



Mag. Marko Bitenc *kirurg*



Kot ovce v ogradi s psi
in kakšnim volkom

A

Nina Knavs

FOTOGRAFIJA
Tomaž Skale

S. MAG. MARKO BITENC JE TIK PRED POGOVOROM V BOLNIŠNICI GOLNIK, kjer deluje preko koncesije, operiral bolnika s pljučnim rakom. »Nikoli točno ne vemo, koliko časa bo operacija trajala. Delamo, dokler je treba, da operiramo vse, ki so bili ta dan predvideni. Pa četudi je to cel dan,« se nasmehe in že izpostavi razliko v primerjavi z delom v javnih zavodih. Sam pozna obe plati, saj je bil kot torkalni kirurg sprva zaposlen v ljubljanskem kliničnem centru, med zasebnike pa je odšel pred osmimi leti.

Zadnji meseci so vzbudili v javnosti občutek, da je korupcija glavni, če ne celo edini večji problem zdravstva. Koliko to drži glede na vaše izkušnje?

Problem korupcije v zdravstvu je ravno tolikšen, kolikor je korupcija problem celotne slovenske družbe. Zagotovo ni glavni problem zdravstva, poleg tega je zgolj simptom bolezni – dokler ne odpravimo vzrokov zanjo, bo vztrajala. Sporne so na primer donacije javnim zavodom. Vsaka donacija je posredni znak preplačil, saj pomeni, da je prodajalec dosegel dovolj visoko ceno, da lahko pod svojimi pogoji deli denar. Če bi kupec dosegel najnižjo možno ceno, se dobavitelji za donacije ne bi odločali, saj bi se z njimi potopili.

Predstojnik ortopedije v UKC Ljubljana dr. Vane Antolič, ki je bil med pridržanimi v preiskavi Nacionalnega preiskovalnega urada, je donacije prek društva zbiral zato, da je lahko financiral razvoj klinike. Očitno ni zaupal, da mu bo UKC Ljubljana omogočil investiranje prihrankov. Normalno bi bilo, da bi pri nabavi kolčnih protez dosegli tako nizko ceno, da dobavitelju doniranje ne bi prišlo na misel, vodstvo bolnišnice pa bi prihranke prepustilo v upravljanje kliniki.

Sami ste v UKC Ljubljana sodelovali v preiskavi matere vseh afer v zdravstvu, nabave operacijskih miz. Kaj menite o tem, da ni dočakala sodnega epiloga?

Ko sem začel kot koncesionar, sem dobil potrditev, da je mogoče opremo kupiti bistveno ceneje. Sam sem Maquetovo mizo kupil za 40 odstotkov nižjo ceno, kot jo je dobavitelj postavil UKC Ljubljana. Aferi ni takrat nihče prišel do dna, a dovolj bi bilo že, če bi se vodstvo bolnišnice poglobilo v cene, ki so v veljavi v sosednjih državah.

Koliko pa vas stane servisiranje teh miz? V UKC Ljubljana so podpisali pogodbo, po kateri enoletno vzdrževanje stane okoli 6000 evrov na mizo.

Sam sploh nimam rednih stroškov servisiranja in za to ne plačujem nobenih pavšalnih zneskov. Serviserja pokličem le, kadar se kaj pokvari.

Večkrat ste že povedali, da pri naročanju materiala in opreme za vas šteje le cena. Ali to ne pomeni v nekaterih primerih slabše kakovosti?

Težko bi rekli, da se s škodo octavia peljete kaj slabše kot z mercedesom razreda E, čeprav je slednji nekajkrat dražji. Moje osnovno izhodišče je, da je vse, kar je registrirano na tržišču v EU, dovolj kakovostno. Pomembna je zlasti cena. Z zastopniki proizvajalcev zato ne komuniciram osebno, čeprav mi večkrat poskušajo predstaviti izdelke. Tako delam že osmo leto zapored in z materiali, ki jih kupim, nikoli ni bilo nobenih težav.

