

თენგიზ ვერულავა, თემურ კალანდაძე, ოთარ გერზმავა

ჯანდაცვის სისტემა ირანის ისლამურ რესპუბლიკაში

სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია

თბილისი

2000

ნაშრომში განხილულია ირანის ისლამური რესპუბლიკის ჯანდაცვის სისტემის განვითარება უკანასკნელი წლების განმავლობაში, მისი პოლიტიკის ძირითადი პრობლემები, მიზნები და პრიორიტეტები. ვრცლად არის წარმოდგენილი სამედიცინო დაზღვევის სისტემის თავისებურებები.

გვსურს გამოვხატოთ განსაკუთრებული მადლიერება ირანის ისლამური რესპუბლიკის სამედიცინო დაზღვევის ორგანიზაციის დირექტორთა საბჭოს თავმჯდომარეს, ბატონ მოჰამედ რეზა ვაეზ მაჰდავის (DR. Mohamed Reza Va'ez Mahdavi - Chairman of the board of directors and managing director of medical service insurance organization), სამედიცინო დაზღვევის ორგანიზაციის დირექტორთა საბჭოს წევრს ბატონ მოჰამედ არაბ მაზარ იაზდის (DR. Mohammed Arab Mazar Yazdi – member of the board of directors of medical service insurance organization), ამავე ორგანიზაციის დირექტორის მოადგილეს ჰამიდრეზა საფიხანის (DR. Hamidreza Safikhani – Deputy of director of medical service insurance organization), ჯანდაცვისა და სამედიცინო განათლების მინისტრის მრჩეველს ჩერაგჰჩი ბაშის (DR. Cheraghchi Bashi – advisor to the Deputy for Ministry of Health and Medical Education) ყველა ძირითადი შეხვედრის მოწყობისთვის. აგრეთვე ბაჰრამ, ლილი და ალი მოსლეჰის ოჯახს ირანში ყოფნისას აღმოჩენილი გულთბილი მასპინძლობისთვის.

თავი I

ზოგადი ინფორმაცია

1.1 გეოგრაფიული მონაცემები

ირანის ისლამური რესპუბლიკა მდებარეობს სამხრეთ დასავლეთ აზიაში. იგი მოიცავს 1.648.000 კვადრატულ კილომეტრს. ელბრუსის და ზაგროსის მთები ქვეყანას ყოფენ 3 გეოგრაფიულ მხარედ: ჩრდილოეთი, ცენტრალური და სამხრეთი.

ირანის ბუნება და ლანდშაფტი მრავალფეროვანია. ცენტრალურ მხარეში მშრალი, უდაბნოსათვის დამახასიათებელი კლიმატია გამეფებული. უდაბნოს ვაკეზე აღმართულია ქვიანი ქედები. მთაგრეხილები გარს ერტყმის ცენტრალურ პლატოს, რის გამოც ზღვის ნოტიო ქარები ვეღარ აღწევენ ირანის შიგა რაიონებს. ცენტრალური მხარის დიდი ნაწილი უჭირავს დემტელუტისა და დემტე-კვეირის (დიდი მარილიანი უდაბნო) უდაბნოებს. უდაბნოს მხოლოდ განაპირა მხარეა დაბეებით დასახლებული. აქ უმთავრესად პაპანება ზაფხული და გრილი ზამთარი იცის. ჩრდილოეთით მდებარეობს კასპიის ზღვისპირა რეგიონი, რომელიც ნოტიო სუბტროპიკულია. ელბრუსის მთები იცავს კასპიის სანაპიროს სამხრეთის მშრალი ქარებისაგან. სპარსეთის ყურის ზღვისპირა რეგიონი ცხელი და ტროპიკულია.

1.2 მოსახლეობა

1996 წლის მონაცემებით ირანის მოსახლეობა შეადგენს 59.5 მილიონს, რომლის 61.3 % ქალაქად ცხოვრობს, ხოლო დანარჩენი 38.7 % სოფლად. მოსახლეობის საშუალო სიმჭიდროვე შეადგენს 36-ს ყოველ კვადრატულ კილომეტრზე.

1956 წელს მოსახლეობა შეადგენდა 19 მილიონს. მეცნიერების ვარაუდით 2015 წლისათვის იგი გაიზრდება 110 მილიონამდე.

1.2.1 ასაკობრივი სტრუქტურა

ირანის მოსახლეობა ახალგაზრდაა. 39.5% 15 წელზე ნაკლები ასაკისაა, 56.1 % 15 დან 64 წლისაა, 4.4 % 65 წელზე მეტი ასაკისაა.

1.2.2 ეროვნული შემადგენლობა

ქვეყნის ეროვნული შემადგენლობა ძალზე ჭრელია. ირანის ეთნიკური ჯგუფების უმრავლესობა არიელ ტომებს შეადგენენ, რომელთა წინაპრები უძველესი დროიდან სახლობენ. სპარსელები (მოსახლეობის ნახევარზე მეტი) ცენტრალურ ოლქებში ცხოვრობენ. ირანის ჩრდილო-დასავლეთი, თავრიზი და მისი მომიჯნავე ოლქები დასახლებულია აზერბაიჯანელებით. კასპიის ზღვის სანაპიროზე სახლობენ თალიშები, გილიანები, მაზენდერანები. ჩრდილო-აღმოსავლეთით, კასპიისიქითა სტეპებში ცხოვრობენ თურქმანები. დასავლეთ მხარეში, ზაგროსის მთებში ცხოვრობენ ქურთები, ლურები, კაშკაელები. ებრაელები ჯერ კიდევ ბაბილონის დროიდან ბინადრობენ ჰამადანის მახლობლად. ხუზისტანში და სპარსეთის ყურის სანაპირო არაბებითაა დასახლებული. აღმოსავლეთით, მეკრანის მთებში ცხოვრობენ ნახევრადმომთაბარე ბელუჯის ტომები. სომხები (დაახლოებით ორასი ათასი) ძირითადად კონცენტრირებულია თეირანში, ისპაჰანში და აზერბაიჯანში. ირანში ცხოვრობენ ქართველები და სომხები.

1.3 განათლების დონე

1994 წლის სტატისტიკურ მონაცემებზე დაყრდნობით 6 წელზე მეტი ასაკის მოსახლეობის 78.6 % მიღებული აქვს საშუალო განათლება, რომელთა შორის 6 დან 14 წლამდე 93.5 %.

1.4 რელიგია

ირანის მოსახლეობის 90 % შიიტებია, დაახლოებით 9 % სუნიტებია, დანარჩენი წარმოადგენენ ზოროასტრიზმის და ქრისტიანობის მიმდევრებს.

1.4.1 ზოროასტრიზმი

ზოროასტრიზმი (ცნობილია აგრეთვე მაზდაიზმისა და ფარსიზმის სახელწოდებით) ძველირანული რელიგიაა, რომელიც შექმნა მითიურმა წინასწარმეტყველმა ზარატუსტრამ (ზოროასტრი). ზოროასტრიზმი საბოლოოდ ჩამოყალიბდა ძვ. წ. მე-7 საუკუნეში. იგი აქემენიანების იმპერიის ოფიციალურ რელიგიად გამოცხადდა.

ზოროასტრის შესახებ ძალიან მწირი ცნობები არსებობს. ზოგი მეცნიერის ცნობით ზოროასტრი ცხოვრობდა ძველი წელთაღრიცხვით 660-583 წლებში. 20 წლის ასაკში იგი გაშორდა ამქვეყნიურ ყოფას და 10 წელი მედიტაციაში გაატარა. 30 წლის ასაკში მან ჩამოაყალიბა ახალი რელიგიის საფუძვლები. ზოროასტრიზმის გავრცელებას ხელი შეუწყო

სპარსეთის მეფემ, რომელმაც გაითავისა მისი იდეები. იგი ფართოდ გავრცელდა არამარტო სპარსეთში, არამედ მთელ ცენტრალურ აზიაში.

ცამეტი საუკუნის განმავლობაში ზოროასტრიზმი მთავარ რელიგიას წარმოადგენდა სპარსეთში. ზოროასტრიზმი დუალისტური რელიგიაა. იგი წარმოადგენს მოძღვრებას სამყაროში ორი საპირისპირო საწყისის მუდმივი ბრძოლის შესახებ : სიკეთის, რომელსაც განასახიერებს ნათელი ღვთაება აჰურა მაზდა (ორმუზდი) და ბოროტებისა, რომელსაც განასახიერებს ბნელი ღვთაება ანრა-მაინი (აჰრიმანი).

ღმერთის, როგორც მორალური მნიშვნელობის მქონე სიძლიერის გაგება პირველად ირანში განვითარდა. ზოროასტრიზმამდე არცერთ რელიგიას არ დაუყენებია ადამიანი მკვეთრად გამოხატული მორალური პრობლემის წინაშე. ისტორიის ადრეულ პერიოდში ირანელებს განსაკუთრებული სიახლოვე აკავშირებდათ ინდოელებთან. ირანელებმა გაითავისეს და შეისისხლხორცეს ინდოელების მითოლოგია . ინდოელებისთვის კეთილ სულს წარმოადგენდა დევა, ხოლო ბოროტ სულს ასურა. ირანელებმა ინდოელებისაგან განსხვავებით აჰურად (ასურა) მიანიჭეს უპირატესობა და იგი აღიარეს სიკეთის და სინათლის ღვთაებად.

ზოროასტრიზმის მიხედვით ადამიანის შექმნამდე ნათელი და ბნელი ძალები ერთმანეთისგან დამოუკიდებლად არსებობდნენ. მათ შორის ბრძოლა წარმოებდა ადამიანის სულისთვის. ამ ორთბრძოლაში ადამიანის წილი არც პასიური იყო და არც წინასწარგანსაზღვრული. ბრძოლა გრძელდებოდა არამარტო დედამიწაზე, არამედ სიკვდილის შემდეგაც. თავისი ცხოვრების გზაზე ადამიანი მიიწევს მალღ მთაზე, მწვერვალზე სიკვდილია. მწვერვალზე ასვლით იგი თავისუფლდება სიკვდილისაგან და შეერთვის მარადისობას, საიქიო სამოთხეს , რომელშიაც მოხვედრა დამოკიდებულია მისი ამქვეყნიური ცხოვრების ხასიათზე. აღსანიშნავია , რომ ზოროასტრიზმის მიხედვით ცოდვების გამოსყიდვა , მონანიება და მსხვერპლშეწირვა უნაყოფო ცდაა სამოთხეში მოსახვედრად. ადამიანის სიკვდილის შემდგომი ბედი დამოკიდებულია მის კეთილ და ბოროტ ძალებსშორის არსებულ წონასწორობაზე. თუ იგი გადაიხრება კეთილი მხარისაკენ, სამოთხეში მოხვდება , თუ ბოროტი მხარესაკენ -ჯოჯოხეთში. მიახლოებითი წონასწორობის შემთხვევაში ადამიანს ნება ეძლეოდა გაწმენდილიყო, რომლის შემდეგაც წარსდგებოდა საბოლოო განკითხვის წინაშე. მათ შორის ბრძოლის შედეგად დროთა განმავლობაში მარცხდება ბოროტება და საბოლოოდ იმარჯვებს ღმერთი. ზოროასტრიზმს ახასიათებს ესქატოლოგიური იდეები სამყაროს აღსასრულის, უკანასკნელი განკითხვის, საიქიო სამოთხისა, სიკვდილის შემდგომი ცხოვრებისა და ქალწულის მიერ მომავალი მხსნელის შობის შესახებ. ამ იდეებმადიდი გავლენა მოახდინეს ქრისტიანული და ისლამური რელიგიის ჩამოყალიბებაზე.

ზოროასტრიზმის იდეები გადმოცემულია წმინდა წიგნ ავესტაში. ავესტის ენა ერთერთი უძველესია ინდო-ევროპულ ენებს შორის. წიგნში მოცემულია ზოროასტრიზმის

წესები და მოვალეობები. ზოროასტრიზმის მორალური პრინციპები შეიძლება შემდეგი სიტყვებით ჩამოყალიბდეს: „ღმერთი აზრია, ღმერთი სიტყვაა, ღმერთი საქმეა“. მოძღვრება განსაკუთრებულ ყურადღებას ანიჭებს სულიერ და ხორციელ სიწმინდეს.

როგორც აჰურა მაზდა განასახიერებს სინათლეს, ზოროასტრიზმის მიმდევრები ცეცხლს მიიჩნევენ სიწმინდის სიმბოლოდ და განსაკუთრებული სიყვარული გააჩნიათ სინათლისა და მისი ყოველი ფორმის მიმართ. მათ ცეცხლთაყვანისმცემლებს უწოდებენ. რელიგიური რიტუალი ტარდებოდა როგორც ცეცხლის ტაძარში, სადაც მუდმივად ენთო ცეცხლი, ასევე გარეთ, ღია სივრცეზე აღმართულ საკურთხეველზე, რომლის წინაშეც ხალხი ლოცულობდა.

გარდაცვლილთა დასაფლავება, დაწვა ან წყალში ჩაძირვა აკრძალული იყო. მკვდრის სხეულს არ უნდა დაეხინძურებინა მიწის, წყლის და ცეცხლის წმინდა ნაწილები. ჰაერს არ ჰქონდა დიდი მნიშვნელობა, ამიტომ გარდაცვლილის სხეული აჰქონდათ სალ კლდეებზე და იქ ტოვებდნენ ძველად ქცევამდე.

