

*Agnieszka Burnicka**

ZACHOWANIA NABYWCÓW WOBEC KOMPLEKSOWYCH PROGRAMÓW ZDROWOTNYCH FINANSOWANYCH Z FUNDUSZY STRUKTURALNYCH UNII EUROPEJSKIEJ

Zarys treści: Artykuł został napisany na podstawie wybranych fragmentów pracy magisterskiej autorki pod tym samym tytułem. W dobie starzejącego się społeczeństwa ważne są zachowania zdrowotne jednostek oraz wysiłki państwa promujące prozdrowotny styl życia. Szczególnie uwzględnione zostały zagrożenia w środowisku pracy i choroby zawodowe. Badania empiryczne dotyczą efektywności zarządzania dostępem do informacji o programach zdrowotnych w powiązaniu ze świadomością ich istnienia przez ostatecznych beneficjentów.

Słowa kluczowe: UE, choroby zawodowe; programy zdrowotne; zachowania nabywców; zarządzanie informacją; zdrowie publiczne

Klasyfikacja JEL: M39, I10

WSTĘP

Niniejsza praca dotyczy wsparcia zdrowia osób pracujących poprzez programy zdrowotne. Aby to wsparcie miało odnieść oczekiwany skutek, czyli poprawę zdrowotności całego społeczeństwa i obniżenie wydatków na szeroko pojętą ochronę zdrowia, odbiorcy tych programów – osoby pracujące – muszą wiedzieć o ich istnieniu. Brak tej świadomości uniemożliwia korzystanie z nich.

Celem głównym artykułu jest identyfikacja cech zachowania konsumenta w procesie decyzyjnym dotyczącym korzystania z kompleksowych programów zdrowotnych finansowanych z funduszy strukturalnych Unii Europejskiej. Autorka zamierza dokonać oceny efektywności zarządzania programami zdrowot-

* Adres do korespondencji: Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Wydział Nauk Ekonomicznych i Zarządzania, Katedra Zarządzania Przedsiębiorstwem, ul. Gagarina 13a, 87-100 Toruń, e-mail: anesab@interia.pl

nymi, a w szczególności wpływu zarządzania informacją na świadomość ich istnienia i wykorzystania przez ostatecznych beneficjentów, czyli pracowników zagrożonych wystąpieniem chorób zawodowych. Badania zostały przeprowadzone na przykładzie dwóch grup zawodowych: strażaków i nauczycieli pracujących na terenie Torunia.

1. ISTOTA ZACHOWAŃ NABYWCÓW

W wyniku rozwoju cywilizacji, postępu technologicznego i globalizacji zmienia się rynek produktów i usług, a wraz z nimi zachowania konsumentów. Istotne jest, aby w warunkach nasycenia rynku, znikającej lojalności, zmieniających się gustów i zainteresowań to klient stał się najważniejszy [K. Liczmańska 2008, s. 88].

Proces zakupowy rozpoczyna się od uświadomienia sobie przez konsumenta potrzeby, w dalszej kolejności należy odnaleźć sposoby jej zaspokojenia. Konsument musi dokonać oceny wszystkich znanych mu i dostępnych sposobów zaspokojenia potrzeby, po czym również oceny rezultatów zakupu, czyli produktu podczas jego normalnego użytkowania. Szczegółowa wiedza dotycząca decyzji podejmowanych przez konsumentów jest niezwykle ważna, sprzyja bowiem kreowaniu przez sprzedawców takich warunków, w których decyzje zakupu będą podejmowane przez konsumentów bez długiego planowania [Garbarski 2001, s. 62, 86].

Czynniki determinujące zachowania nabywców na rynku można podzielić na: psychologiczne (motywacja, postrzeganie, postawy, osobowość, uczenie się i pamięć, nawyki i zwyczaje, skłonność do ryzyka, styl życia), ekonomiczne (dochody i ceny, produkty, reklama oraz miejsce sprzedaży), społeczno-kulturowe (rodzina, grupy odniesienia, liderzy opinii, grupa społeczna i kultura) i personalno-demograficzne (wiek, płeć, faza cyklu życia rodziny, wykształcenie, dochody, styl życia) [Rosa, Perenc 2011, s. 41–127].

