

Slovensko zdravstvo: med solidarnostjo, učinkovitostjo in dostopnostjo

Aleksander Zalaznik

Januar, 2026

Slovenski javni zdravstveni sistem se na videz opira na načela univerzalnosti in dostopnosti, vendar realnost vedno bolj razkriva globoke razpoke. Dolge čakalne vrste, odhajanje zdravstvenega kadra in vzporedni samoplačniški trg kažejo, da sistem **ne zagotavlja pravočasne zdravstvene oskrbe vsem državljanom**. Po uradnih podatkih je bilo decembra 2025 v Sloveniji na zdravstvene posege in preglede skupno prijavljenih **345.000 pacientov**, od tega jih bo **80.000 čakalo dlje, kot so dopustne čakalne dobe**. Takšne številke pomenijo, da tisoči bolnikov ne dobijo pravočasne pomoči, kar ima lahko hude posledice za njihovo zdravje in kakovost življenja. Kljub temu se pogosto pretvarjamo, da sistem deluje – da so težave zgolj izjeme ali začasne motnje. A le z odprtim priznanjem sistemskih okvar lahko sprožimo resne spremembe.

Pogosto slišimo stališča, da slovensko zdravstvo nudi vsem vse, a v praksi to postaja bolj obljuba. Bolniki sicer imajo pravico do določene zdravstvene storitve, nimajo pa zagotovila, da jo bodo **dobili v razumnem času**. Posledično si vse več ljudi – kdor si to lahko privošči – storitve poišče samoplačniško ali v tujini. Drugi trpijo in čakajo, včasih tako dolgo, da se jim stanje občutno poslabša. **Občutek, da sistem deluje, podaljšuje nesprejemljivo stanje**: namesto da bi zmogli politični in družbeni konsenz za nujne reforme, se zatekamo k ohranjanju videza “urejenega” statusa quo.

Ta uvod zato poudarja ključno sporočilo: **slovensko zdravstvo nujno potrebuje iskren razmislek in temeljito prenovo**, saj v sedanji obliki ne izpolnjuje več svojega poslanstva.

Kaj je javno zdravstvo: definicija, funkcije, napačna razumevanja

Javno zdravstvo je sistem, v katerem država oziroma javni zavodi in institucije skrbijo za zdravstveno varstvo prebivalstva, financirano pretežno iz obveznih prispevkov ali davkov. V praksi to pomeni, da smo vsi državljani vključeni v **obvezno zdravstveno zavarovanje**, iz katerega se solidarno krije večina stroškov zdravstvenih storitev. Ključne **funkcije javnega zdravstva** so zagotavljanje **dostopnosti zdravstvenih storitev za vse ne glede na socialni status, preprečevanje in obvladovanje bolezni** (npr. prek programov cepljenja, presejalnih programov za raka itd.) ter **finančna zaščita prebivalcev**, da nihče zaradi

bolezni ne zabrede v revščino. Javnega sistema ne vodi logika ustvarjanja dobička, temveč načelo solidarnosti: zdravi in premožnejši prispevajo sorazmerno več, bolni in socialno šibkejši pa prejemajo sorazmerno več storitev. S tem družba kot celota poskrbi, da je zdravstvo dostopno in kakovostno za kar največ ljudi.

Kljub temu obstajajo **pogoste napačne predstave** o javnem zdravstvu. Ena od njih je, da je “javno” zdravstvo povsem enako kot “brezplačno” zdravstvo. Resnica je, da nič ni v resnici brezplačno – **zdravstvo plačujemo prek prispevkov, ki jih odvajamo od plač, in prek državnega proračuna**. Slovenski sistem temelji na **socialnem zdravstvenem zavarovanju** z eno zavarovalnico (ZZZS), kar pomeni, da se financira z zakonsko določenimi prispevki delodajalcev in delojemalcev. Druga zmotna je, da javno zdravstvo pomeni, da vse izvajajo državni ponudniki. V resnici lahko tudi zasebni izvajalci (npr. zasebne ambulate ali zasebne bolnišnice) sodelujejo v javni mreži, če z ZZZS sklenejo pogodbo (koncesijo) za izvajanje storitev. Tretja zmotna pa je, da javni sistem zagotavlja **pravico do vsake storitve takoj** – kot že omenjeno, pravica je zagotovljena, a brez jamstva, kdaj bo storitev dejansko opravljena. V slovenski zakonodaji ni določila, ki bi ZZZS pravno zavezalo pacientu omogočiti izvedbo potrebne storitve v določenem razumnem roku. Ta pravna praznina pomeni, da lahko sistem vsem obljublja storitve (»košarico pravic«), hkrati pa s predolgimi čakalnimi dobami dejansko omejuje njihovo izvrševanje.

Slovenska realnost: sistemska zloraba čakalnih vrst kot regulacijskega mehanizma

Dolge čakalne vrste so v Sloveniji žal postale tako vsakdanje, da jih marsikdo obravnava kot nekaj samoumevnega. A strokovnjaki opozarjajo, da **čakalne vrste pri nas niso naključje ali “napaka” sistema, temveč njegov načrtovan finančni amortizer**. Kaj to pomeni? V času omejenih sredstev ali proračunskih kriz se sistem prilagodi tako, da preprosto **upočasni izvajanje storitev** – pacienti ostanejo “pred vrati” v čakalnicah. S tem se **zavarovalnica (ZZZS) in zdravstvene ustanove izognejo preobremenitvi proračuna**, saj jim ni treba takoj plačati zdravljenja za vse, ki ga potrebujejo. Ker ZZZS pravno ni zavezan zagotoviti storitve v določenem roku, ne more biti tožen zaradi predolgh čakalnih dob; sistem torej ne bankrotira zaradi tožb, ampak **preživi na račun trpljenja bolnikov**, ki čakajo čez razumne meje.

Čakalne vrste so tako postale **neuradni mehanizem regulacije povpraševanja**. Namesto da bi odkrito rekli “za vse storitve nimamo dovolj sredstev, zato jih moramo omejiti”, se obseg zdravstvenih storitev omejuje prikrito – prek čakalnih seznamov. Posledice so zelo problematične: bolniki med čakanjem trpijo bolečine, njihova stanja se lahko poslabšajo do te mere, da je kasneje zdravljenje težje in dražje, v skrajnih primerih pa nekateri **zdravljenja sploh ne dočakajo**. Sistem s tem izgublja svoj smisel – ne zagotavlja več učinkovite pomoči takrat, ko je potrebna.

Poleg finančnega “amortizerja” imajo čakalne dobe v praksi še druge, **manj odkrite zlorabe**. ZZZS je že leta 2015 razkril nepravilnosti pri vodenju čakalnih seznamov v

ortopediji – nekatere bolnišnice so **namenoma prikazovale daljše čakalne dobe** kot dejansko, z dvema možnima motivoma. Prvi je bil **pritisk na bolnike**, da bi zaradi grozeče dolgega čakanja raje izbrali samoplačniško pot in šli k zdravniku zasebnika (pogosto k istemu zdravniku, ki dela tudi v javni ustanovi). Drugi motiv pa je bil **pritisk na ZZSZ**, da bi bolnišnici odobrili dodatna sredstva ali programe – češ pogledajte, kako dolge so vrste, dajte nam več denarja, da skrajšamo. Obe ravnanji sta **neetični in škodita zaupanju** v sistem, predvsem pa škodita bolnikom. Zaradi takšnih praks je zaupanje javnosti okrnjeno: ljudje ne vedo več, ali je dolga čakalna doba res neizogibna ali umetno podaljšana. Jasno pa je, da **sistem dopušča čakalne vrste kot varnostni ventil**, namesto da bi se lotil temeljitega uravnoteženja med pravicami in viri.

Primer kolena: stroškovna analiza čakanja v primerjavi z zgodnjo obravnavo

Dolge čakalne dobe niso le zdravstveni in moralni problem, ampak tudi **ekonomsko neracionalne**. Eden od nazornih primerov je primer operacije kolena (ali kolka), kjer primerjamo stroške pravočasne operacije s “**stroški čakanja**”. Če bolnik dolgo čaka na operativni poseg, vmes pogosto trpi bolečine, je morda dalj časa v bolniškem staležu, potrebuje več zdravljenj in pomoči – vse to pa stane tako zdravstveno blagajno kot širše gospodarstvo veliko denarja.

Vzemimo konkretne številke: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZSZ) je izračunal, da **eno leto bolniškega staleža** (ko je oseba zaradi bolezni ali poškodbe zadržana od dela) v povprečju stane okoli **19.000 evrov** za zdravstveno blagajno[8]. To so stroški nadomestila plače in prispevkov, ki jih pri daljši bolniški od 30 dni krije ZZSZ. Nasprotno pa stane operacija kolena (vstavev kolenske endoproteze) slovensko zdravstveno zavarovalnico med približno **5.300 in 13.900 evri**, odvisno od zahtevnosti posega in stanja pacienta[9]. Tudi najdražji možni poseg redko preseže 14.000 evrov, razen v najspeficičnejših primerih v UKC, kjer lahko doseže okoli 20.000 evrov[10]. Večina posegov je cenejših. Če torej bolnik zaradi čakalne vrste leto dni odlaša z operacijo in je ves ta čas v bolniškem staležu, država za bolniško porabi bistveno več, kot če bi takoj poravnala strošek operacije.

Še bolj dramatičen je primer bolnika, ki je čakal na operaciji kolka: študija slovenskih novinarjev je opisala pacienta, ki je na prvo operacijo kolka čakal 4 leta, na drugo pa 2,5 leta – skupno 6 let in pol. Če bi bil ves ta čas zaposlen in na bolniški, bi ZZSZ zanj moral plačati približno **123.000 evrov** nadomestil. Za primerjavo – obe operaciji skupaj sta zdravstveno blagajno stali le okoli 15.000 evrov. Čakanje bi torej (v primeru aktivnega zavarovanca) državo stalo **osemkrat več kot pravočasno zdravljenje!** Seveda vsi čakajoči niso ves čas na bolniški – nekateri ob zmanjšani kakovosti življenja še vedno hodijo v službo. A vseeno: dolgotrajno odlašanje zdravljenja pogosto vodi v **poslabšanje zdravstvenega stanja**, lahko nastanejo dodatni zapleti, ki zahtevajo dodatne terapije ali še

dražje posege. Tudi produktivnost trpečega zaposlenega pada, kar je posreden strošek za delodajalca in ekonomijo.