ისლამის გავრცელების შემდეგ ზოროასტრიზმმა დაიკარგა თავისი ადრინდელი გავლენა. თანამედროვე ირანში ზოროასტრიზმის მიმდევრები მხოლოდ რამდენიმე ათასს აღწევენ და რელიგიურ უმცირესობას წარმოადგენენ. ისინი ძირითადად ბინადრობენ იაზდში, სადაც დღესაც არსებობს ცეცხლთაყვანისმცემელთა ტაძარი და სიმშვიდის კოშკები (Dakhme). მათ მიმდევრებს თანამედროვე ირანელები წარმართებს უწოდებენ. ირანის სახელმწიფო ტოლერანტობას იჩენს მათ მიმართ. ცეცხლთაყვანისმცემელთა რელიგიურ დაწესებულებებს ძირითადად ინდოეთში, ბომბეიში მცხოვრები ფარსეები აფინანსებენ.

1.4.2 ისლამი

ისლამი წარმოიშვა დასავლეთ არაბეთში მე-7 საუკუნეში, არაბეთის ხალიფატად გაერთიანების პერიოდში. ისლამი გადმოცემულია მუსლიმანთა წმინდა წიგნში ყურანში. იგი ჩამოყალიბდა პირველყოფილი რელიგიების ელემენტებისაგან, აგრეთვე იუდაიზმის, ქრისტიანობისა და ზოროასტრიზმისაგან. მას საფუძვლად უდევს ერთიანი ღმერთის (ალაჰის რწმენა). ყურანის მიხედვით, ღმერთი ერთადერთია და არ არსებობს სხვა ღმერთები. იგი არის ცისა და მიწის შემოქმედი, მისი ნებით ხორციელდება ყველა ხდომილება სამყაროში, ყალიბდება ადამიანის ბედი. ისლამი მოუწოდებს მათ მიმდევრებს შეგუებასა და მორჩილებას უზენაესის მიმართ. ისლამის მიხედვით, ადამიანი, რომელიც რელიგიურ წესებს განუხრელად შეასრულებს, სიკვდილის შემდეგ სამოთხეში მოხვდება. მორწმუნენი ვალდებული არიან ილოცონ ყოველდღიურად, დაიცვან მარხვა. იარონ სალოცავად მუსლიმანთა წმინდა ადგილებში.

ისლამი თავის მხრივ იყოფა ორ მიმდინარეობად: სუნიზმი და შიიზმი. მათ შორის განსხვავება წარმოიშვა მაშინ, როცა დაისვა საკითხი, თუ ვინ იქნებოდა მუჰამედის სიკვდილის შემდეგ მისი მემკვიდრე. სუნიზმი და შიიზმი წარმოადგენენ ისლამის ორ განსხვავებულ ორთოდოქსალურ ინტერპრეტაციას.

შიიზმი თავის მხრივ სხვადასხვა მიმდინარეობებისაგან შედგება. მათ შორის ყველაზე მნიშვნელოვანია ისმაილ იმამის (წინასწარმეტყველის სულიერი მემკვიდრეები) და თორმეტი იმამ შიიტების მიმდინარეობა. სპარსეთის მთელი ისტორიის განმავლობაში, ისლამის სხვადასხვა მიმდინარეობები იყო წამყვანი, მაგრამ უკანასკნელი საუკუნეების პერიოდში დომინანტურ მიმდინარეობად ითვლებოდა თორმეტი იმამის შიიზმი, რომელიც საფავიდების მეფობის დროს ოფიციალურ რელიგიად გამოცხადდა.

შიიტებს სწამთ, რომ მუჰამედ წინასწარმეტყველის შემდეგ მის რეალურ მემკვიდრედ ითვლება ალი. შიიზმის ძირითადი დამახასიათებელი ნიშანია იმამი, რომელიც წარმოადგენს შუამავალს ადამიანსა და ღმერთს შორის. იმამს განსაკუთრებული როლი უკავია ირანელთა ყოველდღიურ ცხოვრებაში. წინასწარმეტყველური სინათლე გადავიდა მუჰამედიდან ალიზე, რომელიც წარმოადგენს პირველ იმამს, მისგან მეორეზე, მესამეზე, მეოთხეზე და სხვა იმამებზე, მეთორმეტემდე, რომელსაც ერქვა მაჰდი და რომელიც შიიტების რწმენით ცოცხალი, მაგრამ ყველასგან უჩინარია. მაჰდი ფარულად განაგებს სამყაროს. მისი მიმდევრების აზრით მაჰდი ერთ დღეს მოეველინება ქვეყნიერებას და სამართლიანობას დაამყარებს დედამიწაზე.

1.5 ხელისუფლება

ირანი ისლამური რესპუბლიკაა (გამოცხადდა 1979 წლის 1 აპრილს). 1979 წლის ნოემბერში მიღებული კონსტიტუციის მიხედვით, ირანის კულტურული, სოციალური, პოლიტიკური და ეკონომიკური წყობა დაფუძნებულია ისლამურ პრინციპებზე და წესებზე. მთავრობის პოლიტიკას ზედამხედველობას უწევს უზენაესი ლიდერი (Vali-e Faqih), რომელიც გამოსცემს სასულიერო ბრძანებებსა და დადგენილებებს. კონსტიტუციის მიხედვით, იგი ღმერთსა და ხალხს შორის თანხმობის პასუხისმგებელია. ათოლა ალი ჰამენეი არის ისლამური რევოლუციის უზენაესი ლიდერი, მთავრობის და თავდაცვის უმაღლესი ხელმძღვანელი. იგი აგრეთვე წარმოადგენს პირველი უზენაესი ლიდერის (Vali-e Faqih) მემკვიდრეს. ათოლა ჰომეინიმ ჩამოაყალიბა უზენაესი ლიდერის (Vali-e Faqih) პოზიცია, ყურანის თავისებური ინტერპრეტაციის შესაბამისად. ათოლა ჰამენეი კოორდინაციას უწევს მთავრობის პოლიტიკას სასულიერო დადგენილებების მიღებით. მას შეუძლია აირჩიოს თავდაცვის მინისტრი, გამოაცხადოს ომი და ზავი, აგრეთვე, ვეტო დაადოს პრეზიდენტის არჩევნების შედეგებს.

კონსტიტუციურად ირანის ისლამური რესპუბლიკა წარმოდგენილია აღმასრულებელი, სასამართლო და საკანონმდებლო ორგანოებით, რომელთაც ერთმანეთისგან დამოუკიდებელი ძალაუფლება აქვთ.

სახელმწიფოს საკანონმდებლო ხელისუფლებას წარმოადგენს მეჯლისი ანუ ისლამური საკონსულტაციო ასამბლეა. მეჯლისი შედგება 270 წარმომადგენლისაგან, რომლებიც არჩეულია ხალხის მიერ 4 წლით. კონსტიტუციის მიხედვით ძალაუფლების მეორე დონეს წარმოადგენს კონსტიტუციის დამცველთა საბჭო (Shuraye Nagahban-e Qanun-e Assasi), რომელიც ცნობილია როგორც ბრძენთა საკონსტიტუციო საჭო. საბჭოს შეუძლია დაეთანხმოს ან ვეტო დაადოს მეჯლისის გადაწყვეტილებებს. ექსპერტთა ასამბლეა (Majlis-e Khebragan) პასუხისმგებელია აირჩიოს ახალი ლიდერი ძველი ლიდერის გადადგომის, ან მისი სიკვდილის შემთხვევაში.

ძალაუფლების მესამე დონეა აღმასრულებელი ხელისუფლება, რომელსაც სათავეში უდგას პრეზიდენტი. პრეზიდენტს ირჩევენ 4 წლის ვადით (შესაძლებელია ორჯერ არჩევა) იგი ირჩევს მინისტრთა კაბინეტს, რომელსაც ნიშნავს მეჯლისი. კაბინეტი შედგება 22 მინისტრისაგან:

1. იუსტიციის მინისტრი
2. თავდაცვის მინისტრი
3. გზათა და ტრანსპორტის მინისტრი
4. მრეწველობის მინისტრი
5. ბინითურუნველყოფისა და ქალაქის დაგეგმარების მინისტრი
6. კულტურისა და უმაღლესი განათლების მინისტრი
7. კულტურისა და ისლამური წინამძღოლობის მინისტრი
8. შრომისა და სოციალურ საქმეთა მინისტრი
9. სოფლის მეურნეობის მინისტრი
10. შინაგან საქმეთა მინისტრი
11. საზღოებისა და ლითონების მინისტრი
12. ნავთობის მინისტრი
13. ენერგეტიკის მინისტრი
14. კავშირგაბმულობის მინისტრი
15. თანამშრომლობის მინისტრი
16. ჯიჰადის შექმნის მინისტრი
17. ჰიგიენის, მედიცინისა და სამედიცინო განათლების მინისტრი
18. ვაჭრობის მინისტრი
19. საგარეო საქმეთა მინისტრი
20. ეკონომიკისა და ფინანსთა მინისტრი
21. განათლების მინისტრი
22. ინფორმაციის მინისტრი

თითოეულ პროვინციაში ინიშნება მეთაური (Ostandar). იგი სამოქალაქო პირია. თითოეული პროვინცია დაყოფილია საქალაქო რაიონებად, რომელთაც ჰყავს თავისი ხელმძღვანელი (ფარმანდარი). საქალაქო რაიონები თავის მხრივ იყოფა სასოფლო რაიონებად (Bakshes), რომლის მეთაური ზედამხედველობს სოფლის მეთაურებს (dehdar).

ადმინისტრაციულად ქვეყანა დაყოფილია 27 პროვინციად, 282 რაიონად და 70 000 სოფლად.

თავი II

ირანის ისლამური რესპუბლიკის ჯანდაცვის სისტემა

ირანის ისლამური რევოლუციის გამარჯვების შემდეგ ქვეყანამ მიზნად დაისახა მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და სოციალური სამართლიანობის გაუმჯობესება, ჯანდაცვის ქსელის მოწესრიგება მთელი ქვეყნის მასშტაბით.

1985 წელს ჯანდაცვის სისტემაში დაწყებული რეფორმების ერთ-ერთ მთავარ საკითხს წარმოადგენდა მთელი მოსახლეობის მოცვა პირველადი სამედიცინო დახმარებით. რეფორმირების მიზანი იყო პრევენციული მედიცინის შემდგომი გაუმჯობესება, სამედიცინო დახმარების სხვადასხვა დონეების განვითარება ქვეყნის მასშტაბით, სამედიცინო დაწესებულებებისა და პერსონალის ოპტიმალური გამოყენება. ჯანდაცვის სისტემაში დაწყებული რეფორმის შედეგად ირანის ისლამურმა რესპუბლიკამ მნიშვნელოვან შედეგს მიაღწია:

- გაიზარდა სოფლის მოსახლეობის პირველადი სამედიცინო დახმარებით ხელმისაწვდომობა 10 %-დან 85 %-მდე;
- შემცირდა 1 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილობის მაჩვენებელი 100 შემთხვევიდან 26 შემთხვევამდე (ყოველ 1000 ახალშობილზე);
- გაიზარდა იმუნიზაციის დონე 3.7-დან 99 %-მდე;
- გაიზარდა იოდირებული მარილის გამოყენება როგორც სოფლად (76 %-დან 95 %-მდე), ასევე ქალაქად (52 %-დან 88-% მდე).
- შემცირდა მოსახლეობის მატების წლიური მაჩვენებელი 3.2 %-დან 1.4 %-მდე.

2.1 ჯანდაცვისა და სამედიცინო განათლების სამინისტროს ჩამოყალიბება

1927 წლის 2 თებერვალს მიღებული კანონის საფუძველზე განხორციელდა ქვეყნის სამედიცინო დაწესებულებების ცენტრალიზაცია. ყველა სამედიცინო დაწესებულებას ცენტრალიზებულად მართავდა ჯანდაცვის დეპარტამენტი. 1941 წლის 30 ოქტომბერს ჯანდაცვის დეპარტამენტი გადაკეთდა ჯანდაცვის სამინისტროდ. 1976 წელს ჩამოყალიბდა ჯანდაცვისა და კეთილდღეობის სამინისტრო, რომელიც პასუხისმგებელი იყო მოსახლეობის ჯანდაცვაზე, სოციალურ კეთილდღეობაზე. 1985 წელს იგი გარდაიქმნა ჯანდაცვისა და სამედიცინო განათლების სამინისტროდ.

