گذر

افتتاح ۵۹۸ تعاونی با ۱۸ هزار فرصت شغلی

● **فارس:** معاون وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی در آستانه هفته تعاون با اشاره به افتتاح ۵۹۸ شرکت تعاونی که ۱۸ هزار فرصت شغلی ایجاد خواهد کرد، گفت: در پنج ماه امسال، تعاونی‌های مرزنشین بیش از ۲۲۵ میلیون دلار صادرات غیرنفتی داشته‌اند. سیدحمید کلانتری، معاون امور تعاون وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی اظهار کرد: در حوزه تعاون هفت راهبرد و هر کدام هفت برنامه قابلیت پیگیری وجود دارد. این برنامه‌ها شامل توسعه همکاری‌های بین‌بخشی، تأمین مشوق‌ها و تأمین مالی، توسعه بازار برند، تعمیم نظارت بر تعاونی‌ها، توسعه تعاملات بین‌شبکه‌ای از جمله اهداف سند راهبردی است. معاون امور تعاون وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی افزود: هم‌اکنون ۱۰۰ هزار تعاونی یک میلیون و ۶۰۰ هزار اشتغال در کشور ایجاد کرده‌اند که با سرمایه موجود هرکدام ۵۰ تا ۶۰ میلیون تومان هزینه داشته‌اند. متوسط هزینه ایجاد اشتغال در کشور ۲۰۰ میلیون تومان است که این هزینه در بخش تعاون کمتر از ۲۵ درصد و در محدوده ۵۰ میلیون تومان است.

تأیید تخلفات گردنه حیران توسط کمیسیون اصل ۹۰

● **ایلنا:** سخنگوی کمیسیون اصل ۹۰ از تأیید تخلفات انجام شده در گردنه حیران توسط تیم کارشناسی این کمیسیون خبر داد. مصطفی افضلی‌فرد با تأکید بر اینکه کمیسیون اصل ۹۰ پرونده‌های زمین‌خواری به‌ویژه پرونده گردنه حیران را در دستور کار خود قرار داده است، تصریح کرد: تیم کمیسیون اصل ۹۰ برای بررسی میدانی پرونده به گردنه حیران اعزام و گزارشی از اقدام‌های غیرقانونی انجام‌شده تهیه کرده است. نماینده مردم اردبیل در مجلس شورای اسلامی با بیان اینکه در نخستین جلسه کاری کمیسیون اصل ۹۰، زمین‌خواری گردنه حیران با حضور طرفین پرونده مورد بررسی قرار می‌گیرد، ادامه داد: تیم کارشناسان اعزامی، تصرف‌ها و ساخت‌وسازهای غیرقانونی را تأیید کرده که نتیجه آن در جلسات کمیسیون مورد بررسی قرار می‌گیرد.

ربیعی: به‌زودی جزئیات حذف یارانه‌ها را اعلام می‌کنم

● **فارس:** وزیر کار، تعاون و رفاه اجتماعی گفت: جایگزینی کارت سهمیه به جای یارانه نقدی صحت ندارد و اصلا در دستور کار نیست. علی ربیعی، وزیر کار، تعاون و رفاه اجتماعی در پاسخ به این سؤال که آیا این امکان وجود دارد که یارانه نقدی به کارت سهمیه‌ای تبدیل شود، گفت: این موضوع صحت ندارد و اصلا در دستور کار نیست. وی درباره حذف یارانه ثروتمندان تصریح کرد: در حال شناسایی افراد هستیم و این کار با اطمینان بالایی صورت می‌گیرد. ربیعی در پایان خاطرنشان کرد: به‌زودی در یک برنامه تلویزیونی آخرین جزئیات درباره حذف یارانه‌ها را اعلام خواهم کرد.

