

## PRACE POGLĄDOWE • REVIEWS

## Marketing w realizacji programów zdrowotnych

## Marketing in implementation of health care programs

PIOTR TYSZKO<sup>A, B, D, E</sup>, JOANNA KOWALSKA<sup>A, D, F</sup>, JOLANTA DEMIDOWICZA<sup>A, D, F</sup>

Zakład Opieki Zdrowotnej w Instytucie Medycyny Społecznej

Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Kierownik: dr hab. n. med. Piotr Tyszko

**A** – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

**Streszczenie** Programy zdrowotne są jednym ze sposobów realizacji zadań ochrony zdrowia. Celami programów są: zapobieganie chorobom, ich wczesne rozpoznawanie i leczenie. Jednym z warunków powodzenia programu jest objęcie nim wszystkich osób spełniających kryteria włączenia do programu. Właściwe jest wykorzystanie w tym celu technik marketingu i komunikacji społecznej. Dotychczasowe doświadczenia wskazują na konieczność badań nad uwarunkowaniami skuteczności różnych technik w odniesieniu do różnych populacji i rodzajów programów zdrowotnych.

**Słowa kluczowe:** program zdrowotny, marketing, komunikacja społeczna.

**Summary** Health programs are one of the methods of achieving health care goals. The objectives of the health care programs are to prevent diseases, to diagnose them early and treat. Success of the program depends on including all individuals matching the criteria of acceptance. Various marketing and social communication techniques may also become useful. Previous experiences indicate the necessity of further research on the determinants of efficacy of techniques applied, in reference to various populations and types of health programs.

**Key words:** health program, marketing, social communication.

## Wstęp

Program zdrowotny, jak każdy program, jest szczególnym rodzajem planu działania zorganizowanego. Jest to „uporządkowany i rozłożony w czasie zbiór zadań i działań niezbędnych do zrealizowania konkretnego celu w określonym terminie; programowanie jest uszczegółowionym i skonkretyzowanym planem działania, zaakceptowanym i przyjętym do realizacji” [1]. W Polsce definicja programu zdrowotnego jest sformułowana w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych: „program zdrowotny to zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających w określonym terminie osiągnięcie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, finansowany ze środków publicznych” [2].

Definicja ta zawiera wiele warunków odnoszących się do programu zdrowotnego, a zwłaszcza:

a) konkretyzuje rodzaj celów programu, którymi

mogą być wykrywanie i realizacja potrzeb zdrowotnych oraz poprawa stanu zdrowia,

- b) umożliwia zawężenie kręgu adresatów programu do „określonej grupy świadczeniobiorców”,
- c) wskazuje na konieczność określenia terminu osiągnięcia celów programu,
- d) nakłada warunki sprawnościowe: skuteczności, bezpieczeństwa i zasadności działań przewidzianych w programie,
- e) ogranicza kategorię planów o charakterze programów zdrowotnych do zespołu działań finansowanych ze środków publicznych.

Można przyjąć, że program zdrowotny uwzględniający wyżej wyszczególnione warunki spełnia podstawowe założenia metodologii planowania [3].

Zgodnie z art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, programy zdrowotne dotyczą głównie ważnych zjawisk epidemiologicznych oraz innych istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców przy istniejących możliwościach ich eliminowania bądź ograniczania, a także wdrażania nowych procedur medycznych i przedsięwzięć profilaktycznych [2]. Tak rozumia-

ne programy zdrowotne są w istocie jednym z podstawowych instrumentów nowoczesnego zdrowia publicznego.

