

اجرای دوباره طرح شکست خورده، این بار در تامین اجتماعی

# مراکز درمانی کارگران به تسخیر پزشکان در خواهد آمد



نسرین هزاره مقدم

طرح جدید اداره بیمارستان‌ها در تامین اجتماعی مبتنی بر نوعی خودگردانی یا واگذار کردن مدیریت امور مالی و درمانی به مدیریت و هیات مدیره بیمارستان‌هاست. به نظر می‌رسد طرح ناموفق مدیریت خودگردان بیمارستان‌ها که پیش از این در مجموعه وزارت بهداشت و بیمارستان‌های دولتی به اجرا رسید و نتیجه‌ای جز افزایش خدمات القائی درمان، بالا رفتن هزینه‌های درمان و افت کیفیت خدمات درمانی و بهداشتی نداشت، قرار است این بار به عنوان یک الگو در مراکز ملکی تامین اجتماعی که تنها مرجع ارائه خدمات درمانی رایگان به کارگران هستند، مورد استفاده قرار گیرد.

طرح خودگردانی یا هیات‌امنیایی شدن بیمارستان‌ها پیش از این چند باری در وزارت بهداشت مطرح شد و آخرین بار در سال ۹۷ بود که سیدحسن قاضی‌زاده هاشمی، وزیر وقت بهداشت، آیین‌نامه‌ای مبنی بر اداره مستقل بیمارستان‌ها ابلاغ کرد، به این معنا که بیمارستان‌ها زیر نظر دانشگاه‌ها هستند، ولی یک هیأت مدیره و مدیرعامل آنها را اداره می‌کند که توسط رئیس دانشگاه انتخاب می‌شوند و تمام اختیارات مالی و پرسنلی در اختیار آنها قرار دارد.

خرداد ماه ۹۷، بعد از کلید خوردن طرح خودگردانی بیمارستان‌های دولتی، قاضی‌زاده هاشمی با دفاع از طرحی که با هدف «کاستن از هزینه‌های دولت از طریق برون‌سپاری» آغاز شده بود و قصد داشت سرنوشت خدمات درمانی مردم را به دست پزشکانی بسپارد که مدیریت بیمارستان‌ها را بر عهده دارند، چنین گفت: «استقلال بیمارستان‌ها به معنای اداره مستقل بیمارستان‌ها و کلینیک ویژه‌ها بوده که در پی آن به پزشکان اختیار دادیم. ضمن اینکه بیمارستان‌ها در بخش تامین تجهیزات و استخدام نیرو با مشکل مواجه هستند و کمبودهایی دارند به ویژه در حوزه نیروی انسانی که دولت قادر به تامین آن نیست، بنابراین واگذاری این اختیار به بیمارستان‌ها یک نقطه بسیار مهم است. البته در اداره مستقل بیمارستان‌ها همه مکلف هستند که تعرفه دولتی دریافت کنند و اگر خلاف آن صورت بگیرد مجرم هستند، چرا که ما بر روند فعالیت آنها نظارت خواهیم کرد، در عین حال بیمه‌ها هم تا ۹۰ درصد فعالیت‌های آنها را تحت پوشش قرار می‌دهند».

با این حال، دستاورد اجرای این طرح در بیمارستان‌های دولتی هیات‌امنیایی، چیزی جز افزایش خدمات القائی حوزه درمان، افزایش هزینه‌های درمانی مردم و البته از همه مهم‌تر، توزیع رانت در قالب برون‌سپاری مدیریت بیمارستان‌ها نبود. البته همان زمان، هشدارهای بسیاری، هم از جانب دغدغه‌مندان درمان رایگان و هم توسط عده‌ای از نمایندگان مجلس مطرح شد؛ اظهارهایی که دولت و بازوهای اجرایی آن، توجیحی به آنها نشان ندادند. برای مثال «محمدحسین قربانی» نماینده آستانه اشرفیه در مجلس با اشاره به مشکلات احتمالی که می‌تواند بعد از برون‌سپاری حوزه درمان کشور ایجاد شود، گفت: «وقتی بخش خصوصی برای اداره این بخش وارد شود هم تملک بر آن دارد و هم ممکن است به تعهداتی که در این حوزه وجود دارد التزام نداشته باشد، کم‌اینکه تجربیاتی در این مورد در قالب مشاهده استفاده از رانت و لابی‌گری یا خصلتی‌سازی وجود دارد».

