

ҮНДЭСНИЙ ХӨГЖЛИЙН ГАЗАР

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН САЛБАРЫН ХӨГЖИЛ, БАЙРШЛЫН СУДАЛГАА



Эцсийн тайлан

**Анагаах ухааны доктор,
Нийгмийн Эрүүл Мэнд, Эрүүл мэндийн удирдлагын магистр
Б.Цэцэгсайхан**

2018 оны 12-р сарын 11

Улаанбаатар хот

БОДЛОГЫН СУДАЛГААНЫ АГУУЛГА

НЭГ. ОРШИЛ

- 1.1. Бодлогын судалгааны үндэслэл, хэрэгцээ, шаардлага
- 1.2. Судалгааны ажлын зорилго, зорилт
- 1.3. Судалгааны ажлын хамрах хүрээ
- 1.4. Судалгааны ажлыг гүйцэтгэх нарийвчилсан төлөвлөгөө

ХОЁР. АРГА ЗҮЙ, АРГАЧЛАЛ

- 2.1. Олон улсын онолын чиг хандлага
- 2.2. Судалгааны арга зүй, аргачлал

ГУРАВ. БОДЛОГЫН СУДАЛГАА, ШИНЖИЛГЭЭ

- 3.1. Одоо хүчин төгөлдөр мөрдөгдөж буй хууль, журам, тогтоол, эрх зүйн акт болон бодлогын баримт бичгүүдийн хэрэгжилт, хоорондын уялдаанд өгөх үнэлгээ
- 3.2. Тухайн салбарын бүсчилсэн хөгжлийн түүхэн хандлага, өөрчлөлт, өнөөгийн байдалд хийсэн дүн шинжилгээ/ БХҮБ, Бүсүүдийн хөгжлийн хөтөлбөрийн хүрээнд/
- 3.3. Салбарын хөгжлийн цаашдын чиг хандлага
- 3.4. Бодлогын залгамж чанарт хийсэн шинжилгээ

ДӨРӨВ. САЛБАРЫН НӨХЦӨЛ БАЙДЛЫН ДҮН ШИНЖИЛГЭЭ

- 4.1. Салбарт тулгамдаж байгаа асуудал, хүндрэл, бэрхшээлийг тодорхойлох, түүнийг шийдвэрлэх арга замууд
- 4.2. SWOT, PESTELI шинжилгээ
- 4.3. Дүгнэлт, санал, зөвлөмж

ТАВ. ХӨГЖИЛ, БАЙРШЛЫН ОРОН ЗАЙН АНАЛИЗ, ТӨЛӨВЛӨЛТИЙН ЗУРАГЛАЛ

- 5.1. Хүчин төгөлдөр мөрдөгдөж буй хууль, журам, тогтоол, эрх зүйн акт болон бодлогын баримт бичгүүдэд туссан байршилтай төсөл арга хэмжээнүүдийн байршлын газрын зураг (*Газрын зургийг заавал ArcGIS*

программ дээр боловсруулсан байна. Газрын зургийн SHP file-ыг Үндэсний хөгжлийн газарт хүлээлгэн өгнө.)

5.2. Тухайн салбарт өөрийн санал болгож буй хөгжил байршлын орон зайн төлөвлөлтийн зураглал *(Газрын зургийг заавал ArcGIS программ дээр боловсруулсан байна. Газрын зургийн SHP file-ыг Үндэсний хөгжлийн газарт хүлээлгэн өгнө.)*

5.3. Тухайн салбарын хөгжил байршлын нийлүүлэлтийн сүлжээний зураглал*(Газрын зургийг заавал ArcGIS программ дээр боловсруулсан байна. Газрын зургийн SHP file-ыг Үндэсний хөгжлийн газарт хүлээлгэн өгнө.)*

5.4. Тухайн салбарын хөгжил байршлын нэмүү өртгийн сүлжээний болон орц, гарцын зураглал*(Газрын зургийг заавал ArcGIS программ дээр боловсруулсан байна. Газрын зургийн SHP file-ыг Үндэсний хөгжлийн газарт хүлээлгэн өгнө.)*

5.5. Ирээдүйд хөрөнгө оруулалт хийх тухайн салбарын тэргүүлэх чиглэлүүд

5.6. Тухайн салбарыг цаашид хөгжүүлэх нөхцөл, нөөц, боломжууд

ЗУРГАА. ШИНЖЛЭХ УХААНЫ ТЕХНОЛОГИЙН ЗӨВЛӨЛИЙН БОЛОН ХОЛБОГДОХ БАЙГУУЛЛАГУУДЫН ДҮГНЭЛТ, САНАЛ

6.1. Тайланг холбогдох яамны шинжлэх ухаан технологийн зөвлөл болон холбогдох ажлын хэсгүүдээр хэлэлцүүлсэн дүгнэлт, санал

ДОЛОО. БОДЛОГЫН СУДАЛГААНЫ СХЕМ, ХАВСРАЛТУУД

7.1. Ашигласан материалын жагсаалт

НЭГ. ОРШИЛ

Судалгааны нэр: Монгол улсын эрүүл мэндийн хөгжил, байршлын
төлөвлөлтийн судалгаа

Захиалагч: Үндэсний хөгжлийн газар

Гүйцэтгэгч: Хавдрын үндэсний зөвлөл НҮТББ

Хугацаа: Эхлэх хугацаа 2018 оны 8 сарын 03
Дуусах хугацаа 2018 оны 11 сарын 03

1.1. Бодлогын судалгааны үндэслэл, хэрэгцээ, шаардлага

Монгол улсын бүсчилсэн хөгжлийн үзэл баримтлалыг 2001 онд баталсан бөгөөд одоогийн Монгол улсын нийгэм, эдийн засгийн хөгжлийн чиг хандлага, олон улсын харилцаа тухайн үеийн нөхцөл байдлаас ихээхэн өөрчлөгдөөд байна. Бүсчилсэн хөгжлийн үзэл баримтлалд үндэслэн боловсруулсан Монгол Улсын баруун, хангайн, төвийн, зүүн, Улаанбаатарын бүсийн хөгжлийн хөтөлбөрүүдийн хэрэгжих хугацаа (нэгдүгээр үе шат – 2006 – 2010 он, хоёрдугаар шат – 2011 – 2015 он) дууссан.

Бүсчилсэн хөгжлийн үзэл баримтлал, бүсүүдийн хөгжлийн хөтөлбөрийг Дэлхийн тогтвортой хөгжлийн хөтөлбөр, “Монгол улсын тогтвортой хөгжлийн үзэл баримтлал – 2030”, Засгийн Газрын 2016 – 2020 оны үйл ажиллагааны хөтөлбөр”-тэй уялдуулан шинээр боловсруулах, түүн дотор эрүүл мэндийн салбарын хөгжил, байршлын асуудлыг тусгах шаардлагатай байна.

1.2. Судалгааны ажлын зорилго, зорилт

Судалгааны зорилго нь Монгол улсын эрүүл мэндийн салбарын өнөөгийн нөхцөл байдал, тулгамдаж буй асуудлыг тодорхойлж, учир шалтгааныг илрүүлж, шийдвэрлэх арга замыг тодорхойлох, хөгжлийн нэгдсэн төлөвлөлт, зураглалыг боловсруулж, Монгол улсын бүсчилсэн хөгжлийн үзэл баримтлал, Эдийн засгийг бүсчлэн хөгжүүлэх, төвлөрлийг сааруулах бодлогын бичиг баримтад тусгах юм. Энэхүү зорилгын хүрээнд дараах зорилтуудыг тавьсан болно. Үүнд:

Судалгааны зорилтууд:

1. Бүсчилсэн хөгжлийн болон эрүүл мэндийн салбарын одоо мөрдөгдөж буй хууль тогтоомж, бодлогын баримт бичгүүдийн хэрэгжилт, уялдаа холбоонд дүн шинжилгээ хийх ажлын хүрээнд:

- Эрүүл мэндийн салбарын бодлогын баримт бичгүүдийг бүсчилсэн хөгжлийн бодлогын бичиг баримтуудтай уялдуулан дүн шинжилгээ хийх
- Эрүүл мэндийн салбарын бодлогын баримт бичгүүдийн хоорондын давхардал, зөрчилдөөн, харилцан уялдаа холбоонд дүн шинжилгээ хийх
- Эрүүл мэндийн салбарын болон бүсчилсэн хөгжлийн бодлогын баримт бичгүүдийн уялдааг хангах, хэрэгжилтийг сайжруулахад чиглэсэн дүгнэлт, бодлогын зөвлөмж боловсруулах
- Олон улсад ашиглаж буй бодлогын баримт бичгүүдтэй харьцуулах

2. Монгол улсын эрүүл мэндийн салбарын өнөөгийн нөхцөл байдал, тулгамдаж буй асуудлуудыг тодорхойлох, нэгдсэн дүгнэлт өгөх ажлын хүрээнд:

- Монгол Улсын эрүүл мэндийн салбарын өнөөгийн нөхцөл байдал, хүн амын эрүүл мэндэд нөлөөлөх хүчин зүйлс, тулгамдаж буй асуудлуудыг судлах
- Монгол Улсын эрүүл мэндийн салбарыг бүсчлэн болон аймаг орон нутгаар үнэлгээ хийх

Эрүүл мэндийн салбарын хөгжил, байршлын судалгаа

- Монгол Улсын эрүүл мэндийн салбарын өнөөгийн нөхцөл байдалд дүгнэлт өгөх, сайжруулах арга хэмжээний зөвлөмж өгөх

3. Бодлогын өөрчлөлт хийх боломжит хувилбаруудыг тодорхойлох, тэдгээрийн үр ашиг, хэтийн нөлөөллийг тооцоолох, урьдчилан үнэлэх ажлын хүрээнд:

- Эрүүл мэндийн салбарын бодлогын баримт бичгүүдийг өөрчлөх хувилбар тодорхойлох

4. Шийдвэрлэх арга зам, бодлого төлөвлөлтийн оновчтой хувилбарыг тодорхойлох, хөгжил, байршлын зураглал боловсруулах ажлын хүрээнд:

- Эрүүл мэндийн салбарын бодлого төлөвлөлтийн оновчтой хувилбарыг салбарын өнөөгийн байдал дээр тулгуурлан боловсруулах, харьцуулан үнэлэх
- Хөгжил, байршлын зураглалыг боловсруулах

Судалгааны ажлын үндэслэл

Дэлхийн ихэнх улс орнууд эрүүл мэндийн тогтолцоогоо шинэ нөхцөл байдалд нийцүүлэн хүн амынхаа эрүүл мэндийн бодит хэрэгцээг хангах чиглэлээр өөрчлөн шинэчлэх арга замыг хайж, эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг тэгш, хүртээмжтэй, чанартай, зардлын хувьд үр ашигтай арга замаар хүргэхээс гадна аливаа өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, нотолгоонд суурилсан оношилгоо, эмчилгээний шинэ технологи нэвтрүүлэх, санхүүжилтийн зохистой тогтолцоог бүрдүүлэх чиглэл баримталж байна.

Монгол улсын тогтвортой хөгжлийн үзэл баримтлал-2030-д Монгол хүний эрүүл урт удаан амьдрах нөхцлийг хангаж, дундаж наслалтыг 78-д хүргэнэ гэсэн байдаг. 4 үндсэн зорилтуудад урьдчилан сэргийлэх

Эрүүл мэндийн салбарын хөгжил, байршлын судалгаа

үндэсний тогтолцоог бүрдүүлэн, оношилгоо үйлчилгээний чанар, хүртээмжийг нэмэгдүүлж, хүн амын дундаж наслалтыг уртасгах, нөхөн үржихүйн тусламж, үйлчилгээний чанар, хүртээмжийг дэмжих замаар сэргийлж болох эх, хүүхдийн эндэгдэлд нөлөөлөх хүчин зүйлийг багасгаж, эх, хүүхдийн эндэгдэл, хоол тэжээлийн дутагдлыг тогтвортой бууруулах, зонхилон тохиолдох халдварт бус өвчин, тэдгээрийн эрсдэлт хүчин зүйлийн тархалт болон сэргийлж болох нас баралтыг хувь хүн, гэр бүл, хамт олон, байгууллагын идэвхтэй, оролцоотой нэгдмэл үйл ажиллагаанд тулгуурлан бууруулах болон халдварт өвчний тандалт, сэргийлэлт, бэлэн байдлыг хангах, хариу арга хэмжээг уян хатан, шуурхай зохион байгуулах чадавхийг тогтвортой бэхжүүлж, нэн шаардлагатай вакциныг хүн бүрт хүртээмжтэй болгож, зонхилон тохиолдох халдварт өвчний тархалтыг бууруулах гэсэн байдаг.

Хэдийгээр манай орны хувьд төрөөс үзүүлж байгаа эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ нь бараг бүх хүн амыг хамарч, нарийн мэргэжлийн эмчилгээг ихэнх суурин газруудад үзүүлж байгаа хэдий ч халдварт бус өвчний өвчлөлт нэмэгдэж байгаа болон алслагдмал орон нутгийн хүн амд эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг чанартай, хүртээмжтэй хүргэх асуудал тулгамдсан бэрхшээлүүдийн нэг хэвээр байна. Монгол улсын хүн амын тоо 3.3 сая болж, дундаж наслалт 69.89 болж нэмэгдсэн боловч эмэгтэйчүүдийн дундаж наслалт 75.84, эрэгтэйчүүдийнх 66.02 байна.

Түүнчлэн эрүүл мэндийн асуудлаас үүдэн санхүүгийн хүндрэлд орох, хувиас хийж байгаа төлбөрийн улмаас ядууралд өртөх асуудал тулгарсаар байна. 2009 оны байдлаар нийт өрхийн 3,8 хувь нь эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнд өрхийн орлогын 40-өөс дээш хувийг зарцуулдаг байсан бол 2016 оны судалгаагаар энэ тоо 5,5 хувь болж өссөн бөгөөд 20 000 орчим хүн эрүүл мэндийн тусламж авах зардлыг төлсөний улмаас ядууралд орсон байна.

Эрүүл мэндийн салбарт зарцуулах санхүүжилтийн хэмжээ олон улсын жишиг болох ДНБ-д эзлэх хувь 5 хувиас даруй 2 дахин бага буюу 2.5 хувь байна. Харин эрүүл мэндийн салбарын нийт зардлын 80 орчим хувь эмнэлгийн тусламж үйлчилгээнд, 5 хүрэхгүй хувь нь урьдчилан сэргийлэх үйл ажиллагаанд зарцуулагдаж байна. Иргэдийг өвчнөөс

урьдчилан сэргийлэх нийгмийн эрүүл мэндийн арга хэмжээ бус, эмнэлэг шүтсэн тогтолцоо ноёлж байна.

Иймд эрүүл мэндийн салбарын өнөөгийн нөхцөл байдал, тулгамдаж буй асуудлуудыг тодорхойлж, тогтвортой хөгжлийн зорилтуудад хүрэхэд шаардлагатай арга замуудыг тодорхойлох, эрүүл мэндийн салбарын хөгжил байршлын нэгдсэн төлөвлөлт, зураглал боловсруулах шаардлагатай байна.

1.3. Судалгааны ажлын хамрах хүрээ

Монгол улсын эдийн засгийг бүсчлэн хөгжүүлэх, төвлөрлийг сааруулах бодлогыг эрүүл мэндийн салбарын бодлоготой уялдуулан, асуудлыг улс үндэсний (олон улсын түвшинд), бүсийн (хөрш болон бүс нутгийн орнуудын хамтын ажиллагааны хүрээг хамруулан), аймаг, орон нутгийн түвшнээр харьцуулан судалж, шийдвэрлэх хувилбаруудыг тодорхойлно.

Энэхүү судалгаа нь газар зүйн нутаг дэвсгэрийн хувьд 21 аймаг, нийслэл хотыг хамарна. Эрүүл мэндийн салбарын бодлого, хууль эрх зүйн орчны хувьд:

- Хүчин төгөлдөр мөрдөж буй хуулиуд
- Эрүүл мэндийн салбарын баримтлах бодлого, үндэсний хөтөлбөр
- Эрүүл мэндийн 2007-2017 онуудын статистик тоо мэдээ
- Олон улсын байгууллагуудын үнэлгээний тайлан зэрэг мэдээлэл дээр үндэслэнэ.

Судалгааны ажлын хүрээнд дараах асуудлуудыг шийдвэрлэнэ. Үүнд:

1. Эрүүл мэндийн салбарын бодлого, хууль эрх зүйн орчинг судлах
2. Эрүүл мэндийн тогтолцоо, хүн амын дундах эрүүл мэндийн үзүүлэлтүүдийг хөрш ОХУ, БНХАУ, Европын Холбооны Улс, ДЭМБ-ын Номхон далайн бүсийн зэрэг орнуудтай харьцуулах

Эрүүл мэндийн салбарын хөгжил, байршлын судалгаа

3. Эрүүл мэндийн салбарын өнөөгийн байдал, тулгамдсан асуудлыг ДЭМБ-ын суурь 6 блокоор (WHO, 6 building blocks of health system) үнэлэх
4. Эрүүл мэндийн тогтолцоог Direct Envelope Analysis (DEA) аргаар бүс, аймгаар үнэлэх, ArcMap программ хангамж дээр оруулан GIS мэдээллийн сан (.shp) үүсгэн боловсруулалт хийх;
5. Монгол улсын эрүүл мэндийн салбарын дэд бүтэц, байршил (улсын төв, төрөлжсөн эмнэлгүүд, бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төв, аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, сум дундын эмнэлэг, сумын эрүүл мэндийн төв, дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг, өрхийн эрүүл мэндийн төв), эмч, сувилагчийн тоо, зонхилон тохиолдох өвчлөл, нас баралтын үзүүлэлт зэргийг ArcMap программ хангамж дээр оруулан GIS мэдээллийн сан (.shp) үүсгэн боловсруулалт хийх;
6. Эрүүл мэндийн салбарын бодлогын орчныг бүсчилсэн хөгжлийн бодлоготой уялдуулах зөвлөмж боловсруулах. Үүнд: хүн амын дунд зонхилон тохиолдох өвчлөл, нас баралт, хүний нөөц, техник тоног төхөөрөмжийн хангамж зэрэгтэй уялдуулах талаар санал, зөвлөмж боловсруулах зэрэг болно.

1.4. Судалгааны ажлыг хэрэгжүүлэх нарийвчилсан төлөвлөгөө

Хүснэгт 1.

№	Үйл ажиллагаа	8 сар		9 сар				10 сар				
		3-р 7 хоног	4-р 7 хоног	1-р 7 хоног	2-р 7 хоног	3-р 7 хоног	4-р 7 хоног	1-р 7 хоног	2-р 7 хоног	3-р 7 хоног	4-р 7 хоног	
1	Гэрээ байгуулах, нарийвчилсан төлөвлөгөө гаргах											
2	Судалгааны ажлын арга зүй, хамрах хүрээг тодорхойлох											
3	Холбогдох хууль тогтоомж, норм нормативыг судлах											
4	Эрүүл мэндийн салбарын бодлогын баримт бичгийн үнэлгээ хийх											
5	Олон улсын эрүүл мэндийн бодлоготой харьцуулсан судалгаа хийх											
6	Эхлэлийн тайлан боловсруулан хурал дээр танилцуулах, ҮХГ-т хүргүүлэх											
Монгол улсын эрүүл мэндийн салбарын өнөөгийн нөхцөл байдал, тулгамдаж буй асуудлуудыг тодорхойлох, нэгдсэн дүгнэлт өгөх												

7	Статистик тоо, мэдээлэл цуглуулах											
8	Дискриптив статистик шинжилгээ хийх											
9	Эрүүл мэндийн тогтолцоог тулгуур 6 блокоор үнэлэх											
10	DEA аргаар бүсээр, аймгаар үнэлгээ хийх											
11	Бусад орнуудын эрүүл мэндийн салбартай харьцуулах											
№	Үйл ажиллагаа	8 сар		9 сар				10 сар				
		3-р 7 хоног	4-р 7 хоног	1-р 7 хоног	2-р 7 хоног	3-р 7 хоног	4-р 7 хоног	1-р 7 хоног	2-р 7 хоног	3-р 7 хоног	4-р 7 хоног	
12	Дундын тайлан боловсруулан хүргүүлэх											
Шийдвэрлэх арга зам, бодлого төлөвлөлтийн оновчтой хувилбарыг тодорхойлох, эрүүл мэндийн салбарын хөгжил, байршлын зураглал боловсруулах												
13	SWOT, PESTEL шинжилгээ хийх											
14	Дүн шинжилгээний үр дүнг ArcGIS дээр боловсруулах											
15	Судалгааны ажлаас гарах үр дүнд тулгуурлан зөвлөмж, санал бичих											
16	Эцсийн тайлан боловсруулах, хүргүүлэх											

2. АРГА ЗҮЙ, АРГАЧЛАЛ

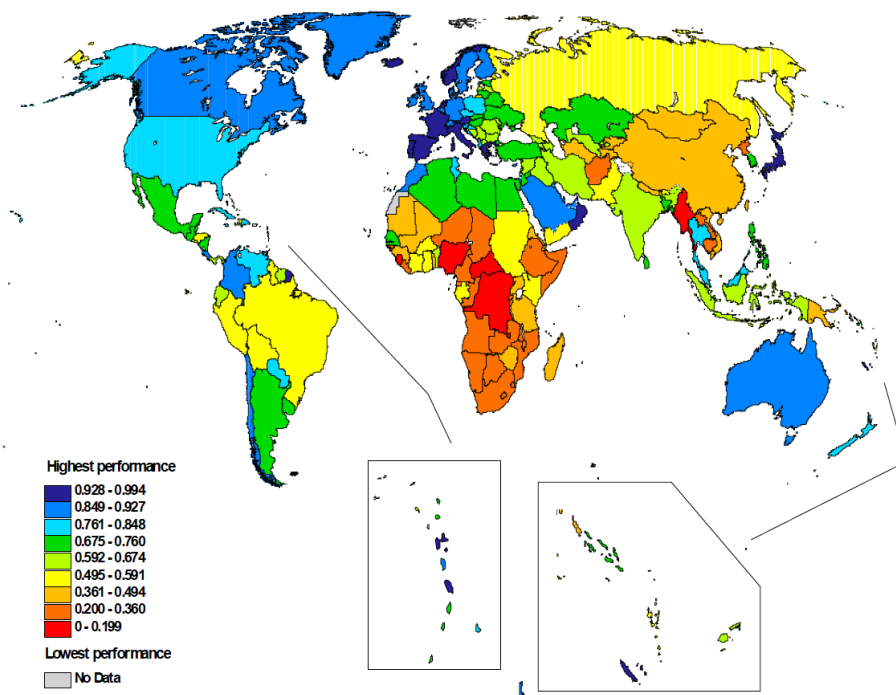
Эрүүл мэндийн салбарын хөгжил, байршлын төлөвлөлтийн судалгаа нь бодлого судлалын арга зүйн зарчмыг баримталж, санал болгосон бодлогын өөрчлөлт хийхэд гарч болох үр нөлөөг таамаглахын зэрэгцээ тодорхой асуудлыг шийдвэрлэх бодлогын хувилбар боловсруулахад чиглэгдэнэ.

Судалгааг хоорондоо харилцан уялдаатай бодлогын судалгаа, бодлогын шинжилгээ гэсэн 2 үе шаттайгаар боловсруулна. Бодлогын судалгаа нь “Хөгжлийн бодлогын баримт бичиг боловсруулах нийтлэг журам”-ын 4-т заасан “нөхцөл байдлын дүн шинжилгээ”-г, бодлогын шинжилгээ нь журмын 5-д заасан “нөлөөллийн урьдчилсан үнэлгээ”-г хийхэд тус тус чиглэгдэнэ.

2.1. Олон улсын онолын чиг хандлага

ДЭМБ-ын 191 гишүүн орнуудын эрүүл мэндийн салбарын үр ашигтай байдлыг чанартай, тэгш хүртээмжтэй тусламж үйлчилгээ, санхүүжилтийн тогтолцоо зэргээр үнэлж харьцуулсан судалгаагаар манай улс дэлхийд 145-р байранд орсон бөгөөд үр ашгийн индекс нь 0,2-0.36 буюу үр ашиг багатай орнуудын тоонд орж байсан (WHO, 2000)¹.

¹ Measuring overall health system performance for 191 countries, WHO, GPE Discussion Paper Series: No.30, 2000



Блумбергийн судлаачдын дэлхийн 56 орны эрүүл мэндийн системийн үр дүнг зарцуулж байгаа хөрөнгө, түүний үр дүнг хүн амын дундаж наслалтаар тооцсон судалгаагаар төсөв, зардал өндөр байснаар хүн амын эрүүл мэнд сайжирдаггүйг олон талаар нотолсон байна. Жишээ нь, АНУ-ын эрүүл мэндийн зардал ДНБ-ний 16.8% буюу нэг иргэнээр тооцвол жилд 9536 доллар ногддог нь зардлаараа дэлхийд Швейцар улсын дараа 2-т орж байна. Гэтэл АНУ-аас хамаагүй бага зардал гаргадаг 25 орны хүн ам америкчуудаас илүү урт насалж байгаа харуулжээ. Тухайлбал, Чех улс гэхэд эрүүл мэндэд ДНБ-нийхээ 7.3%-ийг зарцуулдаг ч хүн амын дундаж наслалт Америкаас дутахгүй 79 нас байна². Иймд эрүүл мэндийн системийн зардалд нөлөөлж буй зүйлс, үр ашиггүй зардлыг хянах, бууруулах гэдэг бодлогын гол асуудал болж байна. Манай оронд ийм судалгаанууд хийгдээгүй байна.

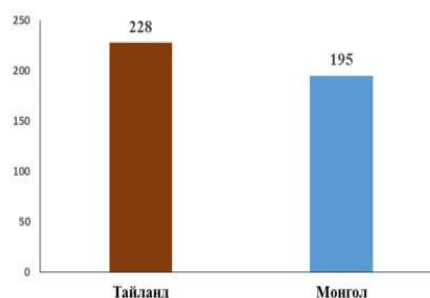
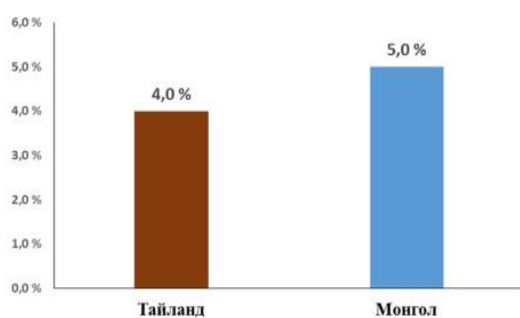
Эрүүл мэндийн бодлого ба судалгаа

² <https://www.bloomberg.com/news/articles/2018-09-19/u-s-near-bottom-of-health-index-hong-kong-and-singapore-at-top>, 9 сарын 19

Азийн орнуудаас эрүүл мэндийн салбарын үр ашгаар 47-р байранд орсон Тайланд улс болон 145-р байранд орсон манай улсыг харьцуулбал эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийн хувьд ойролцоо, эмч нарын тоогоор манай улс хамаагүй илүү байна.

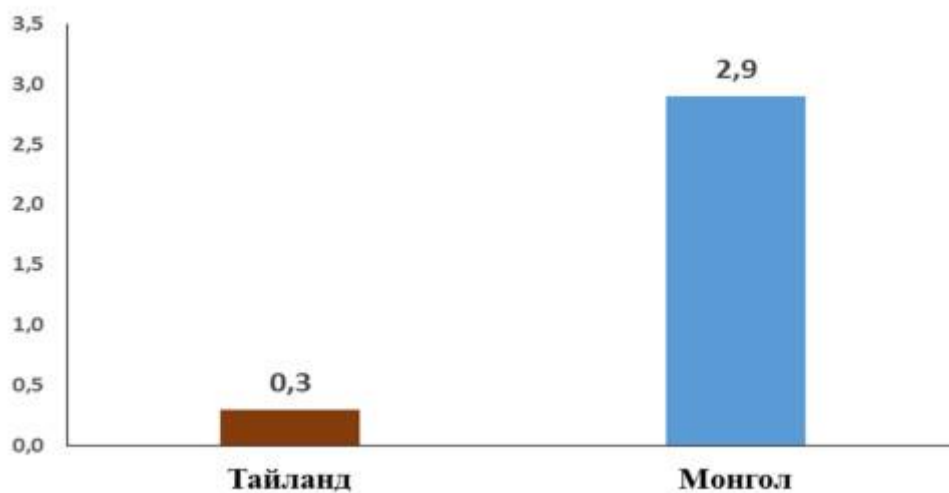
Дотоодын нийт бүтээгдэхүүнд эзлэх эрүүл мэндийн зардлын хувь

Нэг хүнд ногдож буй эрүүл мэндийн зардал, ам доллараар



WHO, 2014

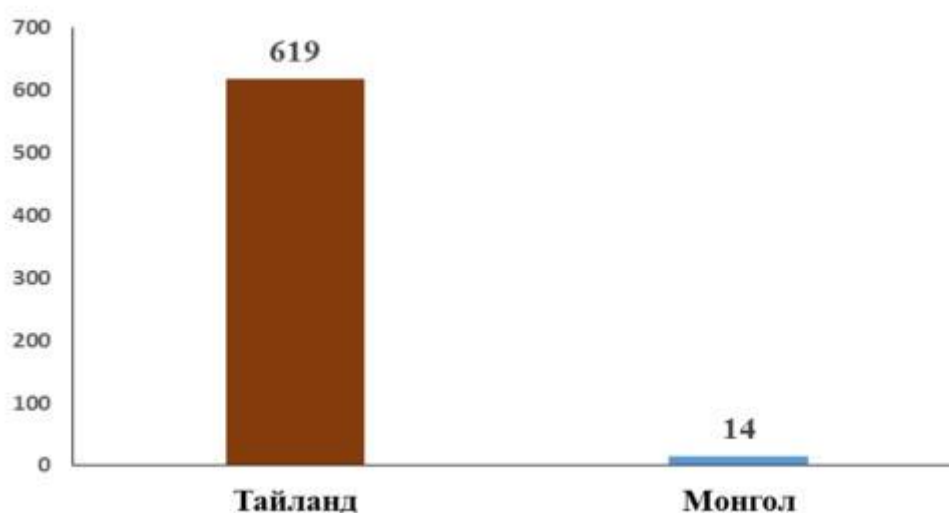
- Эмч нарын хүрэлцээ /1000 хүнд ногдох их эмчийн тоо/



World Bank, 2008

Эрүүл мэндийн бодлогын чиглэлээр олон улсын мэргэжлийн сэтгүүлд хэвлүүлсэн судалгааны ажлын хувьд 20 жилийн хугацаанд Тайланд улс 619 ажил хэвлүүлсэн бол Монгол улс 14 байна. Тайланд улсын хувьд нотолгоонд суурилсан бодлоготой тул салбарын үр ашиг өндөр байна.

Зураг. Эрүүл мэндийн бодлогын чиглэлээр олон улсын мэргэжлийн сэтгүүлд хэвлүүлсэн судалгааны ажлын тоо, 1996-2016 он



Scimago Journal & Country Rank, 2016

2.2. Судалгааны арга зүй, аргачлал

Бодлогын судалгааны явцад эрүүл мэндийн салбарын одоо мөрдөгдөж буй хууль, бодлогын баримт бичгийн хэрэгжилт, уялдаж буй байдал, бодлогын хэрэгжилтийн үйл явцад үүссэн, шийдэх шаардлагатай асуудлыг тодорхойлох, задлан шинжлэх ба нэгтгэн дүгнэх, харьцуулалт хийх /synopse/ зэрэг судалгааны аргыг ашиглан нэгдсэн санал дүгнэлт гаргана.

Үүнд дараах баримт бичгүүдийг хамруулна:

- Эрүүл мэндийн тухай хууль
- Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний тухай хууль

- Эрүүл ахуйн тухай хууль
- Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хууль
- Бүсчилсэн хөгжлийн удирдлага зохицуулалтын тухай хууль
- Засаг захиргаа, нутаг дэвсгэрийн нгэж, түүний удирдлагын тухай хууль
- Монгол улсын тогтвортой хөгжлийн үзэл баримтлал - 2030
- Монгол улсын бүсчилсэн хөгжлийн үзэл баримтлал
- Хөгжлийн бодлогын баримт бичиг боловсруулах нийтлэг журам
- Төрөөс эрүүл мэндийн талаар баримтлах бодлого
- Засгийн газрын мөрийн хөтөлбөр 2016 – 2020

Бодлогын судалгааны явцад эрүүл мэндийн салбарын өнөөгийн нөхцөл байдал, тулгамдаж байгаа асуудлууд, хүндрэл бэрхшээлийг олон улсад ашигладаг үзүүлэлтүүдээр хэмжиж тодорхойлно. Түүнчлэн эдгээр нөхцөл байдал бүс нутгийн хувьд, газар зүйн байршил, хүйс зэргээр ялгаатай эсэхийг тодорхойлно. Үүнд: тогтвортой хөгжлийн зорилтын эрүүл мэндийн шалгуур үзүүлэлтүүд (дундаж наслалт, эх, нярайн эндэгдэл), эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилт, манай улсын хувьд зонхилон тохиолддог өвчний статистик үзүүлэлтүүд, эрүүл мэндийн байгууллагуудын тоо, хүртээмж, эрүүл мэндийн салбарын ажиллагсдын тоо, хүртээмж гэх мэт.

Эрүүл мэндийн салбарын өнөөгийн байдал, тулгамдсан асуудлыг ДЭМБ-ын суурь 6 блокоор (WHO, 6 building blocks of health system) үнэлнэ. Үүнд:

- Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ
- Хүний нөөц
- Мэдээлэл технологи
- Эм, технологи
- Санхүүжилт
- Засаглал, манлайлал

Data Envelopment Analysis аргаар гарцад суурилсан үнэлгээ хийх бөгөөд дараах үзүүлэлтүүдийг орц болон гарц болгон тооцоолно.

Орц

- Орны тоо
- Эмчийн тоо
- ДНБ-д эзлэх санхүүжилтийн хувь

Гарц

- Дундаж наслалт
- Эхийн эндэгдэл
- Нялхсын эндэгдэл

Эрүүл мэндийн салбарын бүсчилсэн үнэлгээг дараах орц болон гарцаар үнэлнэ. Үүнд:

Орц

- Орны тоо
- Эмчийн тоо
- КТ-ийн тоо
- MRI-ийн тоо

Гарц

- Дундаж наслалт
- Эхийн эндэгдэл
- Нялхсын эндэгдэл
- Ор хоног

Бодлогын шинжилгээний хүрээнд эрүүл мэндийн салбарт урт, дунд хугацаанд тулгамдаж байгаа зайлшгүй шийдвэрлэх шаардлагатай арга хэмжээтэй холбоотой асуудлын эерэг болон сөрөг нөлөөллийн үнэлгээг боловсруулна. Үнэлгээн дээр үндэслэн бодлого, төлөвлөлтийн боломжит хувилбаруудыг тогтоож, тэдгээрийн үр ашиг, хэтийн нөлөөллийг СВОТ шинжилгээ буюу давуу тал, сул тал, аюул занал, боломж зэргээр үнэлнэ. Эдгээр дээр үндэслэн Монгол улсын “Бүсчилсэн хөгжлийн үзэл баримтлал”, “Эдийн засгийг бүсчлэн хөгжүүлэх, төвлөрлийг сааруулах

бодлогод тусгах эрүүл мэндийн салбарын зорилго, зорилт, арга хэмжээг тодорхойлно.