Stroškovna analiza torej jasno pokaže, da čakalne dobe nimajo nobene ekonomske logike. So navidezni prihranek na kratki rok, ki pa na dolgi rok povzročijo višje skupne izdatke. Vsak mesec čakanja za bolnika z okvaro kolena ali kolka lahko pomeni dodatne mesece rehabilitacije, večjo verjetnost invalidnosti in več izplačanih nadomestil. Bolje bi bilo, če bi sistem zmozel **investirati v hitro zdravljenje**, saj bi s tem ljudem povrnil zdravje in delovno zmožnost, hkrati pa prihranil pri dolgoročnih stroških bolnišic in zapletov. Primer “kolena” je simboličen za mnoge druge: zgodnja obravnava težave – naj bo to operacija, specialistični pregled ali terapija – je praviloma cenejša in učinkovitejša kot odloženo zdravljenje po dolgem čakanju. Kljub temu sistemska toga politika omejevanja programov vodi v **paradoks**, ko zaradi “varčevanja” z operacijo za nekaj tisočakov ustvarimo stroške desetkrat višje druge.

Vloga ZZZS: omejitve, pomanjkanje upravljanja, pasivnost

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) je **osrednji financer in organizator** slovenskega zdravstvenega sistema – pobira prispevke obveznega zavarovanja in plačuje izvajalce za opravljene storitve. A njegova vloga je že dolgo tarča kritik. Eden glavnih očitkov je, da ZZZS deluje bolj kot “**blagajna**”, ki pasivno izplačuje sredstva po zastarelih ključih, namesto kot **aktiven upravitelj**, ki bi usmerjal sistem h kvaliteti in učinkovitosti. Trenutna zakonodaja (Zakon o zdravstvenem varstvu in zavarovanju – ZZVZZ) ZZZS-u omogoča zbiranje prispevkov, **ne določa pa jasne odgovornosti za zagotavljanje storitev zavarovancem v sprejemljivem roku.** To je, kot smo videli, pripeljalo do tega, da ZZZS formalno izpolni svoje obveznosti že s tem, ko ponudi *možnost* storitve (nekega dne), ni pa kaznovan ali odškodninsko odgovoren, če bolnik čaka leto dni.

Organ upravljanja ZZZS – skupščina ZZZS – je sestavljen iz predstavnikov delodajalcev, delojemalcev in vlade. Po eni strani to zagotavlja **tripartitno nadzorstvo** (vsi vplačniki imajo besedo), po drugi strani pa je sistem okoren in podvržen interesnim bojem.

Dolgotrajno pomanjkanje vizije in upravljanja se kaže v tem, da ZZZS redko predlaga prave reforme plačilnih modelov ali organizacije mreže. Denar še vedno večinoma razdeljuje po zgodovinskih proračunskih shemah – bolnišnice dobijo letne programe in omejitve, ki pogosto nimajo neposredne zveze z dejanskimi potrebami prebivalstva. Ko se ti programi izpolnijo, se izvajanje upočasni ali ustavi – in nastajajo čakalne vrste. Namesto da bi ZZZS kot kupec storitev **zahteval rezultate in skrajševanje vrst**, se zdi, kot da zgolj beleži stanje in tu in tam predlaga več denarja kot rešitev, nima pa dolgoročne strategije, kako sistemsko odpraviti ozke grla.

Prav tako ima ZZZS **omejitve** pri svojem delovanju, bodisi zakonske bodisi v praksi. Nima pristojnosti, da bi neposredno spreminjal organizacijo izvajalcev (to je v domeni ministrstva in zavodov), in tudi ne more enostransko zapirati ali odpirati novih kapacitet. Lahko pa bi – v teoriji – bolj pametno kupoval storitve: na primer spodbujal izvajalce s krajšimi čakalnimi

dobami, uvajal plačilo po kakovosti, omogočal konkurenco med izvajalci. Do zdaj je bilo takih iniciativ malo. ZZSZ je dolgo užival nekakšen **monopolni položaj** brez resne konkurence ali primerjave. Tudi **informacijski sistem** za upravljanje čakalnih vrst in spremljanje kakovosti je bil vrsto let zanemaren, kar je otežilo aktivno upravljanje (šele v zadnjem času se uvajajo centralni čakalni seznam in e-naročanje).

Poleg tega se ZZSZ sooča s pritiskom različnih interesnih skupin: politike (vlade mu občasno jemljejo sredstva ali nalagajo dodatne obveznosti, kot je npr. financiranje dragih zdravil ali zakonov, ki ukinjajo dopolnilno zavarovanje), sindikatov in zdravniških organizacij (ki imajo svoje poglede na plače in normative) ter pacientov. Posledica je pogosto **pomanjkanje odločnosti**. Namesto aktivnega krmarjenja zdravstvenega sistema je ZZSZ pogosto ujet v vlogo plačnika, ki poskuša z danim denarjem krpiti luknje, ne da bi imel moč ali pogum bistveno spremeniti pravila igre. Potrebna je **korenita reforma ZZSZ** – bodisi prenova njegovega upravljanja in pooblastil, bodisi uvedba konkurence (npr. več zavarovalnic ali večje vloge zasebnih zavarovanj) ali pa vsaj zaveza, da bo ZZSZ odgovoren za doseganje določenih ciljev (kot je skrajšanje čakalnih dob). Brez tega bo ZZSZ še naprej omejen in pasiven, zdravstveni sistem pa neučinkovit in neprilagodljiv.

Primerjava z drugimi državami: Avstrija, Nemčija, Nizozemska, Danska, Švica (in Slovenija)

Za boljše razumevanje stanja pogledjmo, kako je zdravstvo urejeno v nekaterih razvitih evropskih državah in kako se Slovenija v primerjavi z njimi obnese pri ključnih kazalnikih: **prispevne stopnje, premije, franšize (odbitne vsote), kapice, čakalne dobe, zadovoljstvo uporabnikov, delež BDP za zdravstvo in izdatki na prebivalca**.

Avstrija

Organizacija financiranja: Avstrija ima socialno zdravstveno zavarovanje z več blagajnami (zavarovalnicami) po poklicnih in regionalnih skupinah, a prispevne stopnje so enotne in določene z zakonom. Obvezno zdravstveno zavarovanje krije veliko večino prebivalstva.

Prispevna stopnja za zdravstveno zavarovanje znaša približno **7,65 % bruto plače** (približno polovico plača delodajalec, polovico delojemalec), pri čemer obstaja **kapica** – prispevke se obračunava le do določene maksimalne osnove (nad določeno visoko plačo se prispevek ne povečuje). **Premij** v smislu pavšalnih zneskov za osnovno zavarovanje ni, saj se financiranje vrši iz prispevkov; obstajajo pa zasebna dopolnilna zavarovanja, ki jih posamezniki lahko sklenejo za nadstandard (npr. enoposteljna soba v bolnišnici, prosta izbira zdravnika specialista v zasebnem sektorju itd.). **Franšize (odbitne vsote)** v avstrijskem javnem sistemu ni – pacienti nimajo letnega odbitka, ki bi ga morali najprej plačati sami. Imajo pa **participacije**: na primer vsako predpisano zdravilo v lekarni zahteva majhno doplačilo (leta 2024 je bilo to okoli 6,85 € na recept), bolnišnično zdravljenje pa dnevno participacijo za prvih 28 dni. Te participacije so relativno nizke in dostopne.

Čakalne dobe v Avstriji obstajajo le v omejenem obsegu – za najbolj iskane specialistične

preglede ali nenujne operacije se lahko čaka nekaj tednov, a v primerjavi s Slovenijo so vrste krajše. Avstrijski sistem ima veliko zdravnikov na prebivalca in tudi zasebne možnosti; bolniki pogosto lahko izbirajo pospešijo z obiskom t.i. "Wahlärzte" (zasebnih zdravnikov brez koncesije) proti neposrednemu plačilu, nato pa del stroška dobijo povrnjenega od zavarovalnice. **Zadovoljstvo** Avstrijcev z zdravstvom je visoko – v anketah navajajo relativno zaupanje v sistem in možnost hitrega dostopa. **% BDP za zdravstvo** je v Avstriji med višjimi: okoli **11 % BDP** (leta 2023 približno 11,2 %^[14]). **Izdatki na prebivalca** so prav tako visoki: v 2022 je Avstrija porabila okoli **7.700 USD (PPP) na prebivalca za zdravstvo**, kar je precej nad slovenskim nivojem^[15]. Avstrija torej vlaga znatna sredstva v zdravstvo, kar se pozna v krajših čakalnih dobah in široki dostopnosti storitev, saj kombinira močno javno mrežo z nadzorovanim zasebnim sektorjem.

Nemčija

Organizacija financiranja: Nemčija ima sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja z več kot 100 javnimi (zakonskimi) zavarovalnicami (t.i. *gesetzliche Krankenkassen*), ki med seboj do določene mere konkurirajo, poleg tega pa okoli 11 % prebivalstva (višji dohodki, javni uslužbenci) izbira zasebno zdravstveno zavarovanje. **Prispevne stopnje** za obvezno zavarovanje so približno **14,6 % bruto plače**, ki si jih delita delodajalec in delojemalec (torej ~7,3 % vsak), plus vsaka zavarovalnica določa še manjši dodatni prispevek (okoli 1–1,5 %) ki ga plača zavarovanec. Skupno torej okoli **15–16 % od plače** gre za zdravstveno zavarovanje. Tudi v Nemčiji obstaja **prispevna kapica** – prispevke se plačuje le do določene višine dohodka (leta 2024 okoli 59.850 € letno); nad tem dohodkom se odstotek ne povečuje, bogatejši pa imajo možnost izstopa v zasebno zavarovanje. **Premije** kot pavšali v zakonskem zavarovanju ni (razen če štejemo dodatni prispevek); pri zasebnih zavarovalnicah pa posamezniki plačujejo premije glede na tveganje, starost ob vstopu in obseg kritja. **Franšize:** V javnem sistemu ni klasične letne franšize, so pa **soudeležbe** – npr. **10 € na dan bolnišnične oskrbe** (do 28 dni), **10 % cene zdravila (vsaj 5 € do največ 10 €)** za recepte, ipd., z zgornjo mejo: letni stroški soudeležb ne smejo preseči 2 % letnega dohodka posameznika (za kronične bolnike 1 %). S tem imajo vpeljeno **kapico** za gotovinske izdatke – nihče ne bo plačeval v nedogled; po presežku so oproščeni plačil. **Čakalne dobe** v Nemčiji so **relativno kratke**. Sistem ima veliko bolnišnic in zdravnikov, pacienti pa svobodno izbirajo med njimi. Za določene elektivne (nenujne) posege ali pri posebej iskanih specialistih se lahko čaka nekaj tednov, a praviloma ne mesecev; nujni primeri so obravnavani takoj. V anketah se Nemčija ne sooča z velikim problemom nedosegljivosti storitev – manj kot 1 % ljudi navaja neizpolnjene zdravstvene potrebe zaradi čakalnih dob. **Zadovoljstvo** pacientov v Nemčiji je solidno, čeprav morda nekoliko nižje kot v npr. nordijskih državah; sistem je kompleksen, a znan po tem, da nudi visoko raven storitev. **% BDP za zdravstvo** je v Nemčiji med najvišjimi: okoli **11,7 % BDP** (2023)^[14], kar vključuje tudi visoke izdatke za dolgotrajno oskrbo in kakovostno bolnišnično mrežo. **Izdatki na prebivalca** so bili leta 2022 okoli **8.650 USD (PPP)**^[15] – Nemčija sodi v vrh OECD po porabi. Visoka investicija se odraža v dobri dostopnosti storitev, široki pokritosti novih zdravil in tehnologij ter relativno kratkih čakalnih dobah, čeprav se tudi tam spoprijemajo z izzivi starajoče populacije in rastočih stroškov.