2.1.2 ჯანდაცვისა და სამედიცინო განთლების სამინისტროს პოლიტიკის საფუძვლები და სტრატეგია

- პრევენციული მედიცინის პრიორიტეტად აღიარება.
- ჯანდაცვის ქსელის გაფართოება ქვეყნის მასშტაბით. რეფერარული სისტემის გაძლიერება და სამედიცინო სადაზღვევო სისტემის უპირატესი განვითარება.
- ჯანდაცვის პროგრამებში მოსახლეობის მონაწილეობის ხელშეწყობა. საინფორმაციო საშუალებების საშუალებით მათი სამედიცინო განათლების ამაღლება.
- მოსახლეობის მატების პოლიტიკაზე ზედამხედველობა.
- ჯანდაცვის სისტემის განვითარებისათვის სამეცნიერო კვლევების ხელშეწყობა.
- დეცენტრალიზაციის პოლიტიკის ხელშეწყობა, პასუხისმგებლობის გადაცემა რაიონულ დონეზე მოქმედ ჯანდაცვის სტრუქტურებზე.
- სამედიცინო სტატისტიკისა და მონაცემთა ბაზის განვითარება.
- ჯანდაცვის რესურსების სამართლიანი განაწილება, პრიორიტეტის მინიჭება სოფლისა და ქალაქის მოსახლეობის უმწეო ჯგუფებზე.
- სამედიცინო სადაზღვევო სისტემის ჩამოყალიბება.
- სამედიცინო ხარისხის ასამაღლებლად სამედიცინო ტექნოლოგიებისა და მოწყობილობების განაწილება სპეციალიზებულ საავადმყოფოებში; სპეციალიზებული და სუბსპეციალიზებული ცენტრების განვითარება; პაციენტთა საზღვარგარეთ მკურნალობის რაოდენობის შემცირება.
- მედიკამენტების გამოყენების რაციონალიზაცია. მათზე რაციონალური ფასების დაწესება.
- ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური სამედიცინო დახმარების ცენტრების გაფართოება.
- ფარმაცევტული ინდუსტრიის მხარდაჭერა.

2.2 ჯანდაცვის სისტემის დონეები

ირანის ჯანდაცვის სისტემა წარმოდგენილია 3 დონით : რესპუბლიკური, სამხარეო და რაიონული. რაიონული დონე წარმოადგენს დამოუკიდებელ ერთეულს. მასში შედის:

1. ჯანდაცვის სახლი.
2. ჯანდაცვის პუქტი.
3. ქალაქის ჯანდაცვის ცენტრი.
4. სოფლის ჯანდაცვის ცენტრი.
5. სასწავლო ცენტრი (Behvarz).
6. რაიონის ჯანდაცვის ცენტრი.
7. რაიონის საავადმყოფო.
8. რაიონის ჯანდაცვის ქსელის მართვის ცენტრი.

2.2.1 ჯანდაცვის სახლი

ჯანდაცვის სახლი ემსახურება სოფლის მოსახლეობის (დაახლოებით 1500 ადამიანი) სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფას. ჯანდაცვის სახლში მუშაობს 2 პერსონალი, რომლებიც მოსახლეობას უწევენ პირველად სამედიცინო დახმარებას. მათ უწოდებენ ბეჰვარცს (Behvarz). ისინი ორწლიან პირველადი დახმარების სასწავლო კურსს გადიან ბეჰვარცების სპეციალურ სასწავლო სკოლაში. თითოეული ჯანდაცვის სახლი ემსახურება აგრეთვე მის გარშემო მდებარე სოფლებსაც. ბეჰვარცები აწარმოებენ მოსახლეობის რეგისტრაციას და აგროვებენ მათი მხარის ჯანმრთელობის დაცვის მდგომარეობის შესახებ ინფორმაციას. ინფორმაცია შეაქვთ სპეციალურ ფორმაში და წიგნში, რომელსაც უწოდებენ ცხოვრების ჰოროსკოპს (Vital horoscope).

2.2.2 სოფლის ჯანდაცვის ცენტრი

სოფლის ჯანდაცვის ცენტრი წარმოადგენს დაწესებულებას, რომელიც ზედამხედველობს 5 ჯანდაცვის სახლს (მოსახლეობის რაოდენობა დაახლოებით 7500). სოფლის ჯანდაცვის ცენტრში სამედიცინო დახმარებას ეწევა ზოგადი პროფილის ექიმი, ჯანდაცვის სპეციალისტი ტექნიკოსი და რეგისტრატორი. სოფლის ჯანდაცვის ცენტრი ყოველ კვირას რეგულარულად ახორციელებს გასვლებს მის ზედამხედველობის ქვეშ მყოფ თითოეულ ჯანდაცვის სახლში.

2.2.3 ქალაქის ჯანდაცვის ცენტრი

ქალაქის ჯანდაცვის ცენტრი სამედიცინო დახმარებას უწევს ქალაქში მცხოვრებ დაახლოებით 12500 პირს. ქალაქის ჯანდაცვის ცენტრში სამედიცინო დახმარებას უფრო მეტი რაოდენობის სამედიცინო პერსონალი ეწევა ვიდრე სოფლის ჯანდაცვის ცენტრში.

2.2.4 ჯანდაცვის პუნქტი

ჯანდაცვის პუნქტი ფუნქციონირებს 1994 წლიდან. იგი შემოღებულ იქნა სამედიცინო დახმარების უფრო უკეთ გაწევისათვის და ჯანდაცვაზე გამოყოფილი თანხების უფრო ეკონომიურად გამოყენებისათვის. ჯანდაცვის პუნქტი ისეთივე საქმიანობას ეწევა როგორც სოფლის ჯანდაცვის ცენტრი. მაგრამ ჯანდაცვის პუნქტებს მინიჭებული აქვთ განსაკუთრებული პასუხისმგებლობა, რომ განახორციელონ პრევენციული სამედიცინო დახმარება, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვა, ოჯახის დაგეგმარება, გარემოს დაცვა, დაავადებათა კონტროლი და პაციენტთა მიმართვიანობის მართვა ქალაქის

ჯანდაცვის ცენტრებში. ჯანდაცვის პუნქტებს მართავს მეანი ქალი (ბეზიაქალი) ან ჯანდაცვის სპეციალისტი ტექნიკოსი.

2.2.5. ბეჰვარცის სასწავლო ცენტრი

ბეჰვარცის სასწავლო ცენტრი ფუნქციონირებს ყველა რაიონში. იგი ახორციელებს ბეჰვარცების სწავლებას. სწავლება ორწლიანია.

2.2.6. რაიონის ჯანდაცვის ცენტრი

რაიონის ჯანდაცვის ცენტრი ავტონომიური ერთეულია, რომელსაც მინიჭებული აქვს ჯანდაცვის ცენტრების, ბეჰვარცების სასწავლო ცენტრების დაგეგმარებისა და ზედამხედველობის პასუხისმგებლობა. რაიონის ჯანდაცვის ცენტრი ახორციელებს დაავადებათა კონტროლს, ოჯახის ჯანმრთელობის დაცვას. იგი აგრეთვე პასუხისმგებელია გარემოს დაცვაზე.

2.2.7. რაიონული საავადმყოფო

რაიონული საავადმყოფო ავტონომიური ერთეულია, რომელსაც აქვს არანაკლებ 7 განყოფილება: ქირურგიული, თერაპიული, ანესთეზიური, რადიოლოგიური, ლაბორატორიული, პოლიკლინიკური და სასწრაფო დახმარების. პაციენტთა ჰოსპიტალიზაცია ხორციელდება რეფერალური სისტემის საშუალებით.

2.2.8. რაიონის ჯანდაცვის ქსელის მართვის ცენტრი

რაიონის ჯანდაცვის ქსელის მართვის ცენტრი კოორდინაციას უწევს რაიონის ჯანდაცვის ცენტრსა და საავადმყოფოს. იგი პასუხისმგებელია რაიონის ჯანდაცვის სისტემის ყველა ერთეულის საქმიანობაზე. მისი ხელმძღვანელი წარმოადგენს ჯანდაცვისა და სამედიცინო განათლების სამინისტროს წარმომადგენელს რაიონში.

2.3 ჯანდაცვის სისტემის ერთეულები

ჯანდაცვის და სამედიცინო განათლების სამინისტროს ერთ-ერთ მთავარ როლს წარმოადგენს ქვეყნის სხვადასხვა რეგიონში ჯანდაცვის სისტემაში არსებული პოტენციალის ოპტიმალური გამოყენება.

ირანში 1990 წლისათვის 11 200 ჯანდაცვის სახლი ფუნქციონირებდა, რომელიც ახორციელებდა სოფლის მოსახლეობის (დაახლოებით 1500 ადამიანი) სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფას. 1985 წელთან შედარებით მათი რაოდენობა 9400-ით გაიზარდა.

მნისენელოვნად გაიზარდა სოფლის ჯანდაცვის ცენტრების (2090) და ქალაქის ჯანდაცვის ცენტრების (1890) რაოდენობა (იხ. ცხრილი 1)

ცხრილი 1:

ჯანდაცვის სისტემის ერთეულები 1997 წლის მონაცემებით

ერთეული	ქსელის გაფართოება გეგმის მიხედვით	1985 წ	1990 წ	1979 წ	პროცენტული მოცვა 1997 წ
ჯანდაცვის სახლი	17 072	1800	11200	14666	85,9
სოფლის ჯანდაცვის ცენტრი	2802	1200	2090	2181	77,8
დედათა დაწესებულებები	-	-	-	452	-
ქალაქის ჯანდაცვის ცენტრი	3196	1220	1520	1890	59,3
ბეჰვარცების სასწავლო ცენტრი	247	-	-	238	-
ჯანდაცვის პუნქტი	500	-	-	306	61,2
ქალაქის ჯანდაცვის ცენტრი	247	-	-	247	-
ბეჰვარცები	-	-	-	30000	-
ჯანდაცვის მოხალისეები	-	-	-	31980	-

წყარო: ჯანდაცვა და სამედიცინო განათლება ირანის ისლამურ რესპუბლიკაში 1998 წ.

2.3.1. საავადმყოფოების რაოდენობა

1995 წელს ქვეყანაში ფუნქციონირებდა 525 საავადმყოფო, რომელთაგან მხოლოდ 74 იყო ჯანდაცვის სამინისტროს უშუალო მმართველობის ქვეშ. 1988 წლისთვის საავადმყოფოების რაოდენობა გაიზარდა 609-მდე, რომელთაგან 445 იყო ჯანდაცვისა და სამედიცინო განათლების სამინისტროს კუთვნილებაში.

1979-1988 წლების განმავლობაში საწოლთა რაოდენობა 55 388-დან 77 804-მდე გაიზარდა. 1994 წლისათვის საწოლთა რაოდენობამ შეადგინა - 96 402. აღსანიშნავია რომ,

1000 მოსახლეზე საავადმყოფოს საწოლის ღირებულება 1.46-დან (1988 წ) 6.6 მდე (1997 წ) გაიზარდა.

2.3.2 სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა

1996 წელს ჯანდაცვის სისტემაში დასაქმებული იყო 47 161 ზოგადი პრაქტიკის ექიმი (1304 მოსახლეობაზე ერთი თერაპევტი) და 16 733 სპეციალისტი (3817 მოსახლეზე ერთი სპეციალისტი). სტომატოლოგების, ფარმაცოლოგების, სამედიცინო ტექნიკოსების რაოდენობა მოცემულია ცხრილში.

აღსანიშნავია, რომ ჯანდაცვის სისტემაში დასაქმებულთა 74 %-ს შეადგენს მამაკაცები და მხოლოდ 25, 9 % შეადგენენ ქალები.

ცხრილი 2:

სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა (1996 წ)

პერსონალი	ქალი		კაცი		სულ	მოსახლეობასთან პროპორცია
	რაოდენ.	%	რაოდენ.	%		
ზოგადი პრაქტიკის ექიმი	12446	25,4	36554	74,6	49000	1304
სტომატოლოგები	2905	33,6	5742	66,4	8647	7385
ფარმაცოლოგები	2038	32,3	4267	67,4	6305	10128
სამედიცინო ტექნიკოსი	333	35	617	65	950	67223
სპეციალისტები	3407	20,4	13326	79,6	16733	3817

2.3.3 სამედიცინო განათლება

1998 წლის მონაცემებით ირანის ისლამურ რესპუბლიკის 27 პროვინციაში ფუნქციონირებდა 6 სამედიცინო სკოლა და 39 სამედიცინო უნივერსიტეტი. სტუდენტების რაოდენობა შეადგენდა 86 059, ინსტიტუტი დაამთავრა 14 418 სტუდენტმა. (იხ. ცხრილი 3)

ცხრილი 3:

სამედიცინო განათლების სისტემა

	1978-1979	1986-1987	1996-1997
კოლეჯებისა და უნივერსიტეტების რა-ბა	11	24	39
სასწავლო პროგრამების რაოდენობა	145	241	1157
სტუდენტების რაოდენობა	25588	40571	86059
ინსტიტუტდამთავრებულთა რაოდენობა	3551	7507	14418
დასაშვები მოცულობა	8897	17575	25042

უკანასკნელი ათი წლის განმავლობაში სახელმწიფო სამედიცინო სასწავლებელი დაამთავრა 35 000 ექიმმა და 10 000 მედდამ. 1997 წელს სამედიცინო უნივერსიტეტებში ფუნქციონირებდა 8400 ფაკულტეტი, რომელთა რიცხვი 1978 წელთან შედარებით 4.5 ჯერ გაიზარდა. სასწავლო პროგრამების რაოდენობა 450-დან (1989 წ.) 1150-მდე (1978 წ.) გაიზარდა. სამედიცინო უნივერსიტეტებში სტუდენტების რაოდენობა 25 000-დან (1978 წ.) 110000-მდე გაიზარდა.