W praktyce, ze względu na różnorodność uwarunkowań: genetycznych, środowiska przyrodniczego i społecznego, zachowań zdrowotnych itp., występowania oraz przebiegu chorób, w systemach ochrony zdrowia występuje wiele rodzajów programów zdrowotnych. Podstawowe zmienne typologii programów mogą być wyznaczone przez takie czynniki, jak np.:

- zakres działania współczesnej ochrony zdrowia, w tym: profilaktyka I fazy (umacnianie zdrowia i profilaktyka swoista), profilaktyka II fazy (wczesne wykrywanie choroby i leczenie zapobiegające jej rozwojowi), profilaktyka III fazy (leczenie choroby rozwiniętej zapobiegające powstaniu trwałych skutków choroby) [4];
- koncepcję pól zdrowia M. Lalonde'a (czynniki genetyczne, czynniki środowiskowe, zachowania zdrowotne, skutki działania systemu ochrony zdrowia) [5];
- źródła finansowania (np. w Polsce – budżet państwa, Narodowy Fundusz Zdrowia, jednostki samorządu terytorialnego) [2];
- cechy demograficzne populacji (wiek, płeć, miejsce zamieszkania itp.).

Ze względu na charakter strategii programu zdrowotnego są wyróżniane programy pionowe i poziome.

Programy pionowe są ukierunkowane na określone choroby lub zagrożenia zdrowia, np. próchnicę, cukrzycę, nowotwory. Programy poziome są natomiast ukierunkowane na czynniki warunkujące zdrowie, jak: zachowania zdrowotne, czynniki środowiskowe, psychologiczne [6, 7]. Programy pionowe są konsekwencją przyjęcia biomedycznego podejścia do zdrowia. Są zazwyczaj ustalane centralnie, cechuje je mała elastyczność, nie uwzględniają potrzeb lokalnych. Z kolei programy poziome opierają się na społeczno-ekologicznym podejściu do zdrowia i są uważane za bardziej skuteczne [8].

W Polsce na stronach internetowych oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia programy zdrowotne są określane jako „bezpłatne badania profilaktyczne”. W przypadku Oddziału Dolnośląskiego NFZ pod taką nazwą mieszczą się dwa rodzaje programów: „Profilaktyczne programy zdrowotne” i „Terapeutyczne programy zdrowotne” [9].

## Realizacja programów zdrowotnych

Zgodnie z wymogami metodologii planowania każdy program zdrowotny powinien zawierać wiele elementów strukturalnych, w tym: cel programu, określenie populacji, dla której jest przeznaczony, sposoby zapraszania do programu, opis podejmo-

wanych działań diagnostycznych i/lub leczniczych, algorytmy decyzyjne dotyczące postępowania w zależności od wyników i inne [10].

W ocenie programów zdrowotnych, podobnie jak wszystkich działań zorganizowanych, decydującym kryterium powinna być ich skuteczność, rozumiana jako stopień osiągnięcia celu [11]. W odniesieniu do programów zdrowotnych jest możliwe wyodrębnienie dwu aspektów oceny skuteczności. Pierwszy aspekt obejmuje skuteczność zastosowanych technologii medycznych, tj. procedur diagnostycznych i leczniczych, czego miarą może być odsetek osób, u których osiągnięto efekt profilaktyczny, wykryto bądź wyleczono chorobę, w stosunku do liczby osób objętych postępowaniem. Aspekt ten może być – w pewnym przybliżeniu – określony jako skuteczność medyczna programu. W drugim ujęciu skuteczność jest rozpatrywana jako stopień objęcia programem populacji, do której program jest adresowany. Według Wojnarowskiej, pytanie „Czy program dociera do odbiorców?” jest jednym z kryteriów ewaluacyjnych programów zdrowotnych [8]. Ten aspekt oceny może być określony jako skuteczność populacyjna programu.

Przedstawione powyżej rozróżnienie dwu aspektów skuteczności programów zdrowotnych ma istotne znaczenie praktyczne z punktu widzenia doboru technologii oraz wykonawcy programu.

