

<http://dx.doi.org/10.16926/gea.2023.01.10>

dr Patrycja SOŁTYSIAK

<https://www.orcid.org/0000-0001-9544-0671>

Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy im. Jana Długosza w Częstochowie

e-mail: p.soltysiak@ujd.edu.pl

Bartłomiej PAJĄK

Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy im. Jana Długosza w Częstochowie

Student kierunku prawo

e-mail: bartek.pajak@icloud.com

Kształtowanie prozdrowotnego stylu życia w regulacjach prawnych

„Nadszedł czas, aby uznać, że zdrowie i prawa człowieka
nie są dwoma wzajemnie wykluczającymi się celami”

Światowa Organizacja Zdrowia, Genewa, 4–5 grudnia 1997 r.

Streszczenie

Zdrowie jest właściwością *stricte* osobistą, przynależącą każdemu człowiekowi, z drugiej strony jest wartością cenioną społecznie. Zdrowie ściśle wiąże się z osobą, ciałem człowieka i jego integralnością fizyczną, której naruszenie lub pozbawienie skutkować będzie odstępstwem od przewidzianej przez prawo normy. Zdrowie jako jeden z niezbywalnych atrybutów człowieka znajduje się w katalogu praw podlegających szczególnej ochronie wewnętrznej – krajowej, i zewnętrznej – międzynarodowej, zatem jest pojęciem globalnym, podstawowym, naturalnym i przysługującym każdemu człowiekowi. Zdrowie jest warunkiem *sine qua non*. Zdrowie jest nieodłącznym warunkiem – atrybutem szeroko pojętego dobrostanu społecznego we wszystkich płaszczyznach życia. Zadaniem i celem promocji zdrowia, prozdrowotnego stylu życia, jest publiczny udział w określaniu problemów – tematów dotyczących zdrowia i podejmowanie rozwiązań związanych z poprawą lub zmianą warunkujących je czynników.

Słowa kluczowe: prozdrowotny styl życia, zdrowie, ochrona zdrowia, dobrostan, życie.

Wstęp

Styl życia dziecka, młodego człowieka, a w konsekwencji dorosłego, starszego człowieka, jest wypadkową wielu uwarunkowań i decyzji. Najpierw dokonują ich rodzice (opiekunowie prawni), nauczyciele, najbliższe otoczenie. Później własne wybory i uwarunkowania związane z aktywnością fizyczną (lub jej brakiem), sposobem żywienia, rodzajem wykonywanej pracy i uwarunkowaniami generalnymi mają wpływ na kształtowanie się „jakiegoś modelu – stylu życia” jednostki. Styl życia określanymi jako „prozdrowotny” polega na przyjęciu wzorów świadomych zachowań związanych ze zdrowiem, będących efektem wyborów dokonywanych przez ludzi na podstawie dostępnych, determinowanych ich sytuacją życiową alternatyw¹. Powstaje pytanie, co wpływa na kształtowanie stylu życia?

Każdy człowiek w trakcie swojego życia tworzy indywidualne wzory zachowań, składniki których wybiera spośród alternatywnych możliwości dostępnych w zależności od sytuacji społeczno-ekonomicznej. Styl życia jest kształtowany również przez: poziom wykształcenia, możliwości finansowe, przekonania, środowisko, otoczenie, żywność, umiejętność radzenia sobie ze stresem, stosowanie używek (nikotyna, alkohol, środki psychoaktywne), aktywność fizyczna lub przeciwnie jej brak, uwarunkowania genetyczne oraz czynniki zewnętrzne tj.: sytuacja ekonomiczna, polityczna, kulturowa kraju, normy społeczne, normy prawne.

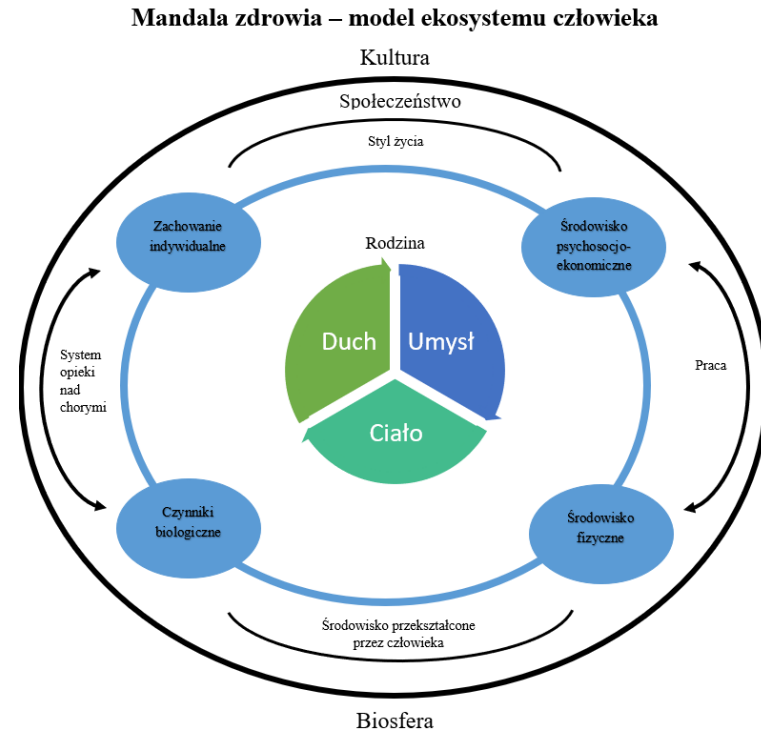
Celem niniejszego opracowania jest zwrócenie uwagi na działania służące kształtowaniu prozdrowotnego stylu życia, na globalny wzrost otyłości, na problematykę jakości żywności. Co wpływa na jakość zdrowia i życia? Przetworzona żywność czy wysokie stężenie cukru w diecie są przyczyną zaburzeń stanu zdrowia i stanowią poważne zagrożenie dla współczesnej cywilizacji. W związku z powyższym uważamy, że konieczne jest przedsięwzięcie szeroko zakrojonych działań edukacyjnych, informacyjnych, prewencyjnych, medycznych i prawnych, które wpłyną na jego minimalizację skutków otyłości i chorób wynikających ze spożywania przetworzonych produktów spożywczych. Dlatego należy inicjować i rozpowszechniać działania w zakresie ochrony zdrowia, a w efekcie końcowym dążyć do koordynacji i współdziałania organów, organizacji i instytucji, które mają wpisane w katalog swoich zadań ochronę zdrowia jako wartość systemowo nadrzędną.

Pojęcie zdrowia jest pojęciem wieloznacznym, znajduje się w obszarze zainteresowań wielu dyscyplin naukowych, takich jak: medycyna, socjologia, statystyka, polityka społeczna, psychologia, pedagogika czy też prawo. Różne dyscypliny odnoszą się w odmienny sposób do pojęcia zdrowie.

