



ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН
ХӨГЖЛИЙН ТӨВ

БҮТЭЭЛИЙН ТОВЧОО XVI

2023



ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ХӨГЖЛИЙН ТӨВ

ЭМХЭТГЭЛИЙГ ХЯНАСАН:

Б.НАРАНТУЯА

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ХӨГЖЛИЙН ТӨВИЙН
ЗАХИРАЛ

С.МӨНХСҮХ

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ЭДИЙН ЗАСАГ,
БОДЛОГЫН СУДАЛГААНЫ АЛБАНЫ ДАРГА

Ш.АЛТАНЦЭЦЭГ

ХЯНАЛТ-ШИНЖИЛГЭЭ, ҮНЭЛГЭЭ ДОТООД
АУДИТЫН АЛБАНЫ ДАРГА

ЭМХЭТГЭЛИЙГ НЭГТГЭСЭН:

Ч.МИЧИДМАА

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ЭДИЙН ЗАСАГ, БОДЛОГЫН
СУДАЛГААНЫ АЛБАНЫ АХЛАХ
МЭРГЭЖИЛТЭН

Б.СОЛОНГО

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ЭДИЙН ЗАСАГ, БОДЛОГЫН
СУДАЛГААНЫ АЛБАНЫ МЭРГЭЖИЛТЭН

Г.ТУНГАЛАГТАМИР

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ЭДИЙН ЗАСАГ, БОДЛОГЫН
СУДАЛГААНЫ АЛБАНЫ МЭРГЭЖИЛТЭН

ӨМНӨХ ҮГ



Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв нь эрүүл мэндийн салбарын хөгжлийн бодлого, хууль эрх зүйн баримт бичиг, стандарт, удирдамжийг боловсруулахад шийдвэр гаргагчдыг нотолгоонд суурилсан үнэн зөв мэдээллээр хангаж ажилладаг билээ.

Та бүхэнд эрүүл мэндийн хөгжлийн төвийн мэргэжилтнүүдийн 2023 оны судалгааны ажлаас онцлох зарим үр дүнг танилцуулахад таатай байна. Үүнд: Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний чанарын бодлогын хэрэгжилтийг үнэлэх, нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг сайжруулах, салбарын хүний нөөцийн төлөвлөлт; эс, эд, эрхтнийг шилжүүлэн суулгах үйл ажиллагааны зохион байгуулалтыг боловсронгуй болгох, эрүүл мэндийн

мэдээллийн тогтолцоотой холбоотой судалгаануудыг түүвэрлэн “Бүтээлийн товчоон-XIV”-ийг боловсруулан та бүхэнд хүргэж байна.

Эрүүл мэндийн салбарт тулгамдаж буй асуудлыг шийдвэрлэх, салбарын хөгжил, иргэдийн эрүүл мэндийг дэмжихэд энэхүү бүтээлийн товчоо нь ихээхэн хувь нэмэр оруулна гэдэгт итгэлтэй байна.

Уншигч таны мэдлэг, туршлага, санал бодлыг бид хүлээн авахад үргэлж нээлттэй байх ба хамтран ажиллахдаа таатай байх болно.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'B. Narantuya'.

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ХӨГЖЛИЙН ТӨВИЙН ЗАХИРАЛ
АНАГААХ УХААНЫ ДОКТОР Б.НАРАНТУЯА

ТОВЬЁО

АМЬГҮЙ ДОНОРООС ЭРХТЭН, ЭД ШИЛЖҮҮЛЭН СУУЛГУУЛСАН ИРГЭДИЙН АМЬДРАЛЫН ЧАНАРЫН СУДАЛГАА.....	6
1. Үндэслэл.....	7
2. Арга аргачлал.....	8
2.1 Судалгааны ажлын загвар.....	8
2.2 Мэдээлэл цуглуулах хэрэгсэл.....	8
3. судалгааны ажлын үр дүн.....	9
3.1 элэг шилжүүлэн суулгуулсан иргэд.....	9
3.2 бөөр шилжүүлэн суулгуулсан иргэд.....	10
4. Дүгнэлт	13
ОРОН НУТГИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН БАЙГУУЛЛАГЫН ХҮНИЙ НӨӨЦИЙН ХЭРЭГЦЭЭГ ХҮН АМЫН ӨВЧЛӨЛ, ТОНОГ ТӨХӨӨРӨМЖИЙН ХЭРЭГЛЭЭТЭЙ УЯЛДУУЛАН СУДЛАХ НЬ	14
1. Үндэслэл.....	19
2. Судалгааны арга, аргачлал.....	20
3. Судалгааны үр дүн.....	25
ЭРЭГТЭЙЧҮҮДИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ҮЗҮҮЛЭЛТ, НАС БАРАЛТЫН ШАЛТГААНД ХИЙСЭН ДҮН ШИНЖИЛГЭЭ	74
1. Үндэслэл.....	75
2. Зорилго	75
2.1 Олон улсад эрэгчүүдийн эрүүл мэндийн талаар баримталж буй бодлого, зарим эрүүл мэндийн үзүүлэлтүүд.....	75
2.2 Эрэгтэйчүүдийн нас баралтын шалтгаанд хийсэн дүн шинжилгээ	77
2.3 Өвчлөлийн дарамт тооцох тухай.....	86
3. Дүгнэлт	89
ХҮЛЭЭХ ЖАГСААЛТАД БҮРТГЭГДСЭН ИРГЭДИЙН СУУРЬ ӨВЧЛӨЛИЙН СУДАЛГААНЫ ТАЙЛАН	91
1. Үндэслэл.....	92
2. Судалгааны аргачлал.....	92
3. Судалгааны үр дүн.....	92
4. Дүгнэлт	96
ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТУСЛАМЖ, ҮЙЛЧИЛГЭЭТЭЙ ХОЛБООТОЙ ТОХИОЛДОЛ, ЭРСДЭЛИЙГ БҮРТГЭХ “БҮРТГЭЛ МЭДЭЭЛЛИЙН НЭГДСЭН САН” БҮРТГЭГДСЭН ТОХИОЛДЛУУДЫН ДҮН ШИНЖИЛГЭЭ	97

1. Үндэслэл.....	98
2. Судалгааны арга, аргачлал.....	99
3. Үр дүн.....	99
4. Дүгнэлт.....	111
ХЭРЭГЛЭГЧИЙН ҮНЭЛГЭЭНД ХИЙСЭН ДҮН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ТАЙЛАН - 2023	
ОН.....	112
1. Хэрэглэгчийн үнэлгээ хийх үндэслэл.....	113
2. Үнэлгээний аргачлал.....	113
3. Хэрэглэгчийн үнэлгээний үр дүн.....	118
4. Дүгнэлт.....	133
5. Зөвлөмж.....	133
ТУСГАЙ ЗӨВШӨӨРӨЛТЭЙ ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН БАЙГУУЛЛАГУУДЫН ӨНӨӨГИЙН	
БАЙДАЛД ХИЙСЭН ДҮН ШИНЖИЛГЭЭ.....	134
1. Удиртгал.....	135
2. Судалгааны үндэслэл.....	135
2.1 Зорилго.....	137
2.2 Зорилт.....	137
2.3 Хамрах хүрээ:.....	138
2.4 Арга, аргачлал.....	138
3. Судалгааны үр дүн.....	138
4. Дүгнэлт.....	144
5. Хэлцэмж.....	145
МОНГОЛ УЛС: ХҮН АМЫН НАС БАРАЛТЫН БҮРТГЭЛ, МЭДЭЭЛЛИЙН ЧАНАРЫН	
(ANACONDA)ҮНЭЛГЭЭНИЙ ТАЙЛАН, 2010, 2014-2021 ОН.....	146
Хураангуй.....	152
1. Хүн амын нас баралтын бүртгэл, мэдээллийн тогтолцоо.....	155
1.1 Хууль, эрх зүйн баримт бичиг.....	155
1.2 Мэдээлэл нэгтгэх, боловсруулах программ хангамж.....	157
1.3 Нас баралтын шалтгааны кодлолт.....	157
2. Нас баралтын анхдагч мэдээллийн чанар, хамралтын үнэлгээний ерөнхий мэдээлэл.....	157
2.1 Мэдээллийн чанарын үнэлгээний ерөнхий мэдээлэл.....	157
2.2 Хүн амын мэдээлэл.....	161
2.3 Хүн амын нас баралтын мэдээлэл.....	161
2.4 Хүн амын нас баралтын бүртгэлийн хамралт.....	162
2.5 Нас баралтын түвшин.....	165
2.6 Хүн амын дундаж наслалтын тооцоолол.....	170

3. Нас баралтын шалтгаан.....	172
3.1 Нас баралтын шалтгааныг өргөн хүрээний 3 бүлэгт харьцуулсан тооцоолол	172
3.2 Нас баралтын үндсэн шалтгаан болохгүй буруу тодорхойлсон тохиолдлууд, (garbage code) өвчний ангиллаар.....	178
3.3 Нас баралтын үндсэн шалтгааныг буруу тодорхойлж, мэдээлсэн тохиолдол (garbage code), оношилгооны ангиллаар	183
3.4 Нас баралтын шалтгааныг буруу тодорхойлсон мэдээлэл эрүүл мэндийн бодлого, шийдвэрт нөлөөлөх нь	186
3.5 Бодлого, шийдвэрт сөрөг нөлөө үзүүлэх түвшний үндсэн шалтгаан болохгүй тохиолдлууд	189
3.6 Нас баралтын шалтгааныг буруу тодорхойлж, мэдээлсэн тохиолдол, насны ангилал, хүйсээр	189
3.8 Нас баралтын тэргүүлэх 20 шалтгаан, хүйсээр.....	192
4. Дүгнэлт	199
ОРЧНЫ БОХИРДЛЫН ШАЛТГААНТ ХҮН АМЫН ӨВЧЛӨЛ, НАС БАРАЛТЫН МЭДЭЭЛЛИЙН ӨНӨӨГИЙН БАЙДЛЫГ ҮНЭЛЭХ, ЧИГ ХАНДЛАГЫГ ТОДОРХОЙЛСОН НЬ.....	202
Хураангуй.....	208
1. Орчны эрүүл мэндийн үзүүлэлтүүд.....	209
1.1 Нийгэм хүн ам зүйн үзүүлэлтүүд.....	213
1.2 Агаарын бохирдол	219
1.3 Аюулгүй амьдралын орчин	235
1.4 Ундны усны аюулгүй байдал	235
1.5 Шавжаар дамждаг халдварт өвчин	235
1.6 Хатуу хог хаягдал.....	240
1.7 Аюултай, хортой бодис.....	241
1.8 Хүнсний аюулгүй байдал.....	244
1.9 Цацраг идэвхт бодис	249
1.10 Мэргэжлээс шалтгаалаагүй эрүүл мэндийн эрсдэл.....	250
1.11 Мэргэжлээс шалтгаалах эрүүл мэндийн эрсдэл	256
2. ХҮҮХДИЙН ОРЧНЫ ЭРҮҮЛ МЭНДТЭЙ ХОЛБООТОЙ ҮЗҮҮЛЭЛТҮҮД.....	258
2.2 Хоол боловсруулах эрхтэн тогтолцооны эмгэг	271
2.3 Арьс болон халимын өвчлөл	274
2.4 Гэмтэл, хордлого ба гадны шалтгаант бусад тодорхой эмгэг	276
2.5 Халдварт ба шимэгчид зарим өвчин.....	278
2.6. Агаарын бохирдолтой холбоотой зарим өвчин, сараар.....	278
3. ОРЧНЫ ЭРҮҮЛ МЭНДТЭЙ ХОЛБООТОЙ ТОГТВОРТОЙ ХӨГЖЛИЙН ЗОРИЛТЫН ҮЗҮҮЛЭЛТҮҮД.....	286

3.1. Дотоод болон гадаад орчны агаарын бохирдлоос шалтгаалсан нас баралтын түвшин (тхз-ын 3.9.1).....	286
3.2. Баталгаагүй ундны ус, эрүүл ахуйн шаардлага хангаагүй ариун цэврийн байгууламжаар нөхцөлдсөн нас баралтын түвшин (тхз-ын 3.9.2).....	289
3.3. Санамсаргүй хордох, хорт бодист өртсөнөөс шалтгаалсан нас баралтын түвшин (тхз-ын 3.9.3).....	291
4. Дүгнэлт.....	292
МАГАДЛАН ИТГЭМЖЛЭЛИЙН ӨНӨӨГИЙН БАЙДАЛ БАРИМТЫН СУДАЛГАА....	293
1. Эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэлийн өнөөгийн байдал.....	298
1.1 Хөгжлийн товчооны тойм.....	298
1.2 Эрх зүйн орчин	299
1.3 Удирдлага зохион байгуулалт	306
1.4. Магадлан итгэмжлэх үйл ажиллагааны гүйцэтгэл, үр дүн.....	316
2. Магадлан итгэмжлэлийн хөгжлийн цаашдын чиг хандлага	324
2.1. Тулгамдсан асуудлын дүн шинжилгээ, сургамж.....	324
2.2. Судалгаа, үнэлгээний дүгнэлт, зөвлөмжийн тойм	328
2.3. Олон улсын туршлага.....	331
3. Дүгнэлт	333
4. Зөвлөмж	335
ЗАМЫН ЗУРАГЛАЛ: ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН МАГАДЛАН ИТГЭМЖЛЭЛИЙН ТОГТОЛЦООГ БЭХЖҮҮЛЭХ	338
1. Оршил	341
2. Эрүүл мэндийн тогтолцоонд магадлан итгэмжлэлийг хөгжүүлэх шаардлага, үндэслэл	342
3. Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэл: улс орнуудын туршлага, сургамж, хөгжлийн чиг хандлага	346
4. Монгол Улсын эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэлийн өнөөгийн нөхцөл байдлын шинжилгээнээс гарсан үр дүнгийн товч хураангуй	354
5. Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоог бэхжүүлэх бодлогын хүрээ, зарчим	356
6. Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоог бэхжүүлэх замын зураглал /2024-2028/	357
7. Хэлэлцүүлэг	364
8. Дүгнэлт	366
9. Хавсралт	368



АМЬГҮЙ ДОНОРООС ЭРХТЭН, ЭД ШИЛЖҮҮЛЭН СУУЛГУУЛСАН ИРГЭДИЙН АМЬДРАЛЫН ЧАНАРЫН СУДАЛГАА

Судалгааны ажлын удирдагч:

Б.Нарантуяа (Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвийн захирал)

Судалгааны багийн ахлагч:

А.Оюунзул (Эрүүл мэндийн эдийн засаг, бодлогын судалгааны албаны мэргэжилтэн)

Судлаачид:

Б.Солонго (Эрүүл мэндийн эдийн засаг, бодлогын судалгааны албаны мэргэжилтэн)

Э.Хонгорзул (Эрүүл мэндийн эдийн засаг, бодлогын судалгааны албаны мэргэжилтэн)

Б.Алтантулга (Эс эд эрхтэн шилжүүлэн суулгах үйл ажиллагааг зохицуулах алба)

Мэдээлэл цуглуулсан:

Я.Бадамсүрэн (Эс эд эрхтэн шилжүүлэн суулгах үйл ажиллагааг зохицуулах алба)

Э.Батжаргал (Эс эд эрхтэн шилжүүлэн суулгах үйл ажиллагааг зохицуулах алба)

П.Мидриймаа (Эс эд эрхтэн шилжүүлэн суулгах үйл ажиллагааг зохицуулах алба)

1. Үндэслэл

Анагаахын шинжлэх ухааны үүднээс эрхтэн, эд шилжүүлэн суулгасны дараа дархлаа дарангуйлах эмчилгээтэй холбоотойгоор хүмүүст богино хугацааны болон (даралт ихсэх, чихрийн шижин, бөөрний дутагдал, гипертриоз г.м) урт хугацааны (архаг аллографт үйл ажиллагааны алдагдал, хуучин өвчин сэдрэх, хавдар үүсэх г.м) хүндрэл үүсдэг. Мөн сэтгэл зүйн талаасаа гэр бүл, найз нөхөд, эмч мэргэжилтнүүдтэй харилцах харилцаанд өөрчлөлт гардаг ба энэ нь удаан хугацаанд хүндээр өвчилсөн, шилжүүлэн суулгах хүнд мэс засал хийлгэсэн, үхэл амьдралын зааг дээр очсон, сэтгэл зүйд болон биед их хэмжээний стресс үүсдэг зэрэг олон хүчин зүйл нөлөөлдөг (1). Шилжүүлэн суулгах мэс заслын зорилго зөвхөн тухайн хүний амь насыг аврах биш бөгөөд өвдөхөөс өмнөх эрүүл байдалд хүргэх, физиологийн болон сэтгэцийн хувьд тэнцвэртэй, эрүүл болгоход оршино (2). Тийм ч учраас эд, эрхтэн шилжүүлэн суулгасны дараа дан ганц бие махбодын үзүүлэлтүүдээс гадна нийгэм, сэтгэл зүйн асуудал, тухайн хүний амьдралын чанарт анхаарах болсон.

Анагаах ухааны салбарт амьдралын чанарын талаар 1948 оноос эхлэн анхаарал хандуулж эхэлсэн ба ДЭМБ-ийн зүгээс хүн эрүүл байна гэдэг дан ганц өвчин эмгэггүй байхаас гадна бие махбод, сэтгэл санаа, нийгмийн хувьд сайн сайхан байх хэмээн тодорхойлсон (3). ДЭМБ-аас эрүүл мэндтэй холбоотой амьдралын чанарыг хэмждэг үндсэн 3 хүчин зүйлийг тодорхойлсон. Үүнд нэгдүгээрт бие махбодын – өдөр тутмын амьдралын үйл ажиллагаанд бусдаас хамаарахгүй чөлөөтэй оролцдог байх, ажил хөдөлмөр эрхлэх, хоёрдугаарт сэтгэцийн – сэтгэл хөдлөл, таних мэдэхүйн, зан чанарын байдал, гуравдугаарт нийгмийн – бусад хүмүүстэй харилцах харилцаа, үүрэг хариуцлага ухамсарлах чадвар багтана (4).

Манай улсад 2018 оноос 2023 оны хооронд 58 хүн элэг, бөөр шилжүүлэн суулгах мэс заслаар орсноос 52 хүн амьд байгаа бөгөөд эдгээр хүмүүсийн мэс заслын дараах амьдралын чанар ямар түвшинд байгааг тодорхойлсон судалгаа одоогоор байхгүй байгаа нь бидний энэхүү судалгааны үндэслэл болж байна.

ЗОРИЛГО

Амьгүй донороос эрхтэн, эд шилжүүлэн суулгуулсан иргэдийн амьдралын чанарыг үнэлэх.

ЗОРИЛТ

1. Элэг шилжүүлэн суулгуулсан иргэдийн амьдралын чанарыг үнэлэх
2. Бөөр шилжүүлэн суулгуулсан иргэдийн амьдралын чанарыг үнэлэх

ХҮЛЭЭГДЭЖ БУЙ ҮР ДҮН

Амьгүй донороос эрхтэн шилжүүлэн суулгуулсан иргэдийн амьдралын чанар сайжирсан үр дүн

СУДАЛГААНЫ АЖЛЫН ПРАКТИК АЧ ХОЛБОГДОЛ

1. Цаашдын судалгаа шинжилгээний ажлын суурь мэдээлэл болох ач холбогдолтой.
2. Мэс заслын дараа амьдралын чанарыг сайжруулахад цаашид хэрэгжүүлэх үйл ажиллагааны нотолгоо болох ач холбогдолтой

2. Арга аргачлал

2.1 Судалгааны ажлын загвар

Улсын хэмжээнд 2018 оны 3 сараас 2022 оны хооронд амьгүй донороос эрхтэн, эд шилжүүлэн суулгуулсан нийт 49 иргэдийн дунд агшингийн судалгааны загвараар асуумж судалгаа авч үнэлсэн.

2.2 Мэдээлэл цуглуулах хэрэгсэл

Хүний амьдралын чанарыг үнэлдэг Америкийн Ранд корпорацаас боловсруулан гаргасан SF-36 (Short form survey 36) асуумжийг хувь хүний болон нийт хүн амын эрүүл мэндийн байдлыг үнэлэхэд өргөн ашигладаг (5,6). Энэхүү асуулт нь дараах найман асуудалд чиглэсэн. Үүнд: биеийн үйл ажиллагаа, биеийн өвдөлт, биеийн үйл ажиллагааны алдагдлын улмаас үүрэг оролцоо хязгаарлагдах байдал, хувь хүний болон сэтгэл хөдлөлийн асуудлын улмаас үүрэг оролцоо хязгаарлагдах байдал, сэтгэл зүйн эрүүл мэнд, нийгмийн үйл ажиллагаа, хүч чадал/ядралт, ерөнхий байдлыг өвчтөнөөр өөрөөр нь үнэлүүлсэн.

Амьдралын чанарыг үнэлэх SF-36 асуумжийн дагуу дүгнэхэд хоёр үе шатын дагуу үнэлнэ. Нэгдүгээрт асуулт бүрийг 0-100 оноогоор дүгнэх ба оноо их байх тусам эрүүл мэндийн байдал сайн байгааг илтгэнэ. Хоёрдугаар шатанд дээр дурдсан 8 зүйлийн дагуу бүлэглэж дүгнэж үзэв (7).

Энэ асуумж дээр суурилан бөөрний эмгэгтэй хүмүүсийн амьдралын чанарыг судалдаг KDQOL (Kidney Disease-Quality of Life) – 1.3 асуумжийг өргөн ашигладаг. Анжела нарын (2019) хийсэн бөөрний эмгэгтэй хүмүүсийн амьдралын чанарыг үнэлэх чиглэлээр хийсэн судалгаануудад системчилсэн үнэлгээ хийхэд нийт 230 судалгааны дийлэнх буюу 157 судалгаа нь SF-36 ашигласан бол 37 судалгаа нь KDQOL ашигласан байна (8). Энэхүү асуумж 4 бүлэг 38 асуулттай. Эхний бүлэгт амьдралын чанарын тодорхойлох 11 асуулт. Хоёрдугаар бүлэгт бөөрний өвчтэй холбоотой амьдралын чанарт нөлөөлж байгаа асуудлыг тодруулах 11 багц асуулт. Гуравдугаар бүлэгт эмнэлгийн тусламж үйлчилгээнд сэтгэлт ханамжтай байгааг үнэлэх 2 асуулт. Дөрөвдүгээр бүлэгт хувь хүний талаарх 14 ерөнхий асуултыг асууж үнэлсэн.

Эрхтэн шилжүүлэн суулгуулсан 55 иргэдийн 48 нь амьд байгаа ба элэг шилжүүлэн суулгуулсан 18 иргэнээс SF-36 асуумжийг, бөөр шилжүүлэн суулгуулсан 30 иргэнээс KDQOL– 1.3 асуумжийг ашиглан мэдээлэл цуглуулахаар зорьсон. Бүх иргэд рүү утсаар холбогдож судалгааны зорилго ямар мэдээлэл цуглуулах талаар мэдэгдсэн бөгөөд ингэхэд элэг шилжүүлэн суулгасан иргэдийн 9 нь, бөөр шилжүүлэн суулгуулсан иргэдийн 11 нь судалгаанд хамрагдахаас татгалзсан. Шалтгаан нь биеийн байдал тавгүй, утсаа авахгүй, судалгаанд оролцохыг хүсээгүй, хоригдож байгаа зэрэг шалтгаанаар оролцоогүй. Нийт 28 иргэдээс мэдээлэл цуглуулсан.

Статистик боловсруулалт

Тус SF-36 болон KDQOL асуумжуудыг оноогоор дүгнэж үр дүнг тооцох аргачлалыг Ранд корпорациас гаргасан зааврын дагуу MS Excel рүү мэдээллийг шивж оруулан үр дүнг тооцов.

3.судалгааны ажлын үр дүн

3.1 элэг шилжүүлэн суулгуулсан иргэд

Судалгаанд оролцох шалгуурыг хангасан иргэд рүү утсаар холбогдож судалгааны зорилго ямар мэдээлэл цуглуулах талаар мэдэгдсэн бөгөөд ингэхэд элэг шилжүүлэн суулгасан иргэдийн 9 (50%) нь судалгаанд хамрагдахыг зөвшөөрсөн. Судалгаанд оролцохоос татгалзсан иргэд биеийн байдал тавгүй, утсаа авахгүй, судалгаанд оролцохыг хүсэхгүй, хоригдож байгаа зэрэг шалтгаан нөхцөлийн улмаас оролцоогүй.

Судалгаанд оролцогчдын 5 (55.6%) нь эрэгтэй, 4 (44.4%) нь эмэгтэй байсан ба 8 (88.9) нь гэрлэсэн.

Өвчлөлийн шалтгааны хувьд элэгний вирусийн халдварын улмаас 6, элэгний хатуурлын улмаас 3 хүн элэг шилжүүлэн суулгах мэс засал хийлгүүлсэн байна. Ажил эрхлэлтийн хувьд хөдөлмөрийн насны иргэд эргэж бүтэн цагаар болон хагас цагаар ажил эрхэлдэг байсан.

Хүснэгт 1. Судалгаанд оролцогчдын ерөнхий мэдээлэл

Үзүүлэлт	N=9	Хувиар
Нас		
21-30	1	11.1
31-40	1	11.1
41-50	4	44.4
50+	3	33.3
Хүйс		
Эрэгтэй	5	55.6
Эмэгтэй	4	44.4
Гэрлэлтийн байдал		
Гэрлэсэн	8	88.9
Гэрлээгүй	1	11.1
Боловсрол		
Бүрэн дунд боловсрол	4	44.4
Дээд боловсрол	3	33.3
Эрдмийн зэрэг	2	22.2
Өрхийн жилийн орлого		
<12сая	3	33.3
12сая-30сая	2	22.2
31сая-60сая	1	11.1
61сая-200сая	1	11.1
201сая <		0.0
Мэдэхгүй	2	22.2
Өвчлөлийн шалтгаан		
Элэгний вирусийн халдвар	5	55.6
Элэгний хатуурал	3	33.3
Хурц болон архаг үрэвсэл	1	11.1
Ажил эрхлэлт		

Бүтэн цагийн ажил хийж байсан	3	33.3
Хагас цагийн ажил хийж байсан	1	11.1
Тэтгэвэрт гарсан	1	11.1
Хөгжлийн бэрхшээлтэй	2	22.2
Гэрийн ажилтай	2	22.2

Амьдралын чанарыг үнэлэх үзүүлэлтүүдийг тооцож үзэхдээ цоо эрүүл байхыг 100 хувь гэж үзээд үүнээс биеийн болон сэтгэл зүйн эрүүл мэндийн байдлын шалтгаанаар хэдэн хувийг алдсан гэдгийг үнэлнэ. Элэг шилжүүлэн суулгасан иргэдийн биеийн үйл ажиллагаа дунджаар 76% байгаа нь хүнд юм өргөж болохгүй мөн биеийн хүчний өндөр эрчимтэй хөдөлгөөн хийж болохгүй зэрэг хязгаарлалтын улмаас 24 орчим алдагдсан гэж үнэлсэн.

Оролцогчид ерөнхий эрүүл мэндээ дунджаар 65 орчим хувьтай гэж үнэлсэн бол сэтгэл зүйн эрүүл мэнд 80% гэж үнэлсэн. SF-36 асуултын дагуух 8 үзүүлэлтийн дагуу дараах хүснэгтэд үзүүлэв.

Хүснэгт 2. Амьдралын чанарын үнэлгээний үр дүн

ҮЗҮҮЛЭЛТ	Дундаж	Медиан	Стан.хазайлт	N
Биеийн үйл ажиллагаа (10)	76.11	80.00	19.49	9
Үүрэг оролцоо хязгаарлагдах байдал-бие	50.00	25.00	48.41	9
Өвдөлт (2)	62.22	67.50	27.46	9
Ерөнхий эрүүл мэнд (5)	65.56	70.00	19.60	9
Сэтгэл зүйн эрүүл мэнд (5)	80.00	88.00	15.75	9
Үүрэг оролцоо хязгаарлагдах байдал-сэтгэл зүй (3)	55.56	66.67	40.82	9
Нийгмийн оролцоо (2)	79.17	87.50	29.97	9
Эрч хүч/ядралт (4)	64.44	70.00	20.53	9

3.2 бөөр шилжүүлэн суулгуулсан иргэд

Бөөр шилжүүлэн суулгасан иргэдийн 19 (63%) нь судалгаанд хамрагдахыг зөвшөөрсөн. Судалгаанд оролцогчдын 14 (74%) нь эрэгтэй, 5 (26%) нь эмэгтэй байсан ба 15 (79%) нь гэрлэсэн байсан.

Өвчлөлийн шалтгааны хувьд цусны даралт ихсэлт (5), чихрийн шижин (3), архаг гломерулонефрит (5) болон бусад өвчний улмаас бөөр шилжүүлэн суулгах мэс засалд орсон. Ажил эрхлэлтийн хувьд бүтэн болон хагас цагийн ажилтай 4 хүн байсан бол бусад нь тэтгэвэрт гарсан, хөдөлмөрийн чадвар алдагдал буюу групп тогтоолгосон байсан.

Хүснэгт 3. Бөөр шилжүүлэн суулгасан иргэдийн ерөнхий мэдээлэл

Үзүүлэлт	N=19	Хувиар
----------	------	--------

Нас		
<20	0	0.0
21-30	3	15.8
31-40	4	21.1
41-50	5	26.3
50+	7	36.8
Хүйс		
Эрэгтэй	14	73.7
Эмэгтэй	5	26.3
Гэрлэлт		
Гэрлэсэн	15	78.9
Гэрлээгүй	4	21.1
Боловсрол		
Бага боловсрол	0	0.0
Бүрэн бус дунд боловсрол	3	15.8
Бүрэн дунд боловсрол	2	10.5
Техник, мэргэжлийн	2	10.5
Дээд боловсрол	10	52.6
Эрдмийн зэрэг	2	10.5
Өрхийн жилийн орлого		
<12сая	6	31.6
12сая-30сая	8	42.1
31сая-60сая	1	5.3
61сая-200сая	0	0.0
201сая <	0	0.0
Мэдэхгүй	4	21.1
Өвчлөлийн шалтгаан		
Цусны даралт ихсэлт	5	26.3
Чихрийн шижин	3	15.8
Полицист бөөрний өвчин	1	5.3
Архаг гломеруланефрит	5	26.3
Архаг пиолонефрит	2	10.5
Мэдэхгүй	2	10.5
Бусад	1	5.3
Ажил эрхлэлт		
Бүтэн цагийн ажил хийж байсан	2	10.5
Хагас цагийн ажил хийж байсан	2	10.5
Ажилгүй боловч ажил хайж байгаа	1	5.3
Тэтгэвэрт гарсан	5	26.3
Хөгжлийн бэрхшээлтэй	7	36.8
Сурч байгаа	1	5.3
Гэрийн ажилтай	1	5.3

Бөөр шилжүүлэн суулгасан иргэдийн амьдралын чанарыг аргачлалын дагуу найман үзүүлэлтээр үнэлж үзэхэд биеийн үйл ажиллагаа 70%, ерөнхий эрүүл мэндийг 53%, сэтгэлт зүйн эрүүл мэндийг 58%-тай үнэлсэн байна. Нийгмийн харилцаанд оролцох байдал хамгийн өндөр үзүүлэлттэй буюу 73 хувь гэж үнэлсэн байна.

Хүснэгт 4. Амьдралын чанарын үнэлгээний үр дүн

ҮЗҮҮЛЭЛТ	Дундаж	Медиан	Стан.хазайлт	N
Биеийн үйл ажиллагаа (10)	70.53	80.00	21.53	19
Үүрэг оролцоо хязгаарлагдах байдал-бие	52.63	50.00	38.09	19
Өвдөлт (2)	69.74	67.50	24.24	19
Ерөнхий эрүүл мэнд(5)	53.42	60.00	17.80	19
Сэтгэл зүйн эрүүл мэнд(5)	63.16	60.00	23.61	19
Үүрэг оролцоо хязгаарлагдах байдал-сэтгэл зүй (3)	57.89	66.67	45.60	19
Нийгмийн оролцоо(2)	73.03	75.00	24.39	19
Эрч хүч/ядралт (4)	58.42	60.00	19.58	19

Бөөрний өвчлөлийн улмаас үүсэж буй зовуурь, шинж тэмдэг 20% тай нөлөөлж байгаа ч амьдралын өдөр тутмын үйл ажиллагаанд буюу хэвийн амьдрахад өвчний үзүүлж буй дарамт нэлээдгүй их буюу 50 хувиас их хэмжээтэйгээр нөлөөлж байна гэж үнэлсэн байна. Биеийн эрүүл мэнд болон насжилтын байдлаас шалтгаалж нойр муудах, таних мэдэх, суралцах чадвар муудах зэрэг шинжүүд мөн ажиллагдаж байна. Нийгмийн харилцаа, нийгмийн дэмжлэг буюу эргэн тойрны хүмүүс санаа тавих байдал, нийгмийн үйл ажиллагаанд татан оролцуулах зэрэг талууд сул байгаа харагдаж байна. Судалгаанд оролцсон дийлэнх иргэд (12) нь хөдөлмөрийн насны иргэд боловч ажил эрхлэлт 37% -тай байна.

Хүснэгт 5. Бөөрний өвчлөл амьдралд нөлөөлөх байдлын үнэлгээний үр дүн

ҮЗҮҮЛЭЛТ	Дундаж	Медиан	Стан.хазайлт	N
ЗОВУУРЬ, ШИНЖ ТЭМДЭГ(12)	79.07	81.82	14.54	19
Бөөрний өвчний нөлөөлөл(8)	72.53	71.88	21.03	19
Өвчлөлийн дарамт (4)	45.72	37.50	24.57	19
Ажил эрхлэлт (2)	36.84	50.00	40.28	19

Танин мэдэх чадвар(3)	61.75	60.00	23.61	19
Нийгмийн харилцаа (3)	63.86	66.67	19.92	19
Нойр (4)	61.05	65.00	17.08	19
Нийгмийн дэмжлэг (2)	65.79	66.67	21.14	19

4. Дүгнэлт

Судалгаанд оролцсон иргэдийн дийлэнх нь мэс заслын өмнөх үеэс биеийн байдал нь эрс сайжирсан гэж онцлон хэлсэн боловч олон тооны эм тасралтгүй уудаг, зарим эмийн гаж нөлөө их, хүнд юм өргөж болохгүй, өндөр эрчимтэй хөдөлгөөн хийдэггүй зэрэг талаар бие махбодын үйл ажиллагаа тодорхой хэмжээнд хязгаарлагдмал байдаг боловч өдөр тутмын амьдралд хэвийн оролцоотой байна

Цаашид энэ аргачлалын дагуу мэс засалд орохын өмнө болон дараа үнэлж үр дүнг тооцох. Дан ганц амьгүй донороос эрхтэн шилжүүлэн суулгасан иргэдийн дунд төдийгүй нийт эд, эрхтэн шилжүүлэн суулгасан иргэдийн дунд судалгааг авч өргөжүүлэх бүрэн боломжтой.

Ашигласан ном зүй

1. Rauch JB, Kneen KK. Accepting the gift of life: heart transplant recipients' post-operative adaptive tasks. *Soc Work Health Care*. 1989;14(1):47-59. doi: 10.1300/J010v14n01_04. PMID: 2675345.
2. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA*. 1995 Jan 4;273(1):59-65. PMID: 7996652.
3. World Health Organization. (2005). Basic documents, 45th ed. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43134>
4. <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2015/05/WHOQOL-Measuring-Quality-of-Life.pdf>
5. Lai JC, Sonnenday CJ, Tapper EB, et al. Frailty in liver transplantation: An expert opinion statement from the American Society of Transplantation Liver and Intestinal Community of Practice. *Am J Transplant*. 2019;19(7):1896-1906. doi:10.1111/ajt.15392
6. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30(6):473-483.
7. Lins L, Carvalho FM. SF-36 total score as a single measure of health-related quality of life: Scoping review. *SAGE Open Med*. 2016; 4:2050312116671725. Published 2016 Oct 4. doi:10.1177/2050312116671725
8. Ju A, Chow BY, Ralph AF, et al. Patient-reported outcome measures for life participation in kidney transplantation: A systematic review. *Am J Transplant*. 2019;19(8):2306-2317. doi:10.1111/ajt.15267



**ОРОН НУТГИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН БАЙГУУЛЛАГЫН ХҮНИЙ
НӨӨЦИЙН ХЭРЭГЦЭЭГ ХҮН АМЫН ӨВЧЛӨЛ, ТОНОГ
ТӨХӨӨРӨМЖИЙН ХЭРЭГЛЭЭТЭЙ УЯЛДУУЛАН СУДЛАХ НЬ**

Судалгааны ажлын удирдагч:

Б.Нарантуяа (Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвийн захирал)

Судалгааны багийн ахлагч:

Б.Отгончимэг (Хүний нөөцийн хөгжлийн албаны дарга)

Б.Солонго (Эрүүл мэндийн эдийн засаг, бодлогын судалгааны албаны мэргэжилтэн)

Судлаачид:

А.Оюунзул (Эрүүл мэндийн эдийн засаг, бодлогын судалгааны албаны мэргэжилтэн)

Э.Хонгорзул (Эрүүл мэндийн эдийн засаг, бодлогын судалгааны албаны мэргэжилтэн)

Ж.Ундрал (Эрүүл мэндийн эдийн засаг, бодлогын судалгааны албаны мэргэжилтэн)

Ц.Болормаа (Эрүүл мэндийн эдийн засаг, бодлогын судалгааны албаны мэргэжилтэн)

ТОВЧИЛСОН ҮГСИЙН ЖАГСААЛТ

АУ	Анагаах ухаан
ДЭМБ	Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллага
НЭМ	Нийгмийн эрүүл мэнд
ЭМБ	Эрүүл мэндийн байгууллага
ЭМТ	Эрүүл мэндийн төв
ЭМТҮ	Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ
ЭМЯ	Эрүүл мэндийн яам
АНЭ	Аймгийн нэгдсэн эмнэлэг
ӨЭМТ	Өрхийн эрүүл мэндийн төв
СЭМТ	Сумын эрүүл мэндийн төв
СДЭ	Сум дундын эмнэлэг
БОЭТ	Бүсийн оношилгоо эмчилгээний төв

ЗУРГИЙН ТАЙЛБАР

- Зураг 1. Бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтын зорилтот хүрэхэд хүний нөөцийн хэрэгцээг уялдуулах зураглал (dimension)
- Зураг 2. 10 000 хүн амд ногдох сувилагч, бүс нутгаар, 2017-2022 он
- Зураг 3. Дорнод аймгийн тэргүүлэх өвчлөл
- Зураг 4. Хэнтий аймгийн өвчлөл, 2018-2022
- Зураг 5. Дорноговь аймгийн өвчлөл, 2018-2022
- Зураг 6. Төв аймгийн тэргүүлэх өвчлөл, 2018-2022 он
- Зураг 7. Өмнөговь аймгийн тэргүүлэх өвчлөл
- Зураг 8. Дундговь аймгийн тэргүүлэх өвчлөл, 2018-2022 он
- Зураг 9. Орхон аймгийн тэргүүлэх өвчлөл, 2018-2022 он
- Зураг 10. Булган аймгийн тэргүүлэх өвчлөл, 2018-2022 он
- Зураг 11. Эмч, сувилагчийн харьцаа, Ази-Номхон далайн бүсийн орнуудаар харьцуулснаар
- Зураг 12. Эмч, сувилагчийн харьцаа, бүс нутгаар, 2022 он
- Зураг 13. Сувилагчдын тоог аймгийн хүн амтай харьцуулсан байдал, байршлаар, 2022 он
- Зураг 14. ӨЭМТ, СЭМТ-үүдэд ажиллаж буй сувилагчдын тоо, 2021-2022
- Зураг 15. Сувилагч мэргэжлээр төгсөгчдийн сувилах эрх авсан байдал, 2020-2022
- Зураг 16. Тоног төхөөрөмжийн ашиглагдахгүй байгаа техникийн шалтгаан
- Зураг 17. Хүний нөөцийн хангамж
- Зураг 18. Ажиллах хүчний илүү цагаар ажиллах байдал
- Зураг 19. . Илүү цагаар ажиллах шаардлагатай нөхцөл

ХҮСНЭГТИЙН ТАЙЛБАР

- Хүснэгт 1. Их эмчийн тоо, СЭМТ, ӨЭМТ-д, 2019-2022
- Хүснэгт 2. Их эмчийн тоо, лавлагаа шатлалд, 2022 он
- Хүснэгт 3. Их эмчийн тоо, чиглэлээр, байршлаар, 2022 он
- Хүснэгт 4. Үндсэн мэргэшлийн сургалтад төрийн сангийн зардлаар, эрүүл мэндийн газруудын захиалгаар элссэн эмч мэргэжилтний тоо, 2022 он
- Хүснэгт 5. Дотрын төрөлжсөн мэргэшлийн элсэлт (төрийн сангаар), 2019-2023 он
- Хүснэгт 6. Хүүхдийн төрөлжсөн мэргэшлийн элсэлт (төрийн сангаар), 2019-2023 он
- Хүснэгт 7. Эх барих, эмэгтэйчүүдийн төрөлжсөн мэргэшлийн элсэлт (төрийн сангаар), 2019-2023 он
- Хүснэгт 8. Гэмтэл, мэс заслын төрөлжсөн мэргэшлийн элсэлт төгсөлт, 2019-2023 он
- Хүснэгт 9. Нэг эмчид ногдох сувилагчийн тоо /2018-2022 он/
- Хүснэгт 10. Эрүүл мэндийн байгууллагад ажиллаж байгаа туслах сувилагчийн тоо байршлаар
- Хүснэгт 11. Сувилагчдын тоо анхан шатны эмнэлгүүдэд, байршлаар 2019-2022
- Хүснэгт 12. Сувилагчийн тоо, байршлаар, эмнэлгийн төрлөөр, 2022
- Хүснэгт 13. Сувилагчийн тоо, чиглэл, эмнэлгийн төрлөөр, 2022 он
- Хүснэгт 14. 2022-2023 оны хичээлийн жилд Төрөлжсөн мэргэшлийн сургалтад Аймаг нийслэлийн захиалгаар улсын төсвийн санхүүжилтээр суралцсан сувилагч, тусгай мэргэжилтний тоо
- Хүснэгт 15. Сувилагч мэргэжилтний Төрөлжсөн мэргэшлийн сургалтад суралцсан сүүлийн 4 жилийн мэдээлэл
- Хүснэгт 16. 2022-2023 оны хичээлийн жилд Дээшлүүлэх сургалтад Аймаг, нийслэлийн захиалгаар улсын төсвийн санхүүжилтээр суралцсан сувилагч, тусгай мэргэжилтний тоо

- Хүснэгт 17. Төрөлжсөн мэргэшил болон мэргэжил дээшлүүлэх сургалтад суралцсан сувилагчдын тоо /2018-2022 он/
- Хүснэгт 18. Төгсөлтийн дараах сургалтаар багц цаг бүрдүүлж зөвшөөрөл сунгасан сувилагчдын мэдээлэл /2020-2022он/
- Хүснэгт 19. Сувилагчдын мэргэшлийн зэрэгт хамрагдсан байдал /2020-2022/

1. Үндэслэл

Монгол улс нь Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллагаас дэвшүүлсэн “Хүн бүрийг эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээнд хамруулах”, “Хэнийг ч орхигдуулахгүй байх”, “Хүн төвтэй эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэх” зарчим, зорилтыг хангах, газарзүйн болон санхүүгийн бэрхшээлээс шалтгаалан эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээнд хамрагдаж чадахгүй байгаа хүн амд хүрч үйлчлэхээр зорин ажиллаж байна.

Монгол Улсын урт хугацааны хөгжлийн бодлого “Алсын хараа-2050” эрх зүйн баримт бичгийн 2021-2030 онд хэрэгжүүлэх үйл ажиллагааны 2.2.11. Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг хүн амын нягтрал, газар зүйн байршил, хүн ам зүйн бүтэц, өвчлөл, шилжилт хөдөлгөөн, хүн амын эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний эрэлт хэрэгцээтэй уялдуулан зохион байгуулна., 2.2.29. “Хүн амын хэрэгцээ, тусламж үйлчилгээний зохион байгуулалт төлөвлөлттэй уялдуулан хүний нөөцийг бэлтгэж, орон нутгийн хэрэгцээг хангах...” хэмээн тус тус тусгагдсан. Энэхүү үйл ажиллагааны хэрэгжилтийг хангахад бид мэргэшсэн эрүүл мэндийн мэргэжилтний хангамж, бэлэн байдал, эрүүл мэндийн мэргэжилтнүүдийг хамгийн хэрэгцээт газар нь зөв хуваарилсан эсэхийг тодруулах шаардлага үүсэж байна.

Дэлхийн хүн амын тал хувь нь хэрэгцээтэй эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг авч чадахгүй байсаар байна. Эрүүл мэндийн эрэлт хэрэгцээнд нийцсэн тэгш хүртээмжтэй, чанартай тусламж үйлчилгээ үзүүлэхэд эрүүл мэндийн тогтолцооны 6 гол баганын нэг болох эрүүл мэндийн салбарт ажиллагсад буюу хүний нөөц чухал үүрэг оролцоотой.

Улсын хэмжээнд 2022 оны байдлаар нийт 63340 хүн ажиллаж байгаа бөгөөд эмч, сувилагчийн харьцаа 1:1 байна. 2022 оны байдлаар манай улсын 10 000 хүн тутамд 189.6 эрүүл мэндийн ажилтан оногдож буйн 41.8 нь сувилагч, 41.9 нь эмч байна.

Эрүүл мэндийн ажиллагчдыг газарзүйн байршлаар авч үзвэл нийт ажиллагчдын 58.5 хувь нь Улаанбаатар хотод байгаа ба Хангайн бүсийн аймгуудад 13.9 хувь, Төвийн бүсэд 12.0 хувь, Баруун бүсэд 10.7 хувь, Зүүн бүсийн аймгуудад 4.9 хувь нь тус тус ажиллаж байна. 10000 хүн амд ногдох эрүүл мэндийн ажиллагчдын тоо Улаанбаатар хотод улсын дунджаас 46.9, Говь-Алтай аймагт 17.8-оор өндөр, бусад аймаг, бүсүүдэд улсын дунджаас 0.7-65.6-оор бага байна. Нийт ажиллагчдын тоог бүсээр харьцуулбал, 10000 хүн амд ногдох ажиллагчид Баруун бүсэд хамгийн өндөр буюу 161.9, Төвийн бүсэд 147.0, Хангайн бүсэд 145.0 байгаа ба Зүүн бүсэд хамгийн бага буюу 134.5 байна.

Хүн амын өвчлөл, нас баралтын үндсэн шалтгаанд чиглэсэн тусламж үйлчилгээг хүн бүр хүртээмжтэйгээр авах боломжоор хангагдсан эсэхийг тодруулахын тулд эрүүл мэндийн хэрэгцээнд суурилсан хүний нөөц, тоног төхөөрөмжийн хангалтад тулгуурлан судлахыг зорьж байгаа юм. Энэхүү судалгаа хийгдсэнээр хүн бүр эрүүл мэндийн чанартай тусламж үйлчилгээг хэрэгцээтэй үедээ, хаана амьдарч байгаагаас үл хамааран санхүүгийн хүндрэлгүйгээр авах боломжийг бүрдүүлэхэд бодлого, шийдвэр гаргагч нарыг нотолгоот мэдээллээр хангаж, бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтыг хангасан төлөвлөлт хийхэд чухал судалгаа болох юм.

Эрүүл мэндийн байгууллагын бүтэц, үйл ажиллагааны стандартад орны тоонд үндэслэн хүний нөөцийг тооцсон нь хүн амын хэрэгцээ, тусламж үйлчилгээний зохион байгуулалт төлөвлөлттэй уялдуулан хүний нөөцийг бэлтгэх бодлоготой нийцэхгүй байна. Иймд хүн

амын өвчлөлийн байдалд дүн шинжилгээ хийж цаашдын эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хэрэгцээнд үндэслэн хүний нөөцийг төлөвлөх нь газарзүйн байршлаас хамаарч эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнд хамрагдаж чадахгүй байх эрсдэлээс сэргийлэх юм.

2. Судалгааны арга, аргачлал

Зорилго

Хүний нөөцийн хэрэгцээг орон нутгийн хүн амын өвчлөл, тоног төхөөрөмжийн байдалтай харьцуулан судлах

ЗОРИЛТ

1. Хүн амын зонхилон тохиолдох өвчлөлийн байдалд тулгуурлан эмч, сувилагчийн хэрэгцээг судлах
2. Зонхилон тохиолдох өвчлөлийн үед ашиглагдаж байгаа тоног төхөөрөмжийн хэрэглээ, тэдгээрийн хүний нөөцийн өнөөгийн байдлыг судлах

Хүлээгдэж буй үр дүн

1. Хүн амын эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хэрэгцээнд тулгуурлаж хүний нөөцийн төлөвлөлт хийх.
2. Орон нутгийн эрүүл мэндийн байгууллагын тоног төхөөрөмжийн ашиглалт, хэрэглээг нэмэгдүүлэх.

Санхүүжүүлэгч байгууллага

Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллага

Зохион байгуулагч

Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв

Судалгааны ажлын арга зүй

Тоон болон чанарын судалгааны аргаар мэдээллийг цуглуулж, хүний нөөцийн хэрэгцээ, өнөөгийн байдлыг тоног төхөөрөмжтэй харьцуулан аналитик судалгааны аргыг ашиглан судалсан.

Бид судалгааны зорилгыг танилцуулах, мэдээлэл цуглуулах аймаг, сумдыг сонгох, нэмэлт мэдээлэл авах, судалгааны хэрэглэгдэхүүнийг сайжруулах зорилгоор эрүүл мэндийн байгууллагуудын хүний нөөц хариуцсан мэргэжилтнүүдтэй цахим танилцуулах уулзалтыг хийв.

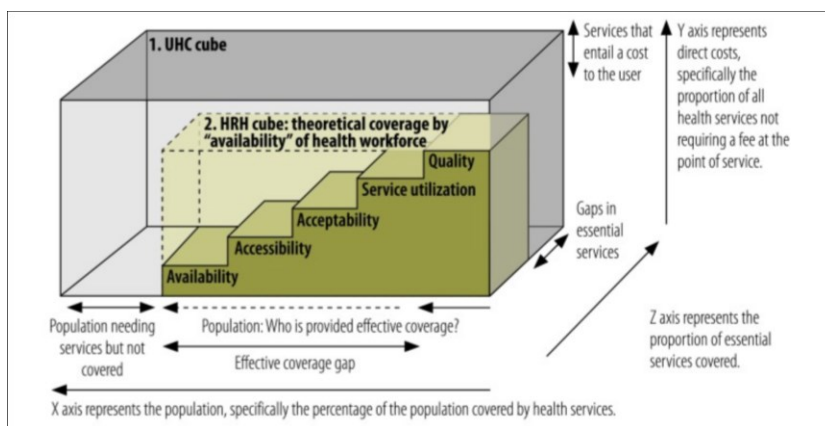
Нэгдүгээр зорилтын хүрээнд хүний нөөцийн хэрэгцээг (need based) тодорхойлохдоо сүүлийн нэг жилийн амбулаторийн үзлэгийн тоо, эрүүл мэндийн тоон мэдээллийн санд бүртгэгдсэн өвчлөлийн тоог аймаг орон нутгийн дескриптив статистикийг ашигласан. Мөн

одоогийн хүний нөөцийн байдлыг (situational analyze) хяналтын хуудасны дагуу бүртгэж, газар дээр нь очиж ажиглалт хийв. Мэдээллийг цуглуулахдаа чанарын судалгааны аргаар эмч нартай бүлийн ярилцлага (ачаалал, шаардлагатай боловч нэгдсэн эмнэлгийн стандартад тусгагдаагүй, үйлчлүүлэгчийн зүгээс хэрэгцээтэй байгаа ч эмнэлгийн зүгээс тухайн тусламж үйлчилгээг үзүүлдэггүй зэрэг асуудлыг илрүүлэх), эмнэлгийн удирдлага, хүний нөөцийн мэргэжилтнүүдтэй ганцаарчилсан ярилцлага (хүний нөөцийн төлөвлөлт, хэрэгцээ, шаардлагатай сургалтын хэрэгцээ, ажилчдын шилжилт хөдөлгөөн) хийх аргаар хэрэгцээг тодорхойлов.

Хоёрдугаар зорилтын хүрээнд мэдээллийн санд бүртгэлтэй тоног төхөөрөмжийн мэдээлэл дээр суурилан бодит байдал дээр тухайн тоног төхөөрөмжийн ашиглалт, хэрэглээ, бэлтгэгдсэн хүний нөөц, мөн тоног төхөөрөмж ашиглалттай холбоотой тулгардаг бэрхшээл зэргийг хяналтын хуудас болон ярилцлагын аргын дагуу мэдээлэл цуглуулж дүн шинжилгээ хийв.

Зонхилон тохиолдох өвчлөлийн үед тусламж үйлчилгээ үзүүлж байгаа эмч, мэргэжилтний хүрэлцээ, цаашид шаардлагатай хэрэгцээг судлахдаа AAAQ (Availability, Accessibility, Acceptability and Quality) концепцийн хүрээнд тодорхойлов.

ДЭМБ-аас дэвшүүлсэн бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтад (УНС) хүрэх зорилгыг биелүүлэхэд хүний нөөцийн хүртээмжийг уг зарчмыг дагуу тооцсон. Өөрөөр хэлбэл шаардлагатай тусламж үйлчилгээ хүний нөөц байгаа эсэх (availability), тусламж үйлчилгээ нь газар зүйн хувьд хүртэж болохуйц, санхүүгийн хувьд бэрхшээлгүй авч болохуйц эсэх (accessibility), хувь хүний шашин шүтлэг, соёлын онцлог байдлыг харгалзан, ялгаварлан гадуурхахгүйгээр тусламж үйлчилгээ үзүүлж чадаж байгаа эсэх (acceptability), эмч, эмнэлгийн мэргэжилтнүүд нь чанартай тусламж үйлчилгээ үзүүлж чадахуйц хэмжээнд бэлтгэгдсэн, сургагдсан байдал зэргийг харгалзан үзэж хүний нөөцийг хэрэгцээг тодорхойлсон.



Зураг 1. Бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтын зорилтот хүрэхэд

хүний нөөцийн хэрэгцээг уялдуулах зураглал (dimension)

Эх сурвалж: Adapted from The world health report (2010), 4 UN Economic and Social Council (2000) and Tanahashi (1978).

Хувьсагч
2018-2022 онд ажиллаж буй хүний нөөц
Үндсэн мэргэшлийн сургалтад хамрагдсан эмч, мэргэжилтний тоо /2018-2022/
Үндсэн мэргэшлийн сургалтын төгсөгчийн тоо /2018-2022/
Төрөлжсөн мэргэшлийн сургалт, мэргэшил дээшлүүлэх сургалтын төгсөгчдийн тоо /2018-2022/
Тоног төхөөрөмжийн ашиглалтын байдал

Судалгааны хамрах хүрээ ба түүвэрлэлт, түүврийн хэмжээ

Судалгааны хамрах хүрээ:

- Аймгийн нэгдсэн эмнэлэг
- Хөдөөгийн нэгдсэн эмнэлэг
- Бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төв
- Төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг
- Тусгай мэргэжлийн төв
- Дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг

Судалгааны түүвэрлэлт:

Судалгааг магадлалт түүвэрлэлтийн кластер буюу мужилсан түүврийн аргыг ашиглах ба ЭМБ-уудыг байршлаар нь бүсчилж систем түүврээр түүвэрлэсэн. Түүвэрлэсэн ЭМБ-уудад хүний нөөцийн байдлыг газар дээр нь очиж анализ хийв. Эрүүл мэндийн салбарт нийт ажиллагчид төвийн бүсэд 147.0, хангайн бүсэд 145.0 байгаа ба зүүн бүсэд хамгийн бага буюу 134.5 байна. Хөвсгөл, Хэнтий, Дорнод, Төв аймгуудад хамгийн бага буюу эрүүл мэндийн ажиллагчдын ачаалал өндөр байгаа тул доорх аймгуудыг түүвэрлэн сонгов.

А. Орон нутгийн түвшинд

ЭМБ-н төрөл	ЭМБ-н нэр
Бүсийн оношилгоо эмчилгээний төв	Орхон БОЭТ /хангайн бүс/ Өмнөговь БОЭТ /төвийн бүс/
Аймгийн нэгдсэн эмнэлэг	Булган АНЭ /хангайн бүс/ Хөвсгөл АНЭ /хангайн бүс/ Дорнод АНЭ /зүүн бүс/ Төв АНЭ /төвийн бүс/ Дорноговь АНЭ /төвийн бүс/ Дундговь АНЭ /төвийн бүс/
Хөдөөгийн нэгдсэн эмнэлэг /6/	Хэнтий аймгийн ХНЭ /зүүн бүс/

	Замын-Үүд Нэгдсэн Эмнэлэг /зүүн бүс/
Нийт	10

Орон нутгийн түвшинд түүврийн хувь 30-с доошгүй байхаар тусгав.

Судалгааны хэрэглэгдэхүүн

Зорилт нэгийн хүрээнд

2017-2022 онд хүн амын дундах амбулаторийн өвчлөлөөр тэргүүлж буй өвчлөлийн талаарх мэдээлэл

- Тэргүүлж буй өвчлөлийн тусламж үйлчилгээ үзүүлдэг нөөцийн талаарх мэдээлэл

Зорилт хоёрын хүрээнд

- Зонхилон тохиолдох өвчлөлийн үед ашиглагдаж буй тоног төхөөрөмжийн хангалтын мэдээ
- 2017–2022 онд эрүүл мэндийн байгууллагуудын захиалгын дагуу төгсөлтийн дараах сургалтад хамрагдан төгссөн эмч, эмнэлгийн мэргэжилтний мэдээлэл

Б. Эрүүл мэндийн байгууллагуудаас авах бүртгэлийн хуудас:

- Үзүүлж буй тусламж үйлчилгээний жагсаалт
- Тоног төхөөрөмжийн жагсаалт
- Ажиллаж буй хүний нөөц:
 - Эмч
 - Сувилагч
 - Эрүүл мэндийн ажилтан
- Эмч, эмнэлгийн мэргэжилтний мэргэшсэн байдал
- Хүний нөөцийн хэрэгцээ

В. Чанарын судалгаа:

Фокус бүлгийн ярилцлага:

- Аймгийн эрүүл мэндийн газар
- Аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн баг

Зонхилон тохиолдох өвчлөлийн үеийн эмнэлгийн тусламж үйлчилгээг үзүүлж буй тасаг нэгжтэй тулгамдаж буй асуудал, хүний нөөцийн хэрэгцээ, өнөөгийн байдлыг тодруулж, цаашид авч болох арга хэмжээний талаар санал сонссон.

Ганцаарчилсан ярилцлага – үндсэн мэдээлэгч:

Сонгосон мэргэжлээр тусламж үйлчилгээ үзүүлж буй эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэнтэй бодит нөхцөл байдал, тулгамдсан асуудал, салбарын болон байгууллагын менежментийн асуудлыг тодорхойлох зорилгоор ярилцлага хийн санал сонсов.

Судалгааны статистик боловсруулалт

Мэдээллийг боловсруулахдаа STATA, Excel 2013, Microsoft Word 2013 болон EndNote программуудыг ашиглан, үр дүнг боловсруулсан. Дескриптив болон аналитик нарийвчилсан дүн шинжилгээг хийв. Эрсдэлт хүчин зүйлийг олон хүчин зүйлсийн регрессийн шинжилгээг хийж эрсдэлийг тооцов. Судалгааны ажлын үр дүнгийн дүрс зураглалыг Microsoft Excel 2013, текст бичиглэлийг Microsoft Word 2013, ном зүйг EndNote программыг тус тус ашигласан.

СУДАЛГААНЫ ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТ

Судалгааны үндсэн зохион байгуулалт, чиг үүрэг

- Судалгааны багийн ахлагч – ЭМХТ-н захирал Б.Нарантуяа
- Судалгааг зохион байгуулагч – ЭМХТ-н ЭМЭЗБСА
- Судалгааны баг бүрдүүлж, мэдээлэл цуглуулах хэрэгслийг боловсруулах

Судалгааны аргачлал хэлэлцүүлэх, батлуулах

- ЭМХТ-ийн УЗХ-р хэлэлцүүлэх
- Хэлэлцсэн аргачлалыг ЭМХТ-ийн захирлаар батлуулах

Батлагдсан аргачлалын дагуу судалгааны мэдээлэл цуглуулах

Судалгааны мэдээллийг судалгааны мэдээлэл цуглуулах 4 баг гарган 9 аймгийн 10 ЭМБ-уудаар бүсчлэн хуваагдаж цуглуулан, нөхцөл байдлын дүн шинжилгээ хийсэн.

3. Судалгааны үр дүн

Хүн амын зонхилон тохиолдох өвчлөлийн байдалд тулгуурлан эмч, сувилагчийн хэрэгцээг судалсан дүн:

2022 оны байдлаар амбулаторийн өвчлөлийн тэргүүлэх 5 шалтгаан улсын хэмжээнд Амьсгал, Хоол боловсруулах, Зүрх-судас, Шээс бэлгийн тогтолцоо, гэмтэл хордлого ба гадны шалтгаант бусад тодорхой эмгэгүүд эзэлж байна.

Бүс нутгаар тэргүүлэх шалтгаануудыг авч үзвэл:

Баруун бүсэд

Хоол боловсруулах тогтолцооны өвчин	2357.7
Амьсгалын тогтолцооны өвчин	1928.9
Зүрх судасны тогтолцооны өвчин	1704.8

Хангайн бүсэд

Амьсгалын тогтолцооны өвчин	1907.2
Хоол боловсруулах тогтолцооны өвчин	1490.5
Зүрх судасны тогтолцооны өвчин	1482.0

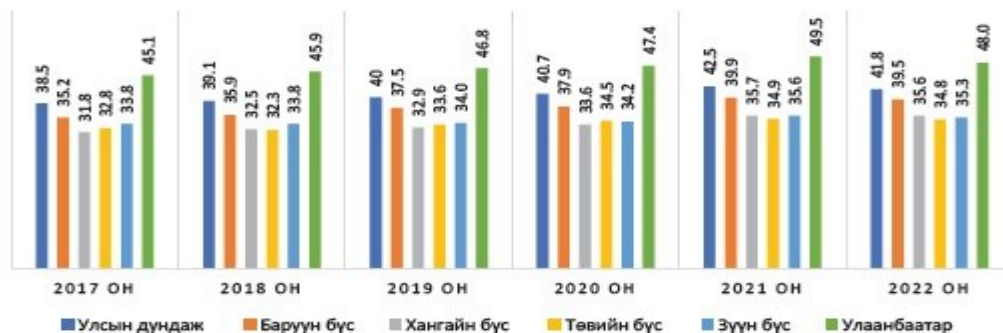
Төвийн болон зүүн бүсэд

Амьсгалын тогтолцооны өвчин	2642.0 ба 2911.3
Хоол боловсруулах тогтолцооны өвчин	1620.4 ба 1802.4
Зүрх судасны тогтолцооны өвчин	1164.8 ба 1158.1 байна.

Хэвтэн эмчлүүлэх өвчлөлийн тэргүүлэх 5 шалтгаанд мөн амьсгал, зүрх судас, хоол боловсруулах, шээс бэлгийн тогтолцоо орж байгаа ба амбулаторийн өвчлөлтэй харьцуулахад мэдрэлийн тогтолцооны өвчин тэргүүлэх шалтгаанд орж байна.

Мөн судалгаанд хамрагдсан аймгуудад амьсгал, хоол боловсруулах, зүрх судас, шээс бэлгийн тогтолцооны эмгэг тэргүүлэх 5 шалтгаанд орж байсан нь аймгуудад жигд дотрын өвчлөл тэргүүлж байгааг харуулж байна.

Эмчийн байршил, хангамж ба хэрэгцээ



Зураг 2. 10 000 хүн амд ногдох сувилагч, бүс нутгаар, 2017-2022 он

Монгол улсад оршин суугаа хүн амд тусламж үйлчилгээ үзүүлж буй эмчийн тоо 2022 онд 13983 буюу 10 000 хүн амд 41.9 их эмч ногдож байна. Сүүлийн 10 жилийн дундаж үзүүлэлттэй харьцуулахад 2913 буюу 10 000 хүн амд 6.5, өмнөх онтой харьцуулахад 1013 эмчээр буюу 10 000 хүн амд ногдох эмчийн тоо 2.4-р тус тус нэмэгдсэн байна.

Үүнээс хүний их эмч 10873 байгаагаас 78 хувь нь үндсэн ба төрөлжсөн мэргэжлийн чиглэлээр ажиллаж байна. Мөн нийт эмч нарын 15.5 хувь нь анхан шатлал буюу СЭМТ, ӨЭМТ-д ажиллаж байна.

Хүснэгт 1. Их эмчийн тоо, СЭМТ, ӨЭМТ-д, 2019-2022

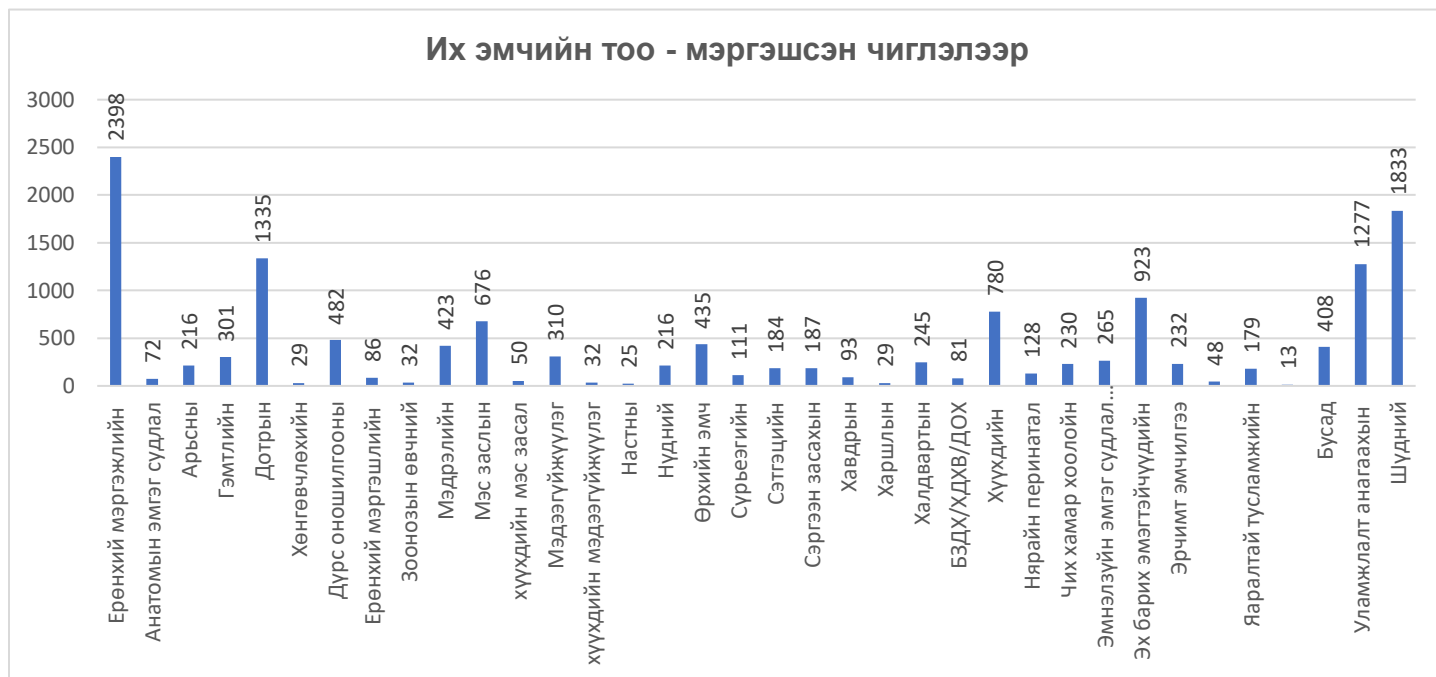
Аймаг/хот	2019	2020	2021	2022
Архангай	83	84	79	75
Баян-Өлгий	75	78	84	86
Баянхонгор	72	74	60	65
Булган	54	54	41	37
Говь-Алтай	57	56	49	53
Говьсүмбэр	13	10	9	10
Дархан-Уул	52	58	53	61
Дорноговь	53	56	56	58
Дорнод	64	65	60	65
Дундговь	54	57	53	50
Завхан	70	73	71	63
Орхон	56	56	53	60
Өвөрхангай	87	84	83	83
Өмнөговь	75	90	90	95
Сүхбаатар	55	60	54	50
Сэлэнгэ	76	75	77	62
Төв	73	77	83	73
Увс	73	69	72	81
Ховд	73	77	70	75
Хөвсгөл	106	101	101	94
Хэнтий	81	86	82	75
Аймгийн дүн	1402	1440	1380	1371
Улаанбаатар	652	730	739	796
Улсын дүн	2054	2170	2119	2167

Анхан шатлал буюу Сумын ЭМТ, ӨЭМТ-ийн их эмчийн тоог 2022 оны байдлаар авч үзэхэд нийт 2167 эмч ажиллаж байгаа ба эдгээрийн 63.2% нь хөдөө орон нутагт, 36.8% нь Улаанбаатар хотод ажиллаж байна. 2019 онтой харьцуулахад эмчийн тоо анхан шатлалд 5.2%-р өссөн үзүүлэлттэй байна.

Хүснэгт 2. Их эмчийн тоо, лавлагаа шатлалд, 2022 он

Аймаг/хот	Хөдөөгийн нэгдсэн эмнэлэг	Аймгийн нэгдсэн эмнэлэг	Дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг	Бүсийн оношилгоо эмчилгээний төв	Тусгай мэргэжлийн төв	Төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг	Клиник хувийн	Ортой хувийн эмнэлэг	Бүгд
Архангай	-	77	-	-	-	-	13	18	108
Баян-Өлгий	-	113	-	-	-	-	19	30	162
Баянхонгор	-	86	-	-	-	-	27	13	126
Булган	-	54	-	-	-	-	8	1	63
Говь-Алтай	-	70	-	-	-	-	17	8	95
Говьсүмбэр	-	41	-	-	-	-	8	3	52
Дархан-Уул	-	105	-	-	-	-	71	56	232
Дорноговь	36	84	-	-	-	-	28	11	159
Дорнод	-	-	-	105	-	-	20	10	135
Дундговь	-	55	-	-	-	-	14	3	72
Завхан	23	65	-	-	-	-	13	8	109
Орхон	-	-	-	122	-	34	97	68	321
Өвөрхангай	28	-	-	107	-	-	19	37	191
Өмнөговь	-	-	-	66	-	-	40	15	121
Сүхбаатар	-	79	-	-	-	-	7	6	92
Сэлэнгэ	47	68	-	-	-	-	22	17	154
Төв	-	80	-	-	-	-	15	4	99
Увс	-	79	-	-	-	-	25	14	118
Ховд	15	-	-	132	-	-	31	34	212
Хөвсгөл	-	106	-	-	-	-	29	35	170
Хэнтий	10	77	-	-	-	-	18	0	105
Аймгийн дүн	159	1239	-	532	-	34	541	391	2896
Улаанбаатар			325		50	1477	2915	1453	6220
Улсын дүн	159	1239	325	532	50	1511	3456	1844	9116

Лавлагаа шатлалд ажиллаж буй их эмчийн тоог харахад Дархан-Уул, Орхон, Ховд аймаг эмчийн тоо 200-с дээш, харин Булган, Говь-Алтай, Говьсүмбэр, Сүхбаатар аймгуудын эмчийн тоо 100-с бага байна. Эмчийн тоо багатай аймгуудыг ялган харахад АНЭ-т дийлэнх эмч нар төвлөрч байгаа ба хувийн клиник, ортой эмнэлэг бага байгаа нь харагдаж байна.



Зураг 3. Их эмчийн тоо – мэргэшсэн чиглэлээр

Мэргэшлийн чиглэлээр харахад ерөнхий мэргэжлийн, шүдний, дотрын, уламжлалт анагаах ухааны эмч нар улсын хэмжээнд 1200-с дээш байхад хөнгөвчлөхийн, настны, харшлын, хавдрын, хүүхдийн төрөлжсөн мэргэшлийн эмч нар улсын хэмжээнд 50 хүрэхгүй байна.

Доорх хүснэгтэд эмчийн тоог мэргэшсэн чиглэл болон эмнэлгийн төрлөөр харьцуулан харав.

Хүснэгт 3. Их эмчийн тоо, чиглэлээр, байршлаар, 2022 он

Бүгд	Хөдөөгийн нэгдсэн эмнэлэг	Аймгийн нэгдсэн эмнэлэг	Дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг	Бүсийн оношилгоо эмчилгээний төв	Тусгай мэргэжлийн төв	Төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг	Клиник /хувийн/	Ортой хувийн эмнэлэг	Эрүүл мэндийн салбарын байгууллагын ажиллагчид бүгд	Бусад салбарын эрүүл мэндийн ажиллагчид бүгд	Бүгд	
мэргэшлийн төрлөөр	Ерөнхий мэргэжлийн	25	73	32	21	4	31	423	199	2157	241	2398
	Анатомийн эмгэг судлал	0	11	1	8	17	9	7	3	59	13	72
	Арьсны	5	18	1	7	0	19	128	13	204	12	216
	Гэмтлийн	3	46	7	28	0	102	21	38	276	25	301
	Дотрын	16	131	44	61	2	171	215	338	1262	73	1335
	Хөнгөвчлөхийн	0	4	2	4	0	5	0	4	29	0	29
	Дүрс оношилгооны	4	62	18	27	0	121	24	99	452	30	482
	Ерөнхий мэргэшлийн	0	0	1	1	0	9	36	15	83	3	86
	Зоонозын өвчний	0	0	0	0	11	0	0	0	32	0	32
	Мэдрэлийн	8	53	17	19	1	45	63	115	387	36	423
	Мэс заслын	12	78	27	37	0	202	51	139	636	40	676
	хүүхдийн мэс засал	0	6	0	4	0	21	0	5	49	1	50
	Мэдээгүйжүүлэг	7	48	12	23	0	98	16	56	299	11	310
	хүүхдийн мэдээгүйжүүлэг	0	5	0	3	0	15	0	3	32	0	32
	Настны	0	9	1	4	0	1	0	0	23	2	25
	Нүдний	3	24	3	12	0	30	51	70	208	8	216
	Өрхийн эмч	0	0	0	0	0	0	0	0	435	0	435
Сүрьеэгийн	2	33	1	12	0	16	5	3	109	2	111	
Сэтгэцийн	1	28	2	13	0	84	14	12	179	5	184	

Сэргээн засахын	1	16	6	4	0	23	22	25	164	23	187
Хавдрын	1	25	6	8	0	25	0	7	90	3	93
Харшлын	0	2	1	1	0	5	12	5	27	2	29
Халдвартын	4	47	2	19	1	65	40	13	238	7	245
БЗДХ/ХДХВ/ДО Х	1	14	1	7	0	17	14	2	79	2	81
Хүүхдийн	15	107	42	47	0	87	145	57	751	29	780
Нярайн перинатал	3	37	5	16	0	34	5	10	128	0	128
Чих хамар хоолойн	6	31	6	12	0	36	43	60	220	10	230
Эмнэлзүйн эмгэг судлал (лаборатори)	2	44	6	20	13	64	23	32	248	17	265
Эх барих эмэгтэйчүүдийн	14	117	8	45	0	98	248	119	905	18	923
Эрчимт эмчилгээ	3	30	27	15	0	72	2	23	208	24	232
Хүүхдийн эрчимт эмчилгээ	0	5	9	5	0	16	0	6	45	3	48
Яаралтай тусламжийн	4	36	11	13	0	50	12	15	165	14	179
Хүүхдийн ЯТ	0	0	4	0	0	4	3	2	13	0	13
Бусад	1	76	21	34	1	15	81	65	386	22	408
Уламжлалт анагаахын	11	34	14	14	0	19	248	279	1175	102	1277
Шүдний	11	60	8	27	0	14	1526	44	1801	32	1833
Нийт	163	1310	346	571	50	1623	3478	1876	13554	810	14364

Үүнээс АНЭ-үүдийг түүн харахад нийт 21 аймагт нийт анатомийн эмгэгийн эмч 11, хөнгөвчлөхийн эмч 4, сэргээн засахын эмч 16, хүүхдийн мэс засал, эрчимт эмчилгээ, мэдээгүйжүүлгийн эмч 10 хүрэхгүй байна. Нийт АНЭ-үүдэд хүүхдийн яаралтай тусламжийн эмч огт байхгүй.

Өвчлөлийн тэргүүлэх чиглэлийг хүний нөөцийг харахад 2022 оны байдлаар улсын хэмжээнд дотрын эмч 1335 үүнээс Сумын эрүүл мэндийн төвд 5,1% (69), АНЭ-т 9.8% (131), БОЭТ-д 4,5% (61) нь ажиллаж байна.

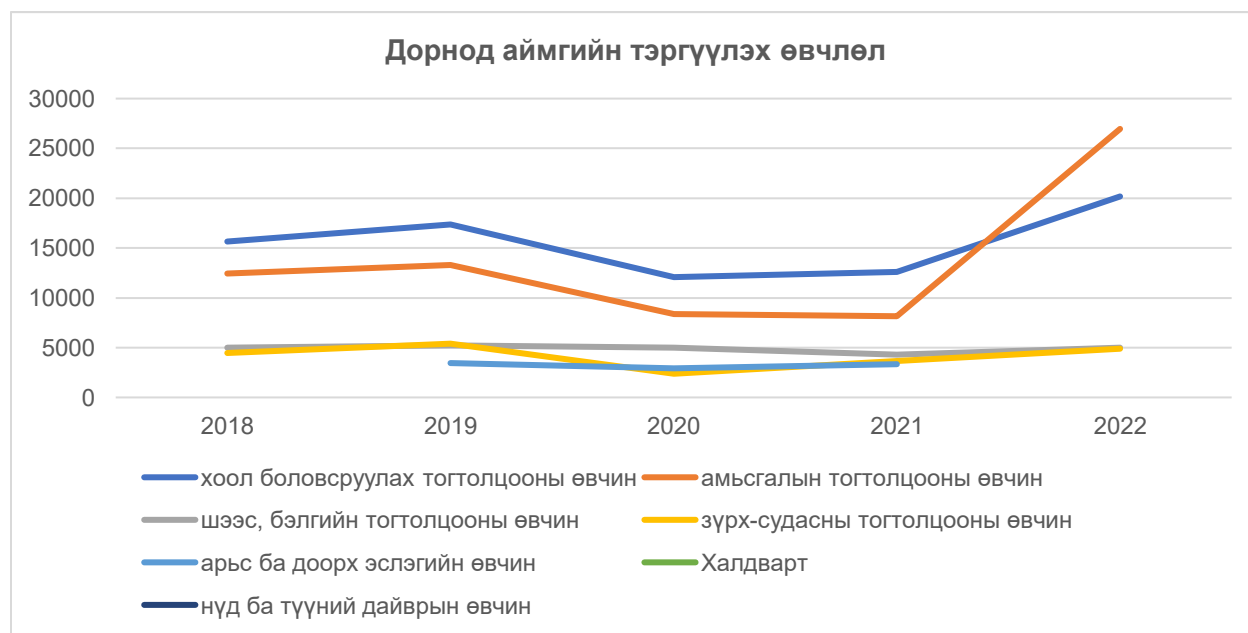
Аймгуудын хэмжээнд сүүлийн 5 жилийн байдлаар дотрын эмч 10,7%-р нэмэгдсэн үзүүлэлттэй боловч Сумын эрүүл мэндийн төвийн нийт эмч нарын 67-80% нь мэргэшсэн дотрын эмчгүй ерөнхий мэргэжлийн эмч ажиллаж байна.

1.2 Аймгуудын хүний нөөцийн хэрэгцээг хүн амын өвчлөл, тасгийн ачаалалтай харьцуулсан нь.

Зүүн бүс

Дорнод аймаг

Дорнод аймгийн хүн амын тоо 2018 онд 35,018 байсан бол 2022 онд 36,962 болж 1,944-р нэмэгдсэн байна.



Зураг 3. Дорнод аймгийн тэргүүлэх өвчлөл

Дорнод аймагт 2018-2022 онд хоол боловсруулах, амьсгал, зүрх судас, шээс бэлгийн тогтолцооны өвчнүүд тэргүүлж 2019-2021 онд арьс ба арьсан доорх эслэгийн өвчлөлийн тохиолдол мөн их байсан бол 2022 онд нүд ба түүний дайврын өвчнүүд тэргүүлэх чиглэлд орсон байна. Хоол боловсруулах тогтолцооны өвчлөл 2018 онд 15,665 байсан бол 2022 онд

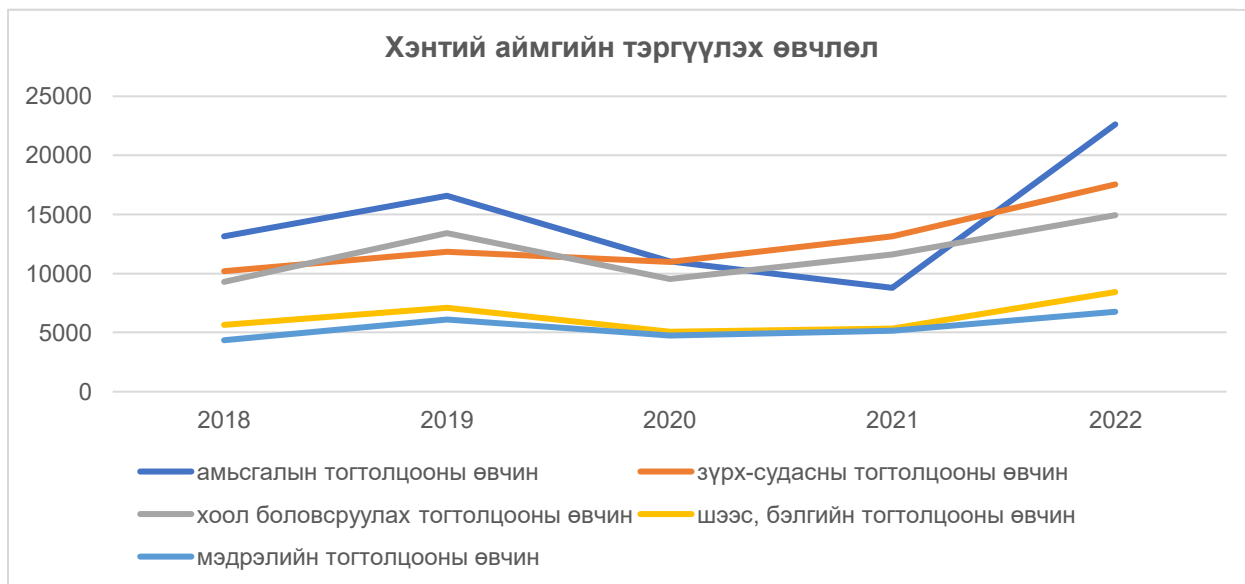
26957 болж 26,5 хувиар нэмэгдсэн, амьсгалын тогтолцооны өвчлөл 2022 онд өмнөх оноос 3 дахин нэмэгдсэн байна.

Тухайн аймагт ажиллаж буй их эмчийг үндсэн мэргэшлээр авч үзэхэд нийт эмч нарын 12.9% нь дотрын, 9.6% нь эх барихын, 8.8% нь дүрс оношилгооны, 8,8% нь хүүхдийн 8.6% нь халдвартын эмч нар ажиллаж байна. Аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн өвчлөл, тасгийн ачааллыг хүний нөөцтэй харьцуулахад доорх үндсэн болон төрөлжсөн мэргэшлийн эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэн хэрэгцээтэй байна. Үүнд:

1. Яаралтай тусламжийн сувилагч
2. Эрчимт эмчилгээний сувилагч
3. Хими эмчилгээний сувилагч
4. Хавдар судлалын эмч
5. Хүүхдийн дүрс оношилгооны эмч
6. Бактериологи, серологийн эмч
7. Цээжний хөндийн мэс заслын эмч
8. Хүүхдийн мэдээгүйжүүлгийн эмч
9. Эх барихын мэдээгүйжүүлгийн эмч
10. Хүүхдийн сэтгэцийн эмч
11. Эмгэг сэтгэц судлалын эмч

Хэнтий аймаг

Хэнтий аймгийн хүн амын тоо 2018 онд 49,721 байсан бол 2022 онд 51,012 болж 1,291-р нэмэгдсэн байна.



Зураг 4. Хэнтий аймгийн өвчлөл, 2018-2022

Тэргүүлэх өвчлөлд амьсгал, зүрх судас, хоол боловсруулах, шээс бэлгийн тогтолцоо болон мэдрэлийн тогтолцооны өвчнүүд орж байгаа ба амьсгалын тогтолцооны өвчин

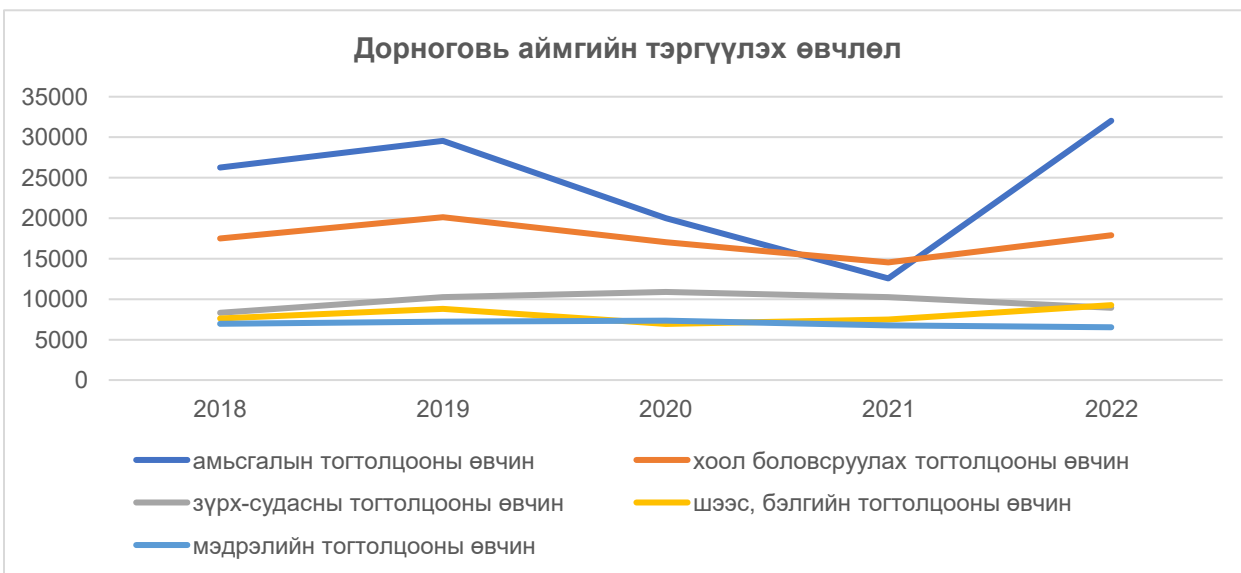
2018 онд 13,127 байсан бол 2022 онд 22,627 болж 26,5 хувиар нэмэгдсэн байна. Мөн зүрх судасны өвчлөл өссөн буюу 5 жилийн хугацаанд 26,4 хувиар нэмэгдсэн байна.

Хэнтий аймгийн их эмчийг мэргэжил тус бүрээр авч үзэхэд нийт эмч нарын 7.1% нь дотрын, 11,7% нь эх барихын, 9,3% нь ерөнхий мэргэжлийн, 9,3% нь халдвартын эмч нар ажиллаж байна. Аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн тасгийн ачааллыг одоогийн хүний нөөцтэй харьцуулахад доорх үндсэн болон төрөлжсөн мэргэшлийн эмч, эмнэлгийн мэргэжилтнүүд хэрэгцээтэй байна. Үүнд:

1. Бактериологи, серологийн эмч
2. Сэтгэцийн эмч
3. Хүүхдийн төрөлжсөн мэргэшлийн эмч: мэдрэлийн, эрчимт эмчилгээний эмч, нярайн эмч
4. Дотрын төрөлжсөн мэргэшлийн эмч: зүрх судасны, бөөр шээс бэлгийн замын, хоол боловсруулах эрхтэн тогтолцооны, дотоод шүүрлийн эмч
5. Цээжний хөндийн мэс заслын эмч
6. Эх барих, эмэгтэйчүүдийн эмч
7. Хими эмчилгээ, хөнгөвчлөх эмчилгээний сувилагч

Дорноговь аймаг

Дорноговь аймгийн хүн амын тоо өмнөх онтой харьцуулахад 2020 онд 1.2%-аар нэмэгдсэн байсан бол 2022 онд 0,5%-р нэмэгдсэн буюу 24,891 болсон бол салбарын хүний нөөцийн хангалт 85,7%-тай байна.



Зураг 5. Дорноговь аймгийн өвчлөл, 2018-2022

Тус аймгийн тэргүүлэх өвчлөлд амьсгалын тогтолцоо, хоол боловсруулах тогтолцоо, зүрх-судасны тогтолцоо, шээс бэлгийн тогтолцоо болон мэдрэлийн тогтолцооны өвчнүүд орж байгаа ба амьсгалын тогтолцооны өвчин 2018 онд 26,271 байсан бол 2022 онд 32,033 болж 9,8 хувиар нэмэгдсэн байна.

Дорноговь аймагт ажиллаж буй их эмчийн бодит тоог мэргэшлийн чиглэлээр авч үзэхэд эхний 5 байранд эх барих эмэгтэйчүүдийн эмч 12.9%, хүүхэд судлалын 11.4%, дотор судлалын 8.6%, мэдрэл судлал, мэс засал судлал, мэдээгүйжүүлэг судлал, гэмтэл согон судлалын эмч тус бүр 5.7% эзэлж байна.

Аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн тасгийн ачааллыг одоогийн хүний нөөцтэй харьцуулахад доорх үндсэн болон төрөлжсөн мэргэшлийн эмч, эмнэлгийн мэргэжилтнүүд хэрэгцээтэй байна. Үүнд:

1. Лаборатори, иммунологийн эмч
2. Яаралтай тусламжийн эмч
3. Хавдрын мэс заслын эмч
4. Эх барих эмэгтэйчүүдийн мэс заслын эмч
5. Эх барих эмэгтэйчүүдийн мэдээгүйжүүлгийн эмч
6. Эмэгтэйчүүдийн дотоод шүүрэл, жирэмсний эмгэгийн эмч
7. Хөнгөвчлөх, хими эмчилгээний эмч
8. Хүүхдийн төрөлжсөн мэргэшлийн эмч: хоол боловсруулах тогтолцооны, дотоод шүүрлийн, хавдрын, мэс заслын, мэдээгүйжүүлгийн, мэдрэлийн эмч

Замын-Үүд Нэгдсэн эмнэлэг

Замын-Үүд сум нь урд хилтэй залгаа, аймгийн төвөөс алс орших 25 мянга гаруй хүн амтай ба аймгийн төвөөс алслагдсан учир тус аймгийн Нэгдсэн эмнэлгийн хүний нөөцийн хангалт, хэрэгцээг гаргахад тус сумын тэргүүлэх өвчлөлд осол гэмтэл ордог боловч тус сум нь гэмтлийн эмчгүй, мэс заслын эмч гэмтлийн эмчийн үүргийг хавсран гүйцэтгэж байв.

Тус сумын хүний нөөцийн хэрэгцээг батлагдсан орон тоотой харьцуулахад дараах эмчийн дутагдалтай байв. Үүнд:

1. Ерөнхий мэргэжлийн эмч -4
2. Гэмтлийн эмч – 2
3. Бүдүүн, шулуун гэдэсний мэс заслын эмч
4. Хүүхдийн мэдээгүйжүүлгийн эмч
5. Сэтгэцийн эмч
6. Сэргээн засахын эмч
7. Хавдрын эмч
8. Хүүхдийн эмч
9. Нярайн эмч
10. Эх барих эмэгтэйчүүдийн эмч
11. Яаралтай тусламжийн эмч
12. Шүдний эмч

Тасгуудын ачаалалтай харьцуулан харахад дараах эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэн тус сумд хэрэгцээтэй байна. Үүнд:

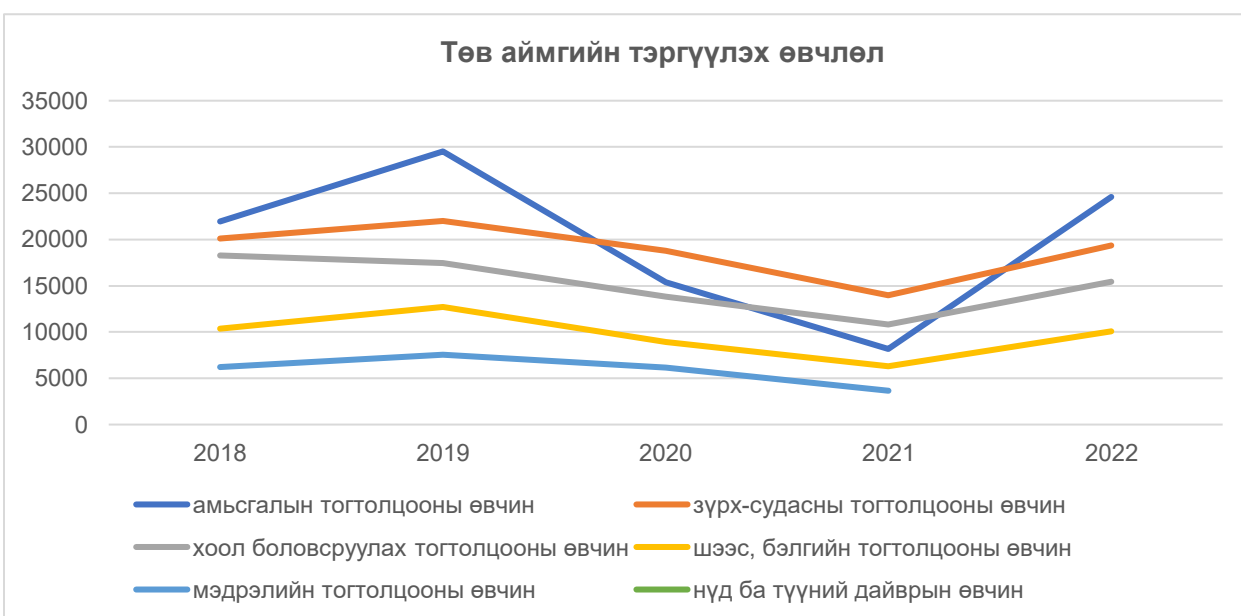
1. Дурангийн эмч
2. Бактерилогич эмч

3. Мэдээгүйжүүлгийн эмч
4. Нярайн сувилагч
5. Мэс заслын сувилагч
6. Яаралтай тусламжийн сувилагч
7. Шүдний сувилагч

Төвийн бүс

Төв аймаг

Төв аймаг нь 26 сумтай ба хүн ам ихтэй аймгийн тоонд багтдаг. 2018 оны байдлаар хүн амын тоо 78,271 байсан бол 2022 онд 75,034 болон буурсан байна.



Зураг 6. Төв аймгийн тэргүүлэх өвчлөл, 2018-2022 он

Төв аймгийн тэргүүлэх өвчлөлд амьсгал, зүрх-судас, хоол боловсруулах, шээс бэлгийн тогтолцоо болон мэдрэлийн тогтолцооны өвчнүүд орж байгаа ба сүүлийн 5 жилийг харьцуулан харахад дотрын өвчлөлийн тоо буурсан чиглэлтэй, жишээлбэл 2018 онд зүрх судасны тогтолцооны өвчин 20,129 байсан бол 2022 онд 19,333 болж буурсан харагдаж байна. 2022 онд мэдрэлийн тогтолцооны өвчлөл багасаагүй ч нүд ба түүний дайврын өвчлөл нэмэгдэн тэргүүлэх 5 чиглэлд орсон байна.

Тус аймгийн их эмчийн тоо 2018 онд 217 байсан бол 2022 онд 231 болсон. 2020 онд 10.6%-ийн өсөлттэй байсан бол 2022 онд их эмчийн тоо 4,9%-ийн бууралттай харагдаж байна. Аймгийн хэмжээнд хүний нөөцийн хангалт 76,4%-тай байна.

Аймгийн хэмжээнд батлагдсан тоогоор СЭМТ-үүдэд нийт 154 их эмч ажиллахаар заасан боловч өнөөгийн байдлаар 118 эмч ажиллаж, СЭМТ-үүдэд 36 эмчийн дутагдалтай байна. Аймгийн хэмжээнд 2022-2023 онд 348 эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэн шинээр ажилд орж, 315 эмч мэргэжилтэн ажлаас гарсан байна.

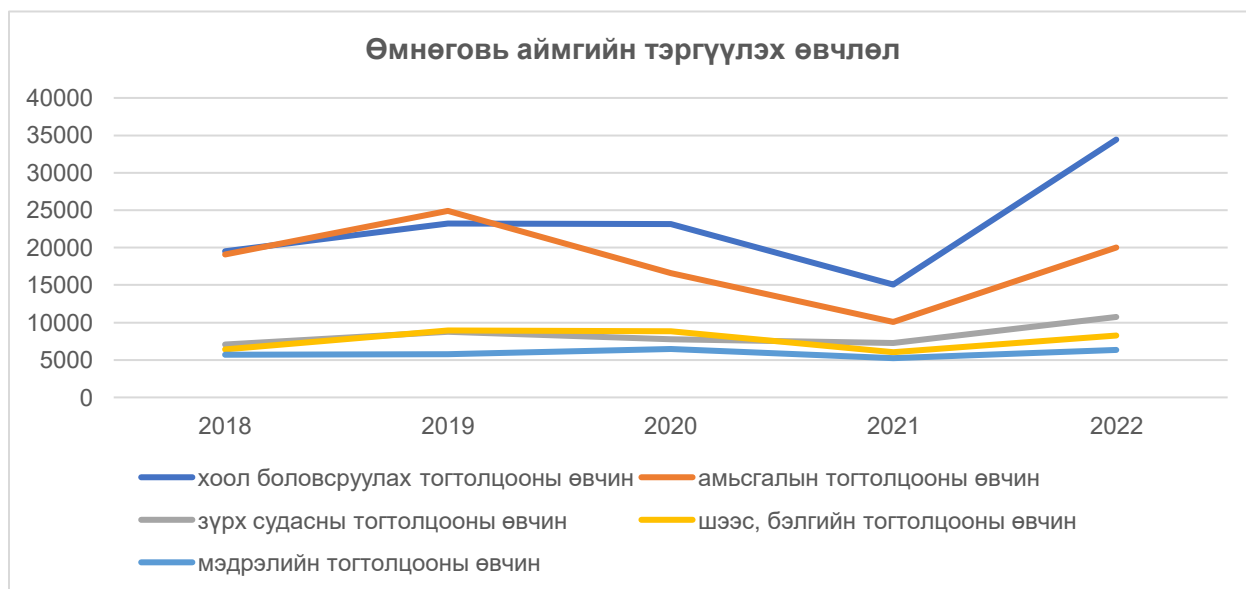
Тэргүүлэх өвчлөлийн чиглэлээр төв аймагт дотрын нийт 10 эмч ажиллаж байгаа ба үүнээс 3 нь Сумын ЭМТ-д ажиллаж байна. Мэргэшсэн байдлыг харахад зүрх судлал-3, бөөр ШБЗ судлал-1, дотоод шүүрэл-1, ХБТ судлал-1, АЭТ судлал-1 эмч мэргэшсэн ба эдгээр нь АНЭ-д ажиллаж байна.

Тасгийн ачааллыг хүний нөөцтэй тасаг тус бүрээс харьцуулан судлахад доорх эмч, эмнэлгийн мэргэжилтнүүд хэрэгцээтэй байна. Үүнд:

1. Эрчимт эмчилгээний сувилагч
2. Сэтгэцийн сувилагч
3. Хавдрын сувилагч
4. Мэс заслын сувилагч
5. Яаралтай тусламжийн сувилагч
6. Нярайн эрчимт эмчилгээний сувилагч
7. Хүүхдийн мэдээгүйжүүлгийн эмч
8. Эх барих, эмэгтэйчүүдийн эрчимт эмчилгээний эмч
9. Эх барих, эмэгтэйчүүдийн мэс заслын эмч
10. Мэдрэлийн мэс заслын эмч
11. Ангиографийн эмч

Өмнөговь аймаг

Өмнөговь аймгийн хүн амын тоо 41,627 байсан бол 2022 онд 43,694 болж 2,067-р нэмэгдсэн байна.



Зураг 7. Өмнөговь аймгийн тэргүүлэх өвчлөл

Тус аймгийн тэргүүлэх өвчлөлд хоол боловсруулах, амьсгалын, зүрх-судасны, шээс бэлгийн тогтолцооны болон мэдрэлийн тогтолцооны өвчлөл орж байгаа ба хоол

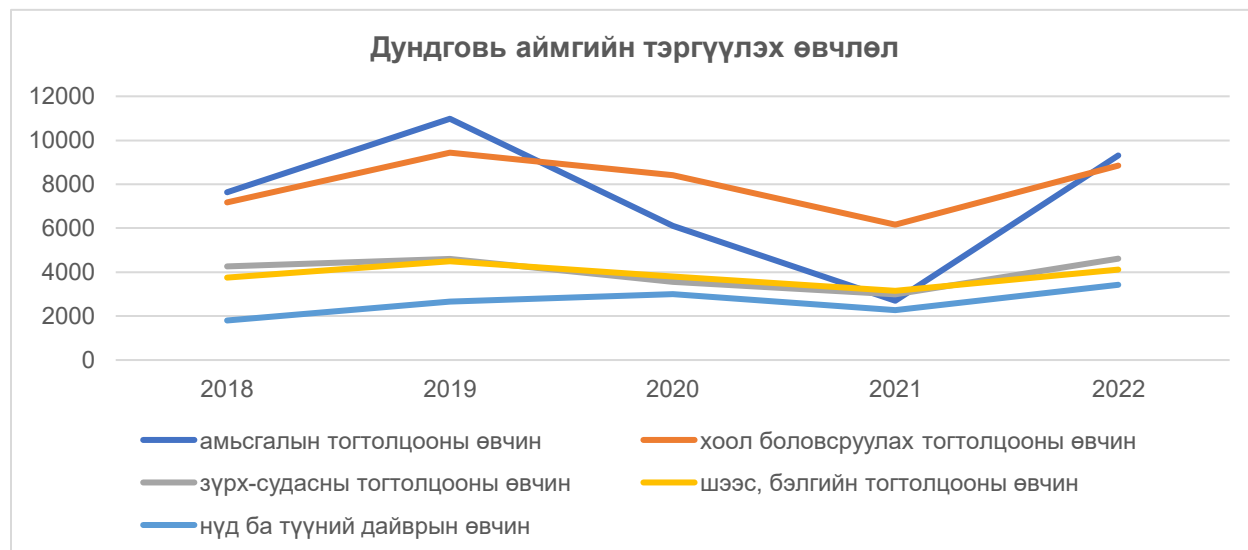
боловсруулах тогтолцооны өвчин 2018 онд 19,488 байснаас 2022 онд 34,436 болж 27,7 хувиар нэмэгдсэн байна. Мөн зүрх судасны тогтолцооны өвчлөл өссөн үзүүлэлттэй байна.

Өмнөговь аймагт ажиллаж буй их эмчийн тоо 3.4%-аар нэмэгдсэн бол сувилагчийн тоо 7.3%-аар нэмэгдсэн үзүүлэлттэй. Их эмчийн бодит тоог мэргэшлийн чиглээр авч үзэхэд эхний 5 байранд дотор судлалын эмч болон хүүхэд судлалын эмч 10%, эх барих эмэгтэйчүүд судлалын эмч 8.6%, мэс заслын 7.1%, гэмтлийн болон дүрс оношилгоо, нярайн перинаталь,шүдний эмч 5.7% эзлэж байна. Аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн хүний нөөцийг тасгийн ачаалалтай харьцуулахад дараах эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэн хэрэгцээтэй байна. Үүнд:

1. Дүрс оношилгооны эмч
2. Дурангийн эмч
3. Эмгэг судлалын эмч
4. Цус сэлбэлт судлалын эмч
5. Халдвартын эмч
6. Ангиографийн эмч
7. Нярайн эрчимт эмчилгээний эмч
8. Гэмтлийн төрөлжсөн мэргэшлийн эмч: гар сарвууны мэс засал, түлэнхийн, сэргээн засахын эмч
9. Эрчимт эмчилгээний эмч
10. Эх барих, эмэгтэйчүүдийн эмч
11. Хүүхдийн дотрын эмч: зүрх судасны, хоол боловсруулах эрхтэн тогтолцооны
12. Яаралтай тусламжийн сувилагч
13. Эрчимт эмчилгээний сувилагч
14. Гэмтэл, мэс заслын сувилагч
15. Дархлаажуулалтын сувилагч

Дундговь аймаг

Дундговь аймгийн хүн амын тоо 2018 онд 34,246 байсан бол 2022 онд 33,180 болж буурсан ч 2021 онтой харьцуулахад 2022 онд 0.7%-аар өссөн үзүүлэлттэй байна.



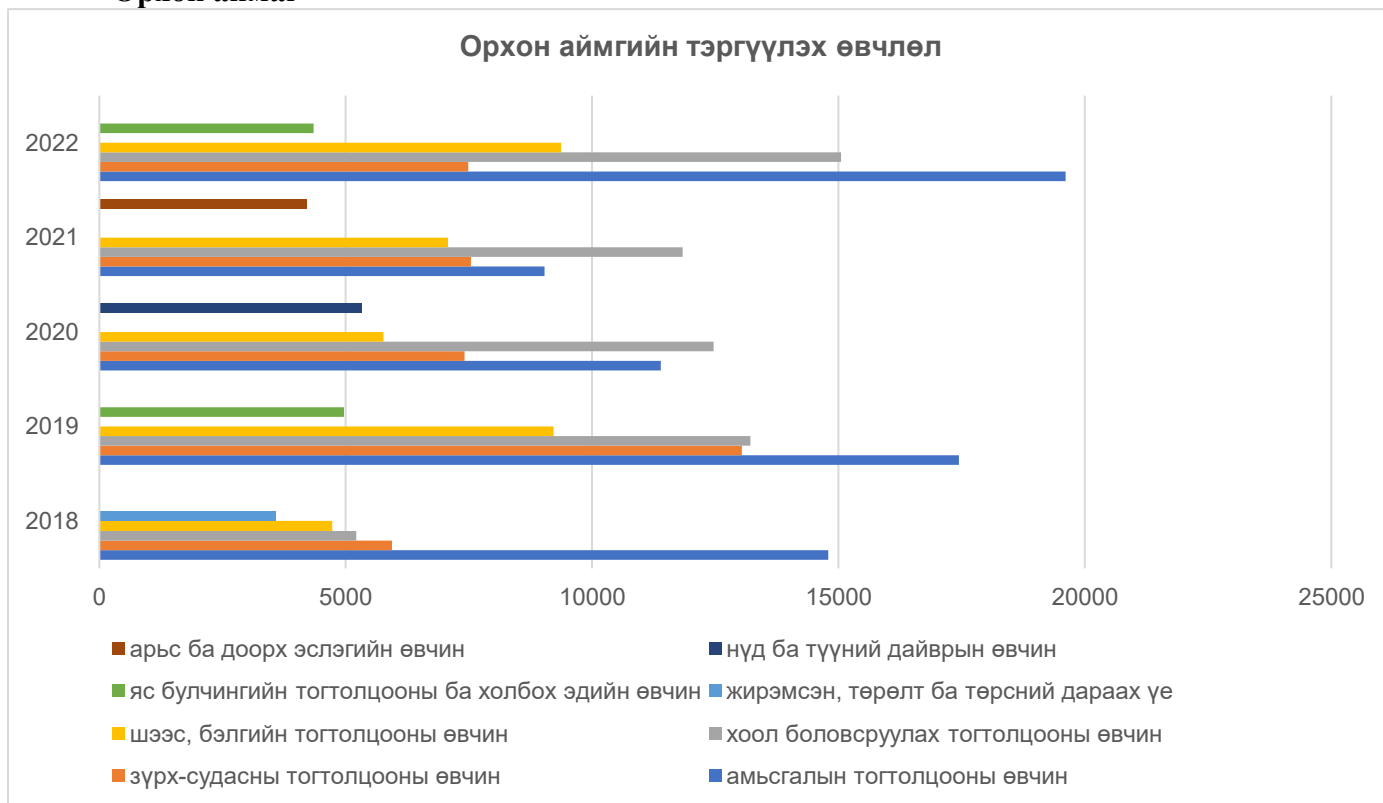
Зураг 8. Дундговь аймгийн тэргүүлэх өвчлөл, 2018-2022 он

Тус аймгийн тэргүүлэх өвчлөлд амьсгалын тогтолцоо, хоол боловсруулах, зүрх судас, шээс бэлгийн тогтолцоо болон нүд дайврын өвчнүүд орж байгаа ба нүд ба түүний дайврын өвчнүүд 2018 онд 1801 байсан бол 2022 онд 3424 болж 31 хувиар нэмэгдсэн байна.

