

Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

VÝVOJ PRIVATIZACE VE ZDRAVOTNICTVÍ V PRVÉM
OBDOBÍ PLATNOSTI ZÁKONA č.160/1992 Sb.
V OKRESE OLOMOUC

říjen, listopad 1993

MUDr.Vladimír Jukl

O B S A H

1. Úvod
2. Demografický přehled
3. Vývoj legislativy
4. Soubor údajů
5. Skutečnosti ze souboru informací
vyplyvající
6. Privatizace dle zákona č. 2/1991
Sb. ("Velké privatizace")
7. Závěrečný souhrn

1. Úvod

Privatizace českého zdravotnictví je velmi složitý a dlouhodobý proces.

Pod pojmem privatizace je třeba chápat jednak odstátnění zdravotnictví - tedy i vznik obecních zdravotnických zařízení, jednak tzv. privatizaci činnosti, kdy v dosavadních státních zařízeních si lékaři pronajímají prostory a vybavení a pracují jako privátní subjekty, a vlastní "privatizaci", t.j. převod státního majetku do vlastnictví jiných subjektů podle zákona č. 92/1991 Sb. ve znění pozdějších úprav.

Základem všech těchto změn bylo usnesení vlády ČR č. 339/1990 z prosince 1990, které rozhodlo o změnách v organizaci zdravotnictví.

Součástí této transformace byl přechod z rozpočtové-ho systému hospodaření na formu příspěvkových organizací.

Tím se vytvořily i základní podmínky pro privatizaci, jak bude uvedeno dále.

Účelem všech těchto kroků je vytvoření pružného systému zdravotní péče bez rigidního státního řízení.

Záměrem této práce je rozbor procesu privatizace od 15.4.1992, kdy vstoupil v platnost zákon, umožňující vznik nestátních zdravotnických zařízení. Když jsem se rozhodl pro toto téma, vycházel jsem z různých předpokladů, z nichž nejméně jeden se ukázal jako mylný. Jako naprosto iluzorní se ukázala představa, že v uvažovaném období bude docházet i k realizaci privatizačních projektů dle zákona č. 92/1991 Sb.. Vzhledem k tomu, že realizace tzv. velké privatizace se jeví jako vzdálená i pro rok 1994, bude hlavním obsahem mého sledování rozvoj privátních činností spíše jednotlivců.

Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Jako vedoucímu referátu zdravotnictví okresního úřadu mi připadla úloha rozhodovat o registracích - čili spíše nezaujatého pozorovatele a snažil jsem se z tohoto hlediska k věci přistupovat.

2. Demografický přehled

Úvodem několik základních údajů organizačních a demografických, které mají umožnit orientaci v poněkud atypické situaci okresu Olomouc.

Celkový počet obyvatelstva okresu k 31.12.1992 je 225 707, což řadí tento okres mezi největší v české republice. Z tohoto počtu je 144 973 obyvatel měst. Největší část městského obyvatelstva žije ve statutárním městě Olomouci - 107 144 obyvatel, ostatní města okresu jsou bývalá okresní města, Šternberk -14 890 obyvatel, Litovel -- 10 107 obyvatel a město Uničov, které za svých 12 832 obyvatel vděčí rozvoji strojírenského průmyslu v minulých desetiletích.

Z výše uvedených údajů lze odvodit i atypický, asymetrický rozvoj místního zdravotnictví. V Olomouci existuje velká fakultní nemocnice, která pokrývá požadavky na hospitalizace města Olomouce a přilehlé části okresu, avšak ani v minulosti, ani nyní, neřeší základní ambulantní služby.

Proto ve městě Olomouci vznikla v rámci dřívějšího OÚNZ mohutná Poliklinika Olomouc, která v době svého osamostatnění k 1.1.1992 měla cca 1100 zaměstnanců a svou činnost na území města vyvíjí v několika velkých budovách, z nichž každá představuje přibližně běžnou okresní poli-kliniku a několika desítkách dalších větších či menších objektů ve městě i na venkově. V severní a severozápadní části okresu poměry spíše odpovídají běžnému okresu, neboť k Nemocnici ve Šternberkú (365 lůžek) jsou vázány tři menší polikliniky - ve Šternberkú, Litovli a Uničově a řada venkovských středisek.

3. Vývoj legislativy

Po tomto orientačním úvodu nyní k vlastní problematice. Základním předpokladem vzniku a činnosti jiného než státního zdravotnického zařízení byla především legislativní úprava, která by to umožnila. Zákon č. 160/1992 Sb. tyto předpoklady vytvořil, i když zároveň dal svou proti-smyslounou a nejasnou dikcí (§ 10 odst. 4) základ některým problémům. Nikdo nebyl pověřen vydáním prováděcích předpisů, takže nejasnosti jsou řešeny formou výkladu, jehož právní závaznost je obecně značně sporná. Na druhou stranu je nutno konstatovat, že by se mohlo stát, že bychom na podobný předpis čekali dosud marně.

Rovněž ústřední orgány profesních komor byly patrně zaskočeny, neboť nechaly svá okresní představenstva, ať si poradí s posuzováním personálního a věcného vybavení, jak umějí. Nutno říci, že si poradila vcelku uspokojivé, díky rozvážce svých předsedů a členů.

Jediná složka, která fungovala bez jakýchkoliv pochybností a váhání, byla hygienická služba, pro kterou vydat posudek na budoucí ordinaci nebyl žádný problém.

Přes všechny problémy zde zákon byl, platil a referát zdravotnictví si, jakožto orgán, který byl pověřen registrace realizovat, musel poradit.

Základní premisou, ze které jsme vycházeli, byla snaha najít cestu, jak to jde a nikoliv, proč to nejde. Přístup dalšího rozhodujícího partnera - VZP - byl rovněž vstřícný.

Z následujících tabulek a grafů, které se zabývají hlavními odbornostmi zdravotníků, pak

vyplývá, které obory mají od samého počátku lepší předpoklady v privátní praxi úspěšné obstát, respektive, kteří pracovníci mají blíže ke komerční problematice zdravotních služeb.

Zásadním předpokladem vzniku privátních praxí jsou vhodné prostory* Z tohoto důvodu vznikaly první ordinace a pracoviště v nové upravených prostorách, mimo stávající zdravotnická zařízení, čímž se zdravotnické služby přibližují pacientovi. Zřetelný posun nastává v okamžiku, kdy je provozování privátní praxe umožňováno i v prostorách stávajících zdravotnických zařízení.

Prakticky období do konce roku 1992 bylo jakýmsi zkušebním, kdy se do soukromé činnosti pouštěli jen ti nejodvážnější, kteří měli navíc možnost zabezpečit si vhodné prostory.

Dalším legislativním předpokladem byly vyhlášky MZ ČR č. 207/1992 a 208/1992, které teprve řádně kodifikovaly minimální požadavky na hygienické, věcné a personální vybavení.

