

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Tina Osterman

Novinarski diskurz o novi zdravstveni reformi

Magistrsko delo

Ljubljana, 2012

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Tina Osterman

Mentorica: doc. dr. Tanja Kamin

Somentorica: doc. dr. Vesna Laban

Novinarski diskurz o novi zdravstveni reformi

Magistrsko delo

Ljubljana, 2012

Zaslužimo si raj, in to že na Zemlji!

Ehrhardt 2010

Novinarski diskurz o novi zdravstveni reformi

Vlada Republike Slovenije in ministrski organi so leta 2010 oblikovali serijo ustavnih reform z namenom zagotavljanja državne gospodarske rasti. Zdravstvena reforma naj bi s finančno, geografsko in strukturno reorganizacijo javnega zdravstva izboljšala enakopravne možnosti za zdravje državljanov. Prevladujoč diskurz zdravja in bolezni pa v ospredje postavlja potrebo po produktivni delovni sili ter posledično zanemarja in vzdržuje neenakosti v družbi in v zdravju. Novinarji naj bi po svojih etičnih predpostavkah v demokratični družbi nadzirali delovanje oblasti in skrbeli za enakopravne možnosti dobrega zdravja vseh državljanov; vse bolj pa postajajo »psi čuvaji« gospodarskih interesov. Novinarski diskurz po predpostavki s svojimi zgodovinskimi okvirji utrjuje in upravičuje oblastne in diskriminatorne družbene odnose med državljani ter s tem utrjuje bremena bolezni za posameznika. V magistrski nalogi sem s kritično analizo diskurza v obdobju 2010/2011 analizirala novinarski diskurz o novi zdravstveni reformi na najbolj obiskanih novinarskih spletnih straneh v Sloveniji: 24ur.com, siol.net, rtvslo.si, zurnal24.si. Zanimalo me je, kako novinarji poročajo o novi zdravstveni reformi v povezavi z vprašanji družbene neenakosti in državnimi makroekonomskimi razmerami, ali so zdravstveno ozaveščeni, ali krepijo dejavnike zdravja ter kdo je ključni »upravitelj« javnega zdravja. Ugotovila sem, da so novinarji neustrezno in površno poročali o zdravstveni tematiki ter da so s prenašanjem ideoloških prepričanj o javnem zdravju/-stvu utrjevali diskriminatorna družbena in zdravstvena razmerja med državljani.

Ključne besede: zdravstvena reforma, javno zdravstvo, novinarski diskurz, zdravstveno novinarstvo, kritična analiza diskurza

Journalistic Discourse about New Health Reform

In year 2010 the Government of Slovenia and Ministerial organs have formed a series of constitutional reforms to ensure the economic growth of the country. Health reform should with the financial, geographical and structural reshape of the Public Health improve equal possibilities of good health for the citizen. But prevailing discourse of health and illness firstly produces a productive labor force and consequently neglects and maintains inequalities in society and health. Journalist should by their ethical standards control the organs of authority, take care of equal civil possibilities to increase health in democratic countries, but they are becoming more and more "dog watchers" of economic-political interests. Journalistic discourse, under presumption, with its historical frames merely legitimacies and justifies discriminatory power relations between citizens and with that creates burdens and illness of individuals. In my master's work I have investigated journalistic discourse of the new health reform in period 2010/2011 on the most visited Slovenian news websites, 24ur.com, siol.net, rtvslo.si and zurnal24.si. With critical discourse analysis I researched the journalistic discourse and reporting on new health reform in connection to deep causes of social inequality and macroeconomic state's conditions, I investigated journalistic literacy in reporting the factors of health and who is the main "manager" of public health. I found out that journalists have inadequately and superficially reported about health issues and have, with transmitting ideological believes on public health, helped to strengthen discriminatory social and health relations of citizens.

Key words: Health Reform, Public Health, Journalistic Discourse, Health Journalists, Critical Discourse Analysis

KAZALO

1 UVOD	6
2 OPREDELITEV KATEGORIJ ZDRAVJA, BOLEZNI IN ZDRAVSTVENE OSKRBE	9
2.1 ČLOVEŠKO TELO KOT PREDMET DRUŽBENE PODREJENOSTI	9
2.2 ZDRAVJE KOT DRUŽBENA NORMA	10
2.3 BOLEZEN KOT ODKLON IN IZVOR DRUŽBENE NEENAKOPRAVNOSTI	12
2.4 MEDICINA IN MEDI(KALIZACIJA) DRUŽBE.....	14
2.5 DEJAVNIKI ZDRAVJA	17
2.6 ZDRAVJE IN DRUŽBENA NEENAKOST	19
2.7 DRŽAVA PROTI DRŽAVLJANU	22
2.8 JAVNO ZDRAVSTVENO VARSTVO	22
3 DRUŽBENO-EKONOMSKE RAZMERE JAVNEGA ZDRAVJA/-STVA V SLOVENIJI	25
3.1 SLOVENSKI ZDRAVSTVENI SISTEM IN ZDRAVSTVENA ZAKONODAJA	25
3.2 DEMOGRAFSKE RAZMERE V SLOVENIJI	27
3.3 GOSPODARSKE/FINANČNE RAZMERE IN SPREMEMBE V SLOVENIJI	28
3.4 RAZVOJNA RAVEN SLOVENIJE	31
3.5 ZDRAVSTVENO STANJE IN NEENAKOST V SLOVENIJI.....	31
3.6 FINANCIRANJE SLOVENSKEGA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA	33
3.7 NOVA ZDRAVSTVENA REFORMA.....	35
3.7.1 <i>Zakon o zdravstveni dejavnosti</i>	35
3.7.2 <i>Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju</i>	38
3.8 DRŽAVNI POMEN NOVE ZDRAVSTVENE REFORME	42
4 NOVINARSKO POROČANJE O ZDRAVJU IN ZDRAVSTVENI (RE)ORGANIZACIJI	45
4.1 NOVINARSKI DISKURZ IN DRUŽBENA MOČ	45
4.2 ZDRAVJE IN MEDIJI	48
5 NOVINARSKI DISKURZ O NOVI ZDRAVSTVENI REFORMI NA SPLETNIH STRANEH 24UR.COM, SIOL.NET, RTVSLO.SI IN ZURNAL24.SI	53
5.1 METODOLOGIJA	53
5.2 ANALIZA TEM.....	56
5.3 ANALIZA VIROV	59
5.4 JEZIKOVNA ANALIZA	63
5.4.1 <i>Poimenovanja (akterjev)</i>	63
5.4.2 <i>Retorični tropi</i>	64
5.4.3 <i>Glagolska modalnost in tranzitivnost</i>	68
5.4.4 <i>Novinarske predpostavke</i>	72
5.5 DRUŽBENA PRAKSA: NOVINARSKA REPREZENTACIJA NOVE ZDRAVSTVENE REFORME	75
6 ZAKLJUČEK	79
7 LITERATURA	81

1 Uvod

Ministrstvo za zdravje je nacionalni organ, ki v Sloveniji skrbi za zdravstveno kakovost, izpostavlja temeljne zdravstvene probleme in sprejema razne ukrepe za njihovo obvladovanje (Kamin 2006, 11, 88, 89, 133). V skladu z EU direktivo si je leta 2010 zastavilo cilj reformirati zdravstveno zakonodajo in zdravstveno oskrbo reorganizirati po načelih varnosti, pravočasnosti, učinkovitosti, uspešnosti, zlasti pa enakopravnosti. Zdravje je namreč primarna dispozicija posameznikovega dobrega počutja oz. osnova vseh enako(pravno)sti. Nova zdravstvena zakonodaja naj bi v ospredje postavila posameznikove zdravstvene potrebe in mu omogočila boljše možnosti za uveljavljanje državljskih pravic in pridobivanje moči glede na ostale družbene akterje, zlasti avtoritete javnega zdravstva (MZ 2010; Kamin 2006, 9, 11). Politika javnega zdravja/-stva pa je pravzaprav poslovna dejavnost, površinsko pripravljen program za boljše zdravje državljanov, ki ne odpravlja globljih vzrokov bolezni, ampak le površinske simptome, zato da vzdržuje družbeni sistem na zadovoljivi, državno produktivni oz. družbeno neenakopravni ravni (Malnar 2002; Kamin 2006, 9, 11). Državni oblastni organi preko institucij javnega zdravstva nadzirajo svojo populacijo in ji poleg državljskih pravic nalagajo predvsem delovne obveznosti, odgovornosti in dolžnosti za skrb za zdravje.

Zdravje je spremenljiv pojem, ki vsebuje veliko število različnih, pogosto nasprotujočih si pomenov. Z državnega vidika integrira predvsem varnost in napredek, zato se pri oblikovanju definicije uravnovesi med posameznikovimi potrebami in delovnimi dolžnosti. Pri tem daje prednost bodisi potrebam posameznika ali gospodarski rasti. V slednjem primeru je zdravje, kot trdi Kamin (2006, 11), lahko tudi sredstvo za uveljavljanje določenih interesov. V različnih diskurzih o javnem zdravju/-stvu so prepoznani specifični interesi družbenih akterjev, ki zaradi dobička zagovarjajo svojo politiko izboljšanja zdravja državljanov.

Nova zdravstvena reforma ureja široko mrežo zdravja državljanov, s tem pa ureja tudi družbene položaje državljanov oz. razporeditev državljanov po družbeni hierarhiji. Novinarji so eni izmed najpomembnejših virov informacij z zdravstvenega področja za večino ljudi, zato s svojim diskurzom pomembno (so)oblikujejo javne predstave o zdravju, zdravstvenem varstvu in delovanju javnega zdravstva. V demokratični družbi naj bi bili zapriseženi k nadziranju oblastnih organov in naj bi s celovitim, natančnim, preverljivim, resnicoljubnim in etičnim poročanjem krepili enakopravne družbene in zdravstvene izide različnih državljanov (Fairclough 1995b, 56; Chamberlain in Hodgetts 2004, 41, 42, 43; Seale 2004, 2; Kamin

2006, 18, 19). Pri svojem delu naj bi bili izrecno pozorni na nepravilnosti v družbi in o njih obveščali z namenom, da se te odpravijo (Verčič in drugi 2002, 112). Novinarski diskurz ima namreč masivno družbeno moč, da v državi (so)oblikuje in (so)utrjuje družbeno hierarhijo, razmerja moči med državo in državljani, gradi tudi pričakovanja državljanov do zdravstvenega sistema, določa razmerja med pravicami do zdravja in zdravstvene oskrbe ter dolžnostjo za skrb za zdravje ipd. Po drugi strani pa so novinarji zaradi neznanja, pomanjkanja informacij, časovne in finančne omejenosti ter lastniških vzorcev pogosto prizanesljivi in podrejeni ekonomsko-političnim virom informacij, ki naj bi jih po svojih profesionalnih dolžnostih za javno dobrobit nadzirali (Wallack 1990a, 48; Kamin 2006, 10, 11; Kodeks novinarjev Slovenije 2010). Novinarski diskurz zato, kot predpostavljam, s svojimi okvirji pogosto bolj promovira obstoječe oblastne vzgibe in vzorce, s čimer bolj utrjuje ustavne dolžnosti kot pravice državljanov. To je kritično, saj lahko novinarji z ustreznimi informacijami izboljšujejo racionalne odločitve oz. zdravstveno počutje določenih državljanov (Hinnant 2009, 316).

V magistrskem delu bom raziskovala temelje novinarskega diskurza o novi zdravstveni reformi in njegovo vlogo pri spreminjanju, vzpostavljanju in/ali reprodukciji odnosov v javnem zdravju/-stvu in v družbi. S kritično analizo diskurza bom preučevala interese različnih družbenih akterjev pri (re)organizaciji zdravstva ter razkrivala ideološke prvine v novinarskem diskurzu. Zanimalo me bo, kakšen je novinarski diskurz o novi zdravstveni reformi in kako novinarji v Sloveniji poročajo o makroekonomskih dejavnikih zdravja. Analizirala bom novinarske prispevke na najbolj obiskanih (dominatus.si 2010) novinarskih spletnih medijih: 24ur.com, siol.net, rtvslo.si in zurnal24.si. Slednji kot največkrat obiskani ponujajo obsežne zbirke virov in izhodišč specifičnega diskurza, na podlagi katerega posamezniki v občinstvu oblikujejo lastno pripoved, način razmišljanja in delovanja, npr. odločanja o novi zdravstveni reformi (Seale 2004, 2). Za analizo sem izbrala spletne prispevke, saj so zaradi vse večje družbene moči, množičnega dosega občinstva, stapljanja novic s komentarji občinstva in mnogovrstnih konfliktnih informacij (Rice in Katz 2001, x, 104; Seale 2004, 4) intenzivneje podvrženi javnim razpravam in pritiskom različnih družbenih akterjev.

Magistrsko delo sem vsebinsko razdelila na teoretični in praktični del. V prvem poglavju bom predstavila družboslovna izhodišča o zdravju, bolezni in zdravstvenem varstvu. Predstavila bom državne interese, globlje vzroke in dejavnike neenakosti v javnem zdravju/-stvu. V

drugem poglavju bom preučila makroekonomske razmere v Sloveniji, ki spodbujajo novo zdravstveno reformo in specifični diskurz o javnem zdravju/-stvu. Predstavila bom zgodovino zdravstva, demografske, finančne, gospodarske, zdravstvene razmere v državi ter kritično analizirala dokument nadgradnje zdravstvenega sistema do leta 2020. V tretjem poglavju bom razkrivala ozadje novinarskega diskurza kot ideološkega sredstva, osredotočila pa se bom zlasti na novinarsko moč pri oblikovanju temeljnih resnic o družbeni stvarnosti. Preučila bom teoretske predpostavke o novinarskem diskurzu ter opozorila na napake novinarskega površinskega poročanja o javnem zdravju/-stvu. V praktičnem delu naloge bom analizirala izbrane novinarske prispevke ter prikazala, da je novinarska reprezentacija nove zdravstvene reforme selektivna, enostranska, enosmerna in ideološka. Predstavila bom splošne ugotovitve o novinarskem diskurzu o novi zdravstveni reformi ter jih povezala s prevladujočimi družbenimi odnosi in neenakostmi v državi. V zaključku bom svoje ugotovitve povzela, kritično ovrednotila ter podala temeljne vzgibe za izboljšanje kakovosti novinarskega poročanja o javnem zdravju/-stvu.

2 Opredelitev kategorij zdravja, bolezni in zdravstvene oskrbe

2.1 Človeško telo kot predmet družbene podrejenosti

Medicina zdravje in bolezen obravnava kot naravna pojava znotraj biološkega delovanja posameznega organizma, organov, celic itd. Za medicino je bolezen enoznačno, nevtralnno in naravno dejstvo, ki se zasidra v telesu pacienta ali v njegovi duševnosti. Družboslovne teorije pa poudarjajo, da je meja med zdravjem in boleznijo v določeni družbi ali kulturi ohlapna, spremenljiva, tudi arbitrarna. Posameznikovo telo ni samo anatomski okvir, ampak tudi družbeno-kulturni okvir prevladujočih družbenih odnosov, moči in znanja. Človeško telo je sposobno družbene akcije in interpretacije ter je kot tako predmet številnih zunanjih interesov in želj po podrejanju. V procesu oblikovanja podobe človeškega telesa in sprejemljivih telesnih mej ima osrednjo vlogo diskurz (Lupton 2000, 50, 51; Kamin 2006, 17, 18; Nettleton 2008, 10, 111).

Parker (1992, 5) definira diskurz kot »sistem izjav, ki konstruira objekt«. Vsak diskurz skozi govor, besede, podobe konstruira zunanji svet na specifičen način in s svojimi okvirji prinaša določen pomen in način razmišljanja, in sicer neodvisno od tipa uporabljenih alternativnih izjav, odtujenih glasov ali odklonov. Diskurz zaradi določenih interesov portretira objekt na določen način in se hkrati trudi dokazati, da je skupek izjav o objektu *resnica* (Burr 1998, 48, 49). Diskurz ima družbeno moč, saj ustanavlja množični konsenz o družbenem redu, oblastne odnose, s tem pa določa tudi širino družbenega znanja in družbenih sprememb. Diskurz izoblikuje in vstavlja ideje v zdravi razum in vsakdanje prakse posameznikov ter s tem vzpostavlja dominacijo vladajočega razreda nad podrejenimi skupinami (Gitlin 1980).

Posamezniki doživljajo in gradijo vsakodnevne življenjske izkušnje v skladu z diskurzi, ki se prevajajo skozi njihova telesa. Človeško telo je odprti energetska kanal, skozi katerega se pretakajo različni (zunanji in notranji) diskurzi o zdravju in zdravem telesnem delovanju; posameznikove telesne meje so zatorej diskurzivno konstruirane znotraj kulturnih in hegemoničnih okvirjev »zdravega razuma«. Telo je narativno obzorje in osnovna reprezentacija kateregakoli diskurza in političnega sistema. Biološke anatomske teorije nam zatorej povedo toliko o prevladujočih politično-ekonomskih ideologijah kot o samem telesu

(Cohen in Weiss 2003, 3, 5; Nettleton 2008, 109). Vse družbe in kulture nagovarjajo pripadnike skupnosti k ohranjanju kulturnih določnic zdravja oz. zdravih telesnih meja, ki niso nujno naravnane na biološko dobro počutje oz. oddaljene od fizične bolečine. Poimenovanje zdravja in bolezni pa vpliva tudi na posameznikovo doživljanje poškodb in bolečine (Pahor 1999, 1022, 1025; Lupton 2000, 50, 51; Ule 2003; 63; Kamin 2006, 17, 18, 21; Nettleton 2008, 10, 109, 111).

2.2 Zdravje kot družbena norma

V splošnem se pomen zdravja nanaša na vsakodnevne zdravstvene prakse in izkušnje v lastnem telesu, ki so »brez motenj v delovanju organizma« (SSKJ 2011). Metafora za zdravje je varnost oz. varnostni ovoj telesa, ki posameznika ščiti pred zunanjimi vplivi in nevarnostmi. Posameznik se v določenem družbeno-kulturnem okolju počuti zdrav, dokler se je sposoben (telesno) prilagajati, se istoveti z lastnim telesom in mu telo omogoča početi »samoumevne« stvari. Posameznik sodi o lastnih zmožnostih in se primerja z ostalimi člani skupnosti na podlagi prepričanj o zdravju, ki so pravzaprav diskurzivno in socializacijsko prisvojene družbeno-kulturne predstave o zdravih in normalnih telesnih mejah (Malnar 2002, 4, 5; Ule 2003, 34; Kamin 2006, 24, 25).

V sodobni družbi je zdravje najvišja vrednota in metafora za blaginjo oz. stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja, in ne le odsotnost bolezni ali napake (WHO 1946; Ule 2003, 42; Kamin 2006, 11). Zdravje je kapital, ki je lahko spreobrnjen v druge oblike družbenega, ekonomskega in kulturnega kapitala, kot so npr. sposobnost gibanja, izobraževanja, zaposlitve, ustvarjanja bogastva, družine, prijateljstva (Nettleton 2008, 135). Zdravje je vir sreče in zadovoljstva z lastnim življenjem, saj nudi fizične sposobnosti in družbene vire za vsakdanje življenje (WHO 1986, Černigoj Sadar 2002, 95; Ule 2003, 73). Zdravje omogoča povezave z ostalimi družbenimi akterji in viri, zaradi profitabilnih dispozicij pa lahko o njem razmišljamo tudi kot o ideologiji. »Zdrav posameznik se počuti kot posestnik oz. nosilec lastnega telesa, hkrati pa kot (so)ustvarjalec vrednot in življenjskih norm« (Ule 2003, 34).

Kamin (2006, 10, 11, 18, 19) poudarja, da je zdravje biološko-družbeni-kulturni konstrukt. Zdravje se enači z idejo normalnosti kot biološkim dejstvom, vendar biološko ne obstaja

znanost o normalnosti, ampak samo znanost o pogojih in situacijah, ki jih medicinsko lahko označimo kot normalne. Definicija biološke norme je vedno vezana na distribucijo določenih pojavov v opazovani populaciji. V tem pogledu je bolezen lahko tudi neprepoznavni, nezaželeni normalni biološki simptom, znak ali celo talent; zdravstvena storitev in/ali praksa pa bolj normalizacija posameznikovega delovanja na specifično okolje kot odklon od zdravega telesnega funkcioniranja (Lock 2000, 261).

Zdravje je fluidno polje prepletajočih se diskurzov o normalnih, sprejemljivih, legitimnih in zakonitih telesnih mejah. Diskurzi o zdravju vplivajo na način razmišljanja o zdravju in na način, kako se z njim ukvarjamo. Določajo pooblaščenca za izrekanje sodb ali mnenj o zdravju in so neločljivo povezani z interesi in interakcijami posameznikov, družbenih skupin, organizacij in celotne družbe. Prevladujoč pomen zdravja je vedno rezultat tekmovanja med specifičnimi politično-ekonomskimi interesi in njihovimi diskurzi: zdravniškimi, farmacevtskimi, medijskimi, državnimi itd. Interesi za zdravje posameznikov pa so zelo različni, saj posameznik lahko zdravje interpretira in vrednoti povsem drugače kot npr. država, farmacevtska industrija, mediji (Kamin 2006, 10, 11, 13).

O zdravju in boleznih se vse pogosteje razmišlja z vidika storilnosti, učinkovitosti in finančnih izgub. Zdravje kot kapital zvišuje storilnost skupnosti, podjetij in celotne družbe. Posameznikom omogoča konkurenčnejši nastop na trgu dela, medtem ko bolezen izkazuje, da je posameznik nesposoben kapitalnega delovanja. Za državo so zdravi posamezniki pomembni za gospodarski napredek, nezdravi pa predstavljajo breme in stroške. Delodajalci zaradi boleznih delavcev beležijo manjšo storilnost, zdravstveni sistem se sooča s preobremenjenostjo, z dolgimi čakalnimi vrstami in dragimi postopki zdravljenja, trgovci opazijo slabo zdravje v upadu kupne moči itd. (Ule 2003, 71; Kamin 2006, 10, 35, 36).

Diskurz o zdravju pa vse bolj postaja sredstvo za delovanje številnih družbenih akterjev. Široko polje zdravja moramo posledično razumeti kot polje boja različnih interesov, zaradi katerih lahko največ izgubi prav »zdravje«. Zloraba diskurza o zdravju kot sredstva za pridobivanje dobička vodi v kreacijo številnih boleznih populacije. Vse pogostejše zdravstvene težave postajajo stres, izgorevanje, kronična utrujenost in z njimi povezane duševne stiske. Promotorji zdravja pogosto odpravljajo površinske zdravstvene probleme, ne pa tudi globlje vzroke zdravstvenih težav ter s tem omogočijo vzdrževanje družbenega sistema na zadovoljivi funkcionalni ravni (Kamin 2006, 10).

Danes je prizadevanje za zdravje postalo nikoli dokončan proces. Zaradi »nedosegljivosti« zdravja se posameznik nikoli ne počuti varnega, je v nenehni preži oz. akciji za zdravjem; »potrpi« za zdravje, se odreka skušnjavam, je delaven, se posti in očiščuje. »Samovzdržnost odraža kapitalistične ameriške sanje« (Kralik, Paterson in Coates 2010). Ideologija zdravja posamezniku obljublja, da če bo pokoren, vzdržljiv, priden in poslušen, potem ne bo zbolel oz. bo na koncu nagrajen z najvišjo vrednoto družbe – z zdravjem. Danes je zdravje posameznikova odgovornost in dolžnost, kar vključuje neprestano in vsakodnevno zaposlenost z ohlapno določljivimi in dvoumnimi zdravstvenimi normami in življenjskimi navadami. Sodobni posameznik se poslužuje raznih zdravstvenih praks, ki mu domnevno izkazujejo nadzor, notranjo voljo in disciplino; z upoštevanjem zdravstvenih navodil pa pravzaprav izraža prostovoljno željo po podrejanju. Neizogibanje bolezenskim tveganjem se namreč obravnava kot posameznikova nesposobnost, bolezen kot dejavnik individualnega neuspeha pa dodatno stigmatizira že tako depriviligirane posameznike nižjih družbenih skupin (Crawford 1980; Lock 2000, 267, 268; Lupton 2000; Ule 2003, 71; Kamin 2006, 36). Medicina z vpogledom v vedenjske in zdravstvene navade posameznika podcenjuje možnost bolezni kot posledice zunanjega okolja (Kralik, Paterson in Coates 2010, 125). Redko srečamo primer, ko gre posameznik k zdravniku in mu ta zagotovo pritrди, da ni kriv za bolezen, ampak mu strese in bolezenske težave povzročajo socialno-ekonomski dejavniki oz. njegov družbeni položaj. Zdravstvo pri diagnozi večinoma ne upošteva posledic vsakodnevnih stresov ter kulturnih telesnih vzgibov in delovanj. Nekateri se ne vedejo v skladu s prevladujočimi zdravstvenimi priporočili tudi zaradi razlogov, ki se jim zdijo racionalni oz. so stvar kulturne privzgojenosti.

2.3 Bolezen kot odklon in izvor družbene neenakopravnosti

Bolezen je v nasprotju z zdravjem natančno definirana kategorija. Bolezen je v biološkem smislu tujec znotraj telesa, v družbeno-političnem smislu znotraj družbe, na simbolni ravni pa predstavlja izgubo družbene moči in nadzora. Bolnik je družbeno odklonski posameznik, potencialno nevaren za ostale državljane, saj širi virus oz. nezdrave življenjske navade (Lock 2000, 278; Turner 2000, 9; Ule 2003, 13).

Za medicino je bolezen (angl. *disease*) nevtralni izraz za odklon celic, tkiva, organov od

normalnega telesnega delovanja. Medicina bolezen obravnava kot posledico bioloških dejavnikov, genov ali zgodnjih karakteristik, medtem ko zunanje okoliščine šteje za sekundarne. Po medicinskem razumevanju se bolezen razvije v organizmu, zunanji dejavniki pa le pripomorejo k rušenju ravnovesja (Pahor 1999, 1014; White 2002, 50; Ule 2003, 30, 31; Kamin 2006, 26; Kralik, Paterson in Coates 2010). Fizična ali psihična poškodba telesa pa je vedno tudi kulturno-družbeno določena (Lock 2000, 261). Goffman je npr. preučeval vsakodnevne interakcije in ugotovil velik vpliv označb posameznika kot bolnega. Posamezniki, ki so bili označeni kot bolni ali nenormalni, so se pogosto počutili manj zmožni, manjvredni, leni, pomanjkljivi, nesposobni, manj srečni in posredno tudi manj zdravi – reakcije drugih ljudi so pripomogle k identifikaciji in poistovetenju z boleznijo (Armstrong 2000, 29; Charmaz 2000, 284). Bolezen (angl. *illness*) vedno vključuje posameznikovo čustveno doživetje oz. razumevanje pomenov telesne nezmožnosti, nelagodnosti, nenormalnosti in nekompetentnosti. Bolezen spremlja subjektivna čustvena izkušnja in sprememba vsakdanjega življenja znotraj določenega političnega, družbenega in kulturnega okolja, kar posameznik doživlja kot odklone od normalnega. Bolezen stigmatizira in oskrni vse posameznikove družbene vloge, odnose in dejavnosti ter mu omeji širino priložnosti v družbeni strukturi. Bolni posameznik se počuti brez nadzora in moči, omejen pa ima tudi vstop v družbeno sfero – je izključen in izoliran. (Charmaz 2000, 277, 278; Lock 2000, 261; Turner 2000, 9; Ule 2003, 26, 27, 57, 71, 73; Kamin 2006, 26; Nettleton 2008, 13).

»Zdravje in bolezen sta gibljiva in že en posameznik ju lahko določi« (Foucault 2009, 36). Označevanje bolezenskih stanj je lahko tudi učinkovito polje diskriminacije, saj družbo očiščuje drugačnih, nezaželenih ljudi, ki ne delujejo v skladu s prevladujočo ideologijo (Turner 2000, 16; Ule 2003, 27, 57, 68). Poimenovanje boleznij je domena ideoloških, elitističnih prepričanj in obnavljanja oblasti; bolezen vedno opozarja na določene strukture moči. Človeško telo je površina, na katero agenti družbenega nadzora (politiki, zdravniki, mediji) s pomočjo diskurzov pripišejo družbene vloge. Marksisti poudarjajo, da ljudje pri diskurzivnem določanju boleznij nimajo enake družbene moči in vpliva. Bolezen je namreč produkt družbenih pogajanj in interakcij, ki so v osnovi neenakopravni (White 2002, 51). Strokovnjaki imajo avtoriteto, zato so bolj kot nižji družbeni razred zmožni definirati, kaj vse šteje pod bolezen. Nenehna odvisnost od strokovnjakov ljudem odvzema družbeno moč, ki naj bi jo zgolj domnevno pridobili z zdravim življenjskim slogom (Nettleton 2008, 25, 26). Različne raziskave namreč potrjujejo, da diskurz o zdravju preferira določene predstave, razmisleke, vrednote srednjega razreda, bele, mlajše, izobražene in zaposlene ljudi. Diagnoze

bolezni pa tako vključujejo temeljna vprašanja statusa, spola, rasne in etične pripadnosti oz. diskriminacije (White 2002, 43; Ule 2003, 18).

Parsons (1951) je opredelil tudi pozitivne in socialne vidike bolezni. Bolezen kot družbeni odklon nudi tudi določene socialne ugodnosti, saj se bolnik lahko na legitimen način izogne običajnim družbenim obveznostim in odgovornostim, ki se od njega pričakujejo. Zdravje je v nasprotju družbena vrednota, ki omogoča dosledno opravljanje družbenih vlog, družbeni napredek in nemoteno družbeno delovanje. Medicina pa je z diskurzom zdravja in bolezni, ki se po mnenju psihologa Broussaisa (v Lock 2000, 259) razlikujeta le po družbeni moči, sodobna institucija nadzora (Armstrong 2000, 27, 28; Malnar 2002, 5).

2.4 Medicina in medi(kalizacija) družbe

Država težko odkrito podreja ljudi neposredno preko svojih politično-ekonomskih sil, zato to počne posredno prek kulturnega aparata (ustanov, kot so medicina, religija, pravo, mediji, šole). Določeni družbeni procesi in pojavi so za državo ekonomsko breme in ovira gospodarski rasti (npr. migracije, kriminal manjšin, visoka stopnja brezposelnosti, staranje prebivalstva, globalna ekonomska kriza, nenehne tehnološke spremembe, podjetniška neaktivnost). Posledično se pojavi želja po nadzoru državljanov preko sile, ki bo sprejeta kot naravna, dana. Medicina, denimo, opravlja mentalni nadzor prek diskurza o zdravju in bolezni ter s tem ustvarja vsakodnevne zdravstvene prakse in samooskrbe človeškega telesa. Medicina definira meje zdravega oz. normalnega telesnega delovanja in ljudi opredeljuje kot bolne, če padejo iz teh okvirjev. Medicinsko znanje pa ni avtonomno, saj ga ne vodi le znanost o človeškem telesu, ampak tudi nadzorni, državni politično-ekonomski interesi (Friedson 1970; Zola 1972, 487; White 2002, 51; Ule 2003; Kamin 2006, 27, 31, 32; Nettleton 2008, 16).

Po naftni gospodarski krizi v 70-ih letih 20. stoletja postanejo biološka vprašanja neposredni predmet vladnih politik, biološki strokovnjaki pa del vladne oblasti (Light 2000; Ule 2003, 59). Vlada se začne zaradi želje po dobičku posluževati raznih mehanizmov upravljanja in discipliniranja svoje populacije. Pri političnih spremembah se začne naslanjati na demografije, medicinske izsledke in vse tiste biološke dejavnike, ki bi lahko znižali državne stroške in povečali populacijsko ustvarjalnost, produktivnost, učinkovitost, konkurenčnost in razvitost (Kamin 2006, 28, 33, 34). Povedano drugače, država začne varčevati na račun pravic

in potreb državljanov ter služiti na račun državljanov in njihovih dolžnosti. Podoba državljana začne utelešati ravnovesje ekonomije posamezne države.