Бодлогын судалгаа, шинжилгээ дүнд үндэслэн Монгол улсын “Бүсчилсэн хөгжлийн үзэл баримтлал”, “Эдийн засгийг бүсчлэн хөгжүүлэх, төвлөрлийг сааруулах бодлого”-ын атласт тусгах эрүүл мэндийн салбарын хөгжил, байршлын зураглалыг боловсруулна. Байршлын зургийг газар зүйн байршлын GIS систем ашиглан боловсруулна.

Судалгаанд 2 үндсэн арга хэрэглэнэ. Үүнд:

- Бичиг баримтын үнэлгээ (хууль, дүрэм журам гэх мэт бодлогын бичиг баримт, төрийн болон олон улсын байгууллагуудын хийсэн үнэлгээ, судалгааны тайлангууд, эрүүл мэндийн статистик үзүүлэлтүүд, бусад оронд хийгдсэн ижил төстэй судалгааны ажлын тайлан)
- Сонгосон бүс нутгийн зорилтод бүлгийн дунд (эрүүл салбарын ажилтан болон үйлчлүүлэгч) асуумж судалгаа авч, сонгосон бүлгийн төлөөлөлтэй бүлгийн ярилцлага хийнэ. Асуумж судалгаанд тухайн орон нутгийн эрүүл мэндийн салбарын нөхцөл байдал, тулгамдаж буй асуудлууд, сэтгэл ханамж зэрэгтэй холбоотой асуултуудыг асуух болно. Бүлгийн ярилцлагын явцад тухайн орон нутгийн хүн амын дунд эрүүл мэндтэй холбоотой нэн тулгамдаж буй асуудал, иргэд, мэргэжлийн боловсон хүчний хувьд эдгээрийг шийдвэрлэх арга замуудыг харж буй байдал зэргийг тодруулах болно.

ХОЁР. САЛБАРЫН ӨНӨӨГИЙН БАЙДЛЫН СУДАЛГАА

2.1. Салбарын бодлого, эрх зүйн орчны судалгаа

Дэлхий нийтийн Тогтвортой хөгжлийн үзэл баримтлалын хүрээнд гарсан 2030 он хүртэлх Тогтвортой хөгжлийн зорилтуудын гол цөм нь хүн буюу XXI-р зуунд хөгжлийг хүнээс салгах боломжгүйг хүлээн зөвшөөрч бүх бодлогын цөм нь хүн байхаар тунхагласан байна. Үүний үр дүнд хөгжлийн гол түлхүүр зангилаа нь эрүүл мэнд, эрүүл хүн болсон билээ. Хүн бүрт нийгмийн гарал үүслээс үл хамааран тэгш, хүртээмжтэй, ижил чанартай эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэх, эрүүл орчинд өсч хөгжих боломж олгох нь нэн чухал асуудал болсон юм.

УИХ-аар 2016 оны 1 сард батлагдсан Хөгжлийн бодлого, төлөвлөлтийн хууль, УИХ-ын 2016 оны 2-р сарын 5-ны өдрийн тогтоолоор батлагдсан Монгол улсын тогтвортой хөгжлийн үзэл баримтлал 2016-2030 зэргийг бүх салбарын бодлогод тусгах үүднээс бодлогын баримт бичгийг үнэлэх, нөхцөл байдлыг үнэлэх нь туйлын чухал ач холбогдолтой юм.

Монгол улсын хувьд эрүүл мэндийн тэгш бус байдал, хүрээлэн буй орчны бохирдол, эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний чанар зэрэг нь бүс нутгийн хувьд маш ялгаатай, олон асуудлууд тулгамдсан хэвээр байгаа бөгөөд тэдгээрийг бодлогын хүрээнд шийдвэрлэхэд анхаарах, тодорхой шийдлүүдийг олох нь хамгийн чухал юм.

Өнөөгийн байдлаар эрүүл мэндийн салбарт 11 хууль, төрөөс эрүүл мэндийн талаар баримтлах бодлого, 16 үндэсний хөтөлбөр, 18 стратеги буюу нийт 37 бодлогын баримт бичиг хүчин төгөлдөр мөрдөгдөж байна.

Иймд эрүүл мэндийн салбарт хүчин төгөлдөр мөрдөгдөж буй бодлогын баримт бичигт бүсчилсэн хөгжлийн асуудлууд хэрхэн туссан талаарх үнэлгээ хийх, бодлогын хэрэгжилтэнд хяналт тавих зайлшгүй шаардлагатай болсон юм.

Эрүүл мэндийн салбарт дараах бодлогын баримт бичгүүд мөрдөгдөж байна.

Үүнд:

УИХ-аар батлагдсан

Д/Д	Хуулийн нэр	Батлагдсан/шинэчилсэн найруулгын огноо
1	Эрүүл мэндийн тухай хууль	2016.04.22
2	Эрүүл мэндийн тухай хуулийг дагаж мөрдөх журмын тухай хууль	2016.04.22
3	Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний тухай хууль	2016.04.22
4	Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний тухай хуулийг дагаж мөрдөх журмын тухай хууль	2016.04.22
5	Эрүүл ахуйн тухай хууль	2016.02.14
6	Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хууль	2015.01.29
7	Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуулийг дагаж мөрдөх журмын тухай хууль	2015.01.29
8	ХДХВ, ДОХ-оос сэргийлэх тухай хууль	2012.12.13
9	Тамхины хяналтын тухай хууль	2012.10.27
10	Сэтгэцийн эрүүл мэндийн тухай хууль	2013.01.03
11	Тамхины бүтээгдэхүүний хууль бус худалдааг устгах тухай протоколыг соёрхон батлах тухай	2014.04.24
12	Донорын тухай хууль	2018.01.19
13	Нялх балчир насны хүүхдийн хоол тэжээлийн тухай хууль	
14	Засгийн газрын тусгай сангийн тухай хуульд нэмэлт, өөрчлөлт оруулах тухай	
15	Бүсчилсэн хөгжлийн удирдлага зохицуулалтын тухай хууль	
16	Засаг захиргаа, нутаг дэвсгэрийн нгэж, түүний удирдлагын тухай хууль	

Бодлогын баримт бичиг

Д/Д	Бодлогын баримт бичгийн нэр	Батлагдсан/шинэчилсэн найруулгын огноо
1	Төрөөс эмийн талаар баримтлах бодлого	УИХ-ын тогтоол 57, 2014.10.09
2	Монгол улсын тогтвортой хөгжлийн үзэл баримтлал - 2030	-
3	Монгол улсын бүсчилсэн хөгжлийн үзэл баримтлал	-
4	Хөгжлийн бодлогын баримт бичиг боловсруулах нийтлэг журам	-
5	Монгол улсын засгийн газрын 2016-2020 оны үйл ажиллагааны хөтөлбөр батлах тухай	УИХ-ын тогтоол 45, 2016.09.09

Засгийн газрын тогтоолоор батлагдсан үндэсний хөтөлбөрүүд

Д/Д	Үндэсний хөтөлбөрийн нэр	Батлагдсан/шинэчилсэн найруулгын огноо	
1	Төрөөс эрүүл мэндийн талаар баримтлах бодлого	ЗГ-ын тогтоол 24, 2017	
2	Эрүүл насжилт, настны эрүүл мэнд	ЗГ-ын 2013 оны 416-р тогтоол	I үе шат 2014-2017 он II үе шат 2018-2020 он
3	Амьдралын буруу хэвшлээс	ЗГ-ын 2014 оны	

	үүдэлтэй өвчнөөс сэргийлэх, хянах үндэсний хоёр дахь хөтөлбөр	34-р тогтоол	
4	Эбола вируст халдвараас сэргийлэх, бэлэн байдлыг хангах арга хэмжээний тухай	ЗГ-ын 2014 оны 346-р тогтоол	
5	Эрүүл мэндийн үндэсний зөвлөлийн бүрэлдэхүүн, ажиллах журмыг батлах тухай	ЗГ-ын 2016 оны 37-р тогтоол	
6	Элэг бүтэн монгол	ЗГ-ын 2017 оны 112-р тогтоол	
7	Хүн амын хоол тэжээл үндэсний хөтөлбөр	ЗГ-ын 2015 оны 447-р тогтоол	2016-2025 он
8	Давсны хэрэглээг бууруулах үндэсний стратеги	ЗГ-ын 2015 оны 353-р тогтоол	2015-2025 он
9	Хотжилт ба эрүүл мэнд	ЗГ-ын 2016 оны 4-р тогтоол	
10	Халдварт бус өвчинтэй тэмцэх үндэсний хөтөлбөр	ЗГ-ын 2017 оны 289-р тогтоол	
11	Халдварт өвчнөөс сэргийлэх, хянах үндэсний хөтөлбөр	ЗГ-ын 2017 оны 11-р тогтоол	
12	Орчны эрүүл мэнд	ЗГ-ын 2017 оны 225-р тогтоол	
13	Осол, гэмтлээс сэргийлэх	2018 оны 163-р тогтоол	
14	Эх, хүүхэд, нөхөн үржихүйн эрүүл мэнд	ЗГ-ын 2017 оны 78-р тогтоол	

**Эрүүл мэндийн салбарт
гадаадын зээл, тусламжаар хэрэгжиж буй төслүүд**

№	Төслийн нэр	Санхүүжилтийн эх үүсвэр	Үнийн дүн
1.	Үндэсний оношлогоо, эмчилгээний төв байгуулах төсөл	Бүгд Найрамдах Солонгос Улсын ЗГ-ын хөнгөлөлттэй зээл	65,937 сая ам.дол бөгөөд үүнээс БНСУ-ын Эдийн засгийн Хамтын ажиллагааны сан – 55,457 сая ам.дол, Монгол Улсын Засгийн газар – 10,480 сая ам.дол;
2.	“Эрүүл мэндийн салбарын хөгжил хөтөлбөр - IV” төсөл	Азийн хөгжлийн банкны буцалтгүй тусламж, хөнгөлөлттэй зээл	27,0 сая ам.дол бөгөөд үүнээс Азийн хөгжлийн банк (АХБ) – 25,0 сая ам.дол, Монгол Улсын Засгийн газар 2,0 сая ам дол;
3.	“Эрүүл мэндийн салбарын хөгжил хөтөлбөр – V” төсөл	Азийн хөгжлийн банкны хөнгөлөлттэй зээл	38,189 сая ам.дол бөгөөд үүнээс АХБ – 30,0 сая ам.дол, ДЭМБ, ХБНГУ-ын ЭМЯ – 0,489 сая ам.дол, Монгол Улсын ЗГ – 7,7 сая ам.дол;
4.	“Цахим эрүүл мэнд” төсөл	Бүгд Найрамдах Хятад Ард Улсын ЗГ-ын хөнгөлөлттэй зээл	18,95 сая ам.дол (БНХАУ-ын Засгийн газар)
5.	“Улсын нэгдүгээр төв эмнэлгийн тоног төхөөрөмжийг шинэчлэх, хүний нөөцийн чадавхийг бэхжүүлэх” төсөл	Бүгд Найрамдах Австри Улсын ЗГ-ын хөнгөлөлттэй зээл	7,0 сая евро (Бүгд Найрамдах Австри Улсын Засгийн газар)

6.	“Эх Хүүхдийн Эрүүл Мэндийн Үндэсний Төвийн тоног төхөөрөмжийг шинэчлэх, хүний нөөцийн чадавхийг бэхжүүлэх” төсөл	Бүгд Найрамдах Австри Улсын ЗГ-ын хөнгөлөлттэй зээл	7,0 сая евро (Бүгд Найрамдах Австри Улсын Засгийн газар)
7.	“Хавдар Судлалын Үндэсний Төвийн тоног төхөөрөмжийг шинэчлэх, хүний нөөцийн чадавхийг бэхжүүлэх” төсөл	Бүгд Найрамдах Австри Улсын ЗГ-ын хөнгөлөлттэй зээл	7,0 сая евро (Бүгд Найрамдах Австри Улсын Засгийн газар)
8.	“Гэмтэл Согог Судлалын Үндэсний Төвийн хүлээн авах яаралтай тусламжийн чадавхийг бэхжүүлэх” төсөл	Бүгд Найрамдах Франц Улсын ЗГ-ын хөнгөлөлттэй зээл	5,03 сая ам.дол (БНФранц улсын Засгийн газар)
9.	Ховд аймаг дахь “Баруун бүсийн оношлогоо, эмчилгээний төвийг бэхжүүлэх” төсөл	Бельгийн Вант Улсын ЗГ-ын хөнгөлөлттэй зээл	6,462,745 евро бөгөөд үүнээс Бельгийн вант улсын Засгийн газар – 3,842,100 евро, Монгол Улсын Засгийн газар – 2.620.645 евро;
10.	Глобаль сангийн дэмжлэгтэй ДОХ-ын төсөл	ДОХ, Сүрьеэ, Хумхаа өвчинтэй тэмцэх Глобаль сангийн буцалтгүй тусламж	4,987 сая ам.дол (ДОХ, Сүрьеэ, Хумхаа өвчинтэй тэмцэх Глобаль сан)
11.	Глобаль сангийн дэмжлэгтэй Сүрьеэгийн төсөл	ДОХ, Сүрьеэ, Хумхаа өвчинтэй тэмцэх Глобаль сангийн буцалтгүй тусламж	5,071 сая ам.дол (ДОХ, Сүрьеэ, Хумхаа өвчинтэй тэмцэх Глобаль сан)

12.	Зүрх судасны төв, эх нярайн эрүүл мэнд ба цахим эрүүл мэндийн өргөжилт MON/005 төсөл	Люксембургийн Их Гүнт Улсын ЗГ-ын буцалтгүй тусламж, НҮБ-ын Хүн Амын сангийн техникийн хамтын ажиллагаа	11,455,051.45 евро бөгөөд үүнээс Люксембургийн Их Гүнт Улсын Засгийн газар – 8,371,183.65 евро, НҮБ-ын Хүн Амын Сан – 836,634.80 евро, Монгол Улсын Засгийн газар – 2,247,233 евро;
-----	--	---	---

МОНГОЛ УЛСЫН ТОГТВОРТОЙ ХӨГЖЛИЙН ҮЗЭЛ БАРИМТЛАЛ-2030

Монгол Улс 2030 онд нэг хүнд ногдох орлогоороо дунд орлоготой орнуудын тэргүүлэх эгнээнд хүрсэн, тогтвортой өсч байгаа эдийн засгийн олон салбартай, нийгмийн хүрээнд дундаж болон чинээлэг дундаж давхарга давамгайлсан, экологийн тэнцвэртэй байдлыг хадгалсан, тогтвортой ардчилсан засаглалтай улс болно. Тогтвортой хөгжлийн үзэл баримтлалыг хэрэгжүүлснээр Монгол Улс 2030 онд: 6-р заалтад Монгол хүний эрүүл, урт удаан амьдрах нөхцөлийг хангаж, дундаж наслалтыг 78-д хүргэнэ гэж заасан байдаг.

“МОНГОЛ УЛСЫН ТОГТВОРТОЙ ХӨГЖЛИЙН ҮЗЭЛ БАРИМТЛАЛ-2030”-ЫН ҮР ДҮНГ ИЛЭРХИЙЛЭХ ҮЗҮҮЛЭЛТҮҮД

Монгол Улсын тогтвортой хөгжлийн үзэл баримтлалын хэрэгжилтийн явцыг үнэлэх 20 үндсэн үзүүлэлтийн 3 нь хүний эрүүл мэндтэй холбоотой үзүүлэлтүүд байна.

№	Үзүүлэлт	Хэмжих нэгж	Суурь түвшин (2014 он)	Зорилтот түвшин (2030 он)
4	Дундаж наслалт	жил	69.57	78

11	1000 амьд төрөлтөд нялхсын эндэгдлийн түвшин	промилль	15.1	8
12	100000 амьд төрөлтөд эхийн эндэгдлийн түвшин	промилль	30.6	15

2.2.2. Эрүүл мэндийн чанартай, хүртээмжтэй тогтолцоо

Зорилт 1. Урьдчилан сэргийлэх үндэсний тогтолцоог бүрдүүлэн, оношилгоо үйлчилгээний чанар, хүртээмжийг нэмэгдүүлж, хүн амын дундаж наслалтыг уртасгана.

I үе шат (2016-2020): Эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоог шинэчилж, урьдчилан сэргийлэх, зонхилон тохиолдох өвчнийг эрт илрүүлэх, хариу арга хэмжээг чанартай, хүртээмжтэй зохион байгуулах, тандалт, эрт илрүүлэлтийн тогтолцоо, лавлагаа лабораторийг бэхжүүлж, хүн амын дундаж наслалтыг 71-д хүргэх.

II үе шат (2021-2025): Эрүүл мэндийн даатгалд хамрагддаг эмчилгээ, үйлчилгээний хамрах хүрээг нэмэгдүүлж, зонхилон тохиолдох өвчнийг эрт илрүүлж, нийт сумдыг хамарсан алсын зайн оношилгооны сүлжээг бий болгож, өвчлөл, нас баралтын эрсдэлт хүчин зүйлийг бууруулж, хүн амын дундаж наслалтыг 74-д хүргэх.

III үе шат (2026-2030): Эрүүл мэндийн үйлчилгээнд даатгалын, улсын төсвийн болон хувь хүний санхүүжилтийн зохистой харьцааг бий болгож, хүн амын эрүүл амьдралын хэвшлийг төлөвшүүлж, иргэн бүрийг эрүүл мэндийн анхан шатны тусламж, үйлчилгээнд бүрэн хамруулж, нийт сумдыг хамарсан алсын зайн үндэсний сүлжээг бий болгож, хүн амын дундаж наслалтыг 78-д хүргэх.

Зорилт 2. Нөхөн үржихүйн тусламж, үйлчилгээний чанар, хүртээмжийг дэмжих замаар сэргийлж болох эх, хүүхдийн эндэгдэлд нөлөөлөх хүчин

зүйлийг багасгаж, эх, хүүхдийн эндэгдэл, хоол тэжээлийн дутагдлыг тогтвортой бууруулна.

I үе шат (2016-2020): Эхийн эндэгдлийн түвшинг 100000 амьд төрөлтөд 25, тав хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдлийн түвшинг 1000 амьд төрөлтөд 15, нялхсын эндэгдлийн түвшинг 1000 амьд төрөлтөд 13 болгож бууруулах.

II үе шат (2021-2025): Эхийн эндэгдлийн түвшинг 100000 амьд төрөлтөд 20, тав хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдлийн түвшинг 1000 амьд төрөлтөд 12, нялхсын эндэгдлийн түвшинг 1000 амьд төрөлтөд 11 болгож бууруулах.

III үе шат (2026-2030): Сэргийлж болох эх, хүүхдийн эндэгдэлд нөлөөлөх хүчин зүйлийг багасгаж, эхийн эндэгдлийн түвшинг 100000 амьд төрөлтөд 15, тав хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдлийн түвшинг 1000 амьд төрөлтөд 9, нялхсын эндэгдлийн түвшинг 1000 амьд төрөлтөд 8 болгож бууруулах.

Зорилт 3.Зонхилон тохиолдох халдварт бус өвчин, тэдгээрийн эрсдэлт хүчин зүйлийн тархалт болон сэргийлж болох нас баралтыг хувь хүн, гэр бүл, хамт олон, байгууллагын идэвхтэй, оролцоотой нэгдмэл үйл ажиллагаанд тулгуурлан бууруулна.

I үе шат (2016-2020): Хүн амын хорт дадал, зуршлыг бууруулж, амьдрах орчин нөхцөлийг сайжруулах, хүнсний бүтээгдэхүүнд чанар, стандартыг чанд мөрдүүлэх, 10000 хүн амд ногдох зүрх, судасны өвчлөлөөс шалтгаалсан нас баралтыг 17.4, хорт хавдраас шалтгаалсан нас баралтыг 10.5 хүртэл бууруулах.

II үе шат (2021-2025): Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний чанар, хүртээмжийг сайжруулж, 10000 хүн амд ногдох зүрх, судасны өвчлөлөөс шалтгаалсан нас баралтыг 16, хорт хавдраас шалтгаалсан нас баралтыг 9 хүртэл бууруулах.

III үе шат (2026-2030): 10000 хүн амд ногдох зүрх, судасны өвчлөлөөс шалтгаалсан нас баралтыг 14, хорт хавдраас шалтгаалсан нас баралтыг 8 хүртэл бууруулах.

Зорилт 4. Халдварт өвчний тандалт, сэргийлэлт, бэлэн байдлыг хангах, хариу арга хэмжээг уян хатан, шуурхай зохион байгуулах чадавхийг

тогтвортой бэхжүүлж, нэн шаардлагатай вакцинийг хүн бүрт хүртээмжтэй болгож, зонхилон тохиолдох халдварт өвчний тархалтыг бууруулна.

I үе шат (2016-2020): Товлолт дархлаажуулалтын хамралтын хувийг 98.5, 10000 хүн амд вируст гепатитын өвчлөлийг 3, сүрьеэгийн тохиолдлыг 14.4 болгон бууруулах.

II үе шат (2021-2025): Товлолт дархлаажуулалтын хамралтын хувийг 99, 10000 хүн амд вируст гепатитын өвчлөлийг 2.5, сүрьеэгийн тохиолдлыг 14 болгон бууруулах.

III үе шат (2026-2030): Товлолт дархлаажуулалтын хамралтын хувийг 99.8, 10000 хүн амд вируст гепатитын өвчлөлийг 2, сүрьеэгийн тохиолдлыг 13 болгон бууруулах зэрэг зорилтууд орсон байна.

Эрүүл мэндийн салбарын хууль тогтоомжийн бүсчилсэн хөгжлийн удирдлага зохицуулалттай уялдсан байдлын үнэлгээ, тайлбар

Өнөөгийн байдлаар эрүүл мэндийн салбарт үндэсний, салбарын болон салбар хоорондын түвшинд урт, дунд, богино хугацаанд хэрэгжүүлэхээр нийт 16 хууль, 5 бодлогын бичиг баримт, 14 үндэсний хөтөлбөр, 100 гаруй стандарт, дүрэм, журам мөрдөгдөж байна. Эдгээр бодлогын баримт бичгүүд нь үзэл баримтлал, төрөөс баримтлах бодлого, хөтөлбөр, стратеги, үндсэн чиглэл, төлөвлөгөө зэрэг нэршилтэй байна. Түүнчлэн хэрэгжих хугацаа, бодлогын зорилго, зорилт давхацсан, хоорондын уялдаа сул байгаагаас хэрэгжилт хүсэн хүлээсэн үр дүнд хүрэхгүй байна. Бодлогын баримт бичгүүдийн хэрэгцээ, шаардлагын үндэслэл, тооцоо, судалгаа нь хангалттай түвшинд хийгдэж санхүүгийн эх үүсвэртэй зохистой түвшинд уялдаагүй байна.

Мөн бодлогын төлөвлөлт, тайлагналын нэгдсэн тогтолцоог боловсронгуй болгох, удирдлага зохион байгуулалтын бүтцийг сайжруулах, мэргэжлийн боловсон хүчний чадвар, хариуцлагыг нэмэгдүүлэх, төрийн байгууллага хоорондын мэдээллийн нэгдсэн сүлжээ бүрдүүлэх, хяналт-шинжилгээ, үнэлгээ, хариуцлагын тогтолцоог бий болгох нь тулгамдсан асуудал болж байна.

Эрүүл мэндийн салбарын гол 3 хууль болох Эрүүл мэндийн тухай, Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний тухай болон Эрүүл ахуйн хуулиудын хэрэгжилт, бүсчилсэн хөгжлийн удирдлага зохицуулалттай уялдсан байдлыг үнэлсэн үнэлгээг дараах хүснэгтэд заасан болно.

Заалт	Хэрэгжилт	Уялдаа	Тайлбар
Эрүүл мэндийн тухай хууль			

2016.04.22			
4.2.3.эрүүл мэндийн бодлого, арга хэмжээг төрийн болон төрийн бус байгууллага, нутгийн захиргааны болон нутгийн өөрөө удирдах байгууллага, аж ахуйн нэгж, байгууллага, хамт олон, гэр бүл, иргэний нэгдмэл үйл ажиллагаагаар хэрэгжүүлэх.	Хангалттай бус	Хангалттай	Бодлогын баримт бичгүүдэд тусгасан. Хүн амын шилжилт хөдөлгөөн, өсөлттэй холбоотой тусламж үйлчилгээний шатлал бүрт ачаалал ихэссэн тухайлбал хүүхдийн нэг их эмч 30-60 хүүхэд, зүрх судасны эмч 40-60 хүнд, нэг сувилагч өдөртөө 20 гаруй, шөндөө 50-100 хүнд үйлчилж байна. Үйлчилгээний стандарт тодорхой бус эсвэл мөрдөгддөггүй, дарга нарын гэнэтийн шийдвэр шавдуулдаг, эмч нарын үүрэгт ажилд хамаарал бага үүрэг даалгавар, ажлын ачаалал их байдаг, үйлчилгээний зохион байгуулалт муу, маш зүдэргээтэй нэгэн хэвийн энгийн үүрэг даалгавар болох бичиг цаасаар хэт хөөцөлдөх зэрэг нь эмч, эмнэлгийн мэргэжилтний харилцаа, хандлагад сөргөөр нөлөөлөх гол хүчин зүйл болдог гэсэн дүн байна.
11. Бүх шатны Засаг даргын бүрэн эрх	Хангалттай бус	Хангалттай	Эрүүл мэндийн сайд Аймаг, Нийслэлийн засаг даргатай байгуулсан гэрээ
12.Аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газрын бүрэн эрх	Хангалттай	Хангалттай	Эрүүл мэндийн сайдын тушаалын хэрэгжилтийг ханган ажиллах

<p>16.2.Өрхийн эрүүл мэндийн төв нь хот, суурин газрын хүн амд төрөөс үзүүлэх өрхийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг гэрээгээр гүйцэтгэх үндсэн чиг үүрэг бүхий сайн дурын үндсэн дээр бүртгүүлсэн хувийн хэвшлийн эрүүл мэндийн байгууллага байна.</p>	<p>Хангалттай</p>	<p>Хангалтгүй</p>	<p>Манай улсын хувьд эрүүл мэндийн анхан шатны тусламжийг сумын болон өрхийн эрүүл мэндийн төвөөр дамжуулан үзүүлдэг.</p> <p>Монгол Улс Азийн хөгжлийн банкны хөрөнгөөр хэрэгжүүлж буй “Эрүүл мэндийн салбар хөгжил хөтөлбөр” төслийн хүрээнд эрүүл мэндийн анхан шатны тусламж үйлчилгээг өрхийн эмнэлгээр үзүүлэх тогтолцоонд үе шаттайгаар шилжиж өрхийн эмнэлгүүдийг байгуулсан байна. Улсын хэмжээнд 230, үүнээс Улаанбаатар хотод 140, аймагт 90 өрхийн эрүүл мэндийн төв үйл ажиллагаа явуулж байна. Эрүүл мэндийн тухай хуульд 2011 онд оруулсан нэмэлт өөрчлөлтөөр “Өрхийн эрүүл мэндийн төв нь хот, суурин газрын хүн амд төрөөс үзүүлэх эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг гэрээгээр гүйцэтгэх үндсэн чиг үүрэг бүхий сайн дурын үндсэн дээр бүртгүүлсэн хувийн хэвшлийн эрүүл мэндийн байгууллага” гэж хуульчлагдсан. Сүүлийн 3 жилийн хугацаанд гарсан өрхийн эрүүл мэндийн төвийн үйл ажиллагаатай холбоотой бодлогын эдгээр баримт бичгүүд нь өөр хоорондоо зөрчилтэй, давхардал ихтэй, хуулийн зүйл заалтуудыг зөрчсөн, бөгөөд дэлхий нийтийн</p>
---	-------------------	-------------------	--

		<p>чиг хандлагын дагуу анхан шатны тусламж үйлчилгээний чанарыг сайжруулах, хүртээмжийг нэмэгдүүлэх, тэгш үйлчлэх зарчмыг алдагдуулах, халдварт болон халдварт бус өвчнөөс урьдчилан сэргийлж байх өнөөгийн хүчин зүйлүүдийг төдийлөн оновчтой зохицуулж чадахгүй байна. Өрхийн эрүүл мэндийн төв нь Нөхөрлөлийн тухай хуулийн хүрээнд хувийн хэвшлийн эрүүл мэндийн байгууллагын нэгэн адилаар ашгийн төлөө ажиллах ёстой боловч бодит байдалд ашиг олох нөхцөл боломжийг дүрмээр хязгаарласан, өрхийн эрүүл мэндийн төвийн зарим ажилтнууд нь нөхөрлөлийн гишүүд, зарим ажилтнууд нь гэрээт, зарим ажилтнууд нь орон нутгийн засаг захиргааны байгууллагаас шууд томилогдон ажиллаж байгаа нь холбогдох хуультай зөрчилдөж байна.</p> <p>Хуультай зөрчилдсөн дүрэм журмаар зохицуулагдаж байгаа өрхийн эрүүл мэндийн төвд хүний нөөцийн хомсдол бий болох, эрүүл мэндийн анхан шатны тусламж үйлчилгээний чанар хүртээмжид сөргөөр нөлөөлөх зэргээр үйл ажиллагаанд доголдол гарч, энэ нь хүрээгээ тэлж байна. Өмчийн бүртгэлтэй холбоотой зөрчлүүд ч нэлээдгүй байгаа болно.</p>
--	--	---

<p>16.4.Сум, тосгоны эрүүл мэндийн төв нь харьяа нутаг дэвсгэрийн хүн амд өрхийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг үзүүлэх орон нутгийн өмчит хуулийн этгээд байх бөгөөд сумын эрүүл мэндийн төв нь хүн амын тоо, байршлаас хамааран багийн эмчийн салбартай байж болно.</p>			<p>Өнөөгийн байдлаар нийт 290 сум тосгоны эрүүл мэндийн төв, 39 сум дундын эмнэлэгт 3220 ор, 850 гаруй их эмч, 1700 гаруй сувилагч, 1000 гаруй багийн бага эмч ажиллаж, түүнд жилд дунджаар 127,3 мянган хүн хэвтэн эмчлүүлж байна.</p> <p>Эрүүл мэндийн тухай хуулинд сум дундын эмнэлгийн статусыг тодорхойлоогүй боловч сум дундын эмнэлэг нь үйлчлэх хүрээний иргэдэд сумын эмнэлгийн үйлчилгээний</p>
<p>16.10.Нэгдсэн эмнэлэг нь долоогоос доошгүй үндсэн мэргэшлээр эмнэлгийн лавлагаа шатлалын тусламж, үйлчилгээг амбулатороор болон хэвтүүлэн эмчлэх хэлбэрээр үзүүлэх байгууллага байна.</p>	<p>Хангалттай бус</p>	<p>Хангалттай бус</p>	<p>Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний зохион байгуулалт оновчтой бус байгаа юм. Монгол улсын эмнэлгийн дэд бүтэц, үйлчилгээ нь бусад улс орнуудтай харьцуулахад илүүдэлтэй байгаа. Тухайлбал орны нягтралын үзүүлэлт хувийн эмнэлгийг оруулаад УБ хотод 1000 хүн амд 6.7 байгаа нь бусад хөгжиж байгаа болон хөгжсөн орнуудтай харьцуулахад харьцангуй өндөр байна. УБ хотын эмнэлгийн сүлжээний бүтэц, зохион байгуулалт нь тохиромжгүй бөгөөд тэнцвэргүй байна. УБ хотын хоёр дахь шатлалын эмнэлгийн тоо хүн амд харьцуулахад</p>

		<p>олон улсын дунджаас бараг 3 дахин илүү байхад анхан шатны байгууллагын тоогоор олон улсын дунджаас даруй 2 дахин бага байна. Нийслэлийн эрүүл мэндийн газрын харьяа байгууллагууд маш хязгаарлагдмал хүрээнд үйлчилгээ үзүүлж байна. Нийт орны 53% нь дотрын, 27% нь хүүхдийн ба 8,5% нь мэдрэлийн ор байна. Эмнэлгүүд нь эрүүл мэндийн салбарын нөөцийн үлэмж хэсгийг ашиглаж байгаа хэдий ч үр ашиг муутай ажиллаж байна. Судалгаагаар нийт хэвтэлтийн 30-40% нь шаардлагагүй буюу анхан шатны байгуулагад эсвэл амбулаторид шийдвэрлэх боломжтой тохиолдлууд байна. Эмнэлгийн дотоод болон эмнэлэг хоорондын тусламж үйлчилгээний зохион байгуулалт хангалтгүй байгаа нь тусламж үйлчилгээний чанар үр ашигт сөргөөр нөлөөлж байна. Тухайлбал, эмч нарыг амбулатори болон хэвтүүлэн эмчлэх хэсэгт тусгаарлаж ажиллуудаг нь тусламж үйлчилгээний тасралтгүй байдалд сөргөөр нөлөөлж байна, мөн нарийн мэргэжлийн болон бусад эмнэлгүүдэд тусламж үйлчилгээ болон нөөцийн давхардал их байна. Эрүүл мэндийн байгууллагуудын норм, стандарт, ангилал шаардлага хангахгүй байна. Учир нь үзүүлэх ёстой</p>
--	--	--

			тусламж үйлчилгээний төрөл, шатлалыг тодорхой зааж өгөөгүйгээс гадна одоогийн эмнэлгүүдийн шатлал, үзүүлж буй тусламж үйлчилгээний төрөлд ч тусгалаа олоогүй байна. Зарим судалгаагаар гурав дахь шатлалд эмчлэгдэж буй тохиолдлын үлэмж хэмжээ нь буюу 30-40% нь хоёр дахь ба анхан шатанд эмчлэх боломжтой, хоёр дахь шатлалын тохиолдлын тал хувь нь анхан шатанд тусламж үйлчилгээ авах боломжтой гэж гарсан байна.
16.16.Төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг нь төрөлжсөн мэргэшлээр улсын хэмжээнд эмнэлгийн лавлагаа шатлалын тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх, сургалт, судалгаа, эрдэм шинжилгээний ажил эрхлэн эрүүл мэндийн бусад байгууллагыг мэргэжил, арга зүйгээр хангах чиг үүрэг бүхий байгууллага байна.	Хангалттай	Хангалттай	Анагаах ухааны хөгжлийн түвшин доогуур байгаагаас зарим төрөлжсөн мэргэжлийн тусламж үйлчилгээг хүн амд үзүүлэх боломжгүй, мөн зарим төрөлжсөн мэргэжлийн тусламж үйлчилгээг хөгжүүлэхэд шаардагдах хөрөнгө оруулалт нь хүн амын тоотой харьцуулахад хэт их, эдийн засгийн үр ашиггүй тохиолдолд өөрийн оронд авах боломжгүй тусламж үйлчилгээг гадаадаас авах боломжийг төрийн зүгээс иргэддээ бүрдүүлж өгөх нь хүнлэг нийгмийн хэм хэмжээ болоод байна. Монгол улсын иргэдийн хувьд гадаадад оношлуулж, эмчлүүлэх явдал нэмэгдэж байгааг нэг талаас улс орны хөгжил, иргэдийн амьжиргаа дээшилж байгаатай холбож тайлбарлаж болох хэдий ч нөгөө