სამედიცინო განათლების შემდგომი გაუმჯობესებისთვის შეიქმნა საზოგადოებაზე ორიენტირებული სამედიცინო განათლების საბჭო, რომლის მთავარ ამოცანებს წარმოადგენენ:

- ფარმაცევტული, სტომატოლოგიური, კვების, ჯანდაცვის, ბეზიაქალების და მედდის სასწავლო პროგრამების გადასინჯვა და მათი შემდგომი გაუმჯობესება.
- 7 სამედიცინო უნივერსიტეტში სამედიცინო განათლების ამაღლების ცენტრების შექმნა
- სამედიცინო განათლების ტრადიციული მეთოდების თანამედროვე მეთოდებით შეცვლა.
- უწყვეტი სამედიცინო განათლების კანონის რატიფიკაცია და ქვეყანაში 2140 უწყვეტი განათლების კურსების ჩამოყალიბება.

თავი III

სამედიცინო დახმარება

ჯანდაცვის სისტემაში განხორციელებული რეფორმების შედეგად მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა. უკანასკნელ წლებში განხორციელდა საავადმყოფოების თანამედროვე სამკურნალო-დიაგნოსტიკური მოწყობილობებით აღჭურვა, სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის დონის ამაღლება, რის შედეგადაც საზღვარგარეთ გაგზავნილი პაციენტების რაოდენობა 5126-დან (1987 წ.) 300-მდე შემცირდა (1996 წ.). უკანასკნელ წლებში მნიშვნელოვნად გაიზარდა საზღვარგარეთიდან ირანში სამკურნალოდ ჩამოსულ პაციენტთა რიცხვი.

1996 წლისათვის ბავშვთა სიკვდილიანობა 1984 წელთან შედარებით თითქმის ორჯერ შემცირდა. (იხ. ცხრილი 4). აღსანიშნავია დედათა სიკვდილობის მაჩვენებლის შემცირება. 1996 წელს მისი მაჩვენებელი 1984 წელთან შედარებით სამჯერ შემცირდა. (იხ.ცხრილი 4).

მნიშვნელოვანია ის გარემოება, რომ გარკვეული კონტროლი დაწესდა მოსახლეობის მატებაზე. თუ 1984 წელს მოსახლეობის მატების მაჩვენებელი შეადგენდა 3.2-ს, 1996 წელს იგი 1.56-მდე შემცირდა.

ცხრილი 4:

ჯანდაცვის მნიშვნელოვანი მაჩვენებლები, (1984-1996 წწ)

ინდექსი	1984	1989	1993	1996
ბავშვთა სიკვდილიანობა ყოველ 1000 ცოცხლადშობილზე	51	45	33	26
5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა 1000 ცოცხლადშობილზე	70	56	44	33
დედათა სიკვდილობა ყოველ 100 000 მშობიარობაზე	140	40	54	40
ოჯახის დაგეგმარების პროგრამის მოცვის პროცენტული მაჩვენებელი	-	27,5	48,6	54,9
რეპროდუქტიულობის დონე	5,6	5,2	3,6	2,8
მოსახლეობის მატების მაჩვენებელი	3,2	2,7	2,3	1,56

3.1 პრევენციული სამედიცინო დახმარება

3.1.1 მოსახლეობის იმუნიზაცია

განვითარებად ქვეყნებში სხვადასხვა ინფექციური დაავადებებით დაახლოებით 3 მილიონი 5 წლამდე ასაკის ბავშვი იღუპება. 1994 წლიდან ყოველწლიურად აღინიშნება იმუნიზაციის ნაციონალური დღე. ირანში პროფილაქტიკური აცრების წარმატებით განხორციელების შედეგად ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 1994 წელს 15 %-ით შემცირდა. წითელას მაჩვენებელი 1985 წლის მონაცემებით შედაგენდა 75 შემთხვევას 100000 ბავშვზე. 1995-1996 წლებში წითელას შედეგად გარდაცვალების არცერთი შემთხვევა არ აღინიშნებოდა.

ცხრილი 5:

ერთ წლამდე ასაკის ბავშვებში პროფილაქტიკური აცრების მოცვის მაჩვენებელი

ანტიგენი	მოცვის %, 1988 წ			მოცვის %, 1995 წ		
	სოფელი	ქალაქი	სულ	სოფელი	ქალაქი	სულ
BCG	77	53	65	98,7	99,3	99
პოლიომიელიტი	70	63	67	98,5	99,5	99
ანტიდიფტერიული	70	63	67	98,5	99,5	99
წითელა	71	54	63	95	94,7	95
ტეტანუსი	48	32	40	63,9	72,9	82
B ჰეპატიტი	-	-	-	87,2	75,8	81

1994 წლიდან წარმატებით ხორციელდება 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში პოლიომიელიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია. ამისთვის მობილიზებულ იქნა მთელი ქვეყნის მასშტაბით 500 000 მოხალისე, რომლებსაც ჩაუტარდათ იმუნიზაციის სპეციალური სასწავლო კურსები. 1995 წლის შემდეგ აღინიშნებოდა პოლიომიელიტის მხოლოდ 101 შემთხვევა (მათი უმრავლესობა საზღვარგარეთიდან ირანში სამკურნალოდ ჩამოსულ პაციენტებს წარმოადგენდნენ). ცხრილში მოცემულია პოლიომიელიტის წინააღმდეგ აცრილ ბავშვთა რაოდენობა 1994-1997 წლებში.

ცხრილი 6:

პოლიომიელიტის წინააღმდეგ აცრილ ბავშვთა რაოდენობა

	1994	1995	1996	1997
იმუნიზირებულ ბავშვთა რაოდენობა	9.4 მლნ	8.5 მლნ	7.6 მლნ	7.5 მლნ

3.1.2 უსაფრთხო დედობის პროგრამა

მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა დედის და ბავშვის ჯანმრთელობაზე ზრუნვა. წარმატებით ხორციელდება ძუძუთა კვების პროგრამა. იგი ითვალისწინებს ბავშვთა ხელოვნური კვების შემცირებას და ბუნებრივი კვების მნიშვნელოვანწილად განვითარებას. ამის მაჩვენებელია უკანასკნელ წლებში ხელოვნური კვების პროდუქტების რაოდენობის შემცირება 56 მილიონიდან (1988 წ) 12 მილიონამდე (1995 წ). კონსულტაციურ ასამბლეაზე მიღებულ იქნა კანონი ძუძუთა კვების ხელშეწყობის შესახებ.

1996 წელს ძუძუთა კვებაზე მყოფი ერთ წლამდე ასაკის ბავშვთა პროცენტული მაჩვენებელი 1989 წელთან შედარებით 63 %-დან 83 %-მდე გაიზარდა. ამ პროგრამით გათვალისწინებულ ბავშვებზე კეთილგანწყობილი საავადმყოფოების რაოდენობა 1989-1996 წლებში 11-დან 320-მდე გაიზარდა.

ქვეყანაში ფუნქციონირებს ძუძუთა კვების მართვის ნაციონალური ცენტრები. ამ პროგრამის წარმატებით განხორციელების მაჩვენებელია დიარეისა და მწვავე რესპირაციული დაავადებების შედეგად გამოწვეული 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირება 21 % ით 1991 წელს და 11 % -ით 1996 წელს. 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში დიარეის შედეგად გამოწვეული ბავშვთა სიკვდილობა 34 000 შემთხვევიდან (1988 წ) შემცირდა 4000 შემთხვევამდე (1996 წ).

მნიშვნელოვანია, რომ უკანასკნელ წლებში სასწავლო კურსები ჩაუტარდათ აგრეთვე სოფლის 5640 ბებიაქალს, რის შედეგად მნიშვნელოვნად შემცირდა დედათა და ახალშობილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი.

უკანასკნელ წლებში უსაფრთხო დედობის პროგრამის წარმატებით განხორციელების შედეგად დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი თითქმის ორჯერ შემცირდა (იხ. ცხრილი 7). 1996 წლის მდგომარეობით ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 1989 წელთან შედარებით 45-დან 26-მდე შემცირდა (ყოველ 1000 ცოცხალშობილზე).

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი მაჩვენებლები

მაჩვენებელი	1989 წ	1996 წ
ნეონატალური სიკვდილობის მაჩვენებელი 10 000 ცოცხლადშობილზე	26	16
ბავშვთა სიკვდილობის მაჩვენებელი 1000 ცოცხლადშობილზე	45	26
5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილობის მაჩვენებელი 1000 ცოცხლადშობილზე	56	33
დედათა სიკვდილობის მაჩვენებელი 100 000 ცოცხლადშობილზე	90	40
სახელმწიფო სექტორში ორსულ ქალთა სამედიცინო დახმარების %	28	44
ძუძუთა კვების პროცენტული მაჩვენებელი		42
ძუძუთა კვებაზე მყოფი ერთ წლამდე ასაკის ბავშვთა პროცენტული მაჩვენებელი	63	83
ბავშვებზე კეთილგანწყობილი სავადმყოფოების რაოდენობა	11	320

1995 წლიდან საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამაში ჩაერთო სპეციალური პროგრამა, რომელიც ითვალისწინებს სამედიცინო დახმარების გარკვეულ სახეებს. პროგრამის მიხედვით სამედიცინო დახმარება გაეწევა ორსულ ქალებს, ნამშობიარე ქალებს 1 წლის განმავლობაში და 12 წლამდე ასაკის ბავშვებს. იგი მოიცავს სამედიცინო დახმარების შემდეგ სახეებს: პირის ღრუს დათვალეირებას, პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე ზრუნვის სწავლება, კბილის ინფიცირებული ფესვის ამოძირკვა, კბილის რეპარაცია და სხვა.

ცხრილი 8

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალური პროგრამები

	სამედიცინო დახმარების სახეები
ორსული ქალი და ნამშობიარევი ქალი 1 წლის განმავლობაში	სამედიცინო განათლება , შემოწმება ორსულობის მე-3-5-7 თვეში. მშობიარობის შემდეგ 2 ჯერ შემოწმება. დაინფიცირებული კბილის ფესვების ამოძირკვა
6 წლამდე ასაკის ბავშვები	მშობლების სამედიცინო განათლების დონის ამაღლება. პირის ღრუს შემოწმება წელიწადში ერთხელ. პალეპტომია, რეპარაცია, ინფიცირებული ფესვების ექსტრაქცია.
6 დან 12 წლამდე ასაკის ბავშვები	სკოლაში სამედიცინო განათლების დონის ამაღლება, გასინჯვა წელიწადში ერთხელ, პალეპტომია, რეპარაცია, ინფიცირებული ფესვების ექსტრაქცია

3.1.3 ოჯახის დაგეგმარება და მოსახლეობის მატების კონტროლი

უკანასკნელი 10 წლის განმავლობაში მნიშვნელოვანი დადებითი ძვრები შეინიშნება ოჯახის დაგეგმარების პოლიტიკის განხორციელებაში. შეიქმნა ოჯახის დაგეგმარების კვლევისა და მომსახურების სწავლების 12 ცენტრი, 400 ქორწინებისწინა კონსულტაციური ცენტრი, სოფლად მობილური ქირურგიული ბრიგადები.

მოსახლეობის მატებაზე კონტროლის განხორციელებისთვის ქვეყანაში დაინერგა კონტრაცეპციის სხვადასხვა მეთოდები, ისეთი ქირურგიული ოპერაციები, როგორცაა მილის ლიგატურა და ვასექტომია. შედეგად, მოსახლეობის მატების წლიური მაჩვენებელი 3.2 %-დან 1.4 %-მდე შემცირდა.

3.1.4 ინფექციურ და გადამდებ დაავადებებთან ბრძოლა

ქვეყანაში დადებითი ძვრები შეინიშნება ტუბერკულოზის, მალარიის, პარაზიტული დაავადებების, ცოფის, ლეიშმანიოზის, ბრუცელოზის დაავადებების შემთხვევათა რაოდენობის მნიშვნელოვანი შემცირების თვალსაზრისით. მაგალითად, ბრუცელოზის შემთხვევა 100 000 მაცხოვრებელზე გათვლით 100 დან 58-მდე შემცირდა.

3.1.5 ჯანმრთელი ქალაქის პროექტი

1986 წლიდან ქვეყანაში ხორციელდება ჯანმრთელი ქალაქის საერთაშორისო პროექტი, რომელშიც ჩაბმული იყო ათასზე მეტი ქალაქი. ამ პროგრამაში მონაწილეობს შუა აღმოსავლეთ აზიის 40 ქალაქი. ირანის ისლამურ რესპუბლიკაში 26 ქალაქია ჩართული ჯანმრთელი ქალაქის პროექტში.

3.1.6 მოსახლეობის სამედიცინო განათლების დონის ამაღლება

1994 წლიდან აქტიურად ხორციელდება ყველა სახის უნივერსიტეტებში და კოლეჯებში სტუდენტებისათვის სამედიცინო მომსახურება. ფართოდ ტარდება სტუდენტების, მასწავლებლებისა და მშობლების სამედიცინო განათლების დონის ამაღლება. სტუდენტებს უტარდებათ გამოცდები სამედიცინო განათლების სფეროში. წარმატებით ხორციელდება მათი იმუნიზაცია.

მნიშვნელოვანია მასმედიის აქტიური მონაწილეობა მოსახლეობის სამედიცინო განათლების დონის ამაღლებაზე.

