

Elżbieta Kasprzak
Wyższa Szkoła Humanistyczna TWP
w Szczecinie

SPOŁECZNE ASPEKTY FUNKCJONOWANIA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

Zdrowie i polityka zdrowotna

Zjawisko przewartościowań w rozumieniu roli medycyny proponuje częściowe odrzucenie medycyny jako instytucji na rzecz rozwijania własnych możliwości dbania o zdrowie oraz poszukiwanie pomocy w działaniach regenerujących siły witalne. To właśnie te działania są uzupełnianiem własnej kultury zdrowotnej, przejmowaniem większej odpowiedzialności za zdrowie, odkrywaniem własnych możliwości kontroli oraz zwiększania zapasu zdrowia. Historycznie pierwsze próby definiowania zdrowia mieściły się w kategoriach celu. Najstarszą historycznie rzecz biorąc definicją medyczną mającą znaczenie dla rosnącej rangi problematyki zdrowotnej, zarówno w naukach lekarskich, jak i naukach o zachowaniu, jest znane określenie zdrowia wg WHO (1948) zawarte w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia. Definicja ta, mimo jej nieprecyzyjności, ogólności i normatywnego charakteru, stwarza podstawę do interdyscyplinarnych badań nad zdrowiem. Zdrowie jest tu ujmowane szeroko i ma charakter „pozytywny”, jest ono utożsamiane z dobrostanem fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie tylko brakiem choroby¹. W nowszych reinterpretacjach definicji WHO podkreśla się, że zdrowie daje możliwości do wszechstronnego rozwoju człowieka i można je utożsamiać na przykład z umiejętnościami adaptacyjnymi i umiejętnościami podolania wyzwaniom życiowym. W tym ujęciu zdrowie nie jest celem samym w sobie, ale dynamicznym potencjałem umożliwiającym człowiekowi realizację szeroko rozumianych celów życiowych. Socjologowie podkreślają przy tym nie tylko wieloaspektowy charakter tej definicji, stanowiący przesłankę do badań interdyscyplinarnych, ale też szeroki socjokulturowy kontekst zdrowia i znaczenie elementów subiektywnych w percepcji tego pojęcia.

Kolejną istotną przyczyną reorientacji ideologii medycznych było między innymi wyciągnięcie wniosków z szeroko znanej koncepcji „pól zdrowia” M. Lalonde’a (1974) ukazujących prymat czynników socjokulturowych jako zasadniczych determinantów stanu zdrowia współczesnego człowieka. Zgodnie z tymi poglądami czynniki

¹ Z. Słońska, M. Misiuna, *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*, Warszawa 1993.

genetyczne wpływają na zdrowie człowieka w około 5 – 15%, środowisko fizyczne w 5 – 10%, otoczenie społeczne w 25%, styl życia w 50%, zaś medycyna naprawcza zaledwie w 10 – 20%². Postępująca aprobata dla tej konfiguracji czynników warunkujących zdrowie skłoniła stopniowo część środowisk lekarskich do zaakceptowania współpracy z naukami o zachowaniu (socjologia, psychologia, pedagogika zdrowia), a także utwierdziła w przekonaniu, że medycyna jako system organizacyjny odpowiedzialny za zdrowie społeczne winna zwrócić się ku efektywnie realizowanej profilaktyce i promocji zdrowia³.

Dla socjologa „zdrowie jest stanem optymalnej zdolności do wykonywania cennionych zadań”⁴. B. Uramowska-Żyto pisała, że „zdrowie to stan, w którym jednostka wykazuje optymalną umiejętność pełnienia ról i zadań wyznaczonych jej przez proces socjalizacji”⁵. Taka interpretacja pojęcia zdrowia ujawnia, jak daleko socjologowie odeszli od klasycznej WHO-wskiej definicji zdrowia, a jak bardzo zbliżyli się do perspektywy społecznej.

