

آتی‌ه‌ن‌و نظام تأمین اجتماعی آفریقای جنوبی را بررسی می‌کند

ردپای آپارتاید پس از ۳ دهه

گزارش

جمهوری آفریقای جنوبی کشوری است در جنوب قاره پهناور آفریقا و در سواحل دوقیانوس اطلس و هند که با جمعیتی حدود ۵۹٫۶ میلیون نفر چهارمین کشور پر جمعیت در جنوب صحرای آفریقا است. به دلیل مهاجرت‌های صورت گرفته خصوصاً از اروپا، آفریقای جنوبی از لحاظ نژادی بسیار متنوع است. سیاه‌پوستان ۸۰٫۹ درصد مردم این کشور را شامل شده و بزرگترین گروه نژادی این کشور را تشکیل می‌دهند. سفیدپوستان نیز با جمعیتی برابر ۷٫۸ درصد از کل، اقلیت نژادی این کشور هستند. بر اساس شاخص جهانی مراقبت‌های بهداشتی در سال ۲۰۲۰، سیستم مراقبت‌های بهداشتی آفریقای جنوبی در بین ۸۹ کشور، رتبه ۴۹ را دارد، اما با این وجود، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی در مناطق روستایی ضعیف است و مشکلاتی برای حفظ پزشکان در سیستم عمومی وجود دارد. علاوه بر این، تنها ۲۷ درصد از بیمارانی که به مراقبت‌های روانی نیاز دارند، از بیمه درمانی استفاده می‌کنند. با این حال، سیستم مراقبت‌های بهداشتی آفریقای جنوبی به طور کلی به آرامی و به طور پیوسته در حال بهبود است.

بهداشتی عمومی در آفریقای جنوبی تا ۴۰ درصد یارانه پرداخت و هزینه‌های بیمار نیز بر اساس درآمد و بزرگی خانواده تخمین زده می‌شود. این سیستم بیماران را به سه دسته برای تعیین هزینه ویزیت‌ها تقسیم می‌کند. بیمارانی که هزینه کامل پرداخت می‌کنند یا توسط یک پزشک خصوصی درمان می‌شوند. این افراد معمولاً شهروند آفریقای جنوبی نیستند. این امر در مورد مهاجرانی که واجد شرایط استفاده از امکانات عمومی هستند اما باید بالاترین رده صورتحساب را بپردازند، اعمال می‌شود. دومین دسته بیمارانی هستند که تا حدی یارانه دریافت می‌کنند. این افراد هزینه مراقبت خود را تا حدودی بر اساس درآمدشان پوشش می‌دهند. در نهایت، دسته سوم، بیمارانی هستند که یارانه کامل دریافت می‌کنند. این افراد توسط خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه به بیمارستان ارجاع می‌شوند. این مورد بیشتر در مورد افرادی صادق است که درآمد کمتری دارند. علاوه بر این، مواردی نیز وجود دارد که برخی از خدمات پزشکی رایگان ارائه می‌شود. برای مثال، حدود ۳ هزار و ۵۰۰ کلینیک وجود دارد که به زنان باردار و کودکان زیر شش سال خدمات بهداشتی رایگان ارائه می‌دهند.

تفاوت مراقبت‌های خصوصی و عمومی

به عنوان یک قاعده کلی، بیمارستان‌های دولتی در آفریقای جنوبی از بودجه و کارکنان کافی برای ارائه خدمات به شهروندان برخوردار نیستند. بیماران از زمان انتظار طولانی، فقدان حریم خصوصی و ازدحام بیش از حد رنج می‌برند و منبع مهم این مشکلات در آفریقای جنوبی این است که به بیمارستان‌های دولتی منابع کافی اختصاص داده نمی‌شود. به این ترتیب، آنها قادر به به‌روزرسانی تجهیزات خود نیستند و نمی‌توانند دستمزدهای رقابتی به پزشکان پرداخت کنند تا پزشکان برتر در بیمارستان‌های دولتی به کار مشغول شوند، یا حتی دارو در داروخانه‌های خود ذخیره کنند. به عبارت دیگر، کارکنان بیمارستان‌های دولتی بیش از حد کار کرده و دستمزدهای کمی دریافت می‌کنند که عمده دلایل آن به دلیل سوءمدیریت و فساد پیچیده حاکم بر نظام بهداشتی آفریقای جنوبی است.