In genere w drugiej połowie XIX wieku wyeksponowano zdrowie jako jedną z naczelnych wartości społecznych² i jest to założenie aktualne i dziś.

¹ Zob. W.C. Cockerham, *New directions in health lifestyle research*, „Public Health” 2007, 52, s. 327–328.

² Zob. A. Ostrowska (red.), *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie, analizy*, [w:] R. Tulli, *Rozwój koncepcji zdrowia, choroby i leczenia*, Warszawa 2009, s. 339.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: T. Hancock F. *The mandala of health: A conceptual model and teaching tool. Health promotion*, [w:] R. Anderson, J. Kickbush (red.), *Health promotion. A resource book*, Copenhagen 1990, s. 8–10.

Cechą charakterystyczną przedstawionej powyżej mandali jest holistyczność rozumiana jako stan zdrowia, który może być modyfikowany przez człowieka. Model mandali zawiera tzw. społeczną dystrybucję zdrowia rozumianą jako nierówny dostęp do kształtowania prawidłowego poziomu zdrowia, zależny m.in. od cech położenia społecznego człowieka, od płci, dochodu, wieku, poziomu wykształcenia, dostępu do służby zdrowia czy też od możliwości przestrzegania zasad zdrowego stylu życia będącego asumptem do poprawy jakości stylu życia.

Współcześnie mówi się również o zdrowiu jako o zdolności człowieka do normalnego funkcjonowania zgodnie z przyjętymi normami fizycznymi, psychicznymi, społecznymi, jego zdolności do wszechstronnego rozwoju, umiejętności stawiania sobie wymagań, zaspokajania potrzeb oraz unikania i redukowania napięć. Zdrowie to niewątpliwie potencjał fizyczny i psychiczny człowieka, ale również równowaga i harmonia umożliwiająca dobrą jakość życia związaną z dobrym samopoczuciem, zadowoleniem, pełnią szczęścia i możliwością samorealizacji we wszystkich sferach funkcjonowania człowieka³.

³ B. Woyarowska, *Edukacja zdrowotna*, Warszawa 2007, s. 32–33.

Etymologicznie pojęcie „zdrowie” wywodzi się z łacińskiego *salus, salutis*, co oznacza: „zdrowie”, „dobro”, „ocalenie” czy „bezpieczeństwo jednostki”. Najbardziej rozpowszechnione znaczenie „zdrowia”, przyjęte w aktach prawa międzynarodowego, pochodzi ze staroangielskiego *health*, oznacza określone przymioty człowieka: „zdrowy”, „bezpieczny”, „krzepki”. Wiąże się ono z koncepcją zdrowostanu rozumianego jako stan pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego samopoczucia człowieka przy całkowitym braku choroby lub kalectwa⁴. Jak pisze Robert Tabaszewski

zdrowie jest właściwością *stricte* osobistą, przynależącą każdemu żywemu człowiekowi, z drugiej strony jest wartością cenioną społecznie. Zdrowie ściśle wiąże się z osobą, ciałem człowieka i jego integralnością fizyczną, której naruszenie lub pozbawienie skutkować będzie odstępstwem od przewidzianej przez prawo normy. Zdrowie jest zatem permanentną właściwością i immanentną cechą człowieka, determinowane zmiennymi wewnętrznymi i zewnętrznymi, zarówno zależnymi, jak i niezależnymi. [...] Człowiek jest bowiem złożonym fenomenem uwarunkowanym biologicznie, psychicznie oraz kulturowo. Zdrowie stanowi najważniejszy przymiot i wartość człowieka, a w hierarchii ludzkich potrzeb konieczny jest wymóg zapewnienia faktycznej ochrony⁵.

Istotne znaczenie dla prozdrowotnego stylu życia ma edukacja zdrowotna. Łacińskie słowo *educatio* to wychowanie pielęgnowanie, termin ten obejmuje ogół wielowymiarowych działań i procesów służących wychowaniu i kształtowaniu w zakresie zdrowia. Jest to proces wieloetapowy, stały, ciągły i trwały.

Zagrożeniem dla prozdrowotnego stylu życia są:

- Choroby cywilizacyjne spowodowane m.in. stresem, niską aktywnością fizyczną lub jej brakiem, nieodpowiednim żywieniem – spożywaniem przetworzonej żywności, zanieczyszczeniem środowiska, używkami;
- Choroby społeczne, takie jak: alkoholizm, choroby reumatyczne, cukrzyca;
- Choroby zawodowe związane z pracą zmianową, niewłaściwa pozycja przy pracy, niewłaściwe oświetlenie, obecność pyłów, aerozoli, substancji szkodliwych, hałas, nadmierne obciążenie odbieranymi informacjami, praca przy komputerze⁶.

Zmieniając nawyki – „te złe” – i wprowadzając „wyższą jakość życia” zyskujemy w każdym jego aspekcie. Tworząc środowisko sprzyjające prozdrowotnemu stylowi życia w domu, w szkole, w pracy, promując zdrowie, stosując profilaktykę, edukację, informację zyskujemy świadomość społeczną, że zdrowie to wartość nadrzędna.

Jak pisał we fraszkach – trzeciej ich księdze – Jan Kochanowski

Ślachtetne zdrowie,
Nikt się nie dowie,
Jako smakujesz,

⁴ J. Okramus, M. Tytuła, *Słownik wyrazów obcych PWN*, Warszawa 2008, s. 316.

⁵ Por. R. Tabaszewski, *Prawo do zdrowia w systemach ochrony praw człowieka*, Lublin 2016, s. 29–30; M. Thorz, *Prawo do ochrony zdrowia w Konstytucji RP z 1997 roku*, [w:] M. Urbaniec, P. Stec (red.), *Prawno-ekonomiczne aspekty ochrony zdrowia*, Częstochowa 2010, s. 26.

⁶ Zob. G. Kuczyńska, *Zdrowy styl życia, co to znaczy?*, Olsztyn 2019, s. 5–7.

Aż się zepsujesz.
Tam człowiek prawie
Widzi na jawie
I sam to powie,
Że nic nad zdrowie
Ani lepszego,
Ani droższego;
Bo dobre mienie,
Perły, kamienie,
Także wiek młody
I dar urody,
Mieśca wysokie,
Władze szerokie Dobre są, ale —
Gdy zdrowie w cale.[...] ⁷.

