

Učinki komercializacija zdravstva na kazalce uspešnosti zdravstvenega sistema

(mag. Julijana Bizjak-Mlakar)

Povzetek

Vrednost zdravstvenega sistema se meri po njegovi sposobnosti ohraniti ali ponovno vzpostaviti zdravje ljudi. Izboljšanje zdravja prebivalcev je namreč končni cilj zdravstvenega sistema. Svetovna zdravstvena organizacija je v svojem poročilu za leto 2000 definirala tri pomembnejše cilje zdravstvenega sistema: izboljšanje zdravja ljudi, povečanje odzivnosti zdravstvenega sistema na upravičena pričakovanja prebivalcev in zagotovitev pravične porazdelitve finančnih bremen med prebivalci. Za namen izpolnitve prvih dveh ciljev je treba izboljšati nivo zdravja ter zmanjšati neenakosti v zdravju ljudi. V članku raziskujemo vpliv komercializacije zdravstva na kazalce uspešnosti zdravstvenega sistema. Ugotovimo, da sta ekonomski in zdravstveni sistem med seboj zelo povezana. Zdravje ljudi je močno odvisno od ekonomskih aktivnosti in politik države. Ravno tako pa tudi zdravje ljudi, definirano širše kot fizične, duševne in socialne sposobnosti posameznika in njegove zmožnosti soočenja z življenjskimi priložnostmi, pomembno določa kazalce gospodarske uspešnosti države. Ekonomske značilnosti držav in način organizacije zdravstva imajo pomembne posledice za zdravje prebivalcev. Komercializacija zdravstva ima večinoma negativne posledice na kazalce uspešnosti zdravstvenega sistema. Zdravstvene storitve imajo namreč posebne lastnosti, zaradi katerih so vlade v večini bogatih držav umaknile za zdravje ljudi pomembne zdravstvene storitve z zasebnega trga. Mehanizmov trga se v zdravstvu ne sme nekritično uporabljati na način, kot se jih sme uporabljati drugje. Ministrstvo za zdravje RS se ne zaveda dovolj potrebe po varovanju javnega interesa na področju zdravstva in tudi zmotno presoja učinke komercializacije in divje privatizacije zdravstva, ki poteka v Sloveniji na področju zdravstva.

1. Izboljšanje zdravja prebivalcev je končni cilj zdravstvenega sistema

Zdravstveni sistem je vreden toliko, kolikor je sposoben izpolniti svoj osnovni cilj - ta pa je ohraniti ali ponovno vzpostaviti zdravje ljudi. Izboljšanje zdravja prebivalcev je torej končni cilj zdravstvenega sistema.

Zdravstveni sistem in ekonomski sistem sta verjetno najbolj kompleksna sistema vsake države. Čeprav se oba sistema pogosto obravnava kot med seboj neodvisna, sistema nista neodvisna. Med ekonomsko politiko držav in zdravjem ljudi je tesna zveza. Zdravje ljudi veča blagostanje državljanov, zdravi ljudje pa so bolj produktivni. Zdravljenje ima velik vpliv na zdravje ljudi, vendar je zdravljenje samo eden izmed faktorjev, ki vplivajo na zdravje ljudi. Na zdravje ljudi vplivajo tudi socialno, ekonomsko, kulturno, naravno in delovno okolje, v katerem ljudje živijo, način preživljanja prostega časa, stopnja stresa na delu in doma, višina dohodka, ki ga prejme posameznik, izobrazba, stopnja socialne pomoči, ki je na razpolago v družbi za premagovanje življenjskih težav posameznika, dostop do zdravstvenih storitev, stopnje upanja, nadzor, spoštovanje in enakost v družbi ter individualni faktorji, kot so genetski in zdravstvene navade posameznika. Znano je, da so številni individualni faktorji zdravstvenega tveganja posameznika socialno pogojeni (npr. uporaba tobaka ali alkohola).

Izven zdravstvenega sistema in obsega dela Ministrstva za zdravje torej obstajajo številni faktorji, ki vplivajo na zdravje ljudi. Zaradi tega je za izboljšanje zdravja ljudi nujno sodelovanje in usklajevanje Ministrstva za zdravje z drugimi ministrstvi.

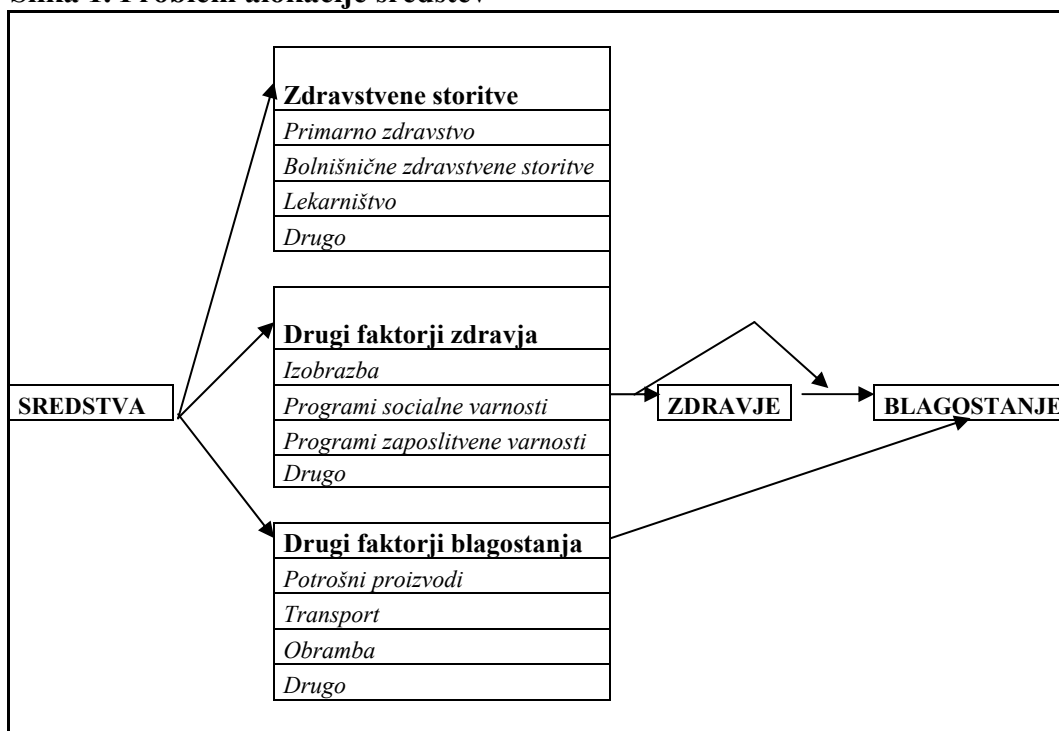
Za doseganje končnega cilja zdravstvenega sistema je pomembno učinkovito razporejanje omejenih sredstev države v okviru zdravstvenega sistema in v okviru drugih področij, ki vplivajo na zdravje ljudi. Slika 1 prikazuje problem razporejanja sredstev po različnih področjih. Končni izid razporejanja sredstev je dosežena stopnja zdravja ljudi in posledično njihovega blagostanja.