Dzisiejsze społeczeństwo to społeczeństwo informacyjne, w którym „informacja jest dobrem podstawowym i najcenniejszym oraz zasadniczym elementem działalności społeczno-ekonomicznej” [Roman 2012, s. 14]. Komunikacja masowa służy do przekazywania informacji w społeczeństwie od nadawcy medialnego do publiczności. Występuje tu pośrednik, którym są środki masowego przekazu. Między nadawcą a odbiorcą nie ma bezpośredniej styczności i brak bezpośredniego sprzężenia zwrotnego, odbiorca jest anonimowy dla nadawcy. Aby komunikacja zakończyła się sukcesem, odbiorca musi przyjąć przekaz od nadawcy i odpowiednio zareagować. Przystwojenie przekazu masowego przez odbiorcę ma charakter selektywny, zależny głównie od jego świadomości. Skuteczność przekazu masowego czy kampanii społecznych zależy od umiejętności dobrania właściwej strategii z oczekiwaniami grupy docelowej. Potrzebna jest wiedza na temat odbiorcy masowego. Wiedza ta zmniejsza poziom przypadkowości przy podejmowaniu decyzji o środkach komunikacji [Piasecka 2008, s. 35, 47, 361–362].

Zarządzanie informacją oznacza „całokształt zagadnień związanych ze świadomym sterowaniem procesami informacyjnymi oraz z organizowaniem zasobów informacji”. Ma ono na celu pomoc ludziom i organizacjom w dostępie do skutecznego i efektywnego przetwarzania i wykorzystania informacji [Świgoń 2012, s. 62].

Komisja Europejska uważa, że „bezpieczne i higieniczne środowisko pracy i organizacja pracy to czynniki warunkujące wyniki gospodarki i wyniki firm”¹ [Rydlewska-Liszkowska 2006, s. 318].

2. ZNACZENIE OCHRONY ZDROWIA W GOSPODARCE

Zdrowie jest kluczową determinantą i źródłem wzrostu gospodarczego, a nie tylko kluczowym wskaźnikiem sukcesu. W ostatnich latach nastąpiła zmiana paradygmatu. Wydatki ponoszone na zdrowie to nie jest koszt, który obciąża gospodarkę, ale to są inwestycje. Prawdziwym kosztem są wydatki ponoszone z powodu złego stanu zdrowia społeczeństwa i niedoinwestowania sektora ochrony zdrowia. Według Komisji Europejskiej zdrowi ludzie żyją dłużej i dłużej pracują zawodowo, dzięki czemu wydatki na opiekę zdrowotną z powodu starzejącego się społeczeństwa można zmniejszyć o połowę [Hnatyszyn-Dzikowska 2012, s. 86–98].

Wypadki przy pracy i choroby zawodowe stanowią znaczące finansowe obciążenie nie tylko poszczególnych pracowników, ale również pracodawców i społeczeństwa jako całości. Szacunki Banku Światowego wskazują, że utracie w wyniku warunków pracy $\frac{2}{3}$ zdrowych lat życia można było zapobiec poprzez wdrożenie programów ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pracujących [Rydlewska-Liszkowska 2006, s. 317–324].

Innym przykładem korzyści i zagrożeń, jakie niesie wdrażanie promocji zdrowia w miejscu pracy, są badania przeprowadzone w Kanadzie. Potencjalne korzyści ze zdrowego miejsca pracy to: wzrost wydajności i jakości usług, zwiększone morale pracowników, obniżenie absencji, niższe koszty opieki zdrowotnej i ubezpieczeń. Zagrożeniem jest trudność w pomiarach, jak promocja zdrowia w pracy przekłada się na oszczędność kosztów i zysk firmy. Efekty pojawiają się zwykle dopiero po dłuższym czasie, często kilku latach [Makrides, Heath, Farquharson, Veinot 2007, s. 178–187]. Zainteresowanie ekonomiczną stroną ochrony zdrowia wzięło się z tego, że wydatki na ochronę zdrowia rosną w udziale PKB przy jednoczesnym braku poprawy stanu zdrowia ludności [Suchecka 2010, s. 15, 36].