Дундговь аймагт ажиллаж буй их эмчийн тоо 6.2%-аар нэмэгдсэн бол сувилагчийн тоо 1.2%-аар нэмэгдсэн байна. Их эмчийн бодит тоог мэргэшлийн чиглэлээр авч үзэхэд эхний 5 байранд дотор судлал 11.6%, эх барих эмэгтэйчүүдийн эмч болон хүүхдийн эмч 10.1%, дүрс оношилгооны 7.2%, мэдээгүйжүүлэг судлалын эмч 5.8% эзэлж байна. Аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн хүний нөөцийг тасгийн ачаалалтай харьцуулахад дараах эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэн хэрэгцээтэй байна. Үүнд:

1. Халдвартын сувилагч
2. Яаралтай тусламжийн сувилагч
3. Гемодиализын сувилагч
4. Халдвартын их эмч
5. Сүрьеэгийн дүн бүртгэгч
6. Яаралтай тусламжийн эмч
7. Эрчимт эмчилгээний эмч
8. Мэдээгүйжүүлгийн эмч
9. Эх барих, эмэгтэйчүүдийн төрөлжсөн мэргэшлийн эмч: дотоод шүүрлийн, хавдрын эмч
10. Дотрын төрөлжсөн мэргэшлийн эмч: зүрх судасны, амьсгалын эрхтэн тогтолцооны, үе судлалын эмч
11. Ангиографийн эмч
12. Хүүхдийн төрөлжсөн мэргэшлийн эмч: эрчимт эмчилгээний, мэдрэлийн, бөөр шээс бэлгийн замын, амьсгалын эрхтэн тогтолцооны, дүрс оношилгооны, мэдээгүйжүүлгийн эмч
13. Дүрс оношилгооны эмч
14. Дурангийн эмч
15. Яаралтай тусламжийн эмч – 3
16. Мэс заслын төрөлжсөн мэргэшлийн эмч: бүдүүн шулуун гэдэсний мэс засал, хавдрын мэс засал, гэмтлийн мэс заслын эмч

Орхон аймаг



Зураг 9. Орхон аймгийн тэргүүлэх өвчлөл, 2018-2022 он

Орхон аймгийн хүн амын тоо 2018 онд 105,987 байсан бол 2022 онд 107,932 болсон ба өмнөх онтой харьцуулахад 2022 онд 0.8%-аар нэмэгдсэн бөгөөд

Тус аймгийн тэргүүлэх өвчлөлд дотрын өвчлөлүүд эхний 4 байрыг сүүлийн 5 жилд тогтмол эзэлж байгаа ба үүнээс хоол боловсруулах тогтолцооны өвчин 2018 онд 5210 байснаас 2022 онд 15057 болж 3 дахин нэмэгдсэн, шээс бэлгийн тогтолцооны өвчин 2018 онд 4724 байсан бол 2022 онд 9365 болж 2 дахин нэмэгдсэн байна. Мөн 2018 онд өвчлөлийн тэргүүлэх шалтгаанд жирэмсэн, төрөлт ба төрсний дараах үетэй холбоотой өвчлөл тэргүүлж байсан бол 2019,2022 онуудад яс булчингийн тогтолцоо, холбох эдийн өвчнүүд тэргүүлэх өвчлөлийн 5 шалтгаанд багтаж байна.

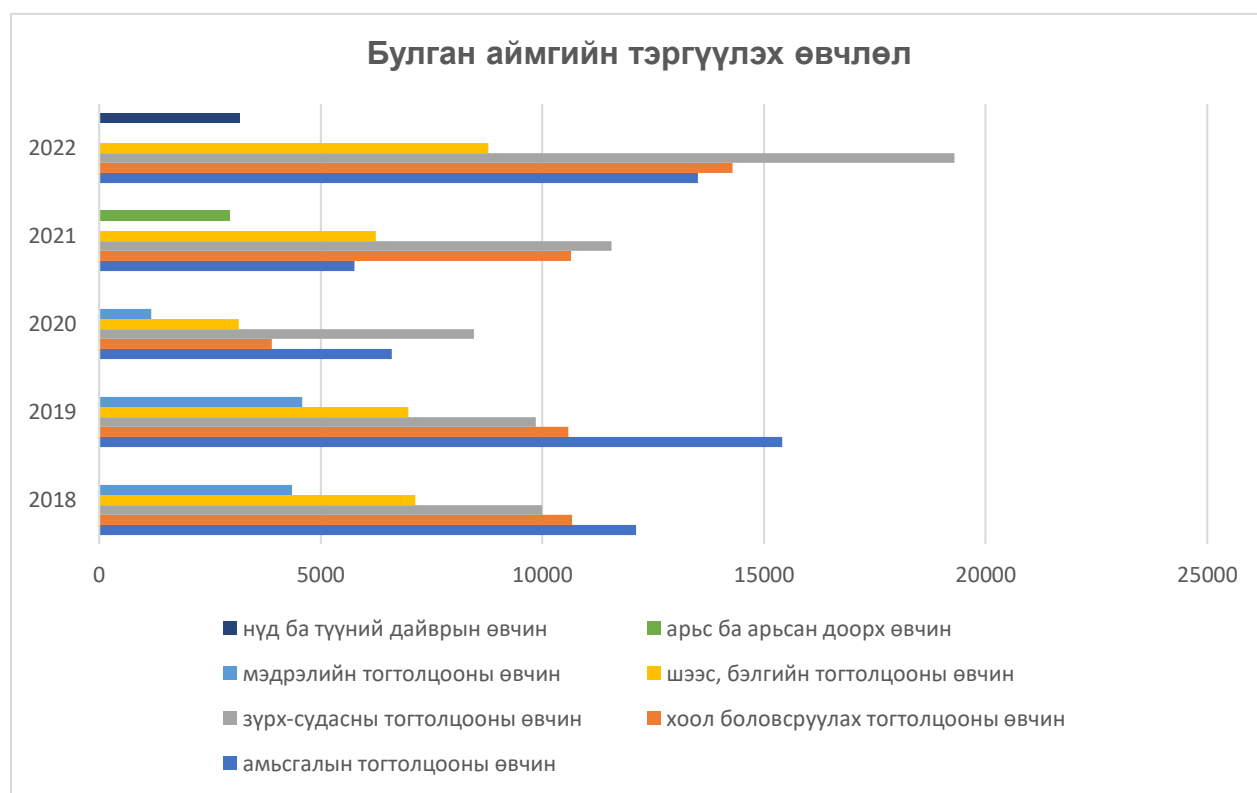
Орхон аймагт ажиллаж буй их эмчийн тоо 5.9%-аар буурсан бол, сувилагчийн тоо 1.2%-аар нэмэгдсэн байна. Их эмчийн бодит тоог мэргэшлийн чиглэлээр авч үзэхэд эхний 5 байранд дотрын эмч, хүүхдийн эмч тус тус 11.7%, эх барих эмэгтэйчүүдийн эмч 10.08%, мэдрэл, мэс засал тус тус 5.8%-ийг эзэлж байна. Ажиллаж буй хүний нөөцийг батлагдсан орон тоо болон тасгийн ачаалалтай харьцуулахад доорх эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэн байхгүй буюу хэрэгцээтэй байна. Үүнд:

1. Дотрын төрөлжсөн мэргэшлийн эмч: амьсгалын эрхтэн тогтолцооны, дотоод шүүрлийн, хоол боловсруулах эрхтэн тогтолцооны
2. Хүүхдийн төрөлжсөн мэргэшлийн эмч: мэдээгүйжүүлгийн, арьс харшлын, эмгэг судлалын эмч

3. БЗДХ/ДОХ-н эмч
4. Дүрс оношилгооны эмч
5. Мэдрэлийн эмч
6. Эсийн эмгэг судлалын эмч
7. Яаралтай тусламжийн эмч
8. Мэс заслын сувилагч

Булган аймаг

Булган аймгийн хүн ам 2018 онд 46,398 байсан бол 45,530 болж буурсан ч 2021 онд харьцуулахад 0.7%-аар нэмэгдсэн байна.



Зураг 10. Булган аймгийн тэргүүлэх өвчлөл, 2018-2022 он

Тус аймгийн тэргүүлэх өвчлөлд дотрын өвчлөлүүд, мэдрэлийн тогтолцооны өвчлөл орж байгаа ба сүүлийн 2 жилд арьс ба арьсан доорх өвчин, нүд ба түүний дайврын өвчин тэргүүлэх 5 өвчлөлийн шалтгаан болж байна. Дотрын өвчлөл дунд зүрх судасны өвчин өсөлт ихтэй байгаа буюу 2018 онд 9,999 байсан бол 2022 онд 19,301 болж 31,7 хувиар нэмэгдсэн байна.

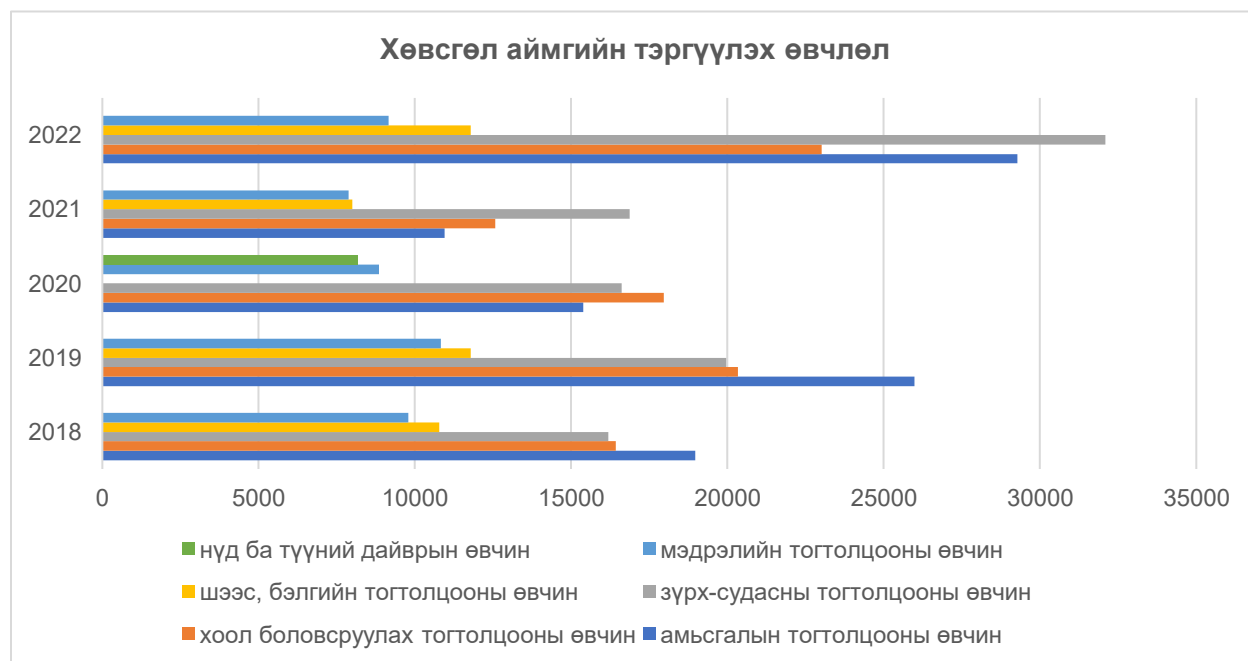
Тус аймагт ажиллаж буй их эмчийн тоо 10%, сувилагчийн тоо 11%-р нэмэгдсэн байна. Их эмчийн бодит тоог сүүлийн 5 жилд авч үзэхэд ерөнхий мэргэжлийн эмчийн эзлэх хувь 12.6%, эх барих эмэгтэйчүүд судлалын эмч 9.5%, дотор судлалын эмч 7.9%, мэс засал болон мэдрэлийн эмч 6.3%-ийг эзэлж байна. Аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн хүний нөөцийг тасгийн

ачаалал болон батлагдсан орон тоотой харьцуулахад доорх эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэн хэрэгцээтэй байна. Үүнд:

1. Нярайн эмч
2. Хүүхдийн эмч
3. Эх барих, эмэгтэйчүүдийн эмч
4. Хавдрын эмч
5. Өсвөр үеийн нөхөн үржихүйн эрүүл мэндийн эмч
6. Түлэнхийн төрөлжсөн мэргэшлийн эмч
7. Хөдөлгөөн засалч эмч
8. Дурангийн эмч
9. Дүрс оношилгооны төрөлжсөн мэргэшлийн эмч
10. Дотрын төрөлжсөн мэргэшлийн эмч: амьсгалын эрхтэн тогтолцооны, зүрх судасны эмч
11. БЗДХ/ДОХ-н эмч
12. Эрчимт эмчилгээний эмч
13. Яаралтай тусламжийн эмч
14. Эс судлал, бактериологийн эмч
15. Нярайн дархлаажуулалтын сувилагч
16. Гэмтлийн сувилагч
17. Мэс заслын сувилагч

Хөвсгөл аймаг

Хөвсгөл аймгийн хүн амын тоо 2018 онд 42,645 байсан бол 2022 онд 46,094 болсон, өмнөх онтой харьцуулахад 2022 онд 0.7%-аар нэмэгдсэн байна.



Зураг 11. Хөвсгөл аймгийн тэргүүлэх өвчлөл, 2018-2022 он

Аймгийн тэргүүлэх өвчлөлд дотрын өвчин, мэдрэлийн тогтолцооны, нүд ба түүний дайврын өвчлөлтүүд орж байна. Дотрын өвчлөлөөс зүрх судас болон амьсгалын тогтолцооны өвчин өндөр байгаа ба зүрх судасны өвчин 2018 онд 16,185 байсан бол 2022 онд 32,093 болж 2 дахин нэмэгдсэн, амьсгалын тогтолцооны өвчин 2018 онд 18,977 байсан бол 2022 онд 29,280 болж 21,3 хувиар нэмэгдсэн байна.

Хөвсгөл аймагт ажиллаж буй их эмчийн тоо 4.3%-аар буурсан бол сувилагчийн тоо 6%-аар нэмэгдсэн байна. Их эмчийн бодит тоог мэргэшлийн чиглэлээр авч үзэхэд эхний байранд эх барих эмэгтэйчүүдийн эмч 10.6%, дотрын болон хүүхдийн эмч 8.5%, ерөнхий мэргэжлийн 6.4% эмч эзэлж байгаа бол хөнгөвчлөх эмчилгээ судлал, зоонозын өвчин судлал, харшил судлал, яаралтай тусламжийн эмчгүй байна.

1. Сэргээн засахын эмч
2. Яаралтай тусламжийн эмч
3. Бактериологи, серологийн эмч
4. Мэдээгүйжүүлгийн эмч
5. Эрчимт эмчилгээний эмч
6. Хүүхдийн дотрын эмч
7. Мэс заслын төрөлжсөн мэргэшлийн эмч: бүдүүн, шулуун гэдэсний мэс засал, зүрх судасны, хүүхдийн мэс заслын эмч
8. Хөнгөвчлөх эмчилгээ, хими эмчилгээний эмч
9. Нярайн эмч
10. Хүүхдийн эрчимт эмчилгээний сувилагч
11. Гэмтлийн сувилагч
12. Нярайн сувилагч
13. Эх барих эмэгтэйчүүдийн эмч
14. Сүрьеэгийн эмч
15. Хүүхдийн сэтгэцийн эмч
16. Зүрх судасны эмч
17. Хөдөлгөөн засалч, хэл засалч

1.3 Эмч бэлтгэх өнөөгийн тогтолцоо, сургалт, эрэлт хэрэгцээ

1.3.1 Эмч бэлтгэж буй сургалтын өнөөгийн байдал

Монгол улсын хэмжээнд хүний их эмч, уламжлалтын эмч, нүүр амны их эмчийн чиглэлээр бакалавр, магистр, докторын боловсрол олгодог улсын 4 их сургууль (АШУҮИС, АШУҮИС – Дархан-Уул салбар, АШУҮИС – Дорноговь салбар, АШУҮИС – Говь-Алтай салбар), хувийн 10 их сургууль үйл ажиллагаа явуулж байна.

2023 оны байдлаар Хүний их эмчээр 1091 эмч, Уламжлалтын их эмчээр 242 эмч, Нүүр амны их эмчээр 590 эмч төгссөн буюу нийт 1923 их эмч төгссөн байна. Нийт төгсөгчдийн 38.8% нь улсын их сургуульд, 61.2% нь хувийн их сургуульд суралцсан. Улсын сургуульд нийт 747 их эмч төгссөний 10.9% нь хөдөө орон нутагт, 89.1% нь Улаанбаатарт мэргэжил эзэмшсэн байна.

1.3.2 Төгсөлтийн дараах сургалт

Төгсөлтийн дараах сургалт нь мэргэшүүлэх болон тасралтгүй сургалт гэсэн 2 төрөл, эмнэл зүйн болон эмнэл зүйн бус гэсэн дэд 2 төрөлтэй байдаг.

Мэргэшүүлэх сургалтад үндсэн болон төрөлжсөн мэргэшлийн сургалт хамаарах бөгөөд Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 3 дугаар зүйлийн 3.1.22, 3.1.23-т заасан мэдлэг, чадвар, хандлагыг олгох сургалт байдаг байна. Харин тасралтгүй сургалтад мэргэжил дээшлүүлэх болон багц цагийн богино хугацааны сургалт хамаарах бөгөөд тасралтгүй сургалт нь мэргэжлийн чиглэлээр нэмэлт мэдлэг, ур чадвар олгох багц цагийн сургалт байдаг. Багц цагийн бүрдүүлэлт, тооцох аргачлалыг эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн Засгийн газрын гишүүний баталсан "Эмнэлгийн мэргэжилтэнд мэргэжлийн үйл ажиллагаа эрхлэх зөвшөөрөл олгох, сунгах, нөхөн олгох, хүчингүй болгох журам"-аар зохицуулдаг.

Үндсэн мэргэшлийн сургалт

Үндсэн мэргэшлийн сургалт нь 1-3 жилийн хугацаатай бөгөөд нийт 35 сургалт эрхлэх байгууллага дээр 41 үндсэн мэргэшлийн чиглэлээр сургалт явуулж байна. 2022 оны байдлаар улсын төсвийн санхүүжилтээр суралцуулахаар орон нутгаас нийт 26 үндсэн мэргэшлийн чиглэлээр 163 эмчийн захиалга өгсөн байна. Үүнээс дотрын анагаах ухаан судлал, дүрс оношилгоо судлал, хүүхэд судлалаар аймгууд хамгийн их захиалга өгсөн бол өрхийн анагаах ухаан, халдварт өвчний чиглэлээр захиалга өгөөгүй, зарим аймагт хэрэгцээтэй байгаа яаралтай тусламж, гэмтэл согог судлал, эрчимт эмчилгээ судлал дээр захиалга бага байгаа нь доорх хүснэгтээс харагдаж байна.

Хүснэгт 4. Үндсэн мэргэшлийн сургалтад төрийн сангийн зардлаар, эрүүл мэндийн газруудын захиалгаар элссэн эмч мэргэжилтний тоо, 2022 он

	анатомын эмгэг	арьс	гэмтэл согог	дотрын АУ	дүрс оношилгоо	ерөнхий мэргэшил	зоонозын өвчин	Зүү эмчилгээ	мэдрэл	мэдээгүйжүүлэг	мэс засал	нүд судлал	нүүр амны гажиг судлал	сүрьеэ	сэргээн засах	сэтгэл	хавдар	халдварт өвчин	хүүхэд	хүүхдийн нүүр	чих хамар	эмнэлзүйн эмгэг	эрчимт эмчилгээ	эх барих, эмэгтэйчүүд	яаралтай	Нийт
Архангай				1															2	1				2		6
Баян-Өлгий				1								1			3				3					1		9
Баянхонгор				2	1		1									1			1		1	1				8
Булган					2									1					1					1		5
Говь-Алтай		1		1	2	1		1				1										1				8
Говьсүмбэр				2						1																3
Дархан-Уул				2	1									1					1				1	1		7
Дорноговь				1	2			1	1							1			2			1	1			10
Дорнод				2	1				1					2						1	1			1		9
Дундговь					1														1							2
Завхан	1	1		2	1		1							2					1							9
Орхон	1			2															1		3		1	1		9
Өвөрхангай			3	1	3	2		1		1									1				1			13
Өмнөговь		1	1	2			1				1	1		1			1		1			1			1	12
Сүхбаатар																			1					1		2
Сэлэнгэ				1	1						1								1		1					5
Төв					1					1					1							1				4
Увс		1		2	2				1		1		1						1				1	1		11
Ховд		2		2	2			1				1	1								1			2		12
Хөвсгөл				3	2			1	1	1		1	1		1	1			3				1			16
Хэнтий																	1		1						1	3
Аймгийн дүн	2	6	4	27	22	3	3	5	4	4	3	5	3	7	5	3	2	0	22	2	7	5	6	11	2	163

Төрийн сангийн зардлаар сургах захиалгыг харахад аймгуудад хэрэгцээтэй байгаа зарим захиалгыг өгөөгүй байгаа ч хүний нөөцийн батлагдсан орон тооны бүрдэлтэд тулгуурлан захиалгыг өгч байгаа нь харагдаж байна. Судалгаанд түүвэрлэн сонгосон аймгуудаас харахад зарим дутагдалтай чиглэлд захиалга өгөөгүй байна. Жишээлбэл:

- Дорнод аймаг дутагдалтай байгаа сэргээн засах, хавдрын /хөнгөвчлөхийн/ эмч
- Дорноговь аймаг хавдар /хөнгөвчлөх/, зоонозын эмч
- Өмнөговь аймаг анатомийн эмгэг судлал, сэргээн засах судлалын эмч
- Булган аймаг сэргээн засах, анатомийн эмгэг судлал, хөнгөвчлөх эмчилгээ
- Хөвсгөл аймаг яаралтай тусламжийн эмч захиалаагүй байна.

Төрөлжсөн мэргэшлийн сургалт

Төрөлжсөн мэргэшлийн сургалт нь нэг сард 4-с доошгүй багц цагийн агууламжтай, 3 сараас 6 сар хүртэлх хугацаатай, мэргэжлийн чиглэлээр мэдлэг, ур чадварыг олгоход чиглэсэн сургалт байна гэж заасан байдаг. Их эмчийн мэргэжлээр нийт 84 чиглэлийн төрөлжсөн мэргэшлийн сургалт байдаг ба 2019 оноос хойш нийт 2810 их эмч төрөлжсөн мэргэшил эзэмшсэн байна.

Төрөлжсөн мэргэшлийн чиглэлийн 2019-2023 оны төрийн сангийн зардлаар элссэн элсэгчдийн тоог сүүлийн 5 жилийн өвчлөл, нас баралтаар тэргүүлж буй шалтгаан болон орон нутагт дутагдалтай байгаа мэргэшлийн чиглэлээр харьцуулан харахад төрөлжсөн мэргэшлийн элсэлтийн тоог нэмэгдүүлэх хэрэгцээтэй байна. Дотор, хүүхэд, эх барих эмэгтэйчүүд, гэмтэл ба мэс заслын төрөлжсөн мэргэшлийн сургалтын элсэлтүүдийг түүвэрлэн харахад дараах үр дүн харагдаж байна.

Хүснэгт 5. Дотрын төрөлжсөн мэргэшлийн элсэлт (төрийн сангаар), 2019-2023 он

№	Төрөлжсөн мэргэшлийн чиглэл	2019	2020	2021	2022	2023 /хаврын элсэлт/	Нийт
1	Бөөр судлал	2	5	7	11	9	34
2	Дотоод шүүрэл судлал	6	7	5	7	5	30
3	Зүрх судлал	10	23	27	23	9	92
4	Ревматологи	1	2	2	2	4	11
5	Уушги судлал	-	9	6	7	6	28
6	Хоол боловсруулах тогтолцоо судлал	8	8	14	19	7	56
7	Цус судлал	-	1	-	1	2	4
8	Хөнгөвчлөх эмчилгээ	-	-	1	1	4	6
9	Ангиограф/судсан дотуурх оношилгоо, эмчилгээ судлал	8	10	11	19	3	51
Нийт		35	65	73	90	49	312

Өвчлөл, нас баралтаар тэргүүлж буй дотрын чиглэлээр нийт 312 эмч элссэн ба 2019 оноос хойш элсэлтийн тоо тогтмол өсөж 2022 онд 92 эмчийг сургахаар элсүүлсэн байна. Үүнээс зүрх судлал элсэлт хамгийн өндөр буюу нийт дотрын төрөлжсөн мэргэшлийн элсэлтийн 30 хувь (92)-г эзэлж байгаа боловч судалгаанд хамрагдсан аймгуудад зүрх

судасны эмч хэрэгцээтэй буюу өвчлөлтэй харьцуулахад аймаг бүрд зүрх судлалын эмч хэрэгцээтэй байна.

Хүснэгт 6. Хүүхдийн төрөлжсөн мэргэшлийн элсэлт (төрийн сангаар), 2019-2023 он

№	Төрөлжсөн мэргэшлийн чиглэл	2019	2020	2021	2022	2023 /хаврын элсэлт/	Нийт
1	Хүүхдийн эмгэг судлал	-	-	-	1	2	3
2	Хүүхдийн гэмтэл согог судлал	-	2	3	6	3	14
3	Хүүхдийн дүрс оношилгоо	-	4	7	13	6	30
4	Хүүхдийн мэдрэл судлал	8	12	1	8	7	36
5	Хүүхдийн мэдээгүйжүүлэг судлал	5	13	3	6	6	33
6	Хүүхдийн мэс засал судлал	5	4	4	7	5	25
7	Хүүхэд, өсвөр үеийн сэтгэц судлал	-	-	-	7	1	8
8	Нярай, перинаталь судлал	8	14	7	14	10	53
9	Хүүхдийн бөөр судлал	1	1	-	-	3	5
10	Хүүхдийн зүрх судлал	-	8	1	3	6	18
11	Хүүхдийн уушги судлал	5	9	5	3	8	30
12	Хүүхдийн хоол боловсруулах тогтолцоо судлал	-	2	2	3	1	8
13	Хүүхдийн дотоод шүүрэл судлал	-	-	1	5	2	8
14	Хүүхдийн ревматологи	-	-	-	1	-	1
15	Хүүхдийн цус, хавдар судлал	2	3	2	-	2	9
16	Өсвөр үе судлал	-	-	1	-	2	3
17	Хүүхдийн сэргээн засал	-	1	-	-	-	1
18	Хүүхдийн чих, хамар, хоолой судлал	1	6	1	6	2	16
19	Хүүхдийн эрчимт эмчилгээ судлал	11	19	7	13	6	56
Нийт		46	98	45	96	72	357

Хүүхдийн оношилгоо, эмчилгээний чиглэлээр нийт (үүнд мэдээгүйжүүлэг, мэс засал, чих хамар хоолой зэргийг хамруулав) 19 төрөлжсөн мэргэшлийн чиглэл байгаа ба 5 жилийн хугацаанд нийт 357 эмч суралцсан байна. Он тус бүрээр харьцуулан харахад 2020, 2022 онуудад элсэлт өндөр байгаа ба 2023 оны хаврын элсэлтийн тоо 72 буюу нийт элсэлтийн тоо өмнөх онуудаас их гарахаар харагдаж байна. Чиглэл тус бүрээр харахад нярай, перинаталь судлал 14,8% (53), хүүхдийн эрчимт эмчилгээ судлал 15,7% (56) хамгийн олон элсэлттэй байна. Харин хүүхдийн эмгэг судлал (3), хүүхдийн сэргээн заслын (1) 5 жилийн хугацаанд 4 эмч суралцсан бол хүүхдийн дотрын өвчлөлийн чиглэл дотор хүүхдийн бөөр судлал (5), хүүхдийн ревматологийн (1) чиглэлээр 5 жилийн хугацаанд нийт 6 эмч суралцсан байна.

Хүснэгт 7. Эх барих, эмэгтэйчүүдийн төрөлжсөн мэргэшлийн элсэлт (төрийн сангаар), 2019-2023 он

№	Төрөлжсөн мэргэшлийн чиглэл	2019	2020	2021	2022	2023 /хаврын элсэлт/	Нийт
68	Эмэгтэйчүүдийн дотоод шүүрэл, үргүүдэл судлал	19	18	7	21	13	78

69	Эмэгтэйчүүдийн хавдар судлал	2	5	8	9	7	31
70	Эх ураг судлал	-	1	-	1	8	10
	Бүгд	21	24	15	31	28	119

Эх барих, эмэгтэйчүүдийн төрөлжсөн мэргэшлийн чиглэлээр сүүлийн 5 жилд нийт 119 эмч суралцсан ба үүний 65,5 хувь (78) нь эмэгтэйчүүдийн дотоод шүүрэл, үргүйдэл судлалаар суралцсан ба эх ураг судлалаар хамгийн бага буюу 8,4 хувь (10) нь суралцсан байна. Үүнээс 2019-2022 онд нийт 2 эмч эх ураг судлалаар суралцаж 2023 оны эхний хагаст 8 элсэгч болж өссөн. Элсэлтийн онуудыг харьцуулан харахад 2021 онд нийт 15 эх барих, эмэгтэйчүүдийн эмч төрөлжсөн мэргэшлийн сургалтад хамрагдсан бол 2022 онд өмнөх оноос 2 дахин их (31) эмч суралцсан байна.

Хүснэгт 8. Гэмтэл, мэс заслын төрөлжсөн мэргэшлийн элсэлт төгсөлт, 2019-2023 он

№	Төрөлжсөн мэргэшлийн чиглэл	2019	2020	2021	2022	2023 /хаврын элсэлт/	Нийт
3	Гар сарвууны нөхөн сэргээх бичил мэс засал судлал	5	12	5	7	1	30
4	Нурууны мэс засал судлал	3	8	4	1	1	17
5	Түлэнхийн нөхөн сэргээх мэс засал судлал	4	6	13	2	2	27
7	Доод мөчдийн нөхөн сэргээх бичил мэс засал судлал	3	12	1	3	3	22
8	Хавсарсан гэмтлийн мэс засал	1	7	3	-	-	11
9	Үе бүтээх, солих мэс засал	4	18	10	14	3	49
10	Гавал, тархины гэмтлийн мэс засал	-	-	-	9	1	10
30	Бөөрний мэс засал судлал	9	15	8	18	12	62
31	Бүдүүн, шулуун гэдэсний мэс засал судлал	10	13	8	8	5	44
32	Дотоод шүүрлийн мэс засал судлал	-	1	3	2	-	6
34	Хүүхдийн мэс засал судлал	5	4	4	7	5	25
35	Хэвлийн мэс засал судлал	4	7	4	6	3	24
36	Цээжний мэс засал судлал	1	6	7	6	3	23
37	Зүрх судасны мэс засал судлал	-	-	1	8	1	10
38	Мэдрэлийн мэс засал судлал	-	-	2	5	2	9
39	Толгой, хүзүүний мэс засал судлал	-	12	13	23	4	52
63	Чих хамар хоолойн мэс засал	-	-	-	6	4	10
Нийт		49	121	86	125	50	431

Гэмтэл болон мэс заслын төрөлжсөн мэргэшлийн чиглэлээр нийт 431 эмч суралцсан ба үүнээс 38,5 хувь (166) нь гэмтлийн мэс заслын чиглэлээр суралцсан байна. Гэмтлийн мэс засал дундаа үе бүтээх, солих мэс заслын чиглэлээр элсэгчид 29,5 хувь (49) хамгийн их байгаа бол хавсарсан гэмтлийн мэс заслын чиглэлээр элсэгчид 6,6 хувь (11) буюу хамгийн бага байна. Үндсэн бусад мэс заслын чиглэлээс бөөрний мэс засал судлалаар хамгийн их буюу 62 эмч суралцахаар элссэн бол дотоод шүүрлийн мэс засал (6), мэдрэлийн мэс засал (9), чих хамар хоолойн мэс засал (10), зүрх судасны мэс заслаар (10) хамгийн бага элссэн байна.

Аймгуудад үндсэн мэргэшлийн эмч нараас илүү төрөлжсөн мэргэшлийн эмч нарын дутагдалтай байгаа ба төрөлжсөн мэргэшил ба мэргэшил дээшлүүлэх сургалтуудын захиалгат элсэлтийг харахад доорх чиглэлээр 2022 онд захиалга өгөгдөөгүй байна. Үүнд:

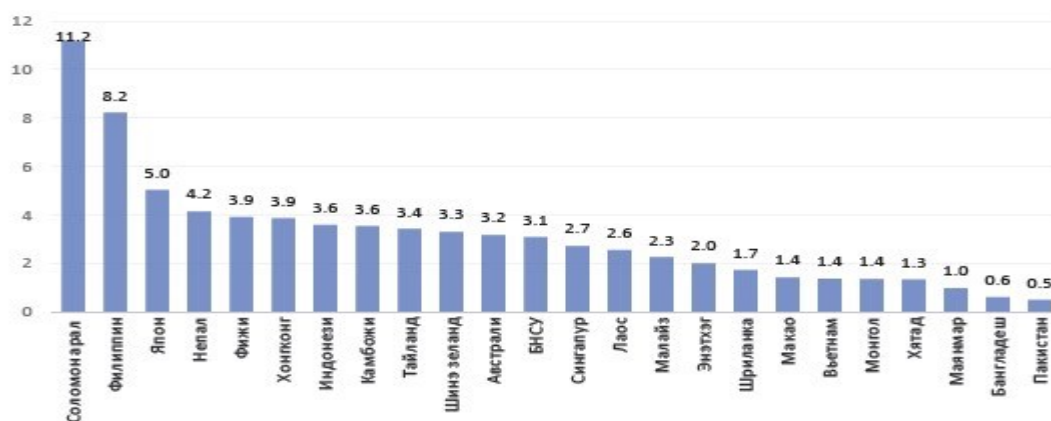
- Хүүхдийн зүрх судлал
- Хүүхдийн яаралтай тусламж
- Хөх, улаан хоолойн хавдрын мэс засал судлал
- Нойр булчирхайн хавдрын мэс засал судлал
- Уушги, голтын хавдрын мэс засал судлал
- Бүдүүн, шулуун гэдэсний хавдрын мэс засал судлал
- Хавдрын хөнгөвчлөх эмчилгээ судлал
- Эмэгтэйчүүдийн хавдрын мэс засал судлал
- Умайн хүзүүний эс зүй
- Хоол боловсруулах эрхтэн тогтолцооны эмгэг судлал
- Бичил зүү эмчилгээ судлал
- Тархины харвалтын сэргээн засах эмчилгээ
- Чих хамар хоолойн мэс засал судлал

Гэвч эдгээр чиглэлүүд нь орон нутаг, тэр дундаа АНЭ-үүдэд дутагдалтай буюу хэрэгцээтэй байгаа чиглэл бөгөөд эдгээр эмчийн дутагдлаас үүдэн орон нутагт эмчилгээг бүрэн хийх боломжгүй болж Улаанбаатар хот руу Төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, Тусгай мэргэжлийн төвүүд рүү илгээж байна.

1.4 Сувилагчийн байршил, хангамж ба хэрэгцээ

2020 оны байдлаар Дэлхийд дунджаар 1000 хүн амд 8.71 сувилагч ногддог байна. Хамгийн их сувилагчтай улс нь Швейцар улс 1000 хүн амд 18.37 сувилагчтай байсан бол хамгийн бага нь Өмнөд Африк улс 1000 хүн амд 1.03 сувилагчтай байна.

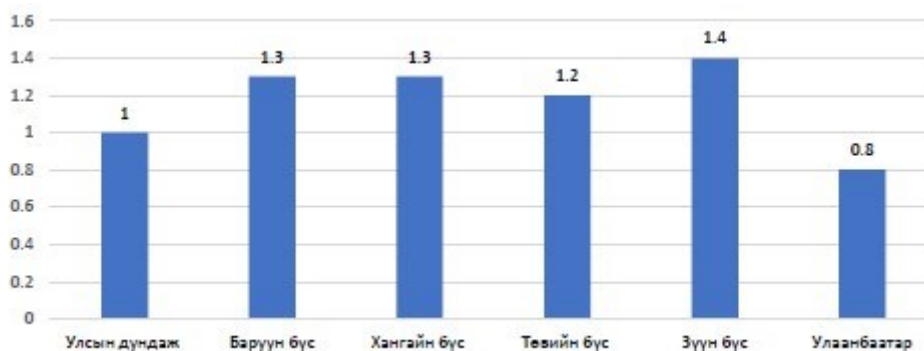
Ази-Номхон далайн бүсийн орнуудад 2022 оны байдлаар 1000 хүн амд ногдох сувилагчийн тоо ихээхэн ялгаатай байгаа ба өндөр орлоготой орнуудад сувилагчийн тоо дунджаар 1000 хүн амд 10 сувилагч ногдож байна. Тухайлбал Японд 12.2, Шинэ Зеландад 11.9, Австрали 11.7 байгаа бол Монгол улсын хувьд 1000 хүн амд 4.2 сувилагч ногдож байна.



Эх сурвалж: OECD Health Statistics 2020; WHO GHO, 2020; National Data Sources (see Annex

Зураг 11. Эмч, сувилагчийн харьцаа, Ази-Номхон далайн бүсийн орнуудаар харьцуулснаар

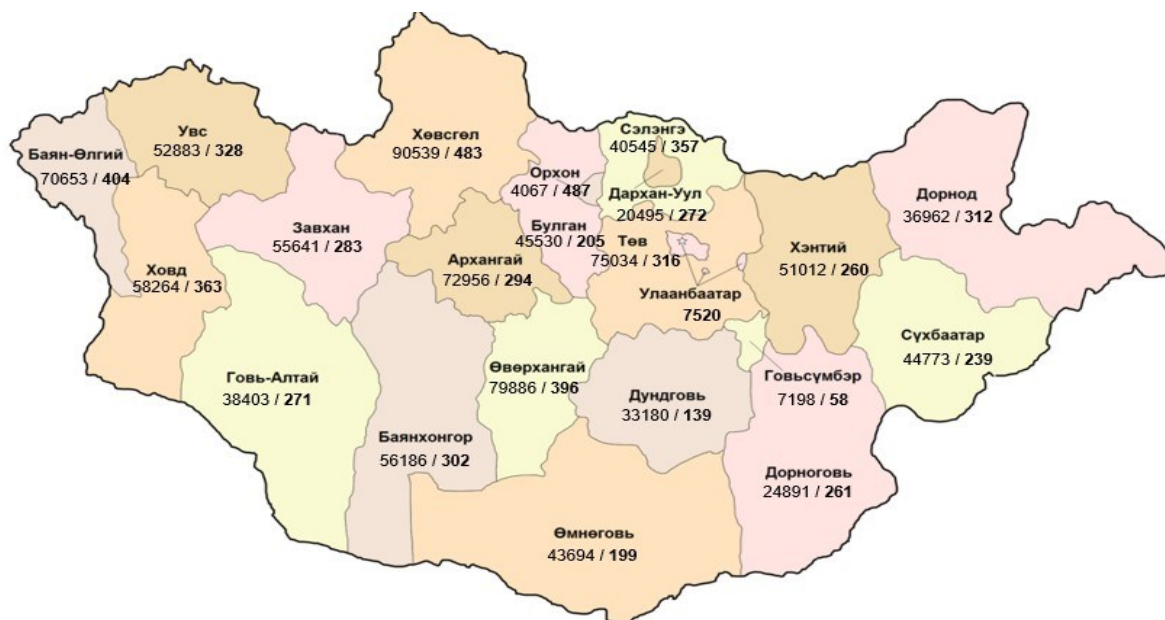
Эмч сувилагчийн харьцаа Ази-Номхон далайн бүс нутгуудын улс орнуудад 2020 оны байдлаар харьцуулахад Соломон арал 1000 хүн амд 11.2 сувилагч ногдож, Пакистан улсад 0.5 сувилагч ногдож байна.



Зураг 12. Эмч, сувилагчийн харьцаа, бүс нутгаар, 2022 он

2022 оны байдлаар манай улсад эмч, сувилагчийн харьцаа аймгийн түвшинд 1:1.3 байгаа нь өмнөх онтой харьцуулахад 0.1-ээр буурсан үзүүлэлттэй байна. Эмч, сувилагчийн харьцаа аймаг бүсүүдээр ялгаатай байгаа ба Хангай, Баруун бүсийн аймгуудад 1:1.3, Зүүн бүсийн аймгуудад 1:1.4 байгаа бол Төвийн бүсийн аймгуудад 1:1.2 байна.

Сувилагчийн тоо, байрилаар:



Зураг 13. Сувилагчдын тоог аймгийн хүн амтай харьцуулсан байдал, байрилаар, 2022 он

2022 оны байдлаар сувилагчдын тоог тухайн аймгуудын хүн амын тоотой харьцуулан харахад дунджаар 1000 хүн амд 6,3 сувилагч ногдож байна. Аймаг тус бүрээр харахад хамгийн олон сувилагч ногдож байгаа нь Орхон (119,7), Дархан-Уул (13,3), Дорноговь (10.5) аймаг байна. Харин 1000 хүн амд хамгийн бага сувилагч ногдож байгаа нь Архангай (4,0), Дундговь (4,2), Төв (4,2) аймаг байна.

Хүснэгт 9. Нэг эмчид ногдох сувилагчийн тоо /2018-2022 он/

Аймаг	Сувилагчийн тоо					Нэг эмчид ногдох сувилагчийн харьцаа				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
Улсын дүн	12344	12773	13112	13473	13947	1.1	1.1	1.1	1.0	1.0
Баруун бүс	1449	1521	1544	1585	1649	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4
Баян-Өлгий	328	361	377	391	404	1.5	1.5	1.5	1.5	1.4
Говь-Алтай	255	267	255	267	271	1.3	1.4	1.2	1.3	1.3
Завхан	281	286	281	283	283	1.6	1.6	1.5	1.5	1.6
Увс	284	293	310	314	328	1.6	1.5	1.6	1.5	1.5
Ховд	301	314	321	330	363	1.3	1.2	1.1	1.2	1.2
Хангайн бүс	1940	1967	2017	2092	2167	1.4	1.3	1.4	1.4	1.4
Архангай	286	299	281	284	294	1.5	1.5	1.4	1.4	1.4
Баянхонгор	298	306	292	302	302	1.5	1.4	1.4	1.6	1.4
Булган	191	204	227	213	205	1.7	1.5	1.5	1.6	1.8
Өвөрхангай	332	349	379	433	396	1.3	1.2	1.3	1.5	1.3
Хөвсгөл	397	394	418	446	483	1.5	1.4	1.6	1.5	1.6
Орхон	436	415	420	414	487	1.3	1.1	1.2	1.1	1.1
Төвийн бүс	1640	1709	1758	1754	1800	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2
Дорноговь	250	236	271	251	261	1	0.9	1	0.9	1.0
Дундговь	154	156	158	166	139	1.1	1	1	1.1	1.0
Өмнөговь	188	190	205	192	199	1	0.8	0.9	0.8	0.8
Сэлэнгэ	326	329	326	317	357	1.3	1.3	1.4	1.4	1.4
Төв	291	297	303	311	316	1.3	1.4	1.2	1.3	1.4
Дархан-Уул	366	443	443	458	470	1.4	1.6	1.4	1.5	1.4
Говьсүмбэр	65	58	52	59	58	1	0.9	0.9	0.8	0.9
Зүүн бүс	742	756	768	797	811	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4
Дорнод	279	288	298	300	312	1.5	1.4	1.5	1.5	1.5
Сүхбаатар	222	221	229	242	239	1.4	1.5	1.4	1.5	1.5
Хэнтий	241	247	241	255	260	1.3	1.3	1.2	1.2	1.2
Улаанбаатар	6573	6820	7025	7245	7520	1	0.9	0.9	0.9	0.8

Улсын дүнгээр 2018 онд нийт 12344 сувилагч байсан бол 2022 онд 13947 сувилагч болж сүүлийн 5 жилд 1603-аар нэмэгдсэн буюу жилд дунджаар 320.6 сувилагч нэмэгдсэн. Баруун бүсийн аймгуудад сүүлийн 5 жилд 200 сувилагч, Хангайн бүсэд 227 сувилагч, Төвийн бүсэд 160 сувилагч, Зүүн бүсэд 69 сувилагч, Улаанбаатарт 947 сувилагч тус тус нэмэгдсэн үзүүлэлттэй байна.

Булган аймгийн эмч сувилагчийн харьцаа 1:2 руу хамгийн дөхөж байгаа буюу 1:1.8 байна. Харин Өмнөговь аймагт эмч сувилагчийн харьцаа 1:0.8 буюу нэг эмчид нэг сувилагч бүрэн ногдохгүй, сувилагчийн дутагдалтай байгааг харуулж байна.

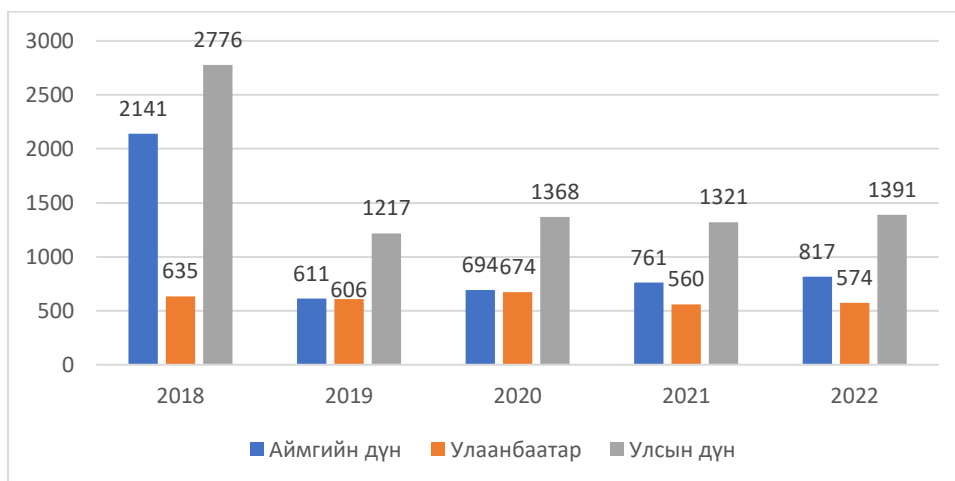
Хүснэгт 10. Эрүүл мэндийн байгууллагад ажиллаж байгаа туслах сувилагчийн тоо байршилаар

Аймаг	2021	2022
Архангай	1	1
Баян-Өлгий	0	2
Баянхонгор	2	5

Булган	12	17
Говь-Алтай	0	0
Говьсүмбэр	0	0
Дархан-Уул	2	6
Дорноговь	18	19
Дорнод	25	31
Дундговь	6	2
Завхан	1	2
Орхон	17	27
Өвөрхангай	42	41
Өмнөговь	9	14
Сүхбаатар	36	37
Сэлэнгэ	15	21
Төв	12	18
Увс	4	3
Ховд	17	25
Хөвсгөл	67	83
Хэнтий	15	16
Аймгийн дүн	301	370
Улаанбаатар	578	748
Улсын дүн	879	1118

Харин туслах сувилагч аймгийн дүнгээр 2021 онд 301 байсан бол 2022 онд 370 болж 69 сувилагчаар нэмэгдсэн бол улсын дүнгээр 239 туслах сувилагч нэмэгдсэн байна.

Анхан шатлалын эмнэлгүүд болох Сумын эрүүл мэндийн төв (А, Б, В зэрэглэл), Өрхийн эрүүл мэндийн төвүүдэд ажиллаж байгаа сувилагчдын тоог байршлаар доорх зургаар харуулав.



Зураг 14. ӨЭМТ, СЭМТ-үүдэд ажиллаж буй сувилагчдын тоо, 2021-2022

Анхан шатлалд ажиллаж буй сувилагчдын тоог сүүлийн 5 жилийн байдлаар улсын дүн, хот, аймгаар харьцуулан харахад жил ирэх тусам буурах хандлагатай байна. Улсын хэмжээнд 2018 онд 2776 сувилагч анхан шатлалд ажиллаж байсан бол 2022 онд 1391 болж 50 хувиар буурсан. Улаанбаатар хотод 2018 онд 635 сувилагч ажиллаж байсан бол 2022 онд 574 болсон буюу харьцангуй бага тоогоор буурсан бол хөдөө орон нутагт 2141 сувилагч ажиллаж байснаас 817 сувилагч болж 61.8 хувиар буурсан байна.

Хүснэгт 11. Сувилагчдын тоо анхан шатны эмнэлгүүдэд, байршилаар 2019-2022

Аймаг/хот	2019	2020	2021	2022
Архангай	134	123	128	131
Баян-Өлгий	121	126	140	139
Баянхонгор	125	127	126	125
Булган	93	102	96	98
Говь-Алтай	102	99	103	98
Говьсүмбэр	12	13	14	16
Дархан-Уул	74	75	77	79
Дорноговь	76	87	84	90
Дорнод	87	88	84	97
Дундговь	74	69	78	68
Завхан	133	134	137	132
Орхон	54	63	65	69
Өвөрхангай	103	105	110	118
Өмнөговь	77	82	79	83
Сүхбаатар	106	106	113	112
Сэлэнгэ	124	119	115	92
Төв	124	127	128	131
Увс	112	121	123	143
Ховд	97	100	100	105
Хөвсгөл	189	213	215	226
Хэнтий	112	112	117	107
Аймгийн дүн	2129	2191	2232	2259
Улаанбаатар	612	674	686	744
Улсын дүн	2741	2865	2918	3003

Анхан шатлал буюу ӨЭМТ, СЭМТ-үүдэд 2019 онд аймгийн дүнгээр нийт 2129 сувилагч ажиллаж байсан бол 2022 онд 2259 сувилагч болсон буюу 130 сувилагчаар нэмэгдсэн. Улсын дүнгээр сүүлийн 4 жилд нийт 262 сувилагч ӨЭМТ, СЭМТ-үүдэд нэмэгдсэн үзүүлэлттэй байгаа нь анхан шатлалд жилд дунджаар 65.5 сувилагч нэмэгдэж байгааг харуулж байна.

Хүснэгт 12. Сувилагчийн тоо, байршлаар, эмнэлгийн төрлөөр, 2022

Аймаг/хот	Хөдөөгийн нэгдсэн эмнэлэг	Аймгийн нэгдсэн эмнэлэг	Дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг	БОЭТ	Тусгай мэргэжлийн төв	Төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг	Клиник хувийн	Ортой хувийн эмнэлэг	Бүгд
Архангай	-	115	-	-	-	-	5	23	294
Баян-Өлгий	-	174	-	-	-	-	17	37	404
Баянхонгор	-	127	-	-	-	-	8	23	302
Булган	-	86	-	-	-	-	0	3	205
Говь-Алтай	-	115	-	-	-	-	9	11	271
Говьсүмбэр	-	34	-	-	-	-	0	4	58
Дархан-Уул	-	238	-	-	-	-	54	69	470
Дорноговь	24	91	-	-	-	-	11	21	261
Дорнод	-	-	-	189	-	-	3	15	312
Дундговь	-	53	-	-	-	-	4	8	139
Завхан	26	103	-	-	-	-	1	7	283
Орхон	-	-	-	183	-	48	50	88	487
Өвөрхангай	24	-	-	173	-	-	0	33	396
Өмнөговь	-	-	-	66	-	-	20	18	199
Сүхбаатар	-	107	-	-	-	-	4	12	239
Сэлэнгэ	66	115	-	-	-	-	10	24	357
Төв	-	117	-	-	-	-	3	6	316
Увс	-	147	-	-	-	-	11	21	328
Ховд	12	-	-	181	-	-	21	30	363
Хөвсгөл	-	159	-	-	-	-	11	43	483
Хэнтий	17	94	-	-	-	-	3	-	260
Аймгийн дүн	169	1875	-	792	-	48	245	496	6427
Улаанбаатар	-	-	382	-	23	2064	1216	1272	7520
Улсын дүн	169	1875	382	792	23	2112	1461	1768	13947

(Дээрх хүснэгтэд эмнэлгийн бүх төрлийг хамруулаагүй болно)

Аймгийн нэгдсэн эмнэлгүүдэд нийт 2022 оны байдлаар 1875 сувилагч ажиллаж байгаа бөгөөд тэдгээрийн 12.7 хувь (238) нь Дархан-Уул аймагт, 8.5 хувь (159) нь Хөвсгөл аймагт тус тус ажиллаж байна. Хамгийн бага сувилагчтай АНЭ нь Говьсүмбэр аймаг буюу 34 сувилагчтай байна. Хувийн эмнэлгүүдэд улсын хэмжээний нийт сувилагчдын 23.1 хувь (3229) нь ажиллаж байна.

Улсын хэмжээнд нийт 23 чиглэлээр 20 гаран төрлийн эрүүл мэндийн байгууллагуудад сувилагчид тусламж үйлчилгээ үзүүлж байгаа ба Хөдөөгийн нэгдсэн эмнэлэг, Аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, Дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг, БОЭТ, Төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэгт дийлэнх нь ажиллаж байна.

Хүснэгт 13. Сувилагчийн тоо, чиглэл, эмнэлгийн төрлөөр, 2022 он

	Эрүүл мэндийн байгууллагууд	Хөдөөгийн нэгдсэн эмнэлэг	Аймгийн нэгдсэн эмнэлэг	Дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг	БОЭТ	Төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, ТМТ	Бүгд
мэргэшлийн төрлөөр	Арьсны	1	16	0	6	17	86
	Гэмтэл, согогийн	2	46	2	21	2	136
	Мэдрэлийн	0	60	7	9	22	193
	Мэдээгүйжүүлэг	13	98	15	54	139	510
	Мэс заслын	19	152	27	71	288	939
	Нүдний	1	22	1	8	23	115
	Өрхийн	0	0	0	0	0	484
	Сэтгэцийн	1	56	2	20	82	183
	Сэргээн засахын	2	54	9	21	53	447
	Цус, хавдрын	1	30	6	14	72	155
	Харшлын	0	0	0	0	0	7
	Халдвартын	3	71	1	26	89	230
	Дархлаажуулалтын	7	26	1	14	17	507
	Хүүхдийн	12	137	43	42	55	571
	Нярайн	14	91	3	40	65	359
	Хөнгөвчлөх эмчилгээний	0	24	3	23	18	94
	Чих, хамар, хоолойн	2	22	3	10	21	117
	Эх, хүүхдийн	0	17	1	0	30	114
	Эрчимт эмчилгээний	2	81	25	38	201	473
	Яаралтай тусламжийн	14	79	19	27	106	412

Ерөнхий мэргэжлийн	38	475	90	234	548	5277
Уламжлалт анагаахын	4	53	8	25	20	457
Нүүр амны	7	28	6	13	6	372
Бүгд	169	1875	382	792	2112	13947

Төрөлжсөн мэргэшлийн чиглэлээр сувилагчдын байршлыг эрүүл мэндийн байгууллагаар авч үзвэл мэс заслын сувилагч хамгийн их буюу 939 байна. Мэс заслын эмч нарын 30.7 хувь нь Төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэгт, 16.2 хувь нь Аймгийн нэгдсэн эмнэлэгт ажиллаж байна.

1.5 Сувилагч бэлтгэх өнөөгийн тогтолцоо, сургалт, эрэлт хэрэгцээ

1.5.1 Сувилагч бэлтгэж буй сургалтын өнөөгийн байдал

Монгол улсын хэмжээнд сувилахуйн чиглэлээр 12 сургууль диплом, бакалавр, магистр, докторын боловсролоор өдөр, орой, эчнээ хэлбэрээр 76 индексээр сургалтын тусгай зөвшөөрлийг авч **4361** суралцагч суралцаж байна. Үүнд:

1. АШУҮИС
2. Ач АУИС
3. Этүгэн их сургууль
4. Эм зүйн шинжлэх ухааны их сургууль
5. Энэрэл дээд сургууль
6. Шинэ анагаах ухаан их сургууль
7. Сити их сургууль
8. Их засаг олон улсын их сургууль
9. Оточ манарамба
10. Энэрэл дээд сургууль
11. Олон улсын Улаанбаатар их сургууль
12. Монголын үндэсний их сургууль

2023 оны байдлаар сувилахуйн сургууль төгсөгчдийн 67.5% хувь нь улсын сургуульд, 33.5% хувь нь хувийн 11 сургуульд суралцсан байна. Улсын сургуульд нийт 682 сувилагч төгссөний 52.2% хувь нь хөдөө орон нутагт (Дархан-Уул, Говь-Алтай, Дорноговийн салбар сургууль), 48.8% нь Улаанбаатар хотод төгссөн байна.

Сувилагчийн тоог нэмэгдүүлэх, эмч-сувилагчийн харьцааг зохистой түвшинд хүргэх зорилгоор төгсөлтийн өмнөх сургалтыг “Туслах сувилагч”-“Дипломын сувилагч”-“Бакалавр сувилагч” гэсэн шаталсан хэлбэрээр бэлтгэх бодлогыг 2011 оноос эхлэн баримталсан. Сувилагч мэргэжлээр их дээд сургууль төгсөгчдийн тоог судлахад 2023-687, 2024-432, 2025-924, 2026-2306 буюу 2023-2026 онд нийт 4349 сувилагч мэргэжилтэн бэлтгэгдэн төгсөх төлөв ажиглагдаж байна.

Тэргүүлэх мэргэжлийн чиглэл: МУ-ын Засгийн газраас 2023 оны 115 дугаар тогтоолын хавсралтаар МУ-д шаардлагатай тэргүүлэх төрөлжсөн чиглэлийн мэргэжлийн жагсаалтыг гаргасны нэг нь эрүүл мэндийн чиглэл бөгөөд нийт 3 мэргэжлийн чиглэлийн хөтөлбөр багтсан байна. Уг тогтоолын хавсралтаар Монгол Улсад шаардлагатай тэргүүлэх 13

төрөлжсөн чиглэлийн мэргэжлийн жагсаалтад Сувилахуй, био-анагаах, нийгмийн эрүүл мэнд хөтөлбөрүүд орсон.

Мөн Монгол улсад эрэлттэй ажил мэргэжлийн 2021 онд хийгдсэн судалгаагаар дээд боловсролын эрэлттэй мэргэжилд “сувилагч, ерөнхий мэргэжлийн” гэж багтсан байна.

Монгол Улсын Засгийн Газрын 70 дугаар тогтоолоор нэмсэн “Дээд боловсролын сургалтын байгууллагад суралцагчид суралцагчийн тэтгэлэг олгох журмын 4.1.9 дэх заалт нь тус сургуулийн дипломын хөтөлбөрт элсэгчдэд тавигдах шаардлага:

- Төрийн өмчийн дээд боловсролын сургалтын байгууллагад “сувилагч” мэргэжлээр дээд боловсролын дипломын болон бакалаврын хөтөлбөрт элсэгч нь элсэлтийн ерөнхий шалгалтын 400-аас дээш оноо авсан бол хичээлийн жилийн эхний улирлын сургалтын төлбөрийг 100 хувь;
- Суралцагч нь элсэлтийн ерөнхий шалгалтын онооноос хамаарахгүйгээр 2.5-3.00 хүртэл голч оноотой суралцсан тохиолдолд сургалтын төлбөрийн 70 хувийг,
- 3.01 болон түүнээс дээш голч оноотой суралцсан тохиолдолд сургалтын төлбөрийн 100 хувийг олгох, гэж заасан”.

Монгол Улсын Тогтвортой хөгжлийн үзэл баримтлал-2030 бодлогын хүрээнд Эрүүл мэндийн салбарт тулгараад байгаа эрэлт хэрэгцээнээс шалтгаалж, 2026 он гэхэд нэг эмчид ногдох сувилагчийн тоог 1:2 болгох зорилго дэвшүүлэн ажиллаж байгаа бөгөөд “Сувилагч” мэргэжилтний тоог нэмэгдүүлэхэд ихээхэн ач холбогдолтой тул сувилагч мэргэжлээр суралцаж байгаа оюутны сургалтын төлбөрийг буцалтгүй тусламжаас хамрагдаж байгаа оюутнуудын тоон мэдээг судлан үзвэл ЭЕШ-ын 501-ээс дээш оноотой элсэгч, суралцагч заалтын дагуу АШУҮИС-ийн Сувилахуйн сургууль болон салбар Дархан-Уул, Дорноговь, Говь-Алтайн салбар сургууль нийлээд **2096** оюутнаас **цөөн хувь нь** буцалтгүй тусламжид хамрагдаж байгаа юм.

Тус буцалтгүй тусламжийн шалгуурт төрийн өмчийн их дээд сургуульд элсэгч, суралцагч гэж тусгасан нь тус мэргэжлийг сонгон хувийн их дээд сургуульд суралцагчдын боломжийг хязгаарлаж байна. Мөн сувилагч мэргэжлээр их, дээд сургуульд элссэн оюутны элсэлтийн ерөнхий шалгалтын дундаж оноог судлан үзэхэд 400-450 байгаа юм. Иймд дээрх буцалтгүй тусламжид хамрагдаж шалгуур оноог 400 болон түүнээс дээш байвал оюутны тоо хэд болох талаар зөвхөн төрийн өмчийн сургуульд суралцагчдын тооноос тодруулбал энэ шаардлагыг хангасан нийт **808** суралцагч байна.

Сувилагч мэргэжлээр 2020-2022 онд нийт 2476 сувилагч төгссөн байгаа ба тэдгээр төгсөгчдийн сувилах эрхийн зөвшөөрлийн шалгалт өгсөн байдал, мэргэжлээрээ ажилд орсон



Зураг 15. Сувилагч мэргэжлээр төгсөгчдийн сувилах эрх авсан байдал, 2020-2022

2020 онд нийт 734 сувилагч бэлтгэгдсэн ба төгсөгчдийн 88.4 хувь нь сувилах эрхийн зөвшөөрлийн шалгалт өгч тэнцсэн ба тэдний 61.8 хувь нь мэргэжлээрээ ажлын байраар хангагдсан байна. Харин 2022 онд 841 сувилагч бэлтгэгдсэний 60.5 хувь нь тэнцсэн ч нийт төгсөгчдийн 57.2 хувь нь л мэргэжлийн чиглэлээрээ ажилд орсон байна. Төгсөгчдийн тоог харахад жилд дунджаар 1000 хүрэхгүй сувилагч бэлтгэгдэж байгаа нь харагдаж байна.

Туслах сувилагч:

Эрүүл мэндийн байгууллагад ажиллаж буй үйлчлэгч, бусад туслах ажилтан, харьяат бүрэн дунд боловсролтой иргэдээс “Туслах сувилагч” бэлтгэх богино хугацааны сургалтыг 2017 оноос эхлүүлсэн бөгөөд эрүүл мэндийн байгууллагын захиалгаар улсын төсөв, олон улсын байгууллагын санхүүжилтээр 400 гаруй туслах сувилагчийг өнөөг хүртэл сургаж, бэлтгэсэн байна. 2022 оны байдлаар эрүүл мэндийн байгууллагад ажиллаж байгаа 1142 туслах сувилагч нь “Эрүүл мэндийн салбарын төрийн үйлчилгээний албан тушаалын зэрэглэл”-ийн ТҮЭМ-2 зэрэглэлийн дагуу цалинжин ажиллаж байна.

Туслах сувилагчийн тоог нэмэгдүүлэх зорилгоор 2022 онд “Туслах сувилагч” бэлтгэх 3 сарын сургалтын хөтөлбөрийг АШУҮИС-ийн Сувилахуйн сургуультай хамтран боловсруулж, Эмнэлгийн мэргэжилтний хөгжлийн зөвлөл, Сувилахуйн мэргэжлийн салбар зөвлөлөөр баталгаажуулсан ба “Туслах сувилагч” бэлтгэх сургалтыг НҮБ-ын Хүүхдийн сангийн санхүүжилтээр АШУҮИС-ийн Сувилахуйн сургуульд зохион байгуулж байна. Уг сургалтад нийт 20 эрүүл мэндийн байгууллагын нийт 78 үйлчлэгч, бусад үйлчилгээний ажилтан суралцаж байгаа бөгөөд 2023 оны 5 дугаар сард төгсөж, захиалгат эрүүл мэндийн байгууллагад туслах сувилагчаар ажиллаж эхэлсэн. Дараагийн шатны сургалтуудад захиалга өгсөн эрүүл мэндийн байгууллагуудын үйлчлэгч, бусад туслах ажилтнуудыг суралцуулахаар бэлтгэл ажлыг ханган ажиллаж байна.

1.5.2 Сувилагчийн карьер, төгсөлтийн дараах сургалт

Дээд боловсролын тухай хуулийн 12 дугаар зүйлийн 12.1.14-д “дээд боловсролтой хүмүүсийг дахин мэргэшүүлэх, мэргэжил дээшлүүлэх, ерөнхий боловсролын болон богино хугацааны сургалт эрхлэх” гэж тусгагдсаны дагуу эрүүл мэндийн чиглэлээр мэргэжлийн

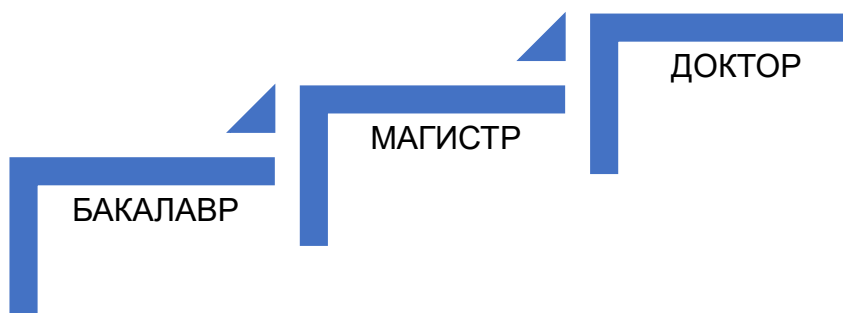
хөтөлбөр хэрэгжүүлж буй зарим их, дээд сургуулиуд нь төгсөлтийн өмнөх хөтөлбөрөөс гадна төгсөлтийн дараах үндсэн ба төрөлжсөн мэргэшлийн хөтөлбөр хэрэгжүүлж байгаа.

Сувилагч мэргэжлийн карьерын өсөлт хөгжил нь мэргэжлийн чиглэл болон эрдмийн зэргээр явагдах боломжтой. Үүнд:

Мэргэжлийн чиглэлээр:



Эрдмийн зэргээр:



Төгсөлтийн дараах сургалт:

Төрөлжсөн мэргэшлийн сургалт

Төгсөлтийн дараах сургалт нь мэргэшүүлэх болон тасралтгүй сургалт гэсэн 2 төрөл, эмнэл зүйн болон эмнэл зүйн бус гэсэн дэд 2 төрөлтэй байна. Сувилагч, эм найруулагч, эм найруулагч, сэргээн засахын мэргэжилтэн болон анагаах ухааны боловсрол олгох их, дээд сургууль, коллеж төгссөн эмнэлгийн бусад мэргэжилтний төрөлжсөн мэргэшлийн сургалт нь нэг сард 4-с доошгүй багц цагийн агууламжтай, 3 сараас 6 сар хүртэлх хугацаатай, мэргэжлийн чиглэлээр мэдлэг, ур чадварыг олгоход чиглэсэн сургалт байна гэж заасан байдаг. Сувилахуйн 3-4 сарын хугацаатай нийт 20 төрөлжсөн мэргэшлийн чиглэл байдаг ба дипломын болон бакалаврын боловсролтой сувилагч суралцах боломжтой байна.

2022-2023 оны хичээлийн жилд Сувилагч, тусгай мэргэжилтний төрөлжсөн мэргэшлийн сургалтад 33 чиглэлээр нийт 1023 суралцагчийг хүлээн авч, 18 сургалт эрхлэх байгууллагад хуваарилсан ба үүнээс 477 нь улсын төсвийн санхүүжилтээр, 549 нь бусад зардлаар суралцуулахаар баталгаажуулсан. Төрөлжсөн мэргэшлийн 33 чиглэлээр 794 сувилагч, тусгай мэргэжилтэнд төрөлжсөн мэргэшил олгосон.

Хүснэгт 14. 2022-2023 оны хичээлийн жилд Төрөлжсөн мэргэшлийн сургалтад Аймаг нийслэлийн захиалгаар улсын төсвийн санхүүжилтээр суралцсан сувилагч, тусгай мэргэжилтний тоо

№	Аймаг, нийслэл	Захиалсан тоо	Суралцсан тоо	Хувь
1	Архангай	36	19	52.8
2	Баян-өлгий	32	19	59.4
3	Баянхонгор	15	15	100.0
4	Булган	17	6	35.3
5	Говь-алтай	18	10	55.6
6	Говьсүмбэр	4	2	50.0
7	Дархан-уул	15	8	53.3
8	Дорноговь	9	5	55.6
9	Дорнод	35	16	45.7
10	Дундговь	7	12	171.4
11	Завхан	23	30	130.4
12	Орхон	14	12	85.7
13	Өвөрхангай	24	18	75.0
14	Өмнөговь	20	8	40.0
15	Сүхбаатар	14	10	71.4
16	Сэлэнгэ	15	7	46.7
17	Төв	11	16	145.5
18	Увс	82	42	51.2
19	Ховд	6	12	200.0
20	Хөвсгөл	52	12	23.1
21	Хэнтий	18	15	83.3
Аймгийн дүн		467	294	63.0
Улаанбаатар		313	130	41.5
Нийт		780	424	54.4

Аймаг, нийслэлээс төрийн сангаар суралцуулах захиалга нийт 780 ирснээс, 424 сувилагч, тусгай мэргэжилтэн сургасан ба гүйцэтгэл нь аймагт 63%, нийслэлд 41,5%-тай, Улсын хэмжээнд 54,4%-тай байна.

Аймгуудаар авч үзвэл: Баянхонгор, Дундговь, Завхан, Төв, Ховд аймгууд захиалгын дагуу сургалтад 50 дээш хувьтай хамруулсан бол Булган, Дорнод, Өмнөговь, Сэлэнгэ, Хөвсгөл, Нийслэлээс суралцсан мэргэжилтний тоо нь 50%-д хүрэхгүй байна.

Сургалтын чиглэлийн хувьд: Дархлаажуулалтын сувилахуй, Мэс заслын сувилахуй, Эрчимтийн сувилахуй, Яаралтай тусламжийн сувилахуй, Ариутгал судлал, Мэдээгүйжүүлгийн сувилахуйн чиглэлээр хэрэгцээ их байна. Харин Сэргээн засахын

сувилахуй, Диализын тоног төхөөрөмж судлалын сургалтад багтаамжаас хэтэрсэн хүсэлт ирж байна.

Хүснэгт 15. Сувилагч мэргэжилтний Төрөлжсөн мэргэшлийн сургалтад суралцсан сүүлийн 4 жилийн мэдээлэл

№	Төрөлжсөн мэргэшлийн чиглэл	2019		2020		2021		2022	
		элсэлт	төгсөлт	элсэлт	төгсөлт	элсэлт	төгсөлт	элсэлт	төгсөлт
Нэг. Сувилахуй									
1	Арьсны сувилахуй	8	8	24	16	6	12	12	11
2	Гэмтэл согогийн сувилахуй	19	14	32	12	23	42	14	10
3	Дархлаажуулалтын сувилахуй	69	67	146	67	353	343	148	102
4	Монголын уламжлалт анагаах ухааны бариа заслын сувилахуй	3	3	9	5	-	-	4	4
5	Мэдрэлийн сувилахуй	6	5	16	5	7	15	4	6
6	Мэдээгүйжүүлэлтийн сувилахуй	39	37	57	23	26	44	46	41
7	Мэс заслын сувилахуй	69	60	123	58	65	62	78	71
8	Нүдний сувилахуй	5	5	13	7	3	3	5	4
9	Нүүр амны сувилахуй	12	12	14	7	6	4	11	9
10	Нярайн сувилахуй	31	32	34	18	19	14	25	21
11	Өрхийн сувилахуй	-	-	3	-	1	-	2	1
12	Сэргээн засахын сувилахуй	8	1	28	1	17	-	42	16
13	Сэтгэцийн эрүүл мэндийн сувилахуй	10	10	17	12	18	13	11	11
14	Халдварт өвчний сувилахуй	35	35	44	16	14	9	37	23
15	Хөнгөвчлөх эмчилгээний сувилахуй	10	8	19	12	9	5	11	9
16	Хавдрын сувилахуй	9	9	36	18	23	20	31	28
17	Хүүхдийн сувилахуй	42	40	96	44	42	29	35	28
18	Чих хамар хоолойн сувилахуй	7	7	21	11	1	1	5	5
19	Эрчимт эмчилгээний сувилахуй	24	22	129	63	84	39	55	47
20	Яаралтай тусламжийн сувилахуй	35	24	83	38	93	58	57	48

21	Настны сувилахуй	-	-	-	-	-	-	1	1
22	Чихрийн шижингийн сувилахуй	-	-	-	-	-	-	3	-
Нийт		441	399	944	433	810	713	637	496

Сүүлийн 4 жилийн Төрөлжсөн мэргэшлийн сургалтад суралцсан сувилагчдын тоон үзүүлэлтийг харахад дархлаажуулалтын сувилахуй, мэс заслын сувилахуйгаар суралцагсдын тоо их байгаа бол нүдний сувилахуй, мэдрэлийн сувилахуй, өрхийн сувилахуй харьцангуй бага суралцагсадтай байна. 2020 оноос хойших төгсөлтийн хувь өмнөх онтой харьцуулахад бага буюу төгсөлтийн тоо элсэлтийн тооноос бага байна. 2021 онд нийт элсэгчдийн 88 хувь нь төгссөн бол 2022 онд нийт элсэгчдийн 77.8 хувь нь төгссөн буюу өмнөх жилээс төгсөлтийн хувь 10 хувиар буурсан байна.

Мэргэжил дээшлүүлэх сургалт

Мэргэжил дээшлүүлэх сургалт нь үндсэн болон төрөлжсөн мэргэшил эзэмшсэн, эрүүл мэндийн чиглэлээр үйл ажиллагаа эрхлэх тусгай зөвшөөрөлтэй эмнэлгийн мэргэжилтний нь 1 сараас 6 сар хүртэл хугацаатай сургалт байна.

2022-2023 оны хичээлийн жилд Сувилагч, тусгай мэргэжилтний мэргэжил дээшлүүлэх сургалтад 20 чиглэлээр нийт 161 суралцагчийг хүлээн авч, 8 сургалт эрхлэх байгууллагад хуваарилсан ба үүнээс 92 нь улсын төсвийн санхүүжилтээр суралцуулахаар баталгаажуулсан. Мэргэжил дээшлүүлэх сургалтаар нийт 20 чиглэлээр 154 сувилагч, тусгай мэргэжилтэнд төрөлжсөн мэргэшил олгосон.

Аймаг, нийслэлээс төрийн сангаар суралцуулах захиалга нийт 260 ирснээс, 134 сувилагч, тусгай мэргэжилтэн сургасан ба гүйцэтгэл нь аймагт 40%, нийслэлд 98%-тай, Улсын хэмжээнд 51,5%-тай байна.

Аймгуудаар авч үзвэл: Баян-Өлгий, Дорноговь, Завхан, Ховд, Нийслэл нь захиалгын дагуу суралцагчдаа хамруулсан байна.

Сургалтын чиглэлийн хувьд: Гемодиализын сувилахуй, Оношилгооны дурангийн сургалтад багтаамжаас хэтэрсэн хүсэлт ирсэн.

Хүснэгт 16. 2022-2023 оны хичээлийн жилд Дээшлүүлэх сургалтад Аймаг, нийслэлийн захиалгаар улсын төсвийн санхүүжилтээр суралцсан сувилагч, тусгай мэргэжилтний тоо

№	Эрүүл мэндийн байгууллага	Захиалсан тоо	Суралцсан тоо	Хувь
1	Архангай	45	19	42.2
2	Баян-өлгий	1	4	400.0
3	Баянхонгор	7	2	28.6
4	Булган	12	3	25.0
5	Говь-алтай	7	2	28.6
6	Говьсүмбэр	5	2	40.0
7	Дархан-уул	14	7	50.0

8	Дорноговь	1	1	100.0
9	Дорнод	14	8	57.1
10	Дундговь	6		0.0
11	Завхан	2	6	300.0
12	Орхон	1		0.0
13	Өвөрхангай	15	7	46.7
14	Өмнөговь	5	2	40.0
15	Сүхбаатар	7	3	42.9
16	Сэлэнгэ	5	2	40.0
17	Төв	5		0.0
18	Увс	20	7	35.0
19	Ховд	1	6	600.0
20	Хөвсгөл	32	3	9.4
21	Хэнтий	5	1	20.0
Аймгийн дүн		210	85	40.5
Улаанбаатар		50	49	98.0
Нийт		260	134	51.5

Улаанбаатар хотоос 50 сувилагчийг улсын төсвөөр мэргэжил дээшлүүлэх сургалтад сургахаар захиалсан ба суралцсан мэргэжилтний тоо 49 буюу 98 хувьтай байсан бол хөдөө орон нутагт нийт аймгийн дүнгээр 2022-2023 оны хичээлийн жилд нийт 210 суралцагсдыг захиалснаас 85 сувилагчид суралцсан буюу 50 хувьд хүрэхгүй байна.

Аймгуудаар авч үзэхэд Баян-Өлгий, Завхан, Ховд аймгууд захиалгын тооноос олон сувилагч хамруулсан бол Дархан-Уул, Дорнод аймгаас бусад аймгаас суралцсан сувилагчийн тоо 50 хувьд хүрэхгүй байна.

Хүснэгт 17. Төрөлжсөн мэргэшил болон мэргэжил дээшлүүлэх сургалтад суралцсан сувилагчдын тоо /2018-2022 он/

№	Сувилагч тусгай мэргэжилтэн	2018		2019		2020		2021		2022	
		Нийт	Үүнээс төрийн сангаар	Нийт	Үүнээс төрийн сангаар	Нийт	Үүнээс төрийн сангаар	Нийт	Үүнээс төрийн сангаар	Нийт	Үүнээс төрийн сангаар
1	Төрөлжсөн мэргэшил	809	276	558	236	1257	389	1414	403	1002	453
2	Мэргэжил дээшлүүлэх	154	89	126	75	238	157	92	49	153	84
Нийт		963	365	684	311	1495	546	1506	452	1155	537

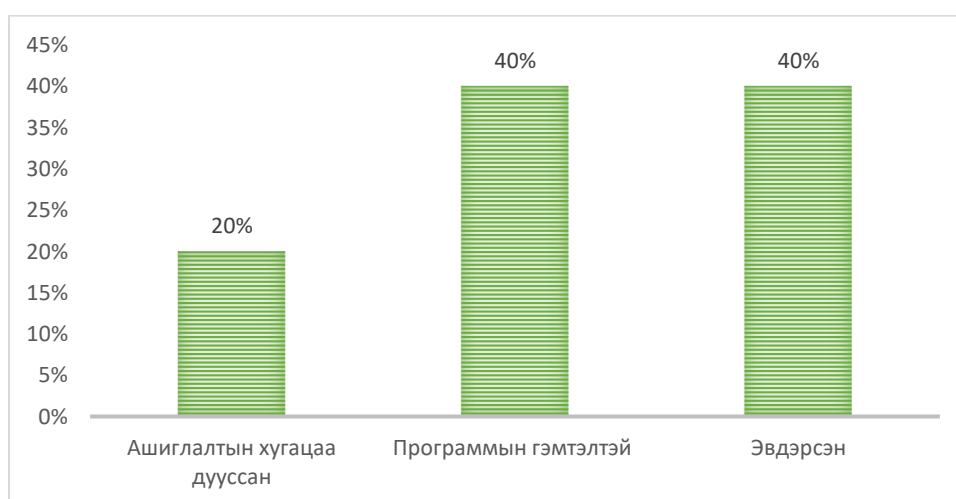
2018 онд нийт 963 сувилагч төгсөлтийн дараах сургалтад хамрагдсан бол 2022 онд 192-оор нэмэгдсэн буюу 1155 сувилагч суралцсан байна. Төрийн сангийн зардлаар суралцагсдын тоо 2018 онд нийт суралцагсдын 37.9% байсан бол 2022 онд 46.5% болон нэмэгдсэн байна.

1. Зонхилон тохиолдох өвчлөлийн үед ашиглагдаж байгаа тоног төхөөрөмжийн хэрэглээ, тэдгээрийн хүний нөөцийн өнөөгийн байдлыг судалсан дүн

Нэгдүгээр бүлгийн үр дүнгээс зонхилон тохиолдох өвчлөлд дотрын өвчлөлүүд тэргүүлж байгаа ба тэр дундаа зүрх-судасны тогтолцооны өвчлөл тэргүүлж байсан ба эдгээр өвчлөлийг үед ашиглагддаг өндөр өртөгт тоног төхөөрөмжүүдийн хэрэглээ, хүний нөөцийн байдлыг харахад тухайн аймгуудад КТ оношилгоо, дурангийн оношилгоо, дурангийн ажилбар, судсан дотуур хийгдэх оношилгооны ажилбар, зүрхний ЭХО, Холтер зүрхний цахилгаан бичлэг зэрэг тоног төхөөрөмжүүдийг ашигладаг байна.

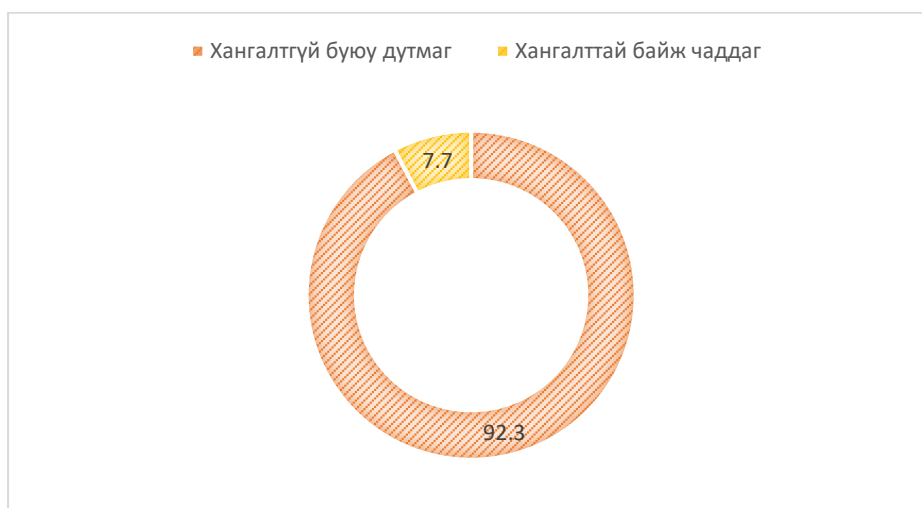
Эдгээр эрүүл мэндийн байгууллагуудын өндөр өртөгтэй оношилгооны тоног төхөөрөмж дээр ажиллаж буй ажилчдын 37,9 хувийг их эмч, 23,5 хувийг техникч, 29,7 хувийг сувилагч, 2,3 хувийг био-анагаахын мэргэжилтэн, 1,2 хувийг оператор инженер тус тус эзэлж байна.

Тоног төхөөрөмжийн ашиглалтыг судлахад аймаг тус бүрээс шалтгаалан харилцан адилгүй байсан ба нийт судалгаанд хамрагдсан аймгуудын 30% (Хөвсгөл, Дундговь, Төв) тоног төхөөрөмжийг 100 хувь ашигладаг гэж хариулсан байна.



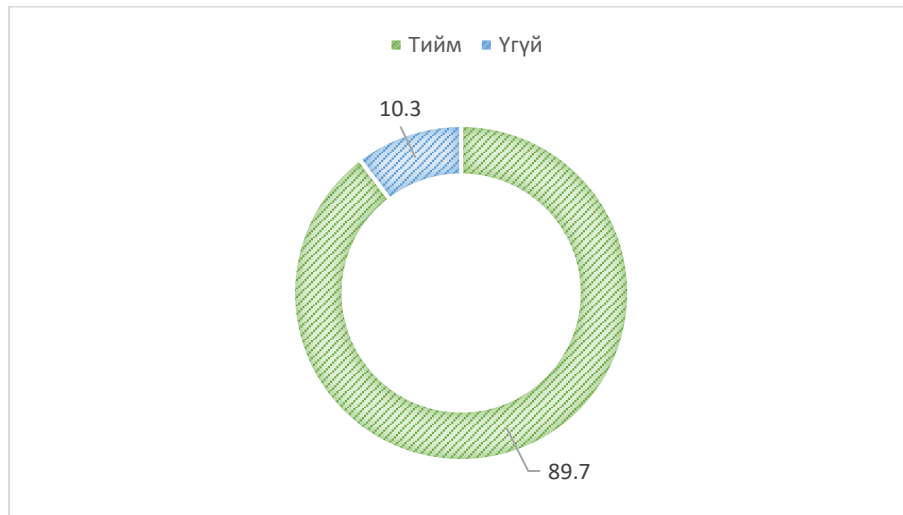
Зураг 16. Тоног төхөөрөмжийн ашиглагдахгүй байгаа техникийн шалтгаан

Тоног төхөөрөмжийн ашиглалт бүрэн бус аймгуудад өндөр өртөгтэй оношилгооны тоног төхөөрөмж ашиглагдахгүй байгаа техникийн шалтгааны 20% хувийг ашиглалтын хугацаа дууссан тоног төхөөрөмж, 40% хувийг программын гэмтэлтэй, 40%-ийг эвдрэлтэй тоног төхөөрөмжүүд эзэлж байна.



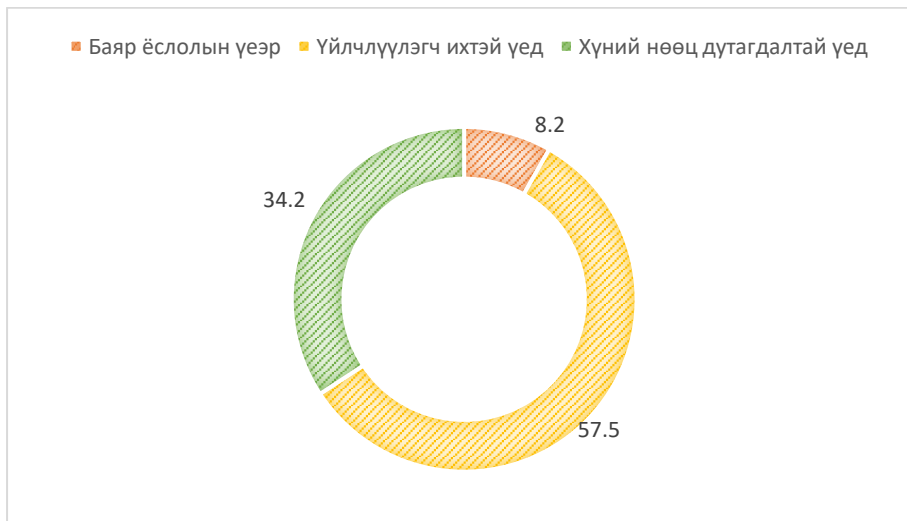
Зураг 17. Хүний нөөцийн хангамж

Судалгаанд оролцогчдийн 92,3% нь тухайн оношилгоо, шинжилгээг хийж гүйцэтгэхэд хүний нөөц хангалтгүй буюу дутмаг, 7,7 хувь нь хангалттай байж чаддаг гэж хариулсан байна. Хүний нөөцөөс үүдэлтэйгээр огт ашиглахгүй байгаа тоног төхөөрөмжид Судсан дотуурх оношилгооны аппарат орж байгаа ба хамгийн их дутагдалтай нь мэргэшсэн сувилагч, техникчийн ажлын байрууд байв.



Зураг 18. Ажиллах хүчний илүү цагаар ажиллах байдал

Тухайн тасагт ажиллаж буй хүний нөөцөөс илүү цагаар ажиллах шаардлага гардаг эсэхийг тодруулахад 89.7 хувь нь илүү цагаар ажиллах шаардлагатай байдаг гэж хариулсан бол 10.3 хувь нь үгүй буюу илүү цагаар ажиллах шаардлага гардаггүй гэж хариулсан байна.



Зураг 19. Илүү цагаар ажиллах шаардлагатай нөхцөл

Илүү цагаар ажиллах шаардлагатай байдаг гэж хариулсан хүний нөөцийн 89.7 хувиас ямар үед илүү цагаар ажиллах шаардлага тулгардаг талаар тодруулахад 8.2 хувь нь Баяр ёслолын үеэр, 34.2 хувь нь Хүний нөөц дутагдалтай үед, 57.5 хувь нь үйлчлүүлэгч ихтэй үед гэж хариулсан байна.

4. Дүгнэлт

Аймгуудын хэмжээнд сүүлийн 5 жилийн байдлаар дотрын эмч нэмэгдсэн үзүүлэлттэй боловч Сумын эрүүл мэндийн төвүүдэд дотрын мэргэшсэн эмч цөөн буюу ерөнхий мэргэжлийн эмч нар түлхүү ажиллаж байна.

Аймгуудад төрөлжсөн мэргэшлийн эмчийн дутагдал их байгаа ба Улаанбаатар хот руу илгээх шалтгаанд төрөлжсөн мэргэшлийн эмчийн үзлэг дутмаг байгаа байдал орж байна. Үндсэн мэргэшлээс яаралтай тусламж, мэдээгүйжүүлэг, халдварт, эрчимт эмчилгээний эмчийн дутагдалтай байгаа бол төрөлжсөн мэргэшлээс хүүхдийн, мэс заслын, эх барих эмэгтэйчүүдийн болон дотрын төрөлжсөн мэргэшлийн эмч нар хэрэгцээтэй байна.

Төрийн сангийн зардлаар сургахаар аймгуудын өгсөн захиалгуудыг харахад зөвхөн эмнэлгийн батлагдсан орон тооны дутагдалд тулгуурлан өгдөг нь харагдаж байна. Гэвч зүрх судлал, хүүхдийн яаралтай тусламж, хүүхдийн зүрх судлал зэрэг 13 төрөлжсөн мэргэшлийн чиглэл орон нутаг, тэр дундаа АНЭ-үүдэд дутагдалтай буюу хэрэгцээтэй байгаа бөгөөд эдгээр эмчийн дутагдлаас үүдэн орон нутагт эмчилгээг бүрэн хийх боломжгүй болж Улаанбаатар хот руу Төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, Тусгай мэргэжлийн төвүүд рүү илгээж байна.

ДЭМБ-с 1000 хүн амд 3-с дээш сувилагч байвал зохимжтой гэж үзсэн бол манай улс 4.2 байгаа боловч эмч, сувилагчийн харьцаагаар харахад 1 эмчид дунджаар 1.4 сувилагч ногдож байгаа буюу дутагдалтай байна. Анхан шатлал буюу ӨЭМТ, СЭМТ-үүдэд ажиллаж буй сувилагчдын тоо жил ирэх тусам нэмэгдэж байгаа ч “Монгол Улсын Тогтвортой хөгжлийн үзэл баримтлал – 2030” бодлогын хүрээнд заасан 2030 он гэхэд нэг эмчид ногдох сувилагчийн тоог 2 болгох зорилгод хүргэхэд хангалтгүй байгаа юм.

Сувилагч мэргэжлээр их дээд сургууль төгсөгчдийн тоог судлахад 2023-687, 2024-432, 2025-924, 2026-2306 буюу 2023-2026 онд нийт 4349 сувилагч мэргэжилтэн бэлтгэгдэн төгсөх төлөв ажиглагдаж байна. МУ-ын Засгийн газрын 2020 оны 70 дугаар тогтоолоор Төрийн өмчийн дээд боловсролын сургалтын байгууллагад “Сувилагч” мэргэжлээр дээд боловсролын дипломын болон бакалаврын хөтөлбөрт элсэгч, суралцагчдад сургалтын төлбөрийн буцалтгүй тусламж олгох гэж заасан нь үр дүнтэй байгааг илтгэж байна.

Аймгуудын нэгдсэн эмнэлгийн тоног төхөөрөмжийн хангалт сайн, ашиглалтын хувь 80-с дээш байгаа ч мэргэшсэн эмч, мэргэшсэн сувилагчийн дутагдалтай аймгууд байсаар байна. Үүний улмаас тухайн тоног төхөөрөмж дээр ажиллаж буй мэргэжилтнүүдийн ачаалал их, илүү цагаар ажиллах шаардлага үүсэж байна.

ЗӨВЛӨМЖ

Монгол улсад их эмчийн тоог нэмэхээс илүүтэй үндсэн болон төрөлжсөн мэргэшлийн эмчийн тоог нэмэгдүүлэх, хөдөө орон нутагт тогтвор суурьшилтай ажиллах нөхцөлийг хангах, бодлогоор дэмжих хэрэгцээтэй байна.

Орон нутгийн засаг захиргааны байгууллага дутагдалтай байгаа мэргэшлийн чиглэл дээр анхаарах, зөвхөн батлагдсан орон тоон дээр тулгуурлах бус аймгийн өвчлөлийн байдал, тасгуудын ачаалал, эмч нарын ачааллыг тооцон захиалга өгөх тал дээр бодлогоор зохицуулалт хийх.

Орон нутгийн захиалгаар элсэх төрөлжсөн мэргэшлийн сургалтын элсэлтийн тоог тэргүүлэх өвчлөлд тулгуурлан төрөлжүүлэх, нэмэгдүүлэх. Орон нутгийн засаг захиргааны байгууллага төгссөн эмч мэргэжилтнийг тогтвор суурьшилтай ажиллах, амьдрах орчныг бодлогоор дэмжих.

Эмнэлгийн мэргэжилтний төгсөлтийн дараах сургалтын журамд төрийн сангаар суралцуулахаар орон нутгаас захиалга авахад тоон баримт, захиалгын үндэслэлийг тодорхой маягтаар бүрдүүлэн авахыг тусгах, сургахаар хийгдсэн гэрээний хэрэгжилтийг жил бүр тогтмол үнэлэх, тогтмолжуулан сургалтын дата бүрдүүлэх нь дараа дараагийн захиалгыг хянах, суралцагчийн гэрээний хэрэгжилтийг хангах.

Төрийн өмчийн дээд боловсролын сургалтын байгууллагад “Сувилагч” мэргэжлээр элсэгч, суралцагчдад сургалтын төлбөрийн буцалтгүй тусламж олгох гэж заасан нь үр дүнтэй байгаа ч, цаашид дээрх буцалтгүй тусламжид хамрагдах шалгуур оноог 400 болон түүнээс дээш болгох, мөн хувийн хэвшлийн сувилахуйн мэргэжлийн чиглэлээр суралцагчдад буцалтгүй тусламжийг олгох нь жилд бэлтгэгдэх сувилагчдын тоог хэд дахин нэмэгдүүлж, сувилахуйн хүний нөөцийг нэмэгдүүлэх, ажлын ачааллыг бууруулах, тогтвортой ажиллуулах орчин нөхцөлийг бүрдүүлэх, ажил амьдралыг тэнцвэртэй байдлыг хангах.

ХАВСРАЛТ

2022 оны хүний нөөцийн байдлыг Төрөлжсөн мэргэшлийн чиглэл тус бүрээр доорх хүснэгтүүдээр харуулав.

Хүснэгт 1. Ерөнхий мэргэжил

ЕРӨНХИЙ МЭРГЭЖИЛ		2019		2020		2021		2022	
		эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч
ЭМБ-н төрлөөр	СЭМТ	451	1291	563	1243	495	1253	464	1170
	ӨЭМТ	885	185	277	219	395	304	554	390
	ДНЭ	49	108	14	119	21	101	32	90
	АНЭ	179	513	114	546	84	442	73	475
	Хөдөөгийн НЭ	46	51	32	37	24	39	25	38
	БОЭТ	45	285	128	241	29	257	21	234
	ТМТ, ТМЭ	6	534	23	566	31	545	35	548
	Хувийн эмнэлэг	204	695	533	1323	532	1381	622	1492
Улсын хэмжээнд нийт	тоогоор	2413	4699	526	4819	2198	4766	2398	4951
	Харьцаа		1.9		9.2		2.2		2.1
	1000 хүнд ногдох	0.73	1.43	0.16	1.44	0.65	1.42	0.70	1.45

Хүснэгт 2. Арьс судлал

АРЬС		2018		2019		2020		2021		2022	
		эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч
ЭМБ-н төрлөөр	СЭМТ	1	0	0	0	206	206	1	0	2	0
	ӨЭМТ	0	0	0	0	133	89	0	0	1	0
	ДНЭ	8	0	0	0	1	0	2	0	1	0
	АНЭ	19	9	20	6	52	143	23	15	18	16
	Хөдөөгийн НЭ	1	0	2	1	7	37	5	1	5	1
	БОЭТ	5	9	5	6	4	106	4	7	7	6
	ТМТ, ТМЭ	20	31	20	11	189	231	22	11	19	17
	Хувийн эмнэлэг	95	17	105	16	38	145	72	23	141	31
Улсын хэмжээнд нийт	тоогоор	159	75	162	53	663	1123	139	70	204	73
	эмч, сувилагчийн харьцаа		0.5		0.3		1.7		0.5		0.4
	1000 хүнд ногдох	0.05	0.02	0.05	0.02	0.20	0.33	0.04	0.02	0.06	0.02

Хүснэгт 3. Харшил судлал

Харшлын		2018		2019		2020		2021		2022	
		эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч
ЭМБ-н төрлөөр	СЭМТ	0	0	0	0	118	55	1	0	0	0
	ӨЭМТ	0	0	0	0	72	62	0	0	0	0
	ДНЭ	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	АНЭ	3	1	3	17	39	48	3	0	2	0
	Хөдөөгийн НЭ	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
	БОЭТ	2	0	2	0	5	6	2	0	1	0
	ТМТ, ТМЭ	5	1	6	0	21	219	4	0	5	0
	Хувийн эмнэлэг	6	2	6	3	39	138	9	3	17	3
Улсын хэмжээнд нийт	тоогоор	21	5	17	20	321	602	20	4	27	4
	Харьцаа		0.2		1.2		1.9		0.2		0.1
	1000 хүнд ногдох	0.01	0.002	0.01	0.006	0.10	0.179	0.01	0.001	0.01	0.001

Хүснэгт 4. Мэс засал судлал

МЭС ЗАСАЛ		2018		2019		2020		2021		2022	
		эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч
ЭМБ-н төрлөөр	СЭМТ	12	14	26	1	145	96	33	1	25	32
	ӨЭМТ	0	1	1	34	96	84	0	35	1	4
	ДНЭ	33	52	5	4	16	17	22	32	27	27
	АНЭ	64	156	67	170	98	191	78	168	78	152
	Хөдөөгийн НЭ	10	24	11	15	15	13	11	19	12	19
	БОЭТ	34	72	30	69	32	76	32	77	37	71
	ТМТ, ТМЭ	168	221	161	304	192	554	186	324	202	288
	Хувийн эмнэлэг	132	123	128		181	270	136	166	190	193
Улсын хэмжээнд нийт	тоогоор	517	814	453	839	848	1478	546	896	636	939
	эмч, сувилагчийн харьцаа		0.6		0.5		0.6		0.6		0.7
	1000 хүнд ногдох	0.16	0.25	0.14	0.25	0.25	0.44	0.16	0.26	0.18	0.27

Хүснэгт 5. Гэмтэл согог судлал

ГЭМТЭЛ		2018		2019		2020		2021		2022	
		эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч
ЭМБ-н төрлөөр	СЭМТ	3	2	4	0	202	193	0	0	4	6
	ӨЭМТ	0	0	0	2	133	89	6	2	1	1
	ДНЭ	20	18	1	0	3	0	7	4	7	2
	АНЭ	34	31	38	38	77	122	48	39	46	46
	Хөдөөгийн НЭ	4	2	3	2	4	13	3	3	3	2
	БОЭТ	18	20	22	15	22	20	24	22	28	21
	ТМТ, ТМЭ	101	0	101	182	126	219	110	0	102	2
	Хувийн эмнэлэг	32	15	42	2	133	216	55	19	59	12
Улсын хэмжээнд нийт	тоогоор	242	117	235	268	754	973	276	104	276	109
	Харьцаа		7.8		1.1		1.3		0.4		0.4
	1000 хүнд ногдох	0.07	0.04	0.07	0.08	0.22	0.29	0.08	0.03	0.08	0.03

Хүснэгт 6. Эрчимт эмчилгээ

Эрчимт эмчилгээ		2018		2019		2020		2021		2022	
		эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч
ЭМБ-н төрлөөр	СЭМТ	1	13	2	0	114	52	3	1	4	14
	ӨЭМТ	0	0	0	4	68	25	0	11	0	3
	ДНЭ	13	74	14	37	26	31	30	24	27	25
	АНЭ	6	46	28	75	66	97	31	70	30	81
	Хөдөөгийн НЭ	3	6	4	3	6	9	4	6	3	2
	БОЭТ	14	32	11	17	19	24	13	26	15	38
	ТМТ, ТМЭ	42	90	48	146	77	444	68	221	72	201
	Хувийн эмнэлэг	13	13	13	17	43	149	14	41	25	
Улсын хэмжээнд нийт	тоогоор	102	300	134	330	465	931	180	434	208	456
	Харьцаа		2.9		2.5		2.0		2.4		2.2
	1000 хүнд ногдох	0.03	0.09	0.04	0.10	0.14	0.28	0.05	0.13	0.06	0.13

Хүснэгт 7. Мэдээгүйжүүлэг судлал

Мэдээгүйжүүлэг		2018		2019		2020		2021		2022	
		эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч
ЭМБ-н төрлөөр	СЭМТ	7	9	15	13	249	96	11	0	4	17
	ӨЭМТ	0	0	1	1	96	88	0	12	0	2
	ДНЭ	29	35	1	3	4	16	10	21	27	15
	АНЭ	48	102	41	93	73	115	47	90	30	98
	Хөдөөгийн НЭ	7	15	10	16	9	14	8	14	3	13
	БОЭТ	18	43	21	53	18	49	20	52	15	54
	ТМТ, ТМЭ	88	185	73	142	89	318	81	109	72	139
	Хувийн эмнэлэг	58	88	57	76	83	261	64	82	25	49
Улсын хэмжээнд нийт	тоогоор	321	580	259	440	565	1084	276	420	299	484
	Харьцаа		1.8		1.7		1.9		1.5		1.6
	1000 хүнд ногдох	0.10	0.18	0.08	0.13	0.17	0.32	0.08	0.12	0.09	0.14

Хүснэгт 8. Дархлаажуулалтын сувилахуй

ДАРХЛААЖУУЛАЛТ		2019		2020		2021		2022	
		эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч
ЭМБ-н төрлөөр	СЭМТ		131		181		200		215
	ӨЭМТ		41		53		117		182
	ДНЭ		0		1		2		1
	АНЭ		17		52		17		26
	Хөдөөгийн НЭ		5		7		6		7
	БОЭТ		13		14		16		14
	ТМТ, ТМЭ		11		228		11		17
	Улсын хэмжээнд нийт	Эмч		-		-		-	
Сувилагч			251		771		410		507
Харьцаа			-		-		-		-
1000 хүнд ногдох			0.08		0.23		0.12		0.15

Хүснэгт 9. Хүүхэд судлал

ХҮҮХЭД СУДЛАЛ		2018		2019		2020		2021		2022	
		эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч
ЭМБ-н төрлөөр	СЭМТ	4	106	90	93	191	123	92	95	97	90
	ӨЭМТ	27	3	17	0	81	27	29	3	45	7
	ДНЭ	112	172	48	66	45	58	47	54	42	43
	АНЭ	99	238	104	134	129	151	100	140	107	137
	Хөдөөгийн НЭ	13	28	14	15	16	12	18	18	15	12
	БОЭТ	42	73	43	36	45	151	46	49	47	42
	ТМТ, ТМЭ	65	156	72	84	68	58	68	75	87	55
	Хувийн эмнэлэг	169	108	174	112	204	212	186	76	202	81
Улсын хэмжээнд нийт	тоогоор	709	1004	678	618	923	1078	691	582	751	540
	Харьцаа		1.4		0.9		1.2		0.8		0.7
	1000 хүнд ногдох	0.22	0.31	0.21	0.19	0.27	0.32	0.21	0.17	0.22	0.16

Хүснэгт 10. Нярай судлал

НЯРАЙ СУДЛАЛ		2018		2019		2020		2021		2022	
		эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч
ЭМБ-н төрлөөр	СЭМТ	0	40	1	41	123	108	4	45	97	42
	ӨЭМТ	0	0	0	0	68	24	0	0	45	3
	ДНЭ	4	13	1	0	0	2	5	12	42	3
	АНЭ	28	92	31	83	32	110	30	83	107	91
	Хөдөөгийн НЭ	3	9	3	10	5	17	3	10	15	14
	БОЭТ	15	33	14	41	15	36	15	41	47	40
	ТМТ, ТМЭ	30	87	32	76	41	298	28	81	87	65
	Хувийн эмнэлэг	12	17	16	12	54	152	17	28	202	81
Улсын хэмжээнд нийт	тоогоор	131	357	138	312	418	852	124	354	128	359
	Харьцаа	2.7		2.3		2.0		2.9		2.8	
	1000 хүнд ногдох	0.04	0.11	0.04	0.09	0.12	0.25	0.04	0.11	0.04	0.11

Хүснэгт 11. Өрхийн анагаах ухаан

ӨРХИЙН		2019		2020		2021		2022	
		эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч
ЭМБ-н төрлөөр	СЭМТ	1	5	118	75	3	6	2	4
	ӨЭМТ	702	679	773	744	550	549	427	469
	ДНЭ	0	0	0	0	0	0	0	0
	АНЭ	0	0	40	38	0	0	0	0
	Хөдөөгийн НЭ	0	0	1	1	0	0	0	0
	БОЭТ	0	0	5	2	0	0	0	0
	ТМТ, ТМЭ	0	0	14	219	0	0	0	0
	Хувийн эмнэлэг	0	0	30	136	0	0	0	0
Улсын хэмжээнд нийт	тоогоор	704	684	1012	1300	557	556	435	477
	Харьцаа		1.0		1.3		1.0		1.1
	1000 хүнд ногдох		0.2		0.4		0.2		0.1

Хүснэгт 12. Яаралтай тусламж судлал

ЯАРАЛТАЙ ТУСЛАМЖ		2018		2019		2020		2021		2022	
		эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч
ЭМБ-н төрлөөр	СЭМТ	-	-	0	1	112	49	4	29	5	41
	ӨЭМТ	-	-	2	18	68	21	0	1	0	2
	ДНЭ	-	-	5	15	1	11	3	13	11	19
	АНЭ	-	-	28	64	74	96	40	82	36	79
	Хөдөөгийн НЭ	-	-	0	10	2	13	3	13	4	14
	БОЭТ	-	-	9	12	10	16	10	19	13	27
	ТМТ, ТМЭ	-	-	49	81	68	330	51	124	50	106
	Хувийн эмнэлэг			16	20	45	162	24	51	27	52
Улсын хэмжээнд нийт	тоогоор	-	-	130	265	421	807	147	379	165	386
	Харьцаа	-	-	2.0		1.9		2.6		2.3	
	1000 хүнд ногдох	-	-		0.08		0.24		0.11		0.11

Хүснэгт 13. Сэтгэгч судлал

СЭТГЭЦ		2018		2019		2020		2021		2022	
		эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч
ЭМБ-н төрлөөр	СЭМТ	0	0	0	0	118	71	0	0	1	0
	ӨЭМТ	0	0	0	1	72	64	0	3	0	3
	ДНЭ	14	8	0	0	1	1	3	3	2	2
	АНЭ	25	54	29	55	57	78	28	55	28	56
	Хөдөөгийн НЭ	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1
	БОЭТ	12	23	12	17	12	19	13	20	13	20
	ТМТ, ТМЭ	67	75	74	77	94	306	80	82	84	82
	Хувийн эмнэлэг	14	0	19	4	48	139	20	4	26	7
Улсын хэмжээнд нийт	тоогоор	143	176	170	172	456	781	169	182	179	183
	Харьцаа		1.2		1.0		1.7		1.1		1.0
	1000 хүнд ногдох	0.04	0.05	0.05	0.05	0.14	0.23	0.05	0.05	0.05	0.05

Хүснэгт 14. Нүд судлал

НҮД		2018		2019		2020		2021		2022	
		эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч
ЭМБ-н төрлөөр	СЭМТ	0	0	1	1	118	70	0	0	1	1
	ӨЭМТ	1	0	1	1	98	84	1	0	0	1
	ДНЭ	14	10	0	0	1	1	2	2	3	1
	АНЭ	26	18	25	20	65	48	25	22	24	22
	Хөдөөгийн НЭ	1	4	1	2	2	4	1	2	3	1
	БОЭТ	10	12	9	7	9	1	9	4	12	8
	ТМТ, ТМЭ	24	22	25	25	42	250	30	28	30	23
	Хувийн эмнэлэг	82	27	89	28	110	158	105	37	121	45
Улсын хэмжээнд нийт	тоогоор	170	97	168	93	480	714	190	101	208	110
	Харьцаа		0.6		0.6		1.5		0.5		0.5
	1000 хүнд ногдох	0.05	0.03	0.05	0.03	0.14	0.21	0.06	0.03	0.06	0.03

Хүснэгт 15. Чих, хамар, хоолой судлал

ЧХХ		2018		2019		2020		2021		2022	
		эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч
ЭМБ-н төрлөөр	СЭМТ	0	0	0	0	122	53	0	0	0	0
	ӨЭМТ	0	0	0	0	68	24	0	0	1	0
	ДНЭ	20	18	0	0	1	1	5	5	6	3
	АНЭ	31	25	27	20	61	51	29	25	31	22
	Хөдөөгийн НЭ	6	3	5	3	6	8	6	3	6	2
	БОЭТ	10	9	11	8	10	9	10	9	12	10
	ТМТ, ТМЭ	26	20	31	22	48	246	36	29	36	21
	Хувийн эмнэлэг	62	36	69	26	107	160	95	28	103	39
Улсын хэмжээнд нийт	Сувилагч	172	117	161	98	465	636	202	113	220	113
	Харьцаа		0.7		0.6		1.4		0.6		0.5
	1000 хүнд ногдох	0.05	0.04	0.05	0.03	0.14	0.19	0.06	0.03	0.06	0.03

Хүснэгт 16. Халдварт өвчин судлал

ХӨС		2018		2019		2020		2021		2022	
		эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч
ЭМБ-н төрлөөр	СЭМТ	2	1	1	0	121	62	2	1	4	2
	ӨЭМТ	1	0	1	1	73	63	2	4	3	3
	ДНЭ	56	51	1	0	3	1	5	8	2	1
	АНЭ	94	136	56	72	86	100	52	78	47	71
	Хөдөөгийн НЭ	8	10	6	4	5	5	5	3	4	3
	БОЭТ	28	36	19	16	17	19	16	23	19	26
	ТМТ, ТМЭ	66	141	52	111	72	328	70	119	66	89
	Хувийн эмнэлэг	42	10	32	5	61	138	31	5	53	11
Улсын хэмжээнд нийт	тоогоор	315	387	211	242	502	809	217	259	238	229
	Харьцаа	1.2		1.1		1.6		1.2		1.0	
	1000 хүнд ногдох	0.10	0.12	0.06	0.07	0.15	0.24	0.06	0.08	0.07	0.07

Хүснэгт 17. Сэргээн засах судлал

СЭРГЭЭН ЗАСАХ		2018		2019		2020		2021		2022	
		эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч
ЭМБ-н төрлөөр	СЭМТ	1	18	1	11	118	74	2	22	0	28
	ӨЭМТ	0	9	0	27	73	72	1	38	3	63
	ДНЭ	20	42	5	7	6	8	7	18	6	9
	АНЭ	15	70	15	61	47	87	13	60	16	54
	Хөдөөгийн НЭ	1	4	0	3	1	5	0	3	1	2
	БОЭТ	7	22	8	20	8	17	6	22	4	21
	ТМТ, ТМЭ	27	62	25	51	42	275	29	50	23	53
	Хувийн эмнэлэг	35	83	44	83	63	173	43	48	47	52
Улсын хэмжээнд нийт	тоогоор	140	422	134	379	426	875	151	362	64	394
	Харьцаа	3.0		2.8		2.1		2.4		6.2	
	1000 хүнд ногдох	0.04	0.13	0.04	0.11	0.13	0.26	0.04	0.11	0.02	0.12

Хүснэгт 18. Хөнгөвчлөх тусламж үйлчилгээ

ХӨНГӨВЧЛӨХ		2018		2019		2020		2021		2022	
		эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч
ЭМБ-н төрлөөр	СЭМТ	0	2	0	3	140	57	0	5	0	8
	ӨЭМТ	0	2	0	1	96	25	0	2	0	1
	ДНЭ	8	10	1	2	0	3	2	5	2	3
	АНЭ	6	20	5	22	54	58	2	23	4	24
	Хөдөөгийн НЭ	1	0	0	0	1	5	0	0	0	0
	БОЭТ	3	7	3	22	17	27	4	24	4	23
	ТМТ, ТМЭ	6	16	5	14	17	232	5	12	5	18
	Хувийн эмнэлэг	8	11	9	21	77	141	4	6	4	6
Улсын хэмжээнд нийт	тоогоор	32	73	28	96	443	627	24	86	29	93
	харьцаа	2.3		3.4		1.4		3.6		3.2	
	1000 хүнд ногдох	0.01	0.02	0.01	0.03	0.13	0.19	0.01	0.03	0.01	0.03

Хүснэгт 19. Настан судлал

НАСТАН СУДЛАЛ		2018		2019		2020		2021		2022	
		эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч
ЭМБ-н төрлөөр	СЭМТ	0	3	0	-	118	-	1	-	0	-
	ӨЭМТ	0	0	0	-	96	-	0	-	0	-
	ДНЭ	8	5	0	-	1	-	1	-	1	-
	АНЭ	13	12	12	-	46	-	9	-	9	-
	Хөдөөгийн НЭ	0	2	0	-	1	-	0	-	0	-
	БОЭТ	4	1	5	-	5	-	4	-	1	-
	ТМТ, ТМЭ	2	3	3	-	15	-	1	-	4	-
	Хувийн эмнэлэг	0	0	0	-	30	-	1	-	0	-
Улсын хэмжээнд нийт	Сувилагч	29	33	30	-	349	-	22	-	23	-
	Харьцаа	1.1									
	1000 хүнд ногдох	0.01	0.01	-	-	0.10	-	0.01	-	0.01	-

Хүснэгт 20. Уламжлалт анагаах ухаан

УАУ		2018		2019		2020		2021		2022	
		эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч
ЭМБ-н төрлөөр	СЭМТ	78	22	127	34	231	327	128	33	129	33
	ӨЭМТ	63	10	72	12	155	73	115	5	143	18
	ДНЭ	38	32	7	5	8	6	15	13	14	8
	АНЭ	26	50	27	62	95	144	30	50	34	53
	Хөдөөгийн НЭ	12	5	11	5	11	8	11	5	11	4
	БОЭТ	12	56	14	18	107	109	12	20	14	25
	ТМТ, ТМЭ	31	181	31	37	38	37	20	17	19	20
	Хувийн эмнэлэг	369	129	406	120	455	180	485	112	527	116
Улсын хэмжээнд нийт	тоогоор	867	415	887	409	1081	1064	359	372	1174	415
	Харьцаа	0.5		0.5		1.0		1.0		0.4	
	1000 хүнд ногдох	0.27	0.13	0.27	0.12	0.32	0.32	0.11	0.11	0.34	0.12

Хүснэгт 21. Нүүр ам судлал

НАС		2018		2019		2020		2021		2022	
		эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч
ЭМБ-н төрлөөр	СЭМТ	10	0	29	2	146	309	36	2	38	1
	ӨЭМТ	1	0	2	0	82	72	1	0	0	0
	ДНЭ	50	42	1	0	2	2	6	4	8	6
	АНЭ	49	26	50.0	27	49	54	52	25	60	28
	Хөдөөгийн НЭ	6	4	8	5	9	6	6	5	11	7
	БОЭТ	27	8	24	13	25	12	21	13	27	13
	ТМТ, ТМЭ	21	10	14	9	32	26	15	9	14	6
	Хувийн хэвшил	1044	305	1183	376	1339	362	1383	277	1570	244
Улсын хэмжээнд нийт	тоогоор	1294	434	1396	500	1716	994	1596	401	1801	359
	Харьцаа	0.3		0.4		0.6		0.3		0.2	
	1000 хүнд ногдох	0.40	0.13	0.42	0.15	0.51	0.30	0.48	0.12	0.53	0.11

Хүснэгт 22. Бусад чиглэл

БУСАД		2018		2019		2020		2021		2022	
		эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч	эмч	сувилагч
ЭМБ-н төрлөөр	СЭМТ	1	91	0	-	111	119	1	99	2	102
	ӨЭМТ	10	23	0	-	69	25	8	35	5	40
	ДНЭ	30	38	6	-	3	47	10	105	1	110
	АНЭ	49	161	59	-	109	309	79	268	76	237
	Хөдөөгийн НЭ	5	9	1	-	2	29	5	24	21	26
	БОЭТ	27	56	48	-	43	96	35	70	34	76
	ТМТ, ТМЭ	41	181	46	-	62	365	50	233	16	261
	Хувийн эмнэлэг	107	136	83	-	143	473	124	402	146	525
Улсын хэмжээнд нийт	тоогоор	346	780	289	-	609	1764	359	1429	386	1654
	Харьцаа	2.3				2.9		4.0		4.3	
	1000 хүнд ногдох	0.11	0.11	-	-	0.18	0.18	0.11	0.11	0.11	0.11



ЭРЭГТЭЙЧҮҮДИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ҮЗҮҮЛЭЛТ, НАС БАРАЛТЫН ШАЛТГААНД ХИЙСЭН ДҮН ШИНЖИЛГЭЭ

Судалгааны ажлын удирдагч:

Б.Нарантуяа (Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвийн захирал)

Судалгааны багийн ахлагч:

Ш.Алтанцэцэг (Эрүүл мэндийн эдийн засаг, бодлогын судалгааны албаны дарга)

Судлаачид:

А.Оюунзул (Эрүүл мэндийн эдийн засаг, бодлогын судалгааны албаны мэргэжилтэн)

Б.Солонго (Эрүүл мэндийн эдийн засаг, бодлогын судалгааны албаны мэргэжилтэн)

Ц.Болормаа (Эрүүл мэндийн эдийн засаг, бодлогын судалгааны албаны мэргэжилтэн)

1. Үндэслэл

Монгол улсын хүн ам 2022 оны байдлаар 3 сая 457.5 мянга. Үүнээс 49.1 хувь нь эрэгтэйчүүд, 50.9 хувь нь эмэгтэйчүүд байна. Төрөлтөөс тооцсон дундаж наслалт 2022 онд улсын хэмжээнд 71.0 болж өмнөх оноос 0.3 жилээр нэмэгдсэн. Хүйсийн хувьд эмэгтэйчүүдийн дундаж наслалт 76.5 харин эрэгтэйчүүдийнх 67.1 жил байгаа нь эрэгтэй хүмүүс дунджаар 9.4 жилээр бага насалж байна (1). Эмэгтэйчүүд эрэгтэйчүүдээс илүү урт насалдаг байдал нь бүх улсад байдаг хандлага бөгөөд дэлхийн дундаж 5.1 жилийн зөрүүтэй байдаг бол манай улсад үүнээс 1.8 дахин өндөр байгаа нь зөрүү их орнуудын тоонд орж байна.