V Evropi pa je na delu splošno nezaupanje v dobro gospodarjenje državnih ustanov, zato si je bilo treba izmisliti javne razpise. Že njihova priprava in vodenje staneta veliko, poleg tega očitno ne dosegajo svojega osnovnega cilja, transparentnega nakupa po ugodni ceni. Menim, da bi bilo bolje tudi v javnih bolnišnicah omejiti stike med neposrednimi uporabniki in dobavitelji, ki poskušajo tržiti izdelke. V dobi interneta, ko je mogoče takoj priti do potrebnih podatkov, res ni potrebe po kakšni široki komunikaciji.

Moje izhodišče je tudi, da imam materiala na zalogi za največ tri do štiri dni. Da imajo primerne zaloge in da mi v tej majhni Sloveniji zagotovijo dobavo izdelkov v nekaj urah, pričakujem od dobaviteljev. To ugodno vpliva na likvidnost, saj se izognem vezavi sredstev v veliki količini materiala v skladišču.

Koliko pa koncesionarji občutite varčevalne ukrepe zdravstvene blagajne?

Tudi za nas veljajo zamiki pri plačilih in nižanja priznanih cen storitev. Z dobavitelji sem se dogovoril za podaljšanje plačilnih rokov, in zamude pri plačilih za zdaj razumevajoče sprejemajo. Če bi bili pri tem manj elastični, bi to zame kaj hitro pomenilo težave z likvidnostjo, saj koncesionarji ne moremo računati na finančne injekcije ustanovitelja, ki je v primeru javnih bolnišnic država. Koncesionarji smo tako bolj ranljivi. Poleg tega moramo sami vlagati v opremo in prostore oziroma moramo zanje plačati.

Koliko denarja od sodelovanja z vami dobi klinika Golnik?

Golnik ima zaradi sodelovanja z menoj boljše izkoriščenost rentgena, patohistološkega in drugih laboratorijev, CT-aparata... Poleg tega plačujem tudi najemnino. Bolnišnica dobi na ta račun okoli 350.000 do 400.000 evrov letno. Ob sedanjem načinu sodelovanja pri kirurški dejavnosti znotraj bolnišnice klinika nikakor ne more ustvarjati negativnega finančnega rezultata.

Še pomembnejši pa je strokovni element sodelovanja. Na Golniku kot centralni pulmološki ustanovi pred mojim prihodom ni bilo kirurga. Zdaj vseskozi sodelujem s pulmologi in internisti onkologi, tako pri diagnostiki kot pri zdravljenju. Okoli 70 odstotkov bolnikov s pljučnim rakom gre skozi diagnostične postopke na Golniku in v isti bolnišnici se lahko tudi zdravijo. Stroka se tako organizira okoli bolnika. V UKC Ljubljana je torakalna kirurgija, ki zajema tudi te operacije, na primer del kirurške klinike.

Preživetje bolnikov s pljučnim rakom se počasi zvišuje. Koliko je k temu prispevala kirurgija?

Žal še vedno narašča obolevnost za tem rakom. Edino uspešno zdravljenje je kirurško, ki pa pride v poštev le pri desetih do dvanajstih odstotkih bolnikov. Večina dobi diagnozo v stadiju, ko je bolezen že tako napredovala, da je zgolj zazdravljiva, in bolniku omogočimo daljše preživetje. Pri operacijah je napredek prinesla torakoskopska tehnika, s katero lahko tumorje s pomočjo kamere operiramo brez odpiranja prsnega koša. Največji napredek pri zdravljenju pa je prinesel razvoj kemoterapije, s katero se rak včasih tako zmanjša, da ga je mogoče operirati, in bioloških zdravil.

Kako bi lahko tega raka odkrivali bolj zgodaj?