¹ Komunikat w sprawie strategii UE opublikowany przez Komisję Europejską pt. „Adaptating to change in work and society: a New Community strategy on health and safety at work 2002–2006”.

Najbardziej znaną teorią dotyczącą wpływu różnych czynników na zdrowie człowieka jest teoria „pól zdrowia” Marca Lalonda. Podważył on decydującą rolę medycyny naprawczej w procesie poprawy zdrowia. Zauważył istnienie innych czynników, których oddziaływanie na zdrowie społeczeństwa jest większe. Podzielił te czynniki na 4 kategorie: genetyczną, środowiskową, zachowania jednostki i opiekę zdrowotną [Włodarczyk, Poździoch 2000, s. 18].

Amerykański teoretyk G. E. A. Dever przeprowadził badania dotyczące efektywności nakładów finansowych ponoszonych na ochronę zdrowia. Badania te pokazują rozbieżność pomiędzy alokacją środków finansowych na poszczególne pola zdrowia wg Lalonda a wpływem danych czynników na redukcję umieralności. Ukazują nieadekwatność i nieefektywność finansowania współczesnych systemów zdrowotnych w krajach wysokorozwiniętych. Na system opieki zdrowotnej kieruje się aż 90% środków finansowych przeznaczanych na ochronę zdrowia, a ma on jedynie 11% wpływ na redukcję umieralności. Na styl życia natomiast przeznaczają się jedynie 1,5% środków z funduszy na ochronę zdrowia, a styl życia jest czynnikiem decydującym aż w 43% o redukcji umieralności [Poździoch 2000, s. 142–144].

3. PROGRAMY ZDROWOTNE WSPÓLFINANSOWANE Z FUNDUSZY UNII EUROPEJSKIEJ

Obszar wsparcia ochrony zdrowia w ramach Priorytetu II PO KL przewiduje m.in. stworzenie odpowiednich warunków sprzyjających poprawie zdrowia w miejscu pracy poprzez opracowanie programów zdrowotnych dla poszczególnych grup zawodowych, poprawę bezpieczeństwa i higieny pracy pracowników, obniżenie absencji, przedłużanie aktywności zawodowej i utrzymanie dobrego stanu zdrowia osób pracujących. To ma bezpośredni wpływ na wydajność pracy, a tym samym podniesienie konkurencyjności przedsiębiorstw i zwiększenie ich zysków [*Program Operacyjny Kapitał Ludzki* 2007, s. 121, 158].

Program 1. – Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych. Celem projektu jest „wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących poprzez opracowywanie kompleksowych programów profilaktycznych oraz wdrożenie wybranych elementów tych programów”. Obejmował on zakres następujących chorób i zagrożeń: ochrony słuchu, chorób skóry, chorób alergicznych, chorób zakaźnych lub pasożytniczych, chorób obwodowego układu nerwowego i chorób układu ruchu, chorób układu krążenia, zagrożeń psychospołecznych. Program adresowany był do lekarzy, psychologów, pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Państwowej Inspekcji Pracy i specjalistów ds. BHP, pracodawców, pracowników, osób uczących się zawodu. [www.programydzdrowotne.pl, programy profilaktyczne].

Program 2. – Opracowanie kompleksowych programów ukierunkowanych na powroty do pracy. Celem projektu jest „umożliwienie podjęcia aktywności zawodowej osobom ze stwierdzonymi chorobami zawodowymi lub po

długotrwałej niezdolności do pracy spowodowanej chorobami pośrednio związanymi z warunkami pracy”. Obejmował on zakres następujących chorób i zagrożeń: narządu głosu, pylic, chorób alergicznych. Program adresowany był do lekarzy, orzeczników ZUS, terapeutów głosu, pracowników powiatowych urzędów pracy, osób ze stwierdzoną chorobą narządu głosu, pylicą lub chorobą alergiczną [www.programyzdrowotne.pl, programy powroty do pracy].