1. Globalne prawo do ochrony zdrowia jako jedno z podstawowych praw człowieka oraz cele ochrony zdrowia

Prawa człowieka, jako prawa immanentnie związane z osobą człowieka, posiadające przymioty: naturalności, niezbywalności i świętości, określa się za pomocą cech: powszechności, obiektywności, przyrodzoności, nienaruszalności oraz równości, a przede wszystkim zakotwicza się je w ludzkiej godności⁸. Prawo do zdrowia jest podstawowym prawem człowieka, które czerpie swe źródło z przyrodzonej godności ludzkiej, w wymiarach: fizycznym, psychicznym, społecznym i duchowym. Zdrowie stanowi fundament możliwości realizowania innych wartości za pomocą środków indywidualnych i społecznych. Zdrowotne uprawnienia jednostki konkretyzują się w dwóch sferach – wolnościowej, polegającej na przyznaniu człowiekowi możliwości obrony swojej strefy zdrowotnej, w tym utrzymywania wszystkich funkcji organizmu w stanie nie pogorszonym (prawo do zdrowia), a także w sferze pozytywnych uprawnień socjalnych, polegających na przyjęciu założenia, że każdemu człowiekowi przysługuje pewien minimalny poziom opieki realizowanej przez programy państwowe, zwłaszcza opieki zdrowotnej (prawo do ochrony zdrowia)⁹.

Prawo do życia i zdrowia, jako *lex fundamentalis* systemu ONZ, powinno być chronione na poziomie krajowym przez ustawę, nikt bowiem nie może być samowolnie pozbawiony przymiotów składających się na zdrowie i życie ludzkie¹⁰.

⁷ <https://wolnelektury.pl/katalog/lektura/fraszki-ksiegi-trzecie-na-zdrowie.html>.

⁸ Zob. M. Cranston, *What are Human Rights?*, New York 1962, s. 11, 36; M. Piechowiak, *Pojęcie praw człowieka*, [w:] *Podstawowe prawa jednostki i ich sądowa ochrona*, L. Wiśniewski (red.), Warszawa 1997, s. 14; J. Hołda, *Prawa człowieka. Zarys wykładu*, Warszawa 2011, s. 12.

⁹ R. Tabaszewski, *Prawo do zdrowia w systemach ochrony praw człowieka*, Lublin 2016, s. 14, 72.

¹⁰ B.C.A. Toebes, *The right to health*, [w:] A. Edite et al. (red.), *Economic, Social and Cultural Rights*, Dordrecht 2002, s. 160–161.

Najważniejszą organizacją sprawującą mandat ONZ w dziedzinie ustanowienia i rozbudowywania gwarancji instytucjonalnych w dziedzinie ochrony zdrowia oraz budowania systemu zabezpieczającego podstawowe prawa zdrowotne jednostki jest Światowa Organizacja Zdrowia – WHO. Jest to jedna z organizacji wyspecjalizowanych ONZ, działająca w szeroko rozumianej sferze socjalnej na płaszczyźnie ochrony i promocji zdrowia¹¹. W 1948 roku WHO przyjęła w Preambule Konstytucji, że: „Zdrowie jest pełnią fizycznego, psychicznego, społecznego dobrobytu człowieka, a nie tylko brakiem choroby, kalectwa i niepełnosprawności”¹². Konstytucja WHO jest pierwszym dokumentem prawnomiędzynarodowym, w którym znalazło się bezpośrednie odniesienie do prawa do zdrowia jako fundamentalnego uprawnienia przysługującego jednostce¹³. Punkt centralny Preambuły stanowi wskazana powyżej definicja zdrowia. W kontekście praw osobistych istotne znaczenie posiada sformułowanie znajdujące się w Preambule Konstytucji WHO, dotyczące zdrowia jako pierwszorzędного, osobistego dobra jednostki: „korzystanie z najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia jest jednym z podstawowych praw każdej istoty ludzkiej, bez różnicy rasy, religii, przekonań politycznych, warunków ekonomicznych lub społecznych. Z drugiej strony, podkreślony został wymiar zdrowia całej populacji, które jest podstawą do osiągnięcia pokoju i bezpieczeństwa, a zależne jest od najpełniejszej współpracy jednostek i państw”¹⁴.

Zdrowie to pojęcie wielowymiarowe, wieloaspektowe, wkraczające we wszystkie dziedziny życia w sposób bezpośredni lub pośredni, dlatego jest obiektem zainteresowań wielu dyscyplin naukowych.

Promocja zdrowia została zapoczątkowana podczas Światowego Zgromadzenia Zdrowia (World Health Assembly) w 1977 roku w Ałma Acie (Kazachstan, wówczas Związek Radziecki). Zaproponowano wówczas pojęcie „promocji zdrowia” jako jednolitego podejścia do problematyki zdrowia, dla tych, którzy uznają potrzebę zmian w sposobie i warunkach życia dla poprawy stanu zdrowia¹⁵.

Prawo do zdrowia – do ochrony zdrowia jest prawem naturalnym człowieka. Jest prawem uniwersalnym, niezbywalnym, nienaruszalnym i przysługującym każdemu a jego podstawy są zawarte w przyrodzonej godności człowieka. Zagadnienia skoncentrowane wokół opieki zdrowotnej, ochrony zdrowia, zdrowia publicznego związane są bezpośrednio ze stanem zdrowia populacji – społeczeń-

¹¹ Por. R. Tabaszewski, *Prawo człowieka do zdrowia i jego definiowanie w systemie ochrony Światowej Organizacji Zdrowia*, J. Jaskiernia (red.), *Uniwersalne standardy ochrony praw człowieka a funkcjonowanie systemów politycznych w dobie wyzwań globalnych*, Kielce 2016, s. 264, A. Abraszewski, *Koordinacja działalności międzynarodowych w systemie Narodów Zjednoczonych. Zagadnienia prawne*, Warszawa 1973, s. 49.

¹² Konstytucja WHO, porozumienie zawarte przez rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22.07.1946 r., Dz. U. z 1948 nr 61, poz. 477 – dalej: Konstytucja WHO.

¹³ T. Murphy, *Health and human rights*, Oxford–Portland–Oregon 2013, s. 26.

¹⁴ J. Barcik, *Międzynarodowe prawo zdrowia publicznego*, Warszawa 2013, s. 56.

¹⁵ Zob. L. Baric, H. Osińska, *Oświata zdrowotna i promocja zdrowia*, Warszawa 2006, s. 13.

stwa, z ogólnymi usługami zdrowotnymi oraz z administracyjną opieką zdrowotną i mają wpływ na zdrowie prywatne – indywidualne człowieka. Człowiekowi przysługuje prawo do ochrony zdrowia jako jego prawo naturalne, z tym że człowiek sam powinien zatroszczyć się o jego ochronę, a opieka – działania państwa w tym zakresie powinny mieć charakter subsydiarny. Należy zwrócić uwagę, że „ochrona zdrowia musi mieć kształt regulacji prawnej, w której uwzględnianie różnych interesów oraz jedność w kwestii zasad wybranego modelu (czyli społecznych, ekonomicznych i politycznych skutków ustawy o zdrowiu publicznym)¹⁶ mają pierwszorzędne znaczenie¹⁷. A na ochronę zdrowia składają się trzy zasady: zasada zdrowia publicznego, ubezpieczenia zdrowotnego i zaopatrzenia zdrowotnego. Zatem prawo do zdrowia – do ochrony zdrowia *prima facie* jest uprawnieniem i obowiązkiem zarazem osobistym – indywidualnym człowieka, a rola i opieka państwa w tym zakresie sprowadza się do subsydiarności – pomocniczości w dążeniu do podejmowania działań, tj. np. działania promocyjne, zapobiegawcze, lecznicze, rehabilitacyjne ukierunkowane na problemy zdrowotne, w tym również edukacja zdrowotna, programy zdrowotne związane np. z promocją zdrowego żywienia czy np. akcjami szczepień przeciwko chorobom zakaźnym.