توصیه بانک جهانی به ایران در دوران پساتحریم

● **مهر:** با رفع تحریم‌های ایران شاهد رونق و همچنین رشد پایدار اقتصادی این کشور خواهیم بود. پایگاه خبری «اسپاتنیک» به نقل از بانک جهانی اعلام کرد با رفع تحریم‌های ایران شاهد رونق و همچنین رشد پایدار اقتصادی این کشور خواهیم بود، البته این روند رو به رشد مستلزم برنامه‌ریزی صحیح در داخل ایران است. این نهاد بین‌المللی به ایران توصیه کرد از فرصت در پیش رو برای سرمایه‌گذاری در بهبود زیرساخت‌های داخلی و همچنین ارتقای سیستم مخابراتی به‌منظور پشتیبانی بیشتر صنایع حوزه فناوری استفاده و از تمرکز سرمایه‌گذاری روی صنایع نفتی اجتناب کند.

رتبه سوم پرت گاز در جهان به ایران رسید

● **تسنیم:** بانک جهانی از هدر رفت سالانه ۱۰.۵ میلیارد مترمکعب گاز در ایران خبر داد و اعلام کرد ایران در رتبه سوم جهان از نظر پرت گاز قرار دارد. بانک جهانی در گزارشی از وضعیت هدر رفت گاز طبیعی در میادین نفت و گاز جهان اعلام کرد تلاش‌ها برای کاهش انتشار گازهای گلخانه‌ای در میادین نفت و گاز نتایج مثبتی داشته است. براساس برآوردهای این نهاد بین‌المللی پرت گاز در میادین با کاهش ۲۰ درصدی طی سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۲ مواجه شده است. میزان پرت گاز در میادین نفت و گاز جهان طی سال ۲۰۰۵ بالغ بر ۱۷۲ میلیارد مترمکعب بوده که این رقم در سال ۲۰۱۲ به ۱۴۰ میلیارد مترمکعب رسیده است. کاهش ۲۰ درصدی پرت گاز در جهان طی این مدت که در نتیجه گازهای گلخانه‌ای کمتری روانه جو کرده است معادل خاموش‌شدن ۵۲ میلیون خودرو بوده است. براساس این گزارش، ایران سومین مقام در جهان از نظر پرت گاز را دارد و در سال ۲۰۱۲ بالغ بر ۱۰.۵ میلیارد مترمکعب گاز در میادین این کشور سوخته و به هدر رفته است. در عین حال میزان پرت گاز در ایران طی این سال نسبت به سال قبل اندکی کاهش داشته است.