Diskurz o zdravju začne širiti svoje mreže, družbene odnose in nadzore na različna področja družbenega življenja in tam po medicinskih kriterijih normalnosti urejati probleme politično-ekonomske narave na način, ki ohranja podrejenost državljanov (Armstrong 2000; Lock 2000; Turner 2000; Malnar 2002; Ule 2003; Kamin 2006). Medicina vstopi v vse več področij zasebnega življenja, vendar ne predpostavlja le zdravljenja telesa, namreč tudi zdravljenje posameznikovega vsakodnevnega življenja (npr. staranje, rojstvo, poraba alkohola, obnašanje otrok, javni promet). Vsak vidik posameznikovega življenja in telesa, ki ovira produktivnost družbe, je označen kot bolezen, odklon ali deviacija in je zdravljen z zdravili, praksami, storitvami itd. Medicina se usmeri k čim prejšnji delovni usposobljenosti posameznika oz. družbeni reprodukciji (Malnar 2002; Ule 2003; Kamin 2006). Z vse bolj razširjenim poimenovanjem bolezni pa povečuje nadzor nad državljanji, kar vključuje diskriminiranje, selekcioniranje, razvrščanje celotne družbe na osnovi vrednostnih predpostavk "zdravja" (Hackett 2007, 17). Diskurz zdravja praviloma deluje kot poslovna dejavnost, ki na račun širjenja zdravstvenih praks ustvarja dobičke, gospodarsko rast, hkrati pa obnavlja neenake odnose družbene moči.

Z rastjo kakovostnih standardov v drugi polovici 20. stoletja pride v razvitih družbah do nenadnega demografskega prehoda, spremenjenega reda bolezni in staranja prebivalstva. Staranje prebivalstva postane makroekonomski problem s številnimi političnimi konflikti o kategorijah bolezni, primerni starosti za upokojitev in sposobnosti družbe, da zagotovi zdravstveno oskrbo za najstarejše. Staranje po mnogih načelih postane bolezen s stereotipno označenimi nezmožnostmi (kot so npr. pozabljivost, počasnost, težave s skeletno-mišičnim sistemom), ki se jim je treba izogniti, jih zdraviti ali preprečiti z zdravim življenjskim slogom (Charmaz 2000, 287; Lock 2000, 261; Turner 2000, 19; Ule 2003, 33). Podoba starosti je npr. nekoč predstavljala modrost, spoštovanje, znanje in družbeno moč, zdaj pa mladost postane utelešena podoba zdravja, napredka, razvoja in pozitivnih sprememb (Burr 1998, 52). Starejši so z zdravim življenjskim slogom prisiljeni zatreti vse koščke naravnega življenjskega procesa in še naprej stremeti k normam mladosti. Družbene predstave o zdravju in bolezni se namreč neposredno povezujejo z marginalizacijo določenih družbenih, kulturnih in etičnih skupin. Odmiki od norm so vedno predmet moraliziranja in označevanja. V medijih so npr. telesa starcev, bolnih, zelo debelih odsotna ali stigmatizirana kot neuspešna, nepriljučna,

deviantna, necivilizirana in nevredna upodabljanja (Ule 2003, 33, 49, 67; Nettleton 2008, 105). Brezposelni so v družbi, kjer je zaposlenost norma zdravja in telesne kondicije, prav tako označeni za lene, ignorantske, družbeno-kulturne deviante, ki z nezdravim življenjem škodujejo sebi, zdravstvenemu sistemu in ostalim davkoplačevalcem (Kamin 2006, 47). Medicina ne priznava represivnih posledic družbene moči in diskurza zdravja, hitro pa se pokažejo fizični znaki stresov pri posameznikih, ki postanejo predmet medicinske obravnave. In tudi če prepoznamo posameznika kot žrtev razmer, nas družbena dinamika sili v pogled v telo posameznika in ne v telo politike (Ule 2003, 33). Medicina pa v izpolnjevanju gospodarskih interesov tudi zavrača določene bolezni in s tem marginalizira bolečine in trpljenje določenih posameznikov in družbenih skupin. Določeni posamezniki (npr. vojni veterani) so zavrjeni kot bolniki in čutijo pomanjkanje legitimnosti kot pacienti, četudi izkusijo osebne, ekonomske in družbene posledice, izgube, stigmatizacije in izolacije. V ta namen se kolektivno organizirajo in javno bojujejo, da bi jim legitimno priznali bolečino in socialne ugodnosti (Charmaz 2000, 278, 279).

Medicina pa hkrati razvija vse bolj izpopolnjene tehnološke strategije za manipulacijo genov in telesnih meja (npr. lepotne operacije) ter vpeljuje nove, tehnološke poglede na človeška telesa. Turner (1996) opozarja, da bolj ko posegamo v posameznikovo telo, manj smo pravzaprav prepričani o njegovih zmogljivostih (Nettleton 2008, 104). Z višanjem zdravstvenih norm človeška telesa vse bolj postajajo družbeni stroji, nepovezani s svojim duhom in razumom ter vse bolj odvisni od medicinskih priporočil, strokovnjakov, upravljavcev. Vse bolj se razširja tudi diskurz genetske napake, ki obljublja, da bo v prihodnosti možno spreminjati vedenje "revnih", "oslabelih", "depriviligiranih" posameznikov ter se premakniti v dobo zdravja (Lock 2000, 268, 271; Turner 2000, 20). Kritična vprašanja pa so: kakšna bo podoba zdravja, kdo bo zdrav oz. kakšne bodo sprejemljive telesne meje – gospodarsko naravnane?

Po letu 2009 je svet zopet na razpotju gospodarske krize in nenehnih družbenih, moralnih, političnih in tehnoloških sprememb. Svetovna gospodarska kriza sproža vrsto zdravstvenih reform po celem svetu. Ključni upravljavci zdravja postajajo gospodarski akterji in druge globalne institucije: Svetovna banka, mednarodni skladi, EU, razna združenja, močni konglomerati itd. (Nixon in Whiteford 2000). Vsi ti si želijo le eno – gospodarsko rast.

2.5 Dejavniki zdravja

Dejavniki zdravja so pozitivni ali negativni vplivi, ki opredeljujejo zdravje populacije, družbenih skupin in posameznikov v določeni družbi in kulturi. Na zdravje vpliva ogromno število dejavnikov: družbeno, ekonomsko in fizično okolje, posameznikove genetske značilnosti in individualna delovanja, družbeni status, dohodek, družbene vezi, izobrazba, zaposlitev, delovno okolje, zdravstvena oskrba itd. Nekateri dejavniki vplivajo na celotno populacijo, medtem ko drugi bolj vplivajo na določene družbene skupine in posameznike. Dejavniki zdravja se vedno medsebojno povezujejo, podpirajo in so odvisni od trenutnih razmerij moči med okoljem in posameznimi družbenimi akterji, od družbeno-kulturnih prepričanj, razumevanj in javnih dogovorov, med katere spadajo tudi listine različnih zakonodajnih predpisov. Izboljšanje zdravja populacije in družbenih skupin zato zahteva kompleksno ureditev širše mreže prepletenih družbenih odnosov, vezi med okoljem in posamezniki (Kasper 2000; Robert in House 2000, 120; Dahlgren in Whitehead 2006; Buzeti in drugi 2011, 13; WHO 2011).

Slika 2.1: Splošne determinante zdravja



Vir: Buzeti in drugi (2011, 18).

V ospredju splošnih dejavnikov zdravja je posameznik s svojimi družbeno-biološkimi predpostavkami (starost, spol, genetska osnova) in izbranim življenjskim slogom (telovadba, prehrana, kajenje itd.). Na posameznikov izbor življenjskega sloga vplivajo socialne mreže, vezi z vrstniki in ožjim okoljem, življenjsko-delovni pogoji in širše makro okolje. Makro okolje vpliva na življenjsko in delovno okolje posameznika – na izobraževanje, brezposelnost,

kmetijstvo in proizvodnjo hrane, pitno vodo in komunalne storitve, stanovanjske razmere, zdravstveno varstvo itd. (glej Slika 2.1). Politična ureditev makro okolja izkazuje določeno stopnjo podpore in dostopa do osnovnih dobrin in storitev; s tem pa vodi v posameznikovo izbiro življenjskega sloga. Urejenost fizičnega okolja vpliva na zdravje na nešteto načinov (s kvaliteto zraka, sanitacijo, stopnjo onesnaženosti itd.), družbeno-kulturna urejenost pa z družbeno podporo (s kvaliteto življenja, stopnjo stresa, konfliktnosti, družbene vključenosti itd). Organizacija zdravstvenega varstva je proti celotnem političnem delovanju, vedenju, obnašanju, razmišljanju celotne družbe in njenih posameznikov obrobni dejavnik izboljšanja javnega zdravja (Dahlgren in Whitehead 2006; Parker in drugi 2009; Buzeti in drugi 2011, 18).

Med številnimi avtorji obstaja nesoglasje glede najvplivnejših dejavnikov zdravja – ali je to dohodek, izobrazba, zaposlitev, geografski položaj, življenjski slog itd. (Anand 2004, 19). Marmot in drugi (1998, 2004) so z raziskavami dokazali velik vpliv strukturnih dejavnikov na zdravstveno stanje, zlasti izobrazbe in dohodka. Posameznik nižjega socio-ekonomskega razreda z zdravim življenjskim slogom v povprečju ne more doseči zdravstvenega stanja pripadnika srednjega in višjega razreda, saj njegovo zdravstveno stanje še vedno poslabšuje dejavnik socialne neenakosti. Wilker (2004) se strinja, da igra individualna odgovornost za zdravje obrobno vlogo, saj vzorci zdravja in neenakosti v zdravju obstajajo ne glede na posameznikovo vedenje in delovanje. Černigoj Sadar (2002) se strinja, da pozitivno zaznavanje česa zmanjšuje obolevnosti, vendar pa poudarja, da je zadovoljstvo z življenjem odvisno tudi od posameznikovih družbenih vezi in povezav. Družbena pravičnost in povezana odgovornost različnih družbenih agentov naj bi izboljševala zdravje celotne populacije (Pogge 2004, 6).

SZO (2011) prav tako poudarja, da na krepitev dejavnikov zdravja vpliva povezana odgovornost različnih družbenih akterjev. Zdravje se izboljšuje na osnovi povezanih političnih delovanj: izbire življenjskih navad, družbenega vključevanja, reform, ki spodbujajo ali krepijo zdravo fizično okolje, solidarnosti prebivalstva itd. Posamezniki lahko s povečano skrbjo za zdravje izboljšajo delovne in kakovostne pogoje okolja; splošni makroekonomski pogoji pa lahko okrepijo vezi med družbenimi skupinami. Vlaganje v ceste lahko izboljša dostop do zdravstvene oskrbe, inflacija lahko omeji zdravstveno potrošnjo, civilna storitvena reforma lahko ustvari priložnosti ali omejitve pri zaposlovanju zdravnikov, praktikantov itd. Kakršne koli pozitivne vedenjske ali politične odločitve v prid zdravja lahko okrepijo mrežo

zdravstvenih tveganj (Dahlgren in Whitehead 2006).

Prevladujoči pomen in diskurz zdravja ponavadi promovira višjo vrednost specifičnega dejavnika za izboljšanje zdravja populacije. Sodobni diskurz o zdravju/-stvu sicer upošteva kompleksni vpliv dejavnikov, vendar med njimi še vedno primarno izpostavlja življenjske navade posameznika in šele nato širše okoljske dejavnike (Kamin 2006, 71). Zlasti v 21. stoletju obstaja splošni konflikt med pravicami in dolžnostmi družbenih akterjev za zdravje. Gre za vprašanje, kdo je v končnem odgovoren za zdravje - država ali posameznik. Poudarjena liberalno ojačena odgovornost za zdravje pa je nevarna politika upada družbene skrbi za zdravje in enakopravnega dostopa do zdravstvene oskrbe (Ule 2003, 73). Znotraj sprememb državnih zakonov se vse bolj odvija bitka kot pa sožitje dejavnikov, ki naj bi po mnenju številnih teoretikov in zdravstvenih organizacij (npr. Kasper 2000; Robert in House 2000; Ule 2003; Institute of Medicine of the National Academies 2003; Pogge 2004; WHO 2011) dejansko izboljševalo zdravje populacije.

2.6 Zdravje in družbena neenakost

Posamezniki različnih družbenih skupin so različno izpostavljeni dejavnikom tveganja za bolezen. Na ranljive družbene skupine poleg splošnih dejavnikov vplivajo tudi socialno-ekonomska zdravstvena tveganja, ki jih z metaforo poimenujem »zdravstvena vrata«. To so dejavniki zdravja, ki so neposredno povezani s posameznikovo družbeno močjo, položajem (starost, spol, dohodek, izobrazba, zaposlitev, standard, geografska izpostavljenost itd.), družbenim podcenjevanjem in lahko pomembno vplivajo na izide zdravja – na pričakovano življenjsko dobo, umrljivost, obolevnost, nezmožnost, doživljanje zdravja, pa tudi na dostopnost in uporabo zdravstvenih storitev (Annand in Peter 2004, 4, 19; Dahlgren in Whitehead 2006; Buzeti in drugi 2011, 33). »Zdravstvena vrata« predstavljajo tvegane prehode, ki ustvarjajo neenakopravnost državljanov v (zdravstvenem) sistemu. Zdravstvena vrata so zato povezana s specifičnimi tveganji, ki jih je treba za enakopravnejše izide zdravja skupnosti premostiti. Politična predpostavka zdravstvene enakopravnosti zato vključuje olajšavo tveganj zdravstvenih vrat, s čimer izenačujemo zdravstvene možnosti in izide zdravja državljanov, na ta način pa olajšujemo tudi omejitve družbenega položaja posameznikov (Buzeti in drugi 2011). S pomočjo pregleda teorije in raziskav bom v nadaljevanju proučila, v kolikšni stopnji je možno tveganja zdravstvenih vrat premostiti zgolj z izboljšanjem

zdravstvene oskrbe, pri čemer predpostavljam, da so zdravstvena vrata v rokah oblastnih akterjev oz. so posledica nadvlade njihovega diskurza o zdravju.

Zdravje omogoča izbiro, svobodo in širino priložnosti v družbeni strukturi in je zaradi vseobsegajočega dosega vpet v širše razumevanje družbene pravičnosti. Neenakosti v zdravju so resen problem, saj onemogočajo enakopraven dostop do javnih dobrin in storitev, vendar si odgovori na vprašanja, zakaj obstajajo in kakšne politike zmanjšujejo te neenakosti, še niso enotni. Kot kažejo raziskave, pa vsakršna politika, ki je naravnana na družbeno pravičnost, posredno vpliva tudi na manjše razlike v zdravju (Robert in House 2000, 120; Anand in Send 2004, 4, 17, 18, 23; Kamin 2006).

Teorije odnos med družbeno neenakostjo in zdravstvenim stanjem obravnavajo v dveh (kompleksnih) vzročnih polih, ki se medsebojno podpirata in dopolnjujeta. Nekateri menijo, da je bolezen sredstvo razslojevanja oz. omejujoči dejavnik, ki zmanjšuje družbeno-ekonomski položaj posameznika ter vodi k neenakostim. Bolezen vpliva na kvaliteto posameznikovega življenja, saj povzroči npr. izgubo zaposlitve, dohodka, družbeno izključitev in nadaljnje poslabševanje zdravstvenega stanja. Druga smer razlage pa izpostavlja, da so družbene neenakosti izvor slabšega zdravstvenega stanja. Izboljšanje zdravja populacije torej zahteva zmanjšanje družbeno-ekonomskih neenakosti med posamezniki. Ljudje z nižjim družbeno-ekonomskim položajem so prikrajšani v širšem naboru biomedicinskih, okoljskih, vedenjskih in psihološko-družbenih dejavnikov tveganja. Medtem ko vsak dejavnik tveganja pojasnjuje majhni delež neenakosti v zdravju (10—20 %), širok nabor dejavnikov tveganja (npr. 12—25) lahko pojasni kar 50—100 % neenakosti v zdravju (Robert in House 2000, 113, 117, 120; Malnar 2002, 18, 19; Buzeti in drugi 2011, 21).

Vpliv revščine na bolezen prebivalstva je odvisen od deleža revnih prebivalcev v celotni populaciji. V bogatih državah ima revščina relativno majhen vpliv na zdravje celotne skupnosti, a je pomemben dejavnik tveganja in breme bolezni v nizki dohodkovni skupini in lahko pojasnjuje kar 10 % razlik v boleznih med bogato in revno skupino prebivalcev (Buzeti 2011, 19). Revščina podreja neposredno preko načina razmišljanja in življenja v tem telesu in posredno v obliki različnih bolezenskih stanj (Armstrong 2000, 27). Različni socialni stresni se namreč akumulirajo proti dnu socialne hierarhije in se sčasoma pretvorijo v fiziološke bolezenske simptome. Socialni stresni se lahko izmerijo v povišanem krvnem tlaku,

pospešenem dihanju itd. in se pretvorijo v razne oblike srčnih bolezni, diabetesa, raka, kapi, depresije, nizke porodne teže. Dolgotrajni stres se še bolj posredno prevajajo v tolažilne in zdravju škodljive navade, kot so kajenje, alkoholizem, maščobne in sladkorne diete (Malnar 2002, 18, 19).

Gospodarska rast lahko izboljša zdravje prebivalstva, po določeni meri pa se lahko prevesi v prekomerno kapitalno izkoriščanje fizičnega, socialnega okolja in zdravja posameznega državljana. Kapitalizem je v nerazvitih okoljih povzročil gospodarsko rast in izboljšal kakovost življenja, po določeni stopnji pa je z nepravilno razdelitvijo dobrin vedno bolj poglobljajal revščino in bolezni. Gospodarska rast v smislu ekonomske revščine lahko samo oskruni in ne izboljša zdravja skupnosti, po drugi strani pa tudi v pogojih ekonomskega pomanjkanja ni zdravih skupnosti. Med razvitimi državami so najbolj zdrave tiste populacije, ki so najbolj enakopravne, in ne tiste, ki so glede na BDP najbogatejše. Pri družbah, ki presežejo določen prag blaginje, postanejo ključni dejavnik neenakosti v zdravju prav družbene razlike med posamezniki in ne več posameznikov absolutni življenjski položaj. Relativne neenakosti povzročajo neugodne zaznave, strese, občutke brezperspektivnosti, strahu, frustracije, sovražnosti itd. ter vodijo v slabša zdravstvena stanja posameznikov (Pahor 1999, 1016; Robert in House 2000, 125; Malnar 2002, 7; White 2002, 77; Kamin 2006, 42, 43). Neenakosti v zdravju so zato povezane s širšimi biološko-družbeno-kulturnimi dejavniki in razlikami.

Države z manjšo dohodkovno neenakostjo so bolj družbeno povezane. Družbena kohezija in zaupanje zmanjšujeta stresne pritiske okolja, psihološko omejena vrata zdravja, občutek negotovosti in izboljšujeta zdravje prebivalstva. Številni avtorji (npr. Wilkinson in drugi 2009) menijo, da dvig dohodka za celotno prebivalstvo ne izboljšuje zdravja revnejšega ali marginaliziranega prebivalstva, medtem ko lajšanje okoliščin in dvig dohodka za prikrajšane utrjuje zdravje celotnega prebivalstva. Doseganje enakopravnosti se posledično doseže z določeno stopnjo neenakopravnosti (House in Robert 2000, 125, 139; Kasper 2000, 325; Verbrugge 2000, 326; White 2002, 77).

2.7 Država proti državljanu

Zgodovina celotnega javnega sistema in zdravstva je organizirana okoli boja med pravicami države in državljanov, kar vključuje probleme nadzora, moči in družbene neenakopravnosti (Hackett 2007, 10). Z napetimi in nasprotujočimi interesnimi odnosi med državo in državljani se vzpostavljajo tudi bolezenska stanja določenega segmenta populacije (Kamin 2004, 2006). Neenakosti v zdravju so sistemski in ne zgolj zdravstveni problem; še manj zgolj individualni. Državni sistem ustvarja dve temeljni zdravstveni storitvi: javno zdravstveno oskrbo in informacijo (Rice in Katz 2001, ix). Sodobni pomen zdravja se vedno bolj enači s posameznikovo odgovornostjo oz. lastno oskrbo, in sicer na osnovi razširjenih informacij o zdravem delovanju. Zdravstvena oskrba je vedno bolj odvisna od pacientove izobraženosti, zdravstvene pismenosti, sposobnosti in primerne dostopa do zdravstvenih informacij (Kamin 2006, 84). Državljan se je o zdravju in zdravih navadah dolžan informirati znotraj in izven zdravstvenega sistema, npr. pri zdravniku, podporni skupini, v medijih. Dostop do ustreznih informacij lahko namreč izboljša življenjsko-stilne odločitve, preventivne ukrepe, interdisciplinarno koordinacijo oskrbe ter informirane selekcije zdravstvene oskrbe in zdravstvenih ponudnikov (Parker in drugi 2009, 18).

2.8 Javno zdravstveno varstvo

Javno zdravstveno varstvo je odvisno od prevladujočega pomena zdravja, bolezni in bolečine v določeni družbi in kulturi. Odvisno je od državne opredelitve zdravja, zdravstvenega delovanja, medicinske profesije, zavarovalnic, državljanov itd. Vsaka država definira zdravstveno varstvo na svoj način, s specifičnimi vključenimi in izključenimi zdravstvenimi storitvami, praksami, zdravili in rehabilitacijami (Parker in drugi 2009, 3). Vsaka država se odloča, katerim zdravstvenim potrebam in virom bo dala prednost ter o meji BDP-ja, ki je še sprejemljiva za stroškovne izteke zdravstva. Za Veliko Britanijo to pomeni 5,5; za Nemčijo 8,5; za Slovenijo 9,06; za Kanado 11 BDP itd. (Light 2000, 398; Daniels 2004, 12, WHO 2011).

Vloga zdravstvenega varstva je izrecno kontradiktorna. Po eni strani je univerzalna državljanska pravica, ki s polno vznesenostjo omogoča posameznikove zmožnosti v osebni, družbeni, ekonomski in politični življenju. Zdravstveno varstvo ima moralni pomen,

saj ohranja normalno telesno funkcioniranje, status posameznika kot polno delujočega državljana in s tem prispeva k varstvu enakih priložnosti. Posamezniku z ozdravljenjem zagotavlja varnost in možnost povezovanja z ostalimi družbenimi akterji, kar je osnova za pridobivanje osebnega in družbenega kapitala (Kasper 2000, 323; Daniels 2004, 2, 5). Po drugi strani pa je zdravstveno varstvo s svojo opredelitvijo zdravja in sprejemljivih zdravstvenih storitev izredno selektivno, omejevalno in stroškovno kritično. Usmerjeno je k nadzoru populacije oz. promociji specifične podobe zdravja, ki je v državnem gospodarskem interesu (Charmaz 2000, 287).

Zdravstvene reforme večinoma promovirajo prepričanje, da bo dostop do ustreznih zdravstvenih storitev olajšan, zdravje populacije boljše, družbene neenakosti v zdravju pa manjše. Večina mednarodnih raziskav pa kaže, da ima organizacija zdravstvene oskrbe (npr. zdravstveno zavarovanje, število obiskov pri zdravniku) relativno majhno vlogo pri zmanjševanju razlik v zdravju. V številnih državah (npr. v Veliki Britaniji, na Švedskem), ki so pričele z zdravstveno reformo in politiko izenačevanja dostopa do zdravstvenih storitev, so družbeno-ekonomske neenakosti vztrajale ali se celo povečale. Mnogi nižji družbeni sloji kljub lažjemu dostopu niso uporabljali več zdravstvenih storitev, kar je v nasprotju s podatki, da so bolj podvrženi tveganjem bolezni. Zdravstvene reforme se pri reševanju neenakosti v zdravju osredotočijo le na zmanjševanje finančnih, geografskih in strukturnih ovir pri dostopu do zdravstvenih storitev, na dostop pa vpliva še veliko psihološko-družbenih dejavnikov, predvsem kulturna prepričanja in vedenjske razlike med družbenimi skupinami in posamezniki. Na manjši dostop revnih posameznikov v zdravstvu vplivajo npr. pacientov odnos do zdravljenja, selektivne informacije in vedenje zdravstvenih delavcev do posameznikov različnih družbenih slojev (Aday 2000, 485; Kasper 2000, 323, 329, 330, 333; Robert in House 2000, 119; Robert in House 2000, 121; Verbrugge 2000, 326—329). Sodobna zdravstvena politika je praviloma neuspešna pri zmanjševanju razlik v zdravju/-stvu, saj ne upošteva izvora številnih bolezni, torej širših družbeno-ekonomskih razmer in neenakosti. Politika javnega zdravja/-stva bi se morala kot vseobsegajoča družbena organizacija sočasno povezati z različnimi političnimi programi, ki bi skupno lajšali vsakodnevne strese in makroekonomske težave v populaciji. Učinkovita politika zdravstva bi morala torej zaobiti ekonomske oz. tržne ovire dostopa do zdravstvenih storitev in preučiti kompleksnost različnih družbenih, ekonomskih in kulturnih položajev (Light 2000; Kasper 2000, 329; Robert in House 2000, 121; Anand in Peter 2004, 2).

V zadnjih nekaj desetletjih pa je zdravstvena oskrba organizirana v upravljalni trg, kjer naj bi pod kriterijem čim večje strokovnosti tekmovalo veliko število zdravstvenih ponudnikov in storitev. Trg zdravja naj bi s sistemom nagrajevanja najboljših ponudnikov sledil zdravstvenim potrebam državljanom, jim zagotovil kvalitetnejše zdravstvene storitve, lažje dostope, nižje cene ipd. Trg zdravja pa v resnici ne sledi potrebam javnosti, niti ne varčuje, ampak tako kot katerikoli drug ekonomski trg ustvarja in širi bogastvo upravljavcev na račun identificiranja in ustvarjenja vedno novih potreb, storitev in tržišč. Light (2000) opozarja, da selektivno trženje in potrošnja pravzaprav ustvarjata višje cene, privatizacijo, ožje dostope, negotovost in nezadovoljstvo javnosti. Večje kot je zanašanje na trg, bolj je sistem teroriziran s problemi neenakosti, neučinkovitosti in z javnim nezadovoljstvom. Tržni sistem namreč krepi enosmerne nadzorne informacijske kanale od upravljavca do zdravnika in državljana; nezadovoljstvo javnosti pa se politično usmeri v zdravniško stroko in ne v primarnega upravljavca zdravja. Sodobne zdravstvene reforme naj bi se odmikale od upravljalnih dispozicij, vendar zdravstveno strokovnost in učinkovitost še vedno obravnavajo v tržnih okvirih. Kakršnekoli spremembe zdravstvenega sistema znotraj politično-ekonomskega diskurza pa vedno ustvarjajo podobne izide zdravstvenega delovanja in vedenja. Dokler bo zdravje primarno tržno blago za ustvarjanje kapitala, bo neenakost njegova osnova (Light 2000).

Vlada je danes primarni upravljavec in nadzorni organ zdravstvenega varstva, svojo učinkovitost pa meri v pogojih gospodarske rasti. Zdravstvene potrebe so ne glede na negativne zdravstvene razmere medicinsko obravnavane tako, da ustrezajo kapitalistični produkciji rasti. Zdravstveno varstvo je državni kulturni aparat, ki ideološko vzpostavlja dominacijo višjega razreda nad podrejenimi skupinami in producira »zdravo« delovno silo. Zdravstveno varstvo obnavlja in reproducira obstoječi družbeni red, kapitalistično produkcijo rasti in neenakopravne družbene odnose med posameznimi državljani, podjetji, skupnostmi in organizacijami. Pravica do zdravstvene oskrbe je potemtakem tudi ideološko sredstvo in ne zgolj izraz posameznikove svobode (Verbrugge 2000, 294; White 2002, 90, 91).

3 Družbeno-ekonomske razmere javnega zdravja/-stva v Sloveniji

3.1 Slovenski zdravstveni sistem in zdravstvena zakonodaja

Povojni državni sistem zdravstvenega varstva je temeljil na miselnosti socialne blaginje. Zavzemal se je za enakopravni dostop vseh državljanov in državljanek do zdravstvene oskrbe ne glede na materialni status. Zdravstvene storitve so bile v celoti solidarno financirane iz javnih sredstev. Pospešeno staranje prebivalstva, kronične bolezni, medicinski in tehnološki razvoj je proti koncu 80-ih let začel od države terjati vedno več javnih sredstev, četudi je zanje začelo primanjkovati materialnih dobrin. Enakopravni dostop v zdravstvenem sistemu, povečanje zdravstvenih zmogljivosti in vlaganje v razvoj niso izboljšali zdravja skupnosti, ampak so le vztrajno povečevali delež državnih iztekov in zavirali gospodarski razvoj. Cijan (1999) pravi, da se zato v javnosti vzpostavi politična zahteva po osebnem, družinskem, kolektivnem in družbenem spoštovanju zdravja kot najvišje vrednote. Zdravje ni več le osebna pravica, ampak tudi temeljenja družbena odgovornost (Cijan 1999, 25, 26, 99). Vsak državljan/-ka naj bi s skrbjo za zdravje aktivno prispeval/-a h gradnji podobe javnega zdravja oz. zdravja celotnega prebivalstva (Albert in Klazinga 2010, 49).

Ekonomska kriza v začetku 90-ih let je vzpostavila ravnovesje med državno solidarnostjo in gospodarskim napredkom, in sicer z namenom izboljšanja zdravja in kvalitete življenja skupnosti (Česen 1995). Enakopravnost v zdravju/-stvu naj bi se dosegla z vzpostavljanjem določene stopnje neenakopravnosti, torej z omejevanjem dostopa za klinično nenujne primere. Odgovornost za zdravje je vzpostavljena z namenom posameznikovega spoštovanja zdravja kot vrednote (Cijan 1999), skozi čas pa postane ugodna politično-ekonomska niša vzbujanja krivde za bolezensko stanje. Krivda pa vodi k posluževanju zdravstveno očiščevalnih praks, spodbuja potrošnjo zdravstvenih izdelkov in zmanjšuje dostop do državno plačljivih zdravstvenih storitev (Ule 2003).

Slovenski zdravstveni sistem in njegovo dvajsetletno delovanje najbolj zaznamuje zdravstvena reforma iz leta 1992, ki določi pogoje zdravstvenega varstva in pravic (US RS 1991, 51. člen). Reforma uvede pet ključnih sprememb: prenese nadzor in načrtovanje s strani države na zbornice in občine, uvede dopolnilno zdravstveno zavarovanje, sistem

doplačil za razne zdravstvene storitve, zasebni del v zdravstvenem varstvu ter pravna pooblastila za zdravstvene delavce (Albert in Klazinga 2010, 49). Državni nadzor se zaradi razsipnosti in neučinkovitosti prejšnjega sistema razdeli na manjše enote, občine, zavarovalnice, zdravniške in farmacevtske lokalne skupnosti in združenja. V skladu s tedanjimi direktivami Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) se mreža zdravja in odgovornost za zdravje razširita na večje število družbenih akterjev, in sicer na vlado, parlament, podjetja, lokalne skupnosti, zdravniško zbornico, lekarniško dejavnost in državljane (Cijan 1999, 26). Ključni cilj povečevanja mreže javnega zdravja/stva postane transparentnost zdravstvenega sistema in zagotovilo, da odločitve v zvezi z zdravjem sprejema kvalificirana stroka (Albert in Klazinga 2010, 50). Z nadzornim premikom se vloga zasebnih strokovnih, zdravstvenih, zobozdravstvenih, lekarniških, zavarovalnih podjetij poveča. Slednji se začnejo boriti za primarno opredelitev zdravja in zdravstvenih storitev, kar jim na račun trga zdravja prinaša tudi dobiček.