Nizozemska

Organizacija financiranja: Nizozemska ima zanimiv **model konkurence med zasebnimi zavarovalnicami v javnem okviru**. Vsak prebivalec je dolžan skleniti osnovno zdravstveno zavarovanje pri eni od zasebnih zavarovalnic, ki pa poslujejo neprofitno v okviru strogih državnih pravil. **Prispevki/premije:** Financiranje je kombinirano – približno polovica sredstev pride iz dohodninsko odmerjenega prispevka (plača ga delodajalec za zaposlene, okoli **6,7 % plače** do določene kapice), druga polovica pa iz **premiij**, ki jih posamezniki plačujejo neposredno zavarovalnici. Premije so pavšalne – okoli **130 € na mesec** (odvisno od zavarovalnice, v 2024 med 125 in 150 €). Država niža premije za nizke dohodke z dodatki (subvencijami). **Franšiza (odbitna franšiza):** Nizozemska ima **letno odbitno franšizo** (t.i. *eigen risico*), ki jo mora odrasel zavarovanec pokriti sam za porabljene zdravstvene storitve. Leta 2024 znaša **385 € na leto** – toliko prvih stroškov (zdravila, obisk specialista, itd.) plača pacient sam; šele zatem začne kritje zavarovalnice. To ne velja za osnovnega zdravnika (GP) in nekatere preventive, ki so brez odbitka. Možno je skleniti višjo prostovoljno franšizo (do 885 €) v zameno za nižjo premijo. **Kapice:** Nizozemska nima zgornje meje izdatkov v smislu out-of-pocket, ker po plačani franšizi zavarovalnica krije 100% stroškov vseh nadaljnjih storitev iz košarice (ni dodatnih participacij, razen nekaterih doplačil za npr. zobozdravstvo odraslih, očala ipd., ki pa niso v košarici). **Čakalne dobe:** Nizozemska si prizadeva, da so čakalne dobe kratke; zavarovalnice so motivirane naročiti dovolj storitev pri bolnišnicah, saj morajo tekmovati za stranke. Kljub temu se pojavljajo določene čakalne dobe, npr. za ne nujne duševnozdravstvene storitve ali nekatere specifične operacije, a država ima določene standarde (za specialistični pregled naj ne bi bilo več kot 4 tedne, za poseg ne več kot 6–7 tednov, sicer lahko pacient zahteva zdravljenje pri drugem izvajalcu ali v tujini na stroške zavarovalnice). **Zadovoljstvo:** Nizozemski sistem je pogosto ocenjen kot eden najboljših v Evropi – v preteklih Euro Health Consumer Indexih je zasedal prva mesta. Državljeni izražajo visoko stopnjo zadovoljstva glede kakovosti in dostopa, čeprav redno opozarjajo na visoke premije. **% BDP za zdravstvo:** okoli **10–11 % BDP** (leta 2022 okoli 10,1 %, med pandemijo je naraslo nad 11 %)[16]. **Izdatki na prebivalca** so primerljivi z Avstrijo: leta 2022 približno **7.520 USD (PPP)**[17]. Nizozemska tako namenja več sredstev na prebivalca kot Slovenija (skoraj dvakrat več), kar se kaže v dobro financiranem sistemu z razmeroma kratkimi čakalnimi časi in inovativnimi pristopi (npr. integrirana primarna oskrba, močna vloga družinskih zdravnikov in patronaže).

Danska

Organizacija financiranja: Danska ima **popolnoma davčno financiran javni sistem** (državni zdravstveni sistem tipa nacionalne zdravstvene službe). Ni ločenih zdravstvenih prispevkov – zdravstvo se plačuje iz splošnih davkov, sistem pa upravljajo regije in občine. **Prispevne stopnje/Premije:** posebnih zdravstvenih prispevkov ni, prav tako prebivalci ne plačujejo mesečnih premij za osnovno zavarovanje; **vsakdo s prebivališčem ima pravico do zdravstvenih storitev, financiranih iz proračuna**. Posledično ima Danska zelo nizke neposredne plačila pacientov. **Franšize:** v klasičnem pomenu ni franšize. Obstajajo

doplačila za določene stvari – odrasli plačajo del stroškov zobozdravnika, očesnih pripomočkov, zdravil na recept (kjer je lestvica doplačil glede na skupno porabo, a letna kapica za zdravila obstaja). Za bolnišnično in specialistično zdravljenje pa ni plačil – to je brezplačno ob točki uporabe. **Kapice:** danski sistem določa letne zgornje meje za doplačila zdravil (ko pacient v letu doseže določeno vsoto iz lastnega žepa za recepte, država krije preostanek skoraj v celoti). **Čakalne dobe:** ker je financiranje omejeno z davki, tudi Danska pozna nekaj čakalnih vrst, a je uvedla **jamstva**. Če pacient na specialistični pregled ali operacijo čaka dlje kot **30 dni**, lahko zahteva zdravljenje v zasebnem sektorju ali tujini na stroške javnega sistema (to je dansko *pravilo največ 30 dni*). Zaradi tega se javni izvajalci trudijo izpolniti roke, v nasprotnem plača regija zasebnika. Danska ima med najkrajšimi čakalnimi dobami v Evropi pri nujnih zadevah; nekaj izzivov ostaja pri elektivnih operacijah (npr. kolena, kolki – lahko nekaj mesecev, a ne let kot pri nas). **Zadovoljstvo:** zelo visoko – po OECD podatkih je kar **86 %** **Dancev zadovoljnih z razpoložljivostjo kakovostne zdravstvene oskrbe**, medtem ko je povprečje OECD le 64 %. Danska je znana po učinkovitem primarnem varstvu in hitrem dostopu, kar ljudje cenijo. **% BDP za zdravstvo:** okrog **10 %** (po nekaterih virih 10,8 %, po drugih 9,5 % – odvisno, ali štejemo dolgotrajno oskrbo znotraj tega). **Izdatki na prebivalca:** Danska je 2022 porabila okoli **6.660 USD (PPP) na prebivalca**. Danski model kaže prednosti močne javne mreže, kjer denar sledi pacientu (prek jamstvenih shem), in kjer so čakalne dobe sistemsko nadzorovane.

Švica

Organizacija financiranja: Švicarski sistem je **v celoti zavarovalniški in zaseben**, a z močnimi državnimi pravili – podoben nizozemskemu modelu, a še bolj tržen. Vsak prebivalec mora kupiti osnovno zdravstveno zavarovanje pri eni od številnih zasebnih zavarovalnic. **Prispevki:** ni prispevkov iz plač; financiranje poteka preko **premij**, ki jih posamezniki plačujejo neposredno zavarovalnicam. **Premije** niso odvisne od dohodka, ampak od paketa zavarovanja, regije bivanja in starosti (mladi, odrasli, starejši). Povprečna premija za odraslega v Švici je visoka – leta 2024 okoli **350–400 CHF na mesec** (330–380 €), pri čemer država daje **subvencije** tistim z nižjimi dohodki, da lahko plačajo premije (okoli 30 % gospodinjestev prejema pomoč). **Franšiza:** Švica ima **obvezno letno franšizo**. Osnovna minimalna franšiza je **300 CHF** (cca 310 €) na leto – toliko stroškov pacient pokrije sam preden zavarovanje začne plačevati. Zavarovanec se lahko odloči tudi za višjo franšizo (500, 1000, 1500, do max 2.500 CHF) v zameno za nižjo mesečno premijo. **Soplačila:** Po doseženi franšizi pacient še vedno plačuje **10 % soudeležbe** za vsak nadaljnji strošek, vendar **največ 700 CHF na leto** (t.i. kapica za soudeležbo). Tako je skupna **kapica** lastnih izdatkov vsako leto določena: npr. s standardno franšizo 300 CHF in 700 CHF kapice soudeležbe, posameznik v najslabšem primeru plača **1.000 CHF (cca 1.030 €)** na leto iz lastnega žepa za storitve iz osnovnega zavarovanja, ne glede na to, koliko zdravstvenih storitev dejansko porabi. **Čakalne dobe:** Švica slovi po tem, da **čakalnih vrst praktično ni**. Ker imajo bolnišnice in zdravniki konkurenčen trg in so financirani iz bogatega vira (premije), pacienti običajno pridejo na vrsto zelo hitro. Za elektivne operacije (kolena, kolki) se čaka tedne, ne mesecev; za diagnostiko (MRI, CT) nekaj dni do par tednov največ.

Če nekje pride do čakalne vrste, lahko pacient prosto izbere drugo ustanovo.

