

اخبار کارگری

مرگ و مصدومیت سه کولبر در منطقه ثلاث کرمانشاه

روز شنبه و در مرزهای کرمانشاه، یک کولبر جان خود را از دست داد و دو کولبر دیگر نیز مصدوم شدند.

به گزارش ایلنا، روز شنبه باز هم حوادثی در دناک برای کولبران به وقوع پیوست. در نقطه مرزی «شیخ صله» در منطقه ثلاث باباجانی کرمانشاه، یک کولبر بسراثر حادثه غیرطبیعی جان خود را از دست داد و دو کولبر دیگر مصدوم شدند. «برومند بهرامی»، کولبر جان باختنه و «ارکان بهرامی» و «هوشیار نماد» مصدومان حادثه هستند که حال عمومی آنها وخیم گزارش شده است. کولبران مصدوم در بیمارستان های محلی بستری هستند.

■ ■ ■

مرکز پژوهش های مجلس اعلام کرد:

عقیم ماندن ساماندهی مجوزهای کسب و کار در پیچ وخم بوروکراسی

مرکز پژوهش های مجلس اعلام کرد که تکلیف هیات مقررات زدایی درباره ساماندهی مجوزهای کسبوکار که براساس ماده ۵۷قانون رفع موانع تولید رقابت پذیر و ارتقای نظام مالی قرار بود سه ماه اجرایی شود، با گذشت بیش از سه سال همچنان انجام نشده است.

به گزارش فارس، مرکز پژوهش های مجلس با انتشار گزارشی با عنوان «گزارش نظارتی درباره اجرای قوانین مربوط به محیط کسب و کار؛ از زبانی عملکرد هیات مقررات زدایی و تسهیل صدور مجوزهای کسب و کار و دفتر پایش و بهبود محیط کسب و کار» از بلاتکلیفی ساماندهی مجوزهای کسبوکار در پیچ وخم بوروکراسی خبر داد.
بازوی کارشناسی مجلس در این گزارش به بررسی عملکرد هیات مقررات زدایی، بهویژه راه اندازی پایگاه اطلاع رسانی مجوزهای کسبوکار پرداخته و اعلام کرد تکلیف هیات مقررات زدایی درباره ساماندنی این مجوزها که قرار بود سه ماه اجرایی شود، با گذشت بیش از سه سال همچنان به انجام نرسیده است.

در این گزارش با اشاره به اینکه تفکیک سازمانی «دفتر پایش و بهبود محیط کسبوکار» و جایگاه دبیرخانه هیات مقررات زدایی، به طور شفاف و دقیق، قابل درک نیست، آمده است: «به نظر می رسد این عدم ثبات و تعدد سازمانی در خصوص نهادهای متصدی ساماندهی مجوزها، به کرایبی، پاسخگویی و شفافیت کار کردی نهادهای مسئول آسیب رانده است طوری که می توان یکی از دلایل تأخیر بسیار در اجرای مفاد قانونی مرتبط با موضوع ساماندهی مجوزهای کسبوکار و همچنین اجرای ناقص احکام قانونی را به این ناهماهنگی و تغییرات سازمانی تشکیلاتی پی در پی نسبت داد».

در ادامه این گزارش آمده است: «بر اساس گزارش های موجود، جمع بندی این است که با گذشت بیش از سه سال از تصویب ماده ۵۷ قانون رفع موانع تولید رقابت پذیر و ارتقای نظام مالی کشور ۳۸درصد کل مجوزهای شناسایی شده، توسط هیات مورد بررسی قرار گرفته اند. همچنین در مجموع، صرفاً مجوزهای هفت دستگاه از ۳۷ دستگاه اصلی صادر کننده مجوزها در هیات مقررات زدایی بررسی شده و بدین ترتیب، تکلیف قانونی هیات که قرار بود در ظرف سه ماه انجام شود، همچنان به انجام نرسیده است».