عدالت دولت‌ها در دسترسی به بهداشت و درمان به روایت احمد فیاض‌بخش

جیره‌بندی ناگزیر منابع سلامت

عکس: عباس حیدری، ایرنا

شرق: بر اساس قانون اساسی کشور، دسترسی به خدمات پایه پزشکی باید برای مردم رایگان باشد اما آنچه در عمل در اواخر سال‌های دولت قبل اتفاق افتاده بود، بسیاری از خدمات عملا رایگان نبود و بیماری که در بیمارستان دولتی بستری می‌شد، مجبور بود بسیاری از تجهیزات و حتی برخی از خدمات را از بیرون بیمارستان و با پرداخت از جیب تهیه کند. ازاین‌رو، آنچه در عمل اتفاق می‌افتاد حدود ۶۰ درصد از خدمات بیمارستانی با «پرداخت از جیب» توسط بیمار پرداخت می‌شد. گرچه احتمالا این مسئله برای طبقات مرفه مهم نبود اما برای اقشار آسیب‌پذیر، به‌خصوص در کنار گرانی‌های سال‌های اخیر، می‌توانست اهمیت زیادی داشته باشد. در دولت یازدهم، به هر دلیلی، طرح تحول سلامت اجرائی شد. در این طرح، مبنای توزیع عادلانه خدمات بهداشتی در جامعه مدنظر قرار گرفت اما اینکه گفته می‌شود به دنبال نهادینه‌شدن عدالت در بین مردم هستیم، موجب طرح این سؤال می‌شود که این مسئله آیا می‌تواند با عدالت همراه باشد؟ نشست مؤسسه دین و اقتصاد، با حضور احمد فیاض‌بخش، به بررسی این موضوع اختصاص یافت. عدالت در دسترسی به بهداشت و درمان و کاهش سهم پرداخت از جیب مردم از هزینه‌های سلامت در ایران به‌عنوان مهم‌ترین اهداف طرح تحول سلامت بیان می‌شود. به نظر می‌رسد در اجرای این سیاست سه پیش‌فرض نهفته است: اولا اینکه، علم بشری در بخش درمان برای هر مشکل سلامتی به یک پاسخ درست رسیده است. دوم اینکه متخصصان بیمارستانی همگی و در مورد همه مشکلات سلامتی، از آن پاسخ‌های علمی، برای فایده‌رساندن به بیماران خود بهره کامل برده‌اند و سوم آنکه ارائه‌کنندگان خدمات درمانی، همگی و در مورد همه مشکلات سلامتی، هدفشان در انجام اقدامات تشخیصی و درمانی تنها و تنها، اصلاح بیماری‌هاست. این در حالی است که در مورد نادرستی هر سه پیش‌فرض فوق، شواهد علمی فراوانی ارائه شده است. از سوی دیگر، جیره‌بندی، یکی از واقعیت‌های دردناک اما ناگزیر در تمام کشورهاست، به‌خصوص در آن کشورهایی که همه یا قسمتی از مخارج ارائه خدمات بهداشتی و درمانی از بودجه عمومی تأمین می‌شود. این مشکل عمدتا به‌دلیل محدودیت بودجه و نامحدودبودن نیاز و خواسته‌های جامعه از یک‌سو و نامحدودبودن پیشرفت و کشف در مورد تکنولوژی‌های جدید و گران‌قیمت پزشکی از سوی دیگر، رخ می‌دهد.

در بخش عمومی، محدودیت بودجه و سایر منابع مختص به زمان و مکان خاصی نیست. همه کشورها با این مشکل مواجهند. حتی در آمریکا، که سرآمد اجرای سیاست‌های اقتصاد آزاد و حداقل‌کردن مصارف بودجه در بخش عمومی است، ۴۰ درصد از مخارج بهداشتی و درمانی، توسط دولت‌های فدرال و ایالتی تأمین می‌شود. در سایر کشورهای ثروتمند اروپایی، درصد تأمین مخارج از بودجه عمومی به‌مراتب بیشتر از ایالات‌متحده آمریکاست. حال که جیره‌بندی یا به عبارت دیگر اولویت‌گذاری و تقسیم منابع در بخش دولتی گریزناپذیر است، از جهات عقلی، اخلاقی، قانونی یا شرعی، چه معیارهایی باید برای آن به‌کار رود، چه گروه‌هایی مجاز هستند که در این امر دخالت کنند و نهایتا اینکه پس از تأمین معیار و مجریان، چه مکانیسم‌هایی باید برای اجرای جیره‌بندی به‌کار رود؟

> **جیره‌بندی، یکی از واقعیت‌های دردناک اما ناگزیر در تمام کشورهاست، به‌خصوص در کشورهایی که همه یا قسمتی از مخارج خدمات بهداشتی و درمانی از بودجه عمومی تأمین می‌شود. این مشکل عمدتا به‌دلیل محدودیت بودجه و نامحدودبودن نیاز و خواسته‌های جامعه و نامحدودبودن پیشرفت و کشف در مورد تکنولوژی‌های جدید و گران‌قیمت پزشکی رخ می‌دهد**