Program 3. – „Opracowanie i wdrożenie programu profilaktycznego w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów układu moczowo-płciowego u pracujących mężczyzn w wieku od 45. roku życia (45+) ukierunkowanego na przeciwdziałanie ich dezaktywizacji zawodowej (w szczególności osób wykonujących zawody, co do których istnieje wyższe prawdopodobieństwo narażenia na choroby nowotworów układu moczowo-płciowego)”. Celem głównym jest „zwiększenie stanu wiedzy oraz pozytywna zmiana zachowań mężczyzn po 45. roku życia w zakresie przyczyn i objawów chorób nowotworowych w obrębie układu moczowo-płciowego”. Program ma zostać zakończony 31 grudnia 2013 roku. Jest to pierwszy, innowacyjny program tego typu o ogólnopolskim zasięgu. Obejmuje on zakres chorób układu moczowo-płciowego u mężczyzn w wieku 45 lat i więcej. Adresowany jest on do lekarzy, pracujących mężczyzn w wieku „45+”, zwłaszcza wykonujących zawody o zwiększonym prawdopodobieństwie wystąpienia chorób nowotworowych układu moczowo-płciowego [www.mz.gov.pl, realizowane projekty].

Badanie ewaluacyjne wskazuje na potrzebę profilaktyki i edukacji zdrowotnej społeczeństwa. Brak kompleksowej profilaktyki za kilka, kilkanaście lat może spowodować, że przyszłe koszty przeznaczone na ochronę zdrowia znacznie przewyższą dzisiejsze oszczędności. Działania profilaktyczne muszą wpływać na świadomość całego społeczeństwa, aby przyniosły oczekiwany skutek. Beneficjenci nie przewidują kontynuacji powyższych programów, ale wskazują na potrzeby programów zdrowotnych dla innych chorób zawodowych, innych grup społecznych oraz przedstawiciele innych zawodów, np. pielęgniarek [*Badanie ewaluacyjne*, s. 20–27, 110–111].

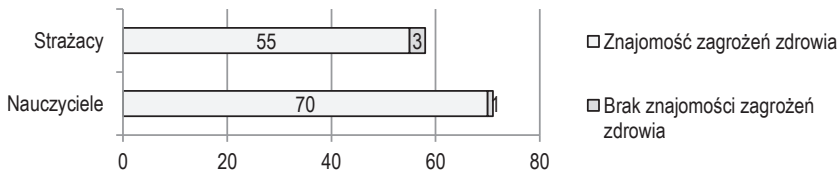
Ogromną zaletą programów zdrowotnych są strony internetowe, gdzie można znaleźć wiele porad oraz materiałów w postaci pdf, które można pobrać i wykorzystać.

4. WYNIKI BADANIA ZACHOWAŃ KONSUMENTÓW DOTYCZĄCYCH OFERTY PROGRAMÓW ZDROWOTNYCH FINANSOWANYCH Z FUNDUSZY UNII EUROPEJSKIEJ

Celem głównym badania jest ocena analizy zachowań konsumenckich wobec kompleksowych programów zdrowotnych finansowanych z funduszy strukturalnych Unii Europejskiej. Autorka zamierza dokonać oceny efektywności zarządzania programami zdrowotnymi, a w szczególności wpływu zarządzania informacją na świadomość ich istnienia i wykorzystania przez ostatecznych beneficjentów, czyli pracowników zagrożonych wystąpieniem chorób zawodo-

wych. Właściwe zarządzanie informacją o programach zdrowotnych lub jego brak powoduje, że ostateczni beneficjenci tych programów korzystają z nich lub nie w zależności od tego, czy są świadomi ich istnienia.

