

**ИРГЭНИЙ ЭРҮҮЛ МЭНДЭЭ ХАМГААЛУУЛАХ, ЭМНЭЛГИЙН
ТУСЛАМЖ АВАХ ЭРХИЙН ТӨЛӨВ БАЙДЛЫГ ШАЛГАЖ
СУДАЛСАН ДҮНГИЙН ТАЙЛАН**

2002 оны 12-р сарын 18

Улаанбаатар хот

Иргэдийн эрүүл мэндээ хамгаалуулах, эмнэлгийн тусламж авах эрхийн хэрэгжилтийн төлөв байдал, энэ талаархи эрх зүйн болон эдийн засаг, нийгмийн сэтгэл зүйн орчин ямар байгааг Монгол улсын Хүний Эрхийн Үндэсний Комиссоос Эрүүл мэндийн улсын хяналтын албатай хамтран баталсан удирдамжийн дагуу

Төв, Дорнод, Хэнтий, Сүхбаатар, Дорноговь, Өмнөговь, Дундговь, Говьсүмбэр, Өвөрхангай, Баянхонгор, Ховд, Булган аймаг, нийслэлд нийт сум, дүүрэг, УКТЭмнэлэг, ЭНЭШТөв, ХӨСҮТөвд судалгаа хийв. Судалгаанд хамрагдсан аймаг, нийслэл дэх ХЭҮК-ийн итгэмжлэгдсэн төлөөлөгч, Эрүүл мэндийн хяналтын байцаагч нар, төвийн эмнэлэгүүдэд АУИС-ийн НЭМС-ийн захирал Цолмон, мөн сургуулийн багш магистр Д.Чимиддулам, АУИС-ийн Эмгэг судлал-шүүх

ЭМНЭЛЭГИЙН тэнхимийн багш Э.Ганбат, Нийгмийн эрүүл мэндийн хүрээлэнгийн эрдэм шинжилгээний ажилтан Л.Энхтуяа нарын бүрэлдэхүүнтэй баг ажиллав. Судалгааны явцад ХЭҮК-аас боловсруулсан асуултуудаар иргэний эрүүл мэндээ хамгаалуулах, эмнэлгийн тусламж авах эрхийн талаар эмч, эмнэлгийн ажилтнууд болон эмнэлэгээр үйлчлүүлэгч иргэдийн дунд санал асуулгын судалгаа явуулж аймаг, нийслэлийн нэгдсэн дүнг гаргав.

Шалгалт судалгаа явуулсан судалгааны ажилтнууд нь иргэний эрүүл мэндээ хамгаалуулах, эмнэлгийн тусламж авахтай холбоотой төрийн хууль тогтоомж, засгийн газрын шийдвэр, хөтөлбөрүүд, ТЗТБ болон нутгийн удирдлагын байгууллага, Засаг даргын шийдвэр, бусад эрхийн актийг судлан дүгнэлт хийхийн зэргэцээ эрүүл мэндийн байгууллагуудад очиж, эмч ажилтнууд, эмчлүүлэгчидтэй уулзаж тайлбар, судалгаа авах, ярилцлага хийх зэргээр судалгааны ажлыг төрөл бүрийн хэлбэрээр явуулав. Үүний зэрэгцээ тухайн эрхийн төлөв байдалтай шууд холбогдох мэдээллийг төрийн захиргааны бусад байгууллагуудын шалгалт судалгаа, ТББ-уудын хийсэн үнэлэлт, дүгнэлт, статистикийн баримт материалд тулгуурлан дүгнэлтээ хийв.

**ИРГЭДИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДЭЭ ХАМГААЛУУЛАХ,
ЭМНЭЛЭГИЙН ТУСЛАМЖ АВАХ ЭРХИЙН ТӨЛӨВ БАЙДАЛ**

а) Төрөөс явуулж буй бодлого,эрх зүйн орчин, ТЗБ-уудын үйл ажиллагаа

Монгол Улсын Их Хурал Үндсэн хуулийн 16-р зүйлд заасан иргэний эрүүл мэндээ хамгаалуулах, эмнэлэгийн тусламж авах эрхийг хангах талаар төрийн бодлогын үндэсийг тодорхойлж дэс дараатай арга хэмжээ авч байна. УИХ-аас “Эмийн тухай”, “Эр*үүл мэндийн даатгалын тухай”, (1993 оны 7-р сар) “ДОХ өвчнөөс сэргийлэх тухай”, (1993 оны 12-р сар) “Эрүүл мэндийн тухай” (1998 оны 5-р сар) “Ариун цэврийн тухай”(1998 оны 5-р сар) “Сэтгэцийн эрүүл мэндийн тухай”(2000 оны 4-р сар) “Дархлаажуулалтын тухай” (2000 оны 4-р сар) хуулиудыг батлан мөрдүүлж, 2002 онд “Эрүүл мэндийн тухай” Эмийн тухай” хуулиудад нэмэлт, өөрчлөлт оруулан мөрдүүлж, Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуулийг шинэчлэн баталж 2003 оны 7-р сарын 1-ээс мөрдүүлэхээр тогтоогоод байна. 2002 оны 11-р сарын 8нд УИХ-н 81-р тогтоолоор “Нийгмийн эрүүл мэндийн талаар төрөөс баримтлах бодлого”-ыг батлан мөрдүүлж эхлээд байна. Монгол Улсын Засгийн газар “Нөхөн үржихүйн эрүүл мэнд” зэрэг хөтөлбөрүүдийг батлан хэрэгжүүлэх арга хэмжээг авч байна. Дээрх чиглэлээр эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн ТЗТБ-аас нийтлэг мөрдөх тушаал, журам, заавар гарган мөрдүүлж байна. Эдгээр нь иргэний эрүүл мэндээ хамгаалуулах , эмнэлэгийн тусламж авах эрхийг хангахтай холбоотой нийгмийн харилцааг зохицуулах эрх зүйн орчинг бүрдүүлж байна. Аймаг, нийслэлийн ИТХ-ын тэргүүлэгчид, Засаг дарга нар төрийн хууль, Засгийн газрийн шийдвэр, хөтөлбөрийг биелүүлэх зорилгоор тухайн орон нутгийн хэмжээнд хэргэжүүлэх хөтөлбөр, үйл ажиллагааны үндсэн чиг, эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний чанарыг сайжруулах чиглэлээр захирамж, тушаал, албан даалгавар гарган хэргэжилтийг зохион байгуулж байна. Судалгаанд хамрагдсан 13 аймаг, нийслэлийн ИТХ-ын хуралдаанаар нийтийн эрүүл мэндийг хамгаалах

асуудлыг тусгайлан авч хэлэлцэн тогтоол шийдвэр гаргажээ.

Аймгуудад дараах хөтөлбөрийг хэрэгжүүлж байна. Үүнээс хоёр аймгийн хэрэгжүүлж буй хөтөлбөрийг авч үзье.

UIH.MN
СУДАЛГААНЫ САН

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ЧИГЛЭЛЭЭР

Баянхонгор аймагт:

1. Дархлаажуулалтын,
2. Нөхөн үржихүйн эрүүл мэндийн,
3. Зүрх судасны өвчнөөс сэргийлэх,
4. Шүд амны хөндийн өвчинөөс сэргийлэх,
5. Хорт хавдартай тэмцэх,
6. Иод дутагдлын эмгэгтэй тэмцэх,
7. хүн амыг чийрэгжүүлэх,
8. Осол гэмтлээс сэргийлэх,
9. Халдварт өвчинтэй тэмцэх,
10. Бруцеллёз өвчинтэй тэмцэх,
11. Сурагч, өсвөр үеийнхэний эрүүл мэнд,
12. Ахмад настаны эрүүл мэндийг хамгаалах хөтөлбөр хэрэгжиж хэрэгжиж байна.

Дорноговь аймагт:

1. Ахмад настаны эрүүл мэнд, нийгмийн хамгаалалын дэд хөтөлбөр,
2. АЗЦХӨ-с сэргийлэх ба суулгалт өвчинтэй тэмцэх дэд хөтөлбөр,
3. Хорт хавдартай тэмцэх,
4. Нөхөн үржихүйн эрүүл мэндийн,
5. ИДЭ-тэй тэмцэх,
6. ДОХ ба БЗХӨ-тэй тэмцэх,
7. Сурагч, өсвөр үеийнхэний эрүүл мэнд,
8. Сүрьеэтэй тэмцэх,
9. Хүн амын эрүүл мэндийн боловсролын,
10. Амны хөндийн эрүүл мэндийн,
11. Нийтийн биеийн тамир, чийрэгжүүлэлтийн,
12. Дархлаажуулалтын,
13. Бруцеллёз өвчинтэй тэмцэх,
14. Сохордолттой тэмцэх, сэргийлэх
15. Зүрх судасны өвчинтэй тэмцэх хөтөлбөр хэрэгжиж байна.

(Аймгуудын судалгааны тайлангаас)

Дээрхийн нэг адил бусад аймгуудад болон нийслэлд дор бүртээ 10 гаруй хөтөлбөр, дэд хөтөлбөрийг хэрэгжүүлж байгаагийн нилээд нь гадаадын төслийн шугамаар хэрэгжиж байна.

Зөвхөн нийслэлд 2001 онд гадаадын 13 байгууллагатай харилцаа холбоо тогтоож 13 төслийг хэрэгжүүлж байгаа дүнтэй байна.

Аймаг, нийслэл, сум, дүүргийн ИТХ, Засаг даргын тамгын газраас эрүүл мэндийн байгууллагуудын үйл ажиллагааг шалган дутагдал, зөрчлийг арилгах үүрэг даалгавар өгөх, тулгамдсан асуудлуудыг шийдвэрлэх зэргээр анхаарч

ажиллаж байна. Судалгаанд хамрагдсан аймаг, нийслэлийн ИТХ нь 2001 онд



эрүүл мэндийн салбарт зориулан баталсан төсөв нь нийт төсвийн 18,9% - 43,8% эзэлж, нийгмийн асуудлын төсвийн 17,3%-22,1%-г эзэлж байна. Эрүүл мэндийн салбарын төсвийн хэмжээ урьд жилүүдээс нэмэгдэж иржээ. Иргэний эрүүл мэндийн даатгалын хуулийг хэрэгжүүлэх талаар Эрүүл мэнд, нийгмийн хамгааллын сайдын 1998 оны 12-р сарын 10-ны А/360-р тушаал гарч, “Иргэний эрүүл мэндийн даатгалын заавар”-ыг батлан мөрдүүлж, Эрүүл мэнд, нийгмийн хамгааллын сайд, Сангийн сайдын 1998 оны А/358/359 тоот тушаалаар баталсан “Эрүүл мэндийн даатгалын сангаас эмчилгээний хувьсах зардлын төлбөрийг урьдчилан хийх, даатгуулагчаас зарим эмчилгээ, үйлчилгээний төлбөр тооцон авах журам”, холбогдох төлбөрийн тарифууд (эдгээр тарифт 2000 оны А/28/59 тушаалаар өөрчлөлт орсон, 2002 оны 2-р сарын 4нд Санхүү эдийн засгийн сайд, Эрүүл мэндийн сайд, Нийгмийн хамгаалал, хөдөлмөрийн сайдын 35/47/14 тоот тушаалаар шинэ тариф баталсан) мөрдөгдөж байна. Эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоо бүрдэж, үйл ажиллагаа нь жигдрэн хэвшсэний үр дүнд эмнэлэгүүдэд олгох даатгалын хөрөнгө зохих хэмжээгээр бүрэн олгогдож байна. Дээр дурьдсан нөхцөл байдлыг дүгнэж үзэхэд иргэний эрүүл мэндээ хамгаалуулах, эмнэлэгийн тусламж авах эрхийг хэрэгжүүлэхтэй холбогдсон төрийн бодлогын үндэс, хууль тогтоомж, дүрэм заавар бүрэн хэмжээгээр бүрдэж, төрийн зохицуулалт, хяналтын механизм бий болж эрх зүй, эдийн засаг, зохион байгуулалтын орчин нөхцөл зарим талаар бүрдсэн гэж дүгнэх үндэслэлтэй байна.

