

USTAWA O ZDROWIU PUBLICZNYM

Komentarz

redakcja naukowa Maciej Dercz
Maciej Dercz, Hubert Izdebski, Tomasz Rek

KOMENTARZE PRAKTYCZNE

USTAWA O ZDROWIU PUBLICZNYM

Komentarz

redakcja naukowa Maciej Dercz
Maciej Dercz, Hubert Izdebski, Tomasz Rek

KOMENTARZE PRAKTYCZNE

Zamów książkę w księgarni internetowej

proinfo.pl
księgarnia internetowa

Stan prawny na 1 lipca 2016 r.

Wydawca
Izabella Matecka

Redaktor prowadzący
Joanna Maź

Opracowanie redakcyjne
Joanna Cybulska

Łamanie
Wolters Kluwer

Ta książka jest wspólnym dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, byś przestrzegał przystługających im praw. Książkę możesz udostępnić osobom bliskim lub osobiście znanym, ale nie publikuj jej w internecie. Jeśli cytujesz fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło. A jeśli musisz skopiować część, rób to jedynie na użytek osobisty.

prawoLubni

SZANUJMY PRAWO I WŁASNOŚĆ
Więcej na www.legalnakultura.pl
POLSKA IZBA KSIĄŻKI

© Copyright by
Wolters Kluwer SA, 2016

ISBN: 978-83-8092-501-4

Dział Praw Autorskich
01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 33
tel. 22 535 82 19
e-mail: ksiazki@wolterskluwer.pl
www.wolterskluwer.pl
księgarnia internetowa www.profinfo.pl

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów	7
Uwagi wstępne	9
Ustawa z dnia 11 września 2015 r. – o zdrowiu publicznym	15
Rozdział 1. Przepisy ogólne	17
Rozdział 2. Koordynacja i opiniowanie realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego	37
Rozdział 3. Narodowy Program Zdrowia i Komitet Sterujący Narodowego Programu Zdrowia	61
Rozdział 4. Zasady finansowania zadań z zakresu zdrowia publicznego	85
Rozdział 5. Zmiany w przepisach obowiązujących, przepisy przejściowe, dostosowujące i końcowe	107
Wykaz najistotniejszych ustaw zawierających regulacje związane z realizacją zadań z zakresu zdrowia publicznego w rozumieniu art. 2 i 3 u.z.p.	115
Bibliografia	119

WYKAZ SKRÓTÓW

Akty prawne

- k.c. – ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r. poz. 380 z późn. zm.)
- k.p. – ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (tekst jedn.: Dz. U. z 2014 r. poz. 1502 z późn. zm.)
- TFUE – Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (wersja skonsolidowana: Dz. Urz. UE C 202 z 7.06.2016, s. 47)
- u.d.a.r. – ustawa z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r. poz. 543 z późn. zm.)
- u.d.l. – ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 618 z późn. zm.)
- u.d.p.p.w. – ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r. poz. 239 z późn. zm.)
- u.f.p. – ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 885 z późn. zm.)

- u.RM – ustawa z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r. poz. 392 z późn. zm.)
- u.ś.o.z. – ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 581 z późn. zm.)
- u.z.p. – ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. poz. 1916)

Czasopisma

- FK – Finanse Komunalne
- PiP – Państwo i Prawo
- ST – Samorząd Terytorialny

Inne

- NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia
- NPZ – Narodowy Program Zdrowia
- NSA – Naczelny Sąd Administracyjny
- RM – Rada Ministrów
- RP – Rzeczpospolita Polska
- SN – Sąd Najwyższy
- TK – Trybunał Konstytucyjny
- UE – Unia Europejska
- WSA – wojewódzki sąd administracyjny

UWAGI WSTĘPNE

Niniejszy komentarz do ustawy o zdrowiu publicznym jest w znacznym stopniu nietypowy, ze względu na konieczność zwrócenia uwagi na wiele braków tej ustawy jeszcze przed przystąpieniem do analizowania poszczególnych przepisów, ze wskazaniem czego w ogóle można by oczekiwać od ustawy noszącej tytuł „o zdrowiu publicznym”.