Warunkiem skuteczności medycznej programu jest zastosowanie w nim technologii o potwierdzonej skuteczności (EBM) oraz wybór kompetentnego wykonawcy programu, zapewniającego właściwe wykorzystanie przewidzianej technologii. Te dwa elementy – technologia i wykonawcy – są typowymi, w większości certyfikowanymi elementami systemu opieki zdrowotnej. W przypadku Polski można przyjąć, że na obszarze całego kraju występują świadczeniodawcy, dysponujący technologiami stosowanymi w programach zdrowotnych oraz personelem medycznym, kompetentnym w stosowaniu tych technologii.

W przypadku skuteczności, określanej w tej pracy jako populacyjna, zagadnienia technologii oraz wykonawstwa nie wydają się mieścić w obszarze możliwości systemu opieki zdrowotnej. Techniki dotarcia do adresata programu z informacją o programie oraz motywacji do skorzystania z programu nie należą bowiem do obszaru tradycyjnej wiedzy medycznej. Są one, przede wszystkim, domeną marketingu i komunikacji społecznej, a więc technik stanowiących autonomiczne względem medycyny obszary wiedzy i zastosowań [12–15].

Objęcie populacji badaniami profilaktycznymi jest w Polsce oceniane jako niewystarczające. Na przykład, w Narodowym Programie Zdrowia jako przyczynę słabych efektów w zwalczaniu raka szyjki macicy wskazano mały odsetek kobiet objętych badaniami cytologicznymi (ok. 20% populacji w wieku 30–59 lat [16]). W województwie łódzkim,

które było przedmiotem szczegółowych analiz, profilaktycznymi badaniami cytologicznymi objęto 20,38% kobiet kwalifikujących się do programu [17]. W przypadku tego województwa, podobnie jak innych, zwracają uwagę znaczne różnice występujące między powiatami – od 6,14% objęcia w powiecie wieluńskim – do 29,01% w powiecie zduńsko-wolskim. W przypadku programu profilaktyki raka piersi objęcie docelowej populacji badaniami mammograficznymi wynosiło w Polsce od 29,82% w woj. mazowieckim, do 45,47% w woj. lubelskim [18]. W woj. łódzkim, w latach 2008–2009, różnice między powiatami wynosiły od 25,35% w powiecie piotrkowskim, do 43,35% w powiecie tomaszowskim [17]. Tak wyraźne różnice w objęciu różnych populacji badaniami profilaktycznymi ma istotny wpływ na realizację postulatów równości w zdrowiu, zapisanego jako 8 cel strategiczny Narodowego Programu Zdrowia [16].

W próbie wyjaśnienia obserwowanych różnic w korzystaniu z badań profilaktycznych nie mogą być pominięte trzy podstawowe czynniki:

- dostępność programów,
- upowszechnienie informacji o programach wśród potencjalnych odbiorców,
- motywacja do uczestnictwa, odgrywająca istotną rolę w podejmowaniu indywidualnych decyzji o uczestnictwie w programie.

Orientacyjna analiza wykonana na potrzeby prezentowanej pracy wykazała występowanie znacznych różnic w dostępności programów profilaktycznych na terenie kraju, mierzonych liczbą mieszkańców przypadających na jednego świadczeniodawcę w programie profilaktycznym (tab. 1).

## Wykorzystanie marketingu w realizacji programów zdrowotnych

Zastosowania marketingu do sfery usług zdrowotnych w Polsce są w fazie początkowej. Aktualny jest postulat zbadania funkcjonowania i przystoso-

wania marketingu w ochronie zdrowia, ponieważ „marketing usług zdrowotnych, zwłaszcza od strony praktycznego zastosowania, nie został jeszcze do końca poznany” [19]. W podstawowych podręcznikach z tego zakresu [19, 20] są dokonywane próby adaptacji zasad marketingu wykorzystywanych w przypadku rynku towarów i usług. Adaptacje te są ukierunkowane na podmioty działające w sferze indywidualnej opieki zdrowotnej: praktyki, lekarskie i różne rodzaje zakładów opieki zdrowotnej. W piśmiennictwie zagranicznym można znaleźć prace opisujące i oceniające zastosowania technik marketingu do różnorodnych programów zdrowotnych: dotyczących zachowań seksualnych (Kamerun, 2002–2003) [21], szczepień przeciwgrypowych dzieci (Australia, 2008–2009) [22], palenia papierosów (USA, 2006–2007) [23].

