

OPINIE I KOMENTARZE FRDL
SAMORZĄD TERYTORIALNY NA ŚWIECIE

nr 7/2026

Sieć Zdrowych Miast, czyli partycypacja a polityki zdrowotne. Przykłady doświadczeń europejskich i polskich

Dr Marta Hoffmann

Wprowadzenie

Healthy Cities jest inicjatywą Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zakorzenioną mocno w paradygmacie podstawowej opieki zdrowotnej wprowadzonym deklaracją z Ałma Aty z 1978 r. Jej celem, w najogólniejszym sensie, jest upowszechnienie koncepcji miast jako podstawowych jednostek tworzących warunki do zdrowego trybu życia. Od samego początku jednym z jej filarów była partycypacja społeczna, czyli kształtowanie „zdrowych rozwiązań” w ścisłej współpracy z mieszkańcami. Praktyczna realizacja koncepcji *Healthy Cities* jest jednak bardzo zróżnicowana. Mimo ustalonego za pośrednictwem dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia sposobu rozumienia i definiowania relacji pomiędzy przestrzenią miejską a jakością zdrowia zamieszkujących ją osób projekty tworzone na podstawie koncepcji *Healthy Cities* mogą się bardzo od siebie różnić pod względem nacisku położonego na rolę partycypacji w kształtowaniu obszarów miejskich. Celem niniejszego artykułu jest prezentacja kontekstu koncepcji *Healthy Cities*, charakterystyka partycypacyjnego filaru projektu *Healthy Cities Network* wraz z odniesieniem do dobrych praktyk, a następnie refleksja nad relacjami pomiędzy partycypacją a politykami zdrowotnymi w wybranych polskich miastach biorących udział w projekcie *Healthy Cities*. Artykuł kończy się propozycjami dobrych praktyk, które mogłyby jeszcze lepiej zintegrować te miasta z inicjatywą WHO.

Sieć Zdrowych Miast (*Healthy Cities Network*)

Założenie, że stan zdrowia człowieka jest wypadkową wielu czynników, w tym środowiska, w którym żyje, zawarte zostało już w definicji zdrowia WHO z 1948 r. Zdrowie określono w niej jako „[...] stan pełnego dobrostanu fizycznego, umysłowego i społecznego, a nie jedynie brak choroby” (WHO, 1948). Z definicji można wywnioskować, że stan zdrowia zależy od wielu czynników wykraczających poza przestrzeń biomedyczną, w tym społecznych, a skoro tak, to decydenci polityczni nie powinni na niego oddziaływać jedynie za pośrednictwem dobrze zorganizowanej służby zdrowia. Kolejnym kluczowym dokumentem, który jeszcze mocniej podkreślał ścisłą relację pomiędzy środowiskiem człowieka a jego stanem zdrowia, była tzw. deklaracja z Ałma Aty z 1978 r., która stanowiła podwaliny koncepcji podstawowej opieki zdrowotnej (WHO, 1978a, 1978b). Wbrew pozorom dokument ten może interesować nie tylko praktyków ochrony zdrowia. Przełomowymi elementami w tej deklaracji były:

- po pierwsze, w bezpośredni, klarowny sposób wpisanie zdrowia w prawa człowieka, co uutorowało drogę późniejszej koncepcji *Health in All Policies* (WHO, 1978b; Greer S.L. i in., 2022);
- po drugie, bardzo mocne podkreślenie, że fundamentem, na którym zasadza się zdrowie człowieka, jest wspierające go otoczenie społeczne (Hone, James and Christopher, 2018);
- po trzecie, wskazanie na konieczność dopasowywania rozwiązań mających na celu ochronę zdrowia do lokalnych warunków i możliwości, a także oparcie struktur ochrony zdrowia na istniejących sieciach społecznych (Rifkin, 2018);
- po czwarte, wskazanie na to, że zdrowie jest wspólną odpowiedzialnością wielu podmiotów: od rodziny poczynając, a na państwach i współpracy międzynarodowej kończąc (Puras, 2016).

Niedługo po wydaniu tej deklaracji Światowa Organizacja Zdrowia oparła swoją długofalową strategię na wizji *Health for All by the Year 2030*, czego wyrazem była opublikowana w 1986 r. Karta Ottawska (WHO, 1986). Dokument ten był podstawą inicjatywy Europejskiego Biura WHO (WHO EURO) pod nazwą Sieć Zdrowych Miast WHO (*WHO Healthy Cities Network*), stworzonej w 1988 r. (Ashton, Tilliouine and Kosinska, 2019).

Początkowo inicjatywa miała pełnić funkcję platformy wymiany doświadczeń z zakresu promocji zdrowia pomiędzy miastami, które zdecydowały się przystąpić do projektu (Dehrashid, Mansourian and Sharifi, 2026), pośród których znalazły się m.in.: Lizbona, Barcelona czy Liverpool (WHO EURO, 2015). Projekt *Healthy Cities* obejmował w tym czasie coroczne konferencje przedstawicieli miast należących do Sieci, a także tworzone na poziomie krajowym Sieci Zdrowych Miast o charakterze koordynacyjnym. W Polsce taka sieć została utworzona w 1993 r. (SZMP, 2026). Wraz z przyłączaniem się do inicjatywy kolejnych miast na całym świecie, oprócz bilateralnej współpracy miast z WHO EURO, wprowadzone zostały nowe formaty współpracy, takie jak szczyty prezydentów miast czy międzynarodowe konferencje (WHO EURO, 2014), a sam projekt stał się jednym z kluczowych obszarów zaangażowania WHO, o czym świadczy choćby silne zespolenie *Healthy Cities* z Celami Zrównoważonego Rozwoju ONZ (Dehrashid, Mansourian and Sharifi, 2026). Fakt, że cel nr 11 został określony jako „Zrównoważone Miasta i Wspólnoty”, potwierdza jedynie to, iż w działaniach ONZ i jej agencji wyspecjalizowanych miasta zajmują szczególne miejsce. Nie jest także przypadkiem, że w 2018 r., gdy projekt *Healthy Cities* świętował trzydziestolecie, podczas Szczytu Prezydentów Miast wypracowany został tzw. Konsensus Kopenhaski, opierający się na zasadzie 6P (People, Place, Participation, Prosperity, Peace, and Planet), wyznaczającej priorytety tematycznie na kolejne lata współpracy (Ashton, Tilliouine and Kosinska, 2019). Warto w tym momencie zapytać: jakie miejsce zajmuje partycypacja w inicjatywie *Healthy Cities* oraz czy aby na pewno jest ono takie szczególne?