Nie wchodząc w tym miejscu w szerszy dyskurs o definicji zdrowia publicznego, która już z racji samej nazwy ustawy powinna zostać w tym akcie prawnym precyzyjnie określona (o czym będzie mowa w szczególności w komentarzu do art. 2), na wstępie należy zwrócić uwagę na to, że poprzez użycie sformułowania „publiczne” w tytule ustawy, główny element zawartości merytorycznej powinien dotyczyć ustalenia zakresu zadań szeroko rozumianych władz publicznych w odniesieniu do pozytywnego ich oddziaływania na utrzymanie indywidualnego zdrowia ludzkiego w Polsce – w stanie co najmniej zabezpieczającym utrzymanie pewnego minimum bezpieczeństwa zdrowotnego całego społeczeństwa.

Zwrócić także należy uwagę na zbyt blankietowy charakter większości regulacji prawnych zawartych w tym akcie prawnym oraz zajęcie się od strony merytorycznej tylko pewną częścią zagadnień składających się na zdrowie publiczne. Wydaje się zatem, że powinno to znaleźć odzwierciedlenie już w samym tytule tego aktu prawnego, a zatem tytuł powinien

wprost wskazywać na to, że ustawa dotyczy tylko wybranych zagadnień zdrowia publicznego.

W tej sytuacji analizę prawną poszczególnych przepisów komentowanej ustawy poprzedzić należy przedstawieniem, naszym zdaniem istotnych, założeń wstępnych – w zależności od spełnienia których powinno się od strony merytorycznej opracować podstawowe zagadnienia wchodzące w skład jej normatywnej zawartości.

W ustawie o zdrowiu publicznym powinno się zatem, co do zasady, określić zarówno ustrój organizacyjny, jak i zasady działania wszystkich podmiotów właściwych w odniesieniu do trzech głównych elementów składowych zdrowia publicznego: ochrony zdrowia, prewencji i zapobiegania chorobom, promocji zdrowia i edukacji prozdrowotnej. Każdy z tych elementów powinien zostać szczegółowo opisany w formie precyzyjnego przyporządkowania odpowiednich zadań władz publicznych właściwym organom publicznym – w celu wskazania, za co który z nich odpowiada i na jakich zasadach zadania te mają być realizowane w praktyce.

Ustawa o zdrowiu publicznym w pierwszej kolejności powinna stworzyć ramy prawne niezbędne do zbudowania spójnej i efektywnej organizacji systemowej zdrowia publicznego.

Organizacja systemu zdrowia publicznego powinna być oparta na analizie specjalnie do tego celu uzyskanych danych statystycznych, epidemiologicznych i ekonomicznych, a sama ustawa – przygotowana na podstawie powyższych danych. Oznacza to, że podstawowe zręby ustawy powinny znajdować uzasadnienie w wiedzy naukowej z dziedziny prawa, administracji, zarządzania, ekonomii i zdrowia publicznego. Tymczasem, analizując oficjalne uzasadnienie projektu ustawy, można odnieść wrażenie, że jej treść jest rezultatem bardziej intuicji twórców niż wzięcia pod uwagę naukowych badań.

Bezdiskusyjne jest także to, że budowanie docelowego modelu systemu zdrowia publicznego nie może spowodować dalszego ograniczenia odpowiedzialności władzy publicznej – a w jej ramach przede wszystkim jednostek samorządu terytorialnego – za zdrowie publiczne i wynikające z zasad organizacji opieki zdrowotnej zdrowie indywidualne. Regulację ustawową zdrowia publicznego należało zatem (a tego nie uczyniono) rozpocząć od zdefiniowania zakresów odpowiedzialności i precyzyjnego przyporządkowania poszczególnych zadań ze sfery zdrowia publicznego skonkretyzowanym władzom (i w miarę potrzeby innym instytucjom) publicznym. Odpowiedzialność za zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego i stworzenie właściwych warunków zdrowotnych dla naszej populacji nakłada bowiem na władzę publiczną bezpośrednio Konstytucja RP.