با این حال، همه انتقادات، طرح خودگردانی مدیریتی در مراکز درمانی تحت مالکیت دولت به اجرا درآمد اما سرآغاز فاجعه برای کارگران، الگو برداری از این طرح در مراکز ملکی تامین اجتماعی است. واگذاری مدیریت بیمارستان‌های تامین اجتماعی به

مدیران آنها و برون‌سپاری امور مدیریتی این مراکز، می‌تواند برای کارگران یک زنگ خطر جدی تلقی شود، آن هم در شرایطی که کارگران هیچ ملجا و پناهگاه درمانی جز همین معدودی مراکز ملکی ندارند و نگرانند که به هیات‌امنیایی یا خودگردان شدن این بیمارستان‌ها، همین فرصت‌های محدود در زمان رایگان نیز از بین برود.

## فرصت‌های محدود در زمان رایگان برای کارگران

تابستان ۹۷ و به گتمه مدیرعامل وقت تامین اجتماعی، ۳۸۰ مرکز درمانی ملکی تامین اجتماعی در کشور موجود بود. مرحوم نوربخش در تیر ماه ۹۷ گفت: حدود ۲۵ درصد از کل خدمات در این ۳۸۰ مرکز ارائه می‌شود. وی با بیان اینکه حدود ۷۵ درصد خدمات تا ۱۰۰۰ و البته از همه مهم‌تر، توزیع رانت در قالب برون‌سپاری مدیریت بیمارستان‌ها نبود. البته همان زمان، هشدارهای بسیاری، هم از جانب دغدغه‌مندان درمان رایگان و هم توسط عده‌ای از نمایندگان مجلس مطرح شد؛ اظهارهایی که دولت و بازوهای اجرایی آن، توجیحی به آنها نشان ندادند. برای مثال «محمدحسین قربانی» نماینده آستانه اشرفیه در مجلس با اشاره به مشکلات احتمالی که می‌تواند بعد از برون‌سپاری حوزه درمان کشور ایجاد شود، گفت: «وقتی بخش خصوصی برای اداره این بخش وارد شود هم تملک بر آن دارد و هم ممکن است به تعهداتی که در این حوزه وجود دارد التزام نداشته باشد، کم‌اینکه تجربیاتی در این مورد در قالب مشاهده استفاده از رانت و لابی‌گری یا خصلتی‌سازی وجود دارد».

با این حساب، ۷۵ درصد در زمان کارگران شاغل و بازنشسته از طریق مراکز درمانی دولتی یا خصوصی تامین می‌شود که با توجه به پایین بودن دریافتی مزیدبگیران، پرداخت هزینه برای درمان، فشار مضاعفی به زندگی کارگران وارد می‌کند اما اگر قرار باشد همین ۵۰ درصد در زمان رایگان نیز دچار اختلال یا ناکارآمدی شود، معضل درمان خانوارهای کارگری به یک معضل اجتماعی بسیار جدی بدل خواهد شد، ضمن اینکه برون‌سپاری مدیریت مراکز درمانی ملکی تامین اجتماعی با قانون الزام که مرجع اصلی درمان بیمه‌شدگان تامین اجتماعی است، تعارض آشکار دارد.

## تعارض خودگردانی با قانون الزام

بند الف قانون الزام به صراحت

مدیران آنها و برون‌سپاری امور مدیریتی این مراکز، می‌تواند برای کارگران یک زنگ خطر جدی تلقی شود، آن هم در شرایطی که کارگران هیچ ملجا و پناهگاه درمانی جز همین معدودی مراکز ملکی ندارند و نگرانند که به هیات‌امنیایی یا خودگردان شدن این بیمارستان‌ها، همین فرصت‌های محدود در زمان رایگان نیز از بین برود.