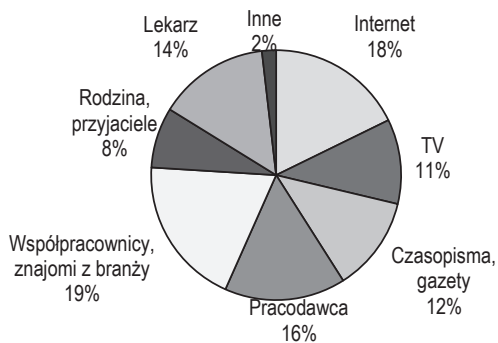
Cała grupa respondentów uczestniczących w badaniu liczyła 129 osób, 58 strażaków i 71 nauczycieli. Wśród strażaków wszyscy byli mężczyznami, a wśród nauczycieli było 61 kobiet i 10 mężczyzn. Wyniki badań wskazały, że większość respondentów posiada wiedzę na temat zagrożeń zdrowia w swojej pracy zawodowej (wykres 1).



Wykres 1. Znajomość zagrożeń związanych ze stanowiskiem pracy w liczbie osób

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania.

Źródła informacji dotyczących ochrony własnego zdrowie w pracy wg ankietowanych przedstawia wykres 2.



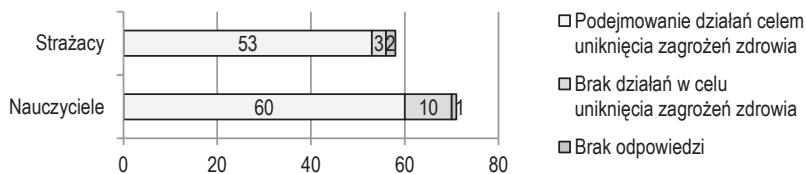
Wykres 2. Źródła informacji na temat ochrony zdrowia w miejscu pracy łącznie dla obu grup zawodowych w procentach

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania.

Głównym źródłem informacji są współpracownicy, znajomi z branży – 19%, na drugim miejscu Internet – 18%. Odpowiedzi inne to: szkolenia, z własnego doświadczenia, z książek medycznych.

Świadomość zagrożeń zdrowia, znajomość przepisów BHP, zainteresowanie, jak chronić zdrowie, nie oznacza, że pracownicy podejmują wysiłek, aby faktycznie w sposób aktywny działać celem uniknięcia zagrożeń zdrowia

w środowisku pracy. Większość ankietowanych odpowiedziało, że podejmuje działania, aby unikać zagrożeń zdrowia związanych ze swoją pracą (wykres 3).

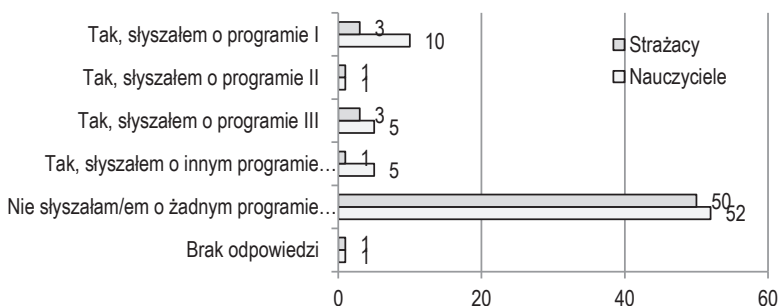


Wykres 3. Podejmowanie działań mających na celu uniknięcie zagrożeń zdrowia związanych z pracą w liczbie osób

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania.

Strażacy najczęściej dbają o przestrzeganie przepisów BHP, używają środków ochrony osobistej, specjalistycznego sprzętu ODO oraz dbają o zdrowy styl życia. Nauczyciele podobnie, najczęściej dbają o zdrowy styl życia, przestrzegają przepisów BHP, troszczą się o gardło oraz badania lekarskie, w tym laryngologiczne i foniatryczne. Wśród uczestników badania było tylko kilka osób, które nie wskazywały potrzeby dbania o zdrowie w pracy. Głównym powodem niepodejmowania działań jest posiadanie dobrego zdrowia, z czym wiąże się brak potrzeby troski w tym zakresie oraz brak czasu.