با این وجود، باید اذعان داشت آفریقای جنوبی از سیستم مراقبت‌های بهداشتی خصوصی بسیار باکیفیتی برخوردار است. بیمارانی که از سیستم مراقبت‌های بهداشتی خصوصی استفاده می‌کنند می‌توانند انتظار زمان کوتاه و امکانات مدرن داشته باشند. حریم خصوصی بیشتری در اتاق‌های بیماران وجود دارد و اقامت در بیمارستان راحت‌تر است. بیمارستان‌های خصوصی آفریقای جنوبی محل زندگی بهترین پزشکان این کشور هستند که از دستمزدها و مزایای بسیار بالا به نسبت سیستم‌های دولتی برخوردار هستند. در عین حال هزینه بالای مراقبت‌های بهداشتی خصوصی در این کشور باعث شده تا اکثریت شهروندان کشور از دریافت این خدمات محروم و تنها حدود ۲۰ درصد از شهروندان این کشور از این خدمات بهره‌مند باشند.

شرایط استفاده از سیستم‌های بهداشتی

همان‌طور که اشاره شد قانون اساسی آفریقای جنوبی تضمین می‌کند که همه به خدمات مراقبت‌های بهداشتی دسترسی داشته باشند که شامل مهاجران، پناهندگان و پناهجویان نیز می‌شود. بنابراین تنها بازندگی در آفریقای جنوبی، مهاجران می‌توانند از مراقبت‌های بهداشتی عمومی برخوردار شوند. پناهندگان و پناهجویان، نیازی به مجوز یا مدارک شناسایی آفریقای جنوبی برای دسترسی به درمان رایگان ندارند. با این حال، همه اتباع خارجی باید برای دسترسی به خدمات مراقبت‌های بهداشتی عمومی یا خصوصی در یک طرح بیمه سلامت مشترک شوند. هر چند سطح خدمات ارائه شده به مهاجران بسیار پایین است و برای برخورداری از برخی از خدمات بهداشتی و درمانی باکیفیت‌تر باید هزینه‌های زیادی را بپردازند.



آن پرداخت نمی‌کنند.

برای برخورداری از مزایای ازکارافتادگی کارگر آسیب‌دیده باید ظرف ۱۲ ماه حادثه را گزارش و ارزیابی‌ها نیز آسیب‌دیدگی در حین کار را تأیید کنند. بر اساس بیمه اجتماعی آفریقای جنوبی، برای ازکارافتادگی کلی، ۷۵ درصد از آخرین درآمد ماهانه کارمند حداکثر تا ۱۲ ماه پرداخت می‌شود. پس از ارزیابی بیشتر ناتوانی، ممکن است تا ۲۴ ماه (در موارد خاص طولانی‌تر) تمدید شود. این مزایا پس از یک دوره انتظار سه روزه پرداخت می‌شود. مزایای آسیب‌دیدگی جزئی ممکن است به صورت دوره‌ای یا به صورت یکجا به فرد آسیب‌دیده پرداخت شود. همچنین چنانچه فرد آسیب‌دیده برای انجام وظایف روزانه نیاز به حضور مستمر دیگران داشته باشد، ماهانه هزار و ۹۹۰ رند پرداخت می‌شود.

سیستم بهداشت و درمان آفریقای جنوبی

سیستم مراقبت‌های بهداشتی در آفریقای جنوبی به وسیله وزارت بهداشت اداره می‌شود. با این حال، آفریقای جنوبی سیستم مراقبت‌های بهداشتی همگانی ندارد. دو عوض، دو سیستم موازی در این کشور وجود دارد. یک سیستم مراقبت‌های بهداشتی خصوصی و یک سیستم مراقبت‌های بهداشتی عمومی در کنار یکدیگر عمل می‌کنند. اکثریت مردم، حدود ۸۰ درصد از جمعیت، برای مراقبت از خود به سیستم عمومی متکی هستند که از دولت یارانه دریافت می‌کند، اما به طور کل، بودجه آن کم و محدود و مدیریت ضعیفی نیز دارد.