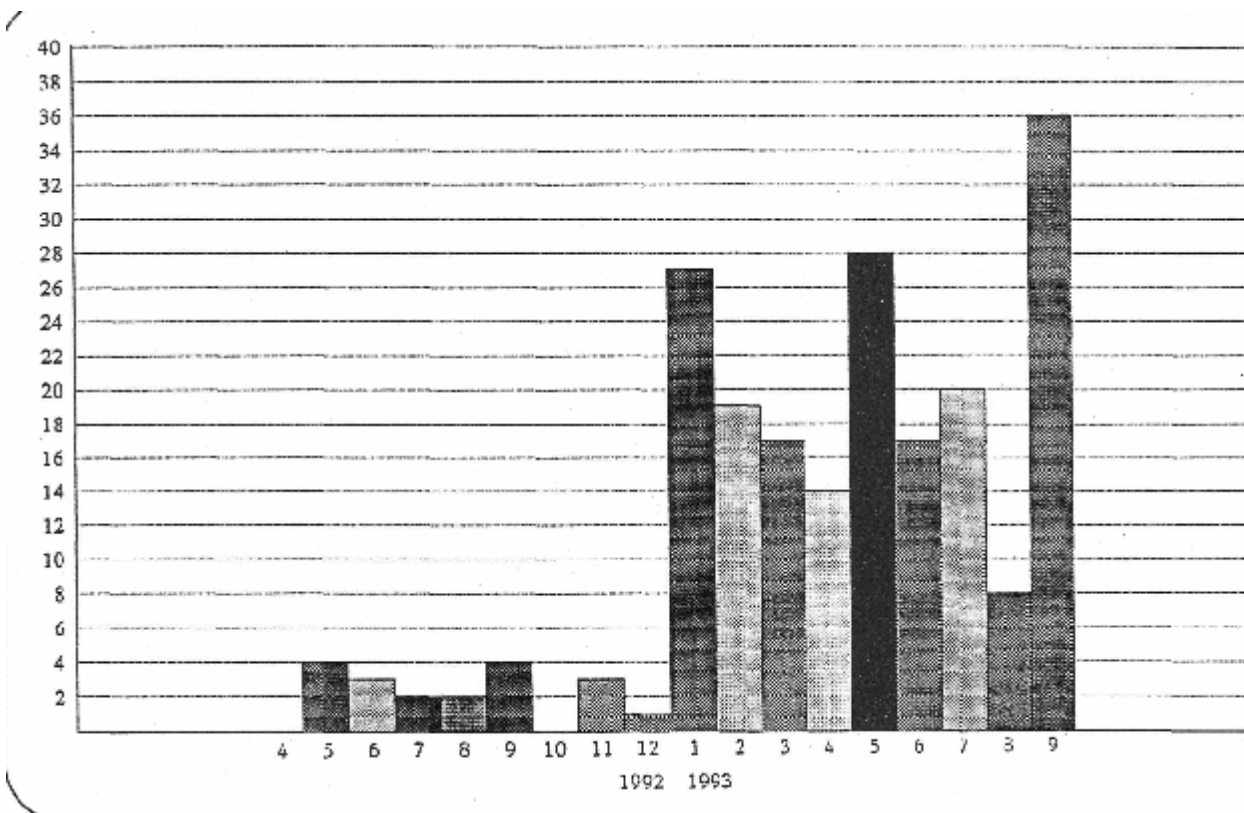
4. Soubor údajů

Obecné postup vzniku nestátních zdravotnických září zení zobrazuje graf č.1, který sleduje po měsících vývoj dle data zahájení činnosti některých základních oborů, uvedených v tab. č.1.

Tabulka č.1 Počty vybraných odborných
privátních pracovníků a jejich
zastoupení v % z celkového
počtu

Číslo	Obor	Stav k 30.9.1993	% zastoupení
1	Ordinace praktického lékaře pro dospělé	29	14,1
2	Ordinace praktického lékaře pro děti a dorost	14	6,8
3	Ordinace praktického zubního lékaře	62	30,2
4	Gynekologicko-porodnická ambulance	15	7,3
5	Ordinace ORL	5	2,4
6	Ordinace oční	13	6,3
7	Ordinace vnitřního lékařství	6	2,9
8	Ordinace ortopedická	4	1,95
9	Zubní laboratoř	36	17,56
10	Porodní asistentka	13	6,3
11	Všeobecná sestra	8	3,9

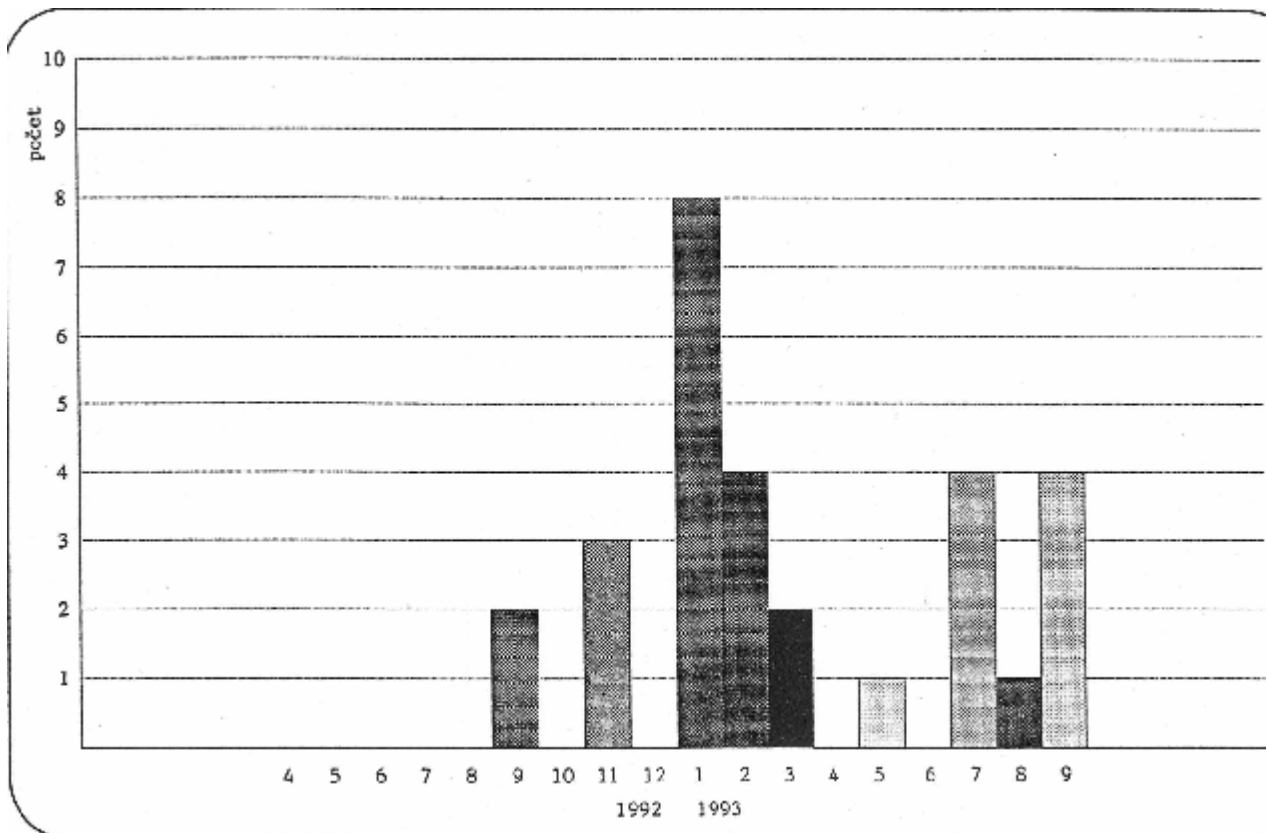
Graf. č. 1 Vývoj počtu vybraných privátních specializací od dubna 1992 do 30.9.1993



V dalším si chci všimnout vývoje v některých vybraných zdravotnických oborech.

Vývoj ve specializaci praktického lékaře pro dospělé ukazuje graf č.2. Z tohoto grafu, stejně jako z tabulky č.1 vyplývá, že nejpočetnější odbornost ambulantních lékařských služeb netvoří nejpočetnější skupinu privatizovaných.

