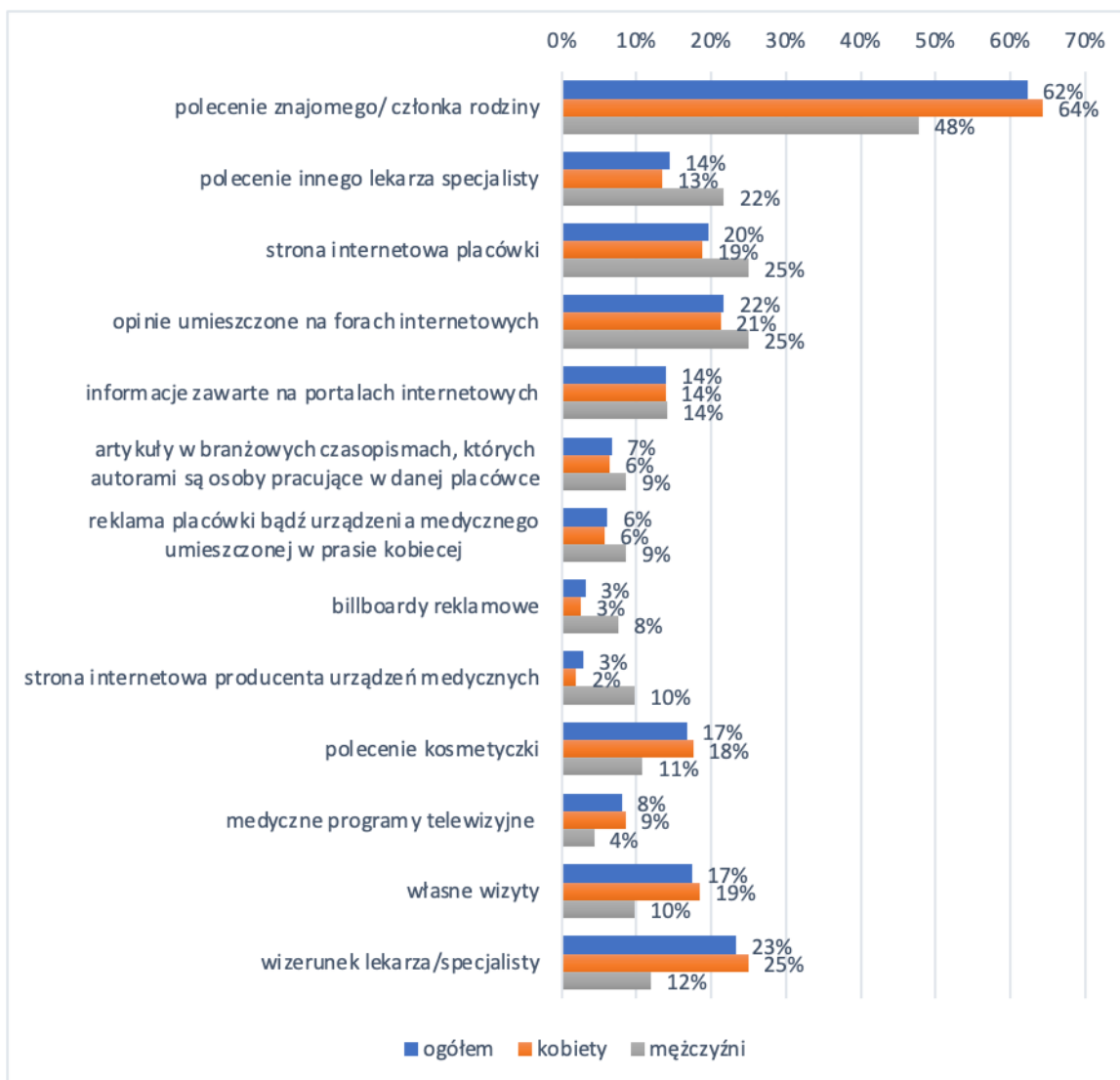
Przedstawiciele mediów z kolei cenią informacje „zaczerpnięte od osób wcześniej korzystających z usług medycyny estetycznej” – 43% wskazań, informacje zaczerpnięte z treści publikowanych przez celebrytów i blogerki” – 36% wskazań oraz „telewizyjnych programów medycznych” i „portali społecznościowych” – 25% wskazań. Natomiast nauczyciele na równym poziomie wskazań zaznaczyli, że korzystają z informacji „zaczerpniętych od osób wcześniej korzystających z usług medycyny estetycznej” i pochodzących ze „strony internetowej placówki medycznej” – 39% wskazań. Kolejno istotnym źródłem informacji są dla nich „portale społecznościowe” – 36% wskazań oraz „wizyty w gabinecie kosmetycznym” – 27% wskazań. W przypadku pracowników służby zdrowia najchętniej korzystają oni z informacji „zaczerpniętych od osób wcześniej korzystających z usług medycyny estetycznej” – 47% wskazań, następnie z „portali społecznościowych” – 38% wskazań, kolejno ze „strony internetowej placówki medycznej” – 31% wskazań. Przechodząc do służb mundurowych jako najczęściej wykorzystywane źródło informacji wskazano „wcześniejszą konsultację dermatologiczną” – 33% wskazań, następnie „portale społecznościowe”, „portale internetowe promujące zakres medycyny estetycznej”, „informacje zaczerpnięte od blogerów i celebrytów”, „artykuły umieszczone w czasopiśmie branżowych” oraz „informacje zaczerpnięte od osób wcześniej korzystających z usług medycyny estetycznej” – 22% wskazań. Ogrodnicy/rolnicy na pierwszym miejscu wskazali informacje „zaczerpnięte od osób wcześniej korzystających z usług medycyny estetycznej” – 55% wskazań, „wizyty w gabinecie kosmetycznym” – 46% wskazań oraz „portale społecznościowe” i „medyczne programy telewizyjne” – 27% wskazań. Pracownicy fizyczni natomiast wskazali, że korzystają z „portali społecznościowych” – 44% wskazań oraz „stron internetowych placówek medycznych” oraz czerpią informacje podczas „wizyt w gabinecie kosmetycznym” i z „informacji zaczerpniętych od osób wcześniej korzystających z usług z zakresu medycyny estetycznej” – 30% wskazań. W przypadku respondentów niepracujących zawodowo najczęściej wykorzystywanym źródłem informacji jest „strona internetowa placówki medycznej” – 45% wskazań, kolejno „medycznej programy telewizyjne” – 43% wskazań oraz „informacje zaczerpnięte od osób wcześniej korzystających z usług medycyny estetycznej” – 35% wskazań. Z kolei uczniowie/ studenci wykorzystują informacje ze „stron internetowych placówek medycznych” – 55% wskazań oraz „informacje zaczerpnięte od osób wcześniej korzystających z usług medycyny estetycznej” – 50% wskazań. Natomiast emeryci czerpią

informację z „medycznych programów telewizyjnych” oraz od „osób wcześniej korzystających z usług medycyny estetycznej” – 50% wskazań.

Zatem można stwierdzić, że wykonywany zawód ma znaczący wpływ na wybór i korzystanie z określonych źródeł informacji o usłudze medycyny estetycznej. We wszystkich grupach zawodowych (za wyjątkiem sportowców) na wysokim poziomie odnotowano informacje zaczerpnięte od osób wcześniej korzystających z usług medycyny estetycznej. Warto również zwrócić uwagę na przedstawicieli mediów, którzy dość często korzystają z opinii upublicznionych w mediach społecznościowych przez celebrytów, czy też przez osoby powszechnie znane (aktorzy, dziennikarze). Przypuszcza się, że właśnie przedstawiciele mediów muszą podążać za trendami, a co więcej – mogą osobiście znać celebrytów. Równie interesująco kształtują się wskazania źródeł informacji przez lekarzy, którzy mając doświadczenie z zabiegami medycyny estetycznej wysoce cenią sobie opinie i polecenie innych lekarzy np. dermatologów.

Podsumowując można stwierdzić jednoznacznie, że w przypadku usług medycyny estetycznej najskuteczniejszymi narzędziami komunikacji będącymi jednocześnie źródłami informacji o tych usługach są nowoczesne narzędzia takie jak „*word of mouth*”, strona internetowa placówki (kliniki/gabinetu) oraz medyczne programy telewizyjne. W dalszej kolejności plasują się media społecznościowe (Facebook, Instagram, YouTube). Oczywiście tak jak w przypadku większości usług „skierowanych na człowieka” (kosmetyczne, medyczne, rehabilitacyjne) najskuteczniejszym narzędziem komunikacji/źródłem informacji jest „*word of mouth*”. W kontekście powyższego warto jeszcze zwrócić uwagę na fakt ograniczeń prawnych działań promocyjnych usług medycyny estetycznej świadczonych przez lekarzy medycyny – prawo zabrania m.in. działań reklamowych (co nie odnosi się do usług świadczonych przez kosmetologów). Klinika medycyny estetycznej może korzystać z reklam (telewizyjnej, radiowej czy billboardów) wyłącznie promując zabiegi kosmetyczne, a jeśli taka forma promocji „doprowadzi” potencjalnego konsumenta do placówki, to być może skorzysta on również z zabiegów medycyny estetycznej. Zatem reklama radiowa czy prasowa promująca usługi kosmetyczne może stanowić „pośrednie” źródło informacji o usługach medycyny estetycznej.

W aspekcie korzystania z usług medycyny estetycznej kluczową decyzją jest również wybór placówki medycznej, w której konsumenci/pacjenci zdecydują się na zabieg. W związku z powyższym dokonano szczegółowej analizy źródeł informacji o placówkach zajmujących się medycyną estetyczną.



Rysunek 24 Źródła informacji w wyborze placówki medycznej a płeć respondentów

Źródło: opracowanie własne

Z danych przedstawionych na rysunku 24 wyraźnie wynika, że najczęściej wybieranym źródłem informacji w zakresie wyboru placówki medycznej jest „polecenie znajomego/członka rodziny” – 62% wskazań. Mimo wyraźnej różnicy między kobietami – 64% wskazań, a mężczyznami – 48% wskazań, wciąż doświadczenie bliskich osób związane z wyborem placówki jest nieocenionym źródłem informacji. Kolejnymi wybieranymi źródłami informacji w przypadku kobiet jest „wizerunek lekarza specjalisty” – 25% wskazań, natomiast w przypadku mężczyzn to „opinie zamieszczone na forach

internetowych” oraz „strona internetowa placówki medycznej” (25% wskazań). Można przypuszczać, że kobiety są znacznie bardziej wrażliwe na fakt, kto konkretnie będzie wykonywał zabieg, stąd wizerunek lekarza jest bardzo wysoce cenionym elementem podczas wyboru placówki medycznej. W przypadku mężczyzn wizerunek lekarza jest mniej ważny od możliwości i różnorodności oferty zabiegowej udostępnianej przez konkretne placówki zajmujące się medycyną estetyczną w Polsce. Zatem można sądzić, że informacje zamieszczone na forach internetowych czy też na stronach internetowych placówek medycznych są znacznie bardziej wartościowym źródłem informacji w przypadku mężczyzn. Jak wskazują dane na rys. 24 mężczyźni znacznie częściej niż kobiety decydują się na skorzystanie z usług w konkretnej placówce medycznej na podstawie „polecenia danej placówki przez innego lekarza specjalistę” (odpowiednio 22% i 13% wskazań). Powyższe może wynikać z faktu, iż mężczyźni decydują się na skorzystanie z usług medycyny estetycznej, kiedy tradycyjne metody leczenia nie dają możliwości uzyskania zadawalających efektów. Przykładem na powyższe stwierdzenie może być przeprowadzenie leczenia trądziku różowatego, kiedy nie ma możliwości farmakologicznego zamknięcia naczyń krwionośnych, które jest niezbędne do zakończenia leczenia tego schorzenia. Wtedy koniecznie jest skorzystanie z zabiegu estetycznego takiego jak laserowe zamknięcie naczyń krwionośnych w placówkach medycyny estetycznej. Najbardziej wykorzystywanym źródłem informacji w przypadku kobiet są: „billboardy reklamowe” – 3% wskazań oraz „strony internetowe producentów specjalistycznej aparatury medycznej” – 2% wskazań. Z kolei w przypadku mężczyzn są to „informacje zaczerpnięte z medycznych programów telewizyjnych” – 4% wskazań. Warto zauważyć, że mężczyźni znacznie częściej niż kobiety korzystają z informacji zamieszczonych „na stronach internetowych producentów specjalistycznej aparatury medycznej” (odpowiednio 10% i 2% wskazań). Można przypuszczać, że mężczyźni mogą być kierowani przez innych lekarzy specjalistów do wykonania zabiegu przy użyciu konkretnego urządzenia lub preparatu medycznego, stąd poszukiwania odpowiedniej placówki zajmującej się medycyną estetyczną umożliwiają im właśnie strony internetowe producentów, które zawierają informację, w jakiej placówce można wykonać wymagany zabieg przy użyciu konkretnego urządzenia.

Reasumując – najczęściej wykorzystywanym źródłem informacji przy wyborze placówki medycznej przez mężczyzn jest „polecenie znajomego/członka rodziny” – 62% wskazań. Tak

wysoki odsetek wskazań można świadczyć o tym, że mężczyźni mogą być często namawiani do skorzystania z usług medycyny estetycznej w konkretnej placówce poprzez swoje partnerki życiowe. Natomiast, co wydaje się ciekawe, mężczyźni znacznie częściej niż kobiety czerpią informacje o placówkach medycyny estetycznej od „innych lekarzy specjalistów” (odpowiednio 22% i 13%), a jednocześnie rzadko korzystają z informacji upowszechnianych w „medycznych programach telewizyjnych” (4% wskazań).

W dalszej kolejności dokonano szczegółowej analizy wykorzystywania źródeł informacji podczas wyboru placówki zajmującej się medycyną estetyczną uwzględniając wykonywany zawód respondentów. Dane zostały przedstawione w tabeli 27.

Respondenci niemalże ze wszystkich grup zawodowych jako najczęściej wykorzystywane źródło informacji w procesie wyboru placówki medycznej wskazali „polecenie znajomego lub członka rodziny”. Wyjątkiem są emeryci, którzy najbardziej cenią sobie „wizerunek lekarza specjalisty” – 58% wskazań. W przypadku przedsiębiorców kolejnymi wskazaniami były: „opinie umieszczone na forach internetowych” oraz „strona internetowa placówki medycznej” – 19%. Natomiast najrzadziej wykorzystywanym źródłem informacji są „billboardy reklamowe” – 1% wskazań. Wśród respondentów samozatrudniających się kolejnym wskazanym źródłem jest „wizerunek lekarza specjalisty” – 23%. Natomiast najrzadziej wykorzystywanym źródłem informacji jest „strona internetowa producenta specjalistycznej aparatury medycznej” – 2%. Koncentrując się na kadrze zarządzającej wyższego szczebla wszystkie analizowane źródła informacji uzyskały ten sam odsetek wskazań – 15%. W przypadku respondentów na stanowisku kadry zarządzającej średniego szczebla wskazano „wizerunek lekarza specjalisty” – 27%, następnie „stronę internetową placówki” – 25% i „opinie umieszczone na forach internetowych” – 24% wskazań.

Artyści wskazali „wizerunek lekarza specjalisty” – 36% wskazań oraz „informacje zamieszczone na portalach internetowych” – 32%. Nie odnotowano wskazania „strony internetowej producenta specjalistycznej aparatury medycznej”. Prawnicy z kolei wskazali „stronę internetową placówki medycznej” i „informacje zawarte na portalach internetowych” – 27% wskazań, kolejno „wizerunek lekarza/specjalisty” – 23%. Lekarze natomiast najczęściej wykorzystują „polecenie innego lekarza specjalisty” oraz „wizerunek lekarza/specjalisty” – 23% wskazań. Następnie wykorzystują „stronę internetową placówki medycznej” – 18% oraz „polecenie kosmetyczki”, „własne wizyty”, „reklamy urzędnika bądź placówki umieszczone w prasie kobiecej” – 14% wskazań.

Tabela 27 Źródła informacji w decyzji wyboru placówki medycznej z uwzględnieniem zawodu respondentów

	Przedsię biorca	samoza trudnie nie	kadra zarządzając a wyższego szczebla	kadra zarządzając a średniego szczebla	artysta	prawnik	lekarz	naukowiec	sportowiec	przedstawiciel media	nauczyciel	pracownik służby zdrowia	służby mundur owe	ogrodnik rolnik	gospodyni domowa	pracownik fizyczny	nie pracują zawodowo	uczeń/ student	emeryt
polecenie znajomego/ członka rodziny	67%	58%	15%	67%	64%	54%	59%	64%	42%	61%	58%	76%	56%	73%	76%	52%	60%	64%	42%
polecenie innego lekarza specjalisty	16%	14%	15%	8%	9%	23%	23%	14%	17%	18%	-	18%	22%	18%	18%	26%	10%	14%	-
strona www placówki	19%	15%	15%	25%	14%	27%	18%	14%	42%	14%	27%	22%	11%	9%	4%	17%	25%	21%	8%
opinie umieszczone na forach internetowych	19%	21%	15%	24%	23%	19%	9%	43%	8%	29%	12%	33%	22%	18%	24%	17%	18%	26%	8%
informacje zawarte na portalach internetowych	10%	12%	15%	14%	32%	27%	9%	21%	17%	32%	15%	16%	11%	18%	11%	17%	18%	10%	-
artykuły w branżowych czasopismach, których autorami są osoby pracujące w danej placówce	5%	7%	15%	2%	9%	12%	5%	21%	8%	7%	12%	11%	11%	18%	2%	4%	5%	5%	8%
reklama placówki bądź urzędnika medycznego umieszczona w prasie kobiecej	4%	9%	15%	10%	5%	8%	14%	7%	8%	4%	-	9%	11%	-	4%	-	-	2%	-
billboardy reklamowe	1%	7%	15%	3%	5%	4%	5%	-	8%	7%	-	-	-	-	7%	-	3%	2%	8%
strona www producenta urzędzeń medycznych	4%	2%	15%	-	-	4%	5%	7%	-	14%	3%	-	-	-	2%	-	8%	2%	8%
polecenie kosmetyczki	16%	16%	15%	19%	18%	8%	14%	21%	17%	14%	27%	11%	22%	18%	27%	9%	15%	21%	17%
medyczne programy telewizyjne	13%	9%	15%	8%	14%	4%	5%	7%	25%	-	12%	4%	-	9%	7%	4%	8%	-	17%
własne wizyty	16%	22%	15%	16%	18%	15%	14%	21%	-	7%	24%	18%	11%	36%	27%	17%	10%	19%	33%
wizerunek lekarza/specjalisty	17%	23%	15%	27%	36%	23%	23%	36%	-	18%	24%	31%	-	27%	31%	26%	35%	24%	58%

Źródło: opracowanie własne

Naukowcy cenią sobie informacje zaczerpnięte z „opinii umieszczonych na forach internetowych” – 43% wskazań oraz „wizerunek lekarza/specjalisty” – 36% wskazań. Brak natomiast wskazań dotyczących informacji zamieszczonych na „billboardach reklamowych”. Co więcej – sportowcy na tym samym poziomie co „polecenie członka rodziny czy też znajomego” wykorzystują źródła informacji ze „stron internetowych placówek medycznych” – 42% wskazań. Następnie wykorzystują oni „medyczne programy telewizyjne” – 25% wskazań. Kolejno wskazali „polecenie innego lekarza specjalisty”, „polecenie kosmetyczki” i „informacje zawarte na forach internetowych” – 17% wskazań. Nie odnotowano wskazań „strona internetowa producenta urządzeń medycznych”, „własne wizyty” oraz „wizerunek lekarza/specjalisty”.

W przypadku przedstawicieli mediów kolejnymi najczęściej wykorzystywanymi źródłami informacji są „informacje zawarte na portalach internetowych” – 32% wskazań oraz „opinie umieszczone na forach internetowych” – 29% wskazań. W tej grupie zawodowej nie odnotowano odpowiedzi „telewizyjne programy medyczne”. Z kolei nauczyciele wskazali „polecenie kosmetyczki” oraz „stronę internetową placówki medycznej” – 27% wskazań. Następnie „własne wizyty” oraz „wizerunek lekarza specjalisty” – 24% wskazań. W tej grupie zawodowej nie odnotowano wskazań „reklamy placówki lub urządzenia medycznego w prasie kobiecej” i „billboardy reklamowe”. Skupiając się na pracownikach służby zdrowia na drugim miejscu uplasowały się „opinie umieszczone na forach internetowych” – 33% wskazań, następnie „wizerunek lekarza specjalisty” – 31% wskazań. Co więcej – jako źródło informacji nie wskazano „billboardów reklamowych” oraz „stron producentów specjalistycznej aparatury medycznej”. W przypadku służb mundurowych do najczęściej wykorzystywanych źródeł informacji zalicza się „polecenie innego lekarza specjalisty”, „opinie umieszczone na forach internetowych” oraz „polecenie kosmetyczki” – 22% wskazań. Z kolei ogrodnicy/rolnicy w drugiej kolejności wskazali „własne wizyty” – 36% wskazań oraz „wizerunek lekarza specjalisty” – 27% wskazań. Przechodząc do gospodyń domowych na drugim miejscu znalazły się „źródła informacji dotyczące wizerunku lekarza/specjalisty” – 31% oraz „polecenie kosmetyczki” i „własne wizyty” – 27% wskazań. Natomiast podobnie jak w przypadku służb mundurowych nie wskazano „billboardów reklamowych” oraz „stron internetowych producentów specjalistycznej aparatury medycznej” jako źródeł informacji wykorzystywanych w procesie wyboru placówki medycznej. W przypadku pracowników fizycznych na drugim miejscu wskazano „polecenie innego lekarza/specjalisty” oraz „wizerunek lekarza/specjalisty” – 26% wskazań.

W przypadku respondentów niepracujących zawodowo do najczęściej wykorzystywanych źródeł informacji zaliczono „wizerunek lekarza specjalisty” i „polecenie innego lekarza” – 35%, kolejno „stronę internetową placówki medycznej” – 25% wskazań. Natomiast „reklama placówki medycznej bądź urządzenia medycznego w prasie kobiecej”, „billboardy reklamowe” i „strony internetowe producentów specjalistycznej aparatury medycznej” nie uzyskały wskazań. Uczniowie/ studenci wykorzystują „opinie zamieszczone na forach internetowych” – 26% wskazań, „wizerunek lekarza/specjalisty” – 24% oraz „strony internetowe placówek medycznych” i „polecenie kosmetyczki” – 21% wskazań. Grupa ta nie wykorzystuje w procesie wyboru placówki medycznej informacji zaczerpniętych z „medycznych programów telewizyjnych”. Jako ostatni emeryci na drugim miejscu wskazali „polecenie znajomego lub też członka rodziny” – 42% wskazań oraz „własne wizyty” – 33% wskazań. Natomiast emeryci nie korzystają z „polecenia innego lekarza specjalisty”, „informacji zawartych na forach internetowych” oraz z „reklam placówek bądź urządzenia medycznego umieszczonego w prasie kobiecej”.

Jak wyraźnie wynika z analizy tabeli 28, wykonywany zawód ma wyraźny wpływ na wykorzystanie źródeł informacji podczas wyboru placówki medycznej specjalizującej się w dziedzinie medycyny estetycznej. Warto zaznaczyć, że za wyjątkiem emerytów („wizerunek lekarza” – 58% wskazań) najczęściej wykorzystywanym źródłem informacji jest „polecenie członka rodziny lub też znajomego”. Co nieustannie potwierdza, że niezależnie od wykonywanego zawodu, „*word of mouth*” jest wysoko cenionym źródłem informacji nie tylko w przypadku samych usług z zakresu medycyny estetycznej, ale również sprawdza się podczas decydowania się na skorzystanie z usług w konkretnej placówce zajmującej się medycyną estetyczną.

3.5. Przestanki wyboru placówki medycznej świadczącej usługi z zakresu medycyny estetycznej

Jedną z kluczowych kwestii w zakresie analizy procesu decyzyjnego konsumentów na rynku usług medycyny estetycznej jest identyfikacja czynników, które determinują wybór placówki medycznej świadczącej usługi z tego zakresu. Rysunek 25 prezentuje ocenę znaczenia, gdzie 1 – oznacza w ogóle nieważny, a 5 – bardzo ważny każdej z przedstawianych przesłanek do oceny przez uczestnika badania. W przeprowadzonym badaniu do oceny znaczenia/ważności każdego z wyodrębnionych czynników wykorzystano skalę Likerta.



Rysunek 25 Przesłanki wybór placówki medycyny estetycznej

Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z wartości średnich arytmetycznych ocen zaprezentowanych na rysunku 25 do najistotniejszych czynników przesądzających o wyborze placówki medycznej zajmującej się medycyną estetyczną należą:

- kompetencje specjalisty – 4,80,
- komfort podczas trwania zabiegu – 4,78,
- informacje o przebiegu zabiegu – 4,72,
- sposób wykonania usługi – 4,71,
- atmosfera podczas trwania zabiegu – 4,70.

Natomiast wśród najmniej istotnych czynników wyodrębniono:

- parking – 3,99,
- kawa/herbata podawana w oczekiwaniu na zabieg – 3,59.

Zatem nie ma wątpliwości, że najistotniejszymi czynnikami decydującymi o wyborze placówki zajmującej się medycyną estetyczną są kompetencje specjalisty. Pacjent decydując się na usługę z zakresu medycyny estetycznej musi mieć pewność, że lekarz wykonujący zabieg posiada wiedzę, doświadczenie i umiejętności do prawidłowego wykonania usługi tak, aby ryzyko niepowodzenia zabiegu było minimalne. Kolejnym wysoce istotnym czynnikiem jest komfort pacjenta podczas trwania zabiegu. Zabiegi medycyny estetycznej w wielu przypadkach są niekomfortowe dla pacjenta - bywają bolesne (np. zabieg resurfacingu ablacyjnego, zabieg mikronakłuwania) lub też mają bardzo intymny charakter (np. epilacja, konturowanie sylwetki ciała). Zatem poczucie komfortu jest niebywale istotne.

Pacjent decydując się na zabieg medycyny estetycznej oczekuje kompetentnej, rzetelnej i wyczerpującej informacji o przebiegu zabiegu, rekonwalescencji i ewentualnych powikłaniach (np. jak długo będzie trwała usługa, czy jest bolesna, jakie są etapy zabiegu). Powyższe może wpływać na zwiększenie komfortu i poczucia bezpieczeństwa konsumenta, tak więc jest to kolejna ważna determinanta wyboru placówki świadczącej usługi medycyny estetycznej. Ponadto w opinii pacjentów ważnym czynnikiem jest również sposób wykonania usługi oraz atmosfera podczas trwania zabiegu.

W celu wyodrębnienia kluczowych determinant wpływających na wybór placówki medycznej oferującej zabiegi medycyny estetycznej zastosowano metodę statystyczną – tzw. analizę czynnikową. Modele analiz czynnikowych wykorzystuje się do redukowania

wieloelementowego zbioru zmiennych do mniej liczego zbioru nowych zmiennych, zawierających większość (najlepiej wszystkie) „treści” zmiennych wyjściowych, a także ujawnienia ukrytych związków i relacji w tym zbiorze danych oraz pomiaru i syntetycznego opisu grup zjawisk bezpośrednio nieobserwowalnych (Malarska, 2005). Wyodrębnione nowe zmienne zachowują stosunkowo dużą część informacji zawartych w zmiennych pierwotnych, a jednocześnie każda z nich jest nośnikiem innych treści merytorycznych, co w późniejszym etapie ułatwia interpretację wyników (Czopek, 2013).

Analizę przeprowadzono na bazie wyników uzyskanych po realizacji badania ilościowego (badania zasadniczego) przeprowadzonego w 2019 roku. Zasadniczym celem analizy czynnikowej było znalezienie czynników, które mają istotne znaczenie w zastosowaniu do opisu rozwiązywanego problemu.

W procesie wyodrębnienia kluczowych determinant wyboru placówki medycznej świadczącej usługi z zakresu medycyny estetycznej zbadano 29 czynników: nowoczesność oferty placówki, nowe zabiegi, prestiż/renoma placówki, różnorodność oferty, wystrój kliniki, dogodna lokalizacja, dogodne godziny otwarcia placówki, dostępność terminów, łatwość w dostępie do informacji, czytelna i zrozumiała strona internetowa (komplet informacji), parking, możliwość wypicia kawy/herbaty podczas oczekiwania na zabieg, czystość w gabinecie zabiegowym, możliwość wyboru specjalisty wykonującego zabieg, punktualność specjalistów, kompetencje wykonawcy usługi, atmosferę podczas wykonywania usługi, poinformowanie przez specjalistę o przebiegu zabiegu i spodziewanych efektach oraz możliwych powikłaniach pozabiegowych, poinformowanie przez specjalistę jakim urządzeniem lub/i jakim preparatem będzie wykonywał zabieg, posiadane certyfikaty specjalistów, pisemna zgoda na zabieg, empatyczne podejście do pacjentów, poczucie komfortu w gabinecie zabiegowym, informacje na temat pielęgnacji pozabiegowej, sposób wykonania zabiegu przez specjalistę, możliwość kontaktu telefonicznego ze specjalistą w razie dalszych wątpliwości pozabiegowych, możliwość umówienia się na wizytę kontrolną, możliwość holistycznego/całościowego podejścia specjalisty, możliwość zakupu specjalistycznych kosmetyków utrwalających efekty zabiegowe, relacja cena/jakość zabiegu.

W celu weryfikacji poprawności i zasadności zastosowania opisanej metody w pierwszym kroku przeprowadzono testy sferyczności Barletta oraz obliczono wskaźniki Kaisera – Mayera – Olkina (wskaźnik KMO). Na potrzeby badania zastosowano analizę

czynnikową metodą głównych składowych z rotacją ładunków czynnikowych Varimax. Metoda składowych głównych (PCA) to jedna z najczęściej wykorzystywanych w badaniach praktycznych technik wyodrębnienia czynników wspólnych w analizie czynnikowej głównych składowych (Czopek, 2013). Stosowana jest przede wszystkim do redukcji liczby zmiennych, wykrywania struktury w związkach między zmiennymi, weryfikacji wykrytych powiązań i prawidłowości oraz w celu klasyfikacji obiektów w nowych przestrzeniach zdefiniowanych przez utworzone czynniki. Natomiast rotacja Varimax jest jedną z najczęściej wykorzystywanych w praktyce metod rotacji układu odniesienia (Czopek, 2013).

Wyodrębnienie czynników rozpoczęto od oceny istotności macierzy korelacji. W tym celu wykorzystano test sferyczności Bartletta. Następnie dokonano oceny adekwatności macierzy korelacji za pomocą współczynnika Kaisera – Mayera – Olkina (KMO).

Tabela 28 Informacje na temat testu sferyczności Bartletta i współczynnika KMO – czynniki wpływające na wybór placówki medycznej świadczącej usługi z zakresu medycyny estetycznej

Miara KMO adekwatności doboru próby		,940
Test sferyczności	Przybliżone chi-kwadrat	12789,614
Bartletta	Df	406
	Istotność	,000

Źródło: opracowanie własne

W tabeli 28 przedstawiono informacje na temat wartości statystyki testowej w teście sferyczności Bartletta, odpowiednią liczbę stopni swobody (df) i p-value, za pomocą, której w jednoznaczny sposób można dokonać weryfikacji odpowiedniej hipotezy statystycznej a także wartość współczynnika KMO.

W analizowanym przypadku otrzymano bardzo niską wartość p-value (zaokrągloną do 3 miejsc po przecinku). Oznacza to, że hipotezę zerową o tym, że wszystkie współczynniki korelacji, które są równe zero należy odrzucić. Istnieją zależności w zbiorze zmiennych opisujących wpływ czynników determinujących wybór placówki medycznej świadczącej usługi z zakresu medycyny estetycznej. Stopień adekwatności mierzony współczynnikiem KMO wyniósł 0,940. Istnieją więc uzasadnione podstawy do stosowania analizy czynnikowej w procesie wyodrębniania czynników determinujących wybór placówki medycznej świadczącej usługi z zakresu medycyny estetycznej. W kolejnym etapie badania

wyodrębniono główne czynniki wykorzystując jedną z najczęściej stosowanych metod – metodę składowych głównych z rotacją czynników Varimax (Czopek, 2013).

W dalszej kolejności ustalono liczbę czynników. W tym celu wykorzystując kryterium Kaisera pozostawiono tylko te czynniki, którym odpowiadają wartości własne większe od 1. Dokonując analizy wyników zawartych w tabeli 29 wyodrębniono 4 czynniki (składowe), (wyznaczone 4 czynniki wyjaśniają 59,6% całkowitej zmienności wyjaśnionej wariancji). W odniesieniu do determinant wyboru placówki medycznej świadczącej usługi medycyny estetycznej można stwierdzić, że czynnik odpowiadający pierwszej (największej) wartości własnej wyjaśnia około 40% całkowitej wariancji, druga składowa wyjaśnia około 10% całkowitej wariancji, trzecia składowa około 5%, a czwarta składowa około 4%. Zgodnie z kryterium Kaisera pozostawiono 4 czynniki, które wyjaśniają blisko 60% całkowitej wariancji (tym samym spełniono tzw. kryterium połowy, zgodnie z którym wyodrębnione czynniki wyjaśniają ponad połowę zmienności całkowitej).

