

چرا برخی بیمارستان‌های تأمین اجتماعی از مدل هیئت‌مدیره‌ای به مراکز ملکی تبدیل می‌شوند؟

تغییر مسیر در مدیریت درمان

اداره بیمارستان‌ها به‌شبه هیئت‌مدیره‌ای، در دهه اخیر به‌عنوان یک طرح کارآمد جهت صرفه‌جویی در منابع و مصارف سازمان تأمین اجتماعی باقبال توجه سازمان تأمین اجتماعی مواجه شد و در این راستا هفت بیمارستان هیئت‌مدیره‌ای به‌وجود آمد. درنمای سازمان این بود که در یک بازه زمانی همه بیمارستان‌های ملکی تبدیل به هیئت‌مدیره‌ای شود، اما طی زمان این رویکرد به دلایل گوناگون دچار افت و خیز شد و اکنون شمار این مراکز به سه مرکز تقلیل یافته است. در این راستا، ناترازی مالی بیمارستان‌های هیئت‌مدیره‌ای و ایجاد عدالت در برخورداری از مراکز ملکی استان‌ها، مهم‌ترین عامل تغییر وضعیت بیمارستان‌ها از هیئت‌مدیره‌ای به ملکی به‌شمار می‌رود. برای بررسی ابعاد و زوایای ارائه خدمات درمانی در قالب بیمارستان‌های هیئت‌مدیره‌ای و ملکی ابتدا باید هدف از تشکیل این بیمارستان‌ها را مورد توجه قرار دهیم و روند اجرای آن را مرور کنیم.



طی سال‌های اخیر، تأمین اجتماعی بیمارستان‌های هیئت‌مدیره‌ای را بهترین شیوه برای اداره یک مجموعه درمانی قلمداد می‌کرد، زیرا در قالب این طرح، مراکز مذکور به‌صورت خودگردان اداره می‌شدند و امکان برنامه‌ریزی مناسب برای ارتقای خدمات درمانی و صرفه‌جویی قابل توجه در منابع و مصارف سازمان به‌وجود می‌آمد. به‌ویژه اینکه طی این سال‌ها، با توجه به خدادهایی مانند تورم اقتصادی و نیاز به تأمین تجهیزات پیشرفته (های‌تک)، هزینه‌های درمان روبه افزایش گذاشت و ضرورت صرفه‌جویی در منابع یا بهینه‌سازی مصارف سازمان تأمین اجتماعی، محور توجه مدیران ارشد سازمان قرار گرفت.

در گذشته، بیمارستان‌های ملکی سازمان به‌صورت متمرکز مدیریت می‌شد و این نهاد برای تمامی مراکز حساب متمرکز داشت. اما با تغییر وضعیت بیمارستان‌ها به‌صورت هیئت‌مدیره‌ای و خلق شخصیت حقوقی مستقل، فرصت انجام برنامه‌ریزی مناسب برای تأمین منابع و هزینه‌ها فراهم می‌شد.

بر این اساس، اجرای طرح تغییر وضعیت بیمارستان‌ها به‌صورت هیئت‌مدیره‌ای قوت گرفت و در سال ۱۳۸۳ ابعاد آن بررسی شد. در این مدت روش‌های دیگری نیز پیشنهاد شد؛ از جمله مدیریت بیمارستان‌ها به‌صورت هیئت‌امنایی که این طرح به اجرا درنیامد، اما روش اداره بیمارستان‌ها به‌صورت هیأت‌مدیره‌ای در دستور کار سازمان قرار گرفت و مصوبات آن از سوی اعضای هیئت‌امنای سازمان تأمین اجتماعی که در آن زمان شورای عالی تأمین اجتماعی بود، اخذ شد.

در آن دوران، شش بیمارستان شامل بیمارستان ولی عصر (عج) قائمشهر، البرز کرج، بیمارستان ۱۵ خرداد ورامین، شهید لویسانی تهران و بیمارستان لیا فی نژاد تهران به‌عنوان مراکز پایلوت اجرای طرح انتخاب شدند و با وجود اینکه برای این مراکز مجوز تأسیس مؤسسه اخذ شد تا در قالب آن فعالیت کنند، اما به‌جز بیمارستان البرز هیچ‌یک وارد طرح هیئت‌مدیره‌ای نشدند.