W regulacji funkcjonowania systemu zdrowia publicznego nie powinno się także pomijać określenia ogólnych zasad odnoszących się do funkcjonowania i organizacji publicznego płatnika. Utworzenie publicznego płatnika, działającego na rzecz zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, nie powinno być dokonane poza strukturą jednostek władzy publicznej i nie może prowadzić nawet pośrednio do rozmywania odpowiedzialności władzy publicznej za bezpieczeństwo zdrowotne obywateli. W wyniku wprowadzenia organizacji systemowej zdrowia publicznego organy władzy publicznej odpowiedzialne konstytucyjnie za zapewnienie prawa do ochrony zdrowia w naszym kraju powinny uzyskać instrumenty związane z zaplanowaniem ilościowym i terytorialnym dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, udzielanych ze środków publicznych na poziomie zapewniającym zachowanie pewnego minimum bezpieczeństwa zdrowotnego w Polsce.

Głównym celem do osiągnięcia w wyniku wprowadzenia odpowiedniej ustawy o zdrowiu publicznym jest to, aby zakresy odpowiedzialności za poszczególne elementy składowe tworzonego systemu zdrowia publicznego zostały określone w sposób precyzyjny i zadania różnych organów władzy publicznej nie nachodziły na siebie wzajemnie, a ta część zadań

z zakresu zdrowia publicznego, która dotychczas nie została prawnie przyporządkowana żadnemu rodzajowi władzy publicznej, została prawnie dookreślona. Ten postulat również nie został przez ustawodawcę spełniony.

Niestety obecna zawartość normatywna komentowanej ustawy nie przeciwstawia się także – mimo zapowiedzi w uzasadnieniu projektu – jednej z głównych przyczyn dysfunkcji organizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, jaką jest brak systemowej spójności oraz brak efektywnej koordynacji działania między głównymi jego uczestnikami: organami centralnej i wojewódzkiej administracji rządowej, jednostkami samorządu terytorialnego, NFZ i realizatorami świadczeń z zakresu zdrowia publicznego. Brak precyzyjnych formalnych mechanizmów koordynacji w odniesieniu do sfery zadań ze zdrowia publicznego, które przecież powinny stanowić istotny element całego systemu ochrony zdrowia powoduje, że prowadzona przez państwo polityka zdrowotna nie tworzy spójnej całości.

Wydaje się, że wadą obecnej regulacji jest także brak odpowiednich procedur określających sposoby i formy koordynacji współpracy w zakresie realizacji zadań ze sfery zdrowia publicznego pomiędzy jednostkami samorządu terytorialnego oraz między tymi jednostkami a administracją rządową.

Działania w zakresie promocji zdrowia są następnym elementem określonym w ustawie zbyt ogólnikowo, co powoduje, że ta bardzo istotna sfera aktywności systemu zdrowia publicznego jest przez władze publiczne niedoceniana, a tym samym pozostanie także niedoinwestowana, mimo jej ogromnego znaczenia dla poprawy zdrowia społeczeństwa i zmniejszenia potrzeb stosowania instrumentów medycyny naprawczej. Brak precyzyjnego określenia odpowiedzialności poszczególnych władz publicznych za promocję zdrowia powoduje, że nie można w tym zakresie uzyskać oczekiwanych pozytywnych efektów prozdrowotnych. Istotnym brakiem regulacji jest również niedocenywanie potencjalnej aktywności samego społeczeństwa w zakresie promocji i profilaktyki zdro-

wia. A przecież działania władz powinny przede wszystkim prowadzić – zgodnie z zasadą pomocniczości – do mobilizacji aktywności własnej społeczeństwa.

W tego typu akcie prawnym powinny się także znaleźć przepisy wskazujące na możliwość uruchomienia przez władze publiczne mechanizmów wyrównawczych w sytuacji zdiagnozowania nierówności społecznych i elementów wykluczenia społecznego w odniesieniu do dostępności uzyskania przez potrzebujących świadczeń opieki zdrowotnej.