Tabela 29 Wartości własne oraz wariancja wyjaśniana w analizie czynnikowej – czynniki wpływające na wybór placówki medycznej świadczącej usługi z zakresu medycyny estetycznej

Składowa	Początkowe wartości własne		
	ogółem	% wariancji	% skumulowany
1	11,682	40,284	40,284
2	2,805	9,671	49,955
3	1,536	5,295	55,250
4	1,261	4,349	59,599

Źródło: opracowanie własne

W dalszej części badania, korzystając z metody głównych składowych z rotacją Varimax, obliczono ładunki czynnikowe w obrębie determinant wpływających na wybór placówki medycznej świadczącej usługi z zakresu medycyny estetycznej. W tabeli 30 zamieszczono tylko istotne ładunki czynnikowe, po zaokrągleniu, nie mniejsze, co do wartości bezwzględnej od 0,5²⁵.

²⁵ W literaturze przedmiotu brak jednoznacznego stanowiska odnośnie do wartości jaką powinny przyjąć ładunki czynnikowe, by można było je uznać za istotne, stąd za T. Czyż (1971), granicę uznania poszczególnych ładunków czynnikowych za istotne autorka dysertacji ustaliła w sposób arbitralny na poziomie 0,5.

Ostatecznie, w celu poddania interpretacji czynników wspólnych wydzielono zmienne, które są skorelowane z poszczególnymi czynnikami. Pierwszy z wyróżnionych czynników, mający wpływ na wybór placówki medycznej oferującej zabiegi medycyny estetycznej jest opisywany przez osiem istotnych determinant: - wystrój kliniki (0,736), dogodną lokalizację (0,810), dogodne godziny otwarcia placówki (0,809), dostępność terminów (0,735), łatwość w dostępie do informacji (0,712), czytelną i zrozumiałą stronę internetową (zawierającą komplet informacji) (0,681), parking (0,645) oraz możliwość wypicia kawy lub herbaty podczas oczekiwania na zabieg (0,675). Z racji zmiennych jakie go opisują czynnik ten określony został jako infrastruktura kliniki (w tym udogodnienia). Drugi z wymienionych czynników opisany jest przez siedem determinant: informacje na temat pielęgnacji pozabiegowej (0,652), sposób wykonania zabiegu przez specjalistę (0,599), możliwość kontaktu telefonicznego ze specjalistą w razie dalszych wątpliwości pozabiegowych (0,742), możliwość umówienia się na wizytę kontrolną (0,739), możliwość holistycznego/całościowego podejścia specjalisty (0,743), możliwość zakupu specjalistycznych kosmetyków utrwalających efekty zabiegowe (0,634), relacja cena/jakość zabiegu (0,571). Czynnik ten określony został jako oferta i opieka pozabiegowa kliniki. Trzeci z czynników opisywany był przez sześć determinant: czystość w gabinecie zabiegowym (0,630), możliwość wyboru specjalisty wykonującego zabieg (0,647), kompetencje wykonawcy usługi (0,737), poinformowanie przez specjalistę o przebiegu zabiegu i spodziewanych efektach oraz możliwych powikłaniach pozabiegowych (0,608), poinformowanie przez specjalistę jakim urządzeniem lub/i jakim preparatem będzie wykonywał zabieg (0,556) oraz posiadane certyfikaty specjalistów (0,635). Czynnik ten określony został jako kompetencje i profesjonalizm specjalisty. Udział tego czynnika w całkowitej wariancji zmiennych uwzględnionych w badaniu wynosił ponad 14%. Ostatni, czwarty czynnik opisywany był przez trzy determinanty: nowoczesność oferty placówki (0,720), prestiż/renoma placówki (0,671) oraz różnorodność oferty (0,662). Z racji zmiennych opisujących ten czynnik określony został jako wizerunek i reputacja kliniki.

Tabela 30 Ładunki czynnikowe uzyskane za pomocą metody głównych składowych po rotacji Varimax w grupie czynników wpływających na wybór placówki medycznej oferującej zabiegi medycyny estetycznej

Zmienna	Składowa			
	1	2	3	4
nowoczesność oferty placówki	-	-	-	0,720
prestiz/renoma placówki	-	-	-	0,671
różnorodność oferty	-	-	-	0,662
wystrój kliniki	0,736	-	-	-
dogodna lokalizacja	0,810	-	-	-
dogodne godziny otwarcia placówki	0,809	-	-	-
dostępność terminów	0,735	-	-	-
łatwość w dostępie do informacji	0,712	-	-	-
czytelna i zrozumiała strona internetowa (kompletność informacji)	0,681	-	-	-
parking	0,645	-	-	-
możliwość wypicia kawy/herbaty podczas oczekiwania na zabieg	0,675	-	-	-
czystość w gabinecie zabiegowym	-	-	0,630	-
możliwość wyboru specjalisty wykonującego zabieg	-	-	0,647	-
punktualność specjalistów	-	-	-	-
kompetencje wykonawcy usługi	-	-	0,737	-
atmosfera podczas wykonywania usługi	-	-	-	-
poinformowanie przez specjalistę o przebiegu zabiegu i spodziewanych efektach oraz możliwych powikłaniach pozabiegowych	-	-	0,608	-
poinformowanie przez specjalistę jakim urządzeniem lub/i jakim preparatem będzie wykonywał zabieg	-	-	0,556	-
posiadane certyfikaty specjalistów	-	-	0,635	-
pisemna zgoda na zabieg	-	-	-	-
empatyczne podejście do pacjentów	-	-	-	-
poczucie komfortu w gabinecie zabiegowym	-	-	-	-
informacje na temat pielęgnacji pozabiegowej	-	0,652	-	-
sposób wykonania zabiegu przez specjalistę	-	0,599	-	-
możliwość kontaktu telefonicznego ze specjalistą w razie dalszych wątpliwości pozabiegowych	-	0,742	-	-
możliwość umówienia się na wizytę kontrolną	-	0,739	-	-
możliwość holistycznego/całościowego podejścia specjalisty	-	0,743	-	-
możliwość zakupu specjalistycznych kosmetyków utrwalających efekty zabiegowe	-	0,634	-	-
relacja cena/jakość zabiegu	-	0,571	-	-

Źródło: opracowanie własne

Zestawienie wyodrębnionych głównych czynników (determinant mających wpływ na wybór placówki medycznej świadczącej usługi z zakresu medycyny estetycznej) istotnych dla konsumentów korzystających z usług medycyny estetycznej zaprezentowano w tabeli 31.

Tabela 31 Wyodrębnione zakresy determinujące wybór placówki medycznej świadczącej usługi z zakresu medycyny estetycznej

Główne składowe	Czynniki
Czynnik 1	INFRASTRUKTURA KLINIKI (W TYM UDOGODNIENIA) - wystrój kliniki, - dogodna lokalizacja, - dogodne godziny otwarcia placówki, - dostępność terminów, - łatwość w dostępie do informacji, - czytelna i zrozumiała strona internetowa (komplet informacji), - parking, - możliwość wypicia kawy/herbaty podczas oczekiwania na zabieg.
Czynnik 2	OFERTA I OPIEKA POZABIEGOWA KLINIKI - informacje na temat pielęgnacji pozabiegowej, - sposób wykonania zabiegu przez specjalistę, - możliwość kontaktu telefonicznego ze specjalistą w razie dalszych wątpliwości pozabiegowych, - możliwość umówienia się na wizytę kontrolną, - możliwość holistycznego/całościowego podejścia specjalisty, - możliwość zakupu specjalistycznych kosmetyków utrwalających efekty zabiegowe, - relacja cena/jakość zabiegu.
Czynnik 3	KOMPETENCJE I PROFESJONALIZM SPECJALISTY - czystość w gabinecie zabiegowym, - możliwość wyboru specjalisty wykonującego zabieg, - kompetencje wykonawcy usługi, - poinformowanie przez specjalistę o przebiegu zabiegu i spodziewanych efektach oraz możliwych powikłaniach pozabiegowych, - poinformowanie przez specjalistę jakim urządzeniem lub/i jakim preparatem będzie wykonywał zabieg, - posiadane certyfikaty specjalistów.
Czynnik 4	WIZERUNEK I REPUTACJA KLINIKI - nowoczesność oferty placówki, - prestiż/renoma placówki, - różnorodność oferty.

Źródło: opracowanie własne

Dla konsumentów korzystających z zabiegów medycyny estetycznej głównymi przesłankami wyboru placówki medycznej są udogodnienia oferowane przez placówkę. Po drugie konsumenci wybierają konkretną placówkę medyczną ze względu na ofertę i opiekę pozabiegową jaką ona oferuje. Po trzecie konsumenci zwracają uwagę na kompetencje oraz profesjonalizm specjalistów pracujących w danej placówce medycznej. Po czwarte – wybierając konkretną klinikę konsumenci zwracają uwagę na wizerunek placówki oraz ofertę zabiegową.

Rozdział 4. Proces świadczenia usług medycyny estetycznej i ocena poziomu zadowolenia w świetle badań własnych

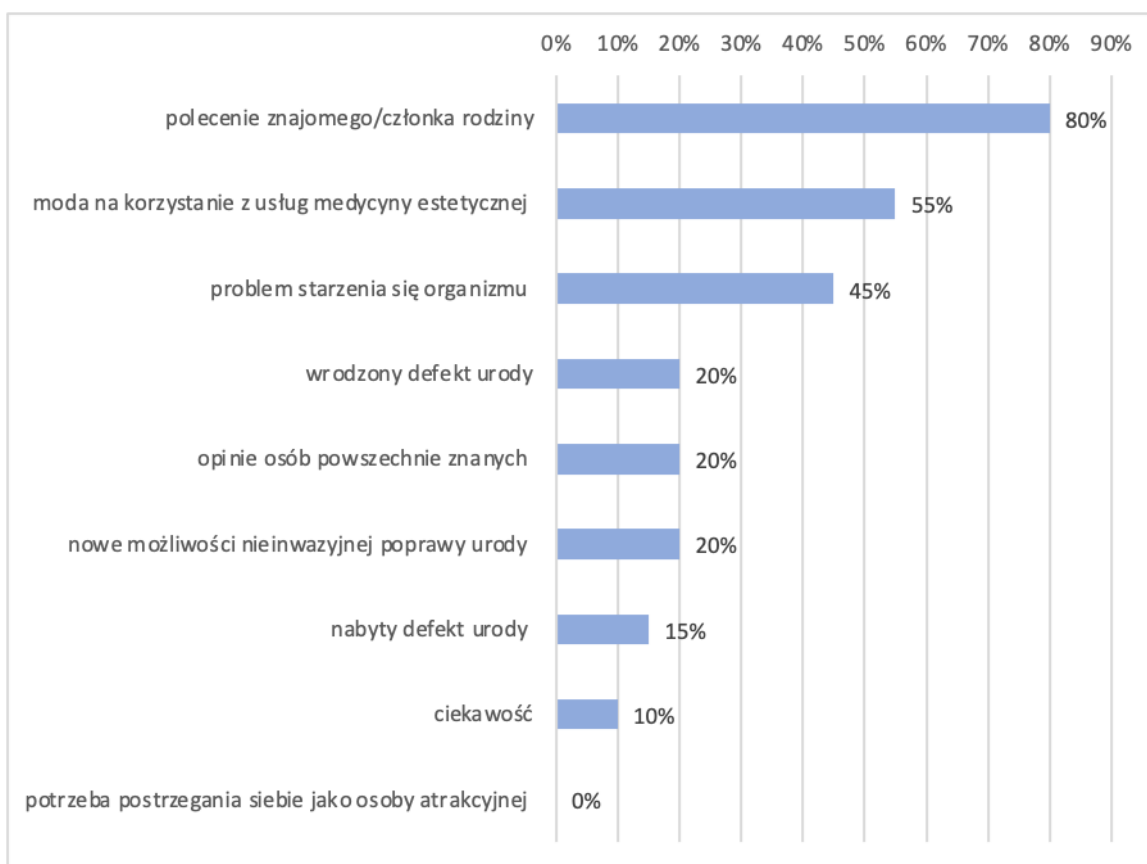
4.1. Motywy podjęcia decyzji o wyborze usługi medycyny estetycznej z punktu widzenia lekarza

W kontekście identyfikacji i analizy procesu decyzyjnego konsumentów/pacjentów korzystających z usług medycyny estetycznej istotne są kwestie związane z kształtowaniem oferty tych usług w placówkach medycznych. Rynek usług medycyny estetycznej rozwija się dynamicznie, a portfel usług powinien być z jednej strony dostosowany do oczekiwań i preferencji konsumentów, a z drugiej powinien uwzględniać dynamicznie rozwijające się innowacje technologiczne mające swój wyraz zarówno w nowoczesnej aparaturze wykorzystywanej w gabinetach i klinikach, jak i wykorzystywanych preparatach i przeprowadzanych zabiegach. Ofertę usług medycyny estetycznej kształtują właściciele gabinetów/klinik medycznych (na ogół są to lekarze, a jeśli nie – korzystają oni z opinii lekarzy wykonujących zabiegi). Zatem interesującą kwestią jest identyfikacja potrzeb pacjentów w zakresie medycyny estetycznej z punktu widzenia lekarzy medycyny estetycznej oraz rozpoznanie najpopularniejszych usług preferowanych przez respondentów również z punktu widzenia lekarzy. W celu realizacji powyższych celów zostało przeprowadzone badanie, które bazowało na pogłębionym wywiadzie indywidualnym wśród lekarzy (N=20). Badanie zrealizowano w sierpniu 2019 roku podczas XXI 5 Continent – Congress Barcelona oraz we wrześniu 2019 roku podczas XX Międzynarodowego Kongresu Polskiego Towarzystwa Medycyny Estetycznej i Anti-Aging w Warszawie.

Potrzeby, pragnienia i motywy poddania się zabiegowi medycyny mogą być determinowane wieloma czynnikami (rozdział 3.1); mogą być różnorodne i zależeć od aktualnej sytuacji, w jakiej znajduje się konsument. Co więcej – dzięki nowoczesnym technologiom, ograniczeniu bolesności zabiegów, pozytywnym i długotrwałym efektom pozabiegowym, coraz większa liczba konsumentów decyduje się na udoskonalenie wizerunku zewnętrznego poprzez korzystanie z usługi medycyny estetycznej. Tak więc – jak już wspomniano – podjęto w pracy próbę identyfikacji motywów podjęcia decyzji o skorzystaniu z usługi medycyny estetycznej z punktu widzenia lekarzy, którzy są kluczowymi decydentami w kształtowaniu portfela usług medycyny estetycznej

w gabinetach i klinikach. Warto dodać, że lekarze przed podjęciem decyzji o wykonaniu usługi przeprowadzają szczegółowy wywiad lekarski z pacjentem, w ramach którego również identyfikują motywy pojawienia się potrzeby skorzystania z usługi. Zatem przeprowadzone na potrzeby dysertacji badanie przeprowadzone wśród lekarzy jest w pełni uzasadnione i stanowi cenne źródło informacji w zakresie zachowań pacjentów usług medycyny estetycznej.

Na rysunku 26 przedstawione zostały motywy podjęcia decyzji o skorzystaniu z usług medycyny estetycznej przez pacjentów z punktu widzenia lekarzy.



Rysunek 26 Motywy podjęcia decyzji o skorzystaniu z usług medycyny estetycznej przez pacjentów z punktu widzenia lekarzy

Źródło: opracowanie własne

Analiza wyników wskazuje, że „polecenie znajomego/członka rodziny” jest najczęstszym motywem pojawienia się potrzeby skorzystania z usługi medycyny estetycznej przez pacjentów (80% wskazań). Zatem nie pozostawia wątpliwości fakt, iż „*word of mouth*” stanowi – jak już wcześniej wskazano wiarygodne źródło informacji o usługach z zakresu medycyny estetycznej. Można przypuszczać, że zdarzają się sytuacje, kiedy do gabinetu/ kliniki medycyny estetycznej pacjenci przychodzą w towarzystwie znajomego bądź członka rodziny. Możliwe są również przypadki pacjentów, którzy podczas wywiadu informują

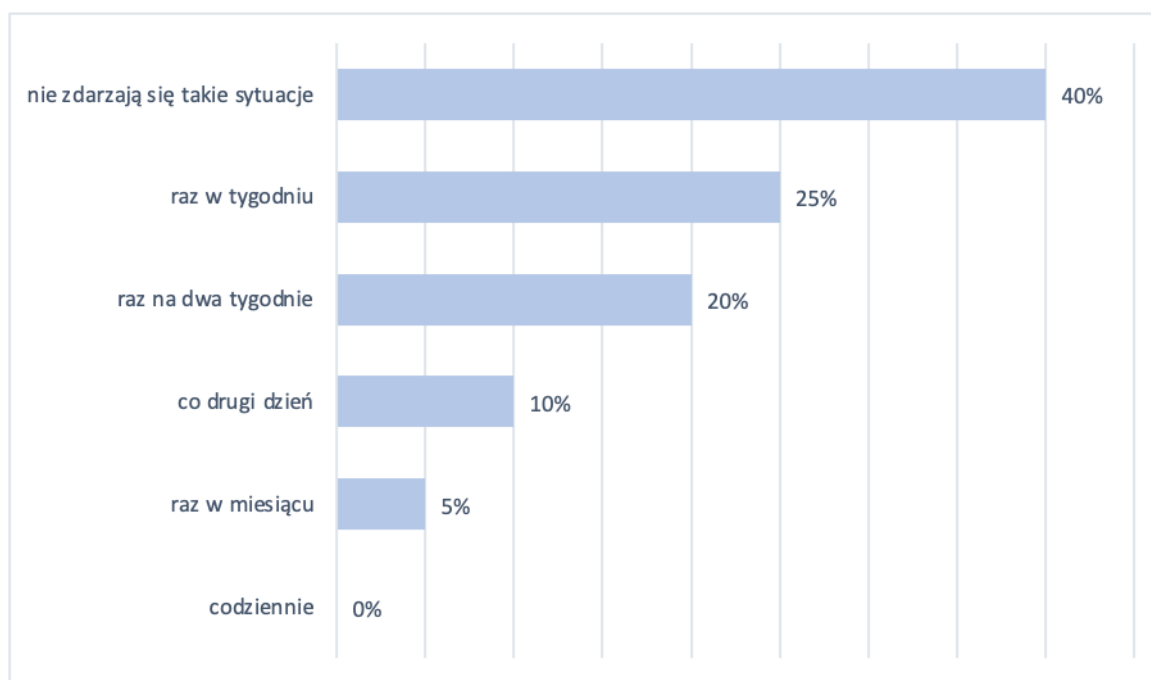
lekarzy, że do placówki lub specjalisty trafili z polecenia osoby, która wcześniej skorzystała z usług medycyny estetycznej. Drugim istotnym wskazanym przez lekarzy powodem pojawienia się potrzeby wśród pacjentów jest „moda na korzystanie z usług medycyny estetycznej” – 55% wskazań. Popularność zabiegów udoskonalających urodę z roku na rok wzrasta, rynek ten rozwija się bardzo dynamicznie, a w źródłach komunikacji pojawiają się informacje o holistycznym podejściu medycyny estetycznej do pacjenta. Co więcej – można przypuszczać, że podążanie za tym, co modne może okazać się dla większości współczesnych kobiet nieodzownym elementem życia, a medycyna estetyczna należy do kanonu współczesnej mody. Kolejnym motywem wskazanym przez lekarzy jest „problem starzenia się organizmu” – 45% wskazań. Pomimo faktu, że starzenie się organizmu jest nieodłącznym elementem życia każdego człowieka okazuje się, że nie jest to najważniejszy czynnik skłaniający konsumentów/pacjentów do korzystania z usług medycyny estetycznej. Wynikać to może z faktu, że nie każdy pacjent potrafi i ma odwagę przyznać się lekarzowi, że nie akceptuje zmian, jakie pod wpływem upływającego czasu zachodzą w jego wyglądzie. Można przypuszczać, że wynika to z braku odwagi, niechęci przyznania się do słabości czy też poczucia wstydu.

W dalszej kolejności lekarze wskazali następujące motywy korzystania pacjentów z usług medycyny estetycznej: „wrodzony defekt urody”, „opinie osób powszechnie znanych” oraz „nowe możliwości nieinwazyjnej poprawy wyglądu” (odpowiednio 20% wskazań). Relatywnie ważnym motywem jest również „nabyty defekt urody” – 15% wskazań. Nabyte defekty urody mogą być pozostałością po wypadkach pacjenta czy też przebytych chorobach lub zabiegach, które trwale uszkadzają ciało. Ściślej mówiąc mogą dotyczyć tatuaży, blizn pourazowych i pozostałości powierzchni asfaltu lub żwiru pod otorbieloną postacią pod skórą pacjenta lub też widocznych blizn pooparzeniowych. Jako najmniej ważny motyw podjęcia przez pacjentów decyzji o zabiegu medycyny estetycznej lekarze wskazali „ciekawość” - 10% wskazań. Ciekawość ta wynikać może z chęci wypróbowania przez pacjentów zabiegów z zakresu medycyny estetycznej, która w Polsce wciąż jest relatywnie nowym obszarem. Konsumenty decydują się na zabieg z powodów czysto psychologicznych, a mianowicie efekty pozabiegowe mogą poprawić samopoczucie pacjentów. Z tego też powodu zaskakujący pozostaje fakt, że w przypadku potrzeby „postrzegania pacjentów jako osoby atrakcyjnej” lekarze nie odnotowali tego. Tym bardziej, że w przypadku badań realizowanych wśród konsumentów przesłanka ta była

jedną z bardziej istotnych – 29% wskazań ogółem (rozdział 3 dysertacji, rysunek 14). Brak wskazań może wynikać z faktu, że osobom trzecim, w tym przypadkiem lekarzom, ciężko zidentyfikować taką wewnętrzną potrzebę wśród swoich pacjentów. Potrzeba ta może pozostać u pacjentów utajona, niezewnętrzniiona.

Podsumowując – zdaniem lekarzy najsilniejszą determinantą powodującą pojawienia się potrzeby wśród ich pacjentów jest „polecenie znajomego lub też członka rodziny” – 80% wskazań. Co niezmiennie świadczy, że marketing szeptany jest najlepszym narzędziem determinującym kreowanie nowych potrzeb wśród konsumentów usług medycyny estetycznej. A co wydaje się niezwykle ciekawe - zdaniem lekarzy „problem starzenia się organizmu pacjentów” (45% wskazań) nie jest najsilniejszą motywacją do skorzystania z usług medycyny estetycznej.

W toku badania lekarze zostali poproszeni o wskazanie jak często pojawia się wśród pacjentów potrzeba upodobnienia się do osoby powszechnie znanej. Wyniki zaprezentowane zostały na rysunku 27.



Rysunek 27 Potrzeba upodobnienia się pacjentów do osoby znanej z punktu widzenia lekarzy

Źródło: opracowanie własne

Zdaniem 40% badanych lekarzy nie zdarzyły się sytuacje, w których pacjenci chcieli upodobnić się do osób powszechnie znanych. Natomiast co czwarty lekarz zadeklarował, że takie sytuacje zdarzają się nawet raz w tygodniu. Fakt ten nie powinien wydawać się zaskakujący, gdyż w mediach społecznościowych oraz na portalach internetowych można

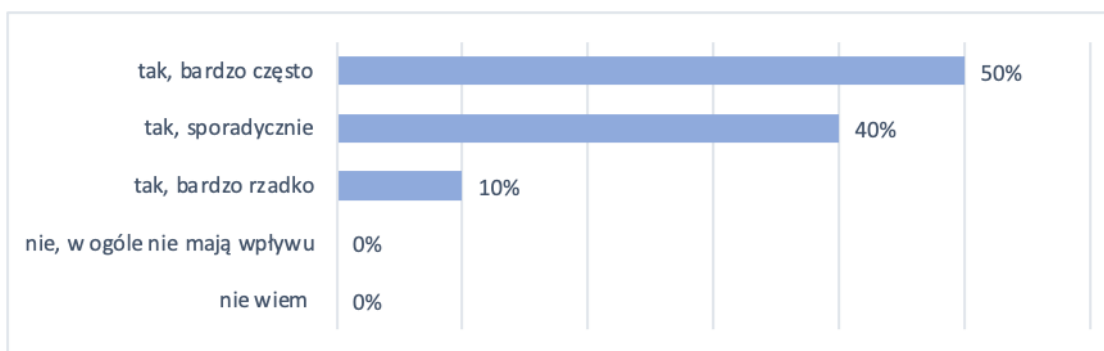
znaleźć coraz więcej informacji dotyczących przebycia szeregu zabiegów i operacji plastycznych dokonanych przez osoby pragnące upodobnić się do ulubionego celebryty. Warto dodać, że w gronie tych osób są również mężczyźni. Z kolei 20% lekarzy wskazało, że takie sytuacje zdarzają się raz na dwa tygodnie, a 5% specjalistów zadeklarowało, że raz w miesiącu spotykają się z prośbami o wykonanie zabiegu upodabniającego pacjenta do osób powszechnie znanych. Warto zaznaczyć, że u żadnego lekarza objętego badaniem nie zdarzają się takie sytuacje codziennie.

Zatem, zdaniem lekarzy, chęć upodobnienia się pacjentów do osób powszechnie znanych jest sytuacją dość powszechną i należy przypuszczać, że coraz więcej konsumentów będzie determinowała podjęcie decyzji o zabiegu tą przesłanką. Na blogu prowadzonym przez lekarza medycyny estetycznej Marka Wasiluka pojawił się wpis o zabiegu „gwiazd”, w którym uświadamia on pacjentów, że w przypadku chęci zachowania długoterminowych efektów nieskazitelnej urody, konieczna jest powtarzalność zabiegów estetycznych²⁶. Wykonanie wyłącznie jednej serii wymaganych zabiegów może nie przynieść zamierzonych efektów, szczególnie w dłuższej perspektywie czasu. Więc jak wskazuje ten przykład, sami lekarze zachęcają potencjalnych pacjentów do korzystania z zabiegów medycyny estetycznej wzorując się na znanych osobach, głównie celebrytach.

W badaniu przeprowadzonym wśród lekarzy podjęto również próbę identyfikacji tego, czy ich zdaniem treści publikowane w mediach społecznościowych oraz polecenia influencerów wpływają na podjęcie przez pacjentów decyzji o skorzystaniu z zabiegów medycyny estetycznej. Wyniki zostały przedstawione na rysunku 28.

W obecnych czasach media społecznościowe oraz influencerzy stanowią jedno z ważniejszych narzędzi wykorzystywanych w działaniach z zakresu komunikacji marketingowej wielu przedsiębiorstw i marek, w tym również wśród specjalistów z zakresu medycyny estetycznej. Współcześnie osoby powszechnie znane są wykorzystywane jako pośrednicy pomiędzy przedsiębiorstwem a konsumentem, przez co stają się jednym z najbardziej wiarygodnych źródeł informacji dla obecnych i potencjalnych klientów (Kluzek, 2017; Kuczamer-Kłopotowska i Piekarska, 2018).

²⁶ Mowa tutaj nie o konkretnym zabiegu, ale o efekcie synergii, który jest wynikiem terapii łączących różne uzupełniające się zabiegi np. laseroterapię i ostrykiwanie toksyną botulinową typu A



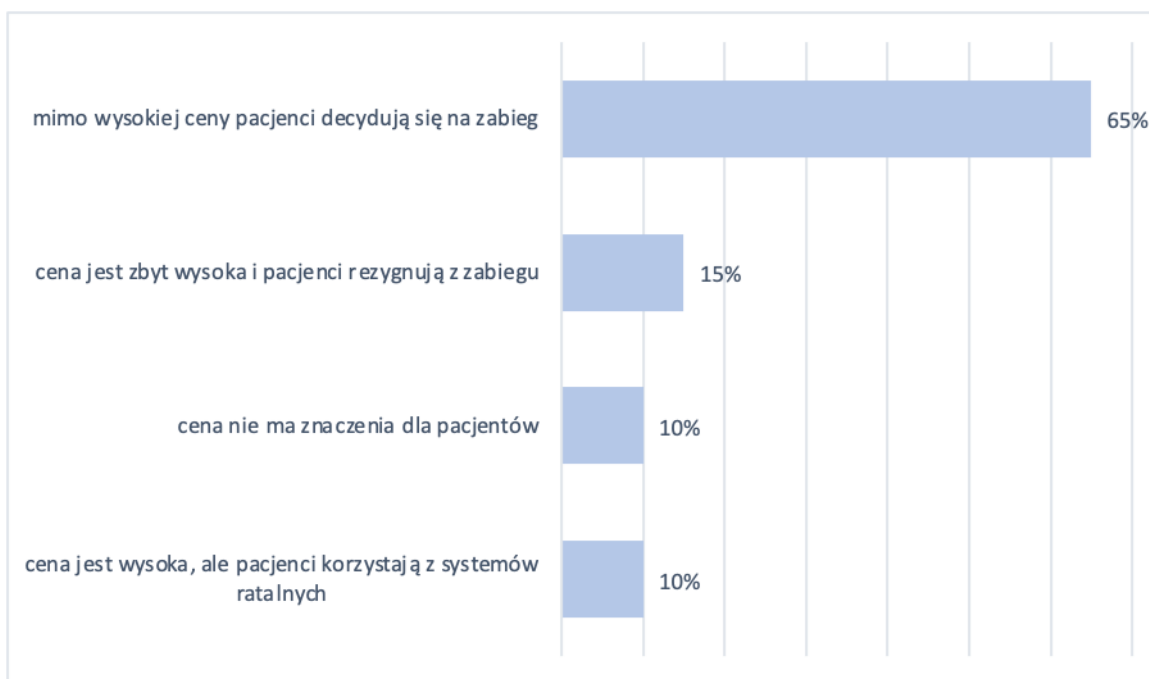
Rysunek 28 Wpływ influencerów i treści publikowanych w mediach społecznościowych na zainteresowanie pacjentów zabiegami z zakresu medycyny estetycznej z punktu widzenia lekarzy

Źródło: opracowanie własne

Z analizy danych przedstawionych na rysunku 28 wynika, że zdaniem 50% badanych lekarzy treści publikowane w mediach społecznościowych znacząco zwiększają zainteresowanie pacjentów zabiegami z zakresu medycyny estetycznej. Natomiast 40% objętych badaniem lekarzy wskazuje, że wpływ materiałów publikowanych przez influencerów tylko sporadycznie zwiększa zainteresowanie potencjalnych i obecnych pacjentów zabiegami, które są promowane/polecane. Zatem można uznać, iż wpływ influencerów oraz treści publikowanych w mediach społecznościowych na zachowania konsumentów na rynku usług medycyny estetycznej jest niezaprzeczalny. Aby treści publikowane przez osoby promujące dane usługi medycyny estetycznej przyniosły sukces, muszą wywoływać pożądane emocje. Influencer marketing jest stosunkowo nowym narzędziem komunikacji marketingowej, dającym przedsiębiorcom nowe możliwości dotarcia do coraz większej grupy odbiorców (Gilger, 2016; Glucksmann, 2017). Warto zaznaczyć, że może być on traktowany jako element marketingu szeptanego, który jest prowadzony w większym zasięgu, a informacje zaczerpnięte od rodziny lub znajomych zastępowane są treściami influencerów (Kuczamer-Kłopotowska i Piekarska, 2018). Do takich sytuacji dochodzi, gdy odbiorcy czują silny związek personalny z influencerami oraz są wysoce zainteresowani tematami, które publikowane są w formie filmów, wpisów, czy też samych zdjęć (Gigler, 2016). Zatem nie ulega wątpliwości, że lekarze wykonujący zabiegi z zakresu medycyny estetycznej są coraz bardziej świadomi jak istotnym elementem są treści publikowane przez influencerów. Każdy z badanych lekarzy wskazał, że wpływ treści publikowanych przez nich determinuje zainteresowanie konsumentów zabiegami z zakresu medycyny estetycznej. Współpraca z celebrytami często oparta jest na barterze, który polega na wykonaniu usługi w zamian za promowanie placówki medycznej na

portalach społecznościowych. Co więcej – branża medycyny estetycznej jest traktowana jako dobro luksusowe, stąd, aby jakość prowadzonych przez influencerów działań była wysoka, warto zadbać o odpowiednie osoby oraz warunki umowy współpracy (Giraldo, 2014; Kałużna, 2019).

Kolejnym celem badania przeprowadzonego wśród lekarzy była identyfikacja postawy konsumentów w relacji z ceną usługi medycyny estetycznej, a ściślej mówić określenie, czy zdaniem lekarzy cena stanowi istotną determinantę i barierę korzystania z usług medycyny estetycznej. Wyniki badania zostały zaprezentowane na rysunku 29.