Szczególne znaczenie dla realizacji programów zdrowotnych mają koncepcje marketingowe oparte na ekologicznym modelu zdrowia [24]. W modelu tym jest przyjmowane założenie, że zdrowie jest zależne od trzech czynników: a) cech jednostek w populacji, b) właściwości miejsca – w wymiarze lokalnym i globalnym, c) ważnych relacji między jednostkami i miejscem.

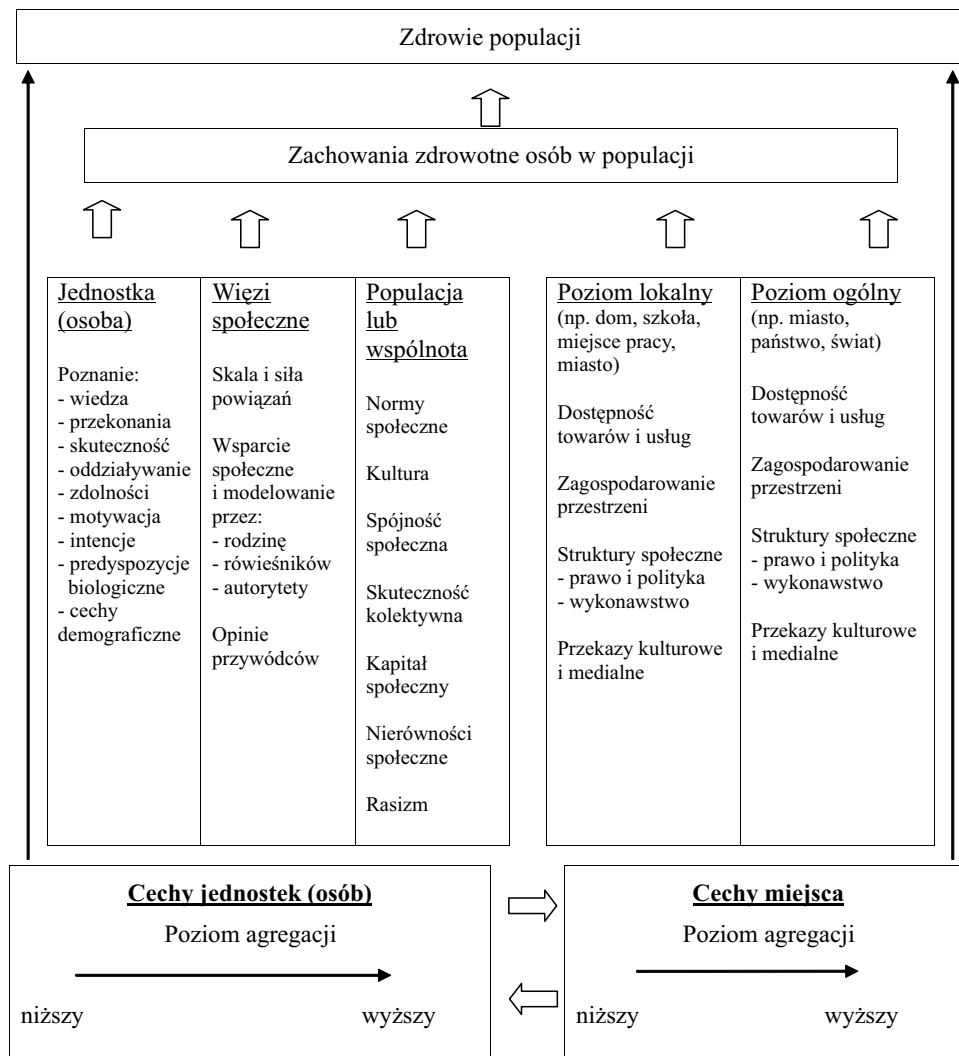
Grupy wzajemnie oddziałujących na siebie czynników, wyszczególnionych w „polach oddziaływania”, reprezentujących: jednostki, więzi społeczne, populacje lub wspólnoty oraz miejsce rozumiane lokalnie i globalnie kształtują zachowania zdrowotne i w konsekwencji wpływają na zdrowie populacji (rys. 1). Czynniki środowiskowe działają przy tym zarówno w skali lokalnej, jak i w szerszej perspektywie – do globalnej włącznie.