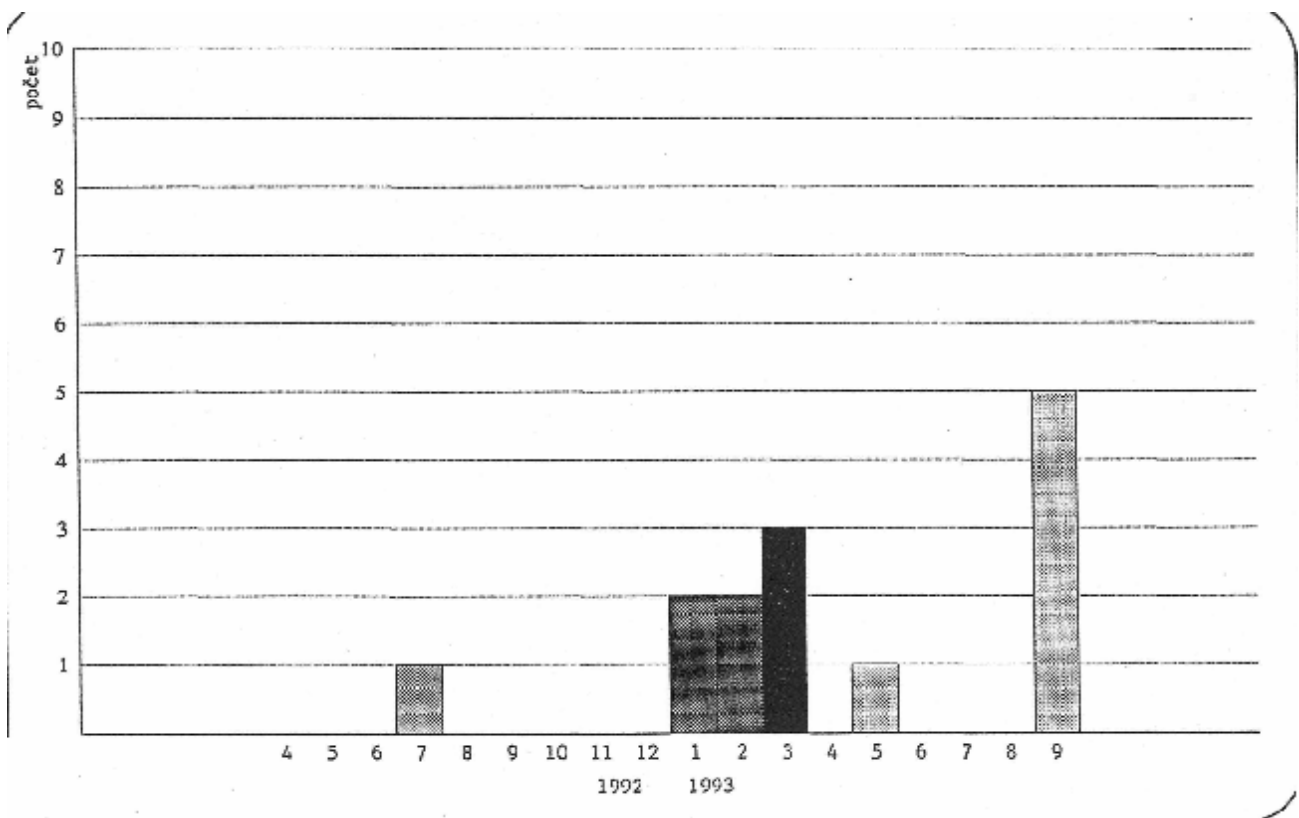
Graf č. 2 Vývoj počtu privátních praktických lékařů pro dospělé



Výrazný vzestup počátkem roku 1993 byl způsoben právě možností privátní činnosti v prostorách poliklinik a zdravotních středisek v severní části okresu (Uničov, Šternberk)

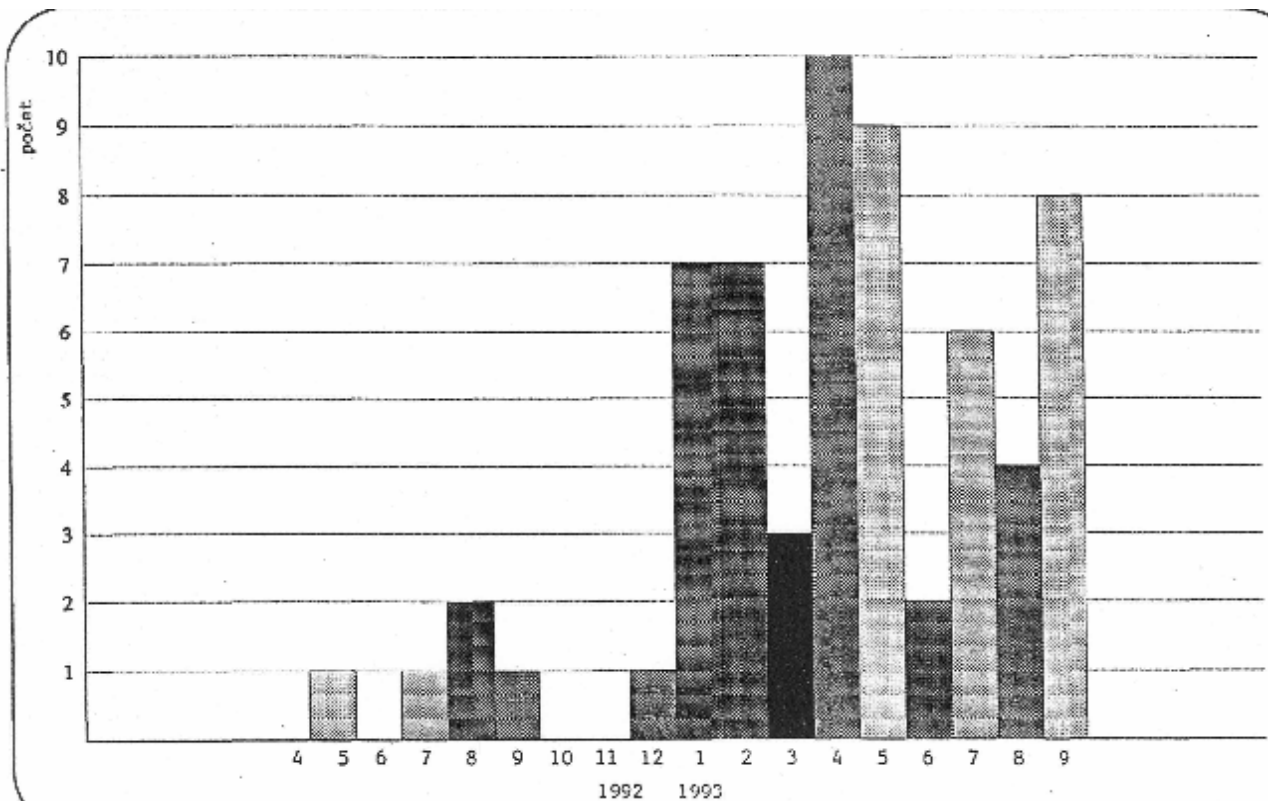
Dalších souvislostí si všímám v dalším.

Graf č.3 Vývoj počtu privátních praktických lékařů pro děti a dorost



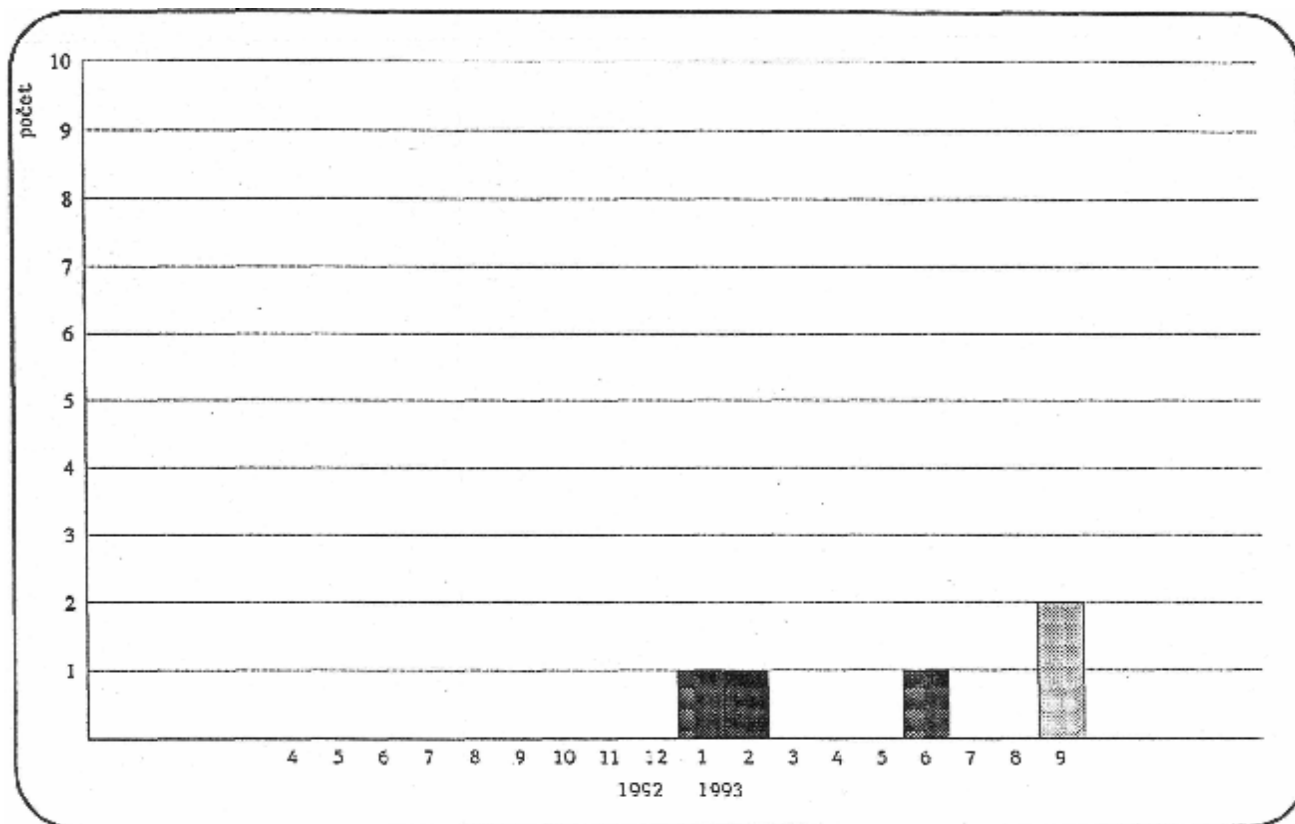
Graf č.3 ukazuje situaci praktických lékařů pro děti a dorost. Vývoj je podobný, jako u skupiny praktických lékařů pro dospělé, leč vzestup v září 1993 je spíše v souvislosti s uvolňováním možnosti privatizace i v prostorách Polikliniky Olomouc přibližně od druhého pololetí 1993.