معیارهای اولویت‌گذاری و جایگاه عدالت در آنها

عدالت یکی از مهم‌ترین موضوعاتی است که در بسیاری از شاخه‌های علوم انسانی و اسلامی به آن پرداخته می‌شود. با نگاهی سطحی و گذرا به مباحث مربوط به عدالت، به‌راحتی می‌توان نتیجه‌گیری کرد که این موضوع، برخلاف ظاهر بسیار آشنایش، برای اکثریت انسان‌ها مفهومی است که به‌سختی قابل‌تعریف بوده و اختلاف‌نظرهای بسیار عمیقی در مورد اهمیت و اولویت استحکام آن در میان افراد جامعه وجود دارد. عدالت در چه مواردی و به چه میزانی با مساوات تفاوت دارد؟ عدالت مهم‌تر است یا احترام به حقوق و مالکیت فردی انسان‌ها؟ آیا اگر بپذیریم که تقسیم حقوق و آزادی‌های اجتماعی باید بر مبنای معیار عدالت انجام شود، چه چیزی باید مبنای عدالت باشد؟ آیا پارامتر اصلی باید نیاز باشد یا میزان شایستگی اجتماعی؟ آیا در برقراری اصل عدالت در جامعه، پروسه اجرا مهم‌تر است یا نتیجه اجرا؟ به‌هر یک از این سؤالات، پاسخ‌های بسیار متفاوتی در هر یک از مکاتب فکری، فلسفی، فرهنگی، دینی یا اخلاقی داده می‌شود. برای مثال در مکتب‌های طرفدار مردم‌سالاری و طرفداران آزادی و مالکیت فردی، به پروسه اجرا بیشتر توجه می‌شود ولی در مکاتب سودگرایی و تساوی‌طلبی، به نتیجه اجرا بیشتر توجه می‌شود.

پاسخ به هیچ‌کدام از سؤالات فوق آسان نیست ولی با کمی دقت کاملا مشخص می‌شود که عدالت‌جویی در تقسیم بعضی از مطلوبات انسانی، محصولات و خدمات، از عدالت‌جویی در سایر موارد، بسیار مشکل‌تر است.

پیچیدگی‌های رسیدن به عدالت در بخش سلامت

اما چرا پاسخ به سؤالات مربوط به نحوه تقسیم عادلانه منابع بهداشتی - درمانی و نهایتا تقسیم سلامتی تا این حد مشکل به‌نظر می‌رسد؟ توجه به چند نکته می‌تواند تا حدی علل اصلی مشکلات را روشن کند:

نخست، سلامتی و حتی خدمات پزشکی و درمانی دارای تعاریف مشخص و فراگیر نیستند. برای فهم بهتر این نکته می‌توان دو برادر دوقلوی همسان را در نظر آورد که از جهات بیولوژیک، همه ارگان‌های بدنشان به‌صورت نرمال عمل می‌کند و از سایر جهات نیز کاملا مشابهند. حال اگر بتوان فرض کرد که بلافاصله بعد از تولد، دو کودک ناگزیر در دو محیط جداگانه بزرگ و تربیت شوند؛ در یک محیط، کودک ببیند که تمام اطرافیانش آستانه تحمل بالایی به درد نشان می‌دهند و در محیط دیگر، کودک شاهد باشد بزرگ‌ترها بلافاصله بعد از احساس کوچک‌ترین دردی به پزشک مراجعه می‌کنند. طبیعتا اگر به‌طور اتفاقی هر دو فرزند در یک‌زمان مبتلا به یک درد ساده و گذرا شوند، اولی به‌احتمال زیاد احساس سلامتی‌اش را حفظ می‌کند، درحالی‌که کودک دوم احساس مریضی خواهد کرد و تقاضای مراجعه به پزشک را خواهد داشت. همچنین درباره تعریف خدمات بهداشتی - درمانی نیز اختلاف‌نظر فراوانی می‌تواند بین این دو کودک وجود داشته باشد.

دوم، در بعضی از برداشت‌های رایج از ادیان الهی، هدف غایی خلقت و ادامه زندگی انسان‌ها، طاعت و عبادت خداوند است و سلامتی و حتی جان، وقتی مهم است که در مسیر الهی استفاده شود. در مکاتب غربی نیز گفته می‌شود که سلامتی و آزادی، هر دو پیش‌شرط‌هایی است برای یک هدف نهایی دیگر، که آن‌هم زندگی شکوفا است. حال اگر فرض کنیم تعریفی از عدالت که برای همه قابل‌قبول است، وجود دارد، آنچه باید در ارزیابی اینکه تا چه حد عدالت در جامعه‌ای وجود دارد، موردنظر قرار گیرد این است که آیا منابع و امکانات عمومی به نحوی تقسیم شده‌اند که تمام افراد، توانایی مشابهی در رسیدن به مطلوب غایی پیدا کرده باشند؟