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) meni, da se razgovor o neenakosti v zdravju v večini držav nič več ne ocenjuje kot politika nevoščljivosti ali delitve ljudi na tiste, ki imajo in na tiste, ki nimajo. Analitiki in politični svetovalci poudarjajo, da obstaja odvisnost med ekonomskimi kazalci, porazdelitvijo dohodka in zdravjem ljudi. V državah, v katerih so razlike v dohodkih med ljudmi manjše, se ugotavlja hitrejši napredek v zdravju ljudi. Razlike ljudi v njihovem zdravju so močno odvisne od njihovega socialno ekonomskega položaja, poklica, narodnosti, spola in generacije. Tako so največje izboljšave kazalcev umrljivosti v svetu posledica socialnega in ekonomskega razvoja držav. Zmanjšanje infekcijskih bolezni in smrtnosti zaradi infekcij v svetu so posledica izboljšav v prehranjevanju, nastanjenosti in v ureditvi sanitarij. Zaradi porasta revščine in drugih neugodnih socialno ekonomskih razlogov se je v Sovjetski zvezi po letu 1990 znižala pričakovana življenjska doba moških od 70 na 65 let. Podobno se raziskuje odvisnost med zdravjem, naravnim okoljem in urbanizacijo.

Izboljšanje zdravja ljudi je določeno s porazdelitvijo ekonomske blaginje v družbi in z razvojem družbeno podpornih funkcij ter investicij v ljudi. Strokovnjaki ugotavljajo, da je večja enakost med ljudmi povezana s hitrejšo gospodarsko rastjo držav. Izobrazba je ključni faktor ne le promocije večje enakosti med ljudmi, temveč tudi osebne rasti in zdravja posameznika. Obstaja splošen konsenz med strokovnjaki, da nad določeno stopnjo bogastva, le-to ne vpliva več na boljše zdravje ljudi. Prav tako je ugotovljeno, da so bolj zdravi ljudje v družbah z najmanjšimi razlikami v dohodku med bogatimi in revnimi. Javnost zato vedno več razpravlja o uveljavljanju enakosti v družbi, npr. kako preprečiti, da bi dobrobiti uporabe nove tehnologije uživale le določene skupine ljudi v družbi in kako povečati enakost porazdelitve dohodka v družbi ter enakost dostopa do vseh virov, ki lahko pomagajo ohraniti, podpirati ali obnoviti zdravje ljudi.

Izsledki strokovnjakov SZO kažejo, da so razlike v dohodku ljudi, v dostopu do izobraževanja in do zaposlitve tesno povezane z razlikami v zdravju, v kvaliteti življenja med državami in med posameznimi socialno ekonomskimi skupinami. Biti reven pomeni biti prikrajšan pri soočenju s stresnimi življenjskimi situacijami in pri izbiri življenjskih priložnosti. Zmanjšanje razlik v zdravju ljudi, v življenjskem standardu in v kvaliteti življenja ljudi iz različnih socialnih skupin do zgornje socialne skupine postaja po mnenju SZO skrb vsakogar. SZO zato predlaga državam politiko, s katero bi države zagotovile bolj enako porazdelitev dohodka in bogastva (npr. progresivni davčni sistem), brezplačno zdravstvo, brezplačno šolstvo, sofinanciranje nastanitve ter ukrepe, ki bi omogočili večjo zaposlenost.

Slika 1. Problem alokacije sredstev



Vir: Learning to live with Health Economics, 2003

Predlagane gospodarske in finančne reforme v Sloveniji večinoma ne sledijo priporočilom SZO. Glede na navedene izsledke bi se z realizacijo predlagane reforme povečale tudi razlike v zdravju ljudi.

2. Mehanizmi trga so se v zdravstvu pokazali za neuspešne

Strokovnjaki in najbolj razvite države v svetu so prišli do spoznanja, da ima zdravstvo posebne lastnosti, zaradi katerih se v zdravstvu mehanizmov trga ne sme nekritično uporabljati.

SZO ugotavlja, da finančno ministrstvo pogosto zmotno gleda zdravstvene storitve enako kot drugo blago in storitve, zaradi česar uporablja in priporoča uporabo klasičnih metod trga, kot so: uvajanje finančnih obremenitev posameznikov preko neposrednih plačil za zdravstvene storitve, uvajanje zasebnih zdravstvenih zavarovanj, tekmovanje, večja izbira potrošnikov, uvajanje zdravnikov zasebnikov v zdravstvo, zasebno lastništvo zdravstvenih ustanov. SZO je prepričana, da je prav dejstvo, da se ministri za zdravje bolj zavedajo posebnih lastnosti zdravstvenih storitev, povzročilo, da so vlade večine visoko razvitih svetovnih držav s privatnega trga umaknile večji del zdravstvenih storitev. Posebno velja to za umik zdravstvenih storitev s tekmovalnega in ne-reguliranega trga, na katerem bi sicer zasebniki lahko na račun zdravstvenih storitev pridobivali dobiček.

Obstaja več razlogov, zaradi katerih se zdravstvenih storitev ne sme prepustiti trgu.

Posameznik potrebuje zdravstvene storitve zaradi pričakovanega pozitivnega učinka zdravstvenih storitev na svoje zdravje. Vrednost predstavlja posamezniku zdravje in ne sama zdravstvena storitev, kot to velja za drugo blago in storitve. V primeru odsotnosti bolezni ali potencialne bolezni posameznik ne želi prejeti zdravstvenih storitev in se jim celo izogiba oziroma obžaluje, kadar jih potrebuje. Zdravstvene storitve posameznik sprejme zaradi potrebe po njih, ki izhaja iz postavljenih medicinskih in socialnih standardov. Te standarde postavljajo, presojajo in predpisujejo izvajalci zdravstvenih storitev. Izvajalci zdravstvenih storitev pogosto tudi nudijo storitve, za katere postavljajo standarde uporabe. Povpraševanje po zdravstvenih storitvah torej ni takšno, kot je v ekonomskem smislu povpraševanje po drugem blagu in storitvah.

Večino modernih družb pri porazdeljevanju zdravstvenih storitev uporablja etični kriterij, po katerem se zdravstvene storitve porazdeljuje glede na potrebe ljudi. V primeru nizko reguliranega in visoko komercializiranega trga (npr. v ZDA in delno že tudi v Sloveniji) se za dostop do zdravstvenih storitev uporablja kriterij sposobnosti plačila ali volje za plačilo zdravstvenih storitev. S tem pa se pogosto omeji dostop do za zdravje pomembnih zdravstvenih storitev osebam, ki zdravstvene storitve nujno potrebujejo (npr. manj premožni).

Potreba po zdravstvenih storitvah je z izjemo preventivnih zdravstvenih storitev negotova, ker so bolezni ali poškodbe pri posamezniku večinoma nepredvidljive. Za večje skupine ljudi je možno oceniti stroške zdravstvenih storitev, zaradi česar je zavarovanje lahko učinkovit ekonomski mehanizem razporejanja zdravstvenih storitev posameznikom, ki te storitve potrebujejo. Zaradi dobro znanih napak trga (revni in bolj bolni si zasebnega zdravstvenega zavarovanja običajno ne morejo privoščiti, z bolj bolnimi zasebne zavarovalnice ne želijo sklepati zavarovanj) in zaradi drugih slabosti uvedbe zasebnih zdravstvenih zavarovanj se večino držav ne odloča za uvedbo zasebnih zdravstvenih zavarovanj, temveč se zavarovanja delno ali v celoti izvaja v okviru javnega sektorja.