Эрэгтэйчүүдийн эрүүл мэндийн асуудал нь тухайн улс орны төдийгүй дэлхий нийтийн асуудал юм. Нийгмийн эрүүл мэндийн байдлыг сайжруулахад засгийн газар, олон улсын болон бусад төрийн бус байгууллагуудын хамтын ажиллагаа чухал нөлөөтэй гэж Петер Бакер буюу Дэлхийн эрэгтэйчүүдийн эрүүл мэндийн үйл ажиллагаа (Global Action on Men's Health) байгууллагын захирал тодорхойлсон (4).

Манай улсын хувьд салбарын тэргүүлэх чиглэлийн дагуу “Халдварт бус өвчинтэй тэмцэх үндэсний хөтөлбөр”, “Осол гэмтлээс сэргийлэх үндэсний хөтөлбөр” зэрэг нийт хүн амдаа чиглэсэн хөтөлбөрүүдийг баталж хэрэгжүүлж байсан. Жендерийн эрх тэгш байдлыг хангах хуулийн 5.1.4. заасны дагуу төрийн бодлого, хөтөлбөр төлөвлөгөө, төсөлд жендерийн үзэл баримтлалыг тусгах зорилгоор мөн өвчлөлийн байдал, ОУ-ын судалгааны үр дүнгээс харахад тухайлсан хүйсэд чиглэсэн бодлого хэрэгжүүлэх шаардлагатай гэж үзэн ЭМС-ын 2021 оны А/559 дүгээр тушаалаар “Эрүүл чийрэг эр хүн” арга хэмжээний төлөвлөгөө баталж, 2021-2024 онд хэрэгжүүлэх юм.

Энэхүү төлөвлөгөөний шалгуур үзүүлэлтийн дагуу эрэгтэйчүүдийн эрүүл мэндийн байдал дүн шинжилгээ хийх нь бидний ажлын үндэслэл болж байна.

2. Зорилго

Эрэгтэйчүүдийн эрүүл мэндийн өвчлөл нас баралтын шалтгаанд дүн шинжилгээ хийх

Зорилт

1. Олон улсад эрэгтэйчүүдийн эрүүл мэндийн байдалд хийсэн дүн шинжилгээ баримталж буй бодлого судлах
2. Манай улсын эрэгтэйчүүдийн өвчлөл, нас баралтын тэргүүлэх шалтгааны тоон мэдээлэлд дүн шинжилгээ хийх
3. Өвчлөлийн дарамтын судалгааны үр дүнд дүн шинжилгээ хийх

2.1 Олон улсад эрэгчүүдийн эрүүл мэндийн талаар баримталж буй бодлого, зарим эрүүл мэндийн үзүүлэлтүүд

Яагаад хүйс хооронд ялгаатай байдал үүсэж байна вэ?

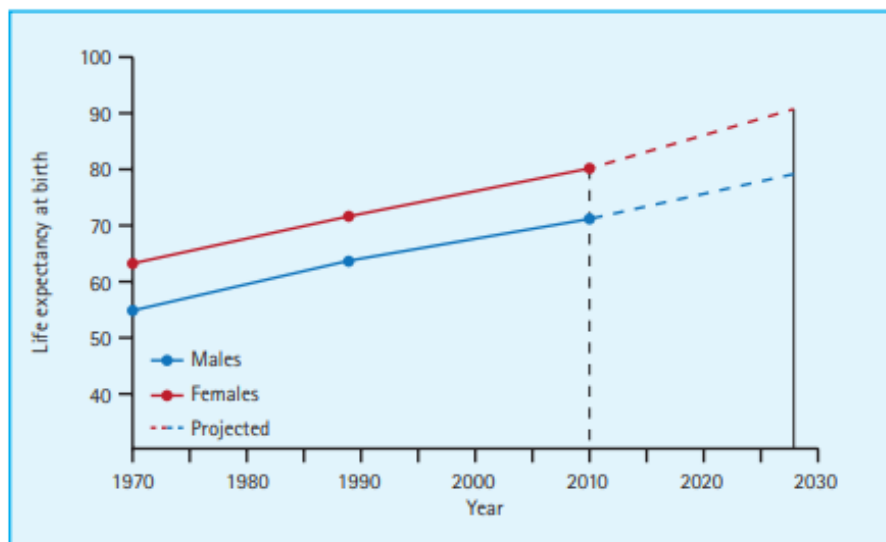
Нийгэмд эрэгтэйчүүд нь эмэгтэйчүүдээс илүү олон боломжтой, эрх мэдэлтэй, хүч чадалтай боловч эрүүл мэндийн байдлын хувьд энэ нь давуу тал болохгүй байна. Олон судалгааны үр дүнгээс харахад энэ нь эрэгтэй хүний биологийн онцлог, мөн эрэгтэйчүүдийн зан үйл, хорт зуршлын хэрэглээ, ажил мэргэжлийн онцлог, эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ авах хандлага бага байдаг зэргээс хамаардаг (4).

ДЭМБ-ийн Европын бүсийн тайлангаас эрүүл мэндийг тодорхойлогч хүчин зүйлсийг судалж үзэхэд эрэгтэйчүүд ажлын байран дээр физикийн болон химийн хүчин зүйлийн нөлөөгөөр нас барах эрсдэл, зан үйлтэй холбоотой хүчин зүйлүүд тухайлбал илүү эрсдэлтэй алхам хийдэг, өвдсөн үедээ эмнэлэгт ханддаггүй зэрэг багтаж байна гэж тодорхойлжээ (5).

Эрэгтэйчүүдийн эрүүл мэндийн талаарх олон улсын зарим үзүүлэлтүүд

- Дэлхийд эрэгтэй хүний дундаж наслалт 71 жил байгаа бөгөөд эмэгтэйчүүдээс дунджаар 5 жилээр бага юм. Эмэгтэй хүмүүсээс илүү урт насалдаг эрэгтэйчүүдтэй улс дэлхийд нэг ч байхгүй. 1970 оноос хойш дундаж насны зөрүүтэй байдал улам нэмэгдэж байгаа ба 2030 он гэхэд энэ зөрүү 7 жил болох тооцоолол байна.
- Эрэгтэй хүн 50-74 насандаа нас барах магадлал 40%-иас их бол эмэгтэй хүний хувьд 30%-иас бага байдаг.
- Дэлхий даяар эрэгтэйчүүдийн амиа хорлолт эмэгтэйчүүдээс ойролцоогоор хоёр дахин их байдаг. Европт энэ харьцаа хамгийн их буюу 4:0 байна.
- Зонхилон тохиолдох 35 төрлийн хавдраас 32 төрөл нь эрэгтэйчүүдийн дунд тархалт өндөр байдаг. Дэлхийн нийт улс орнуудын 80% нь зүрх судасны өвчний тухайн насанд харьцуулсан нас баралтын түвшин (age standardized death rate) эрэгтэйчүүдийн дунд илүү өндөр байдаг.
- 2020 оны тоон мэдээллээс харахад тамхины хэрэглээний улмаас нас барсан эрэгтэйчүүдийн тоо эмэгтэйчүүдээс 3 дахин өндөр байсан. 3.14 сая эрэгтэй хүн архины улмаас нас барсан бол 1.72 сая эмэгтэй хүн уг шалтгаанаар нас барсан. Бодисын солилцоо, хоол тэжээлийн эрсдэлт хүчин зүйл, тухайлбал жимс ногоо бага идэх, хэт боловсруулсан махан бүтээгдэхүүн их идэх зэрэг хүчин зүйлийн улмаас эмэгтэйчүүдээс нэг саяар илүү эрэгтэй хүн нас барсан.
- 2010 онд ажлын байр дээрээ нас барсан нийт тохиолдлын 90% нь эрэгтэй байсан. Ажлын байрны хамгийн их тохиолддог эрсдэлт хүчин зүйл нь тоосжилт (pm 2.5), хорт хий юм.
- Жил бүр ойролцоогоор 1.25 сая хүн зам тээврийн ослын улмаас нас барж байгаагийн дөрөвний гурав нь эрэгтэй байна (4).
- Дундаж наслалтын зөрүүтэй байдлын хэтийн төлөвийг харахад энэ ялгаатай байдал нь 2030 он хүртэл үргэлжлэхээр байна (2,3)

Хүснэгт 1. Эрэгтэй болон эмэгтэй хүмүүсийн дундаж наслалтын хэтийн төлөв



Эрүүл мэндийн бодлого

Шабсин нарын (2013) нарын тодорхойлсноор эрэгтэйчүүдийн эрүүл мэндийн асуудал 4 хүрээнд яригдана. Нэгдүгээрт эрэгтэйчүүдийн өвчин (түрүү булчирхайн хавдар, төмсөгний өвчин), хоёрдугаарт хүйсийн хамааралгүй ч эрэгтэйчүүдийн дунд тархалт өндөртэй өвчнүүд (зүрх судасны өвчин, уушгины архаг бөглөрөлтөд өвчин, уушги, элэг, бүдүүн гэдэс, давсагны хавдар, амиа хорлолт), гуравдугаарт хорт зуршлууд (архины зохисгүй хэрэглээ, тамхи татах, мансууруулах бодист донтох), дөрөвдүгээрт эрүүл мэндийн байдал, нийгмийн байр сууринд тохируулсан интервенци хэрэгжүүлж хувь хүн болон нийт хүн амын түвшинд эрүүл мэндийн байдлыг сайжруулах (цэрэг, цагдаа, барилга, уурхай г.м)(6).

Вайт болон бусад мэргэжилтнүүдийн тодорхойлсноор эрэгтэйчүүдийн эрүүл мэндийг сайжруулахын тулд дараах үндсэн гурван чиглэлд бодлого боловсруулах хэрэгтэйг дурдсан. Үүнд нэгдүгээрт сургууль, хоёр дугаарт ажлын байран дээр, гуравдугаарт нийгмээс тусгаарлагдсан эрэгтэйчүүдэд (үндэстний цөөнх, хорих ангид байгаа, ижил хүйстэн зэрэг)(7) гэж үзсэн.

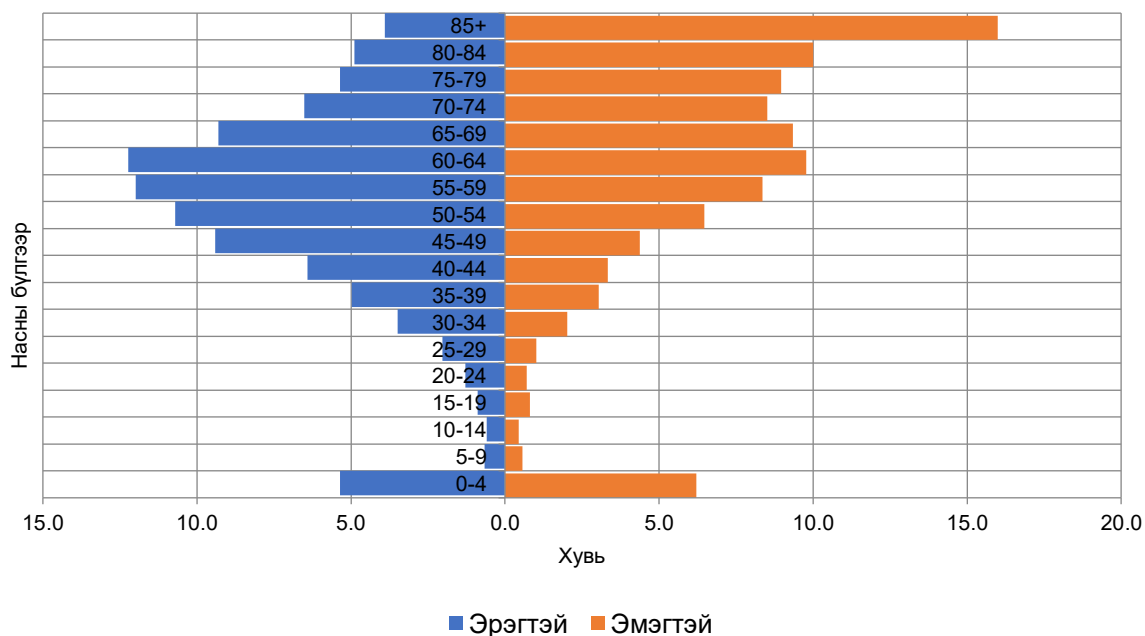
2.2 Эрэгтэйчүүдийн нас баралтын шалтгаанд хийсэн дүн шинжилгээ

2.1 НАС БАРАЛТЫН ҮЗҮҮЛЭЛТ

Хүн амын нас баралт 2022 онд 17.9 мянга болж, сүүлийн 10 жилийн дунджаас 1039 хүн (5.7%)-ээр нэмэгдэж, өмнөх оноос 1950 (10.8%) хүнээр буурсан. 10 000 хүн амд ногдох нас баралтын түвшин 2022 онд 53.8 байгаа бөгөөд 10 000 эрэгтэй хүн амд 69.0, эмэгтэй хүн амд 39.1 тус тус байна.

2022 оны байдлаар нас баралтын түвшний хүйсийн харьцааг насны бүлэг тус бүрээр харахад 45-49 насанд хамгийн өндөр буюу 3.9 байна. Тайлангийн жилд 45-49 насны бүлэгт нийт 1358 тохиолдол бүртгэгдсэнээс 1068 эрэгтэй, 290 эмэгтэй байна. Тухайн насны 10 000 эрэгтэй хүн амд харьцуулахад 108.9, эмэгтэй хүн амд 27.8 байгаа бөгөөд эрэгтэйчүүдийн нас баралтын шалтгаанд гэмтэл, хордлого ба гадны шалтгаант бусад эмгэг хамгийн өндөр хувийг эзэлж байна.

Зураг 1. Эрэгтэй, эмэгтэй хүмүүсийн нас баралтын хувь, насны бүлгээр, 2022



Нас баралтыг насны бүлгийн эзлэх хувиар харвал нас барсан эрэгтэйчүүдийн 42.2%, эмэгтэйчүүдийн 70.9% нь тэтгэврийн насандаа нас барсан байна. Нөгөө талаас эрэгтэйчүүдийн 50.2% буюу тал хувь нь, эмэгтэйчүүдийн 20.9% нь хөдөлмөрийн насандаа нас барсан байна. Хөдөлмөрийн насны эрэгтэйчүүдийн нас баралт эмэгтэйгээс 2.4 дахин илүү байна. Мөн 25-29 болон 40-44 насанд хүйсийн харьцаа тус бүр 3.4 байгаа тухайн насны эрэгтэйчүүдийн нас баралт эмэгтэйчүүдтэй харьцуулахад бусад насны бүлгээс хамгийн өндөр байна.

Нас баралтын шалтгаанаар авч үзвэл тухайн насны бүлгийн эрэгтэйчүүд зүрх судасны тогтолцооны эмгэг, осол гэмтэл, гадны шалтгаан, эмэгтэйчүүдтэй харьцуулахад 4 дахин их байгаа ба хамгийн түгээмэл шалтгаан нь архины хордлого, амиа хорлолт, зам тээврийн осол байна. Мөн 40-49 насны эрэгтэйчүүдийн зүрх судасны эмгэгийн улмаас нас барах тохиолдол эмэгтэйчүүдтэй харьцуулахад 3 дахин өндөр байгаа ба зүрхний шигдээс, тархинд цус харвалт хамгийн түгээмэл шалтгаан болж байна.

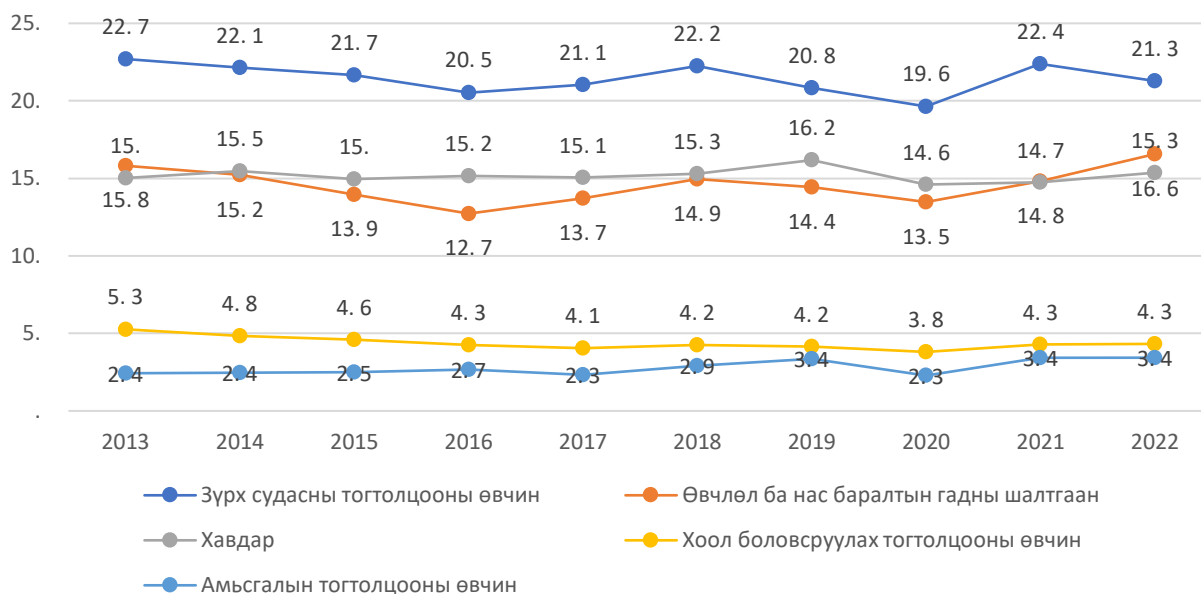
Хүснэгт 2. Хүн амын нас баралтын тэргүүлэх 5 шалтгаан 10 000 хүн амд, насны бүлэг, хүйсээр, бүсээр, 2022 он

Үзүүлэлт	Нийт нас баралт	Зүрх-судасны тогтолцооны өвчин	Хавдар	Осол гэмтэл, гадны шалтгаант	Хоол боловсруулах тогтолцооны өвчин	Амьсгалын тогтолцооны өвчин
Хүйс						
Эрэгтэй	69.0	21.3	15.2	16.6	4.3	3.4
Эмэгтэй	39.1	13.8	10.4	3.7	3.1	1.9
Насны бүлэг						
Эрэгтэй						
20 хүртэлх	14.7	0.3	0.5	3.9	0.3	1.1
20-44	33.5	5.5	2.3	19.4	2.9	1.0
45-65	170.0	54.2	44.0	39.3	12.5	7.0
65 ба түүнээс дээш	556.5	252.7	169.9	23.2	23.5	37.4
Эмэгтэй						
20 хүртэлх	8.3	0.2	0.3	1.5	0.2	0.8
20-44	10.9	1.6	1.8	4.1	1.2	0.5
45-65	56.3	16.2	10.7	7.1	6.2	2.0
65 ба түүнээс дээш	364.3	174.0	104.3	4.6	23.7	18.4
Байршил						
Хот	58.9	15.9	13.0	13.3	4.6	3.3
Хөдөө	49.4	18.9	12.6	7.2	2.9	2.1
Бүсээр						
Баруун	46.7	18.6	12.0	5.4	2.7	1.2
Хангайн	52.0	20.9	12.9	8.0	2.7	2.0
Төв	50.2	19.1	12.3	8.1	2.9	2.9
Зүүн	45.5	14.2	13.6	6.2	3.6	2.1
Улсын дундаж	53.8	17.5	12.8	10.1	3.7	2.7

Зүрх судасны тогтолцооны өвчний шалтгаант нас баралт 1950-иад онд нийт нас баралтын 7.1 хувь, 1985 онд 23.4 хувь байсан бол 1995 оноос 30.8 хувийг эзэлж байсан ба 2022 оны байдлаар 32.5 хувь байна. Зүрх судасны тогтолцооны өвчний улмаас жил бүр 5500-6000 хүн нас барж байгаа бөгөөд хүн амын нас баралтын тэргүүлэх шалтгаан болсон хэвээр байна.

Хүн амын нас баралтын нэгдүгээр шалтгаан болох зүрх судасны тогтолцооны өвчний улмаас нас барсан хүмүүсийн 60.0% эрэгтэйчүүд, 40.0% нь эмэгтэйчүүд байна.

Зураг 2. Хүн амын нас баралтын тэргүүлэх шалтгаан, 10 000 хүнд амд, 2013-2022 он, эрэгтэйчүүд

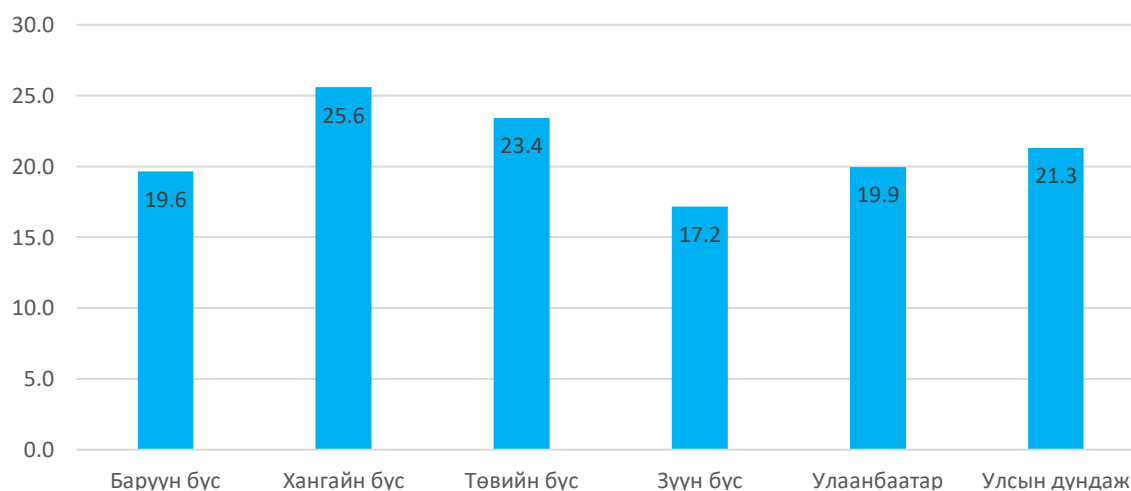


2.2 ЗҮРХ СУДАСНЫ ТОГТОЛЦООНЫ ӨВЧНИЙ ШАЛТГААНТ НАС БАРАЛТ

Дэлхий дахинаа зүрх судасны тогтолцооны өвчнөөр хагас тэрбум орчим хүн өвчилж 2021 онд 20.5 сая хүн нас барсан ба нийт нас баралтын 30 орчим хувийг эзэлж байна (8).

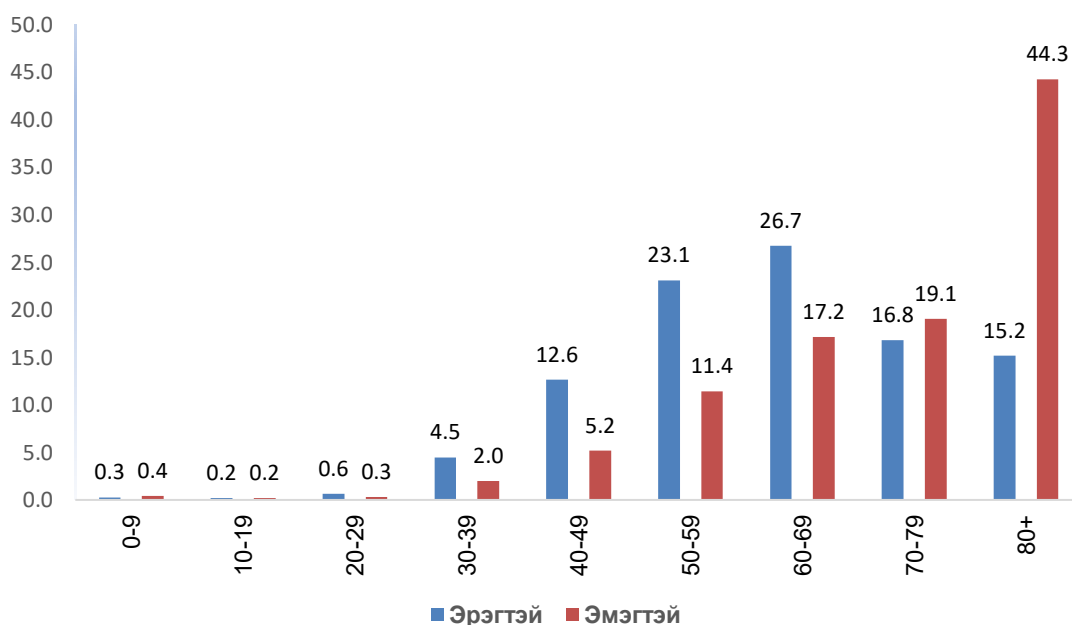
Зүрх судасны тогтолцооны өвчний шалтгаант нас баралт 1950-иад онд нийт нас баралтын 7.1 хувь, 1985 онд 23.4 хувь байсан бол 1995 оноос 30.8 хувийг эзэлж байсан ба 2022 оны байдлаар 32.5 хувь байна. Зүрх судасны тогтолцооны өвчний улмаас жил бүр 5500-6000 хүн нас барж байгаа бөгөөд 2022 онд 3505 эрэгтэй, 2338 эмэгтэй нас барсан байна.

Зураг 3. Зүрх судасны тогтолцооны эмгэгийн шалтгаант нас баралт эрэгтэйчүүдэд, 10 000 хүн амд бүсээр, 2022 он



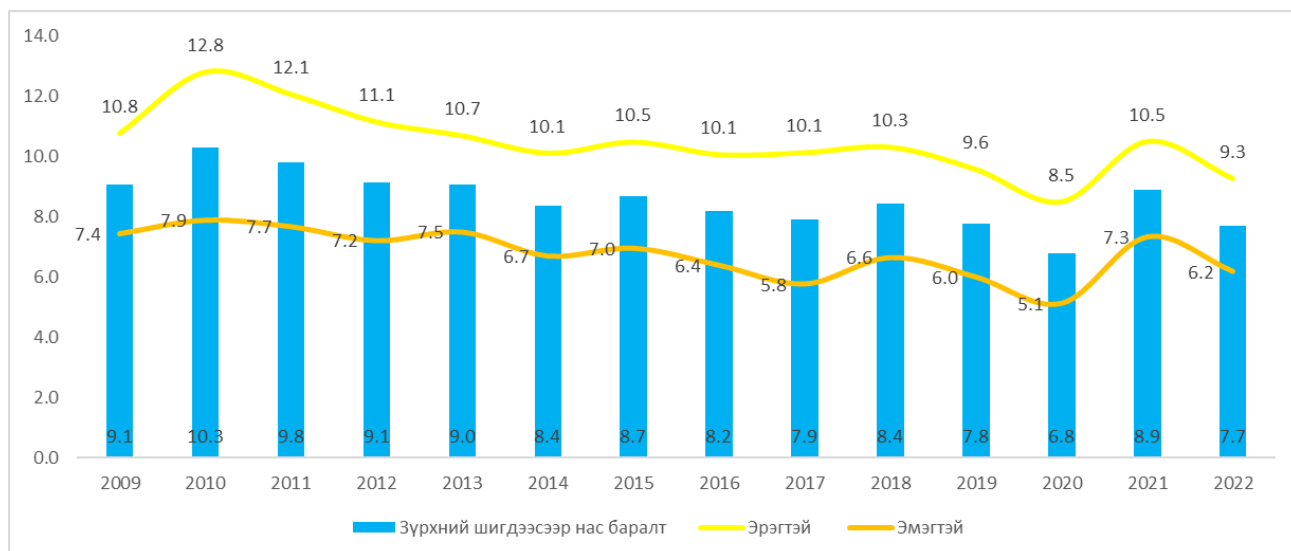
Нас баралтын түвшин газар зүйн байршлаар харахад хангайн бүсэд хамгийн их буюу 10 000 хүн амд 25.6, ялангуяа Булган аймагт хамгийн өндөр буюу 30.5 тохиолдол бүртгэгдсэн.

Зураг 4. Зүрх судасны тогтолцооны өвчний шалтгаант нас баралт насны бүлгээр, 2022 он



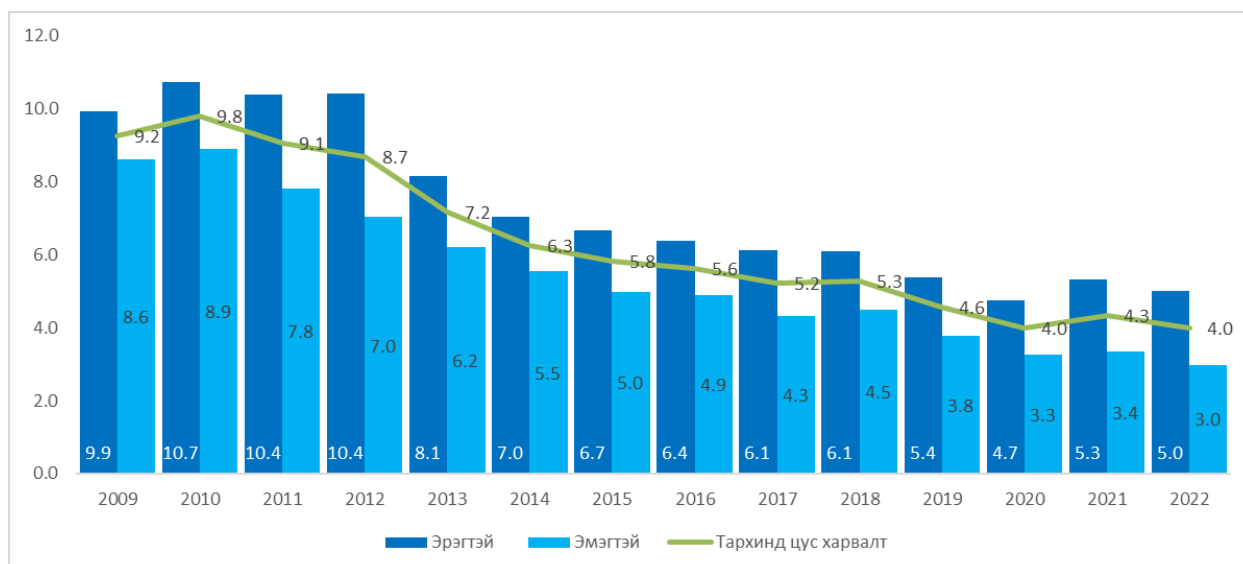
Насны бүлгээр харахад 50-70 насны эрэгтэйчүүдийн дундах тохиолдолын тоо өндөр байгаа нь

Зураг 5. Зүрхний шигдээсээр нас баралтын түвшин, 10 000 хүнд амд, хүйсээр, 2009-2022 он



Зүрх судасны шалтгаант нас баралтыг өвчлөлийн байдлаар ангилж үзвэл дийлэнх хувийг тархинд цус харвалт, зүрхний шигдээс эзэлж байгаа бөгөөд 2009 онд тархинд цус харвалт 40.2%, зүрхний шигдээс 40.1%-ийг эзэлж байсан бол 2022 онд тархинд цус харвалт 22.8%, зүрхний шигдээс 44.0%-ийг эзэлж байна.

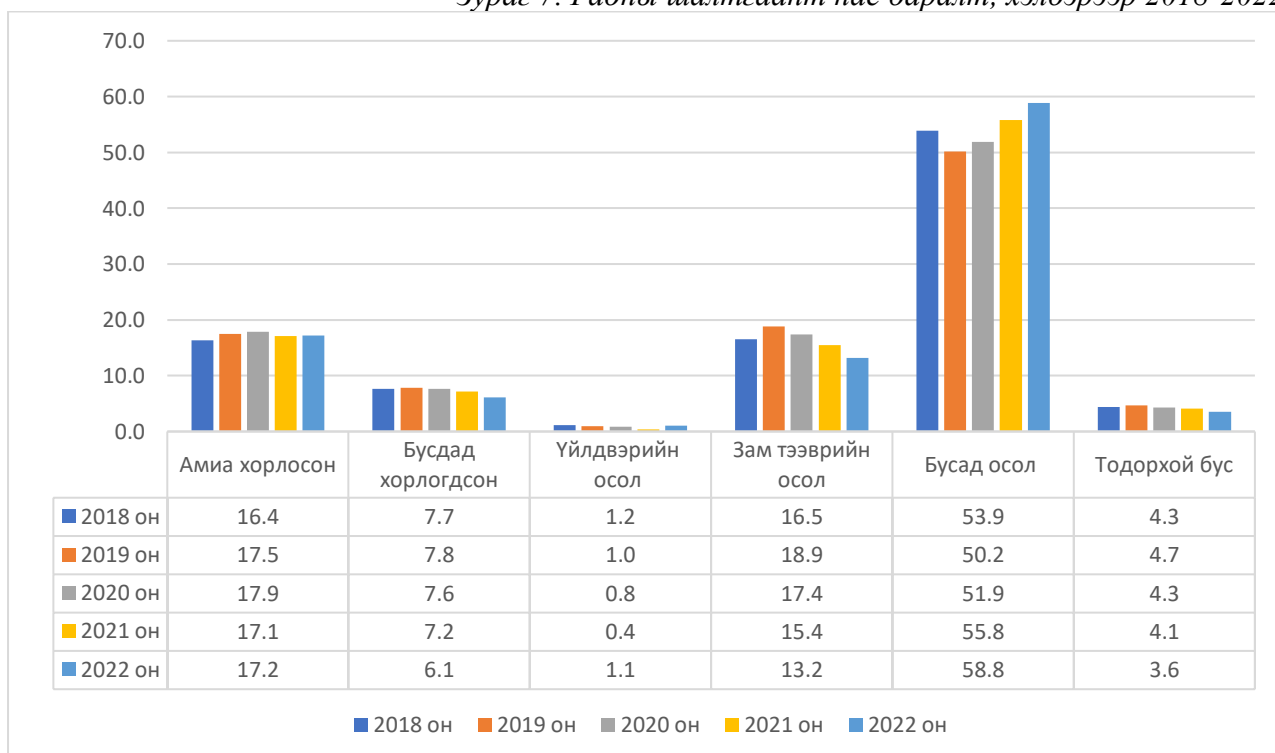
Зураг 6. Тархинд цус харвалтын шалтгаант нас баралт, хүйсээр 2009-2022 он



2.3 ОСОЛ ГЭМТЛИЙН ШАЛТГААНТ НАС БАРАЛТ

Осол гэмтэл, гадны шалтгаант нас баралт нь эрэгтэйчүүдийн дунд 2 дахь шалтгаан болж байна. Дэлхийд жил бүр 4.4 сая хүн осол гэмтэл, хүчирхийллийн улмаас нас барж нийгэм, эдийн засагт ихээхэн дарамт учруулдаг.

Зураг 7. Гадны шалтгаант нас баралт, хэлбэрээр 2018-2022

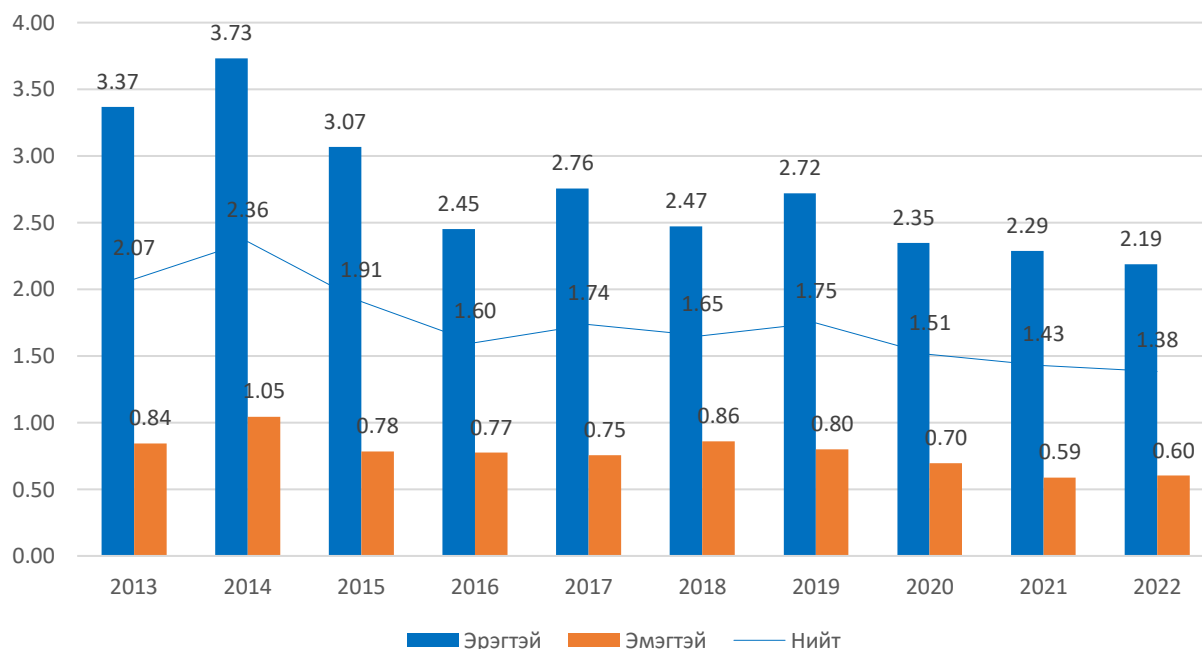


Осол гэмтэл, гадны шалтгаант нас баралтын хэлбэрээр авч үзвэл 13.7 хувийг зам тээврийн осол эзэлж байгаа бөгөөд сүүлийн 10 жилийн дунджаар 534 хүн нас барсан байна.

2022 онд 462 хүн зам тээврийн ослоор нас барсан нь сүүлийн 10 жилийн дунджаас 72, өмнөх оноос 6 тохиолдлоор тус тус буурсан байна. Эрэгтэйчүүдийн зам тээврийн осолд өртөж амь насаа алдах явдал эмэгтэйчүүдээс 3.5 дахин их байна.

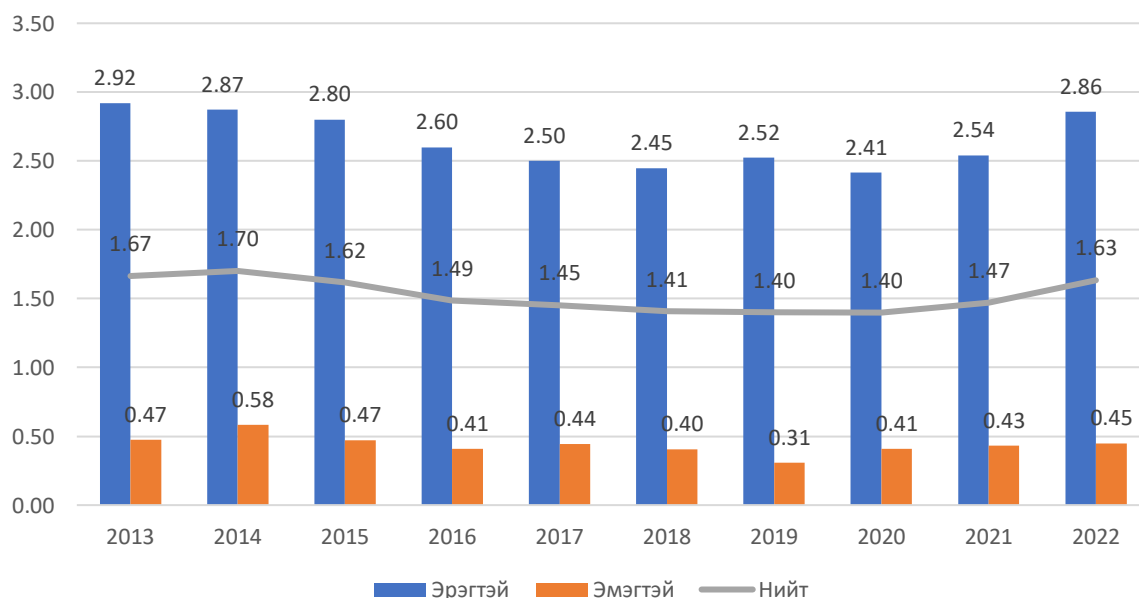
Зам тээврийн ослын шалтгаант нас баралтыг төрлөөр харуулбал: 2022 оны байдлаар бусад тээврийн осол 52.6%, мотоциклтой зорчигч зам тээврийн осолд орсон 24.7%, явган зорчигч зам тээврийн осолд орсон 22.3%-ийг тус тус эзэлж байна.

Зураг 8. Зам тээврийн шалтгаант нас баралт 10000 хүн амд хүйсээр, 2013-2022

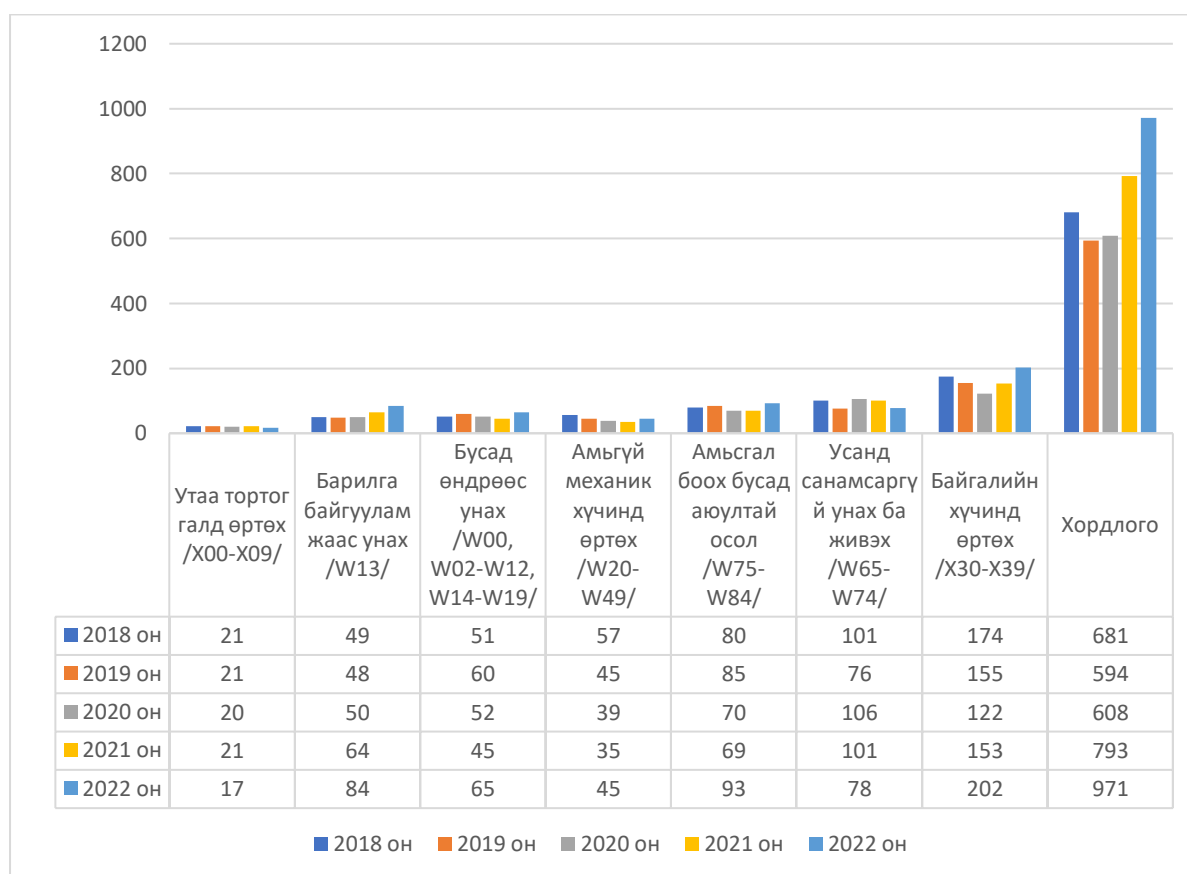


Амиа хорлож нас барсан тохиолдлын тоо 2022 онд 546 байгаа нь сүүлийн 10 жилийн дунджаас 75, өмнөх онтой харьцуулахад 63 тохиолдлоор тус тус нэмэгдсэн байна. 10 000 хүн амд харьцуулахад 1.6 байна.

Зураг 9. Амиа хорлож нас барсан тохиолдол, 10 000 хүн амд, хүйсээр, 2013-2022



Зураг 10. Эрэгтэйчүүдийн бусад осол гэмтлийн шалтгаант нас баралт, хэлбэрээр, 2018-2022



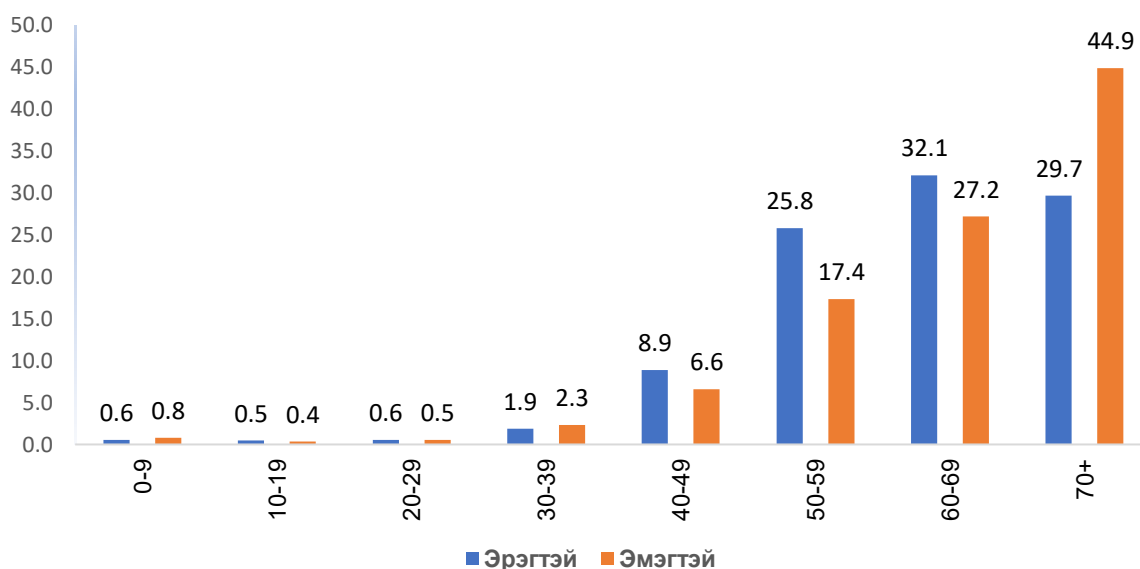
Осол гэмтэл гадны шалтгаант нас баралтын бусад шалтгаан дотор хордлогын шалтгаант нас баралт хамгийн их тохиолдож байгаа бөгөөд 2022 онд 971 нас баралт бүртгэгдсэн нь өмнөх оноос 178 тохиолдлоор илүү байна.

2.4 ХОРТ ХАВДРЫН ШАЛТГААНТ НАС БАРАЛТ

Хавдраас шалтгаалсан нас баралт 1990 оноос нас баралтын 2 дахь шалтгаан болсоор байгаа бөгөөд хүйсээр авч үзэхэд 58.7 хувь нь эрэгтэйчүүд ба эмэгтэйчүүдээс илүү өвчилж, нас барж байна.

2022 оны байдлаар хавдрын шалтгаант нас баралт нийт нас баралтын 23.7 хувийг эзэлж, нас баралтын түвшин 10 000 эрэгтэй хүн амд 15.2, 10 000 эмэгтэй хүн амд 10.4 байна. Нас баралтын зонхилох өвчлөлийн хоёр дахь гол шалтгаан болох хавдраас шалтгаалсан нас баралтын 58.7% нь эрэгтэй, 41.3% нь эмэгтэй хүмүүс буюу эрэгтэйчүүд эмэгтэйчүүдээс 1.4 дахин их байна.

Зураг 11. Хавдрын шалтгаант нас баралтын түвшин 10000 хүн амд насны бүлгээр, 2022



Эрэгтэйчүүдийн дунд элэг, ходоод, уушги, гуурсан хоолой, улаан хоолой, бүдүүн шулуун гэдэсний хорт хавдрын нас баралт тэргүүлэх 5 шалтгаан болж байна.

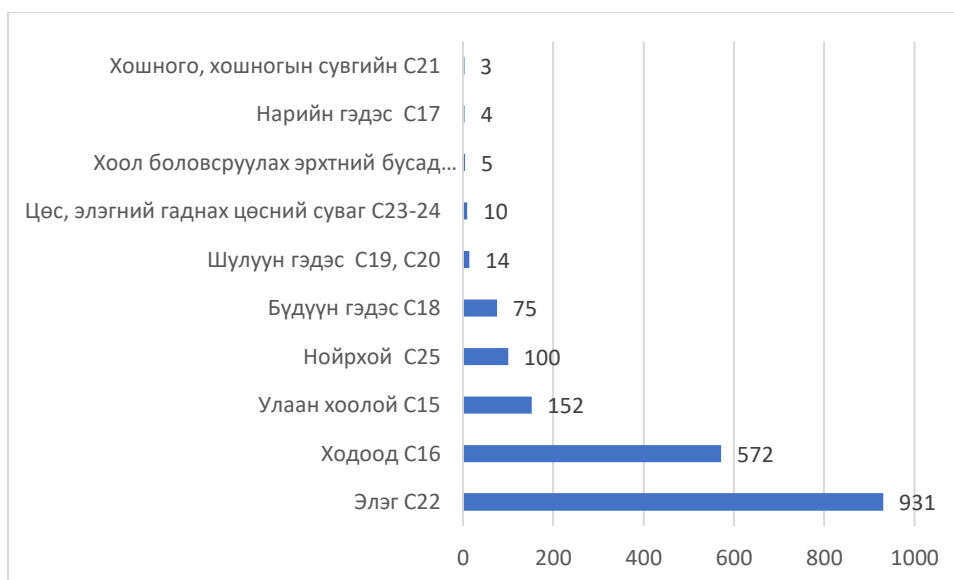
Эрэгтэйчүүдийн дундах хорт хавдрын төрлийг эрхтэн тогтолцоогоор авч үзвэл 2022 оны байдлаар Хоол боловсруулах эрхтний хорт хавдар дийлэнх буюу 10000 хүн амд 70,8 тохиолдол, амьсгал ба цээжний хөндийн эрхтний хорт хавдар 15,9 байна.

Зураг 12. Хавдрын шалтгаант нас баралтын түвшин 10000 хүн амд эрхтэн тогтолцоогоор, 2022



Хоол боловсруулах эрхтний хорт хавдрын шалтгаант нас баралтын дотор хамгийн их тохиолдож байгаа нь элэгний хорт хавдар бөгөөд 2022 оны байдлаар 931 хүн нас барсан байна.

Зураг 13. Хоол боловсруулах эрхтний хорт хавдрын төрөл, нас баралтын тоо, 2023



Халдварт бус өвчин, осол гэмтлийн шалтгаан, эрсдэлт хүчин зүйлсийн үндэсний IV судалгааны үр дүнгээс

Монгол улсын 15-69 насны хүн амыг төлөөлж 6654 хүн “Халдварт бус өвчин, осол гэмтлийн шалтгаан, эрсдэлт хүчин зүйлсийн үндэсний IV судалгаа”-ны хамруулж анхдагч болон завсрын эрсдэлт хүчин зүйлсийн судалсан судалгааны үр дүнгээс харахад

- Хүн амын 21.6% нь тамхийг өдөр бүр үүнээс эрэгтэйчүүдийн 39.5%, эмэгтэйчүүдийн 4.1% нь тогтмол татаж байна.
- Сүүлийн нэг сард хүн амын 34.8% нь ямар нэгэн хэмжээгээр архи, согтууруулах ундаа хэрэглэж, эрэгтэйчүүдийн дунд архины хэрэглээ эмэгтэйчүүдээс 2 дахин их байна.
- Монгол хүний жимс, ногооны хоногийн дундаж хэрэглээ эрүүл, зөв хооллолтын зөвлөмжөөс доогуур байна.
- Хүн амын 21.9% нь эрүүл мэндэд тустай, идэвхтэй хөдөлгөөн хийдэггүй буюу хөдөлгөөний хомсдолтой байна. Хүн амын 61.0% биеийн хүч их шаардсан, өндөр эрчимтэй хөдөлгөөн хийдэггүй байна.
- Хүн амын 49.4% илүүдэл жин ба таргалалттай, 30.9% илүүдэл жинтэй, 18.5% нь таргалалттай байна.
- Халдварт бус өвчнөөр өвчлөх эрсдэлийн зэргийг тодорхойлж үнэлгээг өгөхөд аль нэг нь илрээгүй буюу ХБӨ-өөр өвчлөх эрсдэлгүй хүн ам дөнгөж 3.9% байна. Харин гурав ба түүнээс олон эрсдэлт хүчин зүйлс хавсран илэрсэн буюу эрсдэлтэй хүн амын үзүүлэлт 22.7% байв. Манай улсын 45-69 насны хүн амын талаас илүү буюу 51.2% нь ХБӨ-өөр өвчлөх өндөр эрсдэлтэй байна.
- ХБӨ-өөр өвчлөх өндөр эрсдэлтэй буюу нийтлэг тохиолдох 5 эрсдэлт хүчин зүйлсээс 3-5 эрсдэл хавсран илэрсэн аль ч насны эрэгтэйчүүдийн (37.2%) эзлэх хувь ижил насны эмэгтэйчүүдийн үзүүлэлтээс статистик ач холбогдол бүхий өндөр байгаа нь Монгол эрэгтэйчүүдийн дундаж наслалт болон тэдний амьдралын чанарт сөргөөр нөлөөлж байгааг илтгэх тоон үзүүлэлт юм.

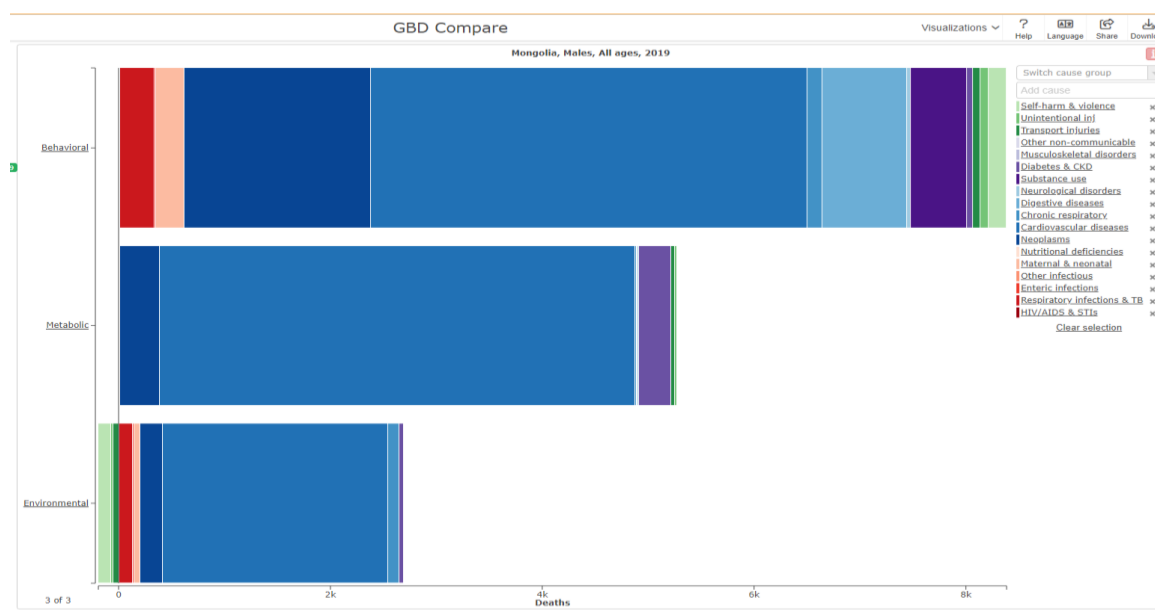
2.3 Өвчлөлийн дарамт тооцох тухай

Аливаа өвчлөл, нас баралтын байдлыг тооцохдоо шууд тоон утгаар илэрхийлэх нь шийдвэр гаргалтад хангалттай нотолгоо болж чаддаггүй. Тиймээс тухайн өвлөл, нас баралт нийгэм, эдийн засагт хэр дарамт учруулж байгааг тооцох зорилгоор ДЭМБ болон Харвардын Нийгмийн эрүүл мэндийн сургууль хамтран 1990 онд “Хөдөлмөрийн чадвар алдагдлаар

тооцсон амьдралын жилүүд (Disability adjusted life year, DALY) -ийг” тооцох аргыг боловсруулан гаргасан.

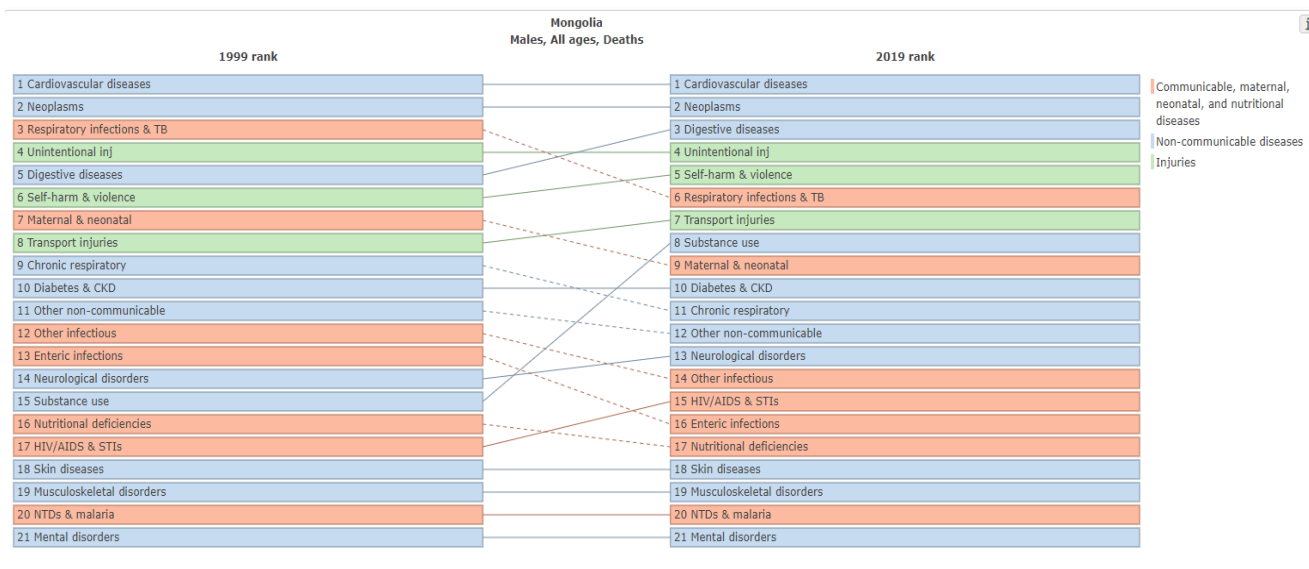
Энэ аргаар дэлхийн улс орнуудыг хооронд нь харьцуулах, тухайн өвчний нийгэм эдийн засагт учруулж буй дарамт, хохирлыг тооцоход ашигладаг. Тус олон улсын судалгаанд өвчин үүсгэгч 67 эрсдэлт хүчин зүйлийг тооцож үзэхэд зан үйлийн, бодисын солилцооны, орчны эрсдэлт хүчин зүйлийн дотор халдварт бус өвчин үүсгэгч эрсдэл их байгааг харж болохоор байна (зураг 2 дээр хөх, цэнхэр өнгөөр илэрхийлсэн байна).

Зураг 14. Эрэгтэйчүүдийн дундах эрсдэлт хүчин зүйл

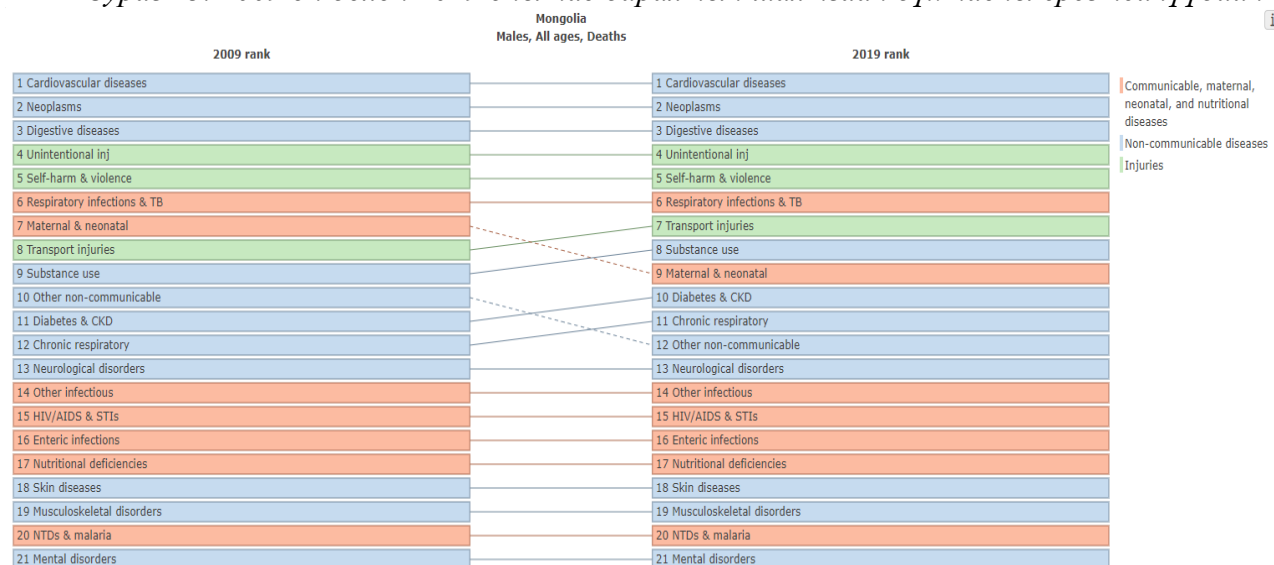


Мөн олон улсын өвчний дарамт тооцох судалгааны үр дүнгээс харахад 1999 оноос 2019 хоорондох 20 орчим жилийн хугацаанд нас баралтын тэргүүлэх шалтгаан болох зүрх судас болон хавдрын шалтгаанд нас баралт өөрчлөгдөөгүй хэвээр байна. 1999 оны байдлаар нас баралтын 5 дахь шалтгаан болж эрэмбэлэгдэж байсан хоол боловсруулах замын өвчин өнөөгийн байдлаар 3 дугаарт жагсаж байна. Зураг 13-т улбар шар өнгөөр халдварт өвчин, цэнхэр өнгөөр халдварт бус өвчин, ногоон өнгөөр осол, гэмтлийн шалтгаант нас баралтыг харуулсан байна.

Зураг 12. 1999 он болон 2019 оны нас баралтын шалтгаан бүх насны эрэгтэйчүүд



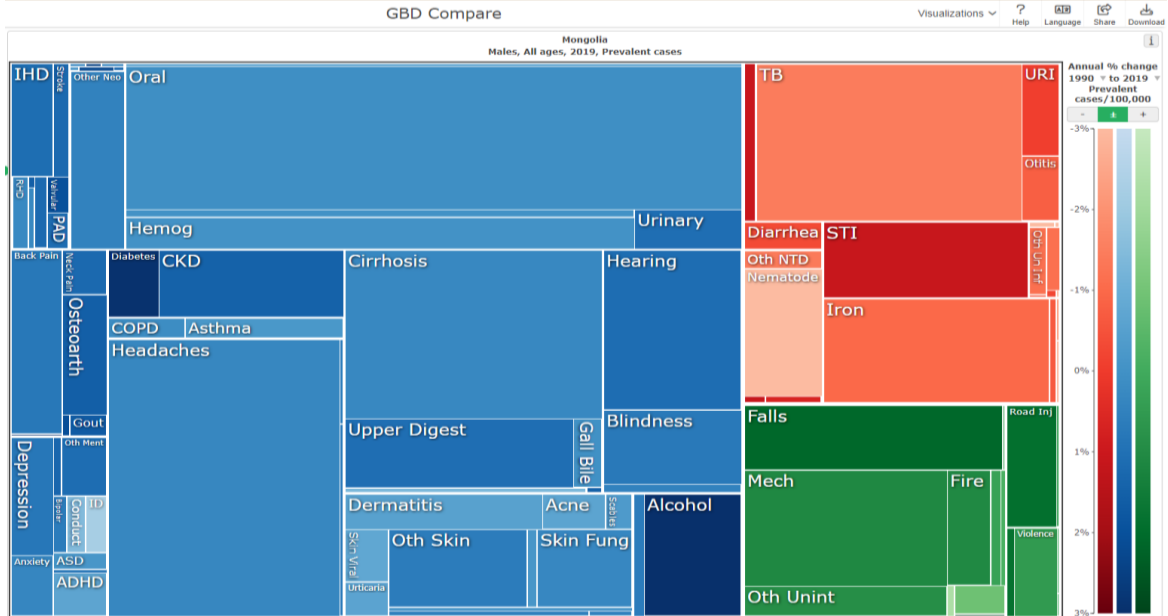
Зураг 13. 2009 он болон 2019 оны нас баралтын шалтгаан бүх насны эрэгтэйчүүдийн



Дараах зураг 4-өөс харахад 2009 болон 2019 оны нас баралтын шалтгаант мэдэгдэхүйц өөрчлөлт гараагүйг харахад эрэгтэйчүүдийн нас баралтын бууруулах чиглэлд дорвитой үйл ажиллагаа хэрэгжүүлэх шаардлагатайг харуулж байна.

Өвчний дарамтыг DALY аргаар тооцож үзэхэд дийлэнх дарамтыг халдварт бус өвчин эзэлж байгааг зураг 14-т харагдаж байна (хөх өнгөөр). 100,000 хүн амд тооцоход 28,000 жил оногдож байна.

Зураг 14. Өвчний дарамтын тооцоолол



3. Дүгнэлт

Эрүүл чийрэг эр хүн арга хэмжээний төлөвлөгөөний хэрэгжилтийг үнэлэхдээ 10 000 хүн амд дараах 3 өвчлөлийн нас баралтын бууруулахаар тусгасан. Үүнд зүрхний шигдээсний шалтгаант нас баралтын суурь түвшин 2020 оны байдлаар 8.5 байгааг 2021 онд 8.0 болгохоор зорьсон боловч 10,000 хүн амд 10.5 байна. Элэгний хорт хавдрын 2021 оны зорилтот түвшин 5.2 боловч 5.8 нас баралт бүртгэгдсэн байна. Үүнээс дүгнэхэд 2021 болон 2022 оны байдлаар нас баралт нэмэгдэж зорилтот түвшиндээ хүрээгүй байна.

Хүснэгт 3. Эрүүл чийрэг эр хүн арга хэмжээний төлөвлөгөөний шалгуур үзүүлэлтийн зорилтот түвшин болон бодит түвшин

	Зорилтот түвшин				Бодит түвшин	
	2020 он	2021 он	2022 он	2023 он	2021 он	2022 он
Зүрхний шигдээс	8.5	8.0	7.5	7.0	10.5	9.3
Элэгний хорт хавдар	5.5	5.2	4.8	4.3	5.8	5.7
Осол гэмтэл	13.5	13.3	12.8	12.3	14.8	16.6

Ишлэл

1. Эрүүл мэндийн үзүүлэлт 2022
2. Wang H, Dwyer-Lindgren L, Lofgren KT, et al. Age-specific and sex-specific mortality in 187 countries, 1970–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380:2071–94.
3. Global, regional, and national age–sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990– 2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015;385:117–71.
4. Baker P. Men's health: a global problem requiring global solutions. *Trends in Urology & Men's Health*. 2016 May;7(3):11-4.
5. Griffith DM. “Centering the Margins”: Moving Equity to the Center of Men’s Health Research. *American Journal*
6. *J of Men’s Health*. 2018;12(5):1317-1327. doi:10.1177/1557988318773973
7. White A, McKee M, Richardson N, de Visser R, Madsen SA, de Sousa BC.



ХҮЛЭЭХ ЖАГСААЛТАД БҮРТГЭГДСЭН ИРГЭДИЙН СУУРЬ ӨВЧЛӨЛИЙН СУДАЛГААНЫ ТАЙЛАН

Судалгааны ажлын удирдагч:

Б.Нарантуяа (Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвийн захирал)

Судалгааны багийн ахлагч:

П.Батчулуун (Эс эд,эрхтнийг шилжүүлэн суулгах үйл ажиллагааг зохицуулах албаны)

Судлаачид:

Э.Батжаргал (Эс эд,эрхтнийг шилжүүлэн суулгах үйл ажиллагааг зохицуулах албаны мэргэжилтэн)

П.Мидриймаа (Эс эд,эрхтнийг шилжүүлэн суулгах үйл ажиллагааг зохицуулах албаны мэргэжилтэн)

1. Үндэслэл

Дэлхийн эрүүл мэндийн практикт Эрхтэн шилжүүлэн суулгах эмчилгээг амьд болон амьгүй донор буюу тархины үхэлтэй донороос хийж эхэлснээс хойш бараг 60 гаруй жил өнгөрсөн байна. Сүүлийн жилүүдэд дээрх 2 төрлийн донороос гадна зүрх зогссон донороос эрхтэн шилжүүлэн суулгах эмчилгээг амжилттай хийхээс гадна үүдэл эсээс эрхтэн ургуулан түүнийг эрхтэн шилжүүлэн суулгах эмчилгээнд ашиглаж эхлээд байна.

Монгол улсад эс, эд, эрхтэн шилжүүлэх мэс заслын эмчилгээ нутагшиж, эрчимтэй хөгжиж байна. Анх амьд донороос бөөр шилжүүлэн суулгах мэс заслын эмчилгээг УНТЭ 1996 онд хийсэн ба 2006 оноос илүү эрчимтэй ажиллаж одоогийн байдлаар УНТЭ-д элэг, бөөр, цусны үүдэл эс шилжүүлэн суулгах мэс засал хийгдээд байна.

2023 оны 12 дугаар 15-ны өдрийн байдлаар УНТЭ 238 хүнд элэг, 331 хүнд бөөр, 32 цусны үүдэл эс, ХСҮТ- 115 хүнд элэг тус тус шилжүүлэн суулгасан байна.

Эрхтэн шилжүүлэн суулгах мэс засал хөгжихийн хирээр эрхтэн шилжүүлэн суулгах эмчилгээ хийлгэх шаардлагатай эмчлүүлэгчдийн хэрэгцээ тоо нэмэгдэж байна.

Монгол улсад жил бүр 200 орчим хүн бөөрний дутагдлын эцсийн үе шатаар оношлогддог гэсэн судалгаа байна. Бөөр орлуулах эмчилгээнээс /гемодиализ, хэвлийн диализ, БШС/ өвчтөнүүдийн ихэнх нь диализ эмчилгээнд хамрагддаг боловч хамгийн сайн үр дүнтэй, амьдралын чанарыг сайжруулдаг эмчилгээ нь бөөр шилжүүлэн суулгах /БШС/ эмчилгээ юм.

2022 оны байдлаар монгол улсад диализ эмчилгээг 1600 хүн хийлгэж байгаагаас бөөрний хүлээх жагсаалтад 2016-2023 онд бүртгүүлсэн 573 хүн байгаа ба энэ тоо өдөр бүр нэмэгдэж байна

Монголд одоогийн байдлаар 331 хүн БШС эмчилгээ хийлгэснээс тархины үхэлтэй донороос 47 хүнд бөөр шилжүүлэн суулгасан бөгөөд алба байгуулагдсанаас хойш /ТҮД-ДДКТ/ 35(10,3%) хүнд бөөр шилжүүлэн суулгах мэс заслын эмчилгээг хийсэн байна. 284(86,6%) нь амьд донороос бөөр шилжүүлэн суулгах мэс заслын эмчилгээ хийлгэсэн байна.

Нийт 35 тархины үхэлтэй донороос бөөр шилжүүлэн суулгуулсан реципиентийн 74,2% (26) эрэгтэй, 25,8% (9) нь эмэгтэй реципиентүүд байна.

2. Судалгааны аргачлал

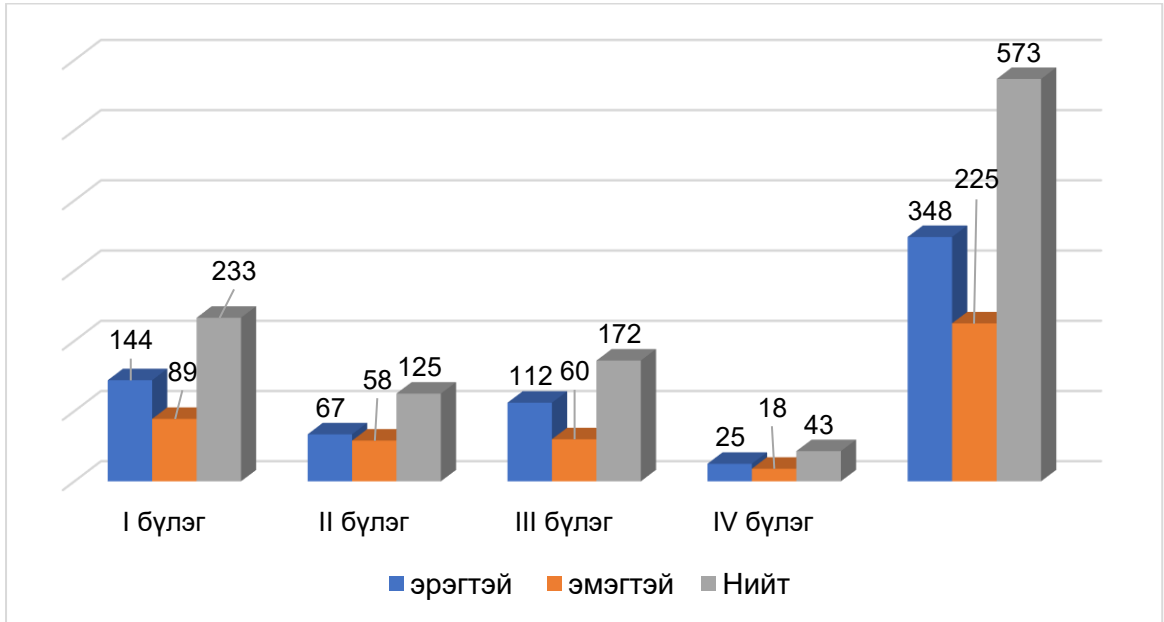
Уг судалгааг ретроспектив судалгааны загвар ашиглан гүйцэтгэсэн.

3. Судалгааны үр дүн

Хүлээх жагсаалтад байгаа нийт 573 реципиентийг хүйсээр нь авч үзвэл 60.7% (348) эрэгтэй, 49.3% (225) эмэгтэй реципиентүүд байна.

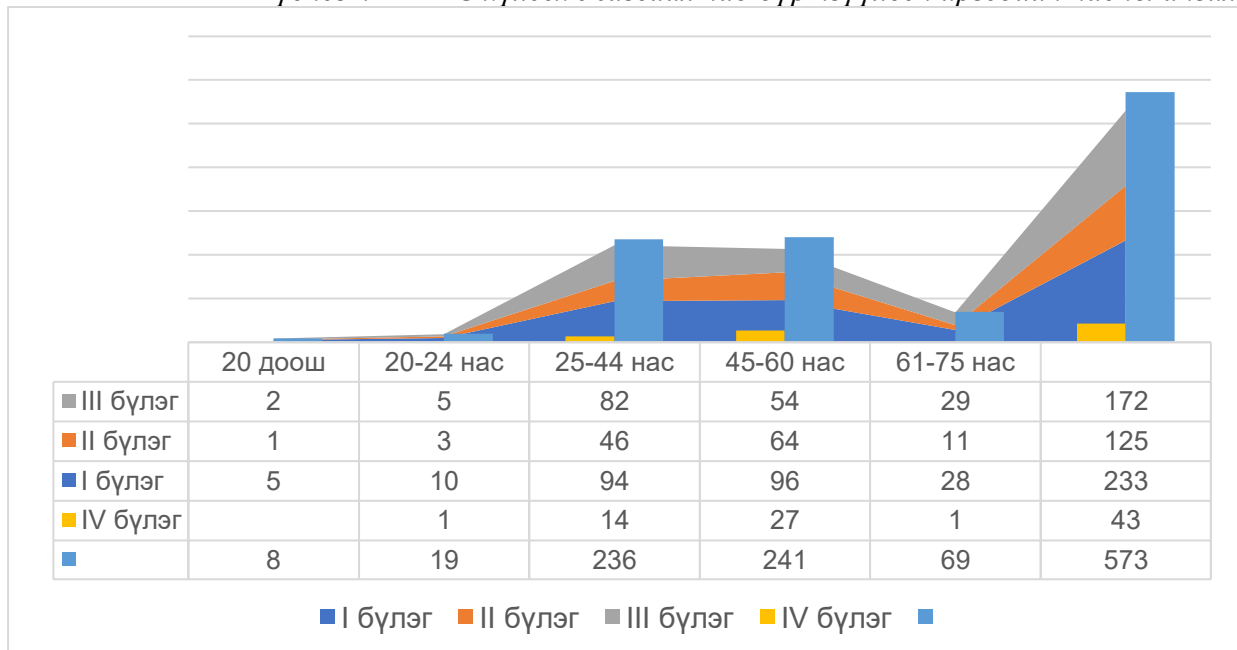
Цусны бүлэг тус бүрээр авч үзвэл ОI бүлгийн 233 хүнээс эрэгтэй 61,8% (144), эмэгтэй 38.2% (89), АII бүлгийн 125 хүнээс 53,8% (67) эрэгтэй, 46,4% (58) эмэгтэй, ВIII бүлгийн хувьд 172 хүний 65.1% (112) нь эрэгтэй, 60 (34,9%) нь эмэгтэй, 4-р бүлгийн хувьд 43 хүнээс 25 (58,1%) эрэгтэй, 18 (41,9%) эмэгтэй реципиентүүд байна.

Хүснэгт 1. БШС-аар хүлээх жагсаалтад бүртгүүлсэн иргэдийн хүйсээр ангилсан байдал



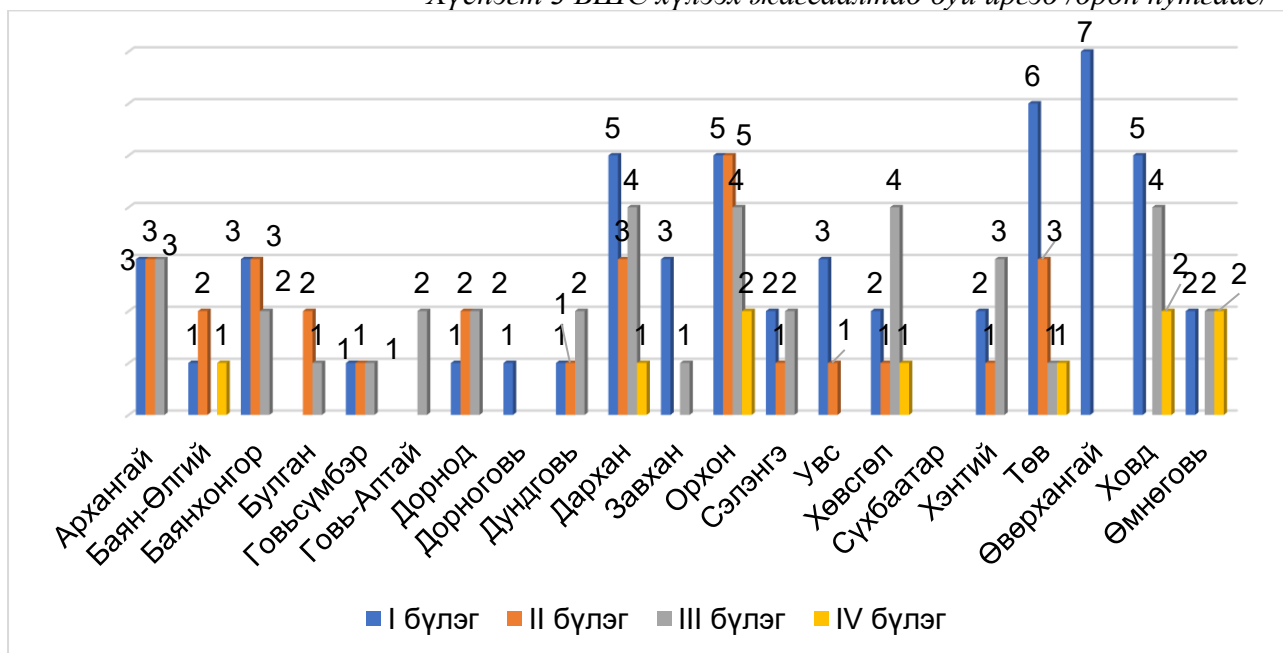
Хүлээх жагсаалтад байгаа реципиентүүдийг насны ангиллаар нь авч үзвэл 20 хүртэлх насны 1,4% (8), 20-24 насны 3,3% (19), 25-44 насны 41,2% (236), 45-60 насны 42% (241), 61-75 насны 12% (69)-ийг эзэлж байна. Эндээс харахад дунд насны буюу 25-60 насны иргэд хамгийн их буюу 477 буюу (83,2%)-ийг эзэлж байна.

Хүснэгт 2 БШС хүлээх жагсаалтад бүртгүүлсэн иргэдийн насны ангилал

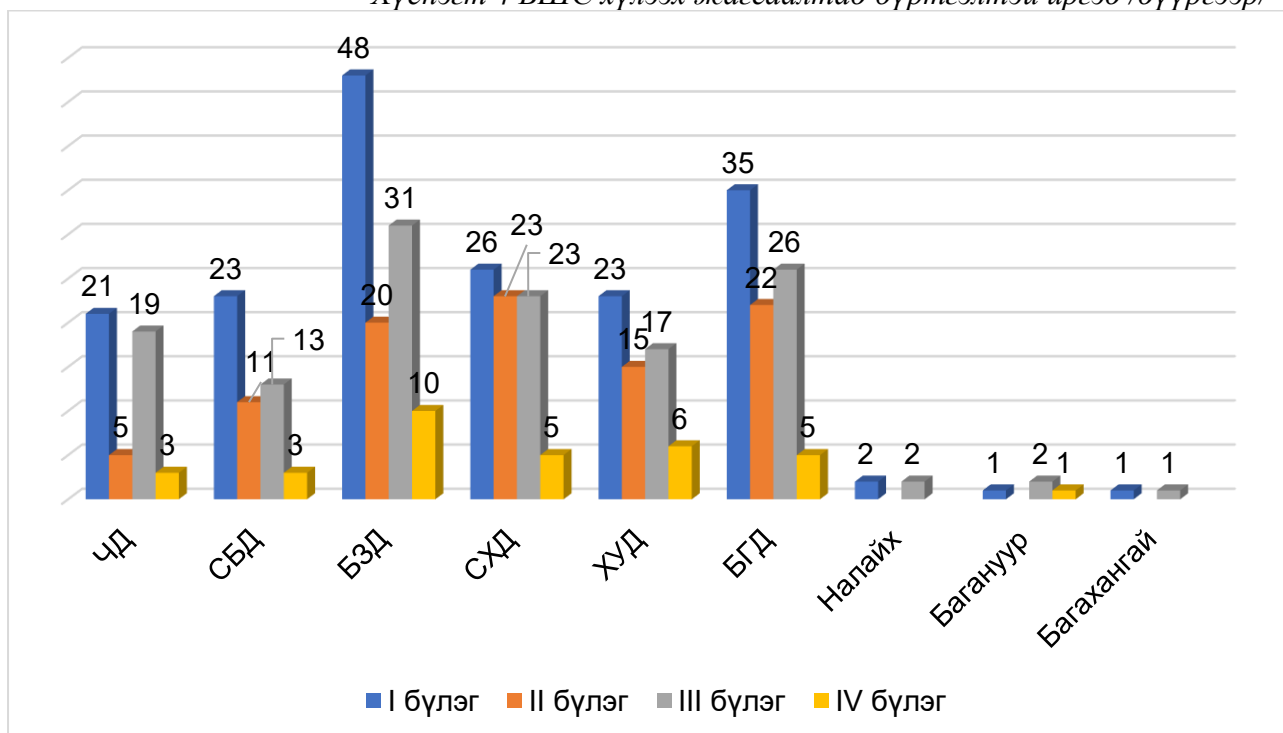


Харьяаллаар нь авч үзвэл 22,6% (130) орон нутгийн, 77,4% (443) нийслэлийн харьяат иргэд байна. /Хүснэгт 3,4-г харуулав./

Хүснэгт 3 БШС хүлээх жагсаалтад буй иргэд /орон нутгаас/

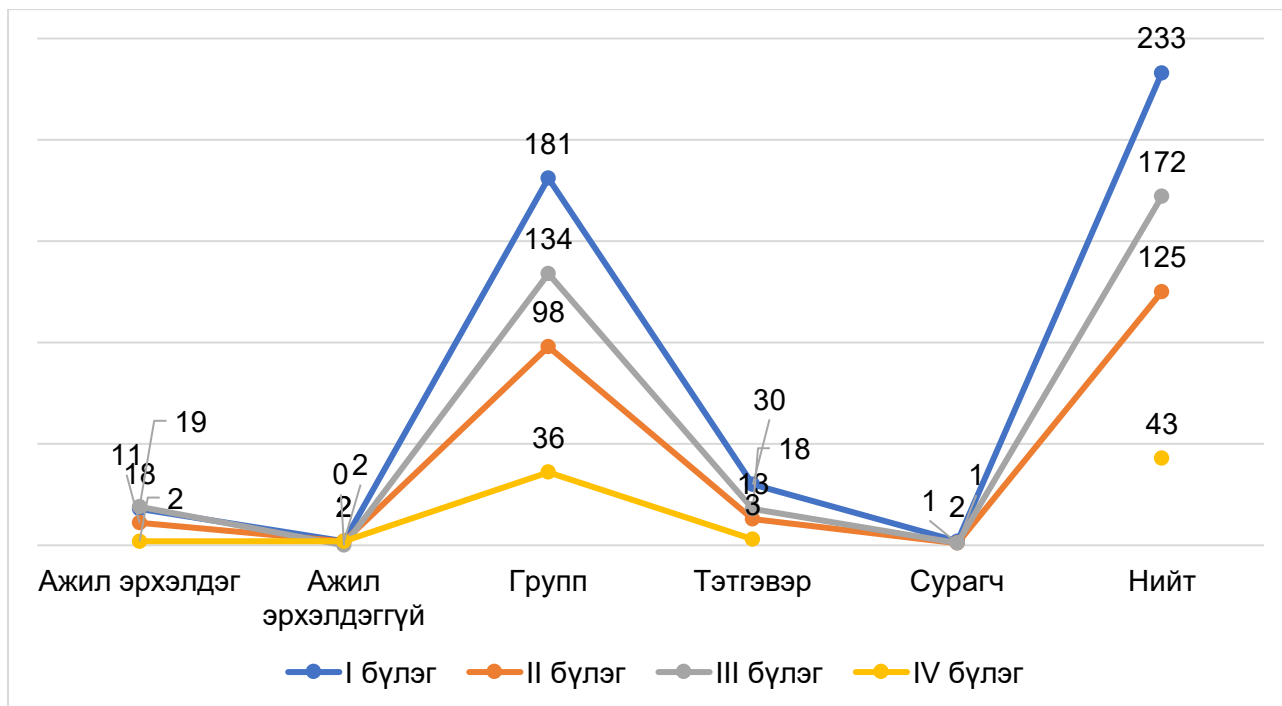


Хүснэгт 4 БШС хүлээх жагсаалтад бүртгэлтэй иргэд /дүүргээр/



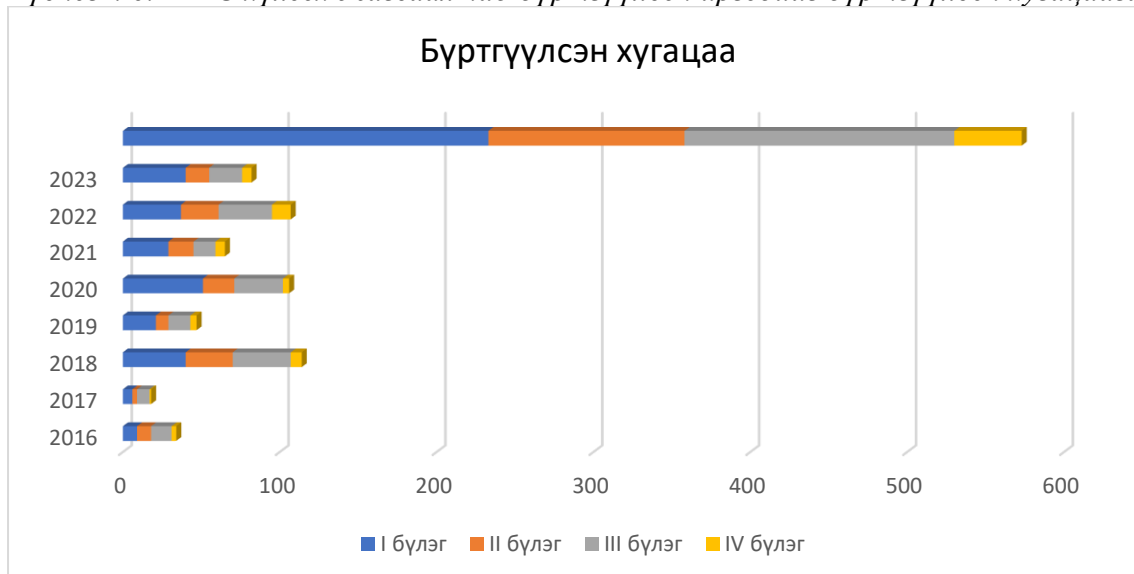
Ажил эрхлэлтээр нь авч үзвэл ажил эрхэлдэг 8,7% (50), группэд 78,3% (449), тэтгэвэрт 11,2% (64), сурагч 0,7% (4) ажил эрхэлдэггүй 1% (6) байна.

Хүснэгт 5 БШС хүлээх жагсаалтад бүртгэлтэй иргэдийн ажил эрхлэлт



Бүртгүүлсэн хугацаагаар нь харвал 2016 онд 6% (34), 2017 онд 3,1% (18), 2018 онд 20%(114), 2019 онд 8,2% (47), 2020 онд 18,5%(106), 2021 онд 11,3% (65), 2022 онд 18,7%(107), 2023 онд 14,3% (82) иргэн бүртгүүлсэн байна.

Хүснэгт 6. БШС хүлээх жагсаалтад бүртгүүлсэн иргэдийг бүртгүүлсэн хугацаагаар нь



Эх сурвалж:

Өвчлөлийн байдлаар нь харвал бөөрний архаг өвчний үндсэн эмгэг болох гломерулонефрит дийлэнх 78,5% (450), чихрийн шижингийн гаралтай 9,2% (53), бөөр шээсний замын нарийсал буюу төрөлхийн гажиг 4,5% (26), артерийн даралт ихсэх өвчний гаралтай 1,2% (7) БШС-д ондоошил өгсөн 3,1% (18), шалтгаан тодорхойгүй буюу бусад 3,3% (19) байна.

Хүснэгт 7 БШС хүлээх жагсаалтад байгаа иргэдийн өвчлөл



4. Дүгнэлт

Судалгааны үр дүнд Монгол Улсад бөөр шилжүүлэн суулгах шаардлагатай амьгүй донорын хүлээх жагсаалтад байгаа реципиентийн ихэнх хувийг 25-60 насны, хүйсийн хувьд 60,7% (348) эрэгтэйчүүд, 78,3% (448) группт орсон, нийслэлийн харьяат 77,3% (443), 2016-2020 онд бүртгүүлсэн 55,6% (319) бөөрний түүдгэнцрийн архаг үрэвслийн шалтгаант 78,5% (450), бөөрний архаг дутагдалд орсон иргэд байна.

Бөөрний архаг өвчний үндсэн оношийг авч үзвэл 2016-2019 онд бөөрний түүдгэнцэрийн архаг үрэвсэл байсан бол 2020 оноос чихрийн шижингийн шалтгаант эмгэг бүртгүүлэх нь ихэссэн байна.

Цусны бүлгээр авч үзвэл 40,6% (233) ОI ба 30% (172) ВIII ихэнх нь байна.

Цаашид хүлээх жагсаалтад байгаа иргэдийн гемодиалезд орсон хугацаа, амьгүй донороос эрхтэн шилжүүлэн суулгаад амьдралын чанар хэрхэн дээшилсэн, хэдэн жил хүлээлтэд байгаад нас барсан, хүлээх жагсаалтад байх үед буюу гемодиалез эмчилгээ хийлгэх үеийн эдийн засгийн болон санхүүгийн дарамт хэрхэн нөлөөлдөг талаар нарийвчлан судлах шаардлагатай байна гэж үзэж байна.

НОМ ЗҮЙ:

1. WIT-ATC 2021 webinar
2. Clinical transplantation 2022 Dec, 36 e14814
3. ЭМХТ-ийн статистик мэдээ 2022
4. УНТЭ-ийн БШС багийн статистик
5. ЭМХТ-ийн ЭЭЭШСҮАЗА-ны нэгдсэн бүртгэл мэдээний сан



**ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТУСЛАМЖ, ҮЙЛЧИЛГЭЭТЭЙ ХОЛБООТОЙ
ТОХИОЛДОЛ, ЭРСДЭЛИЙГ БҮРТГЭХ “БҮРТГЭЛ МЭДЭЭЛЛИЙН
НЭГДСЭН САН” БҮРТГЭГДСЭН ТОХИОЛДЛУУДЫН ДҮН
ШИНЖИЛГЭЭ**

Судалгааны ажлын удирдагч:

Б.Нарантуяа (Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвийн захирал)

Судалгааны багийн ахлагч:

Н.Сэвжид (Магадлан итгэмжлэлийн албаны дарга)

Судлаачид:

С.Мөнхсүх (Магадлан итгэмжлэлийн албаны мэргэжилтэн)

С.Лхагвадорж (Хүний нөөцийн хөгжлийн алба)

1. Үндэслэл

Эрүүл мэндийн салбараар үйлчлүүлж буй 10 хэрэглэгч тутмын 1 нь тусламж, үйлчилгээтэй холбоотой ямар нэгэн хохирол амсдаг байна(1). Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний чанар, үйлчлүүлэгчийн аюулгүй байдлын асуудалд Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллагын зүгээс онцгой анхаарал хандуулан тусламж, үйлчилгээтэй холбоотой үйлчлүүлэгчид учирч болох аливаа хохирол эрсдэлийг 2030 он хүртэл шат дараатайгаар бууруулах замаар тусламж үйлчилгээг сайжруулахад чиглэсэн “Үйлчлүүлэгчийн аюулгүй байдлын талаар хэрэгжүүлэх үйл ажиллагааны төлөвлөгөө 2021-2030”-ийг баталсан.

Тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх явцад үйлчлүүлэгчид аюул учруулах болон аюул учруулж болзошгүй бүхий л тохиолдол, үзэгдлийг бүртгэж, мэдээлснээр тодорхой анхааруулга болон зохих арга хэмжээг богино хугацаанд авч хэрэгжүүлж, шийдвэр гаргах бөгөөд ижил төстэй тохиолдол давтагдахаас сэргийлэх сайн талтай. Эмнэлгийн мэргэжилтнүүд өөрсдийн ажигласан зүйлийг нэг бүрчлэн баримтжуулж, мэдээлж хэвших нь тусламж, үйлчилгээний аюулгүй байдлыг сайжруулахад тэдний бүртгэсэн мэдээллийг ашиглан тохиолдол давтан гарахаас урьдчилан сэргийлэх нь чухал болоод байна.

Эрүүл мэндийн сайдын 2012 оны 08 дугаар сарын 07-ны өдрийн “Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний алдаа зөрчлийг бүртгэх, мэдээлэх заавар” 274 тоот тушаалын дагуу эрүүл мэндийн байгууллагууд алдаа зөрчлийг мэдээлдэг байсан. Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны 12 дугаар сарын 12-ны өдрийн “Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний чанарыг сайжруулах зарим арга хэмжээний тухай” А/566 тоот тушаалын дагуу тохиолдол мэдээлэх тогтолцоо үүссэн бөгөөд эрүүл мэндийн байгууллагууд <http://eburtgel.moh.gov.mn> цахим мэдээллийн нэгдсэн санд тохиолдлын мэдээллийг бүртгэж эхэлсэн. Энэхүү цахим мэдээллийн санд бүртгэгдсэн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээтэй холбоотой гарсан тохиолдолд дүн шинжилгээ хийх, урьдчилан сэргийлэх, шийдвэр гаргахад шаардлагатай мэдээллээр хангах хэрэгцээ байгаа нь бидний ажлын үндэслэл болж байна.