б) Засгийн газрын бусад үйл ажиллагаа, ТББ-уудын оролцоо

Иргэний эрүүл мэндээ хамгаалуулах эрхийн баталгааг хангах чиглэлээр Засгийн газраас хүнийг орчны бохирдол, хорт бодисоос хамгаалах, хүнсний аюулгүй байдлыг хангах чиглэлээр тогтоол, шийдвэр, хөтөлбөрүүд гарган хэрэгжүүлж байна. Үүний зэрэгцээ эрүүл мэндийн байгууллагууд эрүүл мэндийн чиглэлээр төрийн бус байгууллагууд, буяны болон тусламжийн байгууллагуудтай хамтран ажиллаж, олон тооны төсөл хэрэгжүүлж байна. Зөвхөн нийслэл Улаанбаатар хотод ХИППО, АДРА-Монгол, Австралийн амбан сайдын хөгжпийн хөтөлбөр, Их Британи улсын “Дентейд” ТББ, Английн хүүхдийг ивээх сантай хамтран 10 гаруй төслийг хэрэгжүүлж байна. Монгол орны эрүүл мэндийн салбарын үзүүлэлтүүд 1990-ээд онд санхүүжилт, бүтцийн өөр тогтолцоонд орсноор уналтанд орсон билээ. Энэ уналт 1990-ээд оны дунд үеэс тогтворжиж, ахиц гарах болсон нь эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоо бүрэлдэн, үйл ажиллагаа нь жигдрэн хэвшиж ирсэнтэй холбоотой.

в) Эрүүл мэндийн байгууллагын сүлжээ, эмч, эмнэлэгийн ажилтны хүрэлцээ

2001 онд клиникийн болон төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг, төв 16, дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг 12, Бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төвүүд Ховд, Өвөрхангай, Дорнод аймгуудад байгуулагдан ажиллаж байгаагийн зэрэгцээ аймгийн нэгдсэн эмнэлэг 21, сумын болон сумдын эмнэлэг 323, бага эмчийн ортой салбар 13, өрхийн эмнэлэг 178, хувийн эмнэлэг 480, эм хангамжийн байгууллага 56 бусад эмнэлэг, эрүүл мэндийн байгууллагуудыг оруулаад нийт 1256 байгууллага үйл ажиллагаа явуулж байна.

Монгол улсын Засгийн газраас Азийн хөгжлийн банктэй хамтран хэрэгжүүлж байгаа Эрүүл мэндийн салбарын хөгжил хөтөлбөрийн хүрээнд Улаанбаатар хот, хэд хэдэн аймагт өрхийн эмнэлэгийн тогтолцоог бий болгосноор 2000 онд 99, 2001 онд 79 өрхийн эмнэлэг байгуулагдаж үйл ажиллагаагаа явуулж эхэлжээ.

Эмнэлэгийн орон тоо 2001 онд 18090 буюу 10000 хүн амд 74,6 ор ногдож байна. Үүнээс хувийн эмнэлэг 1330 буюу 10000 хүн амд 5,5 ор ногдож байгаа нь өнгөрсөн онтой харьцуулахад 1,5 промилиэр нэмэгдсэн байна. 2001 онд хувийн эмнэлэгт 30,6 мянган хүн хэвтэж эмчлүүлсэн нь өмнөх оныхоос 30 хувиар нэмэгдсэн байна.

2001 онд 480 хувийн эмнэлэг үйл ажиллагаагаа явуулж байгаагаас 124 нь ортой эмнэлэг байна. Эрүүл мэндийн байгууллагуудад нийт 32077 ажиллагсад ажиллаж байгаагаас их эмч 6639, эм зүйч 654, сувилагч 7595, эмнэлэгийн дунд мэргэжилтэн 13655 тус тус ажиллаж байна. 2000-2001 онд их эмчийн тоо нэмэгдэж 10000 хүн амд 27 болсон нь 2000 оноос эхлэн тайланд анагаах ухааны их сургууль, коллежийн багш эмч нарыг бүртгэлд оруулсантай холбоотой юм. Сүүлийн жилүүдэд шүд, эх барих эмэгтэйчүүд, мэс заслын мэргэшлийн эмч нарын тоо нэмэгдэх хандлага ажиглагдаж байна. 1996 онд 10000 хүн амд шүдний эмч 1,0 /226/, эх барих эмэгтэйчүүдийн эмч 1,7 /394/, мэс заслын эмч 1,1 /268/ байсан бол 2001 онд шүдний их эмч 1,8 /441/, эх барих эмэгтэйчүүдийн эмч 2,1 /504/, мэс заслын эмч 1,2 /297/ ногдож байна.

Гэвч хөдөө, орон нутгийн зарим сумдад их эмчгүй, нарийн мэргэжлийн эмч байхгүй зэрэг бэрхшээл байсаар байна.

Манай сум их эмчгүй. Бага эмчийн асуудал ч хүнд байна. Орон нутгаас АУИС-д эрэгтэй хүүхдийг оюутнаар элсүүнэж төлбөрийг нь хариуцаж сургаад төгсөхөөр нь хуваарилж баймаар байна.

Булган аймгийн Сэлэнгэ сумын төлөөлөгч Д.Эрдэнэбатар

г) Хүн амын эрүүл мэндийн төлөв байдал

Хүн ам зүйн байдал

2001 онд монгол улсын хүн амын тоо 2442,5 мянгад хүрч, 57,2% нь хот сууринд, 42,8% нь хөдөөд амьдарч байна. Нийт хүн амын 49,5%ийг эрэгтэйчүүд, 50,5%ийг эмэгтэйчүүд эзэлж байна. Сүүлийн жилүүдэд хүн амын төрөлтийн түвшин буурсантай холбоотой хүн амын өсөлтийн хурдац буурах хандлага илэрч байгаа билээ. Тухайлбал: 1960-1990 онд манай улсын хүн амын дундаж өсөлт 2,7% байсан бол 1995-2001 онд 1,4% болж буурсан байна.

Хүн амын дундаж наслалт нь хүний хөгжлийн индексийн үндсэн гол 3 үзүүлэлтийн нэг бөгөөд 1998 онд монгол хүний дундаж наслалт 65,1 жил, эрэгтэйчүүд 62,6 жил, эмэгтэйчүүд 67,6 жил байна. Монгол улс нь дундаж наслалтаараа хүний хөгжлийн дунд зэргийн түвшингийн улс орны бүлэгт хамаарагдаж байна.

Хүн амын насны бүтцийг авч үзвэл 1990 оны байдлаар нийт хүн амын дотор 0-14 насны хүүхэд 41,7 хувийг, 15-64 насны хүн ам 54,1 хувийг, 65-аас дээш хүн ам 4,2 хувийг эзэлж байсан бол 2001 онд 0-14 насны хүн ам 9 хувиар буурч 32,7 хувийг, 15-64 насны хүн ам 63,8 хувийг эзлэх болсон байна. Энэ нь сүүлийн 10 жилд хүн амын төрөлтийн түвшин буурсантай холбоотой бөгөөд 15-64 насны хүн амын хувийн жин өссөн нь 5-14 насныхан 15-64 насанд шилжсэнтэй тус тус холбон тайлбарладаг. Хэдийгээр 15-с доош насныхны нийт хүн амд эзлэх хувийн жин буурч байгаа ч манай улс залуу хүн амтай улс хэвээр байна. 1990 оноос эхлэн хүн амын төрөлт огцом буурсан ба 1998-2001 онд төрөлт бага зэрэг нэмэгдэж тогтворжих хандлага ажиглагдаж байна. Тухайлбал 1990 онд 1000 хүн амд ноогдох төрөлт 35,5 байсан бол 1993 онд 22,88, 1997 онд 20,78 болж буурсан ба 2001 оны байдлаар 20,06 байна. 2001 онд 48449 хүүхэд төрснөөс хоёр ихэр хүүхэд 734, гурван ихэр хүүхэд 15 байна. Төрөх үеийн хүйсийн харьцаа 100 охидод 105 хөвгүүд ногдож байна Төрөх насны эмэгтэйчүүдийн төрөлтийн түвшинг насны бүлгээр авч үзвэл 1990 оноос ахимаг насны эмэгтэйчүүдийн төрөлт буурснаас шалтгаалж төрөлт буурсан бол 1992 оноос эхлэн бүх насны эмэгтэйчүүдийн төрөлтийн түвшин 2-3 дахин буурч, ялангуяа 20-39 насны эмэгтэйчүүдийн төрөлт эрс буурсан ба 30-39 насны бүлэгт төрөлт бусад насныхаас хамгийн ихээр буурсан байна.

Хүн амын нас баралт

1000 хүн амд ногдох нас баралтын түвшин 1990 онд 7,9 байсан бол 1995 онд 7,0, 2001 онд 6,02 болж буурсан байна.

2001 онд 82 эх эндэснээс УБ хотод 18, хөдөөд 64 эх эндэж өмнөх оноос 2 тохиолдлоор нэмэгдсэн ба эхийн эндэгдэл тогтвортой буурахгүй байсан. Харин

2002 онд эхийн эндэгдэл 57 болж, өмнөх оныхоос 25-аар буюу 30,5 хувиар буурсан байна.

5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл сүүлийн 10 жилд тогтвортой буурч байна.

Тухайлбал: 1990 онд 0-1 насны хүүхдийн эндэгдэл 1000 амьд төрсөн хүүхдэд 63,4 байсан бол 1997 онд 40.1, 2001 онд 30,22 болж, 1,5-2 дахин буурчээ. 5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл 1000 амьд төрсөн хүүхдэд 1993 онд 82,7 байсан бол 1998 онд 47.78, 2001 онд 40,79 болж мөн 1,5-2 дахин буурсан үзүүлэлт харагдаж байна.

Хүн амын нас баралтын шалтгаанд 2001 оны байдлаар дараах 5 өвчин тэргүүлэх байр эзэлж байна.

1. Цусны эргэлтийн тогтолцооны өвчин
2. Хавдар
3. Бэртэл, хордлого бусад гадны шалтгаант өвчний үр дагавар
4. Хоол шингээх эрхтэн тогтолцооны өвчин
5. амьсгалын эрхтэн тогтолцооны өвчин

Хүн амын нас баралтын шалтгаанд 1990 оны байдлаар зүрх судасны өвчин 2-р байр, хавдар 3-р байр, осол гэмтэл, хордлого 5-р байр эзэлж байсан бол 1995- 2001 онд зүрх судасны өвчин тэргүүлэх байр, хавдар 2-р байр, осол гэмтэл, I хордлого 3-р байр эзлэх болсон төдийгүй жил ирэх тусам нас баралтын түвшин нэмэгдэж байна. Хоол шингээх эрхтэн тогтолцооны өвчин нь 1995-2000 онд хүн 4 амын нас баралтын шалтгаанд 5-р байр эзэлж байсан бол 2001 онд 4-р байранд орох болсон нь хүн амын нас баралтын зонхилох шалтгааны бүтэц өөрчлөгдөж байгааг харуулсан байна.

Хүн амын нас баралтын түвшин 100000 эрэгтэй хүн амд 687,5 , 100000 эмэгтэй хүн амд 506,0 ногдож байна.

Орчны сөрөг хучин зүйлс

Улаанбаатар, Дархан, Эрдэнэт, Багануур зэрэг томоохон хотуудын агаарын бохирдол хүйтний улирлын ачаалалтай үед зөвшөөрөгдөх хэмжээнээс 5 хүртэл I дахин хэтэрсэн тохиолдол цөөнгүй ажиглагдах болов. Агаарын бохирдол, түүний найрлаганд агуулагдаж байгаа бохирдуулагч бодис, хүнд металлийн хольц, автомашины утаанд

агуулагдаж буй хорт бодис нь агаар, хөрс, орчныг бохирдуулагч бөгөөд хүний эрүүл мэндэд хамгийн ноцтой нөлөө үзүүлдэг байна. Жилдээ 5 орчим сая тонн нүүрс хэрэглэдэг дулааны 3 цахилгаан станц агаарт 200 гаруй төрлийн хорт бодис, утаа гаргаж, 500 гаруй маркийн 48120 мянга гаруй автомашинд ялгарах утаанд агуулагдаж буй нүүрс хүчлийн дутуу исэл, хүнд металлын бохирдол, цахилгаан станцын 65 га талбай бүхий үнсний хогийн сав, жилдээ 400.0 тонн нүүрс хэрэглэдэг 250 гаруй бусад жижиг уурын зуухнуудын утаа Улаанбаатар хотын агаарыг бохирдуулах гол эх үүсвэр болж байна.

Мөн гэр хороололд оршин суугч 75 мянга гаруй айл өрхүүд жилдээ 200 гаруй мянган тонн нүүрс, 160.0 гаруй мянган шоометр мод түлж байгаагаас дутуу шаталтын улмаас их хэмжээний хорт утаа, угаарын хий хотын агаарт тархаж, орчныг бохирдуулж байна.

Судалгааны дүнгээс үзэхэд Улаанбаатар, Налайх, Багануур, Эрдэнэт I хотуудын орчны хөрсөнд бүх төрлийн хүнд металлын агууламж харьцангуй их хэмжээтэй илэрч, Мөрөн хотын орчмын хөрсөнд фосфорын хэмжээ бусад хотуудынхаас 4-20 дахин их байжээ. Төв суурин газрын хөрс, ус, агаарын | бохирдол эрүүл ахуйн зөвшөөрөгдөх дээд хэмжээнээс зарим үзүүлэлтээр хэтэрч, хүн амын эрүүл мэндийн байдалд сөргөөр нөлөөлж байна.