Jak już wspomniano, we wdrażaniu programów zdrowotnych mogą mieć zastosowanie marketing i komunikacja społeczna. Pojęcia te w różny sposób akcentują działania, których celem jest modyfikacja czynników zawartych w poszczególnych polach oddziaływania uwzględnionych w ekologicznym modelu zdrowia. Marketing zdrowotny jest bardziej zorientowany na proces tworzenia oferty świadczeń, zapewnienie ich dostępności dla

Tabela 1. Różnice w dostępności programów profilaktycznych między województwami\*

Program	Liczba osób przypadających na 1 świadczeniodawcę programu		Max/Min
	minimalna (oddział NFZ)	maksymalna (oddział NFZ)	
Rak piersi	58 087 (śląski)	209 616 (świętokrzyski)	2,98
Rak szyjki macicy	5741 (małopolski)	16 332 (mazowiecki)	2,84
Choroby odżywcze	37 181 (kujawsko-pomorski)	942 807 (opolski)	1,41
Rak jelita grubego	248 921 (łódzki)	159 065 (podlaski)	4,56
Program badań prenatalnych	298 178 (śląski)	3 174 737 (małopolski)	10,65

\* Opracowanie własne na podstawie danych z oficjalnych stron NFZ.



Rycina 1. Ekologiczny model wpływu na zdrowie

\* Adaptacja z [24].

potencjalnego świadczeniobiorcy oraz budowanie relacji korzystnych dla obu stron, tj. świadczeniodawcy i świadczeniobiorcy [25, 26].

Komunikacja społeczna realizuje natomiast funkcje informacji, wpływu i motywacji jednostek, instytucji i organów publicznych w zakresie istotnych problemów zdrowia [25]. W działaniu praktycznym na obie koncepcje działania, tj. marketing i komunikację społeczną, składa się wiele szczegółowych technik. Przykładowe zestawienie instrumentów możliwych do wykorzystania w marketingu i komunikacji – także w odniesieniu do programów zdrowotnych – przedstawiono w tabeli 2.

Zastosowania części instrumentów wyszczególnionych w tabeli 2 – szczególnie w kolumnach *Reklama* i *Promocja sprzedaży* – do programów zdrowotnych są dość oczywiste. Zastosowanie części instrumentów jest trudniejsze, ale w większości przypadków – możliwe.

Jednym z podstawowych warunków skuteczności działań marketingowych jest racjonalny dobór sposobów oddziaływania (technik marketingu i komunikacji), zróżnicowany dla różnych

programów oraz grup potencjalnych świadczeniobiorców.

Dedukcyjny, w części hipotetyczny model zastosowań marketingu i komunikacji społecznej do programów zdrowotnych przedstawiono w tabeli 3. W tym modelu wykorzystano wyniki prac na temat postaw kobiet wobec zagrożeń chorobą nowotworową piersi oraz społecznych uwarunkowań zachowań zdrowotnych. Wskazują one, że u części kobiet lęk przed uświadomieniem choroby i okaleczeniem w następstwie jej leczenia stanowi powód unikania samobadania piersi [27, 28], jak też wywołuje zjawisko opóźniania wizyty u lekarza, w przypadku zaobserwowania niepokojących objawów [29]. Wyniki badań wskazują także na zależność zachowań prozdrowotnych od różnych czynników, w tym od wieku, poziomu wykształcenia i wysokości dochodu [30].