Slovenski zdravstveni sistem označuje kompromis med javnimi in zasebnimi sredstvi. Prenos državne odgovornosti na posameznike pomeni prenos bremena na aktivno prebivalstvo. (Aktivni) državljani v novem sistemu nimajo zagotovljenega samoumevnega dostopa, ampak si ga morajo v določenih primerih (do)plačati. Nov zdravstveni sistem sprva prinese znatno gospodarsko rast, boljše zdravstveno stanje skupnosti, bolj dosledno in učinkovito izrabo zdravstvenih storitev, sčasoma pa se na račun nekontroliranega bogatenja posameznih družbenih akterjev začne soočati s problemi čakalnih vrst, visokih zdravniških plač, visokih doplačil, neenakostmi itd. Z izbruhom gospodarske krize leta 2009, rastjo brezposelnosti in povečanimi pritiski nad delovno silo se v državi zmanjšuje družbena podpora in povečujejo družbene napetosti. Vse to zavira razvoj ugodnih okoliščin za gradnjo pozitivne kulture zdravja/-stva. Država je prisiljena urejati področje, ki formalnopravno od leta 1992 ni več pod njenim nadzorom (Albert in Klazinga 2010).

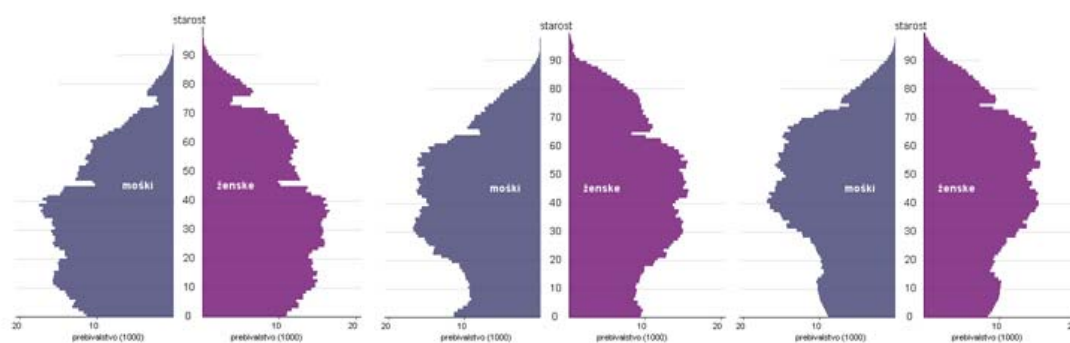
Od leta 1992 do zdaj so bile vse zdravstvene reforme neuspešne (Albert in Klazinga 2010). Leta 2010, leto po gospodarski krizi, se zopet pojavi ideja o spremembah zdravstvenega sistema, ki naj bi bil za spremembo od prejšnjih sistemov dejansko naravnán na družbeno pravičnost in enakost (MZ RS 2011a). Zdajšnje spremembe zdravstvene zakonodaje označujejo premik k predhodnemu sistemu, saj naj bi se zdravstvena mreža zopet skrčila na raven najmočnejšega nadzorovalca – države, in na raven posameznika, ki bo preko institucij zdravstva stal naproti najvišjemu javnemu organu – državi.

3.2 Demografske razmere v Sloveniji

Evropa se danes sooča z masovnimi demografskimi spremembami; demografske razmere pa so pogosti razlog ocenitve zdravstvenih stanj in kreacij novih zdravstvenih politik (Cijan 1999, 27; MDDSZ 2007).

Po slovenski osamosvojitvi leta 1991 se je število rojstev približno 10 let močno zmanjševalo, po letu 2003 pa je zopet začelo naraščati. Leta 2010 je Slovenija zabeležila največjo rodnost in naravni prirast, z razvojem zdravstva in medicinskega znanja pa je počasi upadala tudi umrljivost prebivalstva. Za demografsko strukturo Slovenije je značilno hitro podaljševanje življenjske dobe in pospešeno staranje prebivalstva. Od osamosvojitve do leta 2010 se je povprečna starost umrlih dvignila za pet let in dosegla 75 let. Življenjska doba se je povečala za šest let, pri čemer se je zmanjšala razlika med večjo umrljivostjo moških v primerjavi z ženskami. Medtem ko je bila leta 1991 med umrlimi osebami vsaka tretja oseba mlajša od 65 let, je bila leta 2010 takšna vsaka peta umrla oseba (SURS 2009, 2010, 2011).

Slika 3.1: Slovenska prebivalstvena piramida leta 1991, leta 2010 in pričakovane demografske razmere leta 2020



Vir: SURS 2011.

Staranje prebivalstva predstavlja enega največjih ekonomskih in socialnih problemov (Slika 3.1). Pred desetimi leti je bilo 14,1 % prebivalcev starih nad 65 let, danes pa jih je že 16,5 %. V primerjavi z ostalimi državami Evropske unije se v Sloveniji upokojujejo razmeroma mlade osebe, kar pomeni tudi daljše prejemanje starostne pokojnine (tj. čas od upokojitve do smrti). V zadnjih desetih letih se je čas prejemanja pokojnine pri ženskah podaljšal kar za 5 let, pri moških pa za 2 leti in 7 mesecev. Medtem ko se število upokojencev naglo povečuje, se število aktivnih prebivalcev zmanjšuje oz. ustaljuje. Leta 2010 je bilo razmerje med

povprečnim številom delovno aktivnih prebivalcev in številom upokojencev 6 proti 1. Število upokojencev se je v enem letu povečalo za 4,1 %, delež delovno aktivnih prebivalcev pa se je zmanjšal za 2,7 %. Solidarnost med različnimi generacijami je vse težje uresničljiva in tudi podatki kažejo, da se pokojnine v primerjavi s plačami vztrajno nižajo (SURs 2011).

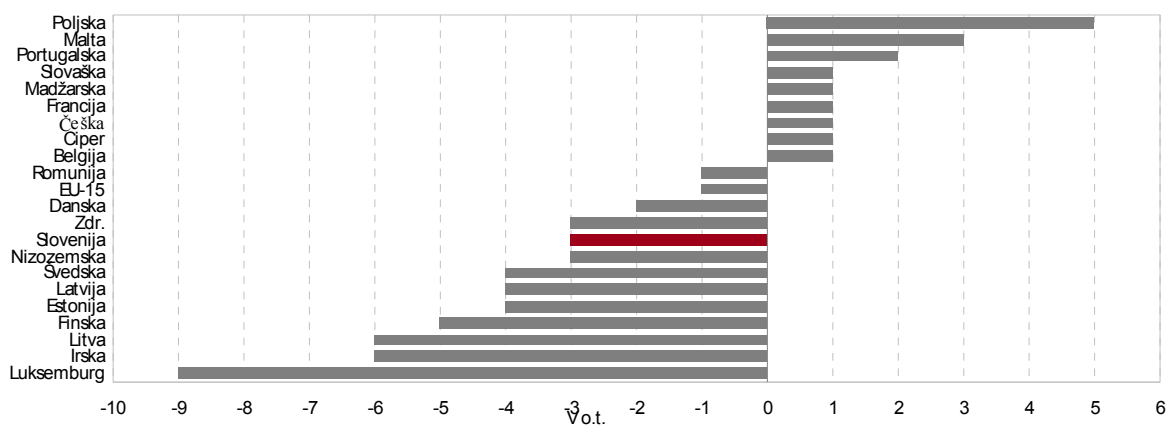
V zadnjih 50-ih letih je prebivalstveni in družbeni razvoj Slovenije zaznamovalo tudi priseljevanje iz tujine, zlasti iz republik nekdanje Jugoslavije, nekaj je bilo priseljevanja v povezavi z 2. svetovno vojno ter iz ostalih članic EU. V zadnjih letih se je povečalo število priseljencev iz najmanj razvitih območij nekdanje Jugoslavije (Kosovo, Makedonija) in beguncev z območij vojnih spopadov nekdanje Jugoslavije (večinoma iz Bosne in Hercegovine), ki se v Slovenijo selijo zaradi ekonomskih in materialnih vzrokov. Četudi so priseljenci pogosto pomemben del delovne sile, je večji delež priseljencev v primerjavi z domačimi prebivalci pod pragom tveganja revščine oz. socialno izključenih (SURs 2011). Povečevanje prebivalstva, raznolikosti med družbenimi skupinami in posledično vse večji spori interesov kažejo na poglobljanje neenakosti, ki so osnova za razvoj raznih bolezenskih stanj (Buzeti in drugi 2011).

3.3 Gospodarske/finančne razmere in spremembe v Sloveniji

Gospodarska kriza leta 2009 je v naslednjih dveh letih močno ogrozila rast blaginje in kakovostnega življenja. Razmere na trgu dela so se poslabšale, zvišala se je brezposelnost, znižala zaposlenost, zaradi pričakovane pokojninske reforme in staranja prebivalstva je prišlo do pospešenega upokojevanja, zmanjšal se je razpoložljivi dohodek in povečalo se je število socialnih prejemnikov. Leta 2010 je dolgotrajna stopnja brezposelnosti dosegla nadpovprečno EU vrednost (38,5 %) in izrazila nizko stopnjo družbene povezanosti in gospodarnosti. Povečala se je materialna prikrajšanost, najbolj pa se je poslabšalo stanje že prej ogroženim družbenim skupinam (brezposelnim osebam, parom s tremi ali več otroki, gospodinjstvom brez delovno aktivnih oseb z vzdrževanimi otroki in enočlanskim gospodinjstvom). Razni politični ukrepi v letu 2010 (npr. zadrževanje rasti plač in socialnih transferjev) so začasno pripomogli k zmanjšanju revščine in dohodkovne neenakosti, zato je za Slovenijo kljub vsemu značilna nadpovprečna evropska dohodkovna in materialna enakost med različnimi družbenimi skupinami (UMAR 2011, 9, 10, 134, 154).

Družbena enakost med skupinami prebivalstva se kaže v hitrem enakopravnem zniževanju življenjskega standarda in kupne moči. Leta 2009 se je raven BDP-ja na prebivalca z negativno vrednostjo (-3) bistveno oddaljila od evropskega povprečja in označila odmik od gospodarskega napredka in cilja (glej Graf 3.1). Neugodna strukturirana politika je povzročila propadanje podjetij, nizko državno zaposljivost, nizko tehnološko in raziskovalno konkurenčnost, inflacijo na račun življenjskih potrebščin in storitev ter razpadanje družbenega in kakovostnega življenja. Ugled Slovenije na mednarodnih finančnih trgih se je poslabšal, kar je oviralo pritek tujih financ v zasebni sektor prebivalstva (UMAR 2011, 9, 10, 86, 134; Vlada RS 2011, 4, 7).

Graf 3.1: Odmik BDP-ja/prebivalca po kupni moči v letu 2009 v primerjavi z ostalimi EU državami



Vir: UMAR 2011.

Evropski svet je januarja 2010 od Slovenije zahteval, da do leta 2013 zmanjša presežni primanjkljaj in doseže vsaj vrednost -2 BDP/prebivalca, ki predstavlja varnostno mejo za ohranitev zdajšnjega kakovostnega standarda oz. makroekonomske stabilnosti v primeru dodatnega gospodarskega upada (Vlada RS 2011, 9). Evropska komisija je marca 2010 sprejela krovno strategijo za rast blaginje in delovnih mest. Vsaka država EU naj bi oblikovala specifične nacionalne reforme, ki bi na novo opredelile in razporedile način družbenega vključevanja in sodelovanja posameznih družbenih skupin. »Evropa 2020 je ambiciozna in celovita strategija za izhod držav članic iz gospodarske krize /.../ Bistven del te strategije je uvedba strukturnih reform /.../, ki spodbujajo vzdržnost javnih financ, izboljšujejo potencial rasti /.../. Strategija opredeljuje tri prednostne vidike za Evropo:

pametno, trajnostno in vključujočo rast« (MG RS 2011, 5).

Vlada Republike Slovenije (RS) in Ministrstvo za finance sta si v letih 2010/2011 zadala finančni okvir skrbnejšega gospodarjenja z viri oz. zmanjšanja stroškov na račun povečanih nefleksibilnih izdatkov, ki temeljijo na raznih zakonodajnih predpisih (npr. pravica do socialnega nadomestila, do pokojnine). Doseganje gospodarske rasti in konkurenčnosti postaneta glavna cilja, ki merita upravičenost in učinkovitost vseh državnih proračunskih izdatkov. Vlada za uspešno gospodarsko rast predlaga spremembe zakonodaj ter politično povezovanje različnih programov in ukrepov (Aktivna strategija razvoja Slovenije do leta 2020). Pokojninska reforma naj bi npr. zvišala starost za upokojitev in stabilizira povečane izdatke upokojevanja. Pospešeno staranje prebivalstva državo vsako leto stane kar 215 milijonov evrov oz. 0,6 % BDP-ja. Migracijska politika naj bi spodbudila ekonomske migracije, podjetništvo priseljencev, priznavanje in vrednotenje v tujini pridobljenega znanja. Reforma na področju delovne zakonodaje naj bi zmanjšala delo na črno, zaostрила globe na nelegalne zaposlitve, uredila področje dostopa nadomestil za mlade. Zakonodaja na področju denarnih prejemnikov naj bi znižala raven tveganja revščine. Zakonodaja na področju izobraževanja naj bi povečala delež prebivalcev z najmanj višješolsko izobrazbo. Zdravstvena zakonodaja naj bi uredila nadzorne funkcije, sistem plačevanja in dostop do zdravstvenih storitev itd. (RS MDDSZ 2009; RS MG 2011; UMAR 2011, 9, 10; Vlada RS 2011). Cilj vlade pri tem je »ustvariti poslovno okolje, v katerem se bodo dobro počutila domača in tuja inovativna, kreativna, razvojno naravnana /.../ podjetja, ki so in bodo sposobna ustvarjati visoko delovno vrednost in kakovostna delovna mesta« (MG RS 2011, 1). Česen (1995, 8) poudarja, da Slovenija nima izobilja surovin in energetskih virov, zato je gospodarska rast možna le na račun kakovostne delovne sile, znanja, tehnološkega napredka, podjetništva, kakovostno razvitega prostora, socialne varnosti in stabilnosti.

Nacionalne reforme naj bi v sistem vpeljale večjo enakopravnost in pravičnost, končni rezultat pa bi bila predvsem drugačna (večja) razslojenost prebivalstva z namenom razbremenitve tistih, ki ustrezajo ideji trajnostnega razvoja Slovenije. Slovenski ukrepi s trajnostno vizijo Evropske komisije in Ministrstva za gospodarstvo do leta 2020 ustvarjajo specifično demografijo Slovenije, ki bi krepila gospodarski razvoj. Reforme se medsebojno povezujejo v zagotavljanje državne solidarnosti oz. državljskih pravic, vendar le do mere, ko posamezni državljan za državo predstavlja *kapital*.

Slovenija je bila od osamosvojitve organizirana na temeljih sorazmerne državne solidarnosti. Medtem ko se solidarnost zavzema za enakopravnost, gospodarski razvoj ohranja in povečuje bogastvo različnosti. Gibalo gospodarskega razvoja je sebičnost gospodarskih subjektov po višjem dobičku, kar v končnem zavira idejo zdravstvene enakopravnosti med družbenimi skupinami (Cijan 1995, 10; Brown, Rohregger 2010, 5). Vendar tudi sedanje razmere ovirajo družbeno vključenost in solidarnost oz. botrujejo nastanku stresnih situacij, neugodnih primerjav in kriminala (Česen 1995, 20).

3.4 Razvojna raven Slovenije

Slovenija je po kazalcih človeškega razvoja (HDI) ena izmed najbolj razvitih držav na svetu. Najvišjo vrednost dosega pri zdravju, saj pričakovana življenjska doba znaša 78 let. Najnižjo vrednost pa zavzema v kategoriji dohodka, kar je v nasprotju z dejstvom, da po letih šolanja in izobraževanja s povprečno vrednostjo 16,7 let prav tako presega EU povprečje (15,6 let). Podatki zrcalijo kritično dohodkovno raven, ki je osnova pozitivne samopodobe in pozitivnega grajenja zunanjega sveta (UMAR 2011, 146).

Slovenija vodi obsežno politiko in aktivnosti znotraj in izven zdravstvenega sektorja, ki vplivajo na enakosti v položaju in zdravju (politika zaposlovanja, politika socialnega varstva, prav posebej s področja ranljivih skupin, otrok, vključno z izobraževanjem in dostopom do zdravstvenega varstva). Ne obstaja pa skladni okvir, ki bi zagotavljal celovitejšo povezanost za zmanjšanje družbene neenakosti v zdravju (Rohregger in Brown 2010, 6).

3.5 Zdravstveno stanje in neenakost v Sloveniji

V zadnjih nekaj letih je v Sloveniji največkrat zabeležena smrtnost zaradi bolezni srca in ožilja ter rakavih obolenj. Najpogosteje predpisano zdravilo je za zniževanje krvnega tlaka, pogoste so težave z mišično-skeletnim predelom, z želodcem, z glavoboli in migrenami ter z depresivnimi in tesnobnimi motnjami. Povečani razvoj mest in urbano življenje povzročata onesnaževanje zraka in razne bolezni dihal (SURs 2010, 2011).

V zadnjem desetletju se je zdravstveno stanje sicer dvignilo na raven najbolj razvitih držav, vendar se zdravje skupin z boljšim socialno-ekonomskim (dohodkovnim, izobrazbenim,

geografskim) položajem izboljšuje neprimerno hitreje, kar zrcali nepravilne razlike v doseganju zdravja. Tveganjem bolezni srca in arterijske hipertenzije so npr. najbolj izpostavljeni aktivni posamezniki v starostni skupini od 45—64 let z najnižjo stopnjo izobrazbe. V ekonomsko prikrajšanih delih moški pogosteje obolevajo za rakom glave in vratu. Pri ženskah pa je obolevnost z rakom na dojki ali malignim tumorjem pogostejša v ekonomsko privilegiranih območjih. Depresija in skeletno-mišične težave so pogostejše pri manj izobraženih prebivalcih Slovenije (Buzeti in drugi 2011, 2, 11). Raziskave neenakosti v zdravju v Sloveniji so pokazale, da socialno-ekonomski pogoji pomembno vplivajo na zdravje in na življenjske navade prebivalcev. Otroci iz revnejših družin manj pogosto uživajo sadje in zelenjavo ter so manj fizično dejavni. Delež kadilcev, prekomerno hranjenih in debelih odraslih je prav tako večji med prebivalci z nizkim socialno-ekonomskim položajem. Slabe zdravstvene navade so povezane z brezposelnostjo, nizkim materialnim ali izobrazbenim statusom (Buzeti in drugi 2011, 10). Različne oblike pomanjkanja sprožajo vsakodnevne strese, duševne stiske in povišan krvni tlak. Bolezni populacije oz. posameznih družbenih skupin zrcalijo neugodne družbene, kulturne, ekonomske, moralne in politične razmere v državi (Česen 1995, 33, 34, 35).

Vsem državljanom Slovenije je zagotovljena pravica do zdravstvenega varstva in socialne zaščite. Zdravstveni sistem vsem varovancem omogoča prost dostop do primarne zdravstvene storitve oz. možnost primarnega zdravniškega mnenja in ocene o tem, ali bolnik potrebuje dodatne (sekundarne) storitve (ZZZS 2011). Takšen sistem naj bi razporejal klinično nujne primere, manjšal neenakosti v zdravju in hkrati dajal bolnikom informativna napotila o nadaljnjem delovanju. Izraba zdravstvenih pravic pa je med skupinami prebivalstva različno porazdeljena. Najbolj ranljivi prebivalci pogosto ne uporabljajo zdravstvenih storitev ali pa vsaj ne do mere zdravstvene učinkovitosti, četudi imajo teoretično dostop do njih. V obvezno zdravstveno zavarovanje, ki zagotavlja prost dostop do nujnih zdravstvenih storitev, tudi niso vključeni vsi ranljivi posamezniki (npr. brezposelni). Sekundarni dostop, ki je pogosto neločljivi del nekaterih nujnih zdravstvenih storitev, je treba doplačati bodisi neposredno ali prek dopolnilnih zavarovanj. Socialna država omogoča finančno pomoč le v primeru nadpovprečnih življenjskih stisk, vendar si najbolj ranljivi posamezniki kljub vsemu težko privoščijo visoke stroške, ki spremljajo zdravljenje. Doplačila tako kljub vsemu predstavljajo oviro pri enakopravnem dostopu do zdravljenja (Buzeti in drugi 2011, 65; Rohregger in Brown 2010, 5).

Slovenija ima v primerjavi z EU državami nadpovprečno pomanjkanje splošnih zdravnikov, problematična pa je zlasti neustrezna regionalna pokritost in razporejenost. Pomanjkanje splošnih zdravnikov ovira enakopravni dostop do zdravstvenih storitev, vodi v slabšo obravnavo zdravstvenih stanj, v prenos javnih storitev iz primarne na sekundarno (plačljivo) raven in zrcali neučinkovitost zdravstvenega financiranja. Pomanjkanje zdravnikov je nesorazmerno z družbenimi in demografskimi spremembami ter s povečanim številom kroničnih bolnikov (UMAR 2011, 166). Slovenski zdravstveni sistem se sooča z nenehnimi javnimi kritikami glede povečevanja zdravniških plač, dolgotrajnih izgradenj bolnišnic, privatizacije zdravstva ter dolgih čakalnih dob, ki povečujejo plačevanje iz žepov¹ (Zaupanje v zdravstvo 2010) in spodbujajo neenakosti v zdravju/-stvu. Zdravstvena politika bi morala zato urediti dostop do zdravstvenih storitev in zagotoviti enake možnosti kakovostnega zdravljenja ne glede na kulturne, etične, ekonomske, geografske in druge razlike (WHO 2006).

3.6 Financiranje slovenskega zdravstvenega sistema

Financiranje je pogosta ovira pri uspešnem delovanju zdravstvenega sistema. Zdravstvena politika je učinkovita, če nudi vesplošno dostopnost zdravstvenih storitev po zmerni ceni (Health Financing, WHO 2010). SZO pri tem opozarja na problem neenakopravnega varstva zdravstvenih pravic oz. dostopa do nujne zdravstvene oskrbe. Organizacija zdravstvenega varstva naj ne bi spodbujala razslojenost in diskriminacijo glede na družbeno-kulturni položaj. V Sloveniji ustava določa, da ima »vsakdo pravico do zdravstvenega varstva pod pogoji, ki jih določa zakon« (URS 1991, 51. člen). Zakon o združenem delu (ZZD 1990, 45. člen) prav tako določa, da morajo zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci vse ljudi obravnavati pod enakimi pogoji in spoštovati njihove ustavne in zakonske pravice, kar vključuje tudi osebno izbiro po zdravljenju. Zdravstveni sistem z ustavo, najvišjim pravnim aktom, in sočasnimi združenji podpira enakopravnost.

Slovensko zdravstvo je financirano z javnimi in zasebnimi izdatki; zadnji so kriti bodisi z dopolnilnimi zavarovanji bodisi z zasebnimi doplačili (Cijan 1999, 26, 28). Skupni izdatki za zdravstvo srednje razvite države naj bi dosegli raven vsaj 4—5 % BDP-ja (Health Financing,

¹ Septembra 2010 je začel delovati *Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov*, ki zmanjšuje čakalne dobe v skladu z medicinsko nujnostjo.

WHO 2010). Slovenija je leta 2010 za zdravstvo namenila kar 9,06 % BDP-ja, kar jo po vrednotenju zdravja, zdravstva in kazalcih človekovega razvoja uvršča med svetovno najbolj razvite države. V nasprotju z ostalimi razvitimi državami pa dosega nadpovprečno evropsko vrednost zasebnega plačevanja zdravstvenih storitev (28,1 %) in presega še sprejemljivo mejo zasebnih izdatkov (25 %). Slovenija je po višini javnih izdatkov za zdravstvo po vseh mednarodno primerljivih kazalcih podpovprečna. V letih 2000—2008 so se npr. najbolj povečali neposredni izdatki iz žepa in presegli vrednost izdatkov iz dopolnilnih zavarovanj, medtem ko se je financiranje iz proračuna zmanjšalo za desetino. Od leta 2004 so se celotni izdatki za zdravstvo povečali za 43 %, pri čemer so se javni izdatki povečali za 38 %, zasebni pa kar za 56 %. Prebivalci z najnižjim dohodkovnim standardom so namenili največji delež zasebnih izdatkov za varstvo socialnih pravic, kar je v nasprotju z ustavnimi določili enakopravnosti (MZ RS 2011, 7).

Mednarodno najbolj razvite države imajo zdravstveni sistem financiran pretežno z javnimi sredstvi, zato se Slovenija kljub visokemu BDP izdatku za zdravstvo postavlja ob bok državam z neorganizirano zdravstveno politiko. Slovenija je ustvarila podobo razvite države in stabilnega zdravstvenega sistema z zviševanjem zasebnih doplačil, s tem pa je vedno bolj obremenjevala delovni sektor. V času gospodarske krize in zmanjševanja delovne sile so se zviševali posameznikovi delovni prispevki in/ali finančne obremenitve za zdravljenje (Albert, Klazinga 2009; SURS 2010; Buzeti in drugi 2011, 63; MZ RS 2011a, 7; UMAR 2011, 156; WHO 2010, 2011).

Anketa iz januarja 2010 je pokazala, da so v slovenskem zdravstvu najbolj zaščiteni prebivalci stari do 30-ih let in nad 60 let, torej upokojenci, dijaki in študenti. V zdravstvu je najmanj zaščiten aktivna in zaposlena skupina prebivalstva v starosti od 31 do 60 let (Zaupanje v zdravstvo 2010). V zadnjih letih so se tudi najbolj okrepili javni izdatki za zdravstveni del dolgotrajne oskrbe v domovih za starejše, ki se pokrivajo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (na raven 63 %). Leta 2010 je država za socialne in zdravstvene izdatke dolgotrajne oskrbe namenila kar 277 milijonov evrov. Zaradi demografskih sprememb in staranja prebivalstva pa se javna sredstva za dolgotrajno oskrbo še povečujejo (MZ RS 2011b, 12; SURS 2009; UMAR 2011, 158). Po drugi strani pa so z vidika aktivne skupine prebivalstva pogosto obiskane zelo drage zdravstvene storitve, ki so povezane s fizično preobremenjenostjo (npr. rehabilitacija, fizioterapija, diagnostika) in dosega vrednost do več tisoč evrov doplačil, pri čemer so postopki zdravljenja praviloma tudi dolgotrajni (Buzeti in

drugi 2011, 65).

3.7 Nova zdravstvena reforma

Ministrstvo za zdravje je septembra 2010 v dokumentu *Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu 2010—2015* načrtovalo osnovne smernice za razvoj zdravstvenega sistema in izpostavilo potrebo po povezovanju pacientov, izvajalcev, vlade in ostalih partnerjev profesije v krepkejšo mrežo zdravstva. Ministrstvo naj bi znotraj te »varovalne mreže« zdravja integriralo mednarodna in evropska načela kakovosti v zdravstvu: varnost, uspešnost, pravočasnost, učinkovitost, enakopravnost in osredotočenost na pacienta (MZ RS 2010). Vlada RS je julija 2011 sprejela dopolnjeni predlog *Nadgradnje zdravstvenega sistema do leta 2020 – Korak naprej*, ki vključuje spremembe *Zakona o zdravstveni dejavnosti* in *Zakona o zdravstvenem varstvu in zavarovanju*. Nov zdravstveni sistem naj bi zmanjšal diskriminacijo, finančno in strukturno neenakost v dostopu do zdravstvenih storitev, spremenil nadzorne vloge in postal oboje – naravnano na pacientove potrebe (v skladu s septembrskim osnutkom) in razvojno konkurenčen oz. primeren za prosti pretok pacientov znotraj EU (MZ RS 2011a, 4). V izhodiščih se nova zdravstvena reforma sicer zavzema za zmanjšanje diskriminacije in večjo enakopravnost državljanov, vendar končne spremembe temu nasprotujejo. Z enosmernim nadzornim državnim diskurzom o zdravju/-stvu se namreč slabijo predpostavljene enakopravnejše zdravstvene pravice državljanov, hkrati pa se z dodatnim prelivom socialnih pravic na financiranje zdravstva še bolj bremenijo dolžnosti državljanov.

3.7.1 Zakon o zdravstveni dejavnosti

Ministrstvo za zdravje z novim zakonom razširja svoj nadzor iz zakonitega na strokovni vidik; na vidik kakovosti, varnosti in vsebine dela izvajalcev zdravstvene dejavnosti. S tem prevzema vlogo zdravstvenim, zobozdravstvenim, lekarniškim itd. zbornicam, ki bi morale v novem sistemu pridobiti različna dovoljenja za izvajanje. Ministrstvo za zdravje bi tudi (so)določilo oz. odobrilo delovne normative in konkretne obveznosti različnih zdravstvenih izvajalcev. Plača zdravstvenih delavcev bi bila vezana na vestno upoštevanje delovnih normativov in na kvaliteto strokovnega dela. Zdravstveni delavec bi javni zdravstveni zavod

lahko zaprosil za opravljanje zdravstvenih storitev pri drugem izvajalcu, vendar le če bi izpolnjeval vse normative in obveznosti iz zaposlitvene pogodbe. Družbena vloga in status direktorjev zdravstvenih zavodov bi se pri tem povečala, saj bi (so)določali delovne normative. Redki zdravstveni zavodi bi lahko postali avtonomni, vendar pod pogojem natančnega snovanja delovnega načrta skupaj z ministrstvom za zdravje (MZ RS 2011a, 15—18). Ministrstvo za zdravje se pri tem v nadgradnji dokumenta neustrezno in kontradiktorno sklicuje na domnevno neodvisnost zdravniških in strokovnih odločitev. »V skladu z vse večjo avtonomizacijo javnih zdravstvenih zavodov se bodo investicije prenesle v samostojno odločanje in izvajanje vsakega javnega zdravstvenega zavoda posebej« (MZ RS 2011a, 9).

Z novim zakonom bi se pod nadzorom vlade RS in Ministrstva za zdravje začeli različni izvajalci zdravstvene dejavnosti medsebojno povezovati v prožnejše mreže in centre znanja. Medsebojno sodelovanje bi potekalo na horizontalni in vertikalni ravni med zdravstvenimi domovi, bolnišnicami, upravnimi in vodstvenimi dejavnostmi. Merila za vzpostavitev mreže bi bila vladna določila, demografske, epidemiološke, migracijske, tehnološke, logistične, strukturne spremembe, pričakovani prebivalstveni razvoj, pa tudi potrebe prebivalstva in število zdravnikov glede na regionalno območje. Združevanje zdravstvenih delavcev in organizacij bi bilo obvezno, minister za zdravje pa bi imel z zakonom izredno pravico in bi lahko določil povezave med posameznimi zdravstvenimi izvajalci. Ministrstvo za zdravje bi v zdravstvo uvedlo uporabo enotne informacijsko-komunikacijske tehnologije in elektronskega načina poslovanja. Informacijska povezava bi omogočila izmenjavo dokumentov na nacionalni ravni, strukturno reorganizacijo zdravstvenih delavcev, odpravo čakalnih dob in mobilnost zdravstvene obravnave. Zdravstveni strokovnjaki bi imeli dostop do vseh elektronskih zdravstvenih zapisov in izvidov pacientov ter do posameznih strokovnih virov; kar domnevno olajšuje odločitve v zvezi z zdravjem. Državljeni bi se o zdravju in boleznih lahko informirali prek državnih portalov, ki bi omogočili dostop do »pravih, njim prilagojenih« informacij in izmenjavo zdravniških mnenj preko »varnega« zdravljenja na daljavo (MZ RS 2011a, 14, 18, 20, 21). Informacijska tehnologija po predlogu zakonskih sprememb namreč »aktivno spreminja in povečuje vlogo pacienta v središču zdravstvene oskrbe, obenem pa zagotavlja infrastrukturo za izmenjavo podatkov, ki so osnova za celostno in kontinuirano obravnavo pacienta« (MZ RS 2011a, 20). Elektronsko, informacijsko povezovanje bi krepilo določene vezi v »mreži zdravja«, po mnenju ministrstva pa naj bi zmanjšalo stroške vodenja, nepotrebnih delovnih mest in razporedilo zdravstveni kader glede

na regionalne in funkcionalne potrebe prebivalstva. Denarni prihranek bi ministrstvo namenilo večjemu obsegu zdravstvenih storitev in promociji pozitivnega oz. zdravega načina življenja (MZ RS 2011a, 14, 18).