		<p>талаар Монгол улсын эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний нэр төрөл, чанар, хүртээмж, техник технологийн хөгжил нь иргэдийн эрэлт хэрэгцээг хангаж чадахгүй байгаатай холбоотой төдийгүй Монгол улсын эрүүл мэндийн салбарт орох мөнгөний урсгал гадагшаа чиглэх сөрөг хандлага бий болж байгааг илтгэж байна. Монгол банкинд бусад банкуудын тайлан мэдээ төвлөрдөг ба банкны системээр дамжин шилжүүлэгдсэн гадаад шилжүүлгийн мэдээг гүйлгээний утга, зориулалтаар нь авч үзвэл 2009 онд нийт 4,282.3 мянга, 2010 онд 3,830.7 мянга, 2011 онд 7,754.9 манга, 2012 онд 18,166.9 мянган америк долларыг тус тус эмчилгээний зориулалтаар гадаад орон руу шилжүүлсэн байна. Үүнийг тухайн жилийн долларын дундаж ханшаар тооцож төгрөг рүү шилжүүлвэл, 2009 онд 6.2 тэрбум, 2010 онд 5.2 тэрбум, 2011 онд 9.8 тэрбум, 2012 онд 24.7 тэрбум төгрөгийг эмчилгээний зориулалтаар тус тус шилжүүлсэн байна. Манай улсын иргэдийн хувьд гадаад оронд оношлогоо, эмчилгээ хийлгэх тохиолдолд шаардагдах зардлыг тэр бүр банкны системээр дамжуулан хийдэггүй, ихэвчлэн бэлнээр авч явдагтай холбоотойгоор тэдний оношлогоо, эмчилгээндээ зарцуулж буй зардлын</p>
--	--	---

			<p>мэдээллийг зөвхөн Монгол банкны мэдээллээр гаргах боломжгүй юм. Гэсэн хэдий ч Монгол банкаар дамжин эрүүл мэндийн зориулалтаар шилжсэн мөнгөн дүн жилээс жилд нэмэгдсээр байгаа. Засгийн газраас жил бүр 500 сая төгрөгийг эрүүл мэндийн сайдын багцад тусган Эрүүл мэндийн сайдын тушаалаар баталсан Монгол Улсын иргэн өөрийн оронд эмчлэгдэх боломжгүй өвчин, эмгэгийн улмаас гадаад улсад зайлшгүй шаардлагаар эмчлүүлэх “Өвчний жагсаалт”-ад багтсан иргэдэд санхүүгийн дэмжлэг үзүүлж байна.</p>
<p>19.1. Эрүүл мэндийн чиглэлээр үйл ажиллагаа эрхлэх хэрэгцээний тодорхойлолт бүхий зориулалтын барилга байгууламж, техник хэрэгсэл, тоног төхөөрөмж, хүний нөөцийн зохих шаардлага хангасан өмчийн аль ч хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагад эрүүл мэндийн</p>	<p>Хангалтгүй</p>	<p>Хангалтгүй</p>	<p>Эмнэлгийн тусгай зөвшөөрлийн тогтолцоо үр дүн муутай байна. Үүнд үндсэн 3 шалтгаан байна. Нэгдүгээрт, тусгай зөвшөөрөл олгох эрх мэдэл хуваагдмал (ЭМЯ, УБ хот болон аймгууд) байгаагаас нэгдсэн бодлого зохицуулалт үгүйлэгдэж байна. Хоёрдугаарт, тусгай зөвшөөрөл олгох үйл ажиллагаа нь эрүүл мэндийн хэрэгцээтэй уялдаагүй, урсгалаар явагдаж байгаагаас олон улсын стандартад нийцэхгүй хэт жижиг бөгөөд бараг бүгд ижил төрлийн үйлчилгээ үзүүлдэг хувийн эмнэлгүүд хэт олноор байгуулагдаж байна. Гуравдугаарт, тусгай</p>

<p>чиглэлээр үйл ажиллагаа эрхлэх тусгай зөвшөөрөл /цаашид “тусгай зөвшөөрөл” гэх/ олгоно.</p>			<p>зөвшөөрөлд тавигдах шаардлага сул, тусгай зөвшөөрөл олгох үеийн болон дараах хяналтын тогтолцоо байхгүй гэж хэлж болохоор байна.</p>
<p>29.2.Төрийн өмчийн эрүүл мэндийн болон бусад салбарын байгууллагад 25 ба түүнээс дээш жил, өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төвд 10 ба түүнээс дээш жил ажилласан эмнэлгийн мэргэжилтэн, эрүүл мэндийн бусад ажилтанд тэтгэвэрт гарахад нь нэг удаагийн мөнгөн тэтгэмжийг үндсэн цалингийн дунджаас нь тооцож олгох бөгөөд нэг удаагийн тэтгэмж тооцох цалингийн дундаж хэмжээ, тэтгэмж олгох шалгуур нөхцөлийг Төрийн албаны</p>	<p>Хангалттай</p>	<p>Хангалттай</p>	<p>Хууль тогтоомжид нийцэж байна.</p>

тухай хуулийн 30.2-т заасан журмыг баримтлан тогтооно.			
29.4.Нутгийн захиргааны болон нутгийн өөрөө удирдах байгууллага, аж ахуйн нэгж, байгууллага нь эмнэлгийн мэргэжилтэнд урамшуулал олгох, нийгмийн баталгааг сайжруулахад дэмжлэг үзүүлэх арга хэмжээ авч хэрэгжүүлнэ.	-	-	Үнэлэх боломжгүй, эмч, мэргэжилтнүүдийн дурьдаж байгаагаар зарим орон нутагт дэмжлэг үзүүлж, холбогдох арга хэмжээг авч ажилладаг байна.
29.5.Өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төвд тасралтгүй ажиллаж байгаа эмнэлгийн мэргэжилтэн, эмнэлгийн бусад мэргэжилтэнд гурван жил тутамд нэг удаа зургаан сарын, аймаг дахь төрийн болон орон нутгийн өмчит эрүүл мэндийн байгууллагад тасралтгүй ажиллаж байгаа эмнэлгийн мэргэжилтэн, эмнэлгийн бусад	Хангалттай	Хангалттай	Хууль тогтоомжид нийцэж байна.

<p>мэргэжилтэнд таван жил тутамд нэг удаа зургаан сарын үндсэн цалинтай тэнцэх хэмжээний мөнгөн тэтгэмжийг тухайн байгууллагаас нь олгоно.</p>			
<p>Сум, тосгоны эрүүл мэндийн төв, багийн эмчийн салбарт 5 ба түүнээс дээш жил ажиллаж байгаа эмнэлгийн мэргэжилтнийг мэргэжил дээшлүүлэх сургалтад 5 жил тутамд улсын зардлаар хамруулна.</p>	Хангалттай	Хангалттай	Хууль тогтоомжид нийцэж байна.
<p>Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний тухай хууль 2016.04.22</p>			
<p>5 дугаар зүйл. Өрхийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний зохион</p>	Хангалтгүй	Хангалтгүй	Өрхийн эрүүл мэндийн төвүүд нь улсын болон орон нутгийн төсвөөс нэг иргэнээр тооцсон зардлаар санхүүжиж байгаа ч арилжааны банканд данстай байгаа нь төрөөс иргэдэд үзүүлэх эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний

<p>байгуулалт</p> <p>5.1.Өрхийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээнд үйлчлүүлэгчийн эрүүл мэндийн байдалд үнэлгээ өгөх, хянах, эрүүл мэндийг дэмжих, өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, эрт илрүүлэх, оношлох, эмчлэх, сувилах, хөнгөвчлөх, сэргээн засах үйл ажиллагааг орчин үеийн болон уламжлалт анагаах ухаанд тулгуурлан үзүүлэх эмнэлгийн анхан шатны тусламж, үйлчилгээ хамаарна.</p> <p>5.3.Өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төвийн байршил, үйлчлэх хүрээг эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний бодлого, төлөвлөлтийн хүрээнд</p>			<p>байдалд иргэдийн зүгээс хяналт тавих боломжгүй юм.</p> <p>Анхан шатны тусламж үйлчилгээний тогтолцооны үр дүн төдийлөн сайн биш, зохицуулалт сул, хамралт хангалтгүй, чанар ба үр дүн сайн биш байна.</p> <p>УБ хотын дээд шатлалын эмнэлгүүдэд энгийн тохиолдлууд олноор ирж эмчлүүлж байгаа нь өрхийн эмнэлгийн үзүүлдэг тусламж үйлчилгээ хүртээмж, үр дүн муутай байгааг илрэл юм. Өрхийн эмнэлгүүдийн иргэдийн дунд нэр хүнд сайнгүй байгаа нь иргэд ихэвчлэн алгасан хоёр ба гурав дахь шатлалын эмнэлэг рүү ирдэгээс харагдаж байна.</p> <p>Тусламж үйлчилгээний шинэлэг хэлбэрүүд болох өдрийн эмчилгээ, өдрийн мэс засал, гэрийн тусламж, сувилахуйн тусламж бага байдгаас эмнэлэгт ачаалал үүсгэж байна.</p> <p>Хөдөөгийн сум, хот, хөдөөгийн өрхийн эрүүл мэндийн төвөөр үйлчлүүлж буй иргэдийн сэтгэл ханамж 2, 3-р шатлалын эмнэлгээр үйлчилгээ авч буй иргэдээс доогуур байгаа нь анхан шатанд амбулатори, дүрс оношилгоо, эх барих, хүүхдийн тусламж үйлчилгээг авч чадахгүй байгаатай холбоотой байна.</p>
---	--	--	---

<p>тухайн аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газрын саналыг үндэслэн аймаг, нийслэлийн Засаг дарга тогтооно.</p>			<p>Тусламж үйлчилгээний хүртээмж: Хөдөө орон нутгаас нүүж ирсэн хүмүүс бүртгэлгүйн улмаас анхан шатны өрхийн эмнэлгээр үйлчлүүлж чадахгүй байна. 2008 оны өрхийн судалгаагаар орлого багатай иргэд эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ авахад хүндрэл учирдаг гол шалтгаануудад мөнгө байхгүй (78%), эрүүл мэндийн даатгалгүй (56%), эмнэлгээс хол амьдардаг (32%) гэж нэрлэжээ.</p>
<p>4 дүгээр зүйл. Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний төрөл</p> <p>4.1.1.өрхийн анагаах ухаанаар мэргэшсэн эмнэлгийн мэргэжилтний анхан шатны тусламж, үйлчилгээг бие дааж, эсхүл багаар үзүүлэх өрхийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ;</p>	<p>Хангалттай бус</p>	<p>Хамаарахгүй</p>	<p>Дэлхийн улс орны эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний тогтолцоо нь анхдагч, хоёрдогч, гуравдагч гэсэн шатлалтай байдаг бөгөөд анхдагч шатлалд өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх ба цөөн тооны ерөнхий мэргэжлийн тусламж үйлчилгээ үзүүлдэг харин хоёрдогч шатлалын нэгдсэн эмнэлэгт 7-10 мэргэжлийн тусламж үйлчилгээ үзүүлдэг бол гуравдагч шатлалын эмнэлэгт төрөлжсөн мэргэжлийн тусламж үйлчилгээ үзүүлдэг, мэргэшсэн өндөр ур чадвартай эмч, тоног төхөөрөмжөөр хангагдсан байдаг.</p>

<p>4.1.2.өрхийн анагаах ухаанаас бусад мэргэшлийн эмнэлгийн мэргэжилтний бие дааж, эсхүл багаар үзүүлэх эмнэлгийн мэргэшсэн тусламж, үйлчилгээ;</p> <p>4.1.3.жирэмсэн, төрөлт, төрсний дараахь үед эх, ураг, нярайд эмнэлгийн мэргэжилтний үзүүлэх эх барихын тусламж, үйлчилгээ;</p> <p>4.1.4.хүний амь насанд аюултай өвчин эмгэгийг оношлох, эмчлэх, сэхээн амьдруулах, хүндрэхээс сэргийлэхэд чиглэсэн хойшлуулшгүй үзүүлэх эмнэлгийн яаралтай тусламж;</p> <p>4.1.5.гэнэтийн цочмог өвчин эмгэг, осол, гэмтэл, хордлого,</p>			<p>Тусламж үйлчилгээний удирдлага чанарын тогтолцоо сул байна. Тусламж, үйлчилгээний зохион байгуулалт нэгдмэл бус, тусламж үйлчилгээний шатлал болон төрөл хоорондын зохицуулалт хангалтгүй байна. Энэ нь ялангуяа эмнэлгүүд болон анхан шатны эрүүл мэндийн байгууллага хооронд тодорхой харагдаж байна. Хэдийгээр өрхийн эмнэлгүүд нь УБ хотын газар нутагт тэгш тархсан боловч өрхийн эмнэлэг/эмч дутагдалтай байна. Нэг өрхийн эмнэлэг дунджаар 1200-1400 хүнд үйлчлэх ёстой гэж үзвэл одоо байгаа 123 өрхийн эмнэлэг, 521 өрхийн эмч нь УБ хотын хүн амын зөвхөн 60%-ийг хамруулна гэсэн үг юм. УБ хотын анхан шатны эрүүл мэндийн байгууллагын нягтрал олон улсын дундажтай харьцуулахад 2 дахин бага байна. Тусламж үйлчилгээний хяналт сайн биш, асуудал гарсан хойно нь шийдвэрлэх байдлаар ханддаг, төвлөрсөн, хэт нарийн мэргэжсэн, систэмгүй байгаагаас гадна тасралтгүй байдлаар явагдахгүй байна. Түүнчлэн тусламж үйлчилгээний хяналт нь хяналт тавьж буй байгууллага болон хяналтын хэлбэр, тайлагналтын байдал зэргээс хамаарч хоорондоо уялдаагүй, салангид бүтэцтэй байна. Тусламж</p>
---	--	--	---

<p>жирэмсэн, төрөх, амь тэнссэн үед эмнэлгийн тусламжийг газар дээр нь болон тээвэрлэх явцад үзүүлж, эмнэлэгт хүргэх түргэн тусламжийн үйлчилгээ;</p> <p>4.1.6.өвчин эмгэг бүхий үйлчлүүлэгчийг асран сувилах замаар эрүүл мэндийг дэмжих, хөнгөвчлөх, илааршуулахад чиглэсэн сувилахуйн дагнасан тусламж, үйлчилгээ;</p>			<p>үйлчилгээний чанар, аюулгүй байдлын хяналт нь байгууллагын үйл ажиллагааг хөгжүүлэх сайжруулахад туслах бус шийтгэх, буруутгах буруу хандлага давамгайлсан байна. Тусламж, үйлчилгээний чанарыг хянах, үнэлэх шалгуур үзүүлэлтийг тодорхой болгоогүй, нэгдсэн аргачлалаар шалгуур үзүүлэлтийг тодорхойлоогүй нь тусламж, үйлчилгээний чанарын талаар хяналт үнэлгээ хийх, үр дүнг тооцох, эргэн мэдээлэхэд хүндрэл учруулж байна. Эмнэлгийн тусламжийн чанар, аюулгүй байдлын талаар эрх зүйн баримтууд, тухайлбал тушаал, журам, удирдамж , дүрэм байгаа ч тэр нь хэрэгжих боломжгүй хэлбэр төдий цаасан дээр хэрэгждэг чанарын тогтолцоо болж хувирсан байна. гэж 2015 онд Чанарын үнэлгээ хийсэн тайланд дурьдсан байна.</p> <p>Хөдөөгийн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнд тулгамдаж буй гол асуудал нь хүний нөөцийн асуудал бөгөөд хөдөө орон нутагт 10 000 хүн амд ногдох их эмч 22.0, сувилагч 33.0 байхад Улаанбаатар хотод эмч 41.0, сувилагч 38.0 байна. Үүнээс үзэхэд хөдөө орон нутагт эрүүл мэндийн ажилтан, эмч, мэрэгжилтний хомсдол үүссэн байгааг</p>
---	--	--	--

			<p>харуулж байна. Тухайлбал, нийслэлтэй харьцуулахад төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмч болох мэс заслын эмч 2 дахин, гэмтэл, согог заслын эмч 3 дахин, дүрс оношлогоо, лабораторийн эмч 3 дахин, хүүхдийн эмч 2 дахин тус тус бага байна.</p>
<p>14.2.2.эмнэлгийн мэргэшсэн тусламж, үйлчилгээ;</p> <p>8.1.Эмнэлгийн мэргэшсэн тусламж, үйлчилгээг энэ хуулийн 14.2.2-т заасан тусгай зөвшөөрөл бүхий өмчийн бүх хэлбэрийн төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, нэгдсэн эмнэлэг, тусгай эмнэлэг, амаржих газар, клиник үзүүлнэ.</p> <p>3.1.5.“эмнэлгийн лавлагаа шатлалын тусламж, үйлчилгээ” гэж эрүүл мэндийн</p>			<p>Эмнэлгийн хүчин чадлын төлөвлөлт, засвар үйлчилгээний тогтолцоо байхгүй байна. 2005 онд хийсэн судалгаагаар төрийн өмчийн эмнэлгийн барилгын ихэнх нь хангалтгүй нөхцөлтэй, тоног төхөөрөмжийн 60% нь 20 жилээс дээш хугацаатай ашиглагдаж байгаа бөгөөд засварлах боломжгүй гэсэн байна (Purvis et al, 2010). Эмнэлгүүдийн барилгын ихэнх нь эмнэлгийн зориулалтаар баригдаагүй учраас эмнэлгийн үйл ажиллагаа явуулахад шаардлага хангахгүй байна. Эмнэлгийн барилга барих болон засварлах үйл ажиллагаа нь нэгдсэн төлөвлөлтгүй тохиолдлын журмаар явагддаг бөгөөд бодит хэрэгцээ шаардлага болон эмнэлгийн сүлжээний загвар тодорхой бус байгаа учраас уламжлагдаж ирсэн эмнэлэг төвтэй хандлагад хөтлөгдөн явж байна. Эмнэлгийн тоног</p>

<p>байгууллага, эмнэлгийн мэргэжилтний илгээсэн үйлчлүүлэгчид энэ хуулийн 8.1-д заасан байгууллагаас үзүүлэх эмнэлгийн мэргэшсэн тусламж, үйлчилгээг;</p>			<p>төхөөрөмжийн хөрөнгө оруулалтын цогц төлөвлөлтийн тогтолцоо үгүйлэгдэж байна. Тиймээс эсвэл шаардлагагүй тоног төхөөрөмж худалдан авах эсвэл шаардлагатайг нь авч чадахгүй байна.</p>
<p>14 дүгээр зүйл. Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний тусгай зөвшөөрөл</p> <p>14.1.Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх байгууллага эрх бүхий байгууллагаас олгосон тусгай зөвшөөрөлтэй байна.</p> <p>14.2.Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 19.3.1-д заасан тусгай зөвшөөрлийг эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх байгууллагад дараахь төрлөөр</p>	<p>Хангалтгүй</p>	<p>Хангалтгүй</p>	<p>Хувийн салбарын үүрэг тодорхойгүй, зохицуулалт хязгаарлагдмал байна. Хувийн салбар УБ хотод сүүлийн жилүүдэд хурдацтай өсч байгаа бөгөөд 2000 онд 365 байсан бол 2014 онд 1171 болсон бөгөөд ортой эмнэлгийн тоо 202 болсон байна. Гэхдээ ихэнх ортой хувийн эмнэлгүүд харьцангуй жижиг бөгөөд тэдгээрийн зөвхөн 13% нь 40-өөс дээш ортой байгаа нь чанар үр ашгийн үзүүлэлтийн хувьд хангалтгүй юм. Хувийн эмнэлгүүдийн талаарх мэдээлэл маш хомс, нэн ялангуяа ЭМЯ түвшинд хувийн эмнэлгүүдийн үйл ажиллагааны талаар хангалттай мэдээлэл байхгүйгээс тэдний ажиллагаанд хяналт тавих, удирдан чиглүүлэх боломжгүй байна. Одоогоор төр ба хувийн хэвшлийн үүргийг тодорхой заагласан хууль эрх зүйн баримт бичиг байхгүй бөгөөд зохицуулалт хийгдэхгүй байна. Албан бус мэдээгээр ихэнх хувийн эмнэлгүүд нь</p>

<p>олгоно:</p> <p>14.2.1.өрхийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ;</p> <p>14.2.2.эмнэлгийн мэргэшсэн тусламж, үйлчилгээ;</p> <p>14.2.3.эх барихын тусламж, үйлчилгээ;</p> <p>14.2.4.эмнэлгийн яаралтай тусламж;</p> <p>14.2.5.түргэн тусламжийн үйлчилгээ;</p> <p>14.2.6.сувилахуйн дагнасан тусламж, үйлчилгээ;</p> <p>14.2.7.сэргээн засахын дагнасан тусламж, үйлчилгээ</p>			<p>наад захын чанарын стандарт, шаардлагыг хангахгүй байна. Хувийн салбарыг хөгжүүлэх болон төр ба хувийн хэвшлийн түншлэлийн талаар хэд хэдэн бодлогын болон эрх зүйн баримт бичиг гарч, шинэ санаачлагууд гарч байгаа боловч эдгээр үйл ажиллагааг нэгтгэн зохицуулах, удирдан чиглүүлэх зохицуулалтын чадамж дутагдаж байна.</p> <p>Албан бус төлбөр өндөр байна: Эрүүл мэндийн өсөн нэмэгдэж байгаа зардлыг хэн ч дангаараа хариуцаж чадахгүй нь нэгэнт тодорхой болсон. Иймээс эрүүл мэндийн зардлыг төр, эрүүл мэндийн даатгалын байгууллага, гадаадын хандив тусламж, хувь хүн зэрэг олон эх үүсвэрээс хуваан санхүүжүүлж байна. Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн нэмэлт эх үүсвэрийг хувь хүнээс авах төлбөрөөр бүрдүүлэх нь тэгш бус, үр ашиггүй арга зам гэдгийг олон тооны судалгаанууд харуулж байна. Эрүүл мэндийн нийт зардаолд хувь хүний төлөх төлбөрийн эзлэх хэмжээ 30 хувиас дээш гарсан тохиолдолд хүн амд үзүүлэх эмнэлгийн болон нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний тэгш байдал</p>
---	--	--	--

		<p>алдагдана гэж Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллага үздэг. Гэтэл манай улсын хувьд энэхүү хэмжээ 30 хувиас хэдийнээ давсныг Өрхийн нийгэм, эдийн засгийн судалгаанууд харуулж байна. Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнд төлж байгаа хувь хүний төлбөрийг албан болон албан бус гэж хуваан үзэж болно. Албан төлбөр гэдэг нь эрүүл мэндийн үйлчилгээний төлбөрийг эрхзүйн актаар зөвшөөрснийг хэлнэ. Харин албан бус төлбөр гэдэгт үйлчлүүлэгч сэтгэлд хүрсэн тусламж, үйлчилгээ авахын тулд эмнэлгийн ажилтанд бэлнээр өгч байгаа мөнгө, бэлэг сэлт юм. 2011 онд хийсэн судалгаагаар судалгаанд хамрагдсан нийт иргэдийн 50,6 хувь нь эмнэлгийн тусламж үйлчилгээ авахдаа төлбөр төлсөн бөгөөд үүний 62,7 хувь нь албан бус төлбөр байсан байна. Нийт албан бус төлбөрийн дийлэнхи хувийг хувиасаа эм, тариа худалдан авах, гэмтэл, төрөх, эмэгтэйчүүд, мэс заслын тусламж үйлчилгээ авсны дараа үйлчилгээ үзүүлсэн багийнханд бэлнээр өгдөг мөнгө эзэлж байна. Судалгаанд хамрагдсан иргэд албан бус төлбөрийг өгөхгүй байснаар эрүүл мэндээрээ хохироход хүрнэ гэж үзэж байгаа нь хамгийн эмгэнэлтэй юм. Албан бус</p>
--	--	--

			төлбөрийг буруулахын тулд эрүүл мэндийн салбарын хариуцлагын тогтолцоог сайжруулах, эмнэлгийн мэргэжилтний цалин хөлсийг нэмэгдүүлэх шаардлагатай.
Эрүүл ахуйн тухай хууль			
4.1.2.ундны болон ахуйн усны хоногт шаардагдах зохистой хэмжээг эрүүл мэндийн болон байгаль орчны асуудал эрхэлсэн Засгийн газрын гишүүд хамтран батлах;	Хангалттай	Хангалттай	
9.4.Үнэлгээ хийсэн байгууллага нь үнэлгээний дүгнэлт, зөвлөмжийг эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллагад ирүүлэх бөгөөд дүгнэлт, зөвлөмж нь олон нийтэд нээлттэй байна.	Хангалттай бус	Хангалттай бус	Эрүүл мэндийн сайдын 2017 оны 12 дугаар сарын 29-ний өдрийн А/539 дүгээр тушаалаар “Эрүүл мэндийн нөлөөллийн үнэлгээ хийх журам болон эрүүл мэндийн нөлөөллийн үнэлгээ хийх байгууллагыг сонгон шалгаруулах журам” батлагдсан боловч орон нутагт хийгдэж буй ялангуяа уул уурхайтай холбоотой үнэлгээний үр дүн, зөвлөмж нийтэд нээлттэй биш байна.

<p>11 дүгээр зүйл. Аймаг, нийслэл, сум, дүүргийн Засаг даргын эрх, үүрэг</p> <p>11.1.1.эрүүл ахуйн тухай хууль тогтоомжийг нутаг дэвсгэрийн хэмжээнд хэрэгжүүлэх;</p> <p>11.1.2.хүн амын эрүүл, аюулгүй орчныг хангах талаар асуудал боловсруулж, тухайн шатны иргэдийн Төлөөлөгчдийн Хурлаар хэлэлцүүлэх;</p> <p>11.1.3.харьяалах нутаг дэвсгэрийн хэмжээнд усны эх үүсвэрийн онцгой, энгийн хамгаалалтын, эрүүл ахуйн бүсийн дэглэмийн хэрэгжилтэд хяналт тавих;</p> <p>11.1.4.төвлөрсөн бус ариун цэврийн байгууламжид тавих</p>	<p>Хангалттай бус</p>	<p>Хангалттай бус</p>	<p>ДЭМБ/НҮБХС-аас гаргасан Хяналтын Хөтөлбөрийн тайланд, 2015 оны байдлаар Монголын хотуудад оршин сууж буй иргэд бараг бүгд (94 хувь нь) ундны усаар хангагдаж байсан бол хөдөөгийн хүн амын зөвхөн тал нь (56 хувь) ийм түвшний үйлчилгээг авч байжээ. Ариун цэврийн байгууламжийн хувьд ч хот, хөдөөгийн ялгаа их буюу хотын хүн амын 66 хувь нь энгийн ариун цэврийн байгууламжтай, харин хөдөөд зөвхөн 41 хувь нь жорлонтой байсан. 334 сумын дөнгөж 20 сумын төв ус хангамжийн төвлөрсөн системтэй. Улсын хэмжээнд 34 сумдын оршин суугчдын ундны усны чанар Монгол улсын стандартад нийцэхгүй байна.</p>
--	-----------------------	-----------------------	---

<p>эрүүл ахуйн шаардлагыг хэрэгжүүлэх;</p> <p>11.1.5.хог хаягдлын цэг, ариун цэврийн байгууламж, оршуулгын газарт эрүүл ахуйн нөхцөл, шаардлагыг хангах;</p> <p>11.1.6.нийтийн эзэмшлийн зам, талбайн цэвэрлэгээ, тохижилт, цэцэрлэгжүүлэлт, эзэмшлийн байдлыг хариуцах;</p> <p>11.1.7.нутаг дэвсгэрийн хэмжээнд эрүүл ахуйн тухай хууль тогтоомжийн хэрэгжилтэд тавих олон нийтийн хяналтыг сайжруулах, санал санаачилга өрнүүлэхэд дэмжлэг үзүүлэх;</p> <p>11.1.8.эрүүл ахуйн тухай хууль тогтоомжийг хэрэгжүүлэхэд аж</p>			
--	--	--	--

<p>ахуйн нэгж, байгууллага, иргэнийг татан оролцуулах;</p> <p>11.1.9.нутаг дэвсгэрийнхээ хүн амын эрүүл, аюулгүй орчныг хангахад шаардагдах зардлыг жил бүрийн төсөвт тусгаж батлуулах, зарцуулалтад хяналт тавих;</p>			
--	--	--	--

УИХ-ын 2001 оны 57-р тогтоол - МУ-ын бүсчилсэн хөгжлийн үзэл баримтлал

2001 онд УИХ-ын 57-р тогтоолоор батлагдсан Монгол Улсын бүсчилсэн хөгжлийн үзэл баримтлалд эрүүл мэндийн салбартай холбоотой 2 заалт туссан байдаг бөгөөд хэрэгжилтийг үнэлсэн албан ёсны үнэлгээ байхгүй байна. Бүсчилсэн хөгжлийн үзэл баримтлалын дагуу шинээр Засгийн газрын тогтоолоор 5 бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төв, аймгийн эрүүл мэндийн газар, сум дундын эмнэлэг зэргийг байгуулсан боловч 2014 оны Эрүүл мэндийн тухай, Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний тухай хуулийг шинэчилсэн найруулгад зарим бүтэц хасагдсан байна.

Д/Д	Заалт	Хэрэгжилт
1	4.7.4.б.оношлогоо, эмчилгээний бүсийн болон бүс нутгийн төрөлжсөн төвүүдийг байгуулахын хамт, сум дундын эмнэлгийн үйлчилгээний чанар, хүртээмжийг дээшлүүлэхэд чиглэсэн эдийн засгийн хөшүүргийг боловсруулж хэрэгжүүлэх;	ЗГ-ын 2001 оны 9 сарын 5-ны 194-р тогтоолоор Дорнод, Өвөрхангай, Ховд аймагт БОЭТ байгуулан, үйчлэх хүрээний аймаг, сум, дүрмийг баталсан 2008 оны 56 дугаар тогтоолоор Орхон аймаг дахь БОЭТ, 2011 оны 05 сарын 11-ний өдрийн 156 дугаар тогтоолоор Өмнөговь аймгийн БОЭТ нэмж байгуулагдсан. ЗГ-ын 2001 оны 11 сарын 22-ны өдрийн 181-р тогтоолоор 21 аймгийн ЭМГ, Байгалийн голомтот халдварт өвчинтэй тэмцэх төв байгуулагдсан Нэгдсэн эмнэлэг – Сэлэнгийн Зүүнхараа, Хэнтийн Бор Өндөр, Өвөрхангайн Хархорин, Завханы Тосонцэнгэл, Багануурын эмнэлгийг 2003 оны 7 сарын 1-нээс өргөжүүлсэн (ЭМС-ын тушаал 2003 оны 5 сарын 8-ны 108 тоот) Сум дундын эмнэлэг – ЭМС-ын 2003 оны 5 сарын 9-ний 114 тоот тушаалаар

		<p>31 сум дундын эмнэлэг, одоо 39 сум дундын эмнэлэг</p> <p>Сумын эмнэлэг – сумын эрүүл мэндийн төв (273)</p> <p>БОЭТ-ийн үйл ажиллагаа хангалтгүй, 92-95% нь тухайн аймгийн, зөвхөн 5% нь үйлчлэх хүрээний аймгийн иргэд байдаг</p> <p>БОЭТ гадаадын төслүүдээс өөр хөрөнгө оруулалт байхгүй, мэргэжлийн эмч, сувилагч нарын шилжилт хөдөлгөөн их байна</p> <p>Сум дундын эмнэлгийн статус хуулинд байхгүй болсон</p>
2	<p>4.7.4.д. алслагдсан болон говь нутагт ажиллаж байгаа төрийн албан хаагч, багш, эмч нарт цалин хөлсний нэмэгдэл урамшуулал олгох, амьдралын нөхцөлийг нь сайжруулах, тогтвор суурьшилтай аж төрөхөд нь дэмжлэг үзүүлэх;</p>	<p>ЭМ-ийн тухай хууль, 29 дүгээр зүйл. Эрүүл мэндийн ажилтны нийгмийн баталгаа</p> <p>29.2. Төрийн өмчийн эрүүл мэндийн болон бусад салбарын байгууллагад 25 ба түүнээс дээш жил, өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төвд 10 ба түүнээс дээш жил ажилласан эмнэлгийн мэргэжилтэн, эрүүл мэндийн бусад ажилтанд тэтгэвэрт гарахад нь нэг удаагийн мөнгөн тэтгэмжийг үндсэн цалингийн дунджаас нь тооцож олгох бөгөөд нэг удаагийн тэтгэмж тооцох цалингийн дундаж хэмжээ, тэтгэмж олгох шалгуур нөхцөлийг Төрийн албаны тухай хуулийн 30.2-т заасан журмыг баримтлан тогтооно.</p> <p>29.5. Өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төвд тасралтгүй ажиллаж байгаа эмнэлгийн мэргэжилтэн, эмнэлгийн бусад мэргэжилтэнд гурван жил тутамд нэг удаа зургаан сарын, аймаг дахь төрийн болон орон нутгийн өмчит эрүүл мэндийн байгууллагад тасралтгүй ажиллаж байгаа эмнэлгийн мэргэжилтэн, эмнэлгийн бусад мэргэжилтэнд таван жил тутамд нэг удаа зургаан сарын</p>

		<p>үндсэн цалинтай тэнцэх хэмжээний мөнгөн тэтгэмжийг тухайн байгууллагаас нь олгоно.</p> <p>29.8.Сум, тосгоны эрүүл мэндийн төв, багийн эмчийн салбарт 5 ба түүнээс дээш жил ажиллаж байгаа эмнэлгийн мэргэжилтнийг мэргэжил дээшлүүлэх сургалтад 5 жил тутамд улсын зардлаар хамруулна.</p> <p>Аймаг, сумын эмнэлгийн ажиллагсдын цалин, тэтгэврийн асуудлыг хуулинд тусгасан боловч алслагдсан болон говь нутагт ажиллаж байгаа эмч нарт тусгайлсан дэмжлэг байхгүй;</p>
--	--	---

Дүгнэлт

Өнөөгийн байдлаар эрүүл мэндийн салбарт үндэсний, салбарын болон салбар хоорондын түвшинд урт, дунд, богино хугацаанд хэрэгжүүлэхээр нийт 16 хууль, 5 бодлогын бичиг баримт, 14 үндэсний хөтөлбөр, 100 гаруй стандарт, дүрэм, журам мөрдөгдөж байна.