Zadovoljstvo: Švicarji poročajo visoko zadovoljstvo z zdravstvom, predvsem glede dostopa in kakovosti; edina skrb so visoki stroški/premije. Sistem je drag, a kakovosten. % **BDP za zdravstvo:** Švica sodi v sam vrh – okoli **12 % BDP** (med 11 in 12 %, odvisno od leta). **Izdatki na prebivalca** so najvišji na svetu poleg ZDA: leta 2022 približno **9.090 USD (PPP)** na prebivalca. Švica tako porabi več kot dvakrat toliko na prebivalca kot Slovenija. Rezultat je izjemno bogat nabor storitev, najnovejša tehnologija, dovolj zdravstvenih delavcev na prebivalca in zanemarljive čakalne dobe – vendar tudi občutno finančno breme za prebivalce, ki pa ga omilijo subvencije za manj premožne.

Slovenija

Za primerjavo pogledjmo še Slovenijo v številkah: Slovenski sistem je **obvezno zavarovanje prek ene zavarovalnice (ZZZS)**, financirano s prispevki. **Prispevna stopnja** (za povprečnega zaposlenega) je skupaj **13,45 % bruto plače** (6,56 % prispeva delodajalec in 6,36 % zaposleni; poleg tega 0,53 % še za poškodbe pri delu). Ta stopnja velja do poljubno visoke plače – v Sloveniji **ni zgornje kapice** za prispevke, kar pomeni, da visoko plačani še naprej odvajajo prispevke. Dolga leta smo imeli še **dodatno premijo** – dopolnilno zdravstveno zavarovanje (~35 € mesečno), ki pa je bila leta 2024 ukinjena in nadomeščena z obveznim prispevkom (približno 29 € mesečno za vse). Tako zdaj vse osnovne zdravstvene storitve financira ZZZS iz prispevkov in novega prispevka namesto dopolnilnega zavarovanja. Prej, v starem sistemu z dopolnilnim zavarovanjem, bi moral nekdo, ki ni imel dopolnilnega zavarovanja, v teoriji neomejeno doplačevati 20 % stroškov, To bi bilo lahko enormno, zato je 95 % ljudi imelo dopolnilno zavarovanje. **Čakalne dobe** v Sloveniji so, kot obširno opisano, eden največjih problemov. Za marsikatero specialistično storitev ali operacijo so **čakalne vrste bistveno daljše kot v primerjanih državah** – merimo jih v mesecih ali letih. Število čakajočih je v absolutnem in relativnem smislu zelo visoko (kot omenjeno, več kot 300.000 ljudi na seznamih, od tega skoraj tretjina čaka preko dopustne dobe. **Zadovoljstvo** uporabnikov v Sloveniji ni tako slabo, kot bi morda sklepali iz podatkov in medijske slike – po OECD raziskavi je okrog **71 % ljudi zadovoljnih z razpoložljivostjo kakovostne oskrbe**. To pomeni, da ko do oskrbe pride, ocenjujejo kakovost medicinske obravnave precej visoko; težava pa je seveda dostopnost v razumnem času, kjer smo slabi. % **BDP za zdravstvo** je bil pri nas leta 2022 okrog **8,8 % BDP**, kar je manj od večine omenjenih držav (pod povprečjem EU, ki je blizu 10 %). V zadnjem letu, po odpravi dopolnilnega zavarovanja in dodatnih vložkih v plače zdravstvenih delavcev se bo ta odstotek morda približal 9–10 %, a še vedno bo verjetno nižji od npr. Avstrije ali Nemčije. **Izdatki na prebivalca** so leta 2022 znašali okoli **4.350 USD (PPP)**, kar je približno polovica nemške ali švicarske ravni. Slovenija torej za zdravstvo namenja precej manj denarja na prebivalca kot najrazvitejše sosednje države, kar je del pojasnila za razlike v dostopnosti. Vendar denar ni edini dejavnik – pomembna je tudi organizacija. Zato je pogled v tujino dragocen: kaže nam, da **s pametno organizacijo in zadostnim financiranjem** mnoge države uspešno zagotavljajo kratke čakalne dobe in zadovoljstvo ljudi. Slovenija se mora iz teh primerjav naučiti, kaj deluje in kaj ne, ter prilagoditi svoj sistem, da bo primerljiv najboljšim.

Obvezno zdravstveno zavarovanje – kaj krije in kaj ne

V vseh obravnavanih državah imajo zavarovanci osnovne pravice do nujnih zdravstvenih storitev, a obseg teh pravic se razlikuje. Splošno velja, da obvezno zavarovanje krije medicinsko nujne preglede in zdravljenje v javnem sistemu (zdravniki, bolnišnično zdravljenje, zdravila, minimalne medicinske pripomočke itd.), medtem ko so nekatere storitve izključene ali kritje le delno pokrito. To lahko zavarovanci krijejo z dopolnilnim ali dodatnim zavarovanjem ali pa povsem sami plačajo morebitno storitev. V nadaljevanju so po posameznih državah opisane glavne pravice, ki jih zajema obvezno zdravstveno zavarovanje, ter storitve, ki niso vključene in jih je treba kriti dodatno ali kot samoplačilo. Košarica storitev je v opazovanih državah podobna in je podobna kot v Sloveniji.

Država	Vključeno v obvezno zavarovanje (osnovni paket)	Ni vključeno (možnost dopolnilnega/zasebnega zavarovanja)	Samoplačniške storitve (brez zavarovanja)
Avstrija	Nujni pregledi, specialistično zdravljenje, bolnišnično zdravljenje, predpisana zdravila, osnovno zobozdravstvo in ortodontija (za mlade), nosečnost, rehabilitacija itd. [1] . Brez (ali minimalne) doplačila.	Nadstandardne sobe v bolnišnicah, nadstandardna izbire zdravnikov, napredna/estetska zobna opravila, nekateri pripomočki nadstandardne izvedbe.	Kozmetične operacije brez medicinskega razloga, ortodontija za odrasle, očala in leče za odrasle, privatne terapije, diete/fizioterapija brez napotnice ipd.
Nemčija	Pregledi pri zdravniku in specialistu, bolnišnično zdravljenje, zdravila na recept (le za zdravstveno upravičene), obvezna cepljenja, rehabilitacija, osnovno zobozdravstvo (pregledi, zdravljenje,	Potovalna cepljenja, kozmetične operacije, alternativni postopki, poliklinike zunaj seznama, pregled pri zasebnih zdravnikih in nekatere dodatne stomatološke storitve – to krijejo ZVW-doplačila ali dopolnilna zavarovanja.	Enoposteljne sobe, napredna ortodontija, estetske postopki; kakršnekoli storitve brez medicinskega indikacija.

Država	Vključeno v obvezno zavarovanje (osnovni paket)	Ni vključeno (možnost dopolnilnega/zasebnega zavarovanja)	Samoplačniške storitve (brez zavarovanja)
Švica	protetika) in nujna ortodontija. Obisk zdravnika (bolnišnični / ambulantni), osnovno bolnišnično zdravljenje (splošna soba), porod, zdravljenje poškodb/bolezni, zdravila s seznama, nujni medicinski prevoz; pogojno tudi nekateri alternativni postopki zdravljenja. Določene preventivne storitve (mamografije, cepiva) ter zdravljenje bolezni dlesni, alergije.	Zobozdravstvo (razen nujnih popravil ob poškodbah/boleznih dlesnih), očesne naprave (leče/očala za odrasle), široka alternativna terapija (brez dopolnilnega zavarovanja), logopedska/ergo terapija brez napotnice. Te krijejo prostovoljna dopolnilna zavarovanja (npr. za zobozdravstvo, fisio, zasebne bolnišnice).	Zdravila izven seznama, kozmetične operacije, zobni vsadki, zobni aparati, prevoz, ki ni nujen, podaljšana hospitalizacija (npr. zasebna soba), kritje zdravljenja zunaj Švice prek nadstandardnih polic.
Danska	Brezplačni obiski pri GP, specialistih (z napotnico), bolnišnični sprejem, porodniška oskrba, psiho-terapija, rehabilitacija, preventivni programi (cepiva, presejalni programi, otroško zobozdravstvo ipd.). Brez lastnih soudeležb za večino storitev	Zobozdravstvo za odrasle (razen nujnega), delež pri zdravljenju na recept (stroški nad subvencionirano mero), Ti stroški so delno kriti z dopolnilnim zavarovanjem (za zdravila, zobe, fizioterapije).	Kozmetične operacije, zdravljenja izven javnih cenikov (brez referenc), enoposteljne sobe, ne nujni laboratorijski testi brez naročila, neodobrene terapije ipd.
Nizozemska	Osnovni paket vključuje obiske pri zdravniku, urgentno hospitalizacijo, specialistične preglede, potrebne operacije, predpisana zdravila, porodniško oskrbo in oskrbo otrok	Fizioterapija za ne-kronične poškodbe, zobozdravstvo za odrasle (razen nujnih popravil), ortodontija za odrasle, očala, priročni alternativne medicine (homeopatija, akupunktura itd.) – za to	Prostovoljni pregledi (npr. zdravje pred potovanjem), kozmetični posegi, cepljenje brez medicinske potrebe, zdravila brez recepta, zasebni zdravniki

Država	Vključeno v obvezno zavarovanje (osnovni paket)	Ni vključeno (možnost dopolnilnega/zasebnega zavarovanja)	Samoplačniške storitve (brez zavarovanja)
Slovenija	(zobozdravstvo in fizio do 18. leta). Z uvedbo obveznega zdravstvenega prispevka (2024) javno zavarovanje 100 % krije celotno košarico pravic iz obveznega zavarovanja, kamor sodijo vsi nujni pregledi, specialistični posegi, bolnišnična oskrba, zdravila, pripomočki, zobni nadomestki in rehabilitacija	Obstajajo dopolnilni zavarovalni paketi. Dopolnilno zavarovanje je ukinjeno, zato vse zdravstvene storitve iz košarice v celoti krije javni paket. Morebitne nadstandardne storitve (npr. zdravljenje v “posebnih” ustanovah) ali dodatki (dodatni pripomočki, nekatera alternativna dopolnila) so zdaj stvar zasebnega zavarovanja ali dodatnih polic.	brez pogodb z zavarovalnicami. Takšni so predvsem kozmetični in estetski posegi, enoposteljna namestitve, analize in terapije brez odkritih bolezni,

Nadomestila za bolniško odsotnost – primerjava po državah

Košarica pravic, ki jih krije obvezno zavarovanje se po posameznih državah ne razlikuje bistveno. Velike razlike pa najdemo pri nadomestila za bolniško odsotnost.

