

CZĘŚĆ II

System ochrony zdrowia

1. Systemy ochrony zdrowia · 55

Dorota Kiedik

1.1. Wprowadzenie · 55

1.1.1. Znaczenie organizacji ochrony zdrowia w kontekście zdrowia dzieci i młodzieży · 55

1.1.2. Uzasadnienie obecności tematu w edukacji szkolnej · 56

1.1.3. Powiązanie z celami podstawy programowej · 57

1.2. Definicja i podstawowe cele systemu ochrony zdrowia · 57

1.2.1. Co to jest system ochrony zdrowia? · 57

1.2.2. Modelowe systemy ochrony zdrowia w Europie i na świecie · 58

1.2.3. Organizacja systemu ochrony zdrowia w Polsce · 59

1.2.4. E-narzędzia dla pacjenta · 61

1.2.5. Finansowanie ochrony zdrowia · 62

1.2.6. Dostępność i nierówności w opiece zdrowotnej · 63

Piśmiennictwo · 65

2. Promocja zdrowia i planowanie programów zdrowotnych · 67

Dorota Kiedik

2.1. Wprowadzenie · 67

2.1.1. Uzasadnienie obecności tematu w edukacji szkolnej · 68

2.1.2. Powiązanie z celami podstawy programowej · 68

2.1.3. Czym jest promocja zdrowia · 69

2.1.4. Różnica między promocją zdrowia, profilaktyką a leczeniem · 69

2.2. Podstawowe założenia i cele promocji zdrowia · 71

2.2.1. Promocja zdrowia jako proces wzmacniania kontroli nad własnym zdrowiem · 71

2.2.2. Poziomy i obszary działań promujących zdrowie · 71

2.2.3. Modele i strategie promocji zdrowia · 72

2.2.4. Środowiska działań prozdrowotnych: szkoła, rodzina, miejsce pracy, społeczność lokalna · 73

2.2.4.1. Szkoła · 73

2.2.4.2. Rodzina · 74

2.2.4.3. Miejsce pracy · 74

2.2.4.4. Społeczność lokalna · 74

2.2.5. Edukacja zdrowotna jako narzędzie promocji zdrowia · 75

2.2.6. Edukacja zdrowotna w systemie edukacji · 76

- 2.3. Planowanie programów zdrowotnych · 76
 - 2.3.1. Co to jest program zdrowotny? · 76
 - 2.3.2. Etapy planowania programu zdrowotnego · 77
- 2.4. Rola jednostki i społeczności w promocji zdrowia · 79
 - 2.4.1. Uczeń jako uczestnik i twórca działań prozdrowotnych · 79
 - 2.4.2. Współpraca ze środowiskiem · 79
 - 2.4.3. Przykłady działań uczniowskich wspierających zdrowie · 80
 - 2.4.4. Kluczowe kompetencje zdrowotne uczniów · 81
 - 2.4.5. Znaczenie planowania i refleksji w działaniach promujących zdrowie · 81
- Piśmiennictwo · 82

3. Prawa pacjenta · 83

Izabela Delfina Klisowska

- 3.1. Wprowadzenie · 83
- 3.2. Uzasadnienie obecności tematu w edukacji szkolnej · 83
- 3.3. Powiązanie z celami podstawy programowej · 84
- 3.4. Dlaczego prawa pacjenta są bardzo ważne dla zachowania zdrowia dzieci i młodzieży? · 84
- 3.5. Podstawy prawne praw pacjenta · 86
- 3.6. Prawa pacjenta · 87
 - 3.6.1. Prawo pacjenta do informacji · 88
 - 3.6.2. Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych · 90
 - 3.6.3. Prawo do poszanowania godności i intymności pacjenta · 92
- 3.7. Dochodzenie roszczeń z tytułu naruszenia praw pacjenta · 94
- Piśmiennictwo · 95

Systemy ochrony zdrowia

Dorota Kiedik

Katedra Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

1.1. Wprowadzenie

1.1.1. Znaczenie organizacji ochrony zdrowia w kontekście zdrowia dzieci i młodzieży

System ochrony zdrowia to jeden z filarów funkcjonowania współczesnego państwa. Od jego jakości, organizacji i dostępności zależy nie tylko leczenie chorób, ale także skuteczność działań profilaktycznych, promocji zdrowia i reagowania na zagrożenia epidemiologiczne. Dla dzieci i młodzieży – ze względu na intensywny rozwój fizyczny i psychiczny w tym okresie życia – odpowiednio zorganizowana opieka zdrowotna ma bardzo ważne znaczenie.

Dobrze funkcjonujący system ochrony zdrowia gwarantuje dostęp do szczepień, badań bilansowych, opieki stomatologicznej, psychiatrycznej i pediatrycznej. Zapewnia wsparcie dla rodzin, szybkie interwencje w przypadku choroby oraz działania zapobiegające jej rozwojowi. Uczniowie powinni rozumieć, jak ten system działa i jakie prawa i możliwości z niego wynikają – również po to, by świadomie z niego korzystać.

Współczesne systemy ochrony zdrowia działają w coraz bardziej złożonych warunkach społecznych, demograficznych, epidemiologicznych i ekonomicznych. Starzenie się społeczeństw, rosnące obciążenie chorobami przewlekłymi, a także oczekiwania pacjentów co do jakości i dostępności usług sprawiają, że systemy te muszą nieustannie się zmieniać i adaptować do wciąż zmieniającego się otoczenia. Nigdy wcześniej nie podlegały tak silnej presji poprawy skuteczności, koordynacji i efektywności działania.

W odpowiedzi na te wyzwania w czerwcu 2008 r. ministrowie zdrowia z krajów regionu europejskiego WHO podpisali Kartę z Tallina *Health Systems for Health and Wealth*, która stała się ważnym dokumentem kierunkowym dla polityki zdrowotnej w Europie.¹ Zgodnie z nim system ochrony zdrowia obejmuje wszystkie organizacje i instytucje (zarówno publiczne, jak i prywatne) oraz wszelkie zasoby, które służą poprawie, utrzymaniu lub przywracaniu zdrowia. Jego zakres wykracza poza leczenie i opiekę – systemy zdrowotne odpowiadają również za zapobieganie chorobom, promocję zdrowia oraz

WHO – World Health Organization; Światowa Organizacja Zdrowia

współpracę międzysektorową w celu poprawy warunków życia i zdrowia obywateli. Oznacza to, że działania na rzecz zdrowia powinny uwzględniać również czynniki społeczne, środowiskowe i ekonomiczne, które wpływają na zdrowie całych populacji.

Warto również zauważyć, że system ochrony zdrowia obejmuje nie tylko leczenie chorób, ale także działania na rzecz zdrowia psychicznego, zdrowia w szkole, żywienia, aktywności fizycznej oraz bezpieczeństwa dzieci i młodzieży. Dlatego współczesna edukacja zdrowotna powinna nie tylko przekazywać wiedzę, ale też uczyć umiejętności praktycznych: jak korzystać z pomocy psychologicznej, jak reagować w sytuacjach zagrożenia zdrowia, jak wspierać rówieśników w kryzysie. Tylko wtedy młodzi ludzie będą w stanie świadomie uczestniczyć w systemie ochrony zdrowia jako jego beneficjenci, ale też jako aktywni współtwórcy kultury zdrowia w swoim środowisku.

1.1.2. Uzasadnienie obecności tematu w edukacji szkolnej

Znajomość podstaw działania systemu ochrony zdrowia umożliwia uczniom świadome i sprawne poruszanie się w strukturach tego systemu – zarówno medycznych (takich jak przychodnie, szpitale, poradnie specjalistyczne), jak i administracyjnych (np. NFZ, sanepid). Uczniowie uczą się, jak i kiedy mogą otrzymać poszczególne świadczenia, jakie są prawa pacjentów oraz jakie obowiązki mają świadczeniodawcy.

Zrozumienie zasad działania systemu pozwala również lepiej korzystać z nowoczesnych rozwiązań, takich jak e-recepty, e-skierowania, IKP. Młodzi ludzie uczą się, jak założyć konto, jak go używać, jak sprawdzić historię leczenia czy dawkowanie leków. Wiedza ta sprzyja nie tylko ich własnemu bezpieczeństwu zdrowotnemu, ale także umożliwia im wspieranie członków rodziny w korzystaniu z systemu ochrony zdrowia.

Ponadto edukacja w tym zakresie wzmacnia kompetencje zdrowotne (ang. *health literacy*), czyli zdolność do pozyskiwania, rozumienia i wykorzystywania informacji zdrowotnych w codziennym życiu, oraz sprzyja kształtowaniu odpowiedzialnych postaw prozdrowotnych i obywatelskich.

NFZ – Narodowy
Fundusz Zdrowia

IKP – Internetowe Konto
Pacjenta

1.1.3. Powiązanie z celami podstawy programowej

Tematyka dotycząca systemów ochrony zdrowia w sposób istotny realizuje cele ogólne podstawy programowej przedmiotu edukacja zdrowotna. Umożliwia uczniom rozwijanie odpowiedzialności za zdrowie własne i innych oraz wspiera kształtowanie kluczowych kompetencji zdrowotnych. Dzięki analizie struktury i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia uczniowie uczą się rozpoznawać i oceniać czynniki wpływające na zdrowie – zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i społecznym czy środowiskowym. Tematy te sprzyjają również budowaniu postawy zaangażowania w działania na rzecz dobra wspólnego i ochrony zdrowia publicznego, a także podkreślają znaczenie aktywności obywatelskiej oraz współodpowiedzialności za sprawne funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej.

1.2. Definicja i podstawowe cele systemu ochrony zdrowia

1.2.1. Co to jest system ochrony zdrowia?

System ochrony zdrowia to zorganizowany zbiór instytucji, ludzi, zasobów i działań, których celem jest ochrona, utrzymanie i poprawa zdrowia obywateli.² Obejmuje nie tylko leczenie chorób, ale również działania profilaktyczne, promocję zdrowia, rehabilitację i opiekę długoterminową.³

System ochrony zdrowia tworzą:

- podmioty lecznicze – instytucje świadczące usługi (np. szpitale, przychodnie, gabinety stomatologiczne);
- organy odpowiedzialne za finansowanie i zarządzanie świadczeniami zdrowotnymi (m.in. NFZ, Ministerstwo Zdrowia);
- personel medyczny i administracyjny;
- ramy prawne i organizacyjne;
- obywatele – jako pacjenci i uczestnicy systemu – świadczeniobiorcy.⁴

System ochrony zdrowia działa na podstawie ustalonych przepisów i standardów, które mają zapewnić dostępność, jakość i bezpieczeństwo usług zdrowotnych.⁵

Każdy system ochrony zdrowia (niezależnie od kraju) dąży do realizacji czterech podstawowych celów:

- zapewnienia dostępności – wszyscy obywatele powinni mieć możliwość korzystania z usług zdrowotnych, niezależnie od ich miejsca zamieszkania, statusu społecznego czy dochodu;
- zapewnienia jakości udzielanych świadczeń – świadczenia zdrowotne powinny być bezpieczne, skuteczne i zgodne z aktualną wiedzą medyczną;

- zapewnienia efektywności – system powinien wykorzystywać zasoby w sposób racjonalny, osiągając jak najlepsze wyniki zdrowotne przy ograniczonych środkach;
- zapewnienia równości – wszystkich pacjentów należy traktować sprawiedliwie, a system powinien niwelować istniejące nierówności w dostępie do opieki.⁶

1.2.2. Modelowe systemy ochrony zdrowia w Europie i na świecie

Systemy ochrony zdrowia różnią się znacznie w zależności od kraju – zarówno pod względem źródeł finansowania, organizacji świadczeń, jak i zakresu dostępnych usług. Współczesne systemy są zwykle mieszane, ale opierają się na klasycznych, czyli modelowych systemach. Są to cztery modele: model Beveridge’a, model Bismarcka, model prywatno-rynkowy (liberalny lub rezydualny) oraz model Siemaszki. Modele te ukształtowały się w XIX i XX w. Zrozumienie ich logiki pozwala lepiej ocenić korzyści i ograniczenia wynikające z funkcjonowania danego systemu – szczególnie z perspektywy pacjenta. Różnice między modelami dotyczą przede wszystkim sposobu finansowania, dostępności usług zdrowotnych oraz stopnia zaangażowania państwa.

W modelu Beveridge’a i Siemaszki to państwo odpowiada za większość usług i ich finansowanie, natomiast w modelu Bismarcka kluczową rolę odgrywają niezależne fundusze ubezpieczeniowe. Model prywatno-rynkowy wyróżnia się największą rolą sektora prywatnego. Tradycyjne modele systemów zdrowotnych można uznać za wzorce opisujące pożądany, idealny kształt systemu. Stanowią zbiór potencjalnie możliwych rozwiązań, spośród których można wybierać te, które w danych warunkach będą najlepsze. Kraje dostosowują dany model do własnych uwarunkowań w sposób indywidualny, tzn. decydują się na zastosowanie wybranych elementów z wzorcowych systemów, adekwatnych do sytuacji kraju.