Dovolj hitro ga odkrijemo pri tistih bolnikih, ki gredo na kako drugo operacijo, pa jim pri slikanju na pljučih slučajno odkrijejo majhno spremembo. Ta bolezen je zelo zahrbtna. Ko začne povzročati težave, je za operacijo največkrat že prepozno. Napredek si lahko obetamo z razvojem metod presejanja za raka v rizičnih skupinah, torej pri genetsko obremenjenih in še posebej kadilcih. Gre za isti princip kot pri presejanju za raka dojke ali raka debelega črevesa, ki v Sloveniji že delujeta.

Bolniki in njihovi svojci opozarjajo tudi na dolgo čakanje na diagnozo, ko so enkrat že prišli k zdravniku.

Edino ozko grlo je trenutno preiskava s PET CT. V Sloveniji sta samo dve takšni napravi, na Onkološkem inštitutu in v ljubljanskem kliničnem centru. Brez te preiskave ni mogoče določiti, ali je bolezen omejena in operabilna, bolniki pa nanjo čakajo tudi po več kot mesec dni. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) tem preiskavam namreč nameni premalo denarja.

Pljučnega raka pa je skoraj v celoti mogoče pripisati kajenju. Na Danskem, kamor sem si šel pred dnevi ogledat operacije s kamero, sem videl, da zavojček cigaret stane sedem evrov, pri nas pa so cigarete smešno poceni. Ob tem smo pa zelo hinavska družba, saj vlada tudi iz teh nizkih trošarin financira sanacijo bančnega sistema. Tobačne izdelke bi bilo treba podražiti, da bi bilo kajenja manj, trošarine pa nameniti diagnostiki oziroma zdravljenju pljučnega raka.

Se čakanja na diagnozo ne bi dalo odpraviti že z boljšo organizacijo?

Ne, tako kot težav zdravstva ne bo mogoče rešiti zgolj z omejevanjem korupcije. Ključni problem je danes finančni. Kot edina tranzicijska država nam je doslej uspelo zdržati z relativno stabilnim financiranjem tega sistema. Lagali bi, če bi rekli, da rezerv v organizaciji ni. A če stroj goniš na meji funkcionalne rezerve, je možnost dekompenzacije bistveno večja, kot pa če delaš s petino rezerve. Finančni minister Uroš Čufer šteje zmanjšanje stroškov NLB za en odstotek za uspeh, javno zdravstvo pa se je v štirih letih racionaliziralo za 30 odstotkov! Da bi ga odmaknili od delovanja na robu, bi potrebovali zanemarljivo malo denarja, okoli 100 milijonov evrov. Toliko bi potrebovali, da bi lahko vzdrževali z razvitimi državami primerljiv zdravstveni sistem.

Reforma zavarovanja oziroma financiranja je z odhodom ministra za zdravje Tomaža Gantarja do nadaljnjega padla v vodo, koalicija pa je lani pokazala tudi, da se težko dogovori celo glede minimalnih interventnih ukrepov za zdravstvo. Kje bi vi poiskali manjkajoče milijone?

Izvirni greh je bil storjen ob vstopanju v Evropsko unijo, ko se je država odločila, da bo za potrošni material v zdravstvu in zdravila uvedla DDV. S tem je iz zdravstva odvedla več deset milijonov evrov na letni ravni, kar se v časih blagostanja ni toliko poznalo, zdaj pa se. Vmes so se prispevne stopnje še povišale, tako da državni proračun z vsako predpisano tabletko dobi 9,5-odstotni DDV, od žilne opornice pa 22 odstotkov. Že če bi za zdravila in potrošni material v zdravstvu uvedli ničelni DDV, za kar se je že odločil del evropskih držav, bi prihranili okoli 150 milijonov evrov. Tako ne bi bilo treba v dvigovanje prispevne

Finančni minister Uroš Čufer šteje zmanjšanje stroškov NLB za en odstotek za uspeh, javno zdravstvo pa se je v štirih letih racionaliziralo za 30 odstotkov!

stopnje in dodatno obremenjevanje gospodarstva, težave, ki izvirajo iz finančne stiske, pa bi bile čez noč urejene.