Avstrija: Običajna bolniška odsotnost: delodajalec izplačuje polno plačo 6 tednov (podaljšuje se do 12 tednov z delovno dobo), nato 4 tedne polovico plače. Po poteku tega obdobja krije zdravstveno zavarovanje »bolniško nadomestilo« (Krankengeld), ki znaša 50 % osnove (od 4. do 42. dne) in nato 60 % osnove plače. Odsotnost zaradi poškodbe pri delu: delodajalec plača polno plačo do 8 tednov (10 tednov po 15 letih zaposlitve), nato socialna/zavarovalna institucija. Odsotnost zaradi varstva bolnega otroka: zaposleni ima pravico do največ enega tedna plačanega »dopusta za nego« na leto (če dokaže upravičeni razlog) pri čemur delodajalec izplača običajno polno plačo. Če otrok ponovno zboli, lahko dobi dodaten teden plačanega dopusta (pod pogojem starosti in razpoložljivosti drugih skrbnikov)]

Nemčija: Običajna bolniška odsotnost: delodajalec plača 6 tednov (100 % plače), nato izplačuje zdravstvena blagajna (Krankenkasse) »bolnično nadomestilo« 70 % bruto plače (maks. 90 % neto), največ 78 tednov (v treh letih za enako bolezen). Odsotnost zaradi poškodbe pri delu ali poklicne bolezni: prvih 6 tednov krije delodajalec (kot pri navadni bolezni), nato zavarovalnica za poklicne nezgode (BG) izplačuje „Verletztengeld“ 80 % bruto plače (največ višino neto plače). Odsotnost zaradi varstva bolnega otroka (Kinderkrankengeld): zdravstvena zavarovalnica plača nadomestilo (v obliki bolniškega nadomestila) do 15 dni na otroka (30 za samohranilce) letno (izj. 2024–25: do 35/70 dni), običajno okoli 90 % plače.

Švica: Običajna bolniška odsotnost: delodajalec je v osnovi dolžan imeti zavarovanje za primer bolniške odsotnosti (Krankentaggeldversicherung). Ob odsotnosti do 720/730 dni znaša nadomestilo 80 % plače. Če delodajalec nima zavarovanja, mora plačati plačo za obdobje od 3 tednov do 4 mesecev, odvisno od trajanja zaposlitve.

Poškodba pri delu: Ponesrečencu ne glede na to ali gre za nezgodo med ali izven delovnega časa, pripada 80% plače. Dolgotrajna izplačila po 30 dneh zagotovi zavarovanje (AES). Varstvo bolnega otroka: ni zakonske pravice kot v nekaterih državah – največkrat podjetja omogočajo 1 dan plačane odsotnosti, da se uredijo zadeve. Za hudo bolnega otroka omogoča zakon do 14 tednov dopusta, plačilo (dnevnice) do max. CHF 196 na dan. Zavarovalnica izplača pripadajoče nadomestilo, podobno kot bolniško.

Danska: Običajna bolniška odsotnost: delodajalec plača polno bolniško nadomestilo za 30 koledarskih dni. Po 30 dneh delavcu izplača nadomestilo občina, a največ do 22 tednov (max. ~DKK 5.085/tedensko). Poškodba pri delu: za delovno nezgodo krije delodajalec plačo za prvih 30 dni kot pri navadni bolezni; če gre za delovno nezgodo, potem se že od 1. dne uveljavlja povračilo preko občine (bolniškega nadomestila). Nadomestilo znaša do 90 % plače (zdaj zakonski maksimum). Varstvo bolnega otroka: ni splošne zakonske pravice do plačanih dni (razen družinskih bolniških: običajno 1 dan pogodbeno, v javnem sektorju urejenih 5–7 dni zadržanosti z 100 % plače), Če gre za resno bolezen otroka, lahko delodajalec ali občina odobri do 22 tednov odsotnosti (za polni ali skrajšani čas), plačan kot bolniški nadomestek (100 % plače).

Nizozemska: Običajna bolniška odsotnost: delodajalec je zakonsko dolžan plačati vsaj 70 % plače do 2 leti bolezni, (pogosto v kolektivnih pogodbah 100 %). Po 2 letih preide delavec na invalidski zavarovalni sistem (WIA). Poškodba pri delu se običajno obravnava kot navadna bolezen. Varstvo bolnega otroka (zorgverlof): delavec lahko vzame kratkoročno nadomestno odsotnost (do 10 delovnih dni letno), delodajalec mora plačati vsaj 70 % plače med to odsotnostjo. Daljše »dolgotrajno zorgverlof« je večinoma neplačano. Detajli so lahko določeni tudi v kolektivnih pogodbah.

Slovenija: Običajna bolniška odsotnost: delodajalec izplačuje 80 % plače prve 30 dni bolniške. Osnova je plača prejšnjega meseca. Po 30 dneh pokrije stroške ZZZS z nadomestilom 80 % osnove (za odsotnost do 90 dni; nad 90 dni 88 %). Poškodba pri delu/poklicna bolezen: delodajalec plača 100 % plače prve 30 dni (osnova je povprečje zadnjih treh mesecev). Nato ZZZS izplačuje nadomestilo 100 % osnove (do 90 dni; nad 90

dni 110 %). Varstvo bolnega otroka: odrejena odsotnost zaradi skrbi za otroka se obravnava kot nego družinskega člana – ZZZS izplača 80 % osnove plače (do 90 dni, nato 88 %);

V primerjavi z drugimi evropskimi sistemi slovenski model bolniške odsotnosti izstopa po tem, da v njem **ni jasno opredeljenega nosilca interesa za skrajševanje odsotnosti**. Po razmeroma kratkem začetnem obdobju strošek hitro preide na javno zdravstveno blagajno, delodajalec izgubi neposreden finančni motiv, zdravstveni sistem pa nima učinkovitih upravljalških orodij za aktivno vodenje primerov. Za razliko od držav, kjer so bolniške odsotnosti obravnavane kot proces z jasnim ciljem – čim hitrejšo in varno vrnitev posameznika na delo – slovenski sistem bolniško pogosto obravnava kot **pasivno pravico**, brez časovne dinamike, brez sistematične reintegracije in brez jasnih obveznosti vseh vpletenih. Posledica ni nujno večja bolezen prebivalstva, temveč okolje, v katerem dolgotrajna odsotnost nima naravnega zaključka. Mednarodne primerjave kažejo, da ni ključna strožja kontrola ali nižja nadomestila, temveč **porazdelitev odgovornosti in aktivno upravljanje**: tam, kjer nekdo nosi dejanski strošek odsotnosti in ima hkrati orodja za ukrepanje, se bolniška odsotnost skrajšuje sama od sebe. Slovenija pa ostaja primer sistema, ki odsotnost financira, ne pa tudi upravlja.

Zasebna iniciativa: pravila sodelovanja, dopustnost samoplačništva, vloga pri razbremenitvi javnega sistema

V slovenskem zdravstvenem sistemu imajo **zasebni izvajalci** (zdravniki in klinike) pomembno, a kontroverzno vlogo. Po eni strani predstavljajo dodaten vir zdravstvenih storitev, ki lahko **razbremenijo javne čakalne vrste** in ponudijo pacientom več izbire. Po drugi strani pa se porajajo vprašanja pravičnosti in nadzora – kako zagotoviti, da zasebni sektor dopolnjuje javnega, na korekten in urejen način. Za razumevanje je ključno poznati **pravila sodelovanja zasebnikov** v javnem sistemu.

Koncesije: V Sloveniji lahko zasebni zdravniki in ustanove pridobijo **koncesijo**, kar pomeni pogodbo z ZZZS za izvajanje določene dejavnosti (npr. zasebna ordinacija družinskega zdravnika, zasebni center fizioterapije ali zobozdravstva ipd.). Koncesionar je zasebnik, a del javne mreže – njegove storitve za paciente so financirane iz ZZZS in zanje veljajo enaka pravila (napotnice, čakalne vrste, standardi) kot v javnem zavodu. Koncesije so en način, kako **zasebna iniciativa sodeluje v javnem zdravstvu**. Praksa kaže, da marsikje koncesionarji delujejo **učinkoviteje** od javnih zavodov – pogosto so manjši, bolj prilagodljivi, dalj časa delajo, včasih bolje motivirajo zaposlene. To je lahko pozitivno za paciente (hitrejša obravnava). Vendar, če koncesionar opravi zelo veliko storitev, se lahko zgodi, da **preseže dogovorjeni program** in jih ZZZS ne plača več (ali šele v naslednjem letu), kar omejuje njihov prispevek.

Samoplačništvo: Zasebna zdravstvena dejavnost obstaja tudi **izven košarice javnih pravic**, kar pomeni povsem samoplačniške storitve. **Dopustnost samoplačništva** v

Sloveniji je takšna: pacient se lahko **odloči in plača sam** katero koli storitev pri zasebniku, ki nima pogodbe z ZZZS (ali tudi pri koncesionarju ali javni ustanovi, če ta ponuja samoplačniške termine). Izjema so določene etično občutljive storitve (npr. organi, krvodajalstvo – kjer ni trga) in, po najnovejših pravilih, storitve, ki so že opravljene v javnem programu – recimo javni zdravnik ne sme v popoldanskem času **proti plačilu opravljati iste storitve za pacienta, ki bi nanjo čakal v javnem terminu** (to se skuša preprečiti zaradi konflikta interesov). A na strani pacienta **ni prepovedi**, da bi šel samoplačniško k drugemu izvajalcu. Tako imamo v praksi razširjen **vzporedni samoplačniški sistem**: za specialistične preglede (ortoped, dermatolog, kardiolog...) se mnogo ljudi odloči plačati 100–200€ in priti na vrsto v tednu dni pri zasebniku, namesto da bi čakali več mesecev pri javnem izvajalcu. Podobno za diagnostične preiskave (MRI, UZ) in nekatere operacije (npr. laserske operacije oči, posege v estetski kirurgiji ali tudi ortopedske artroskopije). To samoplačništvo **ni nezakonito** – je pa **posledica slabosti javnega sistema**, ki ljudi praktično potisne v zasebne roke, če nočejo čakati. S tem seveda nastaja **družbena neenakost**: premožnejši si lahko skrajšajo čakanje z denarjem, revnejši ne. A v trenutni ureditvi je samoplačništvo nekakšen varnostni ventil – če ga ne bi bilo, bi bili mnogi prisiljeni samo čakati v bolečinah ali pa iskati pomoč v tujini.