Дорноговь аймгийн Эрдэнэ суманд АНУ-ын агаар мандал, далай судлалын 1 ундэсний газар \БЮАА\ -ын шугамаар 1992 оноос агаар дахь хүлэмжийн хийн байгалийн дэвсгэрт хяналт тавьж байна. Сүүлийн 9 жилийн хэмжилтээс үзвэл | агаар дахь нүүрсхүчлийн хийн жилийн дундаж агууламж 1992 онд 356.66 сая¹ /ррту/ байснаа 2000 онд 375.3 сая¹ рргш болж 2001 онд 370.8 сая⁻¹ 0.7%-иар өссөн байна. 1999 оны байдлаар дэлхийн дундаж агууламж нь 367 сая¹ рргпу байв. Харин агаар дахь намгийн хийн жилийн дундаж агууламж 1992 онд 1792.9 тэрбум¹ байснаа 2000 онд 1839.65 тэрбум¹, 2001 онд 1834 тэрбум¹ болж өссөн байна.

Дээрх орчны бохирдлын зэрэгцээ хүн амын хүнсний бүтээгдэхүүн, ялангуяа импортоор оруулж ирж буй зарим бүтээгдэхүүний чанар стандартын шаардлага хангаагүй, хадгалалт, тээвэрлэлтийн явцад муудсан, хэрэглэх хугацаа хэтэрсэн бүтээгдэхүүнийг хяналтаас гадуур худалдан борлуулж байсан нь хүний эрүүл мэндэд хор хохирол учруулан өвчлөл үүсгэх нэг нөхцөл болж байна. /Байгаль орчин төлөв байдлын 2001 оны тайлан 26-27 тал/

Хүний эрүүл мэндэд хоол хүнсний нөлөөлөл

Хоол хүнсний зүйлийн нөлөөлөл бол хүний эрүүл мэндэд эерэг, сөрөг байдлаар нөлөөлдөг. Гэтэл сүүлийн жилүүдэд хүнсний барааны хадгалалт, тээвэрлэлтийн буруугаас болж хүнсний эрүүл мэндэд тохирохгүй хоол, хүнсний зүйл борлуулсаар байна.

Нийслэлийн хүнсний Барс, Хүчит шонхор, Нарантуул, Юмт бөмбөгөр, хар хорин, Хөх бүрд зэрэг томоохон захуудад тоос шороо, хог, бохир ус гэх мэт орчны ариун цэвэр, эрүүл ахуйн байдал хангалтгүй, хүнсний зүйлийг ил, задгайгаар худалдах явдал хавтгайрсан, хүнсний барааны нэлээд нь хугацаа дууссан, хадгалалтын горим алдагдаж чанаргүй болсон байх ба тэнд ажиллаж буй зарим цай, хоолны газраас авсан 60 орчим арчдасын 46 буюу 76,7 хувьд нь гэдэсний савханцар илэрсэн, 15 төрлийн бэлэн хоолонд лабораторын шинжилгээ хийхэд 40 хувь нь нянгийн бохирдолтой байсан нь элдэв халдварт өвчин гарах нөхцөл бүрдсэн зэрэг хүнсний аюулгүй байдлын наад захын шаардлага хангахгүй байна. /ЭМУХАлбаны шалгалтын материалаас/

Хүн амын өвчлөл

Халдварт өвчин

2001 онд нийт 51668 халдварт өвчин бүртгэгдсэн нь өмнөх оныхоос 14753 тохиолдлоор буюу 57,5 промил, сүүлийн 5 жилийн дундачаас 43,8 промилоор тус тус нэмэгдсэн байна.

Халдварт өвчний бүтцийг авч үзвэл БЗХӨ 32,3 хувь /трихоманиаз, заг хүйтэн, тэмбүү/ гэдэсний халдварт өвчнүүдээс вируст гепатит 20,2% , цусан суулга 4,4% , амьсгалын замын халдварт өвчнүүдээс улаан бурхан 20,7 хувь , сүрьеэ 6,6% , гахай хавдар 5,4 хувийг тус тус эзэлж байна.

Нийт халдварт өвчин өнгөрсөн онтой харьцуулахад Өвөрхангай, Дундговь аймгаас бусад бүх аймгуудад нэмэгдсэн байна.

Вируст гепатитийн өвчлөл 10000 хүн амд 43,0 /10437/ байгаа нь өнгөрсөн онтой харьцуулахад 1202 тохиолдол буюу 5,6 промилоор нэмэгдсэн байна. Говь- Алтай, Дундговь, Дорнод, Өвөрхангай, Сүхбаатар, Ховд, Хэнтий аймгаас бусад бүх аймаг, Улаанбаатар хотод өвчлөл 1-4 дахин ихэссэн байна. Вируст гепатитийн өвчлөлийг бүтцээр авч үзвэл ВГА 9439 /90,9%/, ВГВ 829 /7,9%/, ВГС 112 /1,1%/ хувийг тус тус эзэлж байна. Өнгөрсөн онтой харьцуулахад “Вируст гепатит С”-н эзлэх хувийн жин нэмэгдсэн байна. Улаан бурхан, улаанууд өвчний дэгдэлт 1999 оны 11, 12 сараас эхлэн 2000 оны 3, 4, 5 сар, 2001 оны 8,9,10,11,12 сард хамгийн өндөр байсан. 2001 онд улаан бурханы өвчлөл 10000 хүн амд 44,03 /10677/, улаанууд 7,71 /1969/ ногдож байгаа нь өнгөрсөн онтой харьцуулахад улаан бурхан 40,4 промил, улаанууд 1,25 промилоор тус тус нэмэгдсэн байна. 2001 онд шинээр 3413 бүртгэгдсэнээс уушигны халдвартай хэлбэрийн сүрьеэгийн тохиолдол 2388 байгаа нь өнгөрсөн онтой харьцуулахад нийт тохиолдол 14,2 хувиар, уушигны халдвартай хэлбэрийн тохиолдол 72 хувиар тус тус нэмэгдсэн байна.

2001 оны байдлаар 10000 хүн амд тэмбүү 7,06 /1711/ , заг хүйтэн 23,02 /5583/, трихоманиаз 38,72 /9390/ ногдож байна.

2000 онд тэмбүү, заг хүйтэн, трихоманиазын өвчлөл нийт халдварт өвчний 42 хувийг эзэлж байсан бол 2001 онд 32% болж, өмнөх оныхоос 10 хувиар буурсан нь нийт өвчлөлд эзлэх вируст гепатит болон улаан бурханы өвчлөл нэмэгдсэнтэй холбоотой юм.

2001 онд бүртгэгдсэн БЗХӨвчний дотор тэмбүү 10,2%, заг хүйтан 33,5%, трихоманиаз 56,3 хувийг тус тус эзэлж байна. Өнгөрсөн онтой харьцуулахад тэмбүү 3,9%, заг хүйтэн 1,7%, трихоманиаз 11,5 хувиар тус тус нэмэгдсэн байна БЗХӨ-өөр өвчлөгсөд бүх насны хүмүүс хамарсан байх бөгөөд өвчлөгсдийн дотор өсвөр үеийнхэн 9,6%-ийг, 20-39 насныхан 77,0 хувийг тус тус эзэлж байна.

Халдварт бус өвчлөл

1995-2000 онд цусны эргэлтийн тогтолцооны өвчин, хавдар, осол гэмтлийн өвчлөл нэмэгдэж, хүн амын нас баралтын шалтгаанд эхний 3 байрыг эзэлж байгаа нь хүн амын эрүүл мэндийн тулгамдсан асуудал болоод байна.

Цусны эргэлтийн тогтолцооны өвчний дотор цусны даралт ихсэх өвчин 41,1 (39037/ хувь, зүрхний хэрх өвчин 14,6 /13872/ хувь, зүрхний ишемийн өвчин 20 118983/ хувийг эзэлж, нас баралтын шалтгаанд тархины судасны өвчин 42,2 /2171/ хувь, цусны даралт ихсэх өвчин 10 /518/ хувь, зүрхний хэрх өвчин 1,7 /87/ хувь, зүрхний ишемийн өвчин 8,1 /418/ хувийг эзэлж байна.

Хорт хавдрын өвчлөлийн шалтгаанд элэгний өмөн 38%, ходоодны өмөн 19%, улаан хоолойн өмөн 10%, уушгины өмөн 10%, умайн хүзүүний өмөн 7%-ийг эзэлж, нас баралтын шалтгаанд элэгний өмөн 45%, ходоодны өмөн 18%, уушгины өмөн 10%, улаан хоолойн өмөн 11%, умайн хүзүүний өмөн 4%-ийг эзэлж байна.

2000 онтой харьцуулахад элэг, ходоод, улаан хоолой, умайн хүзүүний хорт хавдарын өвчлөл, нас **баралт 1-4 хувиар нэмэгдсэн байна.**

2001 оны байдлаар хүн амын өвчлөлд дараах 5 өвчин тэргүүлэх байр эзэлж байна.

1. Амьсгалын эрхтэн тогтолцооны өвчин
2. Хоол шингээх эрхтэн тогтолцооны өвчин
3. Шээс бэлгэсийн тогтолцооны өвчин
4. Цусны эргэлтийн тогтолцооны өвчин
5. Бэртэл, хордлого ба гадны шалтгааны үр дагавар

Нөхөн үржихүйн эрүүл мэнд

2001 онд жирэмсэний хяналт 96,2%, үүнээс эхний 3 сартайд хяналтанд 67,9% , 7 ба түүнээс дээш сартайд хяналтанд авсан хувь 5,8 байна. Улсын хэмжээнд 318 эхчүүдийн амрах байр ажиллаж байгаагаас 102 нь зориулалтын байранд, 214 нь эмнэлэгт, 2 гэрт байдаг байна.

2001 онд 82 эх эндсэнээс 21,9 хувь нь УБ хотод , 41,5 хувь нь аймгийн нэгдсэн эмнэлэгт, 36,6 хувь нь сумын эмнэлэгт эндсэн байна. Түүнчлэн 1000 амьд төрөлтөнд ногдох эхийн эндэгдлийн үзүүлэлт аймгийн нэгдсэн эмнэлэгт 2,09 сумын эмнэлэгт 1,74 байгаа нь аймгийн нэгдсэн эмнэлэгт эхийн эндэгдэл өндөр байна гэж хэлж болох юм. 1998-2001 онд төрөлтийн түвшин буурсан байхад 1000 амьд төрөлтөнд ногдох эхийн нас баралт 1998 онд 1,58, 1999 онд 1,75, 2000 онд 1,58, 2001 онд 1,69 байгаа нь эхийн эндэгдэл тогтвортой буурахгүй өндөр хэвээр байгааг харуулж байна.

Эхийн эндэгдлийн үзүүлэлтийг аймгаар авч үзвэл Завхан, Архангай, Увс, Сүхбаатар, Ховд, Баян-Өлгий /1000 амьд төрөлтөнд 2,03-4,29/ аймгуудад эхийн эндэгдэл өндөр, Хөвсгөл, Хэнтий, Дархан-Уул аймгууд улс, аймгийн дундажаас дээгүүр аймагт орж байна.

Эхийн эндэгдлийн шалтгаанд жирэмсэн үеийн хүндрэл 27 /22/ хувь, төрөх үеийн хүндрэл 27 /22/ хувь , төрсний дараах үеийн хүндрэл 17 /14/ хувь, жирэмсэн төрөхөөс үл хамаарах өвчин 29 /24/ хувийг эзэлж байна. 2000 онтой харьцуулахад төрөх үеийн болон төрсний дараах үеийн хүндрэлийн улмаас эндсэн эх 5-7 хувиар нэмэгдсэн байна. Эхийн эндэгдлийн шалтгаанд жирэмсэн үеийн хүндрэл 27 /22/ хувь, төрөх үеийн хүндрэл 27 /22/ хувь, төрсний дараах үеийн хүндрэл 17 /14/ хувь, жирэмсэн төрөхөөс үл хамаарах өвчин 28 /24/ хувийг эзэлж байна. 2000 онтой харьцуулахад төрөх үеийн болон төрсний дараах үеийн хүндрэлийн улмаас эндсэн эх 5-7 хувиар нэмэгдсэн байна.