سوم، حال چه سلامتی هدف و مطلوب غایی باشد یا نه و چه تعریف همه‌پسندی بتوان برای آن ارائه کرد یا نه، آیا تنها راه رسیدن به‌سلامتی، وزارت بهداشت و درمان و از مسیر خدماتی است که زیر نظر بخش سلامت ارائه می‌شود؟ این موضوع کاملا بدیهی و اثبات‌شده است که بخش‌هایی، به‌جز وزارت بهداشت و درمان، به میزان بسیار بالایی می‌توانند در تغییر وضعیت سلامت کلی جامعه نقش‌آفرین باشند. به اینها در یک بیان ساده عوامل اجتماعی سلامت گفته می‌شود. در این زمینه می‌توان به این بخش‌ها بالاخص اشاره کرد:

آنهایی که در تولید آب و غذای سالم دخیل هستند.

آنهایی که در تشویق روش زندگی فارغ از فعالیت‌های خطرآفرین توأم با ورزش و تغذیه صحیح مؤثرند.

آنهایی که در ایجاد راه‌های امن مؤثرند.

آنهایی که در تأمین امکانات و مسابقات ورزشی مؤثرند.

حال که تمام این سازمان‌ها و بسیاری دیگر به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم می‌توانند نقش ایفا کنند، چه دلیلی وجود دارد که فرض کنیم باید فقط خدمات مربوط به بخش سلامت عادلانه تقسیم شود؟

چهارم، نکته جالب دیگر این است که نه‌تنها، یگانه راه رسیدن به سلامتی، خدمات پزشکی نیست، بلکه از طرف دیگر تمام افرادی که به بیمارستان‌های دولتی و دیگر مراکز درمانی ارائه‌کننده خدمات رایگان یا یارانه‌ای، مراجعه می‌کنند، تنها هدفشان رسیدن به سلامتی نیست. اهداف بسیاری به‌جز ارتقای سلامتی می‌تواند در ذهن افراد مختلف جامعه، که به پزشک مراجعه می‌کنند، وجود داشته باشد، از آن جمله مسائلی مثل گرفتن اطلاعات، گریز از انتخاب‌های مشکل و تفویض اختیارشان به یک صاحب‌نظر (مثلا پزشک) برای گزینش بین روش‌های درمانی، گرفتن گواهی‌های مختلف مثل گواهی بیماری یا گواهی فوت و بسیاری موارد دیگر.

پنجم، در ایده‌آل‌ترین شرایط، مقایسه سطح سلامتی باید بین افراد انجام شود ولی مشکلات اجرائی در اکثر موارد، باعث می‌شود مقایسه سلامتی بین میلیون‌ها انسان در یک کشور، بسیار دشوار شود. در این موارد چاره‌ای نیست مگر اینکه گروه‌بندی‌هایی از شهروندان برحسب سن، جنس، نژاد، درآمد، طبقه اجتماعی، سطح تحصیلات یا موقعیت جغرافیایی انجام و سپس بین معدل بهره‌وری گروه‌های درنظرگرفته‌شده از جهت عادلانه‌بودن، مقایسه‌هایی انجام شود. در انتخاب این گروه‌ها، روش‌ها می‌توانند بسیار متفاوت و در نتیجه ارزیابی عدالت تأثیر زیادی داشته باشند.