Na aprobatę zasługuje fakt umieszczenia gwarancji prawa do ochrony zdrowia oraz obowiązku władz publicznych zapewnienia opieki zdrowotnej w ramach postanowień konstytucyjnych¹⁸. Postanowienia art. 38 Konstytucji RP odnoszącego się do ochrony życia, art. 68 Konstytucji RP odnoszącego się do ochrony zdrowia i art. 47 Konstytucji RP odnoszącego się do prawa samostanowienia o swoim życiu osobistym mają wspólny mianownik w postaci prawa do kształtowania prozdrowotnego stylu życia. Zatem art. 68 Konstytucji RP odnosi się do dwóch praw – tj. prawa do ochrony zdrowia i prawa do opieki zdrowotnej. Przepis ten zawiera generalny nakaz ochrony ludzkiego zdrowia rozumianego jako dobro szczególnie chronione przez ustawodawcę i stanowi doprecyzowanie normy wyrażonej w art. 38 Konstytucji RP zapewniającej prawną ochronę życia i ma wymiar osobisty w kontekście ochrony. Konstytucja RP odnosi się do wolności, praw ekonomicznych, socjalnych oraz kulturalnych jednostki. Do ich katalogu należy zaliczyć prawo do ochrony zdrowia oraz prawo do opieki zdrowotnej. Oba elementy stanowią przedmiot regulacji art. 68 Konstytucji RP. Jest to przepis niosący w sobie największą wartość normatywną adresowaną do sfery ochrony zdrowia. Uregulowania te są na tyle istotne, że dotyczą fundamentalnych wartości prawnie chronionych – życia i zdrowia ludzkiego. Tym samym ich realizacja musi być gwarantowana przez władzę publiczną. Pamiętać należy, że opieka zdrowotna stanowi immanentną część systemu ochrony zdrowia, który jako całość funkcjonuje w RP¹⁹. Norma konstytucyjna z art. 68 ust 1 Konstytucji

¹⁶ Ustawa z dnia 11.09.2015 O zdrowiu publicznym, Dz. U. t.j. z 2022 poz. 1608.

¹⁷ J. Jończyk, *Zasady i modele ochrony zdrowia*, „Państwo i Prawo” 2010, nr 8, s. 4–5.

¹⁸ Konstytucja RP z dnia 2.04.1997, Dz. U. nr 78, poz. 483 ze zm.

¹⁹ Zob. M. Drecz, [w:] M. Drecz, H. Izdebski, T. Rek, *Dziecko – pacjent i świadczeniobiorca. Poradnik prawny*, Warszawa 2015, s. 25.

RP stanowi prawo podmiotowe i znajduje swoje potwierdzenie w judykaturze. Zgodnie ze zdaniem NSA wyrażonym w wyroku²⁰ z ust 1 art. 68 Konstytucji RP wywieść należy podmiotowe prawo jednostki do ochrony zdrowia. Zatem jest to prawo podmiotowe, które może być podstawą do wysuwania roszczeń przez jednostkę. Przysługuje każdemu i stanowi element składowy prawa do ochrony zdrowia i wiąże się z uprawnieniami do korzystania z proponowanego przez system opieki zdrowotnej. Zgodnie z ujęciem słownikowym²¹ „opieka” to dbanie o kogoś lub coś, a z prawnego punktu widzenia to wsparcie oraz pomoc udzielane przez zobowiązane do tego władze publiczne. Zatem to działanie w sposób w sposób zorganizowany i zinstytucjonalizowany, ukierunkowany na zapewnienie ochrony zdrowia i życia jednostki. Konstytucja RP przyznaje szczególne prawo do opieki zdrowotnej określonej grupie podmiotów: dzieciom, kobietom w ciąży, osobom niepełnosprawnym, osobom w podeszłym wieku – art. 68 ust. 3 Konstytucji RP – ma on charakter programowy. Norma programowa jest skierowana do władz publicznych i określa cel, jaki ma być zrealizowany²². Ponadto odnosząc się do poglądu TK wyrażonego w wyroku²³, treścią prawa do ochrony zdrowia nie jest abstrakcyjnie określony stan zdrowia poszczególnych jednostek, ale możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia, który jest ukierunkowany na zwalczanie i zapobieganie chorobom, urazom i niepełnosprawności.

Treścią konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia jest zapewnienie człowiekowi określonych gwarancji ochrony jego zdrowia jako fundamentalnego dobra ludzkiego. Analizy prawa do zdrowia nie można dokonywać w oderwaniu od innych praw i wolności określonych w II rozdziale Konstytucji RP pt. „Wolności, prawa i obowiązki człowieka i obywatela” (art. 30–86)²⁴. Powyższe prawa i wolności umieszczone są też w art. 5 Konstytucji RP, zgodnie z którą RP zapewnia wolności i prawa człowieka i obywatela oraz ich bezpieczeństwo, a doprecyzowanie znajduje się w art. 45 ust 1 oraz art. 77–79 Konstytucji RP, co stanowi warunek *sine qua non* możliwości potwierdzenia gwarancji wyrażonej w art. 37 Konstytucji RP.

Fundamentalnym znaczeniem, a zarazem wyzwaniem dla całego systemu ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem promocji zdrowia i prozdrowotnego stylu życia (*well-being*), są choroby cywilizacyjne, będące wynikiem wadliwego, niewłaściwego stylu życia człowieka. Choroby cywilizacyjne, o których mowa, mają przewlekły przebieg, a wpływ na nie mają m.in. postęp cywilizacyjny, globalizacja, powstawanie dużych aglomeracji miejskich, zanieczyszczenie środowiska, rozwój turystyki i transportu lądowego, morskiego i powietrznego,

²⁰ Wyrok NSA z dnia 18.02.2015, IIGSK 2331/13, Lex nr 1657728.

²¹ L. Drabik, A. Kubiak-Sokół, E. Sobol, *Słownik języka polskiego PWN*, Warszawa 2017, s. 197.

²² Zob. M. Piechota, *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia jako prawo socjalne i prawo podstawowe*, „Roczniki Administracji i Prawa” 2012, nr 12, s. 96.