ЗОРИЛГО

Бүртгэж мэдээлэгдсэн тохиолдол болгонд хариу арга хэмжээ авах, давтан гарахаас сэргийлж харилцан суралцсанаар үйлчлүүлэгчид ээлтэй орчин бүрдэж тусламж, үйлчилгээний чанар сайжрах юм.

Зорилт

1. “Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээтэй холбоотой тохиолдол, эрсдэлийг бүртгэх, бүртгэл мэдээллийн нэгдсэн сан” <http://eburtgel.moh.gov.mn> бүртгэгдсэн тохиолдлуудыг нэгтгэх
2. Нэгтгэгдсэн тохиолдлуудад дүн шинжилгээ хийх

Ач холбогдол

1. Нэгдсэн программын хэрэглээг сайжруулах
2. Тохиолдлоос урьдчилан сэргийлэх
3. Сайн туршлагыг хуваалцах

“Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээтэй холбоотой тохиолдол, эрсдэлийг бүртгэх, бүртгэл мэдээллийн нэгдсэн сан” цахим программаар эрүүл мэндийн байгууллагууд тохиолдол, эрсдэлээ бүртгэдэг болсон.

2. Судалгааны арга, аргачлал

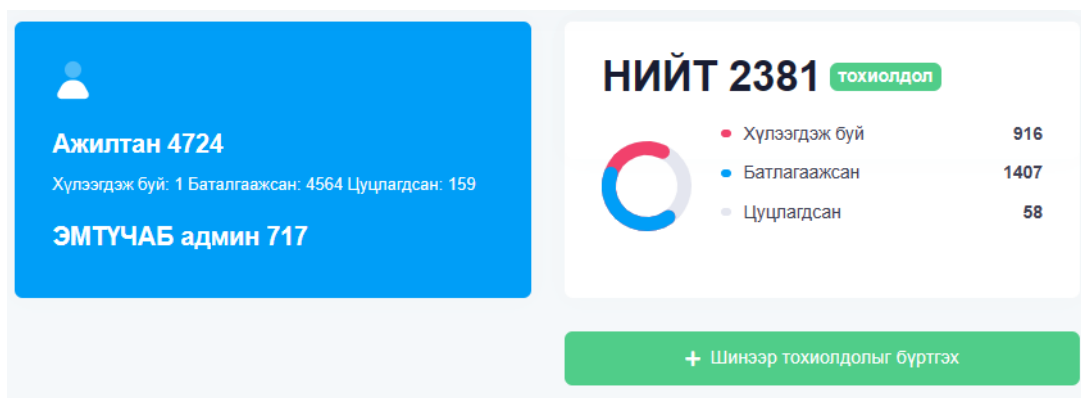
“Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээтэй холбоотой тохиолдол, эрсдэлийг бүртгэх, бүртгэл мэдээллийн нэгдсэн сан”-д 2023 онд бүртгэгдсэн тохиолдлуудын мэдээнд тоон судалгааны аргаар дүн шинжилгээ хийв.

Хэрэглэгдэхүүн

“Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээтэй холбоотой тохиолдол, эрсдэлийг бүртгэх, бүртгэл мэдээллийн нэгдсэн сан”-д Төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг-12, Тусгай мэргэжлийн төв-7, Түргэн тусламжийн төв-1, Аймгийн нэгдсэн эмнэлэг-15, Бүсийн оношилгоо эмчилгээний төв -5, Дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг-1, Дүүргийн эрүүл мэндийн төв- 8, Нэгдсэн эмнэлэг-10, Өрхийн эрүүл мэндийн төв-167, Сумын эрүүл мэндийн төв-200, ортой хувийн эмнэлэг-21, сувилал-6, сэргээн засах төв-2, тосгоны эрүүл мэндийн төв-10, үүдэн эмнэлэг-1, хөдөөгийн нэгдсэн эмнэлэг-2, шүдний эмнэлэг-14, уламжлалт анагаах ухааны-7, ортой хувийн эмнэлэг-21 нийт 511 эрүүл мэндийн байгууллагын 4724 ажилтны бүртгэсэн 2381 тохиолдол дээр дүн шинжилгээ хийв.

3. Үр дүн

1. Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээтэй холбоотой тохиолдол, эрсдэлийг бүртгэх “бүртгэл мэдээллийн нэгдсэн санд 2023 онд одоогийн байдлаар 2381 тохиолдол бүртгэгдсэнээс баталгаажиж шийдвэрлэсэн 1407 тохиолдлын эмнэлзүйн 865 тохиолдолд дүн шинжилгээ хийсэн.



НЭР ТОМЬЁОНЫ ТАЙЛБАР

Эмнэлзүйн тохиолдол

1А тохиолдол - /Үйлчлүүлэгчийн эрүүл мэнд, аюулгүй байдалд нөлөөлсөн, нөлөөлж болзошгүй байдлыг/

1Б тохиолдол - Алдах дөхсөн тохиолдол /Үйлчлүүлэгчид хохирол учруулж болзошгүй байсан ч таслан зогсоосон үйлдлийг/

Тохиолдол 2 - Таагүй тохиолдол /Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх явцад үйлчлүүлэгчид сөрөг үр дагавар үзүүлсэн нөхцөл байдлыг/

Тохиолдол 3 - Ноцтой тохиолдол /Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх явцад үйлчлүүлэгч ноцтойгоор хохирох, эсвэл амь насаа алдахад хүргэсэн үр дагаврыг/

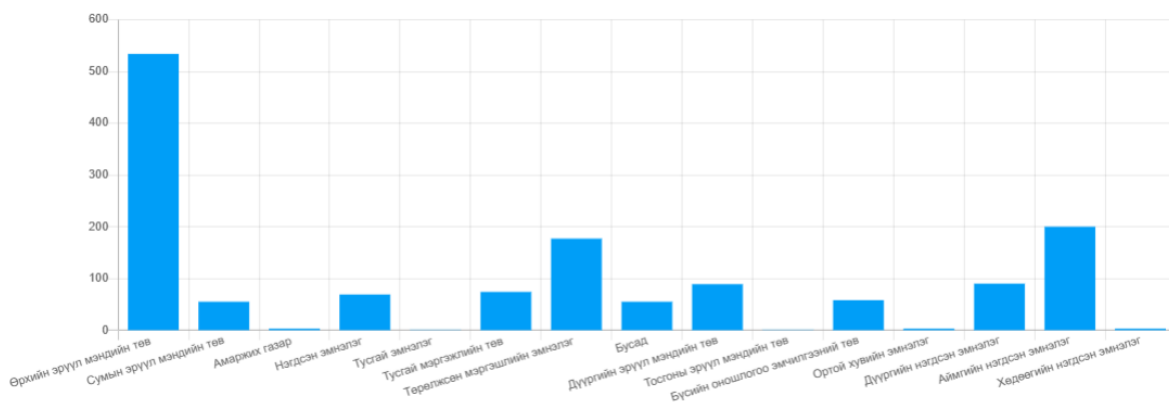
Тохиолдол 4 - Эмнэлгийн алдаа- /Төлөвлөсөн үйл ажиллагаа хэрэгжихгүй байх эсвэл буруу төлөвлөн хэрэгжүүлсэн, зөв төлөвлөсөн үйл ажиллагааг буруу хэрэгжүүлсэн үйлдлийг/

Тохиолдол 5 - Нийгмийн сүлжээгээр түгээгдсэн тохиолдол

Эрүүл мэндийн байгууллагаар

№	Эрүүл мэндийн байгууллага	1А Тохиолдол	1Б Алдаа дөхсөн тохиолдол	2 Таагүй тохиолдол	3 Ноцтой тохиолдол	Эмнэлгийн алдаа	Нийгмийн сүлжээгээр түгээгдсэн	Нийт
1	Өрхийн эрүүл мэндийн төв	344	148	27	10	4	1	534
2	Сумын эрүүл мэндийн төв	15	29	6	3			53
3	Амаржих газар	1		1	1			3
4	Нэгдсэн эмнэлэг	51	16	2				69
5	Тусгай эмнэлэг	1						1
6	Тусгай мэргэжлийн төв	67	2	3		2		74
7	Төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг	42	24	57	41		10	174
8	Бусад	35	13	5	2			55
9	Дүүргийн эрүүл мэндийн төв	29	31	22	7			89
10	Тосгоны эрүүл мэндийн төв		1					1
11	Бүсийн оношилгоо эмчилгээний төв	30	11	12	1	3	1	58
12	Ортой хувийн эмнэлэг	1		1	1			3
13	Дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг	32	18	36	4			90
14	Аймгийн нэгдсэн эмнэлэг	54	78	57	8	1	2	200
15	Хөдөөгийн нэгдсэн эмнэлэг	1	2					3
	Нийт							1407

Тохиолдол байгууллагаар



Эмнэл зүйн тохиолдол /Улсын хэмжээнд 2023 онд нийт бүртгэгдсэн/

№	Эмнэл зүйн шалтгаан тодруулах	1А Тохиолдол	1Б Алдах дөхсөн тохиолдол	2 Таагүй тохиолдол	3 Ноцгой тохиолдол	Эмнэлгийн алдаа	Нийгмийн сүлжээгээр түгээгдсэн	Нийт
Мэс заслын аюулгүй байдалтай холбоотой								
1	Мэс ажилбарын дараах хяналт хийгээгүй			1				1
2	Мэдээгүйжүүлгийн хүндрэл үүссэн		1	1	1			3
3	Багийн гишүүдийн хооронд үр дүнтэй бус харилцаа үүсээгүй			1				1
4	Бусад /Мэс заслын аюулгүй байдал алдагдсан/		3		1			4
5	Хагалгааны дараа багаж, хэрэгсэл үлдээсэн, багажийн тоо дутсан			1				1
6	Мэс засал эмчилгээний дараах хүндрэл үүссэн эрэмбэлэн ангилаагүй			1	2			3
Оношилгоо, эмчилгээтэй холбоотой								
7	Оношилгоо оройтсон	3	5	6	6		1	21
8	Бусад /Оношилгоо, эмчилгээтэй холбоотой/	16	8	2	2			28
9	Өвчтөний бэхэлгээг буруу хийсэн		1	1				2

10	Эмчилгээ оройтсон	1	6	9	3			19
11	Олон улсын өвчний ангиллаар онош тавиагүй	2						2
12	Бусад /Оношилгоо, эмчилгээтэй хожимдолтой холбоотой/	24	19	3	3	2		51
13	Эмчилгээний стандарт заавар зөрчсөн	29	22	20	18		1	90
14	Гардан үйлдлийн стандарт баримтлаагүй		2					2
15	Үйлчлүүлэгч эмчилгээг дутуу хийлгэсэн	17	17	45	8			87
16	Үйлчлүүлэгч эмнэлэгт эргэн хэвтсэн	1		3	2			6
17	Эмч үзлэг хийхийн өмнө			1				1
18	Оношийн зөрүү гарсан	1	7	6	3			17
19	Багаж тоног төхөөрөмжтэй холбоотой алдаа		1	1				2
20	Эмчилгээний үр дүн хангалтгүй	5	3	7	4		1	20
21	Төлөвлөсөн эмчилгээ хийгдээгүй	3	7	4		1	1	16
22	Эмчилгээний хүндрэл гарсан	1	4	8	6	1		20
Тээвэрлэлтийн аюулгүй байдалтай холбоотой								
23	Тээвэрлэлтийн өмнөх бэлтгэл үйл явцыг хангаагүй		1					1
24	Хүлээн авах эмнэлэг рүү мэдээлэл өгч холбогдоогүй	1						1
25	Тээвэрлэлтийн өмнө биеийн байдлыг үнэлээгүй				1			1
26	Бусад /Тээвэрлэлтийн аюулгүй байдал алдагдсан/		2	1				3
Үйлчлүүлэгчийн танин тодруулгатай холбоотой								
27	Дүрс оношилгоо, багажийн шинжилгээ хийхийн өмнө болон хариу хүргэх үед		1					1

28	Бүртгэлийг буруу хийсэн	13	10	6	1			30
29	Эмчилгээ, оношилгоо, ажилбарын өмнө	4	1					5
30	Талбайн тэмдэглэл хийгдээгүй байх		1					1
31	Үйлчлүүлэгч нас барах тохиолдолд				1			1
32	Үйлчлүүлэгч регистргүй болон регистр мэдэгдэхгүй	13	12					25
33	Эмийн эмчилгээний өмнө		1					1
34	Бусад /Үйлчлүүлэгчийн танин тодруулгатай холбоотой/	4	6	1				11
35	Сувилахуйн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэхийн өмнө	2	1	1				4
36	Өвчтөн бугуйн таних тэмдэггүй байх		3	1				4
37	Цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбэхийн өмнө	1						1
38	2-оос дээш танин тодруулга хэрэглэсэн	2	4	1	2			9
Цусны аюулгүй байдалтай холбоотой								
39	Бүлгийн зөрүү, хорионы бүтээгдэхүүн, бүтээгдэхүүний хэмжээ буруу оруулах		1					1
40	Цусны бүлэг тодорхойлох шинжилгээ хийгээгүй		1					1
41	Бусад /Цусны аюулгүй байдалтай алдагдсан/	1		1		1		3
Шинжилгээний дутагдал, доголдол								
42	Сорьц алдагдсан	1		1				2
43	Шинжилгээний өмнөх үеийн алдаа		2					2
44	Шинжилгээний хариу дамжуулалт систем буруу, алдаатай	5	6	1		1		13
45	Шинжилгээний аюултай хариу		1					1

	мэдэгдэх үеийн тохиолдол						
46	Захиалагдсан шинжилгээ хийгдээгүй	5	3				8
47	Шинжилгээний захиалга, шинжилгээний хариу дамжуулалт буруу хийгдсэн		1				1
48	Сорьцын хаягжилт буруу хийгдсэн	2	4				6
49	Бусад /Шинжилгээний дутагдал, доголдолтой холбоотой/	2	2	3			7
50	Сорьц солигдсон	7	8	1	4		20
Эмийн аюулгүй байдалтай холбоотой							
51	Эмийг зааврын дагуу хэрэглээгүй	3	11	4		1	19
52	Эмийн баримт бичиг, маягт хөтлөл бүрдэл дутуу	1					1
53	Өвчтөнд эм, тариаг андуурч хийсэн		1	2			3
54	Эмийн нөөцгүй болсон	1	2	1			4
55	Эмийг буруу хаягласан/бэлтгэсэн		2				2
56	Зөвшөөрөлгүй эмийг хэрэглэсэн	1	1				2
57	Эм олгогдоогүй/хоцорсон	8	3	1			12
58	Эм түүвэрлэх/захиалга хийх үед алдаа гарсан	2	3				5
59	Бусад /Эмийн аюулгүй байдал алдагдсан/	6	1	3			10
60	Өвчтөнд эмийн эмчилгээний талаар зөвлөгөө өгөөгүй	2					2
61	Эмийн гаж нөлөө илэрсэн	1	6	3	1		11
62	Эмийг буруу хадгалсан	1					1
63	Эмийн жор бичилт буруу, дутуу	5	3			1	9

64	Харшилдаг эм, тариаг өвчтөнөөс асуугаагүй /хэрэглэсэн/	3	1	3				7
65	Тарилгын стандарт баримтлаагүй	3	7					10
66	Эмийн тун буруу тооцсон/олгосон	3	7	3	1			14
67	Эмийг буруу хадгалсан	1						1
68	Эмийн чанар алдагдсан/хугацаа дууссан	9	7	1				17
69	Өвчтөний хэрэглэж байгаа эмийг хянаагүй		1	1				2
Эмнэл зүйн харилцаатай холбоотой								
70	Ажилтан хооронд үр дүнтэй харьцаа үүсээгүй	2					1	3
71	Үйлчлүүлэгч мэс засал хийлгэсэн, эсвэл эмнэлэгт нас барсан тохиолдолд өөрийнх нь болон асран хамгаалагчийн бичгээр өгсөн зөвшөөрөлгүйгээр эс, эд эрхтний бүрэн бүтэн байдлыг алдагдуулсан						1	1
72	Эмнэлзүйн мэдээллийг оруулаагүй, буруу оруулсан	2						2
73	Бусад /Эмнэлзүйн харилцаатай холбоотой/	8						8
74	Ажил хүлээлцээгүй	1	1		2			4
75	Хариуцлага алдсан	1		1				2
76	Өвчний түүх, карт, эрүүл мэнд, эмчилгээ, үйлчилгээний талаарх тодорхойлолтыг хуурамчаар үйлдсэн	1						1
77	Үйлчлүүлэгч ажилтан хооронд үр дүнтэй харилцаа бий болгох	10	5	2	1		1	19
Эмнэлгийн орчинд үйлчлүүлэгч унасан								
78	Унах эрсдэлийн тэмдэг тэмдэглэгээ хийгээгүйгээс унах	2						2

79	Шатнаас унасан	1		1				2
80	Унах эрсдэлийг үнэлээгүйгээс унах			3	1			4
81	Халтирч унах	1	1					2
Эмнэлгийн орчинд холголт, нуралт, цооролт үүссэн								
82	Ор дэр цагаан хэрэглэлийг солиогүй удсан, гудас дэвсгэр овгор, нугалаа ихтэй			1				1
83	Бусад /Эмнэлгийн орчинд холголт, нуралт, цоорол үүссэн/		1					1
Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний халдвартай холбоотой								
84	Үйлчлүүлэгч, эмнэлгийн ажилтан биологийн шингэнээр бохирлогдсон		1					1
85	Халдварын сэргийлэлтийн дэглэм мөрдөөгүй	35	14	3				52
86	Эмнэлгээс шалтгаалах халдвар илэрсэн			9				9
87	Халдваргүйжүүлэлт бүрэн бус хийгдсэн	4	3	1				8
88	Эмнэлгийн дотоод орчны бохирдол	1						1
89	Эмнэлгийн орчны халдварын асуудал	3	4	1				8
90	Бусад /Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний халдвартай холбоотой/	6	4	1				11
91	Халдвар дамжих замаас шалтгаалсан сэргийлэлтийг мөрдөөгүй	6	4	2				12
92	Эмнэлгийн ажилтан хурц ирмэгтэй багаж, хэрэгсэлд зүсэгдсэн	3	2	2				7
93	Ариутгал бүрэн бус хийгдсэн	1	1					2
94	Эмнэлгийн хог хаягдлыг ангилж хийгээгүй	1	1					2
	Нийт							865

Хүснэгт. Эмнэл зүйн бус тохиолдол /Улсын хэмжээнд 2023 онд нийт бүртгэгдсэн/

№	Эмнэл зүйн бус шалтгаан тодруулах	1А Тохиолдол	1Б Алдах дөхсөн тохиолдол	2 Таагүй тохиолдол	3 Ноцтой тохиолдол	Эмнэлгийн алдаа	Нийгмийн сүлжээгээр түгээгдсэн	Нийт
Барилга, байгууламжтай холбоотой								
1	Цахилгааны шугам, утасны хэт ачаалал үүссэн	3	1	1				5
2	Хаалга, цонх, хана, таазны гэмтэл	3	1					4
3	Агааржуулалтын доголдол	2		1				3
4	Усны шугам сүлжээ гэмтсэн, ус алдсан	13	7	1				21
5	Бохирын суваг гэмтсэн, доголдсон	2	1					3
6	Гал гарсан тохиолдол				1			1
7	Халаалтын асуудал	1	1					2
8	Цахилгаан хангамж доголдсон	7	2	1				10
9	Бусад /Барилга, байгууламжтай холбоотой/	16	2	1		1	1	21
Санхүү, төлбөр тооцоотой холбоотой								
12	Даатгалын төлбөртэй холбоотой асуудал	2						2
13	Үйлчлүүлэгчид үнийн талаарх мэдээлэл өгөөгүй	1						1
14	Баримт, бичиг маягт хөтлөлттэй холбоотой алдаа	12						12
15	Тайлангийн алдаа	1				1		2
16	Тайлангийн алдаа	3						3
17	Баримт, бичиг маягт хөтлөлттэй холбоотой	1	1					2
18	Буруу үнэ тооцсон, нэхэмжилсэн	1	1				1	3
19	Бусад /Санхүү, төлбөр тооцоотой холбоотой/	5					1	6

20	Даатгал руу нэхэмжлэх бичиг баримтууд дутуу хийгдсэн	5		1				6
Үйлчлүүлэгч, ажилтны аюулгүй байдалтай холбоотой								
21	Ажилтан гэмтсэн	7	4	9				20
22	Ажилтан хүчирхийлэлд өртсөн	3		1				4
23	Үйлчлүүлэгч гэмтсэн	5	4	9	1			19
24	Бусад /Үйлчлүүлэгч ажилтны аюулгүй байдалтай холбоотой/	19	18	5	1		1	44
25	Айлган сүрдүүлсэн	1						1
26	Үйлчлүүлэгч өөрийгөө гэмтээсэн			1				1
Харилцааны дутагдал, доголдол								
27	Эмнэлгийн ажилтан үйлчлүүлэгчийг хэл амаар доромжилсон	14	1				1	16
28	Хүндэтгэлтэй хандаагүй	2	1					3
29	Зохимжгүй үг хэллэг хэрэглэсэн	20	6	1	2			29
30	Бусад /Харилцааны дутагдал, доголдолтой холбоотой/	7	2				2	11
31	Үйлчлүүлэгч эмнэлгийн ажилтныг хэл амаар доромжилсон			1				1
Эмнэлгийн мэдээллийн системтэй холбоотой								
34	Нэгж шилжүүлэлтийн алдаа	1						1
35	Үйлчлүүлэгчийн мэдээллийг буруу оруулсан	11	5	3				19
36	Бусад /Эмнэлгийн мэдээллийн системтэй холбоотой/	17	3					20
37	Хамралтын хувь хангалтгүй, хувь зорилтот түвшинд хүрээгүй		2				1	3

38	Цахим сүлжээнд шинжилгээний хариуг буруу оруулах	4					4
39	Эмнэлгийн мэдээллийн системд доголдсон, ажиллагаагүй болсон	14	1		2		17
40	Цахим сүлжээтэй холбоотой алдаа	3					3
Эмнэлгийн тоног төхөөрөмж, багаж, хэрэгсэлтэй холбоотой							
41	Багаж, хэрэгсэл дутагдсан	8	2		1		11
42	Эмнэлгийн хэрэгсэл буруу захиалсан			2			2
43	Эд материал дутагдсан	7	2				9
44	Шаардлага хангаагүй эмнэлгийн хэрэгсэл илэрсэн	5	4				9
45	Тоног төхөөрөмж эвдэрсэн, гэмтсэн	21	6	4	1		32
46	Тоног төхөөрөмжийн дутагдал, хэт ачаалал үүссэн	17		2			19
47	Багаж тоног төхөөрөмжтэй холбоотой алдаа	3					3
48	Эмнэлгийн хэрэгслийн бүрэн бүтэн байдал алдагдсан	6	5	1		1	13
49	Багаж, хэрэгсэл дутагдсан	30	12	5			47
50	Бусад /Эмнэлгийн тоног, төхөөрөмж, багаж, хэрэгсэлтэй холбоотой/	14	3	3			20
51	Буруу эмнэлгийн хэрэгсэл олгосон	1					1
52	Тоног төхөөрөмжийн аюулгүй ажиллагаа зөрчигдсөн	6	8	1			15
	Нийт						602

Эмнэлзүйн тохиолдолд нөлөөлөх хүчин зүйлс

№	Нөлөөлөх хүчин зүйлс	1А Тохиолдол	1Б Алдах дөхсөн тохиолдол	2 Таагүй тохиолдол	3 Ноцтой тохиолдол	Эмнэлгийн алдаа	Нийгмийн сүлжээгээр түгээгдсэн	Нийт
1	Үйлчлүүлэгчийн хүчин зүйл	27	36	24	9			96
2	Хувь хүн/ ажилтны хүчин зүйл	244	204	112	32	4	6	602
3	Ажлын болон үйлчилгээний орчны хүчин зүйл	23	16	18	4	1		62
4	Багийн хүчин зүйл	18	34	54	37	1	1	145
5	Баримт бичиг/ технологийн хүчин зүйл	22	10	3		1		36
6	Бүтэц, зохион байгуулалтын хүчин зүйл	11	7	4		1	2	25
	Нийт							966

Хүснэгт. Тохиолдол шийдвэрлэсэн түвшин

№	Шийдвэрлэх тохиолдол	Хариу арга хэмжээ авсан байдал	ЭМТҮЧАБ-н алба /баг/-т мэдээлсэн байдал	Нийт
1	Тохиолдол-1А	757	757	757
2	Алдах дөхсөн тохиолдол-1Б	420	420	420
3	Таагүй тохиолдол-2	272	272	272
4	Ноцтой тохиолдол-3	91	91	91
5	Эмнэлгийн алдаа	11	11	11
6	Нийгмийн сүлжээгээр түгээгдсэн	17	17	17
				1568

4. Дүгнэлт

Эрүүл мэндийн байгууллагууд Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээтэй холбоотой тохиолдол, эрсдэлийг бүртгэх “бүртгэл мэдээллийн нэгдсэн санд 2023 онд одоогийн байдлаар 2381 тохиолдол бүртгэгдсэнээс баталгаажиж шийдвэрлэсэн 1407 тохиолдлын эмнэлзүйн 865 тохиолдолд дүн шинжилгээ хийсэн.

1. [Үйлчлүүлэгчийн танин тодруулгатай холбоотой-93](#)
Бүртгэлийг буруу хийсэн-30 /ноцтой тохиолдол-1, таагүй тохиолдол-6/
2. [Оношилгоо, эмчилгээтэй холбоотой-387](#)
Эмчилгээний стандарт заавар зөрчсөн-90 /ноцтой тохиолдол-18, таагүй тохиолдол-20/
Үйлчлүүлэгч эмчилгээг дутуу хийлгэсэн-87 /ноцтой тохиолдол-8, таагүй тохиолдол-45/
3. [Эмийн аюулгүй байдалтай холбоотой-132](#)
Эмийн гаж нөлөө илэрсэн /ноцтой тохиолдол-1, таагүй тохиолдол-3/
Эмийн тун буруу тооцсон, олгосон /ноцтой тохиолдол-1, таагүй тохиолдол-3/
4. [Мэс заслын аюулгүй байдалтай холбоотой-13](#)
Мэс засал эмчилгээний дараах хүндрэл үүссэн эрэмбэлэн ангилаагүй /ноцтой тохиолдол-2, таагүй тохиолдол-1/
Мэдээгүйчүүлгийн хүндрэл үүссэн /ноцтой тохиолдол-1, таагүй тохиолдол-1/
5. [Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний халдвартай холбоотой-113](#)
Халдварын сэргийлэлтийн дэглэм мөрдөөгүй /таагүй тохиолдол-3/
Эмнэлгээс шалтгаалах халдвар илэрсэн /таагүй тохиолдол-9/
6. [Шинжилгээний дутагдал, доголдол-60](#)
Сорьц солигдсон /ноцтой тохиолдол-4, таагүй тохиолдол-1/
7. [Тээвэрлэлтийн аюулгүй байдалтай холбоотой-6](#)
Тээвэрлэлтийн өмнө биеийн байдлыг үнэлээгүй /ноцтой тохиолдол-1/
8. [Эмнэлгийн орчинд үйлчлүүлэгч унасан-30](#)
Унах эрсдэлийг үнэлээгүйгээс унах /ноцтой тохиолдол-1, таагүй тохиолдол-3/
9. [Эмнэл зүйн харилцаатай холбоотой-21](#)
Ажил хүлээлцээгүй /ноцтой тохиолдол-2/
Үйлчлүүлэгч ажилтан хооронд үр дүнтэй харилцаа бий болгох /ноцтой тохиолдол-1, таагүй тохиолдол-2/
10. [Цусны аюулгүй байдалтай холбоотой-5](#)
Бусад /Цусны аюулгүй байдалтай алдагдсан/ таагүй тохиолдол-1
11. [Эмнэлгийн орчинд холголт, нуралт, цооролт үүссэн-2](#)
Ор дэр цагаан хэрэглэлийг солиогүй удсан, гудас дэвсгэр овгор, нугалаа ихтэй /таагүй тохиолдол-1/

Эрүүл мэндийн байгууллагууд тохиолдлоо бүртгэж хэвшиж байгаа нь сайн талтай. Бүртгэгдсэн таагүй болон, ноцтой тохиолдлыг цаашид дахин давтан гарахаас сэргийлж ажиллах шаардлага тулгарч байна.



ХЭРЭГЛЭГЧИЙН ҮНЭЛГЭЭНД ХИЙСЭН ДҮН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ТАЙЛАН - 2023 ОН

Судалгааны ажлын удирдагч:

Б.Нарантуяа (Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвийн захирал)

Судалгааны багийн ахлагч:

Н.Сэвжид (Магадлан итгэмжлэлийн албаны дарга)

Судлаачид:

Л.Бор (Магадлан итгэмжлэлийн албаны мэргэжилтэн)

Ц.Болормаа (Эрүүл мэндийн эдийн засаг, бодлогын
судалгааны албаны)

1. Хэрэглэгчийн үнэлгээ хийх үндэслэл

“Журам шинэчлэн батлах тухай” Эрүүл мэндийн сайдын 2022 оны А/346 дугаар тушаалын дагуу эрүүл мэндийн байгууллагын хяналт-шинжилгээ, үнэлгээний нэг үзүүлэлт болох хэрэглэгчийн үнэлгээг улсын хэмжээнд зохион байгуулахыг Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд даалгасан нь энэхүү үнэлгээг хийх үндэслэл болж байна.

Хэрэглэгчийн сэтгэл ханамж нь тусламж, үйлчилгээний чанар, хүртээмж, эмнэлгийн мэргэжилтнүүдийн харилцаа, хандлага, ёс зүй гэх мэт эрүүл мэндийн байгууллагатай холбоотой олон хүчин зүйлээс хамаардаг. Мөн үйлчлүүлэгчийн орлогын болон эрүүл мэндийн боловсролын түвшин, хандлага, тусламж, үйлчилгээ авах үеийн сэтгэл зүйн байдал, өвчний үе шат, эдгэрэл зэрэг бусад хүчин зүйл хэрэглэгчийн үнэлгээнд ихээхэн нөлөө үзүүлнэ.

Зорилго:

Төрийн өмчит болон төрөөс санхүүждэг эрүүл мэндийн байгууллагуудын хэрэглэгчийн сэтгэл ханамжийг үнэлэх, шийдвэр гаргагчдыг нотолгоонд суурилсан мэдээллээр хангах

Зорилт:

- Амбулаториор үйлчлүүлэгчид, хэвтэн эмчлүүлэгчдийн сэтгэл ханамжийг үнэлэх
- Эрүүл мэндийн байгууллагын хяналт-шинжилгээ, үнэлгээнд нотолгоонд тулгуурласан мэдээллээр хангах

Үр дүн:

- Хэрэглэгчдийн сэтгэл ханамжийг үнэлсэн судалгааны үр дүнгийн тайлан бичигдэнэ.
- Эрүүл мэндийн байгууллагын хяналт-шинжилгээ, үнэлгээний хэрэглэгчийн үнэлгээний үзүүлэлт гарна.

2. Үнэлгээний аргачлал

Үнэлгээний аргачлал:

Үнэлгээг тоон судалгааны аргыг ашиглан, тусгайлан боловсруулсан асуумжаар, жилийн турш эрүүл мэндийн байгууллагаар үйлчлүүлэгчдээр өөрсдөөр нь бөглүүлэх аргаар явуулав.

Үнэлгээний хамрах хүрээ:

Үнэлгээнд төрийн өмчит эрүүл мэндийн байгууллагаар амбулаторийн болон хэвтүүлэн эмчлүүлэх тусламж, үйлчилгээ авсан иргэдийг хамруулсан. Үүнд: Засгийн газрын хэрэгжүүлэгч 2 агентлаг, ЭМЯ-ны харьяа төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг болон тусгай мэргэжлийн төвүүд, Бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төвүүд, аймгийн нэгдсэн эмнэлгүүд, нийслэл, орон нутгийн өрхийн эрүүл мэндийн төвүүд, сумын эрүүл мэндийн төвүүд, хөдөөгийн нэгдсэн эмнэлгүүд, багийн эмчийн салбарууд, дүүргийн эрүүл мэндийн төвүүд, нэгдсэн эмнэлгүүд, тосгоны эрүүл мэндийн төвүүд хамаарна.

Үнэлгээний нэгж, түүврийн тоо:

Хэрэглэгчийн сэтгэл ханамжийн үнэлгээний нэгж нь 2023 онд эрүүл мэндийн байгууллагын амбулаториор мэргэжлийн эмчид үзүүлсэн болон хэвтэж эмчлүүлсэн иргэд юм.

Амбулаториор үйлчлүүлэгчдийн сэтгэл ханамжийн үнэлгээний түүврийн тоог тогтооход 2022 онд өвчний учир амбулаториор мэргэжлийн эмчид үзүүлсэн иргэдийн тооноос 1 өдөрт үйлчлүүлсэн иргэдийн тоог тооцоолон гаргаж, эх олонлогоор авсан.

**Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний зарим үзүүлэлтүүд
2022 оны жилийн эцсийн байдлаар**

Аймаг хот	Нийт үзлэг	Үүнээс					Эмчлэгдсэн хүний тоо	Ор хонгор	Дундаж ор хонгор	Бүртгэгдсэн өвчлөл		
		Урьдчилан сэргийлэх үзлэг	Өвчний учир амбулаторт	Идэвхитэй хяналт	Гэрийн идэвхитэй	Гэрийн дуудлаг-аар				2021 онд	2022 онд	5 жилийн дундаж
1. Архангай	360099	124457	175432	32554	22127	5529	19533	135256	6.9	55834	86295	72748
2. Баян-Өлгий	473539	99355	251685	54817	44486	23196	31451	215315	6.8	77000	95607	64801
3. Баянхонгор	303295	78819	136075	45282	37971	5148	26129	183669	7.0	59267	76524	77365
4. Булган	204974	48600	126102	18044	8952	3276	11136	80900	7.3	46715	75764	48547
5. Говь-Алтай	274757	67606	165756	11397	25153	4845	14113	103252	7.3	42661	59692	49757
6. Говьсүмбэр	132236	26203	90339	9659	5926	109	5974	42582	7.1	4203	8491	5793
7. Дархан-Уул	697277	192421	342575	48698	110389	3194	31724	220855	7.0	36741	56145	52624
8. Дорноговь	443580	115068	234157	55700	30938	7717	19367	137608	7.1	72938	101485	84924
9. Дорнод	450928	134202	222529	38759	50396	5042	19520	139592	7.2	44200	84345	50318
10. Дундговь	159840	32675	103983	18054	3773	1355	10574	79555	7.5	23879	38909	30898
11. Завхан	313278	65539	200623	20452	15557	11107	19672	138097	7.0	55447	108058	65965
12. Орхон	683342	245983	282001	45787	106924	2647	38294	254067	6.6	55305	73527	54059
13. Өвөрхангай	426513	90879	279255	30326	18207	7846	28182	196146	7.0	43132	68926	59387
14. Өмнөговь	360720	76133	232732	36256	12189	3410	18531	124374	6.7	56649	97729	75777
15. Сүхбаатар	265545	72496	137063	40323	9147	6516	15326	122445	8.0	25441	40846	35378
16. Сэлэнгэ	431362	100756	250158	54838	21616	3994	23860	173943	7.3	36946	63358	44081
17. Төв	340139	117645	181839	27824	10076	2755	16976	124996	7.4	59048	99961	85911
18. Увс	390145	87698	248607	19954	23531	10355	22788	152600	6.7	66634	93670	68473
19. Ховд	466547	100809	265016	51900	41469	7353	28560	215016	7.5	57801	75235	63432
20. Хөвсгөл	537430	190907	271340	42793	21511	10879	29917	203243	6.8	78101	133928	94684
21. Хэнтий	341841	74819	207531	37640	13941	7910	20941	157245	7.5	59408	89608	61555
Аймгийн дүн	8057387	2143070	4404798	741057	634279	134183	452568	3200756	7.1	1057350	1628103	1246479
22. Улаанбаатар	12373493	2884231	7703052	643678	1105908	36624	553177	3688512	6.7	1091366	1605686	1260150
Улсын дүн	20430880	5027301	12107850	1384735	1740187	170807	1005745	6889268	6.8	2148716	3233789	2506629

Харин хэвтэн эмчлүүлэгчдийн түүврийн тоог тогтооход тухайн эмнэлгийн орны тоог эх олонлогоор тооцоолов. Нийслэл болон аймгуудын эрүүл мэндийн газрын үнэлгээнд хамрагдвал зохих хэрэглэгчийн тоог тодорхойлоход харьяа эрүүл мэндийн байгууллагуудын үзүүлэлтийн нийлбэрээр тооцоолсон болно.

Хүснэгт 2.8 Стационарын тусламж, үйлчилгээний зарим үзүүлэлтүүд

№	Аймаг/хот	Орны тоо	Орны фонд ашиглалт	Орны фонд ашиглалтын хувь	Дундаж ор хоног	Орны эргэлт
1	Архангай	551	245.5	67.3	6.9	35.9
2	Баян-Өлгий	946	227.6	62.4	6.8	33.6
3	Баянхонгор	667	275.4	75.4	7.0	39.6
4	Булган	297	272.4	74.6	7.3	38.2
5	Говь-Алтай	491	210.3	57.6	7.3	29.1
6	Говьсүмбэр	149	285.8	78.3	7.1	40.6
7	Дархан-Уул	784	281.7	77.2	7.0	41.0
8	Дорноговь	540	254.8	69.8	7.1	36.4
9	Дорнод	573	243.6	66.7	7.2	34.5
10	Дундговь	351	226.7	62.1	7.5	30.5
11	Завхан	757	182.4	50.0	7.0	26.3
12	Орхон	900	282.3	77.3	6.6	42.8
13	Өвөрхангай	966	203.0	55.6	7.0	29.6
14	Өмнөговь	696	178.7	49.0	6.7	26.9
15	Сүхбаатар	548	223.4	61.2	8.0	28.3
16	Сэлэнгэ	830	209.6	57.4	7.3	29.1
17	Төв	572	218.5	59.9	7.4	30.3
18	Увс	575	265.4	72.7	6.7	40.1
19	Ховд	826	260.3	71.3	7.5	34.9
20	Хөвсгөл	922	220.4	60.4	6.8	33.1
21	Хэнтий	622	252.8	69.3	7.5	34.0
22	Аймгийн дүн	13563	236.0	64.7	7.1	33.8
23	Улаанбаатар	15326	240.7	65.9	6.7	36.5
24	Улсын дүн	28889	238.5	65.3	6.8	35.2

Түүврийн тоог Calculator.net-ийн Sample Size Calculator хүснэгтийг ашиглан бодож гаргасан. Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэггүй зарим байгууллагын хувьд дараах хэрэглэгчдийг үнэлгээнд хамруулсан. Үүнд :

- Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газрын хувьд тус газраар үйлчлүүлж буй эмнэлгийн удирдлага, даатгалын, санхүүгийн асуудал хариуцсан мэргэжилтнүүд, эмчлэгч эмч нар;
- Эм эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын газрын хувьд Эмийн бүртгэл, хангамж, шинжилгээ, чанарын хяналт, эмийн аюулгүй байдлын тандалт, судалгаа, тендер, худалдан авах ажиллагаа, ажил гүйцэтгэх гэрээ, лиценз, зөвшөөрөл, эмнэлгийн тоног төхөөрөмж зэрэг асуудлаар тус газарт хандсан иргэд, аж ахуйн нэгжийн төлөөлөл;
- Цус сэлбэлт судлалын үндэсний төвийн хувьд цусны донор, цусны шинжилгээ өгсөн үйлчлүүлэгч, цус, цусан бүтээгдэхүүн захиалж авсан эмнэлгийн ажилтан;
- Зоонозын өвчин судлалын үндэсний төвийн хувьд ариутгал, халдваргүйтгэл хийлгэсэн, мэргэжил арга зүйн зөвлөгөө авсан, зоонозын өвчний оношилгоо хийлгэсэн үйлчлүүлэгчид, аж ахуйн нэгжийн төлөөлөл;
- Нийгмийн эрүүл мэндийн үндэсний төвийн хувьд тус төвд лабораторийн шинжилгээ өгсөн үйлчлүүлэгчид байлаа. Хүснэгт 1.

Хүснэгт 1. Хэрэглэгчийн үнэлгээний түүврийн тоо

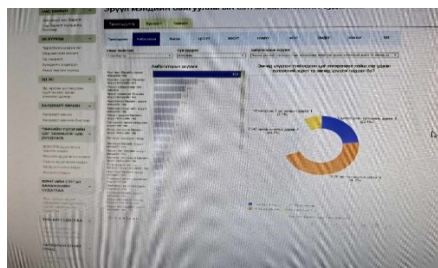
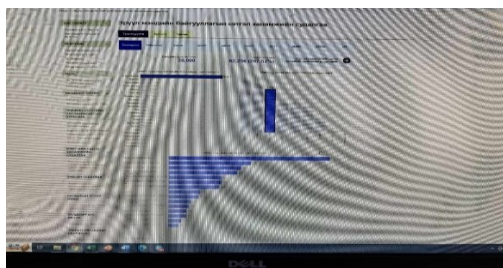
№	Эрүүл мэндийн байгууллагын нэр	Үнэлгээнд хамрагдвал зохих хүний тоо	
		Хэвтэн эмчлүүлэгч	Амбулаториор үйлчлүүлэгч
1	Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг	215	171
2	Улсын хоёрдугаар төв эмнэлэг	179	152
3	Улсын гуравдугаар төв эмнэлэг	207	288
4	Хавдар судлалын үндэсний төв	161	238
5	Халдварт өвчин судлалын үндэсний төв	228	177
6	Эх хүүхдийн эрүүл мэндийн үндэсний төв	176	137
7	Арьсны өвчин судлалын үндэсний төв	93	176
8	Гэмтэл согог судлалын үндэсний төв	205	287
9	Хүүхдийн төв сувилал	67	23
10	Сэтгэцийн эрүүл мэндийн үндэсний төв	125	98
11	Уламжлалт анагаах ухааны технологийн хүрээлэн	126	64
12	Эх, нярай, эмэгтэйчүүдийн үндэсний төв-2	244	102
13	Геронтологийн үндэсний төв	0	58
14	Өргөө амаржих газар	187	120
15	Хүрээ амаржих газар	85	44
16	Амгалан амаржих газар	132	52
17	Архангай аймаг	227	254
18	Баян-Өлгий аймаг	276	285
19	Баянхонгор аймаг	247	235
20	Булган аймаг	179	228
21	Говь-Алтай аймаг	197	251
22	Говьсүмбэр аймаг	109	164
23	Дархан-Уул аймаг	141	298
24	Дорноговь аймаг	227	271
25	Дорнод аймаг	231	277
26	Дундговь аймаг	184	209
27	Завхан аймаг	240	267
28	Орхон аймаг	267	294
29	Өвөрхангай аймаг	282	294
30	Өмнөговь аймаг	187	277
31	Сүхбаатар аймаг	178	236
32	Сэлэнгэ аймаг	263	286
33	Төв аймаг	232	260
34	Увс аймаг	190	285
35	Ховд аймаг	265	288
36	Хөвсгөл аймаг	278	286
37	Хэнтий аймаг	233	272
38	Нийслэлийн ЭМГ	356	379
	НИЙТ	7419	8083
39	Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газар	-	30
40	Эм эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын газар	-	30

41	Эмгэг судлалын үндэсний төв	-	28
42	Цус сэлбэлт судлалын үндэсний төв	-	30
43	Зоонозын өвчин судлалын үндэсний төв	-	30
44	Нийгмийн эрүүл мэндийн үндэсний төв	-	30
	НИЙТ	-	178
	БҮГД	7419	8261
		15680	

Үнэлгээнд төрийн өмчит 38 байгууллага болон тэдгээрийн харьяа эрүүл мэндийн байгууллагаас амбулаторийн тусламж, үйлчилгээ авсан 8083, хэвтэж эмчлүүлсэн 7419, бусад 6 байгууллагын 178 хэрэглэгч, нийт 15680 иргэнийг хамруулахаар төлөвлөсөн.

Судалгааны мэдээлэл цуглуулах хэрэгсэл (цахим асуумж бүхий QR):

- Эрүүл мэндийн байгууллагууд дээр тусгайлан боловсруулсан асуумж бүхий QR кодыг байршуулсан. Мөн иргэдийн дунд хэрэглэгчийн үнэлгээнд хамрагдах соёлыг бий болгоход эрүүл мэндийн байгууллагын зүгээс идэвх санаачилгатай ажиллах талаар арга зүйгээр хангаж ажилласан. Үнэлгээний датаг жилийн турш цуглуулсан болно.
- Амбулаториор үйлчлүүлүүлсэн иргэд нь нийт 17, эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэгчид нь нийт 21 асуултад өгөгдсөн хариултуудаас өөрт тохирох 1 зөв хариултыг сонгох замаар тухайн эмнэлгийн хэрэглэгчийн үнэлгээнд хамрагдсан. Үнэлгээний асуумж нь тусламж, үйлчилгээний хүлээгдэл, хүртээмж, түргэн шуурхай байдал, эмнэлгийн мэргэжилтний ёс зүй, харилцаа, хандлага, ашиг сонирхол, ажлын хариуцлагын талаарх асуултуудаас бүрдэнэ.
- Эрүүл мэндийн байгууллагуудад өөрийн үнэлгээний явц, үр дүнг асуумж бүрээр, график, дүрслэл хэлбэрээр Эрүүл мэндийн статистик мэдээллийн сан: <https://1313.mn> сайтаар харах боломжийг бүрдүүлсэн.



Судалгааны сул тал:

- QR код бүхий асуумжийг зөвхөн үйлчлүүлэгч бөглөж байгааг нэг бүрчлэн хянах боломжгүй
- Тусгай программ /VPN/-ыг ашиглан төхөөрөмжийн IP хаягийг өөрчилж, 1 гар утаснаас олон удаа хандалт хийх боломжтой
- Ухаалаг биш гар утастай хэрэглэгчид үнэлгээнд хамрагдах боломжгүй

Судалгааны мэдээллийг боловсруулах:

Мэдээлэлд статистикийн энгийн шинжилгээний аргыг ашиглан, Excel программын тусламжтайгаар үр дүнгийн боловсруулалт хийгдсэн.

Мэдээллийг түгээх:

Хэрэглэгчийн үнэлгээний үр дүнгийн тайланг ЭМЯ-ны ХҮШДАГ-ын нэгжид албан бичгээр хүргүүлнэ. Мөн <https://1313.mn> цахим хуудсаар олон нийтэд нээлттэй мэдээллээ.

3. Хэрэглэгчийн үнэлгээний үр дүн

Хэрэглэгчийн үнэлгээнд Засгийн газрын хэрэгжүүлэгч 2 агентлагаар үйлчлүүлсэн 157, ЭМЯ-ны харьяа төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг болон тусгай мэргэжлийн 20 төв, Нийслэл болон аймгуудын Эрүүл мэндийн газрын харьяа эрүүл мэндийн байгууллагуудын амбулаториор үйлчилгээ авсан 7 416, хэвтэн эмчлүүлсэн 6 909, нийт 14482 хэрэглэгчийг хамрууллаа. Хүснэгт 2.

Хүснэгт 2. Хэрэглэгчийн үнэлгээнд хамрагдсан хүний тоо

№	Эрүүл мэндийн байгууллагын нэр	Үнэлгээнд хамрагдсан хүний тоо		Нийт
		Хэвтэн эмчлүүлэгч	Амбулаториор үйлчлүүлэгч	
1	Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг	215	171	386
2	Улсын хоёрдугаар төв эмнэлэг	92	152	244
3	Улсын гуравдугаар төв эмнэлэг	207	288	495
4	Хавдар судлалын үндэсний төв	79	24	103
5	Халдварт өвчин судлалын үндэсний төв	50	41	91
6	Эх хүүхдийн эрүүл мэндийн үндэсний төв	176	137	313
7	Арьсны өвчин судлалын үндэсний төв	93	176	269
8	Гэмтэл согог судлалын үндэсний төв	205	70	275
9	Хүүхдийн төв сувилал	67	3	70
10	Сэтгэцийн эрүүл мэндийн үндэсний төв	125	98	223
11	Уламжлалт анагаах ухааны технологийн хүрээлэн	28	11	39
12	Эх, нярай, эмэгтэйчүүдийн үндэсний төв-2	244	102	346
13	Геронтологийн үндэсний төв	0	58	58
14	Өргөө амаржих газар	187	120	307
15	Хүрээ амаржих газар	85	17	102
16	Амгалан амаржих газар	132	52	184
17	Архангай аймаг	227	254	481
19	Баян-Өлгий аймаг	276	285	561
20	Баянхонгор аймаг	247	235	482
21	Булган аймаг	179	228	407
22	Говь-Алтай аймаг	197	251	448
23	Говьсүмбэр аймаг	44	164	208

24	Дархан-Уул аймаг	141	298	439
25	Дорноговь аймаг	227	271	498
26	Дорнод аймаг	231	277	508
27	Дундговь аймаг	184	209	393
28	Завхан аймаг	240	267	507
29	Орхон аймаг	267	294	561
30	Өвөрхангай аймаг	282	294	576
31	Өмнөговь аймаг	187	277	464
32	Сүхбаатар аймаг	178	236	414
33	Сэлэнгэ аймаг	263	286	549
34	Төв аймаг	232	260	492
35	Увс аймаг	190	285	475
36	Ховд аймаг	265	288	553
37	Хөвсгөл аймаг	278	286	564
38	Хэнтий аймаг	233	272	505
39	Нийслэлийн ЭМГ	356	379	735
	НИЙТ	6909	7416	14325
40	Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газар		30	30
41	Эм эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын газар	-	9	9
42	Эмгэг судлалын үндэсний төв	-	28	28
43	Цус сэлбэлт судлалын үндэсний төв	-	30	30
44	Зоонозын өвчин судлалын үндэсний төв	-	30	30
45	Нийгмийн эрүүл мэндийн үндэсний төв	-	30	30
	НИЙТ	-	157	157
	БҮГД	6909	7573	14482

Түүврийн дагуу 15680 иргэнээс хэрэглэгчийн үнэлгээ авахаас ёстойгоос нийт 14482 хүн судалгаанд хамрагдлаа. 9 байгууллагын хэрэглэгчийн үнэлгээнд хамрагдсан иргэдийн тоо түүврийн тоонд хүрэхгүй хэт цөөн буюу түүврийн 95.4%-ийн үнэн магадлалыг хангахгүй байгаа тул үнэлгээ өгөөгүй болно. /Хүснэгт 3/.

Хүснэгт 3. Түүврийн тооны шаардлага хангаагүй эрүүл мэндийн байгууллагуудын мэдээлэл

№	Байгууллагын нэр	Үйлчлүүлэгч	Үнэлгээнд хамрагдвал зохих хүний тоо	Асуумж бөглөсөн хүний тоо	Хамрагдсан хувь
1	Улсын хоёрдугаар төв эмнэлэг	Хэвтэн эмчлүүлэгч	179	90	50%
2	Хавдар судлалын үндэсний төв	Хэвтэн эмчлүүлэгч	161	79	49%
		Амбулаториор үйлчлүүлэгч	238	24	10%
3	Халдварт өвчин судлалын үндэсний төв	Хэвтэн эмчлүүлэгч	228	50	22%
		Амбулаториор үйлчлүүлэгч	177	41	23%

4	Гэмтэл согог судлалын үндэсний төв	Амбулаториор үйлчлүүлэгч	287	70	24%
5	Уламжлалт анагаах ухааны технологийн хүрээлэн	Хэвтэн эмчлүүлэгч	126	28	22%
		Амбулаториор үйлчлүүлэгч	64	11	17%
6	Хүрээ амаржих газар	Амбулаториор үйлчлүүлэгч	44	17	38%
7	Хүүхдийн төв сувилал	Амбулаториор үйлчлүүлэгч	23	3	13%
8	Говьсүмбэр аймаг	Хэвтэн эмчлүүлэгч	109	44	40%
9	Эм эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын газар		30	9	30%

3.1. АМБУЛАТОРИОР ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧИЙН ҮНЭЛГЭЭ

Амбулаторийн тусламж үйлчилгээ авсан үйлчилгээ үзүүлдэг эрүүл мэндийн нийт 32 байгууллагын 7416 хэрэглэгчийг үнэлгээнд хамрууллаа. Хүснэгт 2.

Үнэлгээнд хамрагдсан иргэдийн 90-с дээш хувь нь хөтөч тэднийг оновчтой чиглүүлсэн, эмнэлгийн мэргэжилтнүүд тэднийг анхааралтайгаар сонссон, өвчний онош, хийгдэх шинжилгээ болон эмчилгээний талаар ойлгомжтойгоор тайлбарлаж өгсөн гэж дүгнэсэн. Энэ үзүүлэлт эмнэлгүүдэд адил түвшинд байв. Зураг 1.

Зураг 1. Амбулаторийн тусламж, үйлчилгээний зарим үзүүлэлт



Харин эмчийн эмийн гаж нөлөөний талаар хангалттай сайн тайлбарлаж өгөхгүй байна гэж үнэлгээнд хамрагдсан иргэдийн 18% нь үнэлсэн.

3.1.1. Амбулаторийн үзлэгийн цаг товллол, хүлээгдэл

Улсын хэмжээнд бүх эрүүл мэндийн байгууллагуудад амбулаторийн тусламж, үйлчилгээ хүлээгдэлтэй, эрүүл мэндийн байгууллагаас хамаарч үнэлгээнд хамрагдсан иргэдийн 3-67%, дунджаар 3 хүн тутмын 1 нь (28%) нь хүссэн цагтаа үзүүлж чадахгүй байна хэмээн үзсэн байлаа. Хүснэгт 4.

Хүснэгт 4. Амбулаторийн үзлэгийн цаг товллол хүлээгдэлтэй байна гэж үзсэн иргэдийн эзлэх хувь

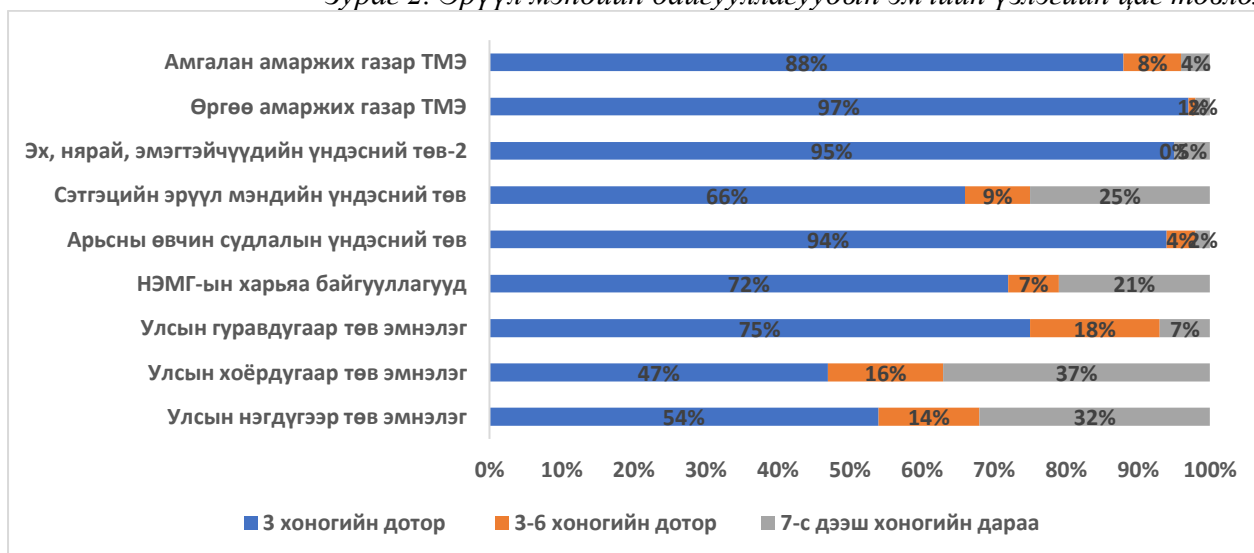
Байгууллагын нэр	хувь
------------------	------

1	Архангай	43%
2	Баян-Өлгий	31%
3	Баянхонгор	14%
4	Булган	3%
5	Говь-Алтай	23%
6	Говьсүмбэр	24%
7	Дархан-Уул	28%
8	Дорноговь	20%
9	Дорнод	33%
10	Дундговь	44%
11	Завхан	21%
12	Орхон	26%
13	Өвөрхангай	26%
14	Өмнөговь	12%
15	Сүхбаатар	24%
16	Сэлэнгэ	17%
17	Төв	25%
18	Увс	32%
19	Ховд	22%
20	Хөвсгөл	15%
21	Хэнтий	28%
22	НЭМГ	33%
23	Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг	60%
24	Улсын хоёрдугаар төв эмнэлэг	53%
25	Улсын гуравдугаар төв эмнэлэг	15%
26	Арьсны өвчин судлалын төв	11%
27	Сэтгэцийн эрүүл мэндийн үндэсний төв	33%
28	Эх, нярай, эмэгтэйчүүдийн үндэсний төв -2	20%
29	Өргөө амаржих газар	32%
30	Амгалан амаржих газар	67%
31	Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн үндэсний төв	56%
32	Геронтологийн үндэсний төв	6%

Бусад эмнэлгүүдтэй харьцуулахад Амгалан амаржих газрын хэрэглэгчийн үнэлгээнд хамрагдсан иргэдийн 67%, Улсын нэгдүгээр төв эмнэлгийн хэрэглэгчдийн 60%, Эх хүүхдийн эрүүл мэндийн үндэсний төвийн үйлчлүүлэгчдийн 56%, Улсын хоёрдугаар төв эмнэлгээр үйлчлүүлэгчдийн 53% , орон нутагт Дундговь болон Архангай аймгийн харьяа эрүүл мэндийн байгууллагад цаг товлох үйлчилгээ авсан иргэдийн 43% нь тус тус эмчид үзүүлэх цаг товлоход хүлээгдэл гэж үзсэн нь хүлээгдэл ихтэй эмнэлгийн тоонд орж байна. Булган аймаг, Геронтологийн үндэсний төвийн үйлчлүүлэгчид харьцангуй хүлээгдэл багатай байжээ.

Аймгийн эрүүл мэндийн байгууллагуудын амбулаториор үйлчлүүлэгсдийн дийлэнх буюу дунджаар 93% нь 3 хоногийн дотор эмчид үзүүлсэн байна. Нийслэлийн эрүүл мэндийн байгууллагууд, төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, тусгай мэргэжлийн төвүүдийн хувьд эмчийн үзлэгийн цаг товлолтын хүлээгдэл эмнэлэг бүрд харилцан адилгүй, дунджаар үйлчлүүлэгчдийн 76%-д нь цаг захиалсан өдрөөс 3 хоногийн дотор үзлэгийн цаг товлогдсон нь аймгийн дунджаас 17%-иар доогуур, илүү хүлээгдэлтэй байна Зураг 2.

Зураг 2. Эрүүл мэндийн байгууллагуудын эмчийн үзлэгийн цаг товлол



УНТЭ-ийн үйлчлүүлэгчдийн 54%, УХТЭ-ийн үйлчлүүлэгчдийн 47%, ЭХЭМҮТ-ийн үйлчлүүлэгчдийн 59%, СЭМҮТ-ийн үйлчлүүлэгчдийн 66%-д нь 3 хоногийн дотор үзлэгийн цаг товлөгдсон нь төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, тусгай мэргэжлийн төвүүдийн дотор хамгийн хүлээгдэл ихтэй эмнэлгүүдэд орж байна. Геронтологийн үндэсний төв, Амаржих газрууд болон ЭНЭҮТ-2-ийн үйлчлүүлэгчдийн 95-аас дээш хувь нь 3 хоногийн дотор эмчид үзүүлсэн, харьцангуй хүлээгдэл багатай байна.

Үйлчлүүлэгчид үзлэгийн товлөгдсөн цагтаа, хүлээлгүйгээр эмчид үзүүлж чадахгүй байна. Нийт үнэлгээнд хамрагдсан иргэдийн 43% нь эмчийн үүдэнд 10-20 минут, 21% нь 30-40 минут, үлдсэн 36% нь 40 минутаас дээш хугацаагаар эмчийн үүдэнд дугаарлаж хүлээж байна. Зураг 3.

Зураг 3. Эмчийн үүдэнд хүлээсэн хугацаа



Орон нутгийн хувьд Өмнөговь, Баянхонгор, Говьсүмбэр, Дорноговь, Сэлэнгэ, Хөвсгөл аймгуудад 4 үйлчлүүлэгч тутмын 1 нь эмчийн үүдэнд 30 хүртэл минут хүлээсний эцэст үзүүлж байгаа нь бусдад эмнэлгүүдтэй харьцуулахад хамгийн бага хүлээсэнд тооцогдохоор байна. Харин Өвөрхангай Сүхбаатар аймгийн эрүүл мэндийн байгууллагуудад 10 хүн тутмын 1 нь эмчийн үүдэнд 10-20 минут хүлээж, үлдсэн иргэд нь 30-аас дээш минутын хугацаагаар хүлээж байгаа нь эмч нарын ачаалал их, үйлчлүүлэгчид маш их хүлээгдэлтэй байгааг харуулж байна. Нийслэлийн Эрүүл мэндийн байгууллагуудын хувьд мөн хүлээгдэл ихтэй, Эх, нярай, эмэгтэйчүүдийн үндэсний төв -2, Өргөө амаржих газар,

Улсын нэгдүгээр төв эмнэлгээр үзүүлсэн иргэдийн дийлэнх буюу 85% орчим хувь нь эмчид үзүүлэх товлогдсон цаг өнгөрснөөс хойш 30-с дээш минутын хугацаагаар эмчийн үүдэнд хүлээж байна. Хүснэгт 5.

Хүснэгт 5. Үйлчлүүлэгчийн эмчийн үүдэнд хүлээсэн хугацаа

Эмчид үзүүлэх товлогдсон цаг өнгөрснөөс хойш хэр удаан хүлээсний эцэст та эмчид үзүүлж чадсан бэ?						
		10-20 орчим минут ын дараа	30-40 орчим минут ын дараа	40 минутаа с 1 цаг орчмын дараа	1 цагаас дээш хугацаа ны дараа	Хүлээж чадалгүй орхиод явсан
1	Архангай	61%	22%	5%	8%	5%
2	Баян-Өлгий	62%	12%	12%	12%	4%
3	Баянхонгор	78%	11%	0%	11%	0%
4	Булган	33%	33%	17%	17%	0%
5	Говь-Алтай	52%	22%	4%	20%	2%
6	Говьсүмбэр	77%	14%	5%	3%	0%
7	Дархан-Уул	22%	27%	17%	32%	2%
8	Дорноговь	69%	9%	4%	18%	0%
9	Дорнод	45%	29%	0%	19%	6%
10	Дундговь	37%	21%	16%	25%	2%
11	Завхан	50%	11%	25%	14%	0%
12	Орхон	38%	29%	17%	13%	4%
13	Өвөрхангай	14%	18%	41%	27%	0%
14	Өмнөговь	83%	6%	8%	2%	0%
15	Сүхбаатар	14%	36%	36%	7%	7%
16	Сэлэнгэ	73%	13%	3%	10%	3%
17	Төв	54%	13%	8%	21%	4%
18	Увс	28%	24%	15%	17%	17%
19	Ховд	52%	30%	6%	3%	9%
20	Хөвсгөл	76%	19%	1%	3%	1%
21	Хэнтий	21%	15%	21%	29%	15%
22	НЭМГ	19%	35%	16%	24%	6%
23	Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг	16%	28%	15%	38%	3%
24	Улсын хоёрдугаар төв эмнэлэг	27%	27%	10%	29%	7%
25	Улсын гуравдугаар төв эмнэлэг	48%	43%	5%	5%	0%
26	Арьсны өвчин судлалын төв	58%	17%	8%	17%	0%
27	Сэтгэцийн эрүүл мэндийн үндэсний төв	35%	26%	4%	26%	9%
28	Эх, нярай, эмэгтэйчүүдийн үндэсний төв -2	13%	29%	17%	42%	0%
29	Өргөө амаржих газар	13%	26%	17%	43%	0%
30	Амгалан амаржих газар	30%	0%	30%	40%	0%

Амбулаториор үйлчлүүлсэн иргэдийн 83% тусламж, үйлчилгээний талаар эерэг сэтгэгдэлтэй, үйлчилгээг "Маш сайн" болон "Сайн" гэж үнэлсэн байна. Хүснэгт 6

Хүснэгт 6. Амбулаторийн тусламж, үйлчилгээний сэтгэл ханамж

№		"5"-Маш сайн	"4"-Сайн	"3"-Дунд	"2"-Муу	"1"-Маш муу
1	Архангай	41%	37%	15%	4%	3%
2	Баян-Өлгий	59%	28%	12%	0%	1%
3	Баянхонгор	61%	33%	6%	0%	0%
4	Булган	62%	34%	2%	0%	2%
5	Говь-Алтай	47%	38%	12%	1%	1%
6	Говьсүмбэр	59%	33%	7%	1%	1%
7	Дархан-Уул	51%	31%	14%	1%	3%
8	Дорноговь	53%	31%	10%	2%	3%
9	Дорнод	53%	39%	7%	1%	0%
10	Дундговь	48%	24%	12%	7%	9%
11	Завхан	46%	37%	15%	1%	1%
12	Орхон	47%	37%	11%	3%	3%
13	Өвөрхангай	50%	33%	8%	4%	5%
14	Өмнөговь	54%	38%	8%	0%	0%
15	Сүхбаатар	42%	45%	11%	1%	0%
16	Сэлэнгэ	64%	25%	9%	2%	0%
17	Төв	54%	34%	6%	4%	3%
18	Увс	59%	28%	9%	2%	2%
19	Ховд	45%	42%	9%	1%	4%
20	Хөвсгөл	53%	42%	4%	1%	1%
21	Хэнтий	37%	41%	13%	3%	6%
22	НЭМГ	40%	39%	12%	4%	6%
23	Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг	25%	31%	18%	16%	9%
24	Улсын хоёрдугаар төв эмнэлэг	39%	38%	17%	1%	4%
25	Улсын гуравдугаар төв эмнэлэг	76%	21%	3%	0%	0%
26	Арьсны өвчин судлалын төв	61%	30%	7%	1%	1%
27	Сэтгэцийн эрүүл мэндийн үндэсний төв	32%	45%	16%	3%	3%
28	Эх, нярай, эмэгтэйчүүдийн үндэсний төв -2	54%	25%	9%	6%	6%
29	Өргөө амаржих газар	42%	33%	15%	4%	5%
30	Амгалан амаржих газар	29%	15%	27%	12%	17%
31	Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн үндэсний төв	19%	23%	30%	8%	21%
32	Геронтологийн үндэсний төв	84%	16%	0%	0%	0%
	Дундаж	50%	33%	10%	2.7%	3.4%

Улсын хэмжээнд амбулаториор үйлчлүүлэгсдийн сэтгэл ханамж дунджаар 4.18 онооны (83%) үнэлгээтэй байна. Орон нутгийн эрүүл мэндийн байгууллагуудын амбулаторийн тусламжийн дундаж сэтгэл ханамж 4.3 оноотой ба Баянхонгор, Өмнөговь, Сэлэнгэ аймгуудын үзүүлэлт хамгийн өндөр буюу 4.5 оноотой байна. Нийслэлийн эрүүл мэндийн эрүүл мэндийн байгууллагуудын амбулаторийн тусламжийн дундаж сэтгэл ханамж 3.9 оноотой, аймгуудаас 0.4 оноогоор бага байна. УГТЭ болон АӨСҮТ-өөр үйлчлүүлсэн иргэдийн эерэг сэтгэл ханамж хамгийн өндөр буюу 4.5 онооны үнэлгээтэй байлаа. Хүснэгт 5.

Хүснэгт 5. Амбулаторийн тусламж, үйлчилгээний үнэлгээ

№	Эрүүл мэндийн байгууллагын нэр	Үнэлгээ	
		Хувиар	Оноогоор
1	Архангай	83%	4.14
2	Баян-Өлгий	88%	4.39
3	Баянхонгор	91%	4.54
4	Булган	89%	4.43
5	Говь-Алтай	85%	4.25
6	Говьсүмбэр	87%	4.37
7	Дархан-Уул	83%	4.16
8	Дорноговь	88%	4.38
9	Дорнод	86%	4.30
10	Дундговь	79%	3.94
11	Завхан	86%	4.29
12	Орхон	85%	4.23
13	Өвөрхангай	82%	4.08
14	Өмнөговь	91%	4.56
15	Сүхбаатар	82%	4.09
16	Сэлэнгэ	90%	4.52
17	Төв	84%	4.20
18	Увс	84%	4.20
19	Ховд	85%	4.27
20	Хөвсгөл	90%	4.49
21	Хэнтий	80%	4.02
	ДУНДАЖ		4.3
22	НЭМГ	77%	3.85
23	Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг	70%	3.51
24	Улсын хоёрдугаар төв эмнэлэг	76%	3.80
25	Улсын гуравдугаар төв эмнэлэг	91%	4.53
26	Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн үндэсний төв	61%	3.04
27	Арьсны өвчин судлалын төв	90%	4.51
28	Сэтгэцийн эрүүл мэндийн үндэсний төв	76%	3.80
29	Эх, нярай, эмэгтэйчүүдийн үндэсний төв -2	81%	4.07
30	Геронтологийн үндэсний төв	98%	4.89
31	Өргөө амаржих газар	78%	3.91
32	Амгалан амаржих газар	69%	3.44
	ДУНДАЖ		3.9
	ЕРӨНХИЙ ДУНДАЖ	83%	4.18

ЭХЭМҮТ, Амгалан амаржих газар, УНТЭ, УХТЭ, СЭМҮТ, Дундговь аймгийн хэрэглэгчийн сэтгэл ханамж хамгийн бага байна.

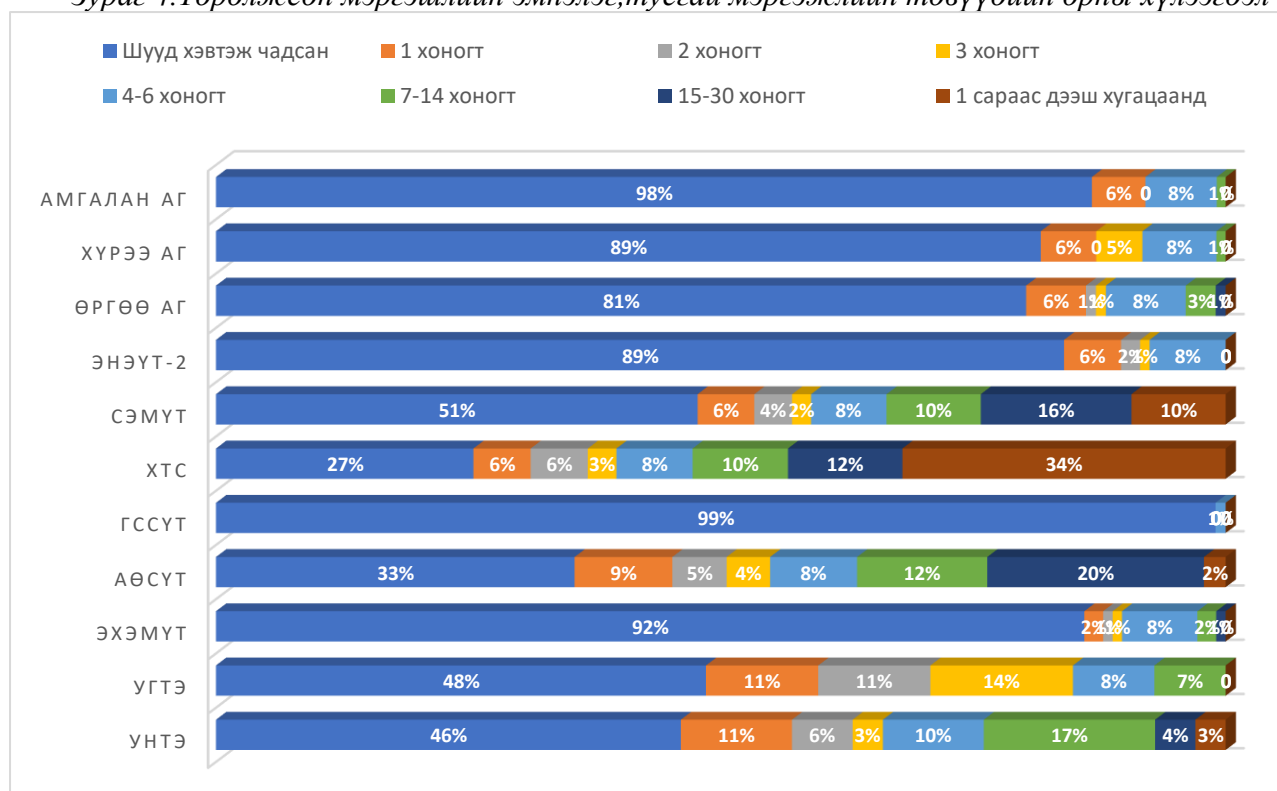
3.2. ЭМНЭЛЭГТ ХЭВТЭН ЭМЧЛҮҮЛЭГСДИЙН ҮНЭЛГЭЭ

Эрүүл мэндийн байгууллагын хэвтүүлэн эмчлэх тусламж, үйлчилгээний хэрэглэгчийн үнэлгээнд аймаг, нийслэлийн 37 эрүүл мэндийн байгууллагын 6909 иргэнийг хамруулсан. Хүснэгт 2.

3.2.1. Орны хүлээгдэл

Орон нутгийн эрүүл мэндийн байгууллагуудад үйлчлүүлэгчдийн дийлэнх буюу 95% нь хэвтэх шаардлагатай гэж зөвлөснөөс хойш 3 хоногт багтаад эмнэлэгт хэвтэж чадсан, нийслэлийн эрүүл мэндийн байгууллагуудтай харьцуулахад хүлээгдэл харьцангуй бага байна. ЭХЭМҮТ, ГССҮТ, Амгалан АГ, Хүрээ АГ, ЭНЭҮТ-2-т хэвтэн эмчлүүлэгчдийн дийлэнх буюу 90-с дээш хувь нь эмч хэвтэн эмчлүүлэх шаардлагатай гэж зөвлөснөөс хойш хоногтоо багтаад хэвтэж чадсан, хүлээгдэл багатай байна. Бусад эмнэлгүүдийн хувьд орны хүлээгдэл их байна. /Зураг 4/

Зураг 4. Төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, тусгай мэргэжлийн төвүүдийн орны хүлээгдэл



Хүүхдийн төв сувилалд хэвтэн эмчлүүлэх үйлчлүүлэгчид хамгийн олон хоногоор ор хүлээж байна. Тус сувилалд хэвтэн эмчлүүлсэн 3 хүүхэд тутмын 1 нь (34%) нь 1 сараас дээш хугацаагаар ор хүлээсэн байна. УНТЭ, СЭМҮТ, УГТЭ-гт хандсан үйлчлүүлэгчдийн тал хувь нь эмнэлэгт хэвтэх шаардлагатай гэсэн шийдвэр гарсан өдөрт багтаан хэвтэж тусламж, үйлчилгээ авчээ. Харин АӨСҮТ, СЭМҮТ-ийн үйлчлүүлэгчдийн 2 хүн тутмын 1 нь 4-с дээш хоногоор ор хүлээжээ.

3.2.2. Эмнэлгийн мэргэжилтний ажлын хариуцлага

Эмчийн ажлын хариуцлагыг үйлчлүүлэгчийг өдөр тутам үзэж байгаа эсэх, сувилагчийн ажлын хариуцлагыг цагийн тариа, эм тараах ажлыг хугацаанд нь хийж байгаа эсэх, асрагчийн ажлын хариуцлагыг үйлчлүүлэгчийн хэвтэн эмчлүүлж буй өрөөний цэвэрлэгээг өдөр тутам хийж байгаа эсэхээр үнэлэхэд үнэлгээнд хамрагдагсдын 95%

сувилагчийг, 90% нь асрагчийг, хамгийн бага буюу 86% нь эмчийг өдөр тутмын ажилд хариуцлагатай хэмээн үзсэн байна. Сувилагч нар эмчилгээ хийхийн өмнө тогтмол гараа халдваргүйжүүлдэг гэж үнэлгээнд хамрагдсан иргэдийн 80% нь үзсэн байлаа.

3.2.3. Эмч, эмнэлгийн мэргэжилтний ашиг сонирхлын байдал

“Та энэ удаад эмнэлэгт хэвтэхийн тулд хэн нэгнээр яриулах, шан харамж төлөх шаардлага байсан уу?” гэсэн асуултад үнэлгээнд хамрагдагсдын дунджаар 5% нь “тийм” гэж хариулсан. Баян-Өлгийн аймгийн эмнэлэгт хэвтсэн иргэдийн 35%, Архангай аймгийн эмнэлэгт хэвтсэн иргэдийн 25% нь эмнэлэгт хэвтэхийн тулд хэн нэгнээр яриулах, шан харамж төлөх шаардлагатай байсан гэж хариулсан нь хамгийн өндөр хувийг эзэлсэн байна.

3.2.4. Эмнэлгийн мэргэжилтний мэндлэх дадал, зөвлөгөө өгөх ур чадвар

Эмч, сувилагчийн үйлчлүүлэгчтэй өдөр тутам мэндлэх дадал нь тэднийг анхааралтай сонсох дадлаас 10%-иар муу (81%) байна. Түүнчлэн хэвтэн эмчлүүлэгсдийн 82% нь өвчний онош, хийгдэх шинжилгээ, эмчилгээ, эмийн гаж нөлөөний талаар эмч тайлбарлаж өгсөн гэжээ.

3.2.5. Эмнэлгийн тав тух, хоолны амт, чанар

Эмнэлгүүдийн хоолны эмч, чанар хангалтгүй байсан тул эмнэлэгт хэвтэх хугацаанд үйлчлүүлэгчдийн бараг тал хувьд (43%) нь гаднаас хоол авчруулах шаардлага үүссэн байна. Мөн үйлчлүүлэгчдийн 27% нь эмнэлгийн орчныг чимээ шуугиан ихтэй, тух муутай гэж үзсэн байна. Зураг 5.

Зураг 5. Хэрэглэгчийн үнэлгээний зарим үзүүлэлтүүд



3.2.6. Эмнэлгийн эм тариа, ороох боох материалын хангамж

Эмнэлэгт хэвтэх хугацаанд гаднаас эм тариа, марль, бинт, мэс заслын утас гм эмчилгээнд хэрэгтэй зүйлс авчруулахыг эмчийн зүгээс үйлчлүүлэгчдэд санал болгох асуудал бүхий л эмнэлгүүдэд их, бага хэмжээгээр байна. /Хүснэгт 6/.

Хүснэгт 6. Гаднаас эмчилгээний хэрэглэгдэхүүн авчруулж буй байдал

№		Эмнэлэгт хэвтэх хугацаанд гаднаас эм тариа, марль, бинт, мэс заслын утас гм эмчилгээнд хэрэгтэй зүйлс авчруулахыг эмчийн зүгээс Танд санал болгосон уу?		
		Тийм /%/	Үгүй /%/	Эмч зөвлөөгүй ч сайн дураар гаднаас юм авчруулсан /%/
1	Архангай	48%	42%	10%
2	Баян-Өлгий	44%	47%	9%
3	Баянхонгор	28%	64%	8%
4	Булган	22%	66%	11%
5	Говь-Алтай	37%	55%	8%
6	Дархан-Уул	19%	75%	6%
7	Дорноговь	25%	69%	6%
8	Дорнод	27%	66%	7%
9	Дундговь	30%	63%	7%
10	Завхан	16%	80%	4%
11	Орхон	37%	51%	12%
12	Өвөрхангай	27%	65%	8%
13	Өмнөговь	25%	65%	10%
14	Сүхбаатар	24%	71%	5%
15	Сэлэнгэ	33%	59%	8%
16	Төв	32%	59%	8%
17	Увс	37%	51%	12%
18	Ховд	31%	61%	8%
19	Хөвсгөл	27%	66%	7%
20	НЭМГ	27%	64%	8%
21	Хэнтий	31%	61%	8%
22	Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг	33%	59%	9%
23	Улсын гуравдугаар төв эмнэлэг	30%	61%	9%
24	ЭХЭМҮТ	24%	54%	22%
25	Арьсны өвчин судлалын төв	13%	78%	9%
26	Гэмтэл согог судлалын үндэсний төв	29%	44%	27%
27	Хүүхдийн төв сувилал	13%	67%	19%
28	Сэтгэцийн эрүүл мэндийн үндэсний төв	19%	80%	1%
29	Эх, нярай, эмэгтэйчүүдийн үндэсний төв -2	11%	79%	11%
30	Өргөө амаржих газар	21%	63%	16%
31	Хүрээ амаржих газар	27%	66%	7%
32	Амгалан амаржих газар	25%	63%	11%

Архангай, Баян-Өлгий аймгийн эрүүл мэндийн байгууллагуудад хэвтэн эмчлүүлэгсдийн 44-48% нь эмнэлэгт хэвтэх хугацаанд гаднаас эм тариа, марль, бинт, мээ заслын утас гм эмчилгээнд хэрэгтэй зүйлс авчруулахыг эмчийн зүгээс санал болгосон гэсэн нь эмчилгээнд хэрэгтэй зүйлс илүүтэйгээр авчруулдаг эмнэлгийн тоонд орж байна.

Амбулаторийн тусламж, үйлчилгээтэй харьцуулахад хэвтүүлэн эмчлэх тусламж үйлчилгээний эерэг сэтгэл ханамж харьцангуй илүү, дунджаар 92.1%-тай байна. Хүснэгт 7.

Хүснэгт 7. Хэвтүүлэн эмчлэх тусламж, үйлчилгээний сэтгэл ханамж

№		5-Маш сайн	4-Сайн	3-Дунд	2-Муу	1-Маш муу	Дундаж
1	Архангай	54%	39%	8%	0%	0%	88%
2	Баян-Өлгий	59%	36%	5%	0%	0%	88%
3	Баянхонгор	55%	39%	6%	0%	0%	91%
4	Булган	51%	42%	7%	1%	0%	93%
5	Говь-Алтай	59%	32%	8%	1%	0%	91%
6	Дархан-Уул	34%	56%	9%	1%	0%	89%
7	Дорноговь	58%	36%	5%	1%	0%	93%
8	Дорнод	53%	43%	2%	1%	1%	92%
9	Дундговь	54%	34%	9%	1%	1%	91%
10	Завхан	59%	40%	1%	0%	0%	94%
11	Орхон	49%	41%	8%	1%	0%	90%
12	Өвөрхангай	54%	42%	4%	0%	0%	93%
13	Өмнөговь	53%	38%	8%	2%	0%	92%
14	Сүхбаатар	54%	38%	8%	0%	0%	92%
15	Сэлэнгэ	57%	35%	7%	0%	1%	93%
16	Төв	57%	36%	6%	1%	0%	92%
17	Увс	55%	37%	4%	4%	0%	88%
18	Ховд	55%	35%	5%	1%	3%	91%
19	Хөвсгөл	68%	28%	4%	0%	0%	93%
20	Хэнтий	58%	35%	6%	0%	1%	90%
21	НЭМГ	54%	35%	9%	1%	0%	91%
22	Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг	66%	31%	1%	1%	1%	92%
23	Улсын гуравдугаар төв эмнэлэг	67%	33%	1%	0%	0%	96%
24	ЭХЭМҮТ	44%	46%	9%	1%	0%	87%
25	Арьсны өвчин судлалын төв	43%	45%	12%	0%	0%	86%
26	Гэмтэл согог судлалын үндэсний төв	55%	40%	4%	0%	0%	93%
27	Хүүхдийн төв сувилал	45%	43%	12%	0%	0%	91%
28	Сэтгэцийн эрүүл мэндийн үндэсний төв	47%	45%	7%	0%	1%	91%

29	Эх, нярай, эмэгтэйчүүдийн үндэсний төв -2	57%	31%	9%	2%	1%	89%
30	Өргөө амаржих газар	40%	37%	18%	3%	3%	83%
31	Хүрээ амаржих газар	55%	34%	11%	0%	0%	92%
32	Амгалан амаржих газар	50%	40%	9%	1%	0%	87%

Орон нутагт хэвтүүлэн эмчлүүлэгчийн сэтгэл ханамж дунджаар 4.3 оноотой, харин нийслэлийн эрүүл мэндийн байгууллагуудад 0.2 оноогоор илүү, 4.5 оноотой байна. Хүснэгт 8.

Хүснэгт 8. Хэвтүүлэн эмчлэх тусламж, үйлчилгээний үнэлгээ

№	Байгууллага	Үнэлгээ	
		Хувиар	Оноогоор
1	Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг	92%	4.60
2	Улсын гуравдугаар төв эмнэлэг	96%	4.79
3	Эх хүүхдийн эрүүл мэндийн үндэсний төв	87%	4.35
4	Арьсны өвчин судлалын үндэсний төв	86%	4.29
5	Гэмтэл согог судлалын үндэсний төв	93%	4.63
6	Хүүхдийн төв сувилал	91%	4.56
7	Сэтгэцийн эрүүл мэндийн үндэсний төв	91%	4.56
8	Эх, нярай, эмэгтэйчүүдийн үндэсний төв-2	89%	4.44
9	Өргөө амаржих газар	83%	4.17
10	Хүрээ амаржих газар	92%	4.58
11	Амгалан амаржих газар	87%	4.37
12	НЭМГ	91%	4.54
	ДУНДАЖ		4.5
13	Архангай	88%	4.42
14	Баян-Өлгий	88%	4.42
15	Баянхонгор	91%	4.57
16	Булган	93%	4.65
17	Говь-Алтай	91%	4.57
18	Дархан-Уул	89%	4.45
19	Дорноговь	93%	4.63
20	Дорнод	92%	4.61
21	Дундговь	91%	4.54
22	Завхан	94%	4.70
23	Орхон	90%	4.50
24	Өвөрхангай	93%	4.67
25	Өмнөговь	92%	4.60
26	Сүхбаатар	92%	4.61
27	Сэлэнгэ	93%	4.63
28	Төв	92%	4.59
29	Увс	88%	4.42
30	Ховд	91%	4.56
31	Хөвсгөл	93%	4.67
32	Хэнтий	90%	4.51
	ДУНДАЖ		4.3
	ЕРӨНХИЙ ДУНДАЖ		4.4

УГТЭ, Завхан, Өвөрхангай аймгуудын хэрэглэгчийн сэтгэл ханамжийн дунджаас дээгүүр хамгийн өндөр үнэлгээтэй байв.

3.3. БУСАД БАЙГУУЛЛАГУУДЫН ХЭРЭГЛЭГЧИЙН ҮНЭЛГЭЭ

ЗГХА-Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газрын 20, Цус сэлбэлт судлалын үндэсний төвийн 12, Зоонозын өвчин судлалын үндэсний төвийн 10, Нийгмийн эрүүл мэндийн үндэсний төвийн 9, Эмгэг судлалын үндэсний төвийн 8 асуумжид хэрэглэгчийн өгсөн үнэлгээний арифметик дунджийг байгууллага тус бүрээр гарган, 1-5 оноонд шилжүүлэн тооцов./Хүснэгт 9/.

Хүснэгт 9. Бусад байгууллагуудын хэрэглэгчийн үнэлгээ

№	Байгууллагын нэр	Үнэлгээ	
		Хувиар	Оноогоор
1	Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газар	84%	4.19
2	Эмгэг судлалын үндэсний төв	95%	4.76
3	Цус сэлбэлт судлалын үндэсний төв	86%	4.29
4	Зоонозын өвчин судлалын үндэсний төв	98%	4.88
5	Нийгмийн эрүүл мэндийн үндэсний төв	96%	4.80
	ДУНДАЖ		4.6

Дээрх байгууллагуудын хэрэглэгчийн сэтгэл ханамж дунджаар 4.6 онооны үнэлгээтэй байна.

3.4 ХЭРЭГЛЭГЧИЙН ҮНЭЛГЭЭНИЙ НЭГДСЭН ДҮН

Хэрэглэгчийн амбулаторийн болон хэвтүүлэн эмчлэх тусламж, үйлчилгээнд өгсөн үнэлгээний оноог нэгтгэн, дунджийг тооцоолов./Хүснэгт 10/

Хүснэгт 10. Хэрэглэгчийн үнэлгээний нэгдсэн дүн

№	Эрүүл мэндийн байгууллагын нэр	Үнэлгээ		Дундаж
		Амбулаториор үйлчлүүлэгч	Хэвтэн эмчлүүлэгч	
1	Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг	3.51	4.60	4.1
2	Улсын хоёрдугаар төв эмнэлэг	3.80	0*	1.9
3	Улсын гуравдугаар төв эмнэлэг	4.53	4.79	4.7
4	Хавдар судлалын үндэсний төв	0*	0*	0*
5	Халдварт өвчин судлалын үндэсний төв	0*	0*	0*
6	Эх хүүхдийн эрүүл мэндийн үндэсний төв	3.04	4.35	3.7
7	Арьсны өвчин судлалын үндэсний төв	4.51	4.29	4.4
8	Гэмтэл согог судлалын үндэсний төв	0*	4.63	2.3
9	Хүүхдийн төв сувилал	0*	4.56	2.3
10	Сэтгэцийн эрүүл мэндийн үндэсний төв	3.80	4.56	4.2
11	Уламжлалт анагаах ухааны технологийн хүрээлэн	0*	0*	0*
12	Эх, нярай, эмэгтэйчүүдийн үндэсний төв-2	4.07	4.44	4.3
13	Геронтологийн үндэсний төв	4.8	-	4.8
14	Өргөө амаржих газар	3.91	4.17	4.0
15	Хүрээ амаржих газар	0*	4.58	2.29
16	Амгалан амаржих газар	3.44	4.37	3.9
	ДУНДАЖ	3.9	4.5	4.2

17	Архангай аймаг	4.14	4.42	4.3
18	Баян-Өлгий аймаг	4.39	4.39	4.4
19	Баянхонгор аймаг	4.54	4.57	4.6
20	Булган аймаг	4.43	4.65	4.5
21	Говь-Алтай аймаг	4.25	4.57	4.4
22	Говьсүмбэр аймаг	4.37	0*	2.2
23	Дархан-Уул аймаг	4.16	4.45	4.3
24	Дорноговь аймаг	4.38	4.63	4.5
25	Дорнод аймаг	4.30	4.61	4.5
26	Дундговь аймаг	3.94	4.54	4.2
27	Завхан аймаг	4.29	4.70	4.5
28	Орхон аймаг	4.23	4.50	4.4
29	Өвөрхангай аймаг	4.08	4.67	4.4
30	Өмнөговь аймаг	4.56	4.60	4.6
31	Сүхбаатар аймаг	4.09	4.61	4.4
32	Сэлэнгэ аймаг	4.52	4.63	4.6
33	Төв аймаг	4.20	4.59	4.4
34	Увс аймаг	4.20	4.42	4.3
35	Ховд аймаг	4.27	4.56	4.4
36	Хөвсгөл аймаг	4.49	4.67	4.6
37	Хэнтий аймаг	4.02	4.51	4.3
38	Нийслэлийн ЭМГ	3.85	4.54	4.2
	ДУНДАЖ	4.3	4.3	4.3
39	Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газар	4.19		4.2
40	Эм эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын газар	0*		0*
41	Эмгэг судлалын үндэсний төв	4.76		4.8
42	Цус сэлбэлт судлалын үндэсний төв	4.29		4.3
43	Зоонозын өвчин судлалын үндэсний төв	4.88		4.9
44	Нийгмийн эрүүл мэндийн үндэсний төв	4.80		4.8
	ДУНДАЖ			4.6

0*-хэрэглэгчийн үнэлгээнд хамрагдсан үйлчлүүлэгчийн тоо түүврийн тоонд хүрээгүй, үнэлэх боломжгүй.

Нэгдсэн дүнгээр авч үзвэл, амбулаторийн тусламж, үйлчилгээний дундаж үнэлгээ 4.2 оноо (21 аймгийн эрүүл мэндийн байгууллагууд 4.3 оноо, нийслэлийн эрүүл мэндийн байгууллагууд 3.9 оноо); хэвтүүлэн эмчлэх тусламж үйлчилгээний дундаж үнэлгээ 4.4 оноо (21 аймгийн эрүүл мэндийн байгууллагууд 4.3 оноо, нийслэлийн эрүүл мэндийн байгууллагууд 4.5 оноо) буюу “В” үнэлгээтэй байна.

Улсын гуравдугаар төв эмнэлэг, Геронтологийн үндэсний төв, Баянхонгор, Өмнөговь, Сэлэнгэ болон Хөвсгөл аймгууд 4.6 буюу хамгийн өндөр үнэлгээг авсан байна. Үнэлгээнд хамрагдсан хүний тоо нь түүврийн тоонд хүрээгүй байгууллагуудын хувьд: Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын газраар үйлчлүүлсэн 9 хэрэглэгч 3.2 оноо; Улсын хоёрдугаар төв эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлсэн 90 иргэн 4.6 оноо; Хавдар судлалын үндэсний төвийн амбулаториор үйлчлүүлсэн 24 иргэн 4.0 оноо, хэвтэн эмчлүүлсэн 79 үйлчлүүлэгч 4.6 оноо; Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвд амбулаториор үйлчлүүлсэн 41 иргэн 3.3 оноо, хэвтэн эмчлүүлсэн 50 иргэн 4.6 оноо; Гэмтэл согог судлалын үндэсний төвд амбулаториор үйлчлүүлсэн 70 хэрэглэгч 3.0 оноо; Уламжлалт анагаах ухааны технологийн хүрээлэнгийн амбулаториор үйлчлүүлсэн 11 иргэн 4.2 оноо, хэвтэн эмчлүүлсэн 28 иргэн 4.4 оноо; Хүүхдийн төв сувиллын амбулаториор үйлчлүүлсэн 3 иргэн 4.0 оноо;

Хүрээ амаржих газрын амбулаториор үйлчлүүлсэн 17 иргэн 4.0 оноо; Говьсүмбэр аймгийн нэгдсэн эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлсэн 44 иргэн 4.6 онооны үнэлгээг тус тус өгсөн байв.

4. Дүгнэлт

Хэрэглэгчийн үнэлгээнд ЭМЯ-ны харьяа төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, тусгай мэргэжлийн төвүүд, Нийслэлийн болон аймгуудын Эрүүл мэндийн газрын харьяа эрүүл мэндийн байгууллагуудын амбулаториор үйлчлүүлсэн 7 416, хэвтэн эмчлүүлсэн 6 909, амбулаторийн болон хэвтүүлэн эмчлэх тусламж үзүүлдэггүй Засгийн газрын хэрэгжүүлэгч 2 агентлаг, өвөрмөц үйлчилгээ бүхий 4 байгууллагын 157, нийт 14 482 хэрэглэгчийг хамруулсан. Улсын гуравдугаар төв эмнэлэг, Геронтологийн үндэсний төв, Баянхонгор, Өмнөговь, Сэлэнгэ болон Хөвсгөл аймгууд 4.6 буюу хамгийн өндөр үнэлгээг авсан байна.

Амбулаториор үйлчлүүлсэн иргэдийн сэтгэл ханамжийн үнэлгээ 4.2 оноо (“В” буюу “Сайн”), хэвтүүлэн эмчлэх тусламж, үйлчилгээний үнэлгээ 4.4 оноо (“В” буюу “Сайн”), амбулаторийн болон хэвтүүлэн эмчлэх тусламж үзүүлдэггүй бусад 5 байгууллагын хэрэглэгчийн үнэлгээ 4.6 оноо (“А” буюу “Маш сайн”)-той байна.

Эрүүл мэндийн байгууллагуудад амбулаторийн үзлэгийн болон хэвтүүлэн эмчлэх орны хүлээгдэл их, эм тариа, ороох боох хэрэглэгдэхүүний хангалт муу, эмнэлгийн хоолны амт, чанар хангалтгүй байна. Мөн эмчийн ажлын хариуцлага, үйлчлүүлэгчид зөвлөгөө өгөх ур чадварыг улам сайжруулах шаардлагатай.

5. Зөвлөмж

1. Эрүүл мэндийн байгууллагуудын амбулаторийн эмчийн үзлэгийн цаг товллол болон орны хүлээгдлийг багасгах, эмнэлгийн мэргэжилтний ажлын хариуцлага, үйлчлүүлэгчид зөвлөгөө өгөх ур чадвар зэргийг сайжруулах, эмнэлгийн эм тариа, ороох боох хэрэглэгдэхүүний хангамжийг нэмэгдүүлэх, хоолны амт чанарыг сайжруулахад анхаарах
2. Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт зохицуулалтын газар, Хавдар судлалын үндэсний төв, Халдварт өвчин судлалын үндэсний төв, Улсын хоёрдугаар төв эмнэлэг, Гэмтэл согог судлалын үндэсний төв, Уламжлалт анагаах ухааны технологийн хүрээлэн, Хүүхдийн төв сувилал, Говьсүмбэр аймгийн эрүүл байгууллагуудын хэрэглэгчийн үнэлгээний хамрагдалтыг нэмэгдүүлэхэд эмнэлгийн удирдлагын багаас анхаарч, хэрэглэгч нарыг арга зүйгээр ханган ажиллах, иргэдийн дунд хэрэглэгчийн үнэлгээнд хамрагдах соёлыг түгээн дэлгэрүүлэхэд санаачилгатай ажиллах.



**ТУСГАЙ ЗӨВШӨӨРӨЛТЭЙ ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН
БАЙГУУЛЛАГУУДЫН ӨНӨӨГИЙН БАЙДАЛД ХИЙСЭН ДҮН
ШИНЖИЛГЭЭ**

Судалгааны ажлын удирдагч:

Б.Нарантуяа (Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвийн захирал)

Судалгааны багийн ахлагч:

Н.Сэвжид (Магадлан итгэмжлэлийн албаны дарга)

Судлаачид:

Н.Цэндмаа (Магадлан итгэмжлэлийн албаны мэргэжилтэн)

1. Удиртгал

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТУСГАЙ ЗӨВШӨӨРӨЛ ОЛГОХ ХУУЛЬ, ЭРХ ЗҮЙН ОРЧИН

Монгол Улсын хэмжээнд эрүүл мэндийн чиглэлээр үйл ажиллагаа эрхлэх тусгай зөвшөөрөл олгох, сунгах, түдгэлзүүлэх, сэргээх, хүчингүй болгоход дараах хууль, эрхзүйн орчны хүрээнд үйл ажиллагаагаа хэрэгжүүлж ажиллаж байна. Үүнд:

- Зөвшөөрлийн тухай хууль
- Эрүүл мэндийн тухай хууль
- Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн тухай хууль
- Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний тухай хууль болон холбогдох хууль тогтоомжийг хэрэгжүүлэн ажиллаж байна.

Дээрх хуулиудын зохицуулалтаар ЭМЯ улсын хэмжээнд тусламж үйлчилгээ үзүүлдэг төв эмнэлэг, тусгай мэргэжлийн төв, гадаадын хөрөнгө оруулалттай болон эмнэлгийн тоног төхөөрөмж, дагалдах хэрэгсэл протез, засвар үйлчилгээ эрхлэх тусгай зөвшөөрлийг олгодог.

Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын газар ахуйн шавж, мэрэгч устгах, ариутгах, халдваргүйжүүлэх бодис худалдах, үйлчилгээ эрхлэх, мансууруулах, сэтгэцэд нөлөөлөх эм, эмийн бодис, угтвар бодис болон эм үйлдвэрлэх, импортлох, экспортлох, ханган нийлүүлэх, худалдах, хүний эм, эмнэлгийн хэрэгслийг үйлдвэрлэх, импортлох, экспортлох, ханган нийлүүлэх тусгай зөвшөөрлийг олгож байна.

Бусад эрүүл мэндийн байгууллагын тусгай зөвшөөрлийг тухайн аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газраас олгодог.

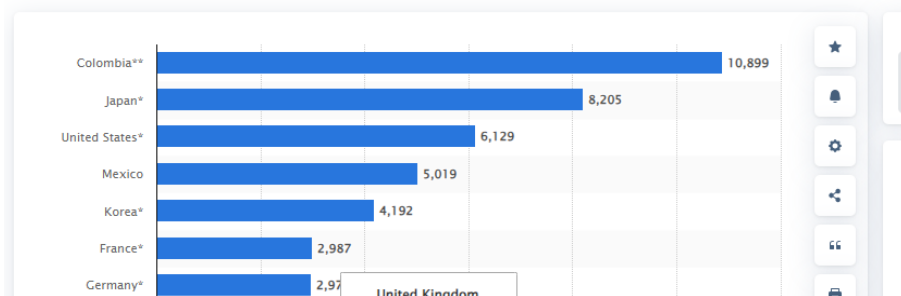
ЭМ-ийн чиглэлээр үйл ажиллагаа эрхлэхэд Эрүүл мэндийн сайдын 2023 оны А/383, А/100, А/123, 2022 оны А/125, 2018 оны А/421, 2015 оны А/264, 2014 оны А/203, А/17 зэрэг тушаалуудыг хэрэгжүүлж байна.

2. Судалгааны үндэслэл

Олон улсын статистикаас харвал Тайван улсад 10000 хүн амд ноогдох клиник 2012 онд 8.9 байсан бол 2022 онд 9.93 болж нэмэгдсэн байна

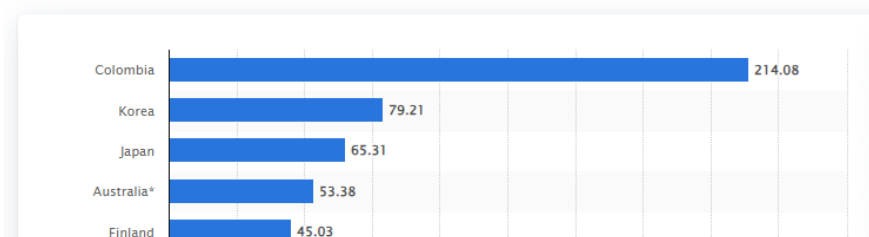
2022 оны дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллагуудын статистикт хамгийн олон эмнэлэгтэй улсаар Колумб улс /10899/, Япон улс /8205/, АНУ /6129/ тэргүүлж байгаа бол, 2020 онд 1 сая хүн амд ноогдох эмнэлгийн тоогоор Колумб улс -214, БНСУ -79.2, Япон улс -65.3 гэсэн дүнгээр хамгийн олон эмнэлэгтэйгээр тооцогдож байна.

Total number of hospitals in select countries worldwide in 2022



Rate of hospitals in select countries worldwide in 2020

(per million population)



ЭМС-ын 2019 оны 611 тушаалын дагуу эрүүл мэндийн байгууллагуудын бүртгэл мэдээллийг ЭМХТ-ийн Эрүүл мэндийн мэдээллийн алба нэгтгэн, жил бүр эрүүл мэндийн үзүүлэлт боловсруулан гаргадаг.

Уг тушаалын дагуу ЭМХТ-ийн ЭММА-наас нэгтгэн гаргасан 2022 оны “Эрүүл мэндийн үзүүлэлт”-нд нийт 4652 эрүүл мэндийн байгууллага бүртгэгдсэн байна. Эдгээрээс 3929 нь хувийн хэвшлийн эрүүл мэндийн байгууллага байна.

Хүснэгт 4.1. Эрүүл мэндийн байгууллагын тоо, 2022 он

Эрүүл мэндийн байгууллагууд		Аймгийн дүн	Улаанбаатарын дүн	Улсын дүн
Өрхийн эрүүл мэндийн төв		76	131	207
Тосгоны эрүүл мэндийн төв		15	4	19
Сумын эрүүл мэндийн төв	А зэрэглэл	53	-	53
	Б зэрэглэл	113	-	113
	В зэрэглэл	142	-	142
Сумын нэгдсэн эмнэлэг		6	-	6
Аймгийн нэгдсэн эмнэлэг		16	-	16
Дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг		-	4	4
Дүүргийн нийгмийн эрүүл мэндийн төв, НЭМҮТ		-	10	10
Бүсийн оношилгоо эмчилгээний төв		5	-	5
Тусгай мэргэжлийн төв		-	3	3
Төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг		1	13	14
Амаржих газар		-	3	3
Түргэн тусламжийн төв		-	1	1
Клиник /хувийн/		475	983	1458
Ортой хувийн эмнэлэг		103	112	215
Сувилал		51	44	95
Эм ханган нийлүүлэх байгууллага		84	54	138
Эмийн үйлдвэр		-	2	2
Эмийн сан		884	1137	2021
Тусгай эмнэлэг		22	6	28
Бусад		72	27	99
Нийт		2118	2534	4652

Одоогоор эрүүл мэндийн байгууллагууд нэгдсэн байдлаар бүрэн мэдээллээ ирүүлдэггүйгээс ЭМБ-ын бүртгэл мэдээлэл бүрэн бус, эрүүл мэндийн чиглэлээр үйл ажиллагаа явуулдаг тусгай зөвшөөрөлтэй эрүүл мэндийн байгууллагуудын төрөл, үйл ажиллагааны чиглэлийн талаар нарийвчлан гаргасан тооцоо судалгаа байхгүй байгаа зэрэг нь энэ судалгааг хийх үндэслэл болсон.

Судалгааны ач холбогдол:

- Уг судалгаагаар одоо байгаа тусгай зөвшөөрөлтэй байгууллагуудыг нарийвчлан бүртгэж, ангилан тооцох, нэгдсэн тоон мэдээлэлтэй болох, тусгай зөвшөөрлийн гэрчилгээ олгох, бичилтийг сайжруулахад нотолгоонд суурилсан шийдвэр гаргахад баримт болно.
- Эрүүл мэндийн байгууллагуудын бүртгэл мэдээлэлд дүн шинжилгээ хийж, дүгнэлт гаргаснаар салбарын бодлого төлөвлөлт, тусгай зөвшөөрөл олгох тэргүүлэх чиглэл боловсруулахад чухал ач холбогдолтой юм.

2.1 Зорилго

Эрүүл мэндийн чиглэлээр үйл ажиллагаа эрхлэх тусгай зөвшөөрөлтэй байгууллагуудын үйл ажиллагааны чиглэл, байршлын бүртгэл мэдээлэлд дүн шинжилгээ хийх

2.2 Зорилт

1. Эрүүл мэндийн чиглэлээр үйл ажиллагаа эрхлэх тусгай зөвшөөрөлтэй байгууллагуудын тоо, чиглэл, байршилд дүн шинжилгээ хийх

2. Эрүүл мэндийн байгууллагын тусгай зөвшөөрлийн гэрчилгээнд бичигдсэн үсгэн код, үйл ажиллагааны чиглэлийн зөрүүтэй байдлыг тогтоох

2.3 Хамрах хүрээ:

Судалгаанд ЭМЯ-ны тусгай зөвшөөрөлтэй байгууллагуудын нэгдсэн цахим бүртгэл /tzmoh.mn/-д 2023.11.20-ны байдлаар бүртгэгдсэн эрүүл мэндийн чиглэлээр үйл ажиллагаа эрхлэх тусгай зөвшөөрөл авсан 5952 байгууллагын мэдээллийг ашиглав.

2.4 Арга, аргачлал

Эрүүл мэндийн чиглэлээр үйл ажиллагаа эрхлэх тусгай зөвшөөрөлтэй байгууллагуудын бүртгэлийн санд мэдээлэл нь бүрэн бүртгэгдсэн 5938 байгууллагын мэдээлэлд дескриптив статистик анализ хийлээ.

ЭМС-ын 2021 оны 400 тушаалд тусгай зөвшөөрлийн гэрчилгээг хөтлөх дугаарлах аргыг дараах байдлаар зааварчилсан. Гэрчилгээний дугаар нь дөрвөн хэсгээс бүрдэх ба эхний хэсэгт нь үйл ажиллагааны төрөл, чиглэлийг заасан үсгэн код, хоёрдугаар хэсэгт зөвшөөрөл олгосон он, гуравдугаар хэсэгт эрх бүхий байгууллагын код, дөрөвдүгээрт тусгай зөвшөөрлийн дугаарыг тэмдэглэнэ гэж заасан.