Нийт төрсөн эхчүүдийн 36,0 хувь нь аймаг, хотын нэгдсэн эмнэлэгт, 0,4% нь хувийн эмнэлэг, 35,3% нь сумын эмнэлэгт, 0,2% нь бага эмчийн ортой салбарт, 1,1% нь гэрт төрсөн байна. Амьд төрсөн хүүхдийн 4,5% нь 2500гр-аас доош жинтэй хүүхэд байна.

20-иос доош насны жирэмслэлт, төрөлтийн эзлэх хувь нийт жирэмсэн эмэгтэйд 8%, нийт төрөлтөнд 7,4% байгаа бөгөөд аймаг, хотын ялгаа байхгүй байна. Аймгаар авч үзвэл Дорноговь, Дундговь, Өмнөговь зэрэг говийн бүсийн аймгуудад хамгшн *вндөр хувьтай* байна. Төрөх насны эмэгтэйчүүдийн 49,7% нь жирэмслэлтээс сэргийлэх ямар нэгэн арга хэрэглэдэг бөгөөд хамгийн өргөн хэрэглэгддэг аргад эм, тариа, бэлгэвч, ерөндөг орж байна.

2001 онд төрөх насны 1000 эмэгтэйд 17,65 үр хөндөлт, 1000 амьд төрөлтөнд 247,89 үр хөндөлт тус тус ногдож байна. үр хөндөлтийн тоог насны ангилалаар авч үзвэл 6,6%-ийг 20 хүртэлх насны эмэгтэйчүүд, 68,4%-ийг 20-34 насны эмэгтэйчүүд, 25%-ийг 35-аас дээш насны эмэгтэйчүүд тус тус эзэлж байна. 20-с доош насны үр хөндөлтийн эзлэх хувь Увс, Өмнөговь, Дундговь аймгуудад хамгийн өндөр байна.

1000 амьд төрөлтөнд ногдох үр хөндөлтийн тоог аймгаар авч үзвэл Архангай 31,9 Булган 37,8 Баянхонгор 42,49, Дундговь 52,47 байгаа нь аймгийн дундажаас 3-5 дахин бага байна. Эдгээр аймгуудад үр хөндөлтийн түвшин бага байна гэсэн дүгнэлтийг хийхээс өмнө бүртгэл, мэдээллийн бүрэн эсэхэд анхаарал хандуулах нь зүйтэй.

1 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдлийн шалтгаан нь төрөх тойрны перинатал үед болсон байдал 33,6 /488%, уушгиний хатгалгаа 26,1 /380% , суулгалт өвчин 8,9 /130%-ийг тус тус эзлэж байна. 2000 онтой харьцуулбал уушгиний хатгаа суулгалтаар эндсэн хүүхдийн тоо 2-6%-иар буурч, харин төрөх тойрны перинатал үед болсон байдлын улмаас эндсэн хүүхдийн тоо ... хувиар нэмэгдсэн байна. Харин 5 хүртэлх насны хүүхдийн эндлийн шалтгаан нь уушгиний хатгалгаа болон суулгалт өвчний эзлэх хувь буураагүй өндөр хэвээр байна.

2001 оны байдлаар амьгүй төрөлт 11,9, перинатал нас баралт 21,4, нярайн нас баралт 12 байгаагаас нярайн эрт үеийн нас баралт 9,6, хожуу үеийн нас баралт 2,4 байна. Аймгаар авч үзвэл амьгүй төрөлт, перинатал нас баралтын үзүүлэлт Баян-Өлгий, Ховд, Дорнод, Дорноговь аймагт, нярайн нас баралтын үзүүлэлт Архангай, Говь-Аптай, Дорноговь, Завхан, Увс аймагт хамгийн өндөр байна.

д) Шалгалт, судалгаагаар илэрсэн зөрчлийн тойм, тулгамдсан асуудал

Засгийн газраас авч хэрэгжүүлж буй арга хэмжээ, Эрүүл мэндийн яам, эрүүлийг хамгаалах байгууллагуудын үйл ажиллагааны дүнд Монгол улсын иргэд эрүүл мэндээ хамгаалуулах, эмнэлгийн тусламж авах эрхийн хэрэгжилт хангалттай гэж дүгнэж болох боловч дээр дурьдсан эрхийн хэрэгжилтэд цаашид анхаарч арилгавал зохих дараах зөрчил, ажлын дутагдал, хүндрэл бэрхшээл, тулгамдсан асуудлууд байгаа нь судалгаагаар тогтоогдож байна. Эдгээрийг сэдэвчлэн авч үзвэл дараахь төлөв байдал харагдаж байна. 1. Эрүүл мэндийн салбарт төвлөрсөн болон орон нутгийн төсвөөс хуваарилан зарцуулж буй хөрөнгө тухайн салбарын хэрэгцээ шаардлагыг бүрэн хангах хэмжээнд хүрээгүйгээс иргэдийн эрүүл мэндийг хамгаалах, эмнэлэгийн чанартай тусламж үзүүлэхэд хүндрэл бэрхшээл учирч байна. Монгол улсын төсвийн зарлагын 2001 оны гүйцэтгэл 479,9 тэрбум төгрөг болсноос эрүүл мэндийн салбарын гүйцэтгэл 52,8 тэрбум төгрөг болсон нь нийт зарлагын 11,0 хувь, нийгмийн үйлчилгээний

зардлын 20,5 хувийг эзэлж байна. Судалгаанд хамрагдсан аймаг, нийслэлийн хувьд эрүүл мэндийн салбарт 2001 онд төсөвлөсөн хөрөнгө нь нийт төсвийн 18.9-43,8 хувь, нийгмийн асуудлын төсвийн 17.3-22.1 хувийг тус тус эзэлж байна. Эрүүл мэндийн байгууллагуудын төсвийг сум, орон нутгийн сонирхолд нийцүүлэн хасч хорогдуулсан тохиолдол гарч байна. Тухайлбал, Дорнод аймгийн ИТХ-аас хэлэлцэн баталсан аймгийн Эрүүл мэндийн байгууллагуудын төсвийн хэмжээг 2001 онд 13 сумын ИТХ-аас 10003,2 мянган төгрөгөөр, Хэрлэн сумынх 10000,0 мянган төгрөгөөр, 2002 онд 13 сум 7085,4 мянган төгрөг, Хэрлэн сум(өрх) 5351,1 мянган төгрөгөөр тус тус хорогдуулан төлөвлөж өөр зориулалтаар хуваарилажээ. Булган аймгийн ИТХ төсвөөс нэн ядуу иргэдийн эрүүл мэндийн даатгалыг хариуцахаар 5 сая төгрөг төсөвлөсөн боловч Баян Агт, Хутаг-Өндөр сумаас бусад сумд энэ талаар санаачилга гаргаж ажил зохиогоогүйгаас уг арга хэмжээг хэрэгжүүлээгүй байна.

1. Эрүүл мэндийн салбарын эмнэлэгийн эмчилгээ, оношилгооны техник хэрэгсэл, тоног төхөөрөмжийг шинэчлэх, барилга засварт хөрөнгө оруулалтын хэмжээ тухайн салбарын хэрэгцээг хангаж чадахгүйгээс ихэвчлэн гадны зээл, тусламжинд түшиглэн сүүлийн жилүүдэд хийсэн шинэчлэл нь ялангуяа аймаг, сум дүүргийн эмнэлэгт тэр бүр хүрэлцэхгүй, эмнэлэгийн тоног төхөөрөмжийн иж бүрэн шинэчлэл хийх шаардлагатай болжээ.

2. Монгол Улсын Их Хурал 1993 онд “ Иргэдийн эрүүл мэндийн даатгалын хууль”-ийг батлан мөрдүүлж, эрүүл мэндийн байгууллагуудын санхүүжилтыг даатгалын тогтолцоонд шилжүүлжээ. Эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоог хэвшүүлж ирсэн 10 шахам жилийн туршлагад дүгнэлт хийж цаашид боловсронгуй болгох чиглэлээр Засгийн газраас 2002 онд “Иргэний эрүүл мэндийн даатгалын хууль”-ийг шинэчлэн боловсруулж УИХ-д хэлэлцүүлэн батлуулжээ. Энэ хуулийг 2003 оны 1-р сараас мөрдөж эхлээд байна. Өнгөрсөн хугацаанд эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоо бүрэлдэн хэвшиж даатгалын сангаас эмнэлэгийн байгууллагуудад хийх санхүүжилт хуулийн дагуу бүрэн хийгдэж байна. Гэвч энэ харилцаанд хүний эрхийн талаар анхаарвал зохих дараахь асуудлууд байна. Даатгалын санхүүжилтыг зохицуулах ашиг сонирхлын үүднээс даатгалтай иргэнд үзүүлэх эмнэлэгийн тусламж, үйлчилгээний шатлалыг бий болгож, тэр дагуу даатгалын хөрөнгийг олгохоор хуульчилсан байна. (ЭМДХуулийн 7-р зүйл 4 дах хэсэг) ЭМДХуулийн 12-р зүйлийн 6 дахь хэсгийн 7-д яаралтай, амь насанд аюултай тохиолдлоос бусад үед эмнэлэгийн тусламж, үйлчилгээний шатлалыг алгасан улсын хэмжээний үйлчилгээтэй эмнэлэгийг иргэн өөрөө сонгон хэвтэж эмчлүүлэх тохиолдолд эмчилгээний зардлын төлбөрийг даатгуулагч өөрөө хариуцахаар тогтоожээ.

Нэгэнт даатгалын шимтгэлээ төлсөн иргэн Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 47,1,2-т заасан эмнэлэгийн тусламж авах эмнэлэг, эмчийг өөрөө сонгох эрхийнхээ дагуу улсын хэмжээний үйлчилгээтэй эмнэлэгийг сонгосон үед түүний шимтгэл төлсөн даатгалын мөнгийг олгохгүй гэж тогтоосон нь иргэн эмч, эмнэлэгээ сонгох, даатгалын төлбөр хийлгэх эрхийг хавчин боогдуулж байна. Харьяаллын бус, мөн харьяаллын боловч 36-р маягтгүй бол үзүүлэх, хэвтэж эмчлүүлэх боломжгүй байдаг. Учир нь Эрүүл мэндийн даатгалын сангаас эмчилгээ, үйлчилгээний төлбөр нь орж ирдэггүй ажээ.

Жишээ: Би Чингэлтэй дүүргийнх. Цээж өвдөөд, халуураад ажилд ойрхон I болохоор нь анх удаа үзүүлэх гэж ирсэн чинь харьяаллынх биш гээд үзэж I өгсөнгүй. Дүүргийн эмнэлэгрүү яв гэх юм. Би ЭМД-аа төлдөг мөртлөө эмчээ I сонгох, эмнэлэгийн тусламж авах эрхээ эдэлж чадахгүй байна.

Иргэний эрүүл мэндийн даатгалын хуульд (12,6,5,а) зааснаар зөвхөн улсын хэмжээний эмнэлэгүүд төлбөртэй шинжилгээ хийдэг, бусад эмнэлэгүүдэд хийгдэх шинжилгээ үнэ төлбөргүй байхаар тогтоосон. Ингэснээр дүүргийн ЭМН-д ачаалал үүсч иргэдийн шинжилгээ хийлгэх эрх зөрчигдөхөд хүрдэг байна. Түүнчлэн нийт эмнэлэгүүдэд шинжилгээний хөрөнгө хүрэлцдэггүйгээс зөвхөн үдээс өмнө , хязгаарлагдмал цагт хязгаарлагдмал тооны шинжилгээ хийдгээс иргэд дараалалд зогсож чирэгдэх, хүссэн цагтаа шинжилгээ хийлгэх боломжгүй болж улмаар эмнэлэгийн тусламж авах эрх нь зөрчигдөхөд хүрч байна. Мөн эмнэлэгийн анхан шатны үзлэг үнэгүй хийгдэх хуулийн заалттай ч энэхүү үзлэгийн цагийг хязгаартай тогтоосноос иргэл үдээс хойш үзлэг хийлгэх боломжоор хомс байдаг ба улсын хэмжээний үйлчилгээтэй эмнэлэгүүдэд тэргүүлэх зэрэгтэй эмч нар үдээс хойш төлбөртэй үзлэг хийдэг журамтай болжээ. Даатгалын сангаас БЗХӨ, БЗЧӨ-ний эмчилгээнд зориулж нэг хүнд 2500 төгрөгөөр тооцож олгодог нь хүрэлцдэггүйгээс ЭМН зарим тохиолдолд алдагдалтай ажилладаг ажээ. (судалгааны тайлангаас)

Хорт хавдрын 3,4-р үед орсон өвчтөн, эмчилгээ нь үр дүнгүй, эмэнд дасал болсон сүрьеэ өвчтэй хүмүүсийг эмнэлэгт хэвтүүлэх сонирхолгүй байдаг. Иймд дээрх өвчтнүүдийн эрүүл мэндээ байгаагаар энэ нь ИЭМД Хууль боловсронгуй бусыг харуулж байна. ИЭМДХуулиар өвчний хүнд хөнгөнөөс хамаарахгүй санхүүжилт ижил олгодог. Иийд эмнэлэгүүд хүнд өвчтөн авах сонирхолгүй байдаг байна. (судалгааны тайлангаас)

Бруцеллэз өвчний илрүүлэлт хангалтгүй байгаа нь оношлуур, урвалжийн хангамж муу, лабораторийн оношлогоо орхигдох, мөн үнэ төлбөргүй эмчилгээ хийх өвчний жагсаалтанд орсон ч эмчилгээний төлбөрийн санхүүжилт хийгддэггүй. Үүний улмаас бруцеллэзтэй өвчтөнг эмчлэх сонирхол маш бага байдаг байна.