Монгол Улсад хүчин төгөлдөр мөрдөгдөж байгаа бүх хуулиудыг шүүн үзэж, эрүүл мэндийн салбартай холбоотой 16 хуулиас 3 хуулийг батлагдсан огноо, холбогдох зохицуулалт, бусад хуультай уялдсан байдлаар хүснэгтлэн танилцуулав.

Эдгээр бодлогын баримт бичгүүдийн хэрэгжих хугацаа, бодлогын зорилго, зорилт давхацсан, хоорондын уялдаа сул, бүсчилсэн хөгжлийн бодлоготой уялдаагүй байгаагаас хэрэгжилт хүсэн хүлээсэн үр дүнд хүрэхгүй байна. Бодлогын баримт бичгүүдийн хэрэгцээ, шаардлагын үндэслэл, тооцоо, судалгаа нь хангалттай түвшинд хийгдэж санхүүгийн эх үүсвэртэй зохистой түвшинд уялдаагүй байна.

Мөн бодлогын төлөвлөлт, тайлагналын нэгдсэн тогтолцоог боловсронгуй болгох, удирдлага зохион байгуулалтын бүтцийг сайжруулах, мэргэжлийн боловсон хүчний чадвар, хариуцлагыг нэмэгдүүлэх, төрийн байгууллага хоорондын мэдээллийн нэгдсэн сүлжээ бүрдүүлэх, хяналт-шинжилгээ, үнэлгээ, хариуцлагын тогтолцоог бий болгох нь тулгамдсан асуудал болж байна.

Эрүүл мэндийн тухай хууль болон Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний тухай хуульд 2014 онд нэмэлт өөрчлөлт орсон боловч хуулийн хэрэгжилт өнөөг хүртэл хангалтгүй байна. Эдгээр хуулиудад бүсчилсэн хөгжлийн асуудал огт тусгагдаагүй тул орон нутаг дах эрүүл мэндийн салбарын хөгжил орхигдоход хүрээд байна.

Эрүүл мэндийн асуудал хариуцсан төрийн захиргааны төв байгууллага болон аймаг, орон нутгийн эрүүл мэндийн байгууллагуудын хамтын ажиллагаа, салбарын удирдлагын менежмент хангалтгүй, аймаг, сумын эрүүл мэндийн салбарын удирдлагыг тухайн аймаг, сумын засаг дарга шийдвэрлэж байгаа нь учир дутагдалтай байна.

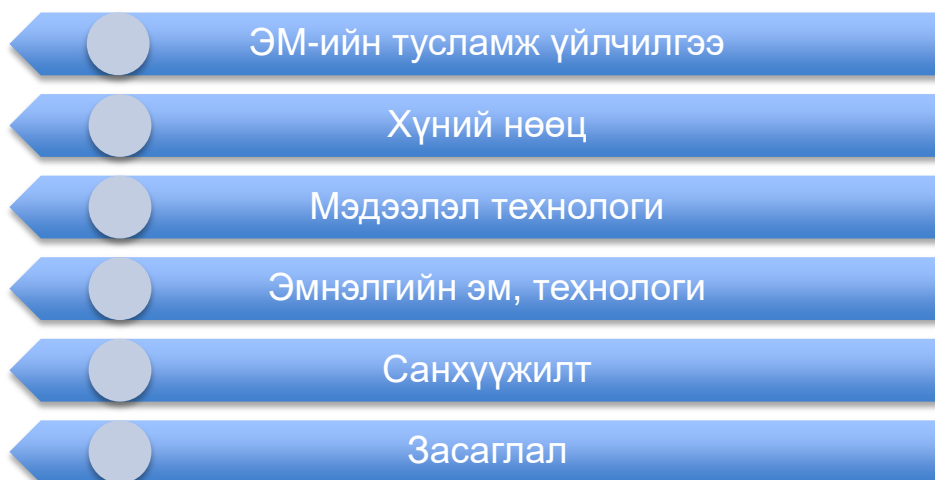
Эрүүл мэндийн салбарыг хөгжүүлэхэд хүн амын бүртгэл, өвчлөлийн мэдээллийг бүртгэлжүүлэх, тэдгээрийг тогтмол хянах, цахим компьютерийн сүлжээнд оруулах асуудлын хууль эрх зүйн орчныг бүрдүүлэх шаардлагатай байна.

Төвлөрлийг сааруулах бодлогыг хэрэгжүүлэхэд орон нутгийн эрүүл мэндийн байгууллагуудын чадавхийг сайжруулах, чадварлаг боловсон хүчнээр хангах, бүсчилж хөгжүүлэх зэрэг асуудлууд эрүүл мэндийн салбарт мөрдөгдөж буй хууль эрх зүйн баримт бичгүүдэд тусгагдаагүй байгаа тул хууль эрх зүйн орчныг сайжруулах, тогтвортой байдлыг хангахад онцгой анхаарах шаардлагатай байна.

Бүлэг 2.2. Эрүүл мэндийн салбарын өнөөгийн байдлын судалгаа

Эрүүл мэндийн салбарын өнөөгийн байдлын судалгааг Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллагын 6 тулгуур бүрэлдэхүүн хэсгийн хүрээнд авч үзлээ.

Үүнд:



2.2.1. ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТУСЛАМЖ ҮЙЛЧИЛГЭЭ

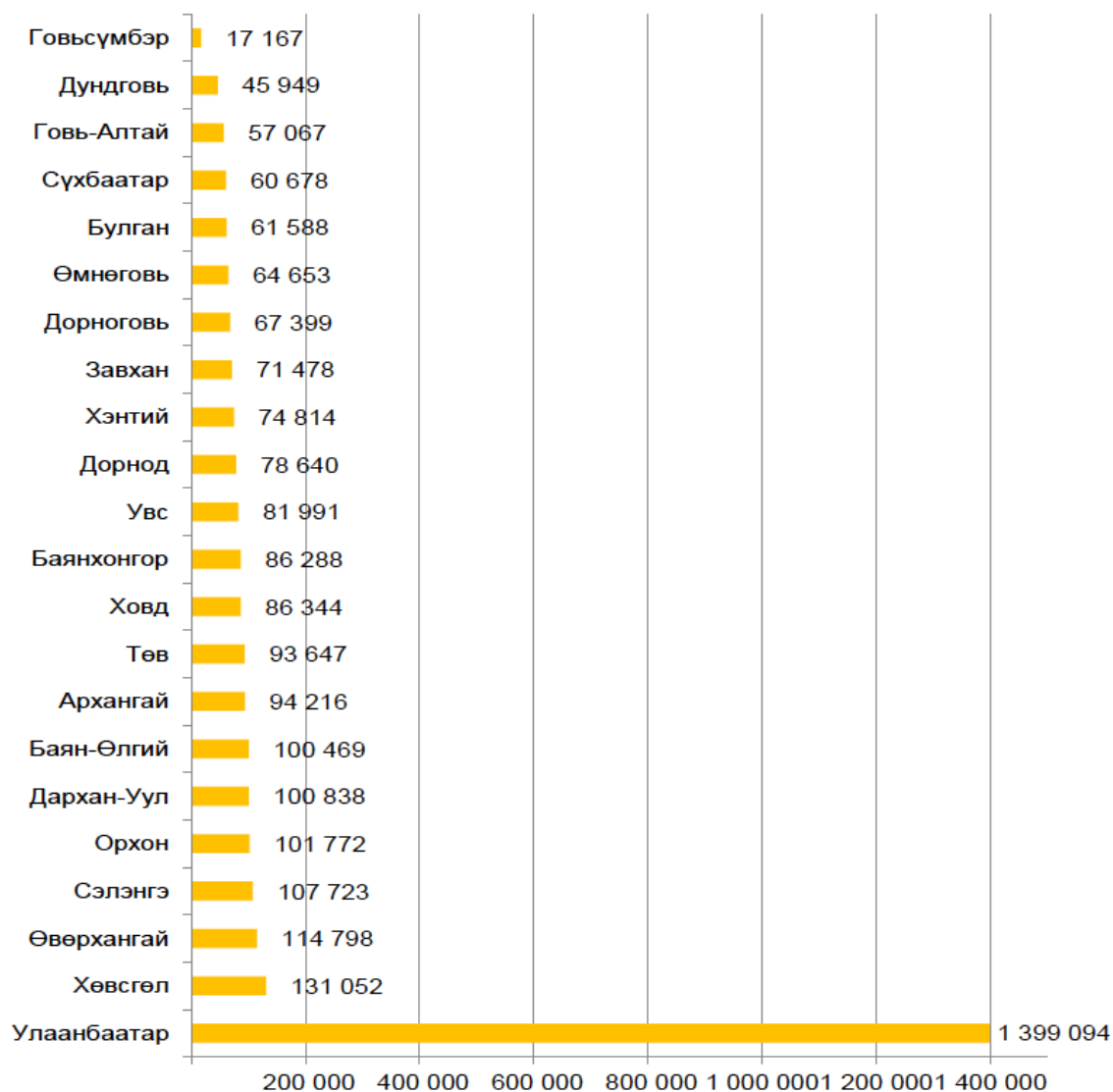
Монгол Улсын Их Хурлын 2016 оны 2 дугаар сарын 5-ны 19 дүгээр тогтоолоор батлагдсан “Монгол Улсын тогтвортой хөгжлийн үзэл баримтлал 2030”-ын нийгмийн тогтвортой хөгжлийн зорилтын хүрээнд Эрүүл мэндийн чанартай хүртээмжтэй тогтолцоо бүрдүүлэх зорилт тавьсан. Энэ хүрээнд 2016-2020, 2021-2025, 2026-20230 он гэсэн 3 үе шаттайгаар хэрэгжүүлж, хүрэх шалгуур үзүүлэлтүүдийг дараах хүснэгтээр харуулав.

**Хүснэгт . Монгол улсын тогтвортой хөгжлийн үзэл баримтлал-2030,
шалгуур үзүүлэлтүүд ба суурь түвшин**

№	Үзүүлэлт	Суурь түвшин	2016-2020	2021-2025	2026-2030
1	Хүн амын дундаж наслалт		71	74	78
2	Эхийн эндэгдлийн түвшин (100000 амьд төрөлтөд)	48,6	25	20	15
3	Тав хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдлийн түвшин (1000 амьд төрөлт)	20,8	15	12	9
4	Нялхсын эндэгдлийн түвшин (1000 амьд төрөлтөд)	16,8	13	11	8
5	Зүрх, судасны өвчлөлөөс шалтгаалсан нас баралт (10000 хүн амд ногдох)		17,4	16	9
6	Хорт хавдраас шалтгаалсан нас баралт (10000 хүн амд)		10,5	9	8
7	Товлолт дархлаажуулалтын хамралтын хувь		98.5	99	99,8
8	Вируст гепатитын өвчлөл (10000 хүн амд)		3	2,5	2
9	Сүрьеэгийн тохиолдол (10000 хүн амд)		14.4	14	13

Монгол улсын хүн ам 2017 оны жилд 3,177900 болж, 1.9 хувиар өссөн байна. Нийт хүн амын 67.6 хувь нь хот суурин газар, үлдсэн 32.4 хувь нь хөдөө амьдарч байна.

Зураг . 2017 оны дундаж хүн амын тоо, аймгаар



1) Хүн амын дундаж наслалт

Хүн амын дундаж наслалт 2017 онд 69.89 болсон бөгөөд эмэгтэйчүүдийн дундаж наслалт 75.44, эрэгтэйчүүдийнх 65.88 байна. 2017 оны байдлаар дэлхийн хүн амын дундаж наслалтаас харахад Монако улс 89.4 жил буюу хамгийн өндөр, харин Чад улс 50.2 жил буюу хамгийн бага дундаж наслалттай байна. Монгол улс 159-рт бичигдсэн байна.

Жагсаалт	Улс/хот	Дундаж наслалт	Мэдээлэл тавигдсан хугацаа
1	Монако/Monaco	89.42	2017 он
2	Япон/Japan	85.26	2017 он
3	Сингапур/Singapore	85.21	2017 он
4	Макао/Macau	84.55	2017 он
5	Сан-Марино/San Marino	83.34	2017 он
6	Андора/Andorra	82.85	2017 он
7	Жерсей/Jersey	82.61	2017 он
8	Хонконг/Hong Kong	82.52	2017 он
9	Австрали/Australia	82.31	2017 он
10	Итали/Italy	82.28	2017 он

<http://www.infoplease.com/world/statistics/life-expectancy-country.html>

Дундаж наслалтын хүйсийн ялгаа 9.56 жил байгаа нь дундаж наслалтын дэлхийн орнууд дах хүйсийн ялгаа болох 4 жилээс өндөр байна.

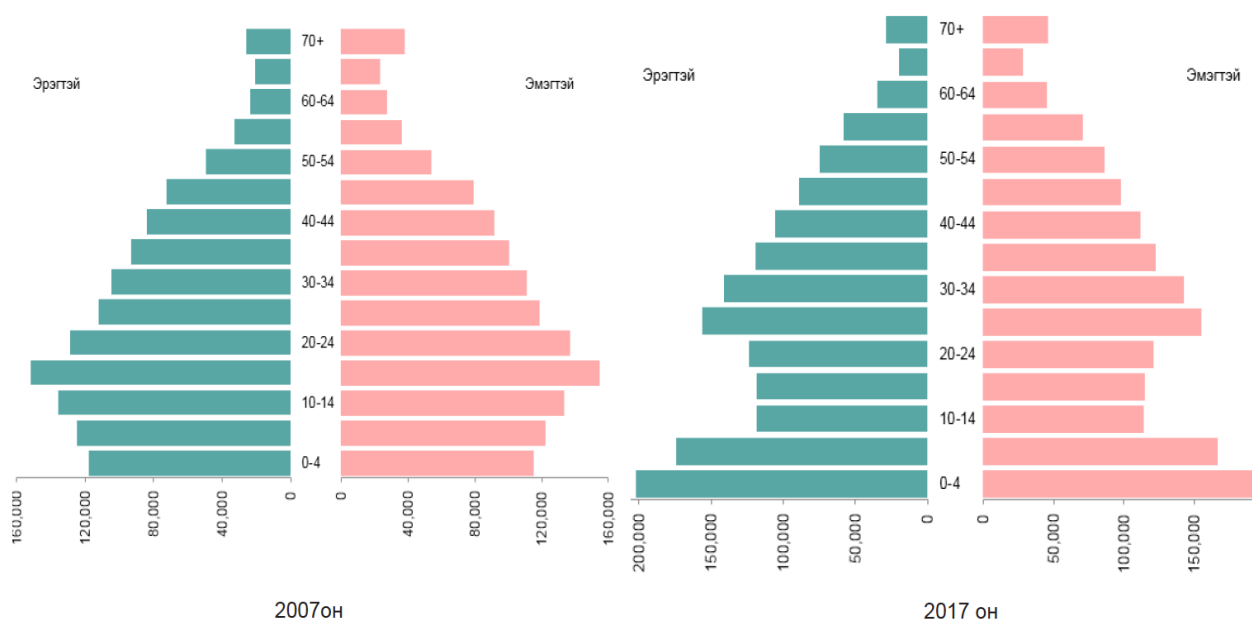
Харин аймаг, бүс нутгийн хувьд авч үзвэл 2017 оны байдлаар дундаж наслалт ялгаатай байгаа бөгөөд хангайн бүсийн хүн амын дундаж наслалт хамгийн бага буюу 70.1 нас, харин төвийн бүсийнх хамгийн өндөр буюу 71.8 байна. Аймагуудаар харуулбал, Хөвсгөл (66.2), Увс (68.8), Дорнод (68.8), Дархан Уул (68.7), Говь Алтай (69.4), Баянхонгор (69.3) зэрэг аймгууд дундаж наслалтаар улсын дундаж үзүүлэлтээс доогуур байна.

Аймаг, хот	Бүгд	Эрэгтэй	Эмэгтэй
Бүгд	69.89	65.88	75.44
Баруун бүс	70.82	67.02	74.14
Хангайн бүс	70.14	67.34	74.24
Төвийн бүс	71.80	68.44	76.48

Зүүн бүс	70.86	66.95	75.20
Улаанбаатар	71.51	66.71	74.9

Хүн ам зүйн хувьд 0-14 насны хүүхдийн хүн амд эзлэх хувь 30.5%, нөгөө талаас 65, түүнээс дээш настай хүн амын эзлэх хувь 3.9% байгаа нь насны бүтцийн хувьд “залуу” бүтэцтэй байна.

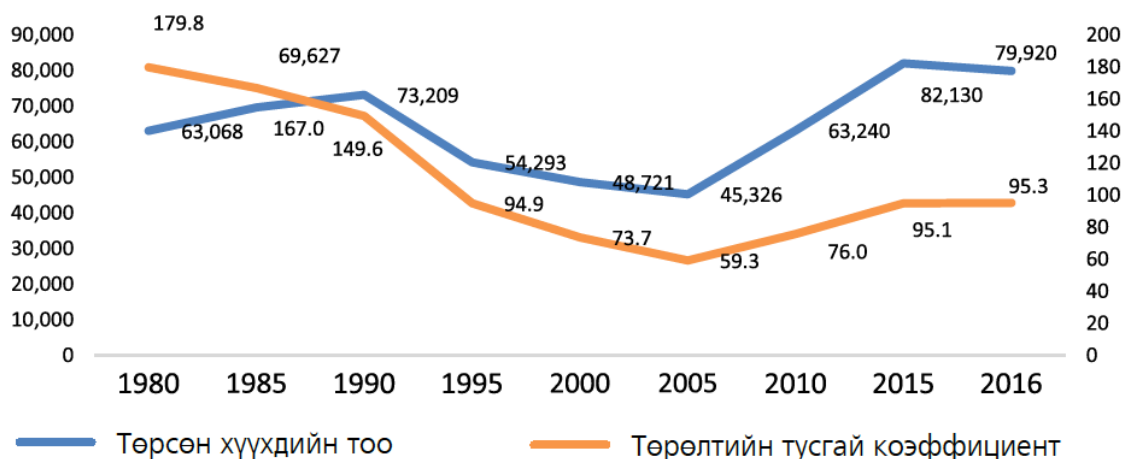
Зураг. Хүн ам зүйн суварга, 2007, 2017 он



2007 онд 15-19 насныхны хувь их байхад 2017 онд энэ насныхны эзлэх хувь харьцангуй бага байгаа нь 2001-2005 онд төрөлт хамгийн доод түвшинд байсныг харуулж байна (статистик). 2011 оноос төрөлт аажим нэмэгдэж, 0-9 насныхны эзлэх хувь 10 жилийн өмнөхтэй харьцуулахад мэдэгдэхүйц нэмэгдсэн байна. Иймд дараагийн 10 жилд эдгээр хүүхэд залуучуудад чиглэсэн үйлчилгээ, ялангуяа эрүүл мэнд, боловсролын үйлчилгээний хэрэгцээ өсөх болно.

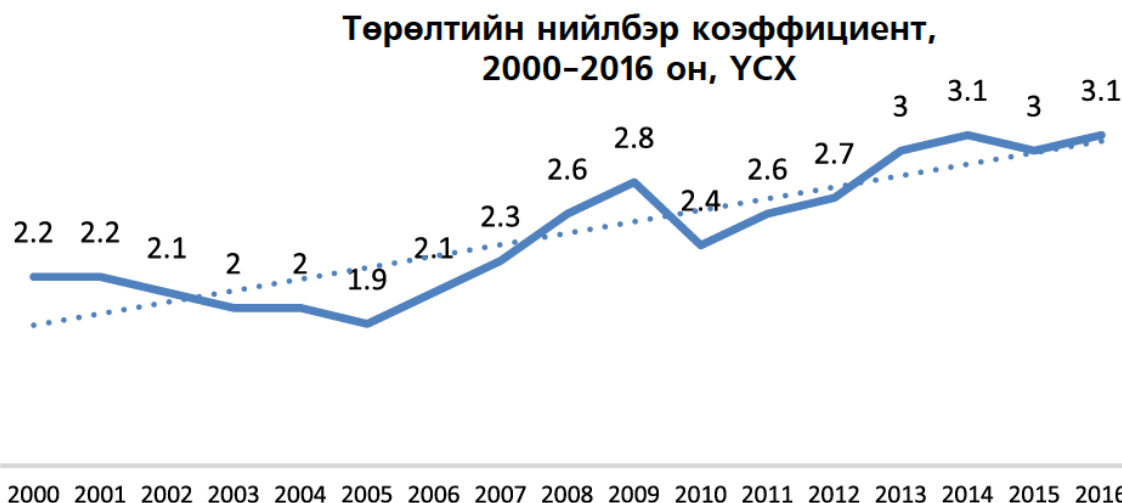
Улсын хэмжээнд 2017 онд 73,884 хүүхэд мэндэлсэн бөгөөд 1990 онд 1000 хүн амд ногдох төрөлтийн түвшин 35.3 байсан бол 2005 онд 17.8 болж 2 дахин буурч хамгийн бага түвшинд хүрсэн бөгөөд 2006 оноос хойш сүүлийн 10 жилд тогтвортой нэмэгдэн 2017 онд 24.0 хүрсэн байна.

Зураг.



Монгол эмэгтэйчүүд төрөх насандаа дунджаар 3 хүүхэд төрүүлж байгаа нь хүн ам зүйд төрөлтийн нийлбэр коэффициентийн эргэн нөхөгдөх түвшин болох 2.1-ээс давж, өсөлтөө нөхөж чадахгүй байсан 2005 оноос өмнөх үетэй харьцуулахад тогтвортой өсөлтийг илтгэж байна (НҮБ, 2018).

Зураг. Төрөлтийн нийлбэр коэффициент, 2000 – 2016 он

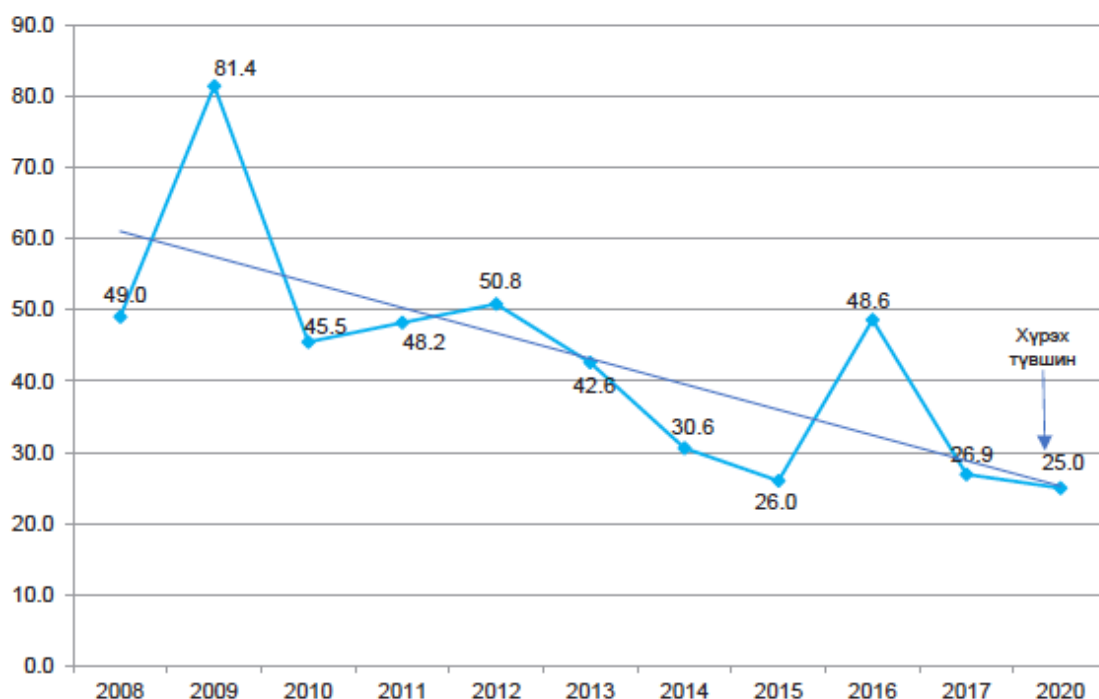


2) Эхийн эндэгдлийн түвшин

2015 онд Монгол улс эхийн эндэгдлийн түвшинг 100 000 амьд төрөлтөд 26 хүртэл бууруулж чадсанаар эхийн эндэгдлийг бууруулах Мянганы хөгжлийн зорилтод хүрсэн дэлхийн 9 орны нэг болж, эхийн эндэгдэл өндөр орноос

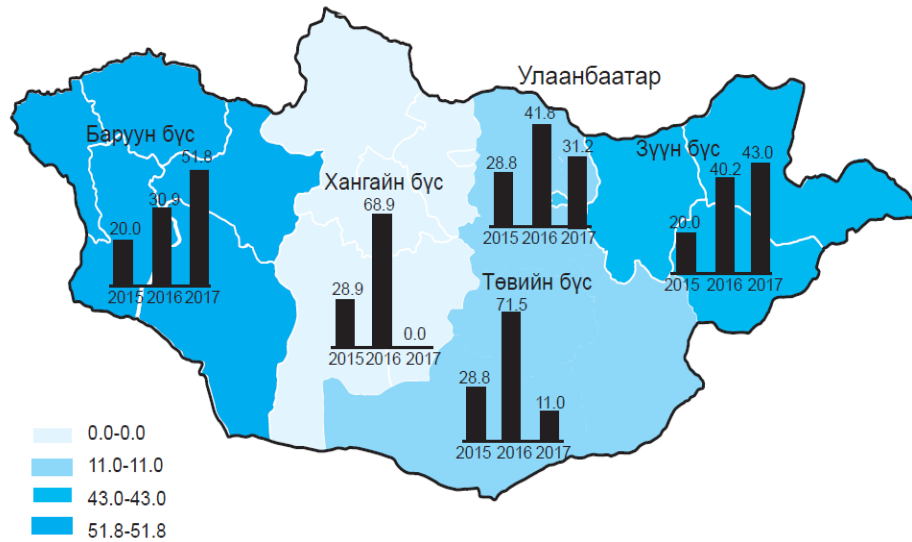
эхийн эндэгдэл дунд зэрэгтэй орны түвшинд хүрсэн. Энэ нь 1990 оноос хойш эхийн эндэгдлийг 4.6 дахин буюу 75 хувиар бууруулсан сайн үзүүлэлт байсан хэдий ч 2016 онд эхийн эндэгдэл огцом өсч, 2017 онд буцаж 2015 оны түвшин рүү буусан (100 000 амьд төрөлтөд 26.9 буюу 20 тохиолдол) (НҮБ, 2018).

Зураг. Эхийн эндэгдэл, 100 000 амьд төрөлтөд, 2008 - 2017



Эхийн эндэгдлийн түвшинг бүс нутгаар авч үзвэл төвийн бүсэд улсын дунджаас 100 000 амьд төрөлтөд 15.9 тохиолдлоор бага, харин Улаанбаатар болон зүүн, баруун бүсэд улсын дунджаас 4.3-24.9 тохиолдлоор их байна. 2017 онд зүүн ба баруун бүсэд эхийн эндэгдэл 100 000 амьд төрөлтөд 43.0-51.8 болж өмнөх оны түвшнээс 2.8-20.9 тохиолдлоор нэмэгдсэн байна.

Зураг. Эхийн эндэгдэл бүсээр, 100 000 амьд төрөлтөд, сүүлийн 3 жилээр



Эхийн эндэгдлийн шалтгаан

Архангай, Баянхонгор, Булган, Говь Алтай, Говьсүмбэр, Дархан Уул, Дорноговь, Дорнод, Дундговь, Орхон, Өвөрхангай, Сэлэнгэ, Төв, Хөвсгөл зэрэг аймгуудад эхийн эндэгдлийн тохиолдол бүртгэгдээгүй байна. Эхийн эндэгдлийн 90% нь эмнэлэгт, 10% нь гэртээ эндсэн байна (ЭМЯ, 2018).

“Эх яагаад эндэв” 2016 оны судалгаагаар нас баралтын талаас илүү хувь (54%) нь цус алдалт, үжил халдвар болон цусны даралт ихсэх зэрэг эх барихын шууд шалтгаанаас үүдэлтэй байна.

Зураг. Эхийн эндэгдэл, 2012-2016

Эхийн эндэгдлийн шалтгаан, 2012-2016

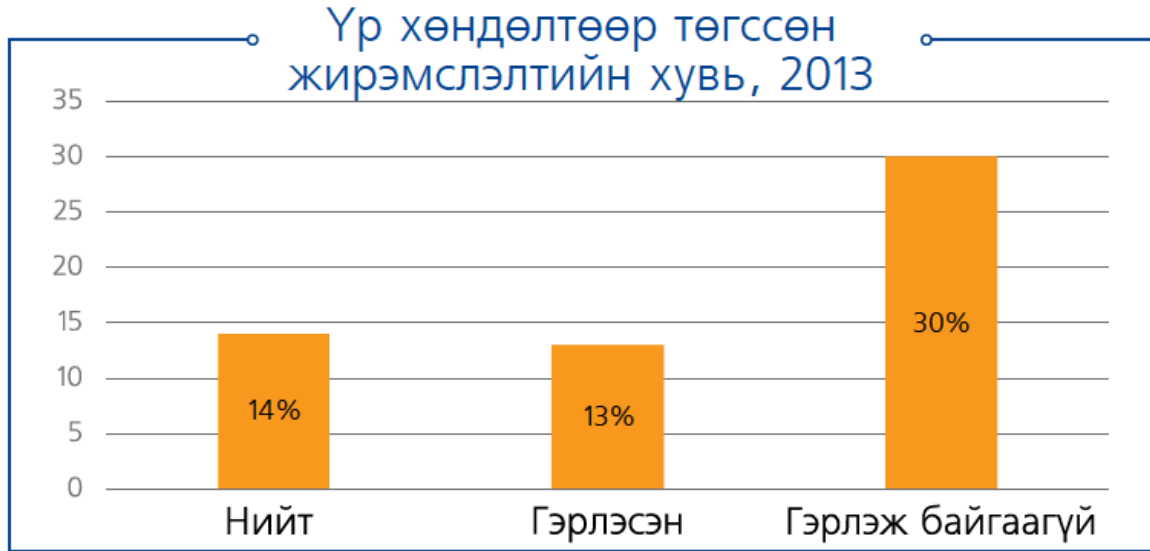


Нийт эндэгдлийн 45%-ийг жирэмсэн, төрөлт, төрсний дараах үеийн тусламжийг чанартай, үр дүнтэй үзүүлснээр сэргийлэх боломжтой байсан гэж дүгнэжээ. Иргэдийн орлого, боловсролын түвшин, архи, тамхины хэрэглээ, гэр бүлийн хүчирхийлэл зэрэг нийгэм эдийн засгийн хүчин зүйлс эхийн эндэгдэлд нөлөөлдөг. 2012 -2015 онд эндсэн эхийн 72.9% бага, дунд боловсролтой, 65% нь ажилгүй, оюутан, малчин байсны зэрэгцээ 6 эхийн эндэгдэлд гэр бүлийн хүчирхийлэл, сэтгэл санааны дарамт, архины хамаарал нөлөөлжээ (Эх яагаад эндэв, 2016).

“Эх яагаад эндэв 2012-2016” судалгааны дүнгээс харахад эх барихын шууд шалтгаант эндэгдлийн 10% нь үр хөндөлтөөс үүдэлтэй байна.

Нийт жирэмслэлтийн 14% нь хүсээгүй, огт төлөвлөөгүй жирэмслэлт байна. Гэрлээгүй эмэгтэйчүүд гэрлэсэн эмэгтэйчүүдтэй харьцуулахад 2 дахин их үр хөндүүлж байгаа нь энэ бүлгийн эмэгтэйчүүд хүсээгүй жирэмслэлтээс сэргийлэх мэдлэг, үйлчилгээ дутмаг, жирэмслэхээс сэргийлэх арга хэрэгслийн хэрэглээ хангалтгүй байгааг илэрхийлж байна. Үр хөндөлтийг гэр

бүл төлөвлөлтийн арга гэж үзэх хандлага нийтлэг, жирэмслэлтээс хамгаалах арга хэрэгсэл, холбогдох мэдээлэл дутмагтай холбоотой үр хөндөлтийн хувь буурахгүй байна. Иймд эмэгтэйчүүд ядуурлын эргүүлгээс гарч чадахгүй улам ядууралд хүргэж байна.



Манай улсад өсвөр насны охидын төрөлтийн түвшин нэмэгдэж байна. Нийт төрөлтөд 15-19 насны охидын төрөлтийн эзлэх хувь сүүлийн 10 гаруй жилд харьцангуй тогтвортой байж, 2016 онд бага зэрэг буурсан ч, 15-19 насны 1000 охид тутамд ногдох төрөлтийн түвшин мөн хугацаанд бараг 2 дахин өсч, 33.1-д хүрсэн нь энэ хугацааны хамгийн өндөр үзүүлэлт юм.

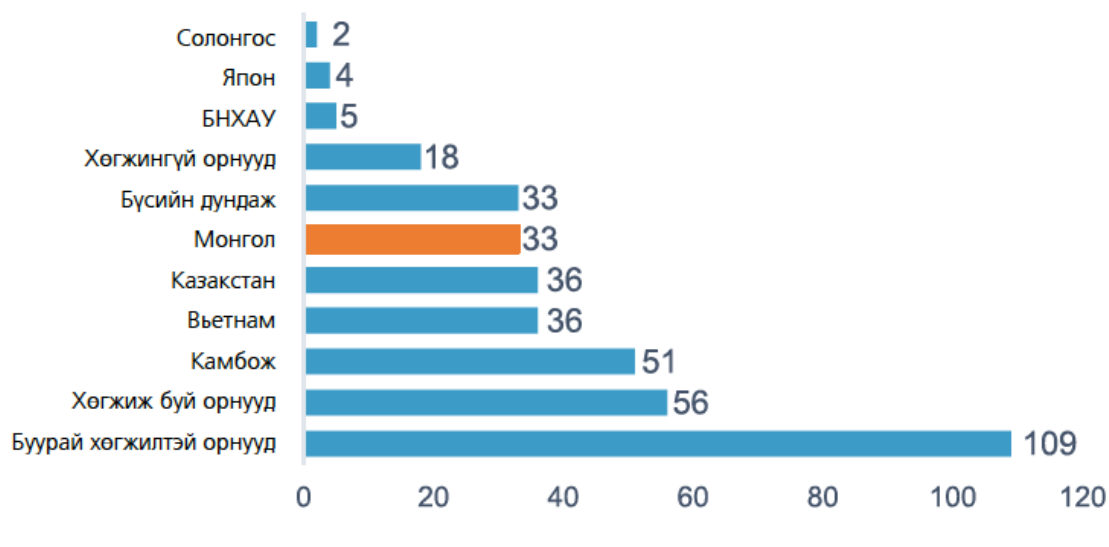
Зураг. 15-19 насны төрөлт



Монгол охидын төрөлтийн түвшин шашин, соёл, ёс заншил ойролцоо орнуудтай харьцуулахад өндөр байна.