Posameznik je zaradi sebičnih razlogov zainteresiran tudi za zdravje drugih ljudi (npr. v primeru infekcijskih bolezni), saj lahko zdravje drugih oseb oziroma odtegnitev zdravstvenih storitev drugim osebam vpliva tudi na njegovo zdravje. Ugotovljeno pa je, da večina ljudi tudi brez sebičnih motivov čuti etično odgovornost za zdravje drugih ljudi in za dostop drugih oseb do zdravstvenih storitev, zaradi česar so države pravzaprav dobile vlogo reguliranja, nadziranja, organiziranja in urejanja financiranja zdravstvenega sistema.

Razlog, zaradi katerega se zdravstvene storitve ne sme prepustiti trgu je tudi ta, da je potrošnik zdravstvenih storitev običajno slabo informiran o tem, kakšno zdravstveno storitev potrebuje, kakšna je kakovost in kakšna je ustrezna cena zdravstvene storitve. Govorimo o nesorazmernosti informacij v korist izvajalcev zdravstvenih storitev. Zaradi nesorazmernosti informacij so nujni ukrepi države (standardi kakovosti in druga regulacija, nadzor), s katerimi država zavaruje uporabnika zdravstvenih storitev pred uporabo nepotrebnih, predragih, škodljivih zdravstvenih storitev ali pred storitvami slabe kakovosti.

Šolski primer negativnih učinkov uvedbe tržnih mehanizmov v zdravstvo so ZDA. ZDA med razvitimi državami izstopajo po nizki regulaciji zdravstvenega sistema in po visoki komercializaciji zdravstva, to je po visokem deležu zasebnih sredstev v zdravstvu ter po

velikem deležu zasebnih izvajalcev zdravstvenih storitev. Kljub skoraj dvakrat višjemu deležu BDP za financiranje zdravstvenega sistema v primerjavi s tistimi, ki ga za zdravstvo dajejo druge razvite države, ostajajo prebivalci ZDA nepopolno zavarovani, preko 40 milijonov prebivalcev (tudi otrok) pa je brez vsakega zdravstvenega zavarovanja. Zdravstveni sistem ZDA je v primerjavi z večino drugih sistemov bogatih držav nesolidaren, nepravičen in tudi neučinkovit.

SZO poudarja, da je financiranje zdravstva preko davkov in socialnega zdravstvenega zavarovanja pravičnejše, kot pa je financiranje zdravstva preko zasebnih zdravstvenih zavarovanj ali neposrednih plačil. Izmed prvih dveh je pravičnejši progresivni način financiranja zdravstva preko davkov. Zadnja dva načina financiranja zdravstva običajno povzročita neenakosti v zdravju in zmanjšan dostop do zdravstvenih storitev, kar najbolj prizadene manj premožne in ženske, ki običajno razpolagajo z manjšimi finančnimi sredstvi.

Privatizacija vpliva na neenakost v zdravju med spoloma, na zmanjšan dostop do zdravstvenih storitev in na manjšo finančno varnost bolnih. V državah OECD, kjer se je privatizacija uvajala, se je z namenom doseganja večje učinkovitosti povečalo število pacientov na zdravstveno osebje, premeščalo se je zaposlene in se zadolžitve prenašalo na manj usposobljene delavce, povečalo se je tudi število začasno zaposlenih. Negativne posledice privatizacije so najbolj občutile ženske, ki jih je največ tako med zaposlenimi kot med pacienti.

Zagovorniki razgradnje zdravstvenih domov in javnih bolnic zatrjujejo, da javne zdravstvene institucije poslujejo manj učinkovito kot zasebniki in zasebne institucije. To ne drži. Praksa v ustrezno reguliranih in nadziranih zdravstvenih sistemih, v katerih država varuje bolnike pred morebitnimi negativnimi spodbudami zasebnikov, motiviranimi z dobički, kaže nasprotno. Na Švedskem, Finskem in na Danskem so po bankrotu zasebnih bolnišnic, ki so imele na voljo enaka javna sredstva, s kakršnimi poslujejo javne bolnišnice, ugotovili, da javne bolnišnice poslujejo učinkoviteje. Zato ni presenetljivo, da je večina bolnišnic v zasebni lasti v EU v lasti dobrodelnih organizacij, ki poslujejo neprofitno. Na Nizozemskem je z zakonom prepovedano ustanavljanje in delovanje profitnih bolnišnic.

Vlada in Ministrstvo za zdravje RS ne upoštevata navedenih izsledkov in priporočil SZO. Posledice odsotnosti regulacije in nadzora ter naklonjenosti zdravstvene oblasti komercializaciji zdravstva se kažejo v ostrih tržnih bojih zasebnih zavarovalnic za zavarovance dopolnilnega zavarovanja, pospešeni razgradnji javnega zdravstvenega sistema in v pridobivanju hitrih zaslužkov nekaterih zdravnikov in drugih premožnih elit na račun zdravja ljudi, in sicer tudi s pomočjo strokovno, etično in pravno spornih načinov.

3. Vpliv komercializacije zdravstva na uspešnost zdravstva Slovenije

Komercializacija in privatizacija zdravstva sta se v Sloveniji začeli z zakonskimi spremembami v letu 1992. Komercializacija zdravstva poteka z večanjem obsega zasebnih zdravstvenih zavarovanj, z uvajanjem zdravnikov-zasebnikov v zdravstvo in z zasebnim lastništvom zdravstvenih institucij. Vsi zasebniki delujejo samo po načelu pridobivanja profita. Obdobje devetdesetih let je čas pospešenega prenosa finančnih bremen iz obveznega