²³ Wyrok TK z dnia 07.01.2004, K14/03, Legalis nr 60760.

²⁴ K. Complak, *Wolności, prawa i obowiązki człowieka i obywatela*, [w:] *Konstytucja RP. Komentarz*, M. Haczkowska (red.), Warszawa 2014, s. 47.

długotrwałe przebywanie w klimatyzowanych pomieszczeniach, ograniczenie ruchu lub jego brak, a przede wszystkim błędy żywieniowe – przetworzona żywność, stres, nadużywanie leków i stosowanie różnych używek. Wszystkie te elementy składające się na choroby cywilizacyjne przewijają się w różnych stanach chorobowych tj. jak np. choroby metaboliczne, nerwowe, nowotworowe itd.

Zwrócenie uwagi na prozdrowotny styl życia i związany z nim przełom w postaci wyodrębnienia dziedziny naukowej – „promocji zdrowia” – można zaobserwować poprzez ogłoszenie w 1974 roku tzw. Raportu Lalonde’a²⁵, który wprowadził 4 grupy tzw. pola Lalonde’a – pola zdrowia:

- Styl zdrowia – zajmujący około 50 % udziału w kształtowaniu zdrowia;
- Czynniki środowiskowe, w tym socjoekonomiczne, obejmujące środowisko życia i pracy około 20%;
- Czynniki biologiczne (czynniki genetyczne, płeć) około 20 %;
- Ochrona zdrowia, w tym organizacja opieki medycznej – dostępność, jakość, zasoby opieki medycznej – około 10% wpływu na zdrowie.

Zatem zadaniem i celem promocji zdrowia – prozdrowotnego stylu życia – jest publiczny udział w określaniu problemów i tematów dotyczących zdrowia i podejmowanie rozwiązań związanych z poprawą lub zmianą warunkujących je czynników.

Prozdrowotny styl życia i jego promowanie koncentruje się na trzech obszarach oddziaływania, a mianowicie: edukacji, polityce zdrowotnej i profilaktyce chorób. Istotne jest podejmowanie działań przy wykorzystywaniu innowacyjnych rozwiązań i technologii, interdyscyplinarność, oddziaływanie społeczne, polityka zdrowotna na wszystkich poziomach centralnym i zdecentralizowanym, indywidualnym i społecznym przy wykorzystaniu szerokiego spektrum narzędzi i metod prewencyjnych – informacyjnych. Jest to możliwe poprzez prowadzenie instytucjonalnych, zaplanowanych i skoordynowanych programów zdrowotnych. Zasadniczym narzędziem w zakresie realizacji założeń promocji zdrowia jest tworzenie programów zdrowotnych, które realizują określone cele społeczne, są interdyscyplinarne również w wymiarze globalnym – (wymiana doświadczeń i dobrych praktyk), skierowane na rozwiązywanie konkretnego problemu. Programy zdrowotne są definiowane jako zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej, ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiające w przyjętych ramach czasowych osiągnięcie zamierzonych celów, polegających na wykrywaniu i realizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców²⁶. Sztandarowym programem tego typu w polskim porządku prawnym jest Narodowy Program Zdrowia (NPZ), do którego działań zaangażowane są różne podmioty centralne i zdecentralizowane.

²⁵ M. Lalonde, *A new perspective on the health of Canadians, A working document Government of Canada, Ottawa 1974.*

²⁶ Ustawa z dnia 27.08.2004 O świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. nr 164 poz. 1022 ze zm.

Obecnie realizowana jest edycja programu (na lata 2021–2025)²⁷. Celem strategicznym niniejszego programu jest zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu. Przy realizacji NPZ uwzględnia się wpływ skutków zdrowotnych wywołanych przez pandemię COVID-19 na zdrowie całej populacji. Pandemia spowodowała największy kryzys zdrowotny w RP po zakończeniu II Wojny Światowej. Pokłosiem COVID-19 są przewlekłe choroby niezakaźne, powodujące efekt negatywnej synergii, dlatego konieczne są działania zmierzające do interwencji w obszarze zdrowia publicznego, przy pomocy wszelkich, dostępnych narzędzi zgodnych z aktualną wiedzą naukową. Cele NPZ obejmują:

- 1) Profilaktykę nadwagi i otyłości;
- 2) Profilaktykę uzależnień;
- 3) Promocję zdrowia psychicznego;
- 4) Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne;
- 5) Wyzwania demograficzne.

Ad 1. W przypadku profilaktyki nadwagi i otyłości realizatorem jest Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy. Celem jest szerzenie wiedzy na temat żywienia i zdrowego stylu życia, motywowanie do zmiany postaw i nawyków żywieniowych Polaków a w konsekwencji poprawy stanu zdrowia. Dane w tym zakresie są alarmujące²⁸. Nieracjonalne żywienie i stale popełniane błędy żywieniowe, takie jak nadmierne przejadanie się, nieprawidłowy skład posiłków (żywność wysoko przetworzona), duża ilość cukru i tłuszczu, żywność typu *fast food* przyczynia się do galopującego wzrostu występowania otyłości w Polsce, Europie i na świecie.²⁹

Ad 2. Profilaktyka uzależnień to realizacja szkoleń personelu medycznego w zakresie uzależnienia od nikotyny – realizatorem jest Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie oraz Państwowy Instytut Badawczy. Celem jest zwiększenie dostępu do specjalistycznego poradnictwa osób uzależnionych od nikotyny i prowadzenie szkoleń w zakresie uzależnienia od tytoniu³⁰.

²⁷ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30.03.2021 r., W sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025, Dz. U. z 2021 poz. 642.

²⁸ Otyłość o globalnym zasięgu należy postrzegać w kategoriach rozprzestrzeniającej się epidemii. Największy odsetek otyłości wśród dorosłych występuje w: USA – 68%, Wielka Brytania 64%, Belgia 60%, Francja 60%, Włochy 58%, Polska 59% i Portugalia 59%. Liczba ludzi otyłych i tych z nadwagą cały czas rośnie, szacuje się, że w 2015 r., w Polsce otyłych będzie 30% mężczyzn i 26% kobiet. WHO podaje, że problem otyłości dotyczy 400 mln, a nadwagi 1,6 mln osób dorosłych na świecie. W ciągu trzydziestu lat liczba otyłych w grupie wiekowej do 18. roku życia potroiła się, w Europie co piąte dziecko ma nadmiernie zwiększoną masę ciała. – Szerzej zob. <https://www.akademiadietetyki.pl>, <https://pulsmedycyny.pl/who-otylosc-to-choroba-ktora-dotyka800mln-ludzi-na-swiecie>, <https://www.medonet.pl>, <https://ncez.pzh.gov.pl/poradnictwo> [dostęp: 15.10.2022].