Sposób definiowania zdrowia w społecznym kontekście czerpał swoją inspirację z nurtów takich jak socjologia życia codziennego⁶. Sposób stawiania problemów w socjologii ogólnej oddziałał na sposób badania różnych problemów szczegółowych, w tym także zdrowia. Istotne tutaj znaczenie miały prace takich autorów, jak E. Goffman czy P.L. Berger. Ten ostatni pisał: „(...) każda sytuacja społeczna zbudowana jest z materii znaczeń wnoszonych przez poszczególnych jej uczestników”⁷. Systemy społeczne składają się z niezliczonych sytuacji tworzonych w taki właśnie sposób. Ogólne kryteria zdrowia wywodzą się ze specyficznych dla danej społeczności poglądów na istotę zdrowia. Kryteria wspólne dla społeczności zostają wypracowane w procesie wzajemnych oddziaływań różnych podejść, prezentowanych przez różne grupy społeczne. Dlatego też do uzgodnienia opinii na temat zdrowia dochodzi się nie tylko poprzez spontaniczne społeczne interakcje. Istotną rolę odgrywają działania zorganizowane, podejmowane i inicjowane celowo przez różnorodne instytucje.

Definiowanie zdrowia postrzegane w perspektywie społecznej służy więc nie tylko uzyskaniu zgody co do akceptowanych znaczeń pojęć opisujących tę sferę rzeczywistości. Przedmiotem ustaleń jest także hierarchizacja różnych sytuacji, jako mniej lub bardziej ważnych. Tak więc ustalony przez ekspertów stan zdrowia nie stanowi wprost podstawy do uzyskania zgody na podjęcie określonych działań, albowiem zdrowie jest dobrem osobistym i dobrem publicznym chronionym metodą regulacji prywatnoprawnej i publicznoprawnej, w ramach której istotne znaczenie ma dystrybucja środków służących ochronie zdrowia.

W literaturze dostrzega się również definiowanie polityki zdrowotnej w kategoriach podziału zasobów przeznaczonych na osiągnięcie lub uniknięcie skutków zdrowotnych. Wtedy postrzegamy politykę zdrowotną jako pewien sposób rozdziału zasobów pomiędzy instytucje świadczące usługi zdrowotne. W tym miejscu pragnę

² Z. Sadowski, *Promocja zdrowia – szansa i konieczność*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1994, nr 3, 4.

³ Z. Słońska, M. Misiuna, *Promocja zdrowia...*, op. cit.

⁴ Ibidem, s. 326.

⁵ B. Uramowska-Żyto, *Socjologiczna koncepcja zdrowia i choroby*, [w:] *Wstęp do socjologii medycyny*, red. A. Ostrowska, IFiS PAN, Warszawa 1990, s. 76.

⁶ J. Szacki, *Historia myśli socjologicznej*, PWN, Warszawa 1981, s. 813.

⁷ P.L. Berger, *Zaproszenie do socjologii*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1995, s. 121.

zwrócić uwagę na publiczny charakter procesu traktowanego jako polityka zdrowotna. Polityką zdrowotną nie są indywidualne działania osób występujących w prywatnym charakterze, ani też działania wpływające bezpośrednio na zdrowie. Muszą to być i są to zsumowane jednostkowe działania pozwalające uchwycić ponadindywidualne tendencje i trendy. Fakt ten wskazuje na bezpośredni związek polityki zdrowotnej z procesem politycznym. Tak więc jeśli w działaniu organów publicznych można odróżnić wykonawczy aspekt techniczny, to dostrzegamy związek z procesem strategicznego zarządzania. Jest to widoczne w czasach dużych zmian społecznych, takich jak okres transformacji w krajach Europy Środkowo-Wschodniej. Manifestuje się także wyraźnie w działaniach służących reformowaniu opieki zdrowotnej. Podstawową cechą polityki zdrowotnej jest dokonywanie wyborów. To właśnie w polityce zdrowotnej dokonuje się wyboru problemów priorytetowych dla danej społeczności, wyboru grup objętych działaniem, wyboru interwencji medycznej itd. Dzięki polityce zdrowotnej istnieje możliwość pozytywnego oddziaływania na stan zdrowia społeczeństwa, a patrząc szerzej – na funkcjonowanie systemu społecznego. Mówimy wtedy o efekcie zdrowotnym i możliwościach kalkulowania kosztów realizowania programów zdrowotnych. Ten rodzaj relacji jest zwykle ustalony przez samych działających, posiadających świadomość racjonalnego podejścia do problemu.