Үсгэн код нь тусгай зөвшөөрөл эрхлэх үйл ажиллагааны төрөл болон эрүүл мэндийн байгууллагын өмчийн хэлбэрийг тодорхойлсон 2 үсэгтэй байна гээд, хэрэглэх үсгэн кодыг тайлбартай оруулсан. Тухайлбал: ЭУ- эмнэлгийн мэргэжлийн үйл ажиллагаа /төрийн/, ЭХ - эмнэлгийн мэргэжлийн үйл ажиллагаа /хувийн/, ЭСХ- эмийн сан /хувийн/ гэх мэт. Мөн аймаг нийслэл, тусгай зөвшөөрөл олгох эрх бүхий байгууллага бүрийг тусгай кодоор төлөөлүүлэхээр оруулж өгсөн.

Уг журмын дагуу тусгай зөвшөөрлийн гэрчилгээ дараах байдлаар бичигдэж, дугаарлагдана. Жишээлбэл: ЭХ-09/05/01 ЭХ-тухайн байгууллагын үйл ажиллагаа эрхлэх чиглэл, 09 – тусгай зөвшөөрөл олгосон он, 05- Говь-Алтай аймаг, 01- тухайн байгууллагаас олгосон гэрчилгээний дугаар гэх мэт.

Дээрх журмын дагуу тусгай зөвшөөрлийн гэрчилгээнд бичигдсэн дугаар, үсгэн кодыг ашиглаж тус байгууллагын үйл ажиллагааны чиглэл, хаана бүртгэгдсэн байршил зэргийг тооцсон.

10000 хүн амд ноогдох харьцааг Үндэсний статистикийн хорооны даргын 2021 оны А/221 тушаалаар баталсан Эрүүл мэндийн салбарын статистик үзүүлэлтийг тооцох аргачлалын дагуу “Эрүүл мэндийн төрийн болон хувийн нийт байгууллагын тоог тухайн бүс нутгийн дундаж хүн амын тоонд харьцуулж, 10,000-аар илэрхийлж” тооцсон.

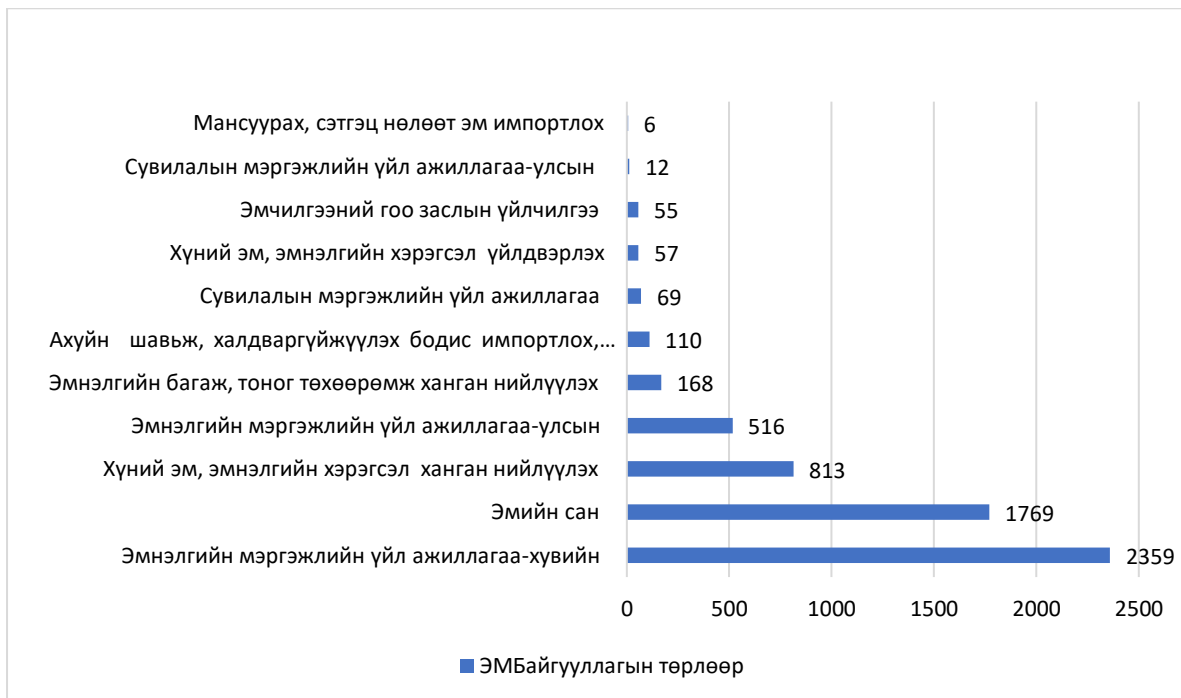
Бүс нутгийн хүн амын тоог Статистикийн мэдээллийн нэгдсэн сангийн <https://www2.1212.mn/> цахим хуудаснаас авч ашиглав.

3. Судалгааны үр дүн

1-р зорилтын хүрээнд: Эрүүл мэндийн чиглэлээр үйл ажиллагаа эрхлэх тусгай зөвшөөрөлтэй байгууллагуудын бүртгэлийн санд мэдээлэл нь бүрэн бүртгэгдсэн 5938 байгууллагад дүн шинжилгээ хийлээ. Эдгээр байгууллагуудыг үйл ажиллагааны чиглэлээр нь авч үзвэл эмнэлгийн мэргэжлийн үйл ажиллагаа эрхэлж буй хувийн хэвшлийн

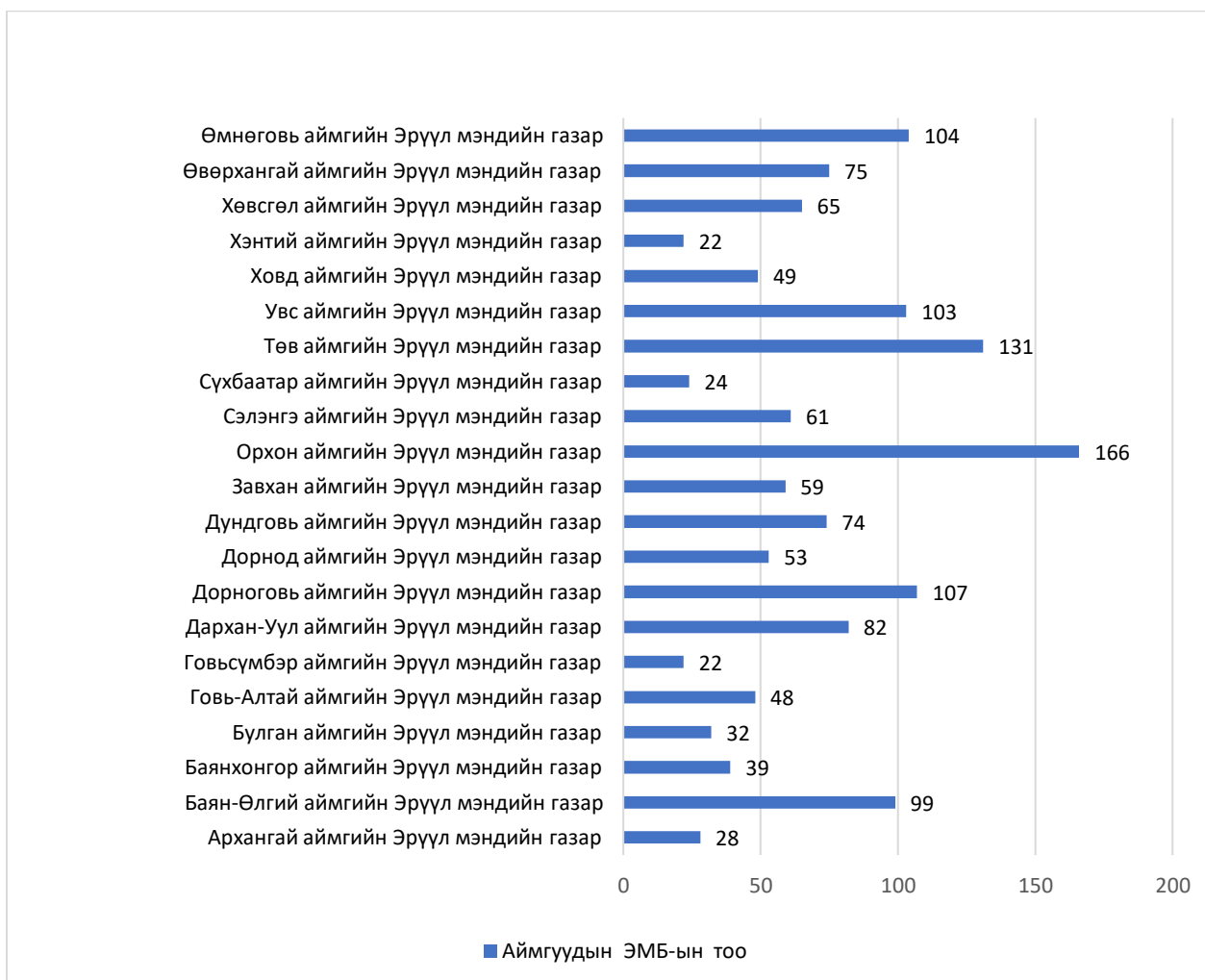
байгууллага хамгийн олон (2362) буюу 39.8 хувийг эзэлж байна. Эмийн сан (1762) 29.6 хувь, хүний эм, эмнэлгийн хэрэгсэл ханган нийлүүлэх байгууллага нийт тусгай зөвшөөрөлтэй эрүүл мэндийн байгууллагын 13.7 хувийг эзэлж байгаа нь хамгийн олон байна.

Зураг. Тусгай зөвшөөрөлтэй эрүүл мэндийн байгууллагуудыг үйл ажиллагааны чиглэлээр нь ангилж үзэхэд.



Орон нутгийн эрүүл мэндийн газраас олгосон тусгай зөвшөөрөлтэй эрүүл мэндийн байгууллага 1443 (улсын хэмжээнд нийт ТЗ-тэй байгууллагуудын 24,3%) байгаагаас, аймаг тус бүрээр гаргахад Орхон аймагт хамгийн олон буюу 166, Төв аймагт 131, Дорноговь аймагт 107 бүртгэгдсэн бол Хэнтий, Говьсүмбэр аймагт тус бүр 22 буюу хамгийн цөөн эрүүл мэндийн байгууллага тусгай зөвшөөрлийн мэдээний санд бүртгэгдсэн байна. Тусгай зөвшөөрөлтэй эрүүл мэндийн байгууллагуудын аймгуудын дундаж үзүүлэлт 68.7 байна.

Зураг. Орон нутагт үйл ажиллагаа явуулж байгаа тусгай зөвшөөрөлтэй эрүүл мэндийн байгууллагын тоо (аймгаар)

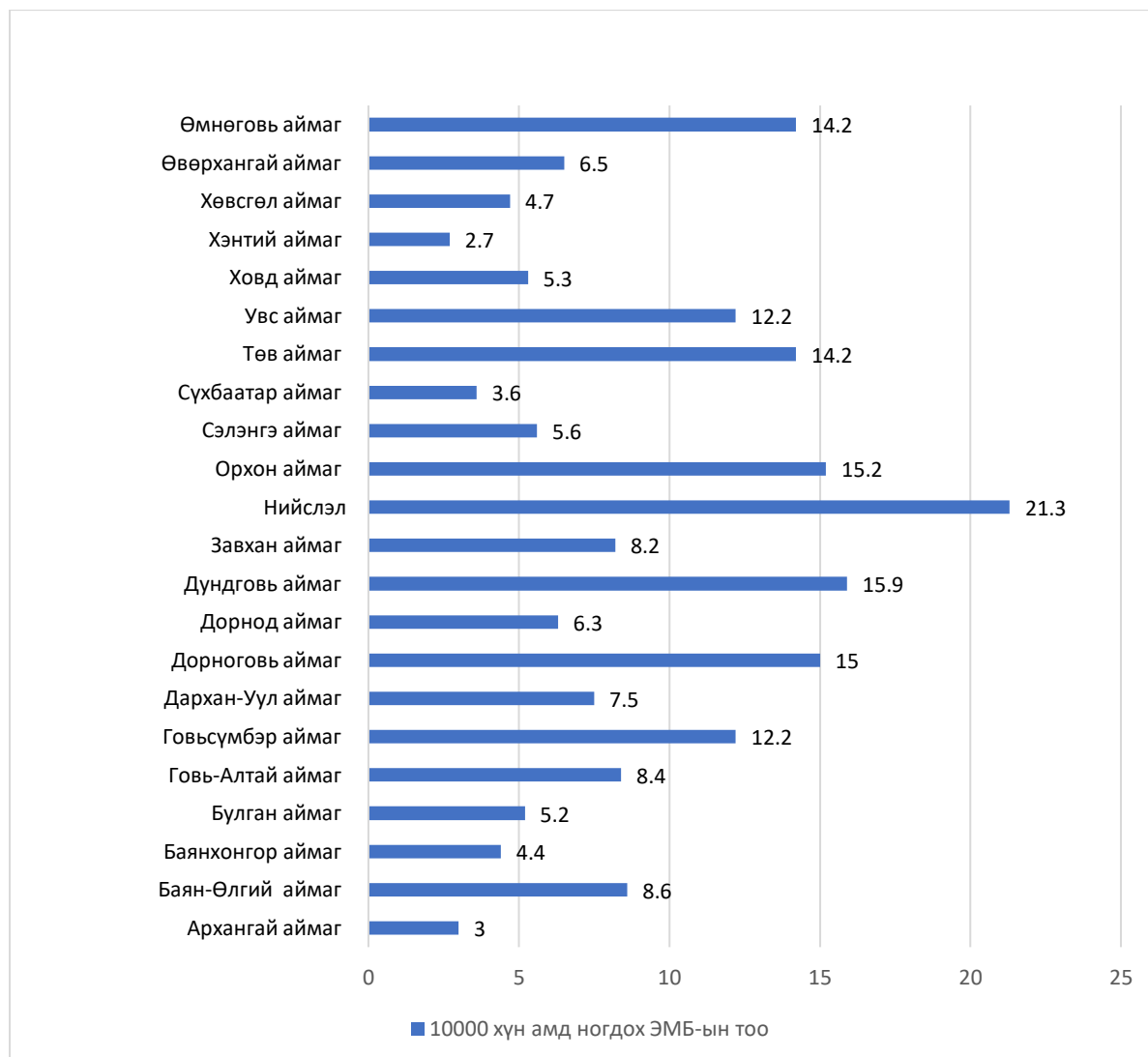


Зураг. Эрүүл мэндийн чиглэлээр үйл ажиллагаа эрхлэх тусгай зөвшөөрөлтэй байгууллагын тоо (нийслэл, улсын хэмжээнд)



Нийслэлийн эрүүл мэндийн газар хамгийн олон буюу 3614, Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт зохицуулалтын газар 695, ЭМЯ 199 байгууллагад тусгай зөвшөөрөл олгосон байна.

Зураг. Тусгай зөвшөөрөлтэй эрүүл мэндийн байгууллагуудыг 10.000 хүн амд ноогдох дүнгээр гаргаж үзвэл:



10000 хүн амд ногдох дүнгээр харьцуулж үзвэл УБ хотод хамгийн олон буюу 21.3 эрүүл мэндийн байгууллага байрлаж байна. Дараа нь Дундговь аймаг 15.9, Орхон аймаг 15.2 байгаа бол Хэнтий аймаг 2.7, Архангай аймаг 3, Сүхбаатар аймагт 3.6 байгаа нь хамгийн цөөн эрүүл мэндийн байгууллага бүртгэгдсэн байна.

Улсын дунджаар тооцоход 10000 хүн амд тусгай зөвшөөрөлтэй эрүүл мэндийн байгууллага 9.1 байна.

2-р зорилтын хүрээнд: Тусгай зөвшөөрлийн гэрчилгээнд үсгэн код, дугаар өгч бичигдсэн бүртгэл нь мэдээний санд үйл ажиллагааны чиглэлээс зөрж бүртгэгдсэн /Жишээлбэл ЭХ-09/05/01 гэсэн үсгэн код нь эмнэлгийн мэргэжлийн үйл ажиллагаа гэх байсныг эмийн сан гэж бүртгэсэн/ тохиолдлыг түүж гаргахад 744 (14.7%) тохиолдол бүртгэгдлээ.

Үүнийг тусгай зөвшөөрөл олгосон газраар нь ангилан гаргахад Дорноговь аймагт нийт олгосон тусгай зөвшөөрлийнх нь 56 хувь, Говь сүмбэр аймаг 54,5 хувь, Баян-өлгий

аймаг 47.4 хувь, Өмнөговь аймаг 47 хувь нь зөрж байгаа нь хамгийн өндөр хувийг эзэлж байна.

Хүснэгт. Тусгай зөвшөөрлийн байдал

Тусгай зөвшөөрөл олгох эрх бүхий байгууллага	ТЗ-тэй ЭМБ-ын тоо	ТЗ-ын код, дугаар үйл ажиллагааны чиглэл зөрсөн тохиолдлын тоо	ТЗ-ын код, дугаар үйл ажиллагааны чиглэл зөрсөн тохиолдлын эзлэх хувь
Архангай аймгийн ЭМГ	28	2	7.1
Баян-Өлгий аймгийн ЭМГ	99	47	47.4
Баянхонгор аймгийн ЭМГ	39	1	2.5
Булган аймгийн ЭМГ	32	4	12.5
Говь-Алтай аймгийн ЭМГ	48	1	2
Говьсүмбэр аймгийн ЭМГ	22	12	54.5
Дархан-Уул аймгийн ЭМГ	82	0	0
Дорноговь аймгийн ЭМГ	107	60	56
Дорнод аймгийн ЭМГ	53	4	7.5
Дундговь аймгийн ЭМГ	74	34	45.9
Завхан аймгийн ЭМГ	59	7	11.8
Нийслэлийн ЭМГ	3614	353	9.7
Орхон аймгийн ЭМГ	166	73	43.9
Сэлэнгэ аймгийн ЭМГ	61	7	11.4
Сүхбаатар аймгийн ЭМГ	24	0	0
Төв аймгийн ЭМГ	131	40	30.5
Увс аймгийн ЭМГ	103	45	43.6
Ховд аймгийн ЭМГ	49	2	4
Хэнтий аймгийн ЭМГ	22	2	9
Хөвсгөл аймгийн ЭМГ	65	1	1.5
Өвөрхангай аймгийн ЭМГ	75	0	0
Өмнөговь аймгийн ЭМГ	104	49	47.1
Нийт	5057	744	14.7

*Эрүүл мэндийн чиглэлээр үйл ажиллагаа эрхлэх тусгай
зөвшөөрөлтэй байгууллагууд үйл ажиллагааны чиглэл, байршлаар*

ТЗ олгосон байгууллагууд	ТЗ олгосон ЭМБ-ын тоо	-ЭУ- Эмнэлгийн мэргэжлийн үйл ажиллагаа /төрийн/	-ЭХ-Эмнэлгийн мэргэжлийн үйл ажиллагаа /хувийн/	СХ- Сувиллын мэргэжлийн үйл ажиллагаа /хувийн/	-ЭСХ-Эмийн сан	-ХХ- Эм, эмнэлгийн хэрэгсэл ханган нийлүүлэх	-АҮХ-ахуйн шавьж мэргэгч устгах	Бусад
Архангай	28	19	7	2				
Баян-Өлгий	99	21	31		39	3	5	
Баянхонгор	39	21	17	1				
Булган	32	19	9	4				
Говь-Алтай	48	22	25		1			
Говьсүмбэр	22	5	5		8	3	1	
Дархан-Уул	82	4	77	1				
Дорноговь	107	23	24	1	49	4	4	2
Дорнод	53	22	27	2	1		1	
Дундговь	74	18	22	2	24	4	3	
Завхан	59	30	21	1		4		
НЭМГ	3614	73	1628	45	1470	252	84	61
Орхон	166	2	91		41	30	2	
Өвөрхангай	75	21	53	1				
Өмнөговь	104	21	34	4	46	2		
Сэлэнгэ	61	31	23	1	6			
Сүхбаатар	24	15	9					
Төв	131	50	40	2	35	1	2	1
Увс	103	30	25		47	1		
Ховд	49	20	27				2	
Хэнтий	22		19	2	1			
Хөвсгөл	65	29	35				1	
ЭЭХХЗГ	696	2	5		1	490	3	189
ЭМЯ	199	18	105			19	2	55
	5952	516	2359	69	1769	813	110	421

Тусгай зөвшөөрөлтэй эрүүл мэндийн байгууллагуудын үйл ажиллагааны чиглэлийг байршилаар гаргасан хүснэгтээс харахад төрийн өмчийн эмнэлэг Говьсүмбэрт-5, Дархан-Уулд -4, Орхон аймагт -2, Хэнтий аймагт бүртгэгдээгүй бол Төв аймагт -50, Увс аймагт -30, Хөвсгөлд 29 тус тус бүртгэгджээ.

Архангай, Булган, Говьсүмбэр, Сүхбаатар аймагт 10-аас бага тооны хувийн эмнэлэг бүртгэгдсэн бол нийслэлд 1628, Орхонд 91, Дархан-Уулд 77 байгаа нь хамгийн өндөр үзүүлэлт байна.

Төрийн болон хувийн өмчийн сувилал Баян-өлгий, Говь-Алтай, Говьсүмбэр, Орхон, Сүхбаатар, Увс, Ховд, Хөвсгөл аймагт огт бүртгэгдээгүй байна.

Эрүүл мэндийн чиглэлээр үйл ажиллагаа эрхлэх тусгай зөвшөөрөлтэй байгууллагын бүртгэл мэдээний санд Архангай, Баянхонгор, Булган, Дархан-Уул, Завхан, Өвөрхангай, Сүхбаатар, Ховд, Хөвсгөл аймагт нэг ч эмийн сан бүртгэгдээгүй байсан бол Говь-алтай, Дорнод, Хэнтий аймагт тус бүр 1 эмийн сан тусгай зөвшөөрөлтэй гэж бүртгэгджээ.

Харин нийслэлд 1470, Дорноговьд 49, Увсад 47 эмийн сангийн тусгай зөвшөөрөл бүртгэлтэй байна.

Эм, эмнэлгийн хэрэгсэл ханган нийлүүлэх байгууллага улсын хэмжээнд 813 бүртгэлтэй байгаагийн 252-ыг НЭМГ-аас, 490-ийг ЭЭХХЗГ, Орхон аймаг 30-ыг олгосон байгаа бол 12 аймагт энэ чиглэлийн үйл ажиллагааны тусгай зөвшөөрөл огт олгоогүй буюу мэдээний санд бүртгээгүй байна.

4. Дүгнэлт

- Манай улсад эрүүл мэндийн чиглэлээр үйл ажиллагаа явуулж байгаа 5952 байгууллага тусгай зөвшөөрлийн цахим мэдээний санд бүртгэлтэй байна. Эдгээрийн 39.8% (2362) нь хувийн хэвшлийн эмнэлгийн мэргэжлийн үйл ажиллагаа, 29.6% (1769) нь эмийн сан, 13.7% (813) нь хүний эм, эмнэлгийн хэрэгсэл ханган нийлүүлэх байгууллага, 8.6%-ийг (513) улсын эмнэлгийн мэргэжлийн үйл ажиллагаа эрхэлдэг байгууллага эзэлж байна.
- Орон нутагт нийт 1443 эрүүл мэндийн байгууллага бүртгэлтэй байгаа ба дундаж нь 68.7 байна. Орхон, Төв, Дорноговь аймагт тус бүр 166, 131, 107 байгаа нь хамгийн олон, Хэнтий, Говьсүмбэр аймагт хамгийн цөөн буюу тус бүр 22 байгууллага мэдээний санд бүртгэгдсэн байна.
- Эрүүл мэндийн чиглэлээр үйл ажиллагаа эрхлэх байгууллагуудын бүртгэл мэдээний санд орсон дүнгээс харахад ЭМЯ 199, ЭЭХХЗГ 695, НЭМГ 3614 байгууллагад тусгай зөвшөөрөл олгосон байна.
- Эрүүл мэндийн байгууллагуудыг 10.000 хүн амд ноогдох үзүүлэлтээр тооцоход УБ хотод хамгийн олон 21.3 байгууллага байрлаж байна. Дараа нь Дундговь аймаг 15.9, Орхон аймаг 15.2 орж байгаа бол Хэнтий 2.7, Архангай 3, Сүхбаатар аймагт 3.6 байгаа нь хамгийн цөөн байна.
- Тусгай зөвшөөрлийн гэрчилгээнд код, дугаар өгч бичигдсэн бүртгэл нь мэдээний санд үйл ажиллагааны чиглэлээс зөрсөн тохиолдлыг бүртгэж гаргахад 744 байгаа нь нийт байгууллагуудын 12.5%-ийг эзэлж байна.
- Дорноговь аймагт нийт олгосон тусгай зөвшөөрлийн 56%, Говь сүмбэр аймаг 54,5%, Баян-өлгий аймаг 47.4%, Өмнөговь аймаг 47 % нь зөрж байгаа нь хамгийн өндөр хувийг эзэлж байна.
- Эрүүл мэндийн байгууллагуудын тусгай зөвшөөрлийн бүртгэл мэдээллээс харахад төрийн өмчийн эмнэлэг Говьсүмбэрт-5, Дархан-Уулд -4, Орхон аймагт -2, Хэнтий аймагт бүртгэгдээгүй, сувилал Баян-өлгий, Говь-Алтай, Говьсүмбэр, Орхон,

Сүхбаатар, Увс, Ховд, Хөвсгөл аймагт мөн огт бүртгэгдээгүй байсан бол эмийн сан Архангай, Баянхонгор, Булган, Дархан-Уул, Завхан, Өвөрхангай, Сүхбаатар, Ховд, Хөвсгөл аймагт нэг ч бүртгэгдээгүй байгаа нь тус мэдээний санг яаралтай сайжруулж, мэдээллийг шинэчлэх шаардлагатай байгааг харуулж байна.

5. Хэлцэмж

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны А/611 тушаалын дагуу ЭМХТ-ийн ЭММА-наас жил бүр нэгтгэн гаргадаг “Эрүүл мэндийн статистик үзүүлэлт” 2022 эмхэтгэлд нийт 4652 эрүүл мэндийн байгууллага бүртгэгдсэн ба, тэдгээрийн 3929 нь хувийн хэвшлийн эрүүл мэндийн байгууллага байна.

Гэвч эрүүл мэндийн чиглэлээр үйл ажиллагаа эрхлэх тусгай зөвшөөрөлтэй 5952 байгууллага бүртгэл мэдээний санд бүртгэлтэй байна.

Эдгээрээс харахад манай улсад үйл ажиллагаа явуулж байгаа эрүүл мэндийн байгууллагуудын тоо тодорхой бус, зөрүүтэй, тэдгээрийн төрөл, үйл ажиллагааны чиглэлийн нарийвчилсан бүртгэлийг гаргах боломжгүй байгаа нь харагдаж байна. Энэ нь эрүүл мэндийн байгууллагатай холбоотой бодлого, шийдвэр гаргах, тусгай зөвшөөрлийн тэргүүлэх чиглэл боловсруулахад ихээхэн хүндрэл учруулж болзошгүй байдлыг үүсгэж байна.

Мэдээний санд эрүүл мэндийн байгууллагуудыг бүртгэхдээ үйл ажиллагааны чиглэлийг төрөлжсөн чиглэлээр тодорхой оруулдаг болох (Тухайлбал: шүдний, эмэгтэйчүүдийн, хүүхдийн мэргэжлийн тусламж үйлчилгээ гэх мэт) хэрэгцээ нэн яаралтай тулгамдаж байна.

Байгууллагуудыг тусгай зөвшөөрлийг мэдээний санд бүртгэхдээ ЭМС-ын баталсан журмыг мөрдөхгүй, алдаатай бүртгэл оруулж байгаа нь (744 тохиолдол) тэдгээрийг хянан шалгах, дүн шинжилгээ хийх нэгдсэн удирдлага, тогтолцоо хангалтгүй байгаатай холбоотой байна.

Эрүүл мэндийн тусгай зөвшөөрлийн бүртгэл мэдээний сан нь байнгын шинэчлэл, хөдөлгөөн хийгддэг онцлогтой тул цаашид зөвшөөрөл олгох эрх бүхий байгууллага, тэдгээрийн асуудал хариуцсан мэргэжилтнүүдэд тусгай зөвшөөрөлтэй байгууллагуудын бүртгэл мэдээллийг зөв оруулах талаар сургалт явуулж, чадваржуулах, хянах тогтолцоог бүрдүүлэх хэрэгцээтэй байна.

Ном зүй

<https://tzmoh.gov.mn/MedLicense/Login>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10119709/>

<https://www.statista.com/statistics/947135/taiwan-number-of-clinics-per-ten-thousand-population/>

<https://www.statista.com/statistics/1107086/total-hospital-number-select-countries-worldwide/>

<http://hdc.gov.mn/media/files/2022.pdf>

https://www2.1212.mn/tables.aspx?TBL_ID=DT_NSO_0300_004V1



**МОНГОЛ УЛС: ХҮН АМЫН НАС БАРАЛТЫН БҮРТГЭЛ,
МЭДЭЭЛЛИЙН ЧАНАРЫН (ANACONDA) ҮНЭЛГЭЭНИЙ ТАЙЛАН,
2010, 2014-2021 ОН**

Тайлан хянаж, зөвшөөрсөн:

Б.НАРАНТУЯА, захирал

Тайлан хянасан:

Б.ДОРЖМЯГМАР, албаны дарга

Тайлан хянасан:

А.АМАРБАЛ, зөвлөх

/Хүн ам зүйн ухааны доктор/

Тайлан бичсэн:

С.Даваажаргал

(Эрүүл мэндийн мэдээллийн албаны ахлах мэргэжилтэн)

Х.Дэлгэрмаа

(Эрүүл мэндийн мэдээллийн албаны мэргэжилтэн)

Б.Болдбаатар

(Эрүүл мэндийн мэдээллийн албаны ахлах мэргэжилтэн)

Б.Баянжаргал

(Эрүүл мэндийн мэдээллийн албаны мэргэжилтэн)

Б.Отгончимэг

(Эрүүл мэндийн мэдээллийн албаны мэргэжилтэн)

Д.Уранчимэг

(Эрүүл мэндийн мэдээллийн албаны оператор)

ЗУРГИЙН ЖАГСААЛТ

- Зураг 1 Монгол улсын хүн амын нас хүйсийн суварга, 2021 он
- Зураг 2 Хүн амын нас баралтын суварга, 2021 он
- Зураг 3 Хүн амын нас баралтын бүртгэлийн хамралт, 2021
- Зураг 4 Хүн амын нас баралтын бүртгэлийн хамралт, сонгосон онуудаар
- Зураг 5 Хүн амын нас баралтын бүртгэлийн хамралт, аймгуудаар, 2014 он
- Зураг 6 Хүн амын нас баралтын бүртгэлийн хамралт, аймгуудаар, 2021 он
- Зураг 7 Хүн амын нас баралт, 10 000 хүн амд, хүйсээр, 2009-2021 он
- Зураг 8 Хүн амын нас баралтын коэффициент, 2010 он
- Зураг 9 Хүн амын нас баралтын коэффициент, 2021 он
- Зураг 10 Хүн амын нас баралтын коэффициент, хүйсээр, 2014, 2019-2021 он
- Зураг 11 Хүн амын нас баралтын коэффициент, аймгаар, 2021 он
- Зураг 12 Насны бүлэг дэх нас баралтын коэффициент, хүйсээр, 2021 он
- Зураг 13 Нас баралтын түвшний хүйсийн харьцаа, 2021 он
- Зураг 14 Нас бүлэг дэх нас баралтын хувь, хүйсээр, 2021 он
- Зураг 15 Хүн амын дундаж наслалт, тооцооллоор, 2010, 2014, 2019-2021 он
- Зураг 16 Хүн амын нас баралтын шалтгааны 3 бүлэгт эзлэх хувь, 2010 он
- Зураг 17 Нас баралтын шалтгааны 3 бүлэгт эзлэх хувь, дахин хуваарилалтын дараах тооцоолол, 2010 он
- Зураг 18 Хүн амын нас баралтын шалтгааны 3 бүлэгт эзлэх хувь, 2021 он
- Зураг 19 Нас баралтын шалтгааны 3 бүлэгт эзлэх хувь, дахин хуваарилалтын дараах тооцоолол, 2021 он
- Зураг 20 Халдварт болон халдварт бус өвчний шалтгаант нас баралтын харьцаа, дэлхийн улс орнуудтай харьцуулсан үзүүлэлт
- Зураг 21 Нас баралтын шалтгааны кодлолт, үндсэн шалтгаан болох боломжтой болон боломжгүй кодлолтын эзлэх хувь, 2010, 2014, 2019-2021 он
- Зураг 22 Нас баралтын шалтгааны чанарын хуваарилалт, 2021 он
- Зураг 23 Нас баралтын үндсэн шалтгаан болох боломжтой болон боломжгүй шалтгаануудын эзлэх хувь, аймгаар, 2014 он
- Зураг 24 Нас баралтын үндсэн шалтгаан болох боломжтой болон боломжгүй шалтгаануудын эзлэх хувь, аймгаар, 2021 он
- Зураг 25 Нас баралтын шалтгаан болохгүй тохиолдлын тоо, 2010, 2014, 2019-2021 он
- Зураг 26 Нас баралтын шалтгаан болохгүй тохиолдлын эзлэх хувь, аймгаар, 2020, 2021 он
- Зураг 27 Нас баралтын шалтгаан болохгүй кодууд, тэргүүлэх 5 өвчний бүлгээр, 2010, 2014, 2019-2021 он
- Зураг 28 Нас баралтын шалтгаан болохгүй тохиолдлын эзлэх хувь, оношлогооны ангиллаар, 2010, 2021 он
- Зураг 29 Нас баралтын шалтгааныг буруу тодорхойлж мэдээлсэн тохиолдлын эзлэх хувь, шийдвэр гаргалтад нөлөөлөх түвшингээр, 2010, 2021 он
- Зураг 30 Нас баралтын шалтгаан болохгүй тохиолдлын эзлэх хувь, насны бүлэг, хүйсээр, 2021 он
- Зураг 31 Нас баралтын шалтгаан, өргөн хүрээний 3 бүлэгт харьцуулснаар, насны бүлгээр

Зураг 32 Нас баралтын мэдээллийн чанарын гүйцэтгэлийн индекс, аймгаар, 2021 он

Зураг 33 Мэдээллийн чанарыг сайжруулахад шаардлагатай тэргүүлэх үйл ажиллагаа, эзлэх хувь, 2010 он

Зураг 34 Мэдээллийн чанарыг сайжруулахад шаардлагатай тэргүүлэх үйл ажиллагаа, эзлэх хувь, 2021 он

Зураг 35 Нас баралтын шалтгааны талаар дэлгэрэнгүй мэдээлэл авах боломж, аймгаар, 2021 он

ХҮСНЭГТИЙН ЖАГСААЛТ

Хүснэгт 1 ANACONDA үнэлгээний ерөнхий мэдээлэл, 2021 он

Хүснэгт 2 Хүн амын дундаж наслалтын тооцоолол, насны бүлгээр, 2014, 2019-2021 он

Хүснэгт 3 Дундаж наслалт ба нас баралтын шалтгааны хамаарлын загвар жишээ

Хүснэгт 4 Нас баралын шалтгаан болохгүй тохиолдлын тоо, 2010, 2014, 2019-2021 он

Хүснэгт 5 Нас баралтын шалтгаан болохгүй код, өвчний ангиллын бүлгээр, 2021 он

Хүснэгт 6 Нас баралтын үндсэн шалтгааныг буруу тодорхойлсон тохиолдлууд, оношлогооны ангилалаар, 2010 он

Хүснэгт 9 Шийдвэр гаргалтад нөлөөлөх түвшингээр, тохиолдлын тоо, 2010 он

Хүснэгт 10 Шийдвэр гаргалтад нөлөөлөх түвшингээр, тохиолдлын тоо, 2014 он

Хүснэгт 11 Шийдвэр гаргалтад нөлөөлөх түвшингээр, тохиолдлын тоо, 2021 он

Хүснэгт 12 Шийдвэр гаргалтад нөлөөлөх түвшингээр, тохиолдлын тоо, 2010, 2014, 2019-2021 он

Хүснэгт 13 1-р түвшний нас баралтын шалтгаан болохгүй кодын тэргүүлэх 5 шалтгаан, 2021 он

Хүснэгт 14 Эрэгтэйчүүдийн нас баралтын тэргүүлэх 20 шалтгаан, 2010 он

Хүснэгт 15 Эмэгтэйчүүдийн нас баралтын тэргүүлэх 20 шалтгаан, 2010 он

Хүснэгт 16 Эрэгтэйчүүдийн нас баралтын тэргүүлэх 20 шалтгаан, 2021 он

Хүснэгт 17 Эмэгтэйчүүдийн нас баралтын тэргүүлэх 20 шалтгаан, 2021 он

Хүснэгт 18 Хүн амын нас баралтын мэдээллийн чанарын гүйцэтгэлийн индекс, Монгол улс, 2010, 2014, 2019-2021 он

ТОВЧИЛСОН ҮГИЙН ЖАГСААЛТ

ANACONDA	Analysis of Causes of (National) Deaths for Action
VSPi(Q)	The Vital Statistics Performance Index for Quality
GBD	Global burden diseases
НҮБ	Нэгдсэн Үндэстний Байгууллага
ДЭМБ	Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллага
ЭМЯ	Эрүүл мэндийн яам
ҮСХ	Үндэсний статистикийн хороо
НБЕК	Нас баралтын ерөнхий коэффициент
ICD-10	Өвчний олон улсын 10-р ангилал
НБНБК	Насны бүлэг дэх нас баралтын коэффициент
НБТХХ	Нас баралтын түвшний хүйсийн харьцаа
ХБӨ	Халдварт бус өвчин
ОУӨА	Олон улсын өвчний ангилал

ТОДОРХОЙЛОЛТ

Дундаж наслалт: Төрөх үе дэх нас баралтын түвшин, шинээр төрсөн (төрөх үеийн) хүүхдийн амьдралынх нь туршид үргэлжилнэ гэж үзвэл цаашид үргэлжлэн амьдрах дундаж хугацааг (жил) хэлнэ.

Нас баралт: Хүн төрөлхтний дунд гарч буй нөхөн үржихүйн үзэгдлийн нэг. Хүн амын амьжиргааны түвшин, амьдралын хэв маяг, эрүүл ахуйн нөхцөл, өвчлөл нь нас баралтын түвшинд нөлөө үзүүлдэг учир энэ үзүүлэлтийг нас баралтын шалтгаанаар нь тодорхойлж болно.

Нялхсын эндэгдлийн түвшин (1000 амьд төрөлтөд ногдох): Тухайн хугацаанд 1 хүртэлх насандаа эндсэн хүүхдийн тоог амьд төрсөн хүүхдийн тоонд харьцуулж тооцно.

Тав хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдлийн түвшин: (1000 амьд төрөлтөд ногдох): Тухайн хугацаанд 5 хүртэлх насандаа эндсэн хүүхдийн тоог амьд төрсөн хүүхдийн тоонд харьцуулж тооцно.

Эхийн эндэгдлийн харьцаа: (100000 амьд төрөлтөд ногдох): Тухайн хугацаанд эндсэн эхийн тоог амьд төрсөн хүүхдийн тоонд харьцуулж тооцно.

Эндсэн эх: Жирэмсний хугацаанд болон төрөх үедээ эсвэл төрснөөс хойш 42 хоногийн дотор жирэмслэлтийн байрлал, үргэлжилсэн хугацаанаас үл хамааран жирэмслэлт, төрөлт болон түүнийг удирдахтай холбоо бүхий шалтгаанаар эндсэнийг хамруулна.

Амьгүй төрөлт: Жирэмсний 22 долоо хоног ба түүнээс хойших хугацаанд, 500 граммаас дээш жинтэй төрсөн нярайд амьдын шинж тэмдгийн аль нь ч (зүрхний цохилт, судасны лугшилт, булчингийн хөдөлгөөн) илрэхгүй байгааг хэлнэ.

Өвчлөлийн түвшин: Тухайн жилийн 10000 эсвэл 100000 хүн амд ногдох шинээр бүртгэгдсэн тухайн өвчний тохиолдлын тоог илэрхийлнэ.

Нас баралтын ерөнхий коэффициент: Тухайн жилийн 1000 хүн тутамд ногдох нас баралтын тоог илэрхийлнэ.

Насны бүлэг дэх нас баралтын коэффициент: Тухайн насны бүлгийн нас баралтын түвшнийг илэрхийлнэ.

Нас барах магадлал: Тодорхой насны хүн ам дараагийн насанд шилжихдээ нас барах магадлалаар илэрхийлэгдэнэ.

Garbage code: Нас баралтын шалтгаан болохгүй, буруу кодоор кодолсон нас баралтын тохиолдол

Хураангуй

Хүн ам зүйн хамгийн гол мэдээлэл нь хүн амын төрөлт, нас баралтын мэдээлэл бөгөөд эрүүл мэндийн мэдээллийн гол цөм юм. Тиймээс төрөлт, нас баралтын мэдээллийн хамралт болон анхдагч мэдээллийн чанар шаардлага хангасан тохиолдолд шийдвэр гаргах түвшинд хүн амын эрүүл мэндийн нөхцөл байдлыг үнэн зөв тодорхойлох шалгуур болдог.

Бүртгэл, мэдээллийн тогтолцоог сайжруулж, боловсронгуй болгоход хийгдэх үйл ажиллагааны эхний алхам нь өнөөгийн нөхцөл байдалд дүн шинжилгээ хийж, сайжруулах шаардлагатай нөхцөл байдал болон нэн тэргүүнд гүйцэтгэх үйл ажиллагаагаа тодорхойлоход оршино.

Иймд хүн амын нас баралтын анхдагч мэдээллийн хамралт, чанарыг энэхүү аргачлалын дагуу үнэлж, мэдээллийн чанарт нөлөөлж буй нэн тэргүүнд засаж сайжруулах шаардлагатай үйл ажиллагааг тодорхойлохыг зорьж энэхүү үнэлгээг хийсэн.

Монгол улсын хүн амын нас баралтын анхдагч мэдээллийн чанар, хамралтыг ANACONDA tool-ээр үнэлэхдээ 2010, 2014-2021 оны хүн амын нас баралтын мэдээллийг эрүүл мэндийн албан ёсны статистикаар мэдээлэгдэж, эрүүл мэндийн бүртгэл, тайлангийн H-info 3.0 программ хангамжид бүртгэгдсэн мэдээллийг ашигласан. Мэдээллийн сангаас 21 аймаг, нийслэл тус бүрээр ANACONDA tool-ийн аргачлалын дагуу эхний алхам болох мэдээллийг зааврын дагуу бэлтгэн оруулж, үнэлгээний 10 алхмаар **аймаг, нийслэл тус бүрээр тооцоолон гаргасан.**

Үнэлгээнд 2010 оны 17276, 2014 оны 16495, 2018 оны 17331, 2019 оны 17205, 2020 оны 15922, 2021 оны 19931 нас баралтын тохиолдлыг хамруулсан ба нийт 104160 нас баралтын тохиолдолд үнэлгээг хийсэн.

Нас баралтын бүртгэлийн хамралтын хувийг тооцоолоход 2010 онд эрэгтэйчүүд 95.1%, эмэгтэйчүүд 96.4%-тай харьцангуй өндөр хамралттай байсан бол 2014 оны мэдээллээр эрэгтэйчүүдийн нас баралтын бүртгэлийн хамралт 94.1%, эмэгтэйчүүд 94.8%-тай бүртгэгдсэн тооцоолол гарсан. Харин 2019 оны мэдээллээс харахад эрэгтэйчүүд 92.0%, эмэгтэйчүүд 92.2%-тай бүртгэгдсэн тооцоололтой байгаа ба сүүлийн жилүүдэд бүртгэлийн хамралтын хувь буурч байгаад анхаарал хандуулж, тооцооллын өөр аргаар нягталж үзэх, мөн өгөгдлийн тооноос хамаарсан шалтгаан байгаа эсэхийг тодруулах шаардлагатайг харуулж байна. (2015 оны хүн амын тооллогоор өөрчлөлт оруулсантай холбоотой байх магадлалтай)

Нас баралтын мэдээллийн чанарыг 2021 оны байдлаар харахад 88.1 хувь нь шалтгааныг зөв кодолсон буюу ашиглах боломжтой кодууд, 11.7 хувь нь нас баралтын шалтгаан болохгүй код (garbage code), 0.2 хувь нь үл мэдэгдэх шалтгаант кодууд эзэлж байна.

Нас баралтын шалтгаан болохгүй тохиолдлыг өвчний ангиллын бүлгээр харуулбал зүрх судасны өвчний шалтгаант нас баралт хамгийн өндөр хувийг эзэлж байгаа ба 2010 онд 911 тохиолдол байсан бол 2021 онд 1011 тохиолдол бүртгэгдэж нас баралтын үндсэн шалтгаан болохгүй, буруу тодорхойлсон тохиолдлын 43.5 хувийг эзэлж байна. Дараа нь амьсгалын тогтолцооны өвчний шалтгаант нас баралт орж байгаа бөгөөд 2010 онд 416 тохиолдол байсан бол 2019 онд 465 болж нэмэгдсэн байна. Харин 2020 онд 332 тохиолдол байсан бол 2021 онд 625 болж нэмэгдсэн ба буруу тодорхойлж, мэдээлсэн тохиолдлын 26.9 хувийг эзэлж байна. Мөн мэдрэлийн тогтолцооны өвчин, осол гэмтэл гадны шалтгаант, хоол боловсруулах тогтолцооны өвчний шалтгаант нас баралтын тохиолдлуудын эзлэх хувь тэргүүлэх 5 шалтгаан болж байна.

Нас баралтын үндсэн шалтгаан болохгүй тохиолдлыг эрүүл мэндийн бодлого, шийдвэр гаргалтад нөлөөлөх зэргээр нь 4 түвшинд хувааж үздэг ба 2021 оны байдлаар 1-р түвшин буюу эрүүл мэндийн бодлого, шийдвэр гаргалтад маш өндөр сөрөг нөлөө үзүүлэх ноцтой үр

дагавар бүхий кодууд улсын дүнгээр 20.4 хувийг эзэлж байгаа ба аймгуудаар харьцуулж үзэхэд хамгийн өндөр буюу Дорнод 49 хувь, Ховд 47.9 хувь, Сүхбаатар 39.4 хувь, Баянхонгор аймаг 38.4 хувь, Өвөрхангай аймагт 32.9 хувь нь 1-р түвшинд хамаарах тохиолдлууд эзэлж байгаа эдгээр аймгуудын кодлолтын чанарт нэн тэргүүнд анхаарах хэрэгтэйг харуулж байна.

2021 оны мэдээллийн сангаас харахад үндсэн шалтгааныг буруу тодорхойлсон хамгийн олон тохиолдол нь өтлөлт R54, сепсис, амьсгалын дутагдал, тархины саажилт зэрэг оношууд дийлэнх хувийг эзэлж байна.

Халдварт болон халдварт бус өвчний шалтгаант нас баралтын харьцаа 2017 онд ДЭМБ-ын тооцоолсноор дэлхийн дундаж 2.3 байсан бол өндөр хөгжилтэй улс орнуудад 13.1 хувь, хөгжингүй орнуудад 4.8, хөгжиж буй улс орнуудад 2.3, бага орлоготой улс орнуудад 0.6 хувь байна. Манай улсын хувьд 2021 онд 7.5 хувь байгаа нь өндөр хөгжилтэй улс орнуудын үзүүлэлтээс доогуур байгаа хэдий ч бусад түвшний улс орнуудаас өндөр үзүүлэлттэй байна.

2021 оны байдлаар хүн амын нас баралтын тэргүүлэх 20 шалтгааныг ANACONDA программаар тооцоолж харуулахад эрэгтэйчүүдийн нас баралтын тэргүүлэх шалтгаанд COVID-19-ын халдварын шалтгаант нас баралт 7.6 хувьтай тэргүүлж, архины хордлогын шалтгаант нас баралт 5.8 хувиар 2 дахь шалтгаан болж байна. Эрэгтэйчүүдийн нас баралтын гол шалтгаан болж буй элэгний өмөн, зүрхний ишеми 3,4 дүгээрт орсон ба 5 дахь шалтгаан нь амиа хорлолт байгаа ба нийт нас баралтын 3.1 хувийг эзэлж байгаа нь зайлшгүй нийгмийн эрүүл мэндийн чиглэлээр хэрэгжүүлэх үйл ажиллагааны гол асуудал болж байна.

2010 оны байдлаар эрэгтэйчүүдийн нас баралтын 1-р шалтгаан болж 11.7 хувийг эзэлж байсан тархинд цус харвалт 2021 онд 7-р шалтгаан болж нас баралтын 2.1 хувийг эзэлж байна. Мөн эрэгтэйчүүдийн нас баралтын тэргүүлэх 20 шалтгааны 2 нь garbage code –оор бүртгэсэн буюу Үүсгэгч нь тодорхойгүй уушгины хатгаа J18, I42.0 тэлэгдлийн кардиомиопати оноштой байгаа нь нийт нас баралтын 2.5 хувийг эзэлж байна. Эрэгтэйчүүдийн нас баралтын тэргүүлэх 20 шалтгаанд буруу кодлолтой шалтгаан 2010 онд 3.2 хувийг эзэлж байсан бол 2021 онд 0.7 хувиар буурсан харагдаж байна.

2021 оны байдлаар эмэгтэйчүүдийн нас баралтын тэргүүлэх шалтгаанд COVID-19-ын халдварын шалтгаант нас баралт 13.1 хувьтай тэргүүлж байгаа ба эрэгтэйчүүдтэй харьцуулахад харьцангуй өндөр байна. Элэгний өмөн 6.1 хувиар 2 дахь шалтгаан болж байна. Эмэгтэйчүүдийн нас баралтын 6 дахь шалтгаан нь архины хордлогын шалтгаант нас баралт 2.1 хувийг эзэлж байна.

2010 оны байдлаар эмэгтэйчүүдийн нас баралтын 1-р шалтгаан болж 15.2 хувийг эзэлж байсан тархинд цус харвалт 2021 онд 8-р шалтгаан болж нас баралтын 1.9 хувийг эзэлж байна. Мөн эмэгтэйчүүдийн нас баралтын тэргүүлэх 20 шалтгааны 3 нь garbage code –оор бүртгэсэн буюу Үүсгэгч нь тодорхойгүй уушгины хатгаа J18, I42.0 тэлэгдлийн кардиомиопати, I27 уушиг-зүрхний дутмагшлын бусад хэлбэр оноштой байгаа нь нийт нас баралтын 3.3 хувийг эзэлж байна. Эмэгтэйчүүдийн нас баралтын тэргүүлэх 20 шалтгаанд буруу кодлолтой шалтгаан 2010 онд 6.8 хувийг эзэлж байсан бол 2021 онд 3.5 хувиар буурч кодлолтын чанар харьцангуй сайжирсан байна.

2021 оны Монгол улсын хүн амын нас баралтын тооцооллоор 1-р бүлэг буюу халдварт өвчний нас баралт 14.5 хувийг, 2-р бүлэг буюу халдварт бус өвчний нас баралт 63.4 хувийг, 3-р бүлэг буюу осол гэмтлийн шалтгаант нас баралт 10.3 хувийг эзэлж байгаа ба 11.7 хувийг нас баралтын шалтгаан болохгүй (garbage code) кодоор кодолсон байна.

Үндсэн 3 бүлэгт ангилагдахгүй нас баралтын шалтгаан болохгүй (garbage code) код 11.7

хувийг эзэлж байгаа ба ANACONDA нь эдгээр кодыг дахин хуваарилалт хийж үндсэн 3 бүлэгт хуваарилсны дараах байдлаар харуулахад 1-р бүлэг буюу халдварт өвчний нас баралт 10.5 хувийг, 2-р бүлэг буюу халдварт бус өвчний нас баралт 78.2 хувийг эзэлж дахин хуваарилалтаар халдварт бус өвчний эзлэх хувь 14 хувиар нэмэгдсэн байна. Халдварт болон халдварт бус өвчний шалтгаант нас баралтын харьцаа 4.4 байсан бол кодыг дахин хуваарилсны дараа 7.5 хувь болж нэмэгдсэн байна.

2021 оны байдлаар нийт чанарын гүйцэтгэлийн индекс оноо 77.5 байна. Энэ нь бүртгэл, мэдээллийн үйл ажиллагааны хувьд *“ажиллагаатай, гэвч хангалттай бус”* зэрэглэлд хамрагдаж байгаа бөгөөд цаашид *тогтолцоо ажиллаж байгаа ч өгөгдлийн зарим үйл ажиллагаа сул тул анхаарах шаардлагатай, цогц үнэлгээ хийж тогтолцооны өвөрмөц сул талуудыг тодорхойлох шаардлагатай* гэсэн ангилалд багтаж байна.

Манай улсын хүн амын нас баралтын мэдээллийн чанарын үнэлгээнд хамрагдсан 5 жилийн мэдээллийн өгөгдлийн хувьд 74-79 оноотой байгаа нь хангалттай бус үйл ажиллагаатай зэрэглэлд хамрагдаж байгаа тул цаашид цогц үнэлгээ хийж нас баралтын мэдээллийн тогтолцооны өвөрмөц сул талуудыг тодорхойлох шаардлагатай гэсэн дүгнэлтэд хүрч байна.

Нас баралтын бүртгэлийн анхдагч мэдээллийн чанарт нөлөөлж буй гол шалтгаан нь мэдээллийн сангаас хүн амын үхэлд хүргэж буй гол шалтгааны талаар дэлгэрэнгүй мэдээлэл авах боломж 58 хувьтай буюу хангалтгүй үнэлгээтэй байгаа нь “Нас барсан тухай эмнэлгийн гэрчилгээ” АМ-7 маягтыг бүрэн гүйцэд бөглөх, мэдээлэх үйл ажиллагааг нэн тэргүүнд сайжруулах хэрэгтэй. Мөн мэдээллийн санд бүртгэгдсэн тохиолдлын 11.7 хувийг нас баралтын үндсэн шалтгаан болохгүй буруу кодоор бүртгэсэн байгааг нарийвчлан судалж, нас баралтын гэрчилгээ бичиж буй эмчийн тавьсан онош алдаатай, эсвэл ICD-10-ийн дагуу кодолж программ хангамжид оруулахдаа алдаа гаргаж байгаа эсэхийг тодруулж дэд үнэлгээ хийх шаардлагатай. Цаашид кодлолтын үнэн зөв байдлыг хангахад гэрчилгээ бичиж буй эмч нар болон бүртгэл, мэдээлэл хариуцсан эмч мэргэжилтнүүдэд тус бүрд нь тохирсон сургалт, гарын авлагаар хангах үйл ажиллагааг нэн тэргүүнд хэрэгжүүлэх шаардлагатай байна.

ANACONDA программын тухай

2015 онд Bloomberg Philanthropies нь Австрали улсын засгийн газартай хамтран Эрүүл мэндийн бүртгэл, мэдээллийн тогтолцоог сайжруулах зорилгоор ANACONDA программ хангамжийг боловсруулсан ба энэ нь Квинсландын их сургуулийн Эрүүл мэндийн мэдээллийн системийн төвөөс анх боловсруулсан нас баралтын үнэлгээний чанарын үнэлгээний зарчмууд дээр тулгуурласан байна.

Энэхүү программ хангамж нь Эрүүл мэндийн статистикийн тогтолцоог бэхжүүлэх, /иргэний бүртгэл/, нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг дэмжин хүн амын эрүүл мэндийг сайжруулахад бусад улс орнуудад туслах зорилготой бөгөөд тухайн улсын иргэний бүртгэл мэдээлэл, бүрэн бүтэн байдал нас баралтын бүртгэл мэдээллийн чанар, хүртээмж, нас баралтын статистикийг сайжруулахад ямар үйл ажиллагааг чиглүүлэх үү гэдгийг тодорхойлох зорилготой юм.



ANACONDA-г одоогоор Ази, Африк, Латин Америкийн 19 улсад хэрэглэгдэж байгаа ба бусад орнуудаас НҮБ болон ДЭМБ-аар дамжуулж бүс нутгийн сургалтуудыг зохион байгуулж байна. ANACONDA нь хүн амын нас баралтын өгөгдлийг шууд засаж залруулахгүй бөгөөд танай өгөгдлийг залруулах арга хэмжээ авахад гэрэл тусгах болно гэсэн үндсэн уриалгатай юм.

ANACONDA программ хангамж нь хүн амын нас баралтын мэдээлэлд дараах байдлаар үнэлгээг хийж, мэдээллийн чанарт нөлөөлж буй үйл ажиллагааг тодорхойлж гаргаж өгдөг. Үүнд:

- Мэдээллийн бүртгэлийн хамралт:
- Нялхсын болон 5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдлийн бүртгэлийн хамралт
- Мэдээллийн санд бүртгэгдсэн тохиолдлын нас, хүйс, оношны тохироо
- Насны ангилал, хүйсийн бүтэц, хүн амын эрүүл мэндийн байдлыг илтгэх 3 бүлэгт харьцуулсан шалтгааны тооцоолол ДЭМБ-аас гаргасан загвар тооцоололтой хир зөрүүтэй байгаа эсэх
- Нас баралтын мэдээллийн санд бүртгэгдсэн тохиолдлын хэдэн хувь нь "ашиглагдахгүй" буюу нас баралтын шалтгааныг буруу тодорхойлсон ашиглах боломжгүй кодоор бүртгэсэн эсэх
- Мэдээллийн санд шалтгаанаа буруу тодорхойлсон ашиглах боломжгүй алдаатай утгын хамгийн түгээмэл шалтгаан юу байна
- Хэр их ашиглах боломжгүй, буруу тодорхойлсон код ('хог' гэх мэт) нь нас баралтын тэргүүлэх шалтгаан болж байна
- Таны өгөгдөлд өгөгдлийн чанарын үнэлгээний индекс ерөнхий оноо хэд байна гэдгийг тодорхойлдог.

1. Хүн амын нас баралтын бүртгэл, мэдээллийн тогтолцоо

1.1 Хууль, эрх зүйн баримт бичиг

Монгол улсад хүн амын төрөлт, нас баралтыг бүртгэхэд “Иргэний улсын бүртгэлийн тухай”, “Статистикийн тухай”, “Эрүүл мэндийн тухай” хуулийн дараах заалтууд болон Эрүүл мэндийн сайдын тушаалаар батлагдсан журмуудыг баримтлан бүртгэж байна.

Иргэний улсын бүртгэлийн тухай хуулийн 13 дугаар зүйл. Нас барсны бүртгэл

13.1.Иргэний нас барсныг энэ хуулийн 13.2-т заасан этгээд нас барагчийн иргэний үнэмлэх болон доор дурдсан баримт бичгийн аль тохирохыг бүрдүүлж, аймаг, нийслэлд 3, сум, Дипломат төлөөлөгчийн газарт 7 хоногийн дотор бүртгүүлнэ:

13.1.1.иргэний нас барсан тухай эмнэлгийн магадалгаа;

13.1.2.иргэнийг нас барсан гэж зарласан шүүхийн шийдвэр;

13.1.3.нас барсан шалтгааны тухай шүүх эмнэлгийн дүгнэлт;

13.1.4.гамшгийн улмаас хүний амь нас эрсэдсэн бол Засгийн газраас байгуулсан онцгой комиссын шийдвэр.

Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 33 дугаар зүйл. Эмгэг судлалын шинжилгээ хийх

33.1. Нас барагчийн цогцост үхлийн шалтгаан болон өвчний онош зөв тогтоогдсон эсэхийг тодорхойлох зорилгоор эмгэг судлалын шинжилгээ хийнэ.

33.2. Энэ хуулийн 33.1-д заасан шинжилгээ болон амьд сорьцын эмгэг эд, эс судлалын шинжилгээ хийх журмыг эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн Засгийн газрын гишүүн батална.

Монгол Улсын Эрүүл мэндийн сайдын тушаал

Хүн амын нас баралтын бүртгэл, мэдээллийн үйл ажиллагаанд дараах тушаал, журмуудыг баримтална.

- Эрүүл мэндийн сайдын 2017 оны “Нас барагчийн цогцост үхлийн шалтгаан болон өвчний онош зөв тогтоогдсон эсэхийг тодорхойлох эмгэг судлалын шинжилгээ хийх журам” А/55 дугаар тушаал
- Эрүүл мэндийн сайдын 2021 оны “Коронавируст халдвар /КОВИД-19/-ын батлагдсан болон сэжигтэй цогцсыг оршуулахад баримтлах түр журам” А/214 дүгээр тушаал
- Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны “Эрүүл мэндийн салбарын статистик мэдээ, мэдээллийн журам, бүртгэлийн маягтыг шинэчлэн батлах тухай” А/611 дүгээр тушаал

Уг маягт нь Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллагаас 2016 онд шинэчлэн баталж олон улсын түвшинд хэрэглэж буй стандартын дагуу шинэчлэн боловсруулж 2020 оны 1 дүгээр сараас эхлэн уг маягтын дагуу бүртгэн, мэдээлж байна.

Эрүүл мэндийн байгууллагад бүртгэгдсэн нас баралтын тохиолдлыг нас барсан хэлбэр, хаана нас барсныг харгалзахгүйгээр үйлчлэх нутаг дэвсгэрт нас барсан бүх тохиолдолд тухайн нутагт дэвсгэрт харьяалагдах эрүүл мэндийн байгууллага бичиж, мэдээлнэ.

Гэрчилгээг иргэний бүртгэл мэдээллийн төвд бүртгүүлэхээр 2 хувь бичиж 1 хувийг нас барагчийн ар гэр, төрөл төрөгсдөд олгож, нөгөө хувийг нь эмнэлгийн статистик мэдээллийн тасагт хүлээлгэн өгдөг.

Статистик мэдээллийн тасагт статистикч их эмч бичлэг, кодлолтын үнэн зөвийг шалгаж, компьютерт шивнэ. Компьютерт шивсэн энэхүү анхан шатны бүртгэлийн маягтаас хүн амын нас баралтын тайлан насны ангилал, нас баралтын хэлбэрээр, нас барсан газраар гаргана.

Гэрчилгээг заавал их эмч хөтөлнө. Багийн бага эмчийн салбарт гэрчилгээг бага эмч бичиж нас баралтын шалтгааныг заавал сумын эрүүл мэндийн төвийн их эмчээр хянуулна.

Эмнэлгээс гадуур нас барсан тохиолдолд нас баралтын үндсэн шалтгааныг тогтоохдоо нас барагчийг урьд нь эмчилж байсан эмнэлэг, өрхийн эмчийн хяналтыг үндэслэж эсвэл задлан шинжилгээ хийсний үндсэн дээр бичдэг.

Аймаг хотын нэгдсэн эмнэлэг болон сумын эрүүл мэндийн төвд хэвтэж эмчлэгдэж байгаад нас барагсад гадны шалтгаанаар нас барсан байж болох сэжигтэй бүх тохиолдолд заавал задлан шинжилгээ хийсний үндсэн дээр уг гэрчилгээг бичнэ.

1.2 Мэдээлэл нэгтгэх, боловсруулах программ хангамж

Өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагууд нь хүн амын төрөлт, нас баралт, онош батлагдсан өвчнүүд, хорт хавдрын тохиолдлын мэдээллийг эрүүл мэндийн бүртгэл тайлангийн H-info 3 программ хангамжид оруулан, мэдээний сан үүсгэж, нэгтгэн боловсруулдаг.

Эрүүл мэндийн статистик бүртгэл, боловсруулалтын H-info 3.0 программ нь ЭМЯ-ны Эрүүл мэндийн удирдлагын мэдээллийн үйл ажиллагааг Зохицуулах зөвлөлийн ээлжит хурлын шийдвэрээр 2014 оны 5 дугаар сарын 01-ний өдрөөс бүх шатны эрүүл мэндийн байгууллагуудад нэвтрүүлсэн.

Уг программ хангамж нь өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагуудын статистик мэдээний бүртгэлийг хөтлөх, мэдээллийг боловсруулах, үндэсний түвшний эрүүл мэндийн байгууллагуудын хоорондох ONLINE цахим сүлжээ болсон.

Олон улсын шаардлагад нийцүүлэхийн тулд Өвчний олон улсын 10-р ангиллын 4 дэх тэмдэглэгээгээр оруулж өгсөн. Зарим аймгуудын интернэтийн холболт, хурд, хүчин чадлаас шалтгаалан сумын эрүүл мэндийн төвүүдэд зориулсан offline хувилбар ажиллаж байгаа ба ингэснээр интернэтийн сүлжээгүй, сумын эрүүл мэндийн төвүүд ямар ч нөхцөлд мэдээллээ оруулж, дамжуулах боломжтой болсон.

1.3 Нас баралтын шалтгааны кодлолт

Монгол Улс нь 1996 оноос эхлэн Өвчний олон улсын 10-р ангиллыг эрүүл мэндийн салбарт нэвтрүүлж, өвчлөл, нас баралтын шалтгааныг кодолж ирсэн.

2014 оноос Олон улсын шаардлагад нийцүүлэхийн тулд Өвчний олон улсын 10-р ангиллын 4 дэх тэмдэглэгээг нэвтрүүлж, статистик бүртгэл тайлангийн H-info 3.0 программд оруулснаар өвчлөл, нас баралтын шалтгааныг илүү нарийвчлалтай, халдварт өвчний шалтгаан, үүсгэгчийг кодлон, бүртгэх боломж бүрдсэн.

2. Нас баралтын анхдагч мэдээллийн чанар, хамралтын үнэлгээний ерөнхий мэдээлэл

2.1 Мэдээллийн чанарын үнэлгээний ерөнхий мэдээлэл

Монгол улсын хүн амын нас баралтын бүртгэл, мэдээллийн чанарт ANACONDA tool-ээр үнэлгээ хийхээр 2010, 2014-2021 оны хүн амын нас баралтын мэдээллийг эрүүл мэндийн албан ёсны статистикаар мэдээлэгдэж, эрүүл мэндийн бүртгэл, тайлангийн H-info 3.0 программ хангамжид бүртгэгдсэн мэдээллийн сангаас байршил, хугацаагаар түүвэрлэн гаргасан. Хүн амын тоог тооцох аргачлалын дагуу ҮСХ-ны www.1212.mn-д нээлттэй байршуулсан тухайн жилийн суурин дундаж хүн амын тоог аймаг, нийслэл тус бүрээр тооцоолж оруулсан.

Нас баралтын бүртгэл, мэдээллийн чанарыг шалгах ANACONDA tool-д оруулах үндсэн хүснэгт, data-г 2014, 2019-2021 оны мэдээллийг 21 аймаг, нийслэл тус бүрээр бэлтгэн, ANACONDA tool-д оруулан тооцоолол хийхээр бэлтгэгдсэн мэдээллийг үнэлгээний 10 алхмаар аймаг, нийслэл тус бүрээр тооцоолж гаргасан.

Хүснэгт 2 ANACONDA үнэлгээний ерөнхий мэдээлэл, 2021 он

Үнэлгээний бүрэлдэхүүн	Ерөнхий мэдээлэл	Үнэлгээ
2.2 Хүн ам	<p>Аргачлалын дагуу ANACONDA программд суурин дундаж хүн амын тоог оруулан тооцоолол хийсэн ба хүн амын 49.3 хувь нь эрэгтэйчүүд, 50.7 хувь нь эмэгтэйчүүд байна.</p> <p>Насны бүтцээр авч үзвэл 15 хүртэлх насны хүүхэд 32.7, 15-64 насны хүн ам 62.8, 65-аас дээш насны хүн ам 4.6 хувийг тус тус эзэлж байна. Мэдээллийн эх үүсвэр Үндэсний статистикийн хороо</p>	1
2.4 Нас баралтын бүртгэлийн хамралт	<p>Мөн дээрх аргаар тооцоолсон мэдээллээр 2010 онд эрэгтэйчүүд 95.1%, эмэгтэйчүүд 96.4% 2014 онд эрэгтэйчүүд 94.1%, эмэгтэйчүүд 94.8% бүртгэгдсэн тооцоолол гарч байсан бол 2019 эрэгтэйчүүд 92.0%, эмэгтэйчүүд 92.2% бүртгэгдсэн тооцоололтой байгаа ба сүүлийн жилүүдэд бүртгэлийн хувь буурч байгаад анхаарал хандуулж, дахин тооцоолох эсвэл тооцооллын өөр аргаар нягталж үзэх шаардлагатайг харуулж байна.</p>	2
2.6 Хүн амын дундаж наслалт, тооцоолол	<p>Насжилтын хүснэгт нь насны бүлэг тус бүрээр нас барах магадлалыг тооцдог ба 0 наснаас эхлэн цаашид амьдрах жилийн тоог тооцоолдог. Энэхүү тооцооллоор дундаж наслалтыг эрэгтэйчүүдийнх 67.0, эмэгтэйчүүдийнх 75.6 нас гэж тооцсон. ҮСХ-ноос тооцон гаргасан мэдээллээс 0.5> бага буюу харьцангуй зөрүү багатай байсан</p>	1
Хүйсийн харьцаа	<p>2021 оны байдлаар нас баралтын түвшний хүйсийн харьцааг насны бүлэг тус бүрээр харахад 45-49 насанд хамгийн өндөр буюу 2.8, 35-39 нас болон 50-54 насанд 2.7 байна.</p> <p>Сүүлийн жилүүдэд эрэгтэйчүүдийн нас баралтын эзлэх хувь нэмэгдсээр байна. Гол анхаарал татсан асуудал 40-60 насны эрэгтэйчүүдийн зүрх судасны тогтолцооны нас баралт, архинд хордож нас барах шалтгаан нэмэгдсэнтэй холбоотой тухайн насны бүлэгт эрэгтэйчүүдийн нас баралт эмэгтэйчүүдтэй харьцуулахад 4 дахин өндөр байна.</p>	2
3.1 Нас баралтын шалтгааныг өргөн хүрээний 3 бүлэгт харьцуулсан тооцоолол	<p>Халдварт болон халдварт бус өвчний шалтгаант нас баралтын харьцаа 2017 онд ДЭМБ-ын тооцоолсноор дэлхийн дундаж 2.3 хувь байсан бөгөөд өндөр хөгжилтэй улс орнуудад 13.1 хувь, хөгжингүй орнуудад 4.8, хөгжиж буй улс орнуудад 2.3, бага орлоготой улс орнуудад 0.6 хувь байгаа ба манай улсын хувьд 2021 онд 7.5 хувь байгаа нь өндөр хөгжилтэй улс орнуудын үзүүлэлтээс доогуур байгаа хэдий ч бусад түвшний улс орнуудаас өндөр үзүүлэлттэй байна. Дундаж наслалт уртсаж, хүн амын дунд халдварт өвчин буурахад энэ хувь нэмэгддэг байна.</p>	1

Үнэлгээний бүрэлдэхүүн	Ерөнхий мэдээлэл	Үнэлгээ
3.2 Нас баралтын үндсэн шалтгааныг буруу тодорхойлж, мэдээлсэн тохиолдлын эзлэх хувь	Нас баралтын шалтгааныг 2021 оны байдлаар харахад 88.1 хувь нь шалтгааныг зөв кодолсон буюу ашиглах боломжтой кодууд, 11.7 хувь нь нас баралтын үндсэн шалтгааныг буруу тодорхойлж, мэдээлсэн код (garbage code), 0.2 хувь нь үл мэдэгдэх шалтгаант кодууд эзэлж байна.	3
3.3 Нас баралтын үндсэн шалтгааныг буруу тодорхойлж, мэдээлсэн тохиолдол (Garbage code), оношилгооны ангиллаар	<p>Нас баралтын шалтгааныг буруу тодорхойлж, мэдээлсэн тохиолдлыг оношилгооны ангиллын хэв шинжээр харуулбал 2010 онд 1-р ангилал буюу өвчний шинж тэмдгээр бүртгэж, тохиолдол 5.4 хувийг эзэлж байсан бол 2021 онд 4 хувь болсон байна. 2-р ангилалд хамаарах Нас баралтын үндсэн шалтгаан байж болохгүй кодууд 2010 онд 4.7 хувь, 2021 онд 5.2 хувийг эзэлж байна.</p> <p>3,4-р ангилалд хамаарах Нас баралтын шалтгаан болдог хэдий ч үндсэн шалтгаанаар кодлохгүй өвчнүүд, Зүрх, амьсгалын дутагдал зэрэг үхлийн шууд шалтгаантай холбоотой кодууд 2010 онд 42 хувь байсан бол 2021 онд 49.6 хувь болж нэмэгдсэн байна.</p> <p>5-р ангилалд хамаарах Тодорхойгүй шалтгаанаар кодолсон тохиолдлуудын эзлэх хувь 2021 онд 41.3 хувийг эзэлж 2010 онтой харьцуулахад харьцангуй буурсан харагдаж байна.</p>	3
3.4 Нас баралтын үндсэн шалтгааныг буруу тодорхойлж, мэдээлсэн тохиолдол (Garbage code), бодлого, шийдвэрт нөлөөлөх төвшнөөр	<p>2021 оны байдлаар нас баралтын шалтгаан болохгүй тохиолдлыг эрүүл мэндийн бодлого, шийдвэр гаргалтад нөлөөлөх төвшнөөр харуулбал 1-р түвшин буюу эрүүл мэндийн бодлого, шийдвэр гаргалтад маш өндөр сөрөг нөлөө үзүүлэх ноцтой үр дагавар бүхий кодууд 20.4 хувийг эзэлж байгаа нь 2010 онтой харьцуулахад 0.5 хувиар нэмэгдсэн байна.</p> <p>Эрүүл мэндийн бодлого, шийдвэр гаргалтад их хэмжээний сөрөг нөлөө үзүүлэх магадлалтай кодууд буюу 2-р түвшинд хамаарах тохиолдлууд 29.2 хувийг эзэлж байгаа нь 2010 онтой харьцуулахад буурсан хэдий ч шалтгааны буруу кодлолтын 50 хувь нь бодлого, шийдвэр гаргалтад ноцтой буюу их хэмжээний сөрөг нөлөө үзүүлэх тохиолдлууд байгаа нь нэн тэргүүнд арга хэмжээ авах асуудлын нэг юм.</p> <p>Аймгуудаар харьцуулж үзэхэд хамгийн өндөр буюу Дорнод 49 хувь, Ховд 47.9 хувь, Сүхбаатар 39.4 хувь, Баянхонгор аймаг 38.4 хувь, Өвөрхангай аймагт 32.9 хувь нь 1-р түвшинд хамаарах тохиолдлууд эзэлж байгаа эдгээр аймгуудын кодлолтын чанарт нэн тэргүүнд анхаарах хэрэгтэйг харуулж байна.</p>	2

Үнэлгээний бүрэлдэхүүн	Ерөнхий мэдээлэл	Үнэлгээ
3.5 Эрүүл мэндийн бодлого, шийдвэр гаргалтад маш өндөр сөрөг нөлөө үзүүлэх түвшинд хамаарах нас баралтын шалтгаан болохгүй код, өвчний ангиллаар	2021 оны мэдээллийн сангаас харахад garbage code-ийн хамгийн их тохиолдол нь өтлөлт R54 гэсэн онош хамгийн олон тохиолдол байгаа ба сепсис, амьсгалын дутагдал, тархины саажилт зэрэг оношууд дийлэнх хувийг эзэлж байна.	2
3.7 Нас баралтын чанарыг шалгах шалгуур үзүүлэлт	Монгол улсын хүн амын нас баралтын тоо мэдээний чанарыг шалгах 3 бүлэгт эзлэх тодорхойгүй шалтгаант нас баралтын эзлэх хувь 10 хувиас бага байгаа хэдий ч хорт хавдар, осол гэмтлийн тодорхойгүй шалтгаант нас баралтын эзлэх хувь нэмэгдэж байгаад анхаарах хэрэгтэй байна.	2
3.8 Нас баралтын тэргүүлэх 20 шалтгаан, хүйсээр	Эмэгтэйчүүдийн нас баралтын тэргүүлэх 20 шалтгаанд буруу кодлолтой шалтгаан 2010 онд 6.8 хувийг эзэлж байсан бол 2021 онд 3.5 хувиар буурч кодлолтын чанар харьцангуй сайжирсан байна. Эрэгтэйчүүдийн нас баралтын тэргүүлэх шалтгаанд COVID-19-ын халдварын шалтгаант нас баралт 7.6 хувьтай тэргүүлж, архины хордлогын шалтгаант нас баралт 5.8 хувиар 2 дахь шалтгаан болж байна. Эрэгтэйчүүдийн нас баралтын гол шалтгаан болж буй элэгний өмөн, зүрхний ишеми 3,4 дүгээрт орсон ба 5 дахь шалтгаан нь амиа хорлолт болж байна.	2
Чанарын индекс	2021 оны байдлаар нийт чанарын гүйцэтгэлийн индекс оноо 77.5 байна. Энэ нь бүртгэл, мэдээллийн үйл ажиллагааны хувьд “ажиллагаатай, гэвч хангалттай бус” зэрэглэлд хамрагдаж байгаа бөгөөд цаашид тогтолцоо ажиглаж байгаа ч өгөгдлийн зарим үйл ажиллагаа сул тул анхаарах шаардлагатай, цогц үнэлгээ хийж тогтолцооны өвөрмөц сул талуудыг тодорхойлох шаардлагатай гэсэн ангилалд багтаж байна.	2
Шаардлага хангасан мэдээлэл	Үйл ажиллагааг сайжруулах шаардлагатай	Нэн тэргүүнд сайжруулах шаардлагатай үйл ажиллагаа
1	2	3

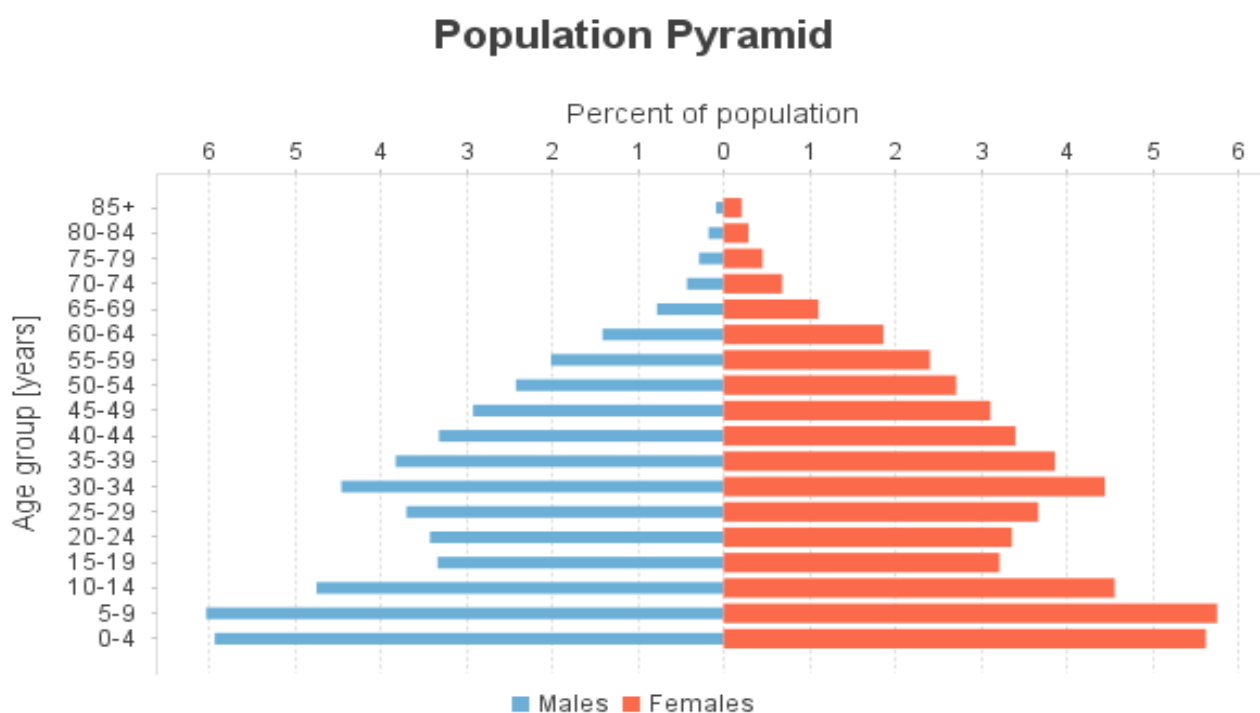
2.2 Хүн амын мэдээлэл

Уг үнэлгээнд ашигласан хүн амын мэдээллийг Үндэсний статистикийн хорооны Монгол улсад оршин сууж байгаа суурин дундаж хүн амын тоогоор тооцоолон гаргасан болно. (www.1212.mn)

Монгол Улсын хүн ам 2021 онд 3 сая 409.9 мянга болж, өмнөх оныхоос 52.4 мянган хүн буюу 1.6 хувиар өссөн байна. Нийт хүн амын 69.4 хувь нь хот суурин газар, үлдсэн 30.6 хувь нь хөдөө амьдарч байна. Улаанбаатар хотод 1639.2 мянган хүн буюу нийт хүн амын 48.1 хувь нь оршин сууж байна

Аргачлалын дагуу ANACONDA программд суурин дундаж хүн амын тоог оруулан тооцоолол хийсэн ба хүн амын 49.3 хувь нь эрэгтэйчүүд, 50.7 хувь нь эмэгтэйчүүд байна. Насны бүтцээр авч үзвэл 15 хүртэлх насны хүүхэд 32.7, 15-64 насны хүн ам 62.8, 65-аас дээш насны хүн ам 4.6 хувийг тус тус эзэлж байна.

Зураг 1 Монгол улсын хүн амын нас хүйсийн суварга, 2021 он



Mongolia, 2021

2021 оны хүн амын нас, хүйсийн суваргаас харахад, дунд хэсгээрээ аажмаар өргөсч байгаа нь хүн амын насны бүтэц идэрших хандлагатай байгааг харуулж байна. Харин 15-29 насны бүлгийн хүн амын хэсгээр нарийссан байгаа нь 1990 оноос хойш төрөлтийн түвшин эрс буурч байсныг харуулж байна. Дээрх суваргад хөдөлмөрийн насны хүн ам буюу 30-39 насны бүлгийн хүн ам харьцангуй их харагдаж байна.

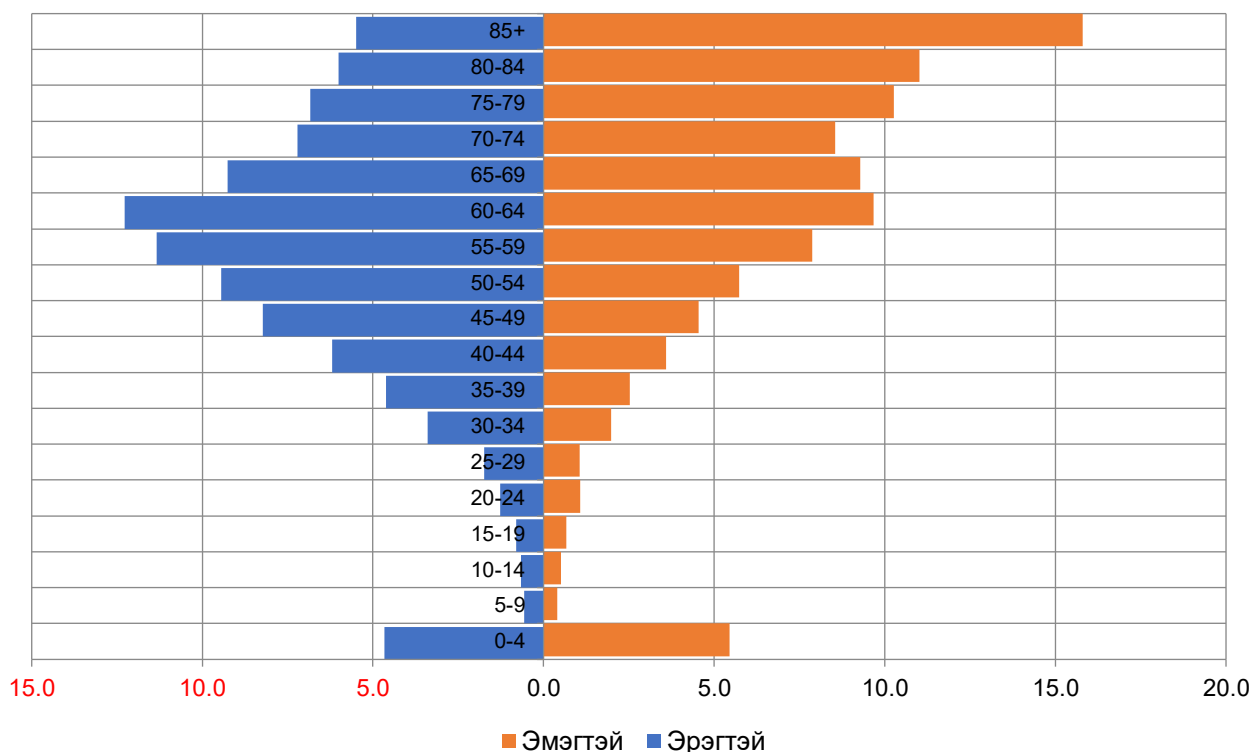
2.3 Хүн амын нас баралтын мэдээлэл

Энэхүү үнэлгээнд хамрагдсан хүн амын нас баралтын мэдээллийг Эрүүл мэндийн статистик бүртгэл, тайлангийн H-info 3.0 программ хангамжид бүртгэгдсэн албан ёсны статистик мэдээллээс аргачлалын дагуу мэдээллийг улсын дүнгээр болон аймаг, нийслэл тус бүрээр оруулан тооцоолол хийлээ. Үнэлгээнд 2010 оны 17276, 2014 оны 16495, 2018 оны 17331,

2019 оны 17205, 2020 оны 15922, 2021 оны 19931 нас баралтын тохиолдлыг хамруулсан ба нийт 104160 нас баралтын тохиолдолд үнэлгээг хийсэн.

Хүн амын нас баралт 2021 онд 19931 тохиолдол бүртгэгдэж, сүүлийн 10 жилийн дунджаас 3094 хүн (18.4%)-ээр, өмнөх оноос 4009 (25.2%) хүнээр тус тус нэмэгдсэн. Албан ёсны статистикаар 10 000 хүн амд ногдох нас баралтын түвшин 2021 онд 60.7 байгаа бөгөөд 10 000 эрэгтэй хүн амд 72.7, эмэгтэй хүн амд 49.1 тус тус байсан.

Зураг 2 Хүн амын нас баралтын суварга, 2021 он



Энэхүү үе шат бүрд нас баралтын мэдээний сангийн алдааг тодорхойлж, нас баралтын гол үзүүлэлтийг тооцон нийгмийн эрүүл мэндийн ач холбогдолтой талыг харж, нас баралтын мэдээний санд ямар алдаа дутагдал, сул тал байгааг дараах үе шатуудаар тодорхойлж гаргасан.

2.4 Хүн амын нас баралтын бүртгэлийн хамралт

Хүн ам зүйн хамгийн гол мэдээлэл нь хүн амын төрөлт, нас баралтын мэдээлэл бөгөөд эрүүл мэндийн мэдээллийн гол цөм юм. Тиймээс төрөлт, нас баралтын мэдээллийн хамралт болон анхдагч мэдээллийн чанар шаардлага хангасан тохиолдолд шийдвэр гаргах түвшинд хүн амын эрүүл мэндийн нөхцөл байдлыг үнэн зөв тодорхойлох шалгуур болдог.

Нас баралтын бүртгэлийн хамралт нь улсын хэмжээнд тухайн жилд болсон төрөлт, нас баралтыг иргэний бүртгэлийн тогтолцоонд бүртгэгдсэн байдлын хэмжээс юм. Иргэний бүртгэлээс гаргасан төрөлт ба нас баралтын мэдээллийг үнэлж тохируулах хүн ам зүйн хэд хэдэн арга байдаг. Зарим нь бие даасан эх үүсвэрээс (шууд “барих-дахин барих” хандлага) авсан тоо мэдээг харьцуулах, зарим нь хүн амын насны бүлгийн тархалтыг төсөөлөлд суурилж шууд бус аналитикийн аргыг хэрэглэдэг.

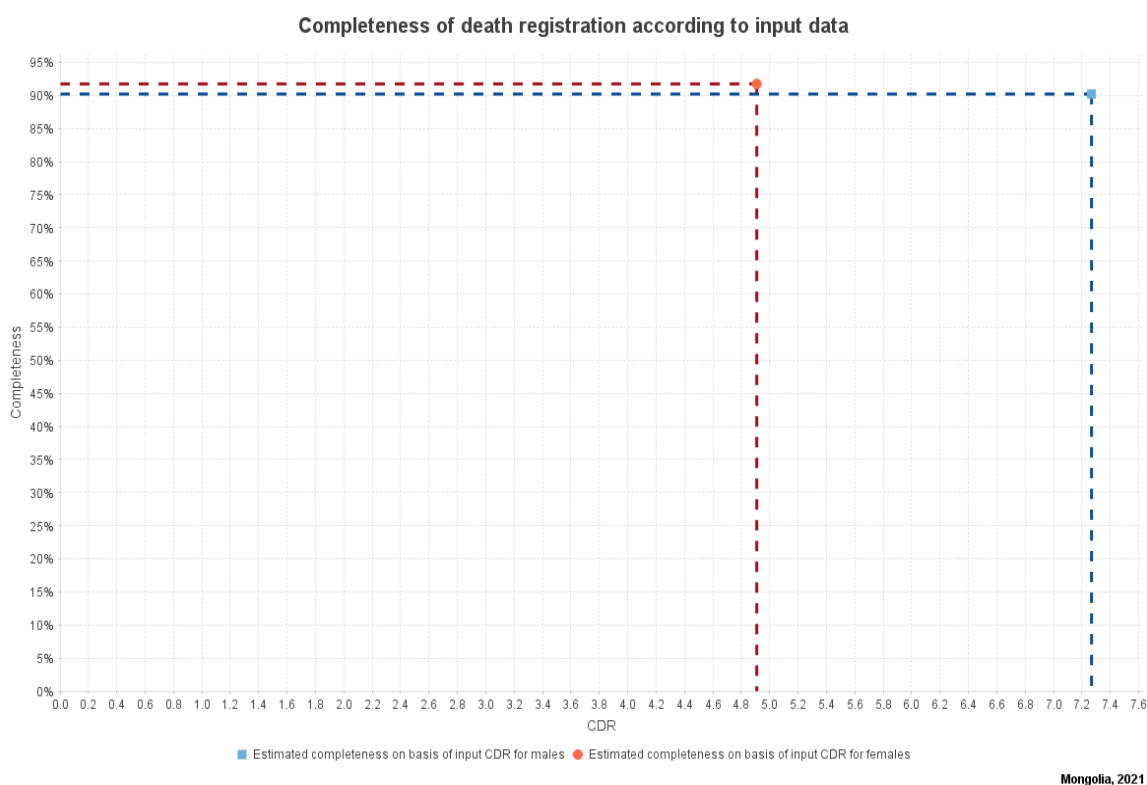
Мөн бүртгэлийн хамралтыг тооцох суурь арга нь улсын хэмжээнд бүртгэгдсэн төрөлт, нас баралтын бодит тоог тухайн жилд *тооцоолж байсан* төрөлт, нас баралтын тоонд хувааж, 100-аар үржүүлж хувилж гаргах юм. Ийнхүү нийт төрөлт, нас баралтын тооцоолсон бие даасан тоог ашиглаж бүртгэлийн хамралтыг энгийнээр хэмжиж болно.

$$\begin{aligned} \text{Төрөлтийн бүртгэлийн хамралтыг тооцох:} & \quad YB = (RB/CBR \times P) \times 100 \\ \text{Нас баралтын бүртгэлийн хамралтыг тооцох:} & \quad YD = (RD/CDR \times P) \times 100 \end{aligned}$$

YD	Нас баралтын бүртгэлийн хамралтын тооцоолол (%)
RD	Бүртгэгдсэн нас баралтын бодит тоо
CDR	Нас баралтын ерөнхий түвшин, НҮБ-ын тооцоолсноор (1000 хүн амд)
P	Нийт хүн амын тоо ('000-аар)

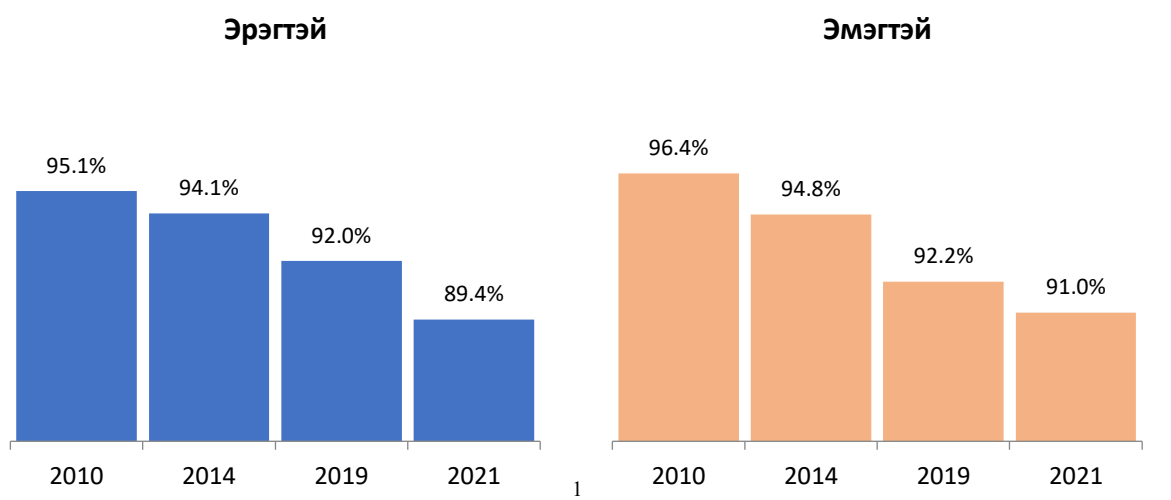
Хүн амын насны бүтэц, тав хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдлийн түвшин зэрэг боломжтой мэдээллээс нас баралтын бүртгэлийн хамралтыг тооцдог Лопез-Адайрын аргыг¹ ашиглан бүртгэлийн хамралтыг 2021 оны байдлаар тооцоолж харууллаа. ANACONDA тооцооллоор эрэгтэйчүүдийн нас баралт 89.4%, эмэгтэйчүүдийн нас баралт 91.0%-ийн хамралттай бүртгэгдсэн байна. (Зураг 3).

Зураг 3 Хүн амын нас баралтын бүртгэлийн хамралт, 2021



Мөн дээрх аргаар тооцоолсон мэдээллээр нас баралтын бүртгэлийн хамралтын хувийг тооцоолоход 2010 онд эрэгтэйчүүд 95.1%, эмэгтэйчүүд 96.4%-тай харьцангуй өндөр хамралттай байсан бол 2014 оны мэдээллээр эрэгтэйчүүдийн нас баралтын бүртгэлийн хамралт 94.1%, эмэгтэйчүүд 94.8%-тай бүртгэгдсэн тооцоолол гарсан. Харин 2019 оны мэдээллээс харахад эрэгтэйчүүд 92.0%, эмэгтэйчүүд 92.2%-тай бүртгэгдсэн тооцоололтой байгаа ба сүүлийн жилүүдэд бүртгэлийн хамралтын хувь буурч байгаад анхаарал хандуулж, тооцооллын өөр аргаар нягталж үзэх, мөн өгөгдлийн тооноос хамаарсан шалтгаан байгаа эсэхийг тодруулах шаардлагатайг харуулж байна. (2015 оны хүн амын тооллогоор өөрчлөлт оруулсантай холбоотой байх магадлалтай)

Зураг 4 Хүн амын нас баралтын бүртгэлийн хамралт, сонгосон онуудаар

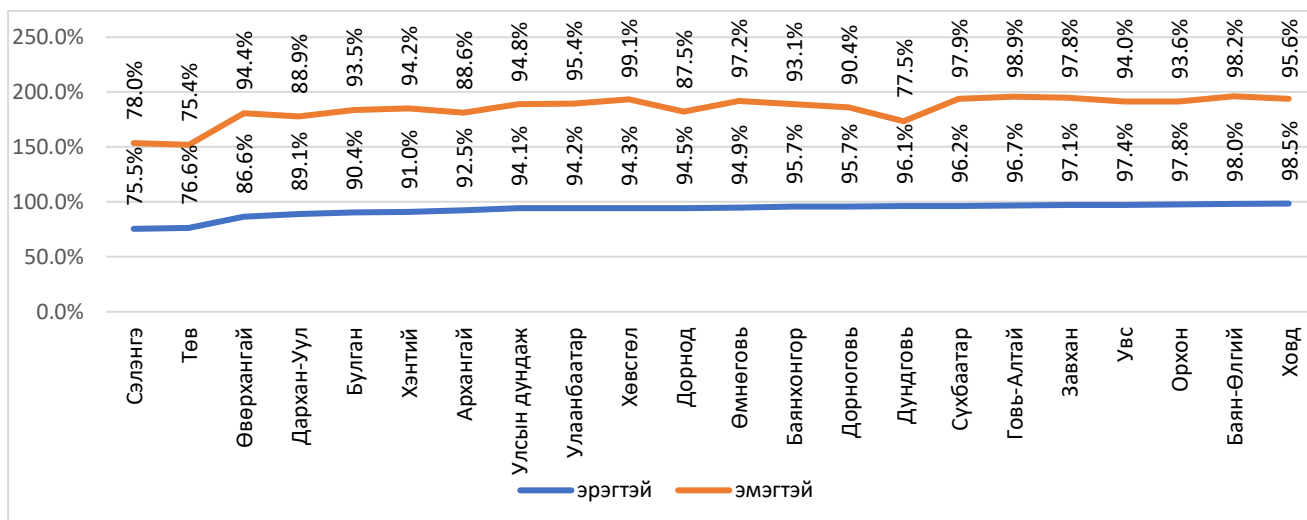


Төрөлт, нас баралтын статистик мэдээ, мэдээллийг байнга хянан үзэх нь мэдээ мэдээллийг алдаа мадаггүй байлгах гол хөшүүрэг болдог. Хэрэв төрөлт, нас баралтын мэдээ, мэдээллийн бүртгэлийн хамралтын хувь 90%-иас бага байвал НҮБ тухайн улс орон хүн амын тооллогынхоо асуумжид төрөлт, нас баралттай холбоотой асуултыг нэмж оруулах нь зүйтэйг зөвлөдөг байна.

2021 оны байдлаар нас баралтын бүртгэлийн хамралтын тооцооллоор эрэгтэйчүүдийн нас баралт 89.4 хувьтай байгаа ба ДЭМБ-ын аргачлалын дагуу 90 хувиас бага хамралттай гарсан тул Улсын бүртгэлийн ерөнхий газрын хүн амын нас баралтын бүртгэлтэй тулгалт хийж мэдээллийг шалгах шаардлагатай нь харагдаж байна.

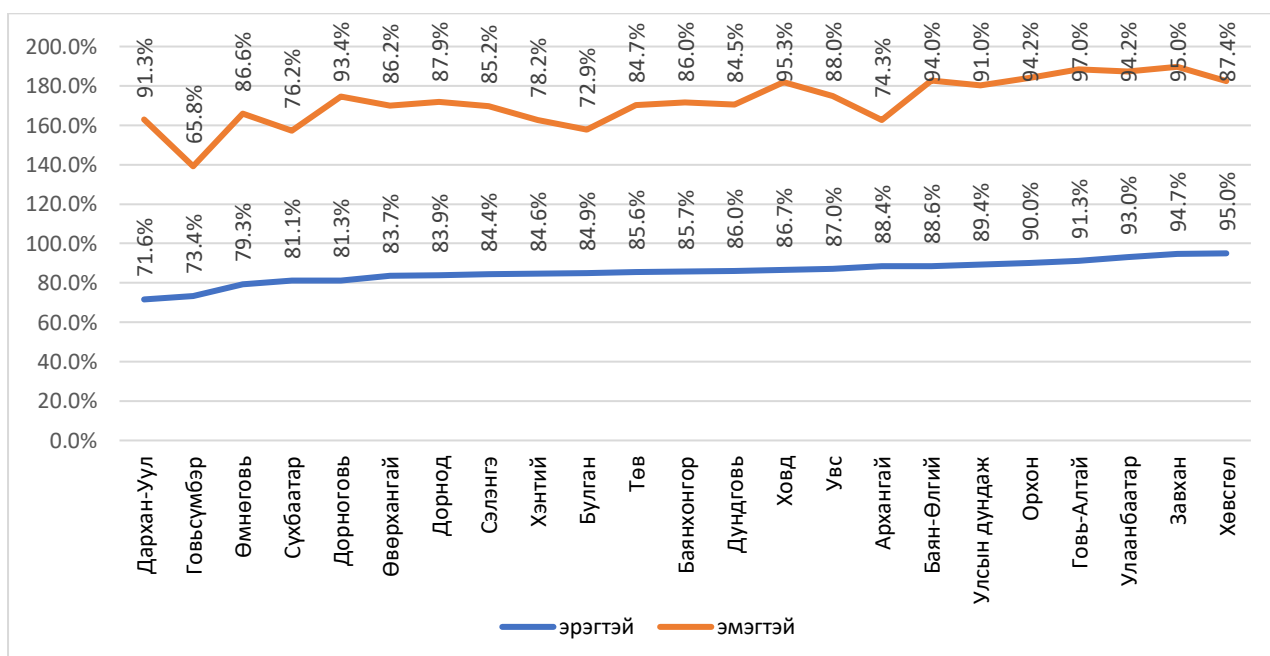
Нас баралтын бүртгэлийн хамралтын тооцооллыг аймгуудаар харьцуулж харуулбал, 2014 онд эрэгтэйчүүдийн нас баралт Сэлэнгэ, Төв, Өвөрхангай, Дархан-Уул аймгуудад 90 хувиас доош байсан ба мөн Сэлэнгэ, Төв, Дархан-Уул, Дундговь, Дорнод, Архангай аймгуудад эмэгтэйчүүдийн нас баралтын бүртгэл 90 хувиас доогуур хувьтай байна.

Зураг 5 Хүн амын нас баралтын бүртгэлийн хамралт, аймгуудаар, 2014 он



2021 оны нас баралтын бүртгэлийн хамралтын тооцооллыг аймгуудаар харуулбал эрэгтэйчүүдийн нас баралтын хамралт Дархан-Уул, Говьсүмбэр, Өмнөговь аймгуудад 80 хувиас доош байгаа нь анхаарч үзэх асуудал бөгөөд эмэгтэйчүүдийн нас баралтын хамралт Говьсүмбэр, Булган, Сүхбаатар, Хэнтий, Архангай аймгууд мөн 80 хувиас доогуур тооцоололтой гарсан байна.

Зураг 6 Хүн амын нас баралтын бүртгэлийн хамралт, аймгуудаар, 2021 он



2.5 Нас баралтын түвшин

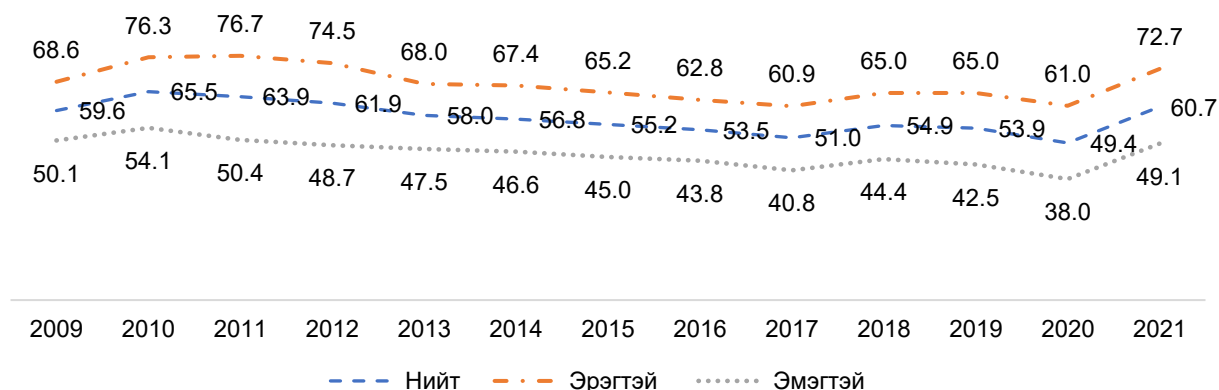
Нас баралтын түвшин нь тухайн жилийн 1000 хүн тутамд ногдох нас баралтын тоогоор илэрхийлэгдэнэ. Тухайлбал: бүртгэгдсэн нийт нас баралтын тоог x 1000/нийт хүн амын тоонд харьцуулан гаргадаг. Энэ түвшин нь ойролцоогоор 1000 хүн амд 5-10 байх ёстой.

Нас баралтын түвшин 1000 хүн амд 5-аас доош байвал сэжиг бүхий буюу хамралт бүрэн гүйцэд байгаа эсэхийг нягтлах шаардлагатай гэж үздэг. (Тайлбар: нас баралтын түвшин жил

бүр 3-5% -иас илүү хувиар өөрчлөгдөж хэлбэлзэх ёсгүй. Иймээс жил бүрийн хэлбэлзэл өөрчлөлт энэ хэмжээнээс их байвал судалж үзэх зайлшгүй хэрэгтэй болно.)

Эрүүл мэндийн статистикаар мэдээлэгдсэнээр хүн амын нас баралтын түвшинг доорх зурагт харуулав. ANACONDA-ийн тооцоололтой харьцангуй бага зөрүүтэй байгааг харж болно.

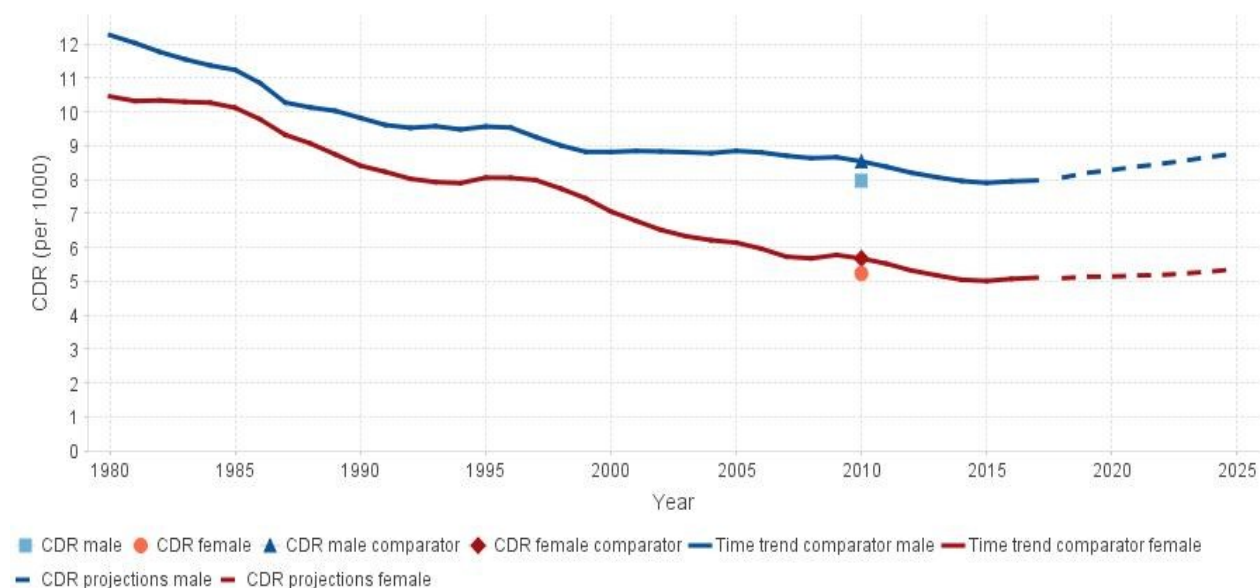
Зураг 7 Хүн амын нас баралт, 10 000 хүн амд, хүйсээр, 2009-2021 он



ANACONDA-ийн тооцооллоор 2010 онд хүн амын нас баралтын түвшин (CDR) эрэгтэйчүүдэд 8.0, эмэгтэйчүүдийн хувьд 5.2 байгаа нь ИММЕ-ийн тооцоололтой харьцуулахад ижил түвшинд буюу 0.5-ийн зөрүүтэй байсан бол 2021 онд эрэгтэйчүүдэд 7.1, эмэгтэйчүүдийн хувьд 4.8 байгаа нь эрэгтэйчүүдийн нас баралтын хувьд харьцангуй өндөр зөрүүтэй харагдаж байна.