3.1.7 იოდდეფიციტთან დაკავშირებულ დაავადებასთან ბრძოლა

ერთერთ პრობლემას წარმოადგენს იოდის დეფიციტთან დაკავშირებულ დაავადებასთან ბრძოლა. აღსანიშნავია, რომ 1995 წელს ირანელთა ოჯახების 93 % იყენებს იოდიზირებულ მარილს, რომელმაც მნიშვნელოვნად შეუწყო ხელი ამ პრობლემის გადაწყვეტას.

ცხრილი 9:

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი მაჩვენებლები

მაჩვენებელი	1989	1966
წითელას მაჩვენებელი 100 000 მოსახლეობაზე გათვლით	15	1
მოსახლეობის მატების მაჩვენებელი	2.9	1.6
6-14 წლამდე სტუდენტების %-ლი რაოდენობა, რომლებმაც მიმართეს სამედიცინო პერსონალს	50	57
სოფლის მოსახლეობის %-ლი მაჩვენებელი, რომელიც იყენებს ონკანის წყალს	74	82
სოფლის მოსახლეობის %-ლი მაჩვენებელი, რომელიც იყენებს ჰიგიენურ საკანალიზაციო სისტემას	62	74
15-19 ასაკის მოსახლეობის რეპროდუქციული დონე	87	40.3
იოდიზირებული მარილის გამოყენების %-ლი მაჩვენებელი	-	93

3.2 გარემოს დაცვა, პროფესიული ჯანდაცვა

გარემოსა და პროფესიულ ჯანდაცვაზე პასუხისმგებელია სამინისტროს გარემოსა და პროფესიული ჯანდაცვის განყოფილება. უკანასკნელ წლებში განხორციელდა გარემოს დაცვის პროგრამის საზოგადოებრივ ჯანდაცვის სისტემაში ინტეგრაცია. პროგრამა გულისხმობს ქალაქად და სოფლად ჯანმრთელი გარემოს შექმნას.

მცირე საწარმოებში, სადაც მუშობს 20-49 პერსონალი, ტარდება პირველადი სამედიცინო დახმარების სპეციალური სწავლება. საწარმოში სადაც მუშობს 50-დან 459-მდე პერსონალი, ტარდება სამთვინი სასწავლო კურსები. ასეთ საწარმოში აგრეთვე ფუნქციონირებს ჯანდაცვის პუნქტი.

პროფესიული სამედიცინო დახმარების ცენტრები

	1978	1989	1996
საწარმოების რაოდენობა რომელსაც არის ჯანდაცვის მუშაკი	0	550	1800
ქარხნების რაოდენობა სადაც არის ჯანდაცვის ცენტრი	0	263	307
საწარმოების რაოდენობა, რომელიც მოცულია პროგრამით	0	30750	845327
მუსა-პერსონალის რაოდენობა რომლებიც მოცული პროგრამით	0	99544	1754590

სამედიცინო მოწყობილობა - დანადგარები

ისლამური რევოლუციის შემდეგ ირანში დიდი ყურადღება ექცევა სამედიცინო მოწყობილობა - დანადგარების წარმოების განვითარებას. რევოლუციამდე ირანი აწარმოებდა მხოლოდ 4 სახეობის სამედიცინო მოწყობილობას. დღეისათვის იგი გაიზარდა 338 სახეობამდე. სამედიცინო მოწყობილობების საწარმოებლად ირანი ყოველწლიურად 75 მილიონი დოლარის ნედლეულ მასალას ყიდულობს საზღვარგარეთის ქვეყნებიდან, რაც 500 მილიონი დოლარის ეკონომიას აძლევს ქვეყანას. უკანასკნელ პერიოდში ჩატარებულ საერთაშორისო გამოფენაზე 200-ზე მეტი დასახელების სამედიცინო მოწყობილობა იყო წარმოდგენილი. ირანის მიერ გამოშვებული პროდუქცია 76 %-ით აკმაყოფილებს ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის მოთხოვნილებას. ირანი ყოველწლიურად უშვებს 750 მილიონ შპრიცს, 7000 ტონა დოლბანდს და სახვევ მასალას და სხვა, რომლის ექპორტირებას აწარმოებს მეზობელ ქვეყნებში. ირანი აწარმოებს აგრეთვე ისეთ სამედიცინო დანადგარებს, როგორცაა: საოპერაციო მაგიდა, სტომატოლოგიური მოწყობილობები და სხვა.

ახალი სამედიცინო მოწყობილობა-დანადგარების წარმოება წლების მიხედვით

წელი	სამედიცინო მოწყობილობა-დანადგარების რაოდენობა
1978	4
1981-1985	30
1986-1990	77
1991-1993	39
1994	56
1995	88
1996	44

3.4 ჯანდაცვის და სამედიცინო განათლების სამინისტროს პოლიტიკა ფარმაცევტულ დარგში

ფარმაცევტულ დარგში ჯანდაცვის სამინისტროს პოლიტიკის ძირითადი საკითხებია :

1. მედიკამენტოზური საშუალებების ხელმისაწვდომობა მოსახლეობის ფართო ფენებისათვის.
2. მედიკამენტების ხარისხიანობისა და ეფექტიანობის გარანტია
3. მედიკამენტების გონივრული გამოწერა და მოხმარება
4. ჰერბარული მედიცინა
5. მედიკამენტების ექსპორტის განვითარება

ფარმაცევტულ დარგში ჯანდაცვის სამინისტროს ძირითადი პროგრამებია:

ა) მედიკამენტებით უზრუნველყოფის ძირითადი პროგრამები:

- 1) სახელმწიფოს მხრიდან მედიკამენტების, ნედლეული მასალის წარმოებისათვის საჭირო ეკონომიური მხარდაჭერის გაძლიერება.
- 2) მედიკამენტების წარმოების ეკონომიკური სტრუქტურის რეფორმირება (ფასები, იმპორტი, წარმოება, განაწილება).
- 3) სამხარეო დონეზე გამანაწილებელი ცენტრების შექმნა
- 4) მედიკამენტების განაწილებისათვის კომპიუტერული სისტემის ჩამოყალიბება.

ბ) მედიკამენტების ხარისხიანობისა და ეფექტურობის გაზრდისათვის საჭირო ძირითადი პროგრამები:

- 1) მედიკამენტების ვაჭრობით მიღებული მოგების 1 %-ის განაწილება ფარმაცევტული ინდუსტრიის განვითარებისა და შემდგომი კვლევის გაუმჯობესებისათვის.
- 2) ფარმაცევტული ინდუსტრიის განვითარებისა და შემდგომი სამეცნიერო-კვლევითი მუშაობის გაუმჯობესებისათვის მედიკამენტებისათვის ზომიერი ფასების დადგენა.
- 3) ფარმაცევტულ ქარხნებში სამედიცინო ტექნიკოსების აქტიურობის სტანდარტების შექმნა.
- 4) ირანის ფარმაცოპის მიხედვით ფარმაცევტული ხარისხის ეროვნული სტანდარტის შექმნა.
- 5) მედიკამენტების გაყიდვამდე და მის შემდეგ ფარმაცევტული ხარისხის კონტროლის სისტემის ჩამოყალიბება.
- 6) ფარმაცოლოგების ფარმაცოლოგიურ მრეწველობაში მოღვაწეობისადმი ხელშეწყობა.

თავი IV

სამედიცინო დაზღვევის სისტემა

ირანის სამედიცინო დაზღვევის სისტემა წარმოდგენილია სამ ნაწილად :

1. სოციალური უსაფრთხოების ორგანიზაცია
2. სამედიცინო დაზღვევის ორგანიზაცია
3. პენსიონერთა სახელმწიფო ფონდი.

4.1 სოციალური უსაფრთხოების ორგანიზაცია

სოციალური უსაფრთხოების ორგანიზაცია არის ქვეყნის უდიდესი სადაზღვევო ორგანიზაცია. მასში დაზღვეულია 22 მილიონი ადამიანი (მთელი მოსახლეობის 37 %). იგი შეიქმნა 1930 წელს. 1960 წელს სოციალური უსაფრთხოების ორგანიზაცია გაწევრიანდა სოციალური უსაფრთხოების საერთაშორისო ასოციაციაში.

სოციალური უსაფრთხოების ორგანიზაციაში დაზღვეულია შემდეგი კატეგორიის ადამიანები:

1. მუშები: მათზე ვრცელდება სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა.
2. თვითდაზღვეული დასაქმებული ადამიანები.

სოციალური უსაფრთხოების ორგანიზაცია დაზღვეულებზე ახორციელებს შემდეგი სახის მომსახურებას:

1. საწარმოო შემთხვევები და დაავადებები;
2. დაზღვეულთა უბედური შემთხვევები და დაავადებები. იგი აგრეთვე მოიცავს დაზღვეულთა ოჯახის წევრებსაც მიუხედავად იმისა, მუშაობენ თუ არა ისინი;
3. ხანდაზმულობა და ინვალიდობა;
4. ქორწინება;
5. ორსულობა და მშობიარობა;
6. დასაფლავების ხარჯები;
7. უმუშევრობა და სამსახურიდან დათხოვნა.

სოციალური უსაფრთხოების ორგანიზაცია ახორციელებს პენსიონერთათვის და ინვალიდებისათვის პენსიებით უზრუნველყოფას, აგრეთვე დაზღვეულის გარდაცვალების შემთხვევაში ოჯახს უხდის პენსიას.

სოციალური უსაფრთხოების ორგანიზაციის ერთერთ უმნიშვნელოვანეს ფუნქციას წარმოადგენს დაზღვეულთათვის სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფა. სოციალური უსაფრთხოების ორგანიზაციას ქვეყნის 150 ქალაქში 98 საავადმყოფოსთან და 230 ჯანდაცვის ცენტრთან დადებული აქვს ხელშეკრულება (1997 წ.).

4.2 სამედიცინო დაზღვევის ორგანიზაცია

1994 წლის ნოემბერში ირანის ისლამური რესპუბლიკის საკონსულტაციო ასამბლეის მიერ ჩამოყალიბდა სამედიცინო სადაზღვევო სისტემის განვითარების გეგმა. 1995 წელს შეიქმნა სამედიცინო დაზღვევის ორგანიზაცია (Medical Service Insurance Organization – MSIO). ამ ორგანიზაციაში მოსახლეობის 60 % დაზღვეულია.

4.2.1 სამედიცინო დაზღვევის ორგანიზაციის სტრუქტურა

სამედიცინო სადაზღვევო ორგანიზაციას 28 პროვინციაში აქვს 28 მთავარი სადაზღვევო ფილიალი და 226 ქვეგანყოფილება ქალაქებში.

4.2.2 გენერალური ასამბლეა

გენერალური ასამბლეას წევრებია: ჯანდაცვისა და სამედიცინო განათლების მინისტრი და ფინანსთა მინისტრი.

4.2.3 სამედიცინო დაზღვევის ორგანიზაციის უმაღლესი საბჭო

სამედიცინო დაზღვევის ორგანიზაციის უმაღლესი საბჭო შედგება :

1. ჯანდაცვის, სამედიცინო განათლების მინისტრი (საბჭოს თავმჯდომარე);
2. შრომისა და სოციალურ საქმეთა მინისტრი;
3. ფინანსთა და ეკონომიკურ საქმეთა მინისტრი;
4. საბიუჯეტო და დაგეგმვის ორგანიზაციის უფროსი;
5. ქვეყნის ადმინისტრაციული მოწყობისა და დასაქმების ორგანიზაციის პრეზიდენტი;
6. სამედიცინო სისტემის ორგანიზაციის უფროსი;
7. სოციალური უსაფრთხოების ორგანიზაციის მმართველი დირექტორი;
8. სამედიცინო დაზღვევის ორგანიზაციის დირექტორი;
9. საჯარისო ნაწილების სამედიცინო დახმარების ორგანიზაციის დირექტორი;

10. იმამ ჰომეინის დაცვის კომიტეტი;
11. ჯანდაცვის და სამედიცინო განათლების მინისტრის მოადგილე;
12. კეთილდღეობის, საბიუჯეტო და დაგეგმარების ისლამური საკონსულტაციო ასამბლეის ორი დამკვირვებელი.

4.2.4 დირექტორთა საბჭო

დირექტორთა საბჭო შედგება დირექტორის, ორი მუდმივი და ერთი არამუდმივი წევრისაგან. დირექტორთა საბჭოს წევრები ინიშნება დირექტორისა და გენერალური ასამბლეის მიერ სამი წლის განმავლობაში. დირექტორთა საბჭო აწარმოებს პროგრამების ჩამოყალიბებას, მათ ორგანიზაციულ უზრუნველყოფას და ზედამხედველობას დირექტორის უშუალო ხელმძღვანელობით.

4.2.5 სამედიცინო დაზღვევის ორგანიზაციაში დაზღვეულთა რაოდენობა

დაზღვევა ვრცელდება როგორც სავალდებულოდ ასევე ნებაყოფლობით დაზღვეულზე. სახელმწიფო სექტორში მომუშავეთათვის სამედიცინო დაზღვევა სავალდებულოა. სხვა დანარჩენისათვის დაზღვევა ნებაყოფლობით ხასიათს ატარებს.