Graf č.4 Vývoj počtu privátních stomatologů



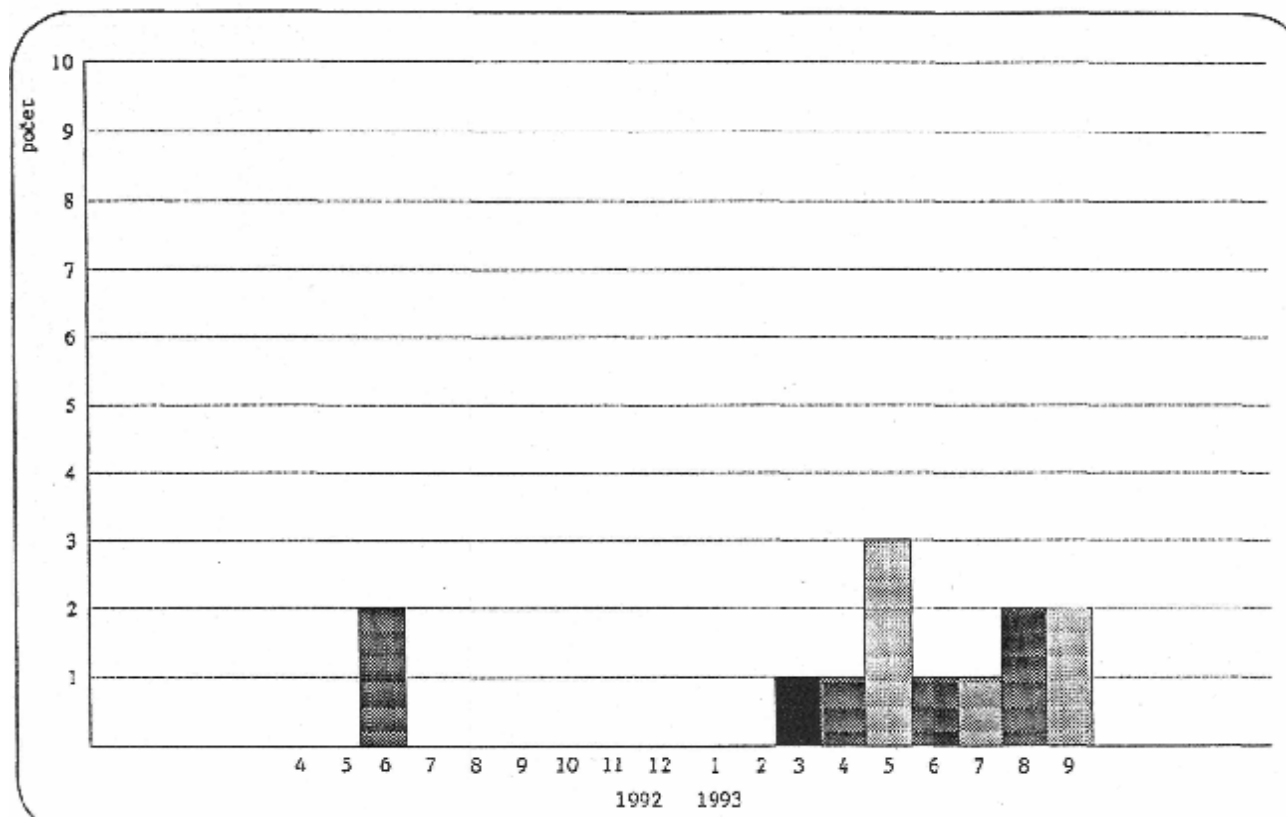
Graf č. 4 zobrazuje vývoj praktických stomatologů - nejagilnější skupiny mezi privatizovanými lékaři. Jak je zřejmé z grafu i tabulek, počet privatizovaných stomatologů vysoko převyšuje jiné odbornosti, které jsou stejně či více zastoupeny v ambulantních službách. Nemalý, ba zásadní podíl na tomto jevu hrají možnosti finanční, jak bude uvedeno dále

Graf č.6 Vývoj počtu privátních lékařů oboru ORL



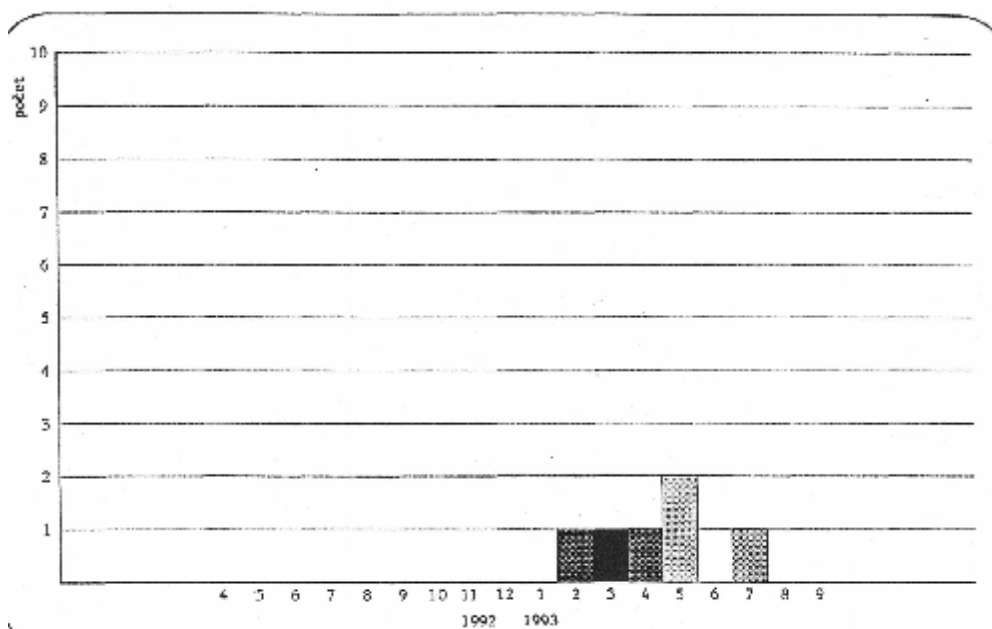
Graf č.6 vyjadřuje počty privátních lékařů v oboru ORL, kde platí podobné vztahy jako u gynekologů a dalších některých tzv. "menších oborů" - viz opět tabulka č.2.