Jest jeszcze jeden sposób ujęcia polityki zdrowotnej, polegający na kontynuowaniu przyjętego w przeszłości wyobrażenia o przynależności do niej pewnych rodzajów działań jako pozostających w ścisłym związku ze stanem zdrowia. I tak do polityki zdrowotnej będą zaliczane wszystkie decyzje dotyczące pozycji zawodów medycznych, leków oraz finansowania i organizacji świadczeń medycznych. Klasyfikacja taka dokonuje się bez próby konfrontowania starych założeń z wynikami nowszych ustaleń. Powszechna dziś wiedza, że kształt mechanizmów finansowania służby zdrowia ma wpływ na stan zdrowia, nie zmienia faktu, że dyskusja na ten temat jest traktowana jako najbardziej typowy przykład debat polityki zdrowotnej. Racjonalna polityka zdrowotna winna się opierać na wiedzy o istnieniu zależności przyczynowej między aktywnością decydentów i zmianami w stanie zdrowia. Jeśli określone działanie prowadzi do poprawy stanu zdrowia, to należy je podjąć. Tak więc podstawą polityki zdrowotnej, jest przyjęcie przesłanki o możliwości skutecznego pozytywnego oddziaływania na sytuację zdrowotną. Chłodne spojrzenie na doświadczenia wielu krajów pozwala na stwierdzenie, że w wielu przypadkach realizowana polityka zdrowotna miała mało wspólnego z działaniami spełniającymi elementarne kryteria racjonalności. Oczywiście samo przyjęcie możliwości pozytywnego oddziaływania na stan zdrowia nie jest wystarczające, aby uznać daną politykę zdrowotną za racjonalną. Polityka jest racjonalna, jeśli wykorzystuje w dostatecznym stopniu wiedzę dostępną w czasie przygotowywania i podejmowania decyzji.

Turystyka zdrowotna wczoraj i dziś

Historia turystyki jest nierozłącznym elementem historii ludzkości. Ludzie przemierzali się zawsze w poszukiwaniu pożywienia i miejsca zamieszkania. Jednak za początek turystyki uznaje się moment, gdy człowiek zaczął podróżować w celach poznawczych. Pierwsze wędrowki o charakterze turystycznym datuje się na ok. 4000 r. p.n.e. Już w starożytności można zaobserwować elementy turystyki takie jak: sanatoria,

domy wczasowe, mapy drogowe i vouchery – dokumenty upoważniające do noclegów w zajazdach. W średniowieczu podróżowali głównie kupcy i pielgrzymi do miejsc kultu religijnego oraz studenci na wyższe uczelnie do Włoch i Rzymu. Na przełomie XVII/XVIII wieku powstały pierwsze miejscowości lecznicze. Natomiast na początku XIX wieku następuje popularyzacja polskich uzdrowisk w Krynicy, Szczawnicy, Iwoniczu i Busku Zdroju.

W literaturze istnieje wiele różnych określeń turystyki zdrowotnej, jednak najprościej można to zagadnienie ująć jako część kultury narodowej i jedną z dziedzin gospodarki narodowej, która obejmuje wszelkie formy ruchu podróżniczego. Według Światowej Organizacji Turystyki wyróżniamy:

- turystykę krajową,
- turystykę przyjazdową,
- turystykę wyjazdową,
- turystykę wypoczynkową,
- turystykę kulturalną,
- turystykę sportową,
- turystykę towarzyską,
- turystykę związaną z aktywnością zawodową,
- turystykę związaną z polityką.