Sama idea *Healthy Cities* zakłada, że:

- Zdrowe Miasto to miasto, którego władze oraz mieszkańcy decydują się na wzięcie udziału w procesie podnoszenia stanu zdrowia na jego terenie;
- do tego celu dochodzi się poprzez maksymalizację obecnego potencjału politycznego, ekonomicznego, społecznego, a także środowiskowego w taki sposób, aby zdrowie stało się nieodłącznym elementem działań miasta na różnych jego poziomach;
- maksymalizacja tego potencjału odbywa się za pomocą działań wypracowanych w sposób angażujący mieszkańców miast (partycypacja) (WHO EURO, 2018b; Ashton, Tilliouine and Kosinska, 2019; WHO EURO, 2020).

W samej Karcie Ottawskiej z 1986 r. zostało podkreślone, że: „Rozwój wspólnot opiera się na istniejących zasobach ludzkich i materialnych danej społeczności w celu wzmocnienia samopomocy i wsparcia społecznego oraz stworzenia elastycznych systemów służących zwiększeniu udziału społeczeństwa w kształtowaniu polityki zdrowotnej” (WHO, 1986). Jest to długofalowa strategia WHO potwierdzona konstatacją, iż: „Podejście Zdrowych Miast uwzględnia czynniki determinujące stan zdrowia oraz potrzebę współpracy między organizacjami sektora publicznego, prywatnego, wolontariackiego i społecznego. Ten sposób działania i myślenia zakłada angażowanie lokalnej społeczności w proces podejmowania decyzji, wymaga zaangażowania politycznego oraz rozwoju organizacyjnego i społecznego, a także uznaje, że sam proces jest równie ważny jak jego wyniki” (WHO EURO, 2018b). Partycypacja jest również stałym elementem ramowej strategii *Healthy Cities* określanej jako 6P, a zapisanej w tzw. Konsensusie Kopenhaskim, który został wspomniany powyżej (WHO EURO, 2018a, 2020). Wszystko to świadczy o tym, że angażowanie mieszkańców we współdecydowanie o kierunkach polityk miejskich, a czasem nawet we wspólne zarządzanie miastem jest jednym z najbardziej kluczowych elementów projektu Zdrowych Miast. Składa się na to kilka czynników, m.in. konieczność współdzielenia odpowiedzialności za podnoszenie stanu zdrowia w miastach, projektowanie prozdrowotnych rozwiązań dla mieszkańców przy ich aktywnym udziale, stworzenie szansy dla większego powodzenia prozdrowotnych inicjatyw w wyniku ich wcześniejszego skonsultowania z mieszkańcami, a także zwiększenie poparcia społecznego dla projektów o charakterze prozdrowotnym. Dotychczasowe doświadczenia miast zaangażowanych w ten projekt wskazują na kilka rodzajów korzyści wynikających z uczestnictwa w Sieci Zdrowych Miast:

- Rozwijanie i synergia polityk zdrowotnych – zasadniczym celem utworzenia Sieci było odejście od postrzegania przez władze miast polityki zdrowotnej jako jednej z wielu polityk publicznych. Opierając się na wymianie wiedzy i doświadczeń za pośrednictwem Sieci, decydenci i samorządowcy mają możliwość potraktowania działań zdrowotnych w swoich miastach jako nieodłącznego elementu innych polityk, przez co lokalne cele polityk zdrowotnych mogą zostać osiągnięte w bardziej efektywny sposób. Działania profilaktyczne będące elementem każdej lokalnej polityki zdrowotnej mają zatem szansę zostać „wplecione” w działania jednostek miejskich odpowiedzialnych, przykładowo, za miejską mobilność, mieszkalnictwo, edukację czy też środowisko.
- Poszerzanie i pogłębianie infrastruktury partycypacyjnej – jak przekonamy się w kolejnym paragrafie, w założeniu projektu Zdrowych Miast partycypacja powinna być nieodłącznym elementem polityk zdrowotnych, jeśli mają one być kreowane przez i dla mieszkańców. Światowa Organizacja Zdrowia współpracuje indywidualnie z każdym miastem należącym do Sieci po to, aby wspólnie wypracować najlepszy kierunek rozwoju projektów wpisujących się w wartości stojące u podstaw Zdrowych Miast. Może to obejmować zarówno propozycje zmian w dotychczasowych programach prowadzonych przez miasta, jak i próbę opracowania nowych projektów. Za przykład może służyć konieczność wypracowania Miejskiego Planu Rozwoju Zdrowia (ang. *City Health Development Plan*) (WHO, 2026).
- Rozszerzanie dotychczasowych międzynarodowych platform współpracy w zakresie zdrowia – zarówno na poziomie bilateralnej współpracy pomiędzy członkiem Sieci a WHO, jak i pomiędzy miastami będącymi członkami Sieci dokonuje się regularna wymiana lokalnych doświadczeń oraz prezentacja dobrych praktyk, które wzmocniły lokalne inicjatywy profilaktyczne oraz przysłużyły się realizacji obecnie prowadzonych programów. Będąc członkiem tej Sieci, miasto rozwija swoje międzynarodowe portfolio oraz uzyskuje możliwość zaprezentowania swoich doświadczeń międzynarodowym partnerom. Przykładem takich działań mogą być kursy on-line organizowane przez Akademię WHO (WHO Academy, *How to develop and sustain healthy cities in 20 steps*).
- Wzmocnienie swojego wizerunku zarówno w Polsce, jak i za granicą – mimo mniej lub bardziej uzasadnionych zarzutów wobec WHO organizacja ta wciąż jest jedyną globalną organizacją zajmującą się koordynacją współpracy zdrowotnej. Bycie członkiem Sieci stanowi kolejną okazję dla miast, aby wzmocnić ich działania promocyjne oraz wizerunek, o czym świadczy fakt, że miasta biorące udział w projektach WHO często informują o swojej współpracy na własnych stronach internetowych. Za przykład mogą posłużyć: Poznań (Miasto Poznań, 2014), Cork (Cork Healthy Cities, *WHO Healthy Cities*) czy Zagrzeb (Hrvatska mreža zdravih gradova, *Projekt Svjetske zdravstvene organizacije „Zdravi gradovi”*).