از سوی دیگر، تخمین زده می‌شود ۸۰ درصد پزشکان در سیستم خصوصی کار می‌کنند و تنها به ۲۰ درصد یا بیشتر از جمعیت، عمدتاً خانواده‌های طبقه متوسط و طبقه بالا، و همچنین مهاجران، خدمات ارائه می‌دهند. به این ترتیب، سیستم عمومی دائماً با کمبود منابع مواجه است، در حالی که سیستم خصوصی بسیار قوی عمل می‌کند. این شکل از ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در آفریقای جنوبی تا حدود زیادی یادآور روزه‌های سیاه آپارتاید در این کشور است؛ هر چند به لحاظ قانونی و سیاسی در این کشور ریشه‌کن شده، اما نظام بهداشت و درمان این کشور همچنان بر اساس نابرابری عمل می‌کند.

هزینه‌های سیستم بهداشت و درمان

بودجه بهداشت عمومی آفریقای جنوبی از طریق مالیات و همچنین از طریق هزینه‌های مراقبت از بیماران تأمین می‌شود. به سیستم مراقبت‌های

در صورتی که این ارقام در شهروندان سیاه‌پوست به ترتیب به ۸۰ درصد و ۷۷ درصد می‌رسد. برنامه اجتماعی بازنشستگی در آفریقای جنوبی بسیار سخاوتمندانه است. حداکثر مزایا در سال ۱۹۹۳ به ماهانه ۳۷۰ راند (پول رایج آفریقای جنوبی) می‌رسید که معادل نیمی از درآمد ماهانه خانوارهای آفریقایی و بیش از دو برابر درآمد سرانه سیاهان بود. همچنین در صورتی که مستمری‌بگیر سالمند برای انجام وظایف روزانه نیاز به حضور مستمر دیگران داشته باشد، کمک‌هزینه حضور و غیاب مستمر (Grant-in-Aid) پرداخت می‌شود.

کمک‌هزینه بازماندگان

برای دریافت کمک‌هزینه بازماندگان، متوفی باید در صندوق بیمه بیکاری مشارکت داشته، حق بیمه بیکاری را پرداخت کرده و در زمان فوت حداقل یک اعتبار داشته باشد. اعطای اعتبار در نظام تأمین اجتماعی این کشور به این صورت است که به ازای هر پنج روز کار انجام شده در ماه، یک اعتبار به فرد اعطا می‌شود. اعتبارات انباشته شده را می‌توان برای مزایای بازماندگان، بیماری، فرزندخواندگی و بیکاری استفاده کرد.

بازماندگان واجد شرایط دریافت مستمری بازماندگان، شامل همسر یا شریک زندگی بازمانده‌ای است که ظرف شش ماه پس از فوت فرد بیمه‌شده برای دریافت مزایا درخواست دهند. اگر همسر یا شریک بازمانده واجد شرایطی وجود نداشته باشد، یا اگر همسر یا شریک زندگی در بازه زمانی لازم برای دریافت این مزایا درخواست نکنند، این مزایا به یک فرزند تحت تکفل کمتر از ۲۱ سال (در صورتی که دانشجو باشد ۲۵ سال) پرداخت می‌شود.

بازماندگان ممکن است تنها یک مزایا (بازماندگان یا بیمه ازکارافتادگی) را در یک زمان دریافت کنند. همچنین اگر متوفی به دلیل تقلب از مطالبه معلق شده باشد، مزایای بازماندگان پرداخت نمی‌شود.