Dobór konkretnych technik marketingu i komunikacji, skutecznych względem różnych grup odbiorców, wymaga posiadania wiedzy o zróżnicowaniu skuteczności tych technik w różnych grupach pożądanym odbiorców programu zdrowot-

Tabela 2. Wybrane instrumenty promocji stosowane w marketingu*				
Reklama	Promocja sprzedaży	Public relations	Sprzedaż osobista	Marketing bezpośredni
<ul style="list-style-type: none"> <li>– opakowanie</li> <li>– wkładki do opakowań</li> <li>– filmy czasopisma filmowe</li> <li>– broszury i biuletyny</li> <li>– plakaty i ulotki</li> <li>– informatory</li> <li>– przedruki ogłoszeń</li> <li>– tablice ogłoszeniowe, szyldy</li> <li>– wystawy w miejscu sprzedaży</li> <li>– materiały audiowizualne</li> <li>– symbole i logo</li> <li>– ogłoszenia w środkach masowego przekazu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– konkursy, gry, zakłady, loterie</li> <li>– premie i prezenty</li> <li>– próbki</li> <li>– targi i pokazy handlowe</li> <li>– wystawy</li> <li>– demonstracje</li> <li>– kupony</li> <li>– rabaty</li> <li>– niskooprocentowane kredyty</li> <li>– różne formy rozrywki</li> <li>– wymiana produktu na nowy</li> <li>– kupony</li> <li>– sprzedaż wiązana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– informacje dla prasy</li> <li>– przemówienia</li> <li>– seminaria</li> <li>– coroczne raporty</li> <li>– akcje dobroczynne</li> <li>– sponsoring</li> <li>– publikacje</li> <li>– relacje ze społecznościami lokalnymi</li> <li>– lobbying</li> <li>– środki identyfikacji</li> <li>– czasopisma firmowe</li> <li>– imprezy</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– prezentacje oferty</li> <li>– spotkania handlowe</li> <li>– programy mające na celu pobudzenie sprzedaży</li> <li>– próbki</li> <li>– targi i pokazy handlowe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– katalogi</li> <li>– listy</li> <li>– telemarketing</li> <li>– połączenia elektroniczne</li> </ul>

\* Adaptacja z [20].

Tabela 3. Hipotetyczny model zastosowań marketingu i komunikacji społecznej do programów zdrowotnych			
Rodzaj programu	Profilaktyka I fazy	Profilaktyka II fazy	Profilaktyka III fazy
Efekty	<ul style="list-style-type: none"> <li>– odległe w czasie,</li> <li>– oceniane pozytywnie,</li> <li>– obarczone marginesem nieskuteczności</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– wczesne wykrycie choroby,</li> <li>– oceniane pozytywnie,</li> <li>– mogą być obarczone lękiem przed uświadomieniem choroby</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– podjęcie leczenia,</li> <li>– oceniane wysoce pozytywnie,</li> <li>– obarczone lękiem przed nieskutecznością leczenia</li> </ul>
Stosunek do istoty zagrożenia	mało aktywny	zróżnicowany	bardzo aktywny
	modyfikowany wieloma czynnikami, w tym: wiekiem, poziomem wykształcenia, wysokością dochodu		
Motywacja potencjalnego świadczeniobiorcy	słaba	zróżnicowana	silna
Kierunek działań	motywowanie	informowanie i motywowanie	organizowanie świadczeń leczniczych
Rodzaj oddziaływań	1) komunikacja społeczna, 2) marketing	1) komunikacja społeczna, 2) marketing	1) marketing, 2) komunikacja społeczna

nego. Przykładem mogą być wyniki pracy, w której oceniano skuteczność techniki indywidualnych zaproszeń do badań profilaktycznych w kierunku nowotworów piersi i szyjki macicy [31]. Tylko w grupie kobiet z wykształceniem podstawowym imienne zaproszenia cechowała stuprocentowa skuteczność. Na konieczność prowadzenia badań nad skutecznością programów zdrowotnych, z uwzględnieniem organizacji i ekonomiki ochrony

zdrowia, a więc – w szerokiej interpretacji – poruszanych w tej pracy zagadnień marketingu i komunikacji społecznej, zwraca uwagę Zejda [31].