Nova zakonodaja vpeljuje centralno vodenje preventivnih programov, ki so nacionalnega pomena, »kar dolgoročno zagotavlja načrtovanje, vrednotenje /.../ kakovosti« (MZ RS 2011a, 6). Zdravstveni sistem je po mnenju ministrstva za zdravje preveč usmerjen v kurativno dejavnost, zato bi ga bilo treba uravnotežiti s preventivnimi prijemi. Zakon bi opredeljeval tudi načine in vire vključevanja civilne družbe v aktivnosti za izboljšanje zdravja. Po vzorih SZO bi vsebino in obseg javnega zdravja izvajali Inštitut za varovanje zdravja in različni območni zavodi, ki bi krepili družbeno zdravje, preprečevali kronično nalezljive bolezni, spremljali in vrednotili zdravstvene kazalce, prepoznavali zdravstvene probleme, tveganja v skupnosti in se pripravili na njihovo obvladovanje. S tem bi razmejevali tudi javne izdatke od tržne dejavnosti ter določali združevanje različnih kapacitet (opreme, znanja, ekip). Območni zavodi za zdravstveno varstvo naj bi sodelovali tudi z raznimi deležniki izven zdravstva, vlaganja pa namenili preventivni dejavnosti zdravja in zmanjševanju neenakosti v zdravju (MZ RS 2011a, 5, 6).

Ministrstvo za zdravje in ministrstvo za finance bi na osnovi makroekonomskih ciljev javnih financ sprejela tudi *Akcijski načrt zdravstvenega varstva*, ki bi določal pogajanja Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) z zdravstvenimi izvajalci o vsebini, količini in vrsti zdravstvenih storitev in programov. ZZZS bi sklepal pogodbe z najboljšimi zdravstvenimi ponudniki, se pogajal za ceno in kakovost zdravstvenih storitev, določal javne in zasebne zdravstvene dejavnosti, preverjal kršitve, ocenjeval kakovost zdravniškega delovanja ter spodbujal geografsko enakomerni razvoj. Svojo informacijsko bazo bi povezal z ostalimi bazami, z Inštitutom za varovanje zdravja Republike Slovenije, Statističnim uradom Republike Slovenije, Centralnim registrom prebivalstva itd. Izvajalce bi obveščal in izobraževal o spremembah in imel s tem »boljši nadzor« nad izvajanjem javnega zdravstva (MZ RS 2011a, 12, 13, 17). Ministrstvo za zdravje želi ustanoviti tudi *Svet za vrednotenje zdravstvenih tehnologij*, ki bi spremljal mednarodni razvoj tehnologije, jo vrednotil v skladu s slovenskimi potrebami ter vpeljeval le stroškovno in zdravstveno učinkovite tehnologije. Svet bi tudi usklajeval in oblikoval smernice za ekonomske analize slovenskega zdravstva (MZ RS 2011a, 19, 20).

Ministrstvo za zdravje bi imelo z novim zakonom tudi nadzor nad izobraževalnim procesom, saj bi v posameznem študijskem letu določalo število vpisov na različne programe; s tem naj bi odpravili nesorazmerja v kadrovske pokritosti in klinično okolje razbremenili prevelikega števila določenih strokovnjakov. Vsako leto bi Vlada RS na osnovi dolgoročne strategije razvoja in potreb državljanov izdala razpis za zdravniške specializacije. Vsak zdravniški izvajalec (zdravnik, zobozdravnik, medicinska sestra, babica itd.) bi se moral, skupaj z navedenimi dejavnostmi in nalogami, vpisati v centralni register, s pomočjo katerega bi ministrstvo določalo nadaljnji razvoj kadra. Zakonsko bi se zmanjšale določene poslovne ovire za pridobitev in odvzem licence za opravljanje zdravniškega poklica, povečal pa bi se nadzor nad usposabljanjem v učnih zavodih (MZ RS 2011a, 19).

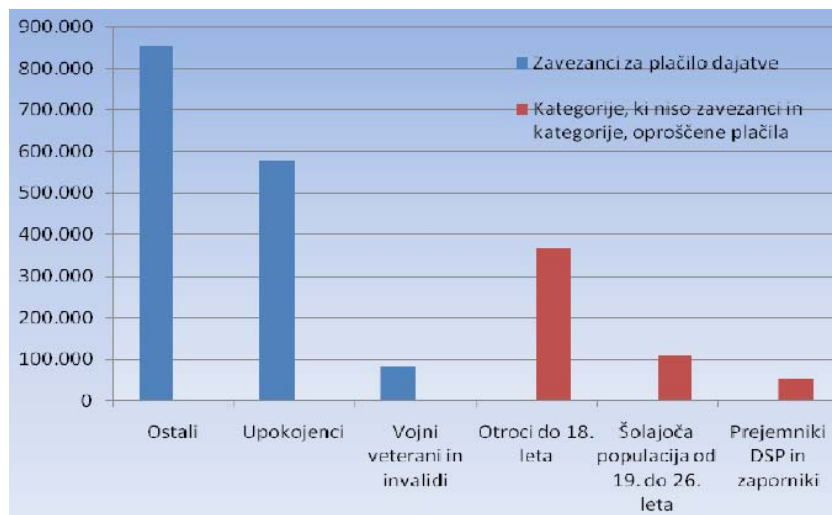
3.7.2 Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

ZZZS bi pod nadzorom ministrstva za zdravje, financ in razvojnih načrtov Slovenije upravljal širok trg javnega zdravstvenega varstva in postal odgovoren za finančno vzdržnost celotnega zdravstvenega sistema, zdravstvenih izvajalcev in storitev. Po mnenju ministrstva za zdravje obstoječi finančni sistem zdravstvenega varstva spodbuja neenakopravni dostop do zdravstvenih storitev oz. »diskriminacijo med različnimi kategorijami prebivalstva, ki so ob enaki višini dohodka v neenakem položaju«, saj so dopolnilna zdravstvena zavarovanja in zasebna doplačila neodvisna od prejetih dohodkov in zavarovalnih osnov. Nov zakon za temelj enakopravnosti zato predlaga ukinitvev dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ter reorganizacijo javnih sredstev, storitev in zavarovancev (MZ RS 2011a, 6, 7, 12, 13).

Z novim zakonom naj bi se kategorije zavarovancev združile v pet skupin glede na osnovno dejavnost, ustvarjene ali prejete dohodke ter prejetje socialnih nadomestil. Nova razvrstitev bi zavarovance delila na delavce, samozaposlene, družbenike, kmete in zavarovance po drugih predpisih. Ministrstvo za zdravje za zavezance dajatve predlaga tudi nekatere, zdaj socialno oproščene kategorije prebivalstva, kot npr. vojne invalide, veterane in žrtve vojnega nasilja, študente z obdavčljivimi dohodki. Z novim zakonom bi bili dajatve oproščeni le nekateri (in ne vsi) družinski člani (otroci, ki se šolajo, vendar največ do 26 let; v primeru podpovprečnega dohodka partner zavarovanca; duševno ali telesno prizadete osebe),

prejemniki denarne socialne pomoči, priporniki in zaporniki, tuji študentje² ter v eni izmed redkih možnosti tudi vojni invalidi, veterani in žrtve vojnega nasilja – glej Graf 3.2 (MZ RS 2011a, 6; MZ RS 2011b, 5, 6).

Graf 3.2: Nov sistem zavezancev dajatve in kritja zdravstvene oskrbe



Vir: MZ RS (2011b, 6).

Zdajšnja košarica obveznih zdravstvenih storitev je sicer univerzalna in vsebuje vse nujne zdravstvene storitve, vendar so redke (5 %) v celoti financirane iz javnih sredstev. Večina zdravstvenih storitev (5—95 %) je kritih z doplačili in z dopolnilnimi zdravstvenimi zavarovanji. Ministrstvo za zdravje zato predlaga sistem celotnega financiranja obveznih zdravstvenih storitev, ostale (»ne nujne«) pravice pa naj bi se krile z zasebnimi doplačili. Z novim zakonom bi se iz košarice obveznih zdravstvenih storitev izločili nekateri nenujni reševalni prevozi in zdraviliška zdravljenja, pogrebnine, posmrtnine, rehabilitacija itd. Številne zdravstvene storitve (npr. financiranje raziskovalnih dejavnosti, podiplomskega izobraževanja, pripravništva in specializacij, financiranje nadomestil za odsotnost z dela zaradi bolezni za brezposelne in krvodajalcev na dan, ko dajejo kri) pa bi se iz obveznega zdravstvenega zavarovanja prenesle na državni proračun ali Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. Obvezna dajatev bi se s celotnim kritjem obveznih zdravstvenih storitev povečala, vezana pa bi bila na dohodek posameznika po plačilu dohodnine in ne bi bremenila stroškov dela ali državne konkurenčnosti (MZ RS 2011a, 8—10). Finančni izračun obvezne dajatve bi upošteval redefinicijo košarice, medicinske, stroškovne in ostale ukrepe (uvvedbo terapevtskih paralel, mreženje, nagrajevanje zdravnikov po rezultatih dela, dodatno

² Zakon bi tujim študentom omogočil večji dostop do zdravstvenih storitev.

tehnologijo in odpravo čakalnih dob, *kritje storitev za prejemnike državne socialne pomoči, sredstva za obvezno zdravstveno oskrbo*³) (MZ RS 2011a, 2011b).

Tabela 3.1: Finančni pogled na košarico pravic v mio EUR

Košarica - finančni pogled v milijonih evrov	ZZZS	proračun	DZZ
nenujni reševalni prevozi	-1,1		-10,3
zdraviliška zdravljenja	-1		-8,8
nadomestila brezposelnim	-6,1	6,1 (MDDSZ)	
posmrtnine	-1,5	0,3 (MDDSZ)	
pogrebne	-9,15		
specializacije	-40,5		
investicije	40		
terapevstke paralele	-9,6		
nove tehnologije	20		
čakalne dobe	10		
mreženje in povezovanje	-10		
povečanje produktivnosti	-10		
sprememba osnov	4		
krvodajalci	-4,1	4,1	
terciar raziskovanje in izobraževanje	-17,3	17,3	
prispevek poškodbe pri delu na vse dohodke iz dela	4		
kritje do 100 %	307		-307
regresni zahtevki - avtomobilske škode	-30		
trošarine (sladke pijače, tobak, alkohol ...)		-18,3	
plačilo DZZ kod za socialno šibke sloje	*	-10	
SKUPAJ	244,6	0	-366,5

Vir: MZ RS (2011a, 11, 12).

Po primarnem finančnem izračunu (julij 2011) bi bila ukinitvev dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja in redefinicija košarice nevtralna za državni proračun in državljane (Tabela 3.1). Dodatna stroškovna obremenitev bi nastala zaradi prenosa določenih nadomestil (npr. za zadržanost z dela v primeru bolezni za brezposelne, terciarja, prostega dneva krvodajalcev) na državni proračun. Obremenitev bi se delno nadomestila s sredstvi, ki jih proračun sedaj namenja dopolnilnemu zdravstvenemu zavarovanju za socialno šibke sloje prebivalstva (10 milijonov evrov), preostala sredstva (18,3 milijonov evrov) pa bodisi z uvedbo novih trošarin za sladkane pijače in slaščičarske izdelke (po vzoru Danske, ZDA) bodisi z dvigom že

³ Ti koraki sprememb niso všteti v dokumentu *Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020 – Korak naprej* (julij 2011). Dodatne dajatvene stroške opredeli dokument *Dajatev za zagotovitev dela sredstev za obvezno zdravstveno zavarovanje (nadomestilo za premije dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja) ter dolgotrajno oskrbo* (oktober 2011).

obstojećih trošarin na alkoholne pijače in tobačne izdelke. Ministrstvo predlaga tudi višji pavšalni prispevek za avtomobilne nesreče (na 15 %)⁴, kar pomeni dodatnih 30 milijonov evrov za letne prihranke ZZZS-ja. Prihodki trošarin bi se porabili za preventivne in promocijske zdravstvene dejavnosti ter za zgodnje diagnostike bolezni (MZ RS 2011a, 10—12).

Tabela 3.2: Finančni pogled na košarico pravic v mio EUR po sekundarnem izračunu (do leta 2020)

Košarica - finančni pogled v milijonih evrov	ZZZS	proračun
Primarni izračun - SKUPAJ	244,6	0
administrativni stroški pobiranja dajatve	8	
sredstva za prejemnike DSP	10	-10
Zasebna sredstva za dolgotrajno oskrbo	44 (do 67)	-44 (do 67) MDDSZ
SKUPAJ	306,6 (do 329,6)	-54 (do 67)

Vir: MZ RS 2011b.

Po sekundarnem finančnem izračunu (oktober 2011) bi ukinitve dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja prinesla olajšavo državnemu proračunu (Tabela 3.2). Država po 24. točki obstoječega zakona plačuje obvezno zdravstveno zavarovanje za vojne invalide, vojne veterane, žrtve vojnega nasilja, zapornike, pripornike in prejemnike socialne pomoči. Z novim zakonom bi se socialno breme iz državnega proračuna preneslo v breme zavezancev (v vrednosti vsaj 10 milijonov evrov). Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve pripravlja tudi *Zakon o dolgotrajni oskrbi*, ki predvideva vzpostavitev novega socialnega zavarovanja za dolgotrajno oskrbo ter prenos sredstev na področje javnega zdravstva. Z novim zakonom bi se sredstva za obvezno zdravstveno zavarovanje zbirala skupaj s prispevki za socialno zavarovanje dolgotrajne oskrbe, ki državi prinašajo največje odhodke BDP-ja. S prenosom sredstev bi bilo treba z dajatvijo zbrati dodatnih 44 milijonov evrov letno, zaradi demografskih sprememb in pospešenega staranja pa bi se izdatki verjetno še zviševali na raven 67 milijonov evrov. Stroški za pobiranje obvezne dajatve bi zavezance stali dodatnih 8 milijonov evrov letno (MZ RS 2011b, 10—14). V primeru nadaljnjega upada gospodarske dejavnosti bi se številčnost skupine z materialno prikrajšanostjo povečala, s tem pa bi se

⁴ 6 % prispevkov avtomobilskih škod zdaj ZZZS-ju prinaša 20 milijonov evrov, zvišanje stopnje na 15 % pa bi pomenila zvišanje prihodka na 50 mio EUR. Tabela 1 upošteva le zvišanje za 30 mio evrov.

povečala tudi finančna obremenitev zavezancev. V primeru razvoja aktivnosti bi se obremenjenost zavezancev razporedila, prenesla pa bi se v večjih delovnih in ne zgolj denarnih prispevkih. Po sekundarnem finančnem izračunu se torej obremenjenost prebivalstva v naravi in denarju do leta 2020 počasi povečuje, obremenjenost proračuna pa zaradi nižje družbene solidarnosti zmanjšuje (Tabela 3.2). Celotni izdatki za zdravstveno varstvo bi se prenesli v javna sredstva, se nekoliko znižali, vendar vseeno po SZO vzorih dosegli sprejemljivo vrednost 8,1 % BDP-ja (MZ RS 2011a). Država bi ustvarila videz ugledno urejenega zdravstva in mednarodne konkurenčnosti, podoba pa bi bila delno varljiva: zakon bi zopet podprl neenakost med posameznimi državljani, prinesel višje cene, splošno nerazumevanje in nezadovoljstvo javnosti.

3.8 Državni pomen nove zdravstvene reforme

Javno zdravstvo je prvo, ki zazna posledice neugodno razvitega okolja in kmalu postane primarno sredstvo reševanja nastalih kriz (Cijan 1999, 99). Slovenski nacionalni diskurz se je zaradi pospešenih demografskih, družbenih, finančnih in globalnih sprememb usmeril iz okvirjev državne solidarnosti h gospodarski rasti (spodbujanju različnih oblik fleksibilnega zaposlovanja, podjetništva in delovne produktivnosti v okviru izpostavljene posameznikove odgovornosti). Neugodne družbene razmere so nižale pomen zdravja, zdravstvo pa je postalo predrago zaradi premajhnega vlaganja v preventivo (Brown in Rohregger 2010, 4, 7; Česen 1995, 100). Brez učinkovitega nadzora nad zdravstvom je država plačevala za pravice in dolžnosti državljanov.

Z novo zdravstveno zakonodajo vlada in ministrstvo za zdravje zopet prevzemata centralni nadzor nad finančno-klinično mrežo javnega zdravja/-stva: zdravstveno stroko, farmacijo, zavodi, direktorji, podjetji, državljani itd. Država s tem (so)določa zdravje nacionalnega pomena, zdravje skupnosti, pravila dostopa do zdravstvenih storitev ter temeljne potrebe državljanov. Dokumentna sprememba pa pri tem pogosto zanemari zahtevo po pristojnosti pooblaščenega predstavnika zdravstvene dejavnosti (Cijan 1999, 100). Reforma spodbuja enosmerni komunikacijski model od upravljavca preko zdravnika do državljana, kar krepi moč represije diskurza o zdravju ter reproducira politično-ekonomske, družbene in zdravstvene neenakosti (Kamin 2006, 84). Kamin (2006, 97) trdi, da bi morala etična promocija zdravja/-stva zato temeljiti na pravični izmenjavi informacij in interakciji.

Državni interesi v povezavi z zdravjem so vedno politično-ekonomski. Zdravstvena politika reorganizira moralne, sprejemljive in zakonite načine vsakdanjega življenja (Malnar 2002; Ule 2003); s preoblikovanjem konceptov zdravja in bolezni pa skrbi za reprodukcijo kapitalnih vrednot (npr. prožnost, hitrost, delavnost, pridnost). Nova zdravstvena reforma prinaša solidarnost do srednjega razreda, zaposlenih, aktivnih, delavnih in inovativnih ljudi, s starostjo od 20 do 50 let, tujim podjetnikom itd. Solidarnost pa niža do brezposelnih, vojnih veteranov, študentov z dohodki, starejših, upokojencev, sorodnikov umrlih, kadilcev, pijancev, ljudi s slabimi prehranjevalnimi in delovnimi navadami itd. Nova zdravstvena reforma izpostavlja posameznikovo odgovornost za zdravje in zdrave življenjske navade: zdravo prehranjevanje, pitje zdravih pijač, telovadno aktivnost, vzdržljivost itd. Medicinski koncepti so uporabljeni za kaznovanje "grešnih" navad (npr. kajenje, pitje sladkanih pijač, alkoholizem) in kršitve državnih zakonov (npr. povzročitev avtomobilske nesreče).

Zdravstvena politika preoblikuje demografsko strukturo, uravnava sprejemljiv in moralni način ter hkrati služi kot poslovna dejavnost (Light 2000, 396; Malnar 2002). Cilj zdravstvene reforme naj bi bil npr. zmanjševanje neenakosti v zdravju, po drugi strani pa iz košarice izpadejo ravno najdražje storitve, ki zagotavljajo zdravstveno moč ranljivih družbenih skupin (npr. rehabilitacija, pogrebne, posmrtnine). Takšen odmik državne podpore določenim »boleznim« oškoduje družbene statuse že tako depriviligiranih skupin. Po predhodnih teoretskih izhodiščih pa enake možnosti zdravja ne moremo doseči z nižanjem družbenih možnosti za najšibkejše. V novih pogojih bi dostop do zdravja tako kot v prejšnjem zdravstvenem sistemu predpostavljajal *kapital*.

Po priporočilih SZO-ja bi se morala Slovenija pri ustvarjanju zdravstvene politike vključiti v čezevropsko izmenjavo informacij in znanj z deželami s podobnimi političnimi in demografskimi strukturami (Brown in Rohregger 2010, 8). Velika Britanija je značilen primer s podobno strukturo, ki je v zdravstveni sistem prav tako vključila upravljavsko tekmovanje in nagrajevanje po delovnih normativih. Posledice so bile: višje cene, omejen dostop (najbolj za revne, ugodno za srednji razred in butične storitve za bogate), dobičkonosnost, večja privatizacija, neenakost, manjša kvaliteta zdravniškega dela ipd. Ekonomsko-politični oz. gospodarski diskurz v zdravju/-stvu vedno ustvarja podobne posledice, zato je trditev o večji enakopravnosti prazna iluzija (Light 2000, 398, 399). Politični poskusi krepitve socialnih determinant zdravja in zmanjševanja neenakosti v zdravju pa so kljub temu pozitiven signal

za izboljšanje zdravstvenega sistema in stanja (Brown in Rohregger 2010, 7).

Sodobni zdravstveni sistem pa ne povečuje toliko neenakosti v zdravju kot povzroča državni primanjkljaj. Obstoječa zdravstvena zakonodaja ne ustreza sodobnim globalističnim vzorcem nove ekonomije, ki služi na račun mreženja in spodbujanja informacijske tehnologije (Castells 2010). Nova zdravstvena reforma praktično udejstvuje okolje novega – informativnega kapitalizma, torej kapitalizma, ki služi na račun ustvarjanja specifičnih informacij. Neenakosti v zdravju pa niso povezane le z dostopom, ampak so tudi posledica neugodnega interdisciplinarnega in medresornega političnega povezovanja. Nova zdravstvena reforma se sicer povezuje s širšimi makroekonomskimi ukrepi, vendar se slednji osredotočijo na promocijo posameznikove odgovornosti. Dolgoročno bi lahko takšna politika do leta 2020 znatno povečala družbene neenakosti, vključno z neenakostmi v zdravju (Brown in Rohregger 2010, 7).

Zakonodajna sprememba spodbuja individualistični, centralistični, fleksibilni, racionalistični, redukcionalistični, gospodarski, neoliberalistični ter posledično diskriminatorni diskurz v zdravju/-stvu. Spremembe označujejo akumulacijo kapitala, nadvlado nad klinikami in zdravniškimi delavci, zdravstveno ekonomijo, delovne tržne strategije in prilagodljivo delovno silo (Nettleton 2008, 323). Zakonodajni dokument pa v nasprotju uporablja nasprotujoče besede, kot so enakopravnost, učinkovitost, kakovost, sodelovanje, decentraliziranost. Ponavljanje varljivih besed znotraj neoliberalističnega diskurza povzroča manipulacijo pri površinskem branju besedila, globinsko pa še vedno upravlja spremembe k večji globalizaciji in totalizaciji. Številni novinarji so pri svojem delu časovno omejeni, zato od primarnih upravljavcev zdravja pogosto posredujejo popačeno podobo dejanskega političnega dogajanja. Promocija zdravja je posledično elitistična, utrjuje ideološke vzorce družbene neenakopravnosti ter posredno "gradi" bolezni specifičnega dela populacije.

4 Novinarsko poročanje o zdravju in zdravstveni (re)organizaciji

4.1 Novinarski diskurz in družbena moč

Novinarji, ki delujejo prek sredstev množičnega komuniciranja, so eni izmed vodilnih pripovednikov in upraviteljev sodobne družbe. Njihov diskurz pomembno vpliva na zaznavanje in grajenje osebne identitete in zunanjega sveta ter ustvarja občutek o pomembnih dogodkih, vidikih in temah (Stuart 1999, 83; Lotenberg in Siegel 2007, 427). Za večino ljudi so množične oblike komuniciranja edini stik javnosti s politiki, zato njihovo poročanje (so)opredeljuje politično realnost (Seale 2004, 2). McCombs in Shaw (1972) trdita, da mediji s prednostnim tematiziranjem (teorija »agenda setting«) postavljajo vrstni red javnih razprav, kar vodi do osredotočenosti državljanov na specifični politični problem. Novinarji s selektivnim poročanjem določajo teme javnega interesa, vplivajo na proces posameznikovega odločanja ter oblikujejo javni diskurz in obstoječi politično-ekonomski svet. Park (1940) poudarja, da novica prenaša specifično znanje in védenje o svetu, ki je omejeno na sedanjost, zdravi razum in splošno preverljivo znanje. »Funkcija novice je, da usmerja posameznika in družbo v tem svetu« (Park 1940, 669). Kot taka ima novica značaj javnega dokumenta, omogoča vsakodnevno posameznikovo izobraževanje ter je vir kolektivnega spomina in sočasnih čustvovanj.

Novinarji kot družbena skupnost s sistematičnim in kumulativnim vplivom so po svojih profesionalnih načelih dolžni delovati v javno dobrobit ter izpopolnjevati demokratične funkcije države. Novinarji naj bi izboljševali informacijsko znanje državljanov z nadziranjem oblasti, z zagotavljanjem pomembnih in točnih novic, s predstavljanjem manjšinskih glasov, različnih pogledov ter s spodbujanjem javnih razprav o npr. zdravstveni politiki (Wand 2010, 50). Novinarsko poslanstvo maksimiziranja demokracije temelji na tradicionalni ideji, da tisk deluje svobodno in v iskanju družbenih resnic. Ali pa da je, kot je zapisal Walter Lippmann (1999, 225) pred 85. leti, novinarstvo inštrument, ki »osvetli skrita dejstva in ustvari povezave med njimi, da lahko ustvari sliko realnosti, na podlagi katere lahko ljudstvo deluje«.

Obstaja razširjeno prepričanje, da novinarji delujejo kot ogledalo družbe in da zrcalijo svet, takšen, kot je. Občinstvu se zagotavlja, da so profesionalni novinarji zmožni zatreti svoje

individualne vrednote, zaznave, mnenja in tuje interese ter prezrcaliti svet v najvišji možni obliki resnicoljubnosti (Stuart 1999, 83). Novinarsko delo je zapriseženo normam resnicoljubnosti, kot so točnost (imen, števil, statistik), objektivnost (utopična neodvisnost med opazovalcem in opazovanim), nevtralnost (politično-ekonomska neodvisnost), natančno preverjanje interesov virov informacij (zlasti pri virih z ideološkimi funkcijami), poštenost (enakovredna reprezentacija nasprotujočih si argumentov), stilna neprisotnost (pisanje v tretji osebi, uporaba nevtralnih in avtomatiziranih jezikovnih sredstev), kredibilnost in zanesljivost (transparentnost profesionalnih in lastnih interesov) (Fuller 1997; Van Dijk 1988; Kodeks novinarjev Slovenije 2010).

Novice pa nikoli niso preslikava stvarnosti, ampak poročilo specifičnega pogleda oz. vsiljenega vidika (Lippmann 1999; Košir 1988, 12). Novinarsko delo je del zbiranja, selekcioniranja in kulturnega ustvarjanja pomenov, simbolov, znakov in medsebojne izmenjave. Novinarska reprezentacija je za nek dogodek ali skupino konstitutivna. Različni dogodki nimajo naravne pojavnosti, ampak jih sooblikuje način, na katerega so medijsko reprezentirani (Hall 2004; Košir 2005, 25). Novinarski prispevki kot družbena gibanja kvečjemu vsebujejo skupek idej in podob o tem, kakšen je svet in kakšen bi moral biti (Van Dijk 1988). Novinarki diskurz opravlja vlogo nadzornega oblastnega aparata, saj (so)ustvarja vidike resničnosti (Košir 2005, 25). Znanje, ki ga prinaša specifični diskurz, pa ima veliko vlogo pri družbenem nadzoru (Foucault v Hall 1992, 291).

Na novinarsko delo vplivajo osebna prepričanja, dejavniki objavne vrednosti, profesionalna novinarska načela, zunanji ekonomski in politični viri, pričakovanja javnosti itd. (Erjavec 1999, 27). Gitlin (1980) trdi, da so že same novinarske profesionalne opredelitve, norme in vsakdanje prakse zgodovinsko strukturirane: niso nevtralne, saj za njimi leži ozračje vladajočega diskurza in sočasne družbene neenakopravnosti. Rutine novinarskega kritja ne morejo sprožiti družbenih sprememb, saj zgolj potrjujejo prevladujoče ideološke meje in družbeno ustaljene norme, pravila in zakone. Novinarji sicer prikazujejo posamezne odklone, alternativne in manjšinske glasove, vendar so v naracijo praviloma vključeni tako, da vzdržujejo legitimnost ekonomsko-političnega sistema. Po Van Dijk (1988) standardizirane prakse novinarskega poročanja (selekcija, relevantnost, distanca, točnost, kredibilnost, zanesljivost, resnicoljubnost, specifičen jezik in stil upovedovanja, elementi prepričevanja: senzacionalnost, negativnost, nenavadnost, nepričakovanost, apeliranje na čustva) nujno izražajo zorni kot in implicitne politično-ekonomske predpostavke specifične družbe in

kulture. Košir (1988, 39) zato poudarja, da novinarski diskurz ne širi spoznavnega polja naslovnikovega sveta, ampak utrjuje že sprejete in množično uveljavljene slike sveta. Giblje se v polju znanega, čeprav je zanj značilno, da sporoča novosti. Vendar tukaj ne gre za novosti, ki bi rušile uveljavljene podobe, temveč za takšne, ki te podobe še utrjujejo.

Hall (v Stuart 1999, 89) poudarja, da novinarji prevzemajo jezik javnosti ter ga ob priložnosti vrnejo obarvanega z dominantno in konsenzualno konotacijo. Novinarski diskurz je obarvan z zdravim razumom družbe in vrsto normativnih pravil (Stuart 1999, 85) ter se predstavlja kot oddaljen od javnega diskurza, kot njegov moderator in ne ustvarjalec (Martinovic-Zic in Moder 2004, 161). Novinarski diskurz pa pravzaprav vzpostavlja javni konsenz o prevladujočem družbenem, moralnem in političnem redu ter učinkovito depolitizira dominantne pomene, vrednote in prepričanja, ki so povezani z družbenimi neenakopravnostmi. S svojo domnevno resnicoljubnostjo naturalizira politične vsebine, zakone in s tem opravičuje moderno distribucijo družbene moči (Stuart 1999). Novinarski diskurz deluje ideološko, saj izvaja mentalni nadzor nad državljani ter tako ohranja obstoječi družbeni red.

Sodobno novinarstvo pa se vse bolj spreminja v trg, ki mu vlada kapital. Spreminja se v promocijsko poročanje o ljudeh, dogodkih in stvareh. Bralci, poslušalci ali gledalci so danes kupci, področje znakov in simbolov pa tržišče. Različni mediji so zaradi dobička podvrženi vzbujanju pozornosti (Košir 2005). Zlasti v času tiskovnih konglomeratov in novih spletnih medijev okvirje novinarskega diskurza zapisujejo politično-ekonomski interesi (Singer 2008, 157). Starr (2009) npr. meni, da so imeli novinarji v času nadvlade časopisov več finančnih sredstev in so se lažje upirali politiki in gospodarstvu oz. objavljali bolj neodvisne zgodbe. Danes pa so novinarji še bolj podrejeni skupnim lastniškim interesom in imajo manjšo možnost izbire dela kot v preteklosti. Podrejajo si jih tisti, ki imajo nadzor nad sredstvi komunikacije in ki uporabljajo idejo strokovnosti, avtoritarnosti za uveljavljanje lastnih interesov (Hardt 1996, 30). Tehnološka, ekonomska in politična moč so preoblikovale novičarske vsebine in »utrle pot poceni in popularnim infozabavnim pristopom k novinarstvu« (Bennett v Poler Kovačič 2004, 97). Mnogi avtorji (Postman 1985; Car 2008; Starr 2009) podarjajo, da manjša avtonomija novinarskega dela vodi v večjo korupcijo družbe in ovira delovanje demokracije. »Resnične informacije so postale privilegij in ne pravica« (Hardt 1996, 38). Novinarski diskurz na račun promocije spreminja svojo naravnost k večji oglaševalski prvini, žurnalizmu in manipulaciji (Košir 2005). Še Castells (2010) opozarja, da

sodobna globalna ekonomija služi na račun ustvarjanja novih informacij.

Novinarski diskurz je intertekstualno stičišče različnih diskurzov, interesov, informacij, mnenj itd. »Novinarski diskurz je diskurz mnogih glasov« (Martinovic-Zic in Moder 2004, 160). Za prenos družbene moči skozi telesa posameznikov pa ni pomembno samo število različnih glasov v novinarskih prispevkih, ampak tudi odnos med temi glasovi in glasovi novinarja – npr. določeni diskurzi imajo večjo družbeno moč pri preoblikovanju okvirjev in globinskih pomenov novinarskega diskurza (Martinovic-Zic in Moder 2004, 160). Novice in novinarske reprezentacije so mesto boja različnih družbenih akterjev za interpretacijo realnosti. Zlasti v sodobnosti imajo novinarji pomembno vlogo pri konstruiranju, reproduciranju in dominaciji neoliberalnega diskurza (Kramberger 2003). Zelizer (1993) zato opozarja, da novinarji pri svojem delu pogosto podvomijo v vse moči, razen v svojo. Novinarski diskurz je s svojo družbeno močjo sodobni duh populacije (Stuart 1999; Lotenberg in Siegel 2007, 4), s svojimi informacijskimi vrati pretočnih pogledov in vidikov zdravja/-stva pa utrjuje tudi obstoječa zdravstvena vrata družbene neenakopravnosti.