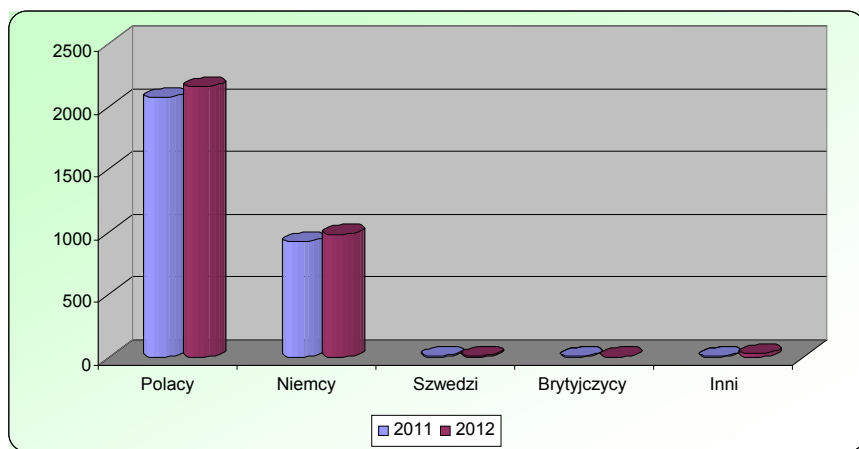
Mając tak duży wachlarz terminologii turystycznej, należy zapytać, kim jest więc turysta. Można tutaj wymienić dwa rodzaje turystów. Jeden to zorganizowany turysta masowy, zachowujący zwyczaje swojego środowiska, poznający kraj najczęściej z okien autokaru, niejednokrotnie słabo przygotowany do podróży. Drugi rodzaj to indywidualny turysta masowy, podróżujący według swoich planów, ale przede wszystkim standardowymi szlakami. Bez względu na rodzaj turysty funkcje turystyki są takie same. Może to być funkcja wypoczynkowa, zdrowotna, kształceniowa czy też wychowawcza. W swoim referacie skupię się na turystyce zdrowotnej, gdyż w ostatnich latach zdecydowanie cieszy się dużą popularnością, jest obrazem zmian kulturowego podejścia jednostki do wypoczynku i dbania o swoje zdrowie.

Turystyka zdrowotna jest świadomym i dobrowolnym udaniem się na pewien czas poza miejsce zamieszkania w celu regeneracji sił fizycznych i psychicznych. Szczególną rolę odgrywa turystyka uzdrowiskowa. Właściwości lecznicze klimatu i krajobrazu, naturalne zasoby lecznicze, czyste powietrze to elementy, które zdecydowanie wpływają na poprawę dobrostanu fizycznego i psychicznego turysty. Turystyka zdrowotna nie ogranicza się tylko do aspektów zdrowotnych, ale obejmuje szersze spektrum naszych potrzeb. Atrybutem współczesnego społeczeństwa jest atrakcyjny wygląd, dobre samopoczucie, wysportowane ciało. Współczesne uzdrowiska utraciły swój tradycyjny wizerunek, przekształcając się w centra pozyskiwania sił witalnych, odprężenia, upiększania. Powstają również specjalistyczne kliniki kosmetyczne i pielęgnacyjne. Dużą rolę odgrywają zabiegi wykorzystujące walory lecznicze wody. Zmienia się też struktura wieku uczestników turystyki zdrowotnej. Kuracjuszami są zarówno ludzie młodzi, jak i w dojrzałym wieku oraz starsi. Turystykę zdrowotną można uważać jako wiodący produkt w walce o upodobania współczesnego turysty. Możliwości osiągania celów zdrowotnych są znacznie zróżnicowane pod względem efektywności. Wynika to z miejsca podróży o motywach zdrowotnych w strukturze celów turystycznych. O efektywności turystyki zdrowotnej decyduje państwo, będące rękojmą polityki

rozwoju społecznego. Państwo powinno stymulować rozwój owej turystyki, której funkcja uznana jest naukowo i społecznie za użyteczną.