Rysunek 29 Cena jako determinanta korzystania z usług medycyny estetycznej z punktu widzenia lekarzy

Źródło: opracowanie własne

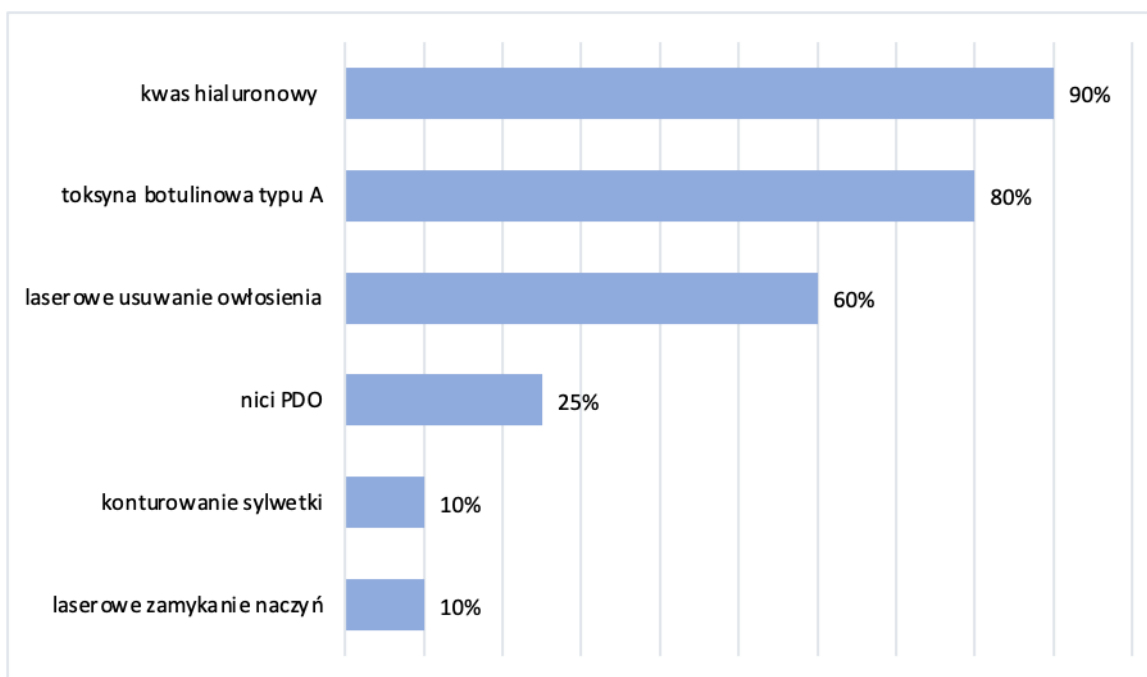
Jak już podkreślano w rozprawie, usługi medycyny estetycznej nie są refundowane; konsumenci/pacjenci muszą sami sfinansować te zabiegi, a dodatkowo są one relatywnie drogie, często postrzegane jako usługi luksusowe. Poziom cen usług medycyny estetycznej jest również wyjątkowo trudny do skalkulowania przez potencjalnego konsumenta. Wynika to z faktu, że konsumenci nie mają możliwości uzyskania informacji, jakie są koszty poniesione przez usługodawcę. Poziom ceny usług wynika bowiem nie tylko z działań i kosztów poniesionych przez placówkę medyczną, ale również z doświadczenia i umiejętności lekarza specjalisty. Warto zaznaczyć, że cena postrzegana jest wyjątkowo subiektywnie przez konsumentów, a ich ocena zależy od wielu czynników. Jednym z elementów postrzegania ceny jest poziom zamożności konsumenta, ale również pilność

potrzeby (Mruk, 2017). W przypadku usług medycyny estetycznej, jak wskazuje rysunek 29, 65% badanych lekarzy wskazało, że cena stanowi dla pacjentów istotną determinantę wpływającą na wybór usługi, ale pacjenci akceptują ją ze względu na pilność potrzeby. Natomiast jedynie 15% lekarzy wskazało, że cena jest bardzo istotna i często pacjenci podejmują działania w celu poszukiwania substytucyjnych, a zarazem mniej kosztownych zabiegów, w niektórych przypadkach pacjenci rezygnują z wybranych zabiegów na rzecz innych, które mogą być nieco tańsze a równie efektywne. 10% ankietowanych lekarzy zadeklarowało, że wysoka cena jest barierą korzystania z usług medycyny estetycznej, ale często pacjenci korzystają z systemów ratalnych. Natomiast 10% badanych lekarzy wskazało, że cena nie ma znaczenia przy wyborze i podjęciu decyzji o skorzystaniu z usług medycyny estetycznej. Zatem podsumowując można stwierdzić – co zresztą wydaje się oczywiste – cena jest istotna dla konsumentów/pacjentów korzystających z usług medycyny estetycznej, ale pacjenci są świadomi wysokiego poziomu cen i w większości przypadków (85%) akceptują ją lub rozkładają na raty zważywszy na pilność potrzeby.

4.2. Popularność usług medycyny estetycznej w opinii konsumentów

Nieustanny postęp technologiczny i rozwój technik medycyny estetycznej prowadzi do coraz to nowych możliwości nieinwazyjnej poprawy wyglądu oraz ograniczenia zmian wynikających ze starzenia się organizmu. Obecnie dąży się do zmniejszenia inwazyjności zabiegów i skrócenia czasu rekonwalescencji przy utrzymaniu jak najlepszych efektów pozabiegowych. Naprzeciw trendom i oczekiwaniom wychodzą producenci urządzeń medycznych oraz preparatów iniekcyjnych tworząc coraz bardziej innowacyjne technologie. Obecnie najnowszą technologią wykorzystywaną w medycynie estetycznej jest technologia HIFEM z ang. *High-Intensity Focused Electromagnetic Field* (w 2019 roku rozpoczęto dystrybucję tych urządzeń w Polsce) służąca do konturowania sylwetki ciała oraz leczenia inkontynencji²⁷ (Samuels i in., 2019). Właściciele klinik medycyny estetycznej oraz sami lekarze mają nieograniczoną możliwość wyboru sprzętu oraz materiałów iniekcyjnych. Różnorodność ta niekiedy może stanowić utrudnienie kształtowania oferty tak, aby zapewnić swoim konsumentom najwyższą jakość usług. Najczęściej wybierane usługi medycyny estetycznej z punktu widzenia lekarzy zaprezentowano na rysunku 30.

²⁷ Inkontynencja moczowa jest to objaw niekontrolowanego oddawania moczu



Rysunek 30 Najczęściej wykonywane zabiegi z zakresu medycyny estetycznej z punktu widzenia lekarzy

Źródło: opracowanie własne

Jako najpopularniejszą usługę z zakresu medycyny estetycznej lekarze wskazali zabieg z wykorzystaniem kwasu hialuronowego. Kwas hialuronowy służy do wypełniania bruzd oraz zmarszczek, w efekcie czego dochodzi do znacznego bądź też całkowitego wygładzenia się powierzchni skóry. Co więcej – służy również do zwiększania objętości wybranych tkanek np. policzków, czy też ust. Swoją popularność zawdzięcza przede wszystkim wysokiemu bezpieczeństwu oraz relatywnie małemu odsetkowi powikłań, podczas gdy wypełniacze trwałe oraz półtrwałe takie jak autologiczna tkanka tłuszczowa, czy też kolagen pochodzenia bydłęcego często powodowały występowanie powikłań (Carruthers i Carruthers, 1999; Carruthers i Carruthers, 2011). Służy on również do redukcji blizn pourazowych lub wszelakich nierówności powierzchni skóry, które mogą być wynikiem przebytego wcześniej trądziku pospolitego. Warto również zaznaczyć, że do poszczególnych problemów estetycznych wykorzystuje się kwas hialuronowy różnego rodzaju. Może się on różnić gęstością, wielkością cząsteczki czy też lepkością preparatu. W rękach doświadczonego lekarza jest wysoce cenionym preparatem stosowanym w medycynie estetycznej. Drugim najbardziej popularnym zabiegiem wskazanym przez lekarzy objętych badaniem jest wykorzystanie toksyny botulinowej typu A – 80% wskazań. Handlowo znana pod nazwą Botox® jest to egzotoksyna produkowana przez bakterie

Clostridium botulinum, które występują w środowisku naturalnym. Jest to jeden z najpopularniejszych preparatów służących do niwelowania oznak starzenia się organizmu człowieka. Sposób jego działania opiera się na uniemożliwieniu przewodnictwa nerwowego mięśni poprzecznie prążkowanych poprzez zaprzestanie wydzielania się acetylocholiny, która odpowiedzialna jest za pobudzenie ruchów mięśni. W efekcie czego dochodzi do pozostania objętego iniekcją mięśnia w spoczynku (Coleman, 2005; Baumann, i in. 2016). Co więcej – toksyna wykazuje działanie ograniczające nadmierną potliwość dołu pachowego, wewnętrznej części dłoni i podeszwy stóp, ograniczając tym samym wydzielanie się potu wyłącznie na obszarze objętym zabiegiem. Istotnym działaniem leczniczym toksyny botulinowej typu A jest również leczenie przykurczy mięśni nóg u dzieci cierpiący na mózgowo porażenie dziecięce w wieku 2 lat i starszych, ale również leczeniu deformacji stopy spowodowanej przykurczami (Dorizas i in., 2014). Co więcej – przez neurologów wykorzystywana jest do leczenia migrenowych bóli głowy. Jak wspomniano powyżej toksyna botulinowa typu A jest wszechstronnym lekiem, który nie tylko służy lekarzom do niwelowania defektów kosmetycznych, ale również do leczenia wielu chorób (Vlahos i Bove, 2016). Właśnie dlatego Botox® zyskuje na wysokiej popularności w usługach z zakresu medycyny estetycznej. Jako trzecią najpopularniejszą usługę z zakresu medycyny estetycznej ankietowani wskazali laserową epilację owłosienia – 60% wskazań. Epilacja laserowa działa na zasadzie selektywnej fototermolizy, która wychwytuje barwnik zawarty we włosach, doprowadzając do skupionego efektu termicznego stale uszkadzając mieszek włosowy, który ulega zanikowi. Warto zaznaczyć, że zabieg epilacji laserowej daje najlepsze efekty u osób o jasnej karnacji i relatywnie ciemnych włosach. Zabiegi należy wykonywać w serii od 4 do 8 zabiegów, w odstępie 6 tygodni. Wynika to z faktu, że możliwe do usunięcia są włosy wyłącznie w fazie wzrostu – anagenu (Lanigan, 2005). Usługa ta daje wysoce zadawalające efekty pozabiegowe, stąd można przypuszczać, że właśnie dlatego cieszy się tak dużą popularnością wśród konsumentów. Kolejno lekarze wskazali zabiegi przy użyciu nici PDO – 25% wskazań. Nici te wykonane są z polidoksanonu, które są wprowadzane podskórnym i mają za zadanie zadziałać rewitalizująco i liftingująco na skórę ciała. Często wykorzystywane są w terapiach łączonych z kwasem hialuronowym czy też z toksyną botulinową. Ich trwałość szacuje się na 6 miesięcy. Co więcej – dają efekt liftingu bez dodania objętości tkanek. Warto zaznaczyć, że zabieg ten niesie również za sobą pewne ryzyko takie jak ból podczas ruchów mimicznych twarzy. Natomiast nici PDO mogą spowodować pojawienie się nierówności na powierzchni skóry, które uwarunkowane są

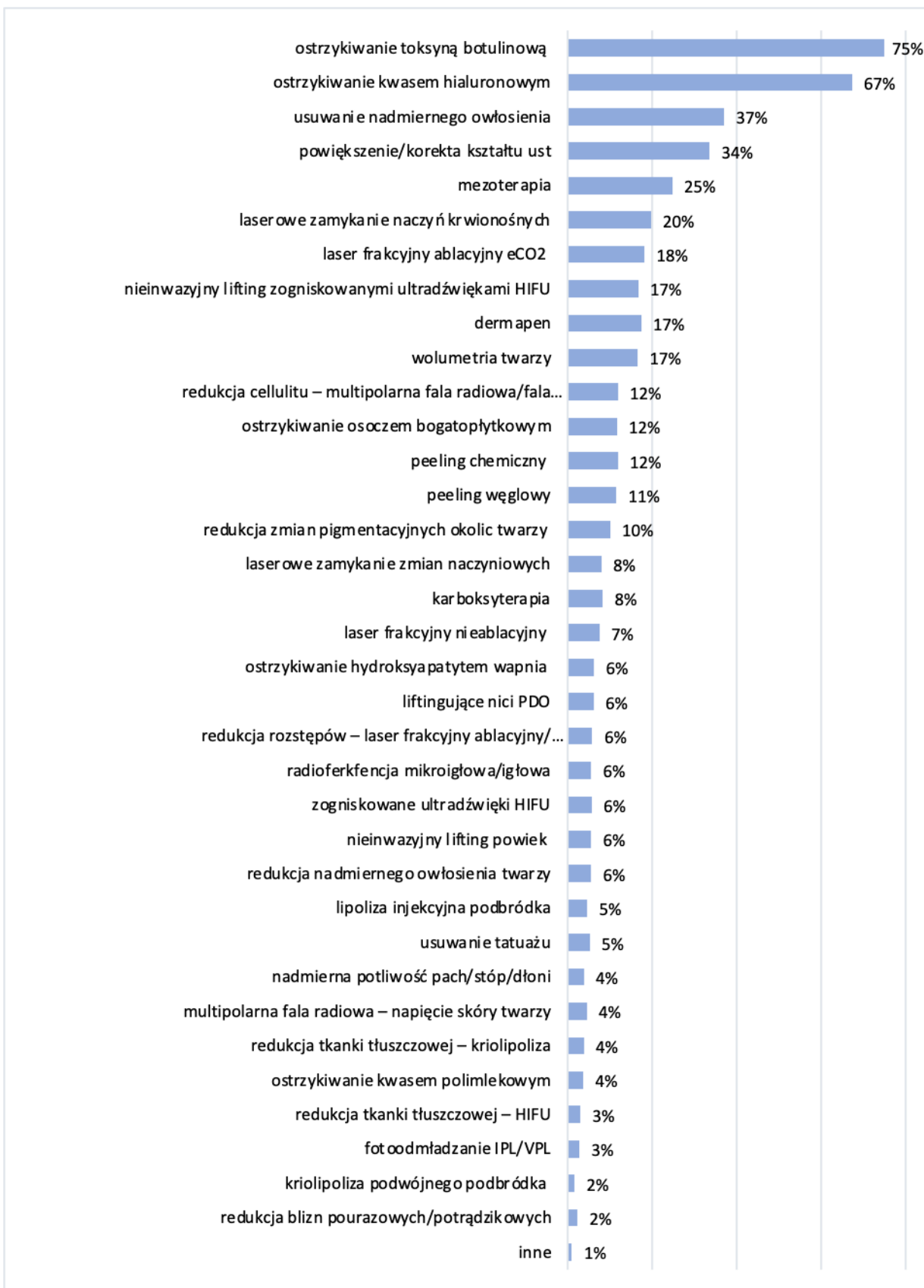
otorbieniem się nici PDO pod skórą (Przylipiak, 2017). Można przypuszczać, że występowanie negatywnych skutków pozabiegowych, powoduje, że zabieg ten jest znacznie rzadziej wykonywany przez lekarzy medycyny estetycznej. Najmniej popularną usługą wykonywaną przez ankietowanych lekarzy jest laserowe zamykanie naczyń krwionośnych – 10% wskazań. Laserowe zamykanie zmian naczyniowych jest obecnie jedyną formą otrzymania skutecznego w efektach leczenia flushingu²⁸, czy też teleangiektazji²⁹. Praca działania lasera opiera się na selektywnej fototermolizie, podobnie jak w przypadku epilacji laserowej, natomiast w tym przypadku chromoforem dla wiązki lasera jest hemoglobina. Zabiegi wykonuje się w serii, a leczenie może trwać nawet przez kilka lat, gdyż zabiegi z wykorzystaniem światła KTP – 532nm możliwe są do wykonania wyłącznie w okresie niskiego nasłonecznienia, a głównym przeciwwskazaniem do zabiegu jest opalenizna. Co więcej – jest on również stosowany w przypadku dzieci, które zmagają się ze zmianami naczyniowymi od urodzenia. Warto również zaznaczyć, że laserowe zamykanie naczyń krwionośnych okolicy twarzy jest obecnie najskuteczniejszym narzędziem pracy lekarzy.

Podsumowując, niezmiennie na przestrzeni lat najpopularniejszymi usługami medycyny estetycznej są zabiegi z wykorzystaniem kwasu hialuronowego, toksyny botulinowej typu A oraz laserowej epilacji. Z kolei stopień popularności innowacyjnych usług medycyny estetycznej zaprezentowano na rysunku 31.

Zdaniem pacjentów najpopularniejszą usługą medycyny estetycznej jest zabieg z użyciem toksyny botulinowej typu A (75% wskazań); nieznacznie mniej wskazań uzyskały procedury wykorzystujące kwas hialuronowy (67% wskazań), a na trzecim miejscu uplasowało się laserowe usuwanie włosów (37% wskazań). Kolejną popularną usługą z zakresu medycyny estetycznej jest korekta lub powiększenie ust (34% wskazań). Zabieg ten jest wykonywany najczęściej przy użyciu kwasu hialuronowego, ale warto również zaznaczyć, że do tego typu zabiegów mogą być wykorzystywane również takie preparaty jak kolagen pochodzenia bydlęcego czy też silikon.

²⁸ Flushing – schorzenie na podłożu naczyniowo-ruchowym, powoduje ogólne zaczerwienienie skóry okolic czoła, twarzy, szyi oraz dekoltu. Może przybierać postać utrwaloną lub też przejściową, wywołaną zmianami temperatur, wysiłkiem fizycznym lub też spożywaniem gorących lub ostrych posiłków.

²⁹ Teleangiektazje – powszechnie znane jako popękane naczynka. Termin ten dotyczy wszystkich zmian naczyniowych, które widoczne są bezpośrednio na skórze. Mogą przyjmować zabarwienie czerwone, brązowe bądź fioletowo-czerwone.



Rysunek 31 Najpopularniejsze usługi medycyny estetycznej (punkt widzenia konsumenta/pacjenta)

Źródło: opracowanie własne

Kolejnym popularnym i innowacyjnym zabiegiem okazała się mezoterapia igłowa (25% wskazań). Usługa mezoterapii zyskuje obecnie na popularności dzięki możliwościom leczenia wielu schorzeń np. łysienia u kobiet i mężczyzn czy leczenia chorób zapalnych skóry takich jak np. liszaj twardzinowy zanikowy (Jaeger i in., 2012). W dalszej kolejności badani konsumenci wskazali laserowe zamykanie naczyń krwionośnych (20% wskazań) oraz usługi z użyciem lasera frakcyjnego eCO₂ (18% wskazań). Obecnie zabieg ten jest najczęściej wykorzystywany w leczeniu wszelakiego rodzaju blizn oraz resurfacingu³⁰ skóry twarzy, szyi i dekoltu. Jego zadaniem jest ponowne uszkodzenie skóry, aby zapoczątkować proces naprawczy. Współczesna metoda frakcjonowania, czyli dzielenia się wiązki laserowej to zabieg, w wyniku którego doprowadza do punktowego uszkodzenia skóry. Zabieg ten wywołuje efekt termiczny powodując obkurczenie się kolagenu w wierzchnich warstwach skóry właściwej dzięki czemu wpływa na wyrównanie się niedoskonałości skóry (Alexiades-Armenakas i in., 2008). Mimo znaczących ograniczeń pozabiegowych oraz czasu, który jest wymagany, aby osiągnąć zamierzony efekt, zabieg przy użyciu lasera frakcyjnego eCO₂ cieszy się relatywnie dużą popularnością. Kolejnymi popularnymi wśród pacjentów usługami medycyny estetycznej okazały się zabiegi z wykorzystaniem zogniskowanych fal ultradźwiękowych, zabieg Dermapen[®] oraz wolumetria twarzy (17% wskazań). Współcześnie technologia zogniskowanych ultradźwięków – HIFU z ang. *High Intensity Focused Ultrasounds* jest najlepszą metodą nieinwazyjnego liftingu skóry twarzy i ciała. Działa na zasadzie wywołania tarcia komórek w efekcie czego doprowadza do skupionego przegrzania na określonych głębokościach skóry oraz podskórnej tkanki tłuszczowej (Wasiluk, 2007). Z kolei usługa z wykorzystaniem urządzenia o nazwie Dermapen[®] to zabieg, który polega na kontrolowanym uszkodzaniu skóry poprzez mechaniczne nakłuwanie za pomocą molibdenowych igieł, co stymuluje mechanizmy samoregeneracji i umożliwia powstanie nowych włókien kolagenowych (Singh i Yadav, 2016; Hou, i in., 2017). Natomiast wolumetria twarzy (również 17% wskazań) umożliwia zwiększenie objętości tkanek w okolicach policzków czy też linii żuchwy. Swoją popularność zawdzięcza szybkim efektom oraz stosunkowo długim efektem pozabiegowym utrzymującym się nawet do 6. miesięcy (Baumann i in., 2009). Pozostałe wskazywane przez respondentów

³⁰ Resurfacing – metoda wykorzystująca kontrolowane uszkodzenie skóry w celu wywołania silnych procesów regeneracyjnych, które doprowadzają do zwiększenia się napięcia i wyrównania się struktury powierzchni skóry

zabiegi uzyskały mniej niż 15% wskazań, zatem nie zostaną poddane szczegółowym analizom.

Interesującą poznawczo kwestią badawczą jest identyfikacja najpopularniejszych zabiegów medycyny estetycznej przez pryzmat zmiennych segmentacyjnych takich jak płeć, wiek i dochód badanych konsumentów. Wyniki zostały zaprezentowane w tabelach 32 i 33.

Tabela 32 Najpopularniejsze usługi medycyny estetycznej a płeć pacjenta

Usługa medycyny estetycznej	Płeć		Ogółem
	Kobieta	Mężczyzna	
ostrzykiwanie toksyną botulinową	91,00%	9,00%	100%
ostrzykiwanie kwasem hialuronowym	94,8%	5,2%	100%
usuwanie nadmiernego owłosienia	95,6%	4,4%	100%
powiększenie/korekta kształtu ust	97,6%	2,4%	100%
mezoterapia	96,2%	3,8%	100%
laserowe zamykanie naczyń krwionośnych	87,7%	12,3%	100%
laser frakcyjny ablacyjny eCO ₂	85,9%	14,1%	100%
nieinwazyjny lifting zogniskowanymi ultradźwiękami HIFU	94,4%	5,6%	100%
dermapen®	96,4%	3,6%	100%
wolumetria twarzy	95,9%	4,1%	100%

Źródło: opracowanie własne

Analizując najpopularniejsze zabiegi z zakresu medycyny estetycznej w odniesieniu do płci konsumentów można stwierdzić, że większość zabiegów to takie, których usługobiorcami są głównie kobiety, a odsetek mężczyzn korzystających z powyższych jest niewielki (około 5% wskazań). Jedynie laser frakcyjny ablacyjny eCO₂, laserowe zamykanie naczyń krwionośnych oraz ostrzykiwanie toksyną botulinową to zabiegi, w przypadku których widoczny jest niewielki wzrost zainteresowania ze strony mężczyzn w stosunku do pozostałych zabiegów (odpowiednio 14,1%; 12,3% oraz 9,0%). Mężczyźni w ostatnich latach wykazują większą dbałość o skórę i jej stan, stąd zwiększona popularność tych zabiegów.

W dalszej kolejności poddano analizie popularność usług medycyny estetycznej w kontekście wieku konsumentów. Wyniki zaprezentowano w tabeli 33.

Tabela 33 Najpopularniejsze usługi medycyny estetycznej a wiek konsumenta

Usługa medycyny estetycznej	Wiek					
	do 20	21-30	31 - 40	41 - 50	51- 60	60+
ostrzykiwanie toksyną botulinową	0,5%	12,2%	36,3%	33,6%	14,5%	2,9%
ostrzykiwanie kwasem hialuronowym	0,8%	12,8%	37,7%	33,9%	12,2%	2,6%
usuwanie nadmiernego owłosienia	4,4%	19,3%	35,3%	30,9%	10,2%	0%
powiększenie/korekta kształtu ust	1,6%	11,6%	36,0%	35,2%	12,0%	1,6%
mezoterapia	0%	14,7%	32,6%	34,8%	16,3%	1,6%
laserowe zamykanie naczyń krwionośnych	0%	10,3%	36,3%	36,3%	15,8%	1,4%
laser frakcyjny ablacyjny eCO ₂	0,7%	18,5%	33,3%	35,6%	11,9%	0%
nieinwazyjny lifting zogniskowanymi ultradźwiękami HIFU	0%	8,9%	29,0%	40,3%	19,4%	2,4%
Dermapen®	0,8%	19,4%	32,6%	36,4%	10,1%	0,8%

Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z danych zawartych w tabeli 33 najpopularniejsze usługi medycyny estetycznej są wykonywane głównie w segmencie pacjentów w wieku od 31-40 oraz 41-50 lat (ponad 50% korzystających z tych usług to pacjenci z omawianych segmentów wiekowych). Kolejne segmenty, które korzystają z najpopularniejszych zabiegów medycyny estetycznej to pacjenci w wieku 21-30 lat (którzy najczęściej wykonują usuwanie nadmiernego owłosienia, laser frakcyjny ablacyjny eCO₂ oraz Dermapen®), a także pacjenci w wieku 51-60 lat (którzy z kolei najczęściej wykonują nieinwazyjny lifting zogniskowanymi ultradźwiękami HIFU, mezoterapię oraz ostrzykiwanie toksyną botulinową). Omawiane zabiegi są adekwatne do problemów estetycznych i dermatologicznych zgłaszanych przez omawiane segmenty wiekowe. Z kolei segment najmłodszych i najstarszych pacjentów to osoby w najmniejszym stopniu zainteresowane najpopularniejszymi zabiegami medycyny estetycznej. Z kolei badane osoby najstarsze nie korzystają w ogóle z zabiegów laserem frakcyjnym ablacyjnym eCO₂ oraz z usuwania nadmiernego owłosienia. Z pozostałych zabiegów wskazanych jako najpopularniejsze korzystają w niewielkim zakresie w stosunku do pozostałych segmentów wiekowych (poza najmłodszymi pacjentami).

Kolejną analizowaną kwestią była popularność usług medycyny estetycznej w odniesieniu do statusu materialnego konsumenta. Wyniki zaprezentowano w tabeli 34.

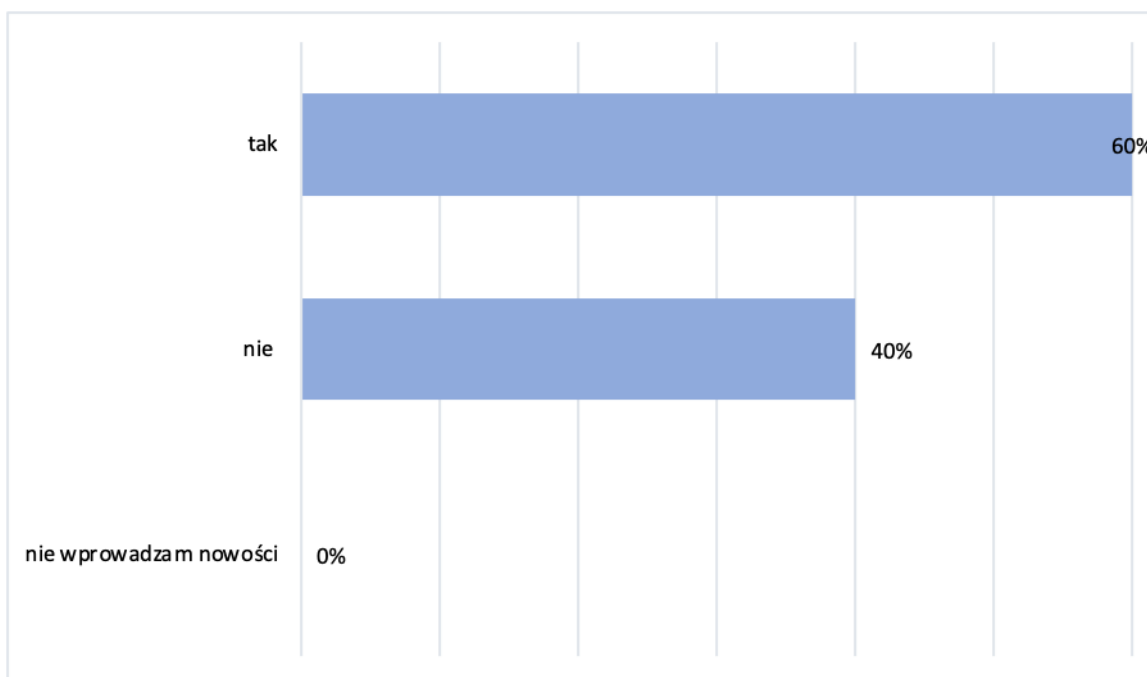
Tabela 34 Najpopularniejsze usługi medycyny estetycznej a status materialny konsumenta

Usługa medycyny estetycznej	Status materialny (w odniesieniu do średniej krajowej)				
	zdecydowanie powyżej średniej	powyżej średniej	średnia	poniżej średniej	zdecydowanie poniżej średniej
ostrzykiwanie toksyną botulinową	22,8%	53,3%	17,6%	2,9%	3,4%
ostrzykiwanie kwasem hialuronowym	22,2%	53,9%	17,6%	3,4%	3,0%
usuwanie nadmiernego owłosienia	24,4%	52,7%	16,0%	4,4%	2,5%
powiększenie/korekta kształtu ust	27,6%	54,0%	13,2%	2,4%	2,8%
mezoterapia	27,7%	52,7%	13,6%	2,7%	3,3%
laserowe zamykanie naczyń krwionośnych	24,7%	52,1%	14,4%	4,8%	4,1%
laser frakcyjny ablacyjny eCO2	25,9%	51,1%	16,3%	5,9%	0,7%
nieinwazyjny lifting zogniskowanymi ultradźwiękami HIFU	25,8%	54,8%	13,7%	1,6%	4,0%
dermapen	25,6%	58,9%	10,1%	2,3%	3,1%

Źródło: opracowanie własne

Analizując korzystanie przez konsumentów z najbardziej popularnych zabiegów medycyny estetycznej w odniesieniu do statusu materialnego badanych można zauważyć co właściwie jest oczywiste, że pacjenci określający swój status materialny „poniżej średniej krajowej” najrzadziej w porównaniu z innymi segmentami korzystają z omawianych zabiegów. Pacjenci będący najczęstszymi usługobiorcami najpopularniejszych usług medycyny estetycznej to segment badanych, którzy określili swój status materialny jako „powyżej średniej krajowej”. W dalszej kolejności są to osoby najbogatsze, które zdefiniowały swój status materialny jako „zdecydowanie powyżej średniej krajowej” oraz pacjenci określający swoją pozycję materialną „na poziomie średniej krajowej” (tabela 34). Ciekawą kwestią badawczą była identyfikacja zainteresowania pacjentów usługami po wprowadzaniu innowacyjnych rozwiązań z punktu widzenia lekarzy świadczących usługi medycyny estetycznej. Wyniki zaprezentowano na rysunku 32.

Usługodawcy kształtując swoją ofertę zabiegową zostają postawieni przed wysoce trudnymi wyborami. Na rynku jest wielu producentów urządzeń medycznych, a konkurencja między nimi jest intensywna. Decyzje o zakupie laserów czy też nowych preparatów mogą być obarczone wysokim ryzykiem.



Rysunek 32 Wprowadzanie innowacji a zwiększenie zainteresowania usługami medycyny estetycznej przez konsumenta z punktu widzenia lekarzy

Źródło: opracowanie własne

Szczególnie biorąc pod uwagę jednorazowe koszty, jakie muszą ponieść lekarze/kliniki podczas zakupu, ale również kwestie związane z rentownością sprzętu oraz efektywnością ich działania. Zazwyczaj cena urządzeń laserowych to koszt około kilkuset tysięcy złotych. Stąd znacznie łatwiej podjąć decyzję o zakupie, gdy usługodawcy mają już doświadczenie w pracy z laserami lub też posiadają już bazę pacjentów, ponieważ dobór nowych urządzeń wynika z konieczności poszerzenia i dostosowania zakresu oferty usługowej zgodnie z oczekiwaniami pacjentów. Przed najtrudniejszym zadaniem zostają postawieni lekarze, którzy decydują się na zakup pierwszego urządzenia (Wasiluk, 2016). Co więcej – warto zaznaczyć, że nie istnieją na rynku pojedyncze urządzenia czy też preparaty, które sprostałyby wszystkim oczekiwaniom konsumentów. Stąd aż 60% lekarzy wskazało, że zauważa zwiększenie zainteresowania pacjentów usługami po wprowadzeniu innowacyjnych rozwiązań. Przypuszcza się, że świadczy to o wysokim doświadczeniu lekarzy, którzy w swojej praktyce pracują na różnorodnych urządzeniach stąd proces zakupu nowych laserów czy też EBD z ang. *Energy Based Devices* jest przeanalizowany i świadomy oraz oparty na zwiększających się potrzebach konsumentów. Z kolei 40% usługodawców nie zauważa zwiększenia zainteresowania wśród obecnych i potencjalnych nabywców po wprowadzeniu innowacji do portfela usług. Być może wynika to z braku działań marketingowych lub też w niektórych przypadkach braku czasu na przeszkolenie

usługodawców, co przekłada się na ograniczenie zainteresowania pacjentów. W odpowiedziach lekarzy nie odnotowano stwierdzenia: „nie wprowadzam nowości”. Medycyna estetyczna jest szybko rozwijającą się dziedziną nauk medycznych, stąd można przypuszczać, że brak wprowadzania nowości w ofercie zabiegowej może spowodować ograniczenie w liczbie pacjentów, ze względu na brak możliwości zaspokojenia ich potrzeb i pragnień.

Medycyna estetyczna jest prężnie rozwijającą się technologicznie i technicznie dziedziną medycyny. Podążanie za potrzebami pacjentów może przynieść oczekiwane zyski usługodawców oraz możliwość spełnienia oczekiwań pacjentów. Stąd zainteresowanie pacjentów rośnie, a potrzeby wydają się być nieskończone. Nie ulega wątpliwości, że wprowadzanie innowacyjnych technologii zwiększa liczbę wykonywanych usług.