W Polsce marketing i komunikacja społeczna w odniesieniu do programów zdrowotnych są – w praktyce – realizowane tylko przez podmioty wprowadzające programy, zwłaszcza oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia i samorządy terytorialne. Jednak ze względu na: a) znaczenie

społeczne programów zdrowotnych, b) złożoność uwarunkowań skuteczności ich wdrażania oraz c) znaczny potencjał oddziaływania współczesnych technik marketingu i komunikacji, co wymaga specjalistycznej wiedzy, wykraczającej poza obszar nauk medycznych, zasadne wydaje się powtórze-

nie, sformułowanego już we wcześniejszych częściach pracy, postulatu wyodrębnienia propagacji programów i przekazania tego zadania wyspecjalizowanym agencjom. Takie rozwiązania – jako bardziej skuteczne – są powszechnie stosowane na rynku wszelkich towarów i usług.

## Piśmiennictwo

1. Chrostowski A, Szczepankowski P. *Planowanie*. W: Koźmiński AK, Piotrowski W, red. *Zarządzanie. Teoria i praktyka*. Warszawa: PWN; 1997: 217.
2. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. nr 210, poz. 2135: art. 5 pkt 30).
3. Tyszko P. *Zdrowie i ochrona zdrowia w krajowych dokumentach strategicznych*. Warszawa: Warszawski Uniwersytet Medyczny; 2009: 31–56.
4. Kleczkowski BM. Zakres działania współczesnej ochrony zdrowia. Próba systematyzacji pojęciowej. *Zdr Publ* 1967; 4: 401–409.
5. Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Ministry of Health and Welfare; 1974.
6. Tones K, Greek J. *Health promotion: Planning and strategies*. Sage Publications. London; 2004 [cyt. za:] Wojnarowska B. Planowanie programów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. *Prob Hig Epidemiol* 2009; 90(3): 293–298.
7. Strategic Health Planning: Guidelines for Developing Countries. Nuffield Institute for Health, University of Leeds. Ledds 2002. [10.01.2011]. Adres: <http://www.leeds.ac.uk/lihs/nuffield/documents/guidelines.pdf>.
8. Wojnarowska B. Planowanie programów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. *Prob Hig Epidemiol* 2009; 90(3): 293–298.
9. Narodowy Fundusz Zdrowia. Dolnośląski Oddział Wojewódzki we Wrocławiu. [10.01.2011]. Adres: <http://www.nfz-wroclaw.pl/default.aspx?obj=22796;28785&par=22797&des=1;2>.
10. „Koszyk” świadczeń gwarantowanych. Część II. Dokumentacja wdrożenia trzeciego punktu Programu Ministra Zdrowia Prof. dr hab. med. Zbigniewa Religi. Struktura opisu programu zdrowotnego do celów CBSOZ. Warszawa, 29 czerwca 2007 r., s. 1174–1177.
11. Kleczkowski BM. Przydatność prakseologicznych pojęć sprawności w ocenie działania ochrony zdrowia. *Zdr Publ* 1967; 1: 6–24.
12. Mailbach EW, Abrams LC, Marosits M. Communication and tools to cultivate the public's health: a proposed "people and places" framework. *BMC Public Health* 2007; 7: 88.
13. Health Marketing Basics. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). [10.01.2011]. Adres: <http://www.cdc.gov/healthmarketing/basics.htm>.
14. Herbuś A. Społeczna odpowiedzialność biznesu – podstawy teoretyczne. [10.01.2011]. Adres: <http://www.energias-rodowisko.pl/spoleczna-odpowiedzialnosc-biznesu/SOB%20teoretycznie.pdf>.