БЗХ өвчтөний илрүүлэлт, халдвар тараагчийн хувь тогтоолт хангалтгүй байна. Эрүүл мэндийн сайдын 2000 оны А/52-р тушаалын дагуу зөвхөн эмэгтэйчүүдийн эмчилгээний зардлыг даатгалын сангаас гаргадаг. Энэ нь БЗХӨ- тэй эрэгтэйчүүдэд хамааралгүй орхигдож байгаа нь халдвар тараах нөхцлийг бүрдүүлж байна. (Дундговь аймагт хийсэн судалгааны тайлан)

Зарим аймаг, сумдын хил залгаа нутагт иргэнд эрүүл мэндийн яаралтай тусламж үзүүлэхэд түүний даатгалын хөрөнгийг харилцан шилжүүлж, нөхөн төлөх асуудал шуурхай шийдэгддэггүйгээс иргэн эрүүл мэндээрээ хохирсон тохиолдол гарчээ. Цагаандэлгэр , Баянжаргалан сумаас Говьсүмбэр аймагт түр шилжин суугч болон тус аймагт ойролцоо нутагладаг иргэдэд эмнэлэгийн яаралтай тусламжийг үзүүлсэн тохиолдолд Дундговь аймаг нөхөн төлбөрийг өгөхгүй даатгуулагчийн эрхийг зөрчиж байгаа төдийгүй амь насаа алдсан тохиолдол гарсан байна. Говьсүмбэрийн төвд байсан Дундговь аймгийн Цагаандэлгэр сумын иргэнд дээрхи шалтгаанаар эмнэлэгийн тусламж үзүүлэхээс татгалзсанаас уг хүн тусламжийг цагт нь авч чадалгүй нас баржээ. (Дундговь аймагт хийсэн судалгааны тайлангаас) ИЭМД Хуулиас 3-р зүйлийн 1-д Монгол улсын иргэнд үзүүлэх эмнэлэгийн төлбөргүй тусламжийг тодорхойлон заасан байдаг. Эмнэлэгийн төлбөргүй тусламжийн зардлыг улсын төвлөрсөн болон орон нутгын төсвөөс санхүүжүүлэх ёстой. Энэ зорилгоор төсөвлөсөн хөрөнгө нь шаардлагатай хэрэгцээг хангаж чадахгүйгээс иргэд төлбөргүй тусламжид хамрагдах боломж хязгаарлагддаг байна.

Дүүргээс эрүүл мэндэд төлөвлөдөг зардалд дүүргийн ЭМН-ийн тогтмол ба хувьсах зардлаас гадна чихрийн шижин өвчтэй хүмүүс, хорт хавдрын 3,4-р үед орсон өвчтөний амбулаториор эмчийн бичгээр үнэгүй олгогддог инсулин, өвчин намдаах эмийн зардал мөн багтдаг. Хэдийгээр дүүргээс эдгээр өвчтөнд эмийг нь үнэгүй олгох төсөв батлагддаг ч хэрэгцээг нь бүрэн хангаж чаддаггүй. Жишээ нь: Баянзүрх дүүрэгт 240 гаруй чихрийн шижин өвчтөн байдаг. 2001 онд төсөвт чихрийн шижинтэй өвчтөний эмчилгээнд **11,2 сая төгрөг** төсөвлөгдсөн. Харин жинхэнэ хэрэгцээг тооцоход **31 сая төгрөг** болж байна. (1 жил инсулин 9200 төгрөг. Нэг сард 1 өвчтөнд 4 шил инсулин хэрэглэдэг гэж тооцов) (судалгааны багийн тайлангаас) ЭМД Хуулийн дагуу үнэ төлбөргүй хийх эмчилгээг үнэтэй хийж байгаа *зөрчил судалгаанд хамрагдсан* аймгуудад цөөнгүй ипэрчээ. Баянхонгор аймгийн нэгдсэн эмнэлэгт өрхийн эмчийн заалтаар ирсэн хүний шинжилгээг төлбөртэй хийж, ЭХО, ЭКГ, лабораторийн шинжилгээ, рентген зураг авалтыг төлбөртэй хийж байжээ.

Судалгаанд хамрагдсан Төв, Дундговь, Булган, Баянхонгор, Ховд аймгийн зарим сумдад түргэн тусламжийн дуудлагын машины шатахууны зардлыг иргэдээс гаргуулах явдал байсаар байна. Төв аймгийн Алтанбулаг зэрэг хоёр ч сумын эмнэлэг машингүй, шатахууны зардал бага бэрхшээл байдаг байна. Дорнод аймгийн нэгдсэн эмнэлэгийн сэтгэл мэдрэлийн тасагт хэвтэн эмчлүүлж байсан хугацаандаа эмчийн заалтаар коктейль эмчилгээ хийлгэхэд төлбөр авсан зөрчил илэрчээ. Дундговь аймгийн Эрдэнэдалай сумын эмнэлэг 1997 оноос хойш 3,8 сая төгрөгийн бензиний үнийг иргэдээс авч тайлан балансдаа өглөгөөр тусгаж байсан боловч 2001 оны 8-р сард ИТХ-ын тогтоолоор данснаас хасч иргэдийг хохироожээ. Мөн 2002 оны эхний хагас жилд 967л бензиний үнийг эргүүлж олголтгүй иргэдийг хохироожээ. Ховд аймгийн хувийн хэвшлийн зарим эмнэлэгт нийгмийн даатгалын сангаас хуваарилагдах ёстой санхүүжилт нь хүрэлцдэггүйгээс үйлчлүүлэгчидээс эмнэлэгт үзүүлэхэд 1000-2000 төгрөг, шинжилгээ хийлгэхэд 1500-2500 төгрөг, 1 хоногийн 3000 төгрөг авч байна.

3. Эмнэлгийн байгууллагуудад эмчилгээ, оношлогооны аппарат хэрэгсэл дутагдалтай, хуучирч эвдэрсэн, бэлдмэл ийлдэсгүй гэх зэрэг шалтгаанаар иргэд шинжилгээ хийлгэхдээ цаг алдаж чирэгдэх явдал цөөнгүй байна. Баянхонгор аймгийн нэгдсэн эмнэлэгийн серологи лабораторид антибиотикийн дискгүйгээс 2002 оны 2-р улирлаас шинжилгээ хийхгүй ажиллаж байжээ. (судалгааны тайлангаас)

Ихэнх аймгуудын алслагдсан сумдад эмнэлгийн ойр зуурын шинжилгээний багаж, тоног төхөөрөмж байхгүй, эм, урвалж бодис ч байнга тасардаг байна.

Булган аймгийн зарим сумдад шээс, цусны шинжилгээ хийх аппарат, шарлага хийх тоног төхөөрөмжгүй, шүд өвдсөн ч эмчилж чадахгүй, мухар олгойг ч авч чадахгүй. Энэ бүхнээс болж аймаг руу байнга явснаас зардал чирэгдэл их гарч байна./Судалгааны материал, тайлангаас/

Эрүүл мэндийн сайдын 279 тоот тушаалаар бүсийн оношлогоо, эмчилгээний төвд хийгдэх оношлогоо, эмчилгээний иммунохимийн, дааврын, маркерийн, иммуноморфологи, цитохими-гистохимийн, эрхтэний цусан хангамжийг үнэлэх зэрэг оношлогоо, шинжилгээнүүд одоогоор хийгдэхгүй байгаа нь эмч мэргэжилтэн бэлтгэгдээгүй, урвалж бодис, багаж төхөөрөмж дутагдалтайгаас болж байна. (ЭМЯ-наас хийсэн хяналт, шинжилгээ, үнэлгээний дүнгээс)

4. Эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлэхэд зохион байгуулалтын чанартай хүндрэл, бэрхшээл тулгарч байдаг байна. Өвчтөн эмчид үзүүлж, шинжилгээ хийлгэх, эмнэлэгт хэвтэхэд багагүй хугацаа зарцуулж байна. Иргэдээс авсан судалгааны дүнгээс үзэхэд эмнэлэгт хэвтэхийн өмнө амбулаториор үзлэг, шинжилгээ хийлгэх болон ор хүлээх асуулгад оролцогчдын 56,9% нь 7 хүртэл хоног, 20,7% нь 8-15 хоног, 5,1% нь 16-20 хоног, 21 ба түүнээс дээш хоног 3,9% нь зарцуулсан гэж хариулжээ. Үүний шалтгааныг дараалал ихтэй байсан гэж 36,4% нь, танилгүй болоод хүлээсэн гэж 15,9% нь, шинжилгээний хариуг хүлээсэн гэж 15,0 % нь хариулжээ.

Жишээ: Би Сэлэнгэ аймгаас ирсэн. 1 бүгээр эмнэлэгээр 7 хоног яеж байна. 1' Үзүүлэх, очер авах гэж 3 хоног, шинжилгээ өгөх, хариуг нь авахад 3 хоног 1 зарцуулж байна. Хувийн лабораторид төлбар өндөр учраас шинжилгээ өгч 1 \ чадсангүй. Хувиасаа 15000 төгрөг зарцуулсан.

Иргэн Буян-Өлзийн ярианаас (Ерөө сум)

5. Шатлал дэвшин улсын хэмжээний үйлчилгээтэй эмнэлэгт ирж эмчлүүлэгчид нь хугацаа алдаж, хүндэрсэн байдалтай ирж байна. Улсын клиникийн төв эмнэлэгт хоног болоогүй нас баралт 2001 онд 33, 2002 онд 34 байгаагийн гол шалтгаан нь хөдөө орон нутгаас ирж байгаа өвчтөнүүд өвчнийхөө эцсийн шатанд ирдэг, өөр эмнэлэгээс ирэгсэд мөн өвчнөө хүндрүүлээд тусламж авч чадалгүй нас барах явдал 76%-г эзэлж байна. /клиникийн төв эмнэлэгийн судалгааны тайлангаас/

Сум багт эмнэлэгийн чанартай тусламж үзүүлж тэр бүр чадахгүй, эмч дутмаг, тэдгээрийн мэргэшлийн чадвар доройгоос шалтгаалан иргэд оношлогоо шинжилгээ хийлгэх, эмчлүүлэх зорилгоор аймаг, улсын эмнэлэгт хандах нь их, зонхилох тохиолдолд шат алгасан явах хугацаанд өвчин нь хүндрэх үр дагаварт хүрдэг ажээ.

6. Иргэдийн эрүүл мэндийн тусламж авах эрх ноцтой зөрчигдөж буй нэг хэлбэр бол орон нутгаас нийслэл УБ хотод шилжин суурьшигчдын хүндрэл бэрхшээл юм. Иргэд ийнхүү шилжин ирэх суурьшихад нийслэлийн ИТХ-аас тогтоосон өндөр төлбөрийг тэр бүр төлөх чадваргүйгээс зөвшөөрөл авч хаягийн бүртгэлд орохгүйгээс засаг захиргааны харьяалалгүй болон нийгмийн даатгал, халамжийн хүрээнд хамрагдахгүй үлдэж байна.

Улаанбаатар хотод хөдөө, орон нутгаас шилжин ирж зөвшөөрөлгүй оршин сууж буй иргэд нийслэлийн хэмжээнд 47863 буюу нийт хүн амын 7%-ийг эзэлж байна. Үүнийг дүүрэг тус бүрээр авч үзвэл: Нийслэлийн Баянзүрх дүүрэгт 7724, Баянголд 2356, Сүхбаатарт 3827, Чингэлтэйд 6197, Сонгинохайрханд 23057, Хан-Уулд 2399, Налайхад 1413, Багануурт 633, Багахангайд 257 дээрхи иргэд оршин сууж байгаагаас Сонгинохайрхан дүүрэгт хамгийн их байгаа буюу энэ нь нийт оршин суугчидын 14,2%-ийг эзэлж байна. Тэдгээр иргэдийн 29799 нь иргэний үнэмлэх, паспортгүй байна. Нийслэлийн харьяалалтай боловч хаягийн хөдөлгөөн хийгдээгүй 23257 хүн, түүнчлэн нийслэлийн өрхөд орон нутгаас түр оршин сууж буй 16 нас хүрээгүй 12104 хүүхэд амьдарч байна. Гэтэл тэдгээр иргэд болон орон гэргүй болсон харьяалалгүй иргэдийг дүүрэг, хороодын Эрүүл мэндийн төв, өрхийн эмнэлэгүүд болон бусад клиникийн эмнэлгүүд үзэж эмчилдэггүй, ийм боломж ч байдаггүй аж.