بازوی کارشناسی مجلس معتقد است یکی از علل اصلی عدم توفیق نهادهای متولی ساماندنی مجوزهای کسبوکار و بهویژه تسهیل و تسریع صدور آنها، به مشخصات و ویژگی های نهادهایی بازمی گردد که باید در این فرایند، همکاری کنند.

طبق این گزارش ایرادات این پایگاه عبارتست از: «هنوز معلوم نیست که تفکیک دستگاه های اصلی بر مبنای چه ضابطه یا ضوابطی صورت گرفته است. این عدم انسجام و نظام بندی در شناسایی دستگاه های اصلی و تابعه صدور مجوزهای کسبوکار، آسیب های متعددی را برای کارآمدی و اثربخشی مورد انتظار این پایگاه در پی داشته است. علاوه بر این، اطلاعات مندرج در شناسنامه هر یک از مجوزها در کتاب پایگاه اطلاع رسانی مجوزها ناقص های متعددی دارد. اول اینکه برخی از مشخصات مجوزها بارگذاری نشده است. دوم اینکه مدارک لازم برای دریافت برخی مجوزها اساساً تصریح نشده یا مبهم است و سوم اینکه مجوز زمان مورد نیاز برای صدور برخی مجوزها تصریح نشده است».

چرا بازنشستگان از خدمات درمانی مناسب محرومند؟

رنج های بیمه تکمیلی



نسرین هزاره مقدم

«بیمه» یکی از مهم ترین مولفه های رفاهی و از حقوق بدیهی شهروندی ست. نیازمندی به خدمات حمایتی بیمه با افزایش سن و احتمال بیماری، افزایش می یابد. بازنشستگان بیش از شاغلان به خدمات درمانی بیمه نیازمندند. در سلسله مراتب اولویت های یک مستمری بگیر، اول بحث مستمری ماهانه مطرح است و بعد از آن، میزان خدمات درمانی بیمه، اما تفکیک بیمه به «پایه» و «تکمیلی» تاچه میزان یک ضرورت اساسی و قانونی ست و تا چه حد از شرایط نامناسب اقتصادی و رفاهی نشأت می گیرد؟ آیا در همه نظام های رفاهی جهان، بازنشستگان برای اینکه بتوانند از پس هزینه های گزاف دارو و درمان بر بیایند، «مجبورند» هر ماه مبلغی از مستمری ناچیز خود را بابت بیمه تکمیلی بپردازند؟ مسئولیت صندوق های بیمه گر در قبال درمان بیمه شدگان تا چه میزان حداقلی ست و سطح پوشش این خدمات تا کجا انداز گیری می شود؟

بیمه تکمیلی یا بیمه تکمیلی؟

کاظم فرج اللهی،بازنشسته چیتری، بیمه تکمیلی بازنشستگان را «بیمه تکمیلی» می داند. او معتقد است اگر سازمان بیمه گر که در اینجا مراد همان تامین اجتماعی ست، به وظایف قانونی خود عمل می کرد، هیچ بازنشسته ای نیاز به بیمه تکمیلی نداشت.بازنشسته ای که در زمان اشتغال، «ته ایبست وهفتم» از دستمزد خود را بابت هزینه های درمانی بیمه پرداخته و در زمان بازنشستگی نیز دو درصد از مستمری خود را برای مصارف درمانی پرداخت می کند، چرا باید سهمی از مستمری را بابت بیمه تکمیلی به شرکت های خصوصی بپردازد؟ فرشیذ یزدانی، کارشناس بیمه و تامین اجتماعی، ضرورت بیمه تکمیلی را در دو بخش تفسیر می کند: بخشی لازم و معمول