## حیدری: ساختار مشابهی که در وزارت بهداشت اجرایی شد، یک ساختار شکست خورده است

حیدری: ساختار مشابهی که در وزارت بهداشت اجرایی شد، یک ساختار شکست خورده است و نتایجی چون کاهش سطح خدمات درمانی و رضایت‌مندی مشتری، افزایش خدمات القایی و کاهش شاخص‌های سلامت را در پی داشت

وی می‌گوید: «کل هزینه واحدهای درمانی و بیمارستانی تحت مالکیت سازمان به عهده تامین اجتماعی بوده و سازمان مزبور مکلف است بودجه هر سال آن را از محل سهم درمان (۹ درصد) محاسبه و در بودجه خود منظور کند. تامین اجتماعی به منظور انطباق هزینه‌های تامین خود را تحت عنوان صاحب جمع اموال و مسئول امور مالی در واحدهای مذکور مستقر می‌کند که بر امور مالی مطابق ضوابط نظارت مستقیم خواهد داشت. سرپرست سازمان مسئول امور مالی را پیشنهاد و پس از تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منصوب خواهد کرد».

با این حساب، قانون الزام به صراحت و روشنی بسیار تکلیف کرده که مدیریت امور مالی و هزینه‌کرد در مراکز درمانی تامین اجتماعی باید تحت نظارت مستقیم سازمان باشد و سازمان باید مسئول امور مالی بیمارستان‌ها را راساً و مستقیم تعیین کرده و به وزارت بهداشت پیشنهاد کند.

با این حال و وجود تعارض آشکار با قانون الزام، مسئولان تامین اجتماعی از طرحی که در دستور کار دارند، دفاع می‌کنند و آن را نه خودگردانی که طرحی برای ارتقای بهره‌وری می‌دانند و بر این ادعا پای می‌فشارند که نه پارانها مراکز قطع می‌شود و نه از کیفیت خدمات کاسته خواهد شد. «میرعباس منوچهری» معاون

درمان تامین اجتماعی درباره شائبه طرح خودگردانی بیمارستان‌ها، می‌گوید: برای اینکه بتوانیم در بخش درمان خدمات بهتری ارائه کنیم، بحث ارتقای بهره‌وری بیمارستان‌ها را در نظر داریم که شامل مجموعه‌ای از کارایی و اثربخشی می‌شود. مأموریت بیمارستان‌ها و مراکز درمانی در آمدازی نیست. پارانها پرداختی به بیمارستان‌ها قطع نمی‌شود و فقط قرار است منابع و مصارف به صورت هوشمندانه‌تر استفاده شود. در صدد هستیم که اختیارات و مسئولیت‌ها را به حد توازن برسانیم و یکی از خواسته‌های مدیران این است که به آنها اختیار داده شود که بعضی از تصمیمات را خودشان بگیرند و این خواسته به حقی است.

«مصطفی سالاری» مدیرعامل تامین اجتماعی نیز با اشاره به برنامه تأمین اجتماعی برای تخصیص بودجه بیمارستان‌های ملکی سازمان، متناسب با عملکرد این مراکز، گفت: در این طرح جدید حتماً بابت کار بیشتر باید پرداختی بیشتری باشد و در بودجه عملکردی بیمارستان‌ها زمینه برای پرداخت‌های بهتر به پرستاران برنامهریزی شده است.

وی اظهار داشت: خودگردانی در درمان تامین اجتماعی معنی ندارد و در این طرح که از ماه جاری شروع شده، اختصاص بودجه به بیمارستان‌های ملکی تامین اجتماعی به صورت منظم و متناسب با خدماتی خواهد بود که به جامعه ارائه می‌دهند. در این طرح با توجه به شرایط بیمارستان و منطقه‌ای که در آن واقع شده، متناسب با تعرفه خدمات، ضرایب مشخصی تعریف شده و ضریب خاصی نیز برای ارتقای کیفیت خدمات در نظر گرفته شده تا مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها برای ارائه خدمات بیشتر و با کیفیت بالاتر تشویق شوند.