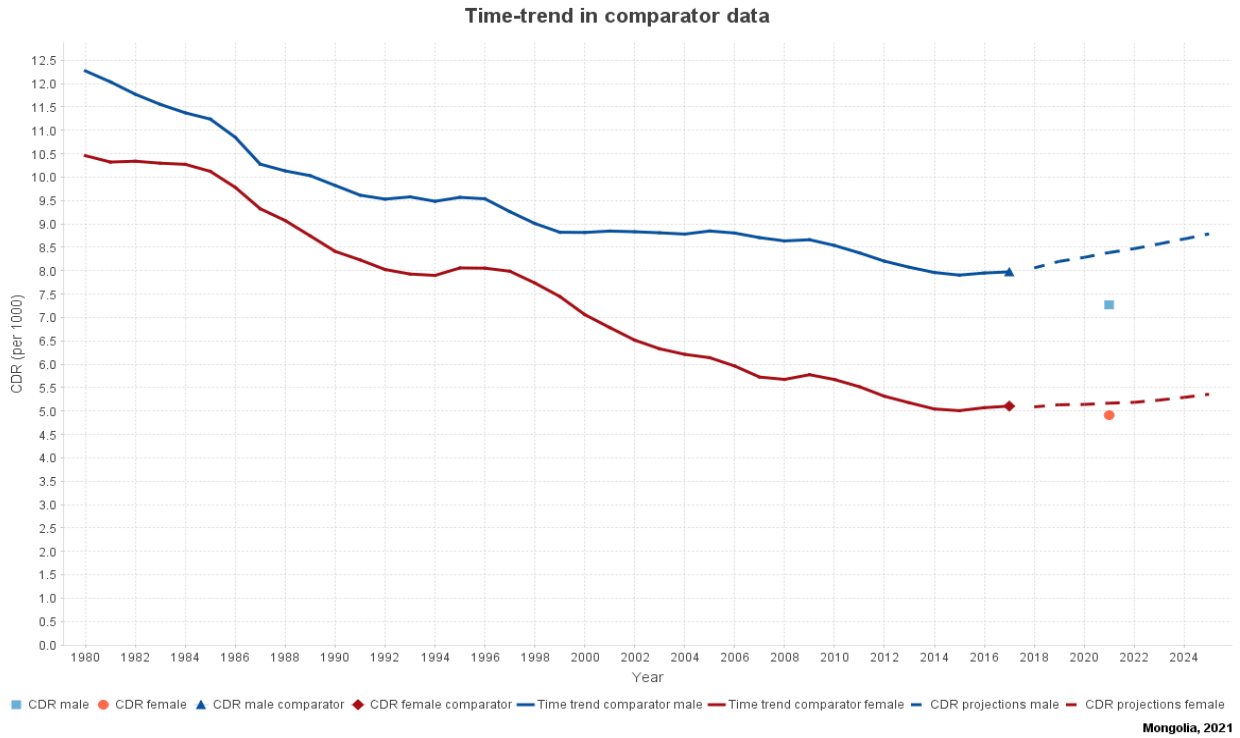
Зураг 8 Хүн амын нас баралтын коэффициент, 2010 он

Time-trend in comparator data

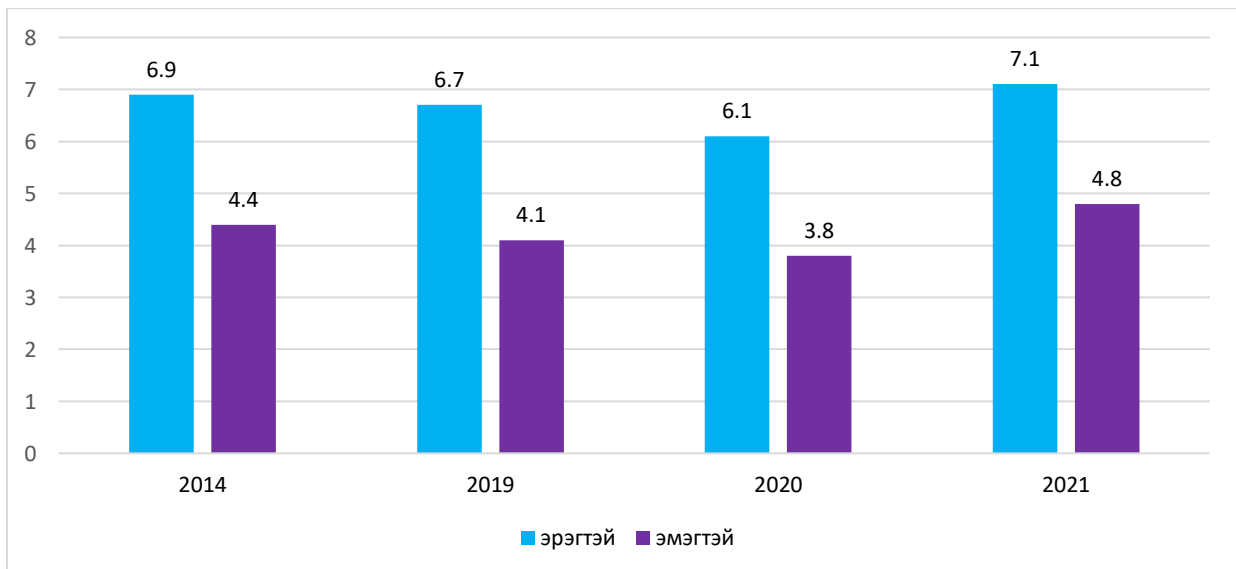


Mongolia, 2010

Зураг 9 Хүн амын нас баралтын коэффициент, 2021 он



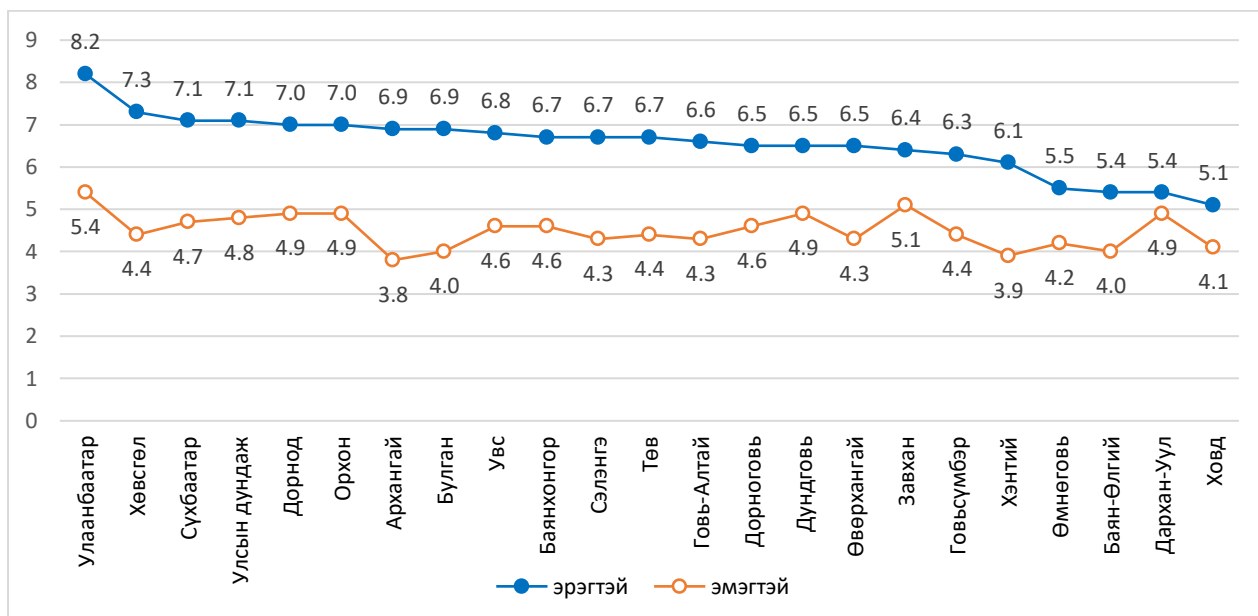
Зураг 10 Хүн амын нас баралтын коэффициент, хүйсээр, 2014, 2019-2021 он



Хүн амын нас баралтын түвшин 1000 хүн тутамд 5-10 орчим байх ёстой гэж үздэг. 1000 хүн амд 5-аас доош байвал нас баралтын бүртгэл дутуу байгаатай холбоотой байх магадлалтай тул бүрэн гүйцэт бүртгэгдсэн эсэхэд үнэлгээ хийх шаардлагатай гэж үздэг.

2021 оны байдлаар аймгуудаар харьцуулахад улсын дунджаас Улаанбаатар хот, Хөвсгөл аймгуудад 1.1-0.2-оор өндөр байгаа ба бусад аймгуудад улсын дунджаас доогуур байна.

Зураг 11 Хүн амын нас баралтын коэффициент, аймгаар, 2021 он

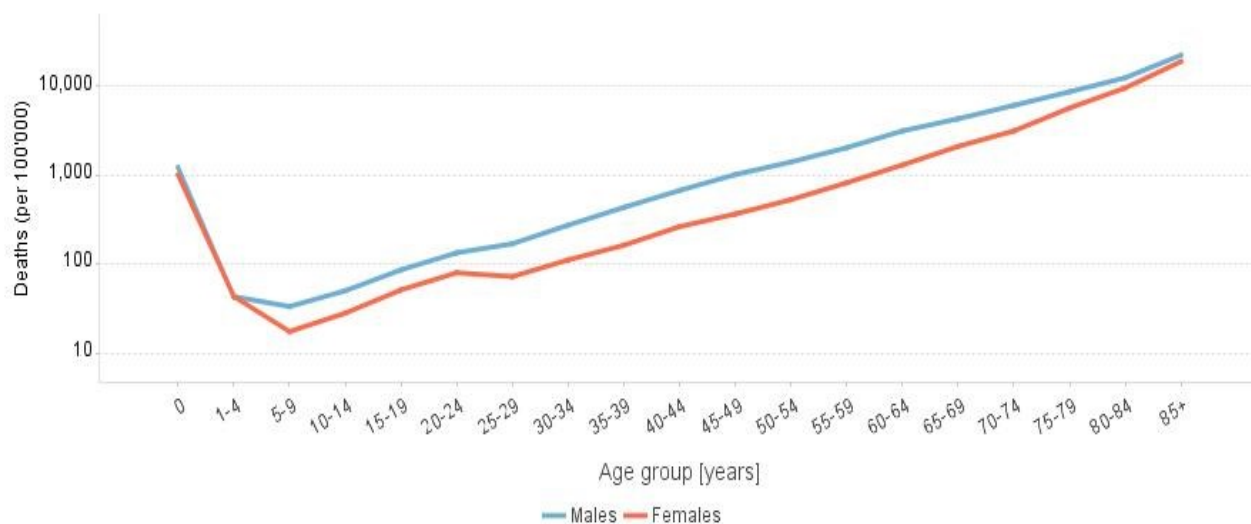


Нас баралтын түвшинг насны бүлгээр нь ангилан гаргахад насны бүлэг тус бүрд нас баралтын түвшин өөр байх нь ажиглагдана. Үүнийг графикаар үзүүлбэл, 1-4 нас хүртэл нас баралтын түвшин өндөр, 5-14 насанд бүүр буурч зогсонги байдалтай болж ирэх төдийгүй 15-34 насанд бага зэрэг ихсэн нас баралтын шалгаан нь (эрэгтэйчүүд осол гэмтлийн улмаас, эмэгтэйчүүд төрөлт, жирэмслэлтэй холбоотой шалтгааны улмаас) болж өөрчлөгддөг бөгөөд 35-аас дээш насанд түвшин тогтмол (шулуун зураас харагдана) өндөрсөж ирнэ. Нас андуурагдаж бүртгэгдсэн буюу огт бүртгүүлээгүй бол нас баралтын түвшин өөр гарах төдийгүй графикайн муруй доошоо бууж харагдаж болохыг бас анхаарах нь чухал.

Нас баралтын өөр нэг үзүүлэлт нь насны бүлэг дэх нас баралтын коэффициент (НБНБК) бөгөөд хүйс тус бүрээр НБНБК-ийн дүрслэлийг 2021 оны байдлаар үзүүлээ. Манай улсын хувьд нялхсын эндэгдэл өндөр биш тул доорх дүрслэл нь “J” хэлбэртэй байгааг харж болно. Мөн бүх насны бүлэг дээр эрэгтэйчүүдийн нас баралтын коэффициент өндөр байна.

Зураг 12 Насны бүлэг дэх нас баралтын коэффициент, хүйсээр, 2021 он

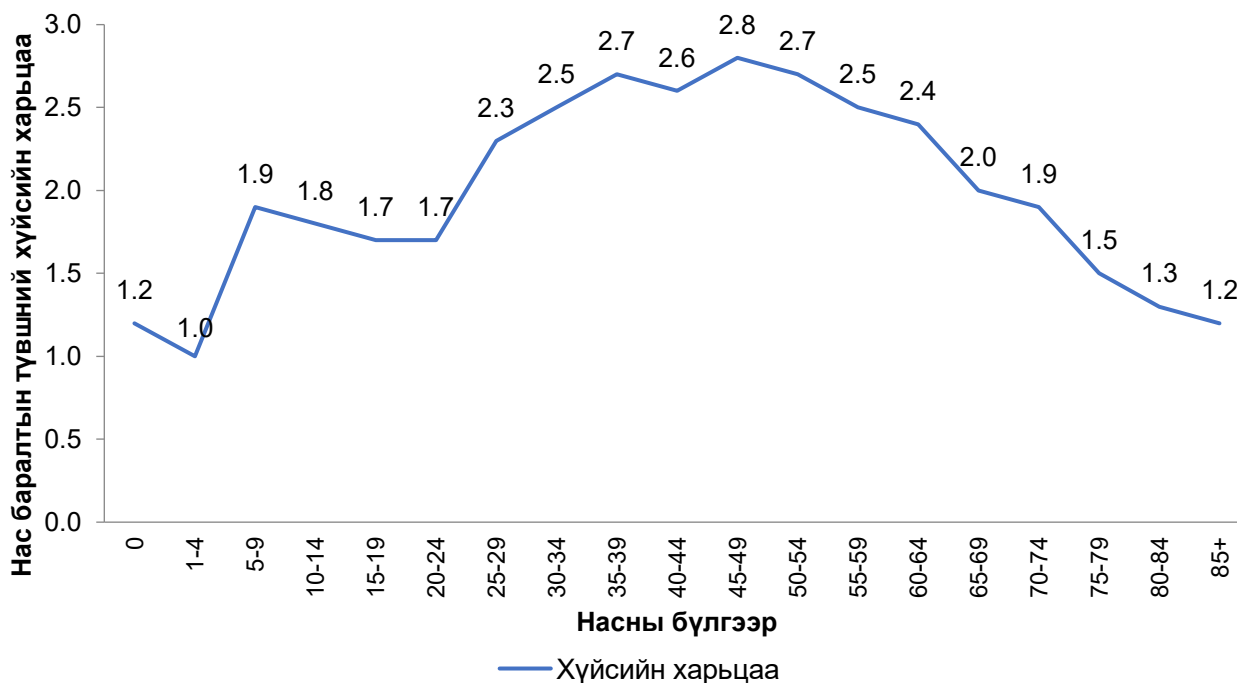
Age-specific death rates



Mongolia, 2021

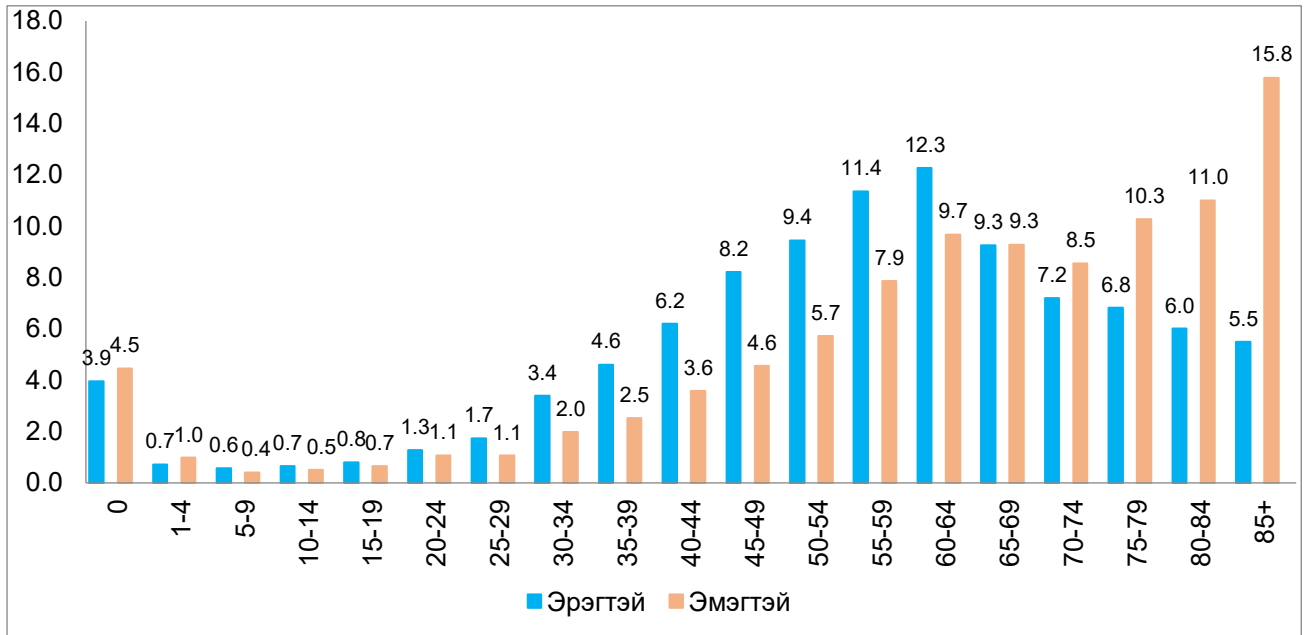
2021 оны байдлаар нас баралтын түвшний хүйсийн харьцааг насны бүлэг тус бүрээр харахад 45-49 насанд хамгийн өндөр буюу 2.8, 35-39 нас болон 50-54 насанд 2.7 байна. Тайлангийн жилд 35-39 насны бүлэгт нийт 748 тохиолдол бүртгэгдсэнээс 542 эрэгтэй, 206 эмэгтэй байна. Тухайн насны 10 000 эрэгтэй хүн амд харьцуулахад 44.7, эмэгтэй хүн амд 16.9 байгаа бөгөөд эрэгтэйчүүдийн нас баралтын шалтгаанд осол гэмтэл, гадны шалтгаан хамгийн өндөр хувийг эзэлж байна.

Зураг 13 Нас баралтын түвшний хүйсийн харьцаа, 2021 он



Нас баралтын шалтгаанаар авч үзвэл тухайн насны бүлгийн эрэгтэйчүүд осол гэмтэл, гадны шалтгаан, эмэгтэйчүүдтэй харьцуулахад 4 дахин их байгаа ба хамгийн түгээмэл шалтгаан нь архины хордлого, амиа хорлолт, зам тээврийн осол байна. Мөн 40-49 насны эрэгтэйчүүдийн зүрх судасны эмгэгийн улмаас нас барах тохиолдол эмэгтэйчүүдтэй харьцуулахад 3 дахин өндөр байгаа ба зүрхний шигдээс, тархинд цус харвалт хамгийн түгээмэл шалтгаан болж байна.

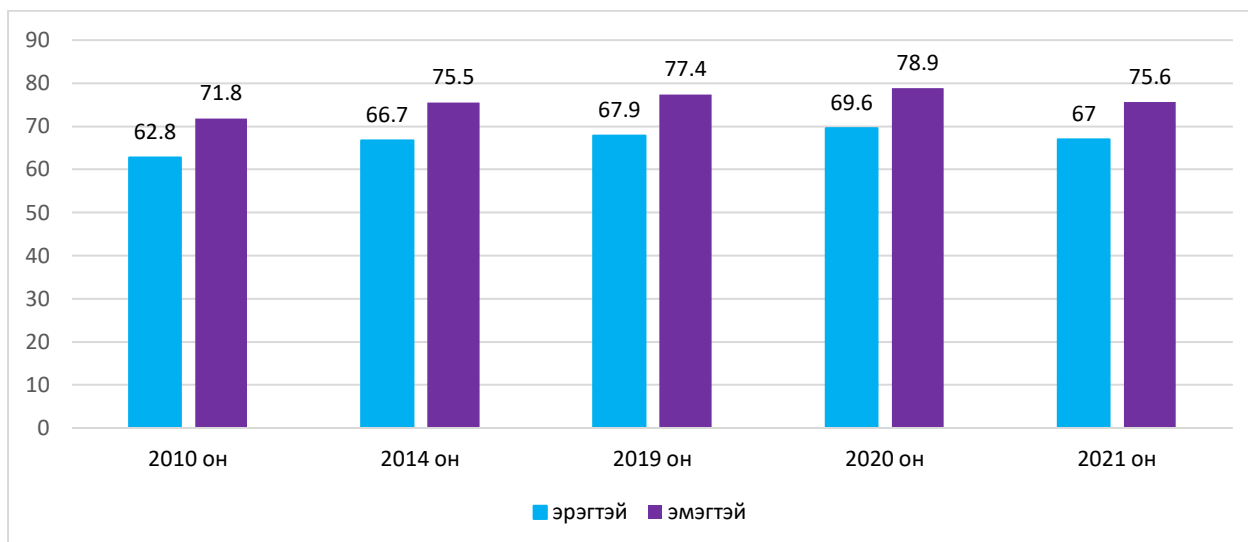
Зураг 14 Нас бүлэг дэх нас баралтын хувь, хүйсээр, 2021 он



2.6 Хүн амын дундаж наслалтын тооцоолол

ANACONDA-ын нэг гол тооцоолол нь оруулсан мэдээлэл дээр үндэслэн насжилтын хүснэгтийг тооцдог. Насжилтын хүснэгт нь насны бүлэг тус бүрээр нас барах магадлалыг тооцдог ба 0 наснаас эхлэн цаашид амьдрах жилийн тоог тооцоолдог. Энэхүү тооцооллоор дундаж наслалтыг эрэгтэйчүүдийнх 67.0, эмэгтэйчүүдийнх 75.6 нас гэж тооцсон. ҮСХ-ноос тооцон гаргасан мэдээллээс 0.5> бага буюу харьцангуй зөрүү багатай байсан

Зураг 15 Хүн амын дундаж наслалт, тооцооллоор, 2010,2014,2019-2021 он



Хүснэгт 3 Хүн амын дундаж наслалтын тооцоолол, насны бүлгээр, 2014, 2019-2021 он

Насны бүлэг	Улсын дундаж							
	Эрэгтэй				Эмэгтэй			
	2014	2019	2020	2021	2014	2019	2020	2021
0	66.7	67.9	69.6	67	75.5	77.4	78.9	75.6
1-4	67	68	69.5	66.9	75.6	77.3	78.7	75.3
5-9	63.3	64.2	65.6	63	71.9	73.5	74.9	71.5
10-14	58.4	59.3	60.7	58.1	66.9	68.6	70	66.5
15-19	53.6	54.4	55.9	53.2	62.1	63.7	65.1	61.6
20-24	48.9	49.6	51.1	48.4	57.2	58.8	60.2	56.8
25-29	44.2	44.9	46.4	43.7	52.4	54	55.4	52
30-34	39.7	40.3	41.8	39.1	47.6	49.2	50.5	47.1
35-39	35.3	35.8	37.3	34.6	42.8	44.4	45.7	42.4
40-44	31.1	31.5	33	30.3	38.1	39.7	41	37.7
45-49	27.1	27.5	28.9	26.2	33.6	35.1	36.4	33.2

50-54	23.4	23.9	25.1	22.5	29.1	30.7	31.9	28.8
55-59	20.1	20.5	21.5	18.9	25	26.4	27.6	24.5
60-64	17.1	17.4	18.2	15.7	21.1	22.4	23.4	20.4
65-69	14.3	14.5	15.2	12.9	17.4	18.5	19.4	16.6
70-74	11.8	12	12.6	10.3	14	14.9	15.8	13.1
75-79	9.6	9.7	10.3	8.1	11.2	11.8	12.6	9.9
80-84	7.7	7.5	8.3	6.2	8.9	9.4	9.9	7.3
85+	5.9	6	6.7	4.5	7.1	7.2	7.7	5.3

3. Нас баралтын шалтгаан

Нас барсан шалтгаан нь мэдээллийн чанарын гол хэмжүүр бөгөөд нийт нас баралтад тодорхой бус шалтгаантай (ӨОУА-10-ын Бүлэг XVIII) нас баралтын эзлэх хувь их байх нь нийгмийн эрүүл мэндийн чиглэлийн ямар ч ач холбогдолгүй болдог. Ийм нас баралтын тохиолдол их байвал өгөгдөж буй мэдээлэл үнэн бодит биш худлаа байдаг төдийгүй нас баралтын жинхэнэ шалтгааныг гажуудуулж буй хэрэг юм. Ер нь тодорхой бус шалтгаант нас баралтын эзлэх хувь нь 65 ба түүнээс дээш насанд 10%-иас ихгүй, харин 65-аас доош насанд 5%-иас ихгүй байх ёстой.

Нас баралтын тодорхой бус шалтгааныг бууруулахын тулд нас баралтын гэрчилгээ олгож байгаа эмчийг нас баралтын бүх тохиолдлыг шалтгаан нь тодорхой байх ёстой гэж, мөн заавал ямар нэгэн шалтгаан бичигдэх ёстой гэж шахаж шаардаж болохгүй: нас баралтын шалтгааныг нарийн тодорхой тогтоож чадахгүй байх нь зайлшгүй байх л тохиолдол 2-3%-иас илүүгүй нь тодорхойгүй буюу нас барсан шалтгаан нь тогтоогдохгүй байж болно гэж үздэг байна.

3.1 Нас баралтын шалтгааныг өргөн хүрээний 3 бүлэгт харьцуулсан тооцоолол

Чанарын аливаа үнэлгээний эхний алхам бол нас баралтын хувийн жинг өвчин, осол гэмтлийн бүлгээр хуваарилах, нас баралтын тархалтыг улс орнуудын тархвар судлалын шилжилтийн үе шаттай харьцуулах явдал юм.

Нас баралтын шалтгааныг халдварт/халдварт бус өвчин, осол гэмтэл гэж ангилах нь анх GBD1990 оны судалгаанд зориулагдсан бөгөөд энэ мэдээлэл нь нийт хүн амын эрүүл мэндийг сайжруулахад чиглэсэн өвчин, осол гэмтлийг хянах өргөн хүрээний стратеги, бодлогын шийдвэр гаргахад чухал ач холбогдолтой юм.

Өвчний олон улсын ангилал (ICD) нь нас баралтын 12 000 гаруй шалтгааныг агуулдаг бөгөөд эдгээрийг Дэлхийн өвчин судлалын судалгаанд ашигласан маш өргөн шалтгаантай гурван бүлэгт бүлэглэж үздэг.

Бүлэг I: Халдварт өвчин, эхийн, перинатал ба хоол тэжээлийн нөхцөл байдлууд

Бүлэг II: Халдварт бус өвчнүүд, сэтгэцийн эмгэгүүд хамаарна.

Бүлэг III: Санаатай болон санамсаргүй осол гэмтлүүд (зам тээврийн осол, хүчирхийлэл, амиа хорлолт гэх мэт)

Нас баралтын шалтгаан ба наслалт хооронд таамаглаж болох нягт хамаарал байгаа нь олон жилийн судалгаа, тайлангийн үр дүнгээр баталгаажсан байдаг. Наслалт уртсах тусам халдварт, эхийн ба перинатал шалтгаан буурч, харин халдварт бус өвчний (жишээ нь: зүрхний өвчин ба хорт хавдар) эзлэх хувь нэмэгддэг. Иймээс нас баралтын шалтгааныг үнэн зөв бодитой, баталгаатайг хянан үзэж шалгахдаа ийм уялдаа, холбоо хамаарлыг бодолцон үзэх нь их чухал.

Эдгээр гурван том бүлэгт нас баралтын шалтгааны хуваарилалт нь тухайн улс орны эрүүл мэнд, хүн ам зүйн шилжилтийн үе шатаас хамаарч өөр өөр байдаг. Нийт нас баралтын түвшин өндөр (өөрөөр хэлбэл дундаж наслалт бага байх) нь ихэвчлэн халдварт, нярайн болон хоол тэжээлийн нөхцөлөөс шалтгаалдаг ба (1-р бүлгийн шалтгаан) хүүхдийн эндэгдэл өндөртэй холбоотой байдаг. Үүний эсрэгээр дундаж наслалт ихсэх тусам гол шалтгаан нь ХБӨ (өөрөөр хэлбэл 2-р бүлгийн эмгэг) болдог. Дундаж наслалтын янз бүрийн түвшний нас баралтын тархалтын загвар жишээг доорх хүснэгтэд үзүүлэв.

Хүснэгт 4 Дундаж наслалт ба нас баралтын шалтгааны хамаарлын загвар жишээ

Дундаж наслалт (жилээр)	Нас баралтын шалтгааны өргөн хүрээтэй шалтгаан			
	I бүлэг (%)	II бүлэг (%)	III бүлэг (%)	Нийт (%)
55	22	65	13	100
60	16	70	14	100
65	13	74	13	100
70	11	78	11	100

Эдгээр нь загварт суурилсан хувь хэмжээ учраас аль ч улсад эдгээр хувь хэмжээ ижил байх магадлал багатай юм. Гэсэн хэдий ч эдгээр нь хүн амын дундаж наслалтын янз бүрийн түвшний нас баралтын шалтгаануудын өргөн бүрэлдэхүүнийг харуулж чаддаг.

ANACONDA өгөгдлөөр тооцсон нас баралтын шалтгааны тархалт болон тухайн улсын дундаж наслалтын (үнэн магадлалтай) түвшинд тохирсон загварын тархалтын хооронд мэдэгдэхүйц ялгаа байгаа нь нас баралтын шалтгааныг баталгаажуулж буй эмч, мөн шалтгааныг кодлох хоёуланд нь асуудал байгааг харуулж байна гэж үздэг.

Халдварт бус болон (2-р бүлэг) халдварт өвчнөөр нас барсан хүмүүсийн харьцаа нэмэгдэх (1-р бүлэг) нь тухайн улс тархвар судлалын шилжилтийн шатандаа явж байгааг илтгэх сайн үзүүлэлт юм. Тухайн улсын эрүүл мэндийн тогтолцоо сайжрахын хэрээр халдварт өвчнийг хяналтдаа авч, халдварт өвчний хувь буурах ёстой.

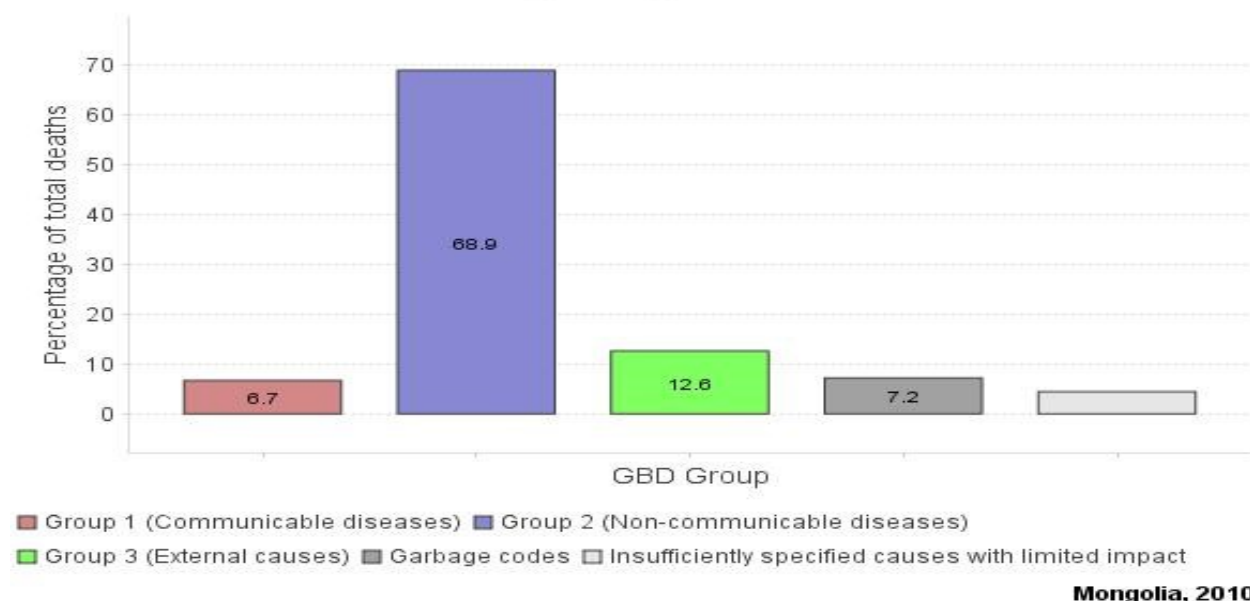
Манай улсын хүн амын дундаж наслалт ANACONDA өгөгдлөөр тооцсоноор 2021 онд эрэгтэйчүүд 67, эмэгтэйчүүдийн хувьд 75.6 байгаа ба дээрх загварын дагуу бол халдварт өвчний нас баралтын хувь ойролцоогоор 13 хувь, халдварт бус өвчний шалтгаанд нас баралтын хувь 74 байхаар харагдаж байна.

2010 оны Монгол улсын хүн амын нас баралтын өгөгдлийн тооцооллоор 1-р бүлэг буюу халдварт өвчний нас баралт 6.7 хувийг, 2-р бүлэг буюу халдварт бус өвчний нас баралт 69.0 хувийг, 3-р бүлэг буюу осол гэмтлийн шалтгаант нас баралт 12.6 хувийг эзэлж байгаа ба

11.6 хувийг нас баралтын үндсэн шалтгааныг буруу тодорхойлж мэдээлсэн (garbage code) байна.

Зураг 16 Хүн амын нас баралтын шалтгааны 3 бүлэгт эзлэх хувь, 2010 он

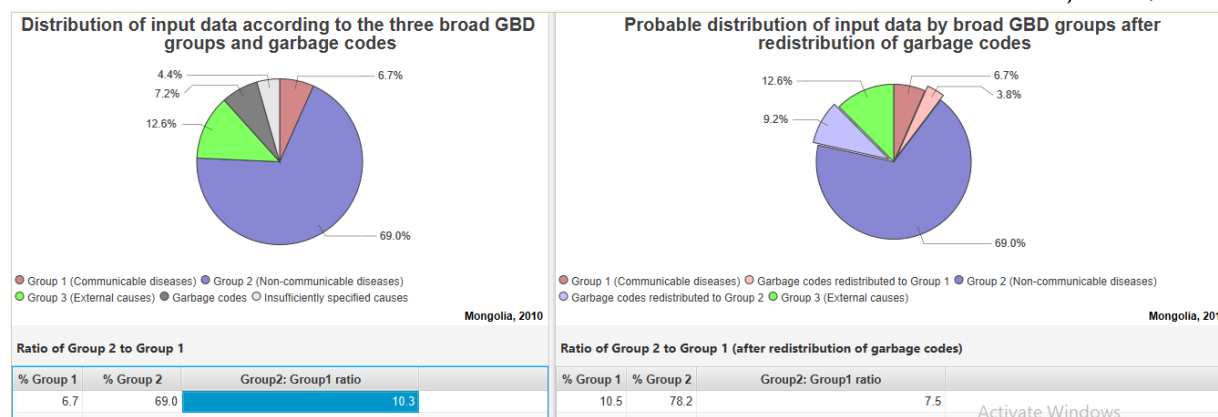
Distribution of deaths by three GBD broad cause groups and garbage codes



Үндсэн 3 бүлэгт ангилагдахгүй нас баралтын үндсэн шалтгааныг буруу тодорхойлсон (garbage code) код 11.6 хувийг эзэлж байгаа ба ANACONDA нь эдгээр кодыг дахин хуваарилалт хийж үндсэн 3 бүлэгт хуваарилсны дараах байдлаар харуулахад 1-р бүлэг буюу халдварт өвчний нас баралт 10.5 хувийг, 2-р бүлэг буюу халдварт бус өвчний нас баралт 78.2 хувийг эзэлж дахин хуваарилалтаар халдварт өвчний эзлэх хувь 3.8, халдварт бус өвчний эзлэх хувь 9.2 хувиар нэмэгдсэн байна.

Халдварт болон халдварт бус өвчний шалтгаант нас баралтын харьцаа 10.3 байсан бол кодыг дахин хуваарилсны дараа 7.5 хувь болж буурсан байна.

Зураг 17 Нас баралтын шалтгааны 3 бүлэгт эзлэх хувь, дахин хуваарилалтын дараах тооцоолол, 2010 он



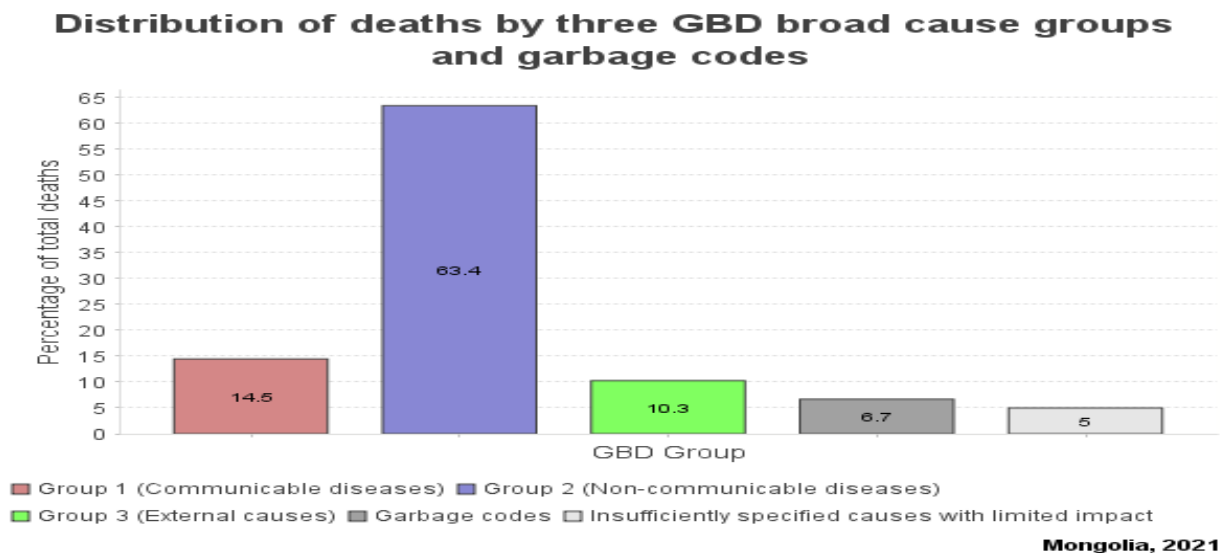
2021 оны Монгол улсын хүн амын нас баралтын тооцооллоор 1-р бүлэг буюу халдварт өвчний нас баралт 14.5 хувийг, 2-р бүлэг буюу халдварт бус өвчний нас баралт 63.4 хувийг, 3-р бүлэг буюу осол гэмтлийн шалтгаант нас баралт 10.3 хувийг эзэлж байгаа ба 11.7 хувийг нас баралтын шалтгаан болохгүй (garbage code) кодоор кодолсон байна.

Үндсэн 3 бүлэгт ангилагдахгүй нас баралтын үндсэн шалтгааныг буруу тодорхойлсон

(garbage code) код 11.7 хувийг эзэлж байгаа ба ANACONDA нь эдгээр кодыг дахин хуваарилалт хийж үндсэн 3 бүлэгт хуваарилсны дараах байдлаар харуулахад 1-р бүлэг буюу халдварт өвчний нас баралт 10.5 хувийг, 2-р бүлэг буюу халдварт бус өвчний нас баралт 78.2 хувийг эзэлж дахин хуваарилалтаар халдварт бус өвчний эзлэх хувь 14 хувиар нэмэгдсэн байна.

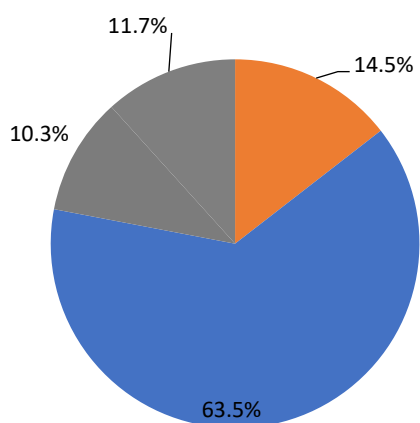
Халдварт болон халдварт бус өвчний шалтгаант нас баралтын харьцаа 4.4 байсан бол кодыг дахин хуваарилсны дараа 7.5 хувь болж нэмэгдсэн байна.

Зураг 18 Хүн амын нас баралтын шалтгааны 3 бүлэгт эзлэх хувь, 2021 он



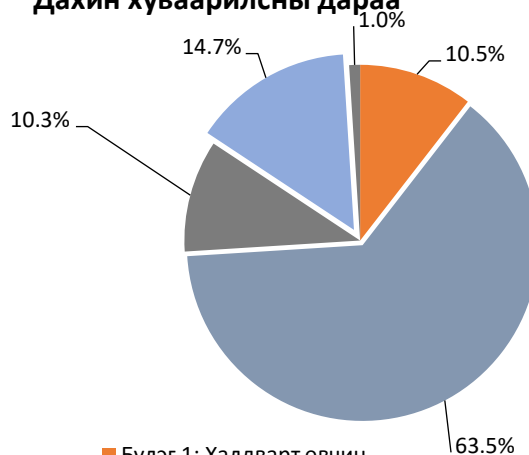
Зураг 19 Нас баралтын шалтгааны 3 бүлэгт эзлэх хувь, дахин хуваарилалтын дараах тооцоолол, 2021 он

Өмнө нь



- Бүлэг 1: Халдварт өвчин
- Бүлэг 2: Халдварт бус өвчин
- Бүлэг 3: Осол гэмтэл, гадны шалтгаан
- Ашиглах боломжгүй код

Дахин хуваарилсны дараа

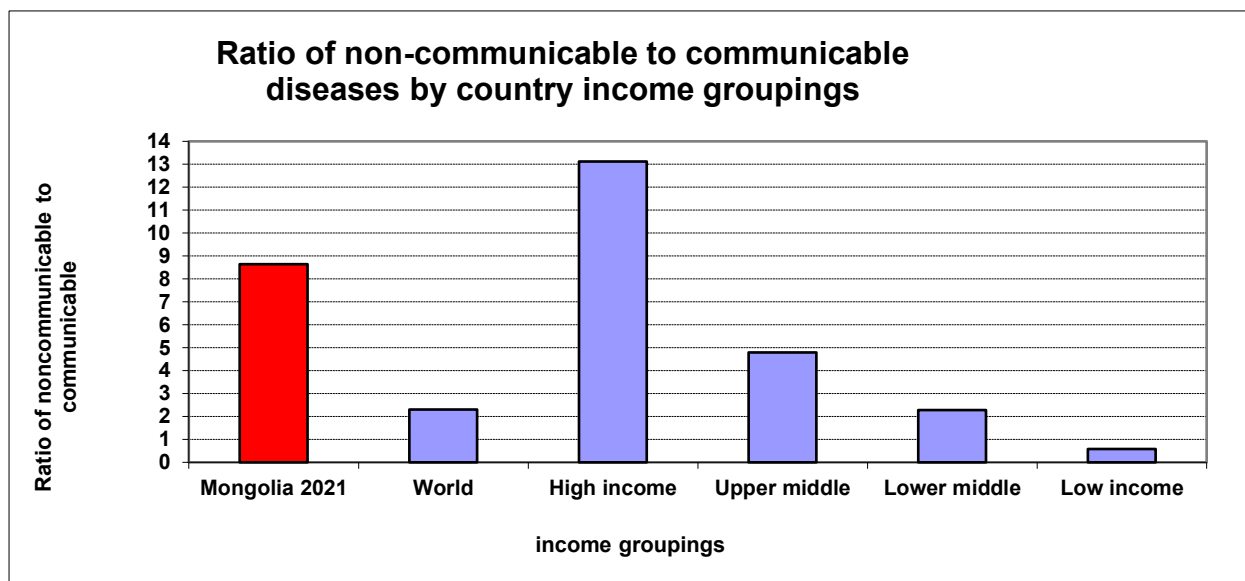


- Бүлэг 1: Халдварт өвчин
- Бүлэг 2: Халдварт бус өвчин
- Бүлэг 3: Осол гэмтэл, гадны шалтгаан
- Бүлэг 2: (дахин хуваарилсан)
- Бүлэг 3: (дахин хуваарилсан)

Халдварт болон халдварт бус өвчний шалтгаант нас баралтын харьцаа 2017 онд ДЭМБ-ын тооцоолсноор дэлхийн дундаж 2.3 байсан бол өндөр хөгжилтэй улс орнуудад 13.1 хувь, хөгжингүй орнуудад 4.8, хөгжиж буй улс орнуудад 2.3, бага орлоготой улс орнуудад 0.6 хувь байгаа ба манай улсын хувьд 2021 онд 7.5 хувь байгаа нь өндөр хөгжилтэй улс

орнуудын үзүүлэлтээс доогуур байгаа хэдий ч бусад түвшний улс орнуудаас өндөр үзүүлэлттэй байна.

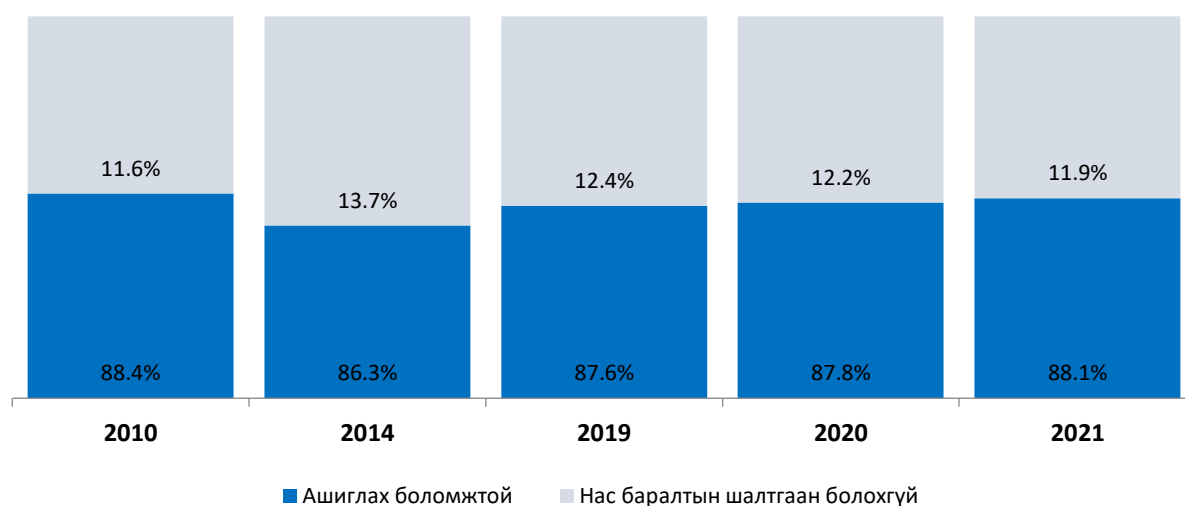
Зураг 20 Халдварт болон халдварт бус өвчний шалтгаант нас баралтын харьцаа, дэлхийн улс орнуудтай харьцуулсан үзүүлэлт



Хүн амын дундаж наслалт нэмэгдэх тусам халдварт өвчний шалтгаант нас баралтын хувь буурч, халдварт болон осол гэмтлийн шалтгаант нас баралтын хувь өсөх хандлагатай байдаг.

Нас баралтын шалтгааныг 2021 оны байдлаар харахад 88.1 хувь нь шалтгааныг зөв кодолсон буюу ашиглах боломжтой кодууд, 11.7 хувь нь нас баралтын шалтгаан болохгүй код (garbage code), 0.2 хувь нь үл мэдэгдэх шалтгаант кодууд эзэлж байна.

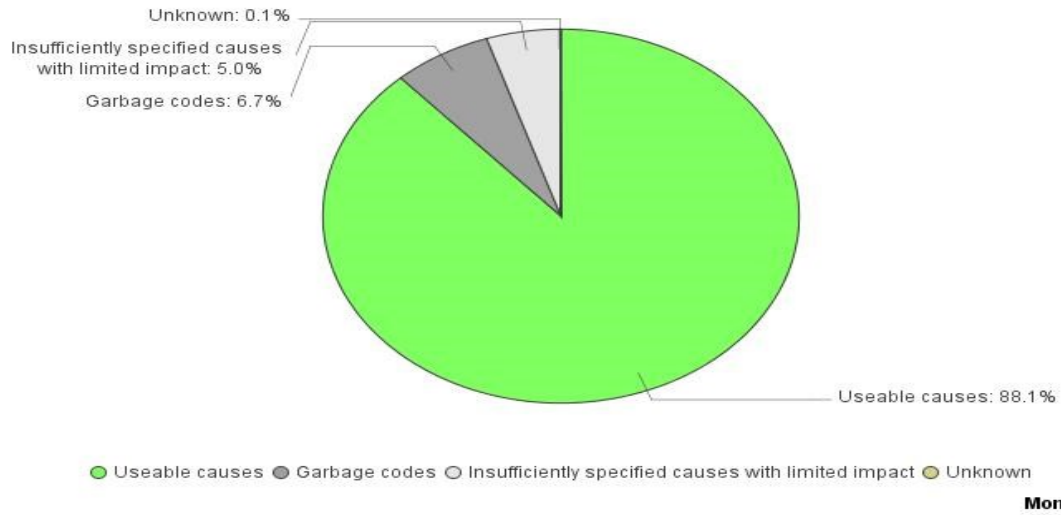
Зураг 21 Нас баралтын шалтгааны кодлол, үндсэн шалтгаан болох боломжтой болон боломжгүй кодлолын эзлэх хувь, 2010, 2014, 2019-2021 он



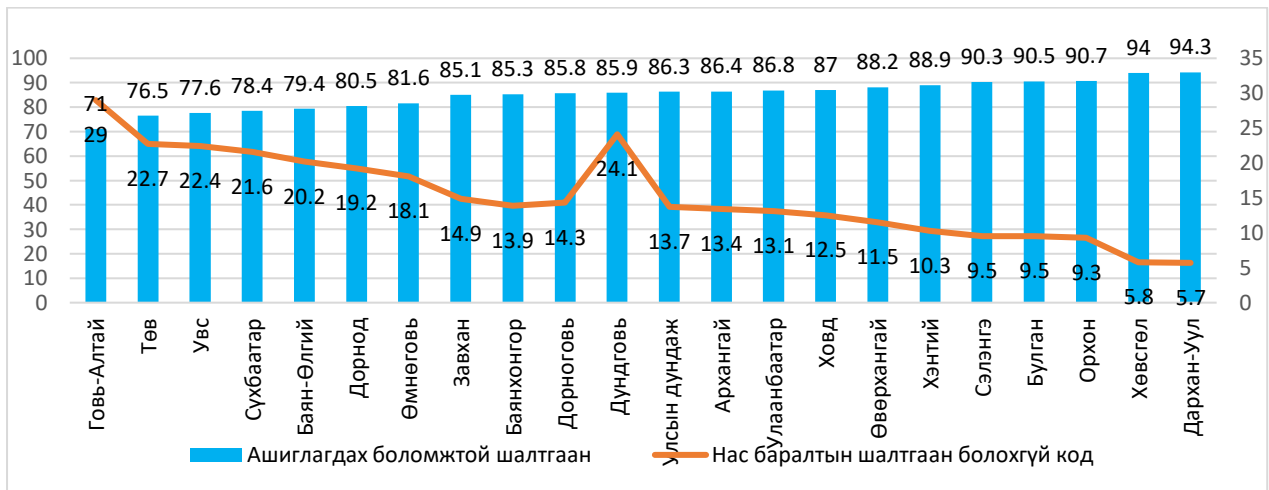
2014 оны нас баралтын шалтгааныг харахад 86.3 хувь, 2019 онд 87.6 хувь нь шалтгааныг зөв кодолсон буюу ашиглах боломжтой кодууд, 13.7 хувь нь нас баралтын үндсэн шалтгааныг буруу тодорхойлсон код (garbage code) байсан бол сүүлийн жилүүдэд кодлолын чанар бага зэрэг сайжрах төлөв ажиглагдаж байна.

Зураг 22 Нас баралтын шалтгааны чанарын хуваарилалт, 2021 он

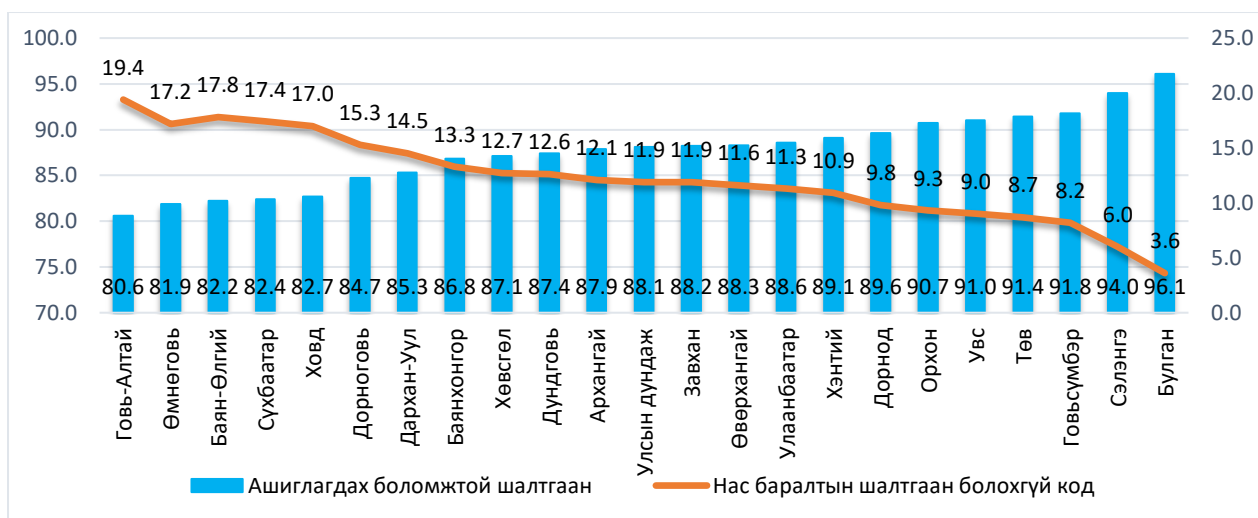
Distribution of deaths by usability



Зураг 23 Нас баралтын үндсэн шалтгаан болох боломжтой болон боломжгүй шалтгаануудын эзлэх хувь, аймгаар, 2014 он



Зураг 24 Нас баралтын үндсэн шалтгаан болох боломжтой болон боломжгүй шалтгаануудын эзлэх хувь, аймгаар, 2021 он



3.2 Нас баралтын үндсэн шалтгаан болохгүй буруу тодорхойлсон тохиолдлууд, (garbage code) өвчний ангиллаар

Нас баралтын гэрчилгээ нь эндэгдлийн тоо мэдээний гол эх үүсвэр юм. Үнэн зөв, гүйцэд бөглөсөн гэрчилгээнээс нас баралтын шалтгаан тодорхой харагддаг ба нас барагчийн шинж байдлын гол мэдээг агуулсан байдаг. Гэрчилгээ дээр нас баралтын шалтгааны (хэсэг I ба II) мэдээлэл ба нөхцөл бүрийн эхэлсэн хугацаа ба нас барсан огноо хоорондын хугацаа зэргийг тэмдэглэнэ. Гэрчилгээ бичиж буй эмч нь нас баралтад нөлөөлсөн гэж үзэж буй өвчин, гажиг, гэмтэл эсвэл гадны шалтгаан зэргийг гэрчилгээнд бичнэ. Яаж нас барсан нь (жишээ нь: амьсгалын эсвэл зүрхний дутагдал)нь нас баралтын үндсэн шалтгаан болохгүй.

Нас баралтын шалтгааны тоо мэдээллийн чанар нь гэрчилгээ бичиж буй эмчийн өвчин эмгэгийг үнэн зөв оношлох чадвар, өвчтөний эмнэлгийн түүхийн тухай мэдлэг, нас баралтын гэрчилгээнд мэдээллийг зөв оруулах чадвараас хамаарна. Нас баралтын шалтгааныг зөв гэдгийг батлахад зайлшгүй туршлага хэрэгтэй бөгөөд шинэ залуу эмч нарт нас барсан тухай эмнэлгийн гэрчилгээг бичихдээ өрх, сумын ЭМТ-ийн ахлагч эмч, эсвэл эмнэлгийн тасгийн эрхлэгч нар заавал хянаж баталгаажуулсан байх хэрэгтэйгээс гадна кодлолтын сургалтад заавал хамруулах шаардлагатай юм.

Гэрийн нас баралтын шалтгааныг үнэн зөв бүртгэж, мэдээлэх нь нас баралтын шалтгааны тоо мэдээллийн чанарт ихээхэн нөлөөлнө.

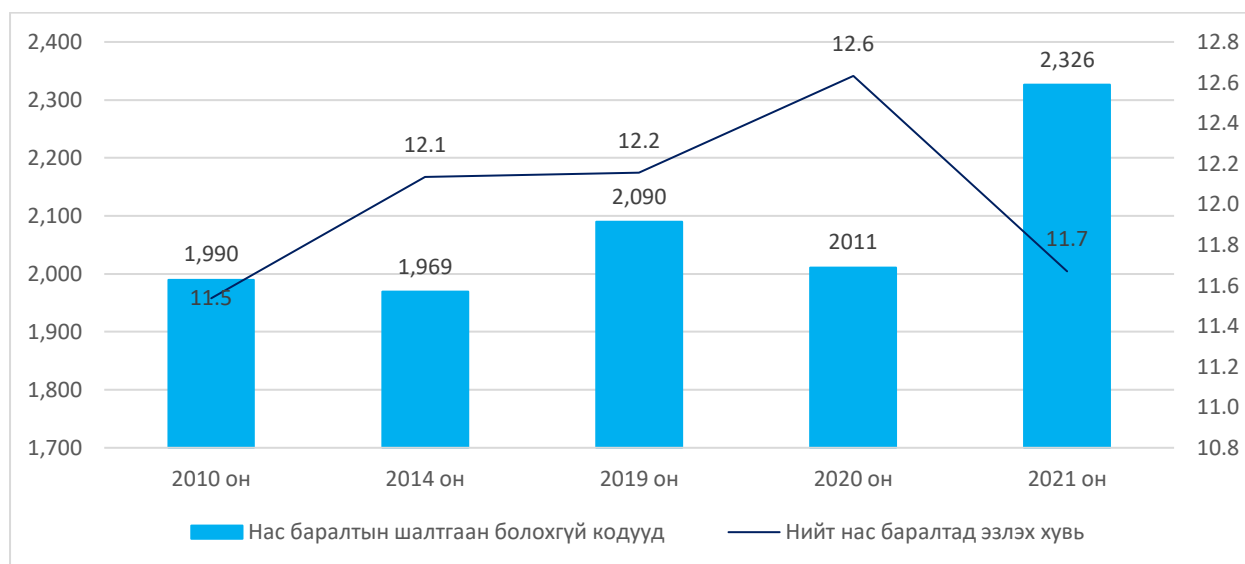
Хэдийгээр нас баралтын үндсэн шалтгаанд зөвхөн нэгийг кодлох боловч гэрчилгээ бичиж буй эмч нь гол нөлөөтэй бүх өвчин, нөхцөлийг бичих ёстой бөгөөд ингэснээр кодлогч нь үндсэн шалтгааныг зөв сонгох боломжтой болно. Түүнчлэн нас барсан хүнд байсан өвөрмөц өвчин байдал хир удаан үргэлжилсэн талаар дурдах нь зохих ёсоор баталгаажилт ба кодлолтыг хийхэд нэмэр болно. Нас барсан шалтгааныг “нас барсан төлөв”-тэй (жишээ нь: зүрхний дутагдал, амьсгал зогсох, гм.) андуурч болохгүй. Нас баралтын гэрчилгээнд зөвхөн нэг шалтгаан эсвэл нас баралтын төлөвийг дурдсан гэрчилгээний эзлэх хувь өндөр байх тутам нас баралтын тоо мэдээний чанар муу байдаг.

Эдгээр асуудлыг илрүүлэх үүднээс нас баралтын мэдээллийн санд нас баралтын шалтгаан болдоггүй буюу үхэлд хүргэхгүй өвчний кодууд хир их байгааг ANACONDA tool нь тооцоолон гаргадаг ба 2010,2014,2019-2021 оны байдлаар эдгээр кодуудаар бүртгэж мэдээлсэн тохиолдлыг улсын дүнгээр болон аймаг, нийслэл тус бүрээр тооцоолж гаргалаа.

2010 оны байдлаар нас баралтын шалтгаан болохгүй кодоор бүртгэж мэдээлсэн тохиолдлын тоо 1990 буюу нийт нас баралтын тохиолдлын 11.5 хувийг эзэлж байсан бол 2021 онд 2326 тохиолдол буюу 11.7 хувийг эзэлж байна.

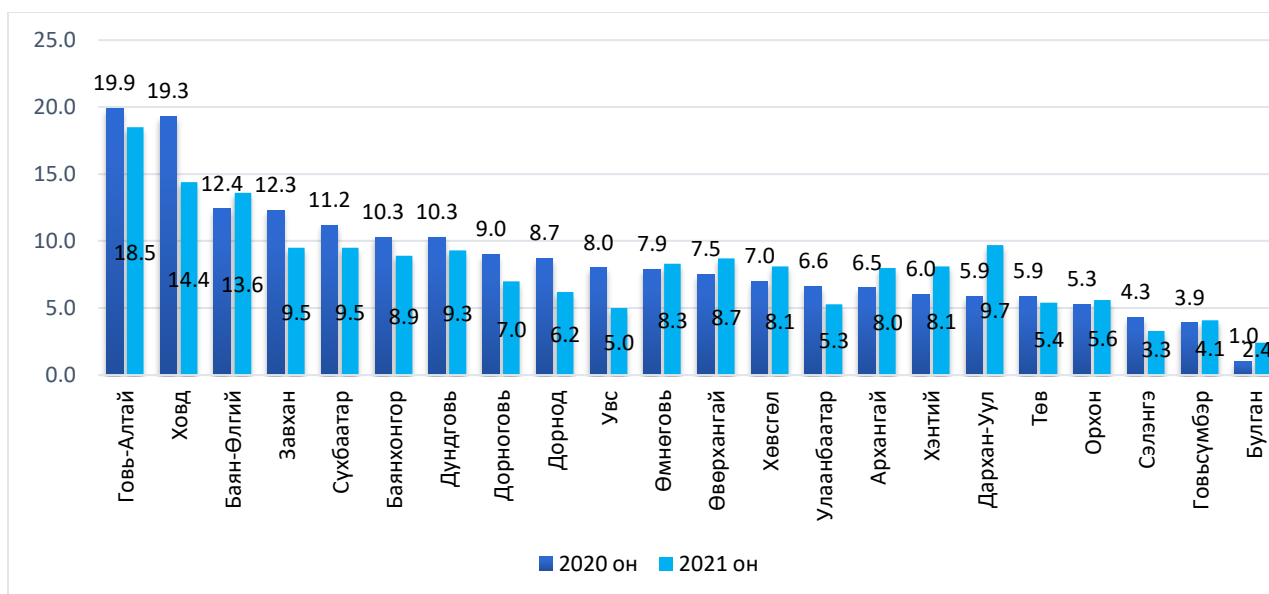
Сүүлийн жилүүдэд эдгээр кодоор мэдээлсэн тохиолдлын тоо буурахгүй байгаа хэдий ч тоо мэдээллийн гол шалгуур үзүүлэлт болох тодорхойгүй тохиолдлын тоо буурсан нь Өвчний олон улсын ангиллын сургалтыг статистик мэдээ, мэдээлэл хариуцсан эмч, мэргэжилтнүүдэд зохион байгуулж байгаатай холбоотой юм. Гэсэн хэдий ч “Нас барсан тухай эмнэлгийн гэрчилгээ” бичиж буй нийт эмч мэргэжилтнүүдийг кодлолтын сургалтад хамруулаагүй тохиолдолд мэдээллийн чанар дорвитой сайжрахгүй нь харагдаж байна.

Зураг 25 Нас баралтын шалтгаан болохгүй тохиолдлын тоо, 2010, 2014, 2019-2021 он



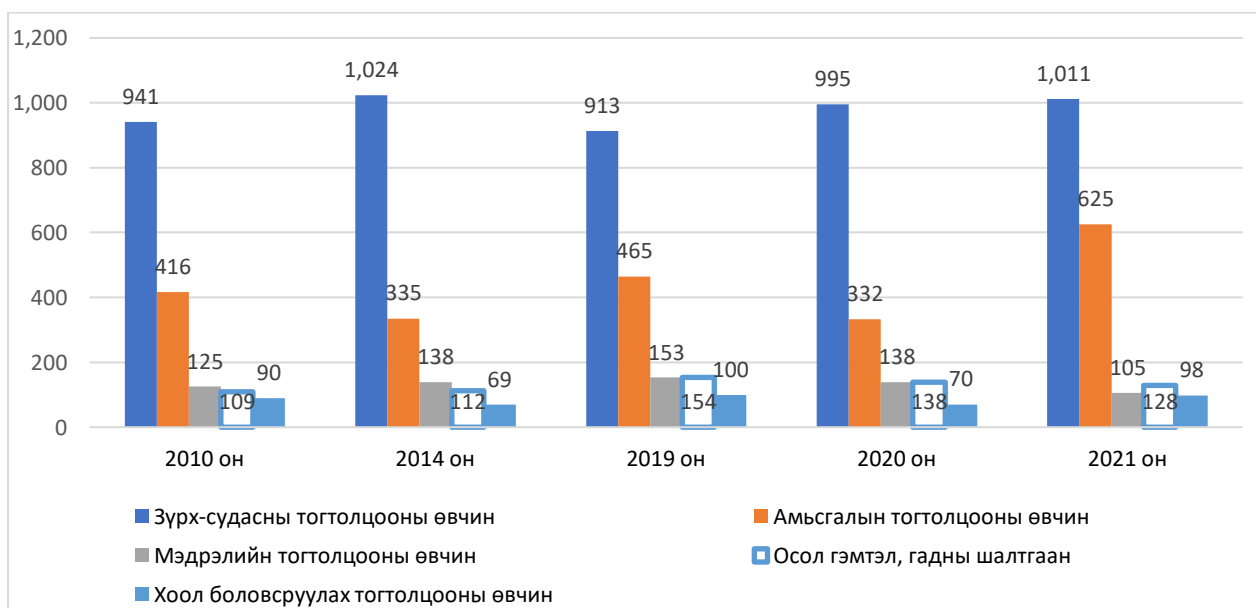
Улсын хэмжээнд 2021 оны байдлаар нас баралтын шалтгаан болохгүй кодоор бүртгэж мэдээлсэн тохиолдлын тоо 2326 буюу нийт нас баралтын тохиолдлын 11.7 хувийг эзэлж байгаа бөгөөд аймгуудаар харьцуулан харвал Говь-Алтай, Ховд, Баян-Өлгий аймгуудад хамгийн өндөр буюу улсын дунджаас 1.9-6.7 хувиар өндөр байна. Мөн Баян-Өлгий, Өмнөговь, Өвөрхангай, Хөвсгөл, Архангай, Хэнтий, Дархан-Уул аймгуудад өмнөх оноос өссөн үзүүлэлтэй байгаад эдгээр аймгуудад кодлолтын чанарыг сайжруулах чиглэлээр үйл ажиллагаа шаардлагатай байна.

Зураг 26 Нас баралтын шалтгаан болохгүй тохиолдлын эзлэх хувь, аймгаар, 2020, 2021 он



Нас баралтын шалтгаан болохгүй тохиолдлыг өвчний ангиллын бүлгээр харуулбал зүрх судасны өвчний шалтгаант нас баралт хамгийн өндөр хувийг эзэлж байгаа ба 2010 онд 911 тохиолдол байсан бол 2021 онд 1011 тохиолдол бүртгэгдэж нийт garbage code-ийн 43.5 хувийг эзэлж байна. Дараагийн шалтгаан нь амьсгалын тогтолцооны өвчний шалтгаант нас баралт орж байгаа бөгөөд 2010 онд 416 тохиолдол байсан бол 2019 онд 465 болж нэмэгдсэн байна. Харин 2020 онд 332 тохиолдол байсан бол 2021 онд 625 болж нэмэгдсэн ба нийт garbage code-ийн 26.9 хувийг эзэлж байна. Мөн мэдрэлийн тогтолцооны өвчин, осол гэмтэл гадны шалтгаант, хоол боловсруулах тогтолцооны өвчний шалтгаант нас баралтын тохиолдлуудын эзлэх хувь тэргүүлэх 5 шалтгаан болж байна.

Зураг 27 Нас баралтын шалтгаан болохгүй кодууд, тэргүүлэх 5 өвчний бүлгээр, 2010, 2014, 2019-2021 он



Хүснэгт 5 Нас баралтын үндсэн шалтгааныг буруу тодорхойлж мэдээлсэн тохиолдлын тоо, өвчний бүлгээр, 2010, 2014, 2019-2021 он

Өвчний ангилал, бүлгээр	2010	2014	2019	2020	2021
Бүлэг I. Халдварт ба шимэгчид зарим өвчин	7	16	35	47	70
Бүлэг II. Хавдар	48	52	50	66	68
Бүлэг III: Цус, цус төлжүүлэх эрхтний өвчин ба дархлааны механизм хамарсан зарим эмгэг	10	6	5	8	7
Бүлэг IV: Дотоод шүүрэл,гэжээлийн ба бодисын солилцооны өвчнүүд	10	8	32	22	19
Бүлэг V: Сэтгэцийн ба зан төрхийн эмгэг	14	22	7	16	13
Бүлэг VI: Мэдрэлийн тогтолцооны өвчин	125	138	153	138	105
Бүлэг VII: Нүд ба түүний дайврын өвчин	0	0	2	0	2
Бүлэг VIII: Чих ба хөхлөг сэртэнгийн өвчин	0	0	0	2	2
Бүлэг IX: Зүрх-судасны тогтолцооны өвчин	941	1,024	913	995	1,011
Бүлэг X: Амьсгалын тогтолцооны өвчин	416	335	465	332	625
Бүлэг XI: Хоол боловсруулах тогтолцооны өвчин	90	69	100	70	98
Бүлэг XII: Арьс ба арьсан доорх эслэгийн өвчин	2	2	6	3	4
Бүлэг XIII: Яс булчингийн тогтолцоо ба холбох эдийн өвчин	12	14	22	23	15
Бүлэг XIV: Шээс бэлгийн тогтолцооны эмгэг	54	50	45	37	46
Бүлэг XVI: Перинаталь үед үүссэн зарим эмгэг	43	22	7	8	19
Бүлэг XVIII: Өөр бүлэгт ангилаагүй шинж тэмдэг, зовиур, эмнэлзүйн ба лабораторийн хэвийн бус үзүүлэлтүүд	109	99	94	106	94
Бүлэг XX: Осол гэмтэл,гадны шалтгаан	109	112	154	138	128
Нийт	1,990	1,969	2,090	2011	2,326

Хүснэгт 6 Нас баралтын үндсэн шалтгааныг буруу тодорхойлж мэдээлсэн тохиолдол, өвчний ангиллын бүлгээр, 2021 он

№	Өвчний ангилал	ICD 10 код	Нас баралтын тохиолдол	Нийт нас баралтад эзлэх хувь	Garbage code-оор бүртгэсэн тохиолдол	Garbage code-д эзлэх хувь
1	Бүлэг I. Халдварт ба шимэгчид зарим өвчин	A00-B99	265	1.3	70	3

2	Бүлэг II: Хавдар	C00-D48	4,246	21.3	68	2.9
3	Бүлэг III: Цус, цус төлжүүлэх эрхтний өвчин ба дархлааны механизм хамарсан зарим эмгэг	D50-D89	24	0.1	7	0.3
4	Бүлэг IV: Дотоод шүүрэл,гэжээлийн ба бодисын солилцооны өвчнүүд	E00-E90	412	2.1	19	0.8
5	Бүлэг V: Сэтгэцийн ба зан төрхийн эмгэг	F00-F99	29	0.1	13	0.6
6	Бүлэг VI: Мэдрэлийн тогтолцооны өвчин	G00-G99	266	1.3	105	4.5
7	Бүлэг VII: Нүд ба түүний дайврын өвчин	H00-H59	2	0	2	0.1
8	Бүлэг VIII: Чих ба хөхлөг сэртэнгийн өвчин	H60-H95	3	0	2	0.1
9	Бүлэг IX: Зүрх-судасны тогтолцооны өвчин	I00-I99	6,206	31.1	1,011	43.5
10	Бүлэг X: Амьсгалын тогтолцооны өвчин	J00-J99	964	4.8	625	26.9
11	Бүлэг XI: Хоол боловсруулах тогтолцооны өвчин	K00-K93	1,147	5.8	98	4.2
12	Бүлэг XII: Арьс ба арьсан доорх эслэгийн өвчин	L00-L99	41	0.2	4	0.2
13	Бүлэг XIII: Яс булчингийн тогтолцоо ба холбох эдийн өвчин	M00-M99	49	0.2	15	0.6
14	Бүлэг XIV: Шээс бэлгийн тогтолцооны эмгэг	N00-N99	338	1.7	46	2
15	Бүлэг XV: Жирэмсэн, төрөх, төрсний дараах үе	O00-O99	68	0.3	0	0
16	Бүлэг XVI: Перинаталь үед үүссэн зарим эмгэг	P00-P96	516	2.6	19	0.8
17	Бүлэг XVII: Төрөлх гажиг, гаж хөгжил ба хромосомын эмгэг	Q00-Q99	176	0.9	0	0

18	Бүлэг XVIII: Өөр бүлэгт ангилаагүй шинж тэмдэг, зовиур, эмнэлзүйн ба лабораторийн хэвийн бус үзүүлэлтүүд	R00-R99	106	0.5	94	4
19	Бүлэг XIX: Гэмтэл, хордлого ба гадны шалтгаант бусад тодорхой эмгэг	S00-T98	0	0	0	0
20	Бүлэг XX: Осол гэмтэл, нас баралтын гадны шалтгаан	V01-Y98	3,029	15.2	128	5.5
21	Бүлэг XXI: Эрүүл мэндийн байдал болон эрүүл мэндийн байгууллагад хандахад нөлөөлөх хүчин зүйлс	Z00-Z99	0	0	0	0
22	Бүлэг XXII: Шалтгаан нь тодорхойгүй шинэ өвчний урьдчилсан ангилал	U00-U85	2,014	10.1	0	0
НИЙТ			19,901	99.8	2,326	100

3.3 Нас баралтын үндсэн шалтгааныг буруу тодорхойлж, мэдээлсэн тохиолдол (garbage code), оношилгооны ангиллаар

Нас баралтын үндсэн шалтгааныг буруу тодорхойлж, мэдээлсэн алдаатай утгыг ANACONDA нь Өвчний олон улсын 10-р (ICD-10) ангилалд үндэслэн дараах байдлаар 5 ангилдаг.

- 1-р ангилал: Шинж тэмдэг, тодорхой бус нөхцөлтэй холбоотой кодууд (ихэвчлэн ICD 10-д R00–R99 хамаарах кодууд).
- 2-р ангилал: Нас баралтын үндсэн шалтгаан байж болохгүй кодууд.
- 3-р ангилал: Нас баралтын шалтгаан болдог хэдий ч үндсэн шалтгаанаар кодлохгүй өвчнүүд
- 4-р ангилал: Зүрх, амьсгалын дутагдал зэрэг үхлийн шууд шалтгаантай холбоотой кодууд.
- 5-р ангилал: Тодорхойгүй шалтгаанаар кодолсон тохиолдлууд, Эдгээрт “хорт хавдрын тодорхойгүй байршил”, “тодорхойгүй гэмтэл” зэрэг шалтгаанууд орно. Эдгээр кодоор бүртгэсэн тохиолдлууд нь хорт хавдар болон осол гэмтлээс урьдчилан сэргийлэх үйл ажиллагааг удирдан чиглүүлэхэд үндэслэл болох тодорхой мэдээлэл болж чадахгүй. Бодлого, шийдвэрт нөлөөлөх, нийгмийн эрүүл мэндийн чиглэлээр хэрэгжүүлэх үйл ажиллагааг нотолгоонд суурилж хэрэгжүүлэхэд шалтгааныг үнэн зөв, сайн тодруулсан (жишээлбэл, уушгины хорт хавдар, хөхний болон түрүү булчирхайн хорт хавдрын эрт оношилгоо) тохиолдолд мэдээлэлд үндэслэн төлөвлөгддөг.

Нас баралтын шалтгааныг буруу тодорхойлж, мэдээлсэн тохиолдлыг оношлогооны ангиллын хэв шинжээр харуулбал 2010 онд 1-р ангилал буюу өвчний шинж тэмдгээр

бүртгэж, тохиолдол 5.4 хувийг эзэлж байсан бол 2021 онд 4 хувь болсон байна. 2-р ангилалд хамаарах Нас баралтын үндсэн шалтгаан байж болохгүй кодууд 2010 онд 4.7 хувь, 2021 онд 5.2 хувийг эзэлж байна.

3,4-р ангилалд хамаарах Нас баралтын шалтгаан болдог хэдий ч үндсэн шалтгаанаар кодлохгүй өвчнүүд, Зүрх, амьсгалын дутагдал зэрэг үхлийн шууд шалтгаантай холбоотой кодууд 2010 онд 42 хувь байсан бол 2021 онд 49.6 хувь болж нэмэгдсэн байна.

5-р ангилалд хамаарах Тодорхойгүй шалтгаанаар кодолсон тохиолдлуудын эзлэх хувь 2021 онд 41.3 хувийг эзэлж 2010 онтой харьцуулахад харьцангуй буурсан харагдаж байна.

Хүснэгт 7 Нас баралтын үндсэн шалтгааныг буруу тодорхойлсон тохиолдлууд, оношилгооны ангиллаар, 2010 он

Нас баралтын үндсэн шалтгааныг буруу тодорхойлсон тохиолдлын оношилгооны ангилал	Тохиолдлын тоо	Нийт нас баралтад эзлэх хувь (%)	Алдаатай тохиолдолд эзлэх хувь (%)
1: Шинж тэмдэг, тодорхой бус нөхцөлтэй холбоотой кодууд	109	0.6	5.4
2: Нас баралтын үндсэн шалтгаан байж болохгүй кодууд	94	0.5	4.7
3 Нас баралтын шалтгаан болдог хэдий ч үндсэн шалтгаанаар кодлохгүй өвчнүүд	835	4.8	41.5
4: Зүрх, амьсгалын дутагдал зэрэг үхлийн шууд шалтгаантай холбоотой кодууд	10	0.1	0.5
5: Тодорхойгүй шалтгаанаар кодолсон тохиолдлууд	963	5.6	47.9
НИЙТ	2,011	11.6	100

Хүснэгт 7 Нас баралтын үндсэн шалтгааныг буруу тодорхойлсон тохиолдлууд, оношилгооны ангиллаар, 2014 он

Нас баралтын үндсэн шалтгааныг буруу тодорхойлсон тохиолдлын оношилгооны ангилал	Тохиолдлын тоо	Нийт нас баралтад эзлэх хувь (%)	Алдаатай тохиолдолд эзлэх хувь (%)
1: Шинж тэмдэг, тодорхой бус нөхцөлтэй холбоотой кодууд	101	0.6	5.1
2: Нас баралтын үндсэн шалтгаан байж болохгүй кодууд	115	0.7	5.8

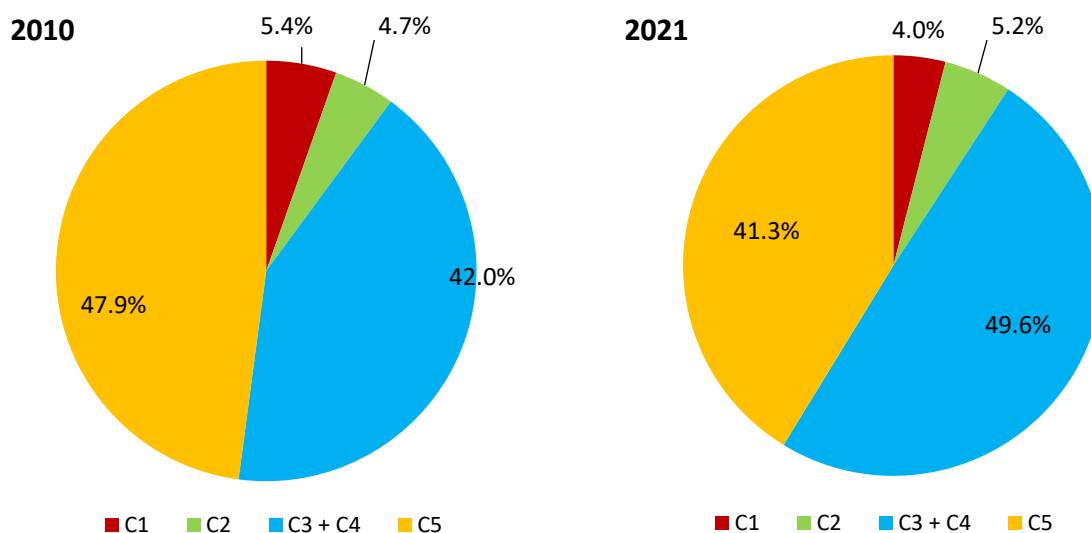
3 Нас баралтын шалтгаан болдог хэдий ч үндсэн шалтгаанаар кодлохгүй өвчнүүд	960	5.8	48.4
4: Зүрх, амьсгалын дутагдал зэрэг үхлийн шууд шалтгаантай холбоотой кодууд	97	0.6	4.9
5: Тодорхойгүй шалтгаанаар кодолсон тохиолдлууд	711	4.3	35.8
НИЙТ	1,984	12	100

Хүснэгт 8 Нас баралтын үндсэн шалтгааныг буруу тодорхойлсон тохиолдлууд, оношилгооны ангиллаар, 2021 он

Нас баралтын үндсэн шалтгааныг буруу тодорхойлсон тохиолдлын оношилгооны ангилал	Тохиолдлын тоо	Нийт нас баралтад эзлэх хувь (%)	Алдаатай тохиолдолд эзлэх хувь (%)
1: Шинж тэмдэг, тодорхой бус нөхцөлтэй холбоотой кодууд	91	0.5	4
2: Нас баралтын үндсэн шалтгаан байж болохгүй кодууд	119	0.6	5.2
3 Нас баралтын шалтгаан болдог хэдий ч үндсэн шалтгаанаар кодлохгүй өвчнүүд	1137	5.7	49.6
4: Зүрх, амьсгалын дутагдал зэрэг үхлийн шууд шалтгаантай холбоотой кодууд	0	0	0
5: Тодорхойгүй шалтгаанаар кодолсон тохиолдлууд	947	4.8	41.3
НИЙТ	2,294	11.5	100%

Үүнээс харахад шинж тэмдгээр оношилж нас баралтын шалтгааныг кодлох, болон тодорхойгүй шалтгаант нас баралтын тохиолдол буурсан хэдий ч нас баралтын шалтгаан болох хэдий ч үндсэн оношоор кодлохгүй тохиолдлын хувь нэмэгдсэн байна.

Зураг 28 Нас баралтын шалтгаан болохгүй тохиолдлын эзлэх хувь, оношилгооны ангиллаар, 2010, 2021 он



C1 = symptoms, signs and ill-defined conditions; C2 = impossible as underlying cause of death; C3 = intermediate COD; C4 = immediate COD; C5 = insufficiently specified within ICD chapters

3.4 Нас баралтын шалтгааныг буруу тодорхойлсон мэдээлэл эрүүл мэндийн бодлого, шийдвэрт нөлөөлөх нь

ANACONDA тооцооллоор нас баралтын шалтгааныг буруу тодорхойлж мэдээлэх нь нийгмийн эрүүл мэндийн чиглэлээр үйл ажиллагаа төлөвлөх, эрүүл мэндийн бодлого, шийдвэр гаргалтад нөлөөлөх зэргээр нь 4 түвшинд хувааж үздэг. Энэхүү ангилалд буруу тодорхойлж, мэдээлсэн тохиолдлууд шийдвэр гаргалтад хир зэрэг ноцтой байгаагаас хамааран дөрвөн түвшинг дараах байдлаар тодорхойлно.

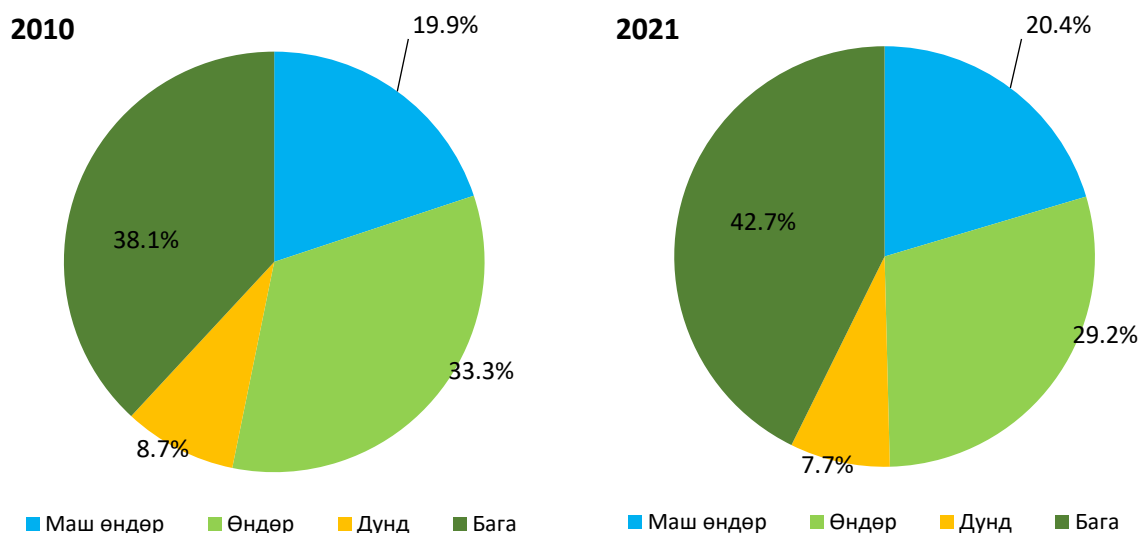
- 1-р түвшин-Эрүүл мэндийн бодлого, шийдвэр гаргалтад маш өндөр сөрөг нөлөө үзүүлэх ноцтой үр дагавар бүхий кодууд. Эдгээр нь тодорхой бус шалтгаантай холбоотой кодууд бөгөөд нас баралтын жинхэнэ үндсэн шалтгаан нь өргөн хүрээний 3 бүлгийн өөр бүлэгт хамаарах тохиолдлууд энэ түвшинд хамаарах болно.
- 2-р түвшин-Эрүүл мэндийн бодлого, шийдвэр гаргалтад их хэмжээний сөрөг нөлөө үзүүлэх магадлалтай кодууд. Эдгээр нь тодорхой бус шалтгаантай холбоотой кодууд бөгөөд үхлийн жинхэнэ шалтгаан нь гурван том бүлгийн зөвхөн аль нэгэнд хамаарах магадлалтай.
- Түвшин 3 – Дунд зэргийн нөлөө үзүүлэх магадлалтай кодууд. Эдгээр нь нас баралтын үндсэн шалтгаан нь ICD-ийн ижил бүлэгт багтдаг хэдий ч тодорхой бус кодууд юм. Жишээлбэл, "хорт хавдрын байршил буруу тодорхойлогдсон" нас баралтын үндсэн шалтгаан нь хорт хавдар байсан гэдгийг харуулж байгаа боловч байршлыг заагаагүй.
- Түвшин 4 – Бага нөлөө үзүүлэх хэдий ч хязгаарлагдмал нөлөө бүхий кодууд. Эдгээр нь нас баралтын үндсэн шалтгааныг тухайн өвчин, гэмтлийн ангилалд багтаах боломжтой кодууд юм. Жишээлбэл, "тодорхойгүй цус харвалт" нь бусад өвчний ангилалд биш харин цус харвалтын нас баралт гэж тооцогддог. Энэ түвшинд ангилагдсан ашиглах боломжгүй шалтгаанууд нь шийдвэр гаргалтад үзүүлэх үр дагавар нь ерөнхийдөө бага байх болно.

2021 оны байдлаар нас баралтын шалтгаан болохгүй тохиолдлыг эрүүл мэндийн бодлого, шийдвэр гаргалтад нөлөөлөх түвшингээр харуулбал 1-р түвшин буюу эрүүл мэндийн

бодлого, шийдвэр гаргалтад маш өндөр сөрөг нөлөө үзүүлэх ноцтой үр дагавар бүхий кодууд 20.4 хувийг эзэлж байгаа нь 2010 онтой харьцуулахад 0.5 хувиар нэмэгдсэн байна.

Эрүүл мэндийн бодлого, шийдвэр гаргалтад их хэмжээний сөрөг нөлөө үзүүлэх магадлалтай кодууд буюу 2-р түвшинд хамаарах тохиолдлууд 29.2 хувийг эзэлж байгаа нь 2010 онтой харьцуулахад буурсан хэдий ч шалтгааны буруу кодлолтын 50 хувь нь бодлого, шийдвэр гаргалтад ноцтой буюу их хэмжээний сөрөг нөлөө үзүүлэх тохиолдлууд байгаа нь нэн тэргүүнд арга хэмжээ авах асуудлын нэг юм.

Зураг 29 Нас баралтын шалтгааныг буруу тодорхойлж мэдээлсэн тохиолдлын эзлэх хувь, шийдвэр гаргалтад нөлөөлөх түвшингээр, 2010, 2021 он



Хүснэгт 8 Шийдвэр гаргалтад нөлөөлөх түвшингээр, тохиолдлын тоо, 2010 он

Шийдвэр гаргалтад нөлөөлөх түвшний ангилал	Тохиолдлын тоо	Нийт нас баралтад эзлэх хувь (%)	Алдаатай утгад эзлэх хувь (%)
Маш өндөр (Level 1)	400	2.3	19.9
Өндөр (Level 2)	670	3.9	33.3
Дунд (Level 3)	174	1	8.7
Бага (Level 4)	767	4.4	38.1
НИЙТ	2,011	11.6	100

Хүснэгт 9 Шийдвэр гаргалтад нөлөөлөх түвшингээр, тохиолдлын тоо, 2014 он

Шийдвэр гаргалтад нөлөөлөх түвшний ангилал	Тохиолдлын тоо	Нийт нас баралтад эзлэх хувь (%)	Алдаатай утгад эзлэх хувь (%)
Маш өндөр (Level 1)	643	3.9	32.4
Өндөр (Level 2)	591	3.6	29.8

Дунд (Level 3)	115	0.7	5.8
Бага (Level 4)	635	3.8	32
TOTAL	1,984	12	100

Хүснэгт 10 Шийдвэр гаргалтад нөлөөлөх түвшингээр, тохиолдлын тоо, 2021 он

Шийдвэр гаргалтад нөлөөлөх түвшний ангилал	Тохиолдлын тоо	Нийт нас баралтад эзлэх хувь (%)	Алдаатай утгад эзлэх хувь (%)
Маш өндөр (Level 1)	468	2.3	20.4
Өндөр (Level 2)	670	3.4	29.2
Дунд (Level 3)	177	0.9	7.7
Бага (Level 4)	979	4.9	42.7
TOTAL	2,294	11.5	100%

Хүснэгт 11 Шийдвэр гаргалтад нөлөөлөх түвшингээр, тохиолдлын тоо, 2010, 2014, 2019-2021 он

Шийдвэр гаргалтад нөлөөлөх түвшний ангилал	Тохиолдлын тоо	2014 он	2019 он	2020 он	2021 он
Маш өндөр (Level 1)	400	643	492	440	468
Өндөр (Level 2)	670	591	629	596	670
Дунд (Level 3)	174	115	162	178	177
Бага (Level 4)	767	635	808	797	979
TOTAL	2,011	1,984	2091	2011	2,294

2021 оны байдлаар нас баралтын шалтгааныг буруу тодорхойлж мэдээлсэн тохиолдлыг бодлого, шийдвэрт сөрөг нөлөө үзүүлэх түвшингээр ангилж үзэхэд 1-р түвшин буюу эрүүл мэндийн бодлого, шийдвэр гаргалтад маш өндөр сөрөг нөлөө үзүүлэх ноцтой үр дагавар бүхий кодууд улсын дүнгээр 20.4 хувийг эзэлж байна.

Энэ үзүүлэлтийг аймгуудаар харьцуулж үзэхэд хамгийн өндөр буюу Дорнод 49 хувь, Ховд 47.9 хувь, Сүхбаатар 39.4 хувь, Баянхонгор аймаг 38.4 хувь, Өвөрхангай аймагт 32.9 хувь нь

1-р түвшинд хамаарах тохиолдлууд эзэлж байгаа эдгээр аймгуудын кодлолтын чанарт нэн тэргүүнд анхаарах хэрэгтэйг харуулж байна.

3.5 Бодлого, шийдвэрт сөрөг нөлөө үзүүлэх түвшний үндсэн шалтгаан болохгүй тохиолдлууд

Эрүүл мэндийн бодлого, шийдвэр гаргалтад маш өндөр сөрөг нөлөө үзүүлэх ноцтой үр дагавар бүхий кодууд буюу дараах нөхцөл байдлуудыг тодорхойгүй гэж үзнэ. Үүнд: I46.9 буюу тодорхойгүй шалтгаанаар зүрх зогсох, I95.9 буюу шалтгаан нь тодорхойгүй даралт багасах, I99 буюу цусны эргэлтийн тогтолцооны бусад ба тодорхойгүй эмгэг, J96.0 буюу амьсгалын цочмог дутмагшил, J96.9 буюу шалтгаан нь тодорхойгүй амьсгалын дутмагшил, P28.5 буюу нярайн амьсгалын дутмагшил, R00-R94 ба R96-R99 буюу өөр бүлэгт ангилаагүй шинж тэмдэг, зовиур, эмнэлзүйн ба лабораторийн хэвийн бус үзүүлэлтүүд орно. R95 буюу нярай гэнэт эндэх хамшинжийг эмгэг гэж тодорхойлсон нөхцөл байдалд хамааруулж үзэхгүй.

Эрүүл мэндийн бодлого, шийдвэр гаргалтад маш өндөр сөрөг нөлөө үзүүлэх ноцтой үр дагавар бүхий кодуудыг ANACONDA нь өвчний бүлгээр болон өвчин тус бүрээр нь тохиолдлын тоог харуулдаг.

Нас баралтын үндсэн шалтгаан болохгүй буруу тодорхойлсон нийт 2294 тохиолдлын 20.4% /468/ нь бодлого шийдвэрт ноцтой сөрөг нөлөө үзүүлэх түвшний тохиолдлууд байгаа ба эдгээрийг өвчний ангиллаар хүснэгт 13-т харуулав.

2021 оны мэдээллийн сангаас харахад garbage code-ийн хамгийн их тохиолдол нь өглөлт R54 гэсэн онош хамгийн олон тохиолдол байгаа ба сепсис, амьсгалын дутагдал, тархины саажилт зэрэг оношууд дийлэнх хувийг эзэлж байна.

Хүснэгт 12 1-р түвшний нас баралтын шалтгаан болохгүй кодын тэргүүлэх 5 шалтгаан, 2021 он

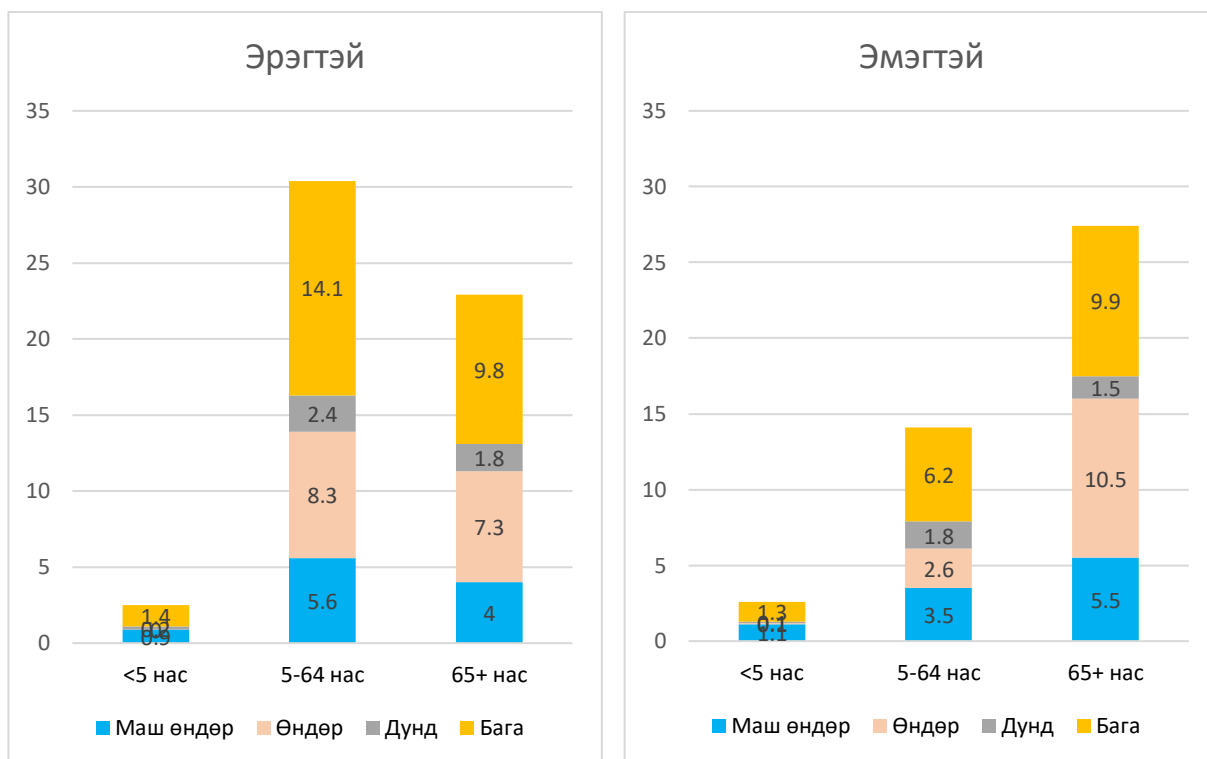
№	Өвчний бүлэг	Нас баралтын тоо	(%)	Өвчний нэршил ICD-10	Нас баралтын тоо
1	Өглөлт	89	19.02	R54.-	89
2	Сепсис	68	14.53	A41.9	41
3	Амьсгалын дутагдал	45	9.62	J96.0	29
4	Нийт буруу оношлол	39	8.33	F71.0	2
5	Тархины саажилт	38	8.12	G80.0	17
	НИЙТ (тэргүүлэх 5 шалтгаан бүлэг)	279	59.6	НИЙТ (тэргүүлэх 5 өвчин)	178
	НИЙТ (түвшин 1)	468	100.0		

3.6 Нас баралтын шалтгааныг буруу тодорхойлж, мэдээлсэн тохиолдол, насны ангилал, хүйсээр

Нас баралтын шалтгааныг буруу тодорхойлж, мэдээлсэн тохиолдлын тоо хүйс, насны бүлэг тус бүрд ялгаатай байна. Нас ахих тусам алдаатай мэдээлсэн тохиолдлын тоо нэмэгдэж

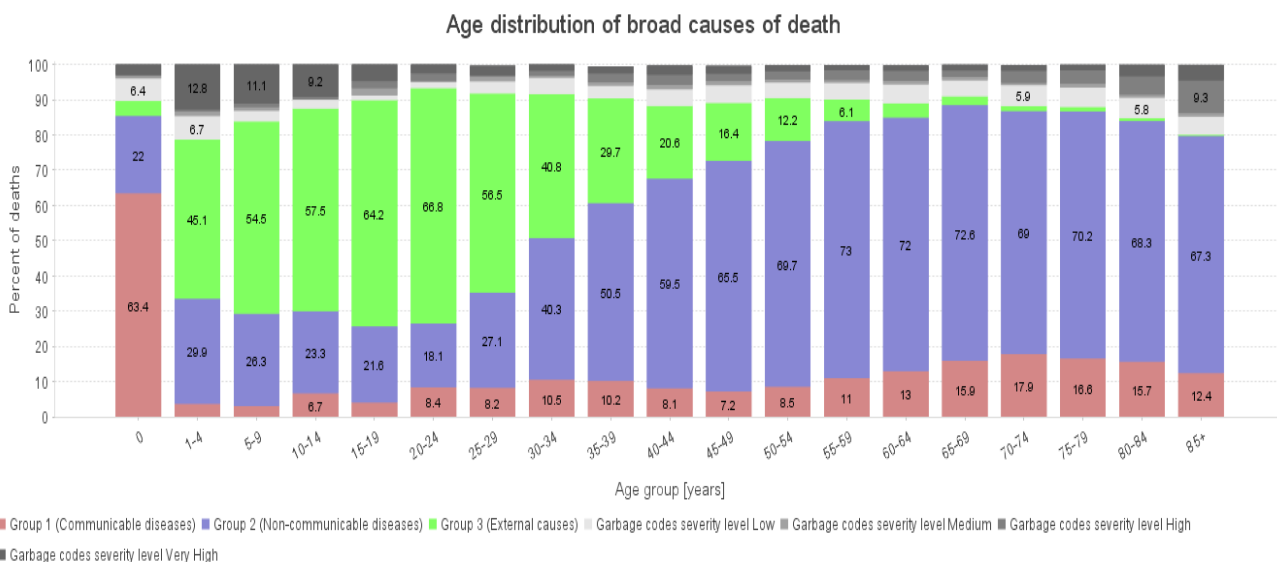
байгааг Зураг 28-т харуулав. Доорх зургаас харахад 5-64 насны бүлгийн эрэгтэйчүүд, 65-аас дээш насны эмэгтэйчүүдийн нас баралтын шалтгааныг ихэвчлэн буруу кодолсон байна. 5-64 насны эрэгтэйчүүд дотор мөн 45-60 насныхны зүрх судасны өвчин, хоол боловсруулах эрхтэн тогтолцооны өвчний шалтгаант нас баралтын шалтгааныг үндсэн шалтгаан болохгүй кодоор мэдээлсэн тохиолдол дийлэнх хувийг эзэлж байна.

Зураг 30 Нас баралтын шалтгаан болохгүй тохиолдлын эзлэх хувь, насны бүлэг, хүйсээр, 2021 он



Доорх зургаар нас баралтын шалтгаан болохгүй тохиолдлууд аль насны бүлэгт илүү тохиолдож байгааг хар болон хар саарал өнгөөр дүрсэлснээс харж болно.

Зураг 31 Нас баралтын шалтгаан, өргөн хүрээний 3 бүлэгт харьцуулснаар, насны бүлгээр



3.7 Нас баралтын чанарыг шалгах шалгуур үзүүлэлт

ОУӨА-ын нас баралтын гол шалтгааны ангилалд өвөрмөц-бус өвчний хэд хэдэн код багтдаг бөгөөд гэрчилгээ олгох, кодлох үйл явц муу байвал эдгээр кодыг маш ихээр хэрэглэх тохиолдол байдаг. Эдгээр кодоор кодолсон байвал нас баралтын шалтгааныг үнэн зөв тайлагнаж чадахгүйд хүрдэг.

Нас баралтын шалтгааны тоо мэдээний чанарыг доорх гурван хэмжүүрээр шалгадаг. Нас барсан тухай эмнэлгийн гэрчилгээнд зүрх судас, хорт хавдар, осол гэмтлийн шалтгаант нас баралтын тохиолдолд дараах кодууд 10-15 хувиас хэтрэхгүй байх ёстой гэж үздэг.

Зүрх судасны өвчнөөс шалтгаалсан нас баралтын дотор хэдэн хувь нь зүрх зогссон, үхлийн шалтгаан тодроогүй зүрхний өвчний ангилалд багтах ОУӨА-10-ын кодууд I47.2, I49.0, I46, I50, I51.4, I51.5, I51.6, I51.9, I70.9)

Анхдагч байршил нь тодроогүй хорт хавдар ОУӨА-10 -ын кодууд C76, C80, C97

Осол гэмтлийн шалтгаант нас баралтын дотор ямар нэгэн шалтгааныг тодорхойлоогүй гэмтэл ОУӨА-10 -ын кодууд Y10-Y34, Y87.2 кодууд хэдэн хувийг эзэлж байгаагаас тоо мэдээллийн чанар шалтгаалдаг.

Тэгвэл Монгол улсын хүн амын нас баралтын мэдээллийн санд бүртгэгдсэн зүрх судасны өвчний шалтгаант нас баралтын дотор 2014 онд дээрх кодоор бүртгэсэн өвчлөлийн тохиолдол 275 тохиолдол буюу нийт зүрх судасны шалтгаант нас баралтын 4.9 хувийг эзэлж байсан бол 2021 онд 39 тохиолдол буюу 0.6 хувийг эзэлж байгаа нь зүрх зогссон, зүрхний хэм алдал, ховдлын чичиргээ ба жирвэгнээ, зүрхний дутмагшил, тодорхойгүй зүрх судасны өвчин, Зүрхний булчингийн сөнөрөл, зүрхний өвчин, тодорхойгүй, түгмэл ба тодорхойгүй атеросклероз зэрэг өвчнүүдийг нас баралтын үндсэн шалтгаан болгож тодорхойлсон тохиолдлууд сүүлийн жилүүдэд буурч байгаа хэдий ч эдгээр тодорхойгүй оношоор үндсэн оношийг кодлож, мэдээлсэн тохиолдлууд байсаар байна.

Хорт хавдрын шалтгаант нас баралтаас байршил тодорхойлогдоогүй хавдрын тохиолдол харьцангуй цөөн байгаа ба 2014 онд 5 тохиолдол бүртгэгдэж байсан бол харин 2021 онд 18 тохиолдол бүртгэгдсэн байна.

Осол гэмтлийн шалтгаант нас баралтын дотор шалтгаан тодорхойгүй осол гэмтлийн тохиолдол 2014 онд 76 тохиолдол буюу нийт осол гэмтлийн шалтгаант нас баралтын 2.8 хувийг эзэлж байсан бол 2021 онд 112 тохиолдол буюу нийт осол гэмтлийн шалтгаант нас баралтын 3.7 хувийг эзэлж, 2014 онтой харьцуулахад 0.9 хувиар нэмэгдсэн байна.

Хэдийгээр Монгол улсын хүн амын нас баралтын тоо мэдээний чанарыг шалгах эдгээр 3 бүлэгт эзлэх тодорхойгүй шалтгаант нас баралтын эзлэх хувь 10 хувиас бага байгаа хэдий ч хорт хавдар, осол гэмтлийн тодорхойгүй шалтгаант нас баралтын эзлэх хувь нэмэгдэж байгаад анхаарах хэрэгтэй байна.

Зүрх судасны шалтгаант нас баралтын дотор тодорхойгүй зүрх зогсох гэх мэт шалтгаанаар бүртгэж мэдээлэх нь сүүлийн жилүүдэд буурч байгаа нь Эрүүл мэндийн статистик мэдээ, мэдээлэл хариуцсан эмч, мэргэжилтнүүдэд болон 21 аймаг, нийслэлийн ЭМБ-уудын эмч мэргэжилтнүүдэд 2014 оноос Өвчний олон улсын 10-р ангиллын кодлолтын сургалтыг зохион байгуулсантай холбоотой юм. Мөн энэхүү сургалтад хамрагдсан хэдий ч статистик, мэдээ, мэдээлэл хариуцсан эмч мэргэжилтнүүдийн хангалт хүрэлцээгүй, ялангуяа анхан шатны эрүүл мэндийн байгууллагуудад статистик мэдээ, мэдээлэл болон кодлолт хариуцсан хүн орон тоогоор ажилладаггүй, ажлын хажуугаар давхар гүйцэтгэдэг, эмч, мэргэжилтнүүд хурдан хугацаанд ажлаа өөрчилдөг зэрэг олон шалтгаан дурдаж болно.