Зураг. 15-19 насны охидын төрөлтийн түвшин

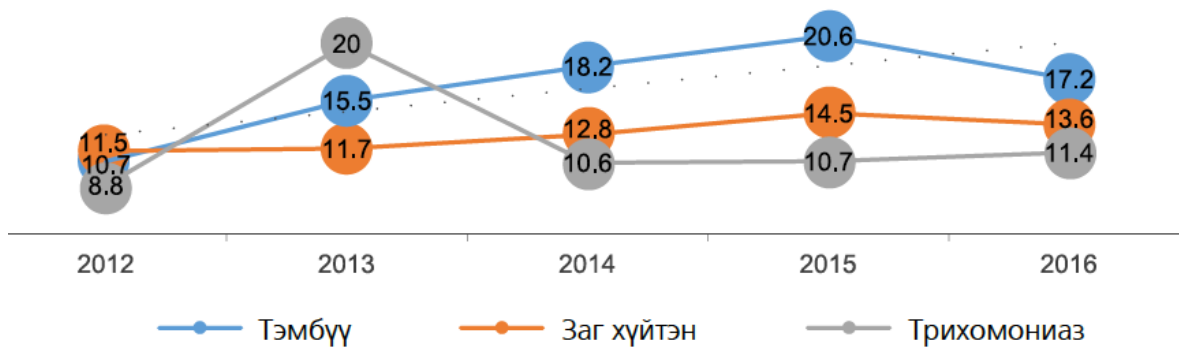
15-19 насны охидын төрөлтийн түвшин



Өсвөр насныхны дунд бэлгийн замаар дамжих халдварын түвшин буурахгүй байна. 2016 онд тэмбүү, заг хүйтний тохиолдол буурсан ч өсвөр насныхны дунд үр хөндөлт, бэлгийн замаар дамжих халдварын тохиолдол өссөн байна. Энэ нь өсвөр үеийнхэнд ээлтэй тусламж үйлчилгээ хүртээмжгүй, өсвөр үеийнхэн өөрсдөө болон эцэ эх, асран хамгаалагч нв өсвөр үеийнхний нөхөн үржихүйэ эрүүл мэндийн талаар хангалттай мэдлэггүй байгааг илтгэж байна.

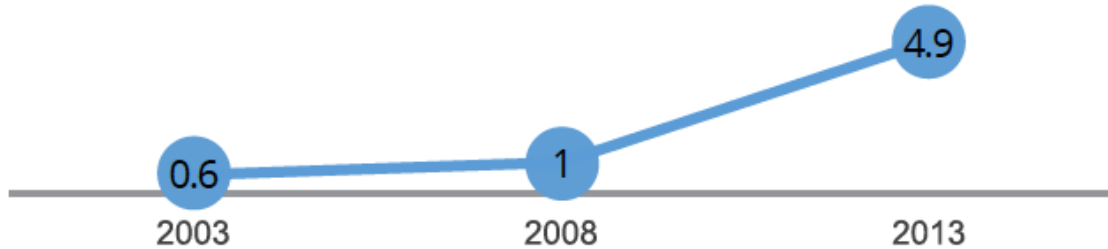
Зураг.

15-19 насны 10 000 хүн ам тутамд ногдох бэлгийн замаар дамжих халдварын түвшин



Зураг. 15-19 насны охидын үр хөндөлтийн түвшин

15-19 насны 1000 охид тутамд ногдох үр хөндөлтийн түвшин, 2003, 2008, 2013



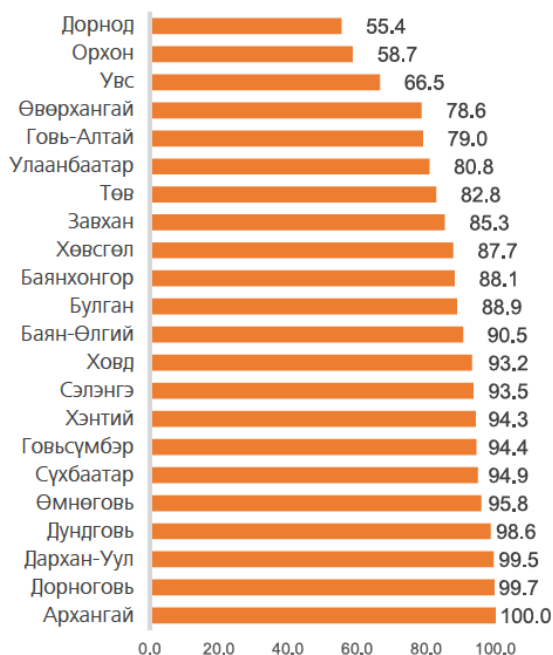
Өсвөр насны 15-19 насны охидын үр хөндөлтийн түвшин 2003 онд 1000 охид тутамд 0.6 байсан бол 2013 онд 4.9 болж өсчээ. Энэ нь өсвөр үеийнхэнд зориулсан эрүүл мэндийн үйлчилгээ хомс, жирэмслэхээс сэргийлэх арга хэрэгслийн хэрэгцээ хангагдахгүй байгааг илтгэсэн ноцтой чиг хандлага юм.

Монгол улсад 10 настай 25,000 охид байгаа бөгөөд Тогтвортой хөгжлийн зорилгод хүрэхийн тулд ирэх 15 жилд эдгээр 10 настай охидын ирээдүйд хөрөнгө оруулалт хийх буюу сургуульд сурч, боловсрол эзэмшин, эрүүл мэндийн чанартай тусламж үйлчилгээ авах боломжийг хангасан тохиолдолд эдгээр охидууд 2015-2030 онд нийт 18,470 ам. долларын орлого олох болно. Харин хөрөнгө оруулалт хийхгүй бол 8,784 ам. долларын орлого олох бөгөөд хөрөнгө оруулалт хийсэн тохиолдолд 9,686 ам.долларын зөрүү гарч байна (Дэлхийн хүн амын тайлан, 2016).

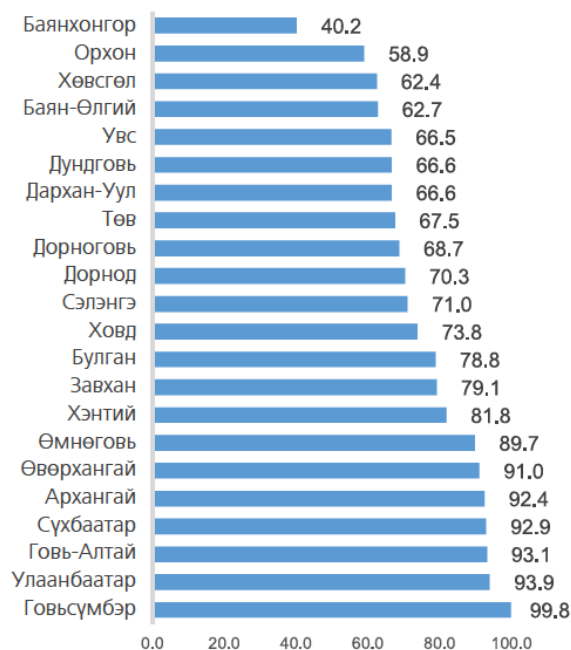
Country, territory or other area	Maternal and newborn health					Sexual and reproductive health					Education					
	Maternal mortality ratio (MMR): deaths per 100,000 live births ^a	Range of MMR uncertainty (UI 80%) 2015		Births attended by skilled health personnel, per cent ^b	Adolescent birth rate per 1,000 women aged 15-19 ^c	Contraceptive prevalence rate, women aged 15-49 2016		Unmet need for family planning rate, women aged 15-49 ^d	Proportion of demand satisfied, women aged 15-49 ^e	Proportion of demand satisfied with modern methods, women aged 15-49 ^f	Adjusted primary school enrolment, net per cent of primary school-age children, 1999-2015		Gender parity index, primary education 1999-2015	Secondary school enrolment, net per cent of secondary school-age children, 2000-2015		Gender parity index, secondary education 2000-2015
		2015	Lower estimate			Upper estimate	2006-2015				2006-2015	Any method ^g		Modern method ^h	2016	
Mongolia	44	35	55	99	27	58	52	14	80	72	96	95	0.99	85	88	1.03

Жирэмсний хяналт нь нөхөн үржихүйн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний чухал хэсэг юм. 2016 оны байдлаар улсын хэмжээнд жирэмсний хяналтын хамралт 86.2% байна. Энэ үзүүлэлт сүүлийн 10 жилийн турш тогтвортой байгаа хэдий ч 90% ба түүнээс дээш хувьд хүргэсэн аймгийн тоо 2007 онд 11 байсан бол 2016 онд 6 аймаг болж буурсан байна (ХАС, 2018).

Жирэмсний хяналтад 6-с дээш удаа хамрагдсан хувь, 2007



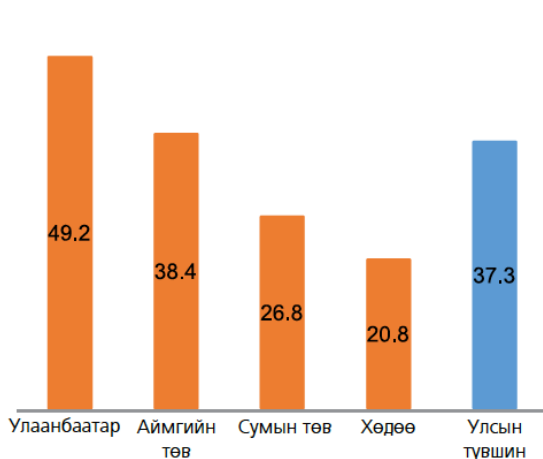
Жирэмсний хяналтад 6-с дээш удаа хамрагдсан хувь, 2016



2013 оны судалгаагаар жирэмсний хяналтын чанарыг 5 үзүүлэлтээр тодорхойлж, чанартай хяналтанд хамрагдсан эмэгтэйчүүдийн хувийг тооцоход улсын хэмжээнд дөнгөж 37.3% байв. Сум, аймгийн эмнэлэгт эм хэрэгсэл, тоног төхөөрөмж хангалтгүй байгаагийн улмаас зайлшгүй хийх ёстой зарим шинжилгээг хийж чадахгүй байгаа нь хяналтын чанар, тусламж үйлчилгээний тэгш бус байдалд нөлөөлж байна. Сумын төвд амьдардаг дундаж болон бага орлоготой эмэгтэйчүүдэд жирэмсний чанартай хяналт, үйлчилгээний хүртээмж хамгийн бага байна (НҮБ ХАС, 2018).

0.0 20.0 40.0 60

Чанартай хяналтад хамрагдсан жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн хувь, 2013



Жирэмсний хяналтын чанарын үзүүлэлтүүд



Тэмбүү илрүүлэх шинжилгээнд хамрагдсан эмэгтэйчүүдийн хувь өссөн ч төрөлхийн тэмбүү нэмэгдсэн нь хяналтын чанар сул байгааг илтгэж байна.

ҮЗҮҮЛЭЛТ	2007	2016
Тэмбүү илрүүлэх шинжилгээнд хамрагдсан хувь	69.3	97.1
Төрөлхийн тэмбүүтэй төрсөн хүүхдийн тоо	7	42

3) Тав хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдлийн түвшин

Нялхас болон 5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл 1990 оноос хойшхи 20 жилийн хугацаанд эрчимтэй буурч байгаагийн илрэл нь 1 000 амьд төрөлтөд ногдох тав хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл 2017 онд 1990 оны түвшинтэй харьцуулахад 5.2 дахин ба нялхсын эндэгдэл 4.7 дахин тус тус буурснаас харагдаж байна.

2017 оны байдлаар 5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл 1 000 амьд төрөлтөд 16.7 байгаа нь 2008 онтой харьцуулахад 6.7-оор буурсан байна. 2017 онд 5 хүртэлх насандаа 1244 хүүхэд эндсэн бөгөөд өмнөх онтой харьцуулахад 384 тохиолдлоор буюу амьд төрсөн 1 000 хүүхдэд ногдох эндэгдэл 4.1 тохиолдлоор буурсан үзүүлэлттэй байна.

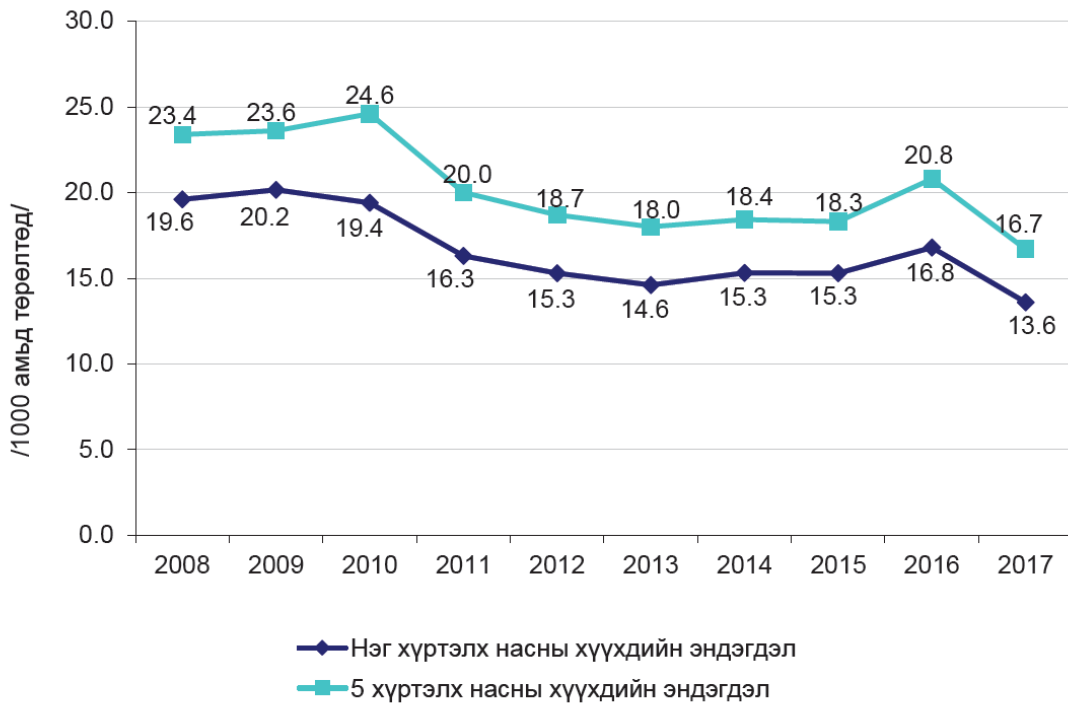
4) Нялхсын эндэгдлийн түвшин

Сүүлийн жилүүдэд нялхсын эндэгдэл тогтвортой буурч Мянганы хөгжлийн зорилтын үзүүлэлтийг хангаад байсан бөгөөд 2013 онд 1000 амьд төрөлтөд 14.6 болж хамгийн бага түвшинд хүрсэн жил болсон.

2017 оны байдлаар улсын хэмжээнд нялхсын эндэгдэл 1009 тохиолдол бүртгэгдэж, 1000 амьд төрөлтөд 13.6 ногдож байгаа нь өмнөх оноос 3.2-оор буурсан байна.

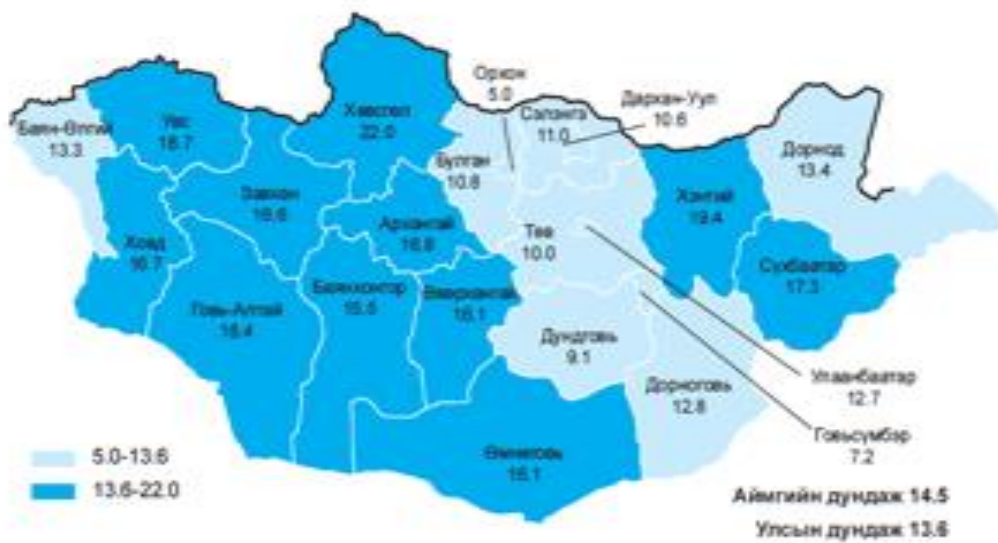
Зураг. Нялхсын болон 5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл, 2008-02017 он

Нялхсын болон 5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл /2008-2017 он/

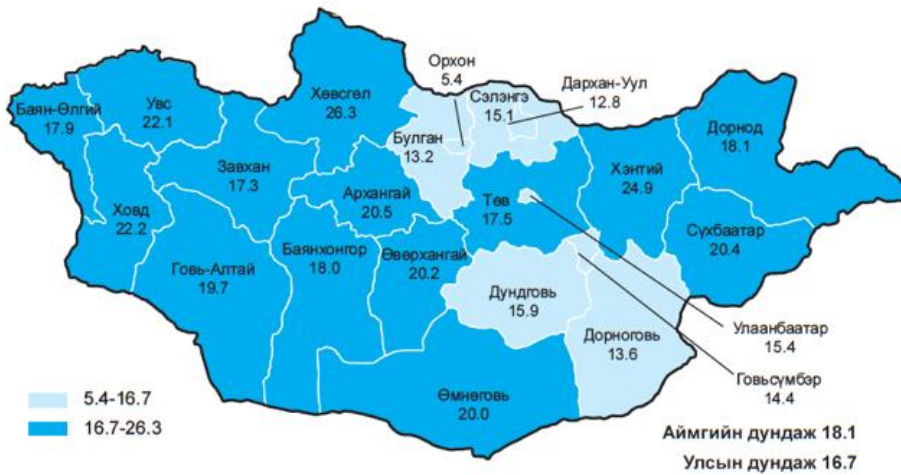


Тав хүртэлх насандаа эндсэн хүүхдийн 86.4 хувь нь өвчнөөр, 13.6 хувь нь осол, гэмтлийн улмаас эндлсэн бөгөөд 72.6 хувь нь эмнэлэгт, 27.4 хувь нь эмнэлгээс гадуур эндсэн бөгөөд Хөвсгөл (26.3), Хэнтий (24.9), Ховд (22.2), Увс (22.1), Архангай (20.5), Сүхбаатар (20.4), Өвөрхангай (20.2), Өмнөговь (20.0) аймгуудад улсын дунджаас 3.3-9.6 тохиолдлоор өндөр байна.

Нялхсын эндэгдэл, 1000 амьд төрөлтөд



Тав хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл, 1000 амьд төрөлтөд



2017 оны байдлаар нялхсын болон 5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдлийн хувьд хөдөө орон нутагт мэдрэлийн тогтолцооны эмгэг, гэмтэл, хордлого, гадны шалтгаант бусад тодорхой эмгэг илүү өндөр байна.

Хүснэгт. Нялхас болон 5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдлийн шалтгаан, хувиар, хот, хөдөө, 2017 он

	1 хүртэлх насны		5 хүртэлх насны	
	Хот	Хөдөө	Хот	Хөдөө
Амьсгалын тогтолцооны өвчин	2.5	1.7	3.2	1.8
Мэдрэлийн тогтолцооны өвчин	7.8	16.2	8.6	17.1
Перинаталь үед үүссэн зарим эмгэг	61.3	49.8	50.6	43.5
Төрөлхийн гажиг, гаж хөгжил ба хромосомын эмгэг	18.8	10.8	17.0	10.4
Гэмтэл, хордлого ба гадны шалтгаант бусад тодорхой эмгэг	1.8	10.8	7.9	17.7

- Тэргүүлэх шалтгаан
- Хоёрдугаар шалтгаан
- Гуравдугаар шалтгаан

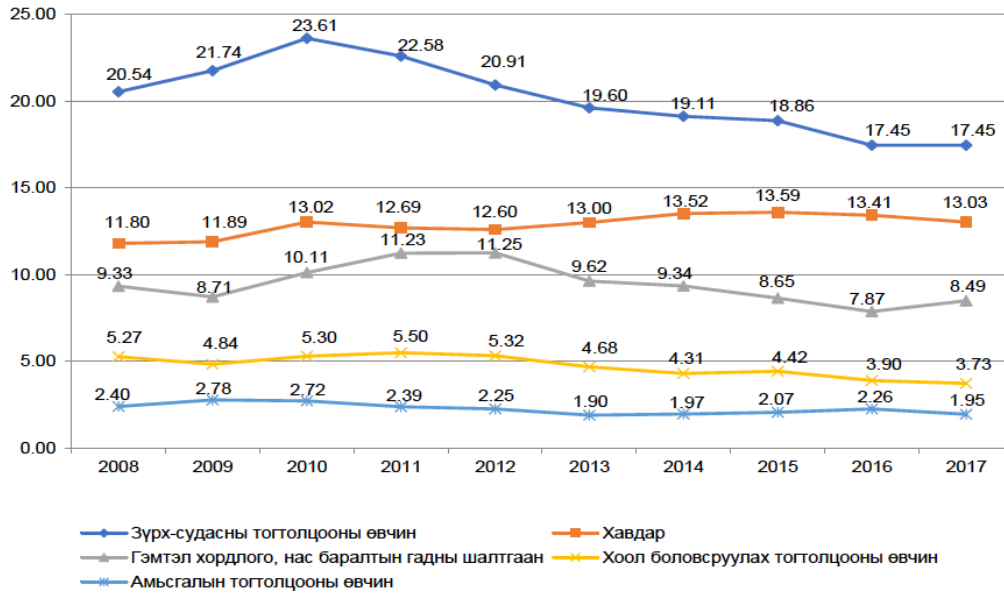
5) Зүрх, судасны өвчлөлөөс шалтгаалсан нас баралт (10000 хүн амд ногдох)

2017 онд хүн амын нас баралтын шалтгааны 34.2 хувийг зүрх судасны тогтолцооны өвчин, 25.5 хувийг хавдрын шалтгаант нас баралт эзэлж байгаа нь нийт хүн амын нас баралтын шалтгааны 59.7 хувь байна.

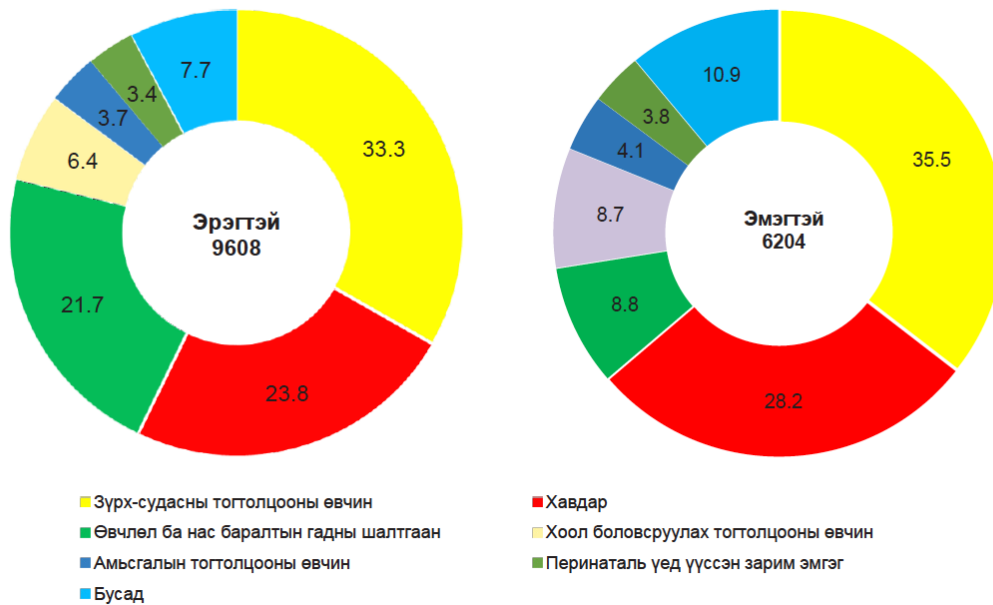
Жилд дунджаар 5000-5500 гаруй хүн буюу нас барсан 3 хүний нэг зүрх судасны тогтолцооны өвчин, 4 хүний нэг нь буюу 4000 гаруй хүн хорт хавдрын улмаас нас барж байна.

1995 оноос хойш хүн амын нас баралтын шалтгаанд зүрх-судасны тогтолцооны өвчин, хавдар, өвчлөл ба нас баралтын гадны шалтгаант нас баралт тэргүүлсээр байна.

Зураг. Нас баралтын тэргүүлэх шалтгаан, 2008-2017



Нас баралтын зонхилох шалтгаан, хүйсээр, хувиар, 2017 он



Хүснэгт. Нас баралтын тэргүүлэх 5 шалтгаан, аймгаар, 2017 он

№	Аймаг, хотын нэр	10 000 хүн амд				
		Зүрх-судасны тогтолцооны өвчин	Хавдар	Өвчлөл ба нас баралтны гадны шалтгаант	Хоол боловсруулах тогтолцооны өвчин	Амьсгалын тогтолцооны өвчин
1	Архангай	16.98	12.63	7.32	2.23	1.91
2	Баян-Өлгий	20.80	7.96	4.68	1.99	3.88
3	Баянхонгор	18.08	11.82	8.58	4.52	2.55
4	Булган	24.19	16.07	7.31	3.09	0.97
5	Говь-Алтай	20.50	15.77	6.48	2.98	0.70
6	Говьсүмбэр	18.64	15.15	11.07	2.91	2.91
7	Дархан-Уул	21.72	14.68	8.53	2.38	1.39
8	Дорноговь	13.80	12.31	12.91	3.56	1.48
9	Дорнод	18.69	17.04	7.50	3.69	2.42
10	Дундговь	18.50	14.36	8.49	1.96	1.74
11	Завхан	20.99	15.53	6.16	1.26	1.12
12	Орхон	17.39	16.02	7.07	2.55	1.38
13	Өвөрхангай	21.52	12.02	6.97	3.83	2.35
14	Өмнөговь	18.56	8.51	8.35	4.18	2.47
15	Сүхбаатар	15.66	16.65	5.60	3.63	2.31
16	Сэлэнгэ	18.66	11.42	5.94	4.64	1.67
17	Төв	21.68	11.21	3.52	2.88	1.71
18	Увс	18.17	16.10	5.73	4.39	0.98
19	Ховд	17.26	14.25	7.53	2.08	1.62
20	Хөвсгөл	27.39	14.04	9.31	2.52	2.06
21	Хэнтий	15.10	13.90	6.42	4.14	3.07
22	Аймгийн дундаж	19.60	13.46	7.21	3.12	1.94
23	Улаанбаатар	14.83	12.52	10.04	4.47	1.97
24	Улсын дундаж	17.45	13.03	8.49	3.73	1.95

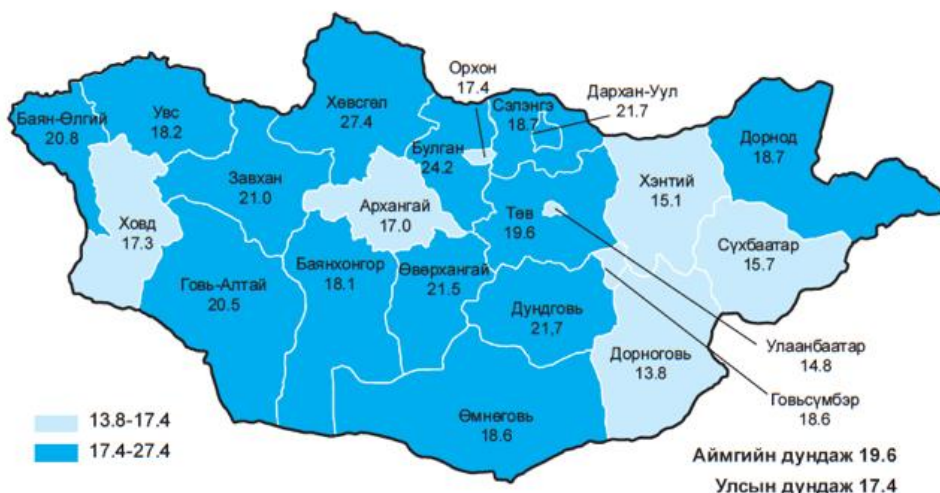
ТХЗ-д тусгасны дагуу 2020 гэхэд 10 000 хүн амд ногдох зүрх судасны өвчлөлөөс шалтгаалсан нас баралтыг 17.4 хүртэл бууруулна гэж заасан бөгөөд 2017 оны байдлаар 10 000 эрэгтэй хүн амд 21.06, 10 000 эмэгтэй хүн айд 13.97 ногдож байна.

Үзүүлэлт	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2020
Зүрх-судасны тогтолцооны өвчин												
Нийт	21.92	20.54	21.74	23.61	22.58	20.91	19.60	19.11	18.86	17.45	17.45	17.4 ^a
Эрэгтэй	25.21	22.02	24.19	27.33	26.65	25.02	22.70	22.10	21.66	20.54	21.06	-
Эмэгтэй	18.80	18.76	19.41	20.29	18.73	17.04	16.70	16.20	15.40	14.46	13.97	-

Зүрх судасны өвчний шалтгаант нас баралтын түвшин 45-65 насны эрэгтэйчүүдийн дунд өнөдр буюу 10 000 хүн амд ногдох зүрхний ишемийн өвчин 25.7, тархинд цус харвалт 19.2, цусны даралт ихсэх өвчин 16” ногдож байгаа бөгөөд тухайн насны эмэгтэйчүүдийн нас баралтын түвшинтэй харьцуулбал зүрхний ишемийн өвчний нас баралт 5.7 дахин, тархины цус харвалтын шалтгаант нас баралт 1.9 дахин, цусны даралт ихсэх өвчний шалтгаант нас баралт 1.8 дахин их байна.

Зүрх судасны тогтолцооны өвчний шалтгаант нас баралтын түвшин хангай, баруун болон төвийн бүсэд улсын дунджаас өндөр, зүүн бүсийн аймгуудад бага байна.

Зүрх-судасны тогтолцооны өвчний нас баралт



6) Хорт хавдраас шалтгаалсан нас баралт (10 000 хүн амд)

Хорт хавдар өвчний шалтгаант нас баралт 1990 оноос хойш хүн амын нас баралтын 2 дахь тэргүүлэх шалтгаан болсоор байна. 2017 оны байдлаар 10 000 хүн амд 13.03 буюу нийт нам баралтын 25.5 хувийг эзэлж байна. Эрэгтэйчүүдийн дунд элэг, ходоод, уушиг, гуурсан хоолой, улаан хоолой, бүдүүн шулуун гэдэс, эмэгтэйчүүдийн дунд элэг, ходоод, умайн хүзүү, улаан хоолой, уушиг, гуурсан хоолойн хорт хавдрын нас баралт тэргүүлэх 5 шалтгаан болж байна.

Зураг. Хорт хавдраас шалтгаалсан нас баралт, 2017 он



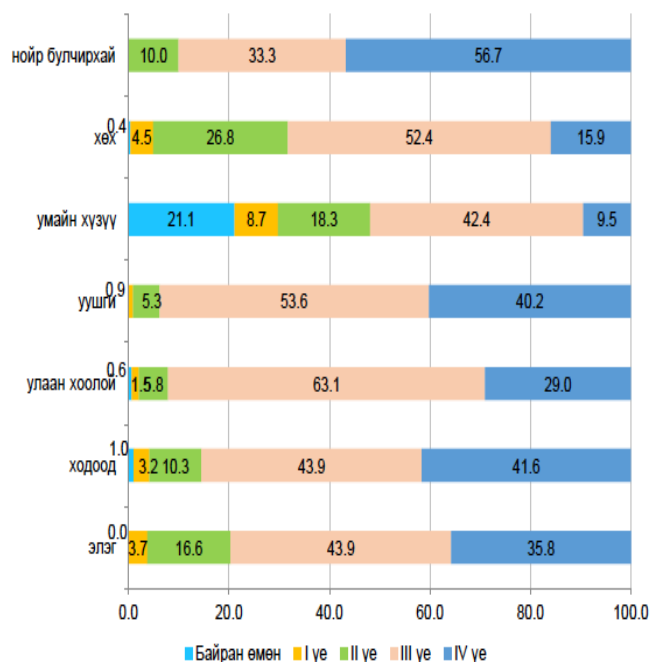
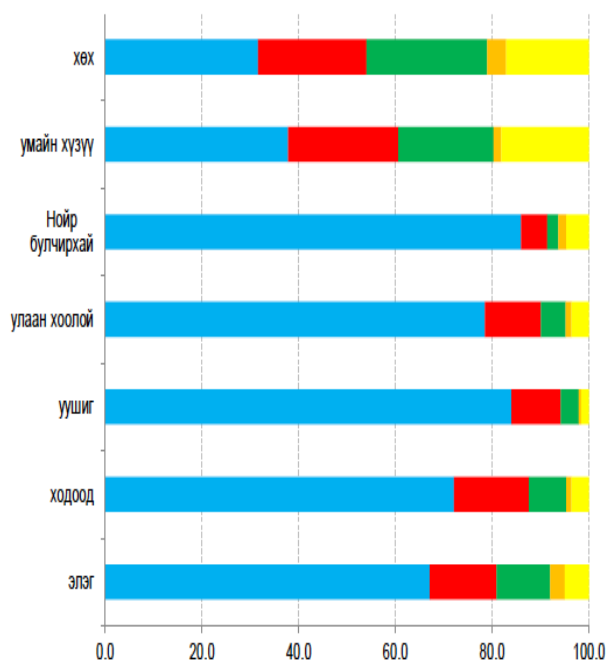
2017 оны байдлаар хорт хавдартай оношлогдсон хүн амын 78.3 хувь нь өвчнийхөө III, IV үе шатанд орсон үедээ оношлогдож, нас барсан нийт хүн амын 82.4 хувь нь анх оношлогдсоноосоо хойш 1 жил хүртэлх хугацаанд амьдарсан байна. 2008 онтой харьцуулахад хожуу оношлолтын хувь адил түвшинд, анх оношлогдсоноосоо хойш 1 жил хүртэлх хугацаанд амьдарсан хувь 15.3 хувиар нэмэгдсэн байна.