غرامت آسیب‌دیدگی در حین کار

ان‌قون پرداخت غرامت آسیب‌دیدگی در حین کار پس از فروپاشی نظام آپارتاید و در سال ۱۹۹۳ تصویب شد و افراد شاغل، از جمله کارگران قراردادی، کارگران عادی، کارگران کشاورزی و برخی از پرسنل نظامی را شامل می‌شود. این قانون استثنائاتی نیز دارد از جمله افراد خوداشتغال، کارگران خانگی، داوطلبان بدون مزد و برخی پرسنل نظامی. حق‌بیمه این بخش از بیمه اجتماعی آفریقای جنوبی تماماً توسط کارفرما تأمین می‌شود و دولت و فرد بیمه‌شده هزینه‌ای بابت

بیمه همگانی در آفریقای جنوبی که با نام بیمه اجتماعی شناخته می‌شود برای نخستین بار در دهه ۱۹۲۰ راه‌اندازی شد و شکل کنونی آن محصول تغییرات گسترده سیاسی و اجتماعی این کشور پس از فروپاشی نظام آپارتاید است. این بیمه افراد شاغلی که بیش از ۲۴ ساعت در ماه کار می‌کنند، شامل برخی از کارمندان دولت، کارگران خانگی و کارگران فصلی و دسته خاصی از افراد خوداشتغال را دربر می‌گیرد و هزینه‌های آن از طریق ترکیبی از پرداخت‌های شخص بیمه‌شده، کارفرما و دولت پرداخت می‌شود.

برنامه بازنشستگی سالمندان

برنامه اجتماعی بازنشستگی در آفریقای جنوبی که سابقه آن به دهه ۱۹۲۰ بازمی‌گردد از لحاظ تاریخی فقط سفیدان آفریقای جنوبی را شامل می‌شد. هر چند این قانون در سال‌های ۱۹۲۸، ۱۹۳۶ و ۱۹۴۶ مورد بازنگری قرار گرفت و مفاد جدید به آن اضافه شد، اما همچنان فقط سفیدپوستان از مزایای آن بهره‌مند می‌شدند. فروپاشی نظام آپارتاید در اواخر دهه ۱۹۸۰ و اوایل دهه ۱۹۹۰ باعث شد فشارهای شدیدی برای نیل به برابری بیشتر نژادی در حوزه مزایا و استحقاق دریافت مستمری بازنشستگی به دولت وارد شود. بنابراین بعد از سال ۱۹۹۲، اصلاحاتی اساسی در برنامه صورت گرفت تا سایر خانواده‌های آفریقایی و سیاه‌پوست نیز مشمول آن شوند. در همان مرحله، از نظر نظام توزیع مستمری، فناوری‌های پیشرفته به خدمت گرفته شد تا هم دسترسی به افراد ساکن در مناطق دورافتاده میسر شود و هم موجبات برابری‌سازی گروه‌های نژادی از لحاظ آزمون استطاعت مالی و سطح مزایا فراهم آید.

در این کشور واجد شرایط شدن برای دریافت مستمری بازنشستگی عمدتاً به عامل سن وابسته است؛ فقط زنان بالاتر از ۶۰ سال و مردان بالاتر از ۶۵ سال صلاحیت دریافت حقوق بازنشستگی دارند. در عین حال، برخی مقامات محلی از این نظر، تفاوت سن مقرر برای زنان و مردان را حذف کرده‌اند. بنابراین شماری از مردان بین ۶۰ تا ۶۵ سال که تعداد آنها کم هم نیست، مستمری بازنشستگی دریافت می‌کنند.

علاوه بر این، برنامه بازنشستگی دولتی بر آزمون استطاعت مالی مبتنی است. در نتیجه بیشتر سفیدپوستانی که از طبقات مرفه این کشور نیز هستند از حوزه شمول آن خارج می‌شوند، در حالی که غالب سیاهان صلاحیت دریافت حداکثر مبلغ مستمری را پیدا می‌کنند. آمارهای سازمان تأمین اجتماعی آفریقای جنوبی نشان می‌دهد ۱۴ درصد از زنان و ۷ درصد از مردان سفیدپوست مستمری می‌گیرند،

الهام‌اظه‌ری

روزنامه نگار

ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در آفریقای جنوبی تا حدود زیادی یادآور روزهای سیاه آپارتاید در این کشور است