ششم، به فرض اینکه تعریف سلامتی مشخص شده و اتفاق‌نظر کاملی نیز وجود داشته باشد، در مورد اینکه چگونه افراد در گروه‌ها عضوگیری شوند، مشکل بعدی این است که چه تکنیک‌هایی به‌کار برده شود تا میزان بهره‌وری‌های اعضای گروه از سلامتی (یا خدمات سلامتی) با هم جمع شوند و معدل‌گیری انجام شود. درست مانند هرجای دیگری که هدف اندازه‌گیری یک کمیت است، در اینجا نیز برای سنجش میزان بهره‌وری، مناسب‌ترین مقیاس‌ها قاعدتا باید از انواع نسبت‌ها برگزیده شود. ولی تا چه حد امکان پیداکردن چنین مقیاسی وجود دارد؟ برای پاسخ دقیق به این موضوع، باید به بسیاری از پارامترها توجه کنیم ازجمله اینکه بهره‌وری از سلامتی را در چه مقطع یا طول زمانی می‌خواهیم اندازه‌گیری کنیم. در انتخاب این مقیاس‌ها، گزینه‌ها می‌تواند بسیار متفاوت باشد و بنابراین نحوه گزینش می‌تواند در نتیجه ارزیابی عدالت تأثیر زیادی داشته باشد.

هفتم، اگر بتوان فرض کرد که اتفاق‌نظر کاملی ایجاد شود، درباره مواردی که تابه‌حال گفته شد، مشکل بسیار عمده بعدی ایجاد توافق بر سر دوره‌ای از زمان است که می‌خواهیم در آن دوره بهره‌وری از سلامت را بررسی کنیم. گزینه‌های روبه‌رو بالقوه برای چنین انتخابی وجود دارند: (الف) توجه ویژه به میزان بهره‌وری از سلامتی درحال‌حاضر (بدون درنظرگیری تاریخچه بیماری‌های افراد در طول زندگی‌شان)، (ب) امید به حیات از این به‌بعد، (پ) طول زندگی تاکنون، (ت) طول زندگی باکیفیت تاکنون). در انتخاب طول زمانی درنظرگرفته‌شده روش‌ها می‌تواند بسیار متفاوت بوده و این مسئله می‌تواند در نتیجه ارزیابی عدالت نقش بسزایی داشته باشد.

هشتم، در میان مفاهیم با تعریف مبهم که در بالا به آنها اشاره شد، در دو مورد یعنی واژه‌های دسترسی و نیاز، نظریه‌پردازان تلاش‌های نسبتا وسیع‌تری کرده‌اند تا برای آنها تعاریفی یافته و تا حدودی آنها را از ابهام خارج کنند. در مورد تقسیم منابع براساس نیاز، عمدتا چهار منظور خاص از نوشته‌های مختلف اهل فن استنباط می‌شود. بعضی تصور می‌کنند کل میزان نیاز در یک جامعه مساوی است با کل میزان بیماری و ازاین‌رو دسترسی به منابع طبق نظر این متفکران باید براساس میزان پراکندگی کل مریضی‌ها باشد. بعضی دیگر به نظریه متفاوتی معتقد هستند که می‌گوید: منابع پزشکی و بودجه باید براساس ایجاد دسترسی مساوی به تناسب امراضی که قابلیت منتفع‌شدن از سیستم پزشکی را دارند، تقسیم شوند. گروه سومی از کارشناسان این نکته را مطرح کنند که هنگام محدودیت منابع عمومی، دسترسی به سیستم سلامت دولتی وقتی می‌تواند عادلانه ارزیابی شود که تقسیم منابع براساس «حداقل میزان مخارجی» که باعث می‌شود بیماران به «حداکثری از بهبودی که شرایط بیولوژیک بدنشان اجازه می‌دهد» برسند، تنظیم شود. این نظریه‌پردازان دلیلشان این است که، در مورد امراضی که درمان‌های ارزان‌تر با سودمندی مشابه وجود دارد، از منابع دولتی نباید برای روش‌های درمانی لوکس و گران‌تر پولی پرداخت شود. گروه چهارمی از صاحب‌نظران به ایجاد دسترسی محدود به منابع عمومی برای همه شهروندان، برای درمانِ قسمتی از کل بیماری‌های قابل علاجشان معتقد شده‌اند. این بهبودی نسبی محدود، باید به نحوی باشد که همگی در مسیر سلامتی، بتوانند حرکت‌های مساوی داشته باشند. به‌عبارت‌دیگر، هنگامی‌که برای امراض بعضی از شهروندان فقط یک‌راه وجود دارد و آن‌هم پرهزینه است، امکانات نباید آن‌گونه تقسیم شود که همیشه این گروه محروم بماند و دولت، بودجه عمومی را فقط برای ریشه‌کنی امراض قابل‌درمان از طرق ارزان خرج کند. درباره معنی واژه دسترسی هم توافق نظر وجود ندارد. بعضی آن را با معنی کلمه «مصرف» مساوی می‌گیرند و می‌گویند برای بررسی اینکه در میان هر گروه به‌صورت تاریخی چقدر امکان دسترسی به خدمات پزشکی وجود داشته است، باید اندازه‌گیری شود که آن گروه از افراد مریض، به چه میزان در گذشته از منابع پزشکی و درمانی استفاده کرده‌اند.