Vloga pri razbremenitvi sistema: Zasebna iniciativa lahko javni sistem **razbremeni na več načinov**. Prvič, kot rečeno, če del prebivalstva sam financira del storitev (recimo npr. samoplačniško fizioterapijo ali ultrazvok), to pomeni manjšo obremenitev javnih kapacitet – tisti termin lahko dobi nekdo drug. Drugič, zasebniki z ali brez koncesije lahko **povečajo skupno število opravljenih storitev** v državi. Če ima javna bolnišnica omejen operativni program in zdravniki ne morejo več operirati znotraj rednega delovnega časa, lahko sklepanje pogodb z zasebnimi centri (ali javno-zasebno partnerstvo) omogoči, da se del bolnikov operira tam, na stroške ZZZS. To se je v preteklosti že dogajalo – npr. pošiljanje bolnikov na operacije katarakte ali kolcev v zasebne ustanove ali v tujino, plačane iz javnih sredstev, ko so se čakalne vrste preveč podaljšale. **Pravila sodelovanja** pri takih rešitvah morajo biti jasna: zasebnik mora ponuditi primerljivo kakovost in ceno kot javni zavod, da se sklene pogodba. Žal so tovrstne rešitve včasih politično nezaželene (strah pred “privatizacijo”), čeprav bi kratkoročno koristile bolnikom.

Ključno je razumeti, da **zasebni sektor sam po sebi ni grožnja javnemu zdravstvu**. Grožnja je *neurejen* zasebni sektor – in še bolj *neurejen* javni sektor, ki ga ne zna uporabiti kot partnerja. V državah, kjer javno zdravstvo odlično deluje (npr. Avstrija, Nemčija), zasebni izvajalci predstavljajo pomemben del zmogljivosti, vendar **delujejo znotraj enotnih pravil**: po istih strokovnih standardih, pod istim nadzorom kakovosti in praviloma po cenah, ki jih določa ali izpogaja zavarovalnica. Za pacienta je zato nepomembno, ali je izvajalec “javen” ali “zaseben” – pomembno je, da pride pravočasno na vrsto in da storitev krije zavarovanje.

V Sloveniji bi zasebni izvajalci lahko bili **najhitrejši način za razbremenitev čakalnih vrst**, če bi presegli ideološki refleks, da je vsak zasebnik “konkurenca” javnemu sistemu. Danes je odnos pogosto postavljen narobe: namesto da bi javni sistem zasebnike videl kot **dodatno kapaciteto**, jih vidi kot nekoga, ki “pobira kadre in dobiček”. A pravilno

postavljen model prav to preprečuje. Zasebnik naj ne bo privilegiran “pobiralec smetane”, ampak **pogodbeni izvajalec javne storitve** – z jasnimi pravili, kaj prevzame, po kakšni ceni, s kakšnimi obveznostmi kakovosti in z mehanizmi, ki preprečujejo izkrivljanje.

To pomeni tudi jasno razmejitev vlog: smiselno je, da zasebni izvajalci prevzemajo **bolj rutinske, standardizirane in visoko ponovljive storitve** (npr. diagnostika, del ambulantne dejavnosti, določeni elektivni posegi) ali se celo **ozko specializirajo** in s tem dosežejo višjo produktivnost in nižjo ceno na primer. Javne bolnišnice pa naj ohranijo in krepijo svojo **sistemsko vlogo**: urgenco, intenzivo, kompleksne bolnike, učne in raziskovalne programe ter obravnavo zapletov. Ključno pa je, da se to odrazi tudi v ekonomiki: če zasebnik prevzame lažje primere, mora biti to **vgrajeno v ceno** (da se prepreči “nezasluženi dobiček” na račun lažjih bolnikov) in v pogodbo (npr. obveznost prevzema določenega deleža zahtevnejših primerov ali obvezno sodelovanje pri zapletih). Tako se razbije najpogostejši argument zagovornikov izključno javnega sistema – da zasebniki “izbirajo le lažje bolnike”. To ni naravni zakon, to je posledica slabo napisanih pravil.

Če to uredimo, lahko zasebna iniciativa postane **instrument javnega cilja**: skrajševanje vrst, dvig produktivnosti, hitrejše uvajanje novih metod in boljša kakovost – ob tem pa ohranimo univerzalno dostopnost, ker storitev na koncu še vedno plača skupno zavarovanje. Vprašanje torej ni “javno ali zasebno”, temveč: **ali imamo pravila, ki zasebno energijo usmerijo v javni interes.**

Dvojna praksa zdravnikov kot sistemski ventil

Ena najbolj izpostavljenih in hkrati napačno razumljenih tem slovenskega zdravstva je t. i. **dvojna praksa zdravnikov**. V sedanjem sistemu predstavlja predvsem **ventil za razbremenitev pritiskov**, ne pa optimalno ali dolgoročno ureditev. Dvojno delo je v veliki meri posledica sistemskih neravnovesij: omejenih programov v javnem sektorju, togih plačnih in organizacijskih pravil ter nezmožnosti sistema, da bi pravočasno pretvoril razpoložljivo strokovno kapaciteto v dejansko opravljene storitve. Zdravniki ne iščejo dvojnega dela zato, ker bi si ga sistemsko želeli, temveč zato, ker javni sistem pogosto ne omogoča niti ustreznega strokovnega razvoja niti sorazmernega nagrajevanja dodatnega dela.

V tem kontekstu je dvojna praksa v Sloveniji **rešitev v sili**, ki preprečuje še hitrejši razpad dostopnosti. Omogoča, da del zdravstvene kapacitete, ki je v javnem sistemu blokirana zaradi administrativnih, finančnih ali organizacijskih omejitev, vendarle pride do pacientov – čeprav pogosto v samoplačniški obliki. Hkrati pa ta ureditev nosi očitna tveganja: konflikte interesov, erozijo zaupanja javnosti in občutek nepravčnosti, ko isti zdravnik dela v dveh svetovih z zelo različnimi čakalnimi dobami. Ta tveganja niso izmišljena in jih ni mogoče relativizirati – so realna posledica slabo urejenega sistema.

Ključno pa je naslednje: **dobro voden in funkcionalno povezan sistem javnega in zasebnega izvajanja bi potrebo po dvojni praksi bistveno zmanjšal**. Če bi javni sistem znal pravočasno kupovati storitve tam, kjer kapacitete obstajajo – tudi pri zasebnih izvajalcih – in če bi bilo dodatno delo znotraj javnega sistema ustrezno organizirano in plačano, bi se večina zdravnikov **naravno odločala za delo v enem okolju**. Del bi ostal v javnem sistemu zaradi strokovne širine, timskega dela in stabilnosti; del bi se odločil za zasebni sektor zaradi podjetniške svobode in specializacije. Dvojna praksa bi postala izjema, omejena na ozek krog vrhunskih specialistov ali prehodno obdobje, ne pa razširjen sistemski obliž.

Sedanja razprava pogosto postavlja lažno dilemo: ali dvojno prakso popolnoma prepovedati ali jo nekritično dopuščati. Obe skrajnosti sta napačni. Popolna prepoved bi v trenutnih razmerah zelo verjetno pospešila **odliv zdravnikov iz javnega sistema** – bodisi v čisto zasebništvu bodisi v tujino – in s tem neposredno poslabšala dostopnost. Popolna liberalizacija pa bi utrdila vtis, da javni sistem služi kot vhodni filter za zasebni trg. Pravo vprašanje zato ni, ali dvojna praksa da ali ne, temveč **zakaj jo sploh potrebujemo v takšnem obsegu**.

Dolgoročni cilj mora biti sistem, v katerem dvojna praksa ni več nujna za osnovno delovanje. To pomeni: jasno ločene in dobro financirane vloge javnega in zasebnega sektorja, pregledno pogodbeno sodelovanje med njima, fleksibilnejše upravljanje programov in realno nagrajevanje dodatnega dela tam, kjer je družbeno potrebno. V takšnem sistemu bi bila odločitev zdravnika za javni ali zasebni sektor predvsem **poklicna in življenjska izbira**, ne pa prisilni kompromis zaradi neučinkovitosti sistema.

Dvojna praksa je torej simptom, ne vzrok. Dokler se ukvarjamo zgolj z njenim omejevanjem ali dovoljevanjem, namesto z razlogi, zakaj je sploh potrebna, bomo ostali ujeti v začaran krog nezaupanja, improvizacij in političnih konfliktov. Če pa naslovimo temeljni problem – slabo upravljanje zdravstvenih kapacitet – bo tudi vprašanje dvojne prakse postopoma izgubilo svojo eksplozivnost in postalo obrobno strokovno vprašanje, ne osrednje politično bojišče.

Predlagani model za Slovenijo: upravljanje, javni in zasebni izvajalci, reforma ZZZS

Na podlagi vsega preučenega se izriše potreba po **celovitem novem modelu slovenskega zdravstva**, ki bi ohranil najboljše lastnosti dosedanjega sistema (solidarnost, univerzalnost) in odpravil največje slabosti (čakalne dobe, slabo upravljanje, pomanjkanje virov in motivacije). Predlagani model bi temeljil na nekaj ključnih stebrih:

1. Učinkovito upravljanje in vodenje: Namesto sedanje razpršenosti odločanja bi uvedli bolj odločno strateško vodenje. To pomeni **reformo ZZZS** v smeri **aktivnega kupca**

zdravstvenih storitev. ZZZS (oziroma morebitni naslednik ali več skladov) bi moral imeti jasno odgovornost: zagotavljanje pravočasnih in kakovostnih storitev za prispevek, ki ga pobere. Če tega ne dosega, morajo slediti spremembe – npr. sredstva se preusmerijo tja, kjer storitve so (kupovanje storitev pri zasebnikih ali v tujini, če domači javni ponudniki ne zmorejo). ZZZS bi moral postati bolj **prožen pri financiranju**: preiti z letnih programov na financiranje po dejanski realizaciji in potrebah. Prav tako digitalizirati nadzor nad čakalnimi seznammi in uvajati **mehanizme nagrajevanja**: več storitev in krajše vrste pri izvajalcu = več sredstev. Hkrati naj bo **transparentnost**: podatki o čakalnih dobah, izdatkih, kakovosti naj bodo javni in sproti analizirani, da lahko upravljavci ukrepajo. (v precejšnji meri že narejeno). Morda je smiselno celo premisliti o **uvajanju konkurence med zavarovalnicami** (podobno kot na Nizozemskem ali v Nemčiji), saj monopolni položaj ZZZS vodi v samozadostnost. Če bi imeli dva ali tri ponudnike obveznega zavarovanja, ki tekmujejo v učinkovitosti (ob istem zakonskem obsegu pravic), bi to lahko prineslo inovacije. A to je zahtevna reforma, ki terja previdnost (da se ne razbije solidarnosti). Kot minimum bi reformiran ZZZS moral dobiti **nov sistem upravljanja** – manj politike in interesnih skupin, več strokovnjakov za upravljanje zdravstva v vodstvu, z jasnimi cilji in merili uspeha.