Graf č.7 Vývoj počtu privátních očních lékařů



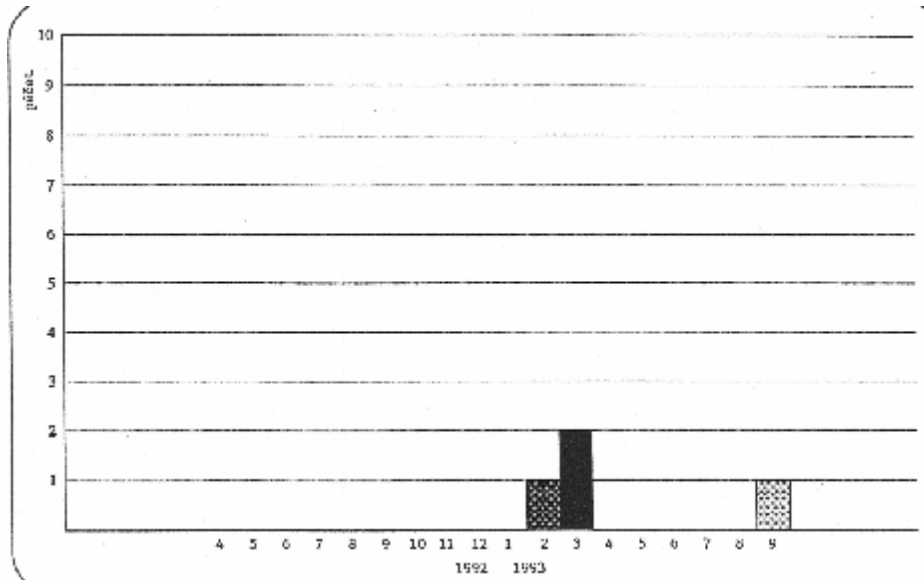
Graf č.7 vyjadřuje zastoupení očních lékařů v privátní praxi, zde je velmi zajímavé srovnání v tabulce č.2, které vyjadřuje, jak je tento obor zřejmě ekonomicky atraktivní.

Graf č.8 Vývoj počtu privátních internistů



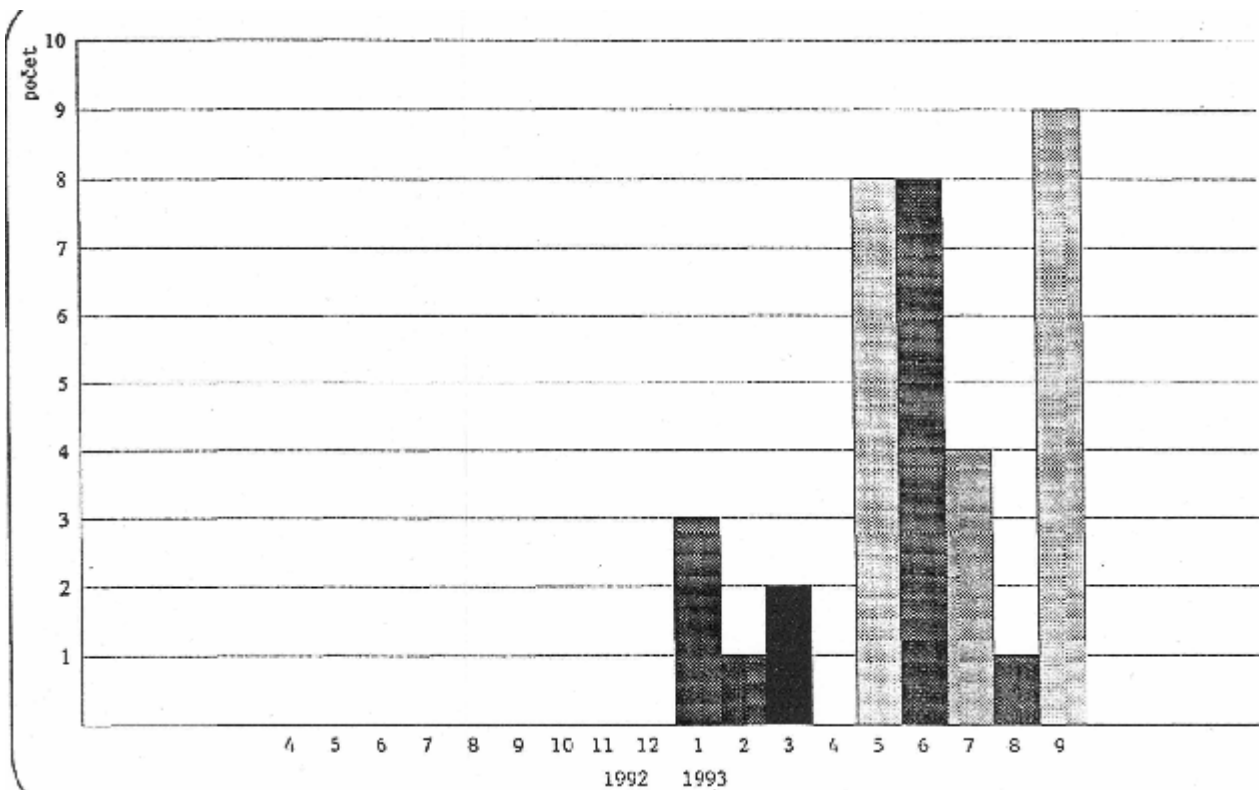
Graf č.8 uvádí počty privátních odborníků v oboru vnitřního lékařství, kde jsou rovněž zajímavé vztahy mezi finančním hodnocením a ochotou v privátní praxi (viz opět tab. č.2).

Graf č.9 Vývoj počtu privátních ortopedů

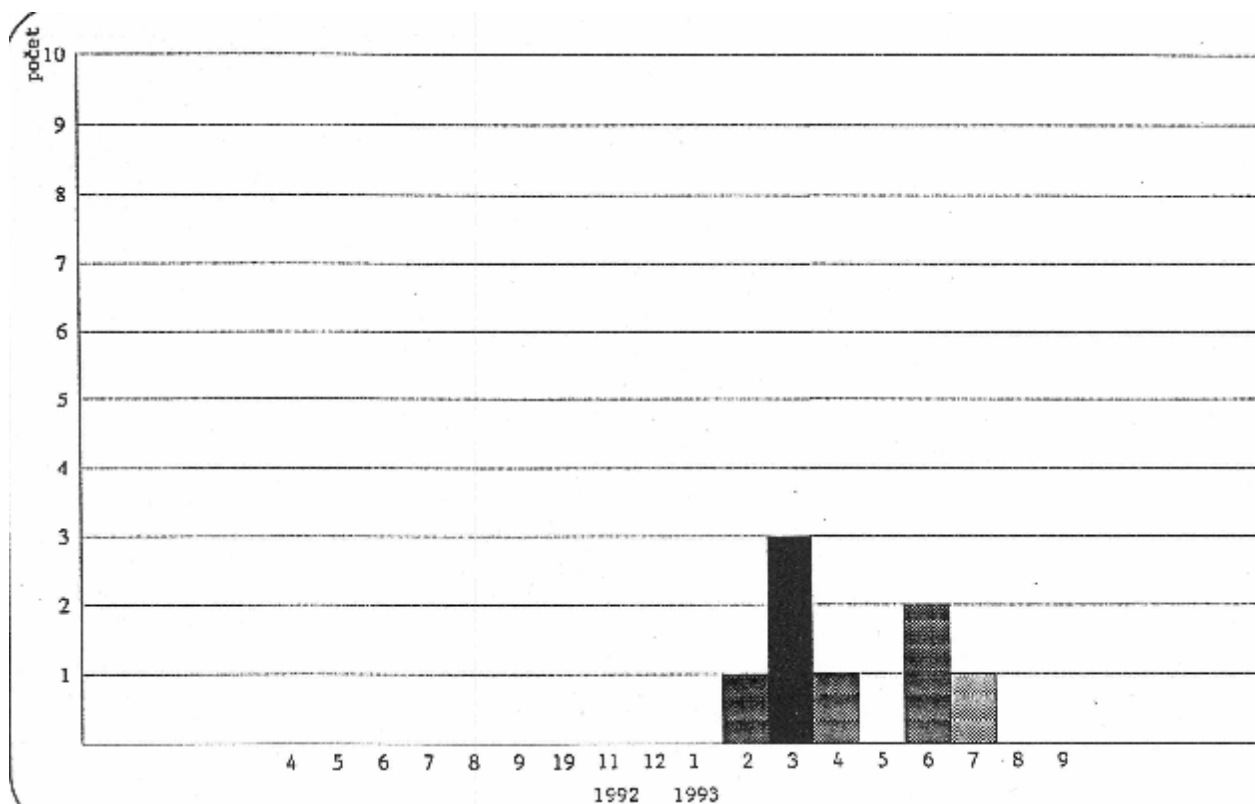


Graf č.9 ukazuje zastoupení lékařů ortopedů a rovněž zde jsou zajímavé vztahy vyplývající z tabulky č.2 a další souvislosti.