## منتقدان: خودگردانی، غیر قانونی است

«علیرضا حیدری» فعال کارگری و کارشناس روابط کار و تامین اجتماعی در تحلیل طرح اداره خودگردان مراکز ملکی تامین اجتماعی به الزامات قانون الزام نقب می‌زند و می‌گوید: قانون الزام، تکلیف تامین اجتماعی در خصوص ارائه خدمات درمانی را مشخص کرده. در کنار آن، یک آیین‌نامه اجرایی توسط دولت نوشته شده که رویه‌های اجرای درمان را تبیین می‌کند. در آنجا اجراکننده، ناظر و ترتیب خرید درمان و همه مسیرها مشخص است. اگر این طرح در قالب آیین‌نامه اجرایی قانون الزام نگنجد و توسط مکانیسم‌های اجرایی آن تأیید نشود، صرف نظر از میزان اثربخشی آن، ماهیتاً محل سوال است. من تصور می‌کنم که با توجه به الزامات آیین‌نامه قانون الزام، چنین طرح‌هایی باید از مسیر قانونی خود طی شود و بعد قابلیت اجرایی پیدا کند. مضاف بر اینکه در قانون بر نامه‌بودن بودجه تامین اجتماعی، برای بودجه‌هایی که

اشراقی: تیم مدیریتی، بعضاً فاقد دانش مدیریتی در حوزه سلامت و مدیریت بیمارستانی است. این طرح بر کمیت و میزان خدمات درمانی ارائه شده در مراکز بیمارستانی تامین اجتماعی، تأثیر منفی خواهد داشت و نگاه هزینه-فایده‌جانشین خواهد شد

قرار است در سال مورد نظر صرف شود، هیات امنای یک مجوز هائسی به تامین اجتماعی در حوزه درمان می‌دهد و در نتیجه، آنچه مسلم است این است که این تفاهم‌نامه با هر تفکری که پشت آن است و با فرض نیت خیربانیان و واضعان آن، از آنجا که سیر طبیعی خود را طی نکرده و قابلیت‌های قانونی ندارد، از این محل مورد سوال و تردید است.

وی ادامه می‌دهد: سوال این است که آیا واقعاً معاونت درمان تامین اجتماعی می‌تواند این کار را انجام دهد و چنین طرحی را تدوین کرده و از آن رونمایی کند؟ برای اینکه سیستم مدیریت بیمارستان‌ها غیرمتمرکز باشد، رعایت چهارچوب‌هایی لازم است که در آن سنجش‌هایی در حوزه نظارت و کارکرد و مدیریت، صورت بگیرد. ساختارها بسیار مهم است. اینکه چه عناصری در ساختار جدید قرار است رویه‌هایی از قبیل خرید خدمت یا جذب نیرو یا برون‌سپاری را انجام دهند، مهم است. آیا همگرایی درونی با هدف بهینه‌کردن مدیریت وجود دارد؟ به نظر می‌رسد چارچوب تعریف شده فقط تک‌بعدی است و به ابعاد مختلف مدیریتی توجه نشده است. در این صورت نظارت و کاهش رضایت‌مندی و افت کیفیت را شاهد باشیم.

«حمیدرضا اشراقی» دبیر انجمن فلسفه سلامت نیز در مورد این طرح به چند نکته اشاره می‌کند: «تیم مدیریتی، بعضاً فاقد دانش مدیریتی در حوزه سلامت و مدیریت بیمارستانی است. این طرح بر کمیت و میزان خدمات درمانی ارائه شده در مراکز بیمارستانی تامین اجتماعی، تأثیر منفی خواهد داشت و نگاه هزینه- فایده‌جانشین خواهد شد. نقش کنترل بودجه در بیمارستان‌ها، بر میزان دریافتی کارکنان بیمارستان‌ها اثر خواهد داشت و نارضایتی نیروی کار در پی آن خواهد آمد. بهترین دریافت‌های مزدی و غیرمزدی در این طرح، متعلق به تیم مدیریت اداری و پزشکان است و کارکنان دیگر هیچ نفعی نخواهند داشت چون نماینده‌ای در تیم رهبری ندارند و تیم‌های مدیریتی، کاملاً انتصابی است. پیش‌بینی می‌شود بانگاه کنترل هزینه‌ای، پارانها ذکر شده خیلی زود قطع خواهد شد و در نهایت اینکه، احتمال شیوع زیرمیزی بالا می‌رود».