Pomorze Zachodnie – metropolia turystyki uzdrowiskowej

Polska zajmuje siódme miejsce w Europie pod względem liczby uzdrowisk. Większość z nich położona jest na obszarach oferujących unikalne na skalę europejską warunki przyrodolecnicze. Najważniejsze to: Nałęczów, Krynica, Kołobrzeg, Ciecchocinek i Rabka. Uzdrowiska te znajdują się w regionach o zróżnicowanym klimacie, w pobliżu parków i rezerwatów przyrody. Oferują możliwość spędzania wolnego czasu i korzystania z walorów ekoturystyki nad morzem, w górach i na pojezierzach. Turysty mogą wybierać między tężniami solankowymi, termalnymi basenami kąpielowymi, pijalniąmi wód mineralnych oraz komorami do krioterapii. Polskie uzdrowiska oferują wysoki standard usług, najnowocześniejsze wyposażenie, atrakcyjne ceny i miłą atmosferę. Polska turystyka zdrowotna wzbogacona jest o „farmy piękności”, instytuty SPA i ośrodki odnowy biologicznej. Dzięki tak bogatej ofercie, wzbogaconej walorami zdrowotnymi, polskie uzdrowiska są bardzo chętnie odwiedzane przez obcokrajowców. Są to tak zwani kuracjusze komercyjni, wśród których nie brakuje również polskich kuracjuszy komercyjnych. W województwie zachodniopomorskim znajdują się gminy uzdrowiskowe, którym nadano status uzdrowiska. Należą do nich gmina: Darłowo, Kamień Pomorski, Kołobrzeg, Połczyn Zdrój oraz Świnoujście. Wymienione miejscowości posiadają właściwości naturalnych surowców leczniczych i klimatycznych, co wpływa na wybór tych gmin przez kuracjuszy komercyjnych. Analiza dokumentów w dwóch kołobrzeskich uzdrowiskach dowiodła, iż najczęściej w ramach komercyjnych pobytów korzystają z usług Polacy, ale też Niemcy, Szwedzi i Brytyjczycy (rys. 1).

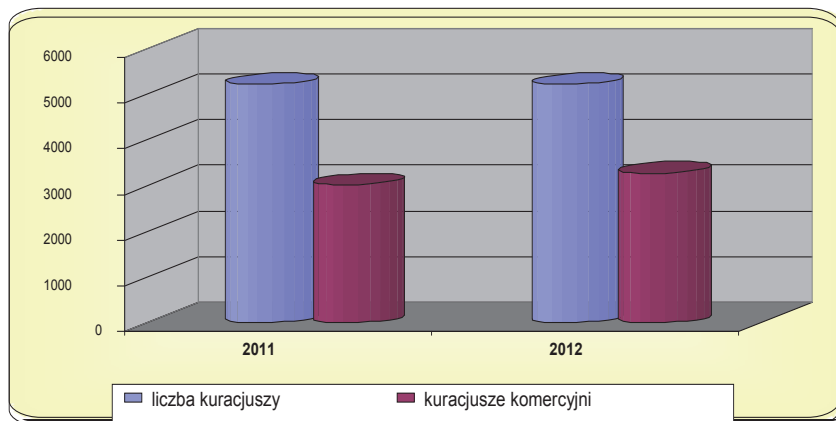


Rys. 1. Struktura kuracjuszy komercyjnych

Źródło: badania własne.

Liczba kuracjuszy komercyjnych, zarówno krajowych, jak i zagranicznych, w uzdrowiskach kołobrzeskich rokrocznie rośnie. Są to najczęściej dwutygodniowe pobyty, w ramach których korzysta się z trzech do czterech zabiegów dziennie. Najchętniej wybieranymi zabiegami są: masaż suchy, basen solankowy i zabiegi prądowe.