Spremembe zakonodaje bi bile seveda prav tako smiselne, a po mojem niso tako zelo nujne. Zdravstvo vidim kot živ organizem, ki bi moral biti neprestano v reformi. Slovenska družba očitno ni dovolj zrela za večje zakonske spremembe, saj je zdravstveno politiko še vedno mogoče izkoriščati kot bokarski ring za kratkoročno nabiranje političnih točk. Skoraj prepričan sem, da tudi spreminjanje temeljne zakonodaje z naslednjim ministrom ne bo nikamor pripeljalo, saj ga bodo že v koalicijskem usklajevanju posamezniki in stranke izkoristili za samopromocijo. Zakonodaja, ki jo imamo, pa ni tako slaba in lahko bi na njej gradili reformo.

Kaj bi bilo mogoče takoj spremeniti?

V svete zavodov bi bilo treba imenovati kompetentne strokovnjake namesto »zaslužnih« članov političnih strank, direktorje bolnišnic pa bolje plačati in hkrati zaostri njihovo odgovornost. Že zdaj imajo precej pooblastil, ki pa si jih ne upajo izvajati, prav tako se bojijo izpostavljati pred politiko.

ZZZS bi moral postati prava zavarovalnica. Zdaj zgolj razporeja svoje prihodke, denarja pa niti ne zbira sam. V velikem delu financira obstoječe zmogljivosti, le v manjšem delu pa kot zavarovalnica kupuje storitve, ki jih zavarovanci potrebujejo. Če bi kupovali vse storitve, namesto da financirajo zmogljivosti javne zdravstvene službe, bi zavarovanci vedeli, za kaj plačujejo, izvajalci pa, kaj prodajajo.

Poleg tega je zdravstvo tipična storitvena dejavnost, ki jo težko organiziraš na podlagi urnika od sedmih zjutraj do treh popoldne. Če se prvi poseg slučajno zavleče do štirinajste ure, tisti dan pa bi morali opraviti dva, bodo v javnem zavodu drugega prestavili. Izvirni greh je po mojem mnenju izključno delovnopравни status javnega uslužbenca v zdravstvenih zavodih. Kljub temu da politika govori o reformah, ki bi prinesle večjo fleksibilnosti trga delovne sile, pri zdravnikih in drugih zdravstvenih strokovnjakih vsi ohranjajo najrigidnejši in najmanj produktiven model. Kot koncesionar sem sicer financiran po enakem ključu kot UKC Ljubljana ali izolska

bolnišnica, a je moj zaslužek in zaslužek mojih sodelavcev odvisen od količine opravljenega dela. Zdravniki v okviru te koncesije tako niso plačani glede na ure prisotnosti, ampak glede na delo, ki ga opravijo.

Prek razpisa ZZZS ste dobili del programa operacij, na katerega so računale bolnišnice. V nasprotju z njimi pa takrat niste imeli zaposlenih. Ker so pri vas popoldansko delali zdravniki, zaposleni v javnih zavodih, vam ni bilo treba financirati njihovega dopusta, izobraževanja, zavarovanja... Bolnišnice so zaradi tega pri ponujanju svojih storitev ZZZS avtomatično v slabšem položaju.

Od takrat se je en zdravnik pri meni zaposlil za polovični delovni čas, saj je dal v bolnišnici Valdoltra polovično odpoved, pri meni delata tudi dva zdravnika, ki sta dala odpoved v UKC Ljubljana, zaposlil sem tri mlade zdravnike, enega pa imam na kroženju. Zdravniki, ki so zaposleni v javnih zavodih in delajo tudi v okviru moje koncesije, imajo soglasje svojega delodajalca.