4.3. Satysfakcja konsumentów na rynku usług medycyny estetycznej

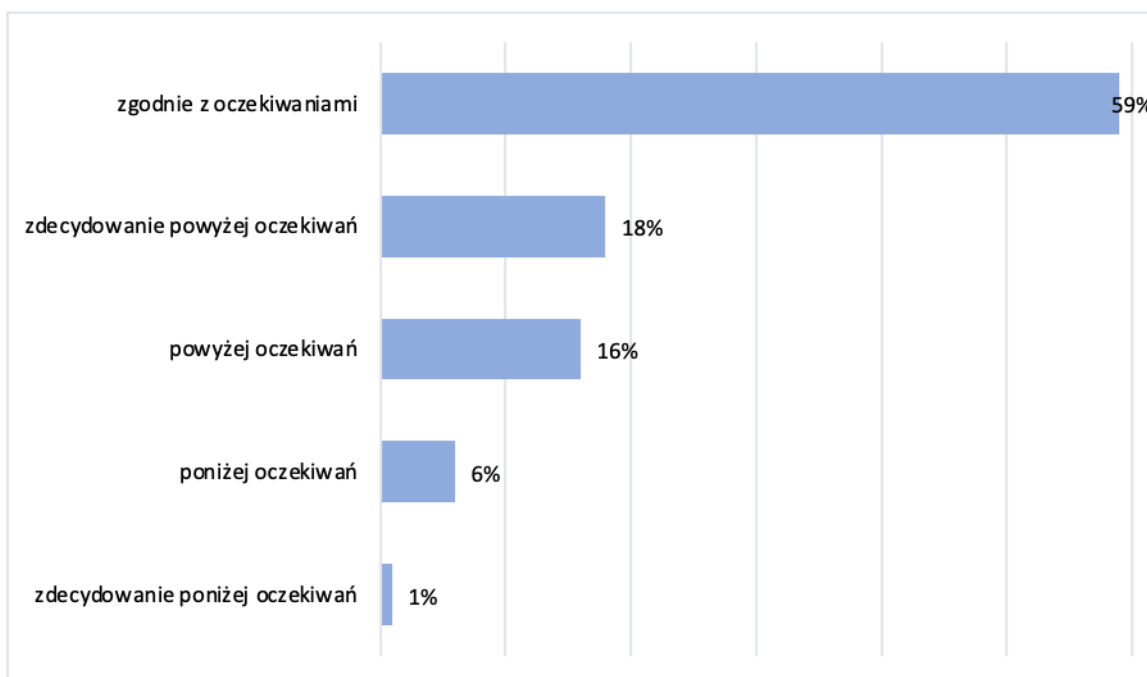
Satysfakcja konsumenta rozumiana jest jako stan psychiczny wynikający ze zgodności postrzeganych cech produktu lub usługi z oczekiwaniami (Pazio, 2015). W przypadku usług medycyny estetycznej oczekiwaniami będą uzyskane efekty pozabiegowe. Zadowolenie klienta/pacjenta z usługi medycznej determinowane jest wieloma czynnikami – zarówno natury obiektywnej, jak i subiektywnej. Jak wskazuje literatura przedmiotu, do kluczowych determinant satysfakcji klienta należą: dostępność usługi, przebieg wizyty lekarskiej, poprawa stanu zdrowia, cena usługi (Małecka i Marcinkowski, 2007). Niezmiernie ważną determinantą satysfakcji pacjenta są kompetencje lekarza. Lekarz wykonujący zabiegi medycyny estetycznej powinien dołożyć wszelkich starań, aby stworzyć jak najlepsze relacje oraz poczucie bezpieczeństwa pacjentów. Istotnym elementem wzbudzenia zaufania jest empatia, słuchanie pacjentów, rzeczowa rozmowa oraz profesjonalizm. Profesjonalizm kształtuje się poprzez przełożenie stylu komunikacji na język powszechnie zrozumiały dla klienta, aby ten mógł dokładnie zrozumieć w jaki sposób będzie przebiegać zabieg oraz na czym dokładnie polega problem estetyczny. Co więcej – istotny jest również wywiad medyczny, który umożliwia zebranie jak największej ilości informacji o pacjencie, ale również wzmacnia zaufanie pacjenta (Bukowska-Piastryńska, 2017).

Satysfakcja pacjentów jest ważnym narzędziem sukcesu klinik medycznych, które regularnie monitorują poziom zadowolenia swoich pacjentów. I tak dla przykładu w USA premie lekarzy są powiązane z oceną satysfakcji pacjenta w odniesieniu do osobistej

interakcji z lekarzem (Funk i in., 2012). Do oceny satysfakcji pacjentów i analizy czynników, które są ważne dla osób korzystających z usług medycyny estetycznej stosuje się szereg miar (Cohen i Scuderi, 2017). Dla przykładu do oceny zadowolenia pacjenta korzystającego z usługi wygładzania zmarszczek twarzy można wykorzystać skalę typu Likerta, gdzie skala waha się od „bardzo niezadowolony” do „bardzo zadowolony” (Cox i in., 2003). Innym instrumentem jest kwestionariusz Facial Line Outcome, który ocenia konkretne wyniki, takie jak samoocena wieku, postrzeganie atrakcyjności oraz stopień, w jakim zmarszczki mimiczne powodują, że pacjent wygląda na zmęczonego, zestresowanego lub rozgniewanego (Dayan i in., 2019) Do obiektywnej i powtarzalnej oceny wyników zabiegów estetycznych i zadowolenia pacjentów służy również skala oceny bólu Wong-Baker FACES (Funk i in., 2012). Szczegółowy przegląd literatury dotyczącej zachowań konsumenckich na rynku usług medycznych wskazuje na znaczną lukę badawczą w odniesieniu do pomiaru satysfakcji z usług medycyny estetycznej. O ile w przypadku rynku chirurgii plastycznej czy rynku usług stomatologicznych i ortodontycznych determinanty satysfakcji są przedmiotem licznych badań i analiz (De Vries i in., 2014; Sharp i in., 2014; Abbas i Karadavut, 2017), w przypadku medycyny estetycznej satysfakcja konsumentów jest rzadko badana. Luka badawcza dotyczy przede wszystkim identyfikacji, analizy i modelowania czynników wpływających na satysfakcję/niezadowolony konsumenta z usług medycyny estetycznej oraz relacji pomiędzy satysfakcją a lojalnością konsumentów/pacjentów.

Jak już wspomniano, jednym z kluczowych celów badawczych dysertacji była ocena stopnia satysfakcji konsumentów/pacjentów korzystających z usług medycyny estetycznej opartych na innowacyjnych technologiach, wykonywanych w klinikach w dużych miastach w Polsce. W pierwszej kolejności zbadano stopień zgodności oczekiwań konsumentów/pacjentów z efektem pozabiegowym. Wyniki zostały zaprezentowane na rysunku 33.

Dokonując analizy danych przedstawionych na rysunku 33 jednoznacznie wynika, że aż 59% respondentów wskazało, że usługa została wykonana zgodnie z ich oczekiwaniami, a 18% wskazań otrzymała odpowiedź „zdecydowanie powyżej oczekiwań”, a „powyżej oczekiwań” aż 16% wskazań. Konsumenty oceniając usługi poza samymi efektami, zwracają również szczególną uwagę na materialność usługi, czyli wygląd placówki, jej wyposażenie oraz ilości otrzymanych informacji.



Rysunek 33 Zgodność oczekiwań konsumentów z efektem wykonanej usługi medycyny estetycznej

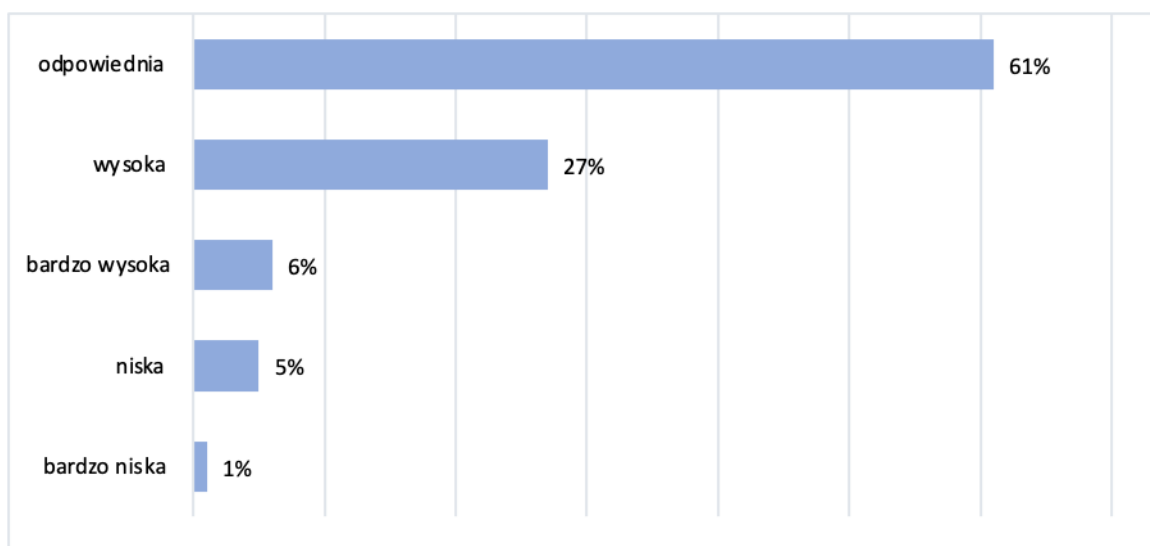
Źródło: opracowanie własne

Co więcej – istotne jest również upewnienie pacjenta o możliwości natychmiastowej reakcji lekarza w przypadku niepowodzenia danej usługi. Dzięki temu pacjent może czuć się bezpiecznie. Istotna jest również kompetencja, czyli posiadanie przez usługodawcę nie tylko umiejętności wykonania odpowiedniej usługi, ale również korzystanie z najlepszych urządzeń oraz preparatów. Szacuje się, że wszystkie te elementy w wysokim stopniu odpowiadają za postrzeganie zgodności oczekiwań z efektem pozabiegowym usług medycyny estetycznej. Warto natomiast zwrócić uwagę, że dla 6% respondentów objętych badaniem efekt pozabiegowy był poniżej oczekiwań, a 1% respondentów wskazał, że efekty zabiegowe były „zdecydowanie poniżej oczekiwań”. Co wydaje się niezaprzeczalne, głównym przeciwwskazaniem do wszystkich zabiegów z zakresu medycyny estetycznej są nierealne oczekiwania konsumentów. Mimo szerokich możliwości w niektórych przypadkach zdarzają się sytuacje, że wszystkie metody wykorzystywane w medycynie estetycznej nie dają możliwości pełnego zadowolenia klientów. Co więcej – czasami choroby współistniejące pacjenta uniemożliwiają wykonanie zabiegu, który da pełne zadowolenie. Można również przypuszczać, że niekiedy pomimo świadomości lekarza o niemożliwości uzyskania odpowiedniego efektu terapeutycznego, decyduje się on na

wykonanie zabiegu, co może doprowadzić do niezadowolenia konsumenta – braku satysfakcji z wykonanej usługi.

Tak więc, mimo szeregu możliwości i ograniczeń, zdecydowana większość respondentów jest usatysfakcjonowana z efektów wykonanych usług medycyny estetycznej. Na postrzeganie jakości usługi medycyny estetycznej wpływa wiele czynników, od bezpośredniej obsługi w recepcji po spełnienie wymagań pacjenta. Co więcej – jakość w usługach medycznych powinno traktować się nie tylko w wymiarze satysfakcji, ale również w perspektywie kreowania lepszego zdrowia pacjentów oraz poprawy jakości życia (McStravic, 1997). *Prima non nocere* – po pierwsze nie szkodzić - właśnie taką przysięgę składają adepci, lekarze medycyny. Medycyna estetyczna może nieść za sobą szeroką liczbę powikłań pozabiegowych, które właśnie przekładają się na finalne zadowolenie pacjentów. Stąd odmówienie wykonania usługi lub odpowiednia reakcja w przypadku pojawienia się powikłań powinna zostać szczególnie wzięta pod uwagę w przypadku usług medycyny estetycznej (tak jak w każdej innej dziedzinie medycznej).

W kolejnym etapie procesu badawczego przeprowadzono ocenę adekwatności ceny do specyfiki i rezultatu usługi medycyny estetycznej. Wyniki zaprezentowano na rysunku 34.



Rysunek 34 Adekwatność ceny wykonanej usługi do oczekiwanych efektów pozabiegowych

Źródło: opracowanie własne

Zdaniem 61% badanych konsumentów korzystających z innowacyjnych usług medycyny estetycznej, cena wykonanej usługi jest odpowiednia do oczekiwanych efektów. Konsumenty decydujący się na skorzystanie z usług medycyny estetycznej w zdecydowanej

większości są świadomi, że zabiegi te wiążą się z relatywnie wysokimi kosztami. Z kolei 33% badanych wskazało, że cena jest za wysoka w stosunku do uzyskanych efektów pozabiegowych. Niewielki odsetek pacjentów (6%) wskazał, że cena usługi jest za niska wobec uzyskanych efektów pozabiegowych. Podsumowując można zatem stwierdzić, że cena będąca istotną determinantą satysfakcji konsumentów korzystających z usług medycyny estetycznej, została oceniona przez większość badanych jako adekwatna do efektów pozabiegowych. Niestety, aż 1/3 badanych pacjentów wskazała, że cena zabiegu jest za wysoka w stosunku do uzyskanych efektów. Wobec powyższego warto zbadać jakie były oczekiwania pacjentów - czy nie były one zbyt wygórowane lub też w ogóle niemożliwe do osiągnięcia (zważywszy na fakt, iż pacjenci mają świadomość braku refundacji takich zabiegów).

Interesującą kwestią badawczą była ocena adekwatności ceny za wykonaną usługę medycyny estetycznej do oczekiwanych efektów pozabiegowych z punktu widzenia płci konsumentów, ich wieku i statusu materialnego. Wyniki zaprezentowano w tabeli 35.

Tabela 35 Adekwatność ceny wykonanej usługi do oczekiwanych efektów pozabiegowych a płeć pacjentów

Cena zabiegu w odniesieniu do oczekiwanych efektów zabiegowych	Płeć	
	Kobieta	Mężczyzna
bardzo niska	0,6%	1,1%
niska	4,9%	7,6%
w sam raz/odpowiednia	61,6%	57,6%
wysoka	27,4%	22,8%
bardzo wysoka	5,5%	10,9%
Ogółem	100,0%	100,0%

Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z danych zaprezentowanych w tabeli 35 płeć generalnie nie różnicuje postrzegania ceny zabiegu medycyny estetycznej w stosunku do oczekiwanych efektów zabiegowych. Jedynie w przypadku wariantu odpowiedzi: „cena zabiegu jest bardzo wysoka w stosunku do oczekiwanych efektów zabiegowych” o około 6 punktów procentowych mężczyźni częściej wskazywali tę odpowiedź w stosunku do kobiet (odpowiednio 10,9% i 5,5%).

Tabela 36 Adekwatność ceny wykonanej usługi do oczekiwanych efektów pozabiegowych a wiek pacjentów

Cena zabiegu w odniesieniu do oczekiwanych efektów zabiegowych	Wiek					
	do 20	21-30	31 - 40	41 - 50	51- 60	60+
bardzo niska	0,0%	1,7%	0,4%	0,4%	1,0%	0,0%
niska	14,3%	6,0%	7,2%	3,1%	2,9%	5,3%
w sam raz/odpowiednia	57,1%	63,2%	63,3%	59,0%	55,9%	73,7%
wysoka	28,6%	22,2%	25,0%	30,1%	30,4%	21,1%
bardzo wysoka	0,0%	6,8%	4,2%	7,4%	9,8%	0,0%
Ogółem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: opracowanie własne

Analizując wyniki badania dotyczącego postrzegania adekwatności ceny usługi medycyny estetycznej w stosunku do oczekiwanych efektów pozabiegowych w kontekście wieku badanych konsumentów można stwierdzić, że w większości wyodrębnionych segmentów wiekowych występują różnice w postrzeganiu cen zabiegów. W przypadku odpowiedzi: „cena zabiegu jest bardzo niska w odniesieniu do oczekiwanych efektów zabiegowych” nie zauważa się różnic pomiędzy pacjentami z badanych segmentów wiekowych. Z kolei w przypadku odpowiedzi: „cena zabiegu jest niska w odniesieniu do oczekiwanych efektów zabiegowych” segment najmłodszych konsumentów wyraźnie odstaje od odpowiedzi pacjentów z pozostałych segmentów – odsetek wskazań pozytywnych wynosi 14,3% i jest wyższy o co najmniej 7 punktów procentowych od pozostałych. Odpowiedź „cena zabiegu jest odpowiednia w odniesieniu do oczekiwanych efektów zabiegowych” pod względem odsetka wskazań wyraźnie wrasta w segmencie pacjentów najstarszych 60+ i wynosi 73,7% (w porównaniu do innych segmentów wiekowych jest wyższa o co najmniej 13 punktów procentowych). W przypadku odpowiedzi: „cena zabiegu jest wysoka w odniesieniu do oczekiwanych efektów zabiegowych” nie występują wyraźne różnice w odsetkach wskazań w obrębie badanych segmentów wiekowych pacjentów. Natomiast odpowiedzi: „cena zabiegu jest bardzo wysoka w stosunku do oczekiwanych efektów zabiegowych” nie wskazał żaden z badanych pacjentów z segmentu najmłodszego (do 20 lat) oraz najstarszego (60+); z kolei odpowiedź tę wskazało aż 9,8% respondentów z segmentu wiekowego 51-60 lat.

Analizie poddano również opinie konsumentów dotyczące postrzegania adekwatności ceny zabiegu medycyny estetycznej w odniesieniu do oczekiwanych efektów w kontekście statusu materialnego konsumentów. Wyniki analizy zaprezentowane zostały w tabeli 37.

Tabela 37 Adekwatność ceny wykonanej usługi do oczekiwanych efektów pozabiegowych a status materialny pacjentów

Cena zabiegu w odniesieniu do oczekiwanych efektów zabiegowych	Status materialny (w odniesieniu do średniej krajowej)				
	zdecydowanie powyżej średniej	powyżej średniej	średnia	poniżej średniej	zdecydowanie poniżej średniej
bardzo niska	0,0%	0,8%	0,0%	2,8%	3,7%
niska	7,0%	4,7%	3,4%	5,6%	11,1%
w sam raz/odpowiednia	63,1%	62,5%	58,9%	47,2%	59,3%
wysoka	19,7%	26,4%	32,9%	38,9%	25,9%
bardzo wysoka	10,2%	5,5%	4,8%	5,6%	0,0%
Ogółem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Źródło: opracowanie własne

Odpowiedź „cena zabiegu jest bardzo niska w stosunku do oczekiwanych efektów zabiegowych” nie została wskazana przez żadnego z badanych pacjentów określających swój status materialny „zdecydowanie powyżej średniej krajowej” oraz „średnia krajowa”. W pozostałych segmentach odsetek odpowiedzi pozytywnych jest bardzo niski. Z kolei w przypadku odpowiedzi: „cena zabiegu jest niska w stosunku do oczekiwanych efektów zabiegowych” najniższy wskaźnik odpowiedzi występuje w segmencie pacjentów o przeciętnej sytuacji materialnej (3,4% wskazań), a najwyższy w przypadku segmentu pacjentów najgorzej sytuowanych (11,1% wskazań). Analizując stwierdzenie, że „cena zabiegu jest odpowiednia w stosunku do oczekiwanych efektów zabiegowych” poprzez wyodrębnione segmenty dochodowe pacjentów można stwierdzić, iż jedynie segment pacjentów o statusie materialnym poniżej średniej krajowej odbiega wyraźnie od innych segmentów – odsetek wskazań jest najniższy i wynosi 47,2%. Odpowiedź „cena zabiegu jest wysoka w stosunku do oczekiwanych efektów zabiegowych” jest najczęściej wskazywana w segmencie pacjentów o statusie materialnym poniżej średniej krajowej – 38,9% wskazań, a najmniej w segmencie konsumentów najbogatszych (co nie zaskakuje) – 19,7%. Natomiast w przypadku odpowiedzi: „cena zabiegu jest bardzo wysoka w stosunku do oczekiwanych efektów zabiegowych” – co ciekawe najwyższy odsetek wskazań pozytywnych występuje w segmencie pacjentów najbogatszych – 10,2% wskazań, a z kolei żaden pacjent z segmentu zdecydowanie poniżej średniej krajowej nie wskazał takiej

odpowiedzi (co jest bardzo interesujące). Zatem analizując wyniki zawarte w tabeli 37 można zauważyć różnice w odpowiedziach dotyczących postrzegania adekwatności ceny zabiegów medycyny estetycznej w stosunku do oczekiwanych efektów pozabiegowych przez konsumentów z wyodrębnionych segmentów określających status materialny.

W przeprowadzonym badaniu jednym z ważnych jego elementów było ustalenie poziomu satysfakcji pacjentów ze świadczonych w Polsce usług medycyny estetycznej oraz ocena gabinetów i klinik, która stanowi istotną determinantę rozwoju tego rynku. Podkreślić należy, że przeprowadzone badanie należy do jednych z niewielu badań w Polsce zrealizowanych na tak licznej grupie docelowej klientów klinik i gabinetów medycyny estetycznej techniką bezpośredniego wywiadu kwestionariuszowego (krótco przed pandemią Covid – 19).

Badanie satysfakcji konsumentów – pacjentów korzystających z usług medycyny estetycznej w Polsce zostało przeprowadzone techniką badania satysfakcji i lojalności Net Promoter Score (Reichheld, 2004). The Net Promoter Score (NPS) jest wykorzystywany w różnych branżach, w celu dokonania oceny lojalności konsumentów oraz określenia stopnia prawdopodobieństwa czy konsument poleci dane dobro czy też usługę. Respondenci badania na podstawie udzielonych odpowiedzi zostali podzieleni na trzy grupy, mianowicie:

- promotorzy,
- pasywni,
- krytycy.

„Promotorzy” zdecydowanie poleciliby usługi i dobra, natomiast „pasywni”, którzy są zadowoleni z zakupu i użytkowania produktu nie będą go aktywnie polecać, a „krytycy” będą aktywnie przekonywać innych do zaniechania zakupu dóbr lub usług (Reichheld, 2003). Technika ta jest bardzo popularna w badaniu satysfakcji konsumentów/pacjentów korzystających nie tylko z usług medycznych. Dla przykładu – wariant Net Promoter Score został zaadaptowany w narodowych służbach zdrowia w celu oceny ogólnej satysfakcji pacjentów i tego, jak prawdopodobne jest, że pacjenci polecą te usługi (Stirling i in., 2013; Wilberforce i in., 2018; Lopez-Picazo i in., 2021). Jej popularność i atrakcyjność w badaniu satysfakcji konsumentów – nie tylko pacjentów korzystających z usług medycznych – wynika głównie z faktu prostego i jednoznacznego sposobu dokonywania oceny poziomu

satysfakcji w porównaniu z podstawowymi technikami badania satysfakcji Servqual czy Servper (Parasuraman i in., 1985; Cronin i Taylor, 1992).

Jak wcześniej wspomniano wybrano do oceny technikę NPS i postępując zgodnie z jej procedurą pytano klientów gabinetów i klinik medycyny estetycznej w pierwszej kolejności o prawdopodobieństwo polecenia znajomym zabiegów z zakresu medycyny estetycznej, natomiast w drugim przypadku o prawdopodobieństwo rekomendacji innym potencjalnym pacjentom konkretnego gabinetu medycyny estetycznej. Ocena prawdopodobieństwa została odzwierciedlona wyborem wartości na skali 0-10 stanowiącej adekwatny poziom rekomendacji w przypadku tej metody (0 – zdecydowanie nie polecę, 10 – zdecydowanie polecę). Uzyskane wyniki badania dla pierwszej kwestii przedstawione zostały w tabeli 38 w ujęciu ogółem dla całej badanej zbiorowości jak i w poszczególnych przedziałach wiekowych.

Tabela 38 Grupy konsumentów według rekomendacji usług medycyny estetycznej oraz wartości Net Promoter Score ogółem oraz w przedziałach wiekowych

Grupy konsumentów	Ogółem	Wiek				
		do 30	31- 40	41-50	51- 60	61+
Promotorzy	77,8 %	76,3 %	80,3 %	78,6 %	71,6 %	79,0 %
Pasywni	15,8 %	16,8 %	15,1 %	14,8 %	16,6 %	15,8 %
Krytycy	6,4 %	6,9 %	4,6 %	6,6 %	11,8 %	5,2 %
Promotorzy Netto (NPS)	71,4%	69,4%	75,7%	72,0%	59,8%	73,8%

Źródło: opracowanie własne

Analizując tabelę 38 trudno nie dostrzec zdecydowanej dominacji grupy „promotorów” dla każdego analizowanego przekroju, a odzwierciedlone jest to w każdym przypadku wartością przekraczającą 70% "promotorów” netto, czyli oceniających to prawdopodobieństwo na poziomie 9 lub 10. Jest to wartość bardzo wysoka i świadczy o niezwykle wysokim poziomie satysfakcji z usług medycyny estetycznej w Polsce. Natomiast grupa „krytyków” uzyskała wartość wyjątkowo niską nieprzekraczającą 7% (jedynie w przypadku grupy wiekowej 51-60 lat wyniosła 11,8%). W rezultacie obliczony finalny wskaźnik Net Promoter Score (promotorzy netto) dla całej badanej populacji osiągnął wartość 71,4%, a jeszcze wyższy jest dla grupy 41-50 lat przekraczając 75%. Odpowiada to niezwykle wysokiej wartości ocen wskazującej na jednoznacznie bardzo pozytywną ocenę konsumencką (wysoki poziom zadowolenia) świadczonych usług medycyny estetycznej bez względu na wiek. Ponadto rozpatrując go w krótkiej i średniej

perspektywie czasowej wskazuje na tendencję znacznej dynamiki rozwoju branży medycyny estetycznej w Polsce w kolejnych latach.

Drugą kwestią podjętą w badaniu było wyznaczenie poziomu prawdopodobieństwa rekomendacji usług medycyny estetycznej w konkretnym gabinecie medycyny estetycznej, z którego korzystano jako miejsca realizacji usługi. Uzyskane wyniki przedstawione w tabeli 39 są bardzo podobne jak w przypadku rekomendowania usług medycyny estetycznej jako zabiegów. Ilustrują one zarówno ogółem jak i w poszczególnych grupach wiekowych bardzo wysokie prawdopodobieństwo rekomendacji gabinetu, w którym badany respondent przeprowadzał zabieg medycyny estetycznej. Uzyskana wartość wskaźnika NPS dla całej populacji jest jeszcze wyższa od przedstawionego powyżej wskaźnika NPS dla poziomu satysfakcji z usług medycyny estetycznej - w tym przypadku uzyskał on wartość 77,1%. Na podobnym poziomie kształtują się wartości tego wskaźnika w poszczególnych grupach wiekowych, a jedynie minimalnie niższą wartość można zauważyć w grupach wiekowych 51+. Wyniki te stanowią potwierdzenie wysokiego poziomu świadczonych usług przez gabinety medycyny estetycznej w Polsce i potwierdzają wcześniej wskazaną tendencję rynkową.

Tabela 39 Grupy konsumentów według rekomendacji gabinetów usług medycyny estetycznej oraz wartości Net Promoter Score ogółem oraz w przedziałach wiekowych

Grupy konsumentów	Ogółem	Wiek				
		do 30	31- 40	41- 50	51- 60	61+
Promotorzy	82,3 %	84,0 %	82,2 %	84,7 %	75,5 %	79,0 %
Pasywni	12,5 %	10,7 %	14,8 %	9,2 %	16,7 %	10,6 %
Krytycy	5,2 %	5,3 %	3,0 %	6,1 %	7,8 %	10,4 %
Promotorzy Netto (NPS)	77,1%	78,7%	79,2%	78,6%	67,7%	68,6%

Źródło: opracowanie własne

Można zatem opierając się na wynikach badań tych dwóch kwestii wnioskować bez obaw popełnienia błędu, że rynek usług medycyny estetycznej w Polsce będzie się nadal rozwijał pod względem ilości i wartości świadczonych usług, a podstawową przesłankę stanowią jednoznacznie bardzo pozytywne rekomendacje wynikające z wysokiej jakości świadczonych usług medycyny estetycznej. W przypadku tego rodzaju usług ich oceny w przypadku moich badań bardzo wyraźnie odbiegają od ocen innych usług zdrowotnych w Polsce, albowiem ogólna ocena poziomu świadczonych różnych usług zdrowotnych przez

pacjentów należy porównawczo do stosunkowo niskich na tle innych krajów Unii Europejskiej.

W przeprowadzonej analizie wyników badań ujęto również kwestię zbadania potencjalnego związku między spełnieniem oczekiwań przez usługę medycyny estetycznej a jej rekomendacją innym oraz rekomendacją gabinetu świadczącego usługi. Dodatkowo podjęto badanie potencjalnego związku z cechami demograficzno – ekonomiczno – społecznymi badanej próby. Wyniki zaprezentowano w tabeli 40.

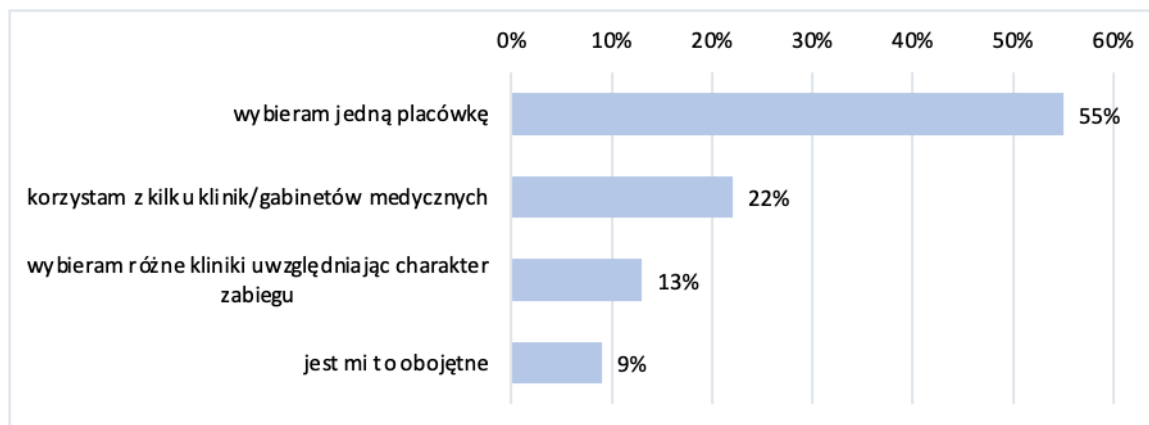
W prowadzonej analizie statystycznej zebranego materiału badawczego wykorzystano również współczynnik korelacji rang Spearmana dla cech jakościowych w przypadku pytań 6, 8 i 9 w kwestionariuszu, które miały określić ocenę poziomu zadowolenia/satysfakcji przez klientów ze świadczonych usług medycyny estetycznej przez gabinety uczestniczące w badaniu. I tak zidentyfikowano zależność pomiędzy spełnieniem oczekiwań klienta w zakresie świadczonej usługi (pytanie 6) a prawdopodobieństwem polecenia usługi w zakresie medycyny estetycznej znajomym (pytanie 8) oraz poleceniem znajomym określonego gabinetu świadczącego usługi estetycznej (pytanie 9). Uzyskane wartości współczynników Spearmana to odpowiednio 0,381 i 0,360, czyli można mówić o zależności wyraźnej między spełnieniem oczekiwań a rekomendacją usługi, jak i gabinetu. Ponadto są one istotne statystycznie co potwierdził nieparametryczny test istotności współczynnika korelacji Spearmana. Z badań wynika jeszcze jeden istotny fakt, że polecenie usługi medycyny estetycznej (pytanie 8) wiąże się z jednoczesnym wskazaniem gabinetu świadczącego te usługi (pytanie 9). Odzwierciedleniem tego faktu jest bardzo wysoka wartość współczynnika korelacji – 0,833 pomiędzy uzyskanymi wynikami odpowiedzi w przypadku tych pytań. Warto również zauważyć, że można dostrzec związek pomiędzy statusem materialnym badanych a świadczeniem usług medycyny estetycznej. W tym przypadku badając zależność pomiędzy wynikami odpowiedzi na pytania 6, 8 i 9 oraz statusem materialnym badanych wartości współczynnika korelacji Spearmana wyniosły odpowiednio – 0,144; 0,178 i 0,198, czyli ta zależność jest niska, ale zauważalna. Te współczynniki są również istotne statystycznie.

Tabela 40 Wartość współczynnika korelacji Spearmana pomiędzy wybranymi zmiennymi

		Czy wykonana usługa medycyny estetycznej była zgodna z Pana/Pani oczekiwaniami?	Czy cena usługi była adekwatna z obsługą i oczekiwanymi efektami?	Jak prawdopodobne jest, że poleciliby Pani / Pan wykonaną usługę medycyny estetycznej?	Jak prawdopodobne jest, że poleciliby Pani / Pan gabinet / klinikę medycyny estetycznej?	Wiek	Status materialny (średnia krajowa 2800zł netto)
Czy wykonana usługa medycyny estetycznej była zgodna z Pana/Pani oczekiwaniami? (pyt. 6)	Współczynnik korelacji	1,000	,008	,381**	,360**	-,068	,144**
	Ist. (dwustr.)		,822	,000	,000	,063	,000
	I	745	745	745	745	745	745
Czy cena usługi była adekwatna z obsługą i oczekiwanymi efektami? (pyt. 7)	Współczynnik korelacji	,008	1,000	-,030	-,042	,096**	-,033
	Ist. (dwustr.)	,822		,407	,248	,008	,367
	I	745	745	745	745	745	745
Jak prawdopodobne jest, że poleciliby Pani / Pan wykonaną usługę medycyny estetycznej? (pyt. 8)	Współczynnik korelacji	,381**	-,030	1,000	,833**	-,028	,178**
	Ist. (dwustr.)	,000	,407		,000	,439	,000
	I	745	745	745	745	745	745
Jak prawdopodobne jest, że poleciliby Pani / Pan gabinet / klinikę medycyny estetycznej? (pyt. 9)	Współczynnik korelacji	,360**	-,042	,833**	1,000	-,009	,198**
	Ist. (dwustr.)	,000	,248	,000		,803	,000
	I	745	745	745	745	745	745
Wiek	Współczynnik korelacji	-,068	,096**	-,028	-,009	1,000	,109**
	Ist. (dwustr.)	,063	,008	,439	,803		,003
	I	745	745	745	745	745	745
Status materialny (średnia krajowa 2800zł netto)	Współczynnik korelacji	,144**	-,033	,178**	,198**	,109**	1,000
	Ist. (dwustr.)	,000	,367	,000	,000	,003	
	I	745	745	745	745	745	745

Źródło: opracowanie własne

W kontekście badania satysfakcji konsumentów/pacjentów dodatkowo zdiagnozowano, czy pacjenci są lojalni wobec jednej placówki (gabinetu/kliniki) medycyny estetycznej, czy też korzystają z kilku placówek świadczących powyższe usługi. Wyniki badania w powyższym zakresie zaprezentowano na rysunku 35.