Pytanie kluczowe to pytanie o świadomość istnienia programów zdrowotnych finansowanych ze środków Unii Europejskiej i budżetu państwa wśród ostatecznych beneficjentów, do których adresowane są te programy.

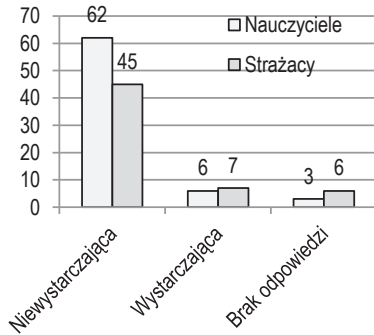


Wykres 4. Świadomość istnienia programów zdrowotnych z UE w liczbie osób

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania.

Zarówno strażacy, jak i nauczyciele w zdecydowanej większości nie słyszeli o programach zdrowotnych finansowanych z funduszy Unii Europejskiej dla grup zawodowych. O programach zdrowotnych z UE słyszało 7 strażaków i 18 nauczycieli (wykres 4). Zatem trudno, aby adresaci programów zdrowotnych korzystali z nich, skoro nie wiedzą o ich istnieniu. Natomiast paru nauczycieli skorzystało z innych programów zdrowotnych, takich jak: profilaktyka raka

szyjki macicy i raka piersi, zapobieganie nowotworom oraz zapobieganie patologii zawodowej. Efektywność informacji o programach zdrowotnych z Unii Europejskiej przedstawiają wykresy 5 i 6.



Wykres 5. Informacja o programach zdrowotnych w liczbie osób



Wykres 6. Informacja o programach zdrowotnych z UE z UE w procentach

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonego badania.

Na podstawie odpowiedzi ankietowanych można stwierdzić, że informacja dotycząca programów zdrowotnych finansowanych ze środków UE jest niewystarczająca.

Dopełnieniem badań było pytanie, które pozwala uściślić i wyłonić narzędzia komunikacji, które byłyby najbardziej skuteczne dla promocji zdrowia. Wskazuje również źródła informacji oraz formy promocji zdrowia oczekiwane przez pracowników. Były to odpowiedzi własne ankietowanych przedstawiające propozycje pracowników dotyczące sposobów i możliwości promowania programów zdrowotnych w miejscu pracy. Dominującą formą są spotkania i szkolenia w miejscu pracy. Dają one nie tylko suchą informację o zdrowiu, ale również bezpośredni kontakt z osobą prowadzącą szkolenia. Ponadto wysoko zostały ocenione informacje w formie plakatów, ulotek i folderów oraz informacje umieszczane w pracy na tablicach dla pracowników.

5. WNIOSKI I PROGNOZY

W celu weryfikacji postawionych hipotez autorka przeprowadziła również wywiad ekspercki, który miał na celu zweryfikować informacje uzyskane w części ankietowej.

Według lekarzy, którzy byli ekspertami w badaniu, wielu pacjentów interesuje się zagrożeniami zdrowia związanymi z wykonywaną pracą, zwłaszcza jeżeli w pracy był wypadek. Pacjenci podejmują różne działania, np. nauczyciele, którzy interesują się swoim głosem, są kierowani do laryngologa. Jeden

z lekarzy ekspertów słyszał, a nawet brał udział w programie 3., czyli programie M45+. Informacje uzyskał od znajomych z branży oraz z Internetu. Drugi lekarz nie słyszał o powyższych programach.