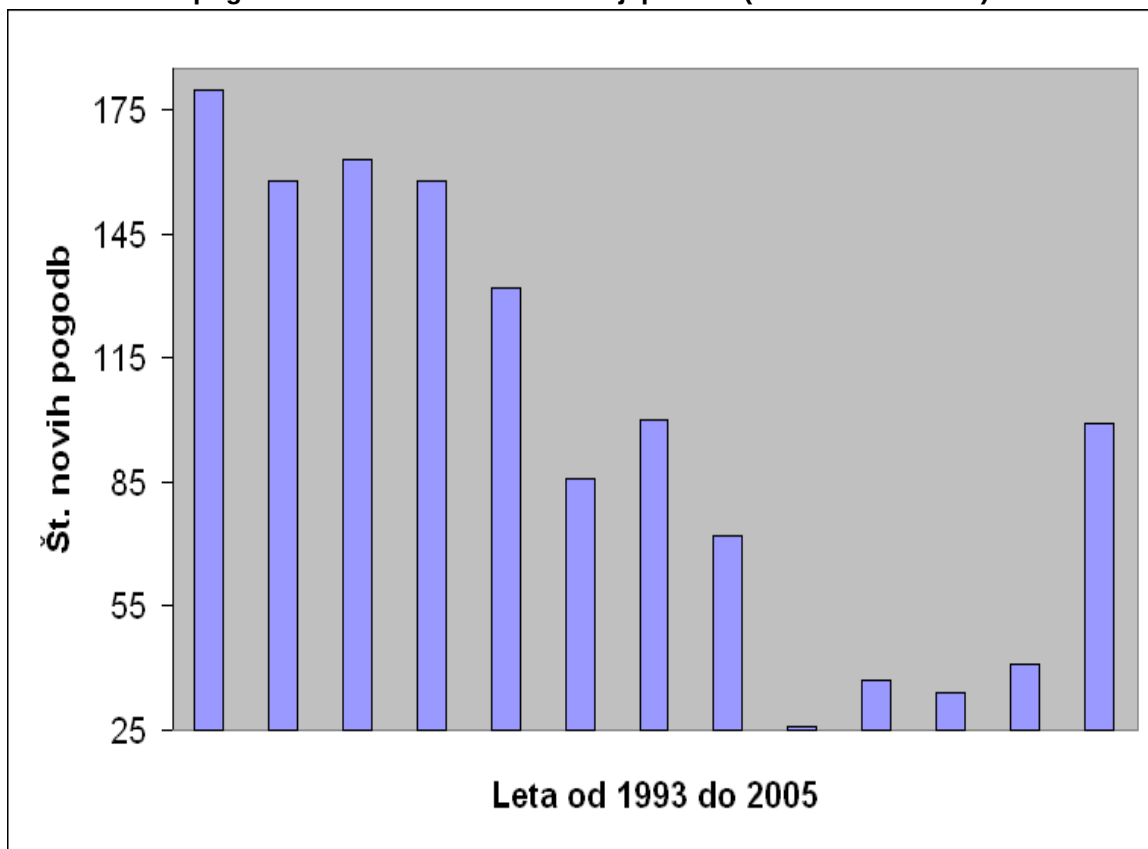
zdravstvenega zavarovanja na zasebna sredstva prebivalcev (predvsem na premijo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja), uvajanja zdravnikov-zasebnikov v zdravstvo ter pomanjkanja regulacije in nadzora v zdravstvu.

K hitremu zmanjševanju obsega zdravstvene varnosti iz obveznega zdravstvenega zavarovanja je največ prispevalo dejstvo, da Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) določa obseg zdravstvene varnosti prebivalcem kar s svojimi splošnimi akti. ZZZS je tako vrsto let s svojimi splošnimi akti prenašal finančna bremena z ZZZS na dopolnilno zdravstveno zavarovanje in na neposredna plačila, to je na zasebna sredstva prebivalcev. Tretji stolpec Tabele 1 jasno prikazuje obseg bremen, ki jih je ZZZS v posameznih letih iz obveznega zavarovanja prenesel na dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Večino premije zasebnega zdravstvenega zavarovanja namreč predstavlja premija dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. ZZZS je tako reševal predvsem svoje finančne težave, ni pa se zadosti ukvarjal z učinkovitostjo uporabe javnih sredstev ali z odpravljanjem slabosti prenosa finančnih bremen na prebivalce. Iz Tabele 1 je razvidno, da so izdatki obveznega zavarovanja kljub znatnim novim virom v zdravstvenem sistemu vsa leta ostala približno na istem nivoju. ZZZS je tako s prenosi finančnih bremen na zasebna sredstva prebivalcev v nekaj letih drastično zmanjšal solidarnost in pravičnost financiranja zdravstvenega sistema, dostopnost do zdravstvenih storitev in učinkovitost zdravstva. Ker so pravice do zdravstvene zaščite osnovne človekove pravice, mnogi pravni strokovnjaki menijo, da bi se moral obseg zdravstvene varnosti iz obveznega zdravstvenega zavarovanja določati z zakonom, ne pa s splošnimi akti ZZZS, ter da zato sedanje stanje ni skladno z ustavo.

Vlade se do leta 2000 skoraj niso ukvarjale z odpravljanjem negativnih posledic komercializacije zdravstva. V letih 2002 in 2003 je bila v okviru priprav na reformo zdravstva narejena prva celovitejša analiza zdravstvenega sistema Slovenije z opisom nekaterih posledic komercializacije zdravstva in s predlogi odpravljanja teh posledic.

Privatizacija zdravniškega poklica (prenos lastniških pravic z občin in države na zasebnike) se je še posebno množično izvajala v letih do 1997 in po letu 2004. Najbolj obsežna je na področju zobozdravstva, kjer je bilo že leta 2002 okoli 44% zdravnikov s koncesijo. V nekoliko manjšem obsegu se je izvajala na področju ginekologije, v specialistično ambulantni dejavnosti in v splošni ter pediatrični dejavnosti. Slika 2 prikazuje število novih pogodb ZZZS s koncesionarji od leta 1993 do leta 2005. Po zastoju podeljevanja koncesij v letih od 2001 do 2004, ko se je zdravstvena oblast začela zavedati problematike komercializacije zdravstva, se v letu 2005 ponovno beleži znaten porast koncesij. Statistika obdobja privatizacije beleži drastično zmanjševanje preventivnih obiskov v zobozdravstvu in v zdravstvenem varstvu zaposlenih. Ponekod je upadlo število opravljenih storitev kljub znatnemu porastu stroškov in povečanju števila zdravnikov (npr. v zobozdravstvu). Stroški zdravstva pa so kljub krčenju zdravstvenih storitev pospešeno naraščali.

Slika 2: Nove pogodbe z zasebniki koncesionarji po letih (od I. 1993 do 2005)



Vir: Komercializacija (in divja privatizacija) zdravstva, 2006, str. 8

V strokovnih krogih se zasebnikom priznava predvsem večja prijaznost do pacientov, navaja pa se naslednje slabosti uvajanja zdravnikov zasebnikov–koncesionarjev v zdravstvo:

- koncesionarji prenašajo drago zdravljenje ali diagnostične preiskave na javne zavode;
- z namenom ustvarjanja večjih prihodkov oziroma dobičkov zase po nepotrebnem pošiljajo dražje bolnike k specialistom ali v bolnišnice ter s tem povzročajo povečane stroške javnemu zdravstvu;
- opravljajo oziroma naročajo nizko število diagnostičnih preiskav zato, ker bi te storitve sicer znižale njihov dohodek, in s tem škodijo zdravju ljudi ter vplivajo na kasnejše povečane stroške zdravstva zaradi obolenj, ki niso bila pravočasno odkrita ali zdravljena;
- presežke prihodkov nad odhodki koncesionarji porabijo zase in jih ne vlagajo v javno zdravstvo, medtem ko se presežki v javnih zavodih porabijo za zdravljenje, za posodobitev opreme ipd. in tako ostajajo v javnem zdravstvu;
- koncesionarji ne želijo sodelovati pri opravljanju dežurne službe oziroma se ji izogibajo, skrb za organizacijo in izvedbo dežurne službe pa je prepuščena javnim zavodom;
- v času letnih dopustov in po 14. uri zaprejo ordinacije in paciente pošiljajo v javne zavode;
- ne opravljajo storitev, za katere menijo, da so preslabo plačane, pa čeprav jih pacient potrebuje, kar ima za posledice slabše zdravje ljudi in kasneje večje stroške zdravljenja hujših obolenj (tako naj bi se npr. stomatologi izogibali odstranjevanju

zobnega kamna, kar ima za posledico hudo poslabšanje zobnega zdravja ali paradontozo);