Partycypacyjny filar projektu *Healthy Cities*

Kontekst projektu

Podstawową trudnością w mówieniu lub pisaniu o *Healthy Cities* jest problem w jego właściwym zdefiniowaniu. Nawet oficjalne strony oraz dokumenty Światowej Organizacji Zdrowia określają *Healthy Cities* czasem jako projekt, a czasem jako ruch (WHO EURO, 2018a, 2018b). Z kolei w publikacjach naukowych termin ten jest określany jako inicjatywa, projekt, a nawet jako koncepcja (Heritage and Dooris, 2009; Barton and Grant, 2011; Dehrashid, Mansourian and Sharifi, 2026). Ta niejasność terminologiczna może skutkować nieporozumieniami nie tylko na poziomie dyskusji o *Healthy Cities*, lecz także na poziomie wdrażania wynikających z nich dobrych praktyk. Na potrzeby niniejszego artykułu oraz bazując na dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia, zostało przyjęte, że *Healthy Cities* jest projektem, na co wskazuje, po pierwsze, jego struktura organizacyjna, a po drugie, przyjęty w jego ramach model współpracy między miastami, które to nie pozwalają na ujmowanie go w kategorii idei lub koncepcji. Struktura organizacyjna omawianego projektu opiera się przede wszystkim na koordynacyjnej roli Europejskiego Biura Regionalnego WHO wypracowującego we współpracy z miastami główne kierunki działań oraz tematykę kolejnych faz projektu (Heritage and Dooris, 2009; WHO EURO, 2014, 2020). Kolejnym elementem tej struktury są miasta realizujące, w porozumieniu z WHO EURO, prozdrowotne działania, które odpowiadają na lokalne wyzwania. Dzięki ścisłej współpracy pomiędzy WHO a miastami zakwalifikowanymi do projektu jego oficjalna nazwa brzmi: *WHO Healthy Cities Network* (WHO EURO, 2015). Istotnym aktorem w tym projekcie są również krajowe Sieci Zdrowych Miast, które – także we współpracy z WHO – mają za zadanie koordynować współpracę miast deklarujących chęć i gotowość do bycia Zdrowym Miastem (WHO EURO, 2018b). Jeśli chodzi o przyjęty przez WHO model współpracy, to przebiega on na dwóch poziomach – regionalnym i krajowym. Na poziomie regionalnym miasto, które chciałoby zakwalifikować się do projektu, przesyła swoją aplikację do Europejskiego Biura Regionalnego WHO. W momencie, gdy jego aplikacja

zostaje przyjęta, staje się ono częścią Sieci (WHO EURO, 2018b). Proces współpracy pomiędzy WHO a Zdrowymi Miastami opiera się na regularnym raportowaniu i ewaluowaniu ich postępów (WHO EURO, 2014). Dodatkowo zakwalifikowane do programu miasta korzystają z różnych formatów współpracy wielostronnej, takich jak szczyty prezydentów miast oraz międzynarodowe konferencje i warsztaty. Z kolei na poziomie krajowym współpraca ta jest prowadzona za pośrednictwem wspomnianych już krajowych Sieci Zdrowych Miast, które z jednej strony są członkami Sieci Zdrowych Miast WHO, a z drugiej – są platformami współpracy i dzielenia się doświadczeniami miast w obrębie jednego państwa, które w ten sposób chcą rozwijać swoje polityki zdrowotne (SZMP, 2026; WHO EURO, 2026b). Jednocześnie ta dwupoziomowa struktura współpracy w projekcie *Healthy Cities* pozwala na elastyczny wybór rozwiązań dla miast chcących do niego dołączyć, ponieważ miasto, które pragnie rozwijać współpracę na rzecz kształtowania polityk prozdrowotnych zgodnie z założeniami przyświecającymi projektowi (opartymi na wspomnianej już zasadzie 6P), wcale nie musi przechodzić przez proces aplikowania do WHO o status *Healthy City*. Może natomiast przystąpić do krajowej Sieci, która ma za zadanie upowszechniać dobre praktyki przyjęte w miastach mających oficjalny status *Healthy City*. W efekcie nie jest niczym osobliwym, że w danym państwie liczba miast będących członkami Sieci Zdrowych Miast znacznie przewyższa liczbę miast bezpośrednio współpracujących z WHO i uczestniczących w poszczególnych fazach projektu (WHO EURO, 2026b). Tak jest choćby w przypadku Polski, w której Stowarzyszenie Zdrowych Miast Polskich (będące krajową Siecią Zdrowych Miast) zrzesza 39 miast i gmin (SZMP, 2026), podczas gdy w VII fazie projektu *Healthy Cities* uczestniczy jedynie Łódź i Warszawa (WHO EURO, 2026a). Każda z siedmiu dotychczasowych faz projektu poświęcona była określonemu kierunkowi działań prozdrowotnych podejmowanych przez *Healthy Cities*, a miasta, które otrzymały status *Healthy City*, nie są zobowiązane uczestniczyć w każdej z nich (WHO EURO, 2014, 2026b). Tak było choćby z Poznaniem, który uczestniczył w fazie II, IV, V i VI (Miasto Poznań, 2014; WHO EURO, 2015).

Dobre praktyki

W tym momencie chciałabym poświęcić nieco więcej uwagi dobrym praktykom w obrębie partycypacyjnego filaru Zdrowych Miast, które są nie tylko promowane przez WHO *Healthy Cities Network*, lecz których rozwijanie stanowi także esencję projektu Zdrowych Miast. Na potrzeby artykułu określenie „dobre praktyki” jest rozumiane jako wszelkie działania podejmowane w obrębie polityk zdrowotnych, które są uznawane przez WHO za sprawdzone, efektywne i przybliżające miasto do założonego przez nie celu o charakterze zdrowotnym. Jednocześnie pragnę zaznaczyć, iż opisywane praktyki dotyczą jedynie jednego z filarów Zdrowych Miast, a nie całego spektrum tematycznego projektu. Wnioski dotyczące tego filaru sformułowane zostały na podstawie analizy dokumentów oraz informacji z oficjalnych stron Światowej Organizacji Zdrowia, raportów projektu Zdrowych Miast, a także działań miast, które uczestniczyły we wszystkich siedmiu fazach projektu. Kryteriami wyboru opisywanych poniżej dobrych praktyk były: (1) powiązanie danej praktyki z inicjatywą Zdrowych Miast WHO; (2) uznanie danej praktyki przez WHO oraz, opcjonalnie, (3) prezentowanie przez WHO danej praktyki jako pożądanej.