به‌این ترتیب، بیمارستان فوق تخصصی البرز که با ۳۱۶ تخت مصوب در سال ۱۳۸۰ احداث شده بود، در اواخر سال ۱۳۸۷ در راستای تحقق برنامه راهبردی تأمین اجتماعی، مؤسسه خدمات درمانی میلاد سلامت البرز کرج تأسیس و مدیریت بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی البرز به‌صورت یک طرح پایلوت به این مؤسسه واگذار شد. هدف از اجرای این طرح، اداره کارآمد و اقتصاد بیمارستان‌های سازمان بود.

در زمان مدیرعاملی مرحوم دکتر سیددقی نوربخش (۱۳۹۷-۱۳۹۲) بار دیگر مسئله اداره بیمارستان‌ها به‌صورت هیئت‌مدیره‌ای مطرح شد و در دستور کار قرار گرفت. آن زمان پیشنهاد این بود که سالانه پنج بیمارستان به‌صورت هیئت‌مدیره‌ای اداره شود، اما با توجه به مشکلات موجود در این زمینه، امکان اجرای این برنامه نیز میسر نشد. در نتیجه اجرای طرح مذکور به این سمت رفت که بیمارستان‌های تازه تأسیس زیر پوشش هیئت‌مدیره‌ای قرار بگیرند و تعدادی از بیمارستان‌های ملکی نیز با این شیوه اداره شوند.

از این‌رو پس از احداث بیمارستان‌های حضرت ابوالفضل (ع) بیرجند (خراسان جنوبی)، زاگرس (ایلام)، امیرکبیر اهواز (استان خوزستان) و بیمارستان خوی (آذربایجان غربی) شیوه اداره این بیمارستان‌ها به‌صورت هیئت‌مدیره‌ای تعیین شد.

به‌طور حتم، چنین تغییر رویکردی می‌توانست این تصور را در بین مخاطبان تأمین اجتماعی به‌وجود آورد که سازمان می‌خواهد مراکز ملکی را خصوصی کند، اما تأمین اجتماعی اعلام کرد که هدف از اجرای طرح مذکور، به‌هیچ عنوان کاسته شدن حق و حقوق بیمه‌شدگان از مزایای درمانی نیست و تنها در نظر است تاروش اداره بیمارستان‌ها را برای حفظ منافع سازمان تغییر کند.

۳ اصل فعالیت بیمارستان‌های هیئت‌مدیره‌ای

بر این مبنا، سه اصل اساسی در فعالیت بیمارستان‌های هیئت‌مدیره‌ای برای بیمه‌شدگان در نظر گرفته شد؛ نخست اینکه تمامی خدماتی که این بیمارستان‌ها در روش ملکی به بیمه‌شدگان ارائه می‌کنند در موقعیت جدید نیز ارائه شود و حتی توسعه یابد. اصل دوم این بود که هیچ کدام از بیمه‌شده‌ها در این بیمارستان‌ها فرانشیز پرداخت نکنند و مانند بیمارستان‌های ملکی پذیرش شوند و سومین اصل این بود که کارکنان رسمی بیمارستان‌های ملکی در صورت تبدیل به هیئت‌مدیره‌ای، در همان مرکز به فعالیت خویش

ادامه دهند و از همه مزایای شغلی مانند کارمندان رسمی برخوردار شوند، مگر اینکه خود تقاضای انتقالی دهند. پیرو این تصمیم‌گیری‌ها، هفت بیمارستان هیئت‌مدیره‌ای در سازمان تأمین اجتماعی شامل میلاد تهران، میلاد سلامت البرز، میلاد سلامت خوی (آذربایجان غربی)، میلاد سلامت ایلام، میلاد سلامت اهواز (خوزستان)، میلاد سلامت بیرجند (خراسان جنوبی) و بیمارستان صدر تهران (گروه پزشکی حکمت) تشکیل شد. به‌جز بیمارستان صدر، ۱۰۰ درصد سهام مالکیت این مراکز متعلق به سازمان تأمین اجتماعی است.

اما طی یکی دو سال اخیر، شاهد ریزش تعداد بیمارستان‌های هیئت‌مدیره‌ای سازمان بودیم، به‌نحوی که بیمارستان‌های میلاد سلامت خوی، ایلام، اهواز، بیرجند تغییر وضعیت داده و در گروه مراکز ملکی سازمان جای گرفتند.