ادامه در صفحه ۱۷

خبر

ثبت سفارش واردات ۳۷۰۰ خودرو از طریق نمایندگی‌های غیررسمی

● **ایسنا:** معاون نظارت بر کالاهای سرمایه‌ای و خدمات سازمان حمایت مصرف‌کنندگان و تولیدکنندگان، انحصار در واردات خودرو صرفا از طریق نمایندگی‌های رسمی را فاقد موضوعیت دانست و گفت: تاکنون حدود سه‌هزارو ۷۰۰ دستگاه خودرو از طریق عقد توافق‌نامه بین واردکننده غیرنماینده و نماینده رسمی به حوزه ثبت سفارش وزارت صنعت، معدن و تجارت معرفی شده است. وحید منایی اظهار کرد: دستورالعمل بهمن پارسال وزارت صنعت، معدن و تجارت در راستای اجرای کامل ماده ۴ قانون حمایت از حقوق مصرف‌کنندگان مبنی برلزوم ارائه خدمات گارانتی و وارانتی به کالاهای سرمایه‌ای و مصرفی بادوام نظیر خودرو، تنظیم و صادر شده است. وی گفت: براساس گزارش سازمان توسعه تجارت، تخصیص ارز به واردات خودرو همانند سایر کالاها تا تاریخ ۱۸تیرماه ۱۳۹۱ بر اساس سیاست‌ها و ضوابط عمومی بانک مرکزی صورت پذیرفته و در واقع ارز تخصیص داده شده به خودرو نیز ازهمان نوع ارزی بوده که به سایر کالاها تخصیص یافته و تا آن زمان عنوان ارز مرجع، مبادلاتی یا آزاد تعریف ضابطه‌مندی نداشته است.

ایران آماده صادرات روزانه ۶ میلیون بشکه نفت شد

● **مهر:** مدیرعامل شرکت پایانه‌های نفتی ایران با توجه به توافق هسته‌ای جمهوری اسلامی ایران با گروه ۱+۵ و احتمال لغو تحریم‌های بین‌المللی صنعت نفت کشور در ماه‌های آینده، گفت: در شرایط فعلی توان عملیاتی صادرات نفت خام ایران به روزانه شش میلیون بشکه افزایش یافته است. از سوی دیگر، با بهره‌برداری از چهار مخزن ذخیره‌سازی نفت خام خارک حجم و ظرفیت ذخیره‌سازی نفت خام در پایانه نفتی خارک، با چهار میلیون بشکه افزایش به ۲۸ میلیون بشکه رسیده است سیدپیروز موسوی با اشاره به برنامه‌ریزی به منظور تبدیل پایانه نفتی خارک به یکی از سه پایانه نفتی برتر جهان از نظر ظرفیت، دقت، کیفیت، سرعت و ایمنی بالا،افزود: با توجه به سیاست تداوم پایدار تولید نفت و گاز کشور از طریق عملیات دریافت، ذخیره‌سازی، امتزاج، اندازه‌گیری و سنجش کمی و کیفی بارگیری و تخلیه نفت و مواد نفتی تولیدی و مبادله‌ای (سوآپ) محقق خواهد شد.