²⁹ Szerzej zob. J. Osiecka-Chojnacka, *Epidemia otyłości a interwencja władz publicznych*, Warszawa 2012 s. 1–4, G. Sikorska-Wiśniewska, *Nadwaga i otyłość u dzieci i młodzieży*, „Nauka – Technologia – Jakość” 2007, nr 6(55), s. 71–80.

³⁰ Szerzej zob. www.jakrzucipalenie.pl.

Ad 3. Promocja zdrowia psychicznego – głównym celem jest koordynacja, monitorowanie realizacji i ewaluacja jakości oraz skuteczności działań realizowanych przez różne podmioty na terytorium RP mających na celu poprawę zdrowia psychicznego. Zakres programu obejmuje: organizację kongresów, webinarów i konferencji na ten temat, ocenę skuteczności i efektywności działań oraz badanie depresji w szkołach ponadpodstawowych. Ponadto program odnosi się do zdań polegających na rozwijaniu odpowiedniej polityki informacyjnej nt. zachowań samobójczych oraz czynników ryzyka i czynników chroniących. Realizatorem programu jest Instytut Psychiatrii i Neurologii i Instytut Monitorowania Sytuacji Epidemiologicznej Zachowań Samobójczych i Postaw Społecznych.

Ad 4. Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne – celem jest wzmocnienie potencjału zdrowia i inicjatyw na rzecz profilaktyki chorób zawodowych i związanych z pracą, w tym służbom żołnierzy zawodowych i funkcjonariuszy. Realizatorem programu są: Instytut Medycyny Pracy im. J. Nofera w Łodzi, Instytut Medycyny WSI (Wojskowych Służb Informacyjnych) im. W. Chodźki w Lublinie, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH – Państwowy Instytut Badawczy.³¹

Ad 5. Wyzwania demograficzne – edukacja w zakresie zarządzania zdrowiem starzejących się pracowników, promocja zdrowia w środowisku pracy w średnich i dużych zakładach pracy. Realizatorem zadania jest Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, Instytut Medycyny Pracy im. J. Nofera w Łodzi. Średnia długość życia w Polsce jest o trzy lata krótsza, niż w Unii Europejskiej, z badań Eurostatu za 2020 rok wynika, że Polska pod względem długości trwania życia mężczyzn zajmowała 29 miejsce spośród 36 krajów uwzględnionych w analizie. W 2020 roku COVID-19 pogłębił różnicę między zgonami i urodzeniami, która zwiększyła się do prawie 128 tysięcy (w 2020 r., było 485 259 zgonów i 359 000 urodzeń)³²

Czynnikami negatywnymi – hamującymi działania promocyjne są przede wszystkim – brak wiedzy – informacji – edukacji, o tym, czym jest promocja zdrowia i prozdrowotny styl życia, mylne – niewłaściwe identyfikowanie jej z profilaktyką zdrowia aż wreszcie ze scedowaniem na pacjenta odpowiedzialności za swoje zdrowie lub przekładanie odpowiedzialności na personel medyczny, które *in genere* skupia swoje działania na działaniach naprawczych. Dlatego tak ważna jest promocja, edukacja, informacja sięgająca jak najgłębiej, jak najdalej każdego z osobna, indywidualnie, jak również dotyczy to różnych grup społecznych. Promocja zdrowia – życie w stylu prozdrowotnym jest zjawiskiem dotyczącym każdego indywidualnie, społecznie i globalnie. Należy traktować promocje zdrowia jako długofalową strategię przekazu informacji w celu lepszego, zdrowszego życia, dla wszystkich teraz i w przyszłości.

³¹ Szerzej zob. <https://wihe.eengine.pl>, www.szczepienia.pzh.gov.pl, www.antybiotyki.edu.pl [dostęp: 16.10.2022].

³² Szerzej zob. <https://es.europa.eu>, www.pracanzdrowie.pl [dostęp: 16.10.2022].

2. Problem cukru w artykułach spożywczych

W ostatnich latach możemy zaobserwować tendencje do wzrostu ilości osób z nadwagą, w 2019 roku było to 46% mężczyzn i 31% kobiet. Według raportu GUS „Stan zdrowia ludności Polski w 2019 roku”.

W świetle ostatnich wydarzeń a konkretnie wyniku pandemii koronawirusa, a co z tym związane ograniczeniami poruszania się i możliwości uprawniania większości sportów, które wymagałyby opuszczenia miejsca zamieszkania, ilość osób zakwalifikowanych do grupy osób z nadwagą zwiększyła się znacząco. Są to w większości osoby powyżej 40. roku życia.

Co prawda w ostatnich latach spadło w społeczeństwie spożycie cukru nieprzetworzonego w czystej postaci, pokazuje to, że Polacy zaczynają świadomie poprawiać swoje nawyki żywieniowe. Niestety, jak podaje GUS w raporcie „Dostawy na rynek krajowy oraz spożycie niektórych artykułów konsumpcyjnych na 1 mieszkańca w 2021 roku”, przetworzonego cukru znajdującego się w produktach spożywczych jemy znacznie więcej: w latach 2008–2017 był to wzrost o ponad 11 kg. Powodem tak dużego wzrostu ilości spożytego cukru jest rozwijający się rynek dużych marketów z pokaźnym asortymentem, a co za tym idzie próba maksymalizacji zysków poprzez sztuczne zapewnianie i przedłużanie żywotności produktów spożywczych. Zjawisko dodawania cukrów do produktów, które tego nie wymagają możemy zaobserwować na zachodzie od dekad, a wraz z nim znaczny wzrost ilości ludzi z podwyższoną masą ciała.

Warto wspomnieć że według infografiki „Cukier w Polsce” przedstawionej przez Główny Urząd Statystyczny z 28.02.2019 roku ilość zgonów z powodu cukrzycy sukcesywnie rośnie, co może być sygnałem nie tylko do próby zapobiegania wystąpieniu tej choroby, ale również polepszenia jakości leczenia i prób ocalenia jak największej ilości osób przed wczesną śmiercią

By zapobiec dalszemu pogłębianiu się nadwagi w społeczeństwie powinniśmy wymagać od producentów ograniczenia dodawania sztucznych cukrów, jak i innego rodzaju szkodliwych dodatków lub odpowiedniego nazewnictwa danych produktów. Przykładem, który należy pochwalić jest wyrok irlandzkiego Sądu Najwyższego z dnia 29 września 2020 roku³³, w którym argumentowano, iż chleb w popularnej sieci restauracji „Subway” w swoich serwowanych kanapkach posiadał w swoim składzie więcej niż 2% cukru, a więc nie powinien być prawnie nazwany chlebem, a co za tym idzie jego sprzedaż nie może być wyłączone z podatku VAT. Wątro tu nadmienić, że wspomniane ciasto miało w sobie dziesięciokrotnie więcej ilości cukru niż takiego samego rozmiaru standardowa biała bagietka. Niestety często zdrowsza alternatywa dla danego produktu jest znacznie droższa, a co za tym idzie nie dostępna dla całego społeczeństwa. W połą-

³³ Wyrok irlandzkiego Sądu Najwyższego, Judgment of Mr. Justice O’Donnell delivered the 29th day of September, 2020.

czeniu z brakiem czasu i energii spowodowanym przepracowaniem, oraz faktem, że większość dostępnych metod utrzymania formy fizycznej wiąże się z zainwestowaniem znaczącej ilości czasu oraz pieniędzy, stawia to grupę ludzi z problemami finansowymi w szczególnym ryzyku.