در همه سیستم های بیمه ای و بخشی دیگر نامعمول و ازبیدیه شرایط نابسامان اقتصادی و فقدان نظارت های قانونی. او موضوع را از زوایای گوناگون واکاوی می کند: «چار چوب بیمه پایه را قانون تعریف می کند. در کشور ما به واسطه مناسبات حوزه درمان، بخشی از وظایف از عهده بیمه پایه خارج شده است چرا که بیمه ها باید در چار چوب تعرفه های دولتی عمل کنند و نمی توانند خارج از این تعرفه ها، خدمات ارائه دهند. این در حالی ست که بسیاری از خدمات درمان به بخش خصوصی منتقل شده اند که تعرفه هایشان چندین برابر بخش دولتی ست. پس می توان نتیجه گیری کرد که بخشی از دلایل وجودی بیمه تکمیلی، متأثر از بیماری نظام درمان ماست». وی ادامه می دهد: «بیمه های پایه یک سری خدمات درمانی و دارویی ضروری تر را پوشش می دهند. مثلاً هزینه های عمل جراحی زیبایی تحت پوشش بیمه نیست پس نوع خدمات مهم است، اما بحث بعدی «هزینه خدمات» است. ترکیب این دو، واقعیتی به نام بیمه تکمیلی را ایجاد می کند». ضرورت بیمه تکمیلی را چه مولفه هایی تعیین می کند؟ به اعتقاد یزدانی، بحث بیمه تکمیلی و ضرورت آن را باید در دو بستر مختلف تحلیل کرد؛ یکی بحث «هزینه های درمانی» است که ضرورت بیمه تکمیلی را ایجاد می کند و دیگری بحث «خدمات خاصی» است که بیمه پایه نمی تواند آنها را بپردازد.

بیمه تکمیلی: محصول فساد ساختاری در حوزه سلامت

یزدانی معتقد است یک بخشی از مساله، واقعی ست و ضرورت هم دارد. این خوب است که با توجه به محدودیت منابع، بیماری ها و داروهای شایع تر و ضروری تر پشتیبانی شوند اما مساله وجه دیگری هم دارد که فقط تحمیل هزینه جانی به شاغل و بازنشسته است. بیمه ها باید بر اساس تعرفه های دولتی عمل کنند اما وقتی حجم زیادی

هیچ کجای دنیا، ارائه دهنده خدمات درمانی، خودش قیمت گذار و ناظر نیست؛ این یعنی فساد ساختاری در حوزه سلامت. همین فساد ساختاری ايجاب می کند که بخشی از خدمات را بیمه تکمیلی پوشش بدهد

از خدمات به بخش خصوصی واگذار شده و بخش خصوصی ما نیز برخلاف همه کشورهای دنیا، خودسرانه خدمات خود را قیمت گذاری می کند، پای بیمه تکمیلی به میان می آید هیچ کجای دنیا، ارائه دهنده خدمات درمانی، خودش قیمت گذار و ناظر نیست؛ این یعنی فساد ساختاری در حوزه سلامت. همین فساد ساختاری ايجاب می کند که بخشی از خدمات را بیمه تکمیلی پوشش بدهد و گر نه خدمات ارائه شده در بخش دولتی و بیمارستان های تامین اجتماعی، «بیمه های درمانی» را پوشش می دهند. مثلاً بر بیماری ساختار سلامت، تقاضاهای القائی که توسط پزشکان ایجاد می شود در افزایش هزینه های بیمه ای تأثیر دارد؛ «این تقاضاهای القائی، هزینه های جنبی درمان را افزایش می دهند. مثلاً به بیمار «لقا» می شود که نیاز به چهار بار عکس برداری از ستون فقرات دارد در حالی که یک بار هم برای تشخیص بیماری کافی ست و در این میان، نظارت قوی نداشته بر تعرفه ها و اجزای البته خصوصی سازی نیز موثر است. وقتی «سود» محور هر چیز از جمله سلامت مردم شود، توقع ارائه خدمات درمانی رایگان و در دسترس، توقع زیادی ست». اصل قانون اساسی، بیمه همگانی را وظیفه دولت دانسته و محل تامین اعتبار آن را «درآمدهای عمومی» در نظر