Rysunek 35 Lojalność respondentów wobec placówki medycznej świadczącej usługi medycyny estetycznej

Źródło: opracowanie własne

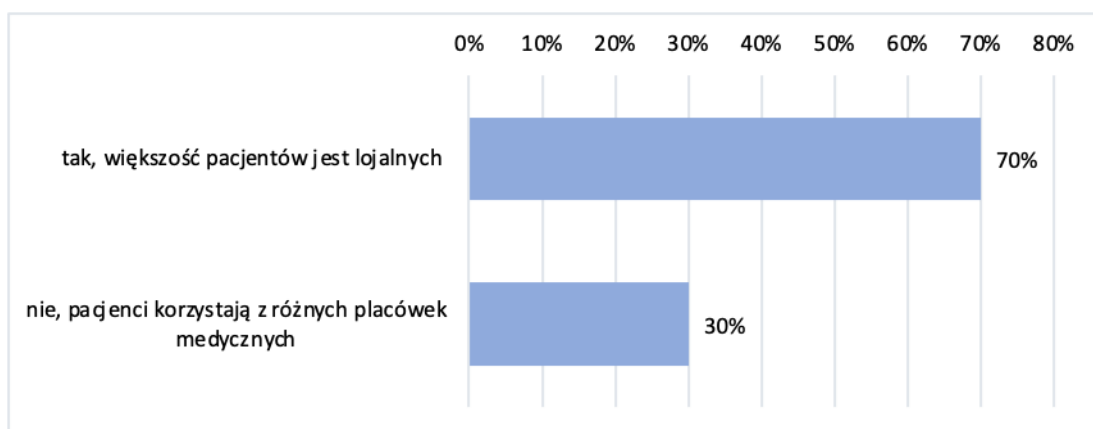
Jak wynika z informacji zawartych na rysunku 35, ponad połowa konsumentów/pacjentów (55%) zadeklarowała, że korzysta z usług medycyny estetycznej tylko w jednej placówce. Można przypuszczać, że wynika to z pozytywnego doświadczenia pacjentów, którzy są zadowoleni z procesu usługi, ale również z zadowalających efektów pozabiegowych. Znacznie mniej respondentów wskazało, że korzysta z kilku placówek medycyny estetycznej – 22% wskazań. Analiza portfela usług klinik i gabinetów medycyny estetycznej w dużych miastach w Polsce wskazuje, że nie wszystkie podmioty są w stanie posiadać kompleksową ofertę jaka jest dostępna na rynku medycyny estetycznej, stąd korzystanie z usług kilku różnych podmiotów przez pacjentów często jest nieuniknione. Co więcej – 13% badanych konsumentów wskazało, że wybiera różne kliniki uwzględniając charakter zabiegu. Można przypuszczać, że może to dotyczyć takich zabiegów jak np. zamykanie naczyń krwionośnych na kończynach dolnych. Często pacjenci zmuszeni są do skorzystania z tradycyjnej metody jaką jest skleroterapia, która łączona jest z zabiegami laserowymi, stąd konieczność korzystania z usług w różnych placówkach. Może to dotyczyć również przypadków ortodontycznych, czy też stomatologicznych. Przykładem jest sytuacja, gdy pacjent cierpi na dolegliwość „zgrzytania zębami” (w efekcie czego doprowadza do zacierania szkliwa nazębnego), a lekarze stomatolodzy i ortodonci kierują go do klinik medycyny estetycznej, w których poprzez podanie toksyny botulinowej typu A

do mięśni żwacza dochodzi do obniżenia napięcia mięśniowego, który daje efekt zaprzestania ścierania się szkliwa. Również neurologzy kierują swoich pacjentów do lekarzy medycyny estetycznej przy napięciowych i migrenowych bólach głowy – podanie toksyny botulinowej typu A w konkretne partie mięśni głowy czy też szyi doprowadza do znacznej poprawy zmniejszenia dolegliwości bólowych. Zatem korzystanie z kilku placówek ze względu na charakter zabiegu niekoniecznie świadczy o braku lojalności, ale może wynikać z konieczności. Natomiast wyłącznie 9% respondentów wskazało, że jest im obojętne z jakich placówek medycznych medycyny estetycznej korzystają.

Podsumowując – generalnie można stwierdzić, że badani pacjenci są lojalni wobec placówek medycznych zajmujących się medycyną estetyczną, natomiast domniemywać można, że w niektórych przypadkach są zmuszeni do skorzystania z usług również w innych placówkach, gdyż charakter zabiegu może wymagać wiedzy, umiejętności i dostępności ofertowej innych specjalistów medycznych.

W kontekście powyższego interesujące jest spojrzenie na lojalność pacjentów gabinetów/klinik medycyny estetycznej z punktu widzenia lekarzy. Wyniki zaprezentowano na rysunku 36.

Zdaniem lekarzy większość pacjentów jest lojalnych wobec gabinetów/klinik świadczących usługi medycyny estetycznej. Aż 70% lekarzy stwierdziło, że większość pacjentów jest lojalna zarówno wobec placówki jak i samego lekarza zajmującego się medycyną estetyczną. Powyższe może wynikać z faktu bogatej oferty zabiegowej, zaufania do lekarzy, przyzwyczajenia, a także oferowania kompleksowego wachlarza usług, które są wykonywane przez różnych specjalistów w jednej klinice.



Rysunek 36 Lojalność pacjentów z punktu widzenia lekarzy

Źródło: opracowanie własne

Obecnie, przy dynamicznie rozwijającym się rynku medycyny estetycznej oraz coraz silniejszej konkurencji, lekarze kliniki medycyny estetycznej kreują kompleksowy plan zabiegów obejmujący holistyczne podejście do pacjenta. Około 1/3 badanych lekarzy stwierdziła natomiast, że ich pacjenci nie są lojalni i korzystają z różnych gabinetów czy klinik oferujących usługi medycyny estetycznej.

Podsumowując można stwierdzić, że w przypadku badania poziomu satysfakcji klientów korzystających z usług medycyny estetycznej (ogółem jak i w odniesieniu do konkretnych gabinetów i klinik biorących udział w badaniu), jednoznacznie wynika profesjonalizm podejścia do klienta oraz wysoka jakość przeprowadzonych zabiegów. Szczególnie wyróżniające dla tego rodzaju usług medycznych jest to, że w przypadku całej gamy innych rodzajów usług medycznych w Polsce oceny pacjentów w zakresie zadowolenia /satisfakcji nie należą do wysokich, a w przypadku wielu usług są one negatywne. Prawdopodobnie, w przypadku usług medycyny estetycznej, jest to związane z faktem świadczenia tych usług głównie przez prywatne gabinety i kliniki medycyny estetycznej, dla których wizerunek jak i reputacja zarówno w odniesieniu do placówki jak i specjalistów tam pracujących, są bardzo ważne. W szczególności istotne jest budowanie pozytywnych relacji z pacjentami przed, w trakcie i po przeprowadzonym zabiegu, które skutkują nie tylko bardzo wysoką indywidualną oceną, ale także pozytywnym WOM („*word of mouth*”) ważnym dla zwiększenia popytu na tego rodzaju usługi. Ponadto – wdrażanie innowacyjnych technologii w ramach różnych rodzajów zabiegów estetycznych w sektorze prywatnym nie jest procesem złożonym i długim, ale stosunkowo krótkim (z reguły jeden decydent). Wprowadzanie do oferty innowacyjnych zabiegów to również kolejny wymiar budowania pozytywnego wizerunku i reputacji gabinetu lub kliniki jako innowacyjnej a także konkurencyjnej oraz element dążenia do zapewnienia komfortu psychicznego pacjenta oraz poczucia właściwego wyboru.

Prognozując dynamiczny rozwój rynku usług medycyny estetycznej w Polsce należy pamiętać jednak o pewnych ograniczeniach, głównie w wymiarze dochodowym potencjalnych pacjentów tych usług. Wiele usług, szczególnie tych innowacyjnych, stanowi poważne wyzwanie wydatkowe dla pacjenta i jest to wyraźna bariera dostępu do takich usług. Jednak konkurencyjny obraz rynku po stronie podaży (wzrost liczby gabinetów i klinik oraz rozwój oferty usługowej) może powodować obniżanie poziomu cen tych usług w przyszłości.

4.4. Model zachowań nabywczych konsumentów na rynku usług medycyny estetycznej

Struktura procesu zachowań nabywczych konsumentów na rynku usług medycyny estetycznej, którego finalnym etapem jest zakup usług, jest bardzo złożona. Wynika to z faktu 'nowości' i innowacyjności tego rynku, rosnących oczekiwań i potrzeb konsumentów oraz dużej personalizacji/indywidualizacji oferowanych usług, ale również z ograniczeń, z jakimi zmagają się medycyna estetyczna (np. powikłania pozabiegowe, niepewność co do uzyskania zamierzonego efektu zabiegu czy też ograniczenia anatomiczne pacjenta). Zindywidualizowane, odnawiające się potrzeby konsumentów, w szczególności związane z poprawą wyglądu, dążeniem do wiecznej młodości, witalności i atrakcyjności oraz stale poszerzająca się oferta usług, która ma za zadanie je zaspokoić, znacząco wpływa na złożoność zachowań nabywczych konsumentów/pacjentów. Powyższe, obok stosunkowo małej znajomości w sferze popytowej rynku, stanowiło najważniejszą przesłankę determinującą podjęcie badań dotyczących zachowań konsumentów na rynku medycyny estetycznej, a w szczególności w zakresie identyfikacji i oceny poszczególnych etapów procesu zakupu usługi medycyny estetycznej. W pracy podjęto próbę ujęcia modelowego procesu zakupu usług medycyny estetycznej w celu sprecyzowania uwarunkowań i wzajemnych relacji.

Punkt wyjścia do opracowania propozycji modelu zachowań konsumentów, a w szczególności koncentrującego się na procesie wyboru i zakupu usług na rynku usług medycyny estetycznej, stanowił model EBK (Engel – Blackwell – Kollat). Wybór tego modelu wynikał z faktu, że skupia się on na określeniu przesłanek determinujących potrzebę zakupu usługi, a konkretnie szczegółowym procesie przetwarzania informacji przez konsumenta podczas dokonywania decyzji zakupowych, ocenie wariantów wyboru oraz skutkach dokonania decyzji zakupowej (Engel i in., 1968). Co więcej – jako model strukturalny jest stosunkowo prosty oraz czytelny, ponadto może stanowić podstawę do bardziej szczegółowych analiz zachowań konsumentów na rynku usług medycyny estetycznej. Przeprowadzone badania zachowań konsumentów na rynku medycyny estetycznej (stosunkowo mało rozpoznany) zogniskowane były właśnie na tych zagadnieniach, czyli przesłankach zakupu, źródłach informacji, które likwidowały konsumentką asymetrię informacji o usługach medycyny estetycznej (usługi, kliniki/gabinety medycyny estetycznej). Przedstawiony model procesu nabywczego usług medycyny estetycznej jest rezultatem opartym na wynikach badań przeprowadzonych na potrzeby dysertacji (rysunek

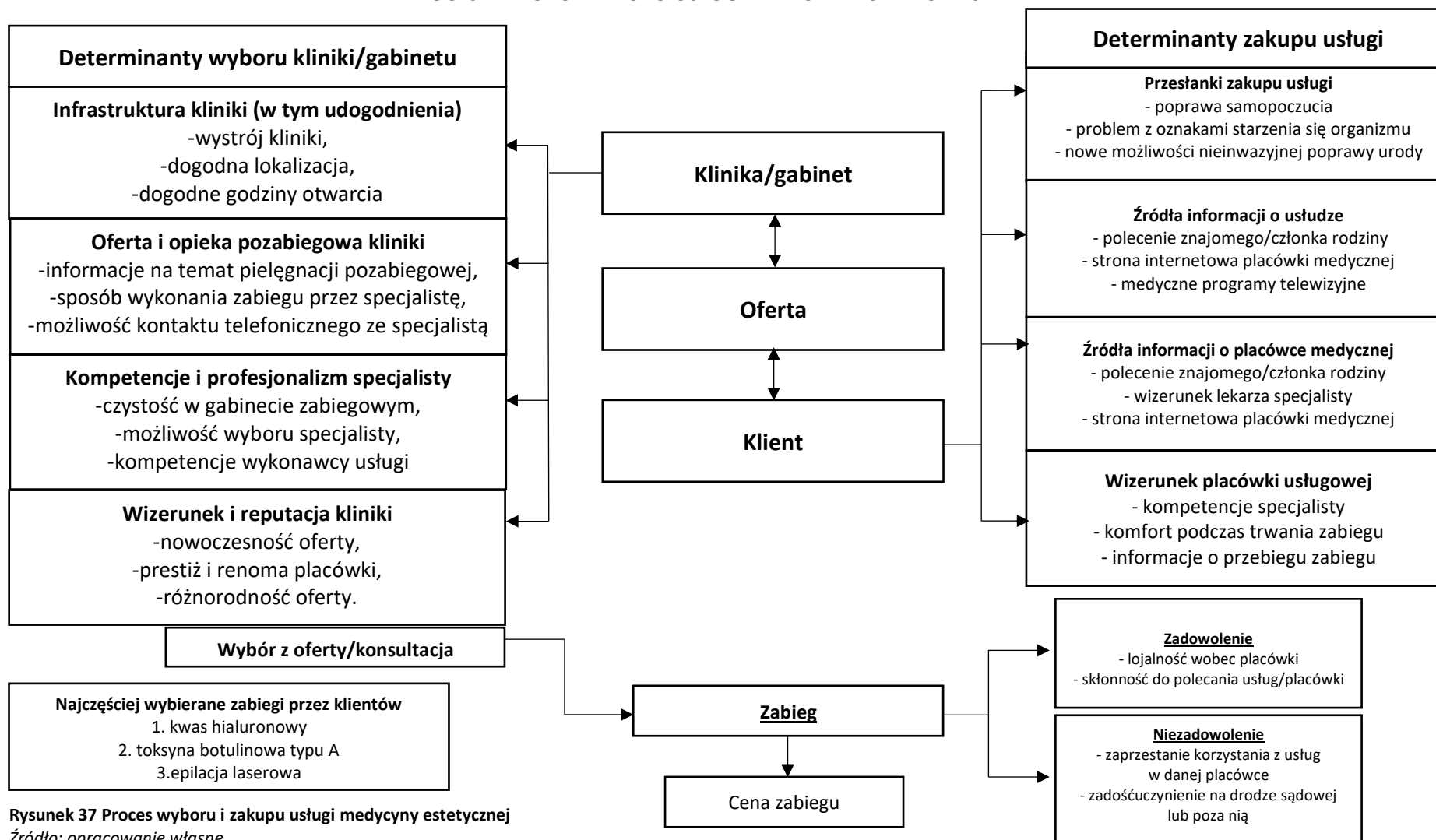
37), skupia szczególną uwagę na determinantach wyboru placówki medycznej i zakupu usługi medycyny estetycznej. Szczegółowo, w ujęciu modelowym zostały zawarte następujące elementy:

- przesłanki podjęcia decyzji o korzystaniu z usługi medycyny estetycznej,
- źródła informacji o usłudze medycyny estetycznej,
- źródła informacji o placówce medycyny estetycznej,
- determinanty wyboru placówki medycznej,
- determinanty zakupu usługi medycyny estetycznej,
- odczucia pozakupowe konsumentów, które zidentyfikowano w toku przeprowadzonej fuzji badań ilościowych i jakościowych.

Proces wyboru i zakupu usług medycyny estetycznej realizowany jest dwutorowo, mianowicie konsument odczuwający potrzebę skorzystania z usług medycyny estetycznej wybiera zarówno rodzaj usługi jak i placówkę (klinika/gabinet), w której zabieg będzie przeprowadzany (co wynika przede wszystkim z braku refundowania tych usług). Wśród najbardziej istotnych przesłanek podjęcia decyzji o skorzystaniu z usługi medycyny estetycznej wyodrębniono: poprawę samopoczucia konsumenta, problem z pojawiającymi się oznakami starzenia się organizmu oraz pojawiające się nowe możliwości nieinwazyjnych metod poprawy wyglądu. Uznano je za kluczowe w procesie decyzyjnym, ze względu na fakt, że poczucie wartości własnej atrakcyjności wpływa na znaczącą poprawę jakości życia oraz dobrostanu psychicznego konsumenta.

Rezultatem przeprowadzonych badań jest również identyfikacja najczęściej wykorzystywanych źródeł informacji o usłudze medycyny estetycznej, do których należą: informacje zaczerpnięte od osób wcześniej korzystających z usług medycyny estetycznej (najczęściej pacjenci korzystają z wiedzy i doświadczenia znajomych bądź członków rodziny), strona internetowa placówki medycznej oraz medyczne programy telewizyjne – powyższe uwzględniono w ujęciu modelowym (rysunek 37). Kluczowym elementem determinującym sfinalizowanie procesu zakupowego usługi medycyny estetycznej jest przekonanie oddania się w ręce najlepszego specjalisty oraz wykonania jak najlepiej dobranego zabiegu, który umożliwi uzyskanie jak najlepszego efektu. Stąd ważne jest, aby potencjalny konsument miał możliwość dostępu do potencjalnie jak największej ilości informacji o samej usłudze, ale również o miejscu, w którym będzie wykonana usługa.

PROCES WYBORU I ZAKUPU USŁUG MEDYCZYNY ESTETYCZNEJ



Rysunek 37 Proces wyboru i zakupu usługi medycyny estetycznej
Źródło: opracowanie własne

W prawie medycznym istnieją ograniczenia dotyczące reklamowania usług, a publikowanie zdjęć przed i po wykonaniu zabiegu często spotyka się z negatywną opinią w środowisku lekarskim. Ograniczenia prawne mogą powodować znaczące utrudnienia w komunikacji z pacjentem. Jak wskazały wyniki badań klienci mający potrzebę poprawy swojej atrakcyjności fizycznej często korzystają z opinii osób mających doświadczenie w zabiegach medycyny estetycznej - najczęściej wykorzystywanym źródłem informacji są polecenie znajomego bądź członka rodziny, informacje zawarte na stronach internetowych placówek medycznych oraz polecenia influencerów w mediach społecznościowych. Ważnym elementem wpływającym na decyzję o zakupie usługi medycyny estetycznej jest wizerunek lekarza specjalisty, a w dłuższym czasie jego reputacja (głównie kliniki/gabinetu). Nie ulega wątpliwości, że lekarz oraz personel z nim współpracujący, który wykonuje tego typu usługi, musi charakteryzować się wyjątkową empatią i wysokim poczuciem estetyki, ponieważ celem zabiegów medycyny estetycznej jest zwiększenie atrakcyjności fizycznej klienta. Jak wskazały wyniki przeprowadzonego badania kluczowe dla konsumentów/pacjentów są kompetencje lekarza - specjalisty, który musi posiadać odpowiednie kwalifikacje i doświadczenie pozwalające na samo przeprowadzenie zabiegu jak też na osiągnięcie zamierzonego efektu pozabiegowego. Kolejnym istotnym, zidentyfikowanym w procesie badawczym, źródłem informacji o placówce medycznej jest strona internetowa samej placówki. Treści zawarte na stronach internetowych placówki medycyny estetycznej często stanowią źródło inspiracji dla konsumentów, ale przede wszystkim pozwalają na szczegółowe zapoznanie się z ofertą, a także poziomem cen. Dla konsumentów/pacjentów ważnym czynnikiem wpływającym na podjęcie decyzji o zakupie usługi medycyny estetycznej jest komfort jaki ma być zapewniony podczas trwania zabiegu przez klinikę/gabinet medycyny estetycznej (intymność, bezpieczeństwo, brak skrzepowania, sterylność) oraz wszechstronne i rzetelne informacje o przebiegu zabiegu, których dostarcza specjalista podczas konsultacji przed i w trakcie zabiegu. Są to przesłanki, które wpływają dodatkowo na „wzmocnienie” przekonania o słuszności podjętej decyzji o wyborze rodzaju usługi medycyny estetycznej oraz miejsca realizacji przez klienta/pacjenta.

Z kolei dodatkowe aspekty, o jakie musi zadbać placówka medyczna (klinika/gabinet), aby pacjent/konsument zdecydował się na skorzystanie z jej usług, czyli determinanty wyboru placówki medycznej są następujące:

1. infrastruktura placówki,
2. oferta placówki i opieka pozabiegowa,
3. kompetencje i profesjonalizm specjalisty w placówce,
4. wizerunek i reputacja placówki.

W procesie wyboru placówki medycznej konsumenci/pacjenci kierują się dogodną lokalizacją oraz dogodnymi godzinami otwarcia placówki. Ważny jest również wystrój placówki ze względu na efekt 'pierwszego wrażenia/odczucia', albowiem współczesny konsument ceni sobie komfort, chętnie przebywa w miejscach, gdzie czuje się dobrze. Konsumenci wykazują silną motywację dotarcia do konkretnej placówki medycznej nie zważając na odległość od ich miejsca zamieszkania, ale oczekują miejsca parkingowego (rysunek 37). Z kolei dogodne godziny otwarcia kliniki są kluczowe w szczególności dla osób pracujących, czy też opiekujących się dziećmi.

Oferta (portfel) usług oferowanych przez placówkę medyczną (ściślej mówiąc jej szerokość) to bezdyskusyjny czynnik wpływający na wybór miejsca świadczenia usługi medycyny estetycznej; natomiast istotna jest dla konsumentów/pacjentów opieka pozabiegowa, w tym również przekazywanie rzetelnej i wyczerpującej informacji na temat pielęgnacji pozabiegowej. Wraz z rozwojem usług medycyny estetycznej (w tym rozwoju technologii oraz pogłębianiu wiedzy medycznej o tych usługach) zmieniają się standardy opieki i pielęgnacji pozabiegowej pacjentów. Przykładem powyższego są zmieniające się zalecenia po najpopularniejszym zabiegu z zakresu medycyny estetycznej jakim jest toksyna botulinowa typu A. Mianowicie 11 lat temu zalecało się pacjentom utrzymanie pionowej pozycji głowy do 6 godzin po wykonaniu iniekcji. Wierzano wtedy, że Botox® może migrować w podanej tkance właśnie do 6 godzin po podaniu (Kane i in., 2010). Natomiast w ostatnich latach udowodniono, że toksyna botulinowa dyfunduje w tkankach, a obszar w jakim dyfunduje zależy od jej rodzaju (Azzalure®, Botox®, Dyspot®, Bocouture®). Stąd utrzymywanie pionowej pozycji ciała jest obecnie niewymagane (Patel, 2018). Powyższy przykład wyraźnie pokazuje, jak ważne jest stałe monitorowanie wyników badań klinicznych z zakresu medycyny estetycznej i ich praktyczne wdrażanie. Kolejnym istotnym czynnikiem wpływającym na wybór placówki medycyny estetycznej jest sposób wykonania usługi, na który nie tylko składa się empatia oraz poczucie bezpieczeństwa pacjenta, ale również umiejętności wykorzystania przez specjalistę najnowocześniejszych technik zabiegowych. Kluczowym elementem w tym obszarze jest również możliwość kontaktu

konsumenta/pacjenta ze specjalistą po wykonaniu usługi. Powyższe jest szczególnie ważne dla klientów, którzy po raz pierwszy korzystają z usługi, nie mają doświadczenia w przebiegu procesu rekonwalescencji i regeneracji lub też reakcja organizmu na zabieg medycyny estetycznej jest inna niż dotychczas. Zatem z punktu widzenia placówki medycznej warto zadbać o możliwość kontaktu pacjenta ze specjalistą po zabiegu, a nie wyłącznie postępować zgodnie z przyjętymi standardami dotyczącymi wizyty kontrolnej po upływie miesiąca. Konsument/pacjent decydując się na wybór placówki cenią sobie czystość w gabinecie zabiegowym. Oczywistym jest, że miejsca, w którym wykonywane są zabiegi medycyny estetycznej oraz kosmetologii lekarskiej muszą odpowiadać standardom sanitarnym. Kolejnym ważnym czynnikiem wpływającym na wybór placówki świadczącej usługi medycyny estetycznej jest możliwość wyboru specjalisty, który będzie wykonywał zabieg. W przypadkach zabiegów takich jak epilacja laserowa okolic intymnych, redukcja blizn po liftingu czy też redukcji blizn po powiększaniu piersi ważne jest, aby pacjent czuł się komfortowo, dlatego też konsumenci oczekują, aby seria zabiegów przeprowadzona była u tego samego specjalisty. Nie ulega wątpliwości, że jednym z kluczowych elementów determinujących wybór placówki medycznej są kompetencje wykonawcy usługi (wiedza, umiejętności i doświadczenie). Dla konsumentów/pacjentów istotny jest również wizerunek i reputacja placówki medycznej (w tym jej prestiż i renoma na rynku). Jak już wspomniano w rozdziale 1 medycyna estetyczna jest dynamicznie rozwijającą się dziedziną medycyny oraz za cel stawia sobie holistyczne podejście do problemu i estetyki pacjenta, zatem ważne jest, żeby klinika medyczna posiadała szeroki wachlarz możliwości (portfel usług medycyny estetycznej, nowoczesne wyposażenie i technologie), aby sprostać wszystkim potrzebom pacjenta. Pacjenci chcą korzystać z zabiegów medycyny estetycznej przeprowadzanych w znanych, polecanych i cieszących się dobrą opinią klinikach/gabinetach ze względu przede wszystkim na ryzyko fizyczne związane z efektem pozabiegowym, jak też ze względu na ryzyko ekonomiczne, czyli straty pieniędzy (a należy zwrócić uwagę na fakt, że ceny zabiegów medycyny estetycznej są relatywnie wysokie). Po dokonaniu wyboru placówki medycznej jak i wyboru specjalisty, pacjent/ konsument dokonuje wyboru i zakupu usługi medycyny estetycznej, która ma zaspokoić jego potrzeby. Najczęściej wybieranymi zabiegami są usługi przy wykorzystaniu kwasu hialuronowego, toksyny botulinowej typu A oraz epilacji laserowej, odpowiadające potrzebom poprawy wyglądu i niwelowania oznak

starzenia się organizmu. Konsumenci/ pacjenci, którzy czują się zadowoleni z przebiegu i rezultatów zabiegu medycyny estetycznej wskazują, że poziom ceny był adekwatny do usługi oraz są skłonni do polecenia placówki medycznej. Z kolei w przypadku braku zadowolenia z przebiegu procesu usługowego lub z rezultatów zabiegu medycyny estetycznej konsumenci/pacjenci manifestują przede wszystkim zaprzestanie korzystania z usług w danej placówce medycznej, domagają się zadośćuczynienia z tytułu poniesionych strat finansowych oraz uszczerbku na zdrowiu. Dochodzenie roszczeń w postaci rekompensaty niekiedy odbywa się również na drodze sądowej. Nieusatysfakcjonowani pacjenci skłonni są również do wyrażania niepocholebnych opinii na publicznych forach internetowych i dzielenia się negatywnymi doświadczeniami.

Przedstawiony model zachowań nabywczych konsumentów na rynku medycyny estetycznej stanowi konstrukt, niebędący tylko abstrakcją myślową, ale rezultatem przeprowadzonych badań rynkowych. Podstawową przesłanką jego tworzenia była szczegółowa analiza wyników przedstawionych w rozprawie badań wśród uczestników tego rynku (konsumenci, lekarze, gabinety/kliniki), wnioski oraz ich synteza prowadzącą do ujęcia w model. Rynek usług medycyny estetycznej należy do stosunkowo „młodych” rynków usług medycznych, a zatem rozpoznanie mechanizmów jego działania jest szczególnie ważne w kontekście zasad jego funkcjonowania i kierunków rozwoju. Szczególne miejsce w tym rozpoznaniu zajmuje zagadnienie zachowań rynkowych jego uczestników, a przede wszystkim kwestia wyjaśnienia zachowań nabywczych konsumentów oraz ich determinant. Skonstruowany model zachowań nabywczych konsumentów na tym rynku, moim zdaniem, w znacznym stopniu wyjaśnia te zachowania oraz odzwierciedla podstawowe motywy i przesłanki postępowania jego uczestników (głównie konsumentów). Zatem może stanowić znaczący element w dyskusji nad przygotowaniem odpowiednich strategii rynkowych podmiotów świadczących usługi medycyny estetycznej (ukierunkowanych na komunikację z potencjami klientami i budowanie reputacji medycyny estetycznej) i inspirację do kolejnych badań zachowań uczestników tego rynku.

Zakończenie

Celem rozważań prowadzonych na potrzeby niniejszej rozprawy było identyfikacja, wyodrębnienie oraz ocena determinant zachowań nabywczych konsumentów na rynku usług medycyny estetycznej. Zrealizowany proces badawczy osadzony na fundamentach rozważań teoretycznych pozwolił na osiągnięcie głównego celu rozprawy. Dla osiągnięcia celu głównego, zrealizowano następujące cele szczegółowe:

1. Identyfikacja i ocena znaczenia źródeł informacji o usługach medycyny estetycznej w kontekście procesu podejmowania decyzji konsumenckich.
2. Rozpoznanie i wskazanie najpopularniejszych, najczęściej wybieranych przez konsumentów usług medycyny estetycznej.
3. Rozpoznanie najważniejszych determinant wyboru i zakupu usług medycyny estetycznej przez konsumentów.
4. Ocena stopnia satysfakcji konsumentów korzystających z usług medycyny estetycznej.
5. Ocena stopnia lojalności konsumentów korzystających z usług medycyny estetycznej wobec klinik/gabinetów medycyny estetycznej.
6. Identyfikacja narzędzi komunikacji marketingowej klinik/gabinetów medycyny estetycznej wpływających na decyzje nabywcze konsumentów w zakresie korzystania z tych usług.

W części teoretycznej niniejszej rozprawy podjęto próbę usystematyzowania dotychczasowej wiedzy dotyczącej rozwoju rynku medycyny estetycznej. W tym celu zaprezentowano szczegółową charakterystykę rynku medycyny estetycznej, opisano uczestników tego rynku, dokonano analizy danych dotyczących wydatków na usługi zdrowotne w Polsce i Unii Europejskiej oraz zaprezentowano i omówiono trendy rozwojowe. Kolejno skoncentrowano się na uwarunkowaniach zachowań konsumentów na rynku usług medycyny estetycznej. Punktem wyjścia w rozważaniach była dogłębna analiza uwarunkowań wewnętrznych i zewnętrznych zachowań konsumentów. W dalszej części dysertacji przedstawiono i przeanalizowano wyniki zrealizowanych badań empirycznych. W odpowiedzi na zdiagnozowaną lukę poznawczą w sferze badań nad zachowaniami konsumentów na rynku usług medycyny estetycznej, w rozprawie podjęto próbę uzupełnienia nakreślonego obszaru wiedzy stawiając za główny cel identyfikację,

wyodrębnienie i ocenę determinant zachowań nabywczych konsumentów na rynku usług medycyny estetycznej w Polsce wraz z opracowaniem modelu tych zachowań. Triangulacja metod badawczych, zastosowanie zarówno ilościowych jak i jakościowych badań, pozwoliła na przeprowadzenie dogłębnej analizy postawionego celu badawczego oraz weryfikację hipotez badawczych.

Hipoteza pierwsza stanowiła, iż kluczową determinantą wyboru usług medycyny estetycznej przez konsumentów w Polsce są kompetencje specjalisty wykonującego usługę. Hipoteza ta zweryfikowana została pozytywnie. Jak przedstawiono na rysunku 25 (rozdział 3) najistotniejszym czynnikiem wpływającym na wybór placówki świadczącej usługi medycyny estetycznej są kompetencje specjalisty. Usługobiorcy jako niezwykle istotne uznają wiedzę, doświadczenie i umiejętności osób wykonujących zabiegi estetyczne. Wynika to z faktu, że wspomniane kompetencje w znacznym stopniu minimalizują odczuwane przez konsumentów ryzyko związane z zakupem i odczuciami/efektami pozakupowymi. W związku ze specyfiką tych usług oraz wizualną widocznością efektów niezwykle ważne jest, aby usługi te świadczone były zgodnie z oczekiwaniami klientów klinik medycyny estetycznej, a to może być zagwarantowane przez profesjonalny i kompetentny personel.

Druga hipoteza mówiła, że cena nie jest determinantą, która ma znaczenie przy wyborze i zakupie usług medycyny estetycznej. Hipoteza ta została zweryfikowana negatywnie. Na podstawie informacji uzyskanych od lekarzy medycyny estetycznej cena usług medycyny estetycznej jest ważną determinantą podczas wyboru konsumentów usługi medycyny estetycznej. Aż 65% respondentów-lekarzy wskazało, że jest istotna dla pacjentów, ale wyłącznie w niektórych przypadkach (vide rysunek 29, rozdział 4). Wynikać to może z faktu, że rynek usług medycyny estetycznej należy do prywatnego sektora usług medycznych w Polsce, zabiegi nie są refundowane. Co więcej branża ta jest relatywnie młoda w Polsce, przez co konkurencja nie jest jeszcze tak silna, więc domniemywać można, że cena nie jest wykorzystywana jako instrument do zdobywania przewagi konkurencyjnej na rynku.