4.2 Zdravje in mediji

Zdravje je ena izmed najbolj popularnih tem v današnjih medijih (Hinnant 2009, 316). Pokriva širok spekter od visoko emocionalnih do racionalnih, vendar vedno razburljivih in presenetljivih tem o osebnem in javnem zdravju (Levi 2001, 3). Zdravstvene medijske teme so neposredno ali posredno povezane s posameznikovo odgovornostjo za zdravje in z največjim strahom sodobne družbe – s smrtjo. Posledično so predmet širšega javnega zanimanja ter visoke medijske dobičkonosnosti oz. kapitala. Zdravstveno novinarstvo poleg poročanja o osebnem in javnem zdravju oblikuje tudi posameznikovo dožemanje tega, kaj je zdravo in kaj je normalno. S tem kultivira družbeno konstrukcijo dobrega in slabega (zdravstvenega) obnašanja (Hinnant 2009). Množični mediji so pomemben vir informacij o zdravju, zdravstvenih praksah, zdravniških pregledih in o zdravstvenih reformah (Seale 2004, 2; Hinnant 2009, 316; Seltzer 2011, 194). Raziskava Hilla in Knowltona je pokazala, da je kar 40 % vseh zgodb v dnevnem časopisju povezanih z zdravjem/-stvom (Meyer 1990, 62). Sodobna rast medijske ponudbe o zdravju pa zrcali vse večjo medijsko konstrukcijo kategorij zdravja in bolezni, pa tudi normalnosti, sprejemljivosti in moralnosti.

Novinarji so pogosto edini, ki prenašajo informacije z zdravstvenega področja k množičnemu občinstvu (Hinnant 2009, 316). Komunikacija je pomemben del sodobne zdravstvene oskrbe, zato novinarji s svojim diskurzom izpopolnjujejo velik del (zdravstvenih) storitev za državljane. Človeško telo se gradi preko ustaljenih, prevajajočih se diskurzov in novinarski diskurz lahko bistveno izboljša zdravstveno oskrbo tudi tam, kjer javno zdravstveno varstvo ni optimalno. Četudi je zdravje odvisno od številnih dejavnikov izven posameznikove domene, jih novinarji lahko krepijo z ustreznimi, točnimi, uravnoteženimi javnimi sporočili o makroekonomskih stanjih (Rice in Katz 2001, ix, xxviii; Larsson in drugi 2003; Dentzer 2009). »Naj se zavedajo ali ne, novinarji pri poročanju o zdravju in zdravstveni oskrbi pomembno vplivajo na delovanje kliničnih zdravnikov in državljanov« (Dentzer 2009, 1). Novice o zdravju/-stvu lahko bistveno (pre)oblikujejo razne politične vsebine in cilje vlad, politikov, zdravstvenih praktikantov itd. (Voss 2002; Larsson in drugi 2003; Hinnant 2009, 316). Novinarji lahko z ustrezno naravnanimi informacijami izboljšujejo zdravstveno pismenost in izobraženost, s tem pa tudi racionalne odločitve oz. zdravstveno počutje državljanov. V tem pogledu je, kot trdi Deborah Blum (v Levi 2001, 4), zdravstveno novinarstvo politično: »Lahko greš v zdravstveno novinarstvo z mislijo, da ne boš politični novinar, samo da izveš, da je malo tem bolj političnih«.

Zdravstvena politika pogosto izpostavlja, da sta boljše zdravje in zmanjševanje neenakosti v zdravju skupen in integralni cilj vseh politik, strategij in programov. Gre za pristop uresničevanja univerzalne, zdravju naklonjene politike ali politike zdravja, ki je dolgoročna, medsektorska in skupna odgovornost celotne vlade (Buzeti in drugi 2011, 14), vedno bolj pa tudi medijev in novinarjev. Politika zdravstvenega novinarstva vključuje zahteve po novinarjevi zdravstveni pismenosti ter sposobnosti skladnega in razumnega prikaza izbranih informacij, ki skrbi za razvoj ustrezne zdravstvene pismenosti državljanov. Tako kot so zdravniki npr. dolžni zdraviti državljane, tako so novinarji dolžni izboljševati informacijsko znanje državljanov (Wand 2010, 50). Po raziskavi Voss (2002) je kritična odgovornost novinarja zlasti poročanje o potrebah državljanov in širše razumevanje kompleksnih zdravstvenih problemov, iskanje zanesljivih virov, ustrezna uporaba statistike, odkritij, podatkov. Nekateri države imajo zato združenja zdravstveno usposobljenih novinarjev: Društvo novinarjev zdravstvenega varstva (*Association of Health Care Journalists*), Društvo ameriških medicinskih piscev (*American Medical Writers Association*) in Društvo evropskih medicinskih piscev (*European Medical Writers Association*). Veliko medicinskih novinarskih zgodb pa pokrivajo poročevalci brez specifičnega usposabljanja ali znanja o zdravstvenih

temah. Njihova selekcija in produkcija informacij je zaradi napačnih poudarkov pogosto izkrivljena, posplošena, netočna in zavajajoča (Levi 2001, 5; Larsson in drugi 2003).

Zaradi kompleksne narave novic se poročevalci pri temah o zdravju bolj kot kjerkoli drugje naslanjajo na strokovne in uradne vire (Meyer 1990, 71; Levi 2001,7). Najpogostejši vir so novinarske konference in vladni dokumenti, ki jih novinarji pogosto površno posredujejo javnosti. Tiskovno gradivo praviloma pripravljajo posamezniki za odnose z javnostmi, ki znajo pritegniti novinarsko pozornost in upravljati z novinarskimi pomanjkljivostmi (pomanjkanje časa, znanja, prostora, svobode itd.). Uradi za odnose z javnostmi novinarjem ponujajo tudi kontaktne podatke raznih strokovnjakov ter urejajo ozadja različnih intervjujev. Zlasti na spletu so novinarski prispevki o zdravju/-stvu vezani na sponzorirana sporočila oblastnih družbenih akterjev, ki uporabljajo družbeno moč za objavo ali zameglitev določenih dejstev in mnenj (Levi 2001; Hinannt 2009).

Viri zdravstvenih informacij so v novinarskih prispevkih lahko: zdravniki, vodilni zdravstveni raziskovalci, medicinske sestre, terapevti, farmacevti, socialni delavci, odvetniki, politiki, predstavniki za odnose z javnostmi, direktorji bolnic, zdravstvenih domov, domov za ostarele itd. Primarni vir informacij so predvsem lahko dostopni, razumljivi, domnevno avtoritarni splošni zdravniki in uradniki, ki so za novinarje pripravljeni prispevati žive, razburljive in zanimive izjave in nenavadna odkritja. Slednji se pogosto bolj zanašajo na osebna stališča kot na statistiko in tudi niso nujno najbolj zanesljivi. Pogosti vir so tudi dobičkonosne informacije o posameznikih z osebno, šokantno, zanimivo in nepredvidljivo izkušnjo z boleznijo, postopkom zdravljenja ali zdravstvenim sistemom (Levi 2001, 10—12).

Novinarji so pri poročanju o zdravju/-stvu pogosto bolj obremenjeni z izogibanjem določenim tožbam in osrečevanjem oglaševalcev, kot pa s samim zdravjem (Signorielli v Loterberg in Siegel 2007, 153). »Cenzura pa je najbolj učinkovita, ko se interesi upravljalca čudežno enačijo z interesom informacij« (Halimi 2002, 13). Delovanje med novinarji in predstavniki zdravstvenih tem je sožitno. Politiki, znanstveniki, zdravniki itd. preko novinarjev iščejo pot do ljudi, novinarji pa z vpeljavo strokovnih medicinskih virov svojim prispevkom dodajajo verodostojnost in kredibilnost. Tako mediji kot viri se naslanjajo na javno dobrobit, vendar imajo pogosto povsem drugačne poglede na to, kaj to je. Viri informacij imajo pri tem večjo moč pri postavljanju novinarske agende kot sami novinarji. Moč postavljanja javnih debat in javnega razumevanja zdravja/-stva imajo zlasti družbeni akterji, ki začenjajo novinarsko

zgodbo in njeno vsebino; kritičen je torej zlasti nastanek ideje in prvi korak v novinarskem procesu (Levi 2001, 7; Hinnant 2009, 316, 317, 318).

Številni avtorji (npr. Wallack 1993; Levi 2001; Voss 2002; Larsson in drugi 2003; Seale 2004; Zweig 2010) poudarjajo, da lahko zdravstveno poročanje bistveno ogrozi biološke kategorije zdravja oz. zdravje skupnosti. Novice o zdravju/-stvu vključujejo sodbe, interpretacije, celo špekulacije, ki so pogosto produkt različnih interesov, stopnje znanja in profesionalne zmožnosti poročevalcev. Mnogi problemi zdravstvenega novinarstva (poenostavitev, polarnost mnenj, senzacionalizem, pomanjkanje časa in prostora, pomanjkanje znanja) so tudi posledica določenih tradicionalnih zahodnih novinarskih konvencij in institucionalnih ciljev medija. Mediji novico o zdravju/-stvu objavijo le, če je nova, nepričakovana, negativna, skladna s prevladujočimi stereotipi, pomembna za vsakdanjik, individualizirana, obenem pa vključuje pomembne avtoritarne vire in statistične podatke (Seale 2004). Za lažje razumevanje novinarji pogosto izpuščajo pomembne podatke, razbijejo kompleksne zgodbe v majhne koščke in jih poskušajo čim bolj personalizirati (Levi 2001). Novica o zdravju/-stvu je primarno tržno blago, kar lahko vodi do nepomembnih, zavajajočih in nebistvenih informacij ter posledično do škodljivih politik (Institute of Medicine of National Academies 2003, 315).

Zdravstveno novinarstvo se v veliki meri nanaša tudi na življenjskostilne nasvete. Zweig (2010) opozarja, da se pri prehodu iz znanstvenega v novinarski diskurz določenim živilom, dejavnostim, produktom pogosto pripisujejo napačne vzročno-posledične povezave. Znanstveni diskurz je pogosto preveč pasiven, posreden, nerazumljiv ali nezanimiv. Novinarski diskurz pa je mnogo bolj aktiven, zanimiv in neposreden. Pri prelitju iz enega v drugi diskurzivni okvir nastajajo številne napake, ki so povezane z napačno pozornostjo določenim temam, pogledom in vidikom.

Wallack in drugi (1993, 56) opozarjajo, da so zdravstvene novice prepogosto uokvirjene z vidika posameznikovega problema. »Medijska pozornost na zdravje je ponavadi osredotočena na osebne, individualne probleme življenjskega stila, bolezni in zanimiva medicinska odkritja.« Novinarji podcenjujejo širše družbeno-ekonomske dejavnike zdravja in makro(ekonomske) pogoje okolja; s pogledom v telo posameznika pa zavirajo usmeritev kritike v telo politike (Ule 2003, 33). Raziskave kažejo, da je medijsko poročanje osredotočeno na bolnišnično medicino in da zanemarja družbene razlage slabega zdravja

(Levi 2001, 6, 8). Uokvirjenje zgodb pa povzroča interpretacije podatkov, kar vodi v ocenjevanje družbenih problemov in predlaganih rešitev (Atkin in Arkin 1990). Wallack in drugi (1993, 65) zato menijo, da so novinarji problematični pri spodbujanju političnih sprememb. Novinarska vloga postavljanja javnih razprav skupaj z netočnostjo informacij kvečjemu utrjuje obstoječe politično-ekonomske vzorce in družbene neenakosti (Levi 2001). Novinarji brez kritične navezave na javno zdravstvo promovirajo individualni in potrošniški princip v zdravju/-stvu.

Jezik novic o zdravju/-stvu je namenjen splošnemu bralcu, posplošen, pomanjkljiv, zavajajoč, pristranski, stereotipni ter uveljavlja obstoječe vzorce družbene moči. Novinarji za lažje razumevanje pogosto vključujejo razne metafore, analogije, statistične ali grafične prikaze, fotografije, značilna pa sta zlasti pretiravanje in dramatizacija (Levi 2001, 16). Seale (2004, 6) je ugotovil, da so novice o zdravju/-stvu osnovane na pretiranem razlikovanju osnovnih nasprotij: herojev in zlobnežev, zadovoljstva in bolečine, varnosti in nevarnosti, izboljšanju ali pogube, lepe in grde, normalne in čudaške, čiste in umazane, moške in ženske, amaterske in profesionalne, uradne in alternativne. Dramatizacija pa pripomore h gradnji vedno večjih razlik v razumevanju pomenov zdravja in osebne odgovornosti ter bolezni oz. družbene odklonskosti.

5 Novinarski diskurz o novi zdravstveni reformi na spletnih straneh 24ur.com, siol.net, rtvslo.si in zurnal24.si

5.1 Metodologija

Kritična analiza diskurza (KAD) je interpretativna in razlagalna metoda, ki preučuje preplet diskurzov ter razkriva oblastna razmerja in tekmujoče reprezentacije znotraj družbene rabe jezika. Diskurz je ideološko sredstvo, ki reproducira družbeno neenakovredna razmerja, identitete, sebstva, znanja o materialnem svetu in oblikuje ljudi kot posameznike in družbene subjekte. Elitni akterji z družbeno močjo uporabljajo svoj diskurz z namenom uveljavljanja lastnih interesov ter oblikovanja kolektivne volje. Cilj KAD pa je zlasti v primeru družbenih sprememb razkriti skrite interese vladajočih posameznikov in njihovih diskurzov, promovirati nediskriminatorno rabo jezika ter zavarovati družbene manjšine. Diskurzi namreč vključujejo in izključujejo, s tem pa ustvarjajo hegemonične meje prevladujočih razmišljanj in družbenih (telesnih) delovanj (Fairclough 1995, 4, 25, 55; Ule 2003, 37, 38, 39; Seale 2004, 2; Erjavec in Poler Kovačič 2007, 21, 42, 44, 50; Kamin 2006, 18, 142; Van Dijk 2008, 321, 322; Vezovnik 2009, 111, 112, 113, 115).

Novinarski diskurz o novi zdravstveni reformi z organiziranjem pomenov in pooblaščenecv za izrekanje mnenj o zdravju in javnem zdravju/-stvu posredno organizira tudi kategorije zdravja in bolezni državljanov ali zgolj določenih družbenih skupin (Kamin 2006, 18). Jezikovne prvine so pokazatelj družbenih kontekstov in njihovih spreminjanj (hkrati jih ustvarjajo in utrjujejo), zato bom z analizo novinarskih prispevkov o novi zdravstveni reformi skušala razkriti interese različnih družbenih akterjev pri organizaciji zdravstva.

V obdobju od septembra 2010 do decembra 2011 bom analizirala in primerjala prispevke na spletnih straneh *24ur.com*, *siol.net*, *rtvslo.si* in *zurnal24.si*, ki so bile v naštetem vrstnem redu tudi najbolj obiskane informativne spletne strani leta 2010 (*dominatus.si*). Izbrano časovno obdobje 15-ih mesecev ustreza začetku dokumentiranega izhodišča o novi zdravstveni reformi in odstopu tedanje vlade ob koncu leta 2011.

Pri izbiri besedil za vzorec sem upoštevala le informativne novinarske prispevke, ki so se v vsebini osredotočili na novo zdravstveno zakonodajo. Takih prispevkov je bilo na spletni

strani 24.ur 11, na *siol.net* 7, na *rtvslo.si* 12 in na *zurnal24.si* 10. Vzorec za analizo tako vključuje skupaj 40 novinarskih prispevkov.

Z analizo diskurza o novi zdravstveni reformi bom ocenjevala novinarski prenos nabora informacij iz vladnega gradiva o reorganizaciji zdravstva do javnosti. Preučevala bom:

- katerim vprašanjem namenjajo novinarji pri novi zdravstveni reformi največ pozornosti?
- kako so v novinarskih prispevkih vključeni in reprezentirani ranljivi posamezniki in družbene skupine?
- kakšni diskurzi se prepletajo v novinarskem diskurzu o novi zdravstveni reformi?
- kako se novinarsko poročanje o novi zdravstveni reformi razlikuje glede na medij, v katerem so prispevki objavljeni?
- kdo je ključni akter novinarskih prispevkov o novi zdravstveni reformi?
- kako je poročanje o novi zdravstveni reformi povezano z ostalimi gospodarskimi in finančnimi spremembami v državi?

V Sloveniji raziskave o tem, kako in koliko novinarji poročajo o družbenoekonomskih dejavnikih javnega zdravja še ni bilo. Novinarsko poročanje o javnem zdravju/-stvu pa vpliva na kakovost posameznikovega življenja (WHO 1998; Kamin 2006). Novinarski diskurz o novi zdravstveni reformi ima namreč nacionalni pomen, saj (so)ustvarja odnos in moč državljana do (zdravstvenih) institucij in mu (so)določa možnosti zdravljenja in možnosti družbene integracije. Pri tem predpostavljam, da novinarji pri organizaciji javnega zdravja/-stva pogosto ne odpirajo in rešujejo problemov v zvezi z ranljivimi družbenimi skupinami, niti jih ne vključujejo v svoj diskurz; s tem pa gradijo tudi temelje družbene stigmatizacije in diskriminacije. S pomočjo predhodnih izhodišč o neenakosti v zdravju/-stvu bom raziskovala poglobljenost in osveščenost novinarskega poročanja. Zanimalo me bo, ali se novinarji zavedajo povezanega vpliva dejavnikov zdravja, ali se navezujejo na širše makroekonomske pogoje in vladne odredbe, ali so zdravstveno ozaveščeni, ali prepoznajo oškodovance sistemskih sprememb, ali ustrezno varujejo zdravstvene pravice državljanov ter komu dodeljujejo družbeno moč in oblast. Novinarske prispevke bom med seboj primerjala glede na medij objave ter razkrila morebitne skupinske novinarske vire.

Vsak novinarski prispevek, ki ga obravnavam kot diskurzivni dogodek, bom analizirala na dveh prepletajočih se ravneh: kot zapisano jezikovno besedilo in kot družbeno prakso

(Fairclough 1995, 15, 57; Vezovnik 2009, 116). Torej tudi odnose moči med različnimi družbenimi akterji, ki ključno vplivajo na opredelitve zdravstvene (re)organizacije. Preučevala bom razmerja med besediščem, podobami in raznimi pomeni (Fairclough 1995, 57) ter na ta način razkrivala ideološko polje novinarskega diskurza o javnem zdravju/-stvu. Na ravni družbene prakse bom za interpretacijo rezultatov upoštevala podatke o makro družbenoekonomskih razmerah.

Moji cilji so:

1. razkriti ideološkost novinarskega diskurza o zdravju in javnem zdravju/-stvu,
2. delovati emancipatorno s poudarjanjem enakopravnejšega položaja družbenih skupin ter
3. kritična razlaga novinarskih reprezentacij javnega zdravja/-stva z vidika interdiskurzivnosti.

S KAD kot teoretsko metodološkim okvirom skušam razgrniti pogled na načine obravnave javnozdravstvene reforme, a se ne slepim z možnostjo popolnega, objektivnega razkritja proučevane realnosti.

5.2 Analiza tem

Tabela 5.1: Ključne teme novinarskih prispevkov na 24ur.com, siol.net, rtvslo.si in zurnal24.si.

Naslov novinarskega prispevka	Medij	Ključne teme
Pahor napovedal novo pisanje zakona o zdravstveni dejavnosti (4. 10. 2010)	24ur.com	Napoved reforme z boljšim dostopom in kadrovsko pokritostjo.
Po pokojninski še zdravstvena reforma (1. 11. 2010)	24ur.com	Zdravstvena reforma naj bi upoštevala želje pacienta, povečala avtonomizacijo, samostojno odločanje zavodov in uredila zdr. zavarovanja.
Bo država ukinila dopolnilno zdravstveno zavarovanje? (11. 1. 2011)	24ur.com	Morebitna ukinitvev dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj.
Bodo kratko potegnili starejši? (10. 2. 2011)	24ur.com	Potrditev o ukinitvi dopolnilnih zavarovanj in kratenje pravic starejših.
Zdravstvo: »Vsak zamujen korak bo bolj boleč« (16. 2. 2011)	24ur.com	Predlogi sprememb financiranja z ukinitvijo dopolnilnih zavarovanj, ločitev javno od zasebnega in večja avtonomizacija zavodov.
Marušič skrivnosten o novi dajatvi (23. 5. 2011)	24ur.com	Uvedba nove dajatve in nova košarica pravic za boljši dostop do zdravstvenih storitev.
Nov davek v zdravstvu tudi več kot 60 evrov (20. 7. 2011)	24ur.com	Ukinitvev dopolnilnih zdr. zavarovanj, nova dajatev, ureditev košarice pravic in uvedba trošarin na nezdrave življenjske navade.
Da bi privarčevali, bodo okrnili pravice bolnikov (21. 7. 2011)	24ur.com	Zdravstvena reforma zmanjšuje državno solidarnost do starejših, težko mobilnih, brezposelnih, krvodajalcev itd.
Bodo otroci enaki pred zdravnikom? (24. 8. 2011)	24ur.com	Nov zakon skrbi za celovitejšo zdravstveno oskrbo otrok.
Reševanje zdravstvene blagajne (10. 10. 2011)	24ur.com	Varčevanje v zdravstvu, nove dajatev, finančni rebalans ZZS-ja in večji dostop zdravstvenih storitev za otroke.
Zdravstveno blagajno bi lahko rešili z rezervami (8. 11. 2011)	24ur.com	Izgube v zdravstveni blagajni bi lahko pokrili z notranjimi rezervami in novimi načini nakupa zdravil.
Vladna kriza menda ne ogroža zdravstvene reforme (18. 5. 2011)	Siol.net	Nujnost zdr. reforme za finančno vzdržnost in stabilnost zdravstvenega sistema.
Nadgradnja zdravstvenega sistema prinaša več pravičnosti (14. 7. 2011)	Siol.net	Zdr. reforma prinaša pravičnost, finančno racionalnost in nagrajuje zdrav življ. stil.
Zdravstvena reforma je prepomembna, da bi jo »drobtinili« (19. 7. 2011a)	Siol.net	Razprava o ukinitvi dopolnilnih zdr. zavarovanj, alternativnih načinov financiranja in dvigu trošarin za nezdrave izdelke.
Poslanci SD pozdravljajo dokument nadgradnje zdravstvenega sistema (19. 7. 2011b)	Siol.net	Zdravstvena reforma je nujna zaradi finančne krize v blagajni. Ukinitvev dop. zavarovanj je izkaz pravičnosti med različnimi dr. sloji.
Marušič: sredstva iz trošarin za preventivne programe (20. 7. 2011)	Siol.net	Zdravstvena reforma bo ukinila dop. zavarovanja, dvignila dajatev in trošarine na nezdrave izdelke.
Na kredit bomo živeli! (14. 10. 2011)	Siol.net	ZZS-ju primanjkuje denarnih sredstev. Razprava o ustreznosti ukinitve dop. zavarovanj in povečane prispevne stopnje.
Pahor Marušiču naložil oblikovanje reforme do poletja (16. 12. 2010)	Rtvslo.si	Zdravstvena reforma naj bi ukinila dopolnilna zavarovanja.

Tuji zdravniki lažje do dela pri nas (20. 12. 2010)	Rtvslo.si	MZ je zaradi pomanjkanja zdravnikov začasno sprejelo novi zakon, še bolj pa je potrebna nova zdravstvena reforma.
Barovič: ukinjanje porodnišnic začetek zdravstvene reforme, ki nas bo hudo prizadela (21. 12. 2010)	Rtvslo.si	SDS opozarja, da nova zdravstvena reforma krši ustavna pravila demokratične, pravne in socialne države Slovenije.
Zdravstvena reforma: povišanje prispevne stopnje ob enaki bruto plači? (16. 2. 2011)	Rtvslo.si	Razprave o novem načinu financiranja kot večji družbeni solidarnosti ali večji obremenitvi slovenskega gospodarstva.
ZSSS podpira ukinitvev dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (23. 2. 2011)	Rtvslo.si	ZSSS podpira ukinitvev dop. zavarovanj in si želi večje upoštevanje poklicnih bolezni.
ZZZS letos z izgubo, na bolje ne kaže (19. 5. 2011)	Rtvslo.si	Finančna kriza v ZZZS se povečuje, zato je zdravstvena reforma nujna.
Dostopnejše zdravstvene storitve bodo financirali z novim davkom (23. 5. 2011)	Rtvslo.si	Ukinitvev dop. zavarovanj in uvedba nove dajatve kot izkaz večje solidarnosti med sloji.
Zdravstvena reforma bo kaznovala tvegan življenjski stil (14. 7. 2011)	Rtvslo.si	Ukinitvev dop. zavarovanj, nova dajatev, izločitev določenih pravic in dvig trošarin.
»Zdravstvena reforma ni krčenje pravic, ampak pospravljanje po hiši« (19. 7. 2011)	Rtvslo.si	Zdravstvena reforma je nujna zaradi prazne blagajne in EU pravil, zato so pritožbe zavarovalnic nemoralne.
Sladke pijače, tortice, mastna živila: kako jih obdavčujejo po svetu? (29. 7. 2011)	Rtvslo.si	Nekatere države prav tako obdavčujejo nezdrave izdelke, druge pa subvencionirajo zdrave izdelke.
Bo zdravstvena reforma najbolj prizadela revne? (4. 8. 2011)	Rtvslo.si	Nova dajatev in izločitev pravic bi lahko prizadela najrevnejše.
Brecelj: zdravstvena reforma se bo končala v jahtah, če ne bo preglednosti (17. 8. 2011)	Rtvslo.si	Zdravniki pri reformi opozarjajo na neustrezno ureditev, na nadzor nad zdravniško zbornico in potrebo po večji transparentnosti sistema.
Nič več položnic za zdravje (6. 9. 2010)	Zurnal24.si	Zdr. reforma bo ukinila dop. zavarovanja, dvignila dajatev in povečala solidarnost med bogatimi in revnimi.
»Zdravstvena bo še bolj nepopularna« (16. 12. 2010a)	Zurnal24.si	Napoved: Zdravstvena reforma naj bi bila še bolj nepopularna kot pokojninska.
Izvirni grehi v zdravstvu (16. 12. 2010b)	Zurnal24.si	Zdravstvena blagajna je v krizi, potrebne so tudi spremembe z večjim kritjem zdr. storitev in boljšo kadrovsko pokritostjo.
Osnutek za 1. april (3. 1. 2011)	Zurnal24.si	Zdr. reforma naj bi prinesla večjo avtonomizacijo javnih zdr. zavodov in več možnosti uprave pri nagrajevanju zaposlenih.
Pahor: spremembe so nujne (16. 2. 2011)	Zurnal24.si	Spremembe v zdravstvu so nujne, ukinitvev dop. zavarovanj in nova opredelitev košarice.
Manj pravic in zasebnega zdravstva (17. 2. 2011)	Zurnal24.si	Ukinitvev dop. zavarovanj, mreženje zdr. zavodov, lažje upravljanje javnih sredstev v blagajni in možnost večje obremenitve gospodarstva.
Sindikati za zdravstveno reformo (23. 2. 2011)	Zurnal24.si	ZSSS zaradi večje družbene solidarnosti podpira reformo, želi pa si večje priznavanje poklicnih bolezni in racionalizacijo zdr. delovanja.
Sestanek krizne ekipe (23. 5. 2011)	Zurnal24.si	Zdr. reforma je nujna zaradi finančne vzdržnosti in boljšega javnega zdravja. Izračuni košarice pravic so že pripravljeni.
Košarica brez doplačil, a manjša (23. 5. 2011)	Zurnal24.si	Zdr. reforma je nujna, ukinja se dop. zavarovanje in nekatere zdr. storitve.

Kmalu trošarine na sladkarije? (20. 7. 2011)	Zurnal24.si	Vlada je potrdila zdr. reformo, ki bo uvedla novo dajatev in dvignila trošarine na nezdrave izdelke.
--	-------------	--

Novinarski način obravnave teme vpliva na interpretacijo občinstva, pogostost pojavljanja določenih tem pa pove veliko o celotni družbi. Tema na makro ravni besedila posreduje osrednjo informacijo, zato si jo občinstvo zapomni kot najpomembnejšo informacijo (Erjavec in Poler Kovačič 2007, 79).

V vseh analiziranih medijih se novinarski prispevki tematsko osredotočijo na finančno krizo v zdravstvu, nujnost sprememb v zdravstvenem sistemu, finančno omejeni dostop do zdravstvenih storitev, nov *Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju*, konflikt med zavarovalnicami in državo. Prispevki večinoma ne obravnavajo novega *Zakona o zdravstveni dejavnosti*, spremembe nadzornih mehanizmov in družbenih odnosov; sprememb tudi ne povezujejo s širšimi makroekonomskimi in demografskimi razmerami ter skritimi interesi družbenih akterjev (glej Tabela 5.1).

Rtvslo.si ima tematsko in vsebinsko najbolj raznoliko paleto tem o zdravstveni reformi, enkrat se dotakne tudi zdravstvenih zakonodaj drugih držav ter odnosa med vlado in zdravniki; kljub vsemu pa se usmeri v finančne vidike zdravstvene reorganizacije. Novinarji predstavljajo tudi kritične vidike in oškodovance sistema ter na ta način ustvarjajo videz »iskalca resnice«, »nepriistranskega poročevalca«, »čuvaja oblasti« itd. Z varovanjem lastnega ugleda si gradijo tudi večjo družbeno moč.

Prispevki na *24ur.com* tematsko sledijo trenutnim konferenčnim in vladnim dogajanjem, ponujajo manj samoiniciativnih prispevkov kot *rtvslo.si*, kljub vsemu pa opozorijo tudi na nekatere pomanjkljivosti (npr. omejevanje pravic starejših, bolnih z revmo, krvodajalcev, jedcev slaščic itd.) in prednosti reforme (npr. boljše zdravstveno varstvo otrok).

Za *zurnal24.si* je značilno neprestano ponavljanje iste vsebinske sheme, ki se zopet usmeri v finančno krizo v zdravstvu, v finančno preureditev dostopa do zdravstvenih storitev in probleme, ki izhajajo iz finančno podkovanih sprememb.

Za *siol.net* je v nasprotju z ostalimi mediji značilna homogenizacija novičarskih vsebin, ki delujejo kot državna promocija nove zdravstvene reforme in finančnih sprememb pri dostopu

do zdravstvenih storitev. Prispevki na *siol.net* opozarjajo na nujnost zdravstvene reforme, pri čemer odkloni, alternativne teme in ideje niso predstavljeni.

5.3 Analiza virov

Novinarski viri so ključni (so)oblikovalec medijske realnosti (Poler Kovačič 2004) in pokazatelj novinarske (ne)pristranskosti. Vrstni red virov in pogostost njihovega pojavljanja zrcali višjo vrednost določenega mnenja (Erjavec in Poler Kovačič 2007, 80) ter usmerja nadaljnji razvoj družbenega oz. javnega diskurza.