Podstawowe założenia systemów modelowych:

- model Beveridge’a – narodowa służba zdrowia; w tym modelu państwo odgrywa główną rolę – finansuje ochronę zdrowia z podatków i samo organizuje opiekę zdrowotną poprzez sieć publicznych placówek; obywatele nie ponoszą kosztów w miejscu świadczenia usług – nie płacą za wizyty, badania czy hospitalizację; system ten zakłada równość i powszechny dostęp do opieki zdrowotnej, niezależnie od sytuacji materialnej; model Beveridge’a wywodzi się z Wielkiej Brytanii i tam funkcjonuje, modelowe założenia tego systemu przyjęły m.in. kraje skandynawskie, Hiszpania czy Włochy;
- model Bismarcka – model oparty na obowiązkowych składkach ubezpieczeniowych odprowadzanych przez pracodawców i pracowników; świadczenia zdrowotne są finansowane przez kasę chorych (lub fundusz, np. NFZ w Polsce), a usługi mogą być realizowane zarówno przez sektor publiczny,

jak i prywatny; pacjenci mają możliwość wyboru lekarza i placówki, często współpłacą za niektóre świadczenia (np. leki, zabiegi stomatologiczne / leczenie stomatologiczne);

- model prywatno-rynkowy (liberalny) – ochrona zdrowia opiera się głównie na prywatnych ubezpieczeniach zdrowotnych zawieranych indywidualnie lub przez pracodawcę; państwo wspiera jedynie wybrane grupy (np. osoby starsze i najuboższych – programy Medicare i Medicaid w USA); koszty leczenia są wysokie, a brak ubezpieczenia może oznaczać ograniczony dostęp do opieki zdrowotnej⁷;
- model Siemaszki – państwowy model centralistyczny; model ten zakładał pełne finansowanie ochrony zdrowia przez państwo z budżetu, silną centralizację i jednolitą sieć placówek publicznych; świadczenia były formalnie dostępne dla wszystkich obywateli bezpłatnie, jednak w praktyce system był mało elastyczny, cierpiał na niedobory i niską jakość usług; choć model ten miał walory egalitarne, brak konkurencji i innowacji doprowadził do jego erozji (tabela II.1.1).⁵

Tabela II.1.1.
Porównanie modelowych systemów ochrony zdrowia i konsekwencji ich wyboru dla pacjenta

Model	Finansowanie	Dostępność	Wybór lekarza	Koszty dla pacjenta	Główne wyzwania
Beveridge'a	podatki	powszechna	ograniczony	brak	kolejki, ograniczony budżet
Bismarcka	składki ubezpieczeniowe	powszechna	szeroki	częściowo odpłatne	nierówności regionalne
Prywatno-rynkowy	prywatne składki	ograniczona	zależny od polisy	wysokie	wykluczenie nieubezpieczonych
Siemaszki	budżet państwa	teoretycznie pełna	ograniczony	brak	niedobory, biurokracja, brak innowacji

1.2.3. Organizacja systemu ochrony zdrowia w Polsce

Artykuł 68. Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej stanowi fundament prawny ochrony zdrowia w Polsce. Gwarantuje każdej osobie prawo do ochrony zdrowia, a na władze publiczne nakłada obowiązek tworzenia systemu, który zapewni wszystkim obywatelom równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, niezależnie od ich sytuacji finansowej.

Zgodnie z ustępem 1. tego artykułu każda osoba ma prawo do ochrony zdrowia. Jest to tzw. prawo podmiotowe – państwo zobowiązane jest do podejmowania działań umożliwiających realizację tego prawa, choć nie oznacza to automatycznego prawa do domagania się konkretnych świadczeń medycznych. Ustęp 2. nakłada na państwo obowiązek zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych wszystkim obywatelom, niezależnie od ich statusu materialnego. Jednocześnie zaznacza, że warunki i zakres tych świadczeń

muszą być określone w ustawach, co pozostawia władzom pewną elastyczność w ich definiowaniu.

W ustępie 3. konstytucja zobowiązuje władze publiczne do zapewnienia szczególnej opieki dzieciom, kobietom w ciąży, osobom starszym i z niepełnosprawnościami. Choć zapis ten nie tworzy automatycznego prawa do konkretnych świadczeń dla tych grup, podkreśla konieczność objęcia ich szczególnym wsparciem i troską ze strony państwa. Kolejny ustęp, czyli 4., wskazuje na obowiązek władz w zakresie zwalczania chorób zakaźnych oraz podejmowania działań zmniejszających negatywny wpływ degradacji środowiska na zdrowie. Wymaga to współpracy między różnymi sektorami administracji publicznej oraz działań o charakterze prewencyjnym i edukacyjnym.

Ustęp 5. natomiast odnosi się do promocji kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży. Władze publiczne powinny wspierać aktywność fizyczną obywateli jako ważny element zdrowego stylu życia poprzez budowę infrastruktury sportowej, organizację zajęć oraz prowadzenie kampanii edukacyjnych. W ten sposób konstytucja nie tylko gwarantuje prawo do ochrony zdrowia, ale także zobowiązuje państwo do aktywnej polityki prozdrowotnej w wielu obszarach życia społecznego.⁸

Podsumowując, art. 68 nie gwarantuje każdej osobie konkretnego świadczenia, ale nakłada na państwo obowiązek tworzenia systemu ochrony zdrowia, który zapewni równość, wsparcie dla grup szczególnie wrażliwych i działania profilaktyczne na poziomie społecznym.

Polski system ochrony zdrowia działa na podstawie tzw. zasady solidaryzmu społecznego – oznacza to, że wszyscy obywatele, niezależnie od sytuacji materialnej, mają prawo do korzystania z usług zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych i jednocześnie ponoszą wspólną odpowiedzialność za finansowanie usług zdrowotnych poprzez obowiązkowe składki. Za finansowanie świadczeń zdrowotnych odpowiada NFZ, który zarządza środkami pochodzącymi głównie ze składek zdrowotnych, a także bezpośrednio z budżetu państwa. Prawo do świadczeń zdrowotnych przysługuje osobom ubezpieczonym, czyli tym, które opłacają składkę zdrowotną lub są do niej zgłoszone (np. jako członek rodziny).

Główne instytucje systemu ochrony zdrowia i ich rola

- **Narodowy Fundusz Zdrowia** – instytucja finansująca świadczenia zdrowotne, podpisuje umowy z podmiotami leczniczymi, zarówno publicznymi, jak i prywatnymi.⁴
- **Ministerstwo Zdrowia** – odpowiada za kreowanie polityki zdrowotnej, ustawodawstwo, standardy i nadzór nad systemem.⁹

- **Podmioty medyczne** (szpitale, przychodnie, gabinety) – realizują świadczenia zdrowotne finansowane przez NFZ oraz odpłatnie; pacjenci mają prawo wyboru placówki spośród tych, które podpisały kontrakt z NFZ.¹⁰
- **Państwowa Inspekcja Sanitarna** (sanepid) – dba o bezpieczeństwo zdrowotne populacji poprzez nadzór nad warunkami sanitarnymi i epidemiologią.⁴

Poziomy opieki zdrowotnej

- **POZ** – pierwszy kontakt pacjenta z systemem (lekarz rodzinny, pielęgniarka i położna). Pacjent może wybrać swojego świadczeniodawcę poprzez złożenie tzw. deklaracji wyboru. Pacjenci mają prawo wyboru i skierowania się do dowolnej placówki posiadającej kontrakt z NFZ, bezpłatnie można zmieniać lekarza rodzinnego raz na pół roku.¹¹
- **AOS** – dostępna po skierowaniu od POZ; pacjent ma prawo wyboru poradni i specjalisty na terenie całego kraju, pod warunkiem że mają podpisany kontrakt z NFZ; bez skierowania od lekarza rodzinnego pacjent może zgłosić się do specjalisty: ginekologa i położnika, onkologa, psychiatry, wenerologa, dentysty, psychologa oraz psychoterapeuty do 18. r.ż.⁴
- **Leczenie szpitalne, czyli trzeci szczebel opieki** – do szpitala pacjenta może skierować każdy lekarz, nawet taki, u którego leczy się poza system NFZ (prywatnie). Do szpitala (na SOR) możemy zgłosić się także bez skierowania w przypadku nagłego pogorszenia stanu zdrowia, po urazie, zatruciu, w sytuacji zagrożenia życia.⁴
- **Opieka długoterminowa, rehabilitacja, leczenie sanatoryjne, stomatologia i hospicja** – dostępne w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz częściowo odpłatnie.⁹

POZ – podstawowa opieka zdrowotna

AOS – ambulatoryjna opieka specjalistyczna

SOR – szpitalny oddział ratunkowy

1.2.4. E-narzędzia dla pacjenta

IKP to bezpłatna aplikacja udostępniana przez Ministerstwo Zdrowia, która umożliwia szybki dostęp do informacji o swoim leczeniu, receptach, skierowaniach i wynikach badań. Dzięki IKP pacjenci mogą również zarządzać uprawnieniami do wglądu w swoje dane zdrowotne.

Internetowe Konto Pacjenta oraz aplikacja mojejIKP umożliwiają:

- dostęp do e-recept, e-skierowań, historii leczenia;
- zmianę lub wybór POZ;
- dostęp do orzeczeń, wyników badań i certyfikatów zdrowotnych.¹²

Aktualne informacje o zasadach korzystania z systemu opieki zdrowotnej można znaleźć na oficjalnych stronach rządowych: ► pacjent.gov.pl oraz

► pacjent.gov.pl

►► www.nfz.gov.pl

NFZ: ►► www.nfz.gov.pl. Są to wiarygodne źródła, które każdy może odwiedzać w celu uzyskania bieżących informacji o zasadach działania systemu ochrony zdrowia, przysługujących uprawnieniach, dostępnych usługach oraz e-narzędziach wspierających pacjenta. Przykładowe kategorie informacji z tych stron przedstawia rycina II.1.1.

ZUS – Zakład
Ubezpieczeń
Społecznych

KRUS – Kasa Rolniczego
Ubezpieczenia
Społecznego

1.2.5. Finansowanie ochrony zdrowia

Główne źródło stanowią składki na obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne, które trafiają do NFZ. Składki opłacane są m.in. przez osoby zatrudnione, samozatrudnione, emerytów oraz rolników i pobierane przez ZUS i KRUS. NFZ rozdziela środki między świadczeniodawców, podpisując umowy na realizację świadczeń zdrowotnych.

Podstawowe źródła finansowania systemu zdrowia:

- składki zdrowotne – trafiające do NFZ, stanowiące podstawę finansowania świadczeń gwarantowanych;
- budżet państwa – finansowanie m.in. niektórych programów zdrowotnych, szczepień, opieki psychiatrycznej, zdrowia publicznego;
- budżety samorządów terytorialnych – prowadzenie przychodni, lokalne programy zdrowotne;
- wydatki prywatne pacjentów – pokrywane z własnych środków, często stanowią znaczne obciążenie finansowe;
- ubezpieczenia dobrowolne – pakiety zdrowotne, abonamenty medyczne.

Rycina II.1.1.

Organizacja opieki
zdrowotnej w Polsce
(zrzut ekranu ze strony
Ministerstwa Zdrowia
i Narodowego Funduszu
Zdrowia)

Źródło: Serwis Ministerstwa
Zdrowia i Narodowego Funduszu
Zdrowia.

System zdrowia. <https://pacjent.gov.pl/system-zdrowia>.
Opublikowano 17.09.2020.
Zmodyfikowano 10.09.2024.
Dostęp 17.10.2025.

System zdrowia

Dowiedz się, jak jest zorganizowana opieka zdrowotna w Polsce i jakiej pomocy możesz oczekiwać. Najważniejsze ogniwa tego systemu to praktyki lekarskie, pielęgniarek i położnych, przychodnie i szpitale



Program in vitro



Zasady korzystania
z systemu



Podstawowa opieka
zdrowotna



Ambulatoryjna opieka
specjalistyczna



Leczenie szpitalne



Opieka psychiatryczna
i leczenie uzależnień



Rehabilitacja
lecnicza



Opieka
długoterminowa



Leczenie
stomatologiczne



Uzdrowiska



Leki i wyroby
medyczne



Ratownictwo
medyczne



Opieka paliatywna
i hospicyjna



Twoje prawa



Leczenie
za granicą



Słownik
terminów

Drugim istotnym komponentem finansowania są wydatki prywatne ponoszone bezpośrednio przez pacjentów, m.in. na:

- leki dostępne bez recepty i na receptę (w tym odpłatność poza limitem refundacji);
- usługi medyczne świadczone komercyjnie (np. prywatne wizyty u specjalistów);
- wyroby medyczne i suplementy diety;
- świadczenia opiekuńcze i rehabilitacyjne.

Według wstępnych danych opublikowanych przez Główny Urząd Statystyczny w ramach Narodowego Rachunku Zdrowia za 2022 r. całkowite bieżące wydatki na ochronę zdrowia w Polsce wyniosły 196,2 mld PLN co odpowiadało 6,4% PKB. Zdecydowaną większość tej kwoty – 144,6 mld PLN czyli ok. 73,7% wszystkich nakładów – stanowiły wydatki publiczne, finansowane głównie ze składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz środków budżetowych. Pozostała część, czyli 51,6 mld PLN (ok. 26,3%), to wydatki prywatne ponoszone przez gospodarstwa domowe i inne podmioty spoza sektora finansów publicznych. Sam udział gospodarstw domowych w tych kosztach wyniósł 36,96 mld PLN, co stanowiło 18,8% całkowitych wydatków bieżących na zdrowie. Wysoki udział nakładów prywatnych może wpływać na poziom nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych, szczególnie wśród osób o niższych dochodach.¹³

Poniższa tabela (tabela II.1.2) przedstawia zestawienie głównych kategorii wydatków na ochronę zdrowia w 2022 r.¹³

Kategorie wydatków	Wartość (mld PLN)	% wydatków bieżących	% PKB
Całkowite wydatki zdrowotne	196,2	100	6,4
Wydatki publiczne	144,6	73,7	4,7
Wydatki prywatne	51,6	26,3	1,7 (?)
W tym gospodarstwa domowe	36,96	18,8	–

PKB – produkt krajowy brutto

Tabela II.1.2.
Wydatki na ochronę zdrowia w 2022 r.