فراز و فرود مدیریت بیمارستان‌ها

علت این افت و خیز مدیریت، دلایل گوناگونی دارد. می‌توان گفت، اجرای طرح بیمارستان‌های هیئت‌مدیره‌ای در استان‌ها آن گونه که انتظار می‌رفت، نتیجه نداد و حتی سبب ایجاد چالش برای سیستم درمان تأمین اجتماعی شد. در سیستم نوین درمان تأمین اجتماعی، منابع و مصارف بیمارستانی هم‌خوانی نداشت و مراکز با بدهی‌های کلان مواجه شدند. در واقع هزینه‌ها باید از محل درآمدهای بیمارستان و به‌صورت خودگردان تأمین می‌شد، حال اینکه به دلیل تبعیت بیمارستان‌های هیئت‌مدیره‌ای از تعرفه دولتی، درآمدها کفاف هزینه‌ها را نمی‌داد. از طرفی نحوه ارائه خدمات نیز نتوانست رضایت بیمه‌شدگان را جلب کند و بیمارستانی که باید صفر تا صد خدمات درمانی بیمه‌شدگان را پوشش می‌داد، قادر به پاسخگویی برخی نیازهای درمانی و دارویی بیماران نبود. در برخی از این مراکز، دریافت زیرمیزی رواج یافته بود و بیماران باید برای انجام عمل‌های جراحی، وسایل و تجهیزات عمل و دارو را خودشان تهیه می‌کردند. قالب این سیستم، حتی پرسنل نیز ناراضی بودند، چراکه پرداختی‌ها با چندین ماه تعویق انجام می‌شد. همچنین اجرای این شیوه نارضایتی پزشکان را به دنبال داشت، زیرا آن‌ها نیز دستمزدهای خود را با تأخیر دریافت می‌کردند.

تبدیل بیمارستان میلاد اهواز به ملکی

در این راستا، دکتر هدایت‌الله عبدی‌زاده، مدیر درمان تأمین اجتماعی استان خوزستان، با اشاره به دلایل تغییر وضعیت بیمارستان اهواز به ملکی، به آتیبه نو گفت: «علت اصلی این بازگشت، عدم هم‌خوانی منابع و مصارف بیمارستان بود که در نتیجه، با ناترازی مالی زیادی تبدیل به مرکز ملکی شد. او ضمن مرور فعالیت بیمارستان اهواز، افزود: «این مرکز ابتدا دی کلینیک بود و سپس تبدیل به بیمارستان با عنوان امیرکبیر شد. در سال ۱۳۹۶ پس از بازسازی و نوسازی به بیمارستان میلاد سلامت تغییر وضعیت داد و در سال ۱۴۰۰ با نام قبلی امیرکبیر به مرکز ملکی بازگشت داده شد.»

مدیر درمان خوزستان، بیان کرد: «سازمان تأمین اجتماعی

ماده ۲۰ با پیمانی به فعالیت خود ادامه می‌دهند و دستمزد خود را به‌موقع دریافت می‌کنند. این مسئله انگیزه فعالیت کارکنان را افزایش داده و به تبع آن خدمت‌رسانی به بیمه‌شدگان از طریق اسناد پزشکی پرداخت می‌کردیم.»

عبدی‌زاده ادامه داد: «اما به دلیل مشکلات عدیده‌ای که در بیمارستان اهواز به‌وجود آمد، بررسی زوایای مسائل در این مرکز ضروری شد و بر این اساس طی جلسات متعدد با رئیس بیمارستان میلاد اهواز، به این نتیجه رسیدیم که بیمارستان باید ملکی شود. پیرو آن، مکاتبات لازم را با معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی انجام دادیم و پس از اعزام هیئت‌های مختلف برای بررسی مسائل و مشکلات، تغییر وضعیت بیمارستان به ملکی به تصویب رسید.» او با بیان اینکه خدمات بیمارستان پس از تبدیل به ملکی ارتقا یافته، توضیح داد: «اکنون ضریب اشغال تخت که آن زمان زیر ۳۵ درصد بود به ۹۰ درصد رسیده است. همچنین موفق به جذب بیش از ۳۰ پزشک متخصص شده‌ایم و در تعطیلات نوروز امسال پزشک متخصص کشیک داشتیم که اقدامی نادر به‌شمار می‌رود. ارتقای این خدمات، رضایتمندی بیمه‌شدگان و مسئولان استانی از جمله استانداری، امام‌جمعه، خانه کارگر و کانون‌های بازنشستگی را به دنبال داشته است. می‌توان گفت که هم‌اکنون، بیمارستان فعالانه به مخاطبان تأمین اجتماعی خدمت‌رسانی می‌کند.»