گرفته است. طبق این اصل، بر خوراری از تامین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیسکاری، پیری، از کار افتادگی، بی سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت های پزشکی به صورت بیمه و غیره حقی است همگانی. دولت مکلف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت های مالی فوق را برای یک یک افراد کشور تأمین کند. بر اساس این اصل قانونی، بر خور داری از خدمات درمان، حق همه شهروندان است. یکی از نمودهای تجلی این حق، «بیمه ها» هستند که باید دولت، منابع درآمدی آنها را تامین کنند. حال کارگران که بخش اعظم شهروندان هستند، نه تنها از خدمات درمان بیمه همگانی بهره مند نیستند، بلکه به رغم پرداخت سهم بیمه در قالب «ته ایبست وهفتم» از دستمزد زمان اشتغال، باز هم خدمات درمانی رایگان و باکیفیت دریافت نمی کنند. علاوه بر این، باید مبلغی اضافی به صورت ماهانه بپردازند تا بیمه تکمیلی نصب شان شود. اما همین بیمه تکمیلی پایه عبارتی «تحمیلی» نیز که محصول ناکارآمدی ساختار سلامت، خصوصی سازی، فقدان نظارت بر تعرفه گذاری و فشار تقاضاهای القائی ایجاد شده توسط ارائه دهندگان سودجوی درمان است، برای ارائه خدمات درمانی باکیفیت به نیروی کار، کافی نیست. بازنشستگان از «بیمه تکملی» و روند خدمات رسانی آن ناراضی اند.

بیمه تکمیلی فقط ۷۰درصد هزینه های درمان را می پردازد
کاظم فرج اللهی نارسایی های بیمه تکمیلی را این گونه دسته بندی می کند: «دسترسی به آن در مواقع اضطراری سخت است. هماهنگی با بیمارستان ها و مراکز درمانی طرف قرارداد برای یک بازنشسته بیمار بسیار دشوار است. بین دریافت رسید هزینه ها؛ از مراکز درمانی تا دریافت هزینه ها؛ از بیمه تکمیلی، تأخیر طولانی وجود دارد. از همه اینها گذشته، تعرفه پرداخت ها پایین است».

وی ادامه می دهد: بازنشسته ای که هزینه های گزاف بیمه تکمیلی را هر ماه پرداخت می کند و با هزار مصیبت به مراکز درمانی طرف قرارداد مراجعه می کند، انتظار دارد که لااقل بعد از این همه مصیبت، همه هزینه ها پرداخت شود اما این گونه نیست. گاهی بازنشسته مجبور می شود بین ۳۰ تا ۵۰ درصد هزینه ها را از جیب خالی خودش پرداخت کند چرا که تعرفه های پرداخت بیمه تکمیلی، حداکثر حدود ۷۰درصد است.

تعرفه های مراکز درمانی خصوصی باتعرفه های بیمه تکمیلی فرق دارد

این فعال صنفی ادامه می دهد: مبالغی که بیمه تکمیلی پرداخت می کند بستگی دارد به اینکه به کدام مرکز درمانی مراجعه کنی و آن مرکز چه