Opracowano na podstawie:
Główny Urząd Statystyczny.
Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 27 września 2024 r. w sprawie Narodowego Rachunku Zdrowia za 2022 r. stat.gov.pl/sygnalne/komunikaty-i-obwieszczenia/lista-komunikatow-i-obwieszczen/obwieszczenie-w-sprawie-narodowego-rachunku-zdrowia-za-2022-rok,283,11.html. Dostęp 6.07.2025.

1.2.6. Dostępność i nierówności w opiece zdrowotnej

Dostępność do opieki zdrowotnej to jeden z podstawowych celów i mierników efektywności systemu ochrony zdrowia. Oznacza możliwość uzyskania świadczeń medycznych w odpowiednim czasie, miejscu i zakresie – bez względu na status społeczno-ekonomiczny, miejsce zamieszkania czy wiek.

Nierówności w zdrowiu to różnice w stanie zdrowia i dostępie do opieki zdrowotnej pomiędzy różnymi grupami społecznymi, które wynikają z czynników niezależnych od jednostki (np. miejsce zamieszkania, wykształcenie, poziom dochodów, warunki pracy i życia).

Bariery w dostępie do opieki zdrowotnej w Polsce pozostają istotnym problemem systemowym. Jednym z głównych wyzwań są długie kolejki do specjalistów i zabiegów – pacjenci często muszą czekać miesiącami na leczenie szpitalne lub konsultację ze specjalistą. Sytuację pogarszają braki kadrowe, zwłaszcza w regionach wiejskich i mniejszych miastach, gdzie liczba lekarzy i pielęgniarek jest ograniczona. Dodatkowo poza dużymi ośrodkami miejskimi obserwuje się niedobór odpowiedniej infrastruktury medycznej, co utrudnia świadczenie usług na odpowiednim poziomie. Istotną barierą są także wysokie wydatki prywatne ponoszone przez pacjentów, obejmujące m.in. zakup leków, korzystanie z diagnostyki poza systemem NFZ czy finansowanie leczenia stomatologicznego, które w dużej mierze pozostaje poza koszykiem świadczeń gwarantowanych.

Problemy te powodują utrzymywanie się nierówności zdrowotnych, które przejawiają się m.in. krótszą długością życia osób o niższym poziomie wykształcenia oraz większą zapadalnością na choroby przewlekłe w grupach o niższym statusie materialnym. Dzieci wychowujące się w rodzinach o niskich dochodach często charakteryzują się gorszym stanem zdrowia, co może wpływać na ich rozwój i możliwości edukacyjne. Mieszkańcy regionów słabiej rozwiniętych gospodarczo również napotykają trudności w dostępie do specjalistycznej opieki zdrowotnej, co pogłębia różnice w poziomie zdrowia między społecznościami.

Według raportów OECD i WHO Polska – podobnie jak wiele innych krajów – zmagą się z geograficznymi i ekonomicznymi barierami w dostępie do świadczeń zdrowotnych. Duże różnice w dostępności występują między województwami, a także między obszarami miejskimi i wiejskimi.^{14,15}

Ponadto wysoki udział wydatków prywatnych (ok. 26%) w całkowitych nakładach na ochronę zdrowia pogłębia różnice w korzystaniu z opieki zdrowotnej pomiędzy zamożniejszymi a mniej zamożnymi obywatelami.

Podsumowanie

System ochrony zdrowia odgrywa kluczową rolę w zapewnianiu bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli – zarówno w zakresie leczenia, jak i profilaktyki, promocji zdrowia i reagowania na zagrożenia. Szczególne znaczenie ma dla dzieci i młodzieży, które w okresie rozwoju potrzebują kompleksowej, dobrze zorganizowanej opieki zdrowotnej.

Wprowadzenie do tematyki systemów ochrony zdrowia w edukacji szkolnej sprzyja rozwijaniu kompetencji zdrowotnych, pozwala zrozumieć, jak działa system, jakie prawa ma pacjent oraz jak korzystać z nowoczesnych narzędzi cyfrowych, takich jak IKP czy e-recepty. Ma to także wymiar obywatelski – uczy odpowiedzialności za wspólne dobro i podkreśla znaczenie działań prozdrowotnych w wymiarze społecznym.

Wnioski i znaczenie dla edukacji zdrowotnej:

- znajomość struktury systemu ochrony zdrowia umożliwia młodzieży umiejętne korzystanie z usług, takich jak wybór lekarza POZ, zapis do IKP, skorzystanie z teleporady;
- wiedza o funkcjonowaniu POZ, AOS czy szpitali pozwala uczniom i rodzicom zrozumieć, gdzie zwrócić się po pomoc i kiedy można skorzystać ze świadczeń bez kolejek lub opłat;
- znajomość praw pacjenta i obowiązków instytucji pomaga w samodzielnym i świadomym korzystaniu z systemu – uczy odpowiedzialności obywatelskiej;
- znajomość podstawowych zagadnień zdrowia publicznego pokazuje, że system ochrony zdrowia działa także profilaktycznie, edukacyjnie i holistycznie.

Piśmiennictwo

1. Piotrowicz M, Cianciara D, Wysocki MJ. Systemy zdrowotne dla zdrowia i dobrobytu – Karta z Tallina. *Przegl Epidemiol.* 2009;63:321–324 www.przglepidemiol.pzh.gov.pl/pdf=179772-100354-?filename=Systemy%20zdrowotne%20dla.pdf. Dostęp 10.12.2025.
2. World Health Organisation. The world health report 2000. Health systems: improving performance. Genewa: World Health Organisation; 2000. www.who.int/publications/i/item/924156198X. Dostęp 10.07.2025.
3. Sowada Ch, Sagan A, Kowalska-Bobko I, et al. Poland: Health system review. *Health Syst Transit.* 2019;21(1). iris.who.int/server/api/core/bitstreams/2083012f-8f96-4145-933a-9f9b7808a273/content. Dostęp 10.07.2025.
4. pacjent.gov.pl. Serwis Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia. Wiesz, jak działa system ochrony zdrowia? <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/wiesz-jak-dziala-system-ochrony-zdrowia>. Dostęp 17.10.2025.
5. Golinowska S, Czepiel J, Domagała A, et al, red. *Zdrowie publiczne. Wymiar społeczny i ekonomiczny*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2022.
6. Pinkas J. *Współczesne wyzwania zdrowia publicznego. Wybrane zagadnienia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2022.
7. Munira Z, Gunja, Evan D, Gumas, Reginald D, Williams II. U.S. Health Care from a Global Perspective, 2022: Accelerating Spending, Worsening Outcomes. The Commonwealth Fund; 2022. doi:10.26099/8ejy-yc74
8. Działocha K, Garlicki L, Sarnecki P, Sokolewicz W, Trzciński J. *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz. T. III*. Warszawa: Wydawnictwo Sejmowe; 200.
9. pacjent.gov.pl. Serwis Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia. Bezpieczeństwo pacjenta – poznaj swoje prawa. <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/bezpieczenstwo-pacjenta-poznaj-swoje-prawa>. Dostęp 17.10.2025.
10. pacjent.gov.pl. Serwis Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia. Poznaj system opieki zdrowotnej. <https://pacjent.gov.pl/system-opieki-zdrowotnej>. Dostęp 17.10.2025.
11. pacjent.gov.pl. Serwis Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia. Podstawowa opieka zdrowotna. <https://pacjent.gov.pl/podstawowa-opieka-zdrowotna>. Dostęp 17.10.2025.
12. pacjent.gov.pl. Serwis Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia. Internetowe Konto Pacjenta – centrum wsparcia. <https://pacjent.gov.pl/internetowe-konto-pacjenta/pytania-i-odpowiedzi>. Dostęp 17.10.2025.
13. Główny Urząd Statystyczny. Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 27 września 2024 r. w sprawie Narodowego Rachunku Zdrowia za 2022 r. stat.gov.pl/sygnalne/komunikaty-i-obwieszczenia/lista-komunikatow-i-obwieszczen/obwieszczenie-w-sprawie-narodowego-rachunku-zdrowia-za-2022-rok,283,11.html. Dostęp 6.07.2025.

14. Organisation for Economic Co-operation and Development, European Observatory on Health Systems and Policies. State of Health in the EU: Poland – Country Health Profile 2023. Paryż: OECD Publishing; 2023.
15. World Health Organisation. Regional Office for Europe. The European Health Report 2021. Taking stock of the health-related Sustainable Development Goals in the COVID-19 era with a focus on leaving no one behind. Highlights. Kopenhaga: WHO Regional Office for Europe; 2021. www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057547. Dostęp 10.12.2025.

Promocja zdrowia i planowanie programów zdrowotnych

Dorota Kiedik

Katedra Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

2.1. Wprowadzenie

Promocja zdrowia to główny obszar działań w ramach zdrowia publicznego, który koncentruje się na umożliwieniu ludziom zwiększenia kontroli nad własnym zdrowiem i jego poprawy. Wykracza poza działania medyczne i profilaktyczne – obejmuje kształtowanie zdrowego stylu życia, tworzenie sprzyjającego środowiska, rozwijanie umiejętności życiowych i wzmacnianie działań społecznych. Celem promocji zdrowia jest nie tylko zapobieganie chorobom, ale również budowanie dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego całych populacji.¹

W odróżnieniu od profilaktyki, która skupia się na zapobieganiu konkretnym chorobom, promocja zdrowia ma charakter szerszy – działa proaktywnie, angażując różne sektory i poziomy społeczeństwa. Jej fundamentem jest holistyczne podejście do człowieka i jego środowiska.²

Jednym z najważniejszych dokumentów definiujących promocję zdrowia jest Karta Ottawska przyjęta podczas pierwszej międzynarodowej konferencji promocji zdrowia zorganizowanej przez WHO w 1986 r. Dokument ten wskazuje pięć kluczowych obszarów działań:

- tworzenie polityki sprzyjającej zdrowiu (ang. *healthy public policy*);
- tworzenie środowisk wspierających zdrowie;
- wzmacnianie działań społecznych (ang. *community action*);
- rozwijanie umiejętności osobistych (ang. *personal skills*);
- reorientacja usług zdrowotnych w kierunku działań prozdrowotnych.³

Kolejne dokumenty WHO, takie jak Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World (2005) oraz deklaracja szanghajska z 2016 r. (dokument, który powstał podczas Global Conference on Health Promotion w Szanghaju), podkreślają znaczenie promocji zdrowia w kontekście globalnych nierówności zdrowotnych, rozwoju społecznego i celów zrównoważonego rozwoju.^{4,5}

WHO – World Health Organization; Światowa Organizacja Zdrowia

2.1.1. Uzasadnienie obecności tematu w edukacji szkolnej

Wprowadzenie edukacji na temat promocji zdrowia do programów nauczania w szkołach jest niezbędne do budowania kompetencji zdrowotnych młodzieży, czyli zdolności do pozyskiwania, rozumienia i wykorzystywania informacji zdrowotnych w codziennym życiu. Dzieci i młodzież jako osoby znajdujące się w najważniejszym okresie rozwoju fizycznego i psychospołecznego szczególnie potrzebują narzędzi do świadomego podejmowania decyzji zdrowotnych i społecznych.

Zrozumienie zasad promocji zdrowia pozwala młodym ludziom:

- lepiej rozumieć własne potrzeby zdrowotne;
- podejmować odpowiedzialne decyzje dotyczące stylu życia;
- angażować się w działania społeczne na rzecz zdrowia w szkole i lokalnym środowisku, przeciwdziałać dezinformacji i promować rzetelne źródła wiedzy.

Szkoła jest idealnym miejscem do promowania zdrowia – jest środowiskiem, które kształtuje postawy i wzorce zachowań. Nauczanie o promocji zdrowia przygotowuje uczniów nie tylko do dbania o własne zdrowie, ale także do bycia aktywnymi obywatelami, którzy rozumieją rolę zdrowia publicznego w społeczeństwie.²

2.1.2. Powiązanie z celami podstawy programowej

Tematyka promocji zdrowia bezpośrednio wpisuje się w cele ogólne i szczegółowe podstawy programowej przedmiotu edukacja zdrowotna. Rozdział ten wspiera realizację trzech głównych celów:

- kształtowania odpowiedzialności za zdrowie własne i innych osób oraz rozwijanie kompetencji zdrowotnych;
- rozwijania umiejętności rozpoznawania i oceny czynników wpływających na zdrowie w kontekście jednostkowym, społecznym i środowiskowym;
- kształtowania postawy zaangażowania w działania na rzecz ochrony zdrowia publicznego i dobra wspólnego.

W ramach celów szczegółowych uczniowie uczą się definiować i rozróżniać pojęcia promocji zdrowia, profilaktyki i leczenia, identyfikować czynniki wpływające na zdrowie i dobrostan, analizować podstawowe dokumenty WHO, takie jak Deklaracja Ottawska i Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World (2005), oraz rozpoznawać rolę szkoły jako środowiska promującego zdrowie. Dodatkowo rozwijają umiejętność planowania i wdrażania działań prozdrowotnych w środowisku lokalnym.

2.1.3. Czym jest promocja zdrowia

Promocja zdrowia to wszystkie działania, które pomagają ludziom lepiej dbać o swoje zdrowie i wzmacniać nad nim kontrolę. Oznacza to nie tylko unikanie chorób, ale przede wszystkim tworzenie takich warunków życia, które sprzyjają zdrowiu – w domu, szkole, pracy i społeczności.