Pierwszą cechą partycypacyjnego filaru projektu Zdrowych Miast jest jego ścisłe powiązanie z politykami na rzecz ochrony i promocji zdrowia w miastach zakwalifikowanych do projektu (Heritage and Dooris, 2009; WHO EURO, 2014). Oznacza to, że rozwiązania prozdrowotne dotyczące choćby planowania przestrzeni miejskiej czy dostępności usług zdrowotnych powinny być projektowane w ścisłej współpracy z mieszkańcami za pomocą różnych form dialogu (Tollmann i in., 2025). Oznacza to, iż nie wystarczy, że miasto posiada rozwiniętą paletę rozwiązań o charakterze partycypacyjnym. Esencją tej dobrej praktyki jest to, że jest ona ściśle powiązana z aspektem zdrowotnym, czego przykładem może być choćby inicjatywa nazwana Strefą Opieki (*CareZone Initiative*) w północnym Belfaście, której celem było udzielenie pomocy i wsparcia rodzinom, które straciły swoich bliskich w wyniku samobójstwa (CareZone working group, 2019). Projekt opierał się na działalności grupy roboczej składającej się z przedstawicieli mieszkańców Belfastu oraz organizacji pozarządowych. Jej zadaniem było włączenie osób, których bliscy popełnili samobójstwo bądź które zmagaly się z myślami samobójczymi, w inicjatywy służące budowaniu społecznej spójności, takie jak lokalne spotkania, warsztaty czy festyny. Co ciekawe, geograficzny zasięg tego projektu został wyznaczony z udziałem samych zainteresowanych (CareZone working group, 2019; About CareZone, 2025). Celem tych inicjatyw było oddolne budowanie sieci wsparcia pomiędzy takimi osobami, a także promowanie wiedzy na temat zdrowia psychicznego oraz zapobiegania samobójstwom wśród mieszkańców Belfastu. W ten sposób, z jednej strony, osoby z doświadczeniem samobójstwa w rodzinie, poprzez grupę roboczą, były włączane w przygotowywanie oraz planowanie projektów edukacyjnych na temat zdrowia psychicznego skierowanych do wszystkich mieszkańców, a z drugiej strony projekty te miały szansę zyskać dodatkową legitymizację w oczach mieszkańców poprzez to, że były organizowane oddolnie. Projekt ucieleśnia zatem jedno z zobowiązań

prezydentów miast zawartych w tzw. Konsensusie Kopenhaskim z 2018 r.: „Zobowiązujemy się do poszerzania wiedzy naszych społeczności w zakresie zdrowia, spraw społecznych i ochrony środowiska na każdym etapie życia, traktując to jako narzędzie służące do wspierania ich aktywności i wzmacniania ich pozycji. Wszystko to zwiększa poczucie własnej skuteczności i samoocenę, poprawiając zdolność do samodzielnego działania oraz indywidualną kontrolę i odpowiedzialność za własne zdrowie i dobrobyt” (WHO EURO, 2018a). Zdrowe Miasto jest to zatem miasto, w którym ochrona i promocja zdrowia oraz partycypacja to dwie strony tej samej monety.

Kolejną cechą partycypacyjnych działań podejmowanych przez Zdrowe Miasta, którą pozytywnie ocenia się w raportach WHO, jest nakierowanie na zdrowotne potrzeby grup tradycyjnie charakteryzujących się gorszym stanem zdrowia w porównaniu do średniej, czyli osób starszych, bezrobotnych czy też dzieci pochodzących z uboższych rodzin. Projekty o tematyce zdrowotnej organizowane w tym duchu powinny być prowadzone i animowane przez przedstawicieli lokalnych społeczności, którzy sami doświadczyli poczucia braku sprawczości w codziennym życiu. Za przykład może posłużyć tutaj program *East End Health Action* wdrożony w Glasgow, oparty na tzw. społecznym modelu zdrowia, w którym wolontariusze pochodzący z lokalnych społeczności angażowali się w inicjatywy mające zachęcić osoby bezrobotne do powrotu na rynek pracy poprzez szkolenia czy warsztaty (Caldwell, 2000; Heritage and Dooris, 2009). Na przykładzie tego programu znakomicie widać wartość dodaną inicjatyw podejmowanych w duchu *Healthy Cities* polegającą na wprowadzeniu dodatkowego ogniwa, czyli lokalnych wolontariuszy, w relacjach pomiędzy osobami bezrobotnymi a tradycyjnymi formami wsparcia w poszukiwaniu pracy oferowanymi przez miasta. Warto również zwrócić uwagę na ściśle powiązanie tematyki zdrowotnej z ekonomiczną, dzięki czemu zdrowie nie jest traktowane jako przedmiot osobnej polityki publicznej, a raczej jako nieodłączny aspekt wszystkich polityk publicznych, w zgodzie z koncepcją *Health in All Policies* (WHO EURO, 2014, 2026b; Knibbe, Sanne and Klasien, 2025). Motyw włączania zdrowia psychicznego oraz młodych osób do agendy politycznej w miastach i projektowania inicjatyw angażujących te młode osoby w proponowane działania przewijał się również przez międzynarodową konferencję w Utrechcie, która podsumowywała współpracę w ramach Sieci Zdrowych Miast (WHO EURO, 2024). Chorwackie miasta, takie jak Zagrzeb czy Karlovac, włączyły element zdrowotny w swoją politykę planowania przestrzennego i uznały ocenę zdrowotną za elementem planowania przestrzennego (Chorwacka Sieć Zdrowych Miast, „Miejskie Planowanie dla Zdrowia”, „Zielone i zdrowe planowanie przestrzenne w Karlovac”). Pomysłowością w łączeniu tematyki zdrowotnej z planowaniem przestrzennym wykazał się Utrecht, którego program Laboratorium Zdrowego Życia w Mieście (*Healthy Urban Living Lab*) zawierał takie idee, jak: włączenie zakresu zespołu zarządzającego projektem do struktury administracyjnej miasta, co miało gwarantować, że opinia służb zdrowotnych będzie wymagana zgodnie z procedurą w przypadku każdego wniosku dotyczącego planowania przestrzennego, obecność doradców projektowych w wielodyscyplinarnych zespołach łączących kompetencje różnych polityk miejskich czy włączenie celów projektu w czteroletni program, który celowo nie pokrywa się z cyklem wyborczym, aby zapewniona była ciągłość projektu (WHO, 2025). Zdrowe Miasto jest zatem miastem, którego władarze i społeczności postrzegają zdrowie nie tylko przez pryzmat doskonalenia obecnych systemów ochrony zdrowia oraz profilaktyki zdrowotnej, lecz także jako wartość przyświecającą całokształtowi działań nakierowanych na zarządzanie miastem.