تجربه بیمارستان میلاد ایلام

بیمارستان شهدای زاگرس ایلام نیز از دیگر مراکز بستری تأمین اجتماعی به‌شمار می‌رود که تبدیل به مرکز ملکی شده است. دکتر هادی صبور، مدیر درمان تأمین اجتماعی ایلام با اشاره به سابقه فعالیت این مرکز، گفت: «بیمارستان شهدای زاگرس ایلام در اردیبهشت سال ۱۳۹۶ با ۳۶ تخت به‌صورت هیئت‌مدیره‌ای افتتاح شد و در زمان همه‌گیری کرونا تعداد تخت‌های آن به ۴۲ تخت افزایش یافت. سپس این مرکز پس از پنج سال فعالیت از مهر ۱۴۰۱ به مرکز ملکی تبدیل وضعیت شد.» او درباره مهم‌ترین علت این تغییر وضعیت، افزود: «این اقدام برای جلب رضایتمندی بیمه‌شدگان و پاسخگویی شایسته به نیازهای درمانی آن‌ها انجام شد، زیرا بیمارستان از زمان افتتاح به دلیل محدودیت درآمد، موفق به ارتقای خدمات خود نشده بود. اما پس از تحویل بیمارستان موفق شدیم تجهیزات مرکز را افزایش دهیم و دستگاه‌هایی مانند سی‌آر، دی‌ایز، اوبی‌جی، اکوکاردیوگرافی و رادیولوژی پرتابل را خریداری کردیم. همچنین تجهیزات آزمایشگاهی مانند اتوآنالایزر، سل کانتر و الکترولیت آنالایزر نیز فراهم شد و دستگاه‌های بخش پاتولوژی ارتقا یافت. علاوه بر آن، تعمیر و نوسازی برخی وسایل مانند دستگاه بی‌خطر سازی زباله را انجام دادیم.»

مدیر درمان ایلام ادامه داد: «با توجه به تبعیت بیمارستان هیئت‌مدیره‌ای از تعرفه دولتی، درآمد این مرکز با افت شدید مواجه شد، به‌نحوی که حقوق و دستمزد پرسنل اعم از پزشکان و کادر درمان با تأخیر انجام می‌شد. اما پس از تبدیل بیمارستان به ملکی حدود ۲۰۰ نفر پرسنل بیمارستان تبدیل وضعیت شدند و اکنون به‌صورت شرکی،

نکته
P O I N T

حمایت تأمین اجتماعی از وسایل کمک‌پزشکی

در میان طیف وسیعی از خدمات سازمان تأمین اجتماعی، تعهدات کوتاه‌مدت سهمی کلیدی در حمایت فوری و مؤثر از بیمه‌شدگان دارد؛ حمایت‌هایی که اگرچه در برابر تعهدات بلندمدت مانند مستمری بازنشستگی یا از کارافتادگی، کمتر به چشم می‌آیند، اما در بزنگاه‌های زندگی مانند بیماری، بیکاری، زایمان یا فوت اعضای خانواده، نقش حیاتی ایفا می‌کنند. یکی از مهم‌ترین اجزای این بسته حمایتی، پرداخت کمک‌هزینه برای خرید وسایل کمک‌پزشکی شامل پروتز و ارتوز است. آماری که به‌تازگی از سوی امیرعباس قدرتی، رئیس اداره بیمه بیکاری و تعهدات کوتاه‌مدت سازمان تأمین اجتماعی اعلام شده، نشان می‌دهد در سال ۱۴۰۲ مجموعاً ۶۰۳ میلیارد تومان بابت خرید این اقلام به ۶۹۳ هزار نفر از بیمه‌شدگان و مستمری‌بگیران پرداخت شده است. این عدد علاوه بر آنکه گویای گستره مشمولان این حمایت است، بازتابی از حجم تعهدات مالی سازمان در حوزه‌ای است که به‌صورت مستقیم با کیفیت زندگی، استقلال حرکتی و کرامت انسانی افراد درگیر با ناتوانی‌های جسمی ارتباط دارد.