Według definicji WHO promocja zdrowia to „proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem i jego poprawę”. Kluczowe jest tu słowo proces, czyli długotrwałe, świadome działanie obejmujące edukację, zmianę nawyków i tworzenie zdrowego otoczenia.

Promocja zdrowia dotyczy:

- zdobywania wiedzy o zdrowym stylu życia;
- budowania motywacji i nawyków prozdrowotnych;
- tworzenia środowiska, które wspiera zdrowe wybory (np. dostęp do zdrowej żywności, bezpieczne place zabaw, programy antynikotynowe).

2.1.4. Różnica między promocją zdrowia, profilaktyką a leczeniem

Choć pojęcia promocja zdrowia, profilaktyka i leczenie bywają używane zamiennie, w rzeczywistości odnoszą się do odmiennych strategii w podejściu do zdrowia i choroby – różnią się celem, momentem interwencji oraz zakresem działań. Można je potraktować jako kolejne etapy działania na osi czasu – od zapobiegania, przez wczesne wykrywanie, aż po interwencję medyczną.

Promocja zdrowia koncentruje się na wzmacnianiu zasobów jednostki i społeczności, zanim pojawią się jakiegokolwiek symptomy choroby. Jej celem jest poprawa ogólnej jakości życia i zdrowia, wspieranie zdrowych wyborów i tworzenie środowiska sprzyjającego zdrowiu. Można powiedzieć, że promocja zdrowia „działa z wyprzedzeniem”, zanim pojawi się realny problem zdrowotny.

Profilaktyka natomiast skupia się na konkretnych zagrożeniach zdrowotnych i podejmuje działania zmniejszające ryzyko ich wystąpienia (profilaktyka pierwotna), wykrywania choroby we wczesnym stadium (profilaktyka wtórna) lub zapobiegania powikłaniom i nawrotom (profilaktyka trzeciego stopnia).

Często stosuje się również podział profilaktyki na tzw. rzędy:

- **profilaktyka pierwszego rzędu (pierwotna)** – ma na celu zapobieganie występowaniu chorób poprzez eliminację czynników ryzyka i promowanie zdrowego stylu życia; przykładem są szczepienia ochronne (np. przeciwko HPV, grypie), edukacja zdrowotna w szkołach (np. o skutkach palenia tytoniu),

HPV – ang. *Human Papilloma virus*; wirus brodawczaka ludzkiego

promowanie aktywności fizycznej, profilaktyczne lakierowanie zębów, a także programy przeciwdziałające uzależnieniom;

- **profilaktyka drugiego rzędu (wtórna)** – polega na wczesnym wykrywaniu chorób w fazie bezobjawowej oraz szybkim rozpoczęciu leczenia; obejmuje badania przesiewowe, takie jak mammografia, cytologia, kolonoskopia, a także pomiar ciśnienia tętniczego, stężenie cukru we krwi, testy słuchu i wzroku u dzieci czy bilanse zdrowia w populacji szkolnej;
- **profilaktyka trzeciego rzędu** – skupia się na ograniczeniu skutków choroby, zapobieganiu jej powikłaniom oraz poprawie jakości życia osób przewlekle chorych; przykładowe działania to rehabilitacja po udarze mózgu, programy edukacji dla osób z cukrzycą, opieka psychologiczna dla pacjentów onkologicznych oraz wsparcie społeczne i zawodowe osób z chorobami przewlekłymi;
- **profilaktyka czwartego rzędu** – to nowsze podejście, którego celem jest unikanie nadmiernej medykacji i interwencji, które mogą przynieść więcej szkód niż korzyści, zwłaszcza u pacjentów z chorobami przewlekłymi lub w podeszłym wieku; przykłady obejmują ograniczanie zbędnych badań diagnostycznych, unikanie nadużywania antybiotyków, promowanie opieki paliatywnej oraz świadome podejmowanie decyzji medycznych zgodnych z rzeczywistymi potrzebami pacjenta.

Leczenie to interwencja podejmowana wówczas, gdy choroba już wystąpiła. Celem jest eliminacja przyczyn i objawów, poprawa funkcjonowania chorego, a w przypadku chorób przewlekłych kontrolowanie przebiegu i poprawa jakości życia.

Zrozumienie różnic między promocją zdrowia, profilaktyką i leczeniem pomaga w świadomym projektowaniu działań zdrowotnych oraz planowaniu programów, które odpowiadają na realne potrzeby społeczności – zarówno w kontekście edukacji, jak i działań instytucjonalnych. W tabeli II.2.1 porównano główne cechy tych trzech podejść.

Tabela II.2.1.
Porównanie
najważniejszych cech
promocji zdrowia,
profilaktyki i leczenia

Pojęcie	Cel główny	Kiedy się odbywa	Przykłady działań
Promocja zdrowia	wzmacnianie zdrowia i jego ochrony	zanim pojawi się choroba	edukacja zdrowotna, zdrowe żywienie, aktywność fizyczna, ograniczanie stresu
Profilaktyka	zapobieganie chorobom lub ich skutkom	przed chorobą (profilaktyka pierwotna) i we wczesnych etapach choroby	szczepienia, badania przesiewowe, kontrola ciśnienia
Leczenie	usuwanie lub łagodzenie choroby	po wystąpieniu objawów	terapia farmakologiczna, operacje, rehabilitacja

Promocja zdrowia to więc nie jednorazowa kampania, lecz ciągły proces, który łączy działania indywidualne, edukacyjne i systemowe – wszystko po to, by zdrowie stało się codziennym wyborem i wspólnym dobrem.

2.2. Podstawowe założenia i cele promocji zdrowia

2.2.1. Promocja zdrowia jako proces wzmacniania kontroli nad własnym zdrowiem

Promocja zdrowia jest definiowana przez WHO jako proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad własnym zdrowiem i jego poprawę. Oznacza to nie tylko przekazywanie wiedzy o zdrowiu, ale przede wszystkim tworzenie takich warunków społecznych, środowiskowych i ekonomicznych, które ułatwiają podejmowanie zdrowych decyzji i stylu życia.³

Działania w zakresie promocji zdrowia wykraczają poza sferę medyczną – obejmują edukację zdrowotną, tworzenie zdrowych przestrzeni (np. szkół, miejsc pracy), wzmacnianie polityk sprzyjających zdrowiu oraz zaangażowanie społeczności lokalnych. Promocja zdrowia to również budowanie poczucia odpowiedzialności za zdrowie – zarówno jednostki, jak i wspólnoty.

2.2.2. Poziomy i obszary działań promujących zdrowie

Działania promujące zdrowie mogą być realizowane na wielu poziomach i w różnych obszarach – od jednostkowych decyzji dotyczących stylu życia po polityki zdrowotne kształtowane na poziomie lokalnym i krajowym. Ich skuteczność zależy od spójności i współdziałania tych poziomów:

- poziom indywidualny obejmuje edukację zdrowotną, rozwijanie umiejętności dbania o siebie, podejmowanie świadomych decyzji dotyczących zdrowego stylu życia – takich jak racjonalne odżywianie, regularna aktywność fizyczna, unikanie substancji psychoaktywnych czy radzenie sobie ze stresem; na tym poziomie bardzo ważna jest również motywacja wewnętrzna jednostki i jej kompetencje zdrowotne (ang. *health literacy*), czyli zdolność do pozyskiwania, rozumienia i wykorzystywania informacji dotyczących zdrowia⁶;
- poziom instytucjonalny dotyczy działań podejmowanych w miejscach nauki, pracy i codziennego funkcjonowania – takich jak szkoły, przedszkola, uczelnie, miejsca pracy czy instytucje opieki zdrowotnej; celem jest tworzenie tzw. zdrowych instytucji, które sprzyjają zdrowiu fizycznemu, psychicznemu i społecznemu wszystkich uczestników; przykładami są SPZ, programy prozdrowotne w zakładach pracy czy wdrażanie polityk przeciwdziałających przemocy w placówkach edukacyjnych⁷;

SPZ – Szkoły Promujące
Zdrowie

- poziom społeczny i systemowy obejmuje zintegrowane działania w skali lokalnej, regionalnej i krajowej, takie jak strategie zdrowia publicznego, lokalne polityki zdrowotne, kampanie społeczne, regulacje prawne (np. dotyczące jakości powietrza, dostępności zdrowej żywności, reklamy używek); na tym poziomie kluczowe jest kształtowanie środowiska sprzyjającego zdrowiu – zarówno fizycznego (infrastruktura sportowa, tereny zielone), jak i społecznego (spójność społeczna, bezpieczeństwo, równy dostęp do świadczeń zdrowotnych).¹

Zintegrowane podejście do promocji zdrowia zakłada, że działania na wszystkich trzech poziomach powinny się wzajemnie wspierać i tworzyć spójny system, w którym jednostka, instytucja i państwo wspólnie ponoszą odpowiedzialność za zdrowie społeczne.

2.2.3. Modele i strategie promocji zdrowia

Wyróżnia się trzy podstawowe modele działań w zakresie promocji zdrowia: model medyczny, model edukacyjny oraz model społeczny. Każdy z nich przyjmuje inne założenia co do roli jednostki, instytucji i państwa w działaniach prozdrowotnych.

Model medyczny koncentruje się na interwencji medycznej i profilaktyce chorób, głównie w ujęciu klinicznym. Zakłada, że promocja zdrowia to zadanie personelu medycznego i opiera się na działaniach takich jak szczepienia, badania przesiewowe, kontrola czynników ryzyka czy edukacja pacjentów w gabinecie. Działania w tym modelu skupiają się na eliminacji patologii i opóźnianiu ich rozwoju, rzadziej zaś na wzmacnianiu zasobów zdrowia jednostki i społeczności. To podejście było dominujące przez wiele dekad w politykach zdrowotnych XX w. Jego celem jest wykrywanie i eliminacja chorób. Podejście to pozostaje ważne, ale nie jest wystarczające w budowaniu zdrowia populacyjnego.

Model edukacyjny zakłada, że podstawą zdrowia są świadome decyzje jednostki, oparte na wiedzy i zrozumieniu konsekwencji zdrowotnych własnych zachowań. Promocja zdrowia bazująca na tym modelu odbywa się przede wszystkim przez edukację zdrowotną, która wzmacnia kompetencje zdrowotne, kształtuje postawy i wspiera zmianę nawyków (np. rzucenie palenia, aktywność fizyczną, zdrowe odżywianie). Edukacja zdrowotna rozwija kompetencje zdrowotne, wspiera świadome wybory zdrowotne i wspomaga samodzielność w dbaniu o zdrowie.⁸

Model społeczny wychodzi poza jednostkę i podkreśla znaczenie uwarunkowań społecznych, środowiskowych i ekonomicznych w kształtowaniu zdrowia. Promocja zdrowia obejmuje tu nie tylko edukację, ale też działania systemowe: tworzenie polityk prozdrowotnych, kształtowanie środowiska fizycznego

i społecznego, regulacje prawne oraz włączanie społeczności w projektowanie i realizację programów zdrowotnych.

Efektywna promocja zdrowia w praktyce często wykorzystuje elementy wszystkich trzech modeli, integrując działania medyczne, edukacyjne i środowiskowe.

2.2.4. Środowiska działań prozdrowotnych: szkoła, rodzina, miejsce pracy, społeczność lokalna

Promocja zdrowia to nie tylko działania skierowane do jednostki, lecz także aktywność środowisk, w których funkcjonuje człowiek. Kluczowe znaczenie mają cztery podstawowe środowiska życia: szkoła, rodzina, miejsce pracy i społeczność lokalna.

2.2.4.1. Szkoła

Szkoła jest jednym z najważniejszych środowisk dla kształtowania postaw prozdrowotnych dzieci i młodzieży. Koncepcja Szkoły Promującej Zdrowie zapoczątkowana przez WHO i rozwijana w Polsce od lat 90. XX w. zakłada holistyczne podejście, w którym zdrowie staje się integralną częścią życia szkoły. Promocja zdrowia powinna obejmować nie tylko działania edukacyjne, ale również tworzenie sprzyjającego zdrowiu klimatu, relacji i warunków fizycznych. Celem SPZ jest wspieranie uczniów, nauczycieli i całej społeczności szkolnej w rozwijaniu kompetencji zdrowotnych, podejmowaniu działań na rzecz własnego zdrowia oraz budowaniu współodpowiedzialności za zdrowie w środowisku szkolnym.

Działania szkół promujących zdrowie obejmują m.in.:

- integrowanie edukacji zdrowotnej z codziennym życiem szkoły;
- wzmacnianie poczucia bezpieczeństwa i dobrego samopoczucia uczniów;
- aktywne włączanie rodziców i społeczności lokalnej w działania szkoły;
- podejmowanie inicjatyw poprawiających warunki nauki i odpoczynku.⁷

SPZ to nie tylko realizacja jednorazowych działań edukacyjnych, ale długofalowy proces zmian w kulturze szkoły, w tym w stylu zarządzania, sposobach komunikacji, zasadach współpracy i przestrzeni fizycznej szkoły. Wspieranie zdrowia w szkole wymaga więc nie tylko realizacji programów profilaktycznych, ale również tworzenia polityki prozdrowotnej, która wpływa na wszystkie aspekty życia szkolnego.