انتخاب محمدازمان

به‌عنوان رییس جدید ایسا

شورای اتحادیه بین‌المللی تأمین اجتماعی (ISSA) دکتر محمد ازمان بن‌عزیز محمد از مالزی را به عنوان رییس جدید این انجمن انتخاب کرد. شوراهمچنین اعضاء کمیسیون جدید خزانه‌داری و کنترل ایسا را انتخاب و مأموریت دبیر کل را تجدید کرد. این انتخابات در طول سی‌ونهمین نشست شورای ایسا که در ۲۸ اکتبر سال ۲۰۲۲، در روز پایانی مجمع جهانی تأمین اجتماعی در مراکش برگزار شد، انجام شد. دکتر ازمان، مدیر اجرایی و مدیر کل سازمان تأمین اجتماعی مالزی است و سال‌ها به طور فعال در ایسا از جمله به عنوان عضو دفتر رییس کمیسیون فنی سازمان، مدیریت و نوآوری و معاون بخش بین‌الملل مشارکت داشته است. دکتر ازمان در سخنرانی انتخاباتی خود گفت: «به عنوان رییس اتحادیه، چشم‌انداز من این است که ایسا را در محیط پس از همه‌گیری به منظور ارتقاء پوشش تأمین اجتماعی انعطاف‌پذیر و جامع هدایت کنم.» رییس جدید اتحادیه بین‌المللی تأمین اجتماعی برای یک دوره سه ساله انتخاب شده و جایگزین پروفسور دکتر یواخیم پروئر می‌شود که از سال ۲۰۱۶ به عنوان رییس ایسا خدمت کرده است.

هند، ارزان‌ترین کشور از نظر هزینه تولید

گزارشی از اکنومیک تایمز درباره وضعیت زندگی کارگران در جهان با بررسی عوامل گوناگون نشان می‌دهد هند ارزان‌ترین هزینه تولید در جهان را دارد، اما در کیفیت زندگی و برابری درآمد در جایگاه ضعیف‌ترین کشورها قرار گرفته است.

بر اساس یک گزارش، هند به عنوان کشوری با ارزان‌ترین هزینه تولید، بالاتر از چین و ویتنام قرار گرفته است. بر اساس گزارش اخبار ایالات متحده و جهان (US News and World)، از میان ۸۵ کشور، هند در رده‌بندی کلی بهترین کشورها در جایگاه سی‌ویکم قرار گرفته است.

هند در رده «برای تجارت آزاد» در جایگاه سی‌وهفتم قرار گرفت. این گزارش ۸۵ کشور را در ۷۳ ویژگی ارزیابی می‌کند. این ویژگی‌ها در ۱۰ زیرمجموعه، شامل ماجراجویی، چابکی، کارآفرینی، برای تجارت آزاد، هدف اجتماعی و کیفیت زندگی گروه‌بندی می‌شوند.

در زیرشاخه تجارت آزاد، هند در مورد هزینه‌های تولید ارزان صد درصد امتیاز را کسب کرده، اما در محیط مالیاتی مطلوب، امتیاز ۱۶۲ از ۱۰۰ را کسب کرده است. ۱۸۱ در رده سلامت کاری و ۳۵ در سیاست‌های شفاف دولت را به دست آورده است. به طور مشابه، در بخش کیفیت زندگی، هند امتیاز ۱۰۹ را در برابری درآمد کسب کرده است. ۴۰۳ در ایمنی کار، ۲۰۳ در سیستم بهداشت عمومی به خوبی توسعه یافته و ۹۰۹ در زیر پارامتر پایداری اقتصادی، را دریافت کرده است. دولت اقداماتی مانند اجرای طرح‌های تشویقی مرتبط با تولید و تبدیل هند به یک مرکز تولید جهانی انجام داده است. در رده‌بندی کلی بهترین کشورها، سوئیس در صدر جدول قرار دارد و پس از آن آلمان، کانادا، ایالات متحده و سوئد قرار دارند.