Nie zostało też w tej ustawie jednoznacznie i precyzyjnie wskazane, że w systemie zdrowia publicznego Minister Zdrowia, służby i inspekcje działające w tej sferze spełniają rolę dominującą, zaś większość zadań jednostek samorządu terytorialnego powinna mieć charakter zadań zleconych z zakresu administracji rządowej.

Oczywiste jest, że przy ustalaniu zrębów organizacyjnych docelowego modelu systemu zdrowia publicznego w Polsce powinny być brane pod uwagę rozwiązania prawno-organizacyjne przyjęte w innych krajach, jednak analiza systemów zdrowia publicznego w krajach europejskich nie pozwala na jednoznaczną ocenę z punktu widzenia ich „wyższości”. Systemy te kształtowały się przez wiele lat, w różnych uwarunkowaniach historycznych i okolicznościach społeczno-gospodarczych, pod niemałym wpływem czynników politycznych. Nie jest więc możliwy wybór jednego z istniejących modeli i przeniesienie go na grunt polski. Nie istnieje także żaden teoretyczny „model idealny”, którego wdrożenie można by zalecać z pełną odpowiedzialnością. Istnieje co prawda taka pokusa, aby w obliczu katastrofalnego stanu systemu ochrony zdrowia w Polsce i wchodzącego w jego zakres podsystemu zdrowia publicznego, zacząć budować na gruzach „coś nowego” i „od zera”. Nie ma jednak takiej realnej możliwości, ponieważ ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne państwa niemożliwe jest pojawienie się „pustki” instytucjonalnej nawet na bardzo krótki czas. Zatem nowe rozwiązania organizacyjne proponowane w tego typu ustawie, jak omawiana w komentarzu, powinny być (a nie są) zaplanowane do wprowadzania stopniowego i po-

winy być (a także nie są) poprzedzone odpowiednią kampanią edukacyjno-informacyjną.

Dodatkową słabością obecnych unormowań określających ramy organizacyjne polskiego systemu zdrowia publicznego jest brak precyzyjnego określenia funkcji nadzorczo-kontrolnych. Niestety, w omawianej ustawie także te funkcje nie zostały określone wystarczająco precyzyjnie, co może powodować problemy kompetencyjne i brak efektywności w realizacji wynikających z niej merytorycznych zadań.

Mając powyższe na uwadze, należy stwierdzić, że przedmiotowy akt prawny powinien być traktowany jedynie jako rozpoczęcie docelowej budowy koniecznych systemowych rozwiązań prawno-organizacyjnych w sferze zdrowia publicznego, bowiem jeżeli ta ustawa miałaby pozostać na stałe w niezmienionej wersji, organizacja procesu realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego będzie nadal mało efektywna i dysfunkcjonalna.

Autorzy

USTAWA

z dnia 11 września 2015 r.

o zdrowiu publicznym

(Dz. U. poz. 1916)

ROZDZIAŁ 1

Przepisy ogólne

Art. 1. 1. Ustawa określa zadania z zakresu zdrowia publicznego, podmioty uczestniczące w realizacji tych zadań oraz zasady finansowania zadań z zakresu zdrowia publicznego.

2. Przez zdrowie publiczne rozumie się zadania określone w art. 2.

1. Ustawa o zdrowiu publicznym została uchwalona z inicjatywy rządowej, w bardzo szybkim tempie – projekt został wniesiony w dniu 15 lipca 2015 r. (druk Sejmu VII kadencji nr 3675), a ustawę uchwalono dnia 11 września 2015 r. W uzasadnieniu projektu zapisano, powołując się m.in. na dokumenty międzynarodowe: „potrzeba przygotowania projektowanej ustawy wynika przede wszystkim z konieczności utworzenia mechanizmów pozwalających na osiągnięcie poprawy sytuacji zdrowotnej społeczeństwa. Zadaniem władz publicznych jest prowadzenie działań przyczyniających się do ochrony i poprawy zdrowia. Nie ulega wątpliwości, że zdrowie populacji stanowi wartość samą w sobie, a spójna i efektywna polityka państwa w zakresie zdrowia publicznego w sposób zasadniczy wpływa na funkcjonowanie społeczeństwa. Dobry stan zdrowia obywateli jest niezbędnym warunkiem rozwoju kraju, z jednej strony stymulując wzrost gospodarczy, z drugiej natomiast nie obciążając systemu ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych. Wśród największych