2.2.4.2. Rodzina

Rodzina jest pierwszym, najważniejszym i najtrwalszym środowiskiem wychowawczym, w którym kształtują się nawyki zdrowotne, styl życia i przekonania o zdrowiu. Wspierające, zaangażowane relacje rodzinne sprzyjają dobrostanowi psychicznemu i fizycznemu dzieci. Rodzice uczą modeli zachowań i są źródłem norm zdrowotnych. W rodzinie kształtowane są podstawowe wzorce zachowań zdrowotnych, dotyczące odżywiania, higieny, aktywności fizycznej, reagowania na stres czy korzystania z opieki zdrowotnej. Skuteczna promocja zdrowia w rodzinie wymaga budowania kompetencji rodzicielskich i dostarczania wsparcia instytucjonalnego (np. w poradniach rodzinnych, szkołach rodzenia).

Promocja zdrowia w rodzinie polega m.in. na:

- modelowaniu zdrowych zachowań przez rodziców;
- kształtowaniu właściwych nawyków zdrowotnych u dzieci;
- wspieraniu emocjonalnym;
- zapewnianiu bezpiecznego środowiska domowego;
- podejmowaniu wspólnych aktywności (np. sport, przygotowywanie posiłków).

Rodziny mają również wpływ na decyzje dotyczące korzystania z systemu ochrony zdrowia i uczestnictwa dzieci w programach profilaktycznych.⁹

2.2.4.3. Miejsce pracy

Miejsce pracy to środowisko, w którym osoby dorosłe spędzają znaczną część życia. Programy promujące zdrowie w miejscu pracy obejmują działania profilaktyczne, edukacyjne i organizacyjne, które sprzyjają zdrowemu stylowi życia i poprawiają warunki pracy. WHO podkreśla znaczenie tworzenia zdrowych miejsc pracy, które wspierają fizyczne i psychiczne zdrowie pracowników poprzez ergonomię, równowagę między życiem zawodowym a prywatnym, zarządzanie stresem i zdrowe relacje społeczne.¹⁰

2.2.4.4. Społeczność lokalna

Lokalne społeczności mogą tworzyć warunki sprzyjające zdrowiu poprzez infrastrukturę, polityki publiczne, inicjatywy społeczne i aktywizację obywateli. Gminne programy promocji zdrowia, dostęp do terenów rekreacyjnych, ścieżek rowerowych, czystego powietrza i zdrowej żywności to przykłady rozwiązań strukturalnych, które mogą wpływać na wybory zdrowotne mieszkańców. Budowanie partnerstw lokalnych (np. między szkołami, przychodniami, organizacjami pozarządowymi i władzami samorządowymi) zwiększa efektywność działań i ich zasięg.

2.2.5. Edukacja zdrowotna jako narzędzie promocji zdrowia

Edukacja zdrowotna to główny komponent promocji zdrowia, stanowiący proces kształtowania wiedzy, postaw i umiejętności, które umożliwiają jednostkom podejmowanie świadomych decyzji dotyczących zdrowia. Jej głównym celem jest rozwijanie kompetencji zdrowotnych, czyli zdolności do pozyskiwania, rozumienia i wykorzystywania informacji zdrowotnych w codziennym życiu.

W kontekście promocji zdrowia edukacja zdrowotna pełni funkcję zarówno profilaktyczną, jak i wspierającą pozytywne zmiany społeczne i środowiskowe. Jej zadaniem jest nie tylko przekazywanie wiedzy, ale przede wszystkim budowanie motywacji, poczucia sprawczości i kompetencji w zakresie dbania o zdrowie własne i innych. Rozumienie edukacji zdrowotnej obecnie nie ogranicza się tylko do uzyskania korzystnej zmiany zachowań uczniów. Od wielu lat podkreśla się, że edukacja jest długofalowym procesem społecznym.¹¹

Główne zadania edukacji zdrowotnej:

- zwiększanie wiedzy o zdrowiu i czynnikach ryzyka;
- rozwijanie umiejętności praktycznych (np. samoobserwacja, podejmowanie decyzji, komunikacja interpersonalna);
- kształtowanie postaw i wartości sprzyjających zdrowiu;
- wzmacnianie poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i innych;
- wspieranie środowiskowego podejścia do zdrowia.

Edukacja zdrowotna realizowana jest na różnych etapach życia i w różnych środowiskach – od przedszkola po miejsce pracy, a także w przestrzeni cyfrowej. Jej skuteczność zależy od dostosowania treści i metod do wieku, potrzeb i możliwości uczestników. Szczególnie istotne jest podejście holistyczne łączące aspekty poznawcze, emocjonalne i społeczne.

W publikacji *Edukacja zdrowotna* Woynarowska podkreśla, że skuteczna edukacja zdrowotna powinna być:

- zintegrowana z codziennym życiem uczniów i środowiskiem szkolnym;
- partycypacyjna, czyli angażująca uczniów w proces uczenia się i działania na rzecz zdrowia;
- systematyczna i długofalowa – realizowana nie okazjonalnie, lecz jako trwały element wychowania;
- oparta na dowodach naukowych i standardach WHO.¹²

2.2.6. Edukacja zdrowotna w systemie edukacji

Zgodnie z założeniami edukacji prozdrowotnej w szkole działania edukacyjne powinny być zintegrowane z codziennym życiem ucznia. Oznacza to nie tylko przekazywanie wiedzy, ale też tworzenie klimatu sprzyjającego zdrowiu (np. zdrowe żywienie w stołówkach, przerwy aktywizujące, wsparcie psychologiczne). Kluczowa jest spójność działań edukacyjnych, organizacyjnych i środowiskowych.

Cele edukacji zdrowotnej w kontekście promocji zdrowia:

- rozwijanie kompetencji zdrowotnych – umiejętności zdobywania, rozumienia i wykorzystywania informacji zdrowotnych;
- wzmacnianie zasobów jednostki i społeczności – kształtowanie umiejętności radzenia sobie z wyzwaniami zdrowotnymi i podejmowania działań na rzecz własnego zdrowia;
- wspieranie zmiany zachowań i postaw poprzez edukację, modelowanie pozytywnych wzorców oraz zaangażowanie środowiska.

Edukacja zdrowotna jest zatem nie tylko elementem kształcenia, ale także narzędziem budowania kapitału zdrowotnego społeczeństwa. Poprzez wspieranie rozwoju kompetencji zdrowotnych dzieci i młodzieży staje się fundamentem przyszłych postaw prozdrowotnych w dorosłym życiu.

Edukacja zdrowotna nie ogranicza się do przekazywania wiedzy, ale angażuje uczniów do działania i refleksji. Powinna być procesem ciągłym, realizowanym w sposób dostosowany do wieku i możliwości uczniów. Najskuteczniejsza jest w połączeniu z działaniami środowiskowymi i instytucjonalnymi (np. SPZ).

2.3. Planowanie programów zdrowotnych

Edukacja zdrowotna jako fundament promocji zdrowia nie przynosi oczekiwanych efektów bez dobrze zaplanowanych i konsekwentnie realizowanych działań. Właśnie dlatego kolejnym krokiem – po zrozumieniu, czym jest promocja zdrowia i jaką rolę odgrywa edukacja – jest opanowanie zasad planowania programów zdrowotnych.

2.3.1. Co to jest program zdrowotny?

Programy zdrowotne to zorganizowane, celowe działania ukierunkowane na poprawę zdrowia określonej grupy społecznej lub całej populacji. Ich skuteczność zależy od odpowiedniego rozpoznania potrzeb zdrowotnych, właściwego doboru metod i narzędzi działania oraz ewaluacji ich efektów. Planowanie programów zdrowotnych stanowi zatem praktyczne zastosowanie wiedzy zdobytej w ramach edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia – to moment, w którym teoria przekłada się na działanie.

Cechy programu zdrowotnego:

- jasno określony cel i grupa docelowa;
- działanie oparte na analizie potrzeb zdrowotnych;
- określony harmonogram i zakres działań;
- metody oceny skuteczności (ewaluacja);
- zgodność z obowiązującymi zaleceniami, które zostały poparte dowodami naukowymi o udowodnionej skuteczności.

2.3.2. Etapy planowania programu zdrowotnego

Planowanie programów zdrowotnych to proces systematyczny, który przebiega według logicznych etapów – od rozpoznania problemu, przez wyznaczenie celów i realizację działań, aż po ich ocenę. Zrozumienie i wdrażanie tych etapów jest kluczowe dla skuteczności działań prozdrowotnych zarówno w skali lokalnej (np. szkoły czy gminy), jak i ogólnokrajowej. Planowanie programu zdrowotnego składa się z kilku ważnych etapów.

Pierwszym z nich jest **diagnoza sytuacji zdrowotnej**, czyli rozpoznanie potrzeb zdrowotnych grupy docelowej, identyfikacja problemów zdrowotnych, ich przyczyn i konsekwencji, analiza danych epidemiologicznych i środowiskowych, np. w społeczności szkolnej. Diagnoza powinna uwzględniać:

- dane statystyczne (np. wskaźniki zachorowalności, dane z lokalnych raportów zdrowotnych);
- wyniki badań ankietowych (dotyczące np. stylu życia uczniów);
- warunki środowiskowe (np. dostęp do terenów zielonych, infrastruktury sportowej);
- zasoby (np. kadra, partnerzy, dostępne materiały edukacyjne).

W środowisku szkolnym diagnozę można przeprowadzić np. poprzez rozmowy z uczniami i rodzicami, analizę frekwencji czy występowania problemów zdrowotnych w danej grupie.

Drugim z etapów planowania programu zdrowotnego jest **określenie jego celów i założeń**. Cele powinny być konkretne, mierzalne i realistyczne. Dzieli się je zwykle na cel główny (np. poprawa nawyków żywieniowych uczniów) oraz cele szczegółowe (np. zwiększenie spożycia warzyw i owoców o 30% w ciągu roku).

Dobre cele pomagają w dobraniu odpowiednich działań i stanowią podstawę ewaluacji programu.

Kolejnym z etapów jest **dobór działań i metod**, czyli dobór metod i narzędzi dopasowanych do odbiorców (np. warsztaty, kampanie, zajęcia interaktywne).

Na tym etapie określa się:

- jakie działania zostaną podjęte (np. zajęcia edukacyjne, kampanie informacyjne, warsztaty dla rodziców);
- kto je zrealizuje (nauczyciele, pielęgniarka, zaproszeni specjaliści);

- kiedy i gdzie – harmonogram i miejsce realizacji;
- jakie zasoby będą potrzebne (materiały, sprzęt, finansowanie).

Ważne, aby działania były atrakcyjne i angażujące, a jednocześnie dostosowane do wieku i potrzeb odbiorców.

Przedostatnim etapem jest **realizacja programu** – wdrażanie zaplanowanych działań zgodnie z harmonogramem i budżetem. To etap praktycznego przeprowadzenia zaplanowanych działań. Należy zadbać o: koordynację pracy zespołu realizującego program, bieżące monitorowanie przebiegu działań, reagowanie na nieprzewidziane trudności oraz o dokumentowanie przebiegu działań.

Skuteczne wdrożenie wymaga często współpracy między nauczycielami, dydakcją, rodzicami i innymi partnerami lokalnymi.

Ewaluacja, czyli ostatni z etapów planowania programu zdrowotnego, to inaczej ocena efektywności programu (np. poszerzenie wiedzy, zmiana postaw i zachowań), dokumentowanie wyników i wyciąganie wniosków na przyszłość. Ewaluacja pozwala sprawdzić, czy program zrealizował założone cele. Powinna być prowadzona na bieżąco (np. ocena frekwencji, zaangażowania uczniów) i po zakończeniu – ewaluacja końcowa (np. porównanie wiedzy i postaw przed programem i po jego przeprowadzeniu).

Skrócony model planowania programu przedstawiono w tabeli II.2.2.

Tabela II.2.2.
Najważniejsze etapy
planowania programu
zdrowotnego

Etap	Pytania przewodnie
Diagnoza	Co jest problemem zdrowotnym? Kogo on dotyczy?
Cele	Co chcemy osiągnąć? W jakim czasie?
Działania	Jakie kroki podejmiemy? Jakimi metodami?
Wdrożenie	Kto to zrobi? Kiedy? Jakie mamy zasoby?
Ewaluacja	Skąd będziemy wiedzieć, że osiągnęliśmy cel?

Zasady skutecznej realizacji programu zdrowotnego

- Dostosowanie do grupy odbiorców – treści i forma muszą być adekwatne do wieku, potrzeb i możliwości uczestników.
- Spójność z celami promocji zdrowia – program nie powinien skupiać się wyłącznie na profilaktyce chorób, ale wspierać zdrowie w szerszym ujęciu.
- Zaangażowanie społeczności – większa skuteczność osiągnięta jest wtedy, gdy uczestnicy aktywnie biorą udział w tworzeniu i realizacji programu.
- Współpraca międzysektorowa – w programach warto uwzględniać wsparcie instytucji lokalnych, rodziców, mediów i organizacji społecznych.
- Ewaluacja i elastyczność – dobre programy są oceniane i na tej podstawie modyfikowane.

2.4. Rola jednostki i społeczności w promocji zdrowia

Promocja zdrowia to nie tylko zadanie instytucji i profesjonalistów, ale także aktywna rola jednostek i społeczności lokalnych. Uczniowie, nauczyciele, rodzice i partnerzy społeczni – wszyscy mogą uczestniczyć w budowaniu środowiska sprzyjającego zdrowiu. Wspólne działania wzmacniają poczucie sprawczości i wpływu na jakość życia oraz zdrowia w społeczności.