2. Integracija javnih in zasebnih izvajalcev: Novi model bi **prenehal z ideološko delitvijo** izvajalcev na “javne” in “zasebne” sovražne tabore. Namesto tega bi uvedli načelo: *javno je tisto, kar je financirano iz javnih sredstev*, ne glede na lastništvo izvajalca. To pomeni, da **lahko zasebni izvajalci enakopravno sodelujejo** pri izvajanju javnega programa. Izboljšati je treba postopek podeljevanja koncesij (naj bo pregleden, na podlagi potreb, in z možnostjo razpisa – kjer se izbere najboljšega ponudnika za javno storitev). Poleg koncesij tudi **javni razpisi za določen obseg storitev**: npr. če neka regija potrebuje 1000 operacij kolena letno in javne bolnišnice lahko naredijo le 800, naj ZZZS razpiše dodatnih 200 posegov – in naj se prijavijo lahko tudi zasebne klinike ali tuje ustanove, ki to lahko opravijo za dogovorjeno ceno. S tem se bo **povečala dostopnost** in skrajšale vrste, konkurenca pa lahko spodbudi javne zavode k večji učinkovitosti (ker vidijo, da če sami ne opravijo, bo naredil nekdo drug in dobil plačilo). Seveda mora država postaviti močan **regulatorni okvir**: vsi izvajalci, ki delajo za javna sredstva, morajo izpolnjevati standarde kakovosti, poročati podatke in se podrežati nadzoru. Javni zavodi naj se osredotočijo na najbolj zahtevne in tvegane storitve (kjer zasebniki morda nimajo interesa, npr. urgentna medicina, intenziva, redke bolezni), zasebniki pa naj dopolnjujejo tam, kjer lahko (ambulantna dejavnost, elektivne operacije, rehabilitacija itd.). **Tekmovanje znotraj javnega sistema**: uvede se lahko primerjava med bolnišnicami, javnimi in koncesijskimi – in financiranje deloma glede na rezultate (npr. določen % plačil vezan na skrajševanje čakalnih dob, zadovoljstvo pacientov, uspešnost zdravljenja). Cilj je, da pacient **ne čuti razlike**, ali ga zdravi zdravnik v državni ali zasebni ustanovi – obe naj bosta dobro integrirani v nacionalni sistem, informacije naj tečejo (npr. skupni e-zdravstveni karton), plačilo pa pride iz ene blagajne.

3. Reforma košarice in pravic: Nova ureditev mora biti **iskrena glede košarice pravic**. Namesto fiktivno zagotovljenih storitev, ki jih ni možno dobiti pravočasno, naj se opredeli **jedrna košarica**, ki bo v celoti krita in dostopna brez odlašanja: sem sodijo nujna stanja,

zdravljenje življenjsko ogrožajočih bolezni, osnovna preventiva in zdravljenje pogostih obolenj. Za te stvari naj sistem jamči (tudi z zakonskimi roki, po danskem zgledu: v določenem času mora biti zagotovljena obravnava, sicer se financira alternativa). Kar pa presega zmogljivosti in financiranje, je treba bodisi **zagotoviti dodatne vire** bodisi odkrito povedati, da je omejitvev. Tukaj lahko nastopi dodatno zavarovanje ali samoplačništvo za npr. nadstandardne storitve. Predlagani model bi recimo lahko vključil **prostovoljno dodatno zavarovanje** za nadstandard (podobno kot v Avstriji ali Franciji), ki bi kril ugodnosti, ne pa osnovne dostopnosti. S tem se javna sredstva osredotočijo na osnovne pravice, ljudem pa je prepuščeno ali želijo plačati za hitrejši dostop za manj nujne zadeve – a paziti, da to ne izvotli javnega sistema. Z drugimi besedami: **definicija, kaj je “nujno” in “dopustna čakalna doba”** mora biti jasna in zavezujoča. Nihče ne bi smel npr. 2 leti čakati na novo koleno; če javne bolnišnice tega ne morejo storiti, se mora sprožiti mehanizem (plačilo zasebnika, tujine ali voucher pacientu). Tak model zahteva dovolj finančne podpore – zato morda tudi **postopno višanje prispevkov** ali proračunskih sredstev, vendar namenjeno ciljno za skrajševanje vrst.

4. Kadri in motivacija: Noben model ne bo uspešen brez vlaganja v zdravstvene delavce. Potrebna je **reforma plačnega sistema** za zdravnike in druge, ki bo omogočila stimulatивно nagrajevanje za dodatni obseg in kakovost. Javne ustanove morajo imeti prožnejše zaposlovanje, možnost hitrejšega nagrajevanja dobrih kadrov (da jih ne izgubijo). Predlagani model bi predvidel, da se **del javnega financiranja nameni za nagrade** timom, ki dosežejo nadpovprečne rezultate (npr. bolnišnica, ki v enem letu skrajša čakalno dobo za neko operacijo za polovico ob doseganju dobre kakovosti, prejme finančni “bonus” za zaposlene). Hkrati pa vzpostavitev **odgovornosti** – vodstva zavodov morajo odgovarjati za neučinkovitost; če se kljub dodatnim virom čakalne dobe ne krajšajo, je potrebna menjava vodstva ali reorganizacija oddelkov. Model mora omogočati **sodelovanje strokovnjakov**: več vključevanja zdravnikov in medicinskih sester v organizacijske odločitve, da se najdejo praktične rešitve (npr. boljše razporejanje operacijskih dvoran, uvajanje dnevnih kirurgij, itd.).

5. Reforma ZZZS (povzetek): ZZZS kot tak bi se moral **preobraziti v moderno zdravstveno blagajno**. To lahko vključuje spremembo pravnega statusa (morda javni zavod s korporativnim upravljanjem ali celo delniška družba v državni lasti, ki pa posluje z jasno pogodbo o rezultatih z državo). V upravnih organih naj bodo strokovnjaki za zavarovalništvo, zdravstvo, management, ne zgolj predstavniki interesov. Razmisliti velja o **ločitvi funkcij**: sedaj ZZZS upravlja tako denar kot informacijske sisteme in izvaja nadzore – morda bi bilo pregledneje, če bi se določene funkcije (npr. nadzor nad kvaliteto) prenesle na neodvisne agencije. ZZZS naj se ukvarja predvsem s **pogodbami za storitev** in skrbjo za finančno vzdržnost, medtem ko naj **Ministrstvo za zdravje** skrbi za načrtovanje mreže in investicije. Predlagani model bi moral jasno določiti, kdo je odgovoren za **rezultate zdravstva** – zdaj se odgovornost pogosto prelija med ministrstvom, ZZZS, zavodi in stroko. Nova struktura pa naj ima merljive cilje (npr. do leta X znižati povprečne čakalne dobe na Y dni; povišati 5-letno preživetje pri raku na raven EU povprečja; povečati zadovoljstvo uporabnikov na Z %). Brez merljivih ciljev in odgovornosti bo vsak model le črka na papirju.

Skratka, predlagani model za Slovenijo je **kombinacija preverjenih praks iz tujine in prilagoditev našim razmeram**: ohraniti solidarno obvezno zavarovanje za vse, a ga upravljati veliko bolj prožno in podjetno; dovoliti širšo vlogo zasebnih izvajalcev v javni mreži pod strogim nadzorom kakovosti; zagotoviti, da denar sledi pacientu (kdor čaka nedopustno dolgo, gre drugam in denar gre za njim); in investirati v kadre ter digitalizacijo za podporo tem spremembam. Tak model bi zahteval politični konsenz in nekaj let prehoda, a je nujen, če želimo iz začaranega kroga trenutnega stanja.

Scenarij B: trenutni politični trend razmejitve javnega in zasebnega sistema in njegove posledice

Ob koncu pa moramo osvetliti še **alternativni scenarij**, ki ni zgolj hipotetičen – kažejo se namreč tendence trenutne politike, ki gredo v smer **ostre razmejitve javnega in zasebnega**. Ta scenarij B predvideva, da bi politika uveljavila načelo: javni sistem naj bo popolnoma ločen in samozadosten, zasebni sistem pa naj bo povsem ločen in naj ne posega v javno financiranje. Na prvi pogled to zveni privlačno v smislu “očiščenja” – naj javni denar gre samo javnim zavodom, zasebniki pa naj delajo za samoplačnike ali dopolnilna zavarovanja; prav tako naj zdravniki izberejo, ali bodo javni uslužbenci ali zasebniki, ne oboje. **A kakšne bi bile posledice takšnega pristopa?**

Prvi učinek bi bil verjetno **odliv kadra iz javnega sistema**. Če bi zdravnikom in drugim strokovnjakom prepovedali vsako delo zunaj javnih ustanov (ali bistveno otežili), bi se mnogi, ki jih zdaj drži v javnem sektorju možnost dodatnega zaslužka ali svobode, odločili zapustiti bolnišnice in ambulate ter odpreti zasebne prakse. To bi **še poslabšalo pomanjkanje** zdravnikov v javnem zdravstvu – že danes nam npr. manjka družinskih zdravnikov, radiologov, anesteziologov. Če ni možnosti fleksibilnosti, bodo mlajši specialisti morda raje šli delat v tujino (Avstrijo, Nemčijo, Skandinavijo), kjer lahko zaslužijo več in imajo boljše pogoje. **Odpuščanje “dvoživk”** (kar je bil slogan nekaterih) se zdi kot kaznovanje zdravnikov, ki so si samo prizadevali izboljšati svoj položaj z delom. Izguba teh izkušenih kadrov bi javni sistem oslabil.