Trzecia hipoteza stanowiła, iż zmienne demograficzne (płeć, wiek, zawód) determinują wybór i zakup usług medycyny estetycznej. Hipoteza ta została zweryfikowana pozytywnie. Zgodnie z informacjami zawartymi w rozdziale 3, podrozdział 3 płeć wpływa na przesłanki wyboru usług medycyny estetycznej (vide rysunek 14). Wśród kobiet najczęstszymi

deklarowanymi przesłankami była „poprawa samopoczucia” – 52% wskazań oraz „starzenie się organizmu” – 39%. Z kolei mężczyźni częściej niż kobiety deklarują wpływ „opinii osób znanych np. celebrytów” – 13% wskazań oraz „ciekawość” – 20% wskazań. Analizując wiek respondentów zaobserwowano znaczące różnice pomiędzy przesłankami zakupu usług medycyny estetycznej (vide rysunek 15). W segmencie najmłodszych konsumentów (do 20 lat) najczęstszą przesłanką skłaniającą do zakupu usług medycyny estetycznej jest „poprawa samopoczucia” (50% wskazań) oraz „nowe możliwości nieinwazyjnej poprawy urody” (50% wskazań). Wśród najstarszych segmentów respondentów najważniejszą przesłanką jest „problem starzenia się organizmu”, tutaj zaobserwować można zależność wprost proporcjonalną (wraz ze wzrostem wieku respondentów, odsetek wskazań rośnie). Biorąc pod uwagę wykonywany zawód, wywnioskować można, że ten czynnik demograficzny ma duże znaczenie w kwestii przesłanek, jakimi kierują się konsumenci skłaniając się do wyboru i zakupu zabiegów z zakresu medycyny estetycznej (vide tabela 26).

Hipoteza 4 stanowiła, że najczęściej wykorzystywanym źródłem informacji w procesie wyboru usługi/placówki medycyny estetycznej jest polecenie osób trzecich („*word of mouth*”). Hipoteza ta została zweryfikowana pozytywnie. Zgodnie z danymi zawartymi w rozdziale 3 (vide rysunek 19) najczęściej wskazywanym źródłem informacji są te zaczerpnięte od osób wcześniej korzystających z danej usługi – 41% wskazań ogółem. Warto tutaj dodać, że marketing szeptany jest także niezwykle istotny na etapie pojawienia się potrzeby wśród konsumentów. Jak przedstawiono na rysunku 26 (rozdział 4) „polecenie znajomego/członka rodziny” jest najczęstszym deklarowanym motywem pojawienia się potrzeby skorzystania z usługi medycyny estetycznej wśród respondentów (80% wskazań).

Zrealizowane w pracy badania pozwoliły na wskazanie kluczowych determinant wpływających na wybór placówki medycznej oferującej zabiegi medycyny estetycznej. W drodze analiz statystycznych wyodrębniono: infrastrukturę i udogodnienia oferowane przez placówkę, ofertę i opiekę pozabiegową, kompetencje oraz profesjonalizm specjalistów/personelu oraz wizerunek i reputację placówki.

W końcowej części dysertacji podjęto próbę strukturalizacji modelu zachowań konsumentów korzystających z usług medycyny estetycznej. Zaproponowany w rozprawie model procesu zakupu usług medycyny estetycznej łączy w sobie wszystkie istotne, zidentyfikowane w procesie badawczym determinanty zachowań nabywców usług

medycyny estetycznej. Co istotne, dzięki triangulacji metod badawczych, możliwe było ukazanie dwukierunkowości procesu decyzyjnego, mianowicie, w modelu ujęte zostały zarówno determinanty wyboru placówki medycznej, jak i konkretnego zabiegu medycyny estetycznej. Można przyjąć, że zaproponowany model zachowań konsumentów usług medycyny estetycznej stanowi jedno z pierwszych podejść badawczych w Polsce do systemowego, a zarazem kompleksowego ujęcia i wyjaśnienia procesu decyzyjnego konsumentów na rynku usług medycyny estetycznej. Zaproponowany model ma zarówno wartość poznawczą jak i praktyczną. Dostarcza wartościowych informacji dla wielu grup interesariuszy rynku usług medycyny estetycznej w Polsce. Należy jednak zaznaczyć, że przedstawiona w rozprawie analiza i ocena czynników kształtujących zachowania konsumentów na rynku usług medycyny estetycznej jest początkowym, wyjściowym etapem w procesie systemowego poznania i opisu mechanizmów decyzyjnych, stanowiąc jedynie ogólną koncepcję tych zachowań, przez co dostarcza podstawy do prowadzenia dalszych, pogłębionych badań w tym obszarze.

Wartość poznawczą niniejszej dysertacji jest prezentacja kwestii związanych z procesem podejmowania decyzji (wybór i zakup) klientów/usługobiorców na mało rozpoznanym rynku, przy jednoczesnym niskim poziomie wiedzy usługobiorców rynku medycyny estetycznej. Dzięki przeprowadzonym badaniom placówki medyczne mają wskazane kierunki działań informacyjnych dla zwiększenia świadomości i wiedzy klientów o swoich usługach i korzyściach z nich wynikających. Obok zagadnień związanych z przedstawianiem oferty rynkowej placówek medycznych (możliwości i korzyści zabiegów) uwzględniono również zagrożenia związane z korzystaniem z tego rodzaju usług oraz znaczeniem opieki po zabiegu kształtującej komfort psychiczny klienta. Wartość poznawczą pracy należy rozpatrywać nie tylko w kontekście przedstawionego modelu procesu wyboru i zakupu usług medycyny estetycznej (niewątpliwe osiągnięcie poznawcze), ale także prezentacji punktu widzenia usługodawców (lekarze, gabinety, kliniki). Czyli „konfrontacji” punktów widzenia strony podaźowej i popytowej rynku na istotne determinanty funkcjonowania rynku (konkretnie cena usługi, komunikacja rynkowa, miejsce świadczenia usługi).

Do wartości użytecznych rozprawy można zaliczyć konieczność holistycznego podejścia usługodawcy - organizacja procesu obsługi od pierwszego kontaktu klienta przy recepcji, aż do opieki pozabiegowej w domu. Niewątpliwą wartością użyteczną rozprawy jest pokazanie najbardziej istotnych dla usługodawcy narzędzi komunikacji marketingowej, determinant

wyboru placówki jak i przesłanek korzystania z usług medycyny estetycznej. Wyniki przeprowadzonych badań eksponują również kierunki działań w celu kształtowania pozytywnego wizerunku medycyny estetycznej jako nieinwazyjnych zabiegów poprawiających wygląd zewnętrzny konsumenta/pacjenta.

Reasumując, należy podkreślić, że ze względu na wielość interesujących zagadnień występujących w obszarze sformułowanego problemu badawczego, złożoność procesu decyzyjnego, a także hermetyczność środowiska, które stanowiło obszar badawczy i jego przedmiot niemożliwe było podjęcie w niniejszej pracy wszystkich wątków. Związane to jest także z faktem, że rynek medycyny estetycznej w Polsce jest relatywnie młody, a przez to wciąż mało rozpoznany badawczo, a literatura przedmiotu nadal niewystarczająca. Uzyskane wyniki badań identyfikują i opisują procesy rynkowe (wybór i zakup), ale jednocześnie wyznaczają nowe kierunki dalszych dociekań zarówno teoretycznych, jak i empirycznych. Wnioski pochodzące z niniejszej pracy bez wątpienia otwierają pole badawcze do dalszych analiz, wskazując kolejne kierunki i perspektywy badawcze. Szczególnie interesująca poznawczo wydaje się analiza siły wpływu poszczególnych determinant na zachowania konsumentów na rynku usług medycyny estetycznej. Prezentowane w rozprawie zagadnienia wydają się być na tyle istotne i perspektywiczne, że wymagają dalszej obserwacji, pogłębiania wiedzy oraz kolejnych analiz uwzględniających dynamiczny rozwój tej gałęzi medycyny oraz zmieniające się otoczenie rynkowe.

Bibliografia

1. Abbas, O. L. i Karadavut, U. (2017). *Analysis of the factors affecting Men's Attitudes Towards Cosmetic Surgery: Body Image, Media Exposure, Social Network Use, Masculine Gender Role Stress and Religious Attitudes*. *Aesthetic Plastic Surgery*, 41 (6), s. 1454-1462.
<https://doi.org/10.1007/s00266-017-0882-3>
2. Adamczyk, G. (2005). *Style życia Polaków. Próba socjologicznej typologii*. *Roczniki Nauk Społecznych*. Tom XXXIII – 1/2005. s. 165-182
3. Adamski, F. (1984). *Socjologia małżeństwa i rodziny. Wprowadzenie*. Warszawa. Wydawnictwo PWN.
4. Adamski, Z. i Kaszuba, A. (red.) (2008) *Dermatologia dla kosmetologów*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.
5. Alexiades-Armenakas, M.R., Deenver, J.S., Arndt, K.A. (2008). *The spectrum of laser skin resurfacing non-ablative, fractional and ablative laser resurfacing*. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 58(5), 719-737. <http://doi.org/10.1016/j.jaad.2008.01.003>
6. Altkorn J., Kramer, T. (1998). *Leksykon marketingu*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
7. Ambroziak, M., Szymańczyk, J., Langer, A., Błaszczuk, M. (2001). *Systemy laserowe w leczeniu nadmiernego owłosienia*. *Dermatologia Estetyczna*, 3(6).
8. Ambroziak, M. (2017). *Piękno bez tajemnic. Przewodnik po medycynie estetycznej*. Warszawa: Wydawnictwo Edipresse
9. Armstrong, G., Kotler, Ph. (2016). *Marketing*. Wprowadzenie. Piaseczno. Wydawnictwo Nieoczywiste.
10. Angelini, A. and Carmignani, G.G. (2017). *The consumer experience of aesthetic medicine services, 20th Excellence in Services International Conference*. *Conference Proceedings*, s. 11-22
11. Ankiel, M. i Kuczyńska, A. (2017). *Wyznaczniki satysfakcji klientów korzystających z usług medycyny estetycznej*. *Studia Ekonomiczne. Zeszyty naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach*, 330, 7-15.
12. Ankiel, M., Sojkin, B. i Gogołek, A. (2021), *Determinants of purchasing decisions of innovative aesthetic medicine services in Poland*, *International Journal of Innovation and Learning*, 29(3), s. 373-386. <https://doi.org/10.1504/IJIL.2021.114523>
13. Antonides, G. i van Raaij, W.R. (2003). *Zachowanie konsumenta. Podręcznik akademicki*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

14. Asscher, E.C. i Schermer, M. (2014). *Wish-fulfilling medicine in practice: The opinions and arguments of lay people*. *Journal of Medical Ethics*, 40(12), 837-841.
15. Atiyeh, B.S., Chahine, F., Ghanem, O.A. (2021). *Social Media and plastic surgery practice building: A thin line between efficient marketing, professionalism, and Ethics*. *Aesthetic plastic surgery*, 45(3), 1310-1321. <https://doi.org/10.1007/s00266-020-01961-2>
16. Azejn, I. i Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs New York: Precedence-Hall.
17. Babakus, E., Ramington, S.J., Lucas, G.H. Jr. i Carnell, C.G. (1991). *Issues in the practice of cosmetic surgery: consumers' use of information and perceptions of service quality*. Boone. *Journal of Health Care Marketing*, 11(3), s.12-18.
18. Bauer, R.A. (1960). *Consumer Behavior as Risk Taking*. W: R.S. Hancock (Ed.), *Dynamic marketing for changing world. Proceedings of the 43rd National Conference of the American Marketing Association*. Chicago. Illinois, 389-398.
19. Balter, D i Butman, J. (2007). *Poczta pantoflowa. Sztuka marketingu szeptanego*. Onepress.
20. Barletta, M. (2006). *Marketing skierowany do kobiet*. Warszawa. CeDeWu.
21. Bao, Y., Zheng Zhou, K. i Su, Ch. (2003). *Face consciousness and risk aversion: Do they affect consumer decision-making?* *Psychology&Marketing*, 20(8),174-184.
<https://doi.org/10/1002/mar.10094>
22. Bartosik-Purgat, M. (2017). *Zachowania konsumentów. Globalizacja, nowe technologie, aktualne trendy, otoczenie społeczno-kulturowe*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN SA.
23. Baumann, L. (2002). *Cosmetic Dermatology. Principles and Practice*. New York: The McGraw-Hill, 187-195.
24. Baumann, L., Saghari, S., Weisberg, E., (2009). *Cosmetic Dermatology. Priciples and Practice*. New York: The McGraw-Hill.
25. Baumann, L., Dayan, S., Connolly, S., Silverberg, N., Lei, X., Drinkwater, A., i Gallagher, C. J. (2016), *Duration of clinical efficacy of onabotulinumtoxinA in crow's feet lines: Results from two multicenter, randomized controlled trials*. *Dermatologic Surgery*, 42(5), 598–607.
26. Beeg, D., Fischer, S. i Dormbusch, R. (1999). *Mikroekonomia*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
27. Bernardo, B. N. (2017). *State of plastic surgery in Brazil*. *Journal of Plastic and Reconstructive Surgery*. (12), e1627. <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000001627>
28. Blackwell, R. D., Miniard, P.W i Engel, J.E. (2001). *Consumer behavior*. (9th edn.). Cincinnati. OH:South-Wersern.
29. Blythe, J. (2014). *Principles & Practice of Marketing*. London. SAGE. s. 61-65

30. Boon, K., Tan H. (2007). *Aesthetic Medicine: a health regulator's perspective.*, Clinical Governance: An international Journal, 12(1), s. 13-25.
<https://doi.org/10.1108/14777270710725364>
31. Białk-Wolf, A. (2010). *Potencjał rozwojowy turystyki medycznej.* Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 591, Ekonomiczne Problemy Usług 53, 653-66.
32. Biesok, G. i Wyród-Wróbel, J. (2016). *Modele satysfakcji klienta.* Warszawa: Diffin.
33. Bismarck, E., Schmitz-Draeger, BJ. Schoeffski, O. (2012). *What can medicine expect from health economics?* Der Urologe 51:533-538. <https://doi.org/10.1007/s00120-011-2778-1>
34. Brandi, C., D'Aniello, C., Grimaldi, L., Dei, I. i Lattarulo, P. (2001). *Carbon Dioxide Therapy in the Treatments of Localized Adiposities. Clinical study and histopathological correlations.* Aesthetic Plastic Surgery, 25(3), 174-179. <https://doi.org/10.1007/s002660010116>
35. Brody, H.J., Monheit, G.D., Resnikk, S.S. i Alt, T.H. (2000). *A history of chemical peeling.* Dermatological Surgery; 26(5), 405-409. <https://doi.org/10.1046/j.1524-4725.2000.00505.x>
36. Brody, J.J. (2001). *Peelingi i resurfacing skóry.* Lublin: Wydawnictwo Czelej
37. Buczkowski, A. (2005). *Społeczne tworzenie ciała. Płeć kulturowa i płeć biologiczna.* Kraków: Universitas
38. Bukowska-Piestrzyńska, A. (2017). *Quality of Medical Services - Based on the Example of Dental Services, Problemy Jakości, 6, s. 8-16*
39. Buyx, A.M. (2007). *Be careful what you wish for? Theoretical and ethics aspects of wish-fulfilling medicine.* Medicine, Health Care and Philosophy, 11(2), 133-143.
<https://doi.org/10.1007/s11019-007-9111-1>
40. Bywalec, C., Rudnicki, L. (2002). *Konsumpcja.* Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
41. Carruthers J.D., Carruthers, J.A. (1992). *Treatment of glabellar frown lines with C. Botulinum-A exotoxin.* Journal Dermatologic Surgery and Oncology, 18(1), s.17-21.
<https://doi.org/10.1111/j.1524-4725.1992.tb03295.x>
42. Carruthers, J.D. i Carruthers, A. (1996). *Practical Cosmetic Botox Techniques.* Journal of Cutaneous Medicine and Surgery, 3 suppl. 4, S49-S52.
43. Carruthers, J.D., Carruthers, J.A. (2011). *Metody wypełniania tkanek miękkich stosowane w kosmetologii.* Wrocław: Edra Urban & Partners
44. CBOS Nr 106/2019. Komunikat z badań CBOS. Zdrowie i prozdrowotne zachowania Polaków (2019). Warszawa. https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2019/K_106_19.PDF
45. Centralny Rejestr Lekarzy RP należących do Naczelnej Rady lekarskiej Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentyków wg dziedziny i stopnia specjalizacji z uwzględnieniem podziału na lekarzy wykonujących i nie wykonujących zawody.
<https://nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-lekarzy>

46. Chen, K., Congiusta, S., Nash, I. S., Coppa, G. F., Smith, M. L., Kasabian, A. K. i Tanna, N. (2018), Factors Influencing Patient Satisfaction in Plastic Surgery, *Plastic and Reconstructive Surgery*, 142(3), 820–825 <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000004658>
47. Cheung, C. M. K. i Thadani, D. R. (2012). *The impact of electronic word-of-mouth communication: A literature analysis and integrative model*. *Decision Support Systems*, 54(1), 461–470. <https://doi.org/10.1016/j.dss.2012.06.008>
48. Chen, J.B., Chakravarti, D., (1990). *Consumer psychology*. *Annual review of Psychology* 41(2), 243-288 <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.41.020190.001331>
49. Chistobaev, A. I. i Z. A. Semenova, (2018). *Spatio-Temporal Dynamics of the Global Medical Tourism*, *Journal of Environmental Management & Tourism*, 9 (2), 267-275
[https://doi.org/10.14505//jemt.v9.2\(26\).06](https://doi.org/10.14505//jemt.v9.2(26).06)
<https://journals.aserspublishing.eu/jemt/article/view/2092>
50. Chmielewski, R. (2020.) *Funkcjonowanie psychologiczne kobiet poddających się zabiegom z zakresu chirurgii plastycznej i medycyny estetycznej mającym na celu redukcję tkanki tłuszczowej*. (Niepublikowana praca doktorska). Lublin: Uniwersytet Medyczny w Lublinie.
51. Clapham, P. J., Pushman, A. G., i Chung, K. C. (2010)., *A Systematic Review of Applying Patient Satisfaction Outcomes in Plastic Surgery*, *Plastic and Reconstructive Surgery*, 125 (6), s.1826-1833. <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181d51276>
52. Cohen, J. L., i Scuderi, N. (2017). *Safety and Patient Satisfaction of AbobotulinumtoxinA for Aesthetic Use: A Systematic Review*, *Aesthetic Surgery Journal*, 37(suppl_1), s. 32-44.
<http://doi.org/10.1093/asj/sjx010>
53. Coleman, M. (2005). *Zastosowanie toksyny botulinowej w zabiegach odmładzania skóry twarzy*. Wrocław: Edra Urbar&Partner.
54. Cormany, D., Baloglu, S. (2010). *Medical travel facilitator websites: An exploratory study of web page contents and services offered to the prospective medical tourists*. *Tourism Managements*, 32 (4) s.709-716. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2010.02.008>
55. Cox, S.E., Finn J.C., Stetler, L., Mackowiak, J., Kowalski J.W. (2003). *Development of the Facial Lines Treatment Satisfaction Questionnaire and initial results for botulinum toxin type A-treated patients*, *Dermatologic Surgery*, 29(5), s. 444-459 <https://doi.org/10.1046/j.1524-4725.2003.29111.x>
56. Cronin, J. J., i Taylor, S. A. (1992). *Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension*. *Journal of Marketing*, 56(3), s. 55–68
57. Crumley, R. L. (2003). *Some pioneers in plastic surgery of the facial region*. *Archives of Facial Plastic Surgery*, 5(1), s.9-15.

58. Czopek, A. (2013). *Analiza porównawcza efektywności metod redukcji zmiennych – analiza składowych głównych i analiza czynnikowa*. Studia ekonomiczne. Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, 132, s. 7-23
59. Czyż, T. (1971). *Zastosowanie metody analizy czynnikowej do badania ekonomicznej struktury regionalnej*, Polski, Wrocław: Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk.
60. D’Amico, A.V., Chen, M.H., Renshaw, A.A. i Loffredo, M. (2008). *Androgen Suppression and Radiation vs Radiation Alone for Prostate Cancer*. JAMA, 299(3), s.289-295
<https://doi.org/10.1001/jama.299.3.289>
61. Dayan, S., Yoelin, S. G., De Bouille, K., & Garcia, J. K. (2019). *The Psychological Impacts of Upper Facial Lines: A Qualitative, Patient-Centered Study*. Aesthetic Surgery Journal Open Forum, 1(2)
<https://doi.org/10.1093/asjof/ojz015>
62. Daniszewski, E. (2016). *Postrzeżenie przez młodzież gimnazjalną zagrożenia otyłością i nadwagą w kontekście własnej osoby*. W: M. Maciąg i B.A. Nowak (red.), *Choroby cywilizacyjne i społeczne XXI w. – przegląd i badania*. Lublin: Wydawnictwo Naukowe Tygiel, s. 154-182
63. Davis H.L., Rigaux B.P. (1974). *Perception of marital roles in decision process*. Journal of Consumer Research, 1, 51-61. <https://doi.org/10.1086/208581>
64. De Vries D., Jochen P., Nikken P. and de Graaf H. (2014). *The Effect of Social Network Site Use on Appearance Investment and Desire for Cosmetic Surgery Among Adolescent Boys and Girls*. Sex Roles. 71(9), s.283 -295. <https://doi.org/10.1007/s11199-014-0412-6>
65. Dąbrowska, A., Ozimek, I. (2011). *Zdrowy styl życia jako nowy trend w zachowaniach współczesnych konsumentów*. Handel Wewnętrzny, 4, s.50-59.
66. Dorizas, A., Krueger, N., i Sadick, N. S., (2014). *Aesthetic Uses of the Botulinum Toxin*. Dermatologic Clinics, 32(1), s. 23–36. <https://doi.org/10.1016/j.det.2013.09.009>
67. Cheung, C. M. K. i Thadani, D. R. (2012). *The impact of electronic word-of-mouth communication: A literature analysis and integrative model*. Decision Support Systems, 54(1), 461–470. <https://doi.org/10.1016/j.dss.2012.06.008>
68. Dębska, O., Dębski S., Śpiewak, R. (2012). *Regulacje prawne zawodu kosmetologa: Więcej pytań niż odpowiedzi.*, Estetologia Medyczna i Kosmetologiczna, 2(3), s.72-76.
<https://doi.org/10.14320/EMK.2012.015>
69. Donejko, M. (2017). *Atrakcyjność*. W: A. Przyłipiak (red.) *Medycyna Estetyczna. Podręcznik dla studentów kosmetologii*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, (1-5).
70. Dover, J. S., Monheit, G., Greener, M. i Pickett, A. (2018). *Botulinum Toxin in Aesthetic Medicine: Myths and realities*. Dermatologic Surgery, 44(2), s. 249–260.

<https://doi.org/10.1097/DSS.0000000000001277>

71. Drozd, R. (2016). *Odpowiedzialność za spowodowanie niekorzystnych następstw fotoepilacji*. *Dermatologia po Dyplomie*, 7(1), s.48-50.
72. Drożdżyńska, M., Sobieraj-Garbiak, I., Chlasta, A., Jastrzębska, M. (2015). *Toksyna botulinowa i jej zastosowanie w medycynie estetycznej*. *Diagnostyka Laboratoryjna*, 51(2), s.139-146.
73. Dulinić, E. (1986). *Postępowanie nabywców towarów konsumpcyjnych w krajach o gospodarce rynkowej*. Warszawa: SGPiS, 204.
74. Dydlewska-Grzelkowska, J. (1999). *Kosmetyka stosowana*. Warszawa: WsiP, Warszawa. (15).
75. Edmonds, A. (2007). *The poor have the right to be beautiful: cosmetic surgery in neoliberal Brazil*. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, Edinburgh, 13(2), s. 363-391.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9655.2007.00427.x>
76. Elias, N. (1980). *Przemiany obyczajów w cywilizacji Zachodu*. Warszawa. Wydawnictwo PWN.
77. Engel, J. F., Blackwell, R.D., Miniard, P. (1986). *Consumer behavior*. New York: The Drysen Press.
78. Engel, J.F, Kollat, D.T.i Blackwell, R.D. (1968). *A model of consumer motivation and behaviour*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
79. Ennew, C., Banerjee, D. 2000. *Managing word of mouth communication: Empirical evidence from India*. *International Journal of Bank Marketing*, 18(2), s.75-83.
<https://doi.org/10.1108/02652320010322985>
80. Etcoff, N. (2000). *Survival of the prettiest: The Science of beauty*. Anchor Books. New York: Anchor Books.
81. Falkowski, A., Tyszka T. (2003). *Psychologia zachowań konsumenckich*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
82. Festinger, L. (1954). *A theory of social comparison process*. *Human Relation*,7(2), s.117-140.
<https://doi.org/10.1177/001872675400700202>
83. Featherman, M.S. i Pavlou, P.A. (2003). *Predicticting e-services adoption: a perceives risk faces perspective*. *International Journal of Human Computer Studies*, 59(4), s.451-474.
[https://doi.org/10.1016/S1071-5819\(03\)00111-3](https://doi.org/10.1016/S1071-5819(03)00111-3)
84. Figiel, A.K. (2022). *Etnografia medycyny estetycznej. Kobieta, ciało, uroda w perspektywie lekarek i pacjentek*. (Niepublikowana praca doktorska). Łódź: Uniwersytet Łódzki. Wydział Filozoficzno-Historyczny.
85. Foxall, G.F., Goldsmith, R.E. (1998). *Psychologia konsumenta dla menedżera marketingu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
86. Funk, W., Podmelle, F., Guiol, C., i Metelmann, H. R. (2012). *Aesthetic satisfaction scoring – Introducing an aesthetic numeric analogue scale (ANA-scale)*. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, 40(5), s. 439-442. <https://doi.org/10.1016/j.jcms.2011.07.018>

87. Gajewski, S. (1994). *Zachowanie się konsumenta a współczesny marketing*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
88. Gajewski, S. (1997). *Zachowanie się konsumenta a współczesny marketing*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
89. Garbarski, L. (1998). *Zachowania nabywców*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
90. Gawron, D. (2013). *Wpływ zabiegów upiększających na ocenę własnego wyglądu i nastroj kobiet w średnim wieku*. *Psychology if Quality Life*, 12(2) s. 97-110.
<https://doi.org/10.5604/16441796.1090783>
91. Gąsowski, M., Guzik-Makaruk, E.M., Kuligowska, A., (2022). *Wybrane aspekty stosowania toksyny botulinowej z perspektywy prawa karnego i kryminologii*. *Studia Prawnoustrojowe* 56.
<https://doi.org/10.31648/sp.7771>
92. Gbadamosi, A. (2009). *Cognitive dissonance: The implicit explication in low-income consumers' shopping behavior for low-involvement grocery products*. *International Journal of Retail & Distribution Management*, 37(12), s.1077-1095.
<https://doi.org/10.1108/09590550911005038>
93. GfK. (2017). *Raport ogólny GfK Beauty 2016*, Pobrane z <http://www.gfk.com>
94. Giddens, A. (2002). *Nowoczesność i tożsamość*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
95. Gilger, M. (2016). *11 Things you should know about influencer marketing*. http://cdn2.hubspot.net/hub/256900/file-66482825-pdf/11_Things_Influencer-Marketing.pdf, dostęp: 17.03.2019.
96. Giraldo, D., Castenda, K., i Mesiad, J., (2014). *Correlation study if the factors that influences in the recommendation and loyalty of patients of aesthetic medicine Medellin Colombia*. *Cuadernos De Administration*, 33(58), s.3-17. <https://doi.org/10.25100/cdea.v33i58.4527>
97. Glucksmann, M. (2017). *Rise of social media influencer marketing on lifestyles brandings: a case study of Lucie Fik*. *Elon Journal of Undergraduate Research in Communications*. 8:(2)
98. Głębocka, A. i Kulbat, J. (2005). *Wizerunek ciała. Portret Polek*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
99. Goldberg, D. (red.). (2010). *Lasery i światło. Zmiany barwnikowe i tatuaże*. Wrocław: Edra Urban & Partners, (1) s.29-53.
100. Goldberg, J., McCoy, S.K, Pyszczynski, T., Greenberg, J. i Solomon, S. (2000). *The body as a source of self-esteem: The effect if mortality salience of identification with one's body, interest in sex, and appearance monitoring*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(1), s. 118-130. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.1.118>
101. Górniak-Durose, M. i Zaleski Z. (2004). *Własność i posiadania*. W: Tyszka T. (red.), *Psychologia ekonomiczna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 123-151.

102. Grogan S. (2008). *Body image. Understanding body dissatisfaction in men, women, and children*. London-New York: Routledge.
103. GUS. (2021). *Budżety gospodarstw domowych w 2019*. Warszawa.
104. GUS. (2022). *Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2021 r.* Warszawa.
105. Hańderek, J. (2015). *Pojęcie i definicje kultury*. W: P. Mróz (red). *Filozofia kultury*, s. 23-42. Kraków: Uniwersytet Jagielloński
106. Hill, D. (2010). *Emocjonika. Wykorzystywanie emocji o sukces w biznesie*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
107. Hodgkinson, D.J., (2005). *Identifying the body-dysmorphic patient in aesthetic surgery*. *Aesthetic Plastic Surgery*, 29, s. 503-509. <https://doi.org/10.1007/s00266-005-5033-6>
108. Hoffmm, S.J., Mansoor, Y., Natt, N., Sritharan, L., Belluz, J., Caulfield, T. Freeshoff, Y., Lavis, J.N. i Sharma, A.R. (2017). *Celebrities impact on health-related knowledge, attitudes, behavior*. *Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0395-1>
109. Hou, A., Cohen, B., Haimovic, A., i Elbuluk, N. (2017). *Microneedling*. *Dermatologic Surgery*, 43(3). s. 321-339. <https://doi.org/10.1097/DSS.0000000000000924>
110. Howard J.A., Sheth J.N. (1969). *The theory of buyer behavior*. New York: Wiley.
111. Hughes G.D. (1971). *Attitude measurement for marketing strategies*. Glenview IL: Scott, Foresman and Company
112. Hunt, H. K. (1991). *Consumer Satisfaction, Dissatisfaction, and Complaining Behavior*. *Journal of Social Issues*, 47(1) s. 107–117.
113. ISAPS (2017) *International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures Performed in 2017*. https://www.isaps.org/wpcontent/uploads/2019/03/ISAPS_2017_International_Study_Cosmetic_Procedures_NEW.pdf
114. Izard C.H. (1977). *Human emotion*. New Yor: Plenum Press.
115. Jacob, C.I., Paskova, K. (2018). *Safety and efficacy of a novel high-intensity focused electromagnetic technology device for noninvasive abdominal contouring*. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 17, s.783-787. <https://doi.org/10.1111/jocd.12779>
116. Jachnis A. (2007). *Psychologia konsumenta. Psychologiczne i socjologiczne uwarunkowania zachowań konsumenckich*. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza Branta.
117. Jachnis, A., Terelak, J.F. (1998). *Psychologia konsumenta i reklamy*. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza Branta.
118. Jackson A. (2014). *Chemical Peels. Advanced dermatology and skin care*. *Facial Plastic Surgery*, 30(1), s.26-34.

119. Jaeger, C, Brenner, C., Habicht, J. (2012). *Bioactive reagents used in mesotherapy for skin rejuvenation in vivo induce diverse physiological process in human skin fibroblasts in vivo – a pilot study*. *Experimental Dermatology*, 21(1). s.72-75.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0625.2011.01400.x>
120. Kaczmarczyk, S. (2007). *Zastosowania badan marketingowych. Zarządzanie marketingowe i otoczenie przedsiębiorstwa*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
121. Kaczyński, K. (2017). *Wykonywanie zabiegów medycyny estetycznej przez osoby nieuprawnione – luka w prawie czy nieznanostwo prawa?* *Academy of Aesthetic and Anti-Aging Medicine*, (1),55-61
122. Kalichman S.C. Hunter T.L. (1992). *The disclosure of celebrity HIV infection: its effects on public attitudes*. *American Journal Public Health*, 82 (10),1374-1376.
123. Kałużna, M. (2019). *Influencer Marketing: dlaczego to dobra inwestycja?*
<https://fusionmarketing.pl/blog/marketing-tresci/exet/influencer-marketing.html>
124. Kall, J. (2001). *Silna marka. Istota i kreowanie*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
125. Kacprzak-Choinska, A. (2007). *Konsument ponowoczesny. Nowe trendy w zachowaniach nabywczych i ich konsekwencje*. *Studia i Materiały – Wydział Zarządzania UW*, 2, s.14-20.
126. Katz, B.E. i Sadick, N.S. (red.). (2010). *Modelowanie sylwetki*. Wrocław: Edra Urban & Partners.
127. Katz B., Lazarsfeld P.F. (1955). *Personal influence*. Glenoce, IL: Free Press.
128. Kaufmann, J.C. (2001). *Corps de femmes, regards d’homme*. Paris: Nathan.
129. Kazielski, J. (1979). *Psychologiczna teoria decyzji*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
130. Kieźel, E. (2003). *Zachowania konsumentów – determinanty racjonalności*. *Prace Naukowe. Akademia Ekonomiczna w Katowicach*.
131. Kieźel, E., Smyczek, S. (2015). *Zachowania konsumentów. Procesy unowocześniania konsumpcji*. Warszawa: Oficyna a Wolters Kluwer business.
132. Kim, Y.A., Cho, Chung, Hl. Ch. (2018). *Side effect experiences of South Korean women in their twenties and thirties after facial plastic surgery*. *Int J Womens Health*, 10, s. 309-316.
<https://doi.org/10.2147/IJWH.S163991>
133. Kluzek, D. (2017). *Influencer, czyli osoba wpływająca na decyzje i opinie swoich odbiorców*.
<https://fusionmarketing.pl/blog/marketing-tresci/co-to-jest-influencer-marke-ting.html> ,
dostęp: 28.02.2019
134. Kofel, E. (2003). *Choroby skóry spotykane wśród młodzieży*. Kraków
135. Komar, A. (1995). *Finanse publiczne*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne.
136. Kolny, C. (2004). *Czynniki kształtujące zachowania konsumentów w czasie wolnym*. *Zeszyty naukowe Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego*, 2, s.202-322.
137. Kotler, P. (1991). *Marketing Managment, 7thed*. EnglewoodCliffs, NewYork: Prentice Hall.