Trzecią cechą partycypacji w kontekście *Healthy Cities* jest aktywna współpraca w obrębie istniejących krajowych i regionalnych Sieci Zdrowych Miast. Mimo że WHO nie tworzy rankingów miast uczestniczących w projekcie, a swoją współpracę ze Zdrowymi Miastami kształtuje na podstawie indywidualnych planów dopasowanych do specyfiki danego miasta, wśród przytaczanych przykładów dobrych praktyk trudno nie dostrzec inicjatyw bazujących na doświadczeniach wypracowanych w międzynarodowej współpracy, która jest warunkiem *sine qua non* projektu *Healthy Cities Network*. Brak efektów współpracy podejmowanej na linii Zdrowe Miasto–WHO czy pomiędzy Zdrowymi Miastami stawiałby pod znakiem zapytania wartość dodaną całego przedsięwzięcia, którego esencją jest właśnie wymiana doświadczeń oraz transfer dobrych praktyk. Przykładem świeci Sieć Zdrowych Miast Bośni i Hercegowiny, która – we współpracy ze swoimi norweskimi i chorwackimi odpowiednikami – wypracowała edukacyjny projekt adresowany do uczniów szkół podstawowych i licealnych, którego celem było nauczenie ich myślenia w kategoriach wspólnego dobra (co było szczególnie istotne w podzielonym społeczeństwie) poprzez symulacje parlamentarne (Heritage and Dooris, 2009). Efektem symulowanych debat parlamentarnych miało być wypracowanie pomysłów na rozwiązanie problemów z silnym komponentem zdrowotnym, takich jak dostępność leków czy wspieranie dzieci ze szczególnymi problemami zdrowotnymi. Z kolei przykładem aktywnie działającej krajowej Sieci Zdrowych Miast jest choćby duńska sieć, która zaangażowała się w ewaluację lokalnych inicjatyw partycypacyjnych, w których obecność inicjatyw nakierowanych na promocję zdrowia była co najmniej tak istotna jak zapewnienie, iż były one wypracowywane wspólnie z mieszkańcami (WHO EURO, 2002). Podczas zorganizowanej przez Utrecht i WHO konferencji, która odbyła się w 2024 r., miejski koordynator projektu Zdrowych Miast w Tbilisi wskazywał na wartość dodaną uczestnictwa miasta w tym projekcie: „[...] Sieć przedstawiła inspirujące przykłady, które zaowocowały opracowaniem przez Tbilisi koncepcji trzech

«superbloków» mających na celu poprawę dostępności, planu przebudowy jednego z największych parków, utworzenia nowych terenów zielonych oraz wielofunkcyjnych ośrodków społecznych” (WHO EURO, 2024). Z kolei czeskie Brno chwaliło się jednym ze swoich budżetów obywatelskich na stronie Światowej Organizacji Zdrowia, co można odczytać jako element promocji miasta oraz budowania jego międzynarodowego wizerunku (WHO, 2024). Można zatem powiedzieć, że Zdrowe Miasto to miasto, które aktywnie korzysta z narzędzi współpracy oferowanych przez procesy sieciowania i wymiany doświadczeń.

Partycypacyjny ideał *Healthy Cities* w Łodzi, Poznaniu i Warszawie

W Polsce siedem miast zostało zakwalifikowanych do projektu Zdrowych Miast i uczestniczyło w różnych jego fazach, m.in. Warszawa (faza V), Łódź (fazy II, III, IV, V, VI i VII) i Poznań (fazy II, IV, V i VI) (WHO EURO, 2015, 2026a). Członkiem sieci koordynowanej przez WHO jest także wspomniane już polskie Stowarzyszenie Zdrowych Miast Polskich. Na samym początku tej sekcji pragnę nadmienić, iż jej celem nie jest ani ewaluacja, ani krytyka zdrowotnych polityk tych miast czy podejmowanych przez nie działań partycypacyjnych. Jej celem jest natomiast przyjrzenie się partycypacyjnemu filarowi ich polityk zdrowotnych na tle zarysowanych w poprzedniej sekcji dobrze ocenianych praktyk postulowanych w Zdrowych Miastach.

Dialog z mieszkańcami

Już w 2008 r. badaczki z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego zaobserwowały, że większość inicjatyw prowadzonych w miastach należących do Sieci Zdrowych Miast wpisywało się w biomedyczne podejście do zdrowia (Cianciara i in., 2008). Bazując na przeglądzie dokumentów kształtujących lokalne polityki zdrowotne w Warszawie, Poznaniu czy Łodzi, a także informacji udostępnianych przez oficjalne serwisy tych miast, trudno było odnaleźć klarownie wyeksponowany zdrowotny aspekt podejmowanych przez te miasta działań partycypacyjnych, partycypacyjny aspekt polityk zdrowotnych lub też odniesienie do doświadczeń uczestnictwa w projekcie *Healthy Cities*. Jeśli przyjrzymy się prowadzonym w tych miastach programom o charakterze zdrowotnym, dotyczącym m.in. ochrony zdrowia seniorów, profilaktyki chorób nowotworowych, zdrowia psychicznego czy też chorób układu krążenia, to nie sposób znaleźć w nich odniesienia do partycypacji (Łódź: „Moje Zdrowie”, „Łódzkie promuje zdrowie psychiczne – wsparcie i profesjonalna pomoc psychologiczna. Działanie II – Warsztaty edukacyjno-rozwojowe”, „Łódzkie dba o zdrowie psychiczne studentów”; Poznań: Program promocji i ochrony zdrowia pn. „Punkt Profilaktyki Intymnej 24 h dla mieszkańców Poznania na lata 2024–2026”, Program polityki zdrowotnej pn. „Profilaktyka i wczesne wykrywanie osteoporozy wśród kobiet w wieku 50+, zamieszkałych w Poznaniu, na lata 2024–2027”, „Endometrioza – zauważamy – wspieramy. Profilaktyka i wczesne wykrywanie endometriozy wśród mieszanek Poznania na lata 2025–2027”; Warszawa: Warszawski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2024–2030, „Warszawski Tydzień Zdrowia Psychicznego” czy „Aktywny Senior”). Są one tworzone zdecydowanie bardziej „dla” mieszkańców niż „z” mieszkańcami. Nie oznacza to wszakże, że miasta te nie prowadzą takich działań. Fakt, iż wiele projektów wybieranych w ramach budżetów obywatelskich, jak choćby w Łodzi w 2025 r., dotyczyło tematyki zdrowotnej (Zdrowie Łódzkie, 2026) nie przeczy tej konstatacji, ponieważ w budżetach obywatelskich mieszkańcy głosują na gotowe projekty. Nie jest to równoznaczne ze współdecydowaniem o lokalnych priorytetach zdrowotnych oraz sposobie ich realizacji. Również strategiczne dokumenty wyznaczające priorytety zdrowotne, takie jak „Strategia polityki zdrowotnej dla województwa łódzkiego na lata 2021–2027” czy poznańska „Strategia Rozwoju Miasta 2040+”, nie wspominają o partycypacji w obrębie działań prozdrowotnych.