problemów zdrowia publicznego wymienia się choroby układu krążenia, nowotwory, choroby układu oddechowego, cukrzycę oraz choroby psychiczne, które powodowane są m.in. przez palenie wyrobów tytoniowych, nadmierne spożycie alkoholu, nieprawidłową dietę oraz niewystarczającą aktywność fizyczną. Bardzo istotną kwestią są również tzw. przyczyny zewnętrzne, przede wszystkim wypadki drogowe, powodujące wiele zgonów i przyczyniające się do powstawania niepełnosprawności. Zapewnienie obywatelom dostępu do ochrony zdrowia polegające przede wszystkim na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. medycyny naprawczej) może przyczynić się jedynie w niewielkim stopniu do poprawy ogólnego stanu zdrowia populacji. Niezbędne jest wdrożenie systematycznych oddziaływań mających na celu zmniejszenie skali występowania głównych czynników ryzyka powstawania wspomnianych chorób niezakaźnych i urazów, wczesne wykrywanie chorób, a także kształtowanie właściwych zachowań prozdrowotnych, ułatwianie dokonywania właściwych wyborów i kreowanie warunków środowiska (w tym społeczno-ekonomicznego) umożliwiających zachowanie i poprawę zdrowia”.

Powyższe sformułowania należy uznać za trafne – zwłaszcza pogląd, iż samo udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jedynie w niewielkim stopniu może przyczynić się do poprawy ogólnego stanu zdrowia¹. W odniesieniu do tej tematyki można mówić o kształtowaniu się międzynarodowego prawa zdrowia publicznego²; w środowiskach zajmujących się tą problematyką od pewnego czasu wysuwane były postulaty stworzenia ustawy o zdrowiu publicznym³.

¹ Por. L. Gordon, *Public Health is More Important Than Health Care*, Journal of Public Health Policy 1993, t. 14, nr 3 – z istotnym przesłaniem: „reformacja narodowego systemu opieki zdrowotnej jest ważna z punktu widzenia bieżącej polityki, uczuć społecznych, współodczuwania, dostępu do świadczeń i problematyki kosztów. Zdrowie publiczne jest znacznie ważniejsze i istotne z punktu widzenia poprawy statusu zdrowotnego oraz jakości życia i środowiska naszych obywateli” (s. 264).

² Por. J. Barcik, *Międzynarodowe prawo zdrowia publicznego*, Warszawa 2013.

³ Por. np. J. Nosko, *O potrzebie ustawy o zdrowiu publicznym* (w:) J. Nosko (red.), *Zdrowie publiczne w zmieniającej się Europie i w Polsce*, Łódź 2004.

W uzasadnieniu projektu, po ogólnym zarysowaniu problematyki stanu zdrowia społeczeństwa polskiego, słusznie podniesiono także kwestię rozproszenia zadań z zakresu zdrowia publicznego pomiędzy różne podmioty na poziomie centralnym, jak również jednostki samorządu terytorialnego. Wskazano, iż „pierwszym celem projektowanej ustawy jest utworzenie struktur odpowiedzialnych za koordynację i monitorowanie działalności władz publicznych wpływających na zmianę stanu zdrowia populacji. Kolejnym celem jest zapewnienie stabilnych mechanizmów finansowania. Projektowana ustawa ma również na celu usystematyzowanie zadań z zakresu zdrowia publicznego realizowanych obecnie, zapewnienie ich ciągłości, adekwatności i kompleksowości”. Analizując treść ustawy, można stwierdzić, że realizuje ona w pewnym stopniu jedynie pierwszy ze wskazanych celów, przede wszystkim poprzez utworzenie Rady do spraw Zdrowia Publicznego oraz stworzenie podstawy do ustalenia Narodowego Programu Zdrowia. Kwestiom tym będą poświęcone komentarze do odpowiednich artykułów ustawy wskazujące niekompleksowość i ogólnikowość wielu jej przepisów. Już w tym miejscu można jednak stwierdzić, że akty prawne, w których dokonuje się zmian na mocy komentowanej ustawy⁴, obejmują tylko nieznaczną część problematyki zdrowia publicznego, są punktowe i nie oznaczają przebudowy polskiego ustawodawstwa w kierunku stworzenia systemu przepisów dotyczących zdrowia publicznego.