138. Kotler, P., Keller, K.L. (2014). *Marketing*. Poznań. Dom Wydawniczy Rebis.
139. Kosslyn, S.M., Rosenberg, R.S. (2006). *Psychologia. Mózg. Człowiek. Świat*. Kraków: Wydawnictwo Znak.
140. Kowalczyk, M. (2015). *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce w latach 1999-2015*. Zeszyty Naukowe Politechniki Częstochowskiej. Zarządzanie, (20) s.143.
141. Koziński, J. (1979). *Psychologiczna teoria decyzji*. PWN. Warszawa
142. Kuczamer-Kłopotowska, M., Piekarska, K. (2018). *Realizacja funkcji influencer marketingu w opinii influencerów oraz ich followersów*. Zarządzanie i Finanse Journal of Management and Finance, 16(3), s. 159-173.
143. Kuczyński, S. (2005). *Co to jest kosmetologia?* W: J. Skrzypczak (red.), *Nasza droga do kosmetologii* (s. 7-9). Poznań: Wyższa Szkoła Zawodowa Pielęgnacji Zdrowia i Urody w Poznaniu.
144. Kurcz, I. (1976). *Pamięć. Uczenie się. Język*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
145. Krech S. (2017). *Ewolucja postrzegania ciała kobiety i współczesny wymóg bycia pięknym*. W: I. Dudzik i B. Czuba (red.), *Edukacja, sztuka, etyka w kontekście filozofii Platona – od teorii do praktyki*. s. 81-98. Jarosław: Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno -Ekonomicznej im. Ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu
146. Krueger N., Llebberding S., Sattler G., Hanke C.W., Alexiades-Armenakas M., Sadick N. (2013). *The history of Aesthetic Medicine and Surgery*. Journal of drugs and dermatology, 12(7), s. 737-742.
147. Krystańczuk H. (2013). *Ewolucja hierarchii potrzeb konsumentów – zmiana sposobu zaspakajania potrzeb podstawowych oraz dynamiczny rozwój potrzeb wyższego rzędu*. Ekonomiczne Studia Ekonomiczne Regionu Łódzkiego Nr XI. Łódź. Polskie Towarzystwo Ekonomiczne Oddział w Łodzi, 11, s. 133-144.
148. Lambkin, M., Foxall, G., van Raaij, F., Heilbrunn, B. (2001). *Zachowanie konsumenta. Koncepcje i badania europejskie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
149. Langlois, J.H., Roggman, L.A. i Rieser-Danner, L.A. (1990). *Infant's differential social responses to attractive and unattractive faces*. *Developmental Psychology*, 26(1), s.153-159.
150. Lanigan, S.W. (2005). *Lasery w dermatologii*. Lublin: Wydawnictwo Czelej.
151. Lazarsfeld, D. F. (1955). *Personal influence*. New York: Free Press, s.138.
152. Lee J. (2013). *Celebrity impact. Benefits, risk seen in hype over Jolie's disclosure*. *Modern Health Care*, 43(20), s.10-11.
153. Lopez-Picazo, J.J., Vidal-Abraca, I., Beteta, D., Lopez-Ibanez M., i Garcia-Vanquez E. (2021). *Impact of the Covid-19 pandemic on hospital. Inpatient's perceived quality Spain*. Journal of patient experience, 8, s.1-7. <https://doi.org/10.1177/2374373521998625>

154. Łańcucki, J. (2001). *Podstawy kompleksowego zarządzania jakością TQM*. Poznań: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej.
155. Łazarewicz, C. (2013). *Sześć piętér luksusu. Przerwana historia braci Jabłowskich* Kraków: Wydawnictwo Znak.
156. Linek, A. (2020). *Ciało kobiety w zaklętym kręgu wagi*. W: K. Uklańska i O.A. Kotowska-Wójcik (red.), *Kobiece i męskie konteksty życia*. Poznań: Wydawnictwo Rys.
157. Łuniewska, P. (2014). *Finansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce*. *Contemporary Economy Electronic Scientific Journal*, 5(1), s. 67-75.
158. Maciejewski, G. (2010). *Ryzyko w decyzjach nabywczych konsumentów*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach.
159. Malarska, A. (2005). *Statystyczna analiza danych wspomaganą programem SPSS*. Kraków: Predictive Solution (Wydawnictwo SPSS Polska).
160. Małecka B. i Marcinkowski J.T. (2007). *Satysfakcja pacjenta czynnikiem kształtującym współczesny rynek usług medycznych*. *Problemy Higieny Epidemiologicznej*, 88(1), s. 17-19.
161. Małyś-Kaleta A. (2000). *Makroekonomiczne uwarunkowania zachowań konsumentów*. W: *Rynkowe zachowania konsumentów*. Katowice: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej.
162. Mamcarz, B., Prandecka, D. (2010). *Medycyna estetyczna w praktyce. Tom 1*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Medical Education, (1), s. 91-102.
163. Marcela, Betancur, D., Montoya, Castaned K. i Tavera-Mesias, J.F. (2014). *Correlation study of the factors that influences in the re commendations and loyalty of patients of aesthetic medicine Medellin Colombia*. *Cuadernos De Administracion*, 33(58), s. 3-17.
<https://doi.org/10.25100/cdea.v33i58.4527>
164. Markowicz, A. (2019). *Powikłania po zabiegach estetycznych*. *Aesthetic Business*. *Niezbędnik zabiegowca*, 3, s. 104-105.
165. Maslow, A. (1954). *Motivation and personality*. Harper & Row Publishers.
166. Maslow, A. (1987). *A theory of human motivation*. *Psychological Review* 5014.
167. Maslow, A. (1987). *Motivation and personality*. Prentise Hall. Upple Saddle River.
168. Maszczak, T. (2005). *Zdrowie jako wartość uniwersalna*. *Roczniki Naukowe AWF w Poznaniu*, 54, s.74.
169. Mazurkiewicz-Piżo, A. Piżo, W. (2017). *Marketing. Wiedza ekonomiczna i aktywność na rynku*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
170. Mauss, M. (1973). *Socjologia i antropologia*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
171. McGrath, A., (2017). *Dealing with dissonance: A review of cognitive dissonance reduction*. *Social & Personality Psychology Compass*. 11. <https://doi.org/10.1111/spc3.12362>
172. McStravic, S. (1997). *Questions of value in health care*. *Marketing Health Services*, 17.

173. Melfa, F., Bovani, B., Cirillo, P., Clementoni, M.T., Gennai, A. (2020). *Aptitudes, concerns and expectations of consumer of aesthetic medicine and surgery during Covid-19. Outbreak: An Italian Online Survey*. *Aesthetic surgery journal*, 2(4), s. 1-8.
<https://doi.org/10.1093/asjof/ojaa037>
174. Michman, R.D., Mazze, E.M. (2003). *The Affluent Consumer. Marketing and Selling Luxury Lifestyle*. London, Westport, CT. Praeger.
175. Mischak, A., Walasek, J. (2013). *Techniki wyboru próby badawczej*. *Obronność – Zeszyty naukowe wydziału zarządzania i dowodzenia Akademii Obrony Narodowej*, 2(6), s. 100-108
176. Mowen, J.C. (1988). *Beyond consumer decision making*. *Journal of Consumer Marketing*, 5 (1), s. 15-25.
177. Mruk H. (2012). *Marketing. Satysfakcja i rozwój przedsiębiorstwa*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
178. Mruk, H., Pilarczyk, B., Sławińska, M. (2015). *Marketing. Konceptcje – Strategie – Trendy*. Poznań. Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu.
- Murray, H.A. (1951). *Some basic psychological assumptions and conceptions*. *Dialectica*, 5, s. 266-292 <https://doi.org/10.1111/j.1746-8361.1951.tb01057.x>
179. Muszala, A. (2006). *Medycyna luksusowa – ocena etyczna nieterapeutycznych usług medycznych*. *Medycyna Praktyczna*, 5, s. 28-34
180. Napiwodzka-Bulek, K. (2017). *Medycyna estetyczna – humanistyczne dążenie czy „enhancement”?* *Filozofia Publiczna i Edukacja Demokratyczna*, 6(1), s.151-166.
181. Neuber, F. (1893). *Fetttransplantation.*, *Chir Kongr Verhandl Deutch Gesellsch Chir.* (22), s.66.
182. Newerli-Guz., J., Rybowska, A. (2014). *Luksusowe usługi kosmetyczne i medycyny estetycznej w opinii konsumentów*. *Handel Wewnętrzny*, 4(351), s. 251-262.
183. Nicosia, F.M. (1966). *Consumer decision process: Marketing and advertising implications*. New York. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
184. Niczewski R. i Potrzebowski, R. (2010). *Celebryci w ataku. Celebrity effect jako skuteczne narzędzie komunikacji marketingowej*. Warszawa: Agora.
185. Nojaszewska, E. (2011). *System ochrony zdrowia w Polsce*. Kraków: Wolters Kluwer Polska.
186. Noszczyk, M. (2017). *Medycyna piękności*. Warszawa. Wydawnictwo lekarskie PZWL, 2.
187. Nowa Encyklopedia Powszechna (1996). Warszawa. Wydawnictwo PWN.
188. Nowak, L. (1995). *Pozaeconomiczne determinanty zachowań nabywców*. Poznań. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu.
189. Nowak, L. (2007). *Mężczyźni kupują, kobiety chodzą na zakupy*. *Handlowiec*, 32.
190. Nowak, L. (2009). *Uwarunkowania zachowań konsumenckich młodzieży akademickiej*. Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu.

191. OECD. (2019). Health Spendings Report. www.data.oecd.org.pl
192. O'Shaughnessy, J. (1987). *Why people buy*. New York. Oxford University Press.
193. O'Shaughnessy, J. (1994). *Dlaczego ludzie kupują*. Warszawa: Państwowe wydawnictwo ekonomiczne.
194. Orth, U.R.m McDaniel, M., Shellhammer, T., Lopetcharat, K. (2004). *Promoting brand benefits: the role of consumer psychographic and lifestyle*. Journal of Consumer Marketing, 21(2), s. 97-108. <https://doi.org/10.1108/07363760410525669>
195. Ostrowska, A. (2000). *Styl życia a zdrowie – bilans dekady*. W: H. Domański, A. Ostrowska. i A. Rychard (red.), *Jak żyją Polacy*. (s.101-120). Warszawa: Wydawnictwo IFID PAN.
196. Padlewska, K. (2013). *Dermatologia estetyczna*. Wrocław: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
197. Panfiluk, E. (2016). *Aesthetic medicine tourism – nature and scope of the services*. International society for manufacturing services and management engineering. Economics and management, 8 (1), s. 71-79. <https://doi.org/10.1515/emj-2016-0008>
198. Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). *A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research*. Journal of Marketing, 49(4), s. 41-50.
199. Park, T.H., Seo, S.W., Kim, J.K, Chang, Ch.H. (2011). *Clinical experience with hyaluronic acid-filler complications*. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery, 64(7), s.892-897
200. Paszkowska M. (2015). *System ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce*. Warszawa.
201. Pfenninger, J.L, Fowler, G.C. (2012). *Procedury zabiegowe i diagnostyczne w dermatologii i medycynie estetycznej*. Wrocław: Edra Urban&Partners.
202. Pluchnik, R. (1980). *Emotion and Psychorevolutionary Synthesis*. Ney York: Harper & Row.
203. Płatkowska, A. (2019). *Wybrane przykłady spraw sądowych związanych z zabiegami estetycznymi*. Rynek Estetyczny. 3, s.24-25.
204. Pohorille, M. (1980). *Kategorie potrzeb ekonomicznych*. Ekonomista. nr 5-6.
205. Popcorn, F. (1992). *The popcorn reports*. New York. Doubleday.
206. Prakash, A. (2016). *Howard Sheth Model of consumer behavior*. *Deliberative Research*. Firozabad, 30 (1), s. 43-47.
207. Prendergast, P.M. i Shiffman, M.A. (2012). *Aesthetic medicine. Art and techniques*. Springer Heidelberg Dordrecht, London, New York: Springer.
208. Przyłipiak A. (2017). *Medycyna Estetyczna*. Podręcznik dla studentów kosmetologii, Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
209. Rabiej, E. (2017). *Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce – w drodze do zrównoważonego rozwoju*. Studia BAS, (4), s.121-142.
210. Redaelli, A. i Ignaciuk A. (2010). *Medycyna Estetyczna.*, Warszawa, Wydawnictwo Medycyna Estetyczna.

211. Reichheld, F.F. (2003). *The one number you need to grow*. Harvard Business Review, 81, s. 46-55.
212. Reichheld, F.F. (2004). *Najważniejszy jest czynnik wzrostu*. HBRP, 5, s. 47.
213. Rekowski, M. (2017). *Mikroekonomia*. Poznań: Wydawnictwo naukowe Contact.
214. Rekowski, J. (1992). *Procesy emocjonalne, motywacja, osobowość*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
215. Rhein, L.D. i Fluhr J.W. (2013). *Starzenie się skóry aktualne strategie terapeutyczne*. Warszawa: MedPharm Polska.
216. Riesman, D. i Glazer, N., Denney, R. (1971). *Samotny tłum*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
217. Rudnicki, L. (1996). *Zachowania konsumentów na rynku*. Kraków: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie.
218. Rudnicki, L. (2004). *Zachowania rynkowe nabywców. Mechanizmy i uwarunkowania*. Kraków. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie.
219. Rudnicki, L. (2012). *Zachowania konsumentów na rynku*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne S.A.
220. Samuels J.B. (2018). *Nonsurgical Vaginal Rejuvenation.*, Advances in cosmetic surgery, 1(1), s. 75-84. <https://doi.org/10.1016/j.yacs.2018.02.020>
221. Samuels, J. B., Pezzella, A., Berenholz, J., i Alinsod, R. (2019). *Safety and Efficacy of a Non-Invasive High-Intensity Focused Electromagnetic Field (HIFEM) Device for Treatment of Urinary Incontinence and Enhancement of Quality of Life*. Lasers in Surgery and Medicine, 51(9), s.760-766. <https://doi.org/10.1002/lsm.23106>
222. Samuelson, W.F. i Marks, S.G. (2009). *Ekonomia menedżerska*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
223. Samuelson, W.F., Nordhaus, W. (1997). *Ekonomia 1*. Warszawa: PWN.
224. Samuk, G. i Sieradowicz, I. (2021). *Wpływ pandemii Covid-19 na zachowania konsumentów*. Akademia Zarządzania, 5(3), s. 75-93.
225. Sharp, G., Tiggemann, M. i Mattiske, J. (2014). *The role of media and peer influences in Australian women's attitudes towards cosmetic surgery*. Body Image, 11(4), s. 482-487. <https://doi.org/10.1362/026725706776861163>
226. Shi, M. (2018). *The Effect of CWS on Adolescent Health*. Journal Article for Pop Culture Intersction, 22. https://scholarcommons.scu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1022&context=engl_176
227. Seneszyn, J. (1995). *Potrzeby konsumpcyjne. Wstęp do ekonomicznej teorii potrzeb*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego
228. Siciński, A. (1976). *Styl życia. Koncepcje i propozycje*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.

229. Simcock, P., Sudbury, L. i Wright G. (2006). *Age, perceived risk and satisfaction consumer decision making and extension*. *Journal of Marketing Management*, 22 (3-4), s. 355-377.
<http://doi.org/10.1362/026725706776861163>
230. Singh, A. i Yadav, S. (2016). *Microneedling. Advances and widening horizons*. *Indian Dermatol Online Journal*. 7(4), s.244-254. <https://doi.org/10.4103/2229-5178.185468>
231. Sitarek, K. (2008). *Hydrochinon. Dokumentacja dopuszczalnych wielkości narażenia zawodowego*. *Podstawy i Metody Oceny Środowiska Pracy*, 2(56), s.107-128.
232. Siuta, J. (2005). *Słownik Psychologii*. Kraków: Wydawnictwo Zielona Sowa.
233. Skountridaki, L. (2017). *Barriers to business relations between medical tourism facilitators and medical professional*. *Tourism Management*, 59, s. 254-266.
234. Smyczek, S. i Sowa, I. (2005). *Konsument na rynku – zachowania, modele, aplikacje*. Warszawa: Diffin.
235. Sobel, R.A. (1998). *The Extracellular Matrix in Multiple Sclerosis Lesions*. *Journal of Neuropathology & Experimental Neurology*, 57(3), s. 205-217.
<https://doi.org/10.1097/00005072-199803000-00001>
236. Solomon, M.R. (2006). *Zachowania i zwyczaje konsumentów*. Gliwice: Wydawnictwo Hellion.
237. Stavkova J., Stejskal, L., Toufarova, Z. (2007). *Factors influencing consumer behavior*. *Agricultural Economics (AGRICECOJ)*, 54(6), s. 276-284.
<http://doi.org/10.17221/283-AGRICECON>
238. Stępień B. (2019). *Wartość luksusu. Perspektywa konsumentów i przedsiębiorstw*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
239. Stirling, P., Jenkins, P.J., Clement, N.D., Duckworth, A.D. and McEachan, J.E. (2019). *The Net Promoter Scores with Friends and Family Test after four hand surgery procedures*. *Journal of Hand Surgery*, 44(3), s. 290-295. <https://doi.org/10.1177/1753193418819686>
240. Szczepański J. (1967). *Elementarne pojęcie socjologii*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
241. Szczepański, J. (1981). *Konsumpcja a rozwój człowieka. Wstęp do antropologicznej teorii konsumpcji*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne
242. Szredr, M. (2010). *Losowe i nielosowe próby w badaniach statystycznych*. *Przegląd statystyczny*, 57(4), s. 168-174.
243. Sztorc, M. (2008) *Podróże turystyczne obcokrajowców w celach zdrowotnych do Polski*. W: W.W. Gaworecki i Z. Mroczyński (red.), *Turystyka i sport dla wszystkich*. Gdańsk: WSTiH.
244. Szul, E. (2016). *Konsumenci wobec innowacyjnych produktów*. *Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy*, 46, s. 226-236.

245. Szwed, M. (2018). *Etnocentryzm konsumencki przedstawicieli pokoleń X, Y i Z w Polsce*. W: A.Z. Nowak, B. Glinka, *Procesy zarządzania w globalizującej się gospodarce*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego.
246. Śpiewak, R. (2012). *Estetologia medyczna, medycyna estetyczna, dermatologia estetyczna, chirurgia estetyczna, stomatologia estetyczna – definicje i wzajemne relacje poszczególnych dziedzin*, *Estetologii Medyczna i Kosmetologia*, 2(3), s.67-69.
<http://dx.doi.org/10.14320/EMK.2012.014>
247. Śpiewak, R. (2013). *Ocena skuteczności zabiegów w estetologii medycznej i kosmetologii: jak zmierzyć obiektywnie wrażenia subiektywne?* *Anti-Aging Medicine*, (4), s. 3-12.
<http://www.radoslawspiewak.net/2013-10.pdf>
248. Światowy, G. (1994). *Zachowania konsumentów na rynku*. Wrocław: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej.
249. Światowy, G. (2006). *Zachowania konsumentów. Determinanty oraz metody poznania i kształtowania*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
250. Tazbir, M., Kaszuba, A., Czyż, P., Podgórna, K. i Pastuszka M. (2012). *Rola laseroterapii w dermatologii – aspekty kliniczne*. *Acta Clinica et Morphologica*, 15(2), s. 36-39.
251. Theodorou, S.J., Chia, Ch.T i Dayan E. (2021). *Emerging technologies in face and body contouring*. New York: Medical Publishers.
252. Ting P.T., Freiman A. (2004). *The history of Clostridium botulinum: from food poisoning to Botox*. *Clinical Medicine Journal*, 4(3), s.258-261.
<https://doi.org/10.7861/clinmedicine.4-3-258>
253. Tkaczyk J. (2007). *Word-of-mouth w służbie marketingu*. Innowacje w marketingu 4.0. Sopot: Uniwersytet Gdański Wydział Ekonomiczny.
254. Tkaczyk, J. (2009). *Wiarygodność źródeł informacji a proces podejmowania decyzji przez konsumenta. Przedsiębiorstwo i klient w gospodarce opartej na usługach*. Warszawa: Diffin.
255. Tkaczyk, J. (2012). *Trendy konsumenckie i ich implikacje marketingowe*. *Handel wewnętrzny, konsumpcja i konsument – nowe trendy*, s. 126-134.
256. Toffler, A. (1980). *The third wave*. New York: Bantman books.
257. Tyler, P, Lopez, S. i Flores, L. (2009). *The media, body evaluation, and perceptions of physical attractiveness among college-aged women and men*. *Psi Chi: Journal od Undergraduate Research*, 14(1), s.29-33.
258. Tyszka, A. (1971). *Uczestnictwo w kulturze. O różnorodności stylów życia*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
259. Uebe,I C.O., Piccinini, P.S., Martinelli, A., Aguiar, D.F., Marra Ramos, R.F. (2018). *Celluite: A surgical treatment approach*. *Aesthetic Surgery Journal*, 38: (10), s. 1099-1114.

<https://doi.org/10.1093/asj/sjy028>

260. UNESCO (1948). Powszechna Deklaracja Praw Człowieka
http://www.unesco.pl/fileadmin/user_upload/pdf/
261. Urbaniak, M. (2019). *Organizacyjne i prawne aspekty systemów ochrony zdrowia wybranych państw*. Warszawa: Wydawnictwo Diffin
262. Vazquez-Carrasco, R. i Foxall, G.R. (2006) *Positive vs. negative switching barriers: the influence of service consumers' needs for variety*. Journal of Consumer Behavior, 5(4), s.367-379.
<https://doi.org/10.1002/cb.187>
263. Vejlggaard, H. (2008). *Anatomy of a trend*. New York: Mcgraw Hill.
264. Veltkamp, M., Custers, R. i Aarts, H. (2011). *Motivating consumer behavior by subliminal conditioning in the absence of basic needs: Striking even the iron is cold*. Journal of Consumer Psychology, 21(1), s.49-56. <https://doi.org/10.1016/j.jcps.2010.09.011>
265. Vlahos, A. i Bove, L. L. (2016). *Went in for Botox and left with a rhinoplasty*. Marketing Intelligence & Planning, 34(7), s.927-942. <https://doi.org/10.1108/MIP-06-2015-0125>
266. Wasiluk, M. (2016). *Medycyna estetyczna bez tajemnic*. Warszaw: PZWL.
267. Welsch, W. (2005). *Estetyka poza estetyką: o nową postać estetyki*. Kraków. Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych „Universitas”.
268. Wesółowska, J., Iwan-Ziętek, I., Mosiejczuk, H., Kemicer-Chmielewska, E. i Marchlewicz M. (2017). *Zastosowanie wybranych bodźców fizykalnych podczas profesjonalnych zabiegów kosmetycznych. Część III. Prąd niskiej częstotliwości i fale elektromagnetyczne o częstotliwości radiowej jako alternatywa inwazyjnych zabiegów z zakresu medycyny estetycznej*. Pomeranian Journal of Life Science, 63(3), s.48-51.
269. Wijsbek H. (2000). *The pursuit of beauty: the enforcement of aesthetic or a freely adopted lifestyle*. Journal of Medical Ethics. 26(6), s.245-258. <http://dx.doi.org/10.1136/jme.26.6.454>
270. Wilberforce, M., Poll, S., Langham, H., Worden, A., & Challis, D. (2018). *Measuring the patient experience in community mental health services for older people: A study of the Net Promoter Score using the Friends and Family Test in England*. International Journal of Geriatric Psychiatry, 34(1), s.31-37. <https://doi.org/10.1002/gps.4978>
271. Wilczyński, S. (2017). *Laser tulowy 1927nm – nowe skutecznie narzędzie w terapii zmian barwnikowych i remodelingu skóry*. Aesthetica, 23, s.64-68.
272. Witter, D., Kole, J.J., Brads, W. G., MacEntee i M.I., Creugers N.H.J. (2020). *Wish-fulfilling medicine and wish-fulfilling dentistry*. Journal of Dentistry, 96, 103302.
<https://doi.org/10.5177/ntvt.2018.11.17224>

273. Wolf, N. (2008). *Mit piękności*. W: M. Szpakowska (red.), *Antropologia ciała*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
274. Woszczyk, P. (2009) *Ciało, kosmetyki, ubranie... atrakcyjny wygląd w opiniach starszych kobiet*. Łódź, *Acta Universitas Lodziensis Folia Sociologica*, 34, s. 185-204.
275. Woś, J., Rachocka, J., Kasperek-Hoppe M. (2011). *Zachowania konsumentów – teoria i praktyka*. Poznań. Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu.
276. Woźniak, M., Brukwicka, I., Kopański, Z., Kollar, R., Kollarova, M. i Bajger, B. (2015). *Związki stylu życia ze zdrowiem*. *Journal of Clinical Healthcare*, 4, s. 4-9.
277. Wójcik, P. (2017). *Psychografia konsumentów*. Lubli: Wydawnictwo Słowa i Myśli.
278. Xinhui, Ch. i Han, D. (2016). *A meta-analysis of consumer irrational purchase behavior based on Howard-Sheth mode*. *Journal of Business and Retail Management Research*. 10(3), s. 69-80.
279. Yokomizo, V.M., Benemond, T.M., Chaska, Ch., Benemond, P. (2013). *Chemical peels: review and practical applications*. *Surgery Cosmetic Dermatology*, 5(1), s.58-68.
280. Zabiegała, A., Śpiewak, R. (2012). *Marketing internetowy usług z zakresu medycyny estetycznej, dermatologii estetycznej oraz chirurgii estetycznej*. *Estetologia medyczna i kosmetologia*, 2(1), s.24-27. <https://dx.doi.org/10.14320/EMK.2012.005>
281. Zainal, N. T. A., Harun, A., i Lily, J. (2017). *Examining the mediating effect of attitude towards electronic words-of mouth (eWOM) on the relation between the trust in eWOM source and intention to follow eWOM among Malaysian travellers*. *Asia Pacific Management Review*, 22(1), s.35-44. <https://doi.org/10.1016/j.apmrv.2016.10.004>
282. Zalega, T. (2012). *Konsumpcja: determinanty, teorie, modele*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
283. Załęska, I. i Atta-Motte, M. (2016). *Ocena skuteczności lasera diodowego w depilacji okolic intymnych u pacjentów z fototypem od 1 do 6 według Fitzpatricka, z uwzględnieniem pochodzenia etnicznego badanych*. *Kosmetologia estetyczna*, 5(3), s. 311-316.
284. Zaworska-Nikoniuk, D. (2016). *Późna dorosłość I starość jako wyzwolenie/zniewolenie stereotypową kobiecością w wybranych koncepcjach myśli feministycznej*. *Edukacja dorosłych*, 2, s. 9-17.
285. Zdebski, J. (1996). *Elementy psychologii turystyki*. Kraków: Przedsiębiorstwo Usługowo-szkoleniowe Mentor.
286. Żurawik, B., Żurawik, W. (1996). *Zarządzanie marketingiem w przedsiębiorstwie*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.

Akty prawne:

287. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku art. 68 Prawo do Ochrony Zdrowia
288. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 25 sierpnia 2018 roku w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. 2008 nr 164 poz.1027
289. Projekt Ustawy o zawodzie kosmetologa 2022 roku Pozyskano z <http://orka.sejm.gov.pl> (4.04.2022)
290. Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) Nr 1223/2009 z dnia 30 listopada 2009 roku dotyczące produktów kosmetycznych, Dz. Urz. UE L 342/59
291. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty Dz.U. 1997 nr 28 poz. 152
292. Ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym Dz.U. 1997 nr 28 poz. 153
293. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Dz.U. 2004 nr 210 poz.2135
294. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2008 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych Dz.U. z 2008 roku Nr 164 poz.1027
295. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku pacjenta DZ.U. 2009 nr 52 poz. 417
296. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 listopada 2010 roku w sprawie sposobu klasyfikowania wyrobów medycznych Dz. U. 2010 nr 215 poz. 1416
297. Ustawa z dnia 22 lipca 2016 roku o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych Dz.U.2016 poz. 1331

Źródła internetowe:

- www.raknroll.pl (1.05.2019)
- www.biznes.newseria.pl (3.05.2019)
- www.ollie.pl (3.05.2019)
- www.btlestetyka.pl (21.05.2019)
- www.gfk.com (21.05.2019)
- www.marekwasiluk.pl (21.05.2019)
- www.aestheticmedicinejournal.org (29.06.2019)
- www.ptmeiaa.pl (2.04.2022)
- www.pulsmedycyny.pl (04.04.2022)

www.mz.gov.pl (1.05.2022)

www.piu.org.pl (16.05.2022)

www.nil.org.pl (21.05.2022)

www.stat.gov.pl (21.05.2022)

www.medycynaprywatna.pl (6.06.2022)

www.neuvia.pl (15.06.2022)

www.data.oecd.org (21.06.2022)

www.polityka.pl (7.07.2022)

Spis tabel

Tabela 1 Historyczny przegląd wybranych technik zabiegowych, operacyjnych i związków chemicznych stosowanych w medycynie estetycznej i chirurgii plastycznej	12
Tabela 2 Definicje medycyny estetycznej	15
Tabela 3 Podstawowa klasyfikacja usług medycyny estetycznej.....	18
Tabela 4 Autorska klasyfikacja usług medycyny estetycznej	19
Tabela 5 Klasyfikacja wyrobów medycznych	24
Tabela 6 Wydatki na ochronę zdrowia w 2018, 2019 i 2020 roku w mln zł i ich udział w PKB.....	29
Tabela 7 Liczba wykonanych procedur z zakresu medycyny estetycznej na świecie według raportu opublikowanego przez International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures w 2021 roku	36
Tabela 8 Segmenty turystyki medycznej – medycyna estetyczna i kosmetologia	42
Tabela 9 Definicje potrzeb ludzkich	45
Tabela 10 Klasyfikacja potrzeb ludzkich – funkcja potrzeb.....	47
Tabela 11 Klasyfikacja potrzeb ludzkich – kryterium psychologiczne	48
Tabela 12 Potrzeby społeczne i komunikacyjne	50
Tabela 13 Klasyfikacja potrzeb ludzkich ze względu na źródła ich powstania	51
Tabela 14 Klasyfikacja potrzeb według John O'Shaughnessy	54
Tabela 15 Bariery występujące podczas zaspokajania potrzeb	55
Tabela 16 Przekrój definicji zachowań konsumentów	57
Tabela 17 Modele zachowań konsumentów	58
Tabela 18 Rodzaje ryzyka.....	66
Tabela 19 Zachowanie konsumentów w zależności od stopnia satysfakcji	68
Tabela 20 Determinanty wewnętrzne i zewnętrzne procesu wyboru zakupu	73
Tabela 21 Rodzaje grup odniesienia.....	87
Tabela 22 Ceny epilacji laserowej w roku 2008 roku oraz w 2022 roku	90
Tabela 23 Struktura badanej próby badawczej badania zasadniczego I	97
Tabela 24 Procedura badań empirycznych	98
Tabela 25 Przesłanki zakupu usług medycyny estetycznej a zawód respondentów.....	113
Tabela 26 Źródła informacji o usłudze medycyny estetycznej z uwzględnieniem wykonywanego zawodu respondentów	130
Tabela 27 Źródła informacji w decyzji wyboru placówki medycznej z uwzględnieniem zawodu respondentów	136
Tabela 28 Informacje na temat testu sferyczności Bartletta i współczynnika KMO – czynniki wpływające na wybór placówki medycznej świadczącej usługi z zakresu medycyny estetycznej.....	142
Tabela 29 Wartości własne oraz wariancja wyjaśniana w analizie czynnikowej – czynniki wpływające na wybór placówki medycznej świadczącej usługi z zakresu medycyny estetycznej	143
Tabela 30 Ładunki czynnikowe uzyskane za pomocą metody głównych składowych po rotacji Varimax w grupie czynników wpływających na wybór placówki medycznej oferującej zabiegi medycyny estetycznej.....	145
Tabela 31 Wyodrębnione zakresy determinujące wybór placówki medycznej świadczącej usługi z zakresu medycyny estetycznej	146
Tabela 32 Najpopularniejsze usługi medycyny estetycznej a płeć pacjenta	160

Tabela 33 Najpopularniejsze usługi medycyny estetycznej a wiek konsumenta	161
Tabela 34 Najpopularniejsze usługi medycyny estetycznej a status materialny konsumenta	162
Tabela 35 Adekwatność ceny wykonanej usługi do oczekiwanych efektów pozabiegowych a płeć pacjentów	168
Tabela 36 Adekwatność ceny wykonanej usługi do oczekiwanych efektów pozabiegowych a wiek pacjentów	169
Tabela 37 Adekwatność ceny wykonanej usługi do oczekiwanych efektów pozabiegowych a status materialny pacjentów	170
Tabela 38 Grupy konsumentów według rekomendacji usług medycyny estetycznej oraz wartości Net Promoter Score ogółem oraz w przedziałach wiekowych.....	172
Tabela 39 Grupy konsumentów według rekomendacji gabinetów usług medycyny estetycznej oraz wartości Net Promoter Score ogółem oraz w przedziałach wiekowych	173
Tabela 40 Wartość współczynnika korelacji Spearmana pomiędzy wybranymi zmiennymi.....	175