2.4.1. Uczeń jako uczestnik i twórca działań prozdrowotnych

Uczniowie nie powinni być jedynie biernymi odbiorcami edukacji zdrowotnej. Ich aktywne zaangażowanie w działania prozdrowotne wzmacnia poczucie odpowiedzialności, buduje postawy obywatelskie i rozwija kompetencje społeczne. Mogą oni:

- uczestniczyć w diagnozowaniu potrzeb zdrowotnych rówieśników (np. poprzez ankiety);
- planować i realizować kampanie edukacyjne (np. Tydzień Zdrowia, Dzień bez telefonu komórkowego);
- tworzyć materiały promujące zdrowy styl życia (np. gazetki ścienne, podcasty, filmy);
- działać w samorządzie uczniowskim, promując zdrowe inicjatywy;
- wspierać rówieśników (np. w radzeniu sobie ze stresem czy zdrowym odżywianiem).¹³

Uczeń zaangażowany w życie szkoły łatwiej przyswaja wartości prozdrowotne i staje się ambasadorem zdrowia w swojej grupie społecznej.

2.4.2. Współpraca ze środowiskiem

Efektywna promocja zdrowia wymaga zaangażowania wielu podmiotów – zarówno instytucjonalnych, jak i nieformalnych. Główne środowiska wspierające zdrowie to:

- szkoła – pełni rolę centrum edukacji zdrowotnej, wspiera zdrowy klimat psychospołeczny, tworzy warunki do aktywności fizycznej i zdrowego odżywiania, realizuje programy zdrowotne i profilaktyczne;
- rodzina – ma podstawowy wpływ na kształtowanie postaw zdrowotnych dzieci; współpraca z rodzicami (poprzez warsztaty, konsultacje czy wspólne projekty) zwiększa skuteczność działań szkolnych;
- lokalne instytucje i organizacje (np. samorząd, stacje sanitarno-epidemiologiczne, biblioteki, NGO, parafie, kluby sportowe) mogą wspierać programy profilaktyczne, oferować przestrzeń, materiały czy kadrę.

Dobrze zaplanowana sieć współpracy pozwala wykorzystać lokalne zasoby i zwiększyć zasięg działań promujących zdrowie.

NGO – ang. *non-governmental organization*; organizacja pozarządowa

2.4.3. Przykłady działań uczniowskich wspierających zdrowie

W tabeli II.2.3 wyszczególniono kilka przykładów praktycznych inicjatyw uczniów, które można zrealizować w ramach edukacji zdrowotnej.

Tabela II.2.3.

Inicjatywy uczniowskie
i działania podejmowane
w celu ich realizacji

Nazwa inicjatywy	Opis działania
Tydzień Zdrowia w Szkole	codzienne działania tematyczne, np. dzień bez cukru, joga w klasie, konkurs wiedzy o zdrowiu
Spacer zdrowia	zorganizowany przez uczniów marsz z hasłami promującymi aktywność fizyczną
Klub Zdrowych Przekąsek	uczniowie przygotowują zdrowe posiłki i dzielą się przepisami
Uczniowskie kampanie informacyjne	tworzenie plakatów, prezentacji i ulotek na temat zdrowia psychicznego, diety, aktywności fizycznej
Dzień Empatii	warsztaty i gry wspierające zdrowie emocjonalne i relacje rówieśnicze
Zielony Kącik	uczniowie tworzą strefę relaksu w klasie lub na terenie szkoły z dużą ilością roślin, książek itp.

Tego typu działania można integrować z realizacją podstawy programowej oraz aktywnością samorządu uczniowskiego.

Wybrane przykłady programów realizowanych w szkołach

- ▶▶ Ogólnopolski Program Edukacyjny „Trzymaj Formę!” realizowany przez GIS i PFPŻ w szkołach podstawowych. Łączy edukację o żywieniu z aktywnością fizyczną. Promuje zaangażowanie uczniów, rodziców i nauczycieli w budowanie zdrowego stylu życia.
- ▶▶ „Znamie! Znam je?” – krajowy program edukacyjny kierowany do uczniów szkół ponadpodstawowych. Celem programu jest upowszechnienie wśród młodzieży szkół podstawowych (z klas VII i VIII) oraz ponadpodstawowych (z klas I i II) wiedzy z zakresu profilaktyki czerniaka. Organizatorami programu są: Akademia Czerniaka oraz Fundacja „Gwiazda Nadziei”; ▶▶ **film edukacyjny dla dzieci.**
- ▶▶ „Mam Haka na Raka” – zakończona już kampania edukacyjna skierowana do uczniów szkół ponadgimnazjalnych, w której młodzież samodzielnie przygotowywała akcje informacyjne promujące profilaktykę onkologiczną.

GIS – Główny
Inspektorat Sanitarny

PFPŻ – Polska Federacja
Producentów Żywności

2.4.4. Kluczowe kompetencje zdrowotne uczniów

Skuteczna promocja zdrowia w środowisku szkolnym nie może ograniczać się wyłącznie do przekazywania wiedzy – jej celem jest rozwój kompetencji, które pozwolą młodym ludziom podejmować świadome decyzje dotyczące zdrowia, zarówno teraz, jak i w dorosłym życiu. Najważniejsze z nich to:

- świadomość zdrowotna – rozumienie, czym jest zdrowie i jakie czynniki na nie wpływają;
- umiejętność oceny ryzyka – rozpoznawanie zagrożeń zdrowotnych i podejmowanie działań zapobiegawczych;
- podejmowanie odpowiedzialnych decyzji – wybieranie zachowań sprzyjających zdrowiu;
- umiejętności komunikacyjne i społeczne – współpraca, asertywność, radzenie sobie z presją;
- sprawczość i zaangażowanie – poczucie, że ma się wpływ na własne zdrowie oraz zdrowie innych;
- refleksyjność – umiejętność analizy własnych działań zdrowotnych i wyciągania wniosków.

Rozwijanie tych kompetencji wzmacnia nie tylko jednostkę, ale też całą społeczność szkolną.

2.4.5. Znaczenie planowania i refleksji w działaniach promujących zdrowie

Planowanie działań prozdrowotnych, nawet na niewielką skalę, uczy logicznego myślenia, organizacji pracy i odpowiedzialności. Bardzo ważne jest również refleksyjne podejście do działań – umiejętność wyciągania wniosków z sukcesów i błędów. To właśnie refleksja sprawia, że promocja zdrowia staje się procesem rozwojowym, a nie jednorazową akcją.

Uczniowie, którzy planują i realizują działania na rzecz zdrowia: uczą się pracy zespołowej i liderstwa, rozwijają kreatywność i inicjatywę oraz budują poczucie wpływu na rzeczywistość.

Szkoła, która stwarza przestrzeń dla tego typu aktywności, nie tylko wspiera zdrowie uczniów, ale również przygotowuje ich do świadomego, zaangażowanego życia społecznego.

Podsumowanie

Promocja zdrowia to proces długofalowy, oparty na edukacji, współpracy i wzmacnianiu sprawczości.

Uczniowie mogą być aktywnymi uczestnikami i twórcami działań prozdrowotnych, nie tylko odbiorcami wiedzy.

Kluczowe jest planowanie i refleksja – dzięki nim działania są skuteczniejsze i bardziej rozwijające.

Współpraca szkoły, rodziny i społeczności lokalnej wzmacnia efekty promocji zdrowia.

Kształtowanie kompetencji zdrowotnych uczniów to jeden z najważniejszych celów edukacji zdrowotnej w szkole.

Piśmiennictwo

1. World Health Organization. *Health Promotion Glossary*. Genewa: World Health Organization; 1998. iris.who.int/server/api/core/bitstreams/402acba9-d79c-4dad-89ae-5085cb528400/content. Dostęp 10.12.2025..
2. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. 2000;15(3):259–267. doi:10.1093/heapro/15.3.259
3. World Health Organization. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Genewa: World Health Organization; 1986. www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference. Dostęp 10.12.2025.
4. World Health Organization. *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. Genewa: World Health Organization; 2005. www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/hpr%20The%20Bangkok%20Charter.pdf. Dostęp 10.12.2025.
5. World Health Organization. *Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development*. Genewa: World Health Organization; 2016. [www.who.int/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/tci/shanghai-declaration-2016.pdf](https://www.who.int/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/tci/shanghai-declaration-2016.pdf). Dostęp 10.12.2025.
6. Woynarowska B. *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2017.
7. Woynarowska M, Woynarowska B, red. nauk. *Szkola i zdrowie jej uczniów i pracowników*. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia; 2022.
8. World Health Organization. *Health Promotion Glossary of Terms 2021*. Genewa: World Health Organization; 2021. iris.who.int/server/api/core/bitstreams/96da8799-4938-4d66-b171-04770ed4b243/content. Dostęp 10.12.2025.
9. Bulska J. Wybrane elementy edukacji zdrowotnej w rodzinie. *Chowanna*. 2008;2:181–190. journals.us.edu.pl/index.php/CHOWANNA/article/view/18843. Dostęp 10.12.2025.
10. World Health Organization. *Healthy workplaces: A model for action*. Genewa: World Health Organization; 2010. www.who.int/publications/i/item/9789241599313. Dostęp 10.12.2025.
11. Golinowska S, red. *Zdrowie publiczne. Wymiar społeczny i ekonomiczny*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2022.
12. Woynarowska B, Woynarowska M. *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2025.
13. World Health Organization. Making every school a health-promoting school – Global standards and indicators. Genewa: World Health Organization and UNESCO; 2021. www.who.int/publications/i/item/9789240025059. Dostęp 10.12.2025.

Prawa pacjenta

Izabela Delfina Klisowska

Katedra Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

3.1. Wprowadzenie

Świadomość praw pacjenta stanowi fundament bezpiecznej, odpowiedzialnej i partnerskiej relacji w systemie ochrony zdrowia. Ważne jest zatem, aby zdobyć wiedzę na ich temat jak najwcześniej, dlatego dzieci i młodzież, jako przyszli świadomi pacjenci, powinni poznać swoje prawa już na etapie edukacji szkolnej, m.in. prawo do informacji, zgody, poszanowania godności czy intymności. Znajomość tych zasad nie tylko zwiększa zaufanie do pracowników medycznych, ale także redukuje lęk przed leczeniem, wspiera profilaktykę i ułatwia korzystanie ze świadczeń zdrowotnych w dorosłości.

Coraz większe znaczenie edukacji zdrowotnej oraz wzmacnianie podmiotowości pacjenta (w tym także pacjenta małoletniego) sprawiają, że kształtowanie kompetencji w tym zakresie jest istotnym zadaniem szkoły. Edukacja w obszarze praw pacjenta powinna obejmować nie tylko znajomość aktów prawnych, lecz także rozwijanie umiejętności praktycznych, takich jak komunikacja z personelem medycznym, świadome wyrażanie zgody czy reagowanie na naruszenia praw.

3.2. Uzasadnienie obecności tematu w edukacji szkolnej

Wczesna edukacja w zakresie praw pacjenta

- sprzyja rozwijaniu postawy odpowiedzialności za własne zdrowie, wspiera kształtowanie postaw obywatelskich i prozdrowotnych;
- wzmacnia kompetencje komunikacyjne uczniów potrzebne w kontaktach z personelem medycznym;
- zmniejsza barierę lęku związaną z leczeniem i hospitalizacją;
- przygotowuje młodzież do świadomego funkcjonowania w systemie ochrony zdrowia;
- przeciwdziała nierównościom zdrowotnym wynikającym z braku wiedzy.

Znajomość praw pacjenta wpływa również na zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego uczniów, szczególnie w sytuacjach kryzysowych (np. wypadek, hospitalizacja) i umożliwia podejmowanie świadomych decyzji zdrowotnych w dorosłości.

3.3. Powiązanie z celami podstawy programowej

Tematyka praw pacjenta wpisuje się w cele kształcenia określone w podstawie programowej przedmiotu edukacja zdrowotna. Wspiera kształtowanie postaw odpowiedzialnych za zdrowie własne i innych, rozwijanie umiejętności wykorzystywania wiedzy z zakresu ochrony zdrowia w sytuacjach codziennych i nadzwyczajnych, a także rozpoznawania momentów, w których konieczne jest skorzystanie z pomocy medycznej oraz znajomości związanych z tym procedur. Jednocześnie temat ten przyczynia się do wzmacniania podmiotowości ucznia w relacjach z instytucjami publicznymi, w tym z podmiotami leczniczymi, ucząc świadomego korzystania z przysługujących praw i budowania partnerskich relacji z personelem medycznym.

3.4. Dlaczego prawa pacjenta są bardzo ważne dla zachowania zdrowia dzieci i młodzieży?

Cechą charakterystyczną w relacji między pacjentem a podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych (lekarzem, lekarzem dentystą, pielęgniarką, fizjoterapeutą, diagnostą laboratoryjnym, a także szpitalem, przychodnią – jako miejscem ich udzielania) jest nierówność podmiotów. Z jednej strony jest pacjent – osoba zwracająca się o pomoc w związku z chorobą czy brakiem zdrowia, a z drugiej profesjonalista, który posiada wiedzę medyczną. Pacjent jako podmiot „słabszy” w tej relacji nie jest pozbawiony praw, a podmiot udzielający świadczeń – obowiązków. Jak ważna jest relacja kształtowana pomiędzy tymi podmiotami już na etapie dzieciństwa czy szkoły, niech świadczy fakt, że doświadczenia z gabinetu lekarskiego lub szpitala kojarzone z nieuprzejmością czy bólem mogą hamować chęć korzystania z pomocy medycznej, z wyłączeniem przypadków nagłych, a także na etapie zaawansowanych procesów chorobowych. Przykładem może tu być wizyta u lekarza dentysty – części populacji kojarzy się ona z bólem, strachem, co skutkuje odwlekaniem nawet wizyt kontrolnych, a to utrudnia profilaktykę, która – jak wiadomo – stanowi bardzo ważny element budowy bezpieczeństwa zdrowotnego populacji.