Graf č.10 Vývoj počtu privátních zubních laborantů



Graf č.12 Vývoj počtu privátních všeobecných sester

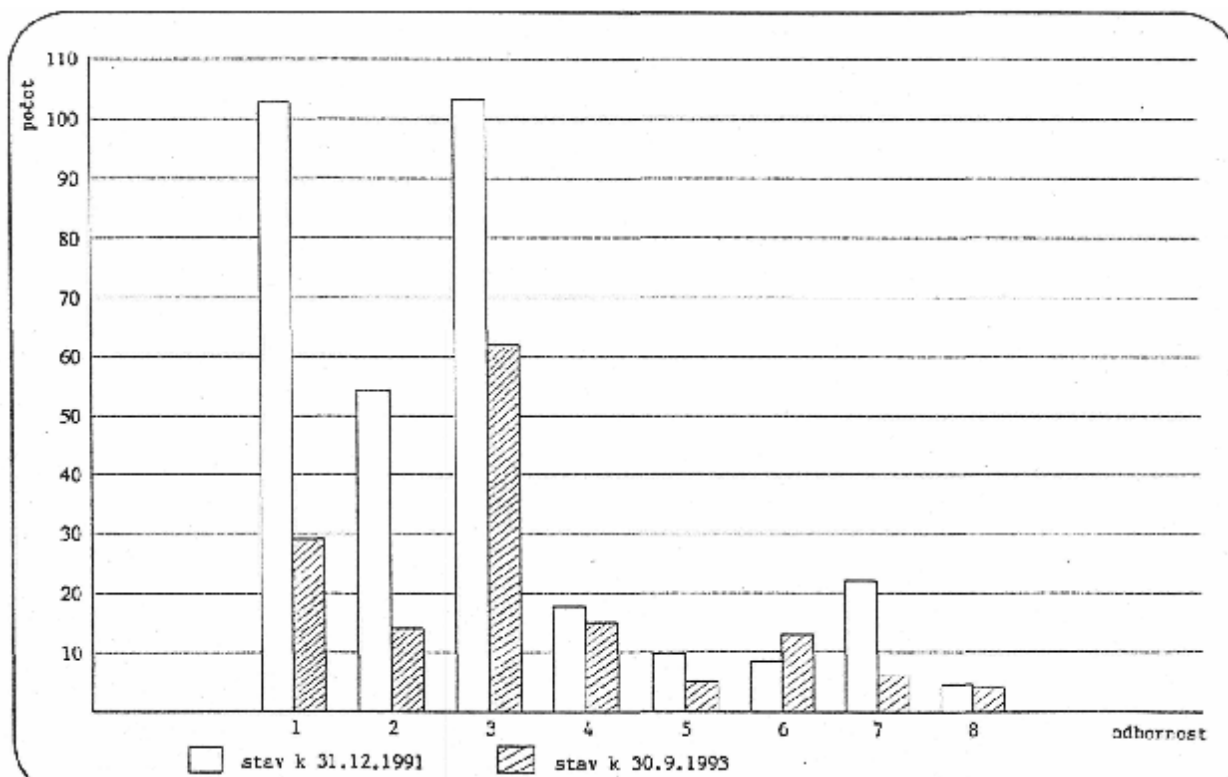


Graf č.12 je znázorněním vývoje počtu privátních všeobecných sester. O jejich činnosti platí totéž, co o porodních asistentkách, svou činnost (domácí péči) provozují výhradně jako vedlejší pracovní činnost.

Tabulka č.2 Porovnání počtu privátních pracovišť s výchozím stavem ambulantních lékařů vybraných oborů k 31.12.1991

Číslo	Odbornost	Stav k 31.12.1991	Stav priv. k 30.9.1993	Vyjádření v %
1	Praktický lékař pro dospělé	102,65	29	28,4
2	Praktický lékař pro děti a dorost	54,3	14	29,9
3	Praktický zubní lékař	103,15	62	60,2
4	Gynekolog	17,6	15	85,2
5	Otorinolaryngolog	9,7	5	51,5
6	Oční lékař	8,4	13	154
7	Internista	22	6	27,3
8	Ortopéd	4,6	4	87,1

Graf č.13 Vztah mezi počtem lékařů a ambulantních službách k 31.12.1991 a počtem privátních lékařů k 30.9.1993 - viz tabulka č.2



5. Skutečnosti ze souboru informací vyplývající

Ze všech těchto údajů lze učinit celou řadu závěrů, které ilustrují situaci našeho okresu v průběhu privatizace především a zatím výhradně ambulantních zdravotnických činností.

Jedním z rozhodujících momentů je současný způsob placení a vykazování jednotlivých výkonů. "Seznam výkonů s bodovými hodnotami" evidentně umožňuje některým oborům ekono-micky prosperovat velmi dobře, u řady dalších je situace mnohem složitější.

Výrazně je to patrné u stomatologů, kde se jednak řada lékařů usídlila v prostorách nové vybudovaných mimo dosavadní zařízení (ze 62 je 15 nových ordinací) a jednak a jednak do okresu, převážně do města Olomouce, přibyli stomatologové, kteří až dosud pracovali v jiných městech.

Spolu s vyšší možností různých příplatků a práce za přímou úhradu v plném rozsahu se potvrzuje ve světě vše-obecně známý fakt, že práce stomatologa je vysoce výnosná. Pro veřejnost má však tato skutečnost zřetelný význam ve zvýšené dostupnosti stomatologických služeb jak v čase, tak v prostoru, neboť nové ordinace vznikly v místech, kde dříve žádná taková pracoviště nebyla.

Obdobná situace je i u očních lékařů, kde ze 13 pracuje 7 v nových prostorách, přičemž celkově očních lékařů přibylo v absolutním počtu - opět převážně ve městě Olomouci.

Je zřejmé, že některé obory jsou svým honorováním v natolik dobré situaci, že mohou zřizovat nová pracoviště, včetně nákladného vybavení.

Obdobná situace je kupř. i u odborníků ORL a kupř. u ortopedů. Ze 4 dosud registrovaných ortopedů ani jeden nepracoval před osamostatněním v terénní praxi, přičemž dosavadní úvazky státních zařízení byly zachovány k 30.9, 1993 v plném rozsahu, došlo tedy prakticky k nárůstu o 100%, přičemž si tito lékaři zatím nestěžují na nedostatek práce.

Podobný stav je i v oboru gynekologie.

Naprosto protichůdné je postavení odborníků vnitřního lékařství. Ambulantní internista je vysoce kvalifikovaný odborník, který ke své práci potřebuje rozsáhlé zázemí technické (EKG, RTG, laboratoř, popř, ergometr), které je značně nákladné.

Seznam výkonů však tuto kvalifikaci prakticky nebere v úvahu a některé výkony hodnotí jen materiálovými náklady (odstrašujícím příkladem může být EKG vyšetření). To bude také hlavním důvodem nízkého počtu privátních internistů, z nichž cca 50% provozuje privátní praxi jako vedlejší činnost.