Bez wątplenia epidemia otyłości jest i będzie jednym z ważniejszych problemów krajów pierwszego świata, a do jej rozwiązania nie wystarczą jedynie kampanie społeczne i informacyjne, a raczej regulacje wycelowane w te podmioty, które aktywnie działają i czerpią zyski z pogarszania stanu artykułów spożywczych dla nas wszystkich.

Choroby cywilizacyjne takie jak otyłość czy zaburzenia odżywiania są ceną jaką płacimy za rozwój cywilizacyjny jak i nie rozłączą jego częścią. Choć istnienie nadwyżki cukru w artykułach spożywczych nie jest jedynym problem w aspekcie zdrowotnym, to jego konserwacyjne wartości, jak i fakt, że cukier stanowczo uzależnia tylko zachęca producentów do nadmiernego dodawania cukru to ich wyrobów.

W dzisiejszych czasach szkodliwość cukru na zdrowie jest powszechną wiedzą potwierdzaną badaniami naukowymi takimi jak opublikowane przez chiński uniwersytet Sichuan 5 kwietnia 2023 r. badanie pod tytułem „Konsumpcja cukru w diecie a zdrowie”, w którym eksperci obalają mit jakoby cukier miał dobry wpływ na organizm, zauważając związek pomiędzy dużą ilością spożywania cukru a ryzykiem chorób kardiometabolicznych. Zalecają ograniczenie spożycia cukrów prostych oraz złożonych do 25 gramów dziennie.

Nie zawsze jednak panowało takie przeświadczenie. W połowie lat pięćdziesiątych XX wieku w państwach zachodnich zaczęły się pojawiać reklamy promujące cukier jako niesamowite źródło niskokalorycznego zaspokojenia apetytu. W wielu szanowanych gazetach, a później wraz z rozwojem innych mediów w radiu i telewizji zaczęły się pojawiać reklamy zachęcające konsumentów do odrzucenia wysokokalorycznych posiłków w zamian za szybkie i obfite w cukier przekąski.

Stan gloryfikowania cukru w produktach spożywczych trwał aż do 1971 r., kiedy to Amerykańska Federalna Komisja Handlu zabroniła producentom na używanie kłamliwych haseł obiecujących łatwy sposób na stracenie kilku kilogramów poprzez spożywanie jedynie bogate w cukier produkty spożywcze.

Jednakże producenci cukru, w tym „The Sugar Association” (SAI), nigdy nie wycofali się ze stanowiska, że cukier w racjonalnych ilościach wpływa pozytywnie na zdrowie człowieka.

Wbrew powszechnej wiedzy na stronie internetowej SAI można znaleźć treści mające zaprzeczyć istnienia związku pomiędzy spożywaniem cukru a otyłością w społeczeństwie.

Niezależnie od rzetelności tych twierdzeń faktem jest, że współczynnik osób cierpiących na otyłość czy choroby kardiologiczne rośnie z każdym rokiem. Jednym ze sposobów walki tymi chorobami cywilizacyjnymi jest ograniczenie spożycia cukru, a zadaniem państwa jest tego dopilnowanie. Czy poprzez prowadzenie rzetelnej kampanii społecznej, czy przykładem Irlandii zmuszeniem produ-

centów do prawidłowego nazewnictwa swojego produktu, a nawet poprzez nałożenie radykalnych limitów na ilość cukru w produktach spożywczych.

Zakończenie

Zdrowie jest warunkiem *sine qua non*. Zdrowie jest nieodłącznym warunkiem – atrybutem szeroko pojętego dobrostanu społecznego we wszystkich płaszczyznach życia.

Styl życia jako pewien wzór wyboru zachowań spośród alternatywnych możliwości, jakie dostępne są ludziom w zależności od ich sytuacji społeczno-ekonomicznej i łatwości z jaką są w stanie przedłożyć określone zachowania nad inne kształtuje się w procesie wzajemnego oddziaływania warunków życiowych, indywidualnych wzorców zachowań determinowanych przez cechy osobiste (indywidualne), przez różnorodne czynniki kulturowe – wszystkie te elementy wpływają i tworzą świadomy wybór zachowań służących utrzymywaniu i podnoszeniu poziomu zdrowia poprzez zachowania prozdrowotne i kształtujące styl życia w kierunku szeroko pojętego prozdrowotnego stylu życia. Prozdrowotny styl życia określany jest jako *well-being*, wiąże się on bezpośrednio z prawem do ochrony zdrowia i jest, zaraz po prawie do życia, najistotniejszym z praw człowieka.

Odnosząc się do prozdrowotnego stylu życia, który jest emanacją zespołu codziennych zachowań jednostki i zbiorowości, sprzyjający utrzymaniu i wzmocnieniu zdrowia w wielowymiarowym spektrum, należy przyjąć, że działania związane ze zdrowiem i jego ochroną wiążą się ze świadomym celem działania na poziomie instytucjonalnym i na poziomie świadomości jednostki. Od całego społeczeństwa, od każdego człowieka zależy skuteczność tych działań.

Poczynione ustalenia pozwalają na wykazanie prawdziwości tezy, iż współdziałanie – jako jedna z form działania instytucjonalnego – ma istotny wpływ na promocję zdrowia, poprzez programy zdrowotne, profilaktykę, kontrolę jakości żywności, kształtowanie komplementarnych podstaw i rozwiązań o charakterze popularyzacyjnym.

Konkludując, należy stwierdzić, iż prawo do zdrowia w kontekście kształtowania prozdrowotnego stylu życia stanowi istotny element z punktu widzenia założeń doktrynalnych prawa publicznego i prywatnego oraz prawa krajowego i międzynarodowego. Sposoby kształtowania prozdrowotnego stylu życia nie są dowolne ani pozbawione reguł postępowania. Na prawo do ochrony zdrowia i przenikanie się różnych koncepcji zmierzających do jego kształtowania wpływ mają również wszelkiego rodzaju spotkania międzynarodowe, konferencje, sympozja, na których dochodzi do wymiany poglądów i doświadczeń. Ochrona zdrowia przeszła długą ewolucję zarówno systemową, instytucjonalną, jak i indywidualną. Stanowi istotny element służący do poprawy jakości zdrowia. W trosce o realizację podstawowej wartości w życiu człowieka, czyli ochrony zdrowia,

warto mieć na uwadze potrzebę upowszechniania środków edukacyjnych, informacyjnych, medycznych i prawnych, aby móc wpływać na szeroko pojęte dobro społeczne, do którego możemy zaliczyć właśnie ochronę zdrowia. Widoczna jest potrzeba dalszych badań działań profilaktycznych, informacyjnych, terapeutycznych, medycznych, prawnych i systemowych. Poruszana tematyka jest wieloaspektowa, dlatego wymaga współdziałania na rzecz ochrony zdrowia i prozdrowotnego stylu życia.