Także analiza tematyki konsultacji społecznych, która objęła konsultacje odbywające się między połową 2021 r. a marcem 2026 r., wskazuje, że zdrowie nigdy nie pojawiło się w nich jako główny temat, chociaż wątki zdrowotne mogły być poruszone podczas konsultacji dotyczących działań w ramach kierunków „Polityki Senioralnej Miasta Poznania na lata 2023–2026” (2022 r.) oraz konsultacji projektu aktualizacji „Planu adaptacji do zmian klimatu Miasta Poznania do roku 2030” (2024 r.). Z kolei w obszarze tematów konsultowanych z mieszkańcami w ramach paneli obywatelskich nietrudno znaleźć powiązania z kwestiami zdrowotnymi, ponieważ były one poświęcone szeroko pojętej tematyce klimatycznej. Nikt nie zaprzeczy, że takie kwestie, jak: zmiany klimatyczne i adaptacja do nich, ograniczanie emisyjności, zieleni w miastach czy zrównoważony transport publiczny, mają głęboki związek ze zdrowiem mieszkańców miast, wczytując się jednak w rekomendacje tych paneli, trudno odnieść wrażenie, że promocja zdrowia jest ich istotnym komponentem (Urząd Miasta Warszawy, 2020, 2020; Poznański Panel Obywatelski, 2021). I ponownie, nie oznacza to, że wspomniane miasta nie posiadają specjalnych programów zdrowotnych poświęconych zdrowiu

psychicznemu, profilaktyce nowotworów czy chorób płuc. Gdyby jednak przeanalizować te programy i projekty, to trudno byłoby odnaleźć w nich wyraźnie wyartykułowany komponent partycypacyjny.

Grupy wykluczone

Współpraca w ramach Zdrowych Miast, jak wspomniałam w poprzednim rozdziale, zakłada istnienie szczegółowych programów i inicjatyw, które biorą na celownik potrzeby zdrowotne grup o gorszych wskaźnikach zdrowotnych. W tym względzie zarówno Łódź, jak i Poznań oraz Warszawa nie odbiegają w żaden sposób od innych Zdrowych Miast. W każdym z tych miast znajdziemy programy skierowane do osób starszych, młodych osób zmagających się z problemami w zakresie zdrowia psychicznego czy grup ryzyka, przykładowo kobiet szczególnie narażonych na wystąpienie nowotworów. Za przykład mogą posłużyć choćby szczegółowe programy profilaktyczne skierowane do dzieci i młodzieży, program „Aktywny Senior”, program profilaktyki depresji poporodowej czy program szczepień na gripę skierowany do osób w kryzysie bezdomności w Warszawie. Pozostaje otwarte pytanie o to, czy wypracowywanie tych rozwiązań i projektów zawierało komponent partycypacyjny tak jak w przypadku Belfastu, niemniej jednak pewne jest to, że w politykach zdrowotnych polskich miast zauważane są grupy cechujące się gorszym od średniej stanem zdrowia.

Współpraca z innymi Zdrowymi Miastami i sieciowanie

Lektura dostępnych w oficjalnych serwisach Łodzi, Poznania i Warszawy materiałów poświęconych politykom zdrowotnym tych miast nie naprowadziła mnie na jakiegokolwiek przykłady projektów tworzonych we współpracy z innymi Zdrowymi Miastami w Polsce i za granicą, ze Stowarzyszeniem Zdrowych Miast Polskich czy też z innymi międzynarodowymi sieciami współpracy w ramach projektu *Healthy Cities* WHO. Nie oznacza to wszakże, że taka współpraca nie jest podejmowana, może ona jednak przebiegać na innych forach. Co ciekawe, w 2019 r. Warszawa dołączyła do globalnego programu *Cities for Better Health*, stworzonego w 2014 r. pod auspicjami przedsiębiorstwa Novo Nordisk, kopenhaskiego centrum Steno Diabetes i University College w Londynie, a w 2023 r. – do sieci *Partnership for Healthy Cities*, zorganizowanej przez Fundację Blooberga i współpracującej z WHO (Cities for Better Health, 2019; Urząd Miasta Warszawy, 2023). Wieloletnie zaangażowanie Łodzi w Sieć Zdrowych Miast WHO nie pozostawia żadnych wątpliwości co do tego, jak istotna jest dla władz tego miasta współpraca z WHO. Poznań, z kolei, w 2016 r. dołączył do koordynowanej przez WHO *Global Network for Age-friendly Cities* (Urząd Miasta Poznania, 2026). Podejmowanie współpracy międzynarodowej na płaszczyźnie zdrowotnej w tych miastach nie podlega zatem dyskusji. Niemniej jednak można postawić pytanie o to, dlaczego tak trudno odnaleźć udokumentowane ślady głębszej współpracy w ramach Sieci Zdrowych Miast WHO. Należałoby przeprowadzić bardziej systematyczne badania, włączając w to przeprowadzenie wywiadów z urzędnikami oraz innymi kluczowymi podmiotami, aby sprawdzić, czy faktycznie w ramach *Healthy Cities* podejmuje się jakąkolwiek współpracę na poziomie krajowym lub międzynarodowym, a jeśli jej nie ma, to dlaczego ta platforma współpracy nie jest częściej wykorzystywana. Przytoczone doświadczenia innych miast wskazują, że *Healthy Cities Network* może stanowić użyteczne narzędzie wymiany doświadczeń oraz dobrych praktyk. Na pewno jednym z ważniejszych czynników jest dynamicznie rozwijająca się globalna współpraca na płaszczyźnie zdrowotnej, w której WHO jest jednym z wielu aktorów. Ograniczanie międzynarodowej współpracy polskich Zdrowych Miast tylko do jednego projektu prowadzonego przez jeden, choć istotny, podmiot działałoby zapewne na ich szkodę i trudno byłoby znaleźć dla niego uzasadnienie. Wiele wskazuje jednak na to, że jeszcze głębsze zaangażowanie się w działania w ramach Sieci Zdrowych Miast WHO na pewno nie zaszkodzi, a raczej wesprze dotychczas prowadzone polityki zdrowotne.

Podsumowanie

Mimo że na potrzeby tego artykułu nie zostały przeprowadzone pogłębione badania, a jego zakres jest stosunkowo wąski, ponieważ dotyczy jednego aspektu współpracy w ramach projektu Sieci Zdrowych Miast WHO, niemniej można pokusić się o wyprowadzenie wstępnych wniosków, które mogą być dobrym punktem wyjścia dyskusji na temat potencjału tkwiącego w formatach współpracy pod auspicjami WHO. Pierwszym wnioskiem jest na pewno to, że w wypadku standardów polityk zdrowotnych polskie miasta biorące udział w projekcie *Healthy Cities* WHO nie odbiegają od innych uczestników sieci, co potwierdza fakt, iż