Монгол улсад бүртгэгдэж буй нас баралтын тохиолдлын 70 гаран хувь нь эмнэлгээс гадуур нас бардаг ба “Нас барсан тухай эмнэлгийн гэрчилгээ”-г анхан шатны эрүүл мэндийн байгууллагуудын эмч, өрхийн эмч, сумын эмч ихэвчлэн бичдэг ба эдгээр эмч, мэргэжилтнүүдэд чиглэсэн сургалт хамгийн нэн тэргүүнд хэрэгтэй байна.

3.8 Нас баралтын тэргүүлэх 20 шалтгаан, хүйсээр

Хүн амын нас баралтын тэргүүлэх 20 шалтгааныг 2010, 2014, 2019-2021 оны байдлаар ANACONDA программаар тооцоолж харуулахад 2010 онд эрэгтэйчүүдийн нас баралтын тэргүүлэх шалтгаанд тархинд цус харвалт 11.7 хувиар тэргүүлж, удаах шалтгаан нь элэгний өмөн 8.6 хувь, зүрхний ишеми 6.9 хувь, зүрхний хурц миокардит 6.1 хувь, элэгний цирроз 4.9 хувь, архинд хордож нас барсан 4.2, ходоодны өмөн 3.5, амиа хорлолт 3.3, уушгины өмөн 2.6 хувьтай эхний 10 шалтгаан болж байгаа ба 10 дахь шалтгаан нь garbage code болох тодорхойгүй уушгины хатгаа гэсэн кодоор кодолсон байна. Мөн эрэгтэйчүүдийн нас баралтын тэргүүлэх 20 шалтгааны 3 нь буюу Үүсгэгч нь тодорхойгүй уушгины хатгаа J18, Анхдагч даралт ихсэх I10, I27 уушги-зүрхний дутмагшлын бусад хэлбэр гэсэн оношнуудаар кодолсон байгаа нь нийт нас баралтын 3.2 хувийг эзэлж байна.

Хүснэгт 13 Эрэгтэйчүүдийн нас баралтын тэргүүлэх 20 шалтгаан, 2010 он

№	хувь	ICD-10 код	Өвчний нэршил
1	11.7	I61.-	Intracerebral haemorrhage
2	8.6	C22.-	Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts
3	6.9	I25.-	Chronic ischaemic heart disease
4	6.1	I21.-	Acute myocardial infarction
5	4.9	K74.-	Fibrosis and cirrhosis of liver
6	4.2	X45.-	Accidental poisoning by and exposure to alcohol
7	3.5	C16.-	Malignant neoplasm of stomach
8	3.3	X70.-	Intentional self-harm by hanging, strangulation and suffocation
9	2.6	C34.-	Malignant neoplasm of bronchus and lung
10	2.1	J18.-	Pneumonia, organism unspecified
11	1.8	X31.-	Exposure to excessive natural cold
12	1.5	I24.-	Other acute ischaemic heart diseases
13	1.5	A15.-	Respiratory tuberculosis, bacteriologically and histologically confirmed
14	1.5	C15.-	Malignant neoplasm of oesophagus
15	1	I10.-	Essential (primary) hypertension
16	1	P21.-	Birth asphyxia
17	0.9	I27.-	Other pulmonary heart diseases
18	0.8	P22.-	Respiratory distress of newborn
19	0.8	I60.-	Subarachnoid haemorrhage
20	0.7	Y00.-	Assault by blunt object

Хүн амын нас баралтын тэргүүлэх 20 шалтгааныг 2010 оны байдлаар ANACONDA программаар тооцоолж харуулахад эмэгтэйчүүдийн нас баралтын тэргүүлэх шалтгаанд тархинд цус харвалт 15.2 хувиар тэргүүлж, удаах шалтгаан нь элэгний өмөн 9.8 хувь, зүрхний ишеми 8.8 хувь, элэгний цирроз 6.4 хувь, зүрхний хурц миокардит 3.7 хувь, ходоодны өмөн 3.5 хувьтай эхний 6 шалтгаан болж байгаа 7 дахь шалтгаан нь garbage code болох тодорхойгүй уушгины хатгаа гэсэн кодоор кодолсон байна. Мөн эмэгтэйчүүдийн нас

баралтын тэргүүлэх 20 шалтгааны 4 нь буюу Үүсгэгч нь тодорхойгүй уушгины хатгаа J18, Анхдагч даралт ихсэх I10, I27 уушги-зүрхний дутмагшлын бусад хэлбэр, R54 Өтлөлт гэсэн оношнуудаар кодолсон байгаа нь нийт нас баралтын 6.8 хувийг эзэлж байгаа нь эрэгтэйчүүдийн нас баралтаас харьцангуй их буруу кодлолттой байна.

Хүснэгт 14 Эмэгтэйчүүдийн нас баралтын тэргүүлэх 20 шалтгаан, 2010 он

№	хувь	ICD-10 код	Өвчний нэршил
1	15.2	I61.-	Intracerebral haemorrhage
2	9.8	C22.-	Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts
3	8.8	I25.-	Chronic ischaemic heart disease
4	6.4	K74.-	Fibrosis and cirrhosis of liver
5	3.7	I21.-	Acute myocardial infarction
6	3.2	C16.-	Malignant neoplasm of stomach
7	2.3	J18.-	Pneumonia, organism unspecified
8	1.9	C15.-	Malignant neoplasm of oesophagus
9	1.8	I10.-	Essential (primary) hypertension
10	1.8	I24.-	Other acute ischaemic heart diseases
11	1.6	I27.-	Other pulmonary heart diseases
12	1.5	C53.-	Malignant neoplasm of cervix uteri
13	1.1	C34.-	Malignant neoplasm of bronchus and lung
14	1.1	R54.-	Senility
15	1	P22.-	Respiratory distress of newborn
16	1	X45.-	Accidental poisoning by and exposure to alcohol
17	0.9	A15.-	Respiratory tuberculosis, bacteriologically and histologically confirmed
18	0.9	I60.-	Subarachnoid haemorrhage
19	0.9	N18.-	Chronic renal failure
20	0.9	P21.-	Birth asphyxia

2021 оны байдлаар хүн амын нас баралтын тэргүүлэх 20 шалтгааныг ANACONDA программаар тооцоолж харуулахад эрэгтэйчүүдийн нас баралтын тэргүүлэх шалтгаанд COVID-19-ын халдварын шалтгаант нас баралт 7.6 хувьтай тэргүүлж, архины хордлогын шалтгаант нас баралт 5.8 хувиар 2 дахь шалтгаан болж байна. Эрэгтэйчүүдийн нас баралтын гол шалтгаан болж буй элэгний өмөн, зүрхний ишеми 3,4 дүгээрт орсон ба 5 дахь шалтгаан нь амиа хорлолт байгаа ба нийт нас баралтын 3.1 хувийг эзэлж байгаа нь зайлшгүй нийгмийн эрүүл мэндийн чиглэлээр хэрэгжүүлэх үйл ажиллагааны гол асуудал болж байна.

2010 оны байдлаар эрэгтэйчүүдийн нас баралтын 1-р шалтгаан болж 11.7 хувийг эзэлж байсан тархинд цус харвалт 2021 онд 7-р шалтгаан болж нас баралтын 2.1 хувийг эзэлж байна. Мөн эрэгтэйчүүдийн нас баралтын тэргүүлэх 20 шалтгааны 2 нь буюу Үүсгэгч нь тодорхойгүй уушгины хатгаа J18, I42.0 тэлэгдлийн кардиомиопати оноштой байгаа нь нийт нас баралтын 2.5 хувийг эзэлж байна. Эрэгтэйчүүдийн нас баралтын тэргүүлэх 20 шалтгаанд буруу кодлолттой шалтгаан 2010 онд 3.2 хувийг эзэлж байсан бол 2021 онд 0.7 хувиар буурсан харагдаж байна.

Хүснэгт 15 Эрэгтэйчүүдийн нас баралтын тэргүүлэх 20 шалтгаан, 2021 он

№	хувь	ICD-10 код	Өвчний нэршил
1	7.6	U07.1	COVID-19, virus identified
2	5.8	X45.-	Accidental poisoning by and exposure to alcohol
3	4.9	C22.0	Liver cell carcinoma
4	3.5	I25.9	Chronic ischaemic heart disease, unspecified
5	3.1	X70.-	Intentional self-harm by hanging, strangulation and suffocation
6	2.4	I25.0	Atherosclerotic cardiovascular disease, so described
7	2.1	I61.9	Intracerebral haemorrhage, unspecified
8	2	I25.8	Other forms of chronic ischaemic heart disease
9	1.9	I21.9	Acute myocardial infarction, unspecified
10	1.9	C22.9	Liver, unspecified
11	1.8	I69.1	Sequelae of intracerebral haemorrhage
12	1.7	I61.0	Intracerebral haemorrhage in hemisphere, subcortical
13	1.6	K74.0	Hepatic fibrosis
14	1.5	I42.0	Dilated cardiomyopathy
15	1.4	C16.0	Cardia
16	1.4	I61.8	Other intracerebral haemorrhage
17	1.3	I21.0	Acute transmural myocardial infarction of anterior wall
18	1.2	X31.-	Exposure to excessive natural cold
19	1	J18.8	Other pneumonia, organism unspecified
20	0.9	C16.9	Stomach, unspecified

2021 оны байдлаар эмэгтэйчүүдийн нас баралтын тэргүүлэх шалтгаанд COVID-19-ын халдварын шалтгаант нас баралт 13.1 хувьтай тэргүүлж байгаа ба эрэгтэйчүүдтэй харьцуулахад харьцангуй өндөр байна. Элэгний өмөн 6.1 хувиар 2 дахь шалтгаан болж байна. Эмэгтэйчүүдийн нас баралтын 6 дахь шалтгаан нь архины хордлогын шалтгаант нас баралт 2.1 хувийг эзэлж байна.

2010 оны байдлаар эмэгтэйчүүдийн нас баралтын 1-р шалтгаан болж 15.2 хувийг эзэлж байсан тархинд цус харвалт 2021 онд 8-р шалтгаан болж нас баралтын 1.9 хувийг эзэлж байна. Мөн эмэгтэйчүүдийн нас баралтын тэргүүлэх 20 шалтгааны 3 нь буюу Үүсгэгч нь тодорхойгүй уушгины хатгаа J18, I42.0 тэлэгдлийн кардиомиопати, I27 уушги-зүрхний дутмагшлын бусад хэлбэр оноштой байгаа нь нийт нас баралтын 3.3 хувийг эзэлж байна. Эмэгтэйчүүдийн нас баралтын тэргүүлэх 20 шалтгаанд буруу кодлолтой шалтгаан 2010 онд 6.8 хувийг эзэлж байсан бол 2021 онд 3.5 хувиар буурч кодлолтын чанар харьцангуй сайжирсан байна.

Хүснэгт 16 Эмэгтэйчүүдийн нас баралтын тэргүүлэх 20 шалтгаан, 2021 он

№	хувь	ICD-10 код	Өвчний нэршил
1	13.1	U07.1	COVID-19, virus identified
2	6.1	C22.0	Liver cell carcinoma
3	4.2	I25.9	Chronic ischaemic heart disease, unspecified
4	2.9	I25.8	Other forms of chronic ischaemic heart disease
5	2.4	C22.9	Liver, unspecified
6	2.1	X45.-	Accidental poisoning by and exposure to alcohol
7	1.9	I25.0	Atherosclerotic cardiovascular disease, so described
8	1.9	I61.9	Intracerebral haemorrhage, unspecified

9	1.7	K74.0	Hepatic fibrosis
10	1.6	I69.1	Sequelae of intracerebral haemorrhage
11	1.4	I61.0	Intracerebral haemorrhage in hemisphere, subcortical
12	1.4	I27.9	Pulmonary heart disease, unspecified
13	1.2	I61.8	Other intracerebral haemorrhage
14	1.2	I21.9	Acute myocardial infarction, unspecified
15	1	K74.6	Other and unspecified cirrhosis of liver
16	1	I42.0	Dilated cardiomyopathy
17	1	I25.5	Ischaemic cardiomyopathy
18	0.9	I21.0	Acute transmural myocardial infarction of anterior wall
19	0.9	J18.9	Pneumonia, unspecified
20	0.9	C16.0	Cardia

Дөрөв: Нас баралтын чанарын үнэлгээний индекс

Хүн амын нас баралтын мэдээллийн чанарын гүйцэтгэлийн индекс буюу (The Vital Statistics Performance Index for Quality VSPI(Q)) нь мэдээллийн чанарын үнэлгээний доорх таван чухал бүрэлдэхүүн хэсгийн хураангуйлсан үнэлгээний оноо юм. VSPI(Q) нь хүн амын нас баралтын мэдээллийн чанар ямар байгааг илтгэх гол үзүүлэлт юм.

1. Нас баралтын бүртгэлийн хамралтын хувь
2. Нас баралтын шалтгааны тайлангийн чанар (нас баралтын үндсэн шалтгаан болохгүй буруу тодорхойлсон тохиолдлын тоо, хэмжээ, төрөл)
3. Үндсэн шалтгааны тодорхой байдлын зэрэг (хүснэгтэд ашигласан нас баралтын шалтгааны жагсаалт дахь нарийвчилсан дүн)
4. Нас, хүйсийн тайлагналын чанар (өгөгдөл дэх нас, хүйс тэмдэглээгүй тохиолдол)
5. Биологийн хувьд боломжгүй үндсэн шалтгаануудын тохиолдлын тоо

Оноо өндөр байх тусам нас баралтын өгөгдлийн нийт чанар сайн байна гэж үзэх ба 85%-иас дээш утга нь найдвартай мэдээллийн системтэй, шийдвэр гаргалт, бодлогын хэрэгцээг хангах сайн ажиллагаатай CRVS системийг харуулж байна гэж үздэг.

Чанарын индекс оноог дараах байдлаар ангилж үздэг.

-Маш өндөр 85-100 оноо

-Өндөр 70-84 оноо

-Дунд 50-60 оноо,

-Бага 25-49 оноо

-Маш бага 25-аас бага (Mikkelsen et al, 2015). VSPI(Q) нь нас баралтын оролтын өгөгдлийн чанарын ерөнхий хураангуй индекс юм.

Хүснэгт 17 Хүн амын нас баралтын мэдээллийн чанарын гүйцэтгэлийн индекс, Монгол улс, 2010, 2014, 2019-2021 он

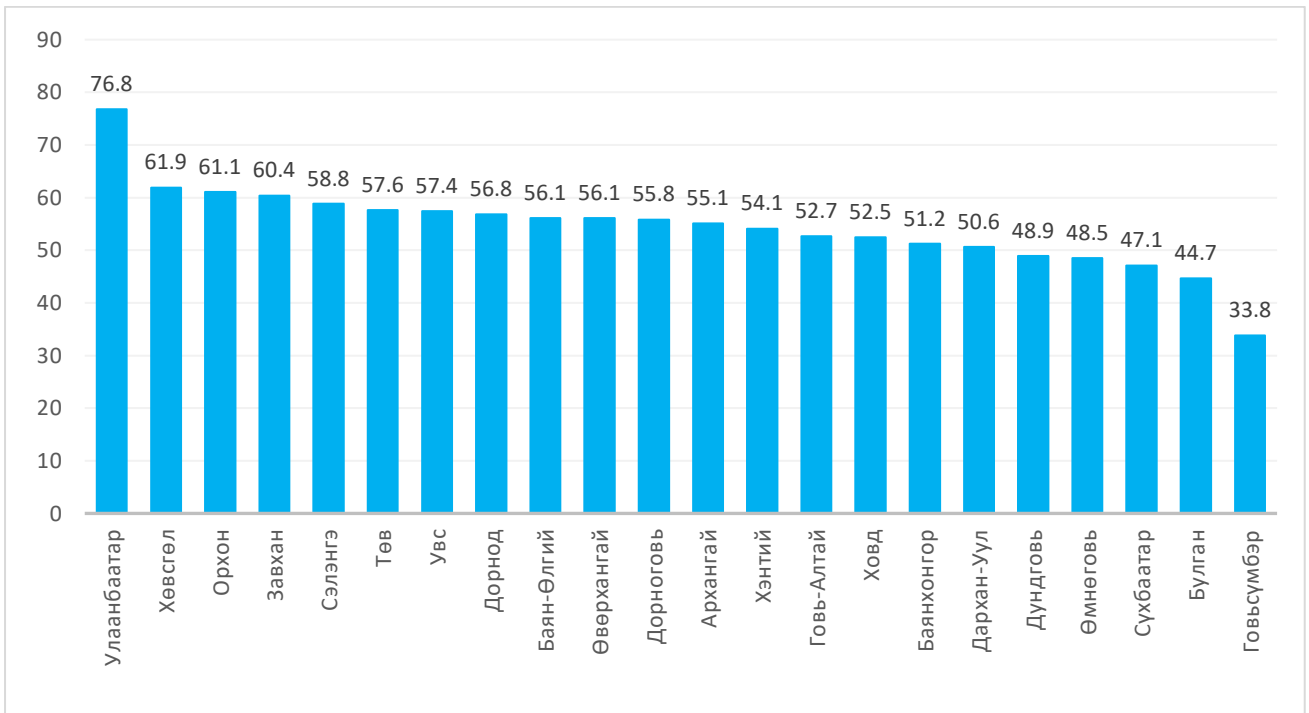
Чанарын үнэлгээний бүрэлдэхүүн	2010 он	2014 он	2019 он	2020 он	2021 он
	%	%	%	%	%
Нас, хүйсийн тайлагналтын чанар	100	100	100	100	100
Нас баралтын шалтгааны тайлагналтын чанар	93.3	91.9	93.3	93.3	94
Биологийн хувьд боломжгүй үндсэн шалтгаанууд	100	100	100	100	100
Шалтгаанаас гарах боломжтой дэлгэрэнгүй мэдээллийн түвшин	87.9	89.4	90.4	89.4	89.7
Нас баралтын бүртгэлийн хамралтын хувь	97.0	95.7	93.2	89.4	91.9
Ерөнхий оноо	79.6	78.6	78.6	74.6	77.5

Чанарын гүйцэтгэлийн индекс VSPI(Q) оноог бүрдүүлдэг чанарын үнэлгээний 5 бүрэлдэхүүн хэсэг нь мэдээллийн чанар буурахад ямар үйл ажиллагаа доголдож байгааг харуулдаг.

2021 оны байдлаар нийт чанарын гүйцэтгэлийн индекс оноо 77.5 оноотой үнэлэгдсэн ба 100 хувь үнэлэгдэхэд ямар үйл ажиллагааг сайжруулах шаардлагатай вэ гэдгийг харуулсан. Тухайлбал: Нас баралтын шалтгааны талаар дэлгэрэнгүй мэдээлэл авах боломжийг харуулсан түвшин 42.2 хувийг эзэлж байгаа хамгийн өндөр байгаа ба нас баралтын кодлолтын чанар, үнэн зөв байдлыг нэн тэргүүнд сайжруулах шаардлагатай нь харагдаж байна. Дараа нь нас баралтын бүртгэлийн хамралт 33.2 хувь, Нас баралтын шалтгааны тайлангийн чанар (нас баралтын үндсэн шалтгаан болохгүй буруу тодорхойлсон тохиолдлын тоо, хэмжээ, төрөл) 24.6 хувийг эзэлж байна. Харин нас, хүйсийн тайлагналын чанар, Биологийн хувьд боломжгүй үндсэн шалтгаанууд дээр оноо алдаагүй байна.

Аймгуудаар харьцуулж харвал 2021 оны байдлаар нийт чанарын гүйцэтгэлийн индекс оноо Улаанбаатар хотод харьцангуй дээгүүр оноотой байгаа Говь-Алтай, Ховд, Дархан-уул, Дундговь, Өмнөговь, Сүхбаатар, Булган аймгуудад нас баралтын мэдээллийн тогтолцооны өвөрмөц сул талуудыг тодорхойлох нарийвчилсан үнэлгээ хийх шаардлагатай нь харагдаж байна.

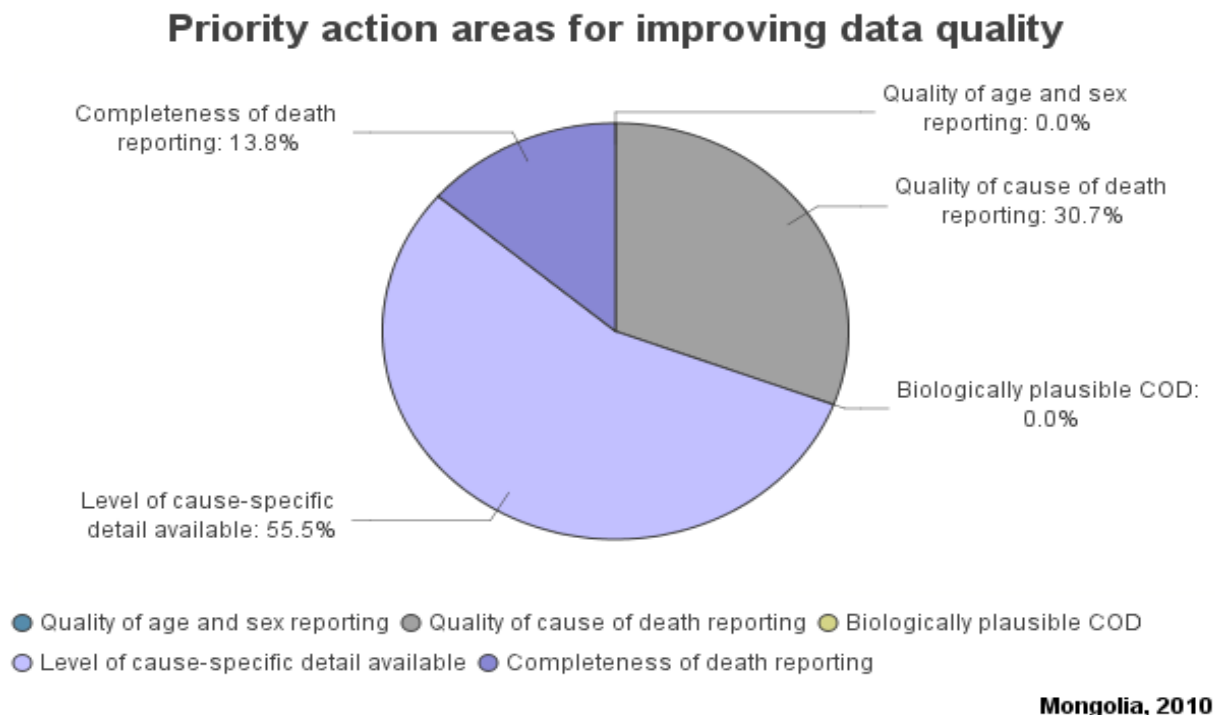
Зураг 32 Нас баралтын мэдээллийн чанарын гүйцэтгэлийн индекс, аймгаар, 2021 он



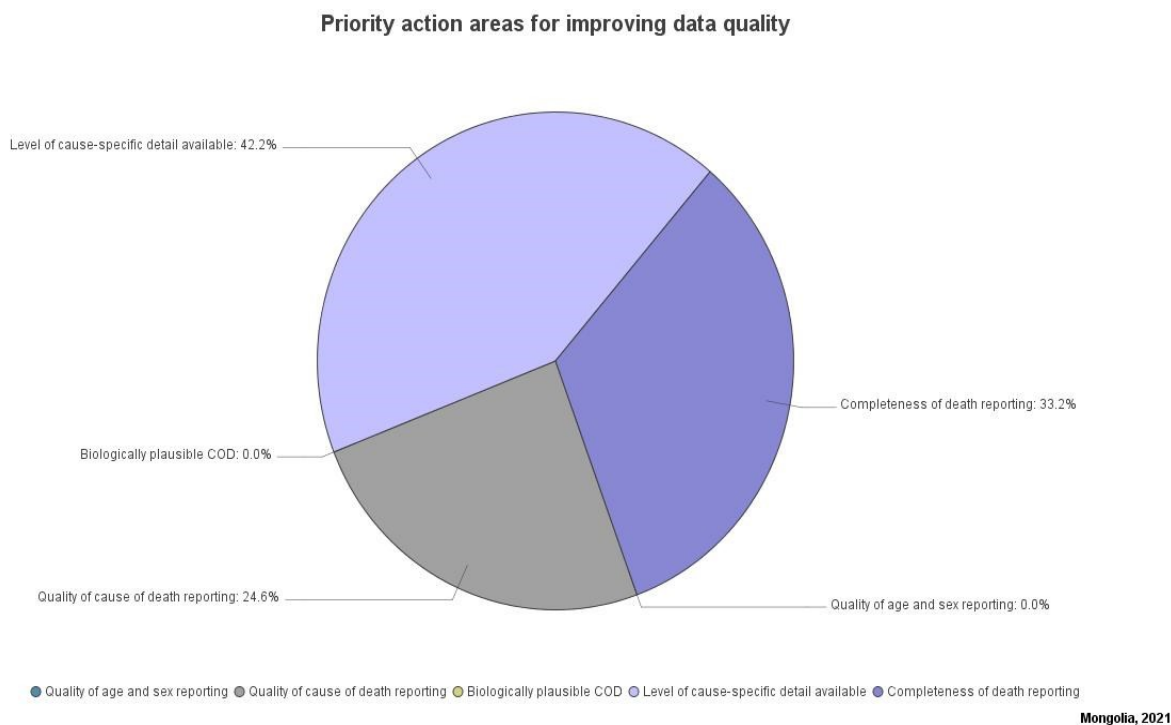
Манай улсын хүн амын нас баралтын мэдээллийн чанарын үнэлгээнд хамрагдсан 5 жилийн мэдээллийн өгөгдлийн хувьд 74-79 оноотой байгаа нь хангалттай бус үйл ажиллагаатай зэрэглэлд хамрагдаж байгаа тул цаашид цогц үнэлгээ хийж нас баралтын мэдээллийн тогтолцооны өвөрмөц сул талуудыг тодорхойлох шаардлагатай гэсэн дүгнэлтэд хүрч байна.

Нас баралтын бүртгэлийн анхдагч мэдээллийн чанарт нөлөөлж буй гол шалтгаан нь мэдээллийн сангаас хүн амын үхэлд хүргэж буй гол шалтгааны талаар дэлгэрэнгүй мэдээлэл авах боломж 58 хувьтай буюу хангалтгүй үнэлгээтэй байгаа нь “Нас барсан тухай эмнэлгийн гэрчилгээ” АМ-7 маягтыг бүрэн гүйцэд бөглөх, мэдээлэх үйл ажиллагааг нэн тэргүүнд сайжруулах хэрэгтэй. Мөн мэдээллийн санд бүртгэгдсэн тохиолдлын 11.7 хувийг нас баралтын үндсэн шалтгаан болохгүй буруу кодоор бүртгэсэн байгааг нарийвчлан судалж, нас баралтын гэрчилгээ бичиж буй эмчийн тавьсан онош алдаатай, эсвэл ICD-10-ийн дагуу кодолж программ хангамжид оруулахдаа алдаа гаргаж байгаа эсэхийг тодруулж дэд үнэлгээ хийх шаардлагатай. Цаашид кодлолтын үнэн зөв байдлыг хангахад гэрчилгээ бичиж буй эмч нар болон бүртгэл, мэдээлэл хариуцсан эмч мэргэжилтнүүдэд тус бүрд нь тохирсон сургалт, гарын авлагаар хангах үйл ажиллагааг нэн тэргүүнд хэрэгжүүлэх шаардлагатай байна.

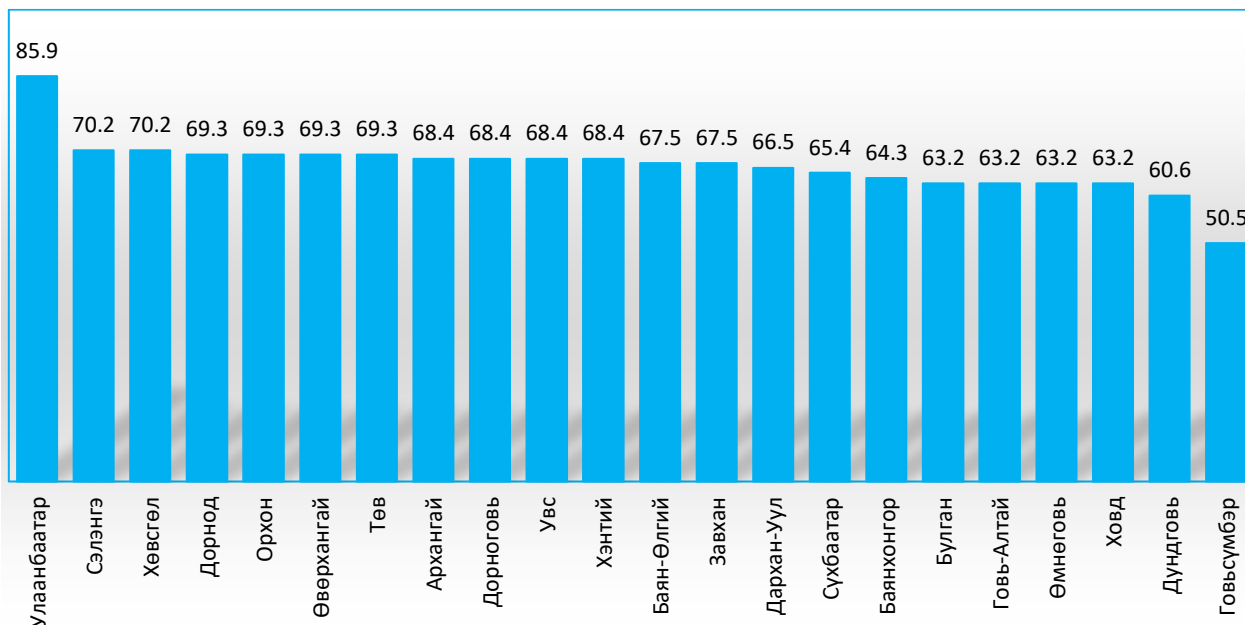
Зураг 33 Мэдээллийн чанарыг сайжруулахад шаардлагатай тэргүүлэх үйл ажиллагаа, эзлэх хувь, 2010 он



Зураг 34 Мэдээллийн чанарыг сайжруулахад шаардлагатай тэргүүлэх үйл ажиллагаа, эзлэх хувь, 2021 он



Зураг 35 Нас баралтын шалтгааны талаар дэлгэрэнгүй мэдээлэл авах боломж, аймгаар, 2021 он



4. Дүгнэлт

Хүн амын нас баралтын бүртгэл, мэдээллийн чанарыг сайжруулах хамгийн эхний алхам бол чанарт нөлөөлж буй сул талуудыг тодорхойлох хэрэгтэй ба нэн тэргүүнд сайжруулах үйл ажиллагааг эрэмбэлэхийн тулд одоогийн байдлыг шалгах, үнэлэх шаардлагатай байсан.

Мэдээллийн чанарт нөлөөлж буй гол үйл ажиллагааны доголдол, тэдгээрийг хэрхэн сайжруулахыг ANACONDA программыг ашиглан нь тодорхойлж, улсын хэмжээний нийт мэдээллийн сан болон аймаг, нийслэл тус бүрийн өгөгдөлд байгаа алдаа, сайжруулах шаардлагатай үйл ажиллагааг тодорхойлоход маш чухал байсан.

2018 оноос хойш үндэсний хэмжээний мэдээллийн санд ANACONDA программаар нас баралтын үндсэн шалтгаан болохгүй кодоор бүртгэсэн тохиолдлыг түүвэрлэн засварлах, статистик, мэдээлэл хариуцсан эмч мэргэжилтнүүдэд мэдээлж, залруулах замаар мэдээллийн сангийн чанарыг сайжруулахад ашиглаж байна. Сүүлийн жилүүдэд garbage code-ийн хэрэглээ буурах хандлагатай байгаа ч зөвхөн статистик мэдээлэл хариуцсан эмч мэргэжилтнүүдийн түвшинд шийдвэрлэгдэх асуудал биш, бодлогын түвшинд хэлэлцүүлэх асуудал гэдэг нь харагдаж байна.

Учир нь нас баралтын мэдээллийн санд бүртгэгдсэн алдаатай утгууд нь зөвхөн гэрчилгээ бичиж буй эмч, эсвэл бүртгэл мэдээллийн чиглэлээр ажиллаж буй эмч, мэргэжилтнүүдийн гаргаж буй алдаа биш юм. Тухайлбал: Оношилгооны тоног төхөөрөмж хязгаарлагдмал байдлаас шалтгаалсан буруу кодлолтын тохиолдол "тодорхойгүй цус харвалт" гэсэн онош нь нас баралтын үндсэн шалтгаан болохгүй garbage code болдог ба цусархаг болон ишемийн харвалтын ялгааг тодорхойлохын тулд компьютерын томограф зэрэг зайлшгүй тоног төхөөрөмж шаардлагатай бөгөөд бүх эмнэлэгт, ялангуяа хөдөө орон нутагт эдгээр нь хангалтгүй байдаг.

Нас баралтын үндсэн шалтгаан гэж юу болохыг ойлгох нь нас баралтыг зөв баталгаажуулах, эрүүл мэндийн төлөвлөлт, бодлого шийдвэр гаргалт, өвчнөөс урьдчилан сэргийлэхэд хэрэгтэй статистик мэдээлэл гаргахад чухал ач холбогдолтой.

Нас баралтын мэдээллийн санд бүртгэгдсэн өгөгдлөөс харахад зөвхөн үндсэн оношийг кодлоод, үхэлд хүргэсэн бусад нөхцөл байдлын талаар огт дурдаагүй, нөлөөлсөн бусад шалтгааны онош тавигдаагүй тохиолдол нийт тохиолдлын 83 хувийг эзэлж байгаа нь нас

баралтын бүртгэл, нас баралтын гэрчилгээ хөтөлж буй эмч нарыг сургалтад хамруулах, гарын авлагаар хангах зайлшгүй шаардлагатай байгааг харуулж байна. Ихэнх нас баралтын гэрчилгээ нь зөвхөн нэг шалтгаан бүртгэсэн, тухайн өвчин үргэлжлэх хугацааг дурдаагүй, бусад нөлөөлсөн шалтгаануудын талаарх мэдээлэл байхгүй байгаа нь мэдээллийн чанарт муугаар нөлөөлөх хамгийн гол шалтгаан болдог тул цаашид цогц үнэлгээг хийж аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн байгууллагуудад бүртгэгдсэн нас баралтын гэрчилгээнээс түүвэрлэн газар дээр нь шалгах шаардлагатай гэж үзлээ.

Мөн нас баралтын гэрчилгээнд шалтгааныг үнэн зөв тогтоох, олон улсын стандартын дагуу хэрхэн зөв дарааллаар бөглөх талаар эмч нарт зориулсан товхимол, гарын авлагаар хангах шаардлагатай байна.

Монгол улсад нийт нас баралтын тохиолдлын 70 орчим хувийг эмнэлгээс гадуурх нас баралт эзэлдэг ба энэ тохиолдолд “Нас барсан тухай эмнэлгийн гэрчилгээ” АМ-7 г өрх, сумын ЭМТ-ийн эмч бичдэг ба зарим тохиолдолд өрхийн эмчийн тодорхойлолтыг үндэслэн дүүргийн ЭМТ-ийн эмч олгодог ба үхэлд хүргэсэн бусад нөхцөл байдлын талаар бүрэн гүйцэт дурдахгүй байгаа нь мэдээллийн чанарт ихээхэн нөлөөлж байгаа нь харагдаж байна.

Үнэлгээнд 2010 оны 17276, 2014 оны 16495, 2018 оны 17331, 2019 оны 17205, 2020 оны 15922, 2021 оны 19931 нас баралтын тохиолдлыг хамруулсан ба нийт 104160 нас баралтын тохиолдолд үнэлгээг хийсэн.

Мэдээллийн санд бүртгэгдсэн тохиолдлоос нас баралтын үндсэн шалтгааныг зөв кодолж мэдээлсэн тохиолдол 2021 онд 88.1 хувийг эзэлж байгаа нь 2014 онтой харьцуулахад 1.8 хувиар нэмэгдсэн байгаа нь үхэлд хүргэсэн нөхцөл байдлыг үндсэн шалтгаанаар кодолсон зэрэг бүртгэл, мэдээллийн түвшинд засагдах боломжтой алдааг мэдээллийн баазад засвар хийж, залруулж байгаатай холбоотой юм.

Тодруулбал: 2014 онд зүрх судасны өвчний шалтгаант нас баралтын дотор тодорхойгүй кодоор бүртгэсэн тохиолдол 275 буюу нийт зүрх судасны шалтгаант нас баралтын 4.9 хувийг эзэлж байсан бол 2021 онд 39 тохиолдол буюу 0.6 хувь болж буурсан байна. Хэдийгээр зүрх зогссон, зүрхний дутагдал гэсэн шалтгааныг үндсэн оношоор кодлохгүй болсон хэдий ч зүрхний хэм алдал, ховдлын чичиргээ ба жирвэгнээ, тодорхойгүй зүрх судасны өвчин, зүрхний булчингийн сөнөрөл, түгмэл ба тодорхойгүй атеросклероз зэрэг өвчнүүдийг нас баралтын үндсэн шалтгаан болгож тодорхойлсон тохиолдлууд нас барсан тухай эмнэлгийн гэрчилгээнд бичигдсээр байна.

Хорт хавдрын шалтгаант нас баралтаас байршил тодорхойлогдоогүй хавдрын тохиолдол харьцангуй цөөн байгаа ба 2014 онд 5 тохиолдол бүртгэгдэж байсан бол харин 2021 онд 18 тохиолдол бүртгэгдсэн байна.

Осол гэмтлийн шалтгаант нас баралтын дотор шалтгаан тодорхойгүй осол гэмтлийн тохиолдол 2014 онд 76 тохиолдол буюу нийт осол гэмтлийн шалтгаант нас баралтын 2.8 хувийг эзэлж байсан бол 2021 онд 112 тохиолдол буюу нийт осол гэмтлийн шалтгаант нас баралтын 3.7 хувийг эзэлж, 2014 онтой харьцуулахад 0.9 хувиар нэмэгдсэн байна.

Хэдийгээр Монгол улсын хүн амын нас баралтын тоо мэдээний чанарыг шалгах эдгээр 3 бүлэгт эзлэх тодорхойгүй шалтгаант нас баралтын эзлэх хувь 10 хувиас бага байгаа хэдий ч хорт хавдар, осол гэмтлийн тодорхойгүй шалтгаант нас баралтын эзлэх хувь юунаас шалтгаалсан, үнэхээр тодруулах боломжгүй байсан, эсвэл бүртгэл мэдээлэлд хайнга хандсан эсэхийг нарийвчилсан үнэлгээгээр тодруулах нь зүйтэй.

Зүрх зогсох, зүрхний дутагдал зэрэг бүртгэл мэдээллийн түвшинд тодруулж, залруулах боломжтой тохиолдол сүүлийн жилүүдэд буурч байгаа хэдий ч статистик, мэдээ, мэдээлэл хариуцсан эмч мэргэжилтнүүдийн хангалт хүрэлцээгүй, ялангуяа анхан шатны эрүүл мэндийн байгууллагуудад статистик мэдээ, мэдээлэл болон кодлолт хариуцсан хүн орон

тоогоор ажилладаггүй, ажлын хажуугаар давхар гүйцэтгэдэг, ажлын байрны тогтвор суурьшил байхгүй, ажлын хажуугаар давхар гүйцэтгэж мэдээлэлд хайнга ханддаг зэргээс шалтгаалж бүртгэл, кодлолтод алдаа гарсаар байна.

Монгол улсад бүртгэгдэж буй нас баралтын нийт тохиолдлын 70 гаран хувь нь эмнэлгээс гадуур нас бардаг ба гэрчилгээг анхан шатны эрүүл мэндийн байгууллагуудын эмч, өрхийн эмч, сумын эмч ихэвчлэн бичдэг ба эдгээр эмч, мэргэжилтнүүдэд чиглэсэн сургалт нэн тэргүүнд хэрэгтэй байна.

Манай улсын хүн амын нас баралтын мэдээллийн чанар үнэлгээнд хамрагдсан 5 жилийн мэдээллийн өгөгдлийн хувьд 74-79 оноотой байгаа нь хангалттай бус үйл ажиллагаатай зэрэглэлд хамрагдаж байгаа тул цаашид цогц үнэлгээ хийж нас баралтын мэдээллийн тогтолцооны өвөрмөц сул талуудыг тодорхойлох шаардлагатай гэсэн дүгнэлтэд хүрч байна.

Нас баралтын бүртгэлийн анхдагч мэдээллийн чанарт нөлөөлж буй гол шалтгаан нь мэдээллийн сангаас хүн амын үхэлд хүргэж буй гол шалтгааны талаар дэлгэрэнгүй мэдээлэл авах боломж 58 хувьтай буюу хангалтгүй үнэлгээтэй байгаа нь “Нас барсан тухай эмнэлгийн гэрчилгээ” АМ-7 маягтыг бүрэн гүйцэд бөглөх, мэдээлэх үйл ажиллагааг нэн тэргүүнд сайжруулах хэрэгтэй. Мөн мэдээллийн санд бүртгэгдсэн тохиолдлын 11.7 хувийг нас баралтын үндсэн шалтгаан болохгүй буруу кодоор бүртгэсэн байгааг нарийвчлан судалж, нас баралтын гэрчилгээ бичиж буй эмчийн тавьсан онош алдаатай, эсвэл ICD-10-ийн дагуу кодолж программ хангамжид оруулахдаа алдаа гаргаж байгаа эсэхийг тодруулж дэд үнэлгээ хийх шаардлагатай. Цаашид кодлолтын үнэн зөв байдлыг хангахад гэрчилгээ бичиж буй эмч нар болон бүртгэл, мэдээлэл хариуцсан эмч мэргэжилтнүүдэд тус бүрд нь тохирсон сургалт, гарын авлагаар хангах үйл ажиллагааг нэн тэргүүнд хэрэгжүүлэх шаардлагатай байна.

2021 оны байдлаар нийт чанарын гүйцэтгэлийн индекс оноо Улаанбаатар хотод харьцангуй дээгүүр оноотой байгаа Говь-Алтай, Ховд, Дархан-уул, Дундговь, Өмнөговь, Сүхбаатар, Булган аймгуудад нас баралтын мэдээллийн тогтолцооны өвөрмөц сул талуудыг тодорхойлох нарийвчилсан үнэлгээ хийх шаардлагатай байна.



**ОРЧНЫ БОХИРДЛЫН ШАЛТГААНТ ХҮН АМЫН ӨВЧЛӨЛ, НАС
БАРАЛТЫН МЭДЭЭЛЛИЙН ӨНӨӨГИЙН БАЙДЛЫГ ҮНЭЛЭХ, ЧИГ
ХАНДЛАГЫГ ТОДОРХОЙЛСОН НЬ**

ТАЙЛАН ХЯНАЖ, ЗӨВШӨӨРСӨН:

Б.НАРАНТУЯА, ЭМХТ, ЗАХИРАЛ

ТАЙЛАН ХЯНАСАН:

Б.ДОРЖМЯГМАР, ЭМХТ, АЛБАНЫ
ДАРГА

ТАЙЛАН БИЧСЭН:

С.ДАВААЖАРГАЛ, ЭМХТ

Г.ГАН-ЭРДЭНЭ, ЭМХТ

Д.СУМЬЯА, ЭМХТ

Б.ДОЛГОРМАА, ЭМХТ

Г.УРАНГОО, ҮСХ

ЗУРГИЙН ЖАГСААЛТ

- Зураг 1 Хүн амын ядуурлын хамралтын хүрээ, бүс нутгаар, сонгосон онуудаар
- Зураг 2 Хүн амын нягтрал, аймаг, нийслэлээр, 2022 он
- Зураг 3 Хүн амын тоо, жилийн дундаж өсөлтийн хувь, сонгосон онуудаар
- Зураг 4 Хүн ам зүйн ачаалал, сонгосон оноор
- Зураг 5 Нялхсын эндэгдэл, 1000 амьд төрөлтөд, хүйсээр, 2013-2022 он
- Зураг 6 Дундаж наслалт, хүйсээр, сонгосон онуудаар
- Зураг 7 Тоосонцрын хэмжээний харьцуулалт
- Зураг 8 PM2.5 болон PM10 тооцонцрын хэмжээг хүлцэх агууламжтай харьцуулсан байдал
- Зураг 9 Амьсгалын тогтолцооны өвчлөл, 10000 хүнд амд, хүйсээр, 2013-2022 он
- Зураг 10 Амьсгалын тогтолцооны өвчлөл, 10 000 хүн амд, 2013-2022 он
- Зураг 11 Амьсгалын тогтолцооны өвчин, PM 10, PM 2.5 тоосонцрын агууламжтай харьцуулсан үзүүлэлт, 2016-2022 оны сараар, Улсын дүнгээр
- Зураг 12 Амьсгалын тогтолцооны өвчний шалтгаант нас баралт, PM 10, PM 2.5 тоосонцрын агууламжтай харьцуулсан үзүүлэлт, 2016-2022 оны сараар, Улсын дүнгээр
- Зураг 13 Уушигны архаг бөглөрөлт өвчин, PM 10, PM2.5 тоосонцрын агууламжтай харьцуулсан үзүүлэлт, Улсын дүнгээр
- Зураг 14 Уушигны архаг бөглөрөлт өвчин, PM 10, PM2.5 тоосонцрын хэмжилтэй харьцуулсан үзүүлэлт, Улсын дүнгээр
- Зураг 15 Уушигны архаг бөглөрөлт өвчин, PM 10, PM2.5 тоосонцрын хэмжилтэй харьцуулсан үзүүлэлт, Улаанбаатар хот
- Зураг 16 Амьсгалын тогтолцооны өвчин, 10000 хүн амд, насны бүлгээр, 2011-2020 он
- Зураг 17 Нэг хүртэлх насны хүүхдийн амьсгалын тогтолцооны 10000 хүүхдэд ногдох өвчлөл, 10 жилийн дундаж
- Зураг 18 Амьсгалын тогтолцооны өвчний тэргүүлэх 10 шалтгаан, хувиар, 2012 он
- Зураг 19 Амьсгалын тогтолцооны өвчний тэргүүлэх 10 шалтгаан, хувиар, 2022 он
- Зураг 20 Тав хүртэлх насны хүүхдийн амьсгалын замын өвчлөл, 2016-2020 он, улирлаар, улс, аймаг, Улаанбаатар хотод, тухайн насны 1000 хүүхдэд
- Зураг 21 Тав хүртэлх насны хүүхдийн хатгалгаа, цочмог бронхит өвчин, 2016-2020 оны 1,2,3 дугаар саруудад, тухайн насны 10000 хүүхдэд
- Зураг 22 Улаанбаатар хотын хатгалгаа, цочмог бронхит өвчний түвшин, 10000 хүнд ногдохоор, жил бүрийн эхний 3 сарын байдлаар
- Зураг 23 Тав хүртэлх насны хүүхдийн суулгалт өвчлөлийн тохиолдол
- Зураг 24 Зоонозын халдварт өвчний тохиолдол, 10 000 хүн амд, 2013-2022 он
- Зураг 25 Зоонозын халдварт өвчний бүтэц, 2022 он
- Зураг 26 Хачигт халдварын эпидемиологийн 7 хоног
- Зураг 27 Хачигт энцефалитын хүний өвчлөлийн тархалт, 2022 он
- Зураг 28 Хачгаар дамжих халдварын тандалт судалгаанд хамрагдсан газрууд, 2022 он
- Зураг 29 Шумуулын тандалтын 5 жилийн дунджийг 2022 онтой харьцуулсан байдал
- Зураг 30 Архи, спиргэнд санамсаргүй хордож нас барсан тохиолдол, хүйсээр, 2010-2022 он
- Зураг 31 Хий, ууранд хордож нас барсан хүний тоо, хүйсээр, 2010-2022 он
- Зураг 32 Эмийн бодист хордож нас барсан хүний тоо, хүйсээр, 2010-2022 он
- Зураг 33 Хоолны хордлогот халдвар, 2013-2022 он
- Зураг 34 Дэгдэлт өндөртэй онуудын хоолны хордлогот халдвар, сараар
- Зураг 35 2019 онд улсын хэмжээнд бүртгэгдсэн хоолны хордлогот халдвар, сараар

Зураг 36 Нийслэлд бүртгэгдсэн хоолны хордлогот халдвар, 10 000 хүн ам тутамд

Зураг 37 Нийслэлд бүртгэгдсэн хоолны хордлогот халдвар нас, хүйсээр

Зураг 38 Нийслэлд бүртгэгдсэн хоолны хордлогот халдвар нийгмийн байдлаар

Зураг 39 Нийслэлд бүртгэгдсэн хоолны хордлогот халдвар, дүүргээр

Зураг 40 ТХЗ 3.6.1 Зам тээврийн ослын шалтгаант нас баралтын түвшин (100 000 хүнд ногдох зам тээврийн ослоор нас барсан хүний тоо

Зураг 41 Зам тээврийн ослын шалтгаант нас баралтын түвшин, 100 000 хүнд амд, хүйсээр, 2013-2022 он

Зураг 42 Зам тээврийн ослын шалтгаант нас баралт, согтууруулах ундаа хэрэглэсэн байдал

Зураг 43 Зам тээврийн ослын шалтгаант нас баралт, насны бүлгээр, тухайн насны 10000 хүнд

Зураг 44 Зам тээврийн ослын шалтгаант нас баралтын шалтгаан, 2022 он

Зураг 45 Зам тээврийн ослын шалтгаант нас баралт, байршлаар 2022 он

Зураг 46 Зам тээврийн ослын шалтгаант нас баралт, гэмтлийн байршлаар 2022 он

Зураг 47 Зам тээврийн ослын шалтгаант нас баралт, аймгаар 2022 он

Зураг 48 Тав хүртэлх насны хүүхдийн бие махбодод гэмтэл учруулсан тохиолдол

Зураг 49 Тав хүртэлх насны хүүхдийн эм, биологийн бэлдмэлийн хордлого, 2014-2022 он

Зураг 50 Үйлдвэрийн ослын шалтгаант нас баралтын тохиолдол, хүйсээр, 2013-2022 он 257

Зураг 51 Хүүхдийн өвчлөл, 10000 хүн амд, дүнд эзлэх хувь хүйсээр, 2020 он

Зураг 52 Хоол боловсруулах эрхтэний өвчин, 10000 хүн амд, сүүлийн 10 жилийн дундажаар, насны бүлгээр

Зураг 53 Хоол боловсруулах эрхтэний өвчин, 0-19 нас, 10000 хүн амд, 2016, 2020 оны сар сараар

Зураг 54 0-19 насны хүүхдийн хоол боловсруулах эрхтэн тогтолцооны өвчлөлийн тоо, эмчилгээний зардал сая.төг, 2016-2020 оны улирлаар

Зураг 55 Шүд цоорох өвчин, 0-5 хүртэлх насны 10000 хүүхдэд ногдохоор, 2016-2020 оны 1-3 сарын дундаж

Зураг 56 Арьс халимын өвчин, 1 хүртэлх насны 10000 хүүхдэд ногдохоор, 2013-2022 оны дундаж, аймгаар

Зураг 57 Арьс халимын өвчин, 1 хүртэлх насны 10000 хүүхдэд ногдохоор, 2016-2021 он, сараар

Зураг 58 Арьс ба халимын өвчин, 0-5 хүртэлх насны 10000 хүүхдэд ногдохоор, 2016-2021 оны 1-3 сард, хүйс хувиар

Зураг 59 Гэмтэл, хордлого ба гадны шалтгаант бусад тодорхой эмгэг, насны бүлгээр, 10000 хүүхдэд ногдохоор, 2016-2021 оны улирлаар

Зураг 60 Бэртэл, хордлого ба бусад гадны шалтгааны үр дагавар, 0-5 хүртэлх насны 10000 хүүхдэд ногдохоор, 2016-2021 оны 1-3 сард, хүйс-хувиар

Зураг 61 Чих, хөхлөг сэртэнгийн өвчин, 0-5 хүртэлх насны 10000 хүүхдэд ногдохоор, 2016-2021 оны 1-3 сард, хүйс-хувиар

Зураг 62 Тав хүртэлх насны хүүхдийн хатгалгаа өвчин, PM10 тоосонцрын агууламжтой харьцуулсан байдал, 2016-2022 оны сараар

Зураг 63 Дутуу төрөлт, Азотын давхар ислийн агууламжтой харьцуулсан байдал, 2016-2022 оны сараар

Зураг 64 Өсөлтгүй жирэмслэлт, агаар бохирдуулагч бодисын агууламжтой харьцуулсан байдал, 2016-2022 оны сараар

Зураг 65 Амьгүй төрөлт, агаар бохирдуулагч бодисын агууламжтой харьцуулсан байдал, 2016-2022 оны сараар

Зураг 66 ТХЗ 3.9.1 Дотоод болон гадаад орчны агаарын бохирдлоос шалтгаалсан нас баралтын түвшин (100.000 хүнд ногдох)

Зураг 67 Баталгаагүй ундны ус, эрүүл ахуйн шаардлага хангаагүй ариун цэврийн байгууламжаар нөхцөлдсөн нас баралтын түвшин 100 000 хүн амд, ДЭМБ-ын тооцооллоор

Зураг 68 Баталгаагүй ундны ус, эрүүл ахуйн шаардлага хангаагүй ариун цэврийн байгууламжаар нөхцөлдсөн нас баралтын түвшин 100 000 хүн амд,

Зураг 69 Санамсаргүй хордох, хордлогын шалтгаант нас баралтын түвшин, 100 000 хүнд харьцуулахад

Зураг 70 Санамсаргүй хордох, хорт бодисын шалтгаант нас баралтын түвшин, 100 000 хүнд

ХҮСНЭГТИЙН ЖАГСААЛТ

Хүснэгт 1 Орчны эрүүл мэндтэй холбоотой үзүүлэлтийн жагсаалт

Хүснэгт 2 Агаарын бохирдуулагч бодисуудын дундаж агууламж, сараар, мг/т3

Хүснэгт 3 Амьсгалын тогтолцооны өвчлөлд эзлэх хувь, хүйсээр, 2013, 2022 он

Хүснэгт 4 Амьсгалын тогтолцооны өвчлөлийн тэргүүлэх шалтгаан, дүнд эзлэх хувиар, 2012, 2022 он

Хүснэгт 5 Хачгаар дамжих халдварт өвчний сэжигтэй дуудлага, төрлөөр

Хүснэгт 6 Хачгаар дамжих халдвараар өвчилсөн хүний тоо, 2013-2022 он

Хүснэгт 7 Хачгаар дамжих өвчний тандалт шинжилгээнд хамрагдсан байдал

Хүснэгт 8 Шумуулын тандалт, сүүлийн 5 жилээр

Хүснэгт 9 Хоол хүнсээр дамжих өвчний дэгдэлтийн мэдээлэл

Хүснэгт 10 Зам тээврийн ослын шалтгаант нас баралтын тохиолдол, хэлбэрээр

Хүснэгт 11 Тав хүртэлх насны хүүхдийн осол гэмтлийн шалтгаан, төрлөөр

Хүснэгт 12 Тав хүртэлх насны хүүхдийн эм, биологийн бэлдмэлийн хордлогоын тохиолдол, хүйсээр

Хүснэгт 13 Үйлдвэрийн ослын шалтгаант нас баралтын тохиолдол, 2013-2022 он

Хүснэгт 14 Хүүхдийн орчны эрүүл мэндтэй холбоотой шалгуур үзүүлэлтүүд, НҮБ-ын Хүүхдийн сан 2022 он

Хүснэгт 15 Хүүхдийн орчны эрүүл мэндтэй холбоотой үзүүлэлтийн тооцоолол

Хүснэгт 16 Хүүхдийн өвчлөл дүнд эзлэх хувиар, насны бүлгээр, 2011-2020 оны байдлаар

Хүснэгт 17 Хүүхдийн өвчлөл, 1000 хүн амд ногдохоор, 2011-2020 оны дундажаар

Хүснэгт 18 Бүртгэгдсэн өвчлөл дүнд эзлэх хувиар, 2011-2020 оны байдлаар

Хүснэгт 19 0-19 насны хүүхдийн хоол боловсруулах эрхтэн тогтолцооны өвчлөлийн тоо, 10000 хүн амд ногдохоор, 2011-2020 оны дундажаар

Хүснэгт 20 Агаарын бохирдолтой холбоотой зарим өвчлөлийн тоо, сараар, 2014-2022 он, Улсын дүн

Хүснэгт 21 Агаарын бохирдолтой холбоотой зарим өвчлөлийн тоо, сараар, 2014-2022 он, Улаанбаатар хот

Хүснэгт 22 Дотоод болон гадаад орчны агаарын бохирдлоос шалтгаалсан нас баралтын түвшин, ДЭМБ-ын тооцооллоор

Хүснэгт 23 Дотоод болон гадаад орчны агаарын бохирдлоос шалтгаалах нас баралтын түвшин, Эрүүл мэндийн статистикаар

Хүснэгт 24 Дотоод болон гадаад орчны агаарын бохирдлоос шалтгаалах өвчлөлийн шалтгаант баралтын түвшин, тухайн насны 10 000 хүнд, 2014-2022 он, Улсын дүн

Хүснэгт 25 Дотоод болон гадаад орчны агаарын бохирдлоос шалтгаалах өвчлөлийн шалтгаант баралтын түвшин, тухайн насны 10 000 хүнд, 2014-2022 он, Улаанбаатар

Хүснэгт 26 Баталгаагүй ундны ус, эрүүл ахуйн шаардлага хангаагүй ариун цэврийн байгууламжаар нөхцөлдсөн нас баралтын тохиолдлын тоо

ТОВЧИЛСОН ҮГИЙН ЖАГСААЛТ

НҮБ	Нэгдсэн Үндэстний Байгууллага
ДЭМБ	Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллага
ДБ	Дэлхийн банк
ЭМЯ	Эрүүл мэндийн яам
ҮСХ	Үндэсний статистикийн хороо
ӨНЭЗС	Өрхийн нийгэм, эдийн засгийн судалгаа
НБЕК	Нас баралтын ерөнхий коэффициент
НБНБК	Насны бүлэг дэх нас баралтын коэффициент
НБТХХ	Нас баралтын түвшний хүйсийн харьцаа
ХБӨ	Халдварт бус өвчин
ӨОУА-10	Өвчний олон улсын 10-р ангилал
PM _{2.5}	2.5 микрон буюу түүнээс бага аэродинамик эквивалент диаметртэй тоосонцор
PM ₁₀	10 микрон буюу түүнээс бага аэродинамик эквивалент диаметртэй тоосонцор
СО	Нүүрстөрөгчийн дутуу исэл
NO ₂	Азотын давхар исэл
SO ₂	Хүхэрлэг хий

Хураангуй

Орчны бохирдол нь хүн амын архи, тамхины хэрэглээ, эрүүл бус хооллолт зэрэг бусад эрсдэлт хүчин зүйлсээс дутахааргүй хүний эрүүл мэндэд нөлөөлж байна.

Агаарын бохирдол нь зүрхний ишемит өвчин, тархинд цус харвалт, уушгины архаг бөглөрөлт өвчин, багтраа, хорт хавдар зэрэг халдварт бус өвчний эрсдэлт хүчин зүйл болж нийгэм, эдийн засагт асар их хохирол учруулсаар байгааг судалгаагаар нотолсоор байна.

Манай улсад орчны бохирдлын нөлөөллийн талаар судалгаанууд хийгдэж байгаа боловч хүний эрүүл мэндэд хэрхэн нөлөөлж буй талаар нарийвчилсан, байнгын эх үүсвэртэй тоон мэдээлэл хомс байна.

Иймд хүн амын эрүүл мэндэд агаар, орчны бохирдол хэрхэн нөлөөлж буйг тодорхойлоход шаардлагатай мэдээллийн бэлэн байдалд үнэлгээ хийж, олон улсын аргачлалын дагуу өвчлөлийн ангилал, кодчилал, тодорхойлолт, тооцооллыг нэвтрүүлж, нутагшуулах, мэдээллийн байнгын эх үүсвэртэй болох, мэдээллийг газарзүйн байршил, өртөмтгий бүлэг зэргээр нарийвчлан харуулах нээлттэй мэдээллийн санг бий болгох боломжийг бүрдүүлэх шаардлага тулгарч байна.

Орчны эрүүл мэндийн статистик мэдээллийг боловсронгуй болгож, нэгдсэн мэдээллийн сантай болсноор агаар, орчны бохирдлоос шалтгаалсан өвчлөл, нас баралтын чиг хандлагыг нарийвчлан судалж, улмаар орчны бохирдлыг бууруулан, хүн амын эрүүл мэндийг дэмжихэд чухал ач холбогдолтой юм.

Орчны эрүүл мэндийн статистик мэдээллийг олон улсын жишигт нийцүүлэн боловсронгуй болгох зорилгыг тавьж ажилласан бөгөөд ДЭМБ-аас 1999 онд гаргасан орчны эрүүл мэндийн шалгуур үзүүлэлтийг судлан манай улсад тооцогдон гарч буй боломжит мэдээллийг тооцоолон гаргаж харууллаа.

ДЭМБ-аас гаргасан 12 төрлийн нийт 44 шалгуур үзүүлэлт байгаа ба үүнээс одоогоор бэлэн тооцогдон гарч буй 28, судалгаагаар гарах 12 шалгуур үзүүлэлт, огт гарахгүй байгаа 4 шалгуур үзүүлэлт байна. Тооцогдон гарч буй шалгуур үзүүлэлтийн төрөлт тус бүрээр, тооцоолон үр дүнг гаргаж харууллаа.

НЭМҮТ-д Орчны эрүүл мэндийн тандалтын тогтолцоо ажиллаж холбогдох байгууллагаас эх үүсвэртэй мэдээллийг суурь мэдээлэл болгон ашиглаж орчны тандалтын /www.tandalt.mn/ цахим программд оруулан нэгтгэн дүн шинжилгээ хийж тогтмол тайлан мэдээ болгон гарган, жил бүр эмхэтгэл болгон гаргаж байна.

1. Орчны эрүүл мэндийн үзүүлэлтүүд

Хүн амын эрүүл мэндийн байдалд хүрээлэн буй орчин, нийгэм, хүн ам зүйн байдал хэрхэн нөлөөлж байгаа болон эдгээр шалгуур үзүүлэлтүүдийг Монгол улсын хэмжээнд тооцоолон гаргаж буй эсэх, тооцох боломжтой эсэх, шалгуур үзүүлэлтийн өнөөгийн байдалд үнэлгээ хийх зорилго тавьж ажилласан.

ДЭМБ-аас гаргасан 12 төрлийн нийт 44 шалгуур үзүүлэлт байгаа ба үүнээс одоогоор бэлэн тооцогдон гарч буй 28, судалгаагаар гарах 12 шалгуур үзүүлэлт, огт гарахгүй байгаа 4 шалгуур үзүүлэлт байна.

Тооцогдон гарч буй 28 шалгуур үзүүлэлтийн төрөлт тус бүрээр, тооцоолон дүн шинжилгээ хийсэн.

НЭМҮТ-д Орчны эрүүл мэндийн тандалтын тогтолцоо ажиллаж холбогдох байгууллагаас эх үүсвэртэй мэдээллийг суурь мэдээлэл болгон ашиглаж орчны тандалтын /www.tandalt.mn/ цахим программд оруулан нэгтгэн дүн шинжилгээ хийж тогтмол тайлан мэдээ болгон гарган, жил бүр эмхэтгэл болгон гаргаж байна.

Улаанбаатар хотын агаарын бохирдол хүлээн зөвшөөрөгдөх стандарт хэмжээнээс хэтэрсэн байна. Тухайлбал: Улаанбаатар хотын агаарын бохирдол 10 дугаар сараас ихсэж, 12 болон 1 дүгээр сард хамгийн өндөр байна.

Улаанбаатар хотын агаарыг бохирдуулагч PM2.5 тоосонцрын хэмжээ сүүлийн 5 жилийн дунджаар жил бүрийн 1 дүгээр сард хамгийн өндөр байна. Энэ үзүүлэлт Монгол Улсын хүлээн зөвшөөрөх стандарт хэмжээнээс 11.5 дахин их, Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллагын зөвлөмжөөс 23 дахин их байна.

Улаанбаатар хотын агаар дахь нарийн ширхэгт тоосонцрын агууламж Монгол Улсын хүлээн зөвшөөрөх стандарт хэмжээнээс 2022 онд 297 өдөр давж, сүүлийн 5 жил тоосонцрын агууламж давсан өдрийн тоо тасралтгүй өсөж байна.

Өрхийн түүхий нүүрсний хэрэглээ, тээврийн хэрэгслийн өсөлт, хог хаягдал зэрэг нь агаарыг бохирдуулагч гол хүчин зүйл болж байна. Эдгээрийн үндэс нь хотын хүн ам өсөж, Улаанбаатар хотод төвлөрөл ихээр бий болсон байна.

Агаарын бохирдол нь хүний биеийн амьсгалын тогтолцоо, зүрх судас, мэдрэл, нөхөн үржихүйн тогтолцооны зэрэг бүхий л эрхтэн тогтолцоо ялангуяа жирэмсэн эхийн ураг, 5 хүртэлх насны хүүхдийн эрүүл мэндэд сөрөг нөлөөтэй нь судалгааны үр дүнгээс харагдаж байна.

Амьсгалын тогтолцооны өвчлөл агаарын бохирдол ихтэй 11 дугаар сараас дараа оны 3 дугаар сар хүртэлх хугацаанд бохирдол багатай бусад сараас 2-3 дахин их, үүний дотор 5 хүртэлх насны хүүхдийн өвчлөл бусад насны хүн амын өвчлөлөөс 13.5-29.8 дахин их байна.

Улаанбаатар хотод 2022 оны байдлаар хатгалгаа өвчнөөр нас барсан 4 хүн тутмын нэг нь 5 хүртэлх насны хүүхэд байна.

Жирэмсэн эхийн эрүүл мэндэд агаарын бохирдол сөргөөр нөлөөлж, төрөлхийн гажигтай хүүхэд төрүүлэхэд хүргэсэн байх магадлалтай байна. 1000 амьд төрөлтөд ногдох төрөлхийн гажигтай төрсөн хүүхэд сүүлийн 5 жилд 5-6 дугаар сард өндөр, өөрөөр хэлбэл энэ хугацаанд төрсөн эхчүүдийн жирэмсэлсэн хугацаа 7, 8 дугаар сар, ураг эрчимтэй хөгжих үе нь 10 дугаар сараас эхэлж байгаа нь агаарын бохирдол нэмэгдэх хугацаатай давхцаж байна.

Улаанбаатар хотын 1000 амьд төрөлтөд ногдох өсөлтгүй жирэмслэлт агаарын бохирдол хамгийн өндөр байдаг 1-3 дугаар сард их байна.

Зүрх судасны тогтолцооны өвчлөл Улаанбаатар хотын хувьд агаарын бохирдол хамгийн өндөр саруудын дараагийн сард өндөр байгаа нь ажиглагдлаа. Агаарын бохирдлыг

бууруулах чиглэлээр хэрэгжүүлж буй бодлого, хөтөлбөрийг үр дүнтэй болгохын тулд тусгайлсан судалгаа шинжилгээ хийж, үнэлгээний үзүүлэлтийг тооцох, арга аргачлалыг сайжруулах, мэдээллийн нэгдсэн системтэй болох нь зайлшгүй байна.

Хүснэгт 18 Орчны эрүүл мэндтэй холбоотой үзүүлэлтийн жагсаалт

№	Төрөл	Ангилал	Шалгуур үзүүлэлт	Мэдээллийн эх үүсвэртэй	Судалгааны эх үүсвэртэй	Мэдээллийн эх үүсвэр байхгүй
1	Нийгэм, хүн ам зүй	Ядуурал	Ядуурлын түвшин	1		
2		Хүн амын нягтрал	Хүн амын нягтрал	1		
3		Хүн амын өсөлт	Хүн амын жилийн дундаж өсөлтийн түвшин	1		
4		Хүн ам зүйн ачаалал	16, түүнээс доош, 65, түүнээс дээш насны хүн хувь	1		
5		Хотжилт	Хотын хүн амын хувь	1		
6		Нялхсын эндэгдэл	Нялхсын эндэгдэлийн түвшин	1		
7		Дундаж наслалт	Дундаж наслалт	1		
8	Агаарын бохирдол	Гадаад орчны агаарын бохирдол	Хот суурин газрын хүрээлэн буй орчны агаар дахь бохридуулагч бодисын жилийн дундаж хэмжээ (Озоны жилийн дундаж агууламж, CO, тоосонцор (PM10, PM2.5, SPM), SO2, NO2, O3, хар тугалга)	1		
9		Дотоод орчны агаарын бохирдол	Хоол ундаа хийхдээ нүүрс, мод, шингэн түлш хэрэглэж буй хүн амын эзлэх хувь		1	
10		Дотоод орчны агаарын бохирдол	Гэрээ халаахдаа нүүрс, мод, шингэн түлш хэрэглэж буй хүн амын эзлэх хувь		1	
11		Амьсгалын замын өвчлөл, нас баралт	5 хүртэлх насны хүүхдийн амьсгалын замын цочмог халдвар	1		
12			5 хүртэлх насны хүүхдийн амьсгалын замын цочмог халдвараас шалтгаалсан нас баралтын түвшин	1		

13			Агаарын чанарын менежментийн чадвар	1		
14		Агаарын чанарын менежмент	Нийт шингэн түлшний хэрэглээнд хар тугалгагүй хэрэглээний эзлэх хувь		1	
15	Ариун цэврийн байгууламж	Ялгадас зайлуулах	Ариун цэврийн байгууламжийн бохирыг зохистой байдлаар зайлуулдаг хүн амын эзлэх хувь		1	
16		Хүүхдийн суулгалт өвчний тохиолдол, нас баралт	5 хүртэлх насны хүүхдийн суулгалт өвчний тохиолдол	1		
17			5 хүртэлх насны хүүхдийн суулгалт өвчний нас баралтын түвшин	1		
18	Эрүүл аюулгүй орчин	Хууль бус оршин суугчид	Хууль бусаар оршин суугчдын эзлэх хувь			1
19		Аюулгүй орон сууц	Эрүүл бус, аюултай орон сууцанд амьдарч буй хүн амын эзлэх хувь		1	
20		Гэрийн осол	Гэрийн ослын тохиолдол	1		
21		Хот төлөвлөлт	Барилгын хамрах хүрээ, хэмжээ болон орон сууцны төлөвлөлтийн журам	1		
22	Ундны усны аюулгүй байдал	Усны чанар, хэрэглээ	Ундны усны сайжруулсан эх үүсвэр ашигладаг хүн амын эзлэх хувь	1		
23			Гэртээ ус дамжуулах хоолойтой өрхийн эзлэх хувь	1		
24		Усаар дамжих өвчин	Усаар дамжих өвчний дэгдэлтийн хувь	1		

25		Усны чанарын хяналт	Усны чанарыг хянах сүлжээтэй эсэх	1		
26	Шавжаар дамждаг халдварт өвчин	Эрсдэлтэй хүн ам	Шавжаар дамждаг халдварт өвчин халдварт өвчнөөр өвчилсөн хүн амын тоо	1		
27		Шавжаар дамждаг халдварт өвчин	Шавжаар дамждаг халдварт өвчний түвшин	1		
28		Шавжаар дамждаг халдварт өвчин халдварт өвчний хяналт	Шавжаар дамждаг халдварт өвчин халдварт өвчний хяналтад хамрагдсан хүн амын хувь, өвчний төрлөөр			1
29		Хатуу хог, хаягдал	Хог, хаягдлыг цуглуулах	Хог, хаягдлаа зориулалтын үйлчилгээгээр тогтмол цуглуулдаг хүн амын эзлэх хувь		1
30	Хог, хаягдлыг зайлуулах		Хог, хаягдлаа зориулалтын үйлчилгээгээр тогтмол зайлуулдаг хүн амын эзлэх хувь		1	
31	Аюултай хог хаягдлын бодлого		Аюултай хог, хаягдлын бодлогын үр ашиг		1	
32	Аюултай, хортой бодис	Цусны хар тугалга	Цусан дахь хар тугалганы түвшин 10 мг/д-ээс их хүүхдийн хувь		1	
33		Химийн хордлого	Хордлогын улмаас нас баралтын түвшин	1		
34		Бохирдсон газар	Бохирдсон газрын хамрах хүрээ		1	
35	Хүнсний аюулгүй байдал	Хоол хүнсээр дамждаг өвчин	Хоол хүнсээр дамжих өвчний тархалтын хувь	1		
36		Хүнсний аюулгүй байдлын хяналт	Хяналтаар илэрсэн хүнсний бүтээгдэхүүн дэх аюултай химийн		1	

			бодисын эзлэх хувь			
37	Цацраг идэвхт бодис	Цацраг идэвхт бодисын халдвар	5 mS/yr-ээс дээш тун цацраг идэвхт бодист өртсөн хүн амын эзлэх хувь			1
38		Хэт ягаан туяанд өртөх	Хэт ягаан туяаны гэрлийн индекс			1
39	Мэргэжлээс шалтгаал аагүй эрүүл мэндийн эрсдэл	Моторт тээврийн хэрэгслийн осол	Зам тээврийн ослын улмаас нас баралтын түвшин	1		
40		Ажил, мэргэжлийн бус гэмтэл	5 хүртэлх насны хүүхдийн бие махбодод гэмтэл учруулсан тохиолдол	1		
41		Хордлого	Тухайн жилд бүртгэгдсэн 5 хүртэлх насны хүүхдийн хордлогын тоо	1		
42	Мэргэжлээс шалтгаал сан эрүүл мэндийн эрсдэл	Мэргэжлээс шалтгаал сан аюултай байдал	Эрүүл бус эсвэл аюултай хөдөлмөрийн нөхцөлд аюултай байдалд өртсөн ажилчдын хувь		1	
43		Мэргэжлээс шалтгаал сан өвчин	Үйлдвэрлэлийн ослын тохиолдол	1		
44		Мэргэжлээс шалтгаал сан өвчний нас баралт	Үйлдвэрлэлийн ослын шалтгаант нас баралт	1		
	Нийт	39	44	28	12	4

1.1 Нийгэм хүн ам зүйн үзүүлэлтүүд

Орчны эрүүл мэндтэй холбоотой нийгэм, хүн ам зүйн үзүүлэлтүүдэд хүн амын ядуурал, хүн амын нягтрал, хүн амын өсөлт, хүн ам зүйн ачаалал, хотжилт, нялхсын эндэгдэл, дундаж наслалт гэсэн үзүүлэлтүүд багтаж байна. Эдгээр үзүүлэлтүүдийг ҮСХ болон Эрүүл мэндийн албан ёсны статистик мэдээллээр тооцогдон гарч байна.

1.1.1 Ядуурал

Ядуурал бол хүн төрөлхтний өмнө тулгарч буй зайлшгүй анхаарах асуудлуудын нэг юм. Нэгдсэн Үндэсний Байгууллагын 2015 оны Ерөнхий ассамблейн 70 дугаар чуулганаар баталсан “Тогтвортой хөгжлийн зорилт-2030” бодлогын баримт бичигт ядуурлыг устгах зорилгыг дэвшүүлэн дэлхий даяар ядууралгүй болох уриалга гаргасан.

Улс орон бүр ядуурлыг бууруулах, арилгахын тулд олон төрлийн бодлого боловсруулж, хэрэгжүүлж байна. Гэвч 2022 оны байдлаар дэлхийн нийт хүн амын 9 хувь нь буюу 681 сая хүн ядуу амьдарч байна. Өөрөөр хэлбэл дэлхийн 10 хүн тутмын 1 нь амьжиргааны наад захын хэрэглээгээ хангаж чадахгүй байгаа юм.

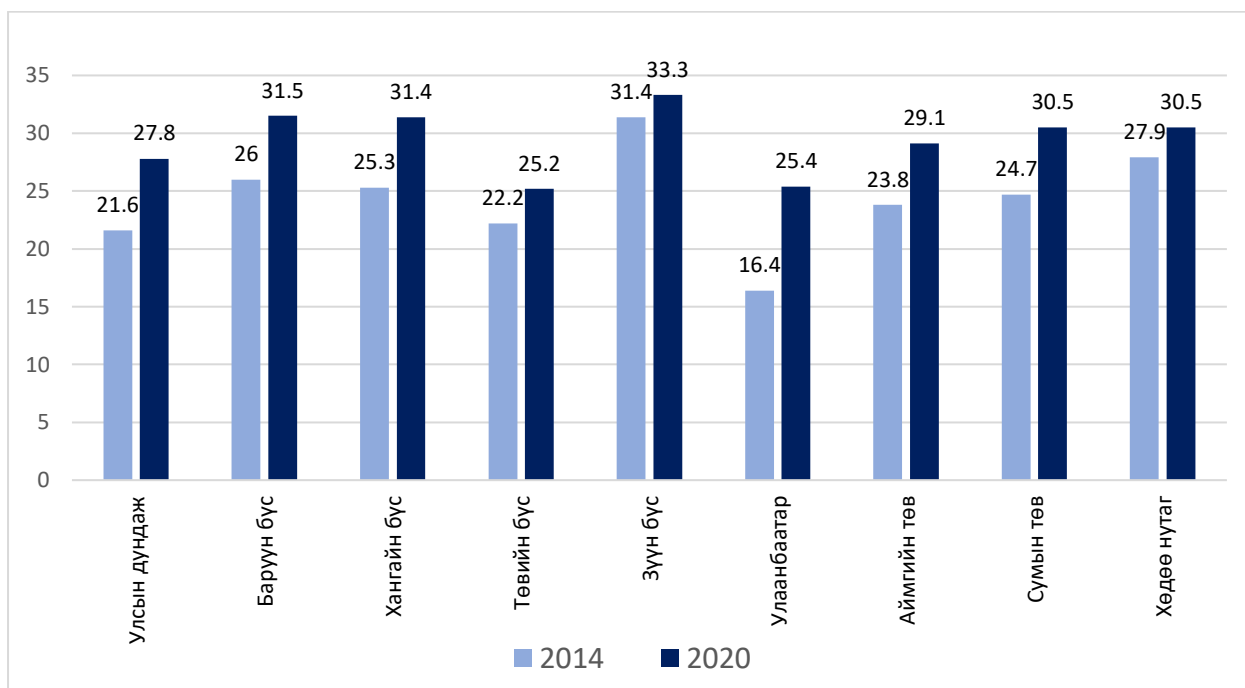
Монгол Улс нь дэлхийн ядуурал өндөртэй орнуудын тоонд багтдаг бөгөөд ядуурлын түвшингээр дэлхийн 173 улсаас 56-д жагсаж байна. Монгол Улсын ядуурлын түвшин 2020 оны байдлаар 27.8 хувь байгааг Дэлхийн банк болон Монгол Улсын Үндэсний статистикийн хороо хамтран тооцоолжээ.

Монгол Улсын Үндэсний статистикийн хороо (ҮСХ), Дэлхийн банкттай (ДБ) 2002 оноос эхлэн ядуурлыг хэмжих арга зүйг боловсруулах, тооцоолол хийх чиглэлээр нягт хамтран ажиллаж ирсэн бөгөөд Өрхийн нийгэм, эдийн засгийн судалгаа (ӨНЭЗС)-нд суурилан ядуурлыг тооцдог (ҮСХ, 2018). Өөрөөр хэлбэл хүн амын хэдэн хувь нь зайлшгүй шаардлагатай хүнсний болон хүнсний бус хэрэглээгээ худалдан авч чадахгүй байгааг түүвэр судалгаагаар илрүүлдэг.

Монгол Улсын ядуурлын түвшин 1998 оноос хойш хурдацтай буурч өнөөгийн түвшинд хүрсэн хэдий ч сүүлийн 10 гаруй жилийн хугацаанд дорвитой өөрчлөлт гараагүй байна. ӨНЭЗС-ны тайлангаас харвал 2010-2014 онуудад ядуурлын хамралтын хүрээ 38.8 хувиас 21.6 хувь болтол буурсан хэдий ч 2014 оноос 2018 онд 21.6 хувиас 28.4 хувь хүртэл өссөн байна. Орон нутаг, хот сууринаар авч үзвэл 2016-2018 онд хөдөөгийн ядуурал буурсан бол хот суурин газрын ядуурал өөрчлөгдсөнгүй. 2010 онд хөдөөгийн хүн амын 10 хүн тутмын тав нь ядуу амьдарч байсан бол 2018 онд арван хүн тутмын гурав нь ядуу байсан байна.

Харин хот суурин газарт амьдарч байгаа ядуу хүн амын нийт ядуу хүн амд эзлэх хувь 55.2 хувь (2010 онд) байснаа 63.5 хувь (2018 онд) хувь болон өсжээ. Боловсролын хувьд ядуу 10 хүн тутмын нэг нь их дээд сургууль болон түүнтэй ижил түвшний боловсрол олгох сургууль төгссөн байхад хамгийн чинээлэг 10 хүн тутмын тав нь дээд боловсролтой байсан байна. Түүнчлэн, өрхийн тэргүүний нас 30-39 насны хооронд, 3 ба түүнээс дээш хүүхэдтэй бол ядууралд илүү өртөмтгий байна гэсэн үр дүн гарсан.

Зураг 1 Хүн амын ядуурлын хамралтын хүрээ, бүс нутгаар, сонгосон онуудаар



1.1.2 Хүн амын нягтрал

Хүн амын нягтрал өндөр байх нь хотжилт хурдацтай явагдах, хүрээлэн буй орчин, амьдрах нөхцөлд хүчтэй дарамт учруулах үндэс нь болдог байна.

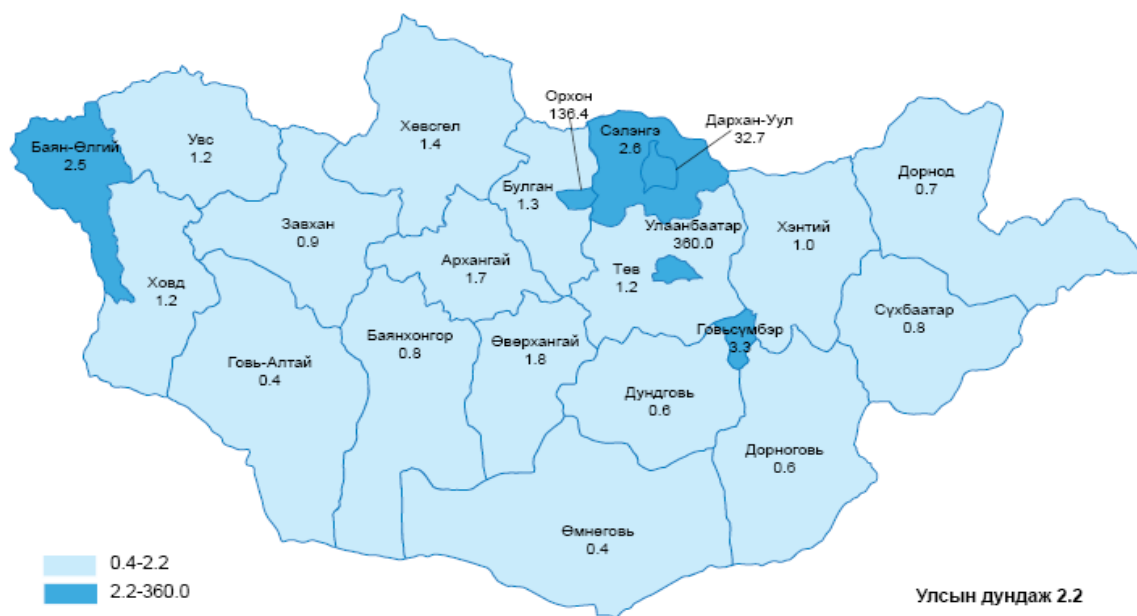
Манай улс хүн амын нягтралаараа дэлхийн бусад улс оронтой харьцуулахад хамгийн сийрэг суурьшилтай орнуудын тоонд ордог бөгөөд 2022 онд нэг хавтгай дөрвөлжин километр нутаг дэвсгэрт 2.2 хүн ногдож байгаа нь 2000 онтой харьцуулахад 0.7 хүнээр нэмэгдсэн байна.

Монгол улсын хэмжээнд нэг хавтгай дөрвөлжин километр нутаг дэвсгэрт ногдох хүн ам буюу хүн амын нягтрал хамгийн өндөр нь Улаанбаатар, Орхон аймгууд байгаа бөгөөд 2022 онд Улаанбаатар хотод 360.0 байгаа нь 2000 онтой харьцуулахад 2 дахин буюу 191 хүнээр нэмэгдсэн ба өмнөх онтой харьцуулахад 11 хүнээр тус тус нэмэгдсэн байна.

Одоо байгаа хүн амын нягтралыг тооцож үзэхэд, хүн амын тооцоот нягтралын дээд хязгаар 460 хүн/га-гаас хэтэрсэн 88 хэсгийн 733 га талбай байна.

Орхон аймагт хүн амын нягтрал 2000 онд 95.6 байсан бол 2022 оны байдлаар 136.4 болж 40.8 хүнээр, өмнөх оноос 0.5 хүнээр тус тус нэмэгдсэн байна.

Зураг 2 Хүн амын нягтрал, аймаг, нийслэлээр, 2022 он



Эх үүсвэр: Үндэсний статистикийн хороо

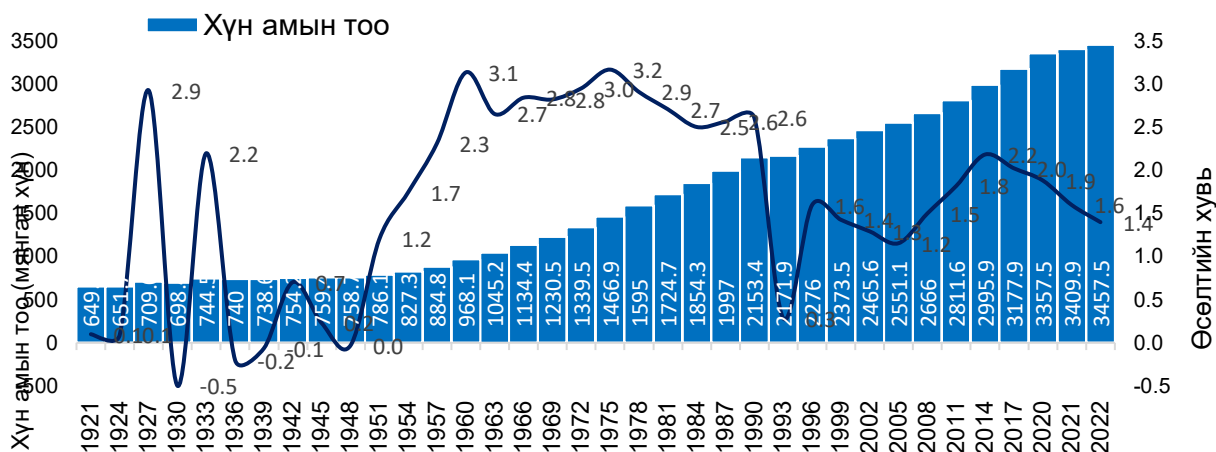
Аймгуудын хүн амын нягтрал газар нутгийн хэмжээ, хүн амын тооноос шалтгаалан харилцан адилгүй, тухайлбал Орхон, Дархан-Уул аймаг нь бусад аймгуудаас өндөр 32.7-136.4, Говь-Алтай, Өмнөговь, Дорноговь, Дундговь, Дорнод, Баянхонгор, Сүхбаатар, Завхан аймгуудад хамгийн бага 0.4-0.9 буюу нэг хүрэхгүй хүн ногдож байна. Бусад аймагт 1.0-3.3 байна.

1.1.3 Хүн амын өсөлт

Аливаа улс орны хүн амын өсөлтөд төрөлт, нас баралт, гадаад шилжих хөдөлгөөн гэсэн гурван үндсэн хүн ам зүйн үзүүлэлт шууд нөлөөлөхөөс гадна улс орны тухайн үеийн нийгэм, эдийн засгийн хөгжил, хүрээлэн буй орчин, ард түмний аж байдлын түвшин, эрүүл мэндийн үйлчилгээний чанар, хүртээмж зэрэг олон хүчин зүйлтэй уялддаг.

Хүн амын өсөлтийн хувь 1927, 1960, 1975 онуудад хамгийн өндөр байсан ба сүүлийн жилүүдэд 2008 оноос 2014 онуудад хойш жигд өсөх хандлагатай байсан. Харин 2015 оноос буурч байгаа бөгөөд 2022 оны байдлаар 1.4 байгаа нь өмнөх оноос 0.2 хувиар буурсан үзүүлэлттэй байна.

Зураг 3 Хүн амын тоо, жилийн дундаж өсөлтийн хувь, сонгосон онуудаар

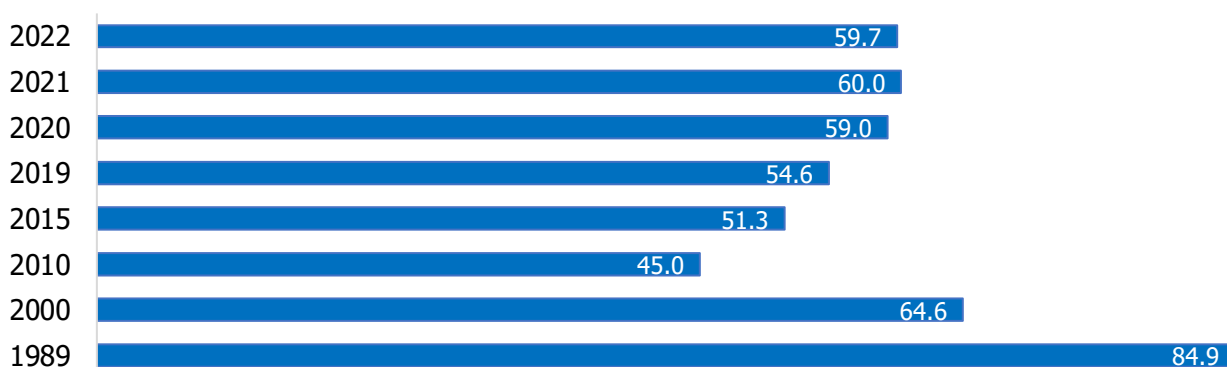


1.1.3 Хүн ам зүйн ачаалал

Манай улсын хүн амын төрөлтийн түвшин 1970-1989 онд өндөр байснаас шалтгаалан хүн ам зүйн ачаалал өндөр байжээ. Тэгвэл 2022 онд хөдөлмөрийн насны хүн амын эзлэх хувь харьцангуй их байгаа тул хүн ам зүйн ачаалал 1990 оны үетэй харьцуулахад буурсан байна.

Амьдралд энэ үзүүлэлт тооцооноос нэлээд илүү байдаг. Тухайлбал, хөдөлмөрийн насанд байгаа үедээ 15-24 насныхан ихэнх нь боловсролоо ахиулах, мэргэжил эзэмшихээр суралцдаг учраас тэжээлгэгч байдаг. Мөн хөдөлмөрийн насанд байгаа боловч тухайн үед ажил эрхлээгүй жирэмсэн, бага насны хүүхэд болон өндөр настныг асран хамгаалагч, хөгжлийн бэрхшээлтэй, ажиллах чадваргүй эсвэл ажилгүйчүүд гэх мэт тэжээлгэгчдийн тоо өсдөг. Монгол Улсын хүн ам зүйн ачаалал 1990-ээд оны эхээр хөдөлмөрийн насны 100 хүнд тэжээлгэгч 85 ногдож байсан бол 2000 оноос буурах хандлагатай харагдаж байна.

Зураг 4 Хүн ам зүйн ачаалал, сонгосон оноор



Эх үүсвэр: Үндэсний статистикийн хороо

1.1.4 Хотжилт

Хотын хүн амын эзлэх хувиар илэрхийлэгдэх үзүүлэлт бөгөөд Хотжилт гэдэг нь хүн ам олноор цуглан суурьших үзэгдэл юм. Нэгэнт хүн үй олноороо төвлөрөн суурьших бол тэр нь өсөн үржих мөн тэрхүү хотод гаднаас шилжин ирэгсэд нэмэгдэн суурьших зэргээс хүн амын өсөлт ямагт өсөх прогрессоор явагдах ба хүрээлэн буй орчинд нөлөөлдөг хамгийн гол үзүүлэлт юм.

Монгол улсын хүн ам 2022 онд 3 сая 457.5 мянга болж, өмнөх оныхоос 47.6 мянган хүн буюу 1.4 хувиар өссөн байна. Монгол улсад оршин суугаа хүн амын 69.1 хувь нь хот суурин газар, 30.9 хувь нь хөдөө амьдарч байна. Улаанбаатар хотод 1691.8 мянган хүн буюу нийт хүн амын 48.9 хувь нь харьяалагдан оршин сууж байна.

Хотын хүн ам нэмэгдэхийн хирээр орон сууц, амьдрах байр, амьдрах арга нь болох үйлдвэр, худалдаа, ахуй үйлчилгээ, эмнэлэг, сургууль, харилцаа холбоо, эрчим хүч, тээвэр, дэд бүтэц, засаг захиргаа гээд хүний амьдралын зайлшгүй хэрэгцээ шаардлагаар хотын барилга бүтээн байгуулалт бас л өнөөх прогрессоор явагдана. Гэтэл тэр өсөлтийг хязгаарлах хүчин зүйл нь байгалийн нөөц боломж буюу газар. Ундны усны хангамжаас эхлэн авч үзнэ.

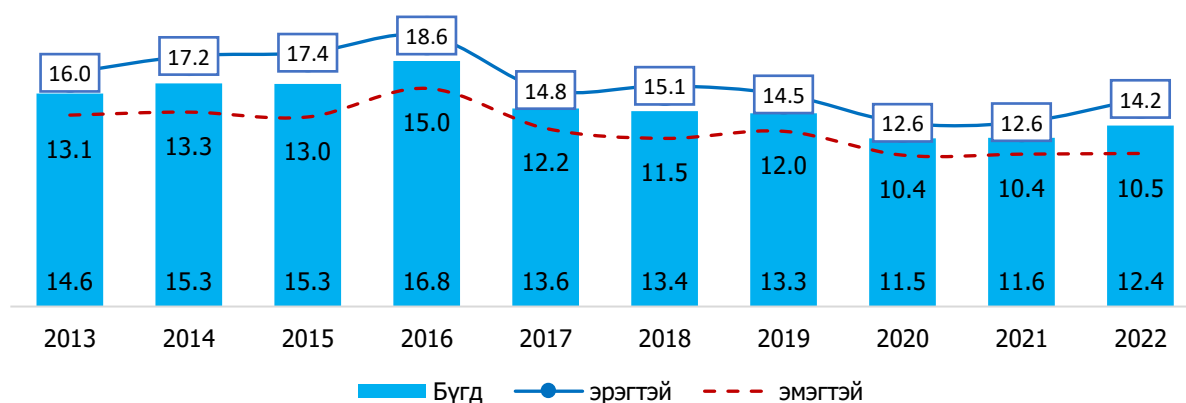
1.1.5 Нялхсын эндэгдэл

Монгол Улсын “Алсын хараа-2050” урт хугацааны хөгжлийн бодлогын хяналт-шинжилгээ, үнэлгээний шалгуур үзүүлэлт, хүрэх түвшинд “1000 амьд төрөлтөд ногдох нялхсын эндэгдлийн түвшинг 2025 онд 9.0, 2030 онд 8.0, 2050 онд 2.3” болгон бууруулах зорилтыг дэвшүүлсэн.

Эрүүл мэндийн статистикаар 2022 онд нялхсын эндэгдэл 814 тохиолдол бүртгэгдэж, 1000 амьд төрөлтөд 12.4 байгаа нь сүүлийн 10 жилийн дунджаас 1.5-оор буурсан хэдий ч өмнөх оноос 0.8-оор өссөн байна. Сүүлийн 10 жилийн дундаж үзүүлэлт (13.9)-ийг өмнөх 10 жилийн дундаж (21.1) тай харьцуулахад 7.2-оор буурсан үзүүлэлттэй байна.

Нялхсын эндэгдлийн 62.7 хувийг нярайн эндэгдэл эзэлж байгаа бөгөөд 1000 амьд төрөлтөд ногдох нярайн эндэгдэл 7.8 байна.

Зураг 5 Нялхсын эндэгдэл, 1000 амьд төрөлтөд, хүйсээр, 2013-2022 он



1.1.6 Дундаж наслалт

Хүний амьдрах хугацааг тодорхойлох гол хэмжүүр нь “ДУНДАЖ НАСЛАЛТ” юм. Төрөлтөөс тооцсон дундаж наслалт 2022 онд улсын хэмжээнд 71.0 болж сүүлийн 10 жилийн дунджаас 1, өмнөх оноос 0.3 жилээр тус тус нэмэгдсэн байна. Хүйсээр харуулбал эмэгтэйчүүдийн дундаж наслалт 76.5, эрэгтэйчүүдийнх 67.1 жил байгаа бөгөөд эрэгтэй, эмэгтэй хүмүүсийн дундаж наслалтын зөрүү 9.4 жил байна.

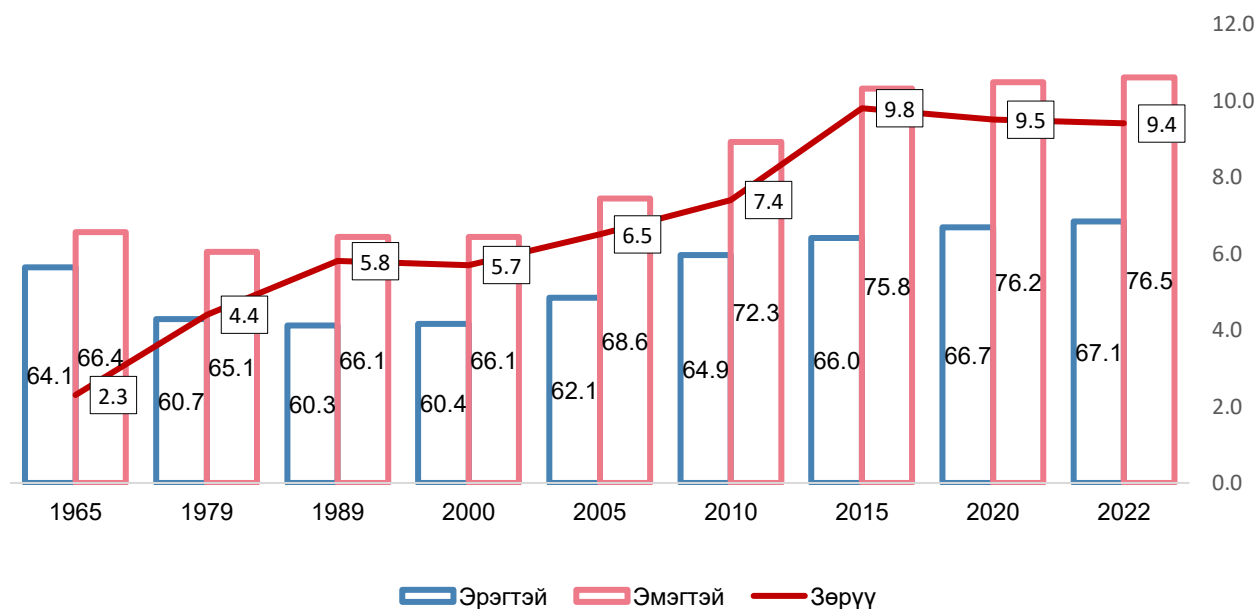
Эмэгтэйчүүд эрэгтэйчүүдээс илүү урт наслах хандлага аль ч улсад байсаар ирсэн бөгөөд энэ нь эрүүл мэнд, нас баралт, нийгэм, эдийн засаг, тэгш бус байдал, эрүүл мэндийн систем, улс төр, байгаль орчин, газарзүйн байршил зэрэг олон хүчин нөлөөлдөг байна. Эрэгтэй, эмэгтэй хүмүүсийн дундаж наслалтын зөрүү 2019 оны байдлаар дэлхийн дундаж 5.1 байхад манай

улс дэлхийн дунджаас 1.8 дахин өндөр байгаа нь зөрүү хамгийн их орнуудын тоонд орж байна.

Монгол хүний эрэгтэй, эмэгтэй хүмүүсийн дундаж наслалтын зөрүү 1965 онд 2.3 байсан бол 2022 онд 9.4 жил болж 55 жилийн хугацаанд 7.1 жилээр нэмэгдсэн байна.

Дундаж наслалт нь таамаглах хэмжигдэхүүн бөгөөд насны бүлэг дэх нас баралтын коэффициентийг үндэслэн тооцсон тухайн хүний цаашид амьдрах дундаж хугацаагаар тодорхойлогддог. Дундаж наслалт нь хүйс, одоогийн нас, амьдралын хэв маяг зэргээс шалтгаалан ялгаатай байдаг. Монгол хүний дундаж наслалт 1965 онд 65.5 байсан бол 2022 онд 70.7 болж сүүлийн 50 жилийн хугацаанд 5 жилээр нэмэгдсэн байна.

Зураг 6 Дундаж наслалт, хүйсээр, сонгосон онуудаар



Эх үүсвэр: Үндэсний статистикийн хороо

1.2 Агаарын бохирдол

Хүрээлэн байгаа агаарт шууд хаягдсан эсвэл физик, химийн урвалын дүнд шинээр бий болсон бохирдуулах бодисын агууламж нь агаарын чанарын стандартаас хэтрэхийг агаарын бохирдолтой гэж үздэг байна. Агаарын чанар гэдэг нь стандартад нийцэж байгаа эсэхийг илэрхийлэх агаарын физик, хими, биологийн цогц шинж чанар юм.

Стандарт, хэмжилзүйн газар, Агаарын чанар, техникийн ерөнхий шаардлага, MNS 4585:2016 стандарт, 2016 он

1.2.1 гадаад орчны агаарын бохирдол

Улаанбаатар хотын агаарын чанарыг гэр хороолол, автозам, орон сууцны хороолол, үйлдвэрийн орчмын 17 цэгт автомат багаж болон химийн аргаар агаар бохирдуулах дараах бодисуудын агууламжийг тодорхойлж байна. Тухайлбал:

- Нүүрстөрөгчийн дутуу исэл (CO)
- Озон (O3)
- Хүхэрлэг хий (SO2)

Хүхэрлэг хий SO₂ нь нүүрс, газрын тос зэрэг хүхэр агуулсан түлшний шаталт, метал боловсруулах үйл ажиллагаанаас ихэвчлэн бий болдог. Хүхрийн давхар исэл нь нүд, хамар, хоолой, уушгины салстыг цочроон улмаар амьсгаа авахад цээжээр хөндүүр оргих, амьсгал давчдах, ханиалгах, хоолой өвдөх зэрэг шинж тэмдгүүд илэрдэг байна. Хүхэрлэг хийнд астам, архаг бронхит зэрэг амьсгалын замын архаг өвчтэй, мөн уушгины хөгжил муутай бага насны хүүхэд, өндөр настнууд хамгийн түрүүнд өртөх магадлалтай.

• Азотын давхар исэл (NO₂)

Азотын давхар исэл NO₂ нь өндөр температурт түлш шатах үед авто тээврийн хэрэгслийн дотоод шаталт, цахилгаан халаагуур, цахилгаан станц, химийн үйлдвэр, хог шатаах зуух зэрэг бохирдуулагч эх үүсвэрээс ялгардаг байна. Азотын давхар исэл NO₂ нь өнгөгүй, үнэргүй хий бөгөөд агаар мандалд бор шаргал өнгөтэй болдог.

Азотын давхар исэл нь уушгины эдийг цочроох ба амьсгалын замын халдварт өртөмтгий байдлыг нэмэгдүүлдэг. Азотын давхар исэл нь амьсгалын замын өвчний тохиолдлыг ихэсгэх, гуурсан хоолойн багтраа болон үрэвсэлтэй хүний мэдрэгшлийг нэмэгдүүлэх, уушгины хамгаалах механизмыг бууруулах, зүрх судасны архаг өвчнийг сэдрээх нөлөөтэй. Зүрх судасны, уушгины архаг өвчтэй хүмүүс, түүнчлэн хүүхдүүд, өндөр настнууд өртөмтгий байдаг.

• PM_{2.5}, PM₁₀ тоосонцор

Зураг 7. Тоосонцрын хэмжээний харьцуулалт⁴ Агаар дахь 2.5 ба 10 микрометрээс жижиг аэродинамик эквивалент диаметртэй тоосонцруудыг PM_{2.5} болон PM₁₀ гэж томъёолж байна.

Зураг 7 Тоосонцрын хэмжээний харьцуулалт



Хотын агаарын бохирдлыг хэмжих гол хэмжүүр нь нарийн (PM2.5) болон том (PM10) ширхэглэгт тоосонцрын хэмжээ бөгөөд өдөр бүрийн агаарт ялгарсан хэмжээнээс жилийн дунджийг тооцож, хүн амын жингээр жинлэн нэг куб метр агаарт ногдох микрограмм ($\text{мг}/\text{м}^3$)-аар илэрхийлнэ. Мөн том ширхэгт тоосонцор (PM10)-ыг жижиг (PM2.5) болгон хэмжихэд 0.3-0.8 утга бүхий хөрвүүлэгч хүчин зүйл ашигладаг.

Ширхэглэгт тоосонцор (PM) нь агаар дахь нарийн ширхэгтэй тоос,

шингэний жижиг дуслуудаас бүрдэнэ. Байгалийн болон хүний үйл ажиллагааны явцад болон өөр бусад хийн бохирдуулагчид агаарт хоорондоо нэгдэн хувирч тоосонцрыг үүсгэнэ. Том ширхэглэгт тоосонцор (PM10) нь 10 микроноос бага диаметр бүхий тоосонцор бөгөөд агаарт урт хугацааны туршид дэгдэмхий байдлаар оршиж хүний биед амьсгалын замаар нэвтэрч өвчин үүсгэдэг. Нарийн ширхэглэгт тоосонцор (PM2.5) нь 2.5 микроноос бага диаметр бүхий тоосонцор бөгөөд их хэмжээний хорт бодис агуулна. Агаарт удаан хугацаанд оршин тогтнож хол нүүдэллэдэг.

Улаанбаатар хотын агаарын чанарыг гэр хороолол, авто зам, орон сууцны хороолол, үйлдвэрийн дүүрэг орчмын тодорхой цэгт агаар бохирдуулах бодис болох хүхэрлэг хий (SO_2), азотын давхар исэл (NO_2), PM2.5, PM10 тоосонцор, нүүрстөрөгчийн дутуу исэл (CO), озон (O_3)-ы агууламжийг автомат багаж болон химийн аргаар хэмжсэн мэдээллийг ашиглан тооцож байна.

Хүний эрхтэн тогтолцооны өөрчлөлтөд агаар мандалд буй олон төрлийн бодисууд дангаараа болон хамтран нөлөөлдөг. Тэдгээрээс бүх тогтолцоонд сөрөг нөлөөтэй нь PM2.5 болон PM10 тоосонцор юм. PM2.5 тоосонцрын агууламж хүлцэх хэмжээнээс илүү гарснаар амьсгалын тогтолцооны, хавдар, зүрх судасны тогтолцооны болон нөхөн үржихүйн тогтолцооны өвчлөлийн шалтгааны нэг болдог байна.

Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллагын зөвлөмжөөр PM2.5 тоосонцрын 24 цагийн дундаж агууламж нь $0.025 \text{ мг}/\text{м}^3$ хүлцэх хэмжээ гэж тодорхойлдог. PM2.5 тоосонцрын дундаж агууламжийг 2016-2022 оны харгалзах саруудын дунджаар, хамгийн их агууламжийг есөн жилийн дундаж утгаар авсан бол хүлцэх агууламжийг Монгол Улсын “Агаарын чанар, техникийн ерөнхий шаардлага, MNS 4585:2016 стандарт”-д 24 цагийн дундаж нь $0.05 \text{ мг}/\text{м}^3$ (нэг метр куб агаарт 0.05 миллиграм), жилийн дундаж агууламжийг $0.025 \text{ мг}/\text{м}^3$ гэж заасны дагуу авлаа.

1.2.2 дотоод орчны агаарын бохирдол

Дотоод орчны бохирдлыг хэмжих байнгын эх үүсвэр байхгүй, мэдээллийн сангүй тул энэ үзүүлэлтийг тооцох боломж байхгүй байна.

Иймд дотоод орчны агаарын бохирдлыг хэмжих, стандартыг мөрдөх үйл ажиллагааг хэвшүүлэх шаардлагатай байна.