Strinjam pa se, da bi morali tisti, ki so sposobni delati na več mestih, zapustiti status javnega uslužbenca. Pri meni na primer dela vrhunski jetrni kirurg, primarij Dragoje Stanisavljevič. Če bi zapustil UKC Ljubljana, bi se transplantacije jeter ustavile, a če bi takšni vrhunski zdravniki prevzeli svobodni status, bi jih tudi bolnišnica plačevala glede na opravljeno delo. Zdravnik bi se s tem odrekel plusom statusa javnega uslužbenca, kot so dopust in izobraževanja, hkrati pa bi še naprej lahko delal v veliki bolnišnici.

Na Nizozemskem je svobodnih specialistov 60 odstotkov, v povprečju pa jih je v evropskih državah desetina do petina. V Sloveniji na koncesionarje stalno letijo očitki, češ da zato, ker nimajo zaposlenih za nedoločen čas, ne izpolnjujejo kadrovskih pogojev za delo. Vsi govorijo o tem, da bi bilo treba povečati fleksibilnost trga delovne sile, v zdravstvu pa bi želeli zabetonirati sedanje stanje.

Glede na dosedanje ankete so bolniki s koncesionarji bolj kot z javnimi zavodi zadovoljni pri sprejemu in v drugih točkah zdravljenja, kjer šteje odnos. V čem se vaš današnji pristop razlikuje od načina dela v UKC Ljubljana ali kakšnem drugem javnem

zavodu?

Kako točno je danes v bolnišnicah, ne vem, lahko pa povem, kako delamo pri nas. Bolnike naročamo na uro, ki se je čim bolj držimo. Čakalnice so tako vedno prazne. Datum za operacijo bolniki dobijo takoj, ko se izkaže, da jo potrebujejo, ambulantno pa jih obravnavam tako, da jih lahko v bolnišnico sprejemem na dan operacije in so tega dne vsi tudi operirani. Ko sem bil še zdravnik v javnem zavodu, me je frustriralo že omenjeno prelaganje operacij, kadar se je predhodna zavlekla. Poleg tega ni bilo nujno, da sem bolnika, ki sem ga obravnaval v ambulantni, kasneje tudi operiral in obratno. Velika prednost sedanjega način dela je, da bolnika obravnavam od prvega ambulantnega pregleda pa do odpusta. Tako zdravnik bolnika najbolje spozna in kakovost dela je boljša. Menim, da bi lahko tudi v javnih zavodih delali tako, da bi se sistem organiziral okoli bolnika, a inercija je huda težava.

Pogost očitke koncesionarjem je, da kopičite lažje primere in da drago kooperativno nego radi prepustite javnim zavodom.

Takšne ocene so zavajajoče in nizkotne. Sam nisem na terciarno raven zaradi zapleta premestil nobenega svojega bolnika. Menim namreč, da sam bolnika najbolje poznam in tako tudi najlažje rešujem zaplete, do katerih pride v moji oskrbi. Prav tako nisem odklonil nobenega težjega bolnika.

Kot zasebnik moram kvečjemu še bolj paziti, da delam kakovostno, saj sem odvisen od bolnikov, ki se odločijo za obravnavo pri meni. Dokler sem bil zaposlen v kliničnem centru, sem bil enako plačan ne glede na to, koliko bolnikov sem tisti mesec operiral in kako sem jih operiral. Na kliniki za torakalno kirurgijo, kjer sem delal, je bilo sicer le pet zdravnikov in je bilo delo zato precej enakomerno razporejeno, želel pa sem si operirati več, kot so mi omogočili. Na drugih, večjih klinikah pa je bilo takrat tudi precej zdravnikov, ki so opravili zelo majhno število posegov glede na povprečje. V nekaterih primerih so zdravnike za posege predstojniki redkeje določili tudi zato, ker dela niso opravljali dovolj dobro. V takšnih razmerah nekateri delajo ogromno, drugi malo, plačani pa so oboji enako.