systematycznie uczestniczą w kolejnych fazach tego projektu. Drugi wniosek jest taki, że w porównaniu z innymi europejskimi Zdrowymi Miastami polskie miasta nie eksponują powiązania pomiędzy ich politykami zdrowotnymi a stosowanymi przez nie formami partycypacji. Jeśli chodzi o aspekt partycypacyjny w politykach zdrowotnych, to w mojej ocenie, pierwszym krokiem w celu zmiany tego stanu rzeczy byłoby przeanalizowanie przez zdrowotne departamenty urzędów miast dotychczasowych programów profilaktycznych i edukacyjnych oraz silniejsza promocja ich obecnych elementów partycypacyjnych. Kolejnym krokiem mogłoby być podjęcie systematycznej refleksji (być może wspólnie z mieszkańcami) nad rozwijaniem partycypacyjnego sposobu wypracowywania rozwiązań prozdrowotnych lub mocniejszego wyeksponowania zdrowotnego aspektu w dotychczas poruszanych wraz z mieszkańcami tematach. Jeśli chodzi o aspekt zdrowotny obecnie prowadzonych działań partycypacyjnych, to pierwszym krokiem w tym kierunku mogłoby być wykazanie zdrowotnych wymiarów form partycypacji, które już podjęto. Zarówno Warszawa, Poznań, jak i Łódź zorganizowały panele obywatelskie poświęcone zagadnieniom klimatycznym. Wiele rekomendacji tych paneli miało niezaprzeczalny związek ze zdrowiem mieszkańców, ale poprzez klimatyczne „ramowanie” paneli ich aspekt zdrowotny nie wybrzmiał zbyt mocno. Drugim – w mojej opinii o wiele ważniejszym – krokiem byłaby próba zorganizowania wydarzeń partycypacyjnych, nawet na mniejszą skalę, ale w całości poświęconych kierunkom polityk zdrowotnych tych miast lub też projektowanych programów profilaktycznych. Samo podjęcie dyskusji na ten temat przez władze polskich Zdrowych Miast byłoby istotną zmianą. Trzecim wnioskiem jest to, że polskie Zdrowe Miasta chętniej idą w kierunku dywersyfikacji form współpracy międzynarodowej na płaszczyźnie zdrowotnej niż ich pogłębiania, chociaż warto tutaj zastrzec, iż brakuje szczegółowych badań, które potwierdziłyby tę tezę. Na pewno współczesna architektura globalnej współpracy w obszarze zdrowia zdecydowanie sprzyja właśnie takiej strategii, niemniej jednak nie należy zapominać o maksymalnym wykorzystywaniu potencjału obecnych formatów.

Bibliografia:

- About CareZone (2025), <https://www.youtube.com/watch?v=blbRdK7hkUE> [data dostępu: 27.04.2026].
- Ashton J., Tilliouine A., Kosinska M. (2019), *The World health organization European healthy cities network 30 years on*, „Gaceta sanitaria”, 32, s. 503–504.
- Barton H., Grant, M. (2011), *Urban Planning for Healthy Cities. A Review of the Progress of the European Healthy Cities Programme*, „Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine”, 90(1), s. 129–141.
- Caldwell C. (2000), *East End health action participatory appraisal for East End health strategy*, „PLA Notes”, 38, s. 44–46.
- CareZone working group (2019), *CareZone Report. Belfast*, <https://www.belfasthealthycities.com/wp-content/uploads/2024/04/0-FINAL-AMENDED-REPORT-CARE-ZONE-OCT-2019.pdf> [data dostępu: 27.04.2026].
- Chorwacka Sieć Zdrowych Miast, „Miejskie Planowanie dla Zdrowia”, <https://www.zdravi-gradovi.com.hr/djelotvorno-znanje-za-zdravlje/stvaranje-urbanog-okruzenja-koje-unapreduje-zdravlje-i-blagostanje/jedinstven-prostor-kojeg-zajednice-odrzivo-koriste/> [data dostępu: 27.04.2026].
- Chorwackiej Sieć Zdrowych Miast, „Zielone i zdrowe planowanie przestrzenne w Karlovac”, <https://www.zdravi-gradovi.com.hr/djelotvorno-znanje-za-zdravlje/stvaranje-urbanog-okruzenja-koje-unapreduje-zdravlje-i-blagostanje/jedinstven-prostor-kojeg-zajednice-odrzivo-koriste/#2281> [data dostępu: 8.04.2026].
- Cianciara D. i in. (2008), *Lokalne polityki prozdrowotne na przykładzie miast zrzeszonych w Stowarzyszeniu Zdrowych Miast Polskich*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, 89(4), s. 476–481.
- Cities for Better Health (2019), *Warsaw*, <https://www.citiesforbetterhealth.com/network/our-cities/warsaw.html> [data dostępu: 27.04.2026].
- Cork Healthy Cities, *WHO Healthy Cities*, <https://corkhealthycities.com/who-connection/who-healthy-cities/> [data dostępu: 27.04.2026].
- Dehrashid P.A., Mansourian H., Sharifi A. (2026), *Healthy cities as catalysts for sustainable development: A systematic review of co-benefits, trade-offs, and solutions to the SDGs*, „Progress in Planning”, s. 101032.
- Greer S.L. i in. (2022), *From health in all policies to health for all policies*, „The Lancet Public Health”, 7(8), s. e718–e720.
- Heritage Z., Dooris M. (2009), *Community participation and empowerment in Healthy Cities*, „Health Promotion International”, 24(S1), s. i44–i55.
- Hone T., James M., Christopher M. (2018), *Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals?*, „The Lancet”, 392(10156), s. 1461–1472.
- Hrvatska mreža zdravih gradova, *Projekt Svjetske zdravstvene organizacije „Zdravi gradovi”*, <https://www.zdravi-gradovi.com.hr/o-mrezi/projekt-svjetske-zdravstvene-organizacije-zdravi-gradovi/> [data dostępu: 8.04.2026].

Knibbe M., Sanne R., Klasien H. (2025), *Citizen participation in healthy city making: An analysis of infrastructural work in a low-income city area*, „Social Inclusion”, 13, <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/99968>.

Miasto Poznań (2014), *WHO Healthy Cities Network*, <https://www.poznan.pl/mim/s8a/-p,25118,25123,25290.html> [data dostępu: 27.04.2026].

Poznański Panel Obywatelski (2021), *Rekomendacje Panelu Obywatelskiego*, <https://www.poznan.pl/mim/wortals/wortal,344/-p,51691,58314.html> [data dostępu: 27.04.2026].

Puras D. (2016), *Universal health coverage: a return to Alma-Ata and Ottawa*, „Health and Human Rights”, 18(2), s. 7–10.

Rifkin S. (2018), *Alma Ata after 40 years: Primary Health Care and Health for All—from consensus to complexity*, „BMJ Global Health”, 3.

SZMP (2026), *Stowarzyszenie Zdrowych Miast Polskich*, 8 kwietnia, <https://www.szmp.pl/> [data dostępu: 27.04.2026].

Tollmann P. i in. (2025), *Engaging vulnerable communities in urban health: A systematic review of participation strategies*, „Public Health”, 246.

Urząd Miasta Poznań (2026), *WHO Global Network for Age-friendly Cities*, <https://www.poznan.pl/mim/s8a/who-global-network-for-age-friendly-cities,p,25118,25123,41371.html> [data dostępu: 27.04.2026].