- zaposlujejo slabše usposobljen in manj izobražen zdravstveni kader, da bi si tako zmanjšali odhodke, kar pa lahko vpliva na slabšo kakovost zdravstvenih storitev;
- ne vlagajo dovolj v lastno izobraževanje in v izobraževanje zaposlenih;
- v želji po večjem zaslužku ustvarjajo nepotrebne čakalne vrste (nekateri koncesionarji npr. v stomatologiji naj bi ustvarjali umetne čakalne vrste, da bi s tem paciente usmerili v svoje zasebne ambulante, kjer brez čakanja nudijo isto storitev, vendar za precej večje plačilo naravnost iz bolnikovega žepa);
- ko izpolnijo dogovorjeni program, ki ga plača ZZZS, sprejemajo koncesionarji paciente le še v zasebnih ambulantah za plačilo iz zasebnega žepa, medtem ko javni zavodi zdravijo bolnike tudi, če jim ZZZS opravljenih storitev ne plača.

Mnogi so prepričani, da se s podeljevanjem koncesij ter trganjem denarnih sredstev, kadrov in programov zdravstvenim domovom in bolnišnicam razgrajuje in slabi zdravstvene domove in bolnice, ki morajo nositi breme dražjih zdravstvenih storitev, težjih bolnikov, višje kvalificiranega kadra in usposabljanja zaposlenih. Opozarjajo na možnost izgube prednosti zdravstvenih domov in bolnic (skupinsko delo, ekonomija obsega, večino zdravstvenih uslug na enem mestu, dobiček se namenja razvoju zdravstva, opravlja se vse za paciente potrebne in ne le dobro plačane zdravstvene storitve, organizacija neprekinjene javne službe, možnost lažjega notranjega in zunanjega nadzora,...).

Strokovnjaki opozarjajo, da podeljevanje koncesij ne temelji na jasnih pravilih, dobrem nadzoru in merljivih kazalcih učinkovitosti ter kakovosti dela zasebnikov. Opozarjajo tudi na škodljivost mešanja javnega in zasebnega. Posebej problematično je, ker se koncesije v zdravstvu ne podeljuje zaradi javnih potreb (zapolnitve mreže izvajalcev zdravstvenih storitev, ki je javni zavodi ne zmorejo zapolniti, poslovanja z nižjimi stroški,...), temveč se jih podeljuje predvsem na iniciativo in v korist večjih zaslužkov zasebnikov. Zaradi pomanjkanja standardov in regulacije je v zdravstvu povečano tveganje korupcije in ravnanj v nasprotju z javnim interesom. Pri podeljevanju koncesij lahko govorimo o divji privatizaciji zdravstva.

Probleme zdravstvenega sistema Slovenije se lahko delno razbere iz poročil SZO. Slovenija se je konec devetdesetih let med 191 članicami SZO po kriteriju dosežkov na področju zdravja uvrstila na solidno 29. mesto, med Ciprom in Češko Republiko, po uspešnosti celotnega sistema zdravstva pa na 38. mesto, med ZDA in Kubo. S slednjim pokazateljem ne moremo biti zadovoljni.

Slovenija sodi po poročilu Svetovne banke za leto 2004 po BDP na prebivalca na 16. mesto v EU in na 27. mesto med 152. državami. Glede na ekonomskim sposobnostim države primeren vložek v zdravstvo (29. mesto med članicami SZO) lahko kot solidne ocenjujemo uvrstitve Slovenije po kazalcih uspešnosti zdravstvenega sistema med prvih trideset članic SZO. Slabše uvrstitve za Slovenijo niso zadovoljive.

3.1. Kazalci zdravja prebivalcev

Zdravje se meri z objektivnimi kriteriji, kot so pričakovana življenjska doba, smrtnost otrok, smrtnost mater ob in po porodu (maternalna umrljivost), smrtnost zaradi raka, srčno-žilnih bolezni in neizgled, stopnja hospitalizacije ipd. ter s subjektivnimi kriteriji, kot je npr. ocena ljudi o svojem zdravju ali o stopnji stresa.

Povprečni kazalci zdravja prebivalcev Slovenije so relativno dobri, čeprav se nekateri slabšajo in so sedaj celo slabši od kazalcev, ki smo jih dosegali pred več kot desetimi leti. Smrtnost otrok ob rojstvu je v Sloveniji še vedno na zavidljivo nizki ravni. Resne težave določenih področij zdravstva pa kaže podatek o naraščajoči umrljivosti mater ob in po porodu (maternalna umrljivost), ki je v letu 1996 prvič skočila na raven manj razvitih držav.

Vztrajno se večja število poškodb pri delu na 100.000 zaposlenih. Med mladimi je največ poškodb in smrtnih primerov zaradi poškodb pri delu. Za ustrezno beleženje poklicnih bolezni še ni poskrbljeno. Zmanjševanje varnosti zaposlitve, povečan stres na delovnem mestu in nezdravo delovno okolje v zadnjih petnajstih letih slabo vplivajo na zdravje ljudi. Večini držav EU je s povečano odgovornostjo delodajalcev uspelo ustvariti za zaposlene bolj zdravo in varno delovno okolje. Pomanjkanje ustrezne regulacije in nadzora prispeva k temu, da v Sloveniji delodajalci ne nosijo potrebne finančne in druge odgovornosti, kar bi lahko vplivalo na zmanjšanje števila poškodb pri delu, poklicnih bolezni ter bolezenskih odsotnosti od dela.

Po številu samomorov in po številu poškodb ter smrtnih primerov na 1000 oseb zaradi prometnih neizgled sodi Slovenija v sam svetovni vrh.

Razlike v zdravju prebivalcev obstajajo med regijami v državi, med socialno ekonomskimi skupinami pa tudi med spoloma.

Tudi na področju ginekologije in zobozdravstva, kjer je delež zasebnih zdravnikov največji, privatizacija ni doprinesla k izboljšanju zdravja prebivalcev, pa tudi ne k večji učinkovitosti uporabe sredstev. Nasprotno. Na področju zobozdravstva je bilo v letu 2002 zabeleženih za 33 odstotkov manj preventivnih obiskov (na 1000 oseb) kot v letu 1988. Stroški zobozdravstva so kljub temu v obdobju privatizacije pospešeno naraščali. Število zobozdravnikov oziroma dentistov se je v tem obdobju povečalo za več kot 20%. Kljub temu so ti opravili za 17 odstotkov manj zdravstvenih storitev, kot jih je bilo opravljenih v letu 1988. Hkrati so se drastično povečale čakalne dobe, ki tako na nekaterih področjih zobozdravstva znašajo celo tri ali štiri leta. Zabeleženi so nekateri kazalci slabšega zobnega zdravja prebivalcev (porast kariesa) glede na obdobja ob začetku privatizacije.