Druga posledica bi bila **razslojevanje in dvotirnost na polno**. Paradoksalno, če poskusiš strogo ločiti javno in zasebno, lahko dosežeš ravno to, česar si ne želiš: popolnoma ločen **dva vzporedna sistema** – en za bogate, en za revne. Javni sistem, obremenjen z odhodom kadrov in brez sodelovanja zasebnikov, bi se lahko znašel v še večjih težavah: daljše vrste, manj inovacij, odhodi bolnikov v tujino. Tisti, ki imajo denar, pa bi si uredili zavarovanja pri zasebnih ponudnikih ali bi plačevali neposredno zasebne zdravnike v Sloveniji in tujini. Tako bi nastal **dvojni sistem zavarovanj**: obvezno javno zavarovanje (ki bi sicer še vedno pokrivalo osnovno, a s slabšo dostopnostjo) in **dodatno zasebno zavarovanje** za tiste, ki si želijo višjega standarda ali hitrega dostopa. Že zdaj v nekaterih sferah opažamo zametke tega – podjetja za svoje menedžerje plačujejo dodatna zavarovanja za hiter dostop v zasebnih klinikah, ipd. Če javni sistem ne bo zmožek konkurirati, bo to vedno bolj nuja za

srednji in višji razred, kar pa pomeni, da javni sistem izgublja podporo in lahko zapade v spiralo slabšanja.

Dvojna zavarovanja so realna nevarnost: predstavljajmo si, da se v Sloveniji ustanovi nekaj zasebnih bolnišnic, ki ponudijo naročniške pakete ali zavarovanja za posege brez čakanja. Premožni sloji bodo plačevali najprej obvezno (za “ostalih 90% ljudi”) in še svoje zasebno zavarovanje zase. Sčasoma se bodo vprašali, zakaj sploh financirati obvezno sistem v taki meri, če ga ne uporabljajo – politična volja za financiranje javnega zdravstva lahko upade, kar vodi v **podhranjenost sistema za najranljivejše**.

Trenutni trend, ki smo mu priča, recimo **omejevanje dela koncesionarjev** (vlada je z uredbo 2025 omejila, koliko posegov lahko koncesionarji opravijo – tudi če imajo kapacitete – le do dvakratnika programa, prej so lahko več)[31], ima že konkretne posledice: **daljšanje čakalnih dob**. Kot je opozoril pediatrični kardiolog dr. Samo Vesel, bo tak ukrep “*stotinam čakajočih na ortopedske posege podaril dodatne mesece ali leta čakanja*”[32][33]. Z drugimi besedami, odstranili so najučinkovitejši del javne mreže (koncesionarje, ki so opravljali več operacij kot javni zavodi) iz enačbe in niso zagotovili zamenjave – rezultat je samo manj opravljenih operacij in daljše vrste. Zakaj? Iz **ideološke motivacije**, da se zaščiti javne bolnišnice pred “konkurenco”[34]. Podobno, poskusi **prepovedati popoldansko delo zdravnikov** so bili predstavljeni kot krepitev javnega sektorja, a v resnici, če bi uspeli, bi vodili do odhoda zdravnikov v celoti ven iz javnega sektorja, kar ne koristi nikomur.

Scenarij B torej vodi v **oslabitev javnega sistema** in razmah čistega zasebnitva za bogate. **Odliv kadra**: najbolj ambiciozni in podjetni zdravniki bi verjetno izkoristili priložnost in odprli svoje ambulante ali klinike (ali odšli v tujino), kjer bi ob bogatih samoplačnikih imeli boljše plače in pogoje. **Razslojevanje**: javne ustanove bi ostale z manj kadra in verjetno tudi manj podpore. Politika bi sicer lahko poskušala kompenzirati s povečanjem plač v javnem sistemu, a če hkrati duši vsakršno zasebno pobudo, ostanemo pri togosti in neučinkovitosti.

Končni rezultat takšnega trenda bi bil, kot opozarjajo nekateri, “**amerikanizacija**” zdravstva po najslabšem scenariju: javno zdravstvo kot nedofinancirana mreža za revne z minimalnim naborom storitev in dolgimi vrstami, ob boku pa luksuzna ponudba za tiste z denarjem. To pa je ravno tisto, kar naj bi zagovorniki javnega zdravstva preprečili – a z neracionalnimi potezami (prepovedi, omejitve) bi to nehote pospešili. Že sedaj vidimo jezo in razočaranje med ljudmi: ko slišijo, da vlada omejuje delo koncesionarjev ali da bi prepovedali popoldansko delo, v resnici pacienti ne dobijo nič boljšega – kvečjemu slabše, saj se čakalne vrste **še podaljšajo** in več ljudi je prisiljenih plačati iz lastnega žepa ali ostati neobravnavanih[35].

V scenariju B bi torej javni sektor lahko postal **žrtev lastne zaprtosti**. Namesto da bi sodeloval z zasebniki in skupaj nudil več, bi se izoliral in krčil. Kakovostni kadri bi bežali ven (tako kot v 90. letih, ko je veliko naših zdravnikov odšlo v tujino zaradi boljših pogojev). Družbeni konsenz za podporo javnemu zdravstvu bi upadel, ker srednji razred ne bo videl vrednosti v sistemu, ki ga ne servisira več dobro. In končno, najbolj bi trpeli **socialno**

šibkejši in kronični bolniki, ki si ne morejo kupiti izhoda. To je družbena posledica, ki jo moramo imeti pred očmi, ko razpravljamo o reformah.

Seveda zagovorniki strogega ločevanja javno-zasebno trdijo, da želijo “očistiti” javni sistem, da bo ves denar ostal zanj in da bodo potem javne storitve boljše. A praksa (kot recimo najnovejši podatki o čakalnih dobah v ortopediji) kaže nasprotno: če odženeš dodatne izvajalce, ne pomeni, da bo javni čudežno naredil več – prej manj[36]. Če prepoveš dvojno prakso, ne pomeni, da bo zdravnik 100 % svoje energije prelil v javni sektor – možno je, da ga bo zapustil. Rešitve torej niso v uničevanju sodelovanja, temveč v **pametnem upravljanju sodelovanja**. Scenarij B je svarilo, da lahko z napačno usmerjenimi potezami **dejansko pospešimo to, čemur se želimo izogniti**: zdravstveni sistem, ki ni enoten in solidaren, ampak razslojen in nepravičen.

Zaključek: ni več vprašanje zdravstva, ampak družbe, ki jo želimo

Ko razpravljamo o prihodnosti slovenskega zdravstvenega sistema, v resnici razpravljamo o tem, **kakšno družbo si želimo biti**. Zdravstvo ni izoliran sektor – odraža naše vrednote, solidarnost, stopnjo razvitosti in medsebojnega zaupanja. Dolge čakalne vrste, skrivanje težav in prerekanje med “javnim” in “zasebnim” niso zgolj tehnični problemi, ampak simptomi družbenih odločitev in prioritet.

Moramo se vprašati: ali želimo družbo, v kateri bo kakovostna zdravstvena oskrba **privilegij le nekaterih**, medtem ko bodo drugi prepuščeni upanju in čakanju? Verjetno ne. Slovenci se radi pohvalimo z dosežki, kot so visoka pričakovana življenjska doba, nizka dojenčka smrtnost, široka dostopnost osnovnega zdravstva – to so plodovi preteklih desetletij vlaganj v javno zdravstvo. A če želimo, da bo tudi v prihodnje zdravstveni sistem pravično skrbel za vse, moramo sprejeti, da **brez sprememb ne bo šlo**. Pretvarjanje, da je vse v redu, ko pa očitno ni, je nevarno. Ogroža zaupanje ljudi v temeljno družbeno pogodbo. Ko ljudje izgubijo zaupanje, da bodo v stiski deležni pomoči, se družba začne drobiti – vznikajo zasebne rešitve, “zrihtaj si po svoje”, in na koncu razslojitev, ki ruši solidarnostni temelj.

Zato zaključujem: zdaj ni več vprašanje le konkretnih ukrepov v zdravstvu, ampak vprašanje, ali smo kot družba pripravljeni **postaviti zdravje ljudi za resnično prioriteto**. To pomeni finančno (več vlagati pametno, ker zdravje ni strošek, temveč investicija v človeški kapital), organizacijsko (prelomiti z zastarelimi praksami in preizkusiti nove modele, tudi če so politično občutljivi) in kulturno (spoštovati zdravstvene delavce, a hkrati terjati odgovornost; biti odprti za inovacije, a tudi ohraniti sočutje in humanost v oskrbi).

Slovenski zdravstveni sistem lahko znova deluje – ne z eno čudežno rešitvijo, ampak s kombinacijo ukrepov, ki smo jih orisali: izboljšano upravljanje, vključevanje vseh resursov (javnih in zasebnih) v skupno dobro, poštena in vzdržna ureditev financiranja ter osredotočenost na pacienta. Pomembno je, da se zavedamo, da **čas igra proti nam**: vsako

leto odlašanja prinaša daljše vrste, več razočaranih mladih zdravnikov, ki odidejo, in več bolnikov, ki izgubijo zaupanje.

Odgovor na vprašanje, kakšno družbo želimo, se torej odraža v zdravstvu: če želimo solidarno, pravično in učinkovito družbo, moramo zgraditi takšen tudi zdravstveni sistem. To ni ne levo ne desno politično vprašanje, ampak skupen interes. Ko zbolimo, postanemo vsi enako ranljivi in enako odvisni od dobro delujočega zdravstvenega sistema.

Ta zapis je nastal iz moje potrebe po bolj treznem in celostnem razmisleku o slovenskem zdravstvenem sistemu, onkraj vsakodnevnih političnih polemik, parcialnih interesov in poenostavljenih rešitev. Njegov namen ni ponuditi dokončnih odgovorov, temveč odpreti prostor za razpravo, ki temelji na primerjavah, dejstvih in razumevanju spodbud, ki jih sistemi ustvarjajo za ljudi in institucije. Z njim želim prispevati k razumevanju, zakaj določene ureditve delujejo bolje od drugih in zakaj zgolj več denarja ali strožja pravila sama po sebi ne prinesejo boljših rezultatov. Zapis temelji na javno dostopnih virih, primerjalnih podatkih z interneta ter analitični podpora orodja ChatGPT, ki je služilo kot pomoč pri strukturiranju, preverjanju primerjav in oblikovanju argumentov, ne pa kot nadomestilo za lastno presojo.