Spis rysunków

Rysunek 1 Etapy procesu badawczego.....	8
Rysunek 2 Nauki poświęcone badaniu, pielęgnowaniu, przywracaniu oraz kreowania atrakcyjności ciała.....	17
Rysunek 3 Struktura wydatków ze względu na schematy finansowania ochrony zdrowia	30
Rysunek 4 Bieżące wydatki publiczne oraz prywatne na ochronę zdrowia w krajach UE według parytetu siły nabywczej w USD per capita w 2021 roku	31
Rysunek 5 Przeciętne miesięczne rozchody na 1 osobę w gospodarstwach domowych według województw uwzględniając wyłącznie rozchody na usługi zdrowotne w 2021 roku	32
Rysunek 6 Przeciętne miesięczne wydatki w PLN w 2020 na towary u usługi konsumpcyjne uwzględniając wydatki na zdrowie oraz usługi fryzjerskie, kosmetyczne i pielęgnacyjne na 1 osobę w gospodarstwach domowych według zatrudnienia	34
Rysunek 7 Najistotniejsze wartości życia Polaków w 2019 roku	38
Rysunek 8 Odsetek osób codziennie palących tytoń w latach 2016, 2017 i 2019	39
Rysunek 9 Piramida potrzeb Maslowa.....	53
Rysunek 10 Model procesu decyzyjnego EBK.....	59
Rysunek 11 Model procesu zakupu na rynku usług medycyny estetycznej na podstawie modelu EBK	60
Rysunek 12 Model zachowań konsumentów Howarda-Shetha	62
Rysunek 13 Sposoby postępowania konsumentów w wyniku niezadowolenia z zakupu..	70
Rysunek 14 Przesłanki zakupu usługi medycyny estetycznej.....	99
Rysunek 15 Przesłanki zakupu usług medycyny estetycznej a wiek respondentów.....	102
Rysunek 16 Przesłanki zakupu usług medycyny estetycznej a status materialny respondentów.....	106
Rysunek 17 Przesłanki zakupu usług medycyny estetycznej a miejsce zamieszkania konsumentów	108
Rysunek 18 Przesłanki zakupu usług medycyny estetycznej a wykształcenie konsumentów	110
Rysunek 19 Źródła informacji o usłudze medycyny estetycznej a płeć respondentów ..	117
Rysunek 20 Źródła informacji o usłudze medycyny estetycznej a wiek respondentów ..	119
Rysunek 21 Źródła informacji o usłudze medycyny estetycznej a status materialny respondentów.....	122
Rysunek 22 Źródła informacji o usłudze medycyny estetycznej a miejsce zamieszkania respondentów.....	124
Rysunek 23 Źródła informacji o usłudze medycyny estetycznej a wykształcenie respondentów.....	127
Rysunek 24 Źródła informacji w wyborze placówki medycznej a płeć respondentów..	133
Rysunek 25 Przesłanki wybór placówki medycyny estetycznej	139
Rysunek 26 Motywy podjęcia decyzji o skorzystaniu z usług medycyny estetycznej przez pacjentów z punktu widzenia lekarzy	148
Rysunek 27 Potrzeba upodobnienia się pacjentów do osoby znanej z punktu widzenia lekarzy	150

Rysunek 28 Wpływ influencerów i treści publikowanych w mediach społecznościowych na zainteresowanie pacjentów zabiegami z zakresu medycyny estetycznej z punktu widzenia lekarzy	152
Rysunek 29 Cena jako determinanta korzystania z usług medycyny estetycznej z punktu widzenia lekarzy.....	153
Rysunek 30 Najczęściej wykonywane zabiegi z zakresu medycyny estetycznej z punktu widzenia lekarzy.....	155
Rysunek 31 Najpopularniejsze usługi medycyny estetycznej (punkt widzenia konsumenta/pacjenta)	158
Rysunek 32 Wprowadzanie innowacji a zwiększenie zainteresowania usługami medycyny estetycznej przez konsumenta z punktu widzenia lekarzy	163
Rysunek 33 Zgodność oczekiwań konsumentów z efektem wykonanej usługi medycyny estetycznej	166
Rysunek 34 Adekwatność ceny wykonanej usługi do oczekiwanych efektów pozabiegowych	167
Rysunek 35 Lojalność respondentów wobec placówki medycznej świadczącej usługi medycyny estetycznej.....	176
Rysunek 36 Lojalność pacjentów z punktu widzenia lekarzy	177
Rysunek 37 Proces wyboru i zakupu usługi medycyny estetycznej.....	181

- rodzina znajomi/przyjaciele osoby publiczne (bloggerki/celebrycy) lekarz specjalista
 informacje prasowe informacje zaczerpnięte z Internetu
 inne, jakie?.....

6. Z jakich źródeł zaczerpnął/zaczerpała Pan/Pani informacje decydując się na skorzystanie z usług konkretnej kliniki medycyny estetycznej?

- strona www kliniki strona www producenta zaopatrującego kliniki w preparaty/urządzenia
 portale społecznościowe reklamy w gazetach artykuły w gazetach branżowych, których autorami są specjaliści pracujący w danej klinice billboardy reklamowe
 informacje zdobyte podczas konsultacji u innego specjalisty informacje zaczerpnięte od osób, które wcześniej korzystały z usług danej kliniki
 inne (jakie?)

7. Czy decydując się na skorzystanie z usług medycyny estetycznej wybiera Pan/Pani jedną klinikę czy korzysta Pan/Pani z różnych placówek?

- wybieram jedną klinikę/gabinet korzystam z różnych klinik/gabinetów

8. Poniżej wymieniono czynniki wpływające na wybór konkretnej kliniki medycyny estetycznej. Proszę określić istotność poszczególnych czynników przez zaznaczenie odpowiedniego miejsca przy każdym z nich (1 oznacza „nieistotne”, a 5 „najistotniejsze”).

Czynnik	Istotność
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oferta placówki	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> jakość preparatów	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> prestiż/renoma kliniki	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> możliwość holistycznego podejścia	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> możliwość wyboru specjalisty	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> różnorodność oferty zabiegowej	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> posiadane certyfikaty specjalistów	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> empatyczne podejście do pacjentów	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> wystrój kliniki	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> miła obsługa	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dostępność terminów	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dogodna lokalizacja	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> godziny otwarcia kliniki	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sposób wykonania usługi	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> łatwość w dostępie do informacji	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> czystość w gabinecie zabiegowym	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> możliwość zakupu specjalistycznych kosmetyków	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> punktualność specjalistów	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sposób wykonania zabiegów	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kompetencje wykonawcy usługi	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> atmosfera podczas wykonywania zabiegów	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> atmosfera podczas oczekiwania na zabieg	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> możliwość wypicia kawy/herbaty	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> poinformowanie przez specjalistę o przebiegu zabiegu, spodziewanych efektach oraz możliwych efektach niepożądanych	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> możliwość kontaktu ze specjalistą po wykonaniu zabiegu w razie dalszych pytań	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> poinformowanie przez specjalistę jakim urządzeniem lub/i jakim preparatem będzie wykonywał zabieg	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pisemna zgoda na zabieg	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> informacje na temat pielęgnacji pozabiegowej	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>

III. RODZAJE ZABIEGÓW MEDYCZYNY ESTETYCZNEJ

9. Poniżej przedstawiono wybrane rodzaje usług medycyny estetycznej. Proszę o zaznaczenie usługi, preparatu bądź urządzenia, z którego Pan/Pani miał/miała wykonywany kiedykolwiek zabieg.

Preparat, usługa	Wybór
1 kwas hialuronowy	<input type="checkbox"/>
2 hydroksyapatyt wapnia np. Radiesse	<input type="checkbox"/>
3 kwas polimlekowy np. Sculptra	<input type="checkbox"/>
4 toksyna botulinowa	<input type="checkbox"/>
5 osocze bogatopłytkowe	<input type="checkbox"/>
6 nici liftingujące PDO	<input type="checkbox"/>
7 lipoliza iniekcyjna	<input type="checkbox"/>
8 Cosmelan®	<input type="checkbox"/>
9 peelingi chemiczne średnio głębokie	<input type="checkbox"/>
10 peelingi chemiczne głębokie np. TCA	<input type="checkbox"/>
11 usuwanie nadmiernego owłosienia	<input type="checkbox"/>
12 usuwanie zmian barwnikowych	<input type="checkbox"/>
13 zabieg laserem frakcyjnym ablacyjnym eCO2	<input type="checkbox"/>
14 zabieg laserem frakcyjnym nieablacyjnym np. MOSAIC	<input type="checkbox"/>
15 usuwanie rozstępów	<input type="checkbox"/>
16 redukcja cellulitu multipolarną falą radiową np. Venus Legacy	<input type="checkbox"/>
17 nieinwazyjny lifting powiek np. Plasma IQ	<input type="checkbox"/>
18 terapia LED	<input type="checkbox"/>
19 Thermage	<input type="checkbox"/>
20 nieinwazyjny lifting ciała i twarzy np. Ulthera, Ultraformer, Ulfit	<input type="checkbox"/>
21 miejscowe nagromadzenie tkanki tłuszczowej - kriolipoliza	<input type="checkbox"/>
22 powiększanie/korekta kształtu ust	<input type="checkbox"/>
23 nadmierna potliwość pach/dłoni/stóp	<input type="checkbox"/>
24 wolumetria twarzy	<input type="checkbox"/>
25 mezoterapia	<input type="checkbox"/>
26 wypełnianie zmarszczek	<input type="checkbox"/>
27 lipoliza iniekcyjna	<input type="checkbox"/>
28 zamykanie naczynek lub innych zmian naczyniowych np. Cutera V	<input type="checkbox"/>
29 usuwanie tatuażu	<input type="checkbox"/>
30 usuwanie blizn	<input type="checkbox"/>
31 dermapen	<input type="checkbox"/>
32 radioferkencja mikroigłowa np. Venus Viva	<input type="checkbox"/>
33 fotoodmładzanie IPL/VPL	<input type="checkbox"/>
34 zmiana kształtu nosa wykonana kwasem hialuronowym	<input type="checkbox"/>
35 peeling węglowy	<input type="checkbox"/>
36 inne, jakie?.....	<input type="checkbox"/>
37 inne, jakie?.....	<input type="checkbox"/>

IV. METRYCZKA

- Płeć** kobieta, mężczyzna
- Wiek** do 20lat 21-30lat 31-40lat 41-50lat 50- 60lat 60+
- Choroby/dolegliwości** niedoczynność tarczycy, nadczynność tarczycy, hirsutyzm, trądzik trądzik różowaty tysienie plackowate/androgenowe tuszczycza przewlekłe migreny naczyniaki blizny brodawki łojotokowe nadmierna potliwość opadające powieki włókniaki miękkie bruksizm inne jakie?.....
- Miesięczny dochód brutto na jednego członka rodziny**
 do 500zł 501-1000zł 1001-1500zł 1500zł – 2000zł powyżej 2000zł
- Miejsce zamieszkania**
 wieś tradycyjna wieś przy mieście miasto do 20tys. miasto 21-50tys. miasto51-100tys. miasto powyżej 100tys.
- Wykształcenie:** podstawowe zawodowe średnie wyższe
- Wykonywany zawód:** przedsiębiorca/biznesman samozatrudnienie/freelancer kadra zarządzająca wyższego szczebla kadra zarządzająca średniego szczebla artysta/praca twórcza prawnik lekarz/dentysta naukowiec sportowiec przedstawiciel mediów/pracownik działu PR/marketingu nauczyciel pracownik służby zdrowia (poza lekarzami i dentystami) służby mundurowe ogrodnik/rolnik gospodyni domowa pracownik fizyczny nie pracuję zawodowo uczeń/student emeryt inny, pozostały zawód.....



KWESTIONARIUSZ ANKIETY

1. Co zdecydowało o podjęciu przez Pana/Pana decyzji o potrzebie skorzystania z usług medycyny estetycznej? Proszę o zaznaczenie maksymalnie 3 odpowiedzi.

- 1 wrodzony defekt urody
- 2 nabyty defekt urody
- 3 poprawa samopoczucia
- 4 potrzeba postrzegania siebie jako osoby atrakcyjnej
- 5 potrzeba postrzegania siebie jako osoby atrakcyjnej przez innych
- 6 problemy zdrowotne uniemożliwiające aktywność fizyczną
- 7 problem starzenia się organizmu
- 8 ciekawość (może będąc wyglądać /czuć się lepiej)
- 9 potrzeba skorzystania z usługi, spowodowana wcześniejszą wizytą osoby Panu/Pani znanej
- 10 opinie osób powszechnie znanych – celebryci, aktorzy, blogerki
- 11 moda na korzystanie z usług medycyny estetycznej
- 12 nowe możliwości nieinwazyjnej poprawy wyglądu,
- 13 skierowanie od innego specjalisty np. lekarza dermatologa
- 14 inne, jakie?.....

2. Z jakich źródeł informacji korzystał/a Pan/Pani przed wyborem usługi z zakresy medycyny estetycznej? Proszę o zaznaczenie maksymalnie 3 odpowiedzi.

- 1 strona internetowa placówki medycznej
- 2 wcześniejsza konsultacja dermatologiczna u innego specjalisty
- 3 wizyty w gabinecie kosmetycznym
- 4 strona internetowa producenta specjalistycznej aparatury medycznej
- 5 portale społecznościowe (Facebook, Instagram, Twitter)
- 6 portale internetowe promujące usługi medycyny estetycznej np. Wirtualna Klinika
- 7 informacje zaczerpnięte ze stron internetowych blogerek, celebrytów
- 8 medyczne programy telewizyjne np. „Sekrety lekarzy”, „Życie bez wstydu”, itp.
- 9 reklamy telewizyjne bądź radiowe
- 10 artykuły umieszczone w gazetach branżowych poświęcone urodzie/wellness np. „Uroda i medycyna”, „Kosmetologia Estetyczna”
- 11 filmy przedstawiające zabiegi medycyny estetycznej umieszczone na YouTube
- 12 informacje zaczerpnięte od osób wcześniej korzystających z danej usługi
- 13 inne, jakie?.....

3. Z jakich źródeł informacji korzystał/korzystała Pan/Pani decydując się na wybór placówki medycznej zajmującej się medycyną estetyczną? Proszę o zaznaczenie maksymalnie 3 odpowiedzi.

- 1 polecenie znajomego/ członka rodziny
- 2 polecenie innego lekarza specjalisty
- 3 strona internetowa placówki
- 4 opinie umieszczone na forach internetowych
- 5 informacje zawarte w portalach internetowych
- 6 artykuły w branżowych czasopismach, których autorami są osoby pracujące w danej placówce
- 7 reklama placówki bądź urzędu medycznego umieszczona w prasie kobiecej
- 8 billboardy reklamowe
- 9 strona internetowa producenta urządzeń medycznych

- ❶❶ polecenie kosmetyczki
- ❶❶ medyczne programy telewizyjne np. „Sekrety lekarzy”, „Życie bez wstydu”, itp.
- ❶❷ własne wizyty
- ❶❸ wizerunek lekarza/specjalisty
- ❶❹ inne, jakie?.....

4. Poniżej wymieniono czynniki wpływające na wybór konkretnej placówki medycznej zajmującej się medycyną estetyczną. Proszę określić istotność poszczególnych czynników przez zaznaczenie odpowiedniego miejsca przy każdym z nich (1 – „w ogóle nieważne”, 2 – „nieważne”, 3 – „ani..., ani...(trudno określić)”, 4 – „ważne”, 5 „bardzo ważne”)

I. Czynniki – gabinet i jego oferta	1	2	3	4	5
❶❶ nowoczesność oferty placówki (nowe zabiegi)					
❶❷ prestiż/renoma placówki					
❶❸ różnorodność oferty					
❶❹ wystrój kliniki					
❶❺ dogodna lokalizacja					
❶❻ dogodne godziny otwarcia placówki					
❶❼ dostępność terminów					
❶❽ łatwość w dostępie do informacji					
❶❾ czytelna i zrozumiała strona internetowa (komplet informacji)					
❶❿ parking					
❶⓫ możliwość wypicia kawy/herbaty podczas oczekiwania na zabieg					
II. Czynniki – obsługa w gabinecie/ jakość obsługi					
❶❷ czystość w gabinecie zabiegowym					
❶❸ możliwość wyboru specjalisty wykonującego zabieg					
❶❹ punktualność specjalistów					
❶❺ kompetencje wykonawcy usługi					
❶❻ atmosfera podczas wykonywania usługi					
❶❼ poinformowanie przez specjalistę o przebiegu zabiegu i spodziewanych efektach oraz możliwych powikłaniach pozabiegowych					
❶❽ poinformowanie przez specjalistę jakim urządzeniem lub/i jakim preparatem będzie wykonywał zabieg					
❶❾ posiadane certyfikaty specjalistów					
❷❶ pisemna zgoda na zabieg					
III. Czynniki – zabieg i opieka pozabiegowa					
❷❶ empatyczne podejście do pacjentów					
❷❷ poczucie komfortu w gabinecie zabiegowym					
❷❸ informacje na temat pielęgnacji pozabiegowej					
❷❹ sposób wykonania zabiegu przez specjalistę					
❷❺ możliwość kontaktu telefonicznego ze specjalistą w razie dalszych wątpliwości pozabiegowych					
❷❻ możliwość umówienia się na wizytę kontrolną					
❷❼ możliwość holistycznego/całościowego podejścia specjalisty					
❷❽ możliwość zakupu specjalistycznych kosmetyków utrwalających efekty zabiegowe					
❷❾ relacja cena/jakość zabiegu					
❷❿ inne, jakie?.....					
.....					

5. Czy decydując się na skorzystanie z usług medycyny estetycznej wybiera Pan/Pani jedną klinikę czy korzysta Pan/Pani z różnych placówek?

- ❶ wybieram jedną placówkę medyczną
- ❷ korzystam z kilku klinik/gabinetów medycznych
- ❸ wybieram różne kliniki, uwzględniając charakter zabiegu
- ❹ jest mi to obojętne

6. Czy wykonana usługa medycyny estetycznej była zgodna z Pana/Pani oczekiwaniami?

- ❶ Zdecydowanie poniżej oczekiwań
- ❷ Poniżej oczekiwań
- ❸ Zgodnie z oczekiwaniami
- ❹ Powyżej oczekiwań
- ❺ Zdecydowanie powyżej oczekiwań

7. Czy opłata za usługę medycyny estetycznej w Pana/Pani opinii była adekwatna z obsługą i oczekiwanymi efektami?

- ❶ bardzo niska
- ❷ niska
- ❸ w sam raz/odpowiednia
- ❹ wysoka
- ❺ bardzo wysoka

8. Jak bardzo prawdopodobne jest, że Pan/Pani polecił/poleciłaby znajomej/znajomemu zabiegi/usługi w zakresie medycyny estetycznej (zaznacz odpowiednią cyfrę na skali 0 – 10, gdzie 0 – zdecydowanie nie polecę, a 10 – zdecydowanie polecę)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Jak bardzo prawdopodobne jest, że Pan/Pani poleci znajomej/znajomemu zabiegi/usługi w zakresie medycyny estetycznej, w tym gabinecie/klinice medycyny estetycznej (zaznacz odpowiednią cyfrę na skali 0 – 10, 0 – zdecydowanie nie polecę, a 10 – zdecydowanie polecę)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Poniżej przedstawiono wybrane rodzaje usług medycyny estetycznej. Proszę o zaznaczenie zabiegu, z którego Pan/Pani skorzystał/skorzystała.

Rodzaj usługi – twarz, szyja, dekolt	
❶❶ ostrzykiwanie toksyną botulinową (Botox)	
❶❷ ostrzykiwanie kwasem hialuronowym	
❶❸ ostrzykiwanie hydroksypatytem wapnia (np. Radiesse)	
❶❹ ostrzykiwanie kwasem polimlekowy (np. Sculptra)	
❶❺ ostrzykiwanie osoczem bogatopłytkowym	
❶❻ liftingujące nici PDO	
❶❼ peeling chemiczny (w tym Cosmelan, TCA)	
❶❽ nieinwazyjny lifting zogniskowanymi ultradźwiękami	
❶❾ laser frakcyjny ablacyjny eCO2 (blizny potrądzikowe, poprawa jakości skóry)	
❶❿ laser frakcyjny nieablacyjny (napięcie skóry, zmniejszenie rozszerzonych porów, trądzik niezapalny)	
❶⓫ radiofrekwencja mikroigłowa/igłowa (zmniejszenie rozszerzonych porów, poprawa gęstości skóry)	

1 2 laserowe zamykanie naczyń krwionośnych	
1 3 peeling węglowy	
1 4 fotoodmładzanie IPL/VPL	
1 5 nieinwazyjny lifting powiek – np. Plasma IQ	
1 6 redukcja nadmiernego owłosienia twarzy	
1 7 multipolarna fala radiowa – napięcie skóry twarzy	
1 8 kriolipoliza podwójnego podbródka – np. Coolsculpting	
1 9 lipoliza iniekcyjna podbródka	
2 0 karboksyterapia	
2 1 wolumetria twarzy	
2 2 mezoterapia	
2 3 powiększenie/korekta kształtu ust	
2 4 dermapen	
2 5 redukcja zmian pigmentacyjnych okolic twarzy (przebarwienia)	
Zabiegi – ciało	
2 6 redukcja rozstępów – laser frakcyjny ablacyjny/ radiofrekwencja igłowa	
2 7 redukcja cellulitu – multipolarna fala radiowa/fala uderzeniowa	
2 8 napięcie skóry brzucha/kolan/ramion – zogniskowanymi ultradźwiękami HIFU	
2 9 redukcja blizn pourazowych/potrądzikowych	
3 0 redukcja nadmiernej lokalnie nagromadzonej tkanki tłuszczowej – kriolipoliza	
3 1 redukcja nadmiernej lokalnie nagromadzonej tkanki tłuszczowej – HIFU	
3 2 usuwanie nadmiernego owłosienia	
3 3 nadmierna potliwość pach/stóp/dłoni	
3 4 usuwanie tatuażu	
3 5 laserowe zamykanie zmian naczyniowych	
3 6 inne, jakie?.....	

METRYCZKA

1. Płeć kobieta, męczyzna

2. Wiek do 20lat 21-30lat 31-40lat 41-50lat 50- 60lat 60+

3. Choroby/dolegliwości niedoczynność tarczycy, nadczynność tarczycy, hirsutyzm, trądzik trądzik różowaty
tysienie plackowate/androgenowe tuszczycza przewlekłe migreny naczyniaki blizny brodawki tojotokowe
nadmierna potliwość opadające powieki włókniaki miękkie bruksizm policystyczne jajniki przewlekły
rumień

przebarwienia inne jakie?.....

4. Status materialny (średnia krajowa 2800zł netto)

zdecydowanie powyżej średniej krajowej powyżej średniej krajowej średnia krajowa
 poniżej średniej krajowej zdecydowanie poniżej średniej krajowej

5. Miejsce zamieszkania

wieś tradycyjna wieś przy mieście miasto do 20tys. miasto 21-50tys.
miasto 51-100 tys. miasto powyżej 100tys.

8. Wykształcenie: podstawowe zawodowe średnie wyższe

7. Wykonywany zawód:

przedsiębiorca/biznesman samozatrudnienie/freelancer kadra zarządzająca wyższego szczebla kadra
zarządzająca średniego szczebla artysta/praca twórcza prawnik lekarz/dentysta naukowiec sportowiec
przedstawiciel mediów/pracownik działu PR/marketingu nauczyciel pracownik służby zdrowia (poza lekarzami i
dentystami) służby mundurowe ogrodnik/rolnik gospodyni domowa pracownik fizyczny nie pracuję
zawodowo uczeń/student emeryt inny, pozostały zawód.....


KWESTIONARIUSZ ANKIETY

1. Skąd pojawiła się potrzeba wśród Pana Doktora/Pani Doktor pacjentów o decyzji skorzystania z usług medycyny estetycznej? (Proszę o zaznaczenie maksymalnie 3-ech odpowiedzi)

- 1 polecenie znajomego/członka rodziny
- 2 nabyty defekt urody
- 3 wrodzony defekt urody
- 4 opinie osób powszechnie znanych
- 5 problem starzenia się organizmu
- 6 moda na korzystanie z usług medycyny estetycznej
- 7 nowe możliwości nieinwazyjnej poprawy wyglądu
- 8 potrzeba postrzegania Pacjentów jako osoby atrakcyjnej
- 9 ciekawość (może Pacjent będzie wyglądać/czuć się lepiej)
- 10 inne, jakie?.....

2. Czy zdarzają się sytuacje, w których Pacjent ma potrzebę upodobnienia się do osoby powszechnie znanej, jeżeli tak to jak często?

- 1 nie zdarzają się takie sytuacje
- 2 tak, codziennie
- 3 tak, co drugi dzień
- 4 tak, raz w tygodniu
- 5 tak, raz na dwa tygodnie
- 6 tak, raz w miesiącu
- 7 tak, raz na dwa miesiące
- 8 tak, co pół roku
- 9 tak, raz do roku
- 10 inne, jakie?.....

3. Czy po ukazaniu się w mediach społecznościowych bądź programach telewizyjnych promowania przez osoby powszechnie znane zabiegów z zakresu medycyny estetycznej, zwiększa się tym samym zainteresowanie pacjentów, chcących wykonać właśnie ten zabieg medycyny estetycznej?

- 1 tak, bardzo często
- 2 tak, sporadycznie
- 3 tak, bardzo rzadko
- 4 nie, w ogóle reklamy nie mają wpływu
- 5 nie wiem

4. Czy według Pana Doktora/Pani Doktor cena usługi medycyny estetycznej jest decydującą determinantą wyboru zabiegu medycyny estetycznej?

- 1 mimo wysokiej ceny pacjenci decydują się na zabieg
- 2 cena jest zbyt wysoka i pacjenci rezygnują z zabiegu
- 3 cena nie ma znaczenia dla pacjentów
- 4 cena jest wysoka, ale pacjenci korzystają z systemów ratalnych

5. Z jakich zabiegów najczęściej korzystają Pana Doktora/Pani Doktor pacjenci? (Proszę o zaznaczenie 3-ech odpowiedzi)

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> 1 toksyna botulinowa typu A | <input type="radio"/> 6 laserowe usuwanie owłosienia |
| <input type="radio"/> 2 kwas hialuronowy | <input type="radio"/> 7 nieinwazyjne metody konturowania sylwetki |
| <input type="radio"/> 3 hydroksypatyt wapnia | <input type="radio"/> 8 laserowe zamykanie naczyń |
| <input type="radio"/> 4 kolagen | <input type="radio"/> 9 peelingi chemiczne |
| <input type="radio"/> 5 nici PDO | <input type="radio"/> 10 inne, jakie?..... |

6. Czy po wprowadzeniu nowości (nowe urządzenie, preparat medyczny, nowe techniki wykorzystywania znanych już preparatów) zwiększa się zainteresowanie zabiegami obecnych już Pacjentów?

1 tak 2 nie 3 nie wprowadzam nowości

7. Czy Pana Doktora/Pani Doktor pacjenci są lojalni wobec Państwa gabinetów/klinik medycyny estetycznej, czy też korzystają z różnych miejsc? Proszę krótko wyjaśnić z czego Państwa zdaniem to wynika?

1 tak, większość pacjentów jest lojalnych

2 nie, pacjenci często korzystają z różnych gabinetów, klinik medycyny estetycznej

.....
.....

8. Z jakich narzędzi komunikacji marketingowych korzysta Pan /Pani Doktor w swojej klinice/gabinecie medycyny estetycznej?

1 marketing szeptany, np. polecenie osób, które wcześniej korzystały z usług w Państwa klinice/gabinecie

2 social media (Facebook, Instagram i inne)

3 artykuły sponsorowane w czasopismach branżowych

4 reklamy urzędzeń, preparatów, z uwzględnieniem wizerunku lekarza bądź logo kliniki/gabinetu

5 programy telewizyjne

6 reklamy telewizyjne, radiowe, w kinach

7 współpraca z klubami fitness, siłowniami, trenerami personalnymi

8 współpraca z innymi praktykami lekarskimi

9 inne,

jakie?.....

9. W jakim stopniu Pana/Pani Doktor zdaniem jakość wykonywanych usług jest kluczowym wyznacznikiem wyboru kliniki/gabinetu medycyny estetycznej przez pacjentów, którzy chcą się poddać zabiegom estetycznym? (zaznacz odpowiednią cyfrę na skali 1 – 10, gdzie 1 – zupełnie nieistotna, a 10 – najbardziej istotna)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Metryczka

1. Dziedzina specjalizacji lekarskiej: alergologia, anesteziologia, angiologia audiologia i foniatria, balneoklimatologia i medycyna fizykalna, chirurgia dziecięca, chirurgia klatki piersiowej, chirurgia ogólna, chirurgia plastyczna, chirurgia szczękowo-twarzowa, choroby wewnętrzne, choroby zakaźne, dermatologia i wenerologia, diagnostyka laboratoryjna, epidemiologia, genetyka kliniczna, kardiochirurgia, kardiologia, medycyna nuklearna, medycyna pracy, medycyna ratunkowa, medycyna rodzinna, medycyna sądowa, mikrobiologia lekarska, neonatologia, neurochirurgia, neurologia, okulistyka, ortodoncja onkologia, ortopedia, otorynolaryngologia, patomorfologia, pediatria, położnictwo i ginekologia, psychiatria, radiologia

i diagnostyka obrazowa, radiologia onkologiczna, rehabilitacja medyczna, stomatologia transfuzjologia kliniczna, urologia, zdrowie publiczne

2. Miasto wykonywania praktyki lekarskiej:

3. Ilość lat praktyki lekarskiej zajmującej się medycyną estetyczną:

>1 rok 1 rok 2-5 lat 5-10 lat <10lat

4. Czy w swojej praktyce współpracuje Pan/Pani Doktor z kosmetologami?

tak nie

SURVEY QUESTIONNAIRE

1. Why did Your patients need to decide to use the services of aesthetic medicine? (Please select max 3 answers)

- 1 friends or family member recommendation
- 2 acquired beauty defect
- 3 congenital beauty defect
- 4 opinion of well-know people
- 5 face and body aging
- 6 fashion for the use of aesthetic medicine
- 7 new possibilities of non-invasive appearance improvement
- 8 the need to respect Patients as an attractive person
- 9 curiosity maybe the Patient will look or feel better
- 10 other.....

2. Are there situations in which the Patients needs to become similar to well-known people, if so, how often?

- 1 there are no such situations
- 2 yes, every day
- 3 yes, every other day
- 4 yes, once a week
- 5 yes, every two weeks
- 6 yes, once a month
- 7 yes, every two months
- 8 yes, every six months
- 9 yes, once a year
- 10 other.....

3. Is the interest of Patients increasing after promoting treatments by commonly know people?

- 1 yes, very often
- 2 yes, occasionally
- 3 yes, very rarely
- 4 no, the ads have no effect
- 5 I do not know

4. According to the Doctor, is the price of aesthetic medicine services is a decisive determinant of the choice of aesthetic medicine procedure?

- 1 no, the price has no influence
- 2 yes, but only in some cases, such as?.....
- 3 yes, but patients use installment systems
- 4 yes, patients are looking for cheaper treatments
- 5 other.....

5. Which treatments are most frequently using by patients? (Please select max 3 answers)

- 1 botulinum toxin type A
- 2 hyaluronic acid
- 3 calcium hydroxyapatite
- 4 collagen
- 5 PDO threads
- 6 laser hair removal
- 7 non-invasive methods of body shaping
- 8 laser vessel sealing
- 9 chemical peels
- 10 other.....

6. Does it increase the interest of existing patients after introducing new devices, new medical product?

- 1 yes
- 2 no
- 3 I do not introduce new products

7. Are your patients loyal or do they use various aesthetic medicine clinics? Please short explain where it comes from?

- 1 yes, most patients are loyal
 - 2 no, patients often use a different clinic
-
-

8. What marketing communication tools do you use in his aesthetic medicine clinic?

- 1 word of mouth marketing, for example recommendation of patients which use medical services in your clinic
- 2 social media (Facebook, Instagram, etc.)
- 3 sponsored articles in trade journals
- 4 advertising of preparation or devices taking into account the image of clinic or medical doctor
- 5 TV programs
- 6 TV, Cinema or radio advertising
- 7 cooperation with fitness center
- 8 cooperation with other medical practice
- 9 other.....

9. What extent is the quality of services rendered a key determinant in the selection of the aesthetic medicine services? (mark the appropriate number in the scale from 1-10, where 1 – completely irrelevant and 10 – most significant)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Imprint

1. Medical specialization: allergist anesthesiologist cardiologist dermatologist
gastroenterologist hematologist internal medicine physician nephrologist
neurologist neurosurgeon gynecologist nurse-midwifery occupational medicine
physician ophthalmologist oral and maxillofacial surgeon orthopedic surgeon
otolaryngologist pediatrician plastic surgeon podiatrist psychiatrist pulmonary
medicine physician radiation oncologist diagnostic radiologist rheumatologist
urologist other.....
2. Country.....
3. Number of years of medical practice in the field of aesthetic medicine:
 <1 year 1 year 2-5years 5-10 years >10 years
4. Do you work with cosmetologists?
 yes no