Бид бүртгэлгүй ч гэсэн хөдөөний иргэдэд эмнэлэгт үзүүлэхээс бусад /йлчилгээг үзүүлдэг. Ялангуяа жирэмсэн эмэгтэйчүүд, нярай хүүхдүүд, өндөр настнуудын хувьд бид эргэж тойрч, өрхөөс үзүүлдэг л үйлчилгээг хийдэг. Яалт ч үгүй яаралтай мэс засал, төрөх, хүүхдийн өвчнөөс бусад тохиолдолд эмнэлэгт хэвтүүлж эмчлүүлэх шаардлага гарч ирэхэд бид туслах ямар ч боломжгүй.

СХД-ийн 6-р хорооны өрхийн эмнэлэг, эмч Сараа

Учир нь харьяалалгүй иргэдийн зардал төсөвт тусгагддаггүй аж. Тухайлбал: Сонгинохайрхан дүүргийн өрхийн эмнэлэгийн төсвийг суурин хүн амаар тооцож өгдөг бөгөөд дүүрэг, Эрүүл мэндийн нэгдэл, өрхийн эмнэлэг гурвын гурвалсан гэрээнд заагдсан ажлыг үнэлж, дүгнэсний дараа төсвийн хэдэн хувийг өрхийн эмнэлэгт өгөхийг шийддэг аж.

Өрхийн эмнэлэгүүд харьяалагдах дүүрэг, ЭМНэгдэлтэйгээ гурвалсан гэрээ байгуулж гэрээгээр өгсөн үүргийн биелэлтээр төсвийг олгодог. Үүнд:

- 1. 81-100% биелүүлэхэд төсвийн 92%;*
- 2. 61-80% биелүүлэхэд төсвийн 72% гэх мэтээр төсвийг шилжүүлдэг.*

Ээлтэй өрхийн эмнэлэг, ахлах эмч Д. Оюун

Иймд харьяалалгүй иргэд төсөв нэмэгдэхэд нөлөөлдөггүй ч харин хасагдахад шууд нөлөөлдөг байна. Ялангуяа харьяалалгүй иргэд халдварт өвчнөөр өвчлөх, жирэмсэний хяналтанд хожуу орох, гэртээ төрөх гэх мэт тохиолдол гарахад өрхийн эмнэлгийн ажлын үзүүлэлтийг бууруулах гол хүчин зүйл болдог бөгөөд энэ тохиолдолд төсөвлөгдсөн төсөв 40-50%-аар буурах ч үе гардаг байна.

Харьяалалгүй иргэдийн эрүүл мэндийг хамгаалах талаар дүүргийн засаг захиргаанаас төдийлэн дорвитой арга хэмжээ авдаггүй бөгөөд зарим нэг хороодын засаг дарга нар зайлшгүй хэвтэж эмчлүүлэх шаардлагатай хүнд өвчтэй зарим хүмүүст түр оршин суух зөвшөөрөл олгох тохиолдол байдаг байна.

...Нэгэнт хүрээд ирсэн өвчтэй зовлонтой хүмүүсийг өрөвдөөд л түр оршин суугчийн бичиг хийгээд өгдөг. Энэ бичгээрээ тэд нар өрхийн эмнэлэгт үзүүлэх боломжтой болдог.

Хорооны засаг дарга

Гэвч түр оршин суух зөвшөөрлийг НИТХТ-ийн 1995 оны 69 дүгээр тогтоолын дагуу 6 сар хүртэл хугацаагаар олгох (5.3.а) бөгөөд 4 сар хүртэл хугацаагаар нэг удаа сунгаж (5.3.б) болдог аж.

Харьяалалгүй иргэд төдийгүй харьяалал бүхий эрүүл мэндийн даатгалтай амжиргааны түвшин доогуур зарим иргэд харьяаллынхаа дагуу эмнэлэгийн тусламж авах болон осол гэмтэл мэтийн яаралтай тусламж авах тохиолдолд төлбөрийн чадваргүйгээсээ болоод хэвтэж эмчлүүлэх боломжгүй буюу бүрэн гүйцэд эмчлүүлж чаддаггүй байна.

Би Гэмтэл Согогийн эмнэлэгт нуруу, аарцаг ясны гэмтлээр ирж, эмчлүүлж байсан ба эрүүл мэндийн даатгалтай хэдий ч эмчилгээний төлбөр 8600 төгрөг гарсныг төлөх чадваргүйгээс бүрэн гүйцэд эмчилгээ хийлгэж чадалгүй гарсан. Хэвтэж байх хугацаанд эмч нар миний биеийг асуухын оронд байнга мөнгөө авчирсан уу, авчраагүй бол гараарай гэж дарамталдаг байсан.

БЗД-ийн 9-р хорооны иргэн Л. Сүндэнцэцэг

Гэтэл Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуулийн 3 дугаар зүйлийн 1.1 -д “ Улсын эмнэлгийн поликлиник, амбулатори, өрх(хэсэг, сум, баг)-ийн эмчийн үзлэг болон улсын хэмжээний үйлчилгээтэй эмнэлэгийн бүх төрлийн шинжилгээ, эрүүл мэндийн дүгнэлт гарахад шаардагдах шинжилгээ, үйлчилгээнээс бусад бүх шинжилгээг үнэ төлбөргүй үзүүлнэ” гэж заасан байдаг.

Тэгээд бид эдгээр эмзэг бүлгийн хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах, тэдгээрт эмнэлгийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэх асуудал хэрхэн шийдэгддэг талаар лавлан шалгаж судалсан юм.

Ингээд ихэвчлэн амжиргааны түвшин доогуур бүх насны иргэд хэвтэж эмчлүүлдэг гэх АӨСТөвд шалгалт судалгаа хийхэд:

Тус төв нь ЭМЯ-ны харьяанд үйл ажиллагаагаа явуулдаг бөгөөд улсын төсвөөс санхүүждэг аж. Тус төвд арьсны халдварт болон харшлын гаралтай арьсны өвчин, эмгэгийг оношилж, амбулатор, стационариар эмчлэх үйл ажиллагаа явуулдаг бөгөөд амбулаторийн шинжилгээнээс бусад өвчтөнд үзүүлдэг бүх эмчилгээ, үйлчилгээг үнэ төлбөргүй явуулдаг байна. Мөн тэнд иргэдийн оршин суугаа газрын харьяалал харгалзахгүйгээр хэвтүүлэн эмчилж байна. Уг төвд хэвтэж эмчлүүлж буй 26 өвчтөнүүд санал асуулга авахад 20-45 насны 5 өвчтөн буюу нийт судалгаан оролцсон өвчтөний 19% нь эмчилгээ, үйлчилгээ, шинжилгээнд 10000 хүртэл төгрөг хувиасаа зарцуулсан гэжээ. Тэдгээр өвчтөнүүдээс ихэвчлэн нийтлэг тохиолддог эмчилгээ, үйлчилгээ, эм тариа болон эмч, эмнэлгийн ажилчдын харилцааны соёлтой холбоотой санал гомдол гарч байв. Орон гэргүй тэнэмэл хүүхдүүдийн эрүүл мэндээ хамгаалуулах, эмнэлгийн тусламж авах эрх хэрэгжих нөхцөлгүй байна. Тэнэмэл хүүхдүүд бүртгэл хяналтгүйгээс вакцинжуулалтанд хамрагдахгүй, амьдрах орчин, хоол хүнс тэжээлийн дутагтлаас шалтгалан архаг хууч өвчтэй болох, өвчлөлөө даамжруулан хүндэрч оройтсон үед л тусламж авах явдал нийтлэг байна. Дорнод аймгийн хэрлэн сумын хараа хяналтгүй, гэр оронгүй хүүхдүүдэд эрүүл мэндийн үзлэг хийхэд 189 хүүхэд хамрагдаж, давхардсан тоогоор 80% нь жингийн алдагдалтай, 50% нь цус багадалттай, 20% нь чихний архаг үрэвсэлтэй байжээ. 7. Эхийн эндэгдэл 2002 онд буурах төлөвтэй байгаа хэдий ч сүүлийн жилүүдэд эхийн эндэгдэл тууштай буурахгүй жирэмсэн эх эмчийн хяналтанд цаг хугацаандаа орохгүй, эмнэлгийн тусламж хүргэх шат дамжлагын хооронд хүндрэх, төрөлтийг удирдах эмчийн мэдлэг, мэргэжлийн ур чадвар хангалтгүйгээс шалтгаалж байна. 2001 оны байдлаар 48634 эх төрж, 88 эх эндсэн буюу 100 000 амьд төрөлтөнд 169 болж эхийн эндэгдэл өссөн бөгөөд Завхан /8 буюу 429/, Архангай/8 буюу 395/, Увс/9 буюу 384/, Сүхбаатар/4 буюу 364/, Ховд/6 буюу 266/, Баян-өлгий/6 буюу 203/, Дархан-уул /3 буюу 202/ байгаа нь улсын дунджаас өндөр байна. 1997-1999 оны байдлаар эндсэн эхийн 65,6% 2000 онд 70% -ийг, 2001 онд 65,8% нь эх барих эмэгтэйчүүдийн мэргэжлийн эмчийн удмрдлаганд төрж, эмчлэгджээ. Анхны жирэмслэлт төрөлтийг удирдах арга барил сул байгаа нь эндсэн эхийн 17 буюу 21,5% нь анхны жирэмслэлт, 24 буюу 30.4% нь анхны төрөлт байгаагаас харагдаж байна. Эндсэн эхийн 6,3% нь гэртээ, 29,1% нь сумын эмнэлэгт, 41,8% нь аймгийн эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлсэн буюу төрсөн байна. Өөрөөр хэлбэл 77,2% нь орон нутагт эмчлэгдэж төржээ. Үүнээс харахад өндөр эрсдэлтэй эхийг дараагийн шатны эмнэлэгт цаг алдалгүй шилжүүлэх механизм хэрэгжихгүй байна. Эхийн биеийн байдал анхны тусламж авах үед 35,5% нь хүнд, 14,5% нь маш хүнд байснаас харахад тусламж оройтож, дээд шатны эмнэлэгт цаг алдаж шилжүүлж байгаагаас эндсэн байна. 2001 онд нас барсан эхчүүдийн 35 буюу 45% нь малчин, 24 буюу 30% нь гэрийн ажилтай, 5 буюу 6,3% нь оюутан байгаа нь эдгээр бүлгийн хүмүүс илүү эрсдэлтэй байна. Эндсэн эхийн 22% нь огт хяналтанд ороогүй, 44% нь жирэмсний хожуу хугацаанд эмчийн хяналтанд оржээ. / ЭМЯ-ны үнэлгээний материалаас/

Судалгаанд хамрагдсан аймаг, сумдад дуудлагыг оройтуулдаг, оношилохгүй байх буюу оношилж чадахгүй өвчтөнд анхны тусламж үзүүлэхгүй тээвэрлэх, хүнд өвчтөнг яаралтай эмчлэхгүй орхих, хайхрамжгүй хандах явдал байна. Өвөрхангай аймгийн дуудлагын их эмч Богд сумын эх Б гэгч өвчтөн хүндэрч таталт өгч байхад айлд орхиод өөр дуудлаганд явснаас өвчтөн нас барсан, энэ талаар эхийн эндэгдлийг магадлан тогтоох комиссын хурлаар хэлэлцээд ямар ч арга хэмжээ аваагүй орхисон байна. Мөн аймгийн Баян-Өндөр сумын их эмч Ү гэгч өвчтөнд тарилга хэтрүүлэн хийгээд өвчтөний биеийн байдал хүнд байхад түүнд яаралтай тусламж үзүүлэхийн оронд орхиж аймгийн төв рүү явсан хойгуур өвчтөн нас барсан.