تعرفه های «اختصاصی» داشته باشد. نسبت این تعرفه ها به تعرفه های بیمه آتیه سازان (متولی بیمه تکمیلی) سهم پرداخت بازنشسته را مشخص می کند. مراکز درمانی سال هاست در رسیدی که به بازنشسته می دهند، عدد و رقم مشخص نمی کنند و فقط نوع خدمات را مشخص می کنند و بیمه گذار تکمیلی نیز با استناد به تعرفه های خودش و مستقل از تعرفه های مراکز درمانی خصوصی، بخشی از هزینه ها را پرداخت می کند. به نظر می رسد نارسایی بیمه تکمیلی که نا کافی بودن پرداخت ها و تأخیرهای طولانی آن را موجب می شود، ریشه در دو عامل دارد؛ اول ساختار معیوب نظارتی وزارت بهداشت و تعرفه گذاری های ناعادلانه و پریشان در بخش سلامت و دوم تعامل نامناسب و بیمار صندوق بیمه گذار پایه یعنی تامین اجتماعی و بیمه گذار تکمیلی که برای کارگران بازنشسته «آتیه سازان حافظ» است که البته به همه اینها مصائب ناشی از «خصوصی سازی درمان» و کلاپی کردن بهداشت، اضافه می شود. روابط عمومی شرکت «آتیه سازان حافظ» تا زمان ارائه این گزارش از ارائه توضیحات احتمالی در رابطه با انتقادات بازنشستگان خودداری کرده است اما گویا تامین اجتماعی مبالغی را که از حساب بازنشستگان کسر می کند با تأخیر چندماهه به حساب این شرکت واریز می کند و همین تأخیر، یکی از عواملی است که پرداخت هزینه های درمان بازنشستگان را طولانی می کند. علی اکبر عیوضی، عضو کانون بازنشستگان تامین اجتماعی شهر تهران در این رابطه می گوید: یک اصل را فراموش نکنیم، سازمان تامین اجتماعی موظف است طبق «قانون الزام» تمام خدمات درمانی را رایگان در اختیار بیمه شده قرار بدهد اما متأسفانه این گونه نیست، پس بازنشستگان که نسبت به شاغلان آسیب پذیری بیشتری دارند و گرفتار بیماری های دوران کهنوت هستند، «اجبار» به بیمه تکمیلی روی آورده اند تا بتوانند خدمات درمانی بهتری دریافت کنند. کوتاهی تامین اجتماعی در ارائه خدمات درمانی را نمی توان نادیده گرفت اما این سازمان بیمه گر، کوتاهی و قصور دیگری را نیز مرتکب می شود. تامین اجتماعی قبول کرده که ماهیانه مبلغی را از مستمری بازنشستگان کسر کند و در اختیار بیمه گذار تکمیلی قرار دهد. سازمان این مبلغ را «کسر» می کند اما به بیمه گذار با تأخیر می پردازد. این تأخیر قبلاً یک ماه بود ولی الان به چهار تا پنج ماه رسیده گیریم که چیزی به نام بیمه تکمیلی نبود. آیا تامین اجتماعی می توانست مبلغی را از حساب بازنشسته کسر کند و پیش خودش نگه دارد آن هم چهار تا پنج ماه؟! همین مساله باعث می شود که بازنشسته هزینه خدمات درمانی را با چند ماه تأخیر دریافت کند. این تأخیر، بازنشستگان را ناراضی کرده است و هیچ کس هم جوابگو نیست.



شیرازه خدمت رسانی در تامین اجتماعی از هم پاشیده است

بازنشسته با هزار مصیبت به مراکز درمانی مراجعه می کند، هزینه های درمان را می پردازد و رسید انعام خدمات می گیرد. به «آتیه سازان حافظ» که مراجعه می کند می گویند برو چند ماه دیگر بیا پولت را بگیر! عیوضی این روند را صددرصد «نا عادلانه» می داند و معتقد است همین مساله نشان می دهد که شیرازه خدمت رسانی در تامین اجتماعی از هم پاشیده است. به گفته عیوضی، سقف پایین پرداخت های بیمه تکمیلی نیز مشکل دیگری ست که به ضعف قرار دادهایی که با «آتیه سازان» بسته شده، برمی گردد. او می گوید همین پرداخت ۷۰ تا ۷۵درصدی به موقع به بازنشسته پرداخت نمی شود. این یعنی القبای بیمه و خدمات رسانی رعایت نمی شود. موضوع دیگری که عیوضی به آن اشاره می کند، عدم رعایت ماده ۸۹قانون تامین اجتماعی است. طبق این قانون، باید دو درصد از «سنوات بازنشستگی» بابت بیمه پایه کسر شود ولی به اشتباه دو درصد از اصل مستمری هر ماه از حساب بازنشسته قچی می شود. واضح است که کسر این مبلغ هیچ کارکرد عملی برای بازنشسته ندارد چرا که بازنشسته نمی تواند روی «بیمه پایه» به عنوان یک خدمات رسان باکیفیت حساب کند و باز هم مجبور است به «بیمه تکمیلی» روی بیاورد. بررسی و جوه مختلف «بیمه تکمیلی» نمودار مشکلات فراوان در ابعاد مختلف است. از تلاش دولت برای خصوصی سازی درمان و عدم نظارت وزارت بهداشت بر تعرفه گذاری خدمات درمانی گرفته تا کارکردی های بیشمار سازمان های بیمه گر پایه. همه و همه از عوامل اصلی سقوط کیفیت درمان در عین افزایش سرسام آور هزینه ها هستند. در این بین نمی توان قصور دولت در پرداخت بدهی های سازمان های بیمه گر را نادیده گرفت. این «تعهد گریزی» کار را برای صندوق های بیمه ای دشوار می کند. راه خروج چیست؟ آیا جز برنامهریزی های مدون همه جانبه که تمام سازمان های درگیر را به وظایف اصلی شان بازگرداند، راهی برای کیفیت بخشی به خدمات درمانی ارائه شده به یک کارگر بازنشسته وجود دارد؟