Dzieci i młodzież (co do zasady do ukończenia 16. r.ż.) nie mogą decydować o swoim procesie leczniczym. Decyzje w tym zakresie podejmuje przedstawiciel ustawowy, czyli głównie rodzice, ale nie oznacza to (i nie może oznaczać), że są

oni pozbawieni praw kształtujących ich sytuację w relacji pacjent–podmiot wykonujący działalność leczniczą (praktyki zawodowe, szpitale, przychodnie itp.).

Podmiotowość każdego pacjenta, także dzieci i młodzieży, wiąże się z obowiązkiem traktowania indywidualnie każdego z pacjentów przez podmioty świadczące usługi zdrowotne.¹ Leczenie, udzielanie świadczeń wymaga indywidualnego podejścia – nie ma dwóch czy kilku identycznych przypadków.

Jak podaje literatura, od drugiej połowy XX w. zauważalna jest zmiana podejścia w zakresie podmiotowości pacjenta. Widać to w tendencji stosowania się do woli pacjenta – wcześniej jedynie ją uwzględniano. Wyrazem jest zmiana postanowień kodeksów etyki lekarskiej.¹

Prawo pacjenta do informacji, m.in. o stanie swojego zdrowia, sposobie postępowania, jako wyraz podmiotowości pacjenta zostało wyartykułowane w wielu aktach prawnych, w tym:

- Konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowania biologii i medycyny z dnia 4 kwietnia 1997 r. (tzw. Europejska Konwencja Bioetyczna)²; konwencja zastrzega, że przed wyrażeniem zgody na interwencję medyczną pacjent powinien otrzymać informacje o celu, naturze, konsekwencjach, a także ryzyku świadczenia – art. 5;
- Karcie praw podstawowych Unii Europejskiej z dnia 7 grudnia 2000 r. podpisanej w Nicei³, w której ustanowiono wymóg zgody pacjenta, zgody dobrowolnej i świadomej na interwencję medyczną – art. 33;
- Europejskiej Karcie Praw Pacjenta – akcie nieformalnym, pozarządowym z 2002 r., wprost podkreślającym prawo każdej osoby do wszelkich informacji, które mogłyby jej umożliwić aktywne uczestniczenie w decyzjach dotyczących jej zdrowia oraz prawo wolnego wyboru procedury leczenia i świadczeniodawców na podstawie otrzymanej rzetelnej informacji – odpowiednio art. 4 i 5.⁴

Samostanowienie pacjenta jako prawo zostało podkreślone, jak podaje się w literaturze przedmiotu, już w 1914 r. w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej, w precedensowym orzeczeniu sędziego Benjamina Cardozo w sprawie *Schloendorff v. Society of New York Hospital*, w którym wskazano, iż „Każdy człowiek dorosły i poczytalny ma prawo określić, co może być czynione z jego własnym ciałem. Chirurg, który przeprowadza operację bez zgody pacjenta, popełnia czyn niedozwolony, wskutek czego odpowiada za szkodę, z wyjątkiem gdy działa w stanie wyższej konieczności, a pacjent jest nieprzytomny”.¹

W Polsce podstawowym aktem prawnym odnoszącym się do prawa pacjenta jest Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,⁵ której postanowienia mają kształtować i sprzyjać kształtowaniu relacji partnerskich pomiędzy profesjonalistami (personalem medycznym) a pacjentem.

3.5. Podstawy prawne praw pacjenta

Życie i zdrowie stanowią dla każdego prawo najcenniejsze. Jednocześnie warunkują one w mniejszym bądź większym stopniu prawo do korzystania z wolności i praw pozostałych, w tym chociażby z praw i obowiązków oświatowych, kształcenia. O powyższym świadczą wprost zapisy ustawy zasadniczej – Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.⁶ Prawo do ochrony zdrowia przysługuje każdemu, o czym informuje art. 68 ust. 1 Konstytucji. Użycie słowa „każdy” oznacza, że prawo to przynależy każdej osobie bez względu na status społeczny, wykształcenie, wyznanie itp., a także jest ono niezależne od udziału, partycypacji w kosztach utrzymania, organizacji systemu ochrony zdrowia. Zgodnie z art. 68 ust. 2 Konstytucji obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa obowiązująca obecnie Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.⁷

Równoległe z prawem każdej osoby do ochrony zdrowia konstytucja ustanawia obowiązki władz publicznych w tym zakresie. Władze publiczne są zobowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom z niepełnosprawnościami i osobom w podeszłym wieku – art. 68 ust. 3 Konstytucji. Dodatkowo władze publiczne zobowiązane są do zwalczania chorób epidemicznych, a także popierania rozwoju kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży (odpowiednio art. 68 ust. 4 i 5 Konstytucji).⁸

Prawo do ochrony zdrowia jest związane z podmiotowością każdego jako pacjenta.

Przestrzeganie praw pacjenta, jak podkreślono, jest obowiązkiem organów władzy publicznej właściwych w zakresie ochrony zdrowia, NFZ, podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, osób wykonujących zawód medyczny oraz innych osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych (art. 2 ustawy).

Obowiązek kierowany jest w sposób ogólny do wszystkich podmiotów, nie tylko podmiotów mających podpisane umowy z NFZ. Obowiązek dotyczy zarówno tzw. podmiotów prywatnych, podmiotów publicznych, jak i podmiotów udzielających świadczeń odpłatnie, opłacanych przez pacjenta.

Pacjentem jest każda osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych (np. osoba rejestrująca się do przychodni, gabinetu) lub osoba korzystająca ze świadczeń zdrowotnych (pacjent w rozumieniu ścisłym, nawet potocznym) udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny (art. 3 ust. 1 pkt 4 ustawy).

Osoba wykonująca zawód medyczny to osoba uprawniona na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoba legitymująca się nabyciem fachowym kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.

Analiza praw pacjentów powinna uwzględnić dwa następujące pojęcia:

- osoba bliska – pojęciem tym określamy małżonka, krewnego do drugiego stopnia (pamiętajmy, że rodzeństwo, np. brat i siostra, to krewni w drugim stopniu, a nie jak powszechnie przyjmuje się w pierwszym) lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta (art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy);
- opiekun faktyczny – osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga (art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy); opiekunami faktycznymi są np. dziadkowie, pod których opieką pozostawione są dzieci w okresie ferii, wakacji albo wyjazdu rodziców.

3.6. Prawa pacjenta

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta określa:

- prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych,
- prawo pacjenta do informacji,
- prawo pacjenta do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych,
- prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych,
- prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych,
- prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta,
- prawo pacjenta do dokumentacji medycznej,
- prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza,
- prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego,
- prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej,
- prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

W kontekście podmiotowości pacjenta, jako jednej z równouprawnionych stron relacji między lekarzem (czyli osobą wykonującą zawód medyczny, podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych, profesjonalistą) a pacjentem, oraz dzieci i młodzieży omówione zostaną:

- prawo pacjenta do informacji,
- prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych,
- prawo pacjenta do poszanowania intymności i godności.

3.6.1. Prawo pacjenta do informacji

Prawo pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia stanowi wyraz podmiotowości, a także autonomii pacjenta.⁹ Podanie pełnej informacji jest podstawą wyrażenia zgody na udzielenie przez profesjonalny podmiot świadczeń zdrowotnych. „Prawo pacjenta do informacji posiada kluczowy oraz »podstawowy« charakter. Jest ono podstawowym elementem najczęściej rozpoczynającym dalsze działanie, na które poinformowany pacjent musi wyrazić zgodę”.¹⁰

Prawo pacjenta do informacji zostało określone w sposób szeroki jako jedno z pierwszych regulacji ustawy o prawach pacjenta – art. 9 ustawy. Pacjent (w tym małoletni, który ukończył 16 lat lub jego przedstawiciel ustawowy) ma prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o stanie swojego zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami.

Pacjent ma również prawo żądać, aby osoba wykonująca zawód medyczny nie udzielała mu informacji. Istotne jest, że pacjent po uzyskaniu informacji ma prawo przedstawić osobie wykonującej zawód medyczny swoje zdanie w tym zakresie.

Pacjent małoletni, który nie ukończył 16 lat ma prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego.

„Ustawodawca zdecydował się ukazać dziecko jako pacjenta w kontekście przede wszystkim jego podmiotowej pozycji. Jest ono obiektem działań informacyjnych, a więc już na wstępie trzeba zaznaczyć, że pozostawienie dziecka w próżni informacyjnej byłoby jawnym działaniem wbrew obowiązującym standardom poszanowania praw pacjenta. [...] Trafnie konkluduje to podejście T. Dangel, który z perspektywy medycznego eksperta na co dzień pracującego w dziecięcym hospicjum stwierdza, że: »Na lekarzu spoczywa ustawowy obowiązek informowania każdego pacjenta, który jest w stanie zrozumieć, co dzieje się z jego osobą, niezależnie od jego zdolności do wyrażania zgody«. Autor ten słusznie zaznacza, że przekazanie młodemu pacjentowi informacji dotyczących jego diagnozy oraz sposobu podejmowanych następnie działań medycznych posiadają bezcenne znacznie profilaktyczne oraz terapeutyczne, korelujące tym samym z prawem pacjenta do świadczeń zdrowotnych podejmowanych zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej. Przekazana w sposób zrozumiały informacja sprawia bowiem, iż pacjent znajduje się w położeniu, w którym orientuje się we własnej sytuacji, co zmniejsza poziom odczuwanego lęku. Jednocześnie stan ten powoduje, iż niweluje się niebezpieczeństwo pojawienia się zachowań agresywnych, wynikających nie tyle z np. doświadczanych

przez małoletniego zaburzeń psychicznych, ile raczej z wysokiego poziomu frustracji, który wsparty silnym strachem przed nieznanym skutkuje wystąpieniem zachowań agresywnych”.¹⁰

W kontekście prawa do informacji o stanie zdrowia należy zaznaczyć, że informacja ta może być przekazywana rodzicom pacjenta małoletniego nie tylko w formie pisemnej. Jest to istotnym zagadnieniem w związku ze zdarzeniami z 2018 r., gdy na Zakopiance doszło do wypadku autokaru szkolnego. Podmioty lecznicze odmawiały udzielenia informacji, powołując się na RODO. Działania te zostały uznane za pozbawione podstaw. Rzecznik Praw Pacjenta wskazał, że żaden przepis powszechnie obowiązujący nie wyłącza możliwości przekazywania informacji np. w formie telefonicznej. Sposób ustalania tożsamości, weryfikacja tożsamości ubiegającego się o pozyskanie informacji pozostawiony jest rozwiązaniom organizacyjnym, które nie mogą niweczyć prawa do pozyskania informacji.

RODO lub OROD – ogólne rozporządzenie o ochronie danych, inaczej rozporządzenie o ochronie danych osobowych; zawiera przepisy o ochronie osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych oraz przepisy o swobodnym przepływie danych osobowych

Prawo pacjenta do informacji – najważniejsze informacje

1. Każdy pacjent, w tym uczeń jako pacjent, ma prawo do pełnej, przystępnej informacji o:

- swoim stanie zdrowia,
- diagnozie,
- proponowanych i możliwych metodach leczenia i diagnostyki,
- skutkach ich zastosowania lub zaniechania,
- wynikach leczenia i prognozach.

Prawo do informacji jest podstawowe – to od niego zaczyna się proces leczenia, bo pacjent musi wyrazić świadomą zgodę.

Pacjent może zrezygnować z otrzymywania informacji – ma prawo poprosić lekarza, aby go nie informował.

Po otrzymaniu informacji pacjent ma prawo wyrazić swoją opinię wobec osoby wykonującej zawód medyczny.

2. Pacjenci małoletni

Dziecko poniżej 16. r.ż. ma prawo do informacji w takiej formie i zakresie, jakie są potrzebne do leczenia i diagnozy.

Młodzież powyżej 16 lat ma takie same prawa do informacji jak dorośli (zgodnie z art. 9 ustawy o prawach pacjenta).

Dziecko nie może być pozostawione w tzw. próżni informacyjnej – trzeba je informować, jeśli rozumie, co się z nim dzieje.

Przekazywanie informacji dziecku:

- zmniejsza jego lęk, poprawia samopoczucie,
- zapobiega frustracji i agresji wynikającej ze strachu i niewiedzy,
- ma wartość terapeutyczną i profilaktyczną.

3.6.2. Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych

Pacjent po uzyskaniu informacji w zakresie, o którym mowa powyżej, ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody.

Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych.

W kontekście praw pacjenta małoletni pacjenci, którzy ukończyli 16 lat, mają określone prawa. Wyżej wskazano prawo do uzyskania informacji. Informacja stanowi podstawę wyrażenia zgody na świadczenia zdrowotne. Małoletni, którzy ukończyli 16 lat, mają tym samym prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych. Cezura wieku (ukończone 16 lat) jest charakterystyczna dla prawa medycznego i stanowi, poza pewnymi wyjątkami, zasadę prawa medycznego. Wyjątkami są prawo do wyrażenia zgody na udział w eksperymencie medycznym, prawo do wyrażenia zgody na pobranie organów do przeszczepu, w których to przypadkach zgody udziela małoletni, który ukończył 13 lat.

„Dziecko ukończywszy 16. r.ż. znajduje się w szczególnym położeniu. Bez jego zgody nie można podjąć i zrealizować konkretnych interwencji medycznych. Personel medyczny nie ma prawa pominąć zdania małoletniego w kontaktach z jego rodzicami lub opiekunem prawnym dziecka”.^{11,12}

Przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody ma prawo do wyrażenia zgody. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego prawo to, w odniesieniu do badania, może wykonać opiekun faktyczny.

Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniami mają prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.

Zgoda oraz sprzeciw mogą być wyrażone ustnie albo przez takie zachowanie się osób wymienionych w tych przepisach, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom proponowanym przez osobę wykonującą zawód medyczny albo brak takiej woli.

Forma wyrażenia zgody jest zastrzeżona dla zabiegu chirurgicznego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta. Zgoda wymaga w tych przypadkach formy pisemnej.

Udzielenie zgody, jak wyżej wskazano, jest uzależnione od pozyskania pełnej informacji. Tylko pełna informacja warunkuje zgodę pacjenta, zgodę świadomą.

Zgoda pacjenta (także dziecka) będzie miała kluczowe znaczenie dla dalszej terapii. Jak zaznacza Katarzyna Baron: „Zarówno w ujęciu psychologicznym, jak i medycznym zgoda pacjenta jest aktem świadomości jednostki, przejawem

autonomicznego wyboru, który znajduje na piśmie lub w innej formie jedynie swoje potwierdzenie. Akt zgody poza nadaniem cech prawności interwencji lekarskiej stanowi faktyczną akceptację zabiegu i związanego z nim ryzyka, ponoszonego przez pacjenta. Prawa pacjenta, w tym prawo do zgody, ma przywrócić pacjentowi aktywną rolę w procesie leczniczym, kreować go na pierwszego współpracownika lekarza, nie przedmiot, a podmiot leczenia”.¹¹

Wykonanie zabiegu leczniczego bez takiej zgody stanowi przestępstwo zagrożone karą grzywny, karą ograniczenia wolności albo pozbawieniem wolności do lat 2. Ściganie następuje na wniosek pokrzywdzonego (art. 192 Kodeksu karnego).¹³

Prawo pacjenta do wyrażenia zgody – najważniejsze informacje

1. Co oznacza zgoda pacjenta?

Zgoda pacjenta to świadome przyzwolenie na udzielenie świadczenia zdrowotnego – po wcześniejszym uzyskaniu pełnej informacji medycznej.

Zgoda może być:

- ustna;
- wyrażona poprzez zachowanie (np. współpracę podczas badania);
- pisemna – wymagana przy zabiegach chirurgicznych lub ryzykownych procedurach.

2. Jakie prawa ma pacjent małoletni?

Pacjent, który ukończył 16 lat, ma prawo do:

- samodzielnego wyrażenia zgody na badania i leczenie;
- niewyrażenia zgody na przeprowadzenie interwencji medycznej – nawet za zgodą rodziców;
- wyrażenia sprzeciwu wobec świadczenia zdrowotnego mimo zgody opiekuna – wtedy decyzję podejmuje sąd opiekuńczy.

Pacjent w wieku 13–16 lat tylko w szczególnych przypadkach (np. zgoda na udział w eksperymencie medycznym, pobranie organu do przeszczepu) wyraża zgodę na przeprowadzenie interwencji medycznej.

W przypadku dzieci poniżej 16 lat, osób bez zdolności do świadomej zgody lub ubezwłasnowolnionych zgody udziela:

- przedstawiciel ustawowy (np. rodzic);
- opiekun faktyczny (np. nauczyciel lub wychowawca podczas wyjazdu) – w razie braku przedstawiciela ustawowego.

3. Dlaczego zgoda pacjenta jest tak ważna?

Zgoda to:

- wyraz autonomii i wolności wyboru pacjenta;
- warunek legalności działań medycznych;

- podstawowy element relacji pacjent–lekarz.
Brak zgody oznacza, że wykonanie zabiegu:
- może być uznane za przestępstwo (art. 192 Kodeksu karnego);
- grozi karą grzywny, ograniczenia wolności albo więzienia do 2 lat (ścigane na wniosek pacjenta).

3.6.3. Prawo do poszanowania godności i intymności pacjenta

Podmiotowość łączy się z prawem do poszanowania godności i intymności (art. 20 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych.

Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności.

Co charakterystyczne, ustawa regulując prawo do poszanowania godności pacjenta, ustanawia równoległe prawo pacjenta do leczenia bólu. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany podejmować działania polegające na określeniu stopnia natężenia bólu, leczeniu bólu oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia.

Na życzenie pacjenta przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska.

Osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentowi może odmówić obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta. Odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

Osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek postępować w sposób zapewniający poszanowanie intymności i godności pacjenta.

W kontekście prawa do poszanowania godności i intymności pacjenta osoby wykonujące zawód medyczny inne niż udzielające świadczeń zdrowotnych uczestniczą przy udzielaniu tych świadczeń tylko wtedy, gdy jest to niezbędne ze względu na rodzaj świadczenia lub wykonywanie czynności kontrolnych na podstawie przepisów o działalności leczniczej. Uczestnictwo, a także obecność innych osób wymaga zgody pacjenta, a w przypadku pacjenta małoletniego, niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody lub całkowicie ubezwłasnowolnionego zgody jego przedstawiciela ustawowego i osoby wykonującej zawód medyczny, która udziela świadczenia zdrowotnego.

Ostatnia przywołana regulacja budzi pewne wątpliwości personelu podmiotów klinicznych, w szczególności szpitali klinicznych. Należy podkreślić,

że ustanowione w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentysty wyłączenie zastosowania powołanego przepisu nie oznacza *a priori*, że w ogóle przepis ten nie ma zastosowania. Do praktyk, które trzeba ocenić wysoko, należy np. ograniczenie liczebności grup lekarzy stażystów na sali podczas wykonywania świadczeń zdrowotnych.

Prawo do poszanowania godności i intymności – najważniejsze informacje

1. Każdy pacjent ma prawo do:

- godności i intymności, zwłaszcza podczas udzielania świadczeń zdrowotnych (art. 20 ustawy o prawach pacjenta);
- umierania w spokoju i godności – godność obowiązuje także w ostatnim etapie życia;
- leczenia bólu – to część prawa do godności:
 - personel medyczny ma obowiązek oceniać poziom bólu,
 - prowadzić leczenie przeciwbólowe,
 - monitorować skuteczność terapii.

2. Obecność osób bliskich

Pacjent może zażądać, aby osoba bliska była obecna podczas udzielania świadczeń.

Lekarz lub pielęgniarka mogą odmówić obecności osoby bliskiej tylko wtedy, gdy istnieje ryzyko zagrożenia epidemicznego lub gdy obecność zagraża bezpieczeństwu zdrowotnemu pacjenta.

Odmowę trzeba zapisać w dokumentacji medycznej.

3. Obecność innych osób (np. studentów, stażystów)

Osoby niemające bezpośredniego udziału w leczeniu mogą uczestniczyć w procedurach tylko wtedy, gdy:

- jest to konieczne ze względu na charakter świadczenia lub obowiązki kontrolne;
- pacjent (lub jego przedstawiciel ustawowy) wyrazi na to zgodę.

Godne pochwały jest ograniczenie liczby stażystów lub studentów podczas badań czy zabiegów oraz respektowanie prawa pacjenta do komfortu i prywatności.

4. Obowiązki personelu medycznego

Każda osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek:

- chronić godność pacjenta;
- zapewniać intymność podczas badań, zabiegów i rozmów;
- szanować decyzje pacjenta dotyczące obecności innych osób.

3.7. Dochodzenie roszczeń z tytułu naruszenia praw pacjenta

W przypadku zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego (art. 4 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

Powyższe stanowi odrębną od podstawy w przypadku tzw. błędów medycznych i wystąpienia szkody podstawę dochodzenia roszczeń przez poszkodowanych. Zawinione naruszenie praw pacjenta nie musi wyrządzić szkody – uszczerbku materialnego, aby zadośćuczynienie mogło być przyznane. Dla wywiedzenia roszczeń wystarczające jest naruszenie praw pacjenta.

Organem stojącym na straży przestrzegania praw pacjenta jest Rzecznik Praw Pacjenta. Jedną z jego kompetencji jest przeprowadzenie postępowań w sprawach naruszenia zbiorowych praw pacjentów. Do takiego naruszenia może dochodzić w przypadku np. ograniczenia możliwości rejestracji w podmiocie udzielającym świadczeń jedynie do formy osobistej, określenie 30-dniowego terminu dla wydania dokumentacji medycznej itp.

W przypadku naruszenia praw pacjenta nie jest wykluczona mediacja, czyli pozasądowe dochodzenie roszczeń.

W przestrzeni publicznej najwięcej informacji dotyczy tzw. błędów medycznych, które to postępowania mogą się zazębiać, ale nie są tożsame z postępowaniem, o którym mowa w art. 4 ustawy.

[...] katalog praw pacjenta zawarty w ustawie jest określony na tyle precyzyjnie i jednocześnie normy te mają charakter uniwersalny, że obejmują wszystkie potencjalne naruszenia praw pacjenta. Nie jest znany autorom komentarza prawomocny wyrok sądu, który przyznawałby kwotę zadośćuczynienia z tytułu naruszenia praw pacjenta w oparciu o prawa pacjenta, które nie są skodyfikowane w ustawie. W praktyce zatem roszczenia, jakie są dochodzone w związku z naruszeniem praw pacjenta, dotyczą wyłącznie praw określonych w ustawie, najczęściej takich jak: prawa do świadczeń zdrowotnych, prawa do informacji i powiązanego z nim prawa do wyrażenia świadomej zgody oraz prawa do intymności i godności.¹⁴

Pacjent małoletni, który nie ukończył 18 lat, nie może samodzielnie wystąpić na drogę postępowania sądowego. Musi być reprezentowany przez przedstawiciela ustawowego.

Podsumowanie

Prawa pacjenta to zbiór przepisów i zasad, które zapewniają poszanowanie godności, autonomii oraz bezpieczeństwa osób korzystających z opieki zdrowotnej. Ich znajomość pozwala pacjentowi – także małoletniemu – na aktywny udział w procesie leczenia, wyrażanie zgody, zadawanie pytań i dochodzenie swoich praw w przypadku ich naruszenia. W polskim systemie prawnym prawa pacjenta zostały uregulowane przede wszystkim w Ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a ich przestrzeganie nadzoruje niezależna instytucja – Rzecznik Praw Pacjenta.

Temat praw pacjenta powinien być obecny w edukacji szkolnej, ponieważ kształtuje postawy obywatelskie, zdrowotne i społeczne. Uczy młodych ludzi asertywności, odpowiedzialności oraz świadomego poruszania się w systemie ochrony zdrowia jako pacjenci i opiekunowie innych.

Najważniejsze wnioski:

- znajomość praw pacjenta zwiększa bezpieczeństwo i komfort leczenia – zarówno dzieci, jak i dorosłych;
- edukacja w tym zakresie rozwija kompetencje zdrowotne i obywatelskie uczniów, wspiera ich autonomię oraz zdolność do podejmowania świadomych decyzji;
- rola szkoły polega nie tylko na przekazywaniu wiedzy, ale także na kształtowaniu postaw, takich jak szacunek dla drugiego człowieka, asertywność, odpowiedzialność za zdrowie;
- młodzi ludzie mają prawo znać swoje prawa jako pacjenci, a szkoła jest miejscem, które może i powinno tę wiedzę przekazywać w sposób praktyczny i dostosowany do wieku uczniów;
- prawa pacjenta to nie tylko ochrona prawna, ale także narzędzie wzmacniające relacje i komunikację między pacjentem a personelem medycznym – oparte na zaufaniu, szacunku i partnerstwie.

Piśmiennictwo

1. Hajdukiewicz D. *Odpowiedzialność karna lekarza za błąd informacyjny*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska; 2019:61–62.
2. Rada Europy. Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny: Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie (Przyjęta przez komitet Ministrów w dniu 19 listopada 1996 roku). https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/ETS164Polish.pdf. Dostęp 22.07.2025.
3. Active Citizenship Network. Europejska Karta Praw Pacjentów. DzUrz UE z 2002 r. C 202. www.active-citizenship.net/multimedia/import/images/patientsrights/ec_poland.pdf. Dostęp 9.12.2025.
4. Active Citizenship Network. Europejska Karta Praw Pacjentów. www.activecitizenship.net/charter-of-rights.html. Dostęp 18.09.2025.
5. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 2024 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. DzU z 2024 r. poz 581 ze zm.

6. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. DzU z 1997 r. Nr 78, poz 483 ze zm.
7. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 16 stycznia 2024 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. DzU z 2024 r. poz 146 ze zm.
8. Sadowska M, Lis W. *Bezpieczeństwo zdrowotne w praktyce medycznej*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska; 2022.
9. Wyrok Sądu Najwyższego z 24.09.2020 r. IV CSK 49/19, Prawo pacjenta do informacji o stanie zdrowia. LEX nr 3057399.
10. Karkowska D, Kmiecik B. TYTUŁ ARTYKUŁU NR 9. [W:] Karkowska D, red. *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarze*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska; 2021.
11. Kmiecik B. TYTUŁ ARTYKUŁU NR 17. [W:] Karkowska D, red. *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarze*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska; 2021.
12. Kmiecik B. TYTUŁ ARTYKUŁU NR 18. [W:] Karkowska D, red. *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarze*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska; 2021.
13. Tymiński R, red. *Kodeks karny. Przepisy stosowane w sprawach medycznych. Komentarz*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska; 2023:339,340.
14. Chmielowiec B. TYTUŁ ARTYKUŁU NR 4. [W:] Karkowska D, red. *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska; 2021.