1998 წლისათვის 62 036 961 მოსახლეობიდან სამედიცინო დაზღვევის ორგანიზაციაში დაზღვეული იყო 27 923 704 (ქვეყნის მოსახლეობის 45 %). დაზღვეულებიდან 22 % სახელმწიფო სექტორშია დასაქმებული, 2 % კერძო სექტორშია დასაქმებული, 73 % შეადგენს სოფლის მოსახლეობიდან დაზღვეულებს და 3% სხვა სოციალური ჯგუფებიდანაა დაზღვეული.

აღსანიშნავია, რომ 1988 წელს 1996 წელთან შედარებით სამედიცინო დაზღვევის ორგანიზაციაში დაზღვეულთა რაოდენობა შეადგენდა 7 775 732-ს, 1998 წელს დაზღვეულთა რაოდენობა 27 923 704 -მდე გაიზარდა.

როგორც გრაფიკიდან ჩანს, უკანასკნელ წლებში მნიშვნელოვნად გაიზარდა სოფლის მოსახლეობის დაზღვეულთა რაოდენობა. თუ 1996 წელს იგი შეადგენდა 249 260- ს, 1998 წელს მათმა რიცხვმა 20 304 480 -მდე გაიზარდა (75 %). აღსანიშნავია, რომ შემცირდა კერძო სექტორში დასაქმებულ დაზღვეულთა რაოდენობა. თუ 1996 წელს იგი შეადგენდა 899 533-ს 1988 წელს მათი რიცხვი 676 408 -მდე შემცირდა (28.5 %). მნიშვნელოვნად არ შეცვლილა სახელმწიფო სექტორში დასაქმებულ დაზღვეულთა რაოდენობა. თუ 1996 წელს იგი შეადგენდა 6 197 722-ს, 1998 წელს მათი რიცხვი 6 160 189-მდე შემცირდა.

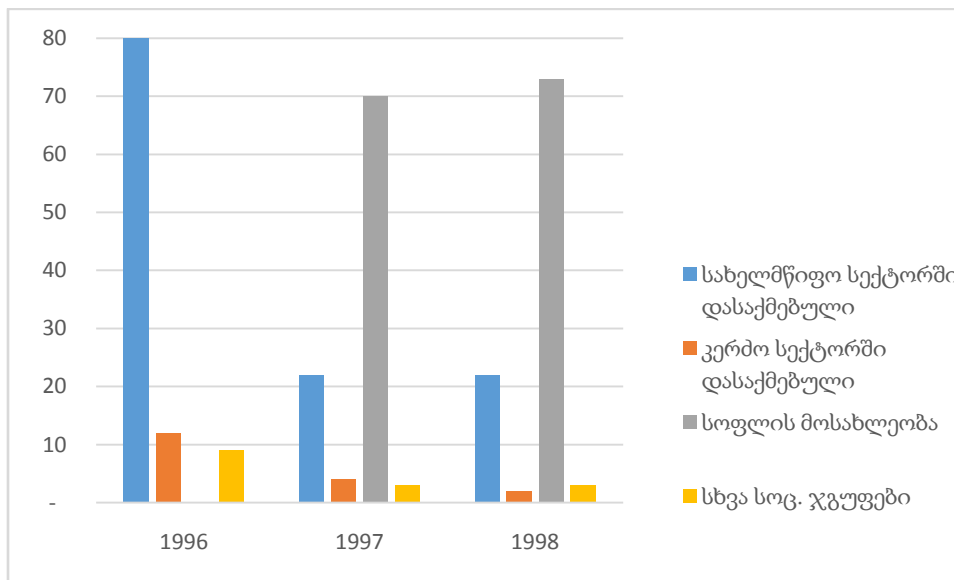
ცხრილი 12:

დაზღვეულთა რაოდენობა წლებისა და სადაზღვევო ფონდების მიხედვით (1996-1998წ)

წელი	სახელმწიფო სექტორში დასაქმებული			კერძო სექტორში დასაქმებული			სოფლის მოსახლეობა			სხვა სოც. ჯგუფები			სულ		
	რაოდენობა	%	%-ლი ცვლილება	რაოდენობა	%	%-ლი ცვლილება	რაოდენობა	%	%-ლი ცვლილება	რაოდენობა	%	%-ლი ცვლილება	რაოდენობა	%	%-ლი ცვლილება
1996	6197722	80	-	899533	12	-	249260	0,01	-	678477	9	-	7775732	100%	-
1997	6017730	22	-2%	1167458	4	+23%	18930779	70	75,9%	739048	3	+8%	26855014	100%	+71%
1998	6160189	22	+2,3%	676408	2	-28,5%	20304480	73	+6,8%	782627	3	+5,6%	27923704	100%	+4%

ნახატი 1:

დაზღვეულთა რაოდენობა წლებისა და სადაზღვევო ფონდების მიხედვით (1996-1998 წ)



4.2.6 სამედიცინო სადაზღვევო შენატანები

სამედიცინო სადაზღვევო შენატანებს ადგენს სამედიცინო დაზღვევის ორგანიზაცია (Medical Service Organization –MSIO), რომელიც დაფუძნებულია დაზღვეულის შემოსავლის დონეზე. შენატანების დონეს განსაზღვრავს ჯანდაცვის და სამედიცინო განათლების

სამინისტრო და ამტკიცებს სამედიცინო დაზღვევის ორგანიზაციის უმაღლესი საბჭო. 1999 წლისათვის სამედიცინო სადაზღვევო შენატანი საშუალოდ შეადგენდა 7920 რეალს.

სადაზღვევო შენატანის წილი სხვადასხვა მოქალაქისათვის სხვადასხვაა. კერძო სექტორში დასაქმებული იხდის შენატანის 100%-ს, სახელმწიფო სექტორში დასაქმებული შენატანის ერთი მესამედიდან ერთ მეხუთედამდე წილს იხდის. სოფლად მცხოვრები იხდის 20%-ს, სხვა სოციალური ჯგუფები, მათ შორის სტუდენტები იხდიან შენატანის 50 %-ს. სადაზღვევო შენატანის დანარჩენ ნაწილს სახელმწიფო იხდის.

როგორც ქვემოთ მოყვანილი ცხრილიდან ჩანს დიდი განსხვავებაა თითო სულზე თვიური სამედიცინო სადაზღვევო შენატანის სავარაუდო და დამტკიცებულ რაოდენობაზე. ცხრილში ნაჩვენებია აგრეთვე განსხვავება დამტკიცებულ და რეალურ შენატანს შორის. ასე მაგალითად, თუ 1998 წელს სავარაუდო თვიური შენატანი შეადგენდა 7941 რეალს, განსაზღვრულმა შენატანმა შეადგინა 6350 რეალი, ხოლო რეალურმა შენატანმა შეადგინა 8416 რეალი.

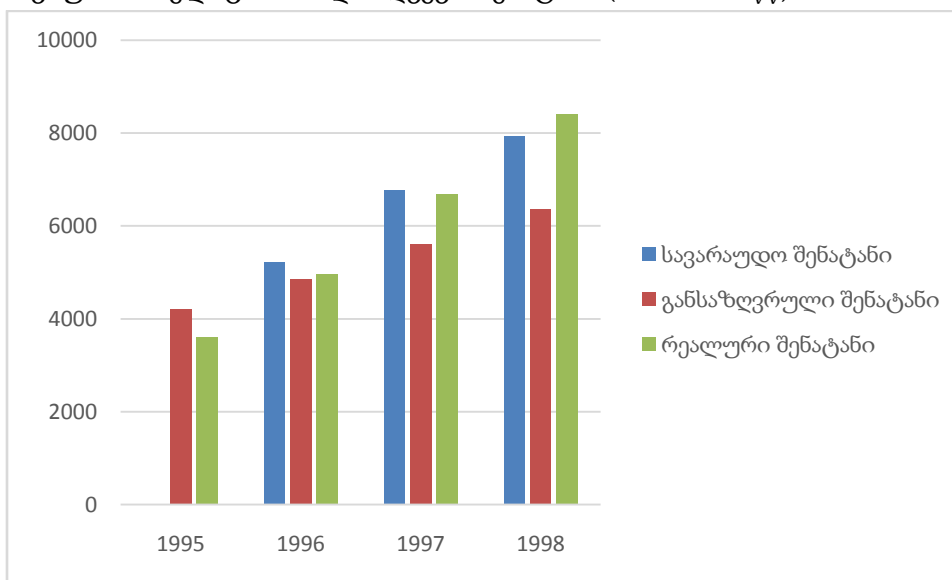
ცხრილი 13:

თვიური შენატანი თითოეულ სულზე (1995-1998 წწ)

წელი	სავარაუდო შენატანი	განსაზღვრული შენატანი	რეალური შენატანი
1995	-	4200	3608
1996	5215	4860	4953
1997	6765	5600	6689
1998	7941	6350	8416

ნახატი 2:

თვიური სამედიცინო სადაზღვევო შენატანი (1995-1998 წწ)



სადაზღვევო შენატანის წლიური ზრდა ყოველთვის ჩამორჩებოდა ინფლაციის მაჩვენებელს, ასე მაგალითად, 1996 წელს სამომხმარებლო საგნებზე ფასთა ზრდის ინდექსი იყო 23.2 %, მაშინ როცა სადაზღვევო შენატანი მხოლოდ 15.7 %-ით გაიზარდა. მომდევნო წელს ინფლაციის დონე იყო 18.1 %, მაშინ როცა სადაზღვევო შენატანი გაიზარდა 13.3 %-ით. ამ წლების განმავლობასი არ იყო მიღწეული დაბალანსება დანახარჯებსა და შემოსავალს შორის.

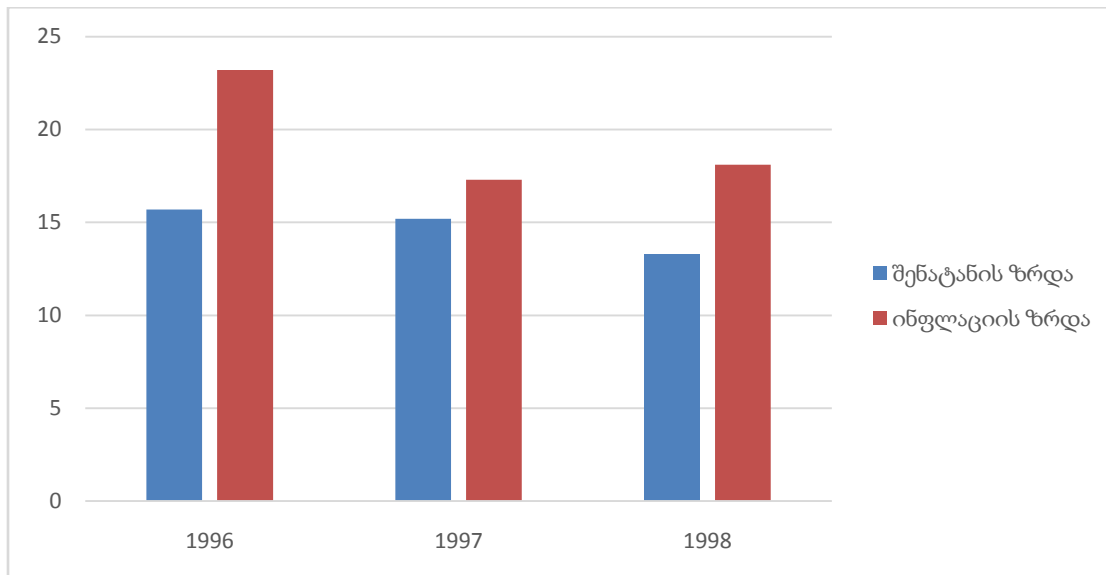
ცხრილი 14:

სადაზღვევო შენატანისა და ინფლაციის ყოველწლიური ზრდის მაჩვენებლების შედარება

წელი	დამტკიცებული სადაზღვევო შენატანი თითო სულზე		ინდექსი*	ინფლაციის მაჩვენებელი
	რაოდენობა	%-ლი ზრდა წინა წელთან შედარებით		
1995	4200	-	372,3	-
1996	4860	15,7%	458,8	23,2
1997	5600	15,2%	538.1	17.3
1998	6350	13.3%	635	18.1

ნახატი 3:

სადაზღვევო შენატანისა და ინფლაციის ყოველწლიური ზრდის მაჩვენებლების შედარება



4.2.7 სამედიცინო სადაზღვევო ფონდები

სამედიცინო დაზღვევის ორგანიზაცია შედგება ოთხი სამედიცინო სადაზღვევო ფონდისაგან:

- 1) სამედიცინო სექტორში დასაქმებულთა სამედიცინო სადაზღვევო ფონდი.
- 2) კერძო სექტორში დასაქმებულთა სამედიცინო სადაზღვევო ფონდი
- 3) სოფლად მოსახლეობის სამედიცინო სადაზღვევო ფონდი.
- 4) სხვა სოციალური ჯგუფებისათვის განკუთვნილი სამედიცინო სადაზღვევო ფონდი

4.2.8 სახელმწიფო სექტორში დასაქმებულთა სადაზღვევო ფონდი

სახელმწიფო სექტორში დასაქმებულთა სადაზღვევო ფონდი სავალდებულო ხასიათს ატარებს. სადაზღვევო შენატანს ადგენს სახელმწიფო და სახელმწიფო სექტორში დასაქმებულები იხდიან სადაზღვევო შენატანის ერთი მესამედიდან ერთ მეხუთედამდე წილს. შენატანს იხდიან ყოველთვიურად. სახელმწიფო სექტორში დასაქმებულ დაზღვეულ პირთა რაოდენობა 1998 წელს შეადგენდა 6 160 189-ს.