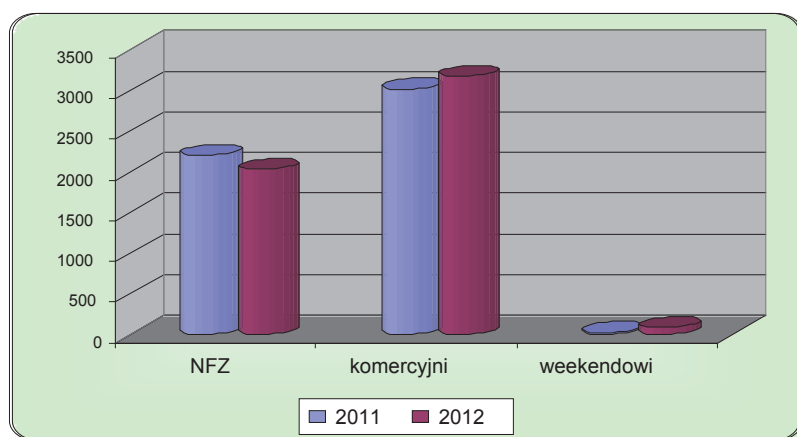
Uzdrowiska przede wszystkim świadczą usługi w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Jednak dynamika wzrostu liczby osób korzystających z tej formy wypoczynku notowana jest wśród kuracjuszy komercyjnych. Zapewne wynika to z ograniczeń kontraktowych Narodowego Funduszu Zdrowia, a potrzeby zaspokajane są poprzez pobyty komercyjne. Nie bez znaczenia jest tutaj również zmiana stylu spędzania wolnego czasu i kultury dbania o swój wygląd zewnętrzny.



Rys. 2. Liczba kuracjuszy

Źródło: badania własne.

Wzrost liczby kuracjuszy komercyjnych ograniczony jest bazą łózkową. Coraz częściej napotykają na trudności związane z uzyskaniem świadczenia w planowanym terminie, dlatego też dokonywane są rezerwacje z coraz to większym wyprzedzeniem czasowym. Niemniej jednak jest to wypoczynek, który w ostatnich latach cieszy się bardzo dużym zainteresowaniem i sam w sobie przyjmuje różne formy. Oprócz pobytów dwutygodniowych notuje się krótkie, intensywne pobyty weekendowe.



Rys. 3. Struktura kuracjuszy z NFZ, komercyjnych 2-tygodniowych oraz weekendowych

Źródło: badania własne

Istotnym czynnikiem stymulującym korzystanie z usług w uzdrowiskach jest cena za pobyt, o czym wspomniałam wcześniej. Zawiera ona usługi hotelowe, całodzienne wyżywienie i zabiegi poprawiające samopoczucie zarówno fizyczne, jak i psychiczne.

Tabela 1. Koszty pobytów

Średni koszt osobodnia łącznie z zabiegami w złotych				
Rok	wg NFZ	wg niemieckiej kasy chorych	komercyjny poniesiony przez polskiego kuracjusza	komercyjny poniesiony przez niemieckiego kuracjusza
2011	66	od 220 do 280	103	102
2012	63		104	111

Źródło: badania własne

Jak wynika z danych zawartych w tabeli, refundacja za pobyt w uzdrowisku przez Narodowy Fundusz Zdrowia jest zdecydowanie niższa niż refundacja dokonana przez niemieckie kasy chorych. Również jest to niższy poziom finansowania od kosztów poniesionych przez kuracjuszy komercyjnych. Wynika to z ograniczonych środków w polskim systemie ochrony zdrowia, dlatego też pobyty komercyjne pozwalają uzdrowiskom utrzymać dodatni wynik finansowy, unowocześnić bazę lokalową i sprzętową, a co za tym idzie świadczyć usługi na wysokim poziomie. Niższe koszty ponoszone przez kuracjusza niemieckiego w 2011 roku wynikały z wielu rabatów udzielanych przez uzdrowiska, ale już w 2012 roku jest to koszt zdecydowanie większy. Pomimo takiego wzrostu cenowego polskie uzdrowiska nadal cieszą się dużym zainteresowaniem wśród Niemców i nie tylko, gdyż jest to nadal atrakcyjna cena, w ramach której można doskonale odpocząć i zregenerować swoje siły.

Podsumowanie

Ze względu na wymienione walory polskich uzdrowisk liczba kuracjuszy rokrocznie będzie wzrastać o około 5%. Do momentu wejścia Polski do strefy euro turystyka zdrowotna powinna osiągnąć pełnię rozwoju. Zawieranie umów pomiędzy kasami chorych z zagranicy a uzdrowiskami umożliwi korzystanie z usług szerszej liczbie osób, a przede wszystkim rencistom, emerytom i nisko uposażonym. Natomiast ze względu na aspekt naprawczy i zapobiegawczy turystyki zdrowotnej cieszy się ona dużym zainteresowaniem wśród osób młodych, dobrze zarabiających, dbających o swój wygląd. Tempo pracy, przemęczenie i ciągłe stresy powodują, że coraz więcej osób uważa, że organizmowi potrzebny jest relaks, a chcąc wyglądać atrakcyjnie, należy go wzbogacić intensywnymi zabiegami np. odnowy biologicznej. Wyjazd do uzdrowiska staje się doskonałym sposobem na urlop, który w rzeczywistości regeneruje organizm. Turystyka uzdrowiskowa ma wielką przyszłość, a turysta zdrowotny możliwość realizacji swoich pragnień i oczekiwań w stosunku do swojego stanu zdrowia.