Zcela specifickým problémem je pak privátní praxe praktických lékařů pro dospělé, ev. pro děti a dorost. Tato skupina lékařů "prvního kontaktu" je mimo obvyklé problémy na-víc zřetelně výrazněji vázána místem své praxe, svou dosavadní klientelou. Přes všeobecné přezíravý náhled na tzv. "obvodáky", který byl v minulých desetiletích v podstatě, byť ne-oficiálně pěstován, je většina pacientů se svými praktiky v zásadě spokojena a nehodlá je měnit (pokusy se svobodnou volbou vedly ke změnám cca v 10%). Více než na osobu lékaře jsou však klienti fixováni na místo ordinace.

Ke stomatologovi, očnímu lékaři, gynekologovi či jinému odborníkovi jsou pacienti ochotni vážit delší cestu, k lékaři praktickému již mnohem méně.

U venkovských lokalit je to pochopitelné. Tam by návštěva jiného praktického lékaře znamenala mnohakilometrovou cestu navíc, což je v současnosti o to složitější, že dochází k výrazné redukci místních spojů. Avšak i ve větších městech činí změna místa ordinace i o několik ulic určité potíže.

Praktičtí lékaři jsou také prakticky nejnavštěvovanějšími lékaři a vzhledem k tomu, že vykonávají návštěvy u nemocných, musejí být také snadněji dosažitelní. To vše způsobuje, že jsou mnohem více než jiní lékaři v ambulantní praxi vázáni k místu, ke svým pacientům.

Materiální vybavení ordinace není ve srovnání s ostatními příliš nákladné, avšak ani honorování jejich práce není nijak ohromující a navíc dosavadní systém vykazování výkonů vede ke konzervaci dosavadních vysokých frekvencí v ordinacích, což je v přímém rozporu jednak se skutečností rozvinutých zemí, jednak i se skutečnými potřebami ne-mocných. Při frekvenci cca 40-50 pacientů během pěti hodin ordinace nelze hovořit o nějaké individuální a kvalitnější péči.

To vše vede ke skutečnosti, která je zřejmá z předchozích tabulek a grafů, že totiž ti lékaři, kteří tvoří prakticky páteř základní lékařské péče, netvoří podstatu nejsi část dosud privátních ordinací a navíc prakticky nepřibyli žádní nad stav k 31.12.1991, ačkoliv by určité zvýšení počtu praktických lékařů pro dospělé bylo docela žádoucí. Mimo dosavadní ordinace působí ze všech 29 privátních praktických lékařů pro dospělé prakticky pouze dva, z čehož jeden mimo svou obvyklou pracovní dobu.

U praktických lékařů pro děti a dorost je situace obdobná.

Pro řadu lékařů je tedy provozování privátní praxe vázáno na dosavadní prostory, čímž do procesu výrazně vstupuje vedení státních zařízení, neboť musí být ochotno tyto prostory zájemcům pronajmout, včetně movitého majetku (vybavení ordinací).

Tím se dostáváme k dalšímu zásadnímu problému. Podstatný posun k většímu počtu lékařů v privátní praxi nastal prakticky v situaci, kdy bylo vedením státních zdravotnických zařízení umožněno provozovat privátní praxi v prostorách státních zařízení. K tomuto kroku došlo zhruba na přelomu let 1992-1993, viz všechny grafy. I zde panuje určitá diference, dle toho, jak jednotliví ředitelé při-stupují k danému problému.

V našich podmínkách došlo k zásadním krokům nejprve v oblasti Nemocnice Šternberk (viz demografický úvod). Vedení zařízení umožnilo pronájem prostor a vybavení za velmi příznivých finančních podmínek. Výsledkem byl rychlý nárůst privatizovaných lékařů a po zhodnocení ekonomické situace jednotlivých poliklinik spádové oblasti Nemocnice Šternberk pak zjištění, že se tyto polikliniky, tzn. Šternberk, Litovel a Uničov, dostávají do finančního propadu, cca 1,000.000,- Kč každá v důsledku vysokých provozních nákladů.

Další zjištění pak je, že lékaři, kteří nejsou zaměstnanci organizace, se i za pomoci právníků intenzivně brání případné úpravě nájemného.

Vedení druhé velké organizace, která rovněž vznikla z bývalého OÚNZ, t.j. Polikliniky Olomouc, přistupovalo k problematice pronájmů s mnohem větším váháním, leč i uvážlivostí.

Poměrně snadno (pro vedení organizace) se daly vyřešit problémy zařízení, kde majetek státního zdravotnictví byl v podstatě zanedbatelný - konkrétně některá zdravotnická střediska velkých závodů, která byla vybudována a vy-bavena převážně z prostředků těchto průmyslových podniků. Zásadně jiná situace je v budovách, ve kterých pracují de-sítky lékařů, kde provoz velkých budov, ať starších či nových, si vyžaduje značných nákladů. Mimo to jsou tato pracoviště vybavena drahou technikou, která je v menších okresech soustředěna v okresních nemocnicích.

Stanovení tzv. "ekonomického nájemného" je v takových podmínkách značně složité, což je jedním z objektivních důvodů zpoždění pronájmů. Nicméně pod tlakem obecné situace (vývoj v jiných okresech), celkové politické klima, dochází i v oblasti Polikliniky Olomouc postupně k pronájmům prostor a zařízení (vybavení) jednotlivým lékařům.

I když jsou hodnoty nájmu značné vysoké - vzhledem k nákladnému provozu budov, vysoké ceně některého pří-strojového vybavení ap, začíná se i zde rýsovat problém ekonomické soběstačnosti v situaci, kdy definitivní řeše-ní dle privatizačních projektů v rámci skutečné (tzv. "velké") privatizace je zatím v nedohlednu*

O této problematice se hodlám zmínit později*

Ke zdravotnickým zařízením, kterých se týká zákon č. 160/1992 Sb. patří rovněž lékárny. Vzhledem k vcelku nevelkému počtu privátních lékáren, nezabýval jsem se grafickým zobrazením procesu privatizace, neboť k 30.9. 1993 byly v našem okrese v provozu pouze dvě skutečně nově vybudované lékárny, které poněkud rozšířily nedostatečnou síť lékáren a další dvě lékárny v městě Olomouci byly k uvedenému datu ředitelstvím Lékárenské služby Olomouc pronajaty do doby realizace privatizačních projektů.

Shrneme-li dosavadní průběh privatizace ambulantních služeb, můžeme dojít k několika základním závěrům.

1. Nejsnadnější se jeví zatím privatizace zubních ordinací a laboratoří, kde možnost různých příplatků, příp. i nadstandardních služeb placených v plném rozsahu, přináší zřejmé příliv kapitálu dostatečný k financování i drahého vybavení ordinací,
2. Z odborných ambulantních služeb přistupují opět k privatizaci nejsnadněji odborníci těch oborů, které se jeví dle současného "sazebníku" nejvýnosnější, eventuálně opět ty obory, kde je větší možnost služeb za přímou úhradu (kupř. gynekologie).
3. Praktičtí lékaři - jak pro dospělé, tak pro děti a dorost, v důsledku své větší vázanosti na určitý rajón s klientelou a nepříliš výnosně stanovenými sazbami za výkony, zatím poněkud váhali, ač by bylo spíše potřebné, aby zde bylo těžiště privátní činnosti, rovněž tak i určitý nárůst počtu. Bylo by potřebné, aby praktický lékař měl zajištěnou důstojnou existenci při denní frekvenci do 30 pacientů, včetně návštěv.
4. Dosavadním důsledkem vzniku privátních ordinací je v mnoha oborech rozšíření nabídky služeb jak větším počtem lékařů v ambulantní praxi, tak mnohdy i rozšířením ordinací. Zda to bude důsledek trvalý, ukáže budoucnost. Dalším průvodním jevem je výrazné zlepšení estetické hodnoty privátních ordinací a vytvoření příjemnějšího prostředí zvláště pro pacienty.
5. Ekonomický pohled se ovšem projevuje i opačně, kdy zvláště u gynekologů dochází k opouštění krátkých úvazků (dvě hodiny týdně) ve venkovských střediscích, neboť nízký příjem nemůže pokrýt náklady spojené s provozem. Lze

předpokládat, že čas vyřeší i tento problém, neboť se jistě najdou zájemci o výkon praxe např. ve více těchto ordinacích.