Tabela 5.2: Analiza identificiranih virov in pogostost pojavljanja znotraj posameznih prispevkov na 24ur.com

IDENTIFICIRANI VIRI	Pojavnost znotraj prispevkov
Zdravstveni minister Dorjan Marušič	33x
Predsednik vlade Borut Pahor	10x
Predsednik stranke SDS Janez Janša	6x
Predsednica upravnega odbora ZSSS-ja Lučka Böhm , sekretarka ministrstva za zdravje Valentina Prevolnik Rupel	3x
Poslanka Zares-a Majda Širca , direktor Slovenskega zavarovalniškega združenja Mirko Kaluža	2x
Predstavnica za odnose z javnostmi z ministrstva za zdravje Irma Glaner , generalna direktorica ministrstva za zdravje Elda Gregorič Rogelj	1x

Na spletni strani *24ur.com* med identificiranimi družbenimi akterji izrazito prevladuje minister za zdravje Dorjan Marušič, nato mu sledi predsednik vlade Borut Pahor in predsednik stranke SDS Janez Janša. Izbor virov je glede na veliko število prispevkov razmeroma ozek in večinoma podpira dejavnosti oz. diskurz ministrstva za zdravje in vlade (glej Tabela 5.2). Pojavlja se sklicevanje na institucije in organizacije (npr. Gospodarska zbornica Slovenije opozarja, Evropska komisija meni, vlada je potrdila, na ministrstvu opozarjajo, sindikati opozarjajo, zavarovalnice ostro nasprotujejo, kot pojasnjujejo na Rdečem križu Slovenije), pa tudi na vladne dokumente ali podatke spletnih strani (po predlogu zdravstvene nadgradnje, ustava določa, po podatkih na spletni strani ZZZS) itd. Analiza virov

kaže prevlado rutinskih institucionalnih virov informacij, kar po Poler Kovačič (2005, 39) novinarjem omogoča pridobiti zaupanje širše javnosti, v družbi pa vzdržuje obstoječa razmerja moči (Molotch in Lester 1974, 108–109). V imenu splošnega (aktivnega) prebivalstva v prispevkih nastopa predsednica upravnega odbora ZSSS-ja, Lučka Böhm, medtem ko je mnenje ostalih družbenih manjšin (npr. brezposelnih, upokojencev, krvodajalcev) zamolčano ali posplošeno. Združevanje določenih akterjev v splošne skupine (zavarovalničarji, zavarovanci, upokojenci) nadalje marginalizira njihovo mnenje oz. njihov diskurz.

Tabela 5.3: Analiza identificiranih virov in pogostost pojavljanja znotraj posameznih prispevkov na siol.net

IDENTIFICIRANI VIRI	Pojavnost znotraj prispevkov
Generalni direktor ZZZS-ja Samo Fakin	20x
Zdravstveni minister Dorjan Marušič , Poslanka SD-ja Andreja Rihter	13x
Nekdanji zdravstveni minister Dušan Keber	12x
Predsednik vlade Borut Pahor	5x

Kar 70 % novinarskih prispevkov na spletni strani *siol.net* za avtorja imenuje tiskovno agencijo STA, kar se kaže tudi v izboru izključno uradnih virov informacij. Sklicevanje na vire krši novinarska načela približevanja resnicoljubnosti, saj ne onemogoča izražanja mnenj širši skupini vključenih posameznikov (Kodeks novinarjev Slovenije 2010). Poleg Sama Fakina, ki v intervjuju opozarja na zategovanje pasov oz. reze v zdravstveni blagajni, v prispevkih prevladujejo le viri ministrstva za zdravje in vlade (glej Tabela 5.3). Pogosto je zlasti »novinarjevo« sklicevanje na sekundarne vire (strokovnjake, partnerje) in na posplošene institucije oz. organizacije (zavarovalnice, poslanci SD, koalicijski partnerji). Kot družbena manjšina so predstavljene le zavarovalnice, ne pa tudi zdravniki, še manj specifične družbene skupine. Državljeni so predstavljeni kot podrejena in nemočna skupina, ki zaradi finančnih kriz v zdravstvu nimajo druge možnosti kot sprejeti spremembe in se jim podrediti.

Tabela 5.4: Analiza identificiranih virov in pogostost pojavljanja znotraj posameznih prispevkov na rtvslo.si

IDENTIFICIRANI VIRI	Pojavnost znotraj prispevkov
Zdravstveni minister Dorjan Marušič	21x
Poslanka SD-ja Andreja Rihter	8x
Predsednik vlade Borut Pahor	7x
Predsednica upravnega odbora ZSSS-ja Lučka Böhm	4x
Predsednik ZSSS-ja Dušan Semolič , kirurg Erik Brecelj , ginekologinja Irena Kirar Fazarinc	3x
Gospodarska ministrica Darja Radić , poslanec SNS-a Bogdan Barovič , poslanec SNS-a Miran Györek , Marjeta Šbav iz Gibanja za ohranitev javnega zdravstva, zdravnik Aleksander Doplinar , novinarka TV Dnevnika Breda Štivan Bonča , novinarka Radia Slovenije Helena Lovinčič	2x
Finančni minister Franc Križanič , generalni direktor ZZZS-ja Samo Fakin , predsednica upravnega odbora ZZZS-ja in izvršna sekretarka GZS-ja Tatjana Čerin , poslanka Zares-a Cveta Zalokar Oražem , poslanec LDS-a Ljubo Germič , poslanec SLS-a Jakob Presečnik	1x

Paleta izbora virov informacij na spletni strani *rtvslo.net* je najširša, vendar kljub vsemu podpira institucionalne vire moči; po Hall in sodelavcih (2000, 648) najverjetneje zaradi njihovega družbenega položaja in reprezentativnega statusa. Novinarji sicer pogosto uravnoteženo izbirajo vire ter stališča za in proti, vendar jih vključujejo v hegemonično reprezentacijo diskurza vladajoče oblasti. Med vsemi analiziranimi mediji *rtvslo.si* tematsko najbolje predstavi posledice sprememb za določene družbene manjšine, vendar jim ne da možnosti za izrazitev mnenja. Takšen pristop pove veliko o konceptih priučene nemoči, ki jo državljani tudi sicer izkusijo v različnih nadzornih institucijah (pri zdravniku, v medijih itd.). Na spletni strani *rtvslo.si* se sklicujejo tudi na splošne organizacije (Gospodarska zbornica Slovenije, ZSSS, Adriatic Slovenija), dokumente (poročilo IVZ-ja, poročilo inštituta Bipartisan Policy), poslanske skupine (LDS, DeSUS), novinarske vire (STA in viri Radia Slovenije), države (ZDA, Danska, Grčija) itd. Z neposrednim sklicevanjem na lastne institucionalne vire pa si pripisujejo veliko družbeno moč »reprezentativnosti«, »preglednosti« in »zanesljivosti« (glej Tabela 5.4).

Tabela 5.5: Analiza identificiranih virov in pogostost pojavljanja znotraj posameznih prispevkov na zurnal24.si

IDENTIFICIRANI VIRI	Pojavnost znotraj prispevkov
Zdravstveni minister Dorjan Marušič	22x
Predsednik vlade Borut Pahor	13x
Strokovnjak za ekonomiko zdravstva Maks Tajnikar	7x
Predsednica upravnega odbora ZSSS-ja Lučka Böhm	4x
Predsednik ZSSS-ja Dušan Semolič	3x
Izvršni direktor zavarovalnice Adriatic Slovenija Dušan Čebihin , član uprave zavarovalnice Vzajemna Ivan Gračar	2x
TedANJI predsednik uprave zavarovalnice Vzajemna Dušan Kidrič , minister za delo, družino in socialne zadeve Ivan Svetlik	1x

Izbor virov na *zurnal24.si* izkazuje tematsko osredotočenost na finančne krize in konflikte pri reorganizaciji zdravstva. Po številu pojavnosti zopet prevladuje minister za zdravje Dorjan Marušič, sledi mu premier Borut Pahor in nato strokovnjak za finance Maks Tajnikar. Srednje pomembni so posebni institucionalni viri predstavnikov sindikata in zavarovalniška združenja oz. njihovi akterji (glej Tabela 5.5). Zelo pogosti so sklicevanje na javne institucije in organizacije (Ministrstvo za zdravje, Gospodarska zbornica Slovenije, ZSSS, zavarovalnica Adriatic Slovenija, zavarovalnica Triglav, zavarovalnica Vzajemna) ter alternativni načini bolj posplošenega sklicevanja (so sporočili v Pahorjevem kabinetu, zavarovalničarji, socialni partnerji itd.).

5.4 Jezikovna analiza

5.4.1 Poimenovanja (akterjev)

»Način, kako so ljudje poimenovani v novinarskem diskurzu, ima pomemben vpliv na način, kako so ljudje zaznani in upoštevani v družbi« (Richardson v Erjavec in Poler Kovačič 2007, 56).

Na *24ur.com* so pomembni politiki, zlasti vladne osebe, poleg z uradnimi nazivi pogosto označeni zgolj s priimkom, kar zrcali njihovo avtoriteto in javno prepoznavnost. Politiki so predstavljeni kot zvezde, kar je razvidno tudi s fotografije, kjer je minister za zdravje Dorjan Marušič obdan s fotografskimi bliskavicami. Po drugi strani pa so določene organizacije predstavljene zgolj kot skupine akterjev, pri čemer se pojavijo tudi individualna marginalizirana poimenovanja, kot npr. zavarovalničarji (*24ur.com*, 11. 1. 2011). Državljeni so označeni z vidika zdravstvene, starostne ali delovne sposobnosti – upokojenec, delodajalec, bolnik, krvodajalec, brezposelni itd. V splošnem pa v poimenovanju ali sopomenkah ni značilna diskriminacija.

Siol.net večinoma nevtrarno poimenuje sogovornike, izmed vseh medijev pa najbolj izrecno uporablja aktualizirane (avtorske) načine poimenovanja in nanašanja na govorce. Novinarji z individualnimi poimenovanji delajo razliko med "nami" in "njimi", sprejemljivimi in nesprejemljivimi, moralnimi in nemoralnimi. Samo Fakin je npr. poimenovan kot *prvi mož zdravstvene blagajne* (*siol.net*, 14. 10. 2011), s čimer je kot družbeni akter povzdignjen na prvo mesto. Na drugi strani pa imamo *dobaviteljske lobije s politično vprego* (*siol.net*, 14. 10. 2011), s čimer novinarji akterjem pripisujejo negativne lastnosti – zlobe, nemoralnosti, neprizanesljivosti, pristranskosti itd. Primer je tudi *odhajajoči minister* (*siol.net*, 19. 07. 2011), ki nakazuje poraz in/ali izgubo funkcije. Državljeni so omenjeni zelo redko, spet pa znotraj zdravstvenih in zavarovalniških oznak ali stereotipnih poimenovanj – bolniki, zavarovanci, pacienti. Poimenovanje akterjev na *siol.net* podpira razlike, zato je diskriminatorno.

Na *rtvslo.si* so ključni družbeni akterji večinoma poimenovani nevtrarno, pojavijo pa se tudi marginalizirani in diskriminatorni načini (so)nanašanja. Adolf Lukanović je npr. poimenovan

kot *glavni pobudnik ukinitve porodniških oddelkov* (rtvslo.si, 21. 12. 2010). S tem je akter predstavljen kot "zlobna", nemoralna oseba, ki prinaša bolezn in škodo. Pogosto je sklicevanje na strokovnjake in skupine organizacij (komisije, zdravnike, koalicijske skupine, poslance). Raznim zavodom so z nanašalnimi imeni pripisane lastnosti bede, neustreznosti, revščine, npr. *kadrovsko in finančno osiromašeni zavodi* (rtvslo.si, 17. 8. 2011). Pojavlja se tudi staro poimenovanje organizacije ministrstvo za *zdravstvo* – poimenovanje, ki zakriva promocijski vidik posameznikove odgovornosti za zdravje.

Na spletni strani *zurnal24.si* se poleg nevtralnih sklicev pogosto pojavljajo poimenovanja, ki ustvarjajo pridih strokovnosti, avtoritarnosti in veljavnosti, npr. *strokovnjak za ekonomiko zdravstva* (*zurnal24.si*, 16. 12. 2010), *dolgoletni zavarovalničar* (*zurnal24.si*, 6. 9. 2010). Akterji so s poimenovanji postavljeni v eksplicitna nasprotja – gre za konflikt interesov med zavarovalničarji (subjektivna degradacija v smislu nizke družbene pomembnosti oz. ustreznosti) in vlado (premierom, ministrom) ter med premožnejšimi (bogatimi) in siromašnejšimi (v revščini, bedi). *Zurnal24.si* v nasprotju z *24ur.com* občasno degradira vladajoče akterje (kar je zopet razvidno s fotografije ministra Dorjana Marušiča, ki sumljivo vstopa v manjšo stavbo), vendar to ne počne prek aktualizacijskih diskriminatorskih poimenovanj.

Vsi analizirani mediji s poimenovanji vzpostavljajo razlike med ključnimi družbenimi akterji in jim pripisujejo družbeno moč, vlogo in status. Mediji pa se razlikujejo v stopnji dramatičnega razlikovanja, bodisi povzdigovanja ali degradiranja značilnosti, lastnosti, dejavnosti določenih družbenih akterjev.

5.4.2 Retorični tropi

Retorični topi izkazujejo bodisi zaznamovane besede in besedne zveze bodisi alternativne primerjave, ki družbenega akterja potisnejo v semantično ozadje (Vezovnik 2009).

Retorični tropi na *24ur.com* se mešajo z novinarskimi predpostavkami oz. z enotnimi, ideološkimi pogledi na svet. Pogoste so izvirne ali pogovorne metafore oz. primerjanja na osnovi logične vzporednosti, podobnosti ali analogije med pojavi. Kot primer: »*Srce tega paketa so teze zakonov o zdravstveni dejavnosti ter o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem*

zavarovanju» (24ur.com, 16. 2. 2011). Zdravstvena reforma je predstavljena kot srce, ki bije in živi ter posredno omogoča nadaljevanje (družbenega) življenja. Zanimiva je tudi metafora »vrag odnesel šalo« (24ur.com, 9. 9. 2011), ki v besedilo vnaša vraževerni, religiozni diskurz. Vlada je kot predhodni vrag z novo družbeno ureditvijo prenehala prenašati bolezni, neresnosti in težave. Značilne so vojeristične metafore, ki izkazujejo boj za preživetje: »Zavarovalnice /.../ se že aktivno pripravljajo na **bitko**« (24ur.com, 9. 9. 2010) in »Zavarovalničarji se že pripravljajo na **povratni udarec**« (24ur.com, 11. 1. 2010). Prek metafor je pogosto novinarjevo komentiranje ter podajanje sodb o npr. verodostojnosti, moralnosti, sprejemljivosti družbenih akterjev: »Zavarovalnicam /.../ se **tresejo hlače**« (24ur.com, 11. 1. 2010). Zavarovalnice so v pripoved vključene kot zlobni akterji, prestrašeni, saj jih bodo dobri ljudje končno ulovili in bodo plačali za stare grehe. Kljub temu pa so akcijsko pripravljene: »Zavarovalnice so seveda **na nogah**« (24ur.com, 20. 7. 2011). Novinarji se na več ravneh besedila poigravajo z izrazjem diskurza o zdravju, bolečine, bolezni in telesa, s pogovornimi frazami pa se približujejo povprečnemu bralcu.

Za novinarske prispevke na *rtvslo.si* so značilne metaforične in vsebinske primerjave zdravstvene reforme s pokojninsko reformo. Npr. »/.../ bodo pred začetkom zdravstvene reforme naredili vse, da ne bo šla **po isti poti** kot pokojninska reforma« (rtvslo.si, 21. 10. 2010) Ali pa: »**Pod streho** morata biti pokojninska in zdravstvena reforma« (rtvslo.si, 23. 5. 2011), kot da sta pokojninska in zdravstvena reforma otroka, ki ju moramo zaščititi in obvarovati. Zanimiva je tudi metafora, da so sedanji »ukrepi le **reševanje ozkih grl**, za dolgoročno rešitev pa je potrebna celovitejša zdravstvena reforma« (rtvslo.si, 20. 12. 2010). Nova zdravstvena reforma je tista, ki nam bo omogočala dihanje, življenje in sprostitev. Nujnost sprememb označuje tudi naslednja poved: »Slovenija pa je že brez tega **na repu evropske lestvice**« (rtvslo.si, 21. 12. 2010). Zdravstvena reforma je predstavljena kot akter, odrešitelj. »/.../ zdravstvo je poseben sistem, ki ne sodi v isti koš kot drugi deli javnega sektorja« (Janez Janša, 24ur.com, 8. 11. 2011). Zdravstvo je tako kot zdravje – nekaj več.

Za *zurnal24.si* so najbolj značilne publicistične metafore, kot npr. »**Zelena luč** za spremembe v zdravstvu« (zurnal24.si 20. 7. 2011). Pojavi se tudi zanimiv retorični trop »**izvirni grehi** v zdravstvu« (zurnal24.si, 16. 2. 2010), ki v novinarski prispevek zopet vpelje religiozne prvine in možnosti (Evine in Adamove) izbire med pravo in napačno potjo.

Pomembni družbeni akterji so v prispevkih poudarjeni le takrat, ko je njihova dejavnost javno

prepoznana kot funkcionalna oz. pozitivna. Pogosto sredstvo brisanja odgovornosti družbenih akterjev so metonimije. Družbeni akterji so npr. zamenjani z institucijo ali organom: »**Vlada** bo začrtala smernice zdravstvene reforme« (zurnal24.si, 16. 12. 2010), »**Vlada** bo prihodnji teden obravnavala nadgradnjo zdravstvenega sistema do leta 2020« (siol.net, 14. 7. 2011), »**Ministrstvo za zdravje** bo /.../ pripravilo osnutek zakonov« (24ur.com, 20. 7. 2011), »**Evropska komisija** bo vložila tožbo« (24ur.com, 16. 2. 2011), »**Koalicijski parterji** so se že dogovorili o ukinitvi dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja« (24ur.com, 11. 1. 2011) itd. Pojavijo se zamenjave vzroka ali povzročitelja s stvaritvijo: »**Rezi v zdravstvu** so bili sicer po besedah zdravstvenega ministra nujni« (24ur.com, 10. 10. 2011), »**Zdravstvena blagajna** bo letošnje leto končala z 20 milijoni evri izgube« (rtvslo.si, 19. 5. 2011), »**nadgradnja zdravstvenega sistema** /.../ bi namesto dopolnilnega zavarovanja uvedla splošno participacijo, vezano na dohodninski razred« (24ur.com, 23. 5. 2011), »**Stroške pogreba** bi plačali le še socialno ogroženim« (24ur.com, 14. 7. 2011), »**Novela zakona o zdravstvenem varstvu in zavarovanju** /.../ bo uveljavila ključne spremembe v financiranju zdravstva« (siol.net, 14. 7. 2011), »**Trošarine** bi porabili za preventivne programe« (siol.net, 14. 7. 2011), »**Dodatna sredstva, ki bodo za to potrebna, bodo pridobili z novimi dajatvami**« (rtvslo.si, 23. 5. 2011). S takšnimi retoričnimi učinki se marginalizira človeško delo, ki je potrebno za pridobitev nove dajatve. Maskiranje vseh vključenih akterjev služi naturalizaciji sodobne razpršenosti družbene moči. Novinarji redko uporabljajo tudi metonimije, ki menjajo družbene akterje s časovnim obdobjem: »**Do poletja** bi moral biti pripravljen osnutek nove zdravstvene reforme« (zurnal24.si, 16. 12. 2010), »**Do sredine junija** bodo pripravljene teze« (zurnal24.si, 23. 5. 2011).

Pogosti retorični učinek vseh prispevkov v analiziranih medijev je naturalizacija oz. poimenovanje določenega družbenega pojava kot dela telesa, bolezni ali naravnega pojava. Na *siol.net* se pojavi največ pripisovanj naravnih, bioloških značilnosti družbenim pojavom, konstruktom in soglasjem, kot npr. »**Se mora te "popkovine" prerezati in poenotiti javno naročanje?**« (siol.net, 14. 10. 2011). Novinar predhodni sistem povezuje z otrokom, ki mora končno odrasti in se samostojno razviti. Ali pa: »**treba bo prevetrili poglavje o vedenju javnih zdravstvenih zavodov**« (siol.net, 19. 7. 2011a) in »**Keber je prepričan, da bi se to lahko naredilo še mnogo bolj čisto, če bi jim uspelo prekrmariti skozi različne lobije**« (siol.net, 19. 7. 2011a). Gre za del vojerističnega diskurza oz. razmišljanja o svetu kot boju na poti do cilja oz. do zdravja. In: »**da bi zdravstveno blagajno razbremenili**« (siol.net, 19. 7. 2011a), s čimer se navezuje na razbremenitev od bolezenskega stanja – torej od predhodnega zdravstvenega

sistema. Tudi za *zurnal24.si* so bolj kot metafore značilne razne oblike naturalizacij: »Minister bo v roke predal zakon, ki bo **zrel** za javno razpravo /.../« (*zurnal24.si*, 16. 12. 2010). Z vidika takšnega ubesedovanja se bo zakon razvil kot rastlina v najvišjo možno obliko nadgradnje, brez prisotnosti posameznika in njegovih interesov. Ali pa: »/.../ v javni sistem se **nateče** še za okoli 300 milijonov evrov sredstev« (*zurnal24.si*, 20. 7. 2011), kar zoper potisne v ozadje človeško delo. Podobno podcenjevanje človeškega dela je nominalizacija »**izplačila** naj bi potekala preko Davčne uprave RS« (*zurnal24.si*, 20. 7. 2011). Na *24ur.com* se pojavljajo podobne naturalizacije, npr. »/.../ po ukinitvi dodatnega zdravstvenega zavarovanja pa bi v zdravstveno blagajno **prikapljalo** 264,2 milijona evrov letno« (*24ur.com*, 10. 10. 2011). Izraz *prikapljalo* daje pridih naravnosti, spontanosti – torej nekaj, kar se kot dež dogaja izven posameznikove volje. Vse to je v nasprotju z dejstvom, da bodo morali državljani ta denar z voljo in trdom pridelati, če ne celo prigarati.

Zdravstvena reforma ima v prispevkih pripisane tudi človeške lastnosti in značilnosti: »Poslanci SD **pozdravljajo** dokument nadgradnje zdravstvenega sistema.« (*siol.net*, 19. 7. 2011b) Poslanci jo pozdravljajo, kot da je človek, človeškost pa se po drugi strani povezuje s toplino, čustvi in sočutnostjo v medsebojnih odnosih.

Zlasti na *siol.net* in *24ur.com* so v povezavi s finančnimi razmerami v zdravstvu pogosta jezikovna pretiravanja in/ali diskurz tveganja. Primeri: »/.../ na področju zdravstva nas čaka **črna slika**, /.../ denarja bo preprosto zmanjkalo« (*siol.net*, 14. 10. 2011), »Sedanje razmere v vladi in koaliciji zdravstvene reforme **ne ogrožajo** /.../« (*siol.net*, 18. 5. 2011). Za *24ur.com* so značilne tragične ubeseditve, kot npr. »Marušič je dejal, da če vladi ne bo uspelo pri zdravstveni reformi, potem se lahko piše še **hujša zgodba** kot pri pokojninski« (*24ur.com*, 23. 5. 2011). Poved predpostavlja, da je bila zgodba pokojninske reforme tragična, neuspešna in pogubna.

V novinarskih prispevkih na *24ur.com*, *rtvslo.si* in *siol.net* se pojavljajo razni stereotipi in posplošitve iz dela na celoto ali iz celote na posameznika, npr: »Tudi minister Marušič je zatrdil, da piše reformo zato, da bo **Slovenkam** in **Slovincem** bolje« (*rtvslo.si*, 23. 5. 2011). Narod je na *rtvslo.si* združen v homogeno skupino posameznikov, in sicer na osnovi skupnega ozemlja. Vsi državljani s(m)o podvrženi skupnim procesom in vsem bo z izvršeno zdravstveno reformo bolje. In: »**Vsak Slovenec** bi poleg osnovnega zavarovanja plačal neke vrste davek, odvisen od višine prihodkov« (*24ur.com*, 20. 7. 2011). Takšna poved o novi

zdravstveni reformi izkazuje družbeno pravičnost med različnimi socialnimi razredi. Izkaz pravičnosti je tudi trditev: »**Vsak invalid bo lahko dobil posebno kartico**« (siol.net, 29. 1. 2011). Siol.net vključuje tudi razne stereotipe: »**Država pač potrebuje denar**« (siol.net, 19. 7. 2011a) in čustvene vzklike: »**Na kredit bomo živeli!**« (siol.net, 14. 10. 2011). Pisci besedil se prek takšnih jezikovnih sredstev povezujejo z izkustvenim svetom naslovnika in vplivajo na njegov »razum«.

V vseh analiziranih medijih se pojavljajo podobni retorični tropi, ki ideološko brišejo odgovorne družbene akterje, družbene procese in pojave ter predstavljajo politična soglasja kot del naravne urejenosti okolja. Podobni retorični tropi potrjujejo skupni vir podatkov – STA, vladne dokumente, konference, spletne strani organizacij ipd. Značilna je zlasti zameglitev človeškega dela, ki je po mnenju Vezovnikove (2009, 119) že splošna predpostavka v samem jeziku. Analizirani mediji se razlikujejo v stopnji avtorskega grajenja metafor, personifikacij, naturalizacij, dramatičnega in čustvenega povezovanja z bralci vsebine. Dramatična ubeseditev pritegne bralca, pripomore k pomnjenju vsebine, vendar hkrati dodatno izkrivlja podobo realnosti (MacDonald 2003; Laban 2007). Nekateri mediji bolj avtorsko gradijo oz. (so)potrjujejo obstoječa razmerja državljanov proti državi.

5.4.3 Glagolska modalnost in tranzitivnost

Avtorji z modalnimi glagoli, njihovimi zanikanji in prislovi izražajo svoje mnenje, prepričanost, nagnjenost in nujnost (Vezovnik 2009, 124).

Na 24ur.com so najpogostejše kategorične trditve, kjer so povedi ubesedene kot »resnica« ali zahteva. Avtorji s takšnimi jezikovnimi sredstvi izražajo avtoritarnost, trdno prepričanje in/ali ustvarjajo senzacionalistični učinek. Primer avtorjeve zavezanosti k »resnici« je: »**Evropska komisija bo na sodišče EU vložila tožbo proti Sloveniji, ker slovenska pravila o dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju niso popolnoma v skladu z evropskim pravnim redom**« (24ur.com, 16. 2. 2011), »**Tisti, ki zaslužijo več, bodo plačevali več, ostali manj**« (24ur.com, 20. 7. 2011), »**Povprečni mesečni prejemki bodo po novem ključ za to, koliko bomo odšteli za zdravstveno oskrbo**« (24ur.com, 10. 10. 2011), »**Višina davka bo odvisna od dohodka posameznika**« (24ur.com, 20. 7. 2011), »**/.../ ukrep bo po mnenje Lučke Böhm zmanjšal solidarnost do starejših**« (24ur.com, 21. 7. 2011) itd. Avtorji uporabljajo tudi razna jezikovna sredstva, ki

izražajo negotovost, verjetnost (kot npr. **naj bi**, **verjetno**, **menda**), vendar pogosto bolj zaradi učinka uravnoteženosti in nepristranskosti kot dejanske (ne)gotovosti.

V prispevkih na *rtvslo.si* se menjavajo glagolske in prislovne oblike, ki večinoma izražajo gotovost (*bo/bodo*) in verjetnost (*naj bi*, *verjetno*). Vsebina in posledice zdravstvene reforme so najpogosteje podane kot zagotovilo ali resnična trditev, npr. »Zdravstvena reforma **bo** kaznovala tvegan življenjski slog« (*rtvslo.si*, 14. 7. 2011), »Povišanje **bi** šlo v škodo delojemalcev in ne delodajalcev, kar pomeni, da se bruto plače **ne bi** spremenile, znižale pa **bi** se neto plače« (*rtvslo.si*, 16. 2. 2011), »Tortica in ustekleničena voda **bosta** prispevali k zdravstveni blagajni« (*rtvslo.si*, 14. 7. 2011), »Po zagotovilih Marušiča **bo** zdravstvena reforma za državni proračun nevtralna« (*rtvslo.si*, 29. 7. 2011). Ob pomensko bolj praznih povedih pa se pojavljajo občasne oblike negotovosti, kot npr.: »Vlada **naj bi** jo sprejela do božiča« (*rtvslo.si*, 16. 12. 2010), »Zdravstvena zavarovanja se **bodo verjetno** združila« (*rtvslo.si*, 19. 5. 2011).

Novinarski diskurz na *zurnal24.si* je prav tako bolj gotov, trdnejši, bolj moralističen v primeru akterjev vlade (npr. *je poudaril*, *opozoril*, *zavrnil*) kot pa npr. akterjev zavarovalnic. »Marušič **je poudaril**, da se **bodo morale** zavarovalnice prilagoditi« (*zurnal24.si*, 20. 7. 2011), nasproti vlade pa »zavarovalnice **menijo**« (*zurnal24.si*, 20. 7. 2011). Ali pa: »Vsak zdravstveni zavod /.../ **bi moral** za opravljanje tržne dejavnosti ustanoviti ločeno pravno osebo /.../ Tudi koncesionarji /.../ **bi** za to **morali imeti** ločeno podjetje« (*zurnal24.si*, 16. 12. 2010). Četudi se modalnost glagolov najpogosteje izraža kot zavezanost k resnicoljubnosti, so dodani prislovi pogosto avtorsko obarvani. »**Več – celo nekajkrat več kot do zdaj** – pa **bodo plačevali** tisti z višjimi dohodki« (*zurnal24.si*, 6. 9. 2010), »Ker **bodo** po spremembah zdravstvenega zavarovanja revnejše prebivalstvo **vsaj nekoliko razrešeno** finančnega pritiska, **bo** bogati sloj **prispeval** več v blagajno, kot je doslej« (*zurnal24.si*, 23. 2. 2011). Ali pa: »Na ministrstvu za zdravje **so končno potrdili**, da **bo** zdravstvena reforma z novim zakonom **prinesla** ukinitev dopolnilnih zavarovanj« (*zurnal24.si*, 6. 9. 2010). Pogosto je tudi poudarjanje verjetnosti, negotovosti sprememb: »Z novo dajatvijo **naj bi** /.../ Izplačila **naj bi**« (*zurnal24.si*, 20. 7. 2011) itd.

Za *siol.net* so značilni le mehanizmi novinarske zavezanosti k resnici, vendar brez ustreznega sklicevanja na vire, negotovosti ali verjetnosti. Avtorji z eksplicitnimi modalnimi glagoli (so)vodijo in (so)oblikujejo konstrukt oz. soglasje resničnosti. Kot primer: »Prostovoljno

podaljšanje delovne dobe **bo** nagrajeno tako za delodajalca kot zaposlenega. Posameznikove pravice in obveznosti **bodo** odvisne od njegovih dejanskih dohodkov /.../« (siol.net, 29. 1. 2011), »Zavzemali se **bodo** za predpise, ki bodo omogočili boljše usklajevanje poklicnega in družinskega življenja« (siol.net, 29. 1. 2011), »Vsem osebam s posebnimi potrebami **bodo** omogočili možnost zaposlitve in dela za pošteno plačilo« (siol.net, 29. 1. 2011). Značilen je neposreden prepis iz sekundarnega, neoliberalnega diskurza dokumenta o novi zdravstveni reformi ter sočasna uporaba trpnika kot ideološkega sredstva: »Košarica zdravstvenih pravic **se bo pokrivala** z obveznega zdravstvenega zavarovanja ter s splošno participacijo« (siol.net, 14. 7. 2010).

Za 24ur.com je bolj kot za katerikoli drug analiziran medij značilno ubesedovanje in reprezentiranje zaželenosti, sprejemljivosti, moralnosti, kot npr. »Sporazum **je dober** tako za bolnike kot zdravnike« (24ur.com, 9. 9. 2010). Tudi slikovna reprezentacija je izrazito moralistična, npr. zdravnik v rokah drži rdeče jabolko, ki predstavlja simbol posameznikove odločitve za zdravo, dolgo, »večno« in bogato življenje (Ventilator besed 2011).