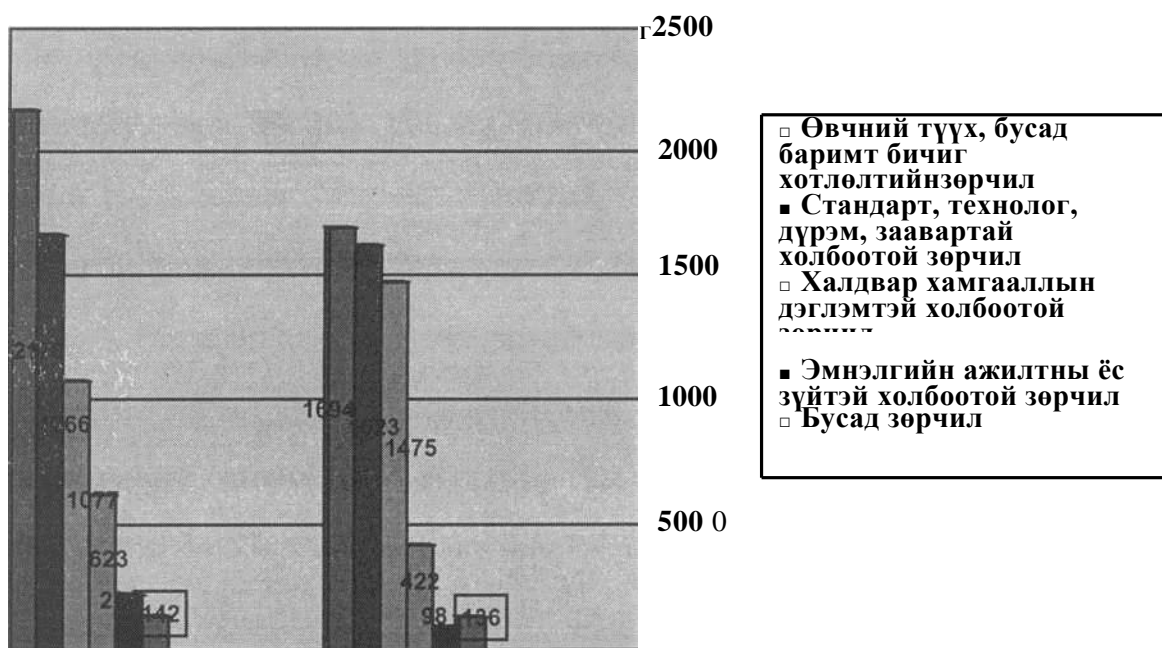
Энэ мэтээр 4 эхийн биеийн байдлыг зөв үнэлээгүй, эмчилгээ, оношилгооны стандарт зөрчиж өмнөх алдаан дээр дүгнэлт хийгээгүй зэргээс 3-4 эхийн амь насыг аварч чадаагүй байна.

Ховд аймгийн нэгдсэн эмнэлэгт 24 настай жирэмсэн эмэгтэй “Цэ” хэвтэж 14 хоноход 1-2 удаа үзлэг хийсэн гэх боловч олигтой эмчилгээ хийгдээгүй хайнга хандаж, биеийн байдлыг үнэлж, оношилолгүй онцын өвчингүй гэж нарийвчилсан үзлэг хийлгүй эмнэлгээс гаргасан байна. Гэтэл уг өвчтөн 5 хоногийн дараа тархинд нь цус харваж дахин эмнэлэгт хэвтэж эмчилгээ авалгүй нас баржээ. /ЭМУХ албаны шалгалтын материалаас/

8.Эмч эмнэлгийн ажилтны мэргэшил, мэдлэг чадвар дутагдалтай, мөн сахилга хариуцлагагүйгээс иргэдийн эмчилгээнд ноцтой алдаа гаргаж, эрүүл мэнд, амь насыг хохироох явдал байсаар байна. Зарим эмч өвчтөний биеийн байдлыг үнэлж дүгнэхдээ хайнга хандаж, зайлшгүй шаардлагатай эмнэлгийн тусламжийг оройтуулах буюу огт үзүүлэхгүй цаг алдах, сувилагч эм тариаг хийх заавар, журмыг ноцтой зөрчиж өвчтөний эрүүл мэндийг хохироосон баримт цөөнгүй байна. Зарим эмч, эмнэлгийн мэргэжилтнүүд өвчтөнд эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэхдээ хайхрамжгүй, хариуцлагагүй хандах, мэргэжлийн болон ёс зүйн алдаа гаргах зэргээр буруу эмчилгээ хийх, зохих журмаар эмчлэхгүй байх, согтуу үедээ мэс засал хийх, эмчилгээний стандарт технологи зөрчсөнөөс амь насыг аварч чадахгүй байх буюу нас барахад хүргэж байна. Зөвхөн нэр бүхий 6 аймгийн судалгааны тайлангаас үзэхэд эмч, эмнэлгийн мэргэжилтний шууд буруугаас болж 14 өвчтөн нас барж, 10 гаруй хүний өвчнийг хүндрүүлсэн байна.

Эрүүл мэндийн улсын хяналтын албанаас 2002 оны эхний хагас жилд улсын хэмжээнд 1583 байгууллагад үзлэг шалгалт хийж 987 байгууллагад мониторинг хяналт тогтоосноор 4961 зөрчил илрүүлсний 1345 нь эмнэлгийн халдвар хамгааллын дэглэмтэй холбоотой, 1680 нь стандарт, технологи, дүрэм журамтай холбоотой, 1201 нь өвчний түүх болон эмнэлгийн бусад баримт бичиг хөтлөлттэй холбоотой, 434 нь эмчилгээтэй холбоотой, 176 нь бусад зөрчил байжээ. Эмчийн алдаа 180 илэрснээс 147 нь бодит бус шалтгаантай буюу хүний мэдлэг чадвар, хариуцлага, ёс зүйтэй холбоотой гарчээ. Жишээ нь: Эрүүл мэндийн улсын хяналтын албаны /хуучин нэрээр/ 2002 оны шалгалтын тайлангаас үзэхэд эмч, эмнэлгийн мэргэжилтний эмчилгээний стандарт, технологи зөрчсөн, эмчийн мэргэжлийн болон ёс зүйн алдаа гаргасан, хайхрамжгүй хандсан зэрэг буруугаас 13 хүн нас барж, 10 хүний биед хүндрэл, эрүүл мэндэд нь хохирол учруулсан байлаа.

**УЛСЫН ХЭМЖЭЭНД ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ЧАНАРЫН ХЯНАЛТЫН ЧИГЛЭЛЭЭР
АЖИЛЛАЖ БУЙ ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ХЯНАЛТЫН БАЙЦААГЧ НАРЫН
ИЛРҮҮЛСЭН ЗӨРЧИЛ**



2000 онд

2001 онд

8. Шалгалт, судалгааны явцад эмнэлгийн байгууллагын үйл ажиллагаа, эмчилгээний чанарын талаар 1222 эмч, ажилтан, 1369 иргэнээс асуулгаар судалгаа авч дүгнэхэд дараахь байдал харагдаж байна. Судалгаанд хамрагдсан эмч, эмнэлгийн ажилтны 31,8% нь цалин урамшуулал бага, 39,6% нь эмнэлгийн тоног төхөөрөмж хангалтгүй, 18,5% нь ажлын нөхцөл муу, 14,3% нь удирдлага зохион байгуулалт муугаас ажил үүргээ хэвийн явуулахад бэрхшээл учирч байна гэжээ. Тэдгээрийн 12,7% нь архидалт, 16,6% нь гар харах, шан харамж авах, 40,8% нь харьцааны соёл муу, 35,5% нь ажлын цаг барьдаггүй дутагдал эмч эмнэлгийн ажилчдын дунд байна гэж үзжээ. Судалгаанд хамрагдсан иргэдийн 12,1% нь архидалт, 20,9% нь гар харах, шан харамж авах, 29,7% нь харьцааны соёл муу, 33,1% нь ажлын цаг барьдаггүй дутагдал эмч, эмнэлгийн ажилчдын дунд байна гэж үзжээ. Тэдгээрийн 53,5% нь эмнэлэгт хэвтээд сайн эмчлүүлж чадсан гэж үзсэн байхад судалгаанд оролцсон иргэдийн 46,5% нь эмнэлэгт хэвтэж бүрэн

гүйцэд эмчлүүлж, зохих тусламж авч чадаагүй буюу энэ талаар сэтгэл дунд байна гэж хариулсан байх ба энд эмнэлгийн тоног төхөөрөмж хангалтгүй, эмч нарын ажлын ачаалал их болон цалин бага, эм тариа хүрэлцээгүй зэрэг байдал нөлөөлдөг боловч хамгийн гол шалтгаан нь өвчтөндөө анхаарал халамж муу тавьдаг, эмчилгээний чанар хангалтгүй, эмч, эмнэлгийн ажилтны зан харьцааны соёл тааруу, шан харамж хараад олигтой эмчилдэггүй, архиддаг, ажлын цаг ашиглалт муу гэжээ. Энэ нь эмнэлгийн тусламж авах иргэдийн эрх зохих шаардлагын түвшинд хүртэл хэрэгжпэггүйн бас нэг нотолгоо юм.

9. Нийслэл дэх улсын чанартай төрөлжсөн төв эмнэлгүүдэд хийсэн судалгаа-шалгалтын дүнгээс харахад эмч, эмнэлгийн зарим ажилтны өвчтөнд тавих анхаарал, халамж сул мэргэжил, ур чадвар жигд биш, эмч нарын зарим хэсгийн дотор сахилга, хариуцлага алдах, ёс зүйн алдаа гаргах явдал байсаар байна. Доорхи хоёр эмнэлэгт хийсэн шалгалт-судалгааны дүн давхар нотолж байна.

ЭНЭШ төв нь “эхэд ээлтэй эмнэлэг болох” хөдөлгөөн өрнүүлэх, гадаадын өндөр хөгжилтэй орны туршлага, арга барилыг судлан хэрэгжүүлэх, тэднээс дэмжлэг авах, хамтран ажиллах, эмч, ажилтны мэргэжлийн түвшинг дээшлүүлж, нийгмийн асуудал, ажиллах нөхцөлийг сайжруулах талаар анхаарч зарим талын үр дүнд хүрч байгаа боловч эмч нараас өвчтөнд тавих анхаарал, халамж жигд сайжрахгүй байгаагаас эмч нар мэргэжлийн болон технологи, ёс зүйн алдаа гаргах, ажлын хариуцлага алдаж өвчтөнийг хожуу буюу буруу оношлох, мэс ажилбар хийхдээ хайнга хандах, эмчилгээг дутуу хийх, ариун цэвэр, эрүүл ахуйн шаардлагыг хангахгүй байх, баталгаагүй, бүртгэлгүй, хугацаа дууссан эм хэрэглэх зэрэг зөрчил, дутагдал гаргаж хүний эрүүл мэндийг хохироох, өвчтөний амь насыг аврах боломж алдаж байжээ. /Судалгааны болон ЭМУХ албанаас хийсэн шалгалтын материалаас/

Улсын клиникийн төв эмнэлэгт эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээг сайжруулах, талаар шинэ техник, технологи нэвтрүүлэх, эмч ажилтнуудын сахилга, хариуцлагыг сайжруулах талаар санаачилгатай ажиллаж байгаа боловч эмчилгээнд эрүүл ахуйн хэм хэмжээ, шаардлагыг зөрчих, эмчилгээнд ялангуяа, мэс заслын ажилд анхаарал сулруулах, технологийн алдаа гаргах, үүнээс болж хүний эрүүл мэндийг хохироох, өвчтөний амь насыг аврах боломж алдахад хүрч байжээ.

Тэрчлэн төлбөрт үйлчилгээг хавтгайруулан хэрэглэж байгааг анхаарах. /Шалгалт судалгааны материалаас/

НҮБ-ын еоөнхий зөвлөмжийн дагуу хийх ДУГНЭЛТ Энэхүү судалгааны дүнгээс үзвэл иргэдийн эрүүл мэндийг хамгаалах, эмнэлгийн тусламж үзүүлэх, эрхийг хэрэгжүүлэх үйл ажиллагаа иргэдийн эрүүл мэндээ хамгаалах эрхийн талаар НҮБ-ын эдийн засаг, нийгэм, соёлын эрхийн хорооноос 2000 оны 5 дугаар сарын 1-нд гаргасан ерөнхий зөвлөмжийн заалт, агуулгад нийцэж байна гэж үзэж болохоор байна. Тухайлбал, энэхүү ерөнхий зөвлөмжийн дагуу эрүүл мэндээ хамгаалуулах эрхийн хэрэгжилтийг дараах 4 үндсэн шалгуураар хэмждэг байна. Үүнд:

1. Нийгмийн эрүүл мэндийн үйл ажиллагаа болон эрүүл мэндийн үйлчилгээ, энэ талаарх хөтөлбөрүүдийн хэрэгжилт хангалттай байх;

Манай улсад иргэдийн нийгмийн эрүүл мэндийн үйл ажиллагааг сайжруулах, эрүүл мэндийн үйлчилгээг хүртээмжтэй болгох талаар төв, орон нутгийн төрийн захиргааны болон хувийн хэвшлийн байгууллага, газар, төрийн бус байгууллагын хүрээнд 20 шахам үндсэн ба дэд хөтөлбөрүүдийг хэрэгжүүлж байна. Энэхүү хөтөлбөрүүдийн хэрэгжилт харилцан адилгүй боловч зохих үр дүнгээ өгч байна гэж үзэж болно.