Průvodním jevem, který ovšem nelze žádným způsobem kvantifikovat, je nedostatek volného kapitálu (pochopitelné) a liknavý a přehnaně opatrný přístup bank k poskytování úvěrů, byt za velmi nepříznivých úrokových podmínek. Zde se zřejmě snoubí současná všeobecná touha po rychlém výdělku s krátkozrakou politikou, ve které přežívá náhled na lékaře jako nevýrobní a tudíž nevýdělečnou sféru. Lze mít za jisté, že se systém honorování lékařů bude muset v nejbližších letech změnit, jinak může dojít k projevům masové nespokojenosti a zdravotní péče je politikum prvního řádu.

6. Privatizace dle zákona č.92/1991 Sb. a následných úprav ("velká privatizace")

Pokusím se nyní krátce shrnout dosavadní průběh a důsledky, neboť o výsledcích zatím nelze mluvit.

Počátky reálných příprav k privatizaci prakticky všech zdravotnických zařízení spadají do podzimu 1991, kdy současně s transformací OÚNZ dochází i k informacím, že v krátké době bude zahájena rozsáhlá privatizace zdravotnických zařízení za zvláštních podmínek, které umožní, aby dosavadní zaměstnanci státních zdravotnických zařízení se stali spolumasajiteli bez potřeby většího kapitálu.

Tyto představy se předstíraly zástupcům zdravotníků a zdravotnictví na různých seminářích, které pořádalo MZ ČR prakticky každý měsíc.

Postupně se však ukázalo, že představa zvláštního zákona o privatizaci zdravotnictví je zcela neprůchodná, stejně jako termín předložení základních privatizačních projektů v květnu 1992 zcela nereálný. Bylo rozhodnuto, že privatizace proběhne podle zákona č.92/1991 Sb. stejným způsobem, jako privatizace průmyslových podniků.

Po konzultacích s vedením jednotlivých zdravotnických zařízení pak referáty zdravotnictví předkládaly novelizované seznamy zařízení určených k privatizaci. Vládní usnesení, které rozhodlo o zařazení podstatné části zdravotnických zařízení do tzv. II.vlny privatizace, bylo publikováno dne 7.7.1992 ve "Večerní Praze", a tím začala běžet dvouměsíční zákonná lhůta k předložení základních privatizačních projektů. Skutečnost, že zásadní informaci pro celou Českou republiku uveřejnil pražský večerník a datum tohoto zveřejnění bylo uznáno rovněž závazným pro celou republiku, jako by předznamenala pozdější průběh tzv. velké privatizace zdravotnictví.

Vedení zdravotnických zařízení byla postavena před úkol do 7.září 1992 předložit základní privatizační projekty, přičemž zásady pro zpracování těchto projektů na příspěvkové a rozpočtové organizace byly zveřejněny až v druhé polovině července ve Zdravotnických novinách* Ve Sbírce zákonů byla vyhláška č.324/1992 Sb. publikována 15.8.1992! Důsledkem toho byla nutnost předložit lhůtu k odevzdání konkurenčních projektů zřizovateli do konce října 1992.

Ze strachu ze subjektivních stanovisek zřizovatele, tedy státní správy, bylo rovněž v září rozhodnuto vytvořit v okresech zvláštní komise, které se měly vyjadřovat k projektům privatizace zdravotnických zařízení. Konkrétní zásady pro složení těchto zvláštních komisí a jejich činnost obdržely okresní úřady od MZ ČR prakticky v poslední dekádě října 1992, takže při dosti složitém způsobu delegování členů a počtu zúčastněných složek - státní správa, okresní privatizační komise, odbory, obce, lékařské organizace, organizace středních zdravotnických pracovníků apod. -- mohly tyto těžkopádné útvary zahájit činnost cca v polovině listopadu 1992.

Mezitím proběhlo předávání základních i konkurenčních privatizačních projektů.

Na referátu zdravotnictví se v našem okrese soustředilo celkem 76 projektů, které představovaly několik desítek kilogramů popsaného papíru. Veškerý tento materiál bylo třeba zpracovat jednak k projednání vedením okresního úřadu, jednak pro jednání výše uvedené komise.

Celé toto období bylo značně neklidné, neboť zdravotnická veřejnost, zvláště pak předkladatelé konkurenčních privatizačních projektů, podporovaní publikovaný-mi, leč nepříliš konkrétními sliby výhodných úvěrů a neuváženými prohlášeními ministrů o perspektivě realizace projektů někdy v polovině roku 1993, vyvíjeli tlak na členy

komise, zároveň se ukazovalo, že podrobné projednání projektů je časově značně náročné.

Úroveň projektů byla velmi odlišná, při jednání komise se rovněž projevovaly různé partikulární zájmy i různé názory jednotlivých členů komise. V průběhu těchto jednání se objevovaly ještě další nejasnosti, především v majetkoprávních vztazích k nemovitostem. V důsledku toho musely být některé projekty doplňovány, některé i staženy.

Se značnými potížemi byly projekty projednány a po zpracování stanovisek předány příslušným ministerstvům (MZ ČR a MSNMP ČR) - ovšem cca 7 týdnů po původním termínu.

Po předání projektů se však ukázala skutečnost, že několik tisíc (cca 8000) projektů nelze projednat, a tím méně realizovat v několika měsících. K usnadnění tohoto procesu mělo vést další usnesení vlády č.137 z 24.3.1993, které nařizovalo kategorizovat privatizovaná zařízení z hlediska privatizace na zařízení privatizovaná s menším (A) či větším (B) břemenem a zařízení zatím neprivatizovatelná.

Vlastní realizace kategorizace se protáhla do října 1993 a dnes prakticky po roce není jasné, kdy a jak budou projekty realizovány. K některým dodnes chybí legislativa (neziskové organizace).

Tento vývoj vede nutně k tlaku lékařů na privatizaci činnosti v pronájmu stávajících zdravotnických zařízení. Je to zcela pochopitelné, leč na druhé straně tento proces vede k důsledkům, které bude nutno celostátně vyřešit.

Privatizace ekonomicky nejvýnosnějších oborů vede nutně k postupnému nedostatku financí na činnost méně lukrativních, leč nutných oborů (onkologie, částečně např. i interna). Je ohrožena existence lékařů, kteří z důvodu kupř. věku nechtějí privatizovat.

Pokud shrneme dosavadní průběh tzv. velké privatizace zdravotnictví, lze dojít k následujícím závěrům.

- 1/ Nutnost vypracovat privatizační projekty vedla v mnoha případech k ujasnění majetkoprávních vztahů k nemovitostem a uvedení těchto vztahů do pořádku,
- 2/ Metodika privatizace, určená pro průmyslové podniky-je nevhodná pro zdravotnická zařízení, nepostihuje specifiku zdravotnictví,
- 3/ Celý průběh privatizace se neúměrně protahuje a není naděje na jeho urychlení (uvážíme-li tisíce projektů a případně nutnost schvalování přímých prodejů majetku, v ceně řádově desítek až stovek tisíc vládou apod.).
- 4/ Není dořešen problém kvalifikační přípravy absolventů lékařských fakult a s rozpadem státního sektoru hrozí například nebezpečí úplného zastavení přípravy praktických lékařů,
- 5/ Zdlouhavost celého procesu vede ke změnám majetku zdravotnických zařízení proti stavu k 30.6,1992 - není kupř. možno zastavit modernizaci nemocnic - a tím ke změnám příp. kupní ceny,
- 6/ Pokud bude dosavadní proces pokračovat, zůstanou zbytky velkých ambulantních zařízení zatížených správou rozsáhlého státního majetku v platební neschopnosti.
- 7/ Není přesně stanoven zájem státu na udržení některých činností (kupř. registr onkologických nemocných, registr a archívy nemocných TBC).

Použitá literatura a zdroje informací

Sbírka zákonů ČSFR

Sbírka zákonů ČR

Zdravotnické noviny z období 1991-1993

Materiály odd. zdravotnických informací a statistiky OÚNZ Olomouc a Polikliniky Olomouc

Materiály okresního pracoviště ÚZIS Olomouc

Vlastní databáze referátů zdravotnictví Okú Olomouc