15. Anderson SJ, Ling PM. "And they told two friends... and so on": RJ Reynolds' viral marketing of Eclipse and its potential to mislead the public. *Tob Control* 2008; 17(4): 222–229.
16. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015. Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r., s. 69.
17. Wojcierowska A, Renn-Żurek A, Dziedziczak-Buczyńska, Stempień M. Programy profilaktyczne dla kobiet realizowane na terenie województwa łódzkiego. *Prob Hig Epidemiol* 2009; 91(3): 511–516.
18. Dane wygenerowane z systemu SIMP. [10.01.2011]. Adres: [http://onkologia.szczecin.pl/wok/?page\\_id=58](http://onkologia.szczecin.pl/wok/?page_id=58).
19. Nowotarska-Romaniak B. *Marketing usług zdrowotnych. Koncepcja i stosowanie*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska; 2008: 14.
20. Plautz A, Meekers D. Evaluation of the reach and impact of the 100% *Jeune* youth social marketing in Cameroon: findings from three cross-sectional surveys. *Reproductive Health* 2007; 4: 1.
21. Van Buynder, et al. Marketing paediatric influenza vaccination: results of a major metropolitan trial. *Influenza Other Respi Viruses* 2011; 5(1): 33–38.
22. Mailbach EW, Abrams LC, Marosits M. Communication and marketing as tools to cultivate the public's health: a proposed "people and places" framework. *BMC Public Health* 2007; 7: 88.
23. Stokols D. Establishing and maintaining health environments: toward a social ecology of health promotion. *American Psychologist* 1992; 47: 6–22 [cyt. za poz. 3].
24. US Department of Health & Human services: Healthy People 2010: Understanding and Improving Health. Washington DC: USDHHS; 2000.
25. American Marketing Association 2006. [11.01.2011] Adres: <http://www.marketingpower.com/AboutAMA/Pages/DefinitionofMarketing.aspx>.
26. Zych B, Kusek E, Sztanke M, Pasternak K. Postawy kobiet wobec zagrożeń chorobą nowotworową piersi. *Probl Hig Epidemiol* 2006; 87(3): 216–220.
27. Bannach M, Grabiec M. Miejsce edukacji zdrowotnej w profilaktyce onkologicznej. *Ann UMCS* 2005; vol. LX, Supl. XVI, 226: 1–4.

28. Czekanowski R. *Choroby gruczołu sutkowego. Menopauza. Hormonalna terapia zastępcza*. Warszawa: Borgis; 2003.
29. Zielińska M. Społeczne uwarunkowania zachowań zdrowotnych łódzkich kobiet w wieku prokreacyjnym. *Probl Hig Epidemiol* 2008; 89(3): 367–372.
30. Leźnicka M, Mierzwa T, Jachimowicz-Wołoszynek D, Żyrkowski J. System indywidualnych zaproszeń a zgłaszalność kobiet na badania profilaktyczne wykonywane w ramach programów z zakresu profilaktyki onkologicznej. *Probl Hig Epidemiol* 2009; 90(3): 627–630.
31. Zejda JE. Populacyjne badania przesiewowe – potrzeby badawcze i działania praktyczne. *Probl Hig Epidemiol* 2009; 90(4): 435–440.

Adres do korespondencji:

Dr hab. n. med. Piotr Tyszko

Zakład Opieki Zdrowotnej Instytutu Medycyny Społecznej WUM

ul. Oczki 3

02-007 Warszawa

Tel./fax: (22) 621-52-56

E-mail: ptyszko@wum.edu.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 10.01.2011 r.

Po recenzji: 31.01.2011 r.

Zaakceptowano do druku: 1.02.2011 r.