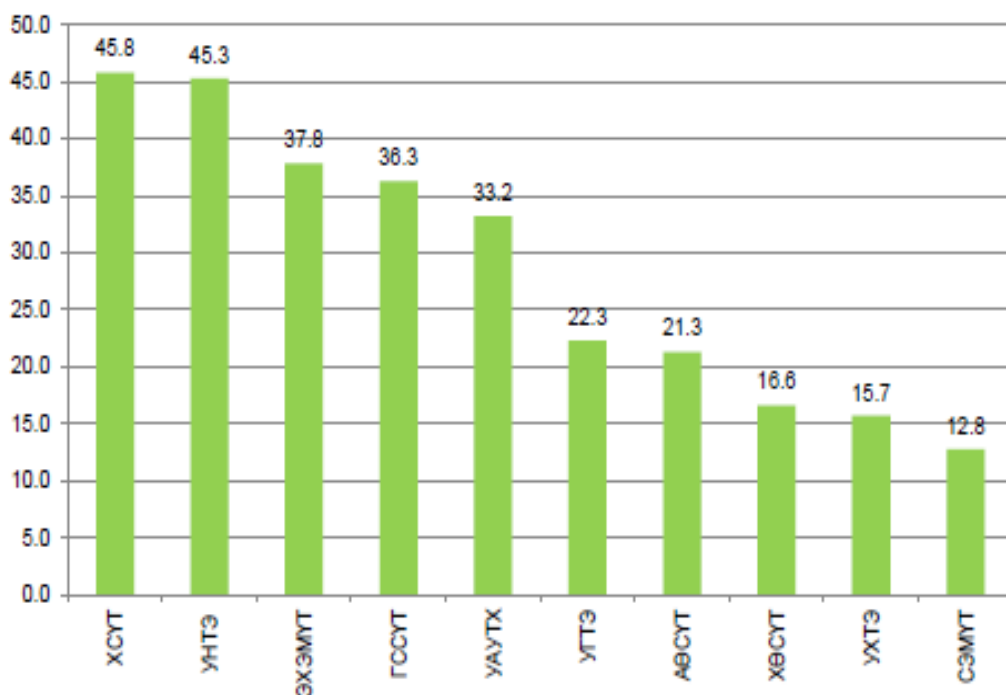
Зураг. Зонхилон тохиолдох хорт хавдрын нас баралт, анх оношлогдсоноос хойшх амьдарсан хувь, 2017

Зураг. Зонхилон тохиолдох хорт хавдрын өвчлөл, анх оношлогдсон I-IV үе

Зураг 8.2.1. Зонхилон тохиолдох хорт хавдрын нас баралт /анх оношлогдсоноос хойшхи амьдарсан хугацаа хувиар/, 2017 он

Зураг 8.2.2. Зонхилон тохиолдох хорт хавдрын өвчлөл /анх оношлогдсон I-IV үе шатандаа/, 2017 он





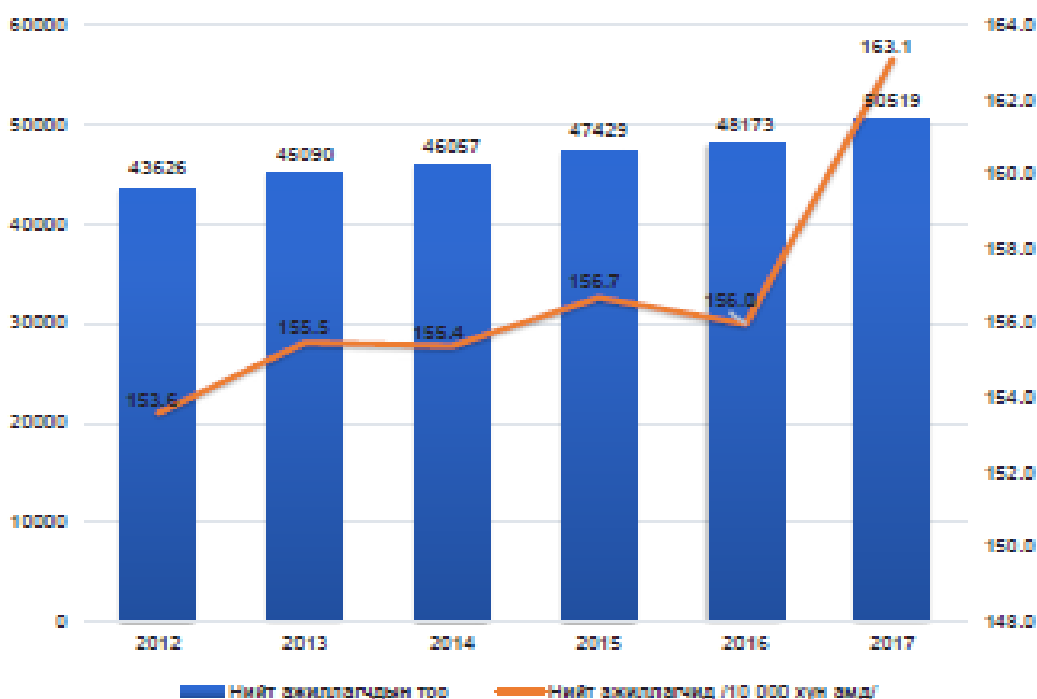
6) Товлолт дархлаажуулалтын хамралтын хувь

7) Вируст гепатитын өвчлөл (10000 хүн амд)

8) Сүрьеэгийн тохиолдол (10000 хүн амд)

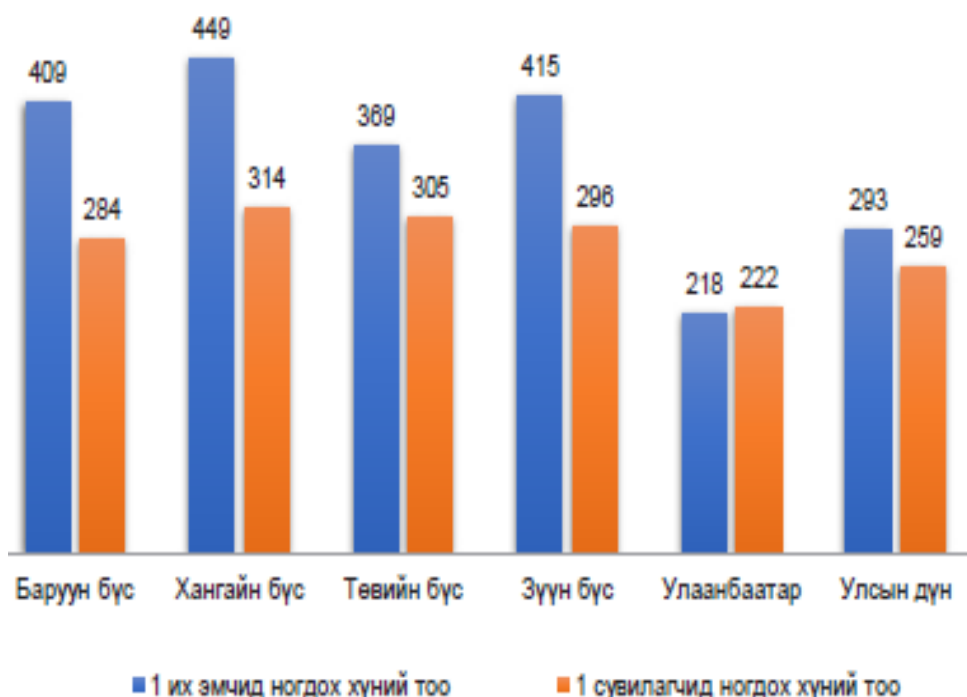
2.2.2. ХҮНИЙ НӨӨЦ

Эрүүл мэндийн салбарт 2017 оны байдлаар өмчийн бүх хэлбэрийн нийт 50 519 ажиллагсад байгаа нь өмнөх онтой харьцуулахад 4.8 хувиар өссөн байна.



Гэсэн хэдий ч, хөдөө орон нутагт эмнэлгийн ажиллагсдын хүрэлцээ хангалтгүй, нэг эмч, сувилагчид ногдох хүний тоо хотынхоос даруй 2 дүжин их байна. Нэг эмчид ногдох хүний тоо хангайн бүсэд хамгийн өндөр буюу 449 хүн ногдож байгаа бол баруун бүсэд 409, зүүн бүсэд 415, төвийн бүсэд 369 хүн ногдож байна

Нэг их эмч, сувилагчид ногдох хүний тоо, бүс нутгаар, 2017 он





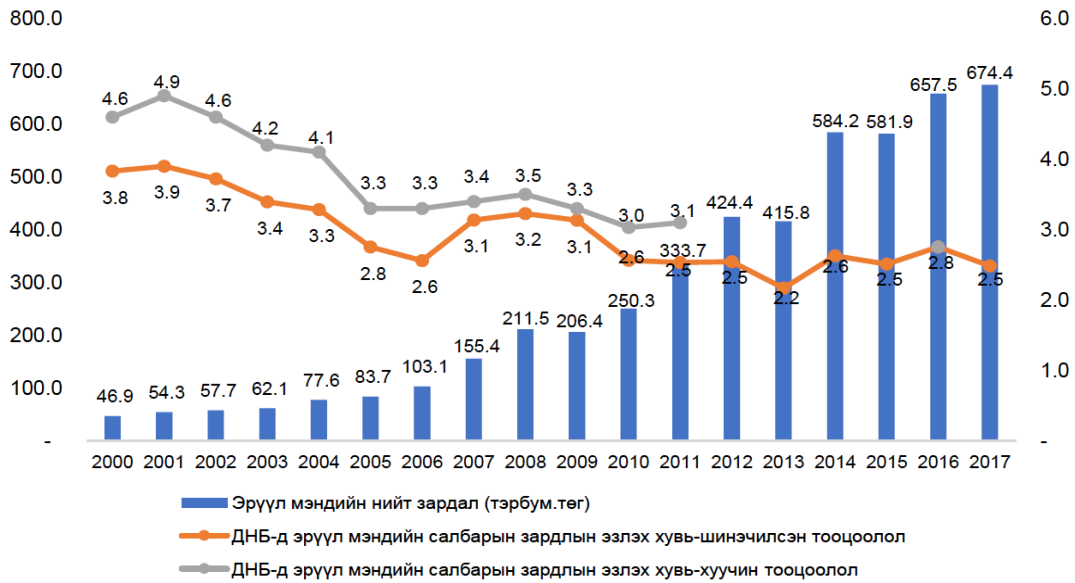
2.2.3. МЭДЭЭЛЭЛ, ТЕХНОЛОГИ

2.2.4. ЭМ, ТЕХНОЛОГИ

2.2.5. САНХҮҮЖИЛТ

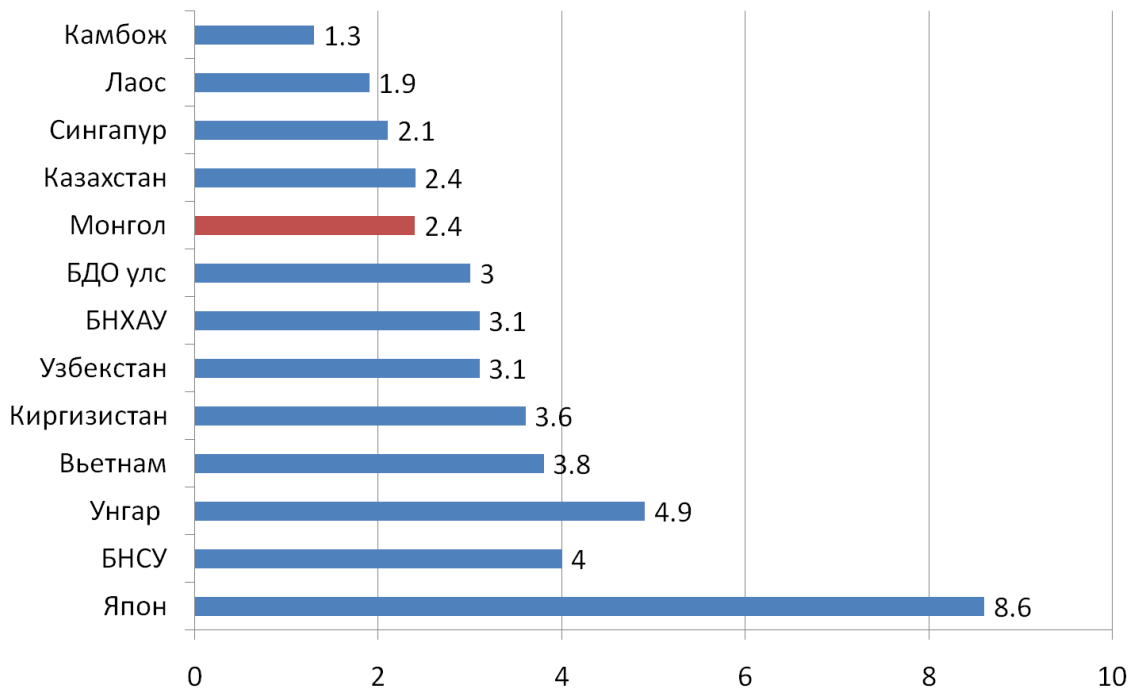
Эрүүл мэндийн салбарын зардлын хэмжээ мөнгөн дүнгээрээ жил бүр өсөх хандлгатай хэдий ч ДНБ-ний 2.5 хувиас хэтрэхгүй байна.

Зураг. Эрүүл мэндийн салбарын зардал, 2000 - 2017 он



Тухайлбал, ижил төстэй Казакстан улстай харьцуулахад, ижилхэн ДНБ-ий 2.4-ийг зарцуулдаг хэдий ч, эхийн эндэгдэл, хүүхдийн эндэгдэл болон бусад үзүүлэлтээр манай улс хамаагүй хойно орж байна.

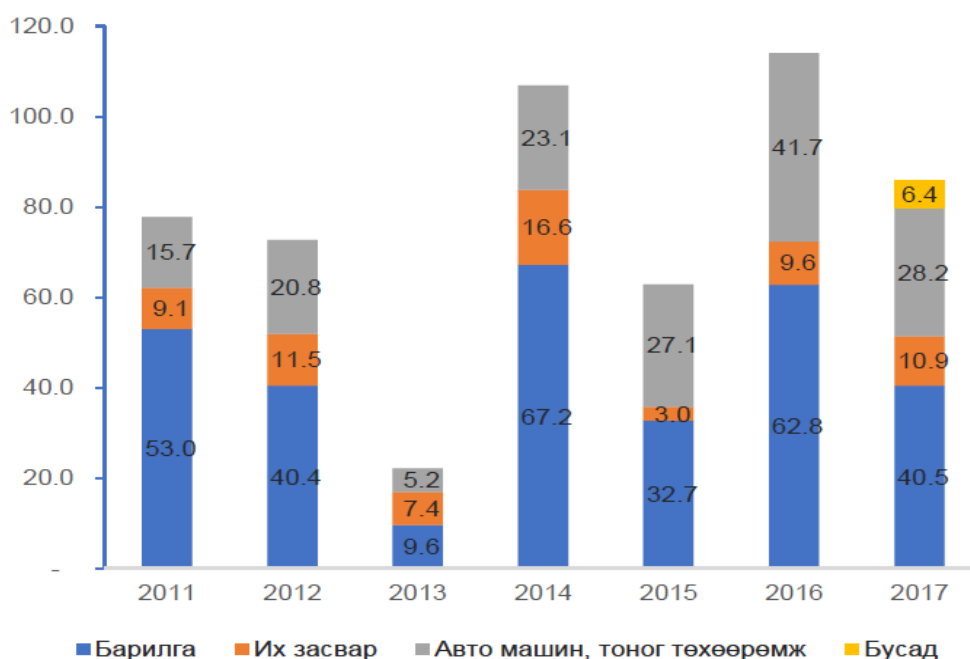
ДНБ-д эзлэх эрүүл мэндийн зардал, (улс орнуудаар)



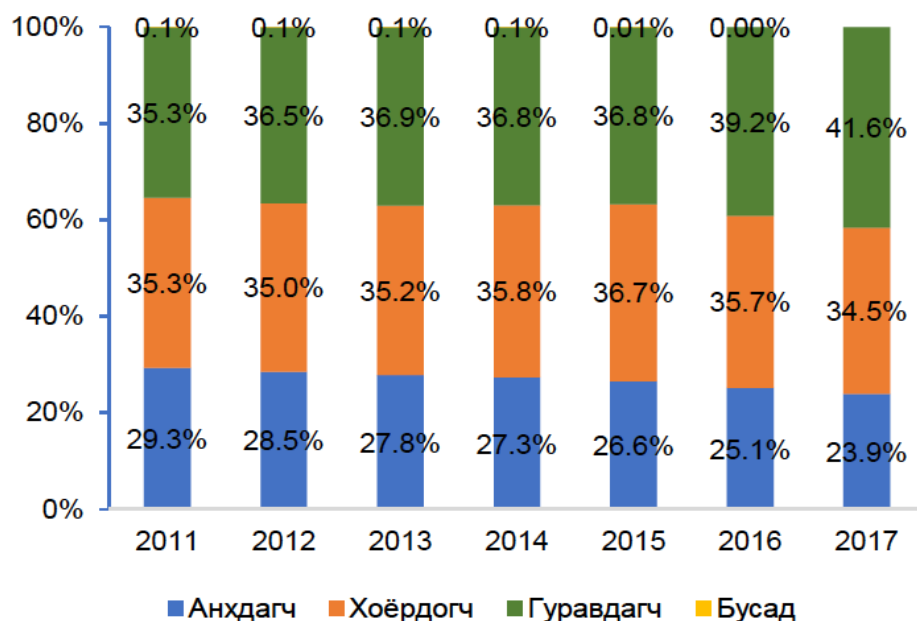
	Эхийн эндэгдэл	Хүүхдийн эндэгдэл
Казакстан	26	16.3
Киргизистан	75	24.2
Узбекистан	36	42.5
Вьетнам	49	23.8
Унгар	4	6.1
Грузин	41	13.1
БДО	45	59
НДББ	41	15.3
Монгол	48.6	21.3

Улсын төсвийн хөрөнгө оруулалт ихээхэн хэлбэлзэлтэй байдаг бөгөөд дийлэнх хувь нь барилга, автомашин тоног төхөөрөмжид зарцуулагддаг.

Зураг. Улсын төсвийн хөрөнгө оруулалт, тэрбум төг



Санхүүжилтийн 75 гаруй хувь нь хоёрдогч болон гуравдагч шатлалын тусламж үйлчилгээнд, ихэнх нь (70%) эмнэлгийн тусламжид зарцуулагддаг бөгөөд анхан шатны тусламж үйлчилгээ, нийгмийн эрүүл мэндэд зарцуулах санхүүжилтийн хэмжээ хангалтгүй байна.



Эрүүл мэндийн салбарын зарлагын 15% нь хувь хүний халааснаас гардаг гэсэн тооцоо байдаг (ДЭМБ, 2011). Түүнээс гадна хүн амын 5.5% их хэмжээний мөнгийг эрүүл мэндийн зардалд төлж, жилд 20,000 гаруй хүн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний зардлыг төлсөний улмаас ядууралд хүрч байна (2016)

2.2.6. ЗАСАГЛАЛ

Манай улс эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний 3 шатлалт тогтолцоотой бөгөөд өрхийн эрүүл мэндийн төв, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төв, сум дундын эмнэлэг, клиник, амаржих газар, нийгмийн эрүүл мэндийн төв, нэгдсэн эмнэлэг, сувилал, түргэн тусламжийн төв, бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төв, төв эмнэлэг, тусгай мэргэжлийн төвүүд эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ үзүүлж байна.

2017 оны байдлаар нийт 4005 эрүүл мэндийн байгууллага үйл ажиллагаа явуулж байгаа ба төв эмнэлэг, тусгай мэргэжлийн төв 13, бүсийн оношилгоо эмчилгээний төв 5, аймгийн нэгдсэн эмнэлэг 16, дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг, эрүүл мэндийн тав 12, хөдөөгийн нэгдсэн эмнэлэг 6, сум дундын эмнэлэг 39, сумын эрүүл мэндийн төв 273, өрхийн эрүүл мэндийн төв 218, хувийн ортой

эмнэлэг 240, үүдэн эмнэлэг 1226 ажиллаж эмнэлгийн тусламж үйлчилгээ үзүүлж байна.

Хүснэгт. Эрүүл мэндийн байгууллагууд, 2017 он

Эрүүл мэндийн байгууллагууд	2000	2005	2010	2015	2016	2017
I. Төрийн өмчийн эрүүл мэндийн байгууллага						
Төв эмнэлэг, тусгай мэргэжлийн төв	19	17	16	13	13	13
Бүсийн оношлогоо, эмчилгээний төв	0	3	4	5	5	5
Аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг	30	30	35	34	34	28
Сум дундын эмнэлэг	13	31	37	39	39	39
Сумын эрүүл мэндийн төв	334	287	274	272	273	273
Тосгоны эрүүл мэндийн төв	-	-	17	19	19	19
II. Хувийн хэвшлийн эрүүл мэндийн байгууллага						
Хувийн эмнэлэг	466	683	1113	1230	1310	1466
Өрхийн эрүүл мэндийн төв	99	228	218	218	220	218
Хувийн эмийн сан	321	514	666	967	1041	1277

Эмнэлгийн дэд бүтэц, үйлчилгээ нь бусад улс орнуудтай харьцуулахад илүүдэлтэй, дэлхийн өндөр нягтаршилтай орнуудын тоонд хамаарч байгаа бөгөөд орны тоог цөөрүүлэх талаар дорвитой зүйл хийгдэхгүй байна. Эмнэлэгт хэвтүүлэн эмчлэх үйлчилгээний эрэлт хэрэгцээ, нийлүүлэлтийг багасгах хандлага дэлхийд ноёрхож байгаа бөгөөд сүүлийн 30 жилийн хугацаанд дунджаар 40 хувь бууруулаад байна.

Бүс нутаг/улс	1980-85	2005-10	%
Европын холбоо	9,02	5,93	- 34
Хойд Америк	5,90	3,14	- 47
Латин Америк	3,47	2,53	- 27
Төв Ази	9,36	6,64	- 21
Зүүн Ази/Номхон Далайн бүс	2,72	3,29	+ 21
Австрали	11,85	3,93	- 67
Канад	6,82	3,40	- 50
Итали	8,97	3,87	- 57
Бразил	4,35	2,40	- 45
Эстони	12,23	5,64	- 54
Киргизстан	12,03	5,09	- 58

Дундаж ор хоног ихэнх орнуудаас өндөр (9-с дээш) байгаа нь эмчилгээний арга барил үр дүн, үр ашиг муутай, амбулаторийн эмчилгээ үйлчилгээ (өдрийн мэс засал, өдрийн эмчилгээ) дутагдалтай, нийгмийн шалтгааны улмаас эмнэлэгт хэвтэх шаардлага өндөр, хүн тээврийн тогтолцоо муу, эмнэлэгт хэвтэх хандлага байсаар байгаа зэрэг хүчин зүйлүүдээс хамаарч байна.

Анхан шатны тусламж үйлчилгээний чанар төдийлөн сайн биш, зохицуулалт сул, хамралт хангалтгүй байгаатай холбоотой шаардлагагүй хэвтэлт их байгаа бөгөөд эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэгсдийн 20-40 хувь нь шаардлагагүй хэвтэлт эзэлж байна.

Орон нутагт эрүүл мэндийн салбарын үзүүлж байгаа тусламж үйлчилгээ нь хүн амын хэрэгцээтэй нийцэхгүй байна. Орон нутгийн ЭМБ-ууд босоо бус, хэвтээ удирдлагатай, тогтвор суурьшилтай бус байна. Бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төв болон эмнэлэг хоорондын тусламж үйлчилгээний зохион байгуулалт хангалтгүй, эмнэлгүүд нарийн мэргэшсэн маягийн загвартай байгаа байгаа нь тусламж үйлчилгээний чанар үр ашигт сөргөөр нөлөөлж байна.

5 бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төвүүдийн үйл ажиллагаанд 2004 болон 2011 онуудад үйл ажиллагааны үнэлгээгээр БОЭТ-ийн үйл ажиллагаа хангалтгүй, 92-95% нь тухайн аймгийн, зөвхөн 5% нь үйлчлэх хүрээний аймгийн иргэдэд тусламж үйлчилгээ үзүүлдэг, гадаадын төслүүдээс өөр дорвитой хөрөнгө оруулалт байхгүй, мэргэжлийн эмч, сувилагч нарын шилжилт хөдөлгөөн их байсан байна.

Хүснэгт. БОЭТ-ийн үйлчлэх хүрээний аймаг, сумаас ирж үйлчлүүлэгчдийн судалгаа

Он	Дорнод	Өвөрхангай	Ховд	Орхон	Өмнөговь
2006	2.55%	Гаргах боломжгүй	5.45%	1.15%	
2007	1.65%		3.55%	1.5%	
2008	1.28%		3.4%	2.3%	
2009	1.55%	1.35%	4.15%	2.7%	
2010	1.55%	0.9%	2.65%	2.4%	

Түүнчлэн, Эрүүл мэндийн тухай хуулийн өөрчлөлтөөр БОЭТ, сум дундын эмнэлгийн статус хуулинд байхгүй болсон нь тодорхойгүй байдал үүсгэж байна.

Аймаг, сумын эмнэлгийн ажиллагсдын цалин, тэтгэврийн асуудлыг хуулинд тусгасан боловч алслагдсан болон говь нутагт ажиллаж байгаа эрүүл мэндийн ажиллагсдад тусгайлсан дэмжлэг байхгүй байна.

Хүн ам зүйн чиг хандлага

Азийн хөгжлийн банкны Эрүүл мэнд төслийн хүрээнд Монгол улсын хүн амын 2000-2010 оны өсөлт болон хүн амын шилжих хөдөлгөөний хандлага³ болон Үндэсний Статистикийн хорооны боловсруулсан “Монгол улсын хүн амын 2008-2030 хэтийн тооцоог” үндэслэн хүн амын өсөлтийг 2025 он хүртэл тооцоолохдоо “2А” хувилбар буюу дундаж хурдацтай байх хувилбараар тооцсон ба 2013 он хүртэл хүн амын өсөлт жилд дунджаар 1.43 хувь байж харин цаашид тогтвортой бууран 2025 он гэхэд 1.05 болохоор тооцоолсон байна. Насны бүтцийн хувьд 0-14 насны хүн ам 2008 онд 28.7 хувь байсан бол 2025 онд 24.6 хувь болж буурна, харин 65+ насны хүн ам 3.8 хувь байснаа 2025 онд 7.9 хувь болж бараг 2 дахин өсөхөөр тооцоолсон байна.

Хүн амын шилжих хөдөлгөөнийг 2010 оны хүн амын тооллогын дүнг үндэслэсэн бөгөөд сүүлийн 1 ба 5 жилийн шилжих хөдөлгөөний цэвэр коэффициент 2025 он хүртэл тогтвортой буюу баруун бүсэд -36,8, хангайн бүсэд -29,1, төвийн бүсэд +12,3, зүүн бүсэд -32,0, Улаанбаатар хотод +36,5 байна гэж тооцоолсон байна.

Улаанбаатар хотын хүн ам 96%-иар өсч газар зүйн тархалт одоогийнхоос нэлээд өөрчлөгдөх дүр зурагтай байсан бөгөөд хүн амын өсөлтийн ихэнх нь Баянзүрх, Сонгинохайрхан болон Хан-Уул дүүргүүдэд оногдох бөгөөд үүний үр дүнд төвийн дүүргүүдийн хүн амын өсөлт удааширч, хотын нийт хүн амд эзлэх хувь нь багасах дүр зурагтай байна.

Хөдөө орон нутгийн хүн ам 2025 он гэхэд 11%-иар буурах төлөвтэй байгаа ба үүнд нөлөөлж буй гол хүчин зүйл нь хүн амын дотоод шилжих хөдөлгөөн

³ “Хүн ам, орон сууцны тооллого 2010” Үндэсний Статистикийн хороо, 2011 он

юм (Хүснэгт). Ихэнхи аймгуудад хөдөөнөөс хотруу чиглэсэн шилжих хөдөлгөөн давамгайлж, харин Өмнөговь, Дорноговь ба Дархан-Уул аймгуудад хүн ам өсөх хандлага байна⁴.

Хүснэгт : Аймгуудын хүн амын өсөлт, 2010-2025

	Хүн ам 2010	Хүн ам 2025
Баян-өлгий	85.2	58.51
Говь-алтайи	53.2	36.53
Завхан	64.9	44.57
Увс	72.9	50.06
Ховд	76.3	52.40
Архангай	84.1	65.08
Баянхонгор	75.7	58.58
Булган	53.1	41.09
Орхон	87.1	67.40
Өвөрхангай	100.4	77.70
Хөвсгөл	114.3	88.45
Говьсүмбэр	13.1	15.76
Дархан-уул	90.6	131.16
Дорноговь	57.9	83.82
Дундговь	38.6	37.08
Өмнөговь	60.9	93.13
Сэлэнгэ	95.8	99.30
Төв	83.8	80.51
Дорнод	68.9	50.98
Сүхбаатар	51.1	37.81
Хэнтий	65.3	48.32
Бүгд	1493.2	1318.257

⁴ Эмнэлгийн тусламжийн шинэтгэлийн хүрээнд хийгдэх тусламж үйлчилгээний төлөвлөлт, 2012, Азийн хөгжлийн банк

Эмнэлэг, эрүүл мэндийн байгууллагын хүчин чадлын төлөвлөлтийн суурь үзүүлэлтүүд

Үндэсний түвшний эмнэлгийн тусламжийн хэрэгцээг 2025 ор хүртэл хугацаанд хүн ам зүйн хөгжлийн хандлага болон Эдийн засгийн хамтын ажиллагаа хөгжлийн байгууллагын гишүүн орнуудын эмнэлгийн салбарын хүчин чадлын стандарт, дундаж үзүүлэлтүүдийг төлөвлөлтийн суурь үзүүлэлт болгон тооцсон байна.

Хүснэгт 3: Тусламж үйлчилгээний суурь үзүүлэлтүүд 2015 ба 2025 он

	Одоо (2010)		2015 онд		2025 онд	
	УБ хот	Аймаг	УБ хот	Аймаг	УБ хот	Аймаг
Зөвлөгөө/хүн/жилээр	7,78	4,19	6,00	4,50	5,25	5,00
Үүнээс: Анхан шатлалд	3,67	2,78	2,94	2,80	2,40	2,70
Эрүүл мэндийн төв/100.000	12,65	24,71	12	16	12	16
Яаралтай зөвлөгөө	?	?	0,30	0,25	0,32	0,35
Хэвтэлт/100/жилд	28,63	21,64	17,00	17,00	14,00	14,00
Орны эргэлт %	89,27	82,73	85,00	85,00	85,00	85,00
Дундаж ор хоног	8,48	7,90	7,40	6,50	7,00	6,00
Нийт ор /1000 хүн амд	6,82	5,92	4,12	4,18	3,15	3,50
2 дахь шатлалын ор /1000 хүн амд	2,24	2,35	1,75	2,55	1,31	2,00
3 дахь шатлалын ор /1000 хүн амд	3,15	0,69	1,53	0,78	1,04	0,75
Архаг өвчний ор /1000	0,39	?	0,27	0,20	0,30	0,20
Сувилахуйн ор/1000	?	?	0,35	0,35	0,50	0,55
2 дахь шатлалын эмнэлгийн дундаж хэмжээ	129	188	250-400	100-200	250-400	100-200
3 дахь шатлалын эмнэлгийн дундаж хэмжээ	250	282	450-600	250	450-600	250

Аймгийн түвшин дэх тусламж үйлчилгээний хэрэгцээ

Ихэнх аймгуудын хувьд Улаанбаатараас ялгаатай нь хүн амын шилжилт хөдөлгөөн нь гадагшаа урсгалтай байгаа тул хүн амын тоо буурах хандлагатай байна. Зөвхөн Өмнөговь, Дорноговь, Говьсүмбэр болон Дархан-Уул аймгуудад хүн ам нэмэгдэх хандлага байна. Тиймээс ихэнх аймгуудын хувьд 2010-2025 оны хугацаанд хүн ам цөөрч улмаар тусламж үйлчилгээний ашиглалт буурах болно. (Хүснэгт).