2. Artykuł 1 ustawy, określający zakres przedmiotowy ustawy (ust. 1) i wskazujący jak na potrzeby tej ustawy rozumie się jej przedmiot okreś-

⁴ Ustawą dokonano zmian w: ustawie z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r. poz. 487 z późn. zm.), ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r. poz. 546), ustawie z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 298 z późn. zm.), ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 581), ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r. poz. 224 z późn. zm.), ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 947 z późn. zm.) oraz ustawie z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych (tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r. poz. 471).

Maciej Dercz – doktor nauk prawnych; radca prawny; dyrektor Instytutu Prawa Ochrony Zdrowia na Uczelni Łazarskiego; lider modułu tematycznego prowadzonego przez tę uczelnię MBA w ochronie zdrowia; współpracuje z centralnymi i regionalnymi jednostkami administracji publicznej oraz instytucjami naukowymi; autor i współautor wielu publikacji dotyczących prawnych aspektów ochrony zdrowia.

Hubert Izdebski – profesor zwyczajny na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego oraz na Wydziale Prawa Uniwersytetu SWPS; radca prawny; autor książek z zakresu prawa publicznego oraz jego podstaw teoretycznych i historycznych.

Tomasz Rek – radca prawny; pracownik administracji publicznej; wykładowca w ramach modułów tematycznych MBA w ochronie zdrowia na Uczelni Łazarskiego; praktyk w zakresie obsługi prawnej podmiotów funkcjonujących w systemie ochrony zdrowia; autor i współautor licznych publikacji z zakresu prawa ochrony zdrowia.

W komentarzu autorzy w sposób kompleksowy omówili katalog zadań z zakresu zdrowia publicznego – mających na celu poprawę sytuacji zdrowotnej społeczeństwa – nałożonych na organy administracji rządowej i jednostki samorządu terytorialnego, które realizują zadania własne polegające na promocji lub ochronie zdrowia. Zadania te obejmują m.in.:

- monitorowanie i ocenę stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa;
- edukację zdrowotną dostosowaną do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych;
- działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy oraz rekreacji;
- inicjowanie i prowadzenie badań naukowych oraz współpracy międzynarodowej w zakresie zdrowia publicznego;
- ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych.

Komentarz wzbogacony został o wykaz najistotniejszych ustaw zawierających regulacje związane z realizacją zadań z zakresu zdrowia publicznego.

Publikacja przeznaczona jest dla pracowników administracji rządowej i samorządowej zajmujących się zagadnieniami szeroko rozumianej ochrony zdrowia, pracowników podmiotów leczniczych oraz inspekcji: sanitarnej, farmaceutycznej i weterynaryjnej. Zainteresuje także adwokatów i radców prawnych prowadzących obsługę prawną tych podmiotów. Będzie mogła być również wykorzystana przez studentów administracji, prawa, zdrowia publicznego i kierunków medycznych.



ZAMÓWIENIA:

INFOLINIA 801 04 45 45, FAX 22 535 80 01

ZAMOWIENIA@WOLTERSKLUWER.PL

WWW.PROFINFO.PL

ISBN 978-83-8092-501-4



CENA 99 ZŁ (W TYM 5% VAT)