Število preventivnih ukrepov se je zmanjšalo tudi pri zdravstvenem varstvu zaposlenih. Tako je bilo v letu 2003 za 28% manj preventivnih obiskov zaposlenih (na 1000 zaposlenih) kot v letu 1998.

Obolevnost populacije, ki jo kaže stopnja hospitalizacije zaradi bolezni in stanj, je vztrajno rasla in je bila v letu 2001 za 12% višja kot 12 let pred tem.

Pri ocenjevanju zdravja države je pomembno, kako država poskrbi za zdravje najbolj ranljivih skupin prebivalstva. To je, kako odpravlja nepravilne razlike v zdravju med različnimi

socialnimi in drugimi ranljivimi skupinami prebivalstva. V Sloveniji ni zaslediti pomembnejših ukrepov, ki bi prispevali k zaznavanju in k odpravljanju nepravičnih razlik v zdravju prebivalcev.

Ginekologi opozarjajo na povišano smrtnost žensk zaradi raka na materničnem ustju. Posebno zaskrbljujoč je pomanjkljiv nadzor države nad kakovostjo zdravstvenih storitev in še posebej nad kakovostjo dela laboratorijev, ki iz odvzetih tkiv ljudi ugotavljajo morebitna rakava obolenja. Tudi pravice pacientov niso zadovoljivo urejene. Zaradi pomanjkanja nadzora kakovosti zdravstvenih storitev lahko prihaja do prepoznega zdravljenja rakavih obolenj, zaradi česar umirajo bolniki, ki bi se jim sicer dalo podaljšati življenje ali pa jih popolnoma ozdraviti. Bolnikom se zdravje poslabšuje in umirajo, ker nimajo pravočasnega dostopa do zdravstvenih storitev ali ker ne dobijo dragih zdravil, s katerimi bi se jim dalo rešiti življenje. Zato ni opravičljivo, da se zdravstvena sredstva neracionalno porablja za visoke obratovalne stroške zavarovalnic, za dobičke zasebnikov, za previsoke marže dobaviteljem zdravil in medicinsko tehničnih pripomočkov in za visoke administrativne stroške zdravstva. Sredstva se neučinkovito porablja tudi zaradi slabe organizacije dela in upravljanja zdravstva. Z učinkovitejšo uporabo obstoječih sredstev bi lahko rešili življenja in ohranili ali izboljšali zdravje mnogih ljudi. Odsotnost standardov, regulacije in nadzora ter komercializacija zdravstva torej slabo vplivajo na zdravje ljudi.

3.2. Odzivnost zdravstvenega sistema na upravičena pričakovanja ljudi

Po odzivnosti zdravstvenega sistema se je Slovenija po poročilu SZO za leto 2000 v letu 1999, ko čakalne vrste še niso bile tako zelo problematične, kot so danes, med članicami SZO uvrstila na 37. mesto.

Že tedaj se je tudi ugotovilo, da zdravstveno osebje ni enako odzivno do upravičenih potreb vseh skupin pacientov, saj se je Slovenija po tem kazalcu uvrstila na izjemno slabo 53. do 57. mesto. SZO ugotavlja, da se manjša odzivnost zdravstvenega osebja običajno nanaša na manj premožne, starejše, na druge narodnosti in na ženske. Te skupine so v povprečju deležne slabše pozornosti zdravstvenega osebja do svojih upravičenih zdravstvenih potreb.

Zdravniki zasebniki naj bi bili običajno prijaznejši do svojih pacientov kot ostali zdravniki. To pa seveda še ne pomeni bolj kakovostnih zdravstvenih storitev. Mnogi so prepričani v nasprotno. Opozarjajo, da je kakovost zdravstvenih storitev pri zasebnikih lahko nižja kot v ostalem javnem sektorju. Motivacija zasebnih zdravstvenih delavcev je namreč tudi dobiček. Ta pa se lahko, posebno, če v zdravstvu ni ustrezne regulacije, standardov in nadzora, ustvari tudi v škodo bolnikov. Bolnik namreč nima dovolj znanja in informacij, da bi vedel, kakšno zdravljenje potrebuje, kakšno zdravljenje je zanj najbolj učinkovito, kje bo dobil najboljše zdravstvene storitve, kakšna je realna cena opravljene storitve in kakšna je kakovost opravljene zdravstvene storitve. Regulacija in standardi so pri nas v zdravstvu pomanjkljivi, nadzor pa neučinkovit. K slabši kakovosti zdravstvenih storitev prispeva tudi to, da nad kakovostjo zdravstvenih storitev ne bedi neodvisna agencija, temveč zdravniška zbornica oziroma Ministrstvo za zdravje. V primeru pritožb bolnikov zdravniški ceh štiti zdravnike in ti so zato tudi v primeru zdravniških napak praktično nedotakljivi.

To pa ne pomeni, da smo lahko zadovoljni z obstoječim delovanjem javnih zavodov (zdravstvenih domov, bolnišnic) ali z delovanjem ostalega sistema zdravstva. Kaotično stanje na področju zdravstva in v Kliničnem centru dobro opisuje direktor direktorata za zdravstveno varstvo Ministrstva za zdravje (Remškar, 2006). Iz njegovih navedb izhaja, da se javno zdravstvo zelo podreja zadovoljevanju ekonomskih in drugih zasebnih interesov zdravnikov, ki so si uspeli pridobiti nekatere nerazumno velike privilegije in si lahko v škodo javne službe, ki jo opravljajo, iščejo dodatne zaslužke v zasebnem sektorju.

Posledice nizke regulacije in visoke komercializacije zdravstva se torej kažejo tudi v slabšem delu javnih zavodov, kar vse slabo vpliva na zdravje ljudi.

3.3. Učinkovitost zdravstvenega sistema

SZO meri učinkovitost zdravstvenega sistema tako, da ugotavlja, koliko stroškov se porabi za doseženo zdravje, pri čemer je zdravje merjeno z DALE¹. Kazalec »nivo zdravja« je definiran kot kvocient med doseženim nivojem zdravja in nivojem zdravja, ki bi bil lahko dosežen z vloženimi sredstvi ob največji učinkovitosti zdravstvenega sistema.

SZO je v svojem poročilu za leto 2000 uvrstila Slovenijo po kazalcu učinkovitosti porabe sredstev glede na izpolnjevanje cilja zdravstvenega sistema (doseženega nivoja zdravja) na izjemno slabo 62. mesto. To je skoraj za vsemi razvitimi državami ter za številnimi nerazvitimi državami. Izmed visoko razvitih držav je le zdravstveni sistem ZDA še manj učinkovit.

K manjši učinkovitosti našega zdravstvenega sistema je precej prispevala uvedba dopolnilnega zavarovanja. To zavarovanje ni prineslo nobenih novih zdravstvenih storitev ali povišanja kakovosti zdravstva. Prineslo pa je dodatne stroške za obratovanje in dobičke zasebnih zavarovalnic v višini okoli 10 mrd SIT letno. Ta sredstva niso učinkovito porabljena, saj se jih ne uporablja za ohranjanje ali za izboljšanje zdravja ljudi.