Według specjalistów ds. BHP, którzy pełnili funkcję ekspertów w badaniu, zarówno strażacy, jak i nauczyciele interesują się swoim zdrowiem w pracy oraz podejmują różnorodne działania. Strażacy głównie stosują indywidualne środki ochrony osobistej w działaniach oraz dbają o sprzęt zapobiegający narażeniu zdrowia i życia. Nauczyciele biorą udział w kursach jak modulować głos oraz stosują różne środki farmaceutyczne na gardło. Obaj specjaliści widzieli reklamę programu 3. (M45+) w TV, ale o programie 1. i 2. nie słyszeli.

Jeden ze specjalistów słyszał, a nawet brał udział w programie profilaktycznym przeciw grzybicy u strażaków i programie zwalczania stresu. Informacja o tym ostatnim szkoleniu dotarła drogą mailową przez sekretariat. Wszyscy eksperci uznali, że z opisywanych programów korzystają głównie ci, którzy sami aktywnie szukają informacji w Internecie lub taką informację usłyszeli od innej osoby. Przydałyby się informacje wysyłane do zakładów pracy czy przychodni drogą mailową, które są ogólnie dostępne w Internecie. Budowa programów zdrowotnych poprzedzona jest szczegółową analizą potrzeb zdrowotnych grupy docelowej, jednak ich wykorzystanie uzależnione jest od stanu wiedzy przyszłych beneficjentów.

Zachowania nabywców będą uzależnione od tego, w jaki sposób mogą pozyskiwać informacje. Z przeprowadzonego badania wynika, że usprawnienie komunikacji, zwiększenie kanałów przekazywania informacji umożliwi wykorzystanie oferowanej wiedzy i doświadczenia specjalistów z dziedziny ochrony zdrowia przez większą liczbę beneficjentów, co przełoży się na zdrowsze społeczeństwo i bardziej szczęśliwe życie człowieka.

ZAKOŃCZENIE

Przeprowadzona ocena analizy badań ankietowych i wypowiedzi ekspertów wskazała, że wpływ zarządzania programami zdrowotnymi finansowanymi ze środków Unii Europejskiej i budżetu państwa, a w szczególności system komunikowania nie jest wystarczający. Skutkiem czego świadomość ich istnienia jest niska, a wykorzystanie przez ostatecznych beneficjentów jeszcze mniejsze.

Programy zdrowotne opisane w pracy miały i nadal mają głównie charakter pomocy internetowej. Wiedza dostępna w Internecie jest ważna, ale niewystarczająca. Warto, aby osoby zarządzające programami zdrowotnymi nie tylko finansowanymi z UE znały kanały, którymi odbiorcy szukają informacji o zdrowiu. Ta wiedza daje możliwość szybszego i łatwiejszego dotarcia do możliwie największej liczby potencjalnych odbiorców, a w konsekwencji na efektywne wykorzystanie programów zdrowotnych.