Za vse medije sta značilna obligacijski in opozorilni diskurz, zlasti za rtvslo.si. Kot npr. »Pri koncesijah **bi morali** svoj glas imeti tudi uporabniki« (rtvslo.si, 17. 8. 2011), »To **bi bilo treba redefinirati** tudi zato, ker je ministrstvo samo za letos naštelo za 90 milijonov dodatnih zdravstvenih potreb slovenskih državljanov« (rtvslo.si, 16. 2. 2011). Prislovi ob glagolih občasno komentirajo dogajanje, predvsem pa izkazujejo nujnost. »**Nujno je**, da se košarica pravic standardizira« (rtvslo.si, 16. 2. 2011), »Zdravstvena reforma **je nujno potrebna**« (rtvslo.si, 19. 7. 2011), »Spremembe na področju zdravstva **so nujne**« (rtvslo.si, 19. 7. 2011). Pri tem se pojavljajo še razni poudarki in opozorila: »**Znova je opozorila na negativno stanje** v zdravstveni blagajni in **prepotrebno** prevetritev sistema« (rtvslo.si, 19. 7. 2011). Ter: »**Böhmova opozarja** na primanjkljaj zdravstvene blagajne v letošnjem letu« (rtvslo.si, 23. 2. 2011), »Pri tem pa **opozarja** na dve oviri, ki bi se lahko pojavili. Kot pravi, obstaja strah, da bi se zataknilo pri financah in da bi prišlo do blokade ministrstva za finance« (rtvslo.si, 23. 2. 2011) in »Javnost naj se zaveda, da je stanje alarmno« (rtvslo.si, 21. 12. 2010). Tudi zurnal24.si med najpogostejšimi modalnimi oblikami uporablja razna jezikovna sredstva opozoril in tveganjskega diskurza: »Semolič **opozarja** na nevarnost, da bi nadgradnjo zdravstvenega sistema blokiralo ministrstvo za finance, **svari** tudi pred neodobravanjem bogatejših slojev prebivalstva /.../ slednji pa obvladuje izvode moči v državi, **opozarja Semolič**« (zurnal24.si, 23. 2. 2011), »Glede združitve zakonov Marušič **opozarja** /.../«

(zurnal24.si, 20. 7. 2011), »Minister je **opozoril**, da so spremembe nujne, saj je že danes okoli 90 milijonov evrov storitev, ki jih **ne morejo kriti**« (zurnal24.si, 16. 12. 2010).

Na 24ur.com so tudi zelo pogoste normativne zahteve oz. obligacije in opozorila. Npr.: »Po njegovih besedah **je treba okrepiti** javno zdravstvo in povečati dostopnost do javnega dela, tako bi bila tudi potreba pri zdravstvenih storitvah pri zasebnikih odveč« (24ur.com, 16. 2. 2011) ali »Po besedah poslanke Zares Majde Širca **je treba čim prej odpraviti** nepravilnosti in vsem otrokom zagotoviti dostop do nujnih zdravstvenih storitev« (24ur.com, 24. 8. 2011). V primeru nosilcev politično-ekonomskega diskurza je pogosto dodan glagol opozarjati ali poudarjati, kar krepi funkcijo in veljavnost govorca ali organizacije: »/.../ zato bi lahko prišlo do težav pri oskrbi z zdravili, **opozarjajo**« (24ur.com, 8. 11. 2011), »Na ministrstvu za zdravje **poudarjajo** /.../« (24ur.com, 21. 7. 2011). Na siol.net se v avtorskih izdelkih prav tako pojavljajo obligacije oz. zahteve, ki so v nasprotju z ostalimi mediji mnogo bolj poglobljene, izrazite, aktualizirane. Avtor z njimi izraža svoje stališče ali mnenje. »Če se **ne bomo lotili** nujnih rezov na področju zdravstvenega sistema, se **bodo** razmere v zdravstvenem svetu le poslabševale, **opozarja prvi mož zdravstvene blagajne**« (siol.net, 14. 10. 2011).

Za vse medije je na skladišnji ravni najbolj pogosta tvorniška oblika povedi z izpustom osebka, kar po Vezovnik (2009, 122) nakazuje, da vršilec ni znan, pomemben ali pa ga ne želimo/znamo imenovati. Ključni akterji so pogosto izpuščeni, npr. »Okrnili **bodo** pravice do zdraviliških zdravljenj« (24ur.com, 21. 7. 2011), »Preostanek **bo** prinesel davek na tveganje« (rtvslo.si, 14. 7. 2011). Pojavi se tudi pasivna oblika, ki zakrije akterja in poudari prizadetega posameznika ali posledice sprememb. »A nekaj neuradnih izračunov, koliko bi utegnili po novem plačevati državljani za t.i. participacijo oz. nov davek, je že narejenih« (24ur.com, 20. 7. 2011), »Položnic za zdravje se ne bi znebili« (20. 7. 2011). Zlasti pri ubesedovanju zbiranja denarja za zdravstvo se pojavlja trpnik: »Pripravili so vse izračune in določili novo košarico pravic, ki **bo krita** iz obveznega zdravstvenega zavarovanja« (rtvslo.si, 23. 5. 2011), »Več denarja **bi prišlo** tudi z naslova povišanja prispevkov za samozaposlene kmete /.../« (rtvslo.si, 14. 7. 2011), »Zakon **je bil sprejet**« (rtvslo.si, 20. 12. 2010) itd. V splošnem je pri ubesedovanju vladnih (pozitivnih) sprememb pogost tvornik z izraženim družbenim akterjem; pri državnem zbiranju denarja pa je akter s trpnikom ali izpustitvijo postavljen v semantično ozadje.

Številni mediji in novinarji uporabljajo glagolske oblike za komentiranje in vrednotenje

dogajanja, kot npr: »*Tej obliki zavarovanja **ostro nasprotujejo** zavarovalnice, ki nudijo prostovoljno zdravstveno zavarovanje*« (siol.net, 20. 7. 2011), »*Ministri za zdravje so se **opekli** pri tem vprašanju*« (siol.net, 14. 10. 2011). Na rtv slo.si z glagoli občasno tudi komentirajo verodostojnost in sprejemljivost delovanja organizacij in institucij: »*Industrija sladkih pijač **intenzivno lobira** proti tem ukrepom*« (rtvslo.si, 29. 7. 2011). Zurnal24.si pa v nasprotju z ostalimi mediji s posrednim glagolskim komentiranjem vpeljuje tudi prvine ironije in smešenja govorcev in/ali dogajanja. Kot npr. »/.../ **je bil** danes **optimističen** premier Borut Pahor« (zurnal24.si, 16. 12. 2010) ali: »so **razburjeni** zavarovalničarji« (zurnal24.si, 6. 9. 2010) in »**Je** pa to, kot je zatrnilo MZ, "**skrajni scenarij**"« (zurnal24.si, 6. 9. 2010).

Novinarji prek glagolov komentirajo, moralizirajo, opozarjajo, usmerjajo, zapovedujejo in/ali vrednotijo »resničnost« določenih družbenih dogodkov in procesov. Vsi analizirani mediji zakrivajo delovanja določenih družbenih akterjev in hkrati zagotavljajo, da so spremembe nujne in v prid zdravju. Mediji pa se kljub temu razlikujejo v stopnji dvoma v verodostojnost politično-ekonomskih informacij. Zanimiva je npr. razlika med siol.net in zurnal24.si, saj se prvi nanaša le na ustrezno delovanje avtoritativnih oseb, zurnal24.si pa tudi smeši dejavnosti družbenih akterjev in tako njihove pravice in dolžnosti postavlja na raven ljudstva.

5.4.4 Novinarske predpostavke

Predpostavka je zdravorazumska in implicitna trditev, ki reducira raznolikosti ter predpostavlja skupno polje mišljenja med pisci, bralci, državljani itd. Predpostavka podpira ideološke poglede na svet in izraža splošno znane, nesporne in samoumevne (družbene) pomene. Odgovornost za predpostavko je v govorniku oz. piscu – novinarju (Erjavec in Poler Kovačič 2007, 69; Vezovnik 2009, 129).

Novinarske predpostavke analiziranih prispevkov na 24ur.com se skladajo s političnimi trditvami o finančni krizi zdravstva. »*Zdravstveni sistem v Sloveniji je v težavah. Že čez mesec dni zdravstvena blagajna ne bo zmogla plačati 30 milijonov, kolikor jih potrebujemo za zdravljenje bolnikov.*« (24ur.com, 8. 11. 2011) in »*Povprečni mesečni prejemki bodo po novem ključ za to, koliko bomo odšteli za zdravstveno oskrbo*« (24ur.com, 10. 10. 2011). Trditev implicira, da predhodna zdravstvena ureditev ni upoštevala statusa posameznika, nova zdravstvena reforma pa je bolj solidarna do odnosa posameznikove družbene moči. Trditev

»Vsak zamujen korak bo bolj boleč« (24ur.com, 16. 2. 2011) predpostavlja, da je star zdravstveni sistem prinašal oz. podpiral bolezni, nova zdravstvena reforma pa zopet predstavlja odrešitev in sprostitev od napetosti in bolečin. Na 24ur.com se z vključevanjem neoliberalnega političnega diskurza pojavljajo tudi eksplicitne vrednostne predpostavke, ki »nam« sporočajo, kaj je dobro in zaželeno (Vezovnik 2009). »Zdravje je ena najpomembnejših vrednot ljudi« (24ur.com, 8. 11. 2011). Izmed vseh analiziranih medijev 24ur.com tudi sicer najbolj izpostavlja posameznikovo odgovornost za zdravje, zlasti z ideološkimi reprezentacijami fotografij. Prikazane so razne podobe bolnišničnega zdravljenja, nezmožnosti, ki delujejo kot grožnja ali opozorilo. Na 24ur.com so novinarske predpostavke zelo pogoste tudi pri vprašalnih stavkih. Predpostavka »Bomo brez reforme zdravstva res hodili k zdravniku v tujino?« (24ur.com, 23. 5. 2011) riše črno prihodnost v primeru ohranitve starega zdravstvenega sistema. »Kaj pa o tem pravijo zdravstvene zavarovalnice, ki se že aktivno pripravljajo na bitko z državnimi zdravstvenimi institucijami?« (24ur.com, 11. 1. 2011) pa predpostavlja, da se zavarovalnice že aktivno borijo, kar podpira vojeristični pogled na svet in zdravje/-stvo.

Novinarske predpostavke prispevkov na siol.net prav tako potrjujejo politične trditve, da sta vlada in država v gospodarski krizi in da primanjkuje javnih sredstev za plačevanje nujnih zdravstvenih storitev. »Je zdravstvena blagajna pred finančnim kolapsom?« (siol.net, 14. 10. 2011). »Že pred meseci se je vedelo, da nas na področju zdravstva čaka črna slika, da bo denarja preprosto zmanjkalo« (siol.net, 14. 10. 2011). Finančna kriza se doživlja čustveno: »Na kredit bomo živeli!« (siol.net, 14. 10. 2011). Vendar »se z rešitvami v nadgradnji zdravstvenega sistema do leta 2020 le še povečuje socialna pravičnost« (siol.net, 14. 7. 2011). Zdravstvena reforma tudi na siol.net predstavlja odrešitev od telesnih in družbenih težav – morebiti tudi pomiritev, saj »/.../ zaradi ukinitve drugega stebra zdravstvenega zavarovanja ne bo prišlo do 90 milijonov evrov velike luknje v državnem proračunu« (siol.net, 14. 7. 2011a). Predpostavke prispevkov na siol.net označujejo in potrjujejo tudi norme zdravo/nezdravo: »/.../ tako bodo pravice, ki niso zdravstvene, le prenesene« (siol.net, 19. 7. 2011b). S tem novinarji neposredno določajo in razločujejo tudi zdravstvene in nezdravstvene pravice državljanov.

Na rtvslo.si se podobno pojavljajo novinarske predpostavke o nujnosti zdravstvene reorganizacije ter večji pravičnosti nove zdravstvene reforme. Kot npr.: »Javnost naj se zaveda, da je stanje alarmno« (rtvslo.si, 21. 12. 2010), »ZZZS letos z izgubo, na bolje ne

kaže» (rtvslo.si, 19. 7. 2011b), »Vse kaže, da bodo potrebni novi varčevalni ukrepi« (rtvslo.si, 19. 7. 2011b), »Enaka višina zavarovanja za vse ni znak solidarnosti« (rtvslo.si, 23. 2. 2011), »V Evropi bo po zdajšnjih gibanjih do leta 2020 primanjkovalo okoli dva milijona delavcev v zdravstvenem sistemu« (rtvslo.si, 20. 12. 2010). Spremembe se kažejo kot ekstremno pozitivne, saj bo »s krepitvijo javnega zdravstva potreba po obisku zasebnikov manjša« (rtvslo.si, 16. 2. 2011). In: »Zdravniki iz Evropske unije se za delo v Sloveniji zelo malo zanimajo, zato se zakon primarno usmerja na delovno silo iz tretjih držav« (rtvslo.si, 20. 12. 2010). Z novinarskimi predpostavkami na rtvslo.si izpostavljajo tudi razlike med »nami (državljeni in vlado skupaj)« in »tujci (vsemi ostali)«. Primer: »države zunaj EU-ja, kjer naj bi bil izobraževalni sistem manj kakovosten kot naš« (rtvslo.si, 20. 12. 2010). Kažejo se tudi močne predpostavke o varovalni funkciji ministrstva in vladnih akterjev, ki delujejo v dobro vseh državljanov, kot npr. »Poslanci rešili pomanjkanje zdravnikov?« (rtvslo.si, 20. 12. 2010). Poslanci se v prispevku pojavljajo kot rešitelji, sodobni bogovi, ki bodo z zadostno pokritostjo zdravstvenih storitev odrešili bolečino. »Da bi preprečili čezmeren uvoz, bo moralo ministrstvo vsako leto vnaprej izdati ponudbe na podlagi ocene dejanskih potreb« (rtvslo.si, 20. 12. 2010). Ministrstvo za zdravje je tisto, ki naj bi državljanke varovalo. Po drugi strani pa rtvslo.si z novinarskimi predpostavkami izrazi tudi zelo negativne, šokantne posledice sprememb, ki vzbujajo občasne dvome. »V predlogu reforme ni rešitve za socialno ogrožene, nezavarovane« (rtvslo.si, 4. 8. 2011), »Je zdravstvena reforma res pravična?« ali »Ukinjanje porodnišnic začetek zdravstvene reforme, ki nas bo hudo prizadela« (rtvslo.si, 21. 12. 2010). Zdravstvena reforma naj bi vplivala na naša boleča čustva. Ob tem pa se zopet pojavijo razni mehanizmi pomirjanja v obliki citatov vladnih oseb: »Prepričana je, da so stvari domišljene in v korist bolnikom« (rtvslo.si, 16. 2. 2011).

Prispevki *zurnal24.si* za skupno polje nanašanja prav tako pogosto uporabljajo finančno krizo in neučinkovitost zdravstva. Značilni primeri novinarskih predpostavk se navezujejo na zdravstveno reformo kot nekaj nujno potrebnega, vendar ne nujno najbolj učinkovitega, npr. »Zaradi nadurnega dela in dela pri drugih izvajalcih je zdravstvene delavce nemogoče ohraniti znotraj obstoječega sistema javnega sektorja« (*zurnal24.si*, 16. 12. 2010). *Zurnal24.si* preko predpostavk podaja tudi sodbe o govorcih, pri čemer jim za spremembo od drugih medijev pripisuje manjšo družbeno moč: »še meni premier, ki mu je nedavna anketa pokazala, da je, kar se tiče priljubljenosti, res strmoglavil« (*zurnal24.si*, 27. 10. 2010).

5.5 Družbena praksa: novinarska reprezentacija nove zdravstvene reforme

Novinarji imajo družbeno moč, da javnosti predstavijo problem in ji narekujejo, kaj naj si misli o stvari oz. kako naj si jo razlaga (Vreg 2000, 43). Novinarska reprezentacija ustvarja javno prepoznavanje družbenih problemov, vsakdanjih praks, družbenih odnosov, kultur, narodnosti, družbenih manjšin ipd. (Hall 2004). Novinarska reprezentacija zdravja in zdravstvene oskrbe gradi »zdravi razum« družbe, družbeno delovanje, predvsem pa moralne odnose med posameznimi institucijami, družbenimi akterji in državljani. Novinarski diskurz ima moč, da predstavi državljske pravice in odgovornosti posameznih družbenih akterjev (Wallack 1990, 48). Zaradi množičnega vpliva bi moral biti etično naravnana na biološko dobro počutje, zdravje, osebno in družbeno moč državljana. Novinarska etika namreč temelji na predpostavki, da posameznik ne sme biti izrabljen za doseganje dobičkonosnih ciljev (Poler Kovačič 2005, 229).

Kot je pokazala analiza, novinarsko poročanje o novi zdravstveni reformi ni povezano z ostalimi makroekonomskimi pogoji – gospodarskimi, finančnimi, demografskimi, zdravstvenimi in geografskimi spremembami v državi in po svetu. Novinarji se ne zavedajo globinskih vzrokov neenakosti v zdravju in kapitalnih prednosti preimenovanja »zdravja« in »zdravstvenih« storitev. Zdravstvena oskrba je v novinarskih prispevkih predstavljena kot pomemben dejavnik pri izboljšanju zdravja, zdravstvene in družbene solidarnosti, ne pa tudi kot dejavnik stvarjenja specifične moralne družbe in demografske strukture. Novinarji o reformi poročajo le v primeru vladnih vzgibov in promocijskih namigov, ne pa tudi ostalih sprememb, ki izkazujejo stopnjo (ne)enakopravnosti v družbi. Zamolčani so vzvodi EU, da je zdravstvena reforma del nadgradnje družbenega sistema do leta 2020, ki v ospredje postavlja gospodarsko rast in vzdržnost javnih financ, ne pa posameznikove pravice oz. enakopravnost (kot trdi dokumentni osnutek). Novinarji sicer obravnavajo makroekonomski dejavnik zdravja – zdravstveno oskrbo, vendar se znotraj nje osredotočijo na dejavnik posameznikove odgovornosti za zdravje. Politični koncept zdravega življenjskega stila pa je izrazito ideološki, saj diskriminira mnogo bolj vplivne družbeno-kulturne dejavnike zdravja (Kamin 2006, 9; Malnar 2002, 17).

Novinarji pri reorganizaciji zdravstva največ pozornosti posvečajo domnevni finančni krizi v zdravstveni blagajni, novemu zakonu o zdravstvenem varstvu, spremembam plačevanja

zdravstvenih storitev, predvsem pa večji družbeni pravičnosti in enakopravnosti med revnimi in bogatimi v novem sistemu. Novinarji ne ubesedujejo sprememb zakona o zdravstveni dejavnosti, ki na novo določa funkcije družbenih akterjev, delovna merila, način notranjega delovanja zdravstva, predvsem pa odnose v javnem zdravstvu in na račun sodobne prežetosti zdravja tudi družbene odnose med različnimi državljani. Novinarji vzroke neenakosti v zdravju povezujejo z neenakopravnim dostopom do zdravstvenih storitev z vidika materialnih sredstev. Ni razbrati, da bi se zavedali, da »politična relacija bolj kot ekonomska determinanta osnuje stopnjo neenakosti v katerikoli državi« (Navarro 2002, 71). Politična strategija je, da reforma združuje oba zakona, saj tako promotorji zdravja novinarjem posredujejo enosmerne informacije v prid spremembam, medtem ko druge zameglijo. Kratka novica, ki odvrne pozornost, pa je ideologija, s katero naslovniki pozabijo na en svet in gradijo drugega (Halimi 2002, 57).

Novinarji v analiziranih medijskih prispevkih o novi zdravstveni reformi poročajo podobno – značilna je homogenizacija novinarskih vsebin, enotno uporabljeno »promocijsko« gradivo STA in vladnih konferenc, podobne informacije, zaključki, jezikovna sredstva, statistični podatki, fotografije, interesi konfliktov (med vlado in zavarovalnicami), zanimivi citati vladnih oseb ipd. Značilna je enosmerna uporaba statistike, virov, raziskav in vsebin. Močni vpliv sporočil odnosov z javnostmi na novinarski diskurz izkazuje novinarsko površnost, nekritičnost in nezavednost posrednega ali neposrednega vpliva na javnost in javni diskurz (Erjavec 1999, 144). Novinarsko poročanje o zdravstveni reorganizaciji se razlikuje glede na institucionalne cilje medija (ali imajo prednost informativne ali zabavne vsebine), od novinarske kritičnosti do politično-ekonomskih informacij, od povzdigovanja ali degradiranja oblastnih akterjev, od novinarske vključitve v pripoved oz. v avtorstvo besedil. Raziskavo o avtorstvu besedil je pokazala, da je avtor novinarskih prispevkov o javni zdravstveni reorganizaciji na *siol.net* izključno Slovenska tiskovna agencija (STA), na *24ur.com* in *zurnal24.si* mešanica STA in »hišnih« novinarjev, na *rtvslo.si* pa so avtorji domnevno samostojna in preiskovalna skupina »hišnih« novinarjev. STA kot konglomeratna tiskovna agencija pri tem sicer ustrezno »opravlja javno službo stalnega, celovitega, točnega in objektivnega zagotavljanja informacij o dogodkih v Republiki Sloveniji in po svetu /.../ za potrebe medijev in javnosti« (STA 2012), vendar ni specializirana za poročanje o javnem zdravju/-stvu.

Novinarski diskurz analiziranih prispevkov na *24ur.com* in *zurnal24.si* se je dopolnjeval s

promocijskim diskurzom nove zdravstvene reforme, pri čemer *zurnal24.si* svoje vire občasno smeši, ironizira, podcenjuje. Novinarski diskurz na *siol.net* je bil pogosto zgolj »maska« ključnih družbenih akterjev pri promociji nove zdravstvene reforme. Novinarski diskurz na *rtvslo.si* pa se je predstavljal kot nadrejenega oz. kot organ nadzora politično-ekonomskega diskurza, četudi ga je kljub občasnim kritikam podpiral. Novinarski diskurz je praviloma prežet z neoliberalno ideologijo.

Novinarska reprezentacija ustreza sodobni razdelitvi družbene moči, zlasti glede pravic in dolžnosti. Na fotografijah so najpogosteje prikazani vladni akterji, nato zdravniki in zdraviliška zdravljenja, nazadnje pa bolni posamezniki oz. pacienti in izdelki, denimo sladice, kot grožnja posameznikom, ki ne skrbijo za lastno zdravje. Dostop do novinarskega diskurza imajo predvsem vladni organi in politične osebe (ključni akterji pri reorganizaciji zdravstva so minister za zdravje Dorjan Marušič⁵, premier Borut Pahor, poslanci, predhodni minister za zdravje Dušan Keber, ZZZS, gospodarske zbornice, ZSSS, ki zagovarja pravice delavcev itd.). Novinarski diskurz podpira neenakopravne, enosmerne komunikacijske nadzorne mehanizme od politično-ekonomskih akterjev zdravja (Svetovne banke, EU, vlade, ministrstva za zdravje, ministrstva za gospodarstvo in finančne zadeve) do državljanov ter gradi »zdravi razum« in mnenja državljanov o zakonodajnih spremembah. Pri tem je značilna diskriminacija – novinarji ne zaznajo potencialnih oškodovancev nove reforme in jih prav tako ne vključujejo v svoj diskurz (npr. brezposelne, krvodajalce, študente z dohodki, vojne veterane). Prav tako ne zaznajo oz. ne poročajo o konfliktih interesov v zdravju/-stvu, ki so med posameznimi državljanji in vlado, med zdravniki in vlado in ne le med zavarovalnicami in vlado. Novinarji vlado in državljane predstavljajo kot enoten, homogeni sistem, ki se skupaj bori za boljše zdravje proti kapitalskim, sebičnim interesom zavarovalnic. Novinarski diskurz s poudarjanjem oblastnih družbenih prepričanj pogloblja neoliberalitični način razmišljanja in iskanja rešitev v zdravstvenem sistemu. Novinarji naj bi krepili demokratične zdravstvene pravice državljanov, vendar z vsebinskimi in jezikovnimi prijemi gradijo le temelje družbene neenakopravnosti, ki vzdržujejo in poglobljajo tudi razlike v zdravju.

Z analizo sem ugotovila, da je novinarski diskurz o novi zdravstveni reformi individualiziran (spodbuja posameznikovo odgovornost za zdravje), religiozni (vključuje prvine greha,

⁵ Dorjan Marušič je ključni družbeni akter sodobnega »zdravja/stva«, preko novinarskega diskurza o novi zdravstveni reformi pa gradi tudi javni diskurz o zdravju/-stvu.

prepovedi, pokornosti in podrejenosti), metaforični (skriti, globlji, hegemonični, nezavedni, ideološki), moralni (vzbuja krivdo za nezdrave življenjske navade), vojeristični (zdravje predstavlja kot nenehni boj, nenehno delovanje in ne sožitje), normativni, obvezujoči (zdravje je osebna dolžnost), opozorilni, tveganjski, demografsko diskriminatorni (ne vključuje marginaliziranih družbenih skupin in posameznikov), zdravorazumski in stereotipni (sprejme obstoječe družbene odnose in jih ne prevprašuje), politično-ekonomski in predvsem neoliberalistični.

Posameznik, ki ima zaslonbo v političnih ali kapitalskih institucijah, ima dostop do informacijskih posrednikov, s tem pa možnost (so)oblikovanja pomenov zdravja, bolezni, odgovornosti do zdravja in pravic do zdravstvene oskrbe.

Novinarski diskurz podcenjuje makroekonomske dejavnike zdravja, povzdiguje družbeno moč medicine in zdravstvenih politik ter zanemarja individualne možnosti za sledenje zdravstvenim normam. S tega vidika je etično sporen, saj zanemarja načelo *Evropskega kodeksa za novinarje, ki poročajo o zdravstvu* (2000, 1.člen), da mora novinar na prvo mesto postaviti »človekove pravice in javno dobro«.

6 Zaključek

Zdravje je osnovna človekova pravica in ne le dolžnost. »Zdrave« skupnosti temeljijo na odgovornih medsebojnih odnosih, sožitjih, družbeni solidarnosti, povezanosti in različnih priložnostih posameznikovega vključevanja v družbo.

Svetovni gospodarski konglomerati (zlasti Svetovna banka, pa tudi svetovne novinarske oz. tiskovne agencije, razna združenja, borze, države itd.) širijo neoliberalistične principe družbenega delovanja v vse sfere, tudi na področje zdravstva. Reforma slovenskega zdravstvenega sistema iz leta 2010/2011 je prav tako prilagojena globalni neoliberalistični ekonomiji, ki rahlja vezi med bogatimi in revnimi, povečuje družbene neenakosti, reducira kulturne raznolikosti, povzroča globljo revščino, izgubo samospoštovanja, pogloblja razlike v zdravju in spodbuja še večjo revščino pri depriviligiranih skupinah prebivalstva. Gre za začaran krog. Neoliberalizem vzbudi egoistični individualizem, ki ne dopušča gradnje sočutnih družb, še manj enakopravnih družbenih institucij (Mooney 1999, 75). Neoliberalna globalizacija podcenjuje pravila družbene pravice, sočutnosti, vzdržnosti in razdeljenosti (Shiva 2000; Mishna 1999, 117). »Neoliberalistično zaupanje globalizaciji krepi tržne sile in ekonomične realnosti za ceno institucij družbene podpore« (Mishna 1999, 115).

Novinar naj bi v demokratični družbi deloval kot zagovornik javnosti in emancipacije državljana, kot dirigent demokratičnega diskurza in nadzornik oblasti. A pri vsakodnevni novinarski praksi ga omejujejo številne osebne vrednote in prepričanja, pa tudi poklicne etične norme, zakonska določila, organizacijski nadzorni mehanizmi, kot so npr. lastniški vzorci, upravljanje, trženje. Novinarstvo je vedno podrejeno trenutni gospodarski strukturi in politično-ekonomskim interesom. Državni oblastni organi so med najvplivnejšimi ustanovami v družbi (Erjavec 1999, 27, 139). S svetovno ekonomijo se je razvil dominantni sistem tržnega gospodarstva, okoli katerega se je organizirala celotna globalna družba, in tudi novinarji so postali podrejeni pravilom ekonomsko-političnih upravljavcev (Halimi 2002, 15).

V magistrski nalogi sem preučevala vlogo novinarjev pri promociji zdravja/-stva in ugotovila, da je novinarski diskurz v analiziranem obdobju podpiral tržna načela v zdravju/-stvu, družbene nadzore, neenakopravne odnose v družbi in zdravju, politično-ekonomske vzorce, neoliberalistični diskurz zdravstvene reforme, zlasti pa položaj in vpliv pomembnih družbenih oseb. Novinarski diskurz najbolj obiskanih spletnih medijev je bil prepleten z oblastnimi

neoliberalističnimi diskurzi, ki so usmerjali potek in razvoj vsebine vseh novinarskih prispevkov; novinarski diskurz je posledično prispeval k gradnji neoliberalistične kulture javnega zdravja/-stva. Analiza je pokazala, da novinarji pri poročanju o javnem zdravju/-stvu niso bili zdravstveno ozaveščeni, niso prepoznali temeljnih družbenih nepravilnosti ali sporov interesov, niso poročali o makroekonomskih dejavnikih zdravja ter so neustrezno izpolnjevali funkcijo varovanja državljanov v širši mreži javnega zdravja/-stva. V novinarski diskurz niso bili vključeni ranljivi posamezniki in družbene skupine; novinarski diskurz je torej naturaliziral in depolitiziral manjši družbeni status in večjo obolevnost določenih državljanov. Novinarski diskurz je pomembni graditelj javnega diskurza pri oblikovanju temeljnih soglasij in zakonov, zato ima neprecenljivo vlogo za razvoj in vrednotno usmeritev družbe. Bolj demokratični novinarski diskurz o javnem zdravju/-stvu bi integriral širše poročanje o makroekonomskih dejavnikih zdravja, ki vplivajo na posameznikovo dobro počutje, povezanost, solidarnost in družbeno vključenost.

Erjavec (1999, 9, 10) poudarja, da je dvig novinarske kakovosti možen z optimizacijo elementov v »mreži novinarske kakovosti«, ki jo sestavljajo posamezni novinar, medijske institucije, medijski sistem, družbene ravni itd. Po analizi pa predpostavljam, da bi moral element novinarske mreže graditi tudi izostren novinarjev dvom v »zdravi razum« družbe. Poročanje o zdravstveni reformi in oskrbi ne more ukoreniniti državljanske enakopravnosti, če novinarski diskurz s svojim »zdravorazumskim« neoliberalnim okvirjem temu nasprotuje. Novinarji bi lahko z ustrezno, zdravstveno izobrazbeno podkovano kritiko postopoma in skozi čas od znotraj zrušili tudi okove vladajoče ideologije in njihovega neoliberalističnega diskurza.

Ob koncu magistrske naloge izražam osebno prepričanje, da so sodobne zdravstvene težave mnogih ljudi posledica vse močnejših finančnih, zdravstvenih, medijskih, novinarskih in drugih globalnih konglomeratov. Telesne meje, s tem pa tudi različni diskurzi o zdravju in bolezni, so namreč vedno bolj podrejeni neenakopravno uresničenim željam po dobičku in/ali državljanskih pravicah. Lomas (v White 2002, 76) zato meni, da bi se »javno zdravje moralo osredotočiti na izboljšanje dohodka in distribucije moči ter tako omogočiti prostor za socialne interakcije oz. družbene povezave«.

7 Literatura

24.com. 2010. Pahor napovedal novo pisanje zakona o zdravstveni dejavnosti, 4. oktober. Dostopno prek: <http://24ur.com/novice/slovenija/pahor-napovedal-novo-pisanje-zakona-o-zdravstveni-dejavnosti.html> (2. februar 2012).

--- 2010. Po pokojninski še zdravstvena reforma, 11. november. Dostopno prek: <http://24ur.com/novice/slovenija/po-pokojninski-se-zdravstvena-reforma.html> (2. februar 2012).

--- 2011. Bo država ukinila dopolnilno zdravstveno zavarovanje?, 11. januar. Dostopno prek: <http://24ur.com/novice/slovenija/bo-drzava-ukinila-dopolnilno-zdravstveno-zavarovanje.html> (2. februar 2012).

--- 2011. Bodo kratko potegnili starejši?, 10. februar. Dostopno prek: <http://24ur.com/novice/slovenija/bodo-kratko-potegnili-starejsi.html> (2. februar 2012).

--- 2011. Zdravstvo: »Vsak zamujen korak bo bolj boleč«, 16. februar. Dostopno prek: <http://24ur.com/novice/slovenija/zdravstvo-vsak-zamujen-korak-bo-bolj-bolec.html> (2. februar 2012).