Z javnimi sredstvi bogatijo mnogi zasebniki. Dobavitelji zdravil ter medicinsko tehničnih pripomočkov beležijo nadpovprečne dobičke.

Sredstva, potrebna za komercializacijo zdravstva večajo stroške zdravstva, ki se jih ob omejenih sredstvih za zdravstvo lahko nadomesti le z znižanjem pravic ljudi iz javnih sredstev. To zmanjša dostopnost do zdravstvenih storitev, kar slabo vpliva na zdravje ljudi.

Strokovnjaki ugotavljajo, da je učinkovitost zdravstva predvsem pri revnih državah pozitivno odvisna od sredstev po osebi, ki jih države vložijo v zdravstvo, kar pomeni, da je zdravstveni sistem težko učinkovit v primeru prenizkih stroškov za zdravstvo. Vzroke premajhne učinkovitosti nekaterih premožnejših držav pa je najti v neustrezni uporabi obstoječih sredstev za zdravstvo. Strokovnjaki ugotavljajo, da države z visoko učinkovitostjo uporabe sredstev v zdravstvu običajno uspešno uresničujejo tudi ostale zdravstvene cilje. Biti učinkovit pomeni delati stvari na pravi način (tehnična in stroškovna učinkovitost) in delati prave stvari

¹ disability-adjusted life expectancy, prilagojeno pričakovano število let življenja zaradi nesposobnosti, nastale zaradi bolezni ali poškodbe

(učinkovito razporejanje sredstev). Odločitve o načinu zagotavljanja učinkovitosti zdravstva poleg zdravstvenih vključujejo tudi etične kriterije.

Države z najboljšimi dosežki v zdravju niso nujno tudi najbolj učinkovite. Vzroki neučinkovitosti so lahko v tehnični neučinkovitosti (nepotrebno zapravljanje sredstev), v stroškovni neučinkovitosti (izidi zdravljenja se ne dosežejo z najmanjšimi stroški) in v neučinkovitem razporejanju sredstev (npr. za visoke obratovalne stroške zavarovalnic, za dobičke zasebnikov namesto za zdravljenje ljudi, za nepotrebne zdravstvene storitve, za zdravstvene storitve, ki škodijo zdravju ljudi,...).

V Sloveniji imamo opraviti z vsemi navedenimi oblikami neučinkovitosti. Največji porast stroškov je nastal ob začetku komercializacije zdravstva (Tabela 1). Pokriti je bilo namreč treba velike administrativne in druge stroške ter dobičke zasebnih zavarovalnic ter zasebnih zdravstvenih delavcev. Tako velik porast bi, če ne bi bilo komercializacije, zabeležili kvečjemu v desetih ali več letih. Hkrati se je nekaterim ljudem odvzelo dostop do obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmanjšalo se je število preventivnih zdravstvenih storitev, drastično so se povečale čakalne dobe.

Tabela 1: Izdatki za zdravstvo v % BDP

Leto	Neposredna plačila	Premije zasebnega zavarovanja	Javna sredstva za zdravstvo (obvezno zav. proračun, občine)	Skupaj
1992	0,79	0,00	7,22	8,00
1993	0,79	0,62	7,31	8,71
1995	0,79	0,90	6,93	8,61
2000	0,74	1,18	6,64	8,57
2002	0,87	1,22	6,89	8,99

Viri: Keber et al., 2003, str.241

Liberalizacija in komercializacija zdravstva lahko torej poveča učinkovitost zasebnika na način, ki koristi predvsem njemu samemu, slabo pa vpliva na učinkovitost zdravstvenega sistema.

3.4. Solidarnost in pravičnosti zdravstvenega sistema

Solidarnost in pravičnost zdravstvenega sistema razumemo kot financiranje zdravstva glede na finančne zmožnosti posameznikov in porazdeljevanje zdravstvenih storitev glede na zdravstvene potrebe ljudi. Zdravstveni sistem se po merilih SZO financira pravično, če so plačila gospodinjestev za zdravstvo proporcionalna plačilni sposobnosti gospodinjestev. Po kazalcu pravičnosti financiranja zdravstva se je Slovenija med 191. članicami SZO uvrstila na 82. do 83. mesto, to je za večino držav EU in okoli 30 mest za ZDA (The World Health Report 2000, 2000). Visoko na lestvici pravičnosti financiranja zdravstvenega sistema so Danska, Nemčija, Japonska in skandinavske države. Slovenijo po pravičnosti zdravstva prehitevajo številne druge, tudi precej manj razvite države. Razloge slabe uvrstitve Slovenije najdemo predvsem v visoki komercializaciji našega zdravstva.

V letu 1992 so bila uvedena visoka doplačila od 5% do 75% od skoraj vseh stroškov zdravstvenih storitev. Ker so doplačila, ki jih mora posameznik plačati, kadar zboli, tako visoka, da jih malokdo lahko plača, je bilo uvedeno tudi dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Vendar je tudi premija dopolnilnega zavarovanja, ki znaša okoli 56.000 SIT letno, tako visoka, da je precej ljudi ne more plačati, oziroma jo težko poravna. Visoka doplačila in premije dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja so najbolj obremenile bolne in revne, razbremenile pa bogate. Brez plačila visokih doplačil ali premije dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja skoraj ni možno koristiti obveznega zdravstvenega zavarovanja. To pomeni, da premožni lahko v večji meri koristijo tudi javna sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja. K temu dodatno prispeva tudi dejstvo, da imajo premožni in vplivni privilegiran dostop do zdravstvenih storitev, kar se v Sloveniji še vedno ne obravnava kot eno izmed oblik korupcije. Slovenija zbere iz zasebnih zdravstvenih zavarovanj trikrat večji delež sredstev za zdravstvo, kot jih zbere povprečna država v EU. Večina razvitih socialno usmerjene držav nima oziroma ima zanemarljiv obseg zasebnih zdravstvenih zavarovanj (skandinavske države, Luksemburg, Velika Britanija, Irska, Italija, Japonska). Premije zasebnih zdravstvenih zavarovanj zbirajo druge države predvsem od najbolj premožnih ter večinoma za nadstandardne oziroma za dodatne zdravstvene storitve. Pri nas pa mora vsaka oseba (razen otrok in nekaterih posebnih skupin), tudi oseba, ki sploh nima dohodka, plačati visoko doplačilo ali visoko premijo, če hoče dobiti dostop do za zdravje pomembnih zdravstvenih storitev. Premija dopolnilnega zavarovanja je približno enaka za vse ne glede na socialne in ekonomske zmožnosti ljudi. Dopolnilno zavarovanje je močno zmanjšalo solidarnost in pravičnost zdravstvenega sistema.

Če je solidarnost zdravstvenega sistema tako zelo zmanjšana, da morajo ljudje iz lastnega žepa plačevati za zdravje pomembne zdravstvene storitve, postanejo zdravstvene storitve manj dostopne bolj bolnim, starejšim, manj premožnim in socialno bolj ogroženim.