Urząd Miasta Warszawy (2020), *Rekomendacje stanowiące kontynuację oraz rozszerzenie projektów realizowanych w M.St. Warszawa*, https://zielona.um.warszawa.pl/sites/zielona2.um.warszawa.pl/files/Rekomendacje%20WPK_mapa%20drogowa_kontynuowane%20projekty_0.pdf [data dostępu: 27.04.2026].

Urząd Miasta Warszawy (2023), *Warszawa i WUM w globalnej sieci zdrowych miast*, <https://um.warszawa.pl/-/warszawa-i-wum-w-globalnej-sieci-zdrowych-miast> [data dostępu: 27.04.2026].

WHO (1948), *Constitution of the World Health Organization*, <https://apps.who.int/gb/bd/pdf/bd47/en/constitution-en.pdf> [data dostępu: 27.04.2026].

WHO (1978a), *Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care*, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978, https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2 [data dostępu: 27.04.2026].

WHO (1978b), *Primary health care: report of the International Conference on primary health care*, <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/bed1234b-053b-4b11-8411-674c819e8ef8/content> [data dostępu: 27.04.2026].

WHO (1986), *Ottawa charter for health promotion*, The 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa 1986 [Preprint], <https://www.who.int/publications/i/item/WH-1987> [data dostępu: 27.04.2026].

WHO (2024), *Civic engagement through participatory budgeting: the city of Brno, Czechia*, 12 September, <https://www.who.int/europe/news-room/feature-stories/item/civic-engagement-through-participatory-budgeting--the-city-of-brno--czechia> [data dostępu: 27.04.2026].

WHO (2025), *Utrecht's Healthy Urban Living Team (GLO Team – Gezonde leefomgeving)*, s. 4.

WHO (2026), *Developing city health plans*, <https://www.who.int/europe/activities/developing-city-health-plans> [data dostępu: 27.04.2026].

WHO Academy, *How to develop and sustain healthy cities in 20 steps*, <https://whoacademy.org/coursewares/course-v1:WHOAcademy-Hosted+H0042EN+Nov-2024?source=edX> [data dostępu: 27.04.2026].

WHO EURO (2002), *Community Participation in Local Health and Sustainable Development: Approaches and Techniques*, Centre for Urban Health, Copenhagen.

WHO EURO (2014), *Healthy cities Promoting health and equity – evidence for local policy and practice. Summary evaluation of Phase V of the WHO European Healthy Cities Network*, Copenhagen, <https://iris.who.int/items/f8264f31-a2e4-464f-95fa-dea6a22439d0> [data dostępu: 27.04.2026].

WHO EURO (2015), *City Fact Sheets. WHO European Healthy Cities Network*, Copenhagen.

WHO EURO (2018a), *Copenhagen Consensus of Mayors. Healthier and happier cities for all. A transformative approach for safe, inclusive, sustainable and resilient societies*, <https://www.who.int/europe/publications/m/item/copenhagen-consensus-of-mayors.-healthier-and-happier-cities-for-all> [data dostępu: 27.04.2026].

WHO EURO (2018b), *Healthy Cities approach*, WHO European Healthy Cities Network, <https://www.who.int/europe/groups/who-european-healthy-cities-network> [data dostępu: 8.04.2026].

WHO EURO (2020), *Healthy Cities for Building Back Better Political Statement of the WHO European Healthy Cities Network*, *Healthy Cities in times of pandemic: protecting communities and building back better Web-based conference, 8–10 December 2020* [Preprint], <https://www.who.int/europe/de/publications/i/item/WHO-EURO-2021-2092-41847-57400> [data dostępu: 27.04.2026].

WHO EURO (2024), *Health and well-being for all: Celebrating 35 Years of the Healthy Cities Movement*, s. 28.

WHO EURO (2026a), *List of Phase VII Healthy Cities*, <https://www.who.int/europe/list-of-phase-vii-healthy-cities> [data dostępu: 27.04.2026].

WHO EURO (2026b), *Phases of the Network*, <https://www.who.int/europe/phases-of-the-network> [data dostępu: 27.04.2026].

O AUTORZE

Dr Marta Hoffmann – uzyskała stopień doktora w Instytucie Nauk Politycznych i Stosunków Międzynarodowych Uniwersytetu Jagiellońskiego. Była kierowniczką projektu pt. „Strategie medykaliacyjne Światowej Organizacji Zdrowia” finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki w Polsce (nr grantu 2017/25/N/HS5/00950), którego głównym celem było zbadanie medykaliacji jako wieloaspektowego narzędzia tzw. smart power podmiotów niepaństwowych. Jest autorką publikacji i referatów konferencyjnych dotyczących społeczności epistemicznych związanych ze zdrowiem, globalnego zdrowia, trwających negocjacji w sprawie tzw. traktatu pandemicznego (WHO CA+) oraz, ostatnio, klimatycznych paneli obywatelskich w Europie jako narzędzi aktywnego dostosowywania procedur demokratycznych do współczesnych zmian politycznych. Recenzentka międzynarodowych czasopism, takich jak: „Politics & Policy”, „Social Theory & Health” oraz „Place Branding and Public Diplomacy”.

STRESZCZENIE

Celem niniejszego artykułu jest zaprezentowanie projektu Sieci Zdrowych Miast koordynowanego przez Światową Organizację Zdrowia ze szczególnym naciskiem na jego element partycypacyjny. Artykuł rozpoczyna się od przedstawienia kontekstu powstania tego projektu oraz podejmowanych w jego ramach form współpracy, zarówno na linii WHO–Zdrowe Miasta, jak i pomiędzy samymi Zdrowymi Miastami. Następnie przybliżono partycypacyjny aspekt tego projektu, który jest jednym z jego głównych filarów, zgodnie z wypracowanym w 2018 r. podczas Szczytu Prezydentów Miast Konsensusem Kopenhaskim. W tej części omówione zostały także dobre praktyki zaobserwowane podczas analizy działań wykazywanych przez inne europejskie Zdrowe Miasta. Ostatnią część artykułu stanowi przyjrzenie się trzem polskim miastom – Łodzi, Poznaniu i Warszawie – będącym członkami projektu Sieci Zdrowych Miast WHO na tle przedstawionych wcześniej dobrych praktyk oraz próba zastanowienia się nad tymi elementami współpracy, które mogłyby funkcjonować lepiej, czyli mocniejszym powiązaniem wątków zdrowotnych i partycypacyjnych oraz pogłębieniem obecnych formatów współpracy międzynarodowej na płaszczyźnie zdrowotnej.

Opinie wyrażone w powyższym tekście mają charakter autorski i nie należy ich traktować jako stanowiska Fundacji Rozwoju Demokracji Lokalnej im. Jerzego Regulskiego.

...

Warszawa, lipiec 2026

Fundacja Rozwoju Demokracji Lokalnej im. Jerzego Regulskiego

ul. Edwarda Jelinka 6, 01-646 Warszawa

WWW.FRDL.ORG.PL