Chronić prawo do zdrowia, to powstrzymywać innych od jego naruszania. Aby wywiązać się z tego obowiązku państwo (aparatus państwowy) wprowadza przepisy i inne środki zapewniające dostęp do opieki zdrowotnej i innych usług zdrowotnych służących zdrowiu. Ochrona zdrowia to prawo konstytuujące i warunkujące zdrowie. Podnoszenie świadomości jednostki i społeczeństwa dotyczące zdrowia i czynników warunkujących zdrowie jest głównym celem promocji zdrowia.

Zdrowie publiczne i jego ochrona, jak już zostało wskazane w niniejszym tekście, to podstawowe prawo naturalne człowieka, należy się do niego odnosić globalnie, wyznaczać cele ochrony, działania prozdrowotne, promocję zdrowia, również poza systemem opieki zdrowotnej w rodzinach, szkołach, poprzez szkolenia i edukację, badania naukowe, profilaktykę, finansowanie ochrony zdrowia publicznego, równy dostęp do opieki zdrowotnej i wreszcie kształtowanie prozdrowotnego stylu życia. Należy dążyć, aby powyższe działania dotarły do najszerzej grupy społeczeństwa. Potrzebny jest dyskurs naukowy, interdyscyplinarny, bo sama problematyka prawa do ochrony zdrowia w kontekście kształtowania prozdrowotnego stylu życia jest tematem wymagającym pogłębionej analizy.

In fine podejmowana problematyka ma istotne znaczenie z perspektywy indywidualnej, społecznej i globalnej, ponieważ wpływa na jakość życia ludzkiego.

Bibliografia

Literatura

- Abraszewski A., *Koordinacja działalności międzynarodowych w systemie Narodów Zjednoczonych. Zagadnienia prawne*, Warszawa 1973.
- Barcik J., *Międzynarodowe prawo zdrowia publicznego*, Warszawa 2013.
- Baric L., Osińska H., *Oświata zdrowotna i promocja zdrowia*, Warszawa 2006.
- Cockerham W.C., *New directions in health lifestyle research*, *Public Health* 2007.
- Complak K., *Wolności, prawa i obowiązki człowieka i obywatela*, [w:] Haczkowska M. (red.), *Konstytucja RP. Komentarz*, Warszawa 2014.
- Cranston M., *What are Human Rights?*, New York 1962.
- Drabik L., A. Kubiak-Sokół, E. Sobol, *Słownik języka polskiego PWN*, Warszawa 2017.
- Drecz M., [w:] M. Drecz, H. Izdebski, T. Rek, *Dziecko – pacjent i świadczeniobiorca. Poradnik prawny*, Warszawa 2015.

- Hołda J., *Prawa człowieka. Zarys wykładu*, Warszawa 2011.
- Jończyk J., *Zasady i modele ochrony zdrowia*, „Państwo i Prawo” 2010, nr 8.
- Kuczyńska G., *Zdrowy styl życia, co to znaczy?*, Olsztyn 2019.
- Lalonde M., *A new perspective on the health of Canadians, A working document Government of Canada*, Ottawa 1974.
- Murphy T., *Health and human rights*, Oxford – Portland – Oregon 2013.
- Okramus J., Tytuła M., *Słownik wyrazów obcych PWN*, Warszawa 2008.
- Osiecka-Chojnacka J., *Epidemia otyłości a interwencja władz publicznych*, Warszawa 2012.
- Tulli R., *Rozwój koncepcji zdrowia, choroby i leczenia*, [w:] Ostrowska A. (red.), *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie, analizy*, Warszawa 2009.
- Piechota M., *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia jako prawo socjalne i prawo podstawowe*, „Roczniki Administracji i Prawa” 2012, nr 12.
- Piechowiak M., *Pojęcie praw człowieka*, [w:] L. Wiśniewski (red.), *Podstawowe prawa jednostki i ich sądowa ochrona*, Warszawa 1997.
- Tabaszewski R., *Prawo do zdrowia w systemach ochrony praw człowieka*, Lublin 2016.
- Tabaszewski R., *Prawo człowieka do zdrowia i jego definiowanie w systemie ochrony Światowej Organizacji Zdrowia*, [w:] J. Jaskiernia (red.), *Uniwersalne standardy ochrony praw człowieka a funkcjonowanie systemów politycznych w dobie wyzwań globalnych*, Kielce 2016.
- Toebe B.C.A., *The right to health*, [w:] A. Edite et al. (red.), *Economic, Social and Cultural Rights*, Dordrecht 2002.
- Woyarowska B., *Edukacja zdrowotna*, Warszawa 2007.

Wykaz Aktów Prawnych

Konstytucja RP z dnia 2.04.1997, Dz. U. nr 78, poz. 483 ze zm.

Akty Prawa Międzynarodowego

Konstytucja WHO, porozumienie zawarte przez rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22.07.1946 r., Dz. U. z 1948 nr 61, poz. 477.

Ustawy

Ustawa z dnia 11.09.2015 o zdrowiu publicznym, Dz. U. t.j. z 2022, poz. 1608.

Ustawa z dnia 27.08.2004 o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. nr 164, poz. 1022.

Rozporządzenia

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30.03.2021, W sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025, Dz. U. z 2021 poz. 642

Orzecznictwo

Wyrok TK z dnia 07.01.2004, K14/03, Legalis nr 60760.

Wyrok NSA z dnia 18.02.2015, IIGSK 2331/13, Lex nr 1657728.

Wyrok Irlandzkiego Supreme Court z dnia 29.09.2022, S:AP:IE:2019:000131.

Shaping a healthy lifestyle

Abstract

Health is a strictly personal property, belonging to every human being, on the other hand, it is a socially valued value. Health is closely related to the person, the human body and its physical integrity, the violation or deprivation of which will result in a deviation from the norm provided for by law. Health as one of the inalienable attributes of a human being is included in the catalog of rights subject to special internal – national and external – international protection, therefore it is a global, basic, natural concept and every human being is entitled to it. Health is a sine qua non. Health is an inseparable condition - an attribute of broadly understood social well-being in all areas of life. The task, the goal of health promotion – a healthy lifestyle is public participation in defining problems, topics related to health and taking up solutions related to the improvement or change of the factors conditioning them.

Keywords: healthy lifestyle, health, health protection, well-being, life.