K manjši pravičnosti financiranja zdravstva prispeva tudi način pobiranja prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje. Prispevke za zdravstvo se pri nas obračuna s prispevnimi stopnjami, ki niso progresivne glede na dohodek posameznika, in sicer od plač, pokojnin in drugih osnov, ki pa ne vsebujejo vseh dohodkov posameznika. Bogati zato večinoma prispevajo manjši delež svojih dohodkov za zdravstvo kot manj premožni. Financiranje zdravstva preko davkov z uporabo progresivne davčne lestvice je bolj pravično. Solidarnost zdravstva je zmanjšalo tudi politično in birokratsko izključevanje nekaterih prebivalcev Slovenije iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (brezdomcev, izbrisanih in drugih oseb z neurejenim statusom).

Ukrepi in predlogi vlade ter ministra za zdravje kot so izločitev zobozdravstva iz pravic obveznega zdravstvenega zavarovanja, nižanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, večanje obsega zasebnih zdravstvenih zavarovanj, davčni in drugi privilegiji premožnim, financiranje zdravstvene varnosti duhovnikom dokaj premožne katoliške cerkve, oprostitev plačila socialnih prispevkov od nekega dohodka dalje najbolj premožnim vodijo k zmanjšanju pravičnosti in solidarnosti zdravstva.

4. Zaključek

Zdravstveni sistemi odražajo prevladujoče etične, politične, socialne in druge vrednote v družbi, v manj demokratičnih družbah pa predvsem vrednote vladajočih. Številni podatki kažejo, da večina ljudi v Sloveniji podpira solidarnost in pravičnost v zdravstvu. V letu 2003 je bil v Sloveniji dosežen tudi konsenz s socialnimi partnerji o povečanju solidarnosti zdravstvenega sistema. To pa se slabo odraža v sistemu zdravstva, ki je v obdobju liberalizacije in komercializacije nazadovalo v solidarnosti in pravičnosti. Ukrepi in zakonodajni predlogi na področju zdravstva od začetka leta 2005 pomenijo še nadaljnje zniževanje solidarnosti in pravičnosti zdravstva.

Praksa kaže, da se z manj regulacije in z več komercializacije za večji vložek v zdravstvo dobi manj zdravja, manj solidarnosti in pravičnosti zdravstva, manjšo dostopnost do zdravstvenih storitev ter manj učinkovito zdravstvo. Nizka regulacija zdravstvenega sistema in visoka komercializacije zdravstva v devetdesetih letih je imela v Sloveniji veliko negativnih posledic. K odpravljanju nekaterih slabosti zdravstva je Slovenija z reformnimi predlogi za povečanje pravičnosti, dostopnosti, kakovosti in učinkovitosti sistema zdravstva pristopila v letu 2003 (Keber et al., 2003). Zaradi velikega vpliva zasebnih zavarovalnic na politične odločitve takratne vlade ter zaradi zamenjave vlade konec leta 2004 tedanji vladi večine reformnih predlogov ni uspelo realizirati.

Pozitivni premik v strategiji načrtovanja zdravstvenega sistema je bil storjen 18.4.2006 s podpisom sporazuma, s katerim so se skoraj vse politične stranke in predstavniki narodnosti Državnega zbora RS zavezali za spremembe v zdravstvu, s katerimi se bo zagotovilo izboljšanje zdravja prebivalcev, zaznavanje in odpravljanje nepravičnih razlik v zdravju ljudi, povečanje dostopnosti do zdravstvenih storitev, povečanje solidarnosti in pravičnosti zdravstvenega sistema, povečanje odzivnosti zdravstva na upravičena pričakovanja ljudi in povečanje učinkovitosti zdravstvenega sistema. Partnerstvo političnih strank na projektu gospodarskih in socialnih reform bo kmalu na preizkušnji. Realizacija sprejetih obveznosti namreč nujno pomeni opustitev sedanje politike liberalizacije in komercializacije zdravstva ter odpravljanje slabosti v zdravstvu, v naravnem ter v delovnem okolju, ki slabo vplivajo na zdravje ljudi.

Dopis Ministrstva za zdravje z dne 8.5.2005 pa kaže, da se sedanje Ministrstvo za zdravje ne zaveda slabosti, ki jih prinaša komercializacija in divja privatizacija zdravstva, ki poteka v Sloveniji. V dopisu se namreč obravnava javne zavode kot monopole, ki jih je treba odpraviti z uvajanjem zasebnih zdravnikov in z uvajanjem tržnih mehanizmov v zdravstvo in zmotno pripisuje privatizaciji in komercializaciji zdravstva učinke kot je npr. povečanje dostopnosti (Komercializacija (in divja privatizacija) zdravstva, 2006, str.7).

Literatura in viri:

1. Bizjak-Mlakar Julijana: Pokazalo se je, da so mehanizmi trga v zdravstvu neuspešni. Ljubljana: Delo, gostujoče pero, 29. 9. 2005, str. 5.
2. Health 21. The health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional office for Europe, 1999. 224 str.

3. Keber et al.: Zdravstvena reforma. Ljubljana: Vlada Republike Slovenije, Ministrstvo za zdravje, 2003. 348 str.
4. Komercializacija (in divja privatizacija) zdravstva. Dopis ministra za zdravje. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 8.5.2006. 9. str.
5. Learning to live with Health Economics. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2003. 425 str.
6. Ministrstvo za zdravje et al.: Interna gradiva s predlogi Ministrstva za zdravje, delodajalcev oz. zavarovalnic ter sindikatov v pogajanjih o spremembah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Ljubljana, 2005.
7. Partnerstvo za razvoj, sporazum političnih strank in predstavnikov narodnosti v DZ o sodelovanju pri izvajanju Strategije razvoja Slovenije. Ljubljana, 18.4.2006. 9 str.
8. Predlog zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Zakon z obrazložitvijo, 18.5.2004, delovno gradivo. Ljubljana: Interno gradivo Ministrstva za zdravje, 2005, 82 str.
9. Poslovna poročilo Zavoda za leto 1993 do 2004. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 1994 do 2005.
10. Remškar Janez: Razmere bomo uredili kljub razumljivim odhodom iz KC. Ljubljana: Delo, gostujoče pero, 21.3.2006, str.5.
11. Statistični urad Republike Slovenije: Statistični letopis 2005. [URL: http://www.stat.si/letopis/index_letopis.asp], 3.3.2006.
12. Statistični zavarovalniški bilteni od 1995 do 2005. Ljubljana: Slovensko zavarovalno združenje, 1995 do 2005.
13. The World Health Report 2000. Health Systems; Improving Performance. France: World Health Organization, 2000. 205 str. 64 pril.
14. The World Health Report 2004. Changing History. France: World Health Organization, 2004. 93 str. 77 pril.
15. Usmeritve ekonomskih in socialnih reform za povečanje gospodarske rasti in zaposlenosti (Prvo poročilo), 1. del. Ukrepi. Ljubljana: Odbor za reforme, 21. 10.2005. 118 str.
16. What evidence is there about the effects of health care reforms on gender equity, particularly in health? Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2005. 15 str.
17. Zdravstveno varstvo. Zdravstveni statistični letopisi Slovenije od 1988 do 2003. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 1988 do 2003.