Bibliografia

- Berger P.L., *Zaproszenie do socjologii*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1995.
- Golinowska S., Sitek M., Sowa A., Sowada Ch., Włodarczyk C., *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa 2002.
- Rój J., *Efektywność usługowa jako kryterium wyboru mechanizmu finansowania szpitali w Polsce*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2003, nr 4.
- Sadowski Z., *Promocja zdrowia – szansa i konieczność*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1994, nr 3, 4.
- Słońska Z., Misiuna M., *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*, Warszawa 1993.
- Sokołowska M., *Socjologia medycyny*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1986.
- Szacki J., *Historia myśli socjologicznej*, PWN, Warszawa 1981.
- Uramowska-Żyto B., *Socjologiczna koncepcja zdrowia i choroby*, [w:] *Wstęp do socjologii medycyny*, red. A. Ostrowska, PAN, Warszawa 1990.

Elżbieta Kasprzak

Społeczne aspekty funkcjonowania systemu ochrony zdrowia

Rosnące koszty leczenia powodują, że wciąż poszukuje się nowych rozwiązań, które umożliwiają jak najbardziej efektywne finansowanie systemu ochrony zdrowia. Dlatego też istotne jest zrozumienie procesu wymiany pieniędzy na świadczenie zdrowotne przy zwróceniu uwagi na korzyści i koszty związane z poszczególnymi działaniami w zakresie ochrony zdrowia. Nie bez znaczenia jest aspekt polityki zdrowotnej polegający na kontynuowaniu przyjętego w przeszłości wyobrażenia o przynależności do niej pewnych rodzajów działań jako pozostających w ścisłym związku ze stanem zdrowia. Powszechna dziś wiedza, że kształt mechanizmów finansowania służby zdrowia ma wpływ na stan zdrowia, nie zmienia faktu, że dyskusja na ten temat jest traktowana jako najbardziej typowy przykład debat polityki zdrowotnej. Mówiąc o ekonomice systemu ochrony zdrowia, należy spojrzeć z szerszej perspektywy na wzajemne relacje zachodzące między poszczególnymi podmiotami systemu w ujęciu makroekonomicznym. Wydatki na opiekę zdrowotną w dużej mierze zależą od dochodu narodowego na mieszkańca. Jednak bardziej niż niski dochód na zły stan zdrowia wpływa nieefektywna organizacja, niewłaściwa alokacja środków czy też niestabilność polityczna.

Słowa kluczowe: system ochrony zdrowia, świadczenie zdrowotne, polityka zdrowotna

Social aspects of the health care system

Increasing costs of hospitalization are the reason for constant searching for new solutions, which enable very effective financing health care system. That is why, it is very essential to understand the process of exchanging money for medical benefits, taking notice at the advantages and costs related to particular actions in the area of health care. The aspect of health politics is not insignificant and is based on the continuing picture, adopted in the past, about adhesion of some kind of steps being constantly in close relationship with health condition. Common knowledge, that the form of financial mechanisms of medical service has an influence on health condition, does not change the fact, that the discussion concerning this subject is treated as the most typical example of healthcare politics debates. Taking into consideration the economy of health care system, it is essential to look at relations taking place between particular subjects in the system in the aspect of macroeconomics. Health care expenditures depend to a large degree on per capita income. However ineffective organization, inappropriate allocation of means or political instability more than low incomes, influence bad health condition.

Keywords: health care system, medical benefits, health policy

Translated by Biuro Tłumaczeń ESPLICA