Mnogi dobri zdravniki so zato zagrenjeni, kar ni dobra popotnica za opravljanje poklica. Medicinsko fakulteto zaključijo mladi, ki so med najbolj nadarjenimi in delovnimi državljani, a se potem ujamejo v togem javnem sektorju. So kot ovce v ogradi z ovčarskimi psi in sem ter tja kakšnim volkom. Večina se privadi in se še sama pogrezne v inercijo, le redki si upajo tvegati in preskoči-

jo ograjo. Tako se v Sloveniji delamo norca iz potenciala pri mladih.

Mlajši zdravniki se v zadnjem času združujejo v novih organizacijah, pobudah in sindikatih. So se jim tradicionalne organizacije, na primer zdravniška zbornica, ki ste jo pred časom tudi sami vodili, odtujile?

Dejstvo, da se večje skupine zdravnikov na novo organizirajo znotraj civilne družbe, napotuje na to, da bi se morale obstoječe zdravniške organizacije zamisliti. Te organizacije imajo tradicijo, materialno in zakonsko podstat, a se mnogi v njih očitno ne vidijo. Pri novejših organizacijah in skupinah pa opažam, da ne znajo prav dobro artikulirati, kaj bi rade dosegle. Kot problem nekateri omenjajo koncesionarje, čeprav je do največjih anomalij prihajalo v državnem delu javnega zdravstva in so spremembe potrebne predvsem v tem delu.

Nekdanja predsednica zdravniške zbornice Gordana Živčec Kalan je bila v teh dneh obsojena na pogojno zaporno kazen. Je burno dogajanje v njenem mandatu tudi dolgoročno vplivalo na vzdušje v zbornici in odnos javnosti do zdravništva?

Tako članstvo kot širša javnost predsednika zbornice vidi kot glasnika zdravništva. Če se iz tedna v teden medijsko pojavlja v temni luči, je to tudi v nadaljevanju težko popraviti. Kljub vsemu pa mislim, da problemi v zdravstvu odsevajo splošno vzdušje v državi – pogledimo si samo Luko Koper ali TEŠ. Vzorci delovanja so isti, a je v primeru zdravstva to posebej boleče. Ker za nas skrbi, ko smo najbolj ranljivi, od njega pričakujemo brezmadežnost.

Bolniki pa zdravnikom hkrati vse bolj gledajo pod prste. Na spletu primerjajo celo vidnost brazgotin po operacijah ščitnice, ki jih opravljate tudi pri vas. Raje zdravite bolnike, ki pridejo podprti s kupom informacij, ali tiste, ki se prepustijo vaši presoji?

Razburijo me napačne informacije, da je mogoče raka zdraviti z bioenergijo, rastlinami, aromaterapijo in drugimi alternativnimi metodami. Dokler ljudje, ki se s tem ukvarjajo, bolnikov ne odvrčajo od zdravljenja, te metode sicer sprejemam. Tisti, ki hudo bolne odvrnejo od medicine, pa so po moji oceni kriminalci. V Sloveniji smo že imeli bolnike z rakom pljuč, ki so zaradi zanašanja na zdravilce zamudili fazo, ko bi bila operacija še možna in bolezen ozdravljiva.

Sicer pa sem zelo vesel, ko se bolnik zanima za zdravljenje. Najbolj se bojim tistih, ki jim poskušam kaj razložiti, pa mi takoj odvrnejo, naj kar naredimo, kot je prav. Tako kot ima zdravnik dolžnost, da bolnika seznani s potekom bolezni, zdravljenjem in možnimi

zapleti, ima tudi bolnik pravico in dolžnost, da se o tem pouči in soodloča, kadar je to mogoče. Bolezen je njegova, ne moja.

V svete zavodov bi bilo treba imenovati kompetentne strokovnjake namesto »zaslužnih« članov političnih strank, direktorje bolnišnic pa bolje plačati in hkrati zaostriti njihovo odgovornost.