4.2.9 კერძო სექტორში დასაქმებულ პირთა სადაზღვევო ფონდი

კერძო სექტორში დასაქმებულთა სადაზღვევო ფონდი ნებაყოფლობით ხასიათს ატარებს. სადაზღვევო შენატანს ადგენს სახელმწიფო და სექტორში დასაქმებულები იხდიან სადაზღვევო შენატანის 100 %-ს. შენატანს იხდიან ყოველთვიურად. კერძო სექტორში დასაქმებულ დაზღვეულ პირთა რაოდენობა 1998 წლისათვის შეადგენდა 676 408-ს.

4.2.10 სოფლის მოსახლეობის ფონდი

სოფლის მოსახლეობის სადაზღვევო ფონდი ნებაყოფლობით ხასიათს ატარებს. სადაზღვევო შენატანს ადგენს სახელმწიფო და სოფლის მოსახლეობა იხდის სადაზღვევო შენატანის 20 %-ს. შენატანს იხდიან ყოველთვიურად. დაზღვეულ პირთა რაოდენობა 1998 წელს შეადგენს 20 304 480-ს.

4.2.11 სხვა სოციალურ ჯგუფთ ფონდი

სხვა ჯგუფთ სადაზღვევო ფონდი ნებაყოფლობით ხასიათს ატარებს. სხვა ჯგუფებს წარმოადგენენ სტუდენტები და სხვა პირები. სადაზღვევო შენატანს ადგენს სახელმწიფო და დაზღვეულები იხდის სადაზღვევო სენატანის 50 % -ს. შენატანს იხდიან ყოველთვიურად. დაზღვეულ პირთა რაოდენობა 1998 წელს შეადგენდა 782 627-ს.

4.2.12 სამედიცინო დაზღვევის ორგანიზაციასთან ხელშეკრულების გაფორმება

სამედიცინო დაზღვევის ორგანიზაციას აქვს სამედიცინო დაწესებულებებთან ხელშეკრულებების გაფორმების სრული უფლება. მათ შეუძლიათ ამოირჩიონ ის სამედიცინო დაწესებულება, რომელთაც შეუძლიათ განახორციელონ სრულფასოვანი სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ღონისძიებები.

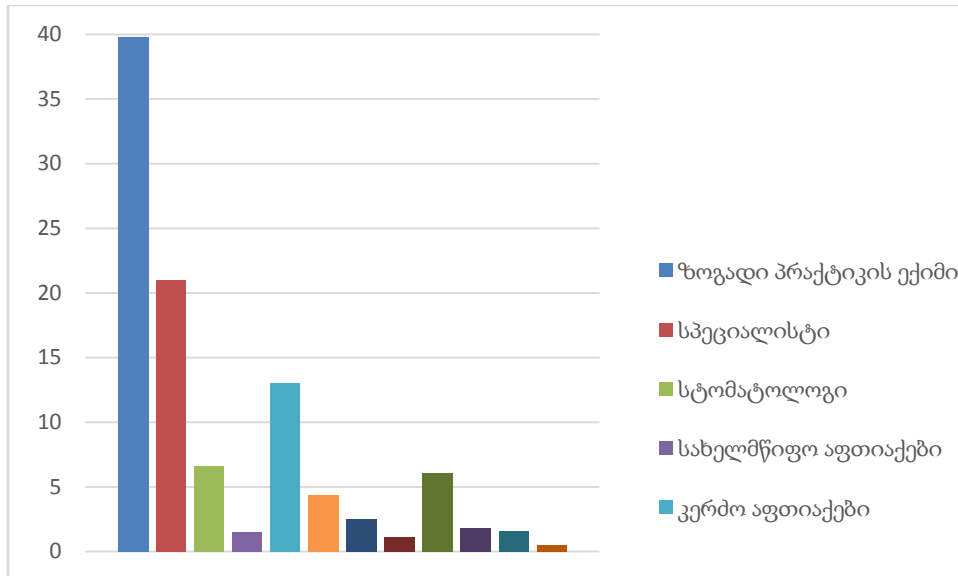
ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში გამოსახულია სამედიცინო დაზღვევის ორგანიზაციასთან 1998 წელს დადებული ხელშეკრულებების რაოდენობრივი მონაცემები. 1988 წელს მთლიანად სამედიცინო დაზღვევის ორგანიზაციამ 32 997 ხელშეკრულება გააფორმა. ყველაზე მეტი ხელშეკრულება დაიდო ზოგადი პრაქტიკის ექიმებთან - 13 120 (39.8 %). ხელშეკრულებების რაოდენობის მხრივ მეორე ადგილზე სპეციალისტები - 6945 (21 %). სამედიცინო დაზღვევის ორგანიზაციამ გააფორმა ხელშეკრულება 539 სახელმწიფო და 168 კერძო საავადმყოფოსთან, 2010 სახელმწიფო და 603 კერძო პოლიკლინიკასთან, 506 სახელმწიფო და 4281 კერძო აფთიაქთან (იხ. ცხრილი 15).

ცხრილი 15:

სამედიცინო სადაზღვევო ორგანიზაციასთან დადებული ხელშეკრულებების რაოდენობა (1998 წელი)

საკონტრაქტო ერთეული	%	რაოდენობა
ზოგადი პრაქტიკის ექიმი	39.8	13120
სპეციალისტი	21	6945
სტომატოლოგი	6.6	2184
სახელმწიფო აფთიაქები	1.5	506
კერძო აფთიაქები	13	4281
ლაბორატორია	4.4	1456
დიაგნოსტიკური ცენტრები	2.5	831
ფიზიოთერაპიული დაწესებულებები	1.1	354
სახელმწიფო პოლიკლინიკები	6.1	2010
კერძო პოლიკლინიკები	1.8	603
სახელმწიფო საავადმყოფო	1.6	539
კერძო საავადმყოფო	0.5	168
სულ	100	32997

სამედიცინო სადაზღვევო ორგანიზაციასთან დადებული ხელშეკრულებების რაოდენობა (1998 წელი)



კანონის თანახმად დაზღვეულებს შეუძლიათ მიიღონ როგორც ამბულატორიული ასევე ჰოსპიტალური სამედიცინო დახმარება. სამედიცინო სადაზღვევო ორგანიზაცია ახორციელებს აგრეთვე დაზღვეულების მედიკამენტებით უზრუნველყოფას. სოფლის მოსახლეობისათვის ამბულატორიულ სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფა ხორციელდება პირველადი სამედიცინო დახმარების სისტემით.

სხვადასხვა ფონდებისათვის თანაგადახდა სხვადასხვაა. სოფლის მოსახლეობის ფონდისათვის იგი შეადგენს 25 %-ს, სხვა სოციალური ჯგუფებისათვის ჰოსპიტალურ სამედიცინო დახმარებზე დაწესებულია 10 %, ხოლო ამბულატორიული სამედიცინო დახმარებისათვის 30 %. დანარჩენ ნაწილს იხდის სამედიცინო დაზღვევის ორგანიზაცია.

4.2.13 შემოსავლები და დანახარჯები

1995-1998 წლებში სამედიცინო სადაზღვევო ორგანიზაციაში შემოსავალმა მთლიანად შეადგინა 2804443 მლნ რეალი, დანახარჯებმა - 3047956 მლნ რეალი, შესაბამისად ზარალმა შეადგინა 243513 მლნ რეალი. ზარალი განპირობებულია ყოველწლიური მზარდი ინფლაციის დონით.

შემოსავლები და დანახარჯები წლების მიხედვით (მლნ რეალი)

	შემოსავალი	დანახარჯები	მოგება/წაგება
1995	241554	149957	+91597
1996	592603	670072	-77469
1997	820865	970273	-149408
1998	1149421	1257654	-108233
სულ	2804443	3047956	-143513

ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში ნაცვენებია შემოსავლები და დანახარჯები სადაზღვევო ფონდების მიხედვით. 1997 წელს ყველაზე მეტი შემოსავალი აღინიშნებოდა სახელმწიფო სექტორში დასაქმებულთა ფონდში - 425 781 მილიონი რეალი (მთლიანი შემოსავლის 52 %) და კერძო სექტორში დასაქმებულთა ფონდში - 229156 მლნ რეალი (მთლიანი შემოსავლის 28 %). ასევე, ყველაზე მეტი დანახარჯები აღინიშნებოდა სახელმწიფო სექტორში დასაქმებულთა ფონდში - 480204 მილიონი რეალი (მთლიანი დანახარჯის 49.5 %) და კერძო სექტორში დასაქმებულთა ფონდში - 301966 მლნ რეალი (მთლიანი დანახარჯის 31 %).

შემოსავლები და დანახარჯები სადაზღვევო ფონდების მიხედვით 1997 წ (9მლნ რეალი)

წყარო	შემოსავალი		ხარჯი	
	რაოდენობა	%	რაოდენობა	%
სახელმწიფო სექტ. დასაქმ	425781	52	480205	49,5
კერძო სექტ. დასაქმ	229156	28	301966	31
სოფლის მოსახლეობა	119117	14,5	72646	7,5
სხვა სოც ჯგუფ	34089	4	61288	6
სხვა (საოპერაციო)	12722	1,5	8923	1
ხარჯი	-	-	45246	5
სულ	820865	100	970273	100

სახელმწიფო სექტორში დასაქმებულთა მიერ ფონდში შემოსავლების ზრდა განპირობებული იყო ამ კატეგორიით დაზღვეულთა რაოდენობის მომატებით.

1998 წელს ყველაზე მეტი შემოსავალი აღინიშნებოდა სახელმწიფო სექტორში დასაქმებულთა ფონდში - 619452 მილიონი რეალი (მთლიანი შემოსავლის 54 %) და სოფლის სექტორში დასაქმებულთა ფონდში - 301389 მლნ რეალი (მთლიანი შემოსავლის 26 %). ასევე, ყველაზე მეტი დანახარჯები აღინიშნებოდა სახელმწიფო სექტორში დასაქმებულთა ფონდში

- 621175 მილიონი რეალი (მთლიანი დანახარჯის 49.3 %) და კერძო სექტორში დასაქმებულთა ფონდში - 319109 მლნ რეალი (მთლიანი დანახარჯის 25.4 %).

1998 წლის მონაცემების 1997 წლის მონაცემებთან შედარებით გაიზარდა სოფლის სექტორში დასაქმებულთა ფონდის შემოსავლები და შემცირდა კერძო სექტორში დასაქმებულთა ფონდის შემოსავლები. კერძო სექტორში დასაქმებულთა ფონდში შემოსავლების შემცირება განპირობებული იყო ამ კატეგორიით დაზღვეულთა რაოდენობის შემცირებით. მიუხედავად კერძო სექტორში დასაქმებულთა ფონდის შემოსავლების შემცირებისა, ამ ფონდის დანახარჯები ისევ მაღალი მაჩვენებლით ხასიათდება.

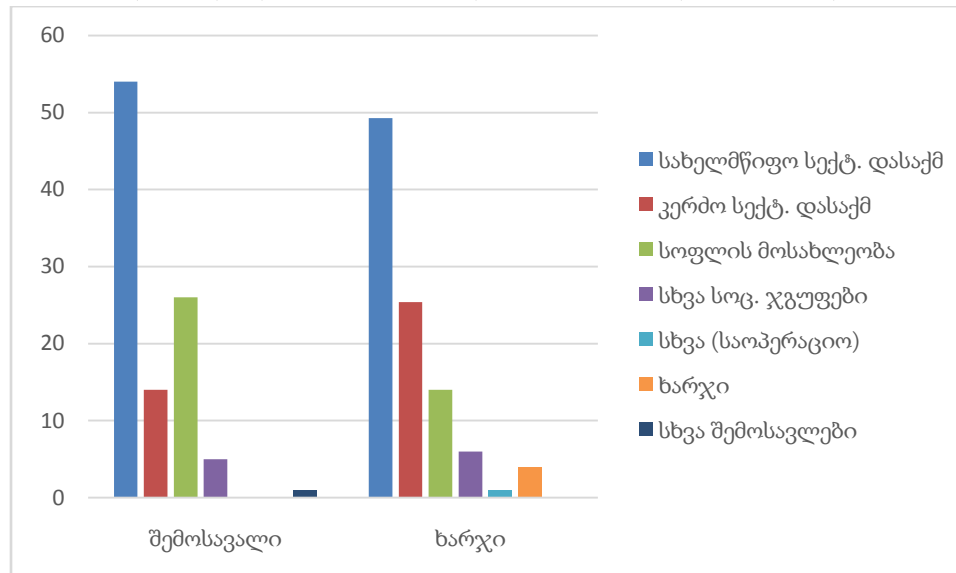
ცხრილი 18:

შემოსავლები და დანახარჯები სადაზღვევო ფონდების მიხედვით 1998 წ

წყარო	შემოსავალი		ხარჯი	
	რაოდენობა	%	რაოდენობა	%
სახელმწიფო სექტ. დასაქმ	619452	54	621175	49.3
კერძო სექტ. დასაქმ	158787	14	319109	25.4
სოფლის მოსახლეობა	301389	26	176269	14
სხვა სოც. ჯგუფები	57535	5	77003	6
სხვა (საოპერაციო)	-	0	9073	1
ხარჯი	-	0	55022	4
სხვა შემოსავლები	8533	1	-	-
შემოსავალი	3745	-	-	-
სულ	1149421	100	1257654	100