پروتزها و ارتوزها در تعریفی فنی، شامل وسایلی برای جبران یا تقویت عملکرد یکی از اعضای بدن یا حواس پنج‌گانه هستند؛ مانند سمعک، لنز چشمی، ویلچر، دست و پای مصنوعی، عینک طبی، دندان مصنوعی، بریس و کفش‌های طبی خاص. نکته قابل توجه اینکه وسایل مذکور، به‌ویژه برای افراد سالخورده، معلول، از کارافتاده و کودکان دارای نیاز ویژه، نه یک کالای تجملی بلکه ابزار تداوم زندگی روزمره محسوب می‌شود.

سازمان تأمین اجتماعی با در نظر گرفتن همین اهمیت، پوشش بیمه‌ای بیش از ۱۰۰ قلم از این اقلام را برعهده گرفته و به تناوب، تعرفه آن‌ها را به‌روز می‌کند. طبق اعلام رسمی، آخرین بار در آذرماه ۱۴۰۲ در برخی اقلام حتی تا ۱۰۰ درصد افزایش قیمت لحاظ شده است. این در حالی است که ارائه این خدمات از طریق سامانه خدمات غیرحضور سازمان به نشانی estaminir یا اپلیکیشن رسمی «تأمین من» صورت می‌گیرد که گاهی در جهت تسهیل فرایندها و کاهش مراجعه حضوری بیمه‌شدگان به شمار می‌رود. فرایند دریافت این کمک‌هزینه بر پایه مستندات پزشکی، گواهی تجویز پزشک، فاکتور خرید و ثبت درخواست در سامانه الکترونیک استوار است. البته برای اقلامی با تعرفه کمتر از ۱۰ میلیون ریال، تأیید مرجع پزشکی الزامی نیست و با مدارک خرید قابل پرداخت است. اقدام به تعرفه‌های بالاتر بسته به سقف تعیین‌شده به تأیید پزشک عمومی معتمد، دندان‌پزشک معتمد یا شورای پزشکی نیاز دارند. برای نمونه، سمعک برای کودکان زیر ۶ سال قابل پرداخت برای هر دو گوش است و در مورد دندان مصنوعی، دوره تمدید خدمات پنج سال در نظر گرفته شده است.

دسته‌بندی تعهدات سازمان به دو بخش بلندمدت و کوتاه‌مدت، نشانه‌ای از جامع‌نگری نظام بیمه‌ای کشور است. در حالی که مستمری‌ها بار مالی بلندمدت دارند، تعهدات کوتاه‌مدت نظیر کمک‌هزینه ازدواج، هزینه ترخیص، غرامت ایام بیماری، هزینه سفر بیمار و همراه، یا همین کمک خرید پروتز و ارتوز، کمک‌هایی فوری برای مدیریت بحران‌های مقطعی هستند. این ترکیب، از نظر کارشناسان رفاه، به‌نوعی تبلور عدالت اجتماعی در نظام بیمه‌ای کشور به شمار می‌رود. بی‌تردید اختصاص ۶۰۳ میلیارد تومان به خرید پروتز و ارتوز در یک سال، علاوه بر ابعاد مالی، یک پیام اجتماعی دارد: سازمان تأمین اجتماعی نه تنها متعهد به پرداخت مستمری در دوران بازنشستگی یا بیماری است، بلکه در تأمین کرامت بیمه‌شدگان در طول مسیر زندگی نیز خود را مسئول می‌داند.



سلا صرداری

روزنامه نگار

۶۶

سازمان
تأمین اجتماعی
پس از تجربه افت
عملکرد و ناترازی
مالی در برخی
بیمارستان‌های
هیئت‌مدیره‌ای،
رویکرد خود را
تغییر داده و برخی
مراکز درمانی را
به وضعیت ملکی
بازگردانده است؛
تصمیمی با هدف
ارتقای خدمات،
جلب رضایت
بیمه‌شدگان و
حفظ منابع در برابر
چالش‌های اجرای
مدل خودگردان