## اخبار کارگری

شریعتمداری:

## عیدی بازنشستگان بهمن ماه واریز می‌شود



وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی درباره افزایش دستمزد کارگران و عیدی بازنشسته‌ها توضیحاتی داد. به گزارش ایلنا، محمد شریعتمداری اظهار کرد: افزایش حقوق کارکنان دولت توسط رئیس سازمان برنامه و بودجه اعلام خواهد شد. درباره کارگران، کمیته حقوق دستمزد شورای عالی کار مشغول به کار است و تاکنون جلساتی را برگزار کرده و تا پایان سال مشخص می‌شود که افزایش دستمزد کارگران برای سال آینده چقدر خواهد بود. وی ادامه داد: زمان واریز عیدی بازنشسته‌ها هر سال متفاوت است ولی تلاش می‌کنیم که بهمن ماه عیدی بازنشسته‌ها واریز شود. وزیر کار درباره بسته‌های معیشتی گفت: کمک معیشتی به بخش‌هایی از جامعه که دارای درآمد متوسط و پایین هستند از ویژگی‌های این دوره بود. شریعتمداری ادامه داد: براساس بودجه‌ای که مشخص شده، حتماً در مورد پرداخت کمک معیشت دولت غربال‌گری انجام می‌شود. به همین دلیل افراد زیادی درخواست رسیدگی برای دریافت بسته کمک معیشتی دارند که این درخواست‌ها بررسی می‌شود. وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی افزود: سامانه و سایتی را مشخص کردیم تا افراد درخواست خود را ارائه دهند و کمک معیشت دولت به حساب حدود ۴۲۰ هزار خانوار واریز کردیم. وی خاطر نشان کرد: حدود ۲ میلیون و ۵۰۰ هزار نفر از افرادی که مجدد درخواست دادند به مرور درخواست آنها را رسیدگی می‌کنیم و به این افراد اعلام می‌کنیم که مشمول دریافت بسته کمک معیشتی هستند یا خیر.

## ترکیب شورای عالی کار، عادلانه نیست

عضو هیأت مدیره کانون عالی شورای اسلامی کار با بیان اینکه در حال حاضر یک اختلاف دو میلیون تومانی میان قطر و دستمزد کارگران وجود دارد، گفت: در چنین وضعیتی، حقوق یک کارگر کفاف ۱۰ روز از یک ماه را می‌دهد. علی‌اصطی در گفت‌وگو با ایسنا با اشاره به مشکلات اساسی که در تعیین دستمزد کارگران وجود دارد، افزود: متأسفانه در طول سال‌های گذشته ماهیچ وقت نتوانسته‌ایم دو مولفه تورم و هزینه سبد کالای خانوار که شامل ۳۳۰ قلم کالای می‌شود را در دستمزد کارگران اعمال کنیم. وی خاطر نشان کرد: در سال ۹۷ برآوردها نشان داد که حداقل مبلغ برای نقطه سر به سر شدن میان هزینه‌های یک خانواده کارگری و دستمزد کارگران، سه میلیون و ۷۵۰ هزار تومان است اما در نهایت حقوق کارگر به یک میلیون و ۸۰۰ هزار تومان رسید که فاصله دو میلیون تومانی وجود دارد. این وضعیت در شرایط جدید افزایش قیمت بنزین بر مشکلات کارگران افزوده است. رئیس کانون شوراهای اسلامی کار البرز خاطر نشان کرد: یکی از مشکلات مادر شوراهای عالی کار ترکیب کمیته ۹ نفره برای تعیین دستمزد است که شامل ۳ نفر از نمایندگان کارگری، ۳ نفر نماینده کارفرما و ۳ نفر نماینده دولت است اما توجه به اینکه دولت بزرگترین کارفرمای کشور است به نوعی ترکیب کارگری را با مشکل مواجه می‌کند.