LITERATURA

- Badanie ewaluacyjne. Ocena wpływu działań edukacyjnych realizowanych w ramach Działania 2.3 PO KL na system ochrony zdrowia w Polsce wraz z próbą określenia potencjalnych obszarów wsparcia w przyszłej perspektywie finansowej.* Raport z badania. Na zlecenie Ministerstwa Zdrowia. Wykonawca IBC GROUP Central Europe Holding SA, Warszawa, dane na dzień 30.08.2012 r. http://www.zdrowie.gov.pl/aktualnosc-15-1945-Raport_ewaluacyjny__Ocena_wplywu_dzialan_edukacyjnych_realizowanych_w_ramach_Dzialania_23_PO_KL_na_system_ochrony_zdrowia_w_Polsce.html [14.02.2013].
- Euro na zdrowie. Przygotowanie sektora ochrony zdrowia do pozyskiwania środków finansowych z Unii Europejskiej w latach 2007–2013,* Materiały seminaryjne, opracował Zespół Kancelarii Doradztwa Gospodarczego Cieślak & Kordasiewicz, <http://www.zdrowie.gov.pl/> [16.01.2011].
- Fundusze europejskie dla sektora ochrony zdrowia, http://www.zdrowie.gov.pl/strona-130-Realizowane_projekty_231.html [01.05.2013]
- Garbarski L., (2001), *Zachowania nabywców*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.
- Hnatyszyn-Dzikowska A., (2012), *Obszary analizy ekonomicznej w ochronie zdrowia – wymiar makro- i mikroekonomiczny*, [w:] A. Hnatyszyn-Dzikowska, S. Zwierzchlewski (red.), *Wybrane aspekty polityki gospodarczej – wymiar makroekonomiczny i regionalny*, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Stanisława Staszica, Piła.
- Instytut Medycyny Pracy, programy profilaktyczne, http://www.programyzdrowotne.pl/proramy_profilaktyczne/Default.aspx [01.05.2013].
- Instytut Medycyny Pracy, programy powroty do pracy, <http://www.programyzdrowotne.pl/programypowrotudopracy/Default.aspx> [01.05.2013]
- Liczmańska K., (2008), *Silna marka jako źródło przewagi konkurencyjnej w momencie zakupu*, „Roczniki Ekonomiczne Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej” nr 1, Wydawnictwo Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej, Bydgoszcz.
- Makrides L., Heath S., Farquharson J., Veinot P. L., (2007), *Perceptions of workplace health: building community partnerships*, „Clinical Governance: An International Journal”, Vol. 12 Iss: 3, s. 178–187, DOI: <http://dx.doi.org/10.1108%2F14777270710775891> <http://papi58.uci.umk.pl/www/journals.htm?issn=1477-7274&volume=12&issue=3&articleid=1621370&show=html> [14.06.2013].
- Materska K., (2007), *Informacja w organizacjach społeczeństwa wiedzy*, Wydawnictwo Stowarzyszenia Bibliotekarzy Polskich, Warszawa.
- Piasecka A., (2008), *Komunikowanie wartości zdrowia w polskich kampaniach społecznych – wymiar edukacyjny*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń.
- Poździuch S., (2000), *System zdrowotny*, [w:] A. Czupryna, S. Poździuch, A. Ryś, W. C. Włodarczyk (red.), *Zdrowie Publiczne. Wybrane zagadnienia*, t. 1, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Versalius”, Kraków.
- Program Operacyjny Kapitał Ludzki. Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia 2007–2013*, Warszawa, 7 września 2007 r., <http://www.efs.gov.pl/Dokumenty/Strony/Dokumenty.aspx> [01.03.2011].
- Roman W., (2012), *Podstawy zarządzania informacją*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń.
- Rydlewska-Liszkowska I., (2006), *Koszty chorób zawodowych i wypadków przy pracy w Polsce*, „Medycyna Pracy”, 57 (4).
- Szczegółowy Opis Priorytetów Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007–2013*, Warszawa, 1 czerwca 2010 r., http://www.efs.gov.pl/Dokumenty/Strony/Dokumenty_archiwalne.aspx [01.03.2011].

- Suchecka J., (2010), *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., Kraków.
- Świgoń Ś., (2012), *Zarządzanie wiedzą i informacją*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn.
- Włodarczyk C., Poździoch S., (2000), *Pojęcie i zakres zdrowia publicznego*, [w:] A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, W. C. Włodarczyk (red.), *Zdrowie Publiczne. Wybrane zagadnienia*, t. 1, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Versalius”, Kraków.
- Zachowania nabywców*, (2011), G. Rosa, J. Perenc (red.), Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin.

BEHAVIOUR OF BENEFICIARIES TOWARDS COMPREHENSIVE HEALTH PROGRAMMES FINANCED BY EU STRUCTURAL FUNDS

Abstract: Article written on the basis of selected parts of the thesis of the author of the same name. In the era of an aging society are important health behaviors of individuals and the efforts of Member States to promote healthy lifestyle. In particular, risks were taken into account in the work environment and occupational diseases. Empirical studies on the effectiveness of access to information on health programs and awareness of the existence of the ultimate beneficiaries.

Keywords: EU; occupational diseases; health programs; the behavior of buyers; information management; public health.