کمتر از ۴۴ ساعت در هفته کار کرده و آماده انجام کار اضافی بوده اند. در حالی است که ۴۱درصد از شاغلان ۱۰ساله و بیشتر، ۴۹ ساعت و بیشتر در هفته کار کرده اند.

بررسی سهم اشتغال ناقص نشان می دهد که در تابستان امسال ۱۰درصد جمعیت شاغل به دلایل اقتصادی (فصل غیر کاری، رکود کاری، پیدا نکردن کار با ساعت بیشتر و...)،

عمده اقتصادی نشان می دهد که در تابستان امسال بخش خدمات ۴۹.۵درصد بیشترین سهم اشتغال را به خود اختصاص داده است. در مراتب بعدی بخش های صنعت با ۳۱.۶درصد و کشاورزی با ۱۸.۹درصد قرار دارند.

نرخ بیکاری جوانان ۱۵ تا ۲۹ساله حاکی از آن است که ۲۴.۹درصد از فعالان این گروه سنی در تابستان ۱۳۹۷ بیکار بوده اند. بررسی تغییرات فصلی نرخ بیکاری این افراد نشان می دهد، این نرخ نسبت به فصل مشابه در سال قبل (تابستان ۱۳۹۶) ۰.۸درصد افزایش یافته است.

و ۳۲.۶هزار نفر رسیده است.

در تابستان امسال به میزان ۴۰.۹درصد جمعیت ۱۰ساله و بیشتر از نظر اقتصادی فعال بوده اند، یعنی در گروه شاغلان با بیکاران قرار گرفته اند. بررسی تغییرات نرخ مشارکت اقتصادی حاکی از آن است که این نرخ نسبت به فصل مشابه در سال قبل (تابستان ۱۳۹۶) ۰.۲درصد افزایش داشته است. جمعیت شاغلان ۱۰ساله و بیشتر در این فصل ۲۳میلیون و ۹۵۶هزار نفر بوده که نسبت به فصل مشابه سال قبل ۱۵۸هزار نفر افزایش داشته است. بررسی اشتغال در بخش های

نرخ بیکاری افراد ۱۰ساله و بیشتر نشان می دهد که ۱۲.۲درصد از جمعیت فعال (شاغل و بیکار) در تابستان امسال بیکار بوده اند که این نرخ نسبت به مدت مشابه پارسال مقداری افزایش یافته است.

به گزارش ایسنا، نتایج طرح آمارگیری نیروی کار تابستان ۱۳۹۷ از سوی مرکز آمار منتشر شده که طبق آن، روند تغییرات نشان می دهد که شاخص نرخ بیکاری افراد ۱۰ساله و بیشتر نسبت به تابستان ۱۳۹۶ به میزان ۰.۷درصد افزایش داشته و جمعیت بیکار کشور با ۲۳۷هزار نفر افزایش به سه میلیون