## نماینده کارگران در کمیته دستمزد: سبد معیشت مبنای تعیین مزد سال ۹۹ باشد

نماینده کارگران در کمیته دستمزد شورای عالی کار گفت: حداقل دستمزد سال ۱۳۹۹ باید متناسب با نرخ تورم و افزایش هزینه‌ها باشد. معصومعلی موسی‌زاده در گفت‌وگو با ایسنا، اظهار کرد: سبد معیشت خانوارهای کارگری بیش از چند قلم نیست و خواسته گروه کارگری هم محاسبه نرخ تورم این اقلام بر مصرف و پرهزینه‌است در حالی که لیست اقلامی که از سبزی مرکز آمار ارائه می‌شود عمدتاً در سبد معیشت کارگران وجود ندارد و تورم مورد محاسبه مرکز آمار تورم کشوری و عمومی است به همین دلیل تأکید ما برای تعیین مزد کارگران مبتناً بر اردان تورم سبد معیشت است. وی با اشاره به تغییر قیمت بنزین، بر لزوم بازنگری هزینه سبد معیشت کارگران تأکید کرد و گفت: حداقل دستمزد سال آینده باید متناسب با افزایش هزینه‌ها و ویژه تغییر قیمت بنزین باشد و هزینه اقلام سبد معیشت کارگران در کمیته مزد مورد بازنگری قرار گیرد.



بیمه تکمیلی آتیه‌سازان حضور دارند و باید به بازنشستگان تکمیل کرد. مدیرعامل سازمان بیمه سلامت بیان کرد: منابع ما تامین‌کننده نیاز ما نیست. در سال ۹۷ تلاش زیادی کردیم که از هدر رفتن منابع جلوگیری کنیم و تا حدود زیادی موفق شدیم اما هنوز هم جای کار داریم.

## خبر

مدیرعامل سازمان بیمه سلامت:

## یک سوم هزینه‌های بازنشستگان مربوط به درمان است

مدیرعامل سازمان بیمه سلامت گفت: یک سوم هزینه‌های بازنشستگان مربوط به درمان است که باید در این زمینه اطلاع‌رسانی شود. برخی از داروهای تجویزی خارج از فهرست دارویی کشور است و نباید این داروها تجویز شوند. به گزارش ایسنا، طاهر موهبتی در سسی و هشتمین گردهمایی روسای کانون‌های بازنشستگان استان تهران گفت: وقتی در بخشی از خدمات بستری یا مراکز درمانی تشخیصی، تقاضای القایی وجود دارد ارائه‌دهنده خدمت باید شرایط را درک و مدیریت کند و بر اساس راهنماهای بالینی اقدامات مورد نیاز را انجام دهد. وی ادامه داد: در انگلستان و بسیاری از کشورهای اروپایی

و آمریکایی که سرانه سلامت و سرانه تولید ناخالص ملی آنها بیشتر از ایران است، لیست انتظار برای دریافت برخی جراحی‌ها وجود دارد اما این مورد در کشور ما وجود ندارد. باید در رفتارهای خود در نظام سلامت تغییر ایجاد کنیم زیرا اگر به غربالگری و تغییر سبک زندگی توجه نکنیم و فقط در چاه درمان پول بریزیم، بدهی‌های چند هزار میلیاردی روز بروز بیشتر می‌شود. موهبتی بیان کرد: تا پایان سال طرح تجمیع آزمایشی بیمه تکمیلی آتیه‌سازان و بیمه پایه آغاز و اجرا خواهد شد و امیدواریم این اقدام نظر بازنشستگان را تأمین کند. مدیرعامل سازمان بیمه سلامت اظهار کرد: برای