2. Хэнийг ч ялгаварлан гадуурхахгүйгээр эрүүл мэндийн үйлчилгээг хүртээмжтэй үзүүлдэг байх;

Энэ нь бодлогын түвшинд хэрэгжиж байгаа боловч хэрэгжилтийн шатанд зарим талын бэрхшээл, дутагдал гарч байна. Зарим айл, өрх болон иргэд шилжин явахдаа орон нутгийн захиргааны байгууллагаас шилжүүлэг аваагүй буюу шилжүүлэгтэй боловч шилжилтийн хураамж, төлбөр төлж чадахгүйгээс очсон газартаа бүртгүүлж, тухайн сум, дүүргийн харьяат үндсэн иргэн болоогүйгээс эрүүл мэндийн үйлчилгээнд бүрэн хамрагдаж чадахгүй байна. Эмнэлгийн тусламжийг үнэ төлбөргүй авч чадахгүй байх зарим бэрхшээл учирдаг байна. Ялангуяа, ядуувтар буюу нэн ядуу амьдралтай иргэдийн хувьд эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээг үнэ төлбөртэй авч чадахгүй байна. Нөгөө талаар иргэдэд эрүүл мэндийн талаар мэдээлэл олж авах боломж бүрэн нээлттэй биш, энэ талаар мэдээлэх ажил жигд сайн биш байна.

3. Эрүүл мэндийн үйлчилгээний бүх газрууд нь анагаах ухааны ёс зүйд болон нийтлэг соёлд нийцсэн, эмчлүүлж буй хүмүүсийн эрүүл мэндийг сайжруулсан байх, мөн өвчтөний эрүүл мэндтэй холбоотой мэдээллийг чанд нууцлан хадгалахад чиглэгдэнэ.

Энэ шалгуур үзүүлэлт үндсэндээ хэрэгжиж байгаа боловч зарим нэгэн байгууллага, ажилтны буруугаас болж доголдол дутагдал гарах явдал байна. Энэ талаар өмнөх хэсэгт тодорхой жишээ баримт дурьдсан билээ. Үүнийг эмнэлгээр үйлчлүүлэгчид болон судалгаанд хамрагдсан эмнэлгийн эмч, ажилтнууд өөрсдөө санал, асуулгад оролцож хариулсан явдал давхар нотолж байна. Жишээ нь: Эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлэгчдийн 34,6 хувь нь өвчин бүрэн гүйцэд эдгэрээгүй, 11,9 хувь нь эмнэлгийн шаардлагатай тусламж авч чадаагүй гэж хариулсан байх ба үүний шалтгааны талаар эмч, эмнэлгийн ажилтны зан харьцаа муу, чин сэтгэлээсээ үзэж анхаарал, халамж тавьдаггүй, шан харамж авах гэдэг гэж 42 хувь нь хариулжээ.

Эмч, эмнэлгийн ажилтны ёс зүй, сахилга, хариуцлагын байдлын талаар доорхи асуултанд үйлчлүүлэгчид болон тухайн эмнэлгийн эмч, ажилтнаас хариу авсныг харьцуулан үзүүлэв.

№	Хариулт	Үйлчлүүлэгчид	Эмч ажилтнууд
1	Архидалт	12,1	12,7
2	Гар харах, шан харамж авах	20,9	16,6
3	Харьцааны соёл муу	29,7	40,8
4	Ажлын цаг барьдаггүй	33,1	35,5
5	Бусад	18,0	3,8

Иймэрхүү хариу өгсөн байна.

4. Эрүүл мэндийн үйлчилгээ, бараа бүтээгдэхүүн нь шинжлэх ухаанаар батлагдсан, сайн чанартай байх. Судалгаанаас үзэхэд эрүүл мэндийн бүх төрлийн үйлчилгээ нь батлагдсан стандарт, технологийн дагуу явагдаж байгаа бөгөөд хааяа зарим эмч, эмнэлгийн ажилтны буруу үйл ажиллагаанаас хамаарч хүний эрүүл мэндийг хохироох явдал байна. Булган аймгийн Гурван булаг сумын их эмч Пүрэвжав согтуу байхдаа өвчтөнд мухар олгой авах мэс засал хийж бүдүүн нарийн гэдсийг нь цоолж ноцтой алдаа гаргаснаас өвчтөн цаашид эмчилгээ авахгүй нас барсан. /ЭМУХ Албаны гомдлын дагуу шалгасан материалаас/

Судалгаанд хамрагдсан нэлээд олон эмнэлэг, эмийн сангуудад чанарын баталгаагүй, улсын эмийн бүртгэлд бүртгэгдээгүй, хугацаа дууссан эм бэлдмэлийг эмчилгээнд хэрэглэж байсан буюу хэрэглэхээр бэлтгэсэн нь илэрч байжээ.

1. **Ерөнхий дүгнэлт ба авах арга хэмжээний санал** Судалгааны дүнгээс үзэхэд иргэдийн эрүүл мэндээ хамгаалуулах, эмнэлгийн тусламж авах эрхийг хангах эрх зүй, эдийн засаг, нийгмийн сэтгэл зүйн орчин нөхцлийг төрийн зүгээс бүрдүүлж, хэрэгжүүлэх төрийн болон хувийн хэвшлийн байгууллагуудын сүлжээ бүрэлдэн буй болж байна гэж дүгнэх үндэслэлтэй юм. Гэвч энэхүү судалгаагаар ажлын ололт амжилтыг дүгнэхээс илүү хүний эрхийн хэрэгжилтэд учирч буй бэрхшээл, хүндрэл, арилгавал зохих зөрчил дутагдлыг олж илрүүлэхийг хичээсэн болно. Энэ талаар дараахь дүгнэлтийг хийж байна.

1. Эрүүлийг хамгаалах байгууллагуудын санхүүжилтын тогтолцоог зах зээлийн харилцаанд нийцүүлэн шинэчилж хэвшүүлсэн боловч төрийн санхүүжилтын хэмжээ амьдралаар тулгамдсан хэрэгцээ, шаардлагыг тэр бүр хангаж чадахгүй байна.

Эрүүл мэндийн байгууллагуудын материаллаг орчин, техник, тоног төхөөрөмжийг шинэчлэх хөрөнгө оруулалтын жил жилийн хэмжээ шаардлагаас ихээхэн хоцорч, гадаад улс, олон улсын байгууллагын хандив, тусламжид түшиглэж байгааг өөрчилж, үндэсний чадавхийг нэмэгдүүлэх шаардлагатай болжээ.

2. Эрүүл мэндийн байгууллагын шатлал бүхий тогтолцоог бүрдүүлж, эрүүл мэндийн даатгалын системийг түүнтэй уялдуулан санхүүжилт, боловсон хүчний хангалтыг ялгавартай тогтоосон нь иргэдийн эрүүл мэндийн чанартай тусламж авахад зохион байгуулалтын шинжтэй саад тотгор бий болгожээ. Эрүүл мэндийн байгууллагуудын санхүүжилт, эмч мэргэжилтний хангамж, мэдлэг чадварыг нь авч узвэл анхан, дунд шатанд эмнэлгийн чанартай тусламж үзүүлэх бололцоо харьцангуй дутмаг байгаагаас иргэд гурав дахь шатанд цаг хугацаа оройтон шилжиж өвчнөө хүндрүүлэх, хөрөнгө чинээний боломж муутай хэсэг нь гурав дахь шатанд эмчилгээ үйлчилгээ хийлгэх боломжоор хязгаарлагдмал байна. Энэ нь сум, аймаг, дүүргийн эмнэлгийн болон өрхийн эмнэлгийн чадавхийг дээшлүүлэхийг шаардаж байна. Засгийн газраас энэ байдлыг анхаарч бүсийн эмчилгээ, оношлогооны төвүүд байгуулсан боловч тэдгээрийн ажиллагаа жигдрэн бэхжээгүй байна. Монгол орны нутаг дэвсгэрийн хэмжээ, хүн амын тархай бутархай суурьшил, нүүдлийн мал аж ахуй, дэд бүтцийн хөгжлийн түвшин зэрэг нь иргэнд эмнэлгийн тусламж цаг алдалгүй хүргэхэд бодитой саад бэрхшээл учруулж байна.

3. Хүн амын эмзэг хэсэг болох ядуу, нэн ядуу өрхийн иргэд, тэнэмэл хүмүүсийн хувьд эрүүл мэндээ хамгаалуулах, эмнэлгийн тусламж авах эрхээ эдлэхэд зохион байгуулалтын саад бэрхшээл тулгарч байна. Ялангуяа засаг захиргаа шилжин суурьшигчид харъяалах засаг захиргаа, нутаг дэвсгэрийн нэгжид бүртгүүлээгүйгээс эрүүл мэндийн даатгалд хамрагдах, эмнэлгийн тусламж авах эрх нь хязгаарлагдаж байна.

4. Эрүүл мэндийн сургалт суртчилгааны үр дүн хангалтгүйгээс зарим иргэн эрүүл мэндээ хамгаалуулах, эмнэлгийн тусламж авах эрхээ эдэлж хэрэгжүүлэх санаачилга, ухамсар, мэдлэг дутмаг байгаагаас өөрийнхөө эрүүл мэндийг хамгаалах, урьдчилан сэргийлэх тарилгаас хоцрох, эмч, эмнэлгийн хяналтанд хожуу орох, өвчнөө үл тоомсорлон даамжируулснаас эрүүл мэндээрээ хохирох тохиолдол цөөнгүй байна.

5. Эмч эмнэлгийн ажилтны мэдлэг чадвар дутмаг, ёс зүйн алдаа гаргах, хариуцлагагүй хайнга ажиллагаанаас шалтгаалж иргэд эмнэлгийн тусламж авч чадахгүй буюу чанарын зохих түвшинд аваагүйгээс эрүүл мэндээрээ хохирох явдал нийтлэг байна.

6. Хүний эрүүл мэндээ хамгаалуулах эрхийг хангах зорилгоор байгаль орчны бохирдол, хорт бодисоос сэргийлэх, хүн амын хүнсний аюулгүй байдлыг хангах арга хэмжээний үр нөлөө хангалтгүйгээс хүний эрүүл мэндэд хор учруулах хүчин зүйлс байсаар байна.

7. Хөдөө, орон нутаг, алслагдсан сумдад их эмчийн хүрэлцээ муухан байгаа нь хөдөөд эмч бэлтгэх, хуваарилах ажлын доголдолтой холбоотойн зэрэгцээ хөдөөд эмч, эмнэлгийн ажилтны орон сууц, нийгмийн асуудлыг шийдвэрлэх нөхцөл бүрдээгүйгээс эмч нар, түүний дотор нарийн мэргэжлийн эмч тогтвор суурьшилтай ажилладаггүй байна.

8. Эмнэлэгт стандартын бус эм болон уусмал бэлтгэх, чанарын баталгаажилт хийгдээгүй эм бэлдмэл авч хэрэглэх зэргээр эм зүйн дэглэм зөрчих явдал гарч байгаа нь эмээр үйлчлэх ажлыг эм зүйчийн хяналт байхгүй, түүгээр ч барахгүй аймгуудын мэргэжлийн хяналтын албанд эм зүйч, биобэлдмэлийн мэргэжлийн хүн томилж ажиллуулаагүйтэй холбоотой.

Санал

1. Судалгааны дүнг Комиссын өргөтгөсөн хурлаар хэлэлцэн илэрсэн зөрчлийг арилгуулах арга хэмжээ авах.
2. Судалгаа шалгалтаар илэрсэн зөрчлийг арилгуулах, энэ чиглэлийн эрхийг хэрэгжүүлэх ажлыг үр дүнд хүргэх зорилгоор Эрүүл мэндийн яам, зарим аймагт зөвлөмж, шаардлага гаргаж явуулах, Засгийн газарт тодорхой санал тавьж танилцуулах.

ХЭҮК-ЫН ГИШҮҮН

ХЭҮКЧДТ-ИЙН ҮНДЭСНИИ ЗӨВЛӨХ

ЭМУХА-НЫ ДАРГА

Г.ДАЛАЙЖАМЦ

Н.ЛУВСАНЖАВ

Ш.ОЮУНЧИМЭГ