Хүснэгт 7: Аймгуудын эрүүл мэндийн байгууллагын хэрэгцээ, 2025 он

	Анхан шат				Хоёр дахь шатлал							Гурав дахь шатлал																																																																																																																																																																																																																																			
	2010		2025		2010				2025			2025																																																																																																																																																																																																																																			
	Өрх, сумын ЭМТ	Ор	ЭМТ ⁵	Ор	Эмнэлэг	Ор	нийт эмн	нийт ор	Эмн	ор	эмн	ор																																																																																																																																																																																																																																			
Баян-өлгий	ӨЭМТ	4		4		Улсын	1	247	5	312	1	117	1	44																																																																																																																																																																																																																																	
	СЭМТ	14	274	14	114	Хувийн	4	65							Говь-алтай	ӨЭМТ	4		2		Улсын	1	205	3	233	1	73	1	27	СЭМТ	19	202	19	166	Хувийн	2	28	Завхан	ӨЭМТ	7		2		Улсын	2	275	8	295	1	89	1	34	СЭМТ	22	220	22	212	Хувийн	6	20	Увс	ӨЭМТ	4		3		Улсын	1	229	3	271	1	100	1	38	СЭМТ	18	194	18	205	Хувийн	2	42	Ховд	ӨЭМТ	6		3		Улсын	1	287	6	357	(1)	105	1	40	СЭМТ	15	206	15	159	Хувийн	5	70	Архангай	ӨЭМТ	5		3		Улсын	1	223	7	308	1	130	1	49	СЭМТ	18	251	18	176	Хувийн	6	85	Баянхонгор	ӨЭМТ	6		4		Улсын	1	253	7	323	1	118	1	44	СЭМТ	20	176	20	203	Хувийн	6	70	Булган	ӨЭМТ	3		2		Улсын	1	143	5	181	1	82	1	31	СЭМТ	16	189	16	158	Хувийн	4	38	Орхон	ӨЭМТ	11		10		Улсын	0	339	6	414	1	135	1	51	СЭМТ	1	10	1	5	Хувийн	6	75	Өвөрхангай	ӨЭМТ	6		5		Улсын	1	291	5	361	(1)	156	1	59	СЭМТ	17	275	17	167	Хувийн	4	70	Хөвсгөл	ӨЭМТ	6		5		Улсын	1	200	8	296	1	177	1	67	СЭМТ	23	312
Говь-алтай	ӨЭМТ	4		2		Улсын	1	205	3	233	1	73				1	27																																																																																																																																																																																																																														
	СЭМТ	19	202	19	166	Хувийн	2	28							Завхан			ӨЭМТ	7		2		Улсын	2	275	8	295			1	89	1	34	СЭМТ	22	220	22	212	Хувийн	6	20	Увс	ӨЭМТ	4		3		Улсын	1	229			3	271	1	100	1	38	СЭМТ	18	194	18	205	Хувийн	2	42	Ховд	ӨЭМТ	6		3		Улсын			1	287	6	357	(1)	105	1	40	СЭМТ	15	206	15	159	Хувийн	5	70	Архангай	ӨЭМТ	5		3				Улсын	1	223	7	308	1	130	1	49	СЭМТ	18	251	18	176	Хувийн	6	85	Баянхонгор	ӨЭМТ	6				4		Улсын	1	253	7	323	1	118	1	44	СЭМТ	20	176	20	203	Хувийн	6	70	Булган			ӨЭМТ	3		2		Улсын	1	143	5	181	1	82	1	31	СЭМТ	16	189	16	158	Хувийн	4			38	Орхон	ӨЭМТ	11		10		Улсын	0	339	6	414	1	135	1	51	СЭМТ	1	10	1	5			Хувийн	6	75	Өвөрхангай	ӨЭМТ	6		5		Улсын	1	291	5	361	(1)	156	1	59	СЭМТ	17	275			17	167	Хувийн	4	70	Хөвсгөл	ӨЭМТ	6		5		Улсын	1	200	8	296	1	177	1	67	СЭМТ			23	312	23
Завхан	ӨЭМТ	7		2		Улсын	2	275	8	295	1	89						1	34																																																																																																																																																																																																																												
	СЭМТ	22	220	22	212	Хувийн	6	20							Увс					ӨЭМТ	4		3		Улсын	1	229			3	271			1	100	1	38	СЭМТ	18	194	18	205	Хувийн	2	42	Ховд	ӨЭМТ	6		3				Улсын	1	287			6	357	(1)	105	1	40	СЭМТ	15	206	15	159	Хувийн	5	70	Архангай			ӨЭМТ	5		3		Улсын			1	223	7	308	1	130	1	49	СЭМТ	18	251	18	176			Хувийн	6	85	Баянхонгор	ӨЭМТ	6		4				Улсын	1	253	7	323	1	118	1	44	СЭМТ			20	176	20	203	Хувийн	6	70	Булган	ӨЭМТ	3				2		Улсын	1	143	5	181	1			82	1	31	СЭМТ	16	189	16	158	Хувийн	4	38	Орхон			ӨЭМТ	11		10		Улсын	0			339	6	414	1	135	1	51	СЭМТ	1	10	1	5	Хувийн	6			75	Өвөрхангай	ӨЭМТ	6				5		Улсын	1	291	5	361	(1)	156	1	59	СЭМТ	17	275	17	167			Хувийн	4	70			Хөвсгөл	ӨЭМТ	6		5		Улсын	1	200	8	296	1	177	1	67	СЭМТ	23	312			23			246	Хувийн	7
Увс	ӨЭМТ	4		3		Улсын	1	229	3	271	1	100								1	38																																																																																																																																																																																																																										
	СЭМТ	18	194	18	205	Хувийн	2	42							Ховд							ӨЭМТ	6		3		Улсын			1	287			6	357			(1)	105	1	40	СЭМТ	15	206	15	159	Хувийн	5	70	Архангай			ӨЭМТ	5		3				Улсын	1	223			7	308	1	130	1	49	СЭМТ	18	251			18	176	Хувийн	6	85	Баянхонгор			ӨЭМТ	6		4		Улсын			1	253	7	323	1			118	1	44	СЭМТ	20	176	20	203			Хувийн	6	70	Булган	ӨЭМТ	3		2						Улсын	1	143	5	181	1	82	1	31	СЭМТ			16	189	16	158	Хувийн	4	38	Орхон	ӨЭМТ			11				10		Улсын	0	339	6	414	1			135	1	51	СЭМТ	1	10	1			5	Хувийн	6	75	Өвөрхангай			ӨЭМТ	6		5		Улсын	1			291	5	361	(1)	156			1	59	СЭМТ	17	275	17	167	Хувийн	4			70	Хөвсгөл	ӨЭМТ	6				5		Улсын			1	200	8	296	1	177	1	67	СЭМТ	23	312	23	246			Хувийн	7	96								
Ховд	ӨЭМТ	6		3		Улсын	1	287	6	357	(1)	105										1	40																																																																																																																																																																																																																								
	СЭМТ	15	206	15	159	Хувийн	5	70							Архангай									ӨЭМТ	5		3				Улсын			1	223			7	308			1	130	1	49	СЭМТ	18	251	18	176			Хувийн	6	85	Баянхонгор			ӨЭМТ	6		4				Улсын	1	253			7	323	1			118	1	44	СЭМТ	20	176			20	203	Хувийн	6	70	Булган			ӨЭМТ	3		2				Улсын			1	143	5	181	1			82	1	31	СЭМТ	16	189	16	158			Хувийн			4	38	Орхон	ӨЭМТ	11		10						Улсын	0	339	6	414	1	135	1	51			СЭМТ			1	10	1	5	Хувийн	6	75	Өвөрхангай	ӨЭМТ			6				5		Улсын			1	291	5	361	(1)			156	1	59	СЭМТ	17	275	17			167	Хувийн	4	70	Хөвсгөл					ӨЭМТ	6		5		Улсын	1			200	8	296	1	177			1	67	СЭМТ			23	312	23	246	Хувийн	7			96																	
Архангай	ӨЭМТ	5		3		Улсын	1	223	7	308	1	130	1	49																																																																																																																																																																																																																																	
	СЭМТ	18	251	18	176	Хувийн	6	85							Баянхонгор									ӨЭМТ	6		4		Улсын	1	253			7	323			1	118			1	44			СЭМТ	20	176	20	203	Хувийн	6	70	Булган	ӨЭМТ	3				2		Улсын			1	143	5	181			1	82	1	31	СЭМТ	16			189	16	158			Хувийн	4	38	Орхон	ӨЭМТ	11				10		Улсын	0	339	6	414			1	135	1	51	СЭМТ			1			10	1	5	Хувийн	6			75	Өвөрхангай	ӨЭМТ	6		5		Улсын	1	291			5			361	(1)	156	1	59	СЭМТ	17			275	17	167			Хувийн	4	70	Хөвсгөл	ӨЭМТ	6		5				Улсын			1	200	8	296	1	177	1	67	СЭМТ	23	312			23			246	Хувийн	7	96																																																										
Баянхонгор	ӨЭМТ	6		4		Улсын	1	253	7	323	1	118				1	44																																																																																																																																																																																																																														
	СЭМТ	20	176	20	203	Хувийн	6	70							Булган									ӨЭМТ	3		2		Улсын	1	143	5	181	1	82			1	31							СЭМТ	16	189	16	158	Хувийн	4	38	Орхон	ӨЭМТ	11		10		Улсын	0	339			6	414	1	135			1	51			СЭМТ	1			10	1	5	Хувийн	6	75	Өвөрхангай	ӨЭМТ	6		5				Улсын	1	291	5	361	(1)	156			1	59			СЭМТ	17	275	17			167	Хувийн	4	70	Хөвсгөл			ӨЭМТ	6		5		Улсын	1	200	8	296			1	177	1	67	СЭМТ	23			312	23			246	Хувийн	7			96																																																																																											
Булган	ӨЭМТ	3		2		Улсын	1	143	5	181	1	82						1	31																																																																																																																																																																																																																												
	СЭМТ	16	189	16	158	Хувийн	4	38							Орхон									ӨЭМТ	11		10		Улсын	0	339	6	414	1	135	1	51									СЭМТ	1	10	1	5	Хувийн	6	75	Өвөрхангай	ӨЭМТ	6		5		Улсын	1	291	5	361	(1)	156	1	59							СЭМТ	17			275	17	167	Хувийн	4	70	Хөвсгөл	ӨЭМТ	6		5		Улсын	1	200	8	296	1	177	1	67							СЭМТ	23	312	23			246	Хувийн	7	96																																																																																																																												
Орхон	ӨЭМТ	11		10		Улсын	0	339	6	414	1	135								1	51																																																																																																																																																																																																																										
	СЭМТ	1	10	1	5	Хувийн	6	75							Өвөрхангай									ӨЭМТ	6		5		Улсын	1	291	5	361	(1)	156					1	59					СЭМТ	17	275	17	167	Хувийн	4	70	Хөвсгөл	ӨЭМТ	6		5		Улсын	1	200	8	296	1	177			1	67					СЭМТ	23			312	23	246	Хувийн	7	96																																																																																																																																																											
Өвөрхангай	ӨЭМТ	6		5		Улсын	1	291	5	361	(1)	156										1	59																																																																																																																																																																																																																								
	СЭМТ	17	275	17	167	Хувийн	4	70							Хөвсгөл									ӨЭМТ	6		5		Улсын	1	200	8	296	1	177									1	67	СЭМТ	23	312	23	246	Хувийн	7	96																																																																																																																																																																																										
Хөвсгөл	ӨЭМТ	6		5		Улсын	1	200	8	296	1	177	1	67																																																																																																																																																																																																																																	
	СЭМТ	23	312	23	246	Хувийн	7	96																																																																																																																																																																																																																																							

⁵ Сумын ЭМТ-ийн орны тоог “Сумын ЭМТ хөгжүүлэх стратеги”-г үндсэлж тооцов

Эрүүл мэндийн салбарын хөгжил, байршлын судалгаа

Говьсүмбэр	ӨЭМТ	1		2		Улсын	1	73	1	73	1	32	12	
	СЭМТ	2	13	2	15	Хувийн	0	0						
Дархануул	ӨЭМТ	5		17		Улсын	1	345	13	466	1	262	98	
	СЭМТ	3	56	3	21	Хувийн	12	121						
Дорноговь	ӨЭМТ	3		8		Улсын	2	195	4	225	1	168	63	
	СЭМТ	14	87	14	145	Хувийн	2	30						
Дундговь	ӨЭМТ	3		2		Улсын	1	136	3	166	1	74	1	28
	СЭМТ	15	122	15	120	Хувийн	2	30						
Өмнөговь	ӨЭМТ	3		5		Улсын	1	125	5	150	1	186	70	
	СЭМТ	14	112	14	138	Хувийн	4	25						
Сэлэнгэ	ӨЭМТ	7		8		Улсын	2	261	8	341	1	198	75	
	СЭМТ	21	224	21	209	Хувийн	6	80						
Төв	ӨЭМТ	2		2		Улсын	1	145	3	190	1	161	61	
	СЭМТ	26	224	26	286	Хувийн	2	45						
Дорнод	ӨЭМТ	3		5		Улсын	0	322	2		(1)	102	39	
	СЭМТ	13	121	13	137	Хувийн	2	22						
Сүхбаатар	ӨЭМТ	3		2		Улсын	1	155	4	181	1	76	1	29
	СЭМТ	12	136	12	104	Хувийн	3	26						
Хэнтий	ӨЭМТ	3		6		Улсын	2	221	5	260	1	97	36	
	СЭМТ	21	154	21	200	Хувийн	3	39						
Бүгд	ӨЭМТ	95		100		Бүгд			111	5403	21	2638	4	995
	СЭМТ	324	3558	324	3186									

Аймгуудын 2025 оны хэрэгцээг гаргахдаа эмнэлэг, эрүүл мэндийн байгууллагын хүчин чадлыг дараах байдлаар томъёолсон болно:

- Өрхийн эрүүл мэндийн төв (ӨЭМТ) нь аймгийн төвийн 6000 доошгүй хүн амд үйлчлэх байгууллага
- Сумын эрүүл мэндийн төв (СЭМТ) нь сумын хүн амын тооноос үл хамааран сум бүрт 1 байх ба гагцхүү хүчин чадлын хувьд 1-3 зэрэглэлтэй байна.
- Хоёр дахь шатлалын эмнэлэг гэдэг нь хүснэгт 3-д заасан эмнэлзүйн үндсэн чиглэлээр⁶ амбулаторийн болон хэвтүүлэн эмчлэх тусламж үйлчилгээ, ерөнхий оношилгоо, яаралтай болон сэхээн амьдруулах лавшруулсан тусламж үзүүлэх, дунджаар 100-200 ортой, 50.000-100.000 хүн амд үйлчлэх эрүүл мэндийн байгууллага

⁶ Эмнэл зүйн гол чиглэлүүд гэдэгт дотор, эх барих, эмэгтэйчүүд, хүүхэд, мэс засал орно. Зарим тохиолдолд мэдрэл, сэтгэц, шүдний тусламж үйлчилгээг оруулдаг (зарим улсад анхан шатны тусламжид хамаардаг).

- Гурав дахь шатлалын эмнэлэг гэдэг нь эмнэлзүйн үндсэн чиглэлээр тухайн бүсийн аймгуудад лавлагаа тусламж үзүүлэхээс гадна эмнэлзүйн нарийн мэргэжлийн чиглэлээр⁷ оношлогоо, эмчилгээ, яаралтай сэхээн амьдруулах лавшруулсан тусламж, болон нарийн түвэгтэй өндөр технологийн иж бүрэн оношилгоо хийх дунджаар 250-300 ортой Бүсийн оношилгоо эмчилгээний төвүүд байна.

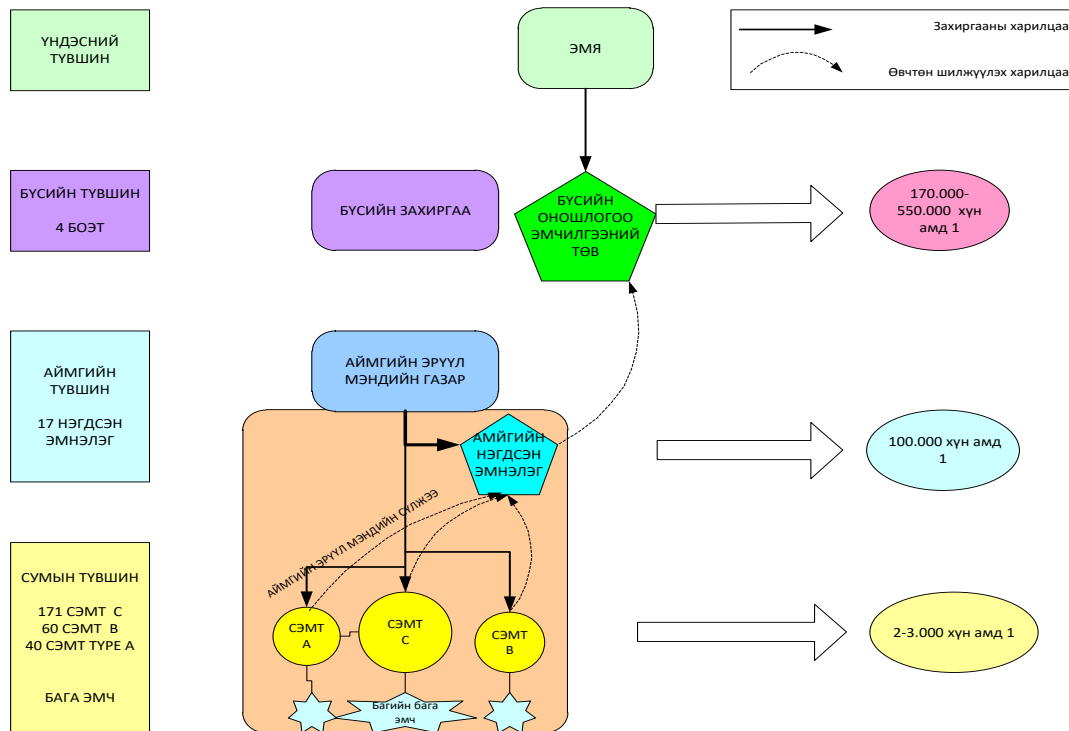
Аймгийн түвшин дэх бүсчлэл

Аймгийн түвшинд санал болгож буй бүсчлэлийг одоогийн байгаа засаг захиргааны дагуу санал болгосон болно. Өөрөөр хэлбэл, аймаг бүрийг эрүүл мэндийн сүлжээний хувьд нэг бүс (сүлжээ) гэж тооцно. Гол анхаарах зүйл нь сүлжээг орон нутагт бэхжүүлэх асуудал юм. Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг орон нутагт зохион байгуулахад 2 сөргөлдөгч хүчин зүйлс байна. Нэгдүгээрт, хүн амын нягтрал сийрэг ялангуяа сумдын хүн амын тоо бага (сумын хүн амын дундаж 3000) бөгөөд сум бүрт эрүүл мэндийн байгууллага байршуулах нь хэдийгээр хүртээмжийг хангалттай болгож байгаа ч тусламж үйлчилгээний үр дүн, үр ашиг төдийлөн сайн байж чаддаггүй. Хоёрдугаарт, зайны асуудал бөгөөд хэдийгээр аймгийн нэгдсэн эмнэлгүүд нь хэмжээний хувьд хангалттай хэдий ч хүн амын ихэнх хэсэг нь аймгийн төвөөс 100 км-ээс дээш зайнд алслагдсан байдаг. Хөдөөгийн замын ихэнх нь бартаатай байдгийг тооцвол аймгийн төв хүрэхэд хэдэн цагаар явах шаардлага гардаг байна⁸. Тиймээс хүн ам таруу суурьшсан өргөн газар нутагт эмнэлгийн тусламжийн хүртээмжийг илүү нэмэгдүүлэхийн тулд аймгийн түвшний тусламж үйлчилгээг одоо байгаагаас бэхжүүлэн сайжруулах шаардлагатай. Энэ ажлыг хэрэгжүүлэхэд мэдээлэл, харилцаа, холбоо болон өвчтөн тээвэрлэх тогтолцоог сайжруулах түүнчлэн хөдөлгөөнт үйлчилгээг хөгжүүлэх нь чухал ач холбогдолтой юм. Хүснэгт 4-д сүлжээний зохион байгуулалт, үйл ажиллагааг харуулав.

⁷ Эмнэл зүйн нарийн мэргэжил гэдэгт нарийн мэргэжлийн мэс заслын чиглэлүүд, өндөр эрсдэлтэй жирэмслэлт, зүрх, хавдар, нүд, урологи, ЧХХ-н нарийн чиглэлүүд хамаарна

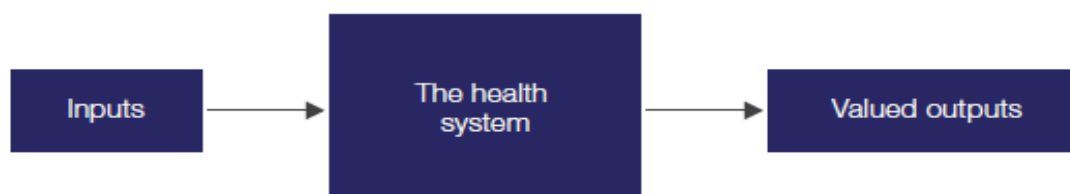
⁸ Олон улсын дунджаар өвчтөн тээвэрлэх хугацааг дээд тал нь 1-2 цаг гэж үздэг.

Зураг 6: Аймаг дахь эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний бүсчлэл



DEA (Data Envelopment Analysis) аргын үр дүн

Энэхүү судалгаанд олон улсад болон эрүүл мэндийн салбарын бодлогыг үнэлэхэд сүүлийн 20 жилд өргөн ашиглагдаж буй арга болох DEA (Data Envelopment Analysis) аргыг ашигласан болно. DEA аргаар эмч, тасаг, эмнэлэг, бүх шатны эрүүл мэндийн байгууллага, эрүүл мэндийн салбарын үр ашгийг үнэлдэг. Орцод суурилсан, гарцад суурилсан 2 янз байдаг. 2016 онд Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллага болон 2014 онд Европын Холбооны улс улс орнуудын эрүүл мэндийн салбарын үнэлгээг энэ аргаар хийсэн байна.



Энэ аргын давуу тал

- Олон орц, гарцыг нэгэн зэрэг үнэлэх
- Эрүүл мэндийн салбарын үр ашгийг үнэлэх боломж
- Олон орнуудыг харьцуулах боломжтой

Сул тал

- Орц, гарцыг хэрхэн зөв сонгосноос хамаарна
- Параметрийн биш судалгааны арга
- Математикийн нарийн бодолт шаардлагатай

Бид энэхүү судалгаанд аймаг орон нутгийн эрүүл мэндийн салбарын үр ашгийг тооцоолоход дараах орц, гарцыг авсан болно.

Орц

- Их эмчийн тоо, 10 000 хүн амд ноогдох
- Сувилагчийн тоо, 10 000 хүн амд ноогдох
- Орны тоо, 10 000 хүн амд

Гарц

- Дундаж наслалт
- Эхийн эндэгдэл, 100 000 амьд төрөлтөд
- Нялхсын эндэгдэл, 100 000 амьд төрөлтөд
- Стационарт хэвтэн эмчлүүлэгчид, 10 000 хүн амд
- Нийт эрүүл мэндийн байгууллагын тоо
- Орны фонд ашиглалтын хувь

- CCR (Charnes, Cooper, and Rhodes) арга

- Томъёо

$$Efficiency = \frac{Weighted\ sum\ of\ outputs}{Weighted\ sum\ of\ inputs}$$

- Үр ашиг = Гарцын жинлэсэн нийлбэр / Орцын жинлэсэн нийлбэр
- DMU (Decision Making Units) буюу 21 аймаг, УБ хот болон 5 бүс

$$E_j = \frac{\sum_{k=1}^K u_{kj} Y_{kj}}{\sum_{i=1}^I v_{ij} X_{ij}}$$

E – үр ашгийн индекс

K – гарцын тоо

I – орцын тоо

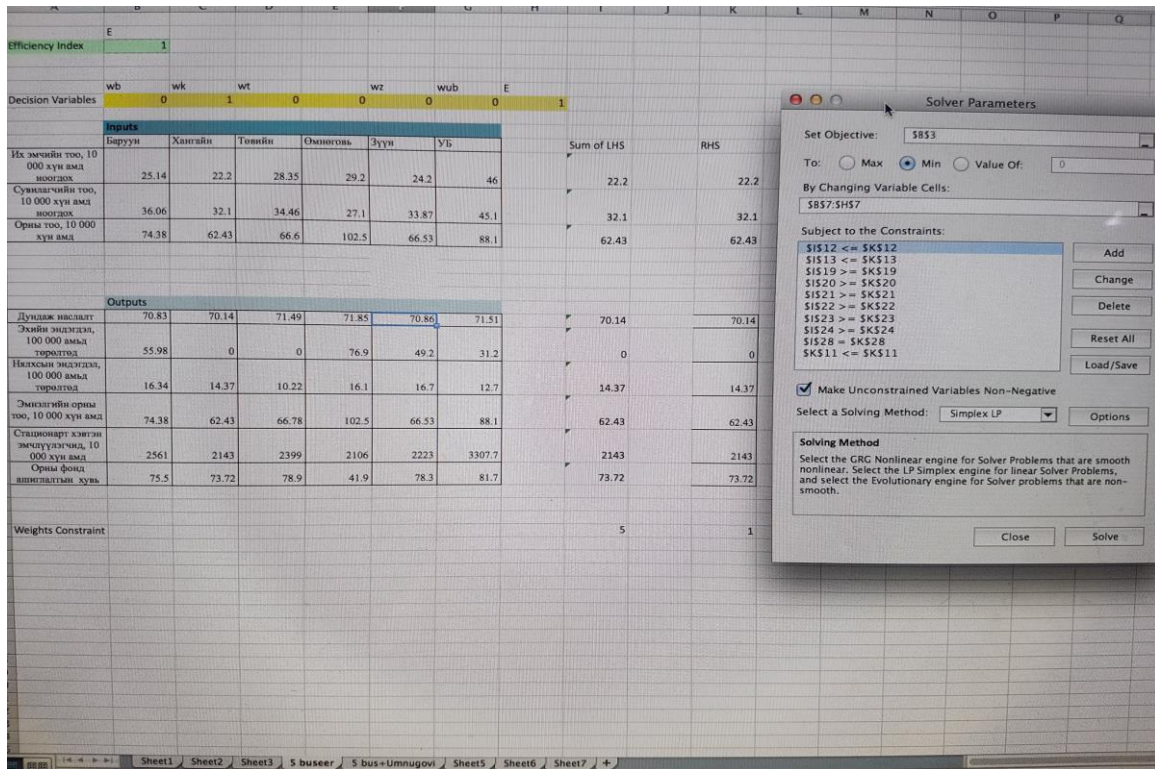
u_{kj} – j тооны k төрлийн гарцын хэмжээ

x_{ij} – j тооны i төрлийн орцын хэмжээ

u_{kj} – j тооны k төрлийн гарцын эзлэх жин

v_{ij} – j тооны i төрлийн орцын эзлэх жин

$$\left\{ \begin{array}{l} \min_{\theta, \lambda} \theta \\ -y_i + Y\lambda \geq 0 \\ \theta x_i - X\lambda \geq 0 \\ N_1 \lambda \leq 1 \\ \lambda \geq 0 \end{array} \right.$$

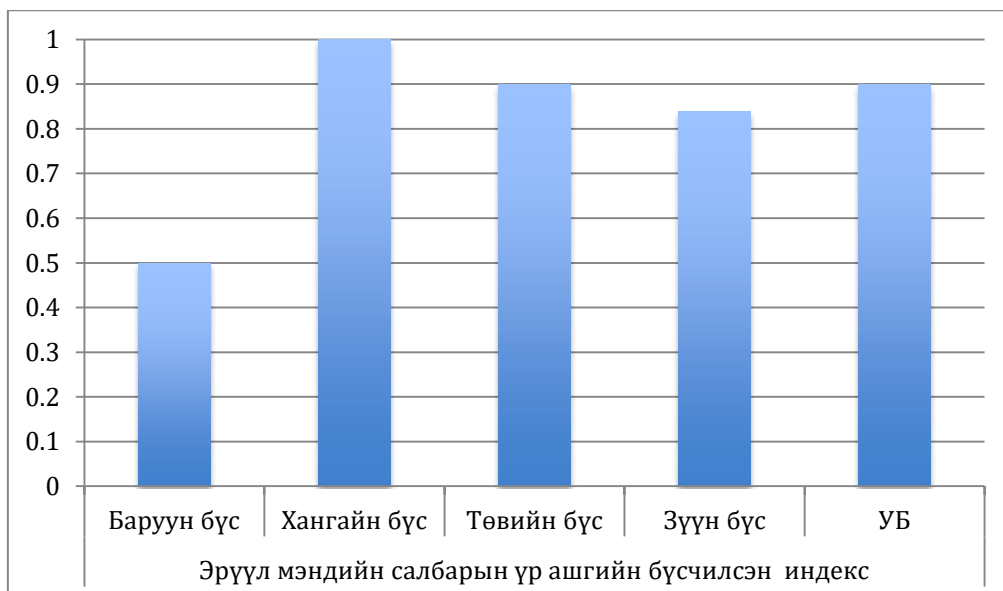


- * Efficiency Index (Үр ашгийн индекс) буюу $\theta = 1$ бол DMU үр ашигтай гэж үзнэ
- * Efficiency Index (Үр ашгийн индекс) буюу $\theta = 0$ бол DMU үр ашиггүй гэж үзнэ

Эрүүл мэндийн салбарын үр ашгийг DEA (Data Envelopment Analysis) аргыг ашиглан бодолт хийхэд баруун бүсийн эрүүл мэндийн салбар үр ашиг багатай гарсан байна.

Зураг. Эрүүл мэндийн салбарын үр ашгийн индекс, бүс нутгаар

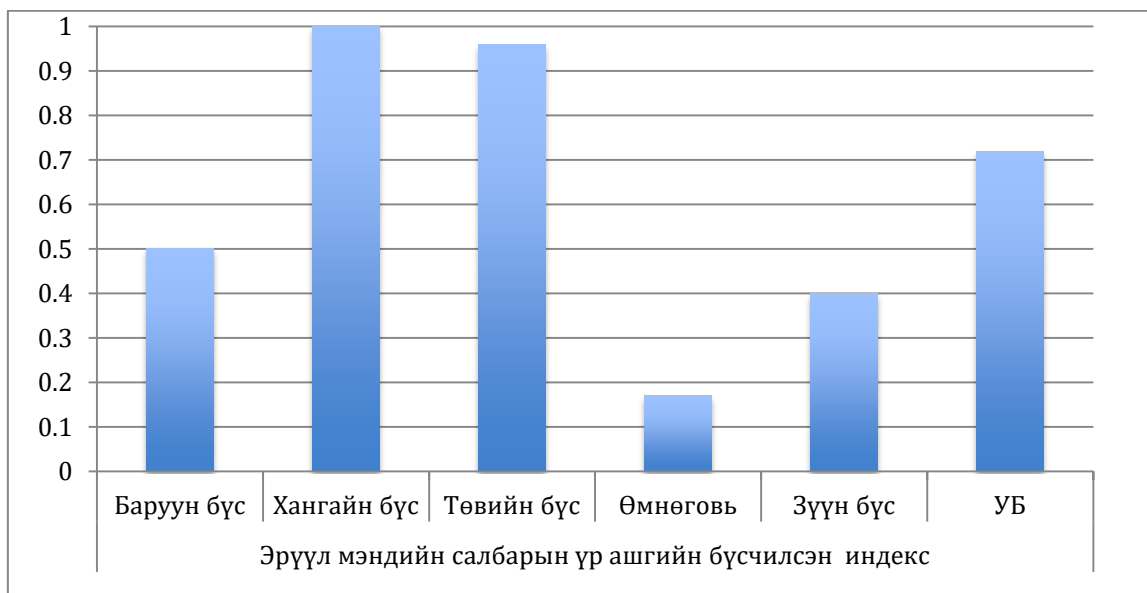
2001 оны Улсын Их Хурлын 2001 оны 57 дугаар тогтоолоор батлагдсан бүсээр



Үүн дотроос Өмнөговь аймагт Бүсийн оношилгоо эмчилгээний төв байгаа тул тусад нь салгаж бодоход Өмнөговь аймгийн хувьд үр ашгийн индекс багатай гарсан байна.

Зураг. Эрүүл мэндийн салбарын үр ашгийн индекс, бүс нутгаар

Төвийн бүсээс Өмнөговь аймгийг салгаж бодолт хийхэд



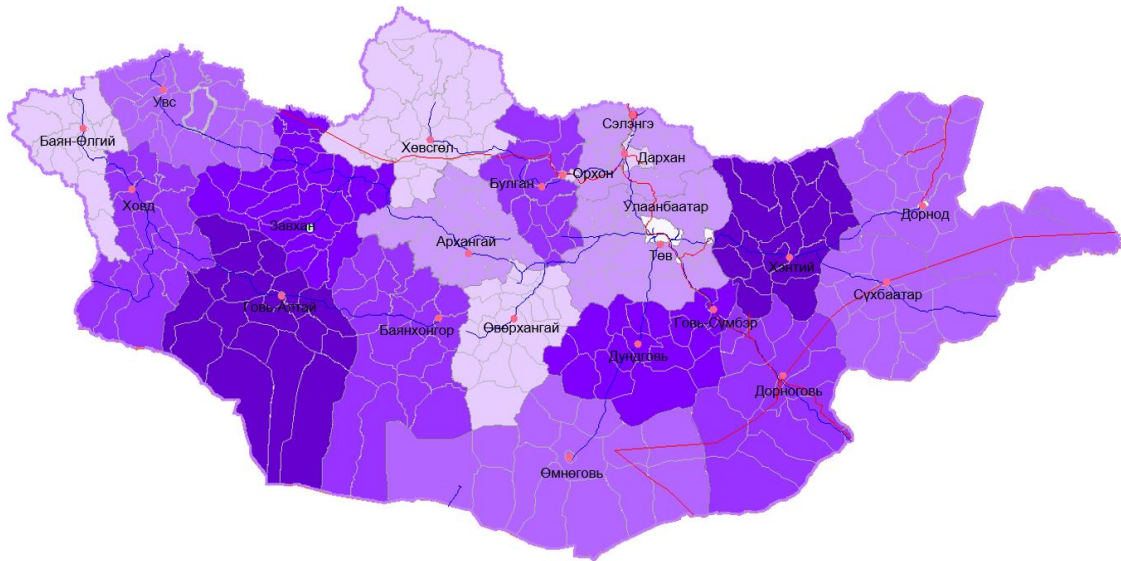
Эрүүл мэндийн салбарын SWOT дүн шинжилгээ

<p>Давуу тал</p> <p>3 шатлалтай систем Дэд бүтэц сайн хөгжсөн ДЭМБ-ын гишүүн орон Гадаад хамтын ажиллагаа сайн Тогтвортой санхүүжилтийн тогтолцоо Эрүүл мэндийн даатгалын хамралт сайта Өндөр чадамжтай боловсон хүчин Хангалттай тооны эмч Эрүүл мэндийн зарим үзүүлэлтүүд дунджаас дээгүүр Уламжлалт анагаах ухаан</p>	<p>Боломж</p> <p>Хөрөнгө оруулалт, зээл тусламж Эдийн засгийн өсөлт Нарийн мэргэжлийн эмч нар Бүх шатны эрүүл мэндийн байгууллагын бие даасан байдал Технологийн хөгжил Төвлөрлийг сааруулах Урамшууллын механизм Санхүүжилтийн нөөц, хуваарилалт Өндөр технологийн хөгжил Эм зүйн удирдлагын тогтолцоотой мэдээллийн систем бүхий эм ханган нийлүүлэх тогтолцоо</p>
<p>Сул тал</p> <p>ДНБ-д эзлэх эрүүл мэндийн зардлын хэмжээ бага Шаардлагагүй хэвтэлт Хэвтэн эмчлүүлэх хугацаа урт Эмнэлгүүдийн ачаалал их Хяналт, үнэлгээний тогтолцоо сул Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний зохион байгуулалт хангалтгүй Засаглал, хяналт, хариуцлагын тогтолцоо сул Санхүүжилтийн тогтолцоо нэгдмэл бус, саланги Тусламж үйлчилгээний удирдлага, чанарын тогтолцоо сул Эмнэлгийн барилга байгууламж муу Шаардлагагүй худалдан авалт</p>	<p>Аюул занал</p> <p>Мэдээллийн системийн аюулгүй байдал Эрүүл мэндийн ажилтнуудын тогтвор суурьшилгүй байдал Нийтийг хамарсан халдварт өвчин, байгалийн гамшиг, эрсдэл Орчны бохирдол Хүнсний аюулгүй байдал Ядуурал, ажилгүйдэл, инфляц Нийгмийн хариуцлага</p>

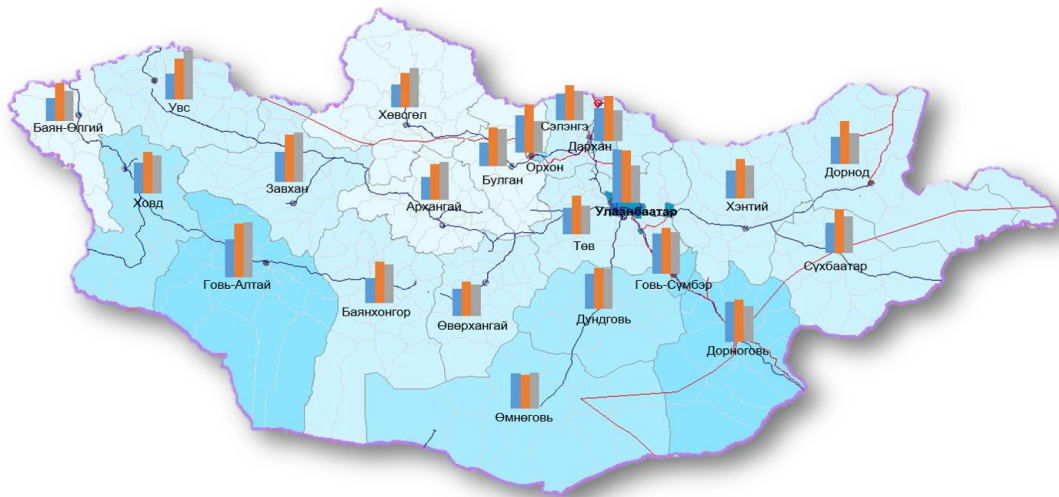
Эрүүл мэндийн салбарын PESTEL дүн шинжилгээ