--- 2011. Marušič skrivnosten o novi dajatvi, 23. maj. Dostopno prek: <http://24ur.com/novice/slovenija/bomo-hodili-k-zdravniku-v-tujino.html> (2. februar 2012).

--- 2011. `Nov davek`v zdravstvu tudi več kot 60 evrov, 20. julij. Dostopno prek: <http://24ur.com/novice/slovenija/vlada-potrdila-predlog-nadgradnje-zdravstvenega-sistema.html> (2. februar 2012).

--- 2011. Da bi privarčevali, bodo okrnili pravice bolnikov, 21. julij. Dostopno prek: <http://24ur.com/novice/slovenija/da-bi-privarcevali-bodo-okrnili-pravice-bolnikov.html> (2. februar 2012).

--- 2011. Bodo otroci enaki pred zdravnikom, 24. avgust. Dostopno prek: <http://24ur.com/novice/slovenija/bodo-otroci-enaki-pred-zdravnikom.html> (2. februar 2012).

--- 2011. Reševanje zdravstvene blagajne, 10. oktober. Dostopno prek: <http://24ur.com/novice/slovenija/resevanje-zdravstvene-blagajne.html> (2. februar 2012).

--- 2011. Janša: Zdravstveno blagajno bi lahko rešili z rezervami, 8. november. Dostopno prek: <http://24ur.com/novice/volitve/jansa-zdravstveno-blagajno-bi-lahko-resili-z-rezervami.html> (2. februar 2012).

Albrecht, Gary L. in Louis M. Verbrugge. 2000. The Global Emergence of Disability. V *Handbook of social studies in health and medicine*, ur. Gary L. Albrecht, Ray Fitzpatrick in Susan C. Scrimshaw, 293–307. London: Thousand Oaks; New Delhi: Sage.

Albrecht, Tit in Niek S. Klazinga. 2010. Balancing Equity and Efficiency through Health Care Policies in Slovenia during the Period 1990-2008. *Zdravstveno varstvo* 49 (2): 49—60.

Anand, Sudhir, Peter Fabienne in Amartya Sen, ur. 2004. *Public Health, Ethics, and Equity*. Oxford, New York: Oxford University Press.

Atkin, Charles in Elaine Bratic Arkin. 1990. Issues and Initiatives in Communicating Health Information. V *Mass communication and Public Health*, ur. Charles Atkin in Lawrence Wallack, 13—39. Newbury Park, London, New Delhi: SAGE Publications.

Armstrong, David. 2000. Social Theorizing About Health & Illness. V *Handbook of social studies in health and medicine*, ur. Gary L. Albrecht, Ray Fitzpatrick in Susan C. Scrimshaw, 24–35. London: Thousand Oaks; New Delhi: Sage.

Bergoč, Simona. 2004. Metodološka infrastruktura slovenističnega jezikoslovja: Primer kritične analize diskurza (KAD). *Simpozij ODBDOBJA* 28: 49—55. Koper: Fakulteta za humanistične študije. Dostopno prek: <http://www.centerslo.net/files/file/simpozij/simp28/Bergoc.pdf> (2. februar 2012).

Brown, Chris in Barbara Rohregger. 2010. *Neenakosti v zdravju: Izsledki misije Svetovno zdravstvene organizacije za hitro oceno socialnih determinant zdravja in neenakosti v zdravju*. Ljubljana: SZO Slovenija. Dostopno prek: <http://czi.si/files/neenakosti-v-zdravju-v->

sloveniji-who-2010.pdf (1. september 2012).

Burr, Vivien. 1998. *An Introduction to Social Constructionism*. London: Routledge.

Buzeti in drugi. 2011. *Neenakosti v zdravju v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Carr, Nicholas. 2008. *Is Google Making Us Stupid?* Dostopno prek: <http://www.theatlantic.com/doc/print/200807> (1. november 2011).

Castells, Manuel. 2010. *The Rise of the Network Society: The Information Age Economy*. VB, ZDA: John Wiley & Sons Ltd.

Center za raziskovanje javnega mnenja. 2010. *Zaupanje v tri zdravstvene ustanove: januar 2010*, 10. februar. Dostopno prek:

http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/aktualno/plitbarometer_2010/Microsoft_Word_-_Zaupanje_v_zdravstvo_2_2010.pdf (26. oktober 2011).

Chamberlain, Kerry in Darrin Hodgetts. 2004. Narrativity and the Mediation of Health Reform Agendas. V *Sociology of Health and Illness: a reader*, ur. Michael Bury in Jonathan Gabe, 40-56. Malden, Oxford, Victoria: Blackwell Publishing.

Charmaz, Kathy. 2000. Experiencing Chronic Illness. V *Handbook of social studies in health and medicine*, ur. Gary L. Albrecht, Ray Fitzpatrick in Susan C. Scrimshaw, 277-292. London: Thousand Oaks; New Delhi: Sage.

Cijan, Rafael. 1999. *Osnove zdravstvene zakonodaje*. Maribor: Visoka zdravstvena šola.

Cohen, Jeffrey Jerome in Gail Weiss. 2003. *Thinking the limits of the body*. New York: State University of New York.

Crawford, Robert. 1980. Healthism and the Medicalization of the Everyday Life. V *Medical care review*, 38: 13-14. Health Administration Press.

Černigoj Sadar, Nevenka. 2002. Kakovost različnih področij življenja in zdravje. V *Družbeni vidiki zdravja: sociološka raziskovanja odnosa do zdravja in zdravstva*, ur. Brina Malnar in Niko Toš, 71–86. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Česen, Marjan. 1995. *Pričakovanja in možnosti preobrazbe zdravstva v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Dahlegren, Göran in Margaret Whitehead. 2006. *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*. Dostopno prek: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf (10. december 2011).

Daniels, Norman. 2004. Justice, Health and Healthcare. V *Health Care Policy: A Reader*, ur. Thomas Anthony Shannon, 1–22. Oxford: Rowman & Littlefield Publishers.

Dentzer, Susan. 2009. Communicating Medical News – Pitfalls of Health Care Journalism. *The New England Journal of Medicine*, 1. januar. Dostopno prek: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp0805753> (15. marec 2011).

Dominatus.si – Najbolj obiskane slovenske strani. 2010. Dostopno prek: <http://www.dominatus.si/top-obiskane-strani> (3. november 2011).

Erjavec, Karmen. 1999. *Novinarska kakovost*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Erjavec, Karmen in Melita Poler Kovačič. 2007. *Kritična diskurzivna analiza novinarskih prispevkov*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Evropski kodeks za novinarje, ki poročajo o zdravstvu. 2000. Dostopno prek: <http://mediawise.org.uk/wp-content/uploads/2011/03/WHO-European-Health-Communications-Network-Guidelines-for-Professional-Health-Correspondents.pdf> (22. februar 2012).

Ewig, Christina. 2010. *Second-Wave Neoliberalism: Gender, Race, and Health Sector Reform in Peru*. ZDA: Pennsylvania State Press.

Fairclough, Norman. 1995. *Media Discourse*. London: Edward Arnold.

Fort, Meredith P., Mary Anne Mercer in Oscar Gish. 2004. *Sickness and Health: the Corporate Assault on Global Health*. Cambridge: South End Press.

Foucault, Michel. 2009. *Rojstvo klinike*. Ljubljana: Študentska založba.

Freidson, Eliot. 1970. *Profession of Medicine*. Chicago, London: University of Chicago Press.

Fuller, Jack. 1997. *News Values: Ideas for an Information Age*. Chicago, London: University of Chicago Press.

Gitlin, Todd. 1980. *The Whole World is Watching: Mass Media in the Making and the Unmaking of the New Left*. Berkeley: University of California Press.

--- 2009. A Surfiet of Crises: Circulation, Revenue, Attention, Authority, and Deference – Keynote Speech. *Journalism in Crisis Conference*, London, 19, 20 maj.

Hackett, Martine. 2007. *Unsettled Sleep: the Construction and Consequences of a Public Health Media Campaign*. New York: City University of New York.

Halimi, Serge. 2002. *Novi psi čuvaji*. Ljubljana: Cicero.

Hall, Stuart, Chas Critcher, Tony Jefferson, John Clarke in Brian Roberts. 2000. The Social Production of News. V *Media Studies: a Reader*, ur. Paul Marris in Sue Thornham, 645–652. New York: New York University Press.

Hall, Stuart. 2004. Delo reprezentacije. V *Medijska kultura*, : Luthar, Zei, Hardt. Ljubljana: Študentska založba.

Hammer, S. Jeffrey in Peter Berman. 1995. Ends and means in public health policy in developing countries. *Health Policy* 32: 29–45.

Hardt, Hanno. 1996. The End of Journalism: Media and Network in the United States. *Javnost/The Public* 3 839: 21–41.

Hinnant, Amanda, María E. Len-Ríos, Glen T. Cameron, Cynthia M. Frisby in Youngah Lee. 2009. Health News Agenda Building: Journalists' Perceptions of the Role of Public Relations. *Journalism & Mass Communication Quarterly* 86 (2): 315–331. Dostopno prek: http://hcrc.missouri.edu/PDF_articles/LenRiosJQAgendaBuilding.pdf (22. januar 2012).

Institute of Medicine of the National Academies. 2003. News Media Coverage and Health Information. V *The Future of the Public's Health in the 21st Century*. Washington: The National Academies Press.

Kamin, Tanja. 2006. *Zdravje na barikadah*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Kasper, Judith D. 2000. Health-care utilization & barriers to health care. V *Handbook of social studies in health and medicine*, ur. Gary L. Albrecht, Ray Fitzpatrick in Susan C. Scrimshaw, 323–335. London: Thousand Oaks; New Delhi: Sage.

Kodeks novinarjev Republike Slovenije. 2010. Dostopno prek: http://www.razsodisce.org/razsodisce/kodeks_ns_txt.php (20. januar 2012).

Košir, Manca. 1988. *Nastavki za teorijo novinarskih vrst*. Ljubljana: Državna Založba Slovenije.

--- 2005. Javno komuniciranje kot oglaševanje. V *Uvod v novinarske študije*, ur. Karmen Erjavec in Melita Poler Kovačič, 19–30. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Kralik, Debbie, Barbara Paterson, Vivien Coates. 2010. *Translating Chronic Illness Research Into Practice*. VB, ZBA: John Wiley and Sons.

Kramberger, Taja. 2003. Od joining the club h grotesknosti slovenske adaptacije na neoliberalizem. *Družboslovne razprave* 19 (43): 77–95.

Laban, Vesna. 2007. *Osnove televizijskega novinarstva*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Lacivita Nixon, Loius in Linda M. Whiteford. 2000. Emerging Convergences and Globalization. V *Handbook of social studies in health and medicine*, ur. Gary L. Albrecht, Ray Fitzpatrick in Susan C. Scrimshaw, 440–453. London: Thousand Oaks; New Delhi: Sage.

Larsson, A., A.D.Oxman, C. Carling in J. Herrin. 2003. Medicial Messages in the Media – Barriers and Solutions to Improving Medical Journalism. *Health Expect* 6 (4): 323–331. Dostopno prek: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15040794> (9. september 2012).

Levi, Ragnar. 2001. *Medical Journalism*. Ames: Iowa State University Press.

Light, Donald W. 2000. The Sociological Character of Health Care Markets. V *Handbook of social studies in health and medicine*, ur. Gary L. Albrecht, Ray Fitzpatrick in Susan C. Scrimshaw, 394–408. London: Thousand Oaks; New Delhi: Sage.

Lippmann, Walter. 1999. *Javno mnenje*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Lock, Marget. 2000. Accounting for Disease and distress: Morals of the Normal and Abnormal. V *Handbook of social studies in health and medicine*, ur. Gary L. Albrecht, Ray Fitzpatrick in Susan C. Scrimshaw, 259–275. London: Thousand Oaks; New Delhi: Sage.

Lotenberg, Lynne D. in Michael Siegel. 2007. *Marketing Public Health: Strategies to Promote Social Change*. London: Jones & Bartlett Learning.

Lupton, Deborah. 2000. Social Construction of Medicine and the Body. V *Handbook of social studies in health and medicine*, ur. Gary L. Albrecht, Ray Fitzpatrick in Susan C. Scrimshaw, 50–63. London: Thousand Oaks; New Delhi: Sage.

MacDonald, Myra. 2003. Rethinking »Personalization« and the »Infotainment« Debate. V *Exploring Media Discourse*, Arnold.

Malnar, Brina. 2002. Sociološki vidiki zdravja. V *Družbeni vidiki zdravja: sociološka raziskovanja odnosa do zdravja in zdravstva*, ur. Brina Malnar in niko Toš, 3–32. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Marmot, G. Michael in drugi. 2008. Contribution of Psychosocial Factors to Socioeconomic Differences in Health. *The Milbank Quarterly* 76 (3): 403–448.

Martinovic-Zic, Aida in Carol Lynn Moder. 2004. *Discourse Across Languages and Cultures*. Amsterdam, Philadelphia: John Publishing Company.

McCombs, Maxwell E. in Donald L. Shaw. 1972. The Agenda-setting Function of Mass Media. *Public Opinion Quarterly* 36 (2): 176–187.

Meyer, Philip. 1990. News Media Responsiveness to Public Health V *Mass communication and public health: complexities and conflicts*, ur. Atkin, Charles in Wallack Lawrence, 52–60. Newbury Park, London, New Delhi: Sage.

Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve Republike Slovenije. 2007. *Strategija varstva starejših do leta 2010 – Solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva*. Dostopno prek: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/strategija-SI-starejsi.pdf (10. januar 2010).

--- 2009. *Analiza uveljavitve ter učinkov Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o preprečevanju dela in zaposlovanja na črno (Uradni list RS, št. 118/06)*. Dostopno prek: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/analiza_ZPD_ZC__030709.pdf (10. januar 2012).

--- 2010. *Strategija ekonomskih migracij za obdobje od 2010 do 2020*. Dostopno prek: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/Strategija_ekonomskih_migracij-2010-2020.pdf (10. januar 2012).

--- 2011. *Smernice za izvajanje ukrepov aktivne politike zaposlovanja za obdobje 2012–2015*. Dostopno prek: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/smernice_apz_2012_2015.pdf (10. januar 2012).

Ministrstvo za gospodarstvo Republike Slovenije. 2011. *Program dela Ministrstva za gospodarstvo za leto 2011*. Dostopno prek: http://www.mg.gov.si/fileadmin/mg.gov.si/pageuploads/Program_dela_MG_2011_05.doc (10. januar 2012).

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. 2010, 2011. Dostopno prek: <http://www.mz.gov.si/> (3. november 2011).

--- 2010. *Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010-2015)*. Dostopno prek: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/nacionalna_strategija_kakov_in_varn_2010-2015/Nacionalna_strategija_kakovosti_in_varnosti_v_zdravstvu_2010-2015.pdf (26. oktober 2011).

--- 2011a. *Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020 – Korak naprej*, 20. julij. Dostopno prek: http://www.vlada.si/fileadmin/dokumenti/si/projekti/2011/zdravstvena/NADGRADNJA_ZDRAVSTVENEGA_SISTEMA_DO_LETA_2020_pdf_160211.pdf (26. oktober 2011).

--- 2011b. *Dajatev za zagotovitev dela sredstev za obvezno zdravstveno zavarovanje ter del sredstev za dolgotrajno oskrbo*, 10. oktober 2011. Dostopno prek: http://www.mz.gov.si/si/medijsko_sredisce/novica/article/26/6349/42175d2434/ (11. oktober 2011).

Molotch, Harvey in Marilyn Lester. 1974. News as Purposive Behaviour V *American Sociological Review* 39 (1): 101–112.

Mooney, Gavin. 2009. *Challenging Health Economics*. New York: Oxford University Press.

Müller, Karl H., Günther Nemeth in Niko Toš. 2002. Življenjske razmere, socialno-ekonomska tveganja, neenakosti in zdravje – nove teoretične utemeljitve in pomembnejše empirične povezave. V *Družbeni vidiki zdravja: sociološka raziskovanja odnosa do zdravja in zdravstva*, ur. Brina Malnar in niko Toš, 33–70. Ljubljana: FDV.

Nettleton, Sarah. 2008. *The sociology of health and illness*. Malden, Polity: Cambridge.

Nixon, Louis Lacivita in Linda Whiteford. 2000. Corporative Health Systems: Emerging Convergences and Globalization. V *Handbook of social studies in health and medicine*, ur. Gary L. Albrecht, Ray Fitzpatrick in Susan C. Scrimshaw, 440–453. London: Thousand Oaks; New Delhi: Sage.

Pahor, Majda. 1999. Zdravstvena sociologija. *Teorija in praksa* 36 (6): 1014–1026.

Park, Robert E. 1940. News as a Form of Knowledge: A Chapter in the Sociology of Knowledge. *American Journal of Sociology* 45: 669–686.

Parker, Ian. 1992. *Discourse Dynamics: Critical Analysis for Social and Individual Psychology*. London: Routledge.

Parker, Calvin in Esther Thorson. 2009. *Health Communication in the New Media Landscape*. New York: Springer Publishing Company.

Parker, C. Jerry, Rebecca L. Woelfel, Eric S. Hart in Gordon Brown. 2009. *The challenge of Health care and Disability*. V *Health Communication in the New Media Landscape*, ur. Calvin Parker in Esther Thorson, 3–23. New York: Springer Publishing Company.

Poler Kovačič, Melita. 2004. Utemeljeno moralno presojanje v novinarstvu. V *Poti slovenskega novinarstva – danes in jutri: znanstveni zbornik ob 40. obletnici študija novinarstva na Slovenskem*, ur. Melita Poler Kovačič in Karmen Erjavec, 190–256. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

--- 2005. *Kriza novinarske odgovornosti*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Postman, Neil. 1985. *Amusing Ourselves to Death: Public Discourse in the Age of Show Business*. ZDA: Penguin.

Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ur. l. RS RS 30/03, 35/03. Dostopno prek: http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/0/5580d0555f5a1feac1256cfb003bb45c?OpenDocument&ExpandSection=-2#_Section2 (2. november 2011).

Rice, E. Ronald in James E. Katz. 2001. *The Internet and Health Communication: experiences and expectations*. London, New Delhi: Sage Publications.

Robert, Stephanie A. in James S. House. 2000. Socioeconomic Inequalities in Helath: Integrating Individual-, Community-, and Social- Level Theory and Research. V *Handbook of social studies in health and medicine*, ur. Gary L. Albrecht, Ray Fitzpatrick in Susan C. Scrimshaw, 113–131. London: Thousand Oaks; New Delhi: Sage.

Rtvslo.si. 2010. Pahor Marušiču naložil oblikovanje reforme do poletja, 16. december. Dostopno prek: <http://www.rtvslo.si/zdravje/pahor-marusicu-nalozil-oblikovanje-reforme-do-poletja/246450> (3. februar 2012).

--- 2010. Tuji zdravniki lažje do dela pri nas, 20. december. Dostopno prek: <http://www.rtvslo.si/zdravje/tuji-zdravniki-lazje-do-dela-pri-nas/246717> (3. februar 2012).

--- 2010. Barovič: ukinjanje porodnišnic začetek zdravstvene reforme, ki nas bo hudo prizadela, 21. december. Dostopno prek: <http://www.rtvslo.si/zdravje/barovic-ukinjanje-porodnisnic-zacetek-zdravstvene-reforme-ki-nas-bo-hudo-prizadela/246806> (3. februar 2012).

--- 2011. Zdravstvena reforma: povišanje prispevne stopnje ob enaki bruto plači?, 16. februar. Dostopno prek: <http://www.rtvslo.si/zdravje/zdravstvena-reforma-povisanje-prispevne-stopnje-ob-enaki-bruto-placi/251057> (3. februar 2012).

--- 2011. ZSSS podpira ukinitvev dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, 23. februar. Dostopno prek: <http://www.rtvslo.si/zdravje/zsss-podpira-ukinitev-dopolnilnega-zdravstvenega-zavarovanja/251612> (3. februar 2012).

--- 2011. ZZZS letos z izgubo, na bolje ne kaže, 19. maj. Dostopno prek: <http://www.rtvslo.si/zdravje/zzs-letos-z-izgubo-na-bolje-ne-kaze/257888> (3. februar 2012).

--- 2011. Dostopnejše zdravstvene storitve bodo financirali z novim davkom, 23. maj. Dostopno prek: <http://www.rtvslo.si/zdravje/dostopnejse-zdravstvene-storitve-bodo-financirali-z-novim-davkom/258139> (3. februar 2012).

--- 2011. Zdravstvena reforma bo kaznovala tvegan življenjski stil, 14. julij. Dostopno prek: <http://www.rtv slo.si/zdravje/zdravstvena-reforma-bo-kaznovala-tvegan-zivljenjski-slog/261967> (3. februar 2012).

--- 2011. »Zdravstvena reforma ni krčenje pravic, ampak pospravljanje po hiši«, 19. julij. Dostopno prek: <http://www.rtv slo.si/zdravje/zdravstvena-reforma-ni-krcenje-pravic-ampak-pospravljanje-po-hisi/262262> (3. februar 2012).

--- 2011. Sladke pijače, tortice, mastna živila: kako jih obdavčujejo po svetu?, 29. julij. Dostopno prek: <http://www.rtv slo.si/zdravje/sladke-pijace-tortice-mastna-zivila-kako-jih-obdavcujejo-po-svetu/263009> (3. februar 2012).

--- 2011. Bo zdravstvena reforma najbolj prizadela revne?, 4. avgust. Dostopno prek: <http://www.rtv slo.si/zdravje/bo-zdravstvena-reforma-najbolj-prizadela-revne/263355> (3. februar 2012).

--- 2011. Breclj: zdravstvena reforma se bo končala v jahtah, če ne bo preglednosti, 17. avgust. Dostopno prek: <http://www.rtv slo.si/zdravje/breclj-zdravstvena-reforma-se-bo-koncala-v-jahtah-ce-ne-bo-preglednosti/264229> (3. februar 2012).

Schwitzer, Gary. 2010. The Agenda-Setting Role of Health Journalists. V *What Are the Roles and Responsibilities of the Media in Disseminating Health Information?* Dostopno prek: <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2Fjournal.pmed.0020215> (20. december 2011).

Seale, Clive. 2004. *Media and Health*. Thousand Oaks: Sage.

Seltzer, Beth. 2011. *101 Careers in Public Health*. New York: Springer Publishing Company.

Siegrist, Johannes. 2000. Social Causation of Health & Illness. V *Handbook of social studies in health and medicine*, ur. Gary L. Albrecht, Ray Fitzpatrick in Susan C. Scrimshaw, 100–113. London: Thousand Oaks; New Delhi: Sage.

Singer, Jane. 2008. Ethnography of Newsroom Convergence. V *Making Online News: The Ethnography of New Media Production*, ur. Chris Paterson in David Domingo, 157–170. New York: Peter Lang.

Siol.net. 2011. Vladna kriza menda ne ogroža zdravstvene reforme, 18. maj. Dostopno prek: http://www.siol.net/novice/zdravje/2011/05/vladna_kriza_zdravstvena_reforma.aspx (4. februar 2012).

--- 2011. Pahor: Nadgradnja zdravstvenega sistema prinaša več pravičnosti, 14. julij. Dostopno prek: http://www.siol.net/novice/zdravje/2011/07/nadgradnja_zdravstvenega_sistema_pahor.aspx (4. februar 2012).

--- 2011a. Zdravstvena reforma je prepomembna, da bi jo »drobtinili«, 19. julij. Dostopno prek: http://www.siol.net/novice/zdravje/2011/07/rebernik_dusan_keber_zdravstvena_reforma.aspx (4. februar 2012).

--- 2011b. Poslanci SD pozdravljajo dokument nadgradnje zdravstvenega sistema, 19. julij. Dostopno prek: http://www.siol.net/novice/slovenija/2011/07/poslanci_sd.aspx (4. februar 2012).

--- 2011. Marušič: sredstva iz trošarin za preventivne programe, 20. julij. Dostopno prek: http://www.siol.net/novice/slovenija/2011/07/vlada_danes_o_nadgradnji_zdravstvenega_sistema.aspx (4. februar 2011).

--- 2010. Na kredit bomo živeli!, 14. oktober. Dostopno prek: http://www.siol.net/novice/rubrikon/siolov_intervju/2011/10/samo_fakin.aspx (4. februar 2012).

Slovar slovenskega knjižnega jezika. 2011. Dostopno prek: <http://bos.zrc-sazu.si/sskj.html> (15. marec 2012).

Splichal, Slavko. 2000. Novinarji in novinarstvo. *Vregov zbornik*, ur. Slavko Splichal. Ljubljana: Evropski inštitut za komuniciranje in kulturo, Fakulteta za družbene vede.

STA – Slovenska tiskovna agencija. Dostopno prek: <http://www.sta.si/oagenciji.php> (18. februar 2012).

Starr, Paul. 2009. Goodbye to the Age of Newspapers (Hello to a New Era of Corruption). *The New Republic*, 4. marec. Dostopno prek: <http://www.tnr.com/goodbye-the-age-newspapers-hello-new-era-corruption?page=1> (1. februar 2011).

Stuart, Allan. 1999. The cultural Politics of News Discourse V *News Culture*, ur. Allan Stuart, 94–118. Buckingham: Open University Press.

SURS – Statistični Urad Republike Slovenije. 2009, 2010, 2011. Dostopno prek: <http://www.stat.si/> (december 2011, januar 2012).

Turner, Bryan S. 2000. The History of the Changing Concepts of Health and Illness: Outline of a General Model of Illness Categories. V *Handbook of social studies in health and medicine*, ur. Gary L. Albrecht, Ray Fitzpatrick in Susan C. Scrimshaw, 9–23. London: Thousand Oaks; New Delhi: Sage.

UMAR. 2011. *Poročilo o razvoju 2011*, 12. maj. Dostopno prek: http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/pr/2011/POR_2011s.pdf (30. oktober 2011)

Ule, Mirjana. 2003. *Spre gledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: Aristej.

Ustava Republike Slovenije. 1991. Dostopno prek: <http://www.us-rs.si/media/ustava.republike.slovenije.pdf> (14. januar 2012).

Van Dijk, Teun A. 1988. *News as Discourse*. London: Hillsdale.

--- 2008. Critical discourse analysis and nominalisation: problem or pseudo-problem? *Discourse and Society* 6 (19): 821–828.

Ventilator besed – Zdravo in aktivno življenje. Dostopno prek:

http://www.ventilatorbesed.com/?opcija=kom_clanki&oce=83 (2. februar 2012).

Verbrugge, Louis M. 2000. The Global Emergence of Disability. V *Handbook of social studies in health and medicine*, ur. Gary L. Albrecht, Ray Fitzpatrick in Susan C. Scrimshaw, 293–307. London: Thousand Oaks; New Delhi: Sage.

Verčič, Dejan, Franci Zavrl in Petja Rijavec. 2002. *Odnosi z mediji*. Ljubljana: GV založba.

Vezovnik, Andreja. 2009. *Diskurz*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Vlada Republike Slovenije. 2011. *Srednjeročni javnofinančni okvir (za pripravo Programa Stabilnosti)*. Dostopno prek: <http://www.vlada.si> (10. december 2011).

Voss, Melinda. 2002. Checking the pulse: Midwestern reporters' opinions on their ability to report health care news. *Public Health* 92 (7): 1158—1160. Dostopno prek: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12084701> (10. september 2012).

Vreg, France. 1980. *Javno mnenje in samoupravna demokracija: procesi izražanja mnenj in interesov v meščanski demokraciji in v sistemu socialističnega samoupravljanja*. Maribor: Obzorja.

--- 2000. *Politično komuniciranje in prepričevanje*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Vrtačič, Eva. 2010. *Telo kot stroj, dr. House kot genialni mehanik*, december. Dostopno prek: <http://mediawatch.mirovni-institut.si/bilten/seznam/38/antiheroj/> (15. januar 2012).

Wallack, Lawrence. 1990. Mass Media and Health Promotion: Promise, Problem and Challenge. V *Mass Communication and Public Health: Complexities and Conflicts*, ur. Charles Atkin in Lawrence Wallack, 147—163. Newbury Park, London, New Delhi: Sage.

Wallack, Lawrence, Lori Dorfman, David H. Jernigan in Makani Themba-Nixon. 1993. *Media Advocacy and Public Health: Power for Prevention*. California: Sage Publications.

Wand, Stephen in Herman Wasserman. 2010. *Media Ethics Beyond Borders: A Global Perspective*. New York: Routledge.

White, Kevin. 2002, 2003. *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*. London: Sage.

World Health Organization. 1946. *WHO definition of Health*. Dostopno prek: [www.who.int/bulletin/archives/80\(12\)981.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/80(12)981.pdf) (13. december 2011).

World Health Organization. 2008. *Health Financing Country Profiles 1997–2007*. Dostopno prek: <http://www.wpro.who.int/nr/rdonlyres/68e43d0e-534b-4213-92eb-c027905a688a/0/hcfcountryprofilesfinal09212010lite.pdf%20%28> (20. december 2011).

--- 2010. *Health Financing Country Profiles 1997–2007*. Dostopno prek: <http://www.wpro.who.int/nr/rdonlyres/68e43d0e-534b-4213-92eb-c027905a688a/0/hcfcountryprofilesfinal09212010lite.pdf> (15. december 2011).

World Health Organization. 2011. Dostopno prek: <http://www.who.int/> (15. december 2011).

Zakon o združenem delu (ZZD). Ur. l. SFRJ 53/76, zadnja sprememba 37/90. Dostopno prek: http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r00/predpis_ZAKO2410.html (10. januar 2012).

Zelizer, Barbie. 1993. Has Communication Explained Journalism? *Journal of Communication* 43 (4): 80–86.

Zola, Irving Kenneth. 1972. Medicine as an Institution of Social Control. *American Sociological Review*, 20 (4): 487–504.

Zurnal24.si. 2010. Nič več položnic za zdravje, 6. september. Dostopno prek: <http://www.zurnal24.si/nic-vec-poloznic-za-zdravje-clanek-94094> (4. februar 2012).

--- 2010a. »Zdravstvena bo še bolj nepopularna«, 16. december. Dostopno prek: <http://www.zurnal24.si/zdravstvena-bo-se-bolj-nepopularna-clanek-99801> (4. februar 2012).

--- 2010b. Izvirni grehi v zdravstvu, 16. december. Dostopno prek: <http://www.zurnal24.si/izvirni-grehi-v-zdravstvu-clanek-105473> (4. februar 2012).

--- 2011. Osnutek za 1. april, 3. januar. Dostopno prek: <http://www.zurnal24.si/osnutek-za-1-april-clanek-107337> (4. februar 2012).

--- 2011. Pahor: spremembe so nujne, 16. februar. Dostopno prek: <http://www.zurnal24.si/pahor-spremembe-so-nujne-clanek-112492> (4. februar 2012).

--- 2011. Manj pravic in zasebnega zdravstva, 17. februar. Dostopno prek: <http://www.zurnal24.si/manj-pravic-in-zasebnega-zdravstva-clanek-112605> (4. februar 2012).

--- 2011. Sindikati za zdravstveno reformo, 23. februar. Dostopno prek: <http://www.zurnal24.si/sindikati-za-zdr-reformo-clanek-113383> (4. februar 2012).

--- 2011. Sestanek krizne ekipe, 23. maj. Dostopno prek: <http://www.zurnal24.si/sestane-k-krizne-ekipe-clanek-123742> (4. februar 2012).

--- 2011. Košarica brez doplačil, a manjša, 23. maj. Dostopno prek: <http://www.zurnal24.si/kosarica-brez-doplacil-a-manjsa-clanek-123805> (4. februar 2012).

--- 2011. Kmalu trošarine na sladkarije?, 20. julij. Dostopno prek: <http://www.zurnal24.si/kmalu-trosarine-na-sladkarije-clanek-129998> (4. februar 2012).

ZZZS - Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Dostopno preko: <http://www.zzzs.si/> (14. januar 2012).

Zweig, Mark. 2010. *Does the Language Fit The Evidence? – Association Versus Causation*. Dostopno prek: <http://www.healthnewsreview.org/toolkit/tips-for-understanding-studies/does-the-language-fit-the-evidence-association-versus-causation/> (15. januar 2012).