ნახატი 5:

შემოსავლები და დანახარჯები სადაზღვევო ფონდების მიხედვით 1998 წ

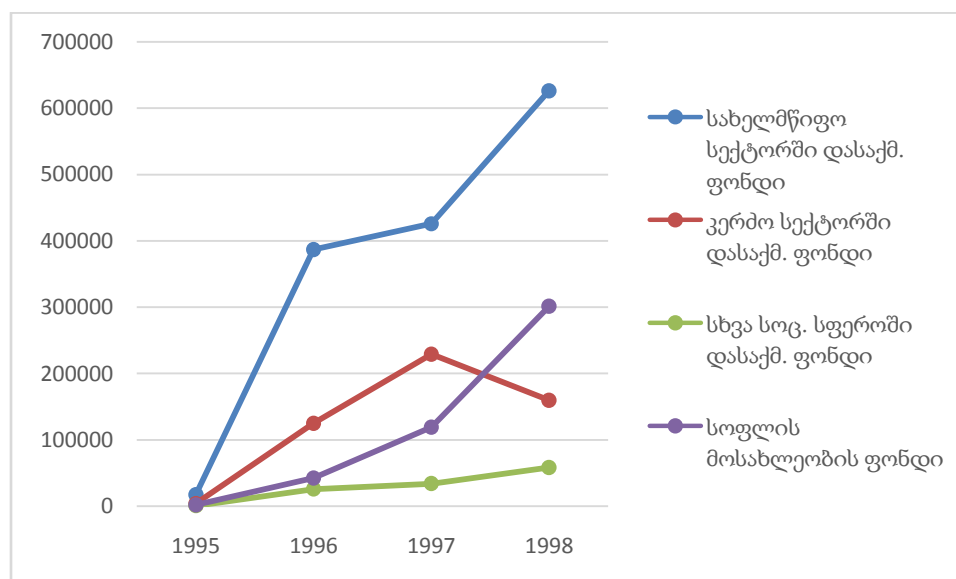


შემოსავლის განაწილება სადაზღვევო ფონდებს შორის (1995-1998 წ)

წელი	სახელმწიფო სექტორში დასაქმ. ფონდი	კერძო სექტორში დასაქმ. ფონდი	სხვა სოც. სფეროში დასაქმ. ფონდი	სოფლის მოსახლეობის ფონდი
1995	17096	3811	652	1686
1996	386827	124996	25869	42369
1997	425781	229156	34089	119117
1998	626350	159553	58402	301368

ნახატი 6:

შემოსავლის გადანაწილება სადაზღვევო ფონდებს შორის (1995-1998 წ)



როგორც ქვემოთ ნაჩვენებია ცხრილიდან ჩანს, 1997 წლის მონაცემებით მოგება აღინიშნებოდა სოფლის მოსახლეობის ფონდში (46471 მლნ რეალი), ყველაზე მეტი წაგებით ხასიათდებოდა კერძო სექტორში დასაქმებულთა ფონდი (72810 მლნ რეალი) და სახელმწიფო სექტორში დასაქმებულთა ფონდი (54423 მლნ რეალი).

1998 წელს მოგება აღინიშნებოდა სოფლის მოსახლეობის ფონდში (125120 მლნ რეალი), ხოლო წაგება კერძო სექტორში დასაქმებულთა ფონდში (160322 მლნ რეალი). აღსანიშნავია, რომ მნიშვნელოვნად შემცირდა წინა წელთან შედარებით სახელმწიფო სექტორში დასაქმებულთა ფონდის ზარალი, რომელმაც შეადგინა 1723 მლნ რეალი.

ცხრილი 20 :

სადაზღვევო ფონდების მიხედვით მოგება-ზარალის მაჩვენებლები (1997 წ.)

მოგება-ზარალი	შემოსავალი	დანახარჯი	მოგება-ზარალი
სახელმწიფო სექტ. დასაქმ ფონდი	425781	480204	- 54423
კერძო სექტ. დასაქმ ფონდი	229156	301966	- 72810
სოფლის მოსახლეობის ფონდი	119117	72646	+ 46471
სხვა სოციალური ჯგუფების ფონდი	34089	61288	- 27199
(საოპერაციო) სხვა	12722	8923	+ 3799
მიმდინარე ხარჯები	-	45246	- 45246
სულ	820865	970273	- 149408

ცხრილი 21 :

სადაზღვევო ფონდების მიხედვით მოგება და ზარალის მაჩვენებლები (1998 წ.)

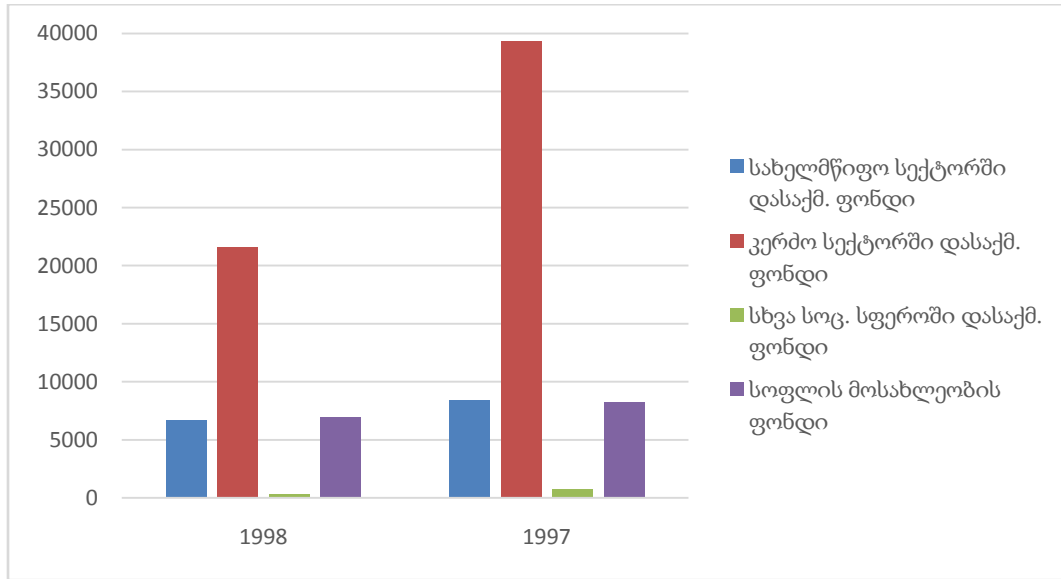
მოგება -ზარალი	შემოსავალი	დანახარჯი	მოგება-ზარალი
სახელმწიფო სექტ. დასაქმ ფონდი	619452	621175	- 1723
კერძო სექტ. დასაქმ ფონდი	158787	319109	- 160322
სოფლის მოსახლეობის ფონდი	301389	176269	+ 125120
სხვა სოციალური ჯგუფების ფონდი	57535	77003	- 19468
(საოპერაციო) სხვა	-	9073	- 9073
მიმდინარე ხარჯები	-	55022	- 55022
სხვა შემოსავალი	8533		+ 8533
2/9 შემოსავალი	3745	-	3745
სულ	1149421	1257654	- 108233

ცხრილი 22:

თითო სულზე თვიური სამედიცინო სადაზღვევო დანახარჯები (1997-1998 წწ)

	სამედიცინო დანახარჯების მიხედვით		მთლიანი დანახარჯების მიხედვით	
	1998	1997	1998	1997
სახელმწიფო სექტორში დასაქმ. ფონდი	6649	8403	7044	8595
კერძო სექტორში დასაქმ. ფონდი	21554	39314	22684	39507
სხვა სოც. სფეროში დასაქმ. ფონდი	319	723	352	915
სოფლის მოსახლეობის ფონდი	6910	8199	7207	8478

თითო სულზე თვიური სამედიცინო სადაზღვევო დანახარჯები (1997-1998 წწ)



ცხრილი 23:

დაზღვეულთა რაოდენობა, თითო სულზე დანახარჯები სადაზღვევო ფონდების მიხედვით (1998)

ფონდი	დაზღვეულთა რაოდენობა	დანახარჯები (მლნ რელი)	თითო სულზე თვიური დანახარჯები
სახელმწიფო სექტორში დასაქმებ	6160189	621175	8403
კერძო სექტორში დასაქმებულთა	676408	313109	39314
სოფლის მოსახლეობა	20304480	176269	723
სხვა სოციალური ჯგუფები	782627	77003	8199

სამედიცინო ცენტრებში მიმართვიანობის დონე

1997-1998 წლების მონაცემთა დაყრდნობით თითოეულმა დაზღვეულმა სამედიცინო ცენტრებს შესაბამისად 3.3 -3.7 ჯერ მიმართა.

ქვემოთ მოცემულ ცხრილში გამოსახულია დაზღვეულთა მიმართვიანობის მაჩვენებელი სხვადასხვა ფონდების მიხედვით. სახელმწიფო სექტორში დასაქმებულების მიმართვიანობა 1997 და 1998 წლებში შეადგინა შესაბამისად 9.46 და 12.34. მიმართვიანობის

მაღალი მაჩვენებლით ხასიათდება კერძო სექტორში დასაქმებულები. ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი აქვს სოფლის მოსახლეობას.

ცხრილი 24:

დაზღვეულთა მიმართვიანობის მაჩვენებელი ფონდების მიხედვით (1997 წ.)

	სახელმწიფო სექტორში დასაქმებულები	კერძო სექტორში დასაქმებულები	სოფლის მოსახლეობა	სხვა სოციალური ჯგუფები	სულ
დაზღვეულთა რაოდენობა	6017730	1167457	18930779	739048	26855014
მიმართვიანობის აბსოლუტური მაჩვენებელი	56938164	17107199	1107165	13581931	88734459
მიმართვიანობის საშუალო მაჩვენებელი	9,46	14,065	0,058	18,34	3,3

ცხრილი 25 :

დაზღვეულთა მიმართვიანობის მაჩვენებელი ფონდების მიხედვით (1998 წ.)

	სახელმწიფო სექტორში დასაქმებულები	კერძო სექტორში დასაქმებულები	სოფლის მოსახლეობა	სხვა სოციალური ჯგუფები	სულ
დაზღვეულთა რაოდენობა	616089	676408	20304480	782627	27923704
მიმართვიანობის აბსოლუტური მაჩვენებელი	76028760	18147142	1397220	8803660	104376782
მიმართვიანობის საშუალო მაჩვენებელი	12,34	26,82	0,069	11,24	3,73

დანახარჯები მიმართვიანობის მიხედვით

1997 წლისათვის თითოეულ მიმართვაზე საშუალო დაიხარჯა 10324 რეალი, ხოლო 1998 წელს 11435 რეალი. ყველაზე მაღალი მაჩვენებლით ხასიათდება სოფლის მოსახლეობა. ამის მიზეზია მათ მიერ სტაციონარული სამედიცინო დახმარების გამოყენების მაღალი დონე ამბულატორიული სამედიცინო დახმარებასთან შედარებით. მაღალი მაჩვენებლით ხასიათდება აგრეთვე კერძო სექტორში დაზღვეულები.

ცხრილი 26 :

მიმართვიანობის საშუალო დანახარჯები ფონდების მიხედვით (1997 წ)

	სახელმწიფო სექტორში დასაქმებულები	კერძო სექტორში დასაქმებულები	სოფლის მოსახლეობა	სხვა სოციალური ჯგუფები	სულ
ხარჯი (მლნ რელი)	480204	301966	72646	61288	916104
მიმართვიანობის რაოდენობა	56938164	17107199	1107165	13581931	88734459
მიმართვიანობის საშუალო დანახარჯი	8433	17651	65614	4512	10324

ცხრილი 27:

მიმართვიანობის საშუალო დანახარჯები ფონდების მიხედვით (1998 წ)

	სახელმწიფო სექტორში დასაქმებულე ბი	კერძო სექტორში დასაქმებულები	სოფლის მოსახლეობა	სხვა სოციალური ჯგუფები	სულ
ხარჯი (მლნ რელი)	621175	319109	176269	7703	1193556
მიმართვიანობის რაოდენობა	76028760	18147142	1397220	803660	104376782
მიმართვიანობის საშუალო დანახარჯი	8170	17584	126157	8747	11435

სარჩევი

თავი I ზოგადი ინფორმაცია

- 1.1. მოსახლეობა
- 1.2. რელიგია
- 1.3. ხელისუფლება

თავი II ჯანდაცვის სისტემა

- 2.1. ჯანდაცვისა და სამედიცინო განათლების სამინისტროს ჩამოყალიბება
- 2.2. ჯანდაცვის სისტემის დონეები

თავი III სამედიცინო მომსახურების სისტემა

- 3.1. პრევენციული სამედიცინო მომსახურება
- 3.2. გარემოს დაცვა, პროფესიული ჯანდაცვა
- 3.3. სამედიცინო მოწყობილობა- დანადგარები

თავი IV სამედიცინო დაზღვევის სისტემა

- 4.1. სოციალური დაცვის ორგანიზაცია
- 4.2. სამედიცინო დაზღვევის ორგანიზაცია

წიგნი აიწყო, დაკაზადონდა და დაიბეჟდა შპს საარში