<p>Political Улс төрийн</p>	<p>Эрүүл мэндийн салбарын хууль дүрэм, журам тогтмол өөрчлөгддөг Эмнэлгийн ажилчдын цалин хөлс, нийгмийн асуудалтай холбоотой суулт, ажил хаялт Эм хангамжийн нэгдсэн бодлого Улс төрчдийн лобби, нөлөөлөл Татварын хууль Эрүүл мэндийн даатгалын удирдлага зохион байгуулалт</p>
<p>Economic Эдийн засгийн</p>	<p>Инфляц, хүүгийн өөрчлөлтийн хөрөнгө оруулалтад үзүүлж буй нөлөөлөл Ажилгүйдэл Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээг сайжруулахад шаардлагатай хөрөнгө оруулалт</p>
<p>Socio cultural Нийгэм соёлын</p>	<p>Хүн ам зүй 2025 он гэхэд насжилтын асуудал тавигдаж эхэлнэ, 0-14 насны хүүхдийн тоо зонхилж байна Үргүйдэл Жендерийн асуудал Нийгмийн үзэл бодол, үнэт зүйл – эрүүл мэндийн салбарт илтгэх итгэл буурсан</p>
<p>Technology Технологи</p>	<p>Технологийн хөгжил дэвшил бага нэвтэрсэн Эмчилгээний шинэ аргууд удаан нэвтэрч байгаа Шинэ тоног төхөөрөмжийн хангамж хангалтгүй Интернетийн хэрэглээ эмч болон үйлчлүүлэгчийн амьд харилцааг багасгаж байна</p>
<p>Legal Хууль</p>	<p>Хууль дүрмийн хэрэгжилт хангалтгүй</p>
<p>Environment Байгаль орчин</p>	<p>“Ногоон” хөгжлийн асуудал орхигдсон Байгаль орчинд ээлтэй барилга байгууламжийн асуудал хангалтгүй</p>

1 иргэнд ногдох эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилт, 2017 он



Эмч, мэргэжилтнээр хангагдсан байдал, 2015-2017 он, 3 жилийн дундаж



10 000 хүнд ногдох их эмчийн тоо, аймгаар, 2015-2017-оны жилийн дунджаар

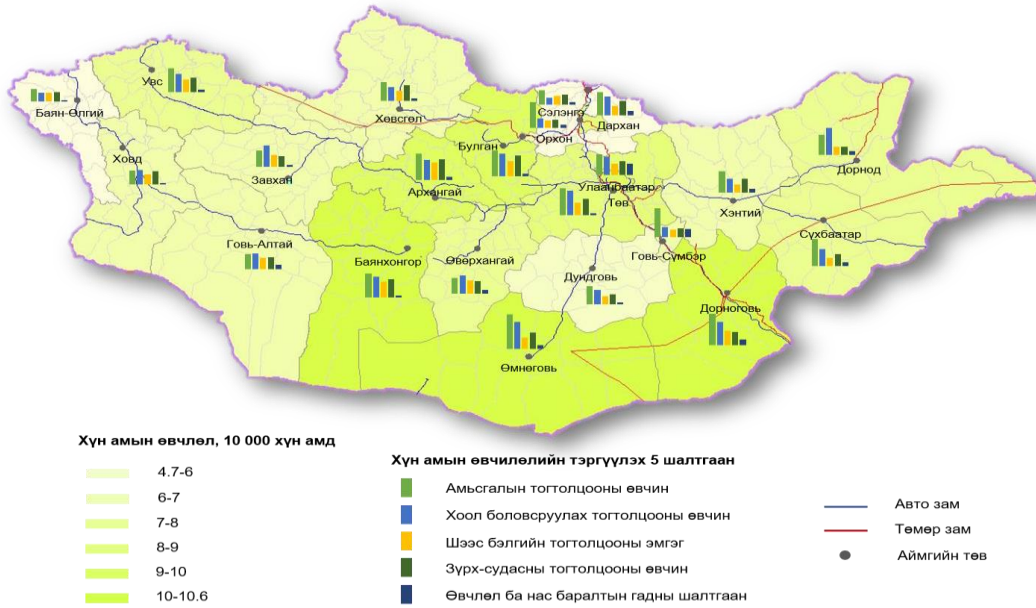
- 20 хүртэл
- 20-25
- 25-30
- 30-35
- 35-аас дээш

Эмнэлгийн мэргэжилтний тоо, 2015-2017-оны жилийн дунджаар

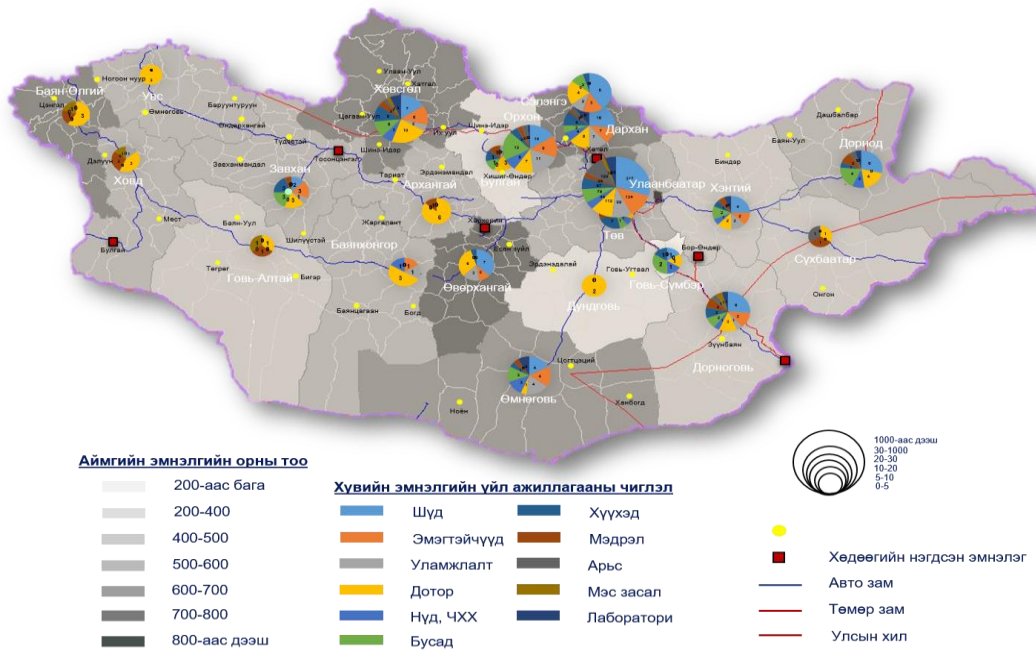
- Их эмч
- Сувилагч
- Эмнэлгийн мэргэжлийн болон техникийн боловсролтой бусад ажилтан

- Авто зам
- Төмөр зам
- Аймгийн төв

Хүн амын өвчлөлийн тэргүүлэх 5 шалтгаан, 2015-2017 он, 3 жилийн дундаж



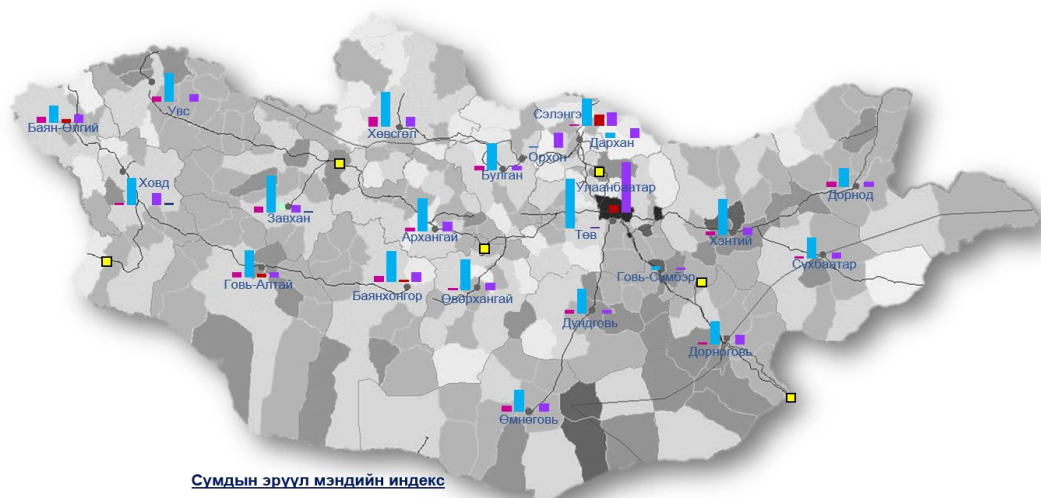
Эрүүл мэндийн байгууллагуудын байршил



Эрүүл мэндийн салбарын үнэлгээнд ашигласан индикатор үзүүлэлтүүд

Үндсэн үзүүлэлт	ЭМ-ийн индекс
	Хүн амын тоо
	Дундаж наслалт
Хүний нөөц	Их эмчийн тоо, 10 000 хүн амд /3 жилийн дундаж/
	Сувилагчийн тоо, 10 000 хүн амд /3 жилийн дундаж/
Эрүүл мэндийн үзүүлэлт /3 жилийн дундаж/	Эхийн эндэгдэл, 100 000 амьд төрөлтөд /3 жилийн дундаж/
	Нялхсын эндэгдэл, 100 000 амьд төрөлтөд /3 жилийн дундаж/
	1000 хүнд ногдох нас баралт /3 жилийн дундаж/
	Хүн амын өвчлөл, 10 000 хүн амд /3 жилийн дундаж/
	Хорт хавдар, 10 000 хүн амд /3 жилийн дундаж/
	Зүрх судасны өвчлөл, 10 000 хүн амд /3 жилийн дундаж/
	Осол гэмтэл, 10 000 хүн амд /3 жилийн дундаж/
Санхүүжилтийн үзүүлэлт	Орны фонд ашиглалтын хувь
	Орны тоо, 10 000 хүн амд
	Нэг хүнд ногдох санхүүжилт, 2017 он
Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний үзүүлэлт	Стационарт хэвтэн эмчлүүлэгчид, 10 000 хүн амд /3 жилийн дундаж/
	Амбулаторт бүртгэгдсэн хүн амын өвчлөл, 10 000 хүн амд /3 жилийн дундаж/
	Эмнэлгийн тусламжгүй төрсөн хүний тоо /5 жил нийлбэр/
	Үндсэн оношийн зөрүү /5 жилийн дундаж/
	Умайн хүзүүний өмөнгийн эрт илрүүлгийн үзлэгийн хувь, 2017 он
	Жирэмсний хугацаанд 6 ба түүнээс дээш удаа хяналтанд хамрагдсан эмэгтэйчүүдийн х
Өвчлөлийн үзүүлэлт	Вируст гепатитын өвчлөл (10000 хүн амд) /3 жилийн дундаж/
	Сүрьеэгийн тохиолдол (10000 хүн амд) /3 жилийн дундаж/
	Амьсгалын тогтолцооны өвчин, 10 000 хүн амд /3 жилийн дундаж/
	Хоол боловсруулах тогтолцооны өвчин , 10 000 хүн амд /3 жилийн дундаж/
	Шээс бэлгийн тогтолцооны эмгэг, 10 000 хүн амд /3 жилийн дундаж/
	Зүрх-судасны тогтолцооны өвчин , 10 000 хүн амд /3 жилийн дундаж/
	Өвчлөл ба нас баралтын гадны шалтгаан, 10 000 хүн амд /3 жилийн дундаж/

Сумдын эрүүл мэндийн индекс



Сумдын эрүүл мэндийн индекс

- 0-5
- 5-6
- 6-7
- 7-8
- 8-9
- 9-10
- 10-аас дээш

Эмнэлгийн үйлчилгээний төрөл, тоо, 2018 он

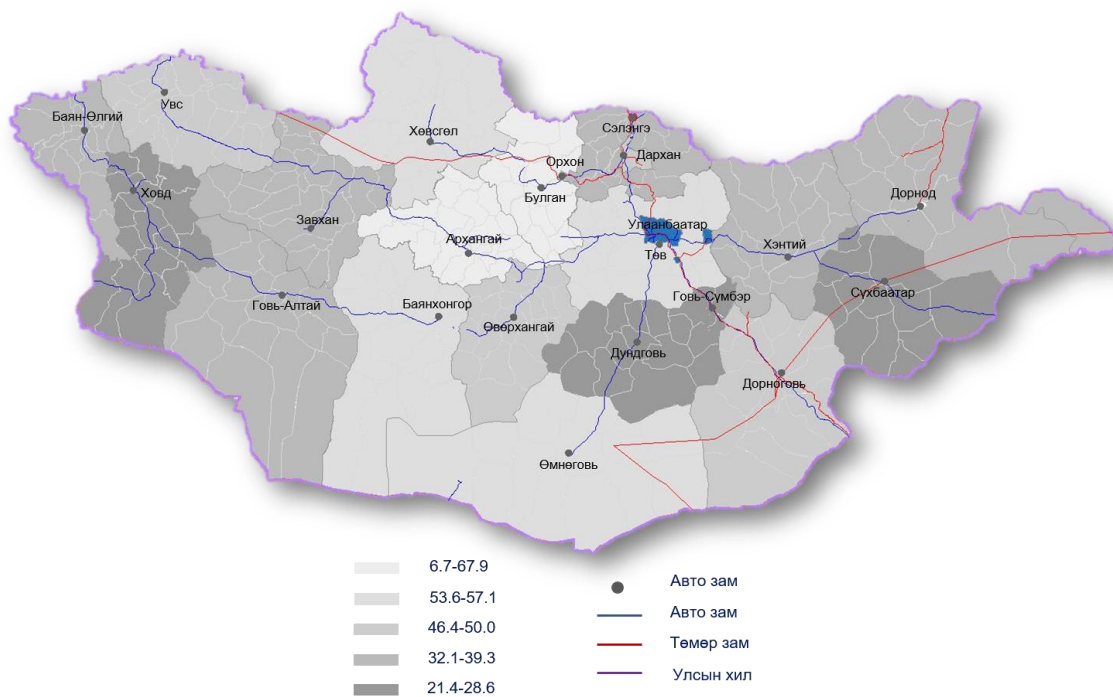
- Сум дундын эмнэлэг
- Сумын эрүүл мэндийн төв
- Тосгоны эрүүл мэндийн төв
- Өрхийн эрүүл мэндийн төв
- Хөдөөгийн нэгдсэн эмнэлэг

Эрүүл мэндийн үзүүлэлтүүдийн үнэлгээний матрикс

Аймаг	Үндсэн үзүүлэлт			Хүний нөөц, 10 000 хүн амд /3 жилийн дундаж/		Эрүүл мэндийн үзүүлэлт /3 жилийн дундаж/							Санхүүжилтийн үзүүлэлт		
	ЭМ-ийн индекс	Хүн амын тоо	Дундаж наслалт	Их эмчийн тоо	Сувилагчийн тоо	Эхийн эндэгдэл, 100 000 амьд төрөлтөд	Нялхсын эндэгдэл, 100 000 амьд төрөлтөд	1000 хүнд ногдох нас баралт	Хүн амын өвчлөл, 10 000 хүн амд	Хорг хавдар	Зүрх судасны өвчлөл	Осол гэмтэл	Орны фонд ашиглалтын хувь	Орны тоо, 10 000 хүн амд	Нэг хүнд ногдох санхүүжилт
Архангай	0.7052	94,216	70.81	18.3	29	0	16.8	5.7	10178	12.92	19.20	7.59	81.4	55	153,203
Баян Өлгий	0.6857	100,469	73.12	20.2	31.5	35.1	13.3	4.4	5408.8	9.83	21.74	3.85	74.9	77.1	137,530
Баянхонгор	0.7312	86,288	69.27	21.7	34	0	15.5	5.6	10745.8	13.15	20.20	7.94	76.8	63.4	183,350
Булган	0.6606	61,588	73.4	19.8	31.5	0	10.8	6.2	10707.1	16.42	23.38	8.13	68.5	60.4	185,879
Говь Алтай	0.7447	57,067	69.43	32.8	44.5	0	16.4	5.6	7442.8	15.18	21.48	6.47	71.8	78.7	226,416
Говьсүмбэр	0.8555	17,167	73.01	33.2	39	0	7.2	5.9	6338.3	12.95	16.72	7.52	82.7	72.2	201,161
Дархан Уул	0.6691	100,838	68.67	27.2	35.6	0	10.6	5.6	8945.2	16.55	20.26	8.23	86.8	73.6	139,924
Дорноговь	0.7221	67,399	70.6	32.9	37.7	0	12.8	5.4	13795.3	12.64	13.09	12.33	74.7	68.8	193,120
Дорнод	0.7082	78,640	68.76	23.3	35.2	0	13.4	6.1	7837.1	17.50	20.10	9.21	79.2	69.9	179,928
Дундговь	0.7612	45,949	73.58	30.7	32.4	0	9.1	5.5	5926.6	15.87	21.15	8.38	80.1	65.5	209,570
Завхан	0.7261	71,478	70.11	25.3	38.1	150.5	16.6	5.8	8723.5	15.60	21.99	5.10	65.3	82.1	217,804
Орхон	0.6860	101,772	71.33	31.9	41.3	0	5	5.5	5959.4	14.62	18.98	6.87	78.7	63.4	142,852
Өвөрхангай	0.6762	114,798	69.85	22.5	28.6	0	16.1	6.3	7804.1	10.45	23.91	7.91	64.8	72.7	146,501
Өмнөговь	0.7644	64,653	71.85	29.2	27.1	76.9	16.1	5.5	10970.7	10.74	17.72	8.42	41.9	102.5	161,777
Сүхбаатар	0.7061	60,678	72.07	25.2	35.4	78.4	17.3	5.6	7478	16.38	15.47	6.17	78.7	66.7	177,409
Сэлэнгэ	0.6402	107,723	72.08	22.8	30.6	0	11	5.5	5046.2	12.09	19.98	6.26	74.9	65.7	157,032
Төв	0.6847	93,647	72.85	23.3	31.5	0	10	6.2	9041.8	11.75	21.13	5.00	69.6	53.8	157,782
Увс	0.7363	81,991	68.84	20.6	31.6	49.1	18.7	5.8	8278.3	17.68	18.20	6.56	77.4	67.2	179,827
Ховд	0.6819	86,344	72.63	26.8	34.6	45.2	16.7	5.6	7297.1	14.00	16.61	5.91	88.1	66.8	195,229
Хөвсгөл	0.6248	131,052	66.18	19	28.2	0	22	6.5	8001	15.21	26.71	7.97	72.1	59.7	146,039
Хэнтий	0.7531	74,814	71.75	24.1	31	69.2	19.4	6.2	7298.4	11.39	17.22	5.59	77	63	251,251
Улаанбаатар		1,399,094	71.51	46	45.1	31.2	12.7	5.2	10770.4	12.48	14.88	9.65	81.7	88.1	73,545

		Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний үзүүлэлт						Өвчлөлийн үзүүлэлт							
		Стационарт хэвтэн эмчдүүлэгчид, 10 000 хүн амд	Амбулаторт бүртгэгдсэн хүн амын өвчлөл, 10 000 Хүн амд	Эмнэлгийн тусламжгүй төрсөн хүний тоо /5 жил нийлбэр/	Үндсэн оноийн зөрүү /5 жилийн дундаж/	Умийн хузүүний өмөнгийн эрг илрүүлгийн үзлэгийн хувь	Жирэмсийн хугацаанд 6 ба түүнээс дээш удаа хяналтанд хамрагдсан эмэгтгэгчдийн хувь	Вируст гепатитын өвчлөл (10000 хүн амд)	Сүрьеэгийн тохиолдол (10000 хүн амд)	Амьсгалын тогтолцооны өвчин	Хоол боловсруулах тогтолцооны өвчин	Шээс бэлгийн тогтолцооны эмгэг	Зүрх-сүлжсн тогтолцооны өвчин	Өвчлөл ба нас баралтын гадны шалтгаан	
1	Архангай	2145	9120	2	5.72	53.4	88.9	1,1	5,5	2,029.01	1,505.69	1,345.73	1,558.60	224.25	19
2	Баян Өлгий	2811	4898	4	0	29	64.6	1,1	3,9	960.82	679.33	691.40	707.90	106.89	11
3	Баянхонгор	2344	10063	4	8.76	67.1	71.2	2,3	5,1	1,860.61	1,597.09	1,236.08	1,435.63	182.11	16
4	Булган	1963	9032	0	0	52.3	80.4	0,7	7,0	1,956.46	1,726.11	1,138.07	1,559.69	169.13	17
5	Говь Алтай	2555	6636	5	7.48	41.1	63.5	1,2	3,7	1,162.29	1,177.91	858.96	928.82	326.85	11
6	Говьсүмбэр	2878	6364	1	4	27.4	91.8	0	16,3	2,175.39	743.25	574.96	634.12	589.43	6
7	Дархан Уул	2935	8426	22	4.34	52.2	83.7	1,7	19,0	1,804.96	1,437.04	711.19	1,122.64	354.51	13
8	Дорноговь	2301	10306	7	7.44	54.3	80.7	1,4	14,2	2,399.27	1,800.27	1,114.51	1,017.75	461.96	14
9	Дорнод	2394	7756	1	3.72	67.1	86.6	1,8	16,1	1,549.33	2,038.76	610.14	622.28	284.73	10
10	Дундговь	2408	5891	10	11.96	70.0	84.5	1,8	8,8	1,419.29	1,102.12	630.00	795.27	172.58	7
11	Завхан	2359	6943	1	6.1	43.9	78	0,9	4,4	1,238.92	1,622.53	893.90	836.11	144.28	10
12	Орхон	2173	6110	21	4.68	25.6	69.9	1,5	8,4	1,968.06	727.55	571.69	615.30	215.89	10
13	Өвөрхангай	2143	7208	9	7.26	68.4	93.5	0,4	5,9	1,178.36	1,406.72	1,003.47	958.32	284.70	14
14	Өмнөговь	2096	10617	7	6.32	35.2	95.4	2,8	4,2	2,655.47	2,075.38	856.51	1,251.94	272.34	16
15	Сүхбаатар	2193	7729	3	0	62.6	94.5	1,4	11,2	2,042.53	1,313.37	608.18	933.80	300.23	7
16	Сэлэнгэ	2079	4751	7	3.5	43.5	72.5	0	18,5	1,130.20	555.83	657.50	777.63	180.21	9
17	Төв	1702	8798	5	10.74	45.3	62.3	0,1	11,7	2,034.30	1,874.32	959.11	1,289.46	147.89	15
18	Увс	2543	7857	30	5.88	52.8	76.6	2,6	6,8	1,791.12	1,366.90	933.36	1,072.36	191.82	14
19	Ховд	2727	6259	10	3.06	45.1	45.7	1,2	4,7	1,055.14	1,104.11	763.41	1,000.82	116.40	8
20	Хөвсгөл	2190	6681	11	6.02	57.5	95	1,4	7,7	1,410.36	1,051.93	729.80	1,163.91	172.50	16
21	Хэнтий	2177	6785	4	6.04	53.8	77.3	1	10,7	1,613.69	1,062.47	621.42	1,051.12	263.65	10
22	Улаанбаатар	3157	9555	382	5.72	23.5	94.3	2,3	16,2	1,545.61	1,349.71	855.24	1,026.41	837.50	15

Эрүүл мэндийн үзүүлэлтүүдийн үнэлгээний матрикс



Салбарт тулгамдаж байгаа асуудлыг шийдвэрлэх арга замууд

1. Хүн амын шилжих хөдөлгөөн хөдөөнөөс хотруу чиглэж аймгуудын хүн амын тоо буурах хандлагатай холбогдуулан одоо байгаа ӨЭМТ-ийг аажим нэгтгэн цөөрүүлэх шаардлага бий болж байна
2. Сумын ЭМТ-ийн тоо буурахгүй боловч орны хүчин чадлыг нь бууруулах шаардлага байна. Нэн ялангуяа аймгийн төвөөс 50км дотор болон 1 цаг хүртлэх хугацаанд зорчих боломжтой 1-р зэрэглэлийн сумдуудад зөвхөн яаралтай төрөх болон ажиглалтын зориулалтаар 5 хүртлэх ор ажиллуулах хэрэгтэй байна. Харин 2 ба 3 зэрэглэлийн СЭМТ нь 8-12 эмнэлгийн ортой байж болно. .
3. Эмнэлгийн 2 дахь шатлалын тусламж үзүүлдэг эмнэлгийн тоо болон тэдгээрийн орны тоог үлэмж хэмжээгээр бууруулах, улмаар тусламж үйлчилгээний давхардлыг арилгах шаардлагатай байна. Ингэхдээ төр болон хувийн хэвшлийн түншлэлийг хөгжүүлэх замаар зарим нэг тусламж үйлчилгээг хувийн хэвшлийн байгууллагаар үзүүлэх зарчим баримтлах.
4. Удаан хугацааны эмчилгээ асаргаа сувилгаа шаардах архаг өвчний эмчилгээ, сэргээн засах эмчилгээ болон хөнгөвчлөх эмчилгээний байгууллагуудыг шинээр бий болгох
5. Аймгийн эрүүл мэндийн төвүүдийг чадавхижуулах

Дэлхий нийтийн чиг хандлага

- Анхан шатны тусламж үйлчилгээг бэхжүүлэх (Strengthening primary health care)
 - Нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг түлхүү хөгжүүлэх (Strengthening public health)
 - Хэнийг ч орхигдуулахгүй байх (Leaving no one behind)
 - Бүх нийтийг эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнд хамруулах (Universal health coverage)
-
- Тусламж үйлчилгээний чанар: дүрэм журам, стандарт, уян хатан үйлчилгээ, хүний нөөц, нотолгоонд суурилсан арга хэмжээ
 - Үр ашиг: орцоос гарах бүтээгдэхүүнийг хамгийн дээд хэмжээнд хүргэх,
 - Тэгш байдал: Хүн амын бүлгийн дунд ялгаатай байдал бий болгохгүй байх, санхүүгийн эрсдлээс хамгаалах, салбар дундын хамтын ажиллагаа
 - Хариуцлага: Засгийн газрын манлайлал, хууль дээдлэх зарчим, ил тод ХШҮ, түншлэл
 - Тогтвортой байдал: Нийгмийн эрүүл мэндийн бэлэн байдал, олон нийтийн чадавхи

Дүгнэлт

- Эрүүл мэндийн салбарт мөрдөгдөж буй олон тооны бодлогын баримт бичигт орон нутгийг хөгжүүлэх нэгдмэл алсын хараа дутагдалтай байна.
- Хүний нөөцийн хуваарилалтад тэнцвэргүй байдал ажиглагдаж байна. Эмч ба сувилагчийн харьцаа (1:1.2) нь ихэнх орнуудаас өндөр байгаа бөгөөд эмнэлгийн 1 оронд ногдох эмнэлгийн мэргэжилтний тоо хот, хөдөөд зөрүүтэй байна.
- Орон нутагт эрүүл мэндийн салбарын үзүүлж байгаа тусламж үйлчилгээ нь хүн амын хэрэгцээтэй нийцэхгүй, бүсчлэн хөгжүүлэх боломж хязгаарлагдмал байна.
- Хуулийн зүйл заалтууд зөрчилтэй (ЭМТҮ-ний тухай хуулинд сум дундын эмнэлэг, хөдөөгийн нэгдсэн эмнэлэг, бүсийн оношилгоо эмчилгээний төв-ийн нэр томъёо байхгүй)
- Нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ хангалтгүй
- Халдварт болон халдварт бус өвчний тархалт (double burden of disease)
- Дундаж ор хоног ихэнх орнуудаас өндөр (9-с дээш) байгаа нь эмчилгээний арга барил үр дүн, үр ашиг муутай, амбулаторийн эмчилгээ үйлчилгээ (өдрийн мэс засал, өдрийн эмчилгээ) дутагдалтай, нийгмийн шалтгааны улмаас эмнэлэгт хэвтэх шаардлага өндөр, хүн тээврийн тогтолцоо муу, эмнэлэгт хэвтэх хандлага байсаар байгаа зэрэг хүчин зүйлүүдээс хамаарч байна.
- Анхан шатны тусламж үйлчилгээний чанар төдийлөн сайн биш, зохицуулалт сул, хамралт хангалтгүй байгаатай холбоотой шаардлагагүй хэвтэлт их байна.
- Бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төв болон эмнэлэг хоорондын тусламж үйлчилгээний зохион байгуулалт хангалтгүй, эмнэлгүүд нарийн мэргэшсэн маягийн загвартай байгаа байгаа нь тусламж үйлчилгээний чанар үр ашигт сөргөөр нөлөөлж байна.

- Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний хангамж нь хүн амын хэрэгцээнд бус өмнө нь явж ирсэн хандлагад суурилсан байна
- Санхүүжилтийн болон нөөц хуваарилалтын одоогийн тогтолцоо нь тусламж үйлчилгээний тэгш байдал болон хүртээмжид сөргөөр нөлөөлж байна.
- Орон нутгийн өвчтний урсгалын талаар тоо, баримт байхгүй байгаа тул орон нутаг дах эмнэлгийн сүлжээний бүтэц, зохион байгуулалтыг зохистой болгож, нөөцийг үр ашигтай зарцуулдаг болгохын тулд эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний хуваарилалт, бүсчлэлийг дахин хянаж, өөрчлөх хэрэгтэй.
- Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний хангамж нь хүн амын хэрэгцээнд бус өмнө нь явж ирсэн хандлагад суурилсан байна.
- Санхүүжилтийн болон нөөц хуваарилалтын одоогийн тогтолцоо нь тусламж үйлчилгээний тэгш байдал болон хүртээмжид сөргөөр нөлөөлж байна.
- Орон нутгийн өвчтний урсгалын талаар тоо, баримт байхгүй байгаа тул орон нутаг дах эмнэлгийн сүлжээний бүтэц, зохион байгуулалтыг зохистой болгож, нөөцийг үр ашигтай зарцуулдаг болгохын тулд эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний хуваарилалтыг дахин хянаж, өөрчлөх хэрэгтэй.
- Эрүүл мэндийн 28 үзүүлэлт бүхий матрикс аргаар үнэлгээ хийхэд төв, хангайн бүсийн аймгуудын (Архангай, Булган, Хөвсгөл, Өмнөговь, Баянхонгор, Төв, Өвөрхангай, Увс, Дорноговь) эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнд тэргүүний ээлжинд анхаарах шаардлагатай байна.

Санал, зөвлөмж

- Хүн төвтэй тусламж үйлчилгээний загварыг хөгжүүлэх
- Эрүүл мэндийн салбарт бүсчлэлийг аймгийн түвшинд одоогийн байгаа засаг захиргааны дагуу санал болгож байна. Өөрөөр хэлбэл, аймаг бүрийг эрүүл мэндийн сүлжээний хувьд нэг бүс (сүлжээ) гэж тооцон сүлжээг бэхжүүлэх.
- Хэдийгээр аймгийн нэгдсэн эмнэлгүүд нь хэмжээний хувьд хангалттай хэдий ч хүн амын ихэнх хэсэг нь аймгийн төвөөс 100 км-ээс дээш зайнд алслагдсан байдаг. Хөдөөгийн замын ихэнх нь бартаатай байдгийг тооцвол аймгийн төв хүрэхэд хэдэн цагаар явах шаардлага гардаг. Тиймээс хүн ам таруу суурьшсан өргөн газар нутагт эмнэлгийн тусламжийн хүртээмжийг илүү нэмэгдүүлэхийн тулд аймгийн түвшний тусламж үйлчилгээг одоо байгаагаас бэхжүүлэн, ЭМ-ийн тухай хуулийн 16.10 дах заалтын дагуу 7 чиглэлийн тусламж үйлчилгээг аймаг орон нутагт жигд бэхжүүлэхэд онцгой анхаарах /Нэгдсэн эмнэлэг нь долоогоос доошгүй үндсэн мэргэшлээр эмнэлгийн лавлагаа шатлалын тусламж, үйлчилгээг амбулатороор болон хэвтүүлэн эмчлэх хэлбэрээр үзүүлэх байгууллага байна/.
- Энэ ажлыг хэрэгжүүлэхэд мэдээлэл, харилцаа, холбоо болон өвчтөн тээвэрлэх тогтолцоог сайжруулах, яаралтай, түргэн тусламжийн тусламж үйлчилгээг үндэсний хэмжээнд өргөжүүлэх, түүнчлэн хөдөлгөөнт үйлчилгээг хөгжүүлэх.
- Сум дундын эмнэлэг, хөдөөгийн нэгдсэн эмнэлгийг нарийвчилсан үнэлгээ хийх
- Сумын ЭМТ-ийн орны тоог нэмэгдүүлэхгүй, ашиглалтыг сайжруулах шаардлага байна. Нэн ялангуяа аймгийн төвөөс 50км дотор болон 1 цаг хүртлэх хугацаанд зорчих боломжтой 1-р зэрэглэлийн сумдуудад зөвхөн яаралтай төрөх болон ажиглалтын зориулалтаар 5 хүртлэх ор ажиллуулах, харин 2 ба 3 зэрэглэлийн СЭМТ –ийг 8-12 эмнэлгийн ортой г.м. зохицуулалт хийх.

○

- Эмнэлгийн 2 дахь шатлалын тусламж үзүүлдэг аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлгийг бүх талаар бэхжүүлэх, тусламж үйлчилгээний давхардлыг арилгах шаардлагатай байна. Ингэхдээ төр болон хувийн хэвшлийн түншлэлийг хөгжүүлэх замаар зарим нэг тусламж үйлчилгээг хувийн хэвшлийн байгууллагаар үзүүлэх зарчим баримтлах.
- Удаан хугацааны эмчилгээ асаргаа сувилгаа шаардах архаг өвчний эмчилгээ, сэргээн засах эмчилгээ болон хөнгөвчлөх эмчилгээний байгууллагуудыг орон нутагт шинээр бий болгох

Ашигласан хэвлэлийн жагсаалт

<https://www.bloomberg.com/news/articles/2018-09-19/u-s-near-bottom-of-health-index-hong-kong-and-singapore-at-top>, 9 сарын 19

Measuring overall health system performance for 191 countries, WHO, GPE Discussion Paper Series: No.30, 2000

Health systems around the world – a comparison of existing health system rankings, Journal of Global Health, 2018

Бэлгийн болон нөхөн үржихүйн эрүүл мэндийн баримтын хуудас, ЭМЯ, НҮБ-ын ХАС, Баримтын цомог, 2018
<https://mongolia.unfpa.org/mn/publications/бэлгийн-болон-нөхөн-үржихүйн-эрүүл-мэндийн-баримтын-хуудас-2018>

Эх яагаад эндэв судалгаа, ХАС, 2016

How our future depends on a girl at this desicive age, UNFPA, 2016
https://mongolia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN_WEB-READY_SWOP%202016%20Report_0.pdf