Дотоод орчныг бохирдуулж буй үүсвэрүүд нь барилгыг барихад ашигласан материал, тавилга, агааржуулалт зэрэг байдаг байна. Эдгээр болон бусад эх үүсвэрээс шалтгаалж дотор орчны бохирдол нь гадна орчны бохирдлоос 2-5 дахин их байдаг гэсэн судалгааг холбогдох мэргэжлийн байгууллагаас гаргажээ.

Дотоод орчны агаарын бохирдлын эхний, гол эх үүсвэр нь орон байрны цонх, агааржуулагчийн систем, гэрийн хаалга, үүд зэрэг онгорхой цоорхой бүх сувгаар орж ирж агаарын концентрацид нөлөөлж буй гадаад орчны агаарын бохирдол байдаг. Мөн гол нөлөөг дотоод орчны өөрийнх нь, химийн, органик зэрэг олон төрлийн бодисоос хамааралтай эх үүсвэрүүд үзүүлдэг байна. Дотоод орчны агаарын бохирдлын эх үүсвэрийг химийн, физикийн, биологийн гэж 3 төрлөөр ангилдаг.

- Химийн эх үүсвэрт нь угаарын хий, барилгын материал, будаг, цавуу, эд тавилга, хивс зэрэг эд хогшлын нарийн ширхэгт, хүнд элементийн тоос тоосонцор,
- физикийн эх үүсвэрт дуу шуугиан, чимээ, чийгшил, хөгц чийг ордог бол,
- биологийнход нян бактери, вирус хамаардаг байна.

Дотоод орчны агаарын бохирдол нь битүү орчинд гал түлэх, хоол цай хийх, тамхи татаж, цахилгаан ахуйн тоног хэрэгсэл ашиглах зэрэг олон шалтгаанаар үүсдэг. Эдгээр нь дотоод орчны агаарын бохирдолд сөргөөр нөлөөлж, гадны агаарын бохирдлоос 5-10 дахин илүү байдаг аж.

Дэлхийн Банкны судалгаагаар (2008) нийслэлийн агаар дахь тоосонцор ДЭМБ-ын зөвлөмж хэмжээнээс 27 дахин, нүүрстөрөгчийн дутуу исэл 50 дахин их байсан байна. (1).

PM2.5 тоосонцор ба PM10 тоосонцор нь амьсгалын замын өвчнийг 23.5%, зүрх судасны тогтолцооны өвчнийг 19.5%-иар нэмэгдүүлдгийг тогтоосон байдаг.

Улаанбаатар хотын автомашины тоо жил бүр нэмэгдэж, тэдгээрийн 66% нь 10-аас дээш жил болсон байна. Автомашинаас ялгарч буй утаанд азотын давхар исэл, нүүрстөрөгчийн дутуу исэл, тоос тоосонцор, дэгдэмхий органик нэгдлүүд агуулагдаж агаар бохируулагчдын 20-30-ийг бүрдүүлж байна.

Монгол Улсын Засгийн газрын 2017 оны 255 дугаарт тогтоолоор “Орчны эрүүл мэнд” үндэсний хөтөлбөр батлагдаж түүнийг хэрэгжүүлэх арга хэмжээний төлөвлөгөөг (2017-2020) Эрүүл мэндийн сайдын 2017 оны А/412 дугаар тушаалаар батлан агаарын бохирдлыг бууруулах чиглэлээр тусгайлан 1-р зорилтын хүрээнд холбогдох үйл ажиллагааг хэрэгжүүлж байна. Түүнчлэн Монгол Улсын Засгийн газрын 2018 оны 62 дугаар тогтоолоор түүхий нүүрсийг хориглох тухай шийдвэр гарч Нийслэлийн Баянгол, Баянзүрх, Сонгинохайрхан, Сүхбаатар, Хан-Уул, Чингэлтэй дүүргийн нутаг дэвсгэрт үйл ажиллагаа явуулж байгаа цахилгаан, дулаан эрчим хүч үйлдвэрлэх тусгай зөвшөөрөлтэй аж ахуйн нэгжүүдээс бусад иргэн, аж ахуйн нэгж, байгууллагуудыг 2019 оны 5 дугаар сарын 15-ны өдрөөс эхлэн түүхий нүүрс хэрэглэхийг хориглох шийдвэр гарч хэрэгжиж байна. Дотоод орчны агаарын чанарыг 1970-аад оноос хойш эрчимтэй судалсны үр дүнд дотоод орчны агаарын бохирдлын эх үүсвэр, агууламж, эрүүл мэндийн нөлөөлөл шийдэх гарц, бодлогын янз бүрийн арга хэмжээ нэвтэрчээ.

Сүүлийн жилүүдэд тамхины утаанд дам байдлаар өртөх, хийн түлшээр ажилладаг зуухнаас ялгарах азотын давхар исэл, формальдегид, радон болон бусад бохирдуулагч шинээр баригдсан, баригдаж буй барилгуудад гол эрсдэлд тооцогдож байна.

Манай орны хувьд гэрийн дотоод орчинд түүхий нүүрс хэрэглэсний улмаас PM2.5 тоосонцор, хүхрийн давхар исэл болон угаарын хийнд өртөх тохиолдол гардаг ба орон сууцны хувьд хийн түлшээр ажилладаг зуухнаас ялгарах азотын давхар исэл, формальдегид, радон тамхины утаа нь ээрүүл мэндэд сөргөөх нөлөөлж байна. Улаанбаатар хотод дотоод

орчны агаарыг судалсан цөөн судалгааны үр дүнгүүд бий. А.Энхжаргал нарын 2008 онд судалснаар PM2.5 тоосонцрын агууламж гэр (55.16 мкг/м³), орон сууцтай (42.94 мкг/м³) харьцуулахад байшинд (91.98 мкг/м³) өндөр хэмжигджээ (8). Б.Цэвэгжав нар 2013 онд гэрт эрчим хүчний үр ашгийн хэмжилт нөхөн сэргээгдэх эрчин хүч, сайжруулсан түлшний талаар судалж оршин суугчдад санхүүгийн тогтвортой дэмжлэг хэрэгтэйг онцолжээ.

Г.Энхжаргал нар 2016 онд судалснаар орон сууцны дотоод орчинд НЕРА агаар цэвэршүүлэгчийн хэрэглээ нь PM2.5 тоосонцрын агууламжийг 26 хувиар бууруулсан үр дүн гарчээ. P.Varu нарын 2018 онд судалсан судалгааны үр дүнгээс үзэхэд гэртээ НЕРА агаар цэвэршүүлэгч хэрэглэдэг жирэмсэн эхчүүдийн цусан дахь кадмийн агууламж нь агаар цэвэршүүлэгч хэрэглэдэггүй жирэмсэн эхчүүдийн цусанд дахь агууламжаас 14 хувиар бага илэрчээ.

Эх үүсвэр: Дотоод орчны агаарын чанарын судалгааны тайлан 2021 он

1.2.3 агаар бохирдуулагч бодисуудын дундаж болох хүлцэх хэмжээ

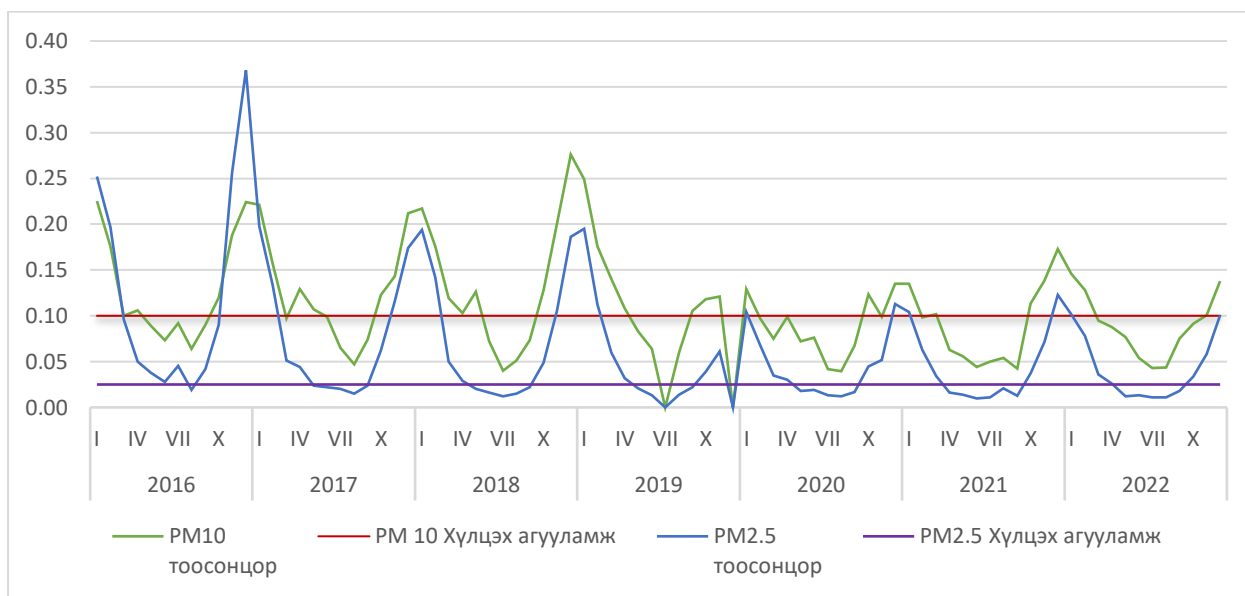
Бид энэхүү үнэлгээгээр хүний эрүүл мэндэд сөрөг нөлөөтэй бохирдуулагч бодисууд болох шаталтаас үүдэлтэй PM2.5, PM10 тоосонцор, хүхэрлэг хий SO₂, азотын давхар исэл NO₂-ийн талаарх мэдээлэлд үндэслэн агаар бохирдуулагч бодисуудыг үүсгэж буй хүчин зүйлс, хүлцэх агууламж, байгаа түвшин зэргийг авч үзсэн.

Цаг уур, орчны шинжилгээний газраас Улаанбаатар хотын хэмжээнд PM2.5, PM10 тоосонцруудыг 7-15 цэгүүдэд (2011 онд баруун дөрвөн зам, 2012-2014 онд баруун дөрвөн зам, 13-р хороолол, 2015-2016 онд 1-р хорооллоос бусад цэгт, 2017-2019 онд 15 цэгт, 2021 оноос 17 цэгт) хэмжилт хийжээ.

Хүний эрхтэн тогтолцооны өөрчлөлтөд агаар мандалд буй олон төрлийн бодисууд дангаараа болон хамтран нөлөөлдөг. Тэдгээрээс бүх тогтолцоонд сөрөг нөлөөтэй нь PM2.5 болон PM10 тоосонцор юм. PM2.5 тоосонцрын агууламж хүлцэх хэмжээнээс илүү гарснаар амьсгалын тогтолцооны, хавдар, зүрх судасны тогтолцооны болон нөхөн үржихүйн тогтолцооны өвчлөлийн шалтгааны нэг болдог байна.

Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллагын зөвлөмжөөр PM2.5 тоосонцрын 24 цагийн дундаж агууламж нь 0.025 мг/м³ хүлцэх хэмжээ гэж тодорхойлдог. PM2.5 тоосонцрын дундаж агууламжийг 2011-2019 оны харгалзах саруудын дунджаар, хамгийн их агууламжийг есөн жилийн дундаж утгаар авсан бол хүлцэх агууламжийг Монгол Улсын “Агаарын чанар, техникийн ерөнхий шаардлага, MNS 4585:2016 стандарт”-д 24 цагийн дундаж нь 0.05 мг/м³ (нэг метр куб агаарт 0.05 миллиграм), жилийн дундаж агууламжийг 0.025 мг/м³ гэж заасны дагуу авлаа.

Зураг 8 PM2.5 болон PM10 тоосонцрын хэмжээг хүлцэх агууламжтай харьцуулсан байдал



Хүснэгт 19 Агаарын бохирдуулагч бодисуудын дундаж агууламж, сараар, мг/м³

Он	Сар	PM10 тоосонцор	PM2.5 тоосонцор	Хүхэрлэг хий SO2	Нүүрстөрөгчийн дутуу исэл CO	Азотын давхар исэл NO2
2016	I	0.23	0.25	0.11	2.40	0.06
	II	0.18	0.20	0.10	1.88	0.05
	III	0.10	0.10	0.04	1.00	0.04
	IV	0.11	0.05	0.02	0.56	0.03
	V	0.09	0.04	0.01	0.59	0.03
	VI	0.07	0.03	0.01	0.38	0.03
	VII	0.09	0.05	0.01	0.49	0.03
	VIII	0.06	0.02	0.01	0.32	0.02
	IX	0.09	0.04	0.01	0.48	0.03
	X	0.12	0.09	0.02	0.84	0.04
	XI	0.19	0.26	0.05	1.97	0.06
	XII	0.22	0.37	0.07	3.06	0.07
2017	I	0.22	0.20	0.08	2.96	0.07
	II	0.16	0.13	0.06	2.10	0.06
	III	0.10	0.05	0.03	1.04	0.04
	IV	0.13	0.04	0.02	0.72	0.04
	V	0.11	0.02	0.01	0.40	0.03
	VI	0.10	0.02	0.01	0.36	0.03
	VII	0.07	0.02	0.00	0.61	0.03
	VIII	0.05	0.02	0.00	0.53	0.03
	IX	0.07	0.02	0.01	0.51	0.03
	X	0.12	0.06	0.02	1.02	0.04
	XI	0.14	0.12	0.03	1.82	0.06
	XII	0.21	0.17	0.04	2.76	0.07
2018	I	0.22	0.19	0.04	2.66	0.06
	II	0.18	0.14	0.04	2.33	0.05
	III	0.12	0.05	0.02	1.19	0.04
	IV	0.10	0.03	0.01	0.65	0.03

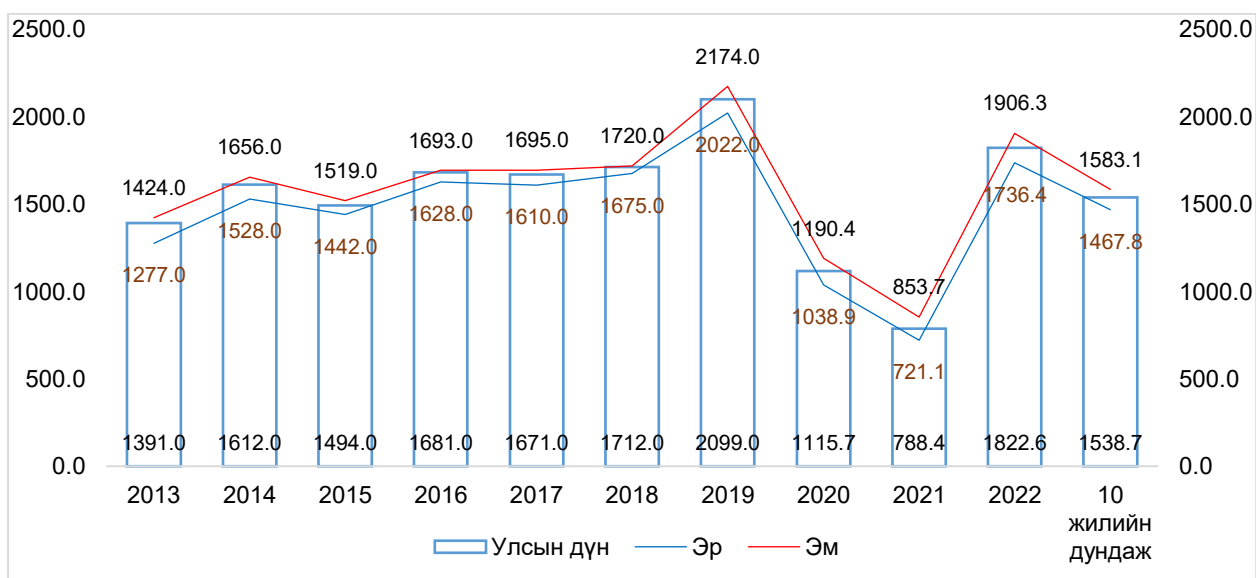
	V	0.13	0.02	0.01	0.46	0.04
	VI	0.07	0.02	0.01	0.33	0.03
	VII	0.04	0.01	0.00	0.39	0.03
	VIII	0.05	0.02	0.00	0.43	0.02
	IX	0.07	0.02	0.01	0.59	0.03
	X	0.13	0.05	0.01	1.00	0.04
	XI	0.20	0.11	0.04	1.75	0.05
	XII	0.28	0.19	0.05	2.60	0.05
2019	I	0.25	0.20	0.06	2.72	0.06
	II	0.18	0.11	0.05	1.94	0.04
	III	0.14	0.06	0.03	1.19	0.04
	IV	0.11	0.03	0.02	0.69	0.03
	V	0.08	0.02	0.01	0.68	0.03
	VI	0.06	0.01	0.01	0.60	0.03
	VII	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	VIII	0.06	0.01	0.01	0.70	0.03
	IX	0.11	0.02	0.01	0.62	0.03
	X	0.12	0.04	0.03	1.09	0.04
	XI	0.12	0.06	0.06	1.52	0.05
	XII	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
2020	I	0.13	0.10	0.12	2.53	0.06
	II	0.10	0.07	0.08	1.74	0.06
	III	0.08	0.04	0.04	1.08	0.04
	IV	0.10	0.03	0.02	0.76	0.03
	V	0.07	0.02	0.01	0.59	0.04
	VI	0.08	0.02	0.01	0.80	0.03
	VII	0.04	0.01	0.00	0.78	0.03
	VIII	0.04	0.01	0.00	0.75	0.02
	IX	0.07	0.02	0.01	0.57	0.02
	X	0.12	0.04	0.03	1.77	0.04
	XI	0.10	0.05	0.07	1.93	0.04
	XII	0.14	0.11	0.21	3.46	0.05
2021	I	0.14	0.10	0.22	3.43	0.05
	II	0.10	0.06	0.14	2.19	0.04
	III	0.10	0.03	0.07	1.55	0.03
	IV	0.06	0.02	0.04	0.92	0.03
	V	0.06	0.01	0.02	0.60	0.02
	VI	0.04	0.01	0.01	0.37	0.02
	VII	0.05	0.01	0.01	0.34	0.02
	VIII	0.05	0.02	0.01	0.48	0.03
	IX	0.04	0.01	0.01	0.60	0.03
	X	0.11	0.04	0.04	1.52	0.04
	XI	0.14	0.07	0.10	2.26	0.06
	XII	0.17	0.12	0.15	3.07	0.07
2022	I	0.15	0.10	0.16	2.71	0.06
	II	0.13	0.08	0.13	2.22	0.06
	III	0.10	0.04	0.08	1.32	0.04
	IV	0.09	0.03	0.05	1.04	0.04
	V	0.08	0.01	0.02	0.53	0.03
	VI	0.05	0.01	0.01	0.34	0.02

	VII	0.04	0.01	0.01	0.32	0.02
	VIII	0.04	0.01	0.01	0.37	0.03
	IX	0.07	0.02	0.01	0.53	0.03
	X	0.09	0.03	0.05	1.21	0.03
	XI	0.10	0.06	0.09	1.97	0.05
	XII	0.14	0.10	0.15	3.14	0.07

1.2.4 амьсгалын замын өвчлөл, нас баралт

Улсын хэмжээнд 10 000 хүн амд ногдох амьсгалын тогтолцооны өвчлөл 1822.6 болж, сүүлийн 10 жилийн дундажтай харьцуулахад 283.9-оор, өмнөх онтой харьцуулахад 1034.2-оор тус тус нэмэгдсэн байна. Байршлаар харуулбал орон нутагт 10 000 хүн амд ногдох өвчлөл 2256.9 байгаа нь сүүлийн 10 жилийн дунджаас 693.2-оор нэмэгдсэн ба харин Улаанбаатарт 1331.6 болж 181.1-оор буурсан байна.

Зураг 9 Амьсгалын тогтолцооны өвчлөл, 10000 хүнд амд, хүйсээр, 2013-2022 он



Амьсгалын тогтолцооны өвчлөлийн түвшинг хүйсээр харуулбал, 10 000 эрэгтэйд 1736.4 болж, сүүлийн 10 жилийн дунджаас 268.6-оор, эмэгтэйд 1906.3 болж, 10 жилийн дунджаас 323.2-оор тус тус өссөн байна.

Амьсгалын тогтолцооны өвчлөлийн түвшинг газарзүйн байршлаар нь харуулбал, 2022 оны байдлаар 10 000 хүн амд ногдох өвчлөл Зүүн бүсэд хамгийн өндөр байгаа ба 2013 онтой харьцуулахад бүх насанд жигд нэмэгдсэн байна. 2022 онд 5 хүртэлх насны хүүхдэд хамгийн өндөр буюу нийт өвчлөлийн 41.4 хувийг эзэлж байна. Насны бүлгээр өмнөх онтой харьцуулахад 5 хүртэлх насны хүүхдийн өвчлөл 3.5 дахин, 65-аас дээш насны хүн амын өвчлөл 1.5 дахин нэмэгдсэн байна.

Хүснэгт 20 Амьсгалын тогтолцооны өвчлөлд эзлэх хувь, хүйсээр, 2013, 2022 он

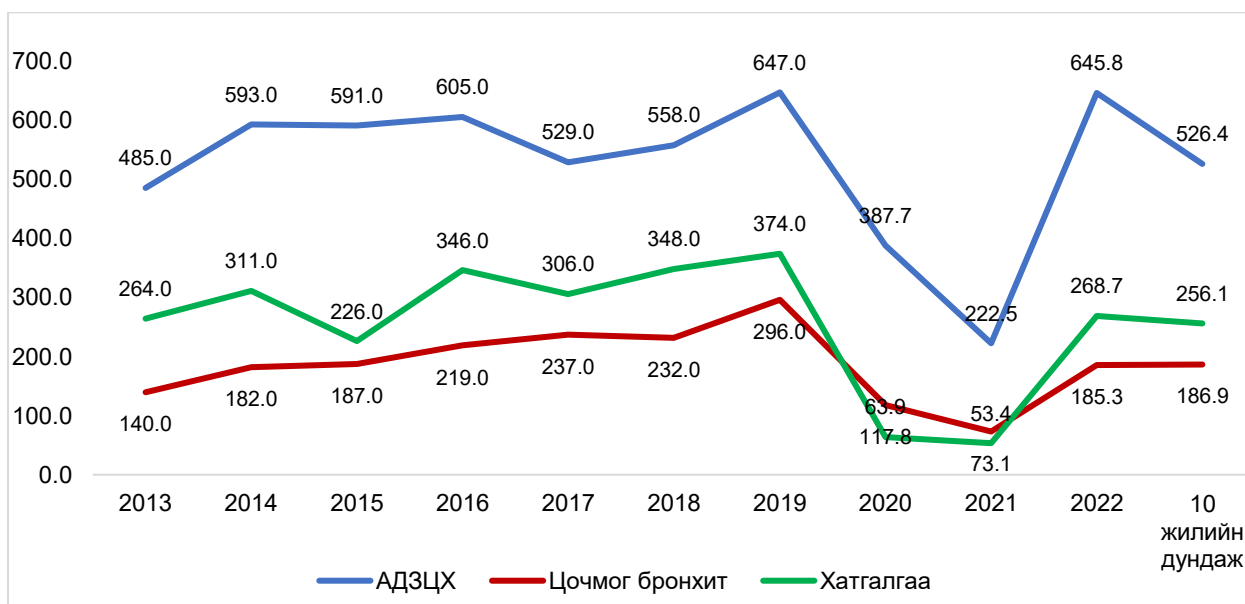
Тэргүүлэх өвчлөлүүд	2013 он			2022 он		
	Эрэгтэй	Эмэгтэй	Бүгд	Эрэгтэй	Эмэгтэй	Бүгд
Амьсгалын дээд замын цочмог халдвар	35.2	34.6	34.9	36.7	34.6	35.6
Томуу, томуу төст	15.2	15.9	15.6	9.9	9.6	9.7
Уушгины хатгалгаа	20.2	17.9	19.0	10.6	9.8	10.2
Цочмог бронхит	11.0	9.3	10.1	16.1	13.5	14.7

Уушгины архаг бөглөрөлт өвчин	5.7	6.2	6.0	7.6	10.0	8.9
Бусад	12.7	16.1	14.5	19.0	22.5	20.9

Амьсгалын тогтолцооны өвчлөлд амьсгалын дээд замын цочмог халдварууд 35.6 хувьтай тэргүүлж байгаа бөгөөд 2013 онтой харьцуулахад 0.7 хувиар нэмэгдсэн байна. 2022 оны байдлаар цочмог бронхит 14.7 хувь, уушгины хатгалгаа 10.2, томуу, томуу төст өвчин 9.7, уушгины архаг бөглөрөлт өвчин 8.9 хувьтай тэргүүлж, бусад өвчлөл 20.9 хувийг эзэлж байна.

2013 онтой харьцуулбал, томуу ,томуу төст өвчин 5.9 хувиар, уушгины хатгалгаа 8.8 хувиар буурч, цочмог бронхит 4.6, уушгины архаг бөглөрөлт өвчин 2.9 хувиар тус тус нэмэгдсэн байна. Амьсгалын дээд замын цочмог халдвар, уушгины хатгалгаа эрэгтэйчүүдэд илүү бүртгэгдсэн байна.

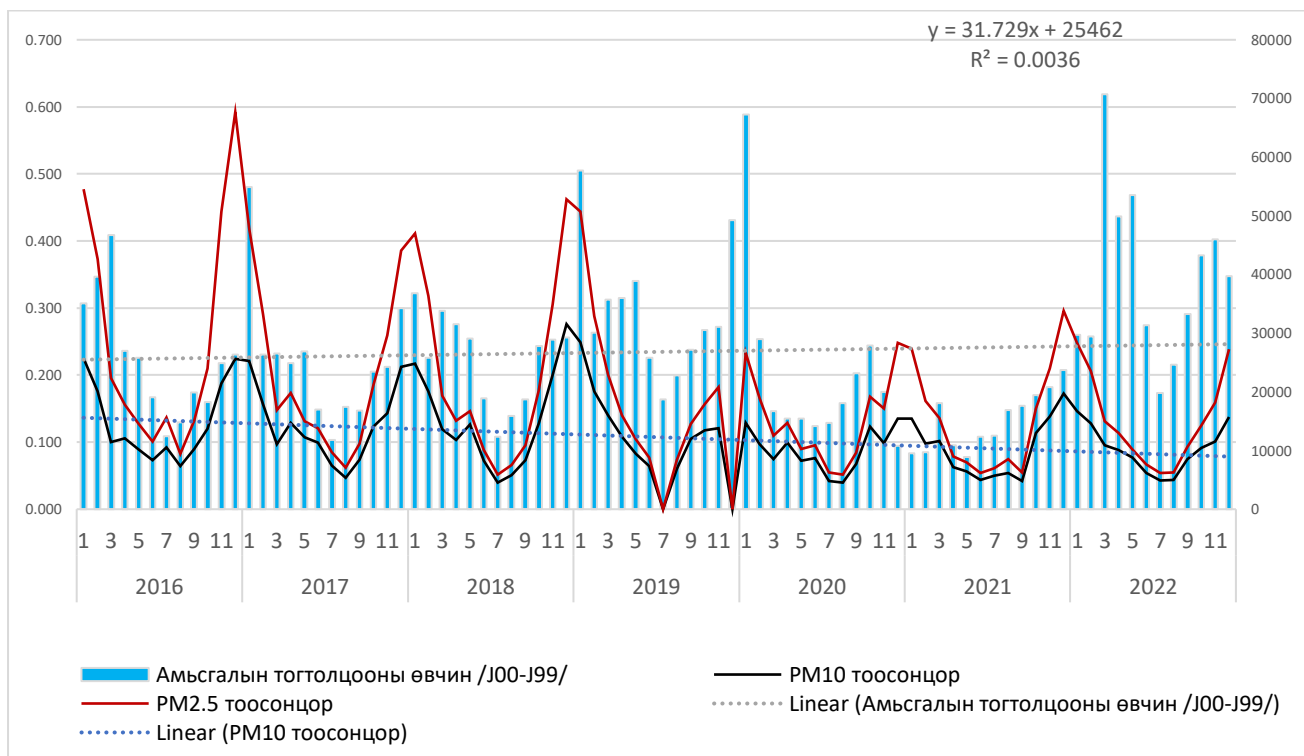
Зураг 10 Амьсгалын тогтолцооны өвчлөл, 10 000 хүн амд, 2013-2022 он



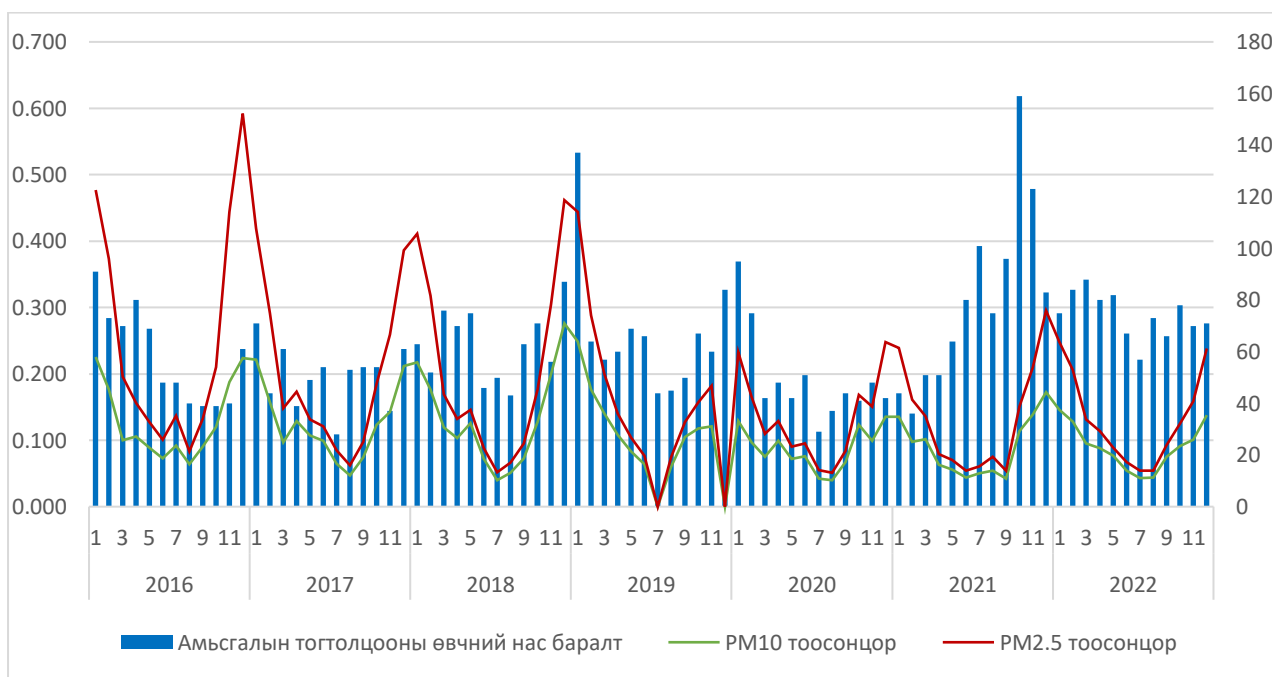
Амьсгалын дээд замын цочмог халдваруудыг сүүлийн 10 жилийн дундажтай харьцуулахад 10 000 хүн ам тутамд 119.4-оор, уушгины хатгалгаа өвчин 12.6-оор өсөж, цочмог бронхит 1.6-оор буурсан ба өмнөх оноос амьсгалын дээд замын цочмог халдварууд 423.3-оор, уушгины хатгалгаа 215.3-оор, цочмог бронхит 112.2-оор тус тус нэмэгдсэн байна.

25-аас дээш насны хүн амын дундах уушгины архаг бөглөрөлт өвчний тохиолдол Амьсгалын тогтолцооны зарим өвчнийг сараар авч үзэхэд сүүлийн 2 жилд уушгины архаг бөглөрөлт өвчин хамгийн их нь 1, 2 болон 11, 12 дугаар сард дунджаар 44 байгаа нь зуны 7, 8 дугаар сарын дунджаас 4.7 дахин их байна. Мөн цочмог бронхит өвчний түвшин (10000 хүн амд ногдох) хамгийн их нь 1 болон 11- 12 дугаар сард дунджаар 27 байгаа нь зуны 7, 8 дугаар сарын дунджаас 2.7 дахин их байна.

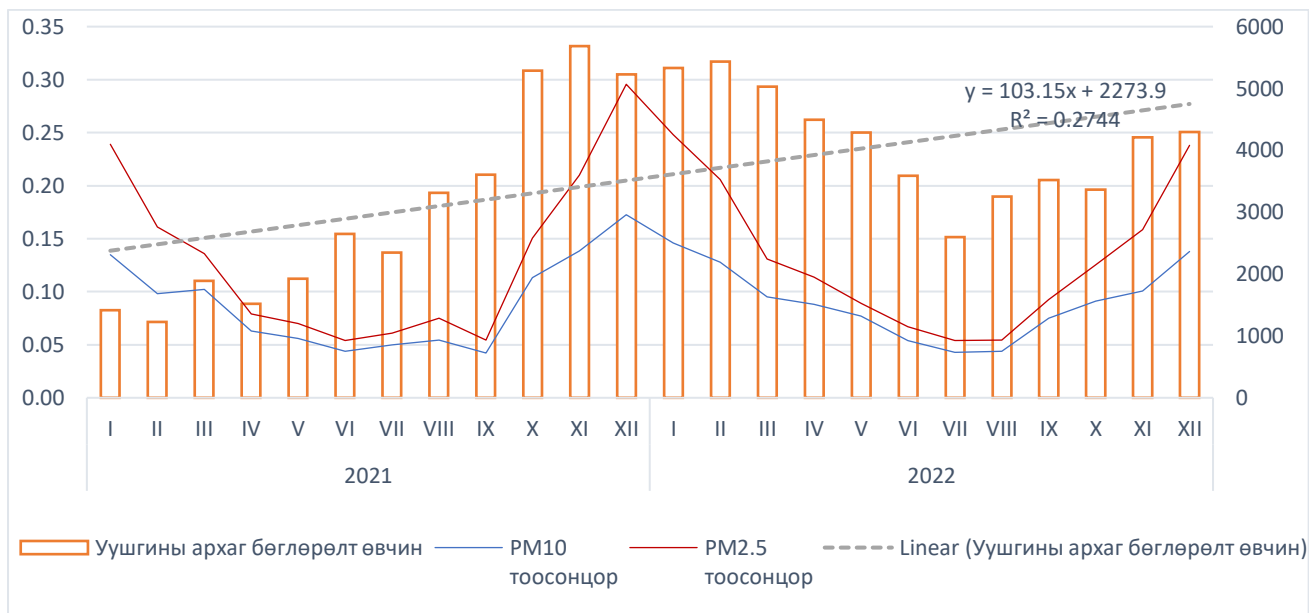
Зураг 11 Амьсгалын тогтолцооны өвчин, PM 10, PM 2.5 тоосонцрын агууламжтай харьцуулсан үзүүлэлт, 2016-2022 оны сараар, Улсын дүнгээр



Зураг 12 Амьсгалын тогтолцооны өвчний шалтгаант нас баралт, PM 10, PM 2.5 тоосонцрын агууламжтай харьцуулсан үзүүлэлт, 2016-2022 оны сараар, Улсын дүнгээр

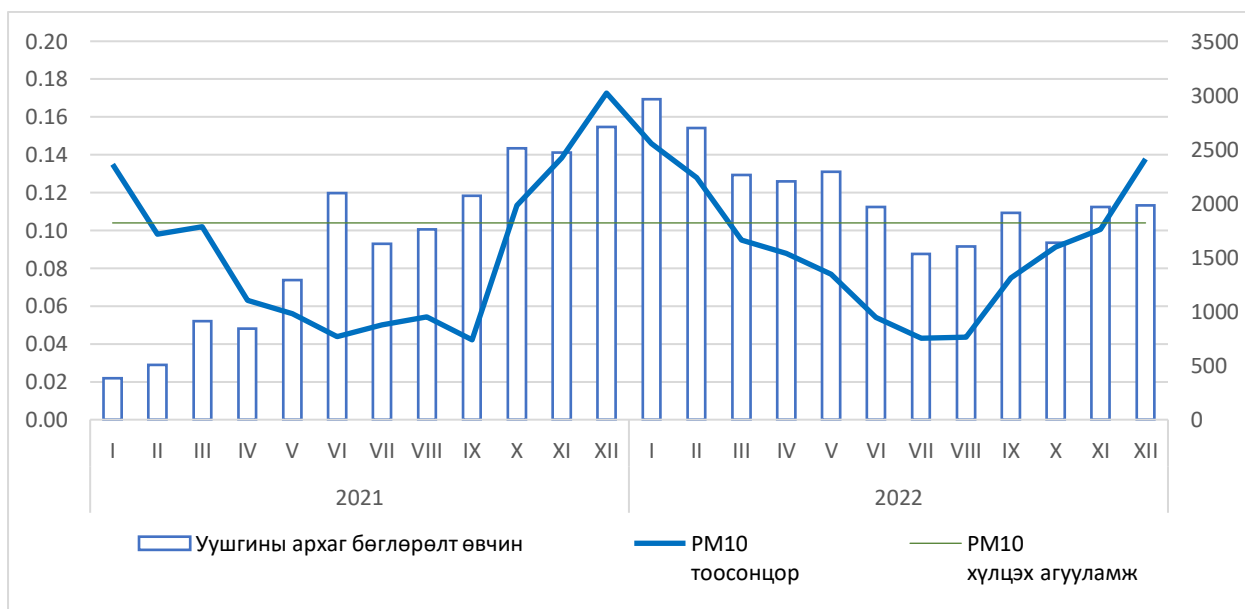


Зураг 13 Уушигны архаг бөглөрөлт өвчин, PM 10, PM2.5 тоосонцрын агууламжтай харьцуулсан үзүүлэлт, Улсын дүнгээр

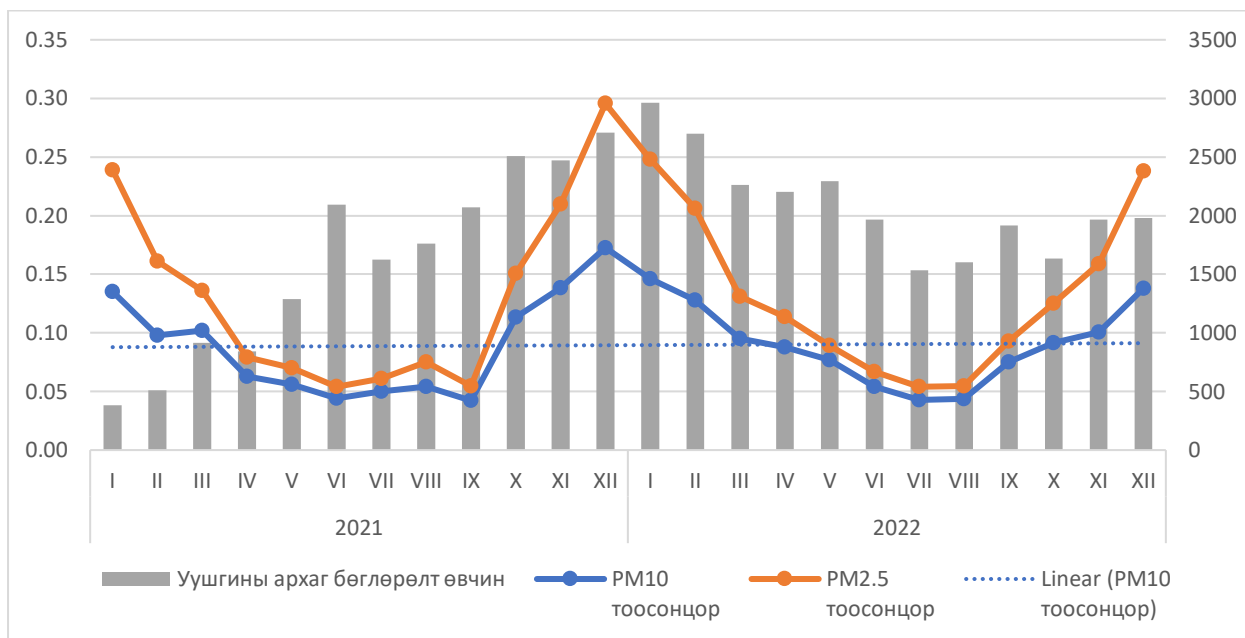


Нэг хүртэлх насны хүүхдийн дунд бүртгэгдсэн амьсгалын тогтолцооны өвчлөлийн тохиолдол 10 жилийн дундажаар, 10000 хүүхдэд ногдохоор харьцуулж үзэхэд Улаанбаатар хотод улс, аймгийн түвшингээс 2706-5224-өөр бага түвшинд байна.

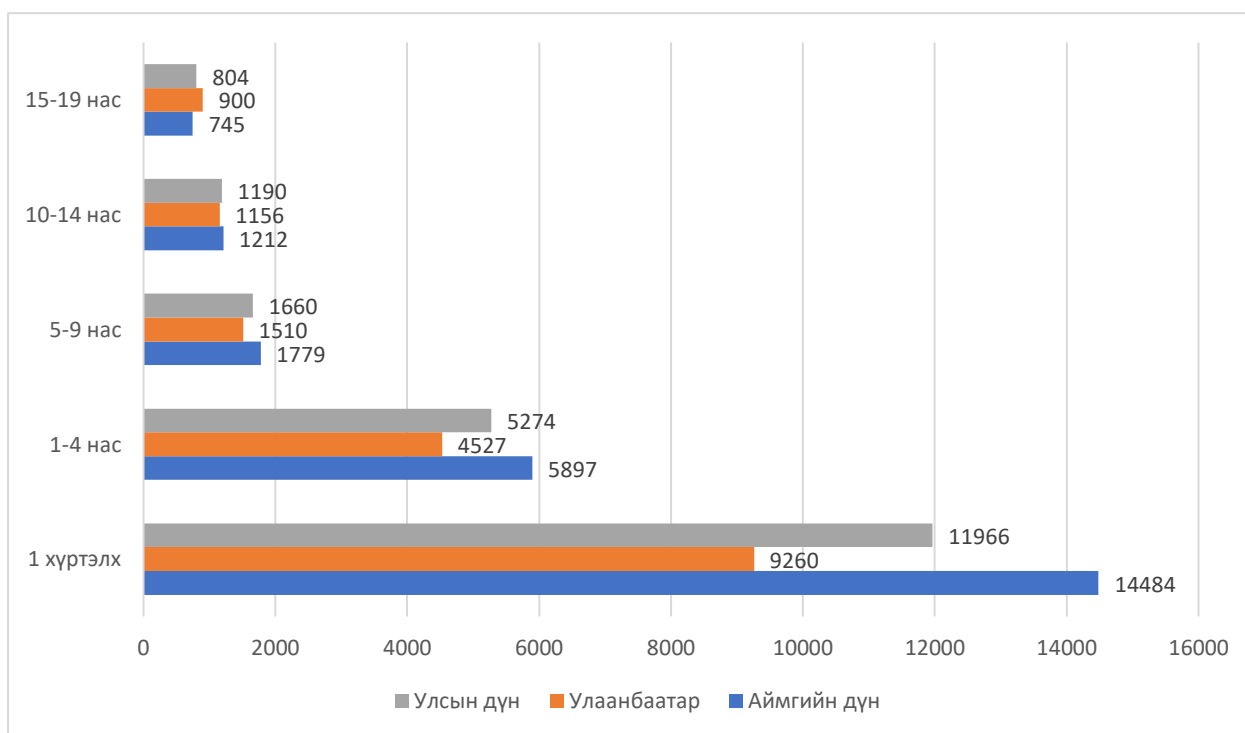
Зураг 14 Уушигны архаг бөглөрөлт өвчин, PM 10, PM2.5 тоосонцрын хэмжилтэй харьцуулсан үзүүлэлт, Улсын дүнгээр



Зураг 15 Уушигны архаг бөглөрөлт өвчин, PM10, PM2.5 тоосонцрын хэмжилтэй харьцуулсан үзүүлэлт, Улаанбаатар хот

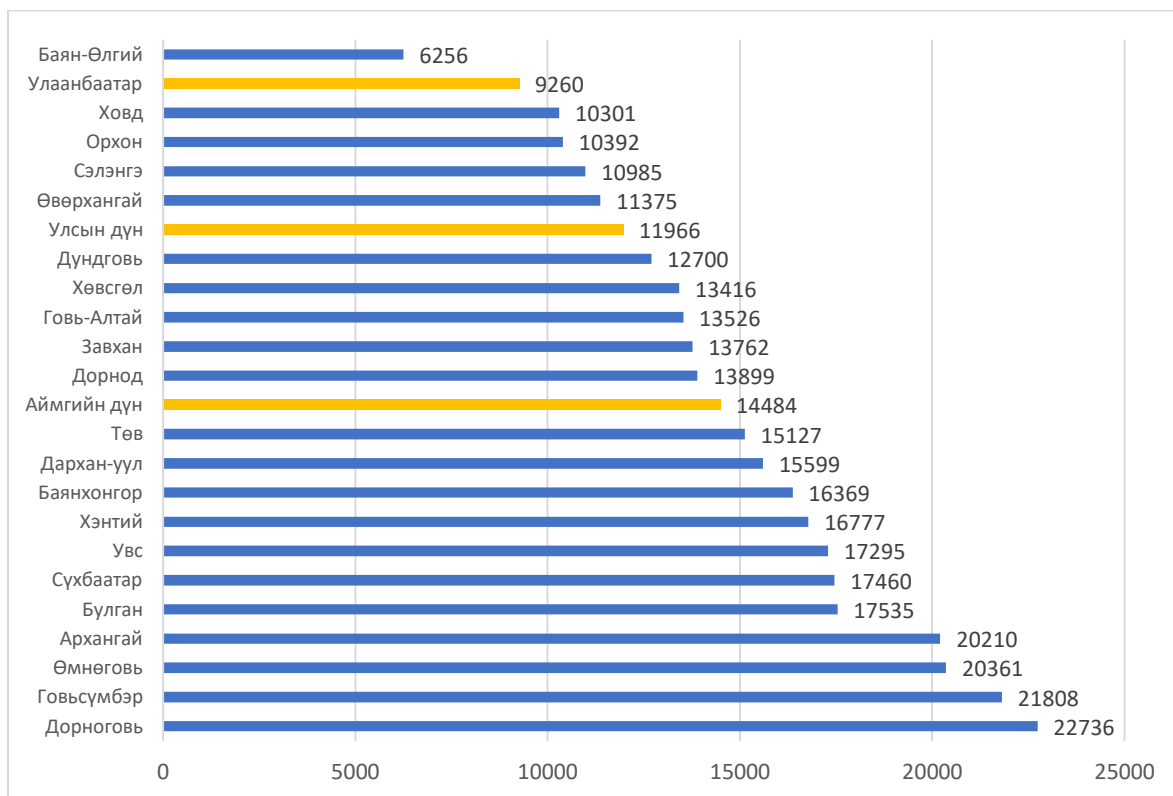


Зураг 16 Амьсгалын тогтолцооны өвчин, 10000 хүн амд, насны бүлгээр, 2011-2020 он

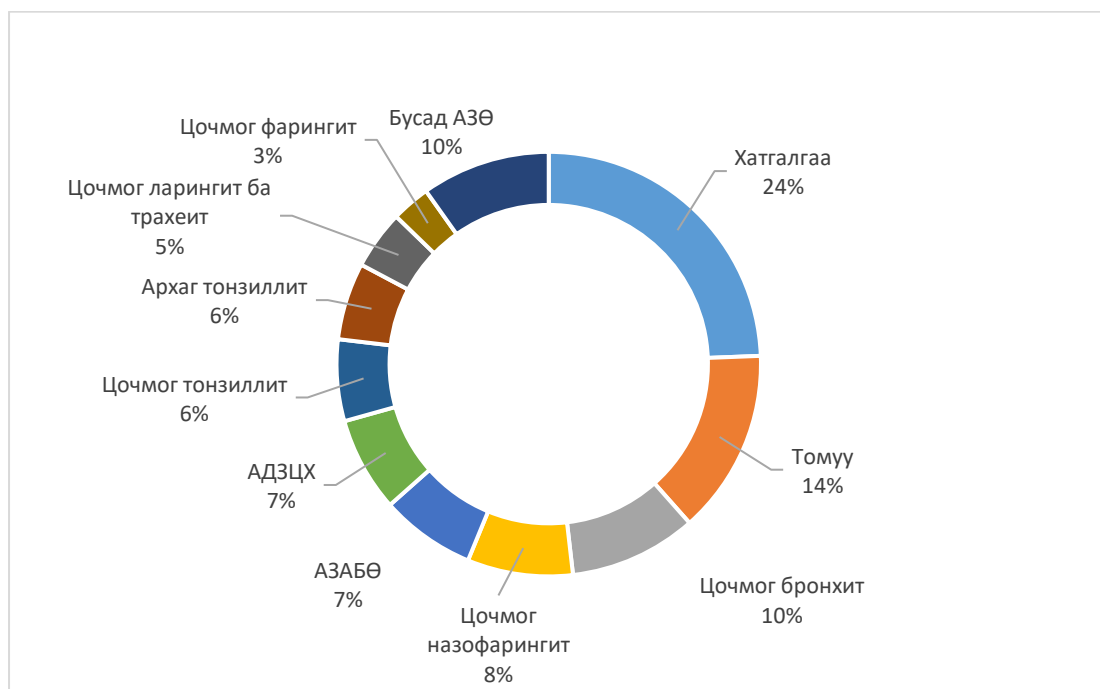


Нэг хүртэлх насны хүүхдийн амьсгалын тогтолцооны өвчлөл 0-19 насны хүүхдийн өвчлөлд хамгийн их тохиолдож байгаа ба байршлаар нь 2011-2020 оны байдлаар харьцуулахад Дорноговь, Говьсүмбэр, Өмнөговь, Архангай, Булган, Сүхбаатар, Увс, Хэнтий, Баянхонгор, Дархан-уул, Төв аймгуудад улс болон аймгийн дундажаас дээгүүр байна.

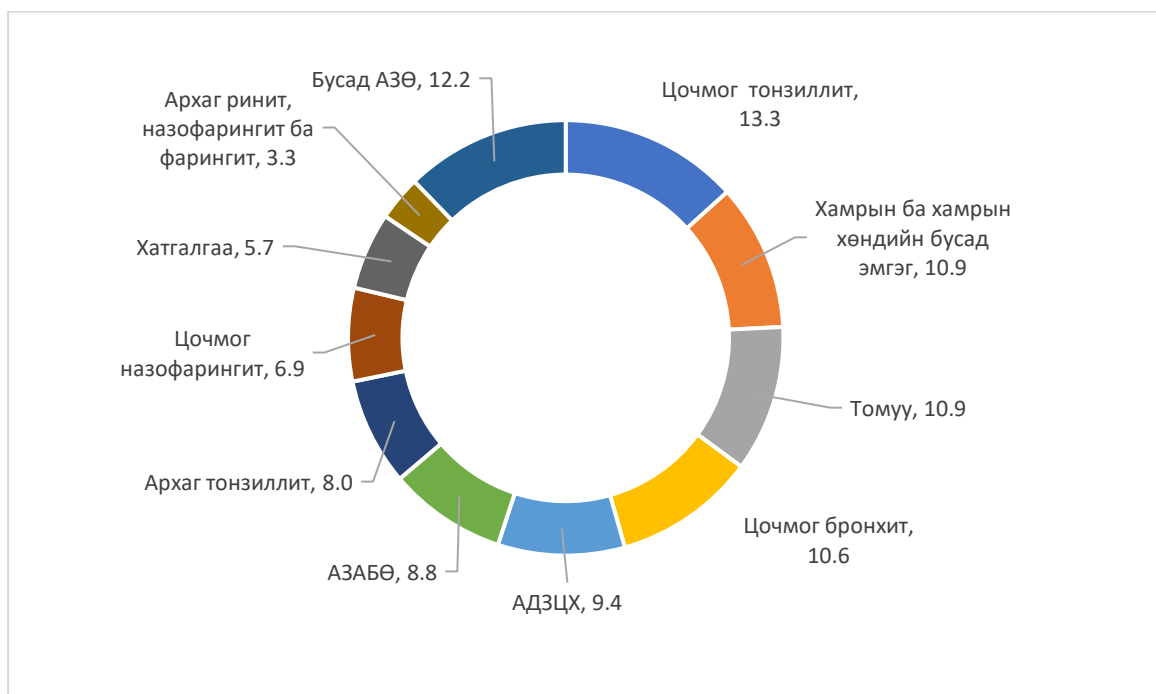
Зураг 17 Нэг хүртэлх насны хүүхдийн амьсгалын тогтолцооны 10000 хүүхдэд ногдох өвчлөл, 10 жилийн дундаж



Зураг 18 Амьсгалын тогтолцооны өвчний тэргүүлэх 10 шалтгаан, хувиар, 2012 он



Зураг 19 Амьсгалын тогтолцооны өвчний тэргүүлэх 10 шалтгаан, хувиар, 2022 он



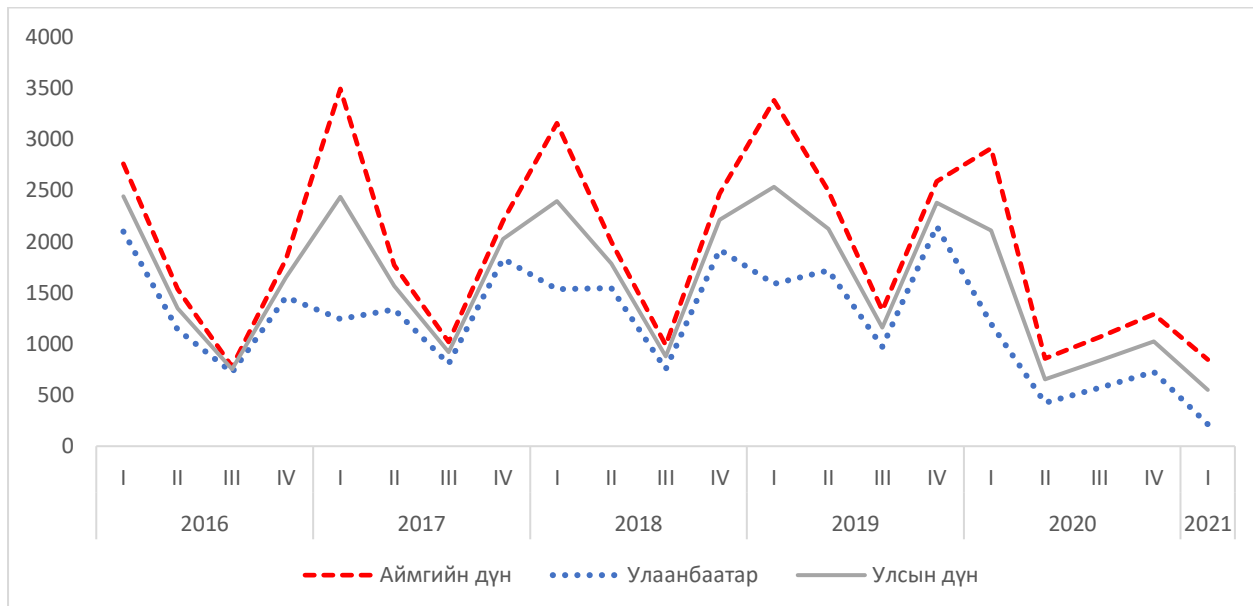
Сүүлийн 5 жилийн дунджаар тэргүүлэх 10 шалтгааныг хувиар авч үзвэл амьсгалын тогтолцооны эмгэг 65.4 хувийг, хоол шингээх эрхтний өвчин 8 хувийг, арьс ба халимны өвчин 5.6 хувийг, чих ба хөхлөг сэртэнгийн өвчин 3.8 хувийг, бусад 17.2 хувийг тус тус эзэлж байна.

Хүснэгт 21 Амьсгалын тогтолцооны өвчлөлийн тэргүүлэх шалтгаан, дүнд эзлэх хувиар, 2012, 2022 он

Тэргүүлэх өвчлөлүүд	0-1 нас		1-4 нас		5-9 нас		10-14 нас	
	2012	2022	2012	2022	2012	2022	2012	2022
Нийт	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Хатгалгаа	34.4	7.7	30.9	7.4	16.1	3.3	12.9	3.2
Томуу	15.3	15.2	18.0	14.7	19.6	13.8	17.7	11.9
Цочмог бронхит	17.2	19.0	11.6	18.1	9.0	14.4	7.9	13.9
Цочмог назофарингит	9.7	15.7	10.7	10.4	10.8	8.0	8.0	5.6
АДЗЦХ	9.9	17.5	10.4	15.0	9.2	10.3	7.3	7.6
Цочмог тонзиллит	2.4	14.3	6.1	21.2	12.9	21.7	14.5	18.4
Цочмог ларингит ба трахеит	6.2	4.4	6.6	3.9	5.6	2.5	4.6	2.1
Цочмог фарингит	1.6	3.2	2.4	3.0	4.1	2.4	4.5	2.2
Бусад өвчин	3.3	3.0	3.3	6.3	12.7	23.6	22.5	35.1

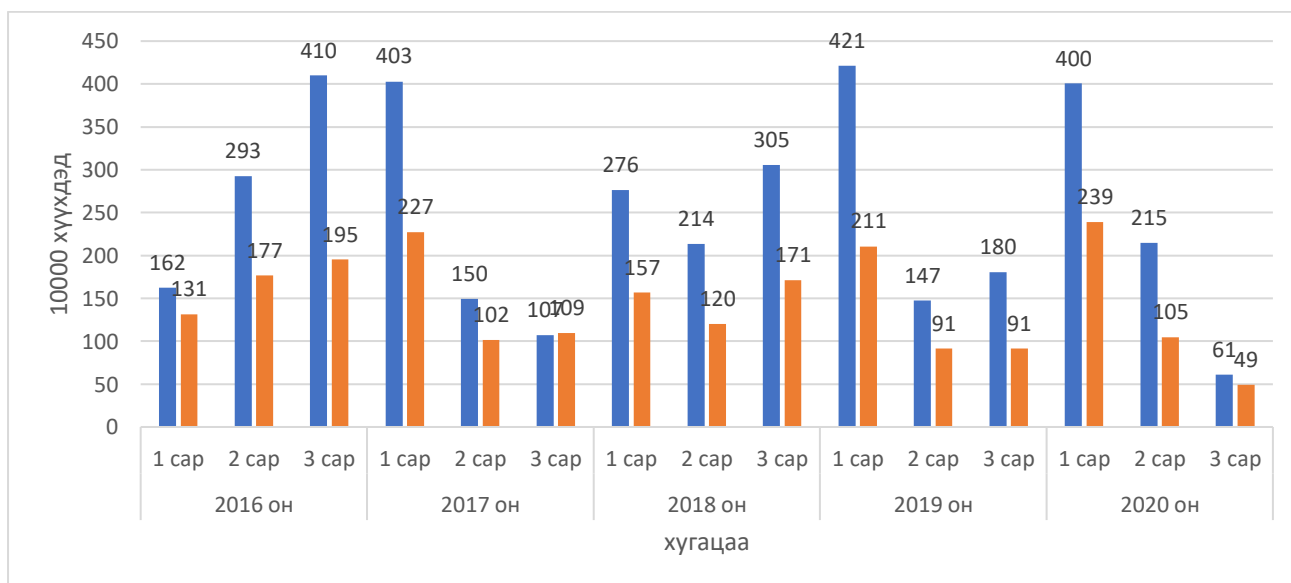
Улсын хэмжээнд 5 хүртэлх насны хүүхдийн амьсгалын тогтолцооны өвчлөл (10000 хүн амд ногдох) 2020 оны эхний 3 сарын байдлаар 2067 болж, 2016 оны эхний 3 сараас 819-өөр, өмнөх оноос 467-оор тус тус өссөн байна. Их хэмжээний агаарын бохирдолтой орчинд амьдрах нь хүн амын ялангуяа хүүхдийн эрүүл мэндэд сөргөөр нөлөөлдөг. Агаарын бохирдолтой холбогдох уушгины үрэвсэл, бронхит, амьсгалын замын архаг өвчлөл гээд олон өвчнийг энд нэрлэж болох бөгөөд эдгээр нь хүүхэд өсөж том болсон хойно ч тэдний уушгины үйл ажиллагааг сулруулах гэх мэтээр хүндрэл үүсгэж болзошгүй байдаг.

Зураг 20 Тав хүртэлх насны хүүхдийн амьсгалын замын өвчлөл, 2016-2020 он, улирлаар, улс, аймаг, Улаанбаатар хотод, тухайн насны 1000 хүүхдэд



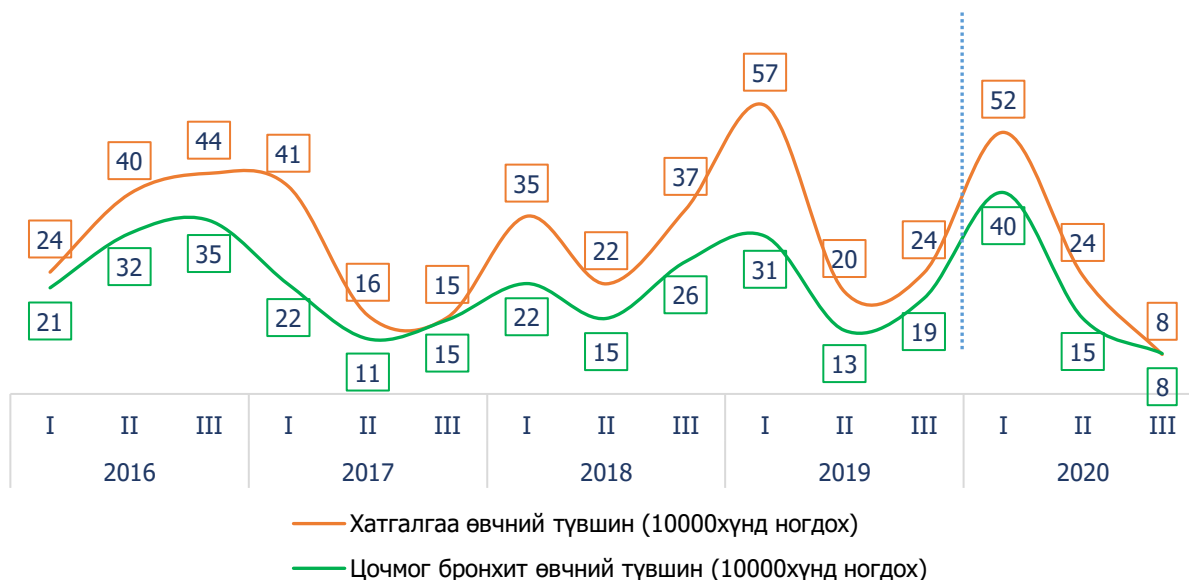
2020 оны эхний 3 сарын байдлаар 5 хүртэлх насны хүүхдийн амьсгалын тогтолцооны өвчлөлд хамгийн их буюу 32.7 хувийг цочмог бронхит (acute bronchitis) өвчин 19 хувийг эзэлж байна. Энэ өвчин 2016 оны эхний 3 сарын байдлаар хатгалгаа өвчин нь амьсгалын тогтолцооны өвчлөлийн 30.0 хувь, цочмог бронхит өвчин 17.4 хувийг эзэлж байна. 2016-2019 оны эхний 3 сараар 0-5 хүртэлх насны хүүхдийн хатгалгаа болон цочмог бронхит өвчнийг тухайн насны 10000 хүүхдэд харьцуулж харахад 2016 онд өсөж бусад онуудад харьцангуй буурсан харагдаж байна.

Зураг 21 Тав хүртэлх насны хүүхдийн хатгалгаа, цочмог бронхит өвчин, 2016-2020 оны 1,2,3 дугаар саруудад, тухайн насны 10000 хүүхдэд



Улаанбаатар хотын хатгалгаа өвчний түвшин (10000 хүнд ногдох)-г сүүлийн 5 жилийн эхний 3 сарын дунджаар 2016 онд 36 болж хамгийн өндөр байсан бол 2020 оны эхний 3 сарын дунджаар 28 болж, өмнөх оноос 6-аар буурсан байна. Сүүлийн 5 жилийн байдлаар хатгалгаа өвчний түвшин 2019 оны 1 дүгээр сард хамгийн өндөр 57, хамгийн бага нь 2020 оны 3 дугаар сард 8 байна.

Зураг 22 Улаанбаатар хотын хатгалгаа, цочмог бронхит өвчний түвшин, 10000 хүнд ногдохоор, жил бүрийн эхний 3 сарын байдлаар



Цочмог бронхит өвчний түвшин (10000 хүнд ногдох)-г сүүлийн 5 жилийн байдлаар сараар харвал 2016 оны 3 дугаар сард 35, хамгийн бага нь 2020 оны 3 дугаар сард 8 байна. Энэ үзүүлэлт сүүлийн 5 жилийн эхний 3 сарын дунджаар 2016 онд 29 болж, хамгийн өндөр байсан бол 2020 оны эхний 3 сарын дунджаар 21 болж, өмнөх онтой адил түвшинд байна.

1.2.5 агаарын чанарын менежмент

Хүхэрлэг хий (SO_2), азотын ислүүд (NO_x), аммиак (NH_3), тоос ($PM_{10}, PM_{2.5}$ болон нийт тоос (TSP)), нүүрсхүчлийн исэл болон намгийн хийн бус дэгдэмхий органик нэгдэл ($NMVOCs$), байнгын органик бохирдуулагчид, хүнд металлын агаарт ялгарч буй нийт хэмжилтээр тодорхойлно.

Агаарын чанарын хяналтын сүлжээ нь суурин болон хөдөлгөөнт харуулаас бүрддэг. Харуулын байрлалыг сонгохдоо агаарын бохирдол ихтэй (аж үйлдвэр, төв зам) орчинд шууд сэргийлэх зорилгоор, хотын хүн ам байнга оршин суух газарт ерөнхий үнэлгээ хийх боломжийг харгалзан байрлуулна. Агаарын чанарын стандартын дагуу дараах хүлцэх хэм хэмжээтэй харьцуулна.

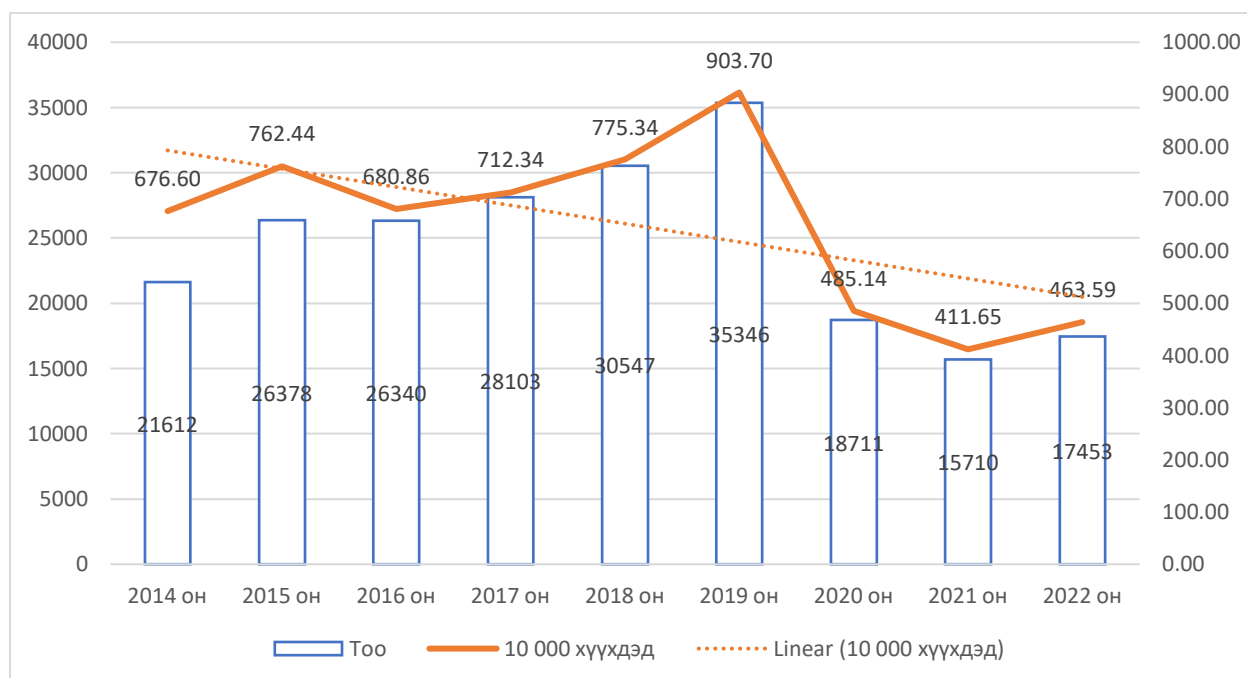
Монгол улсын хүн амын эрүүл, аюулгүй орчинд амьдрах, ажиллах, сурах нөхцөлийг бүрдүүлэх, экосистемийн тэнцлийг хангах зорилгоор гадаад, дотоод орчны агаар дахь хими, физикийн гаралтай түгээмэл бохирдуулагчийн зөвшөөрөгдөх хэмжээг тогтооход зорилготой Стандартчилал, Хэмжилзүйн Үндэсний Зөвлөлийн 2007 оны 12 дугаар сарын 20 ний өдрийн 67 дугаар тогтоолоор баталсан стандартыг мөрдөж ажилладаг байна.

Дотор орчны агаарын чанарын менежментийн тогтолцоонд тавигдах шаардлагыг тодорхойлсон стандарттай.

1.2.6 тав хүртэлх насны хүүхдийн суулгалт өвчний тохиолдол

2022 оны байдлаар хоол боловсруулах тогтолцооны өвчин 5 хүртэлх насны 10 000 хүүхэд тутамд хүүхдийн өвчлөлийн дотор халдварт бус суулгалт, шүд цоорох, карис, шүд ба дайвар бүтцийн бусад эмгэг зэрэг өвчлөлүүд хамгийн их тохиолдож байна.

Зураг 23 Тав хүртэлх насны хүүхдийн суулгалт өвчлөлийн тохиолдол



1.3 Аюулгүй амьдралын орчин

Энэхүү үзүүлэлтийг тооцоолох шалгуур үзүүлэлтийн мэдээлэл одоогоор байхгүй байна.

1.4 Ундны усны аюулгүй байдал

1.4.1 Ундны усны сайжруулсан эх үүсвэр ашигладаг хүн амын эзлэх хувь

Эдгээр үзүүлэлтийг 5 жил тутамд хийгддэг НҮТС-аар тооцон гаргаж байна. Ундны усны сайжруулсан эх үүсвэр гэдэгт дараах ус хангамжийн төрлүүд багтана. Үүнд: Төвлөрсөн системд холбогдсон (сууц, хашаа, гудамж, хороолол нь ус дамжуулах хоолойд холбогдсон, нийтийн ус түгээх байртай), хамгаалагдсан гүний худаг, гар худаг, тохижуулж хамгаалсан булаг шанд, борооны ус цуглуулагч, мөн түүнчлэн савласан болон зөөврийн ус зэрэг багтана.

Ундны усаа авч хэрэглэдэг газар нь сууц/хашаандаа байвал сайжруулсан эх үүсвэрт орно. “Хэрэгтэй үед устай байсан” гэдэгт ус хэрэгтэй үед нь хангалттай хэмжээний ус өрхөд байсныг ойлгоно.

“Гэдэсний савханцар (E.coli) болон химийн бодисоор бохирдоогүй” гэдгийг үндэсний стандартаар тодорхойлно. Хэрэв тийм стандарт байхгүй бол ДЭМБ-аас гаргасан ундны усны чанарыг тодорхойлох www.who.int/water_sanitation_health/water-quality/guidelines/en/ гарын авлагыг ашиглана.

1.5 Шавжаар дамждаг халдварт өвчин

Сүүлийн 10 жилийн дунджаар зоонозын халдварт өвчний 388 тохиолдол бүртгэгдэж, нийт тохиолдлын 50.5%-ийг хачгаар дамжих халдварт өвчин эзэлж байна. Сүүлийн жилүүдэд тарваган тахал, боом, галзуугийн халдварын намжмал голомтын идэвх сэргэж, хачгаар дамжих халдвар нэмэгдэж, хумхаа, корона, эбола, зика, денге чичрэг зэрэг өвчин бусад улсаас зөөвөрлөгдөн орж ирэх эрсдэл өндөр байна.

Боомын хүний өвчлөлийн тохиолдол сүүлийн жилүүдэд буурч, жилд 1-2 тохиолдол бүртгэгдэж байгаа бол хумхаа, денгийн хүний өвчлөлийн зөөвөрлөгдөн ирсэн тохиолдлууд бүртгэгдэж байна.

1.5.1 Шавжаар дамждаг халдварт өвчин халдварт өвчнөөр өвчилсөн хүн амын тоо

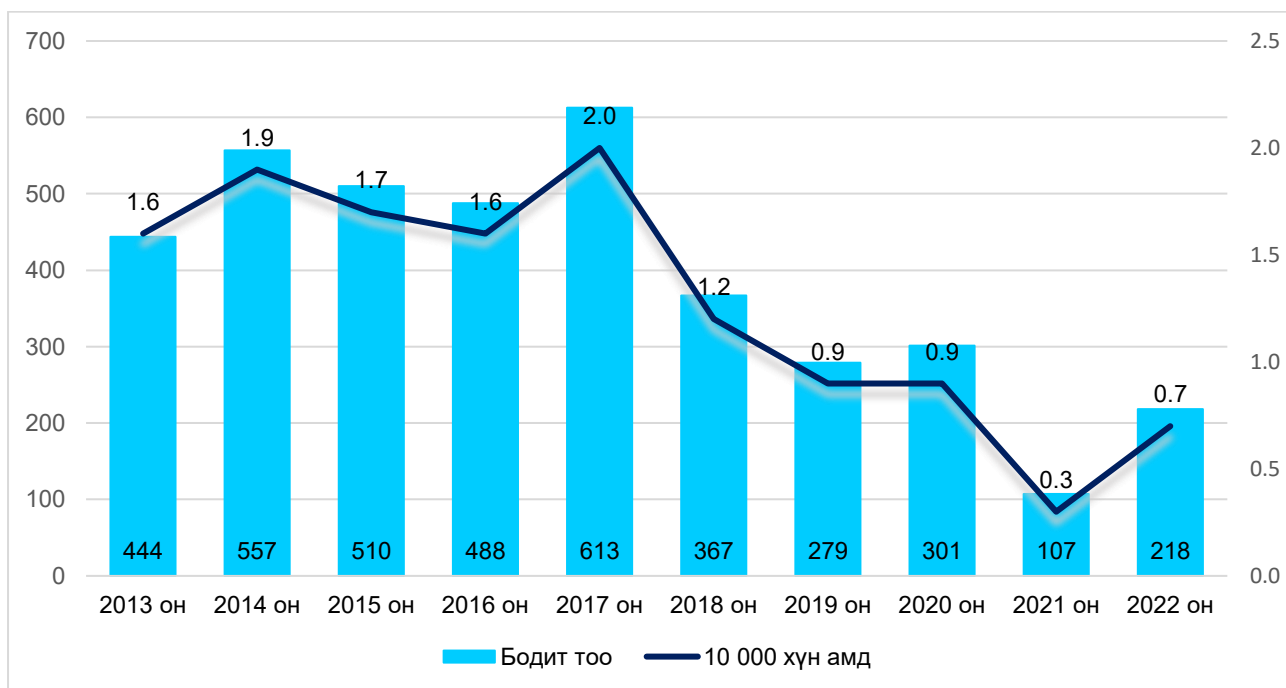
Улсын хэмжээнд 2022 онд зоонозын халдварт өвчний 218 тохиолдол бүртгэгдэж, 10 000 хүн амд 0.7 байгаа ба сүүлийн 10 жилийн дунджаас 170 тохиолдол буюу 10 000 хүн ам тутамд 0.6-оор буурсан байна. Улсын хэмжээнд 2022 онд бүртгэгдсэн хачгаар дамжих халдварын сэжигтэй тохиолдол нийт 19 аймаг, нийслэлийн 71 сум, дүүрэгт 581 тохиолдол бүртгэгдсэн. Нийт бүртгэгдсэн хүний өвчлөлийн сэжигтэй тохиолдлын үзүүлэлт өмнөх жилийн 251 үзүүлэлтээс 1.3 дахин өссөн, сүүлийн 5 жилийн дундаж 899 үзүүлэлтээс 65 хувиар буурсан үзүүлэлттэй байна. Мөн нийт дуудлагын 85 хувь нь (497) хачигт риккетсиоз, 8 хувь нь (49) хачигт энцефалит, 6 хувь нь (35) хачигт боррелиоз тус тус эзэлж байна. *Хүснэгт 22 Хачгаар дамжих халдварт өвчний сэжигтэй дуудлага, төрлөөр*

Өвчний нэр	2017	2018	2019	2020	2021	Дундаж	2022
Хачигт энцефалит	230	181	88	100	29	125.6	49
Хачигт боррелиоз	116	96	77	119	4	82.4	35
Хачигт риккетсиоз	929	822	676	810	218	691	497
Бүгд	1275	1099	841	1029	251	899	581

Хүснэгт 23 Хачгаар дамжих халдвараар өвчилсөн хүний тоо, 2013-2022 он

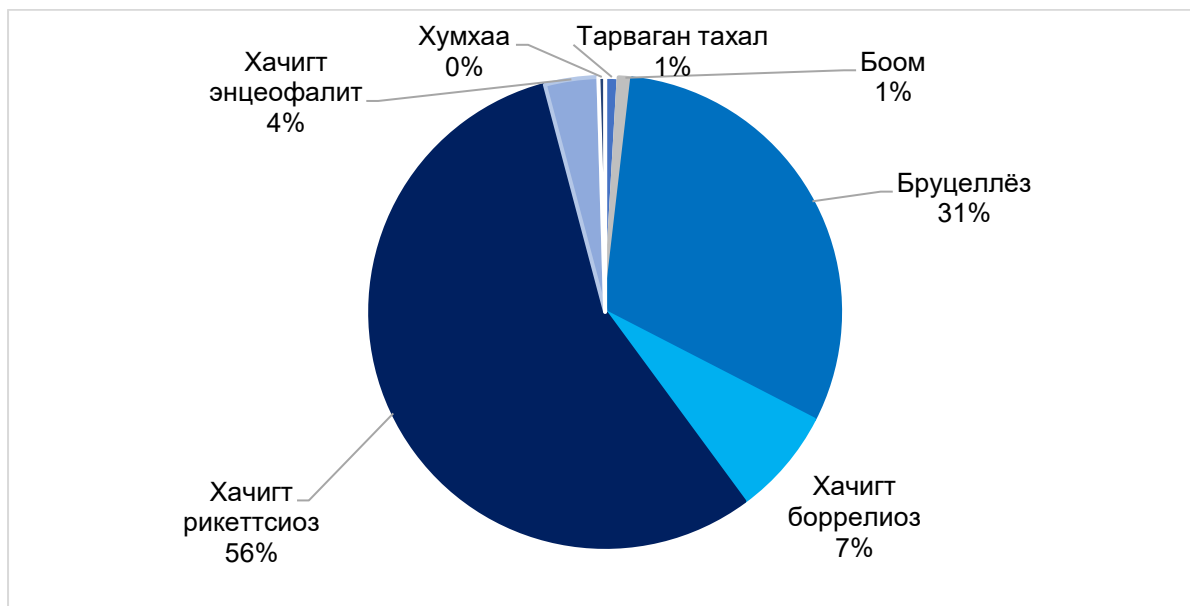
Үзүүлэлт	2013 он	2014 он	2015 он	2016 он	2017 он	2018 он	2019 он	2020 он	2021 он	2022 он
Зоонозын халдварт өвчин нийт	444	557	510	488	613	367	279	301	107	218
Хачигт боррелиоз	1	1	17	78	46	24	17	13	1	16
Хачигт риккетсиоз	35	269	137	196	357	203	139	182	60	122
Денге чичрэг				1		1		0	0	0
Хумхаа	2	3	1	3	2	0	1	2	1	1

Зураг 24 Зоозын халдварт өвчний тохиолдол, 10 000 хүн амд, 2013-2022 он



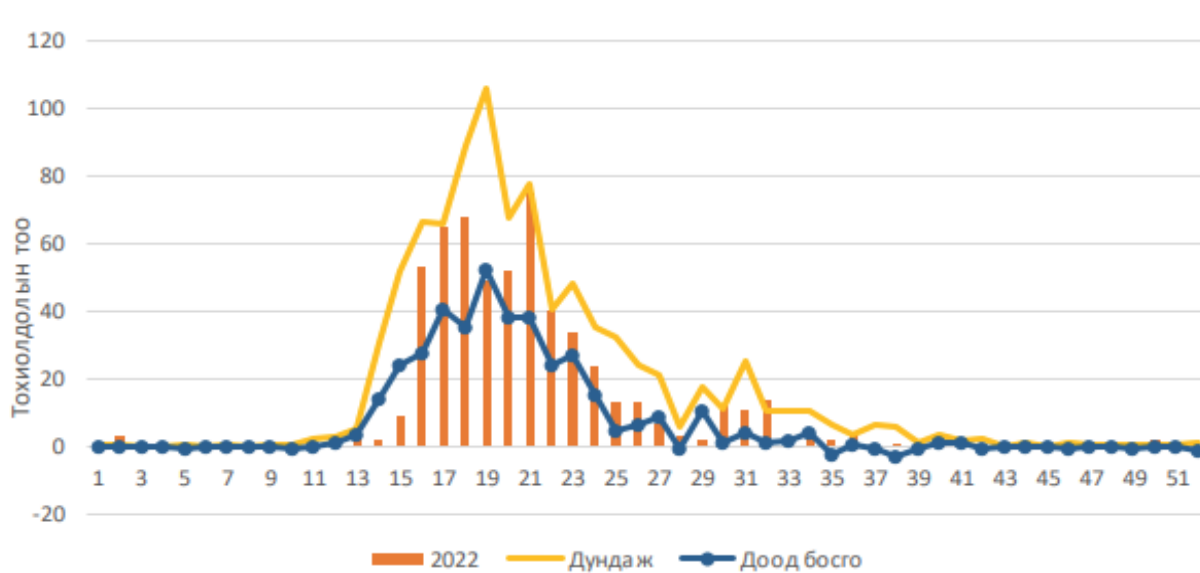
Улсын хэмжээнд 2022 онд бүртгэгдсэн зоозын халдварт өвчний 56.0 хувь нь хачигт риккетсиоз, 30.7 хувь нь бруцеллэз, 3.7 хувь нь хачигт энцефалит, 7.3 хувь нь хачигт боррелиоз, 0.9 хувь боом, тарваган тахал, 0.5 хувийг хумхаа өвчин тус тус эзэлж байна.

Зураг 25 Зоозын халдварт өвчний бүтэц, 2022 он



2022 онд эпидемиологийн долоо хоногийн хувьд тохиолдлын тоо сүүлийн 5 жилийн дундаж үзүүлэлтээс буурсан ч гарч болох доод босго үзүүлэлтээс өссөн байна.

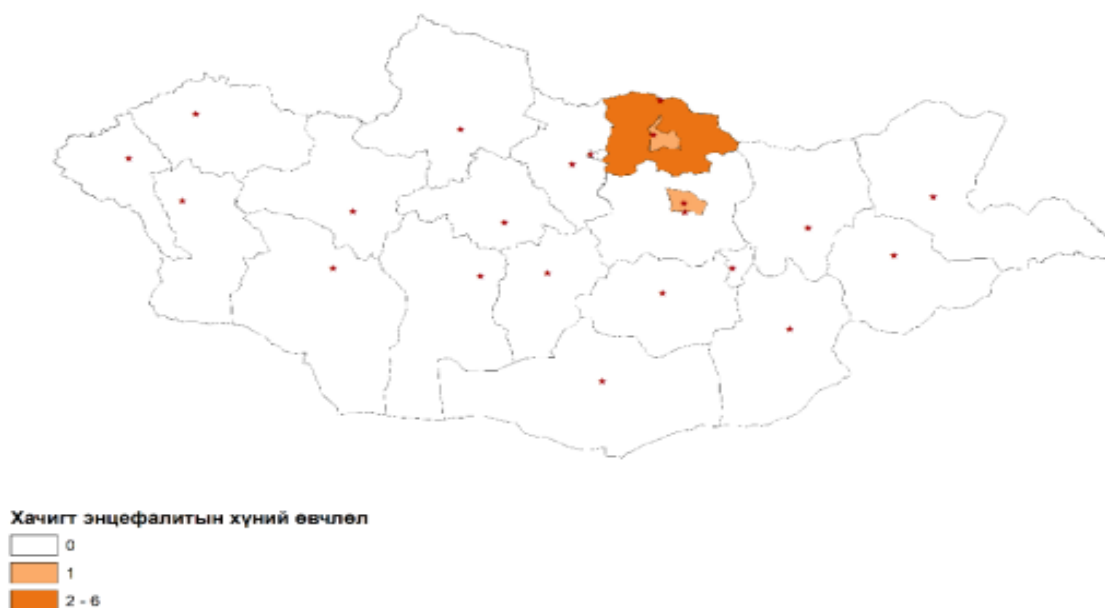
Зураг 26 Хачигт халдварын эпидемиологийн 7 хоног



Улсын хэмжээнд хачигт энцефалит өвчний 49 сэжигтэй тохиолдол бүртгэгдсэнээс 16 хувь буюу 8 тохиолдол батлагдсан байна. Нийт батлагдсан тохиолдлоос 75 хувь нь Сэлэнгэ аймагт, 12.5 хувь нь Дархан-Уул аймагт, 12.5 хувь нь Улаанбаатар хотод тус тус бүртгэгдсэн байна. Үүнээс үзэхэд Сэлэнгэ аймаг нь хачигт энцефалитын халдварын голомтот бүс нутагт хамаарч байна.

Нийт хачигт энцефалитаар өвчлөгчид 4, 6, 7- дугаар саруудад хачигт хазуулан халдвар авч, толгой өвдөх-63%, халуурах-75%, дагз хөших50%, хоолны дуршил буурах-38% зэрэг шинж тэмдгүүд түгээмэл илэрч, халдварын нууц үеийн хугацаа 4.8 хоног байна. Өвчлөгсдийн дундаж нас 40 (19-58 нас), хүйсийн хувьд 62.5% нь эрэгтэй, 37.5% нь эмэгтэйчүүд эзэлж байна. Энэ жил хачигт энцефалитийн хүний өвчлөлийн нас баралт бүртгэгдээгүй байна

Зураг 27 Хачигт энцефалитын хүний өвчлөлийн тархалт, 2022 он



Улсын хэмжээнд 17 аймагт 59 суманд хачигт риккетсиозын хүний өвчлөл тохиолдол 122 бүртгэгдсэн нь өмнөх оноос 2 дахин өсч, өвчлөлийн түвшин 10 000 хүн амд 0.3, нас баралт бүртгэгдээгүй байна. Хачигт риккетсиозын нийт өвчлөгсдийн 68% (83) эмэгтэй, 32% (83) эрэгтэйчүүд эзэлж байна. Мөн 2-7 дугаар саруудад халдвараар өвчилсөн байгаа бөгөөд 89%

нь 4-7 дугаар сард бүртгэгдсэн байна. Хачиг хазуулсан газарт үрэвсэх 32% (39), халуурах 77% (94), толгой өвдөх 13% (16), булчирхай үрэвсэх 16% (20), цэгчилсэн тууралт 36% (44) хазуулсан газар үрэвсэж тавших 30% (37) зэрэг шинж тэмдэг илэрч нууц үеийн хугацаа 3.9 хоног байна. Өвчлөгчдийн дундаж нас 17 (1-92) байна.

2022 онд хачигт боррелиозын хүний өвчлөлийн сэжигтэй 35 дуудлага бүртгэгдэж, 16 тохиолдол батлагдсан байна

1.5.2 Шавжаар дамждаг халдварт өвчний түвшин

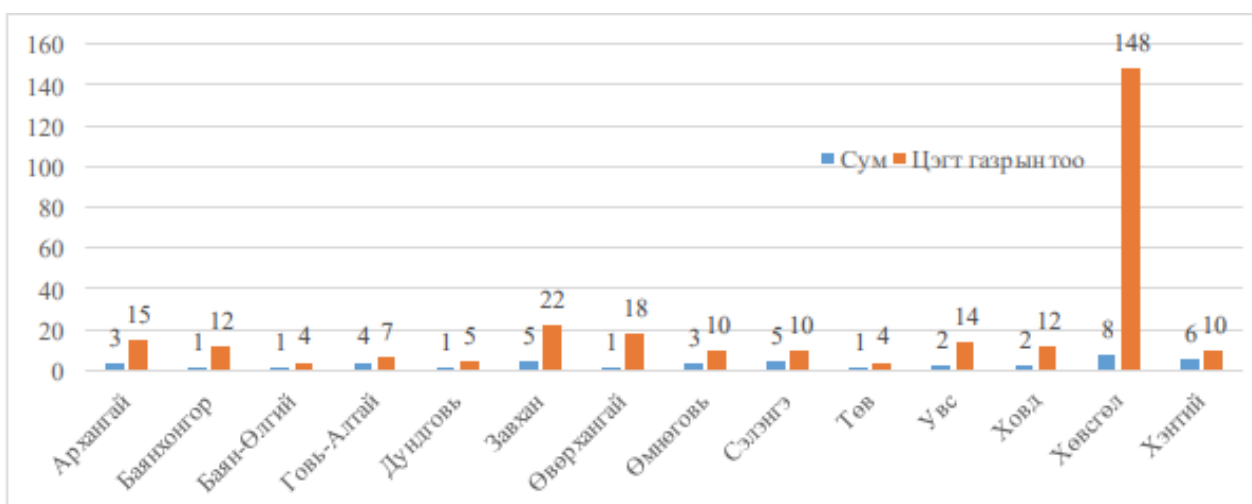
2022 онд 14 аймгийн 43 сумын 299 цэгт хачигт халдварын тандалт шинжилгээг хийж гүйцэтгэсэн байна. Өмнөх онтой харьцуулахад шинжилгээнд хамрагдсан аймгийн тоо 27 хувиар, сумын тоо 2.1 дахин, цэгт газрын тоо 53 хувиар, цуглуулсан хачгийн тоо 14 дахин өссөн үзүүлэлттэй байна

Хүснэгт 24 Хачгаар дамжих өвчний тандалт шинжилгээнд хамрагдсан байдал

Үзүүлэлт	2017	2018	2019	2020	2021	2022	5 жилийн дундаж харьцуулахад	Өмнөх онтой
Аймгийн тоо	12	15	14	13	11	14	7.69%↑	27.27%↑
Сумын тоо	33	46	46	41	20	43	15.59%↑	2.15 дахин ↑
Цэгт газрын тоо	161	213	209	206	195	299	51.77%↑	53.3%↑
Хачгийн тоо	8510	13460	5277	6658	1830	8072	12.94%↑	14 дахин↑

Шинжилгээнд ирүүлсэн хачгийн 55.15%-д хачигт риккетсиоз, 18.54%-д ку чичрэг, 7.04%-д бартонелл; 8.59%-д хачигт риккетсиоз бартонеллын, 58.87%-д ку чичрэг хачигт риккетсиозын хавсарсан халдварын үүсгэгчийн ДНХ тодорхойлогджээ. Шинжилгээнд ирүүлсэн *D.nuttalli* зүйлийн хачгийн 68.19%-ийг эм хүйсийн хачиг эзэлж байсан бөгөөд 96.5% нь бие гүйцсэн, 85.37% нь цус сороогүй өлөн хачиг байна. *I.persulcatus* зүйлийн хачиг бүгд бие гүйцсэн, 54.49% эм, 87.54% нь цус сороогүй хачиг байв. *H.asiaticum* зүйлийн хачгийн 68.78% эм, бүгд бие гүйцсэн, 79% нь цус сороогүй хачиг байна. Ховд аймгийн ЗӨСТ орон нутагтаа молекул биологийн шинжилгээ хийж үр дүнд хүрсэн.

Зураг 28 Хачгаар дамжих халдварын тандалт судалгаанд хамрагдсан газрууд, 2022 он



1.5.3 Шавжаар дамждаг халдварт өвчин халдварт өвчний хяналтад хамрагдсан хүн амын хувь, өвчний төрлөөр

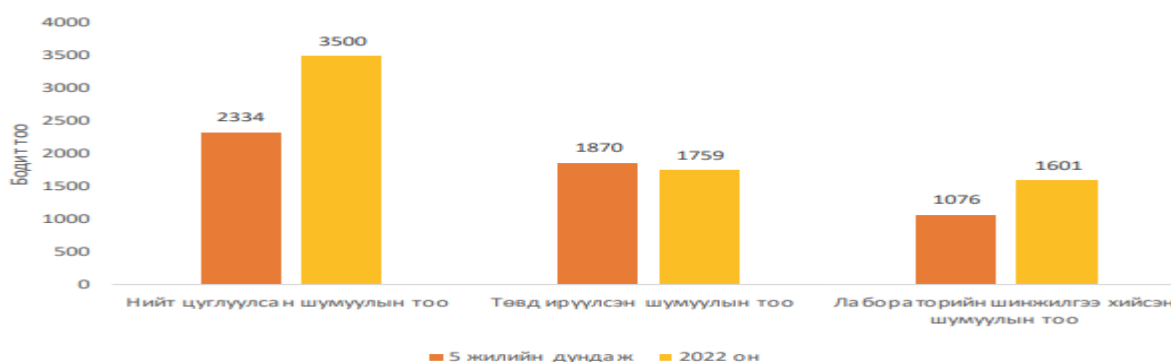
Дэлхий дээр 3500 орчим зүйлийн шумуул тэмдэглэгдсэнээс Монгол оронд 4 төрлийн 37 зүйлийн шумуул тэмдэглэгдээд байна. Хумхаагийн нутагшмал 106 улсад 2020 онд 243 сая хүн хумхаагаар өвчилснөөс 627 000 хүмүүс нас барсан. Өвчлөгсдийн 70%-ийг 5-аас доош насны хүүхдүүд эзэлж байна (WHO, 2021). 2022 онд дэлхий дахинд Денге чичрэгийн 2 803567 тохиолдол бүртгэгдсэнээс өмнөх оноос нас баралт 107-оор өссөн үзүүлэлттэй байна (РНАО, 2022). Төвийн захирлын 2020 оны А/79 тоот тушаалыг үндэслэн 2022 онд 10 аймгийн ЗӨСТөв шумуулын тандалтыг төлөвлөн гүйцэтгэлээ. Үүнээс 4 ЗӨСТөвүүд тандалтын шумуулыг ЗӨСҮТөвд ирүүлэн нийт 1937 шумуулд зүйл тодорхойлох, морфологи, физиологи, молекул биологийн шинжилгээ хийгдсэнээс эерэг материал гараагүй болно.

Хүснэгт 25 Шумуулын тандалт, сүүлийн 5 жилээр

Он	Аймаг	Сум, дүүрэг	Цуглуулсан шумуул	Төвд ирүүлсэн шумуул	Лаборатори шинжилгээ хийгдсэн	Хариу
2018	8	16 сум, дүүрэг	3541	3297	3297	Бүгд сөрөг
2019	5	11 сум, дүүрэг	2945	2945	0	-
2020	8	13 сум, дүүрэг	1110	600	484	Бүгд сөрөг
2021	9	16 сум, дүүрэг	572	572	0	-
2022	5	8 сум	3500	1937	1601	Бүгд сөрөг

Үндэсний хэмжээнд 2022 онд нийт 9 ЗӨСТ төлөвлөн 10 ЗӨСТ шумуулын тандалт гүйцэтгэсэнээс 4 ЗӨСТ түүвэрлэсэн шумуулыг төвд ирүүлэн лабораторийн шинжилгээ хийгдсэн бүгд сөрөг гарсан. 2022 онд цуглуулсан шумуулын тоо 5 жилийн дунджаас 1,4 дахин өссөн, 5 жилийн дунджаас 1.06 дахин буурсан үзүүлэлттэй байна. Коронавируст цар тахлын улмаас 2021, 2022 онуудад шумуулын тандалтыг төлөвлөсөн ч гүйцэтгэх төсөв, ажиллах хүч дутагдалтай байсан тул шинжилгээ хийсэн болон төлөвлөсөн аймаг сумын тоо буурсан байна.

Зураг 29 Шумуулын тандалтын 5 жилийн дунджийг 2022 онтой харьцуулсан байдал



Эх үүсвэр: ЗӨСҮТ

1.6 Хатуу хог хаягдал

Өнөөдрийн байдлаар улсын хэмжээнд 137 сум хог хаягдлыг тархахаас хамгаалсан хашаагүй, 291 сум хог хаягдал шатаах зуухгүй, 113 сум хог хаягдлыг түрж нягтруулах техник

хэрэгсэлгүй, 261 сум хог бутлах тоног төхөөрөмжгүй, 76 сум хог тээвэрлэх автомашингүй байгаа. Нийслэлийн гэр хорооллын 200 мянга гаруй өрхийн 144 мянган нүхэн жорлонгийн ялгадас, угаадас хөрс рүү шууд нэвчих, үерийн усаар зөөгдөх, агаарт дэгдэх замаар хотын хүн амын эрүүл мэнд, хүрээлэн буй орчинд эрсдэл үүсгэж байна.

1.7 Аюултай, хортой бодис

1.7.1 Цусан дахь хар тугалганы түвшин 10 мг/д-ээс их хүүхдийн хувь

Судалгааны үр дүнгээс Улаанбаатар хотод амьдардаг 2-15 насны хүүхдүүдийн цусан дахь хар тугалганы хэмжээ 4.5-8.5 мкг/дл тодорхойлогдсон нь Америкийн нэгдсэн улс (АНУ)-ын лавлагаа хэмжээнээс 1.3-2.4 дахин өндөр байна. Манай улсад хүний цусан дахь хар тугалганы лавлагаа хэмжээг тогтоосон стандарт байдаггүй. 2023 оны судалгааны дүнгээр ерөнхий боловсрол сургууль (ЕБС)-ийн анги, танхимд хичээллэж буй 9 732 хүүхдээс 6 983 нь зөвшөөрөгдөх дээд хэмжээ (ЗДХ)-ээс хэтэрсэн, сургуулийн өмнөх боловсролын байгууллага (СӨББ)-ийн 646 хүүхдээс 336 хүүхэд ЗДХ-ээс хэтэрсэн хар тугалганы агууламж бүхий анги танхимд хичээллэж байна.

Эх сурвалж: ЕБС, цэцэрлэгийн хүүхдүүд барилгын будагт агуулагдах тугалга, хорт металлд өртөх эрсдэлийг тодорхойлох судалгааны тайлан, 2023

Хар тугалганы хүний эрүүл мэндэд үзүүлэх нөлөөлөл

Хар тулга нь газрын царцдаст бага хэмжээгээр агуулагддаг. Дэлхийн олон оронд хар тугалганы үйлдвэрлэл, хар тугалга агуулсан бүтээгдэхүүнийг хориглосон хэдий ч зай, сум, будаг, хайлш зэрэг олон бүтээгдэхүүний орц найрлагад ашигласан байна. ДЭМБ-аас хар тугалгыг хүн амын эрүүл мэндэд хор хөнөөл бүхий 10 бодисын нэгээр нэрлэсэн. Хүний эрүүл мэндэд дараах байдлаар сөрөг нөлөө үзүүлнэ. Үүнд:

АНУ-ын Айова мужийн их сургуулиас хар тугалга агуулсан будаг нь хар тугалгад өртөх анхдагч эрсдэлийг үүсгэдэг болохыг судалгаагаар тогтоожээ. Хар тугалга агуулсан будгаар будсан хана, эд зүйлс нь элэгдэж, хуучирснаар будаг нь ховхрох, хуурах, хагаралт үүсэх явцад нарийн ширхэгт тоосонцорт агуулагдах хар тугалга нь амьсгалын замаар хүний биед нэвтэрч, бие махбодыг хордуулдаг. Иймд барилгын засал чимэглэлийн ажилчид бага насны хүүхдүүд хар тугалга агуулсан будагт өртөх эрсдэл өндөр байдаг.

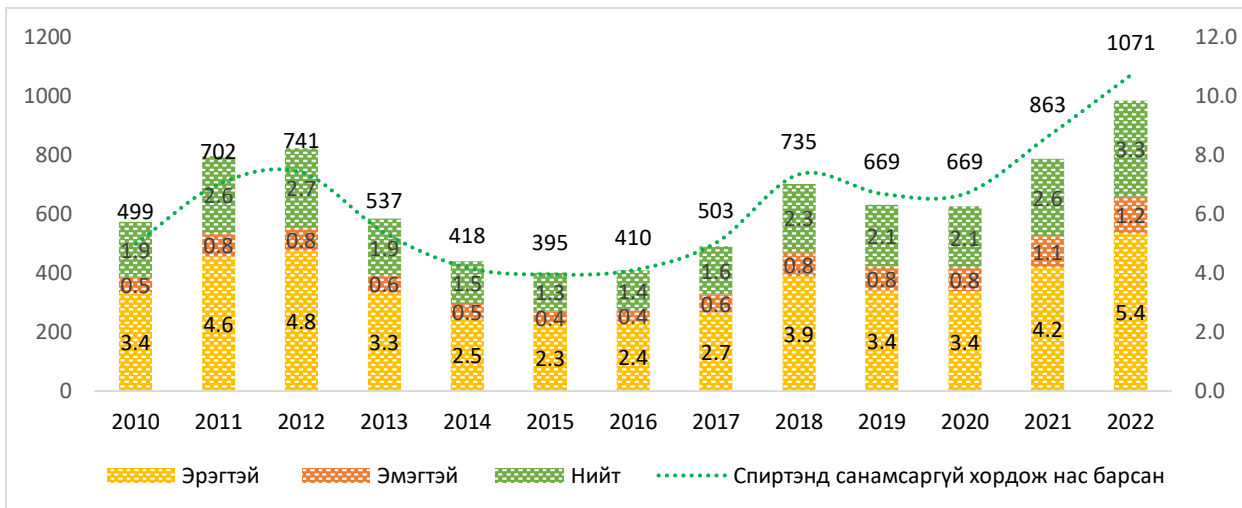
1.7.2 Хордлогын улмаас нас баралтын түвшин

Хүн амын нас баралтын шалтгаанд архи, спиртийн хордлогын шалтгаант нас баралт тэргүүлэх 5 шалтгааны нэг болж байгаа ба эрэгтэйчүүдийн нас баралтын 2 дахь гол шалтгаан болж байгаа ба нийт нас барсан хүний 80 хувь нь эрэгтэйчүүд байна.

Сүүлийн 10 жилийн дунджаар жилд 630 хүн архи, спиртийн хордлогын улмаас нас барсан байна. Дээрх өвчлөлийн байдлаас харахад 2022 оны байдлаар архи, спиртийн хордлогын нас баралтын 1071 тохиолдол бүртгэгдсэн нь спиртийн хордлогын улмаас нас барах магадлал нэмэгдэж байгааг харуулж байна.

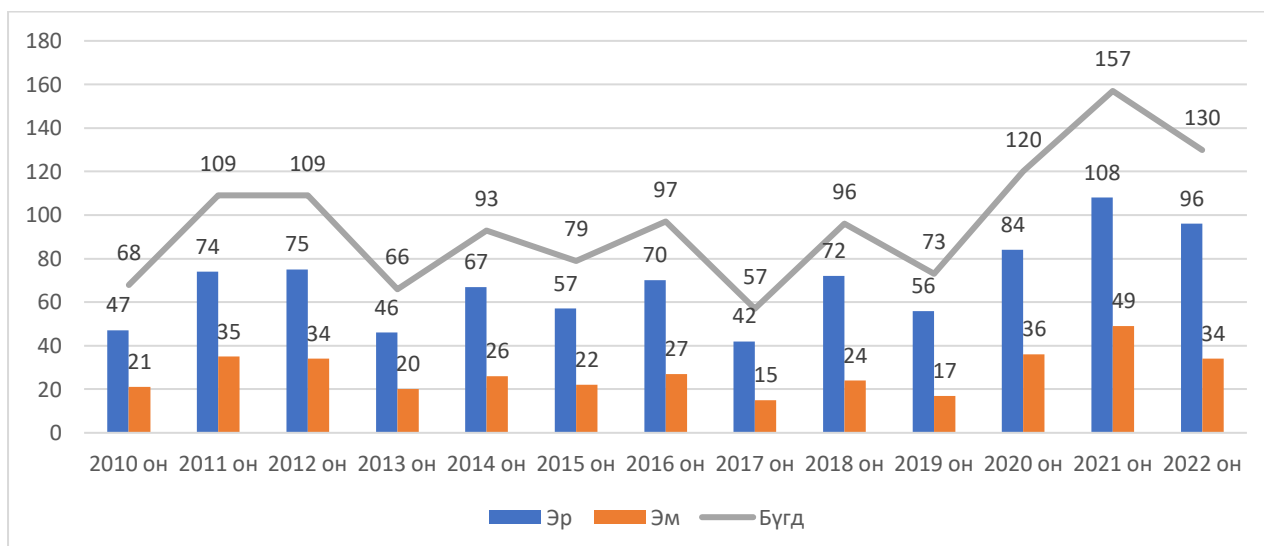
Спиртэд хордох, хий, ууранд санамсаргүй хордох, өртөх, эмийн бодисын хордлогын шалтгаант нас баралтад эрэгтэйчүүд эмэгтэйчүүдээс харьцангуй их буюу 70-80%-ийг эзэлж байна.

Зураг 30 Архи, спиртэд санамсаргүй хордож нас барсан тохиолдол, хүйсээр, 2010-2022 он



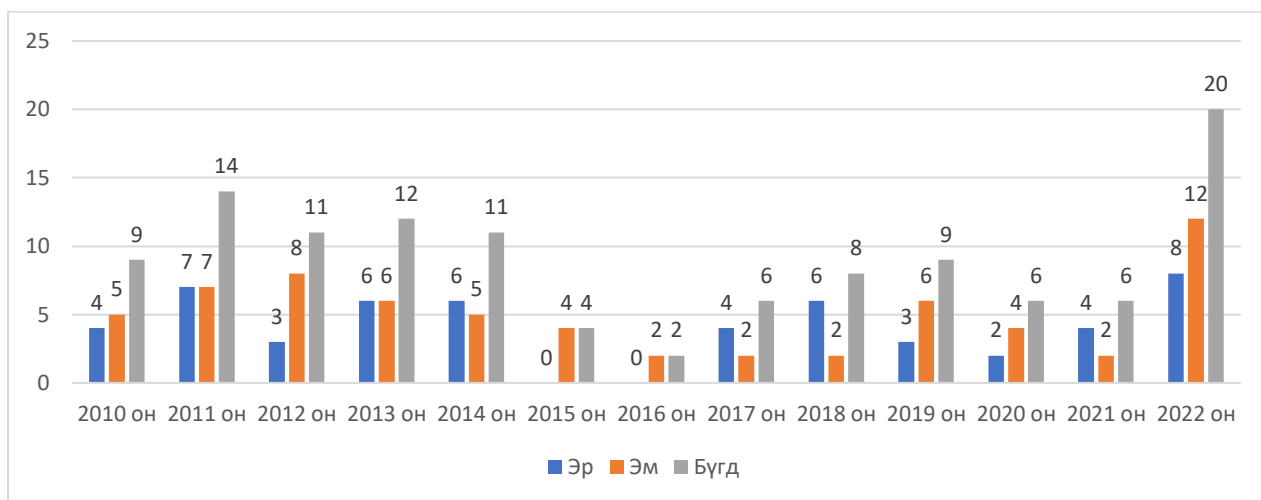
Эрүүл мэндийн статистикийн мэдээгээр 2022 онд хий, уур, хорт бодист өртөж нас барсан нийт 130 тохиолдлын 73.8 хувь нь эрэгтэйчүүд, 26.2 хувь нь эмэгтэйчүүд байгаа ба 5 хүртэлх насны хүүхэд 4.6 хувийг, 5-14 насны хүүхэд 3.0 хувийг, 15-19 насныхан 8.0 хувийг, эзэлж байгаа ба 20-50 насныхан 60 хувийг эзэлж байна.

Зураг 31 Хий, ууранд хордож нас барсан хүний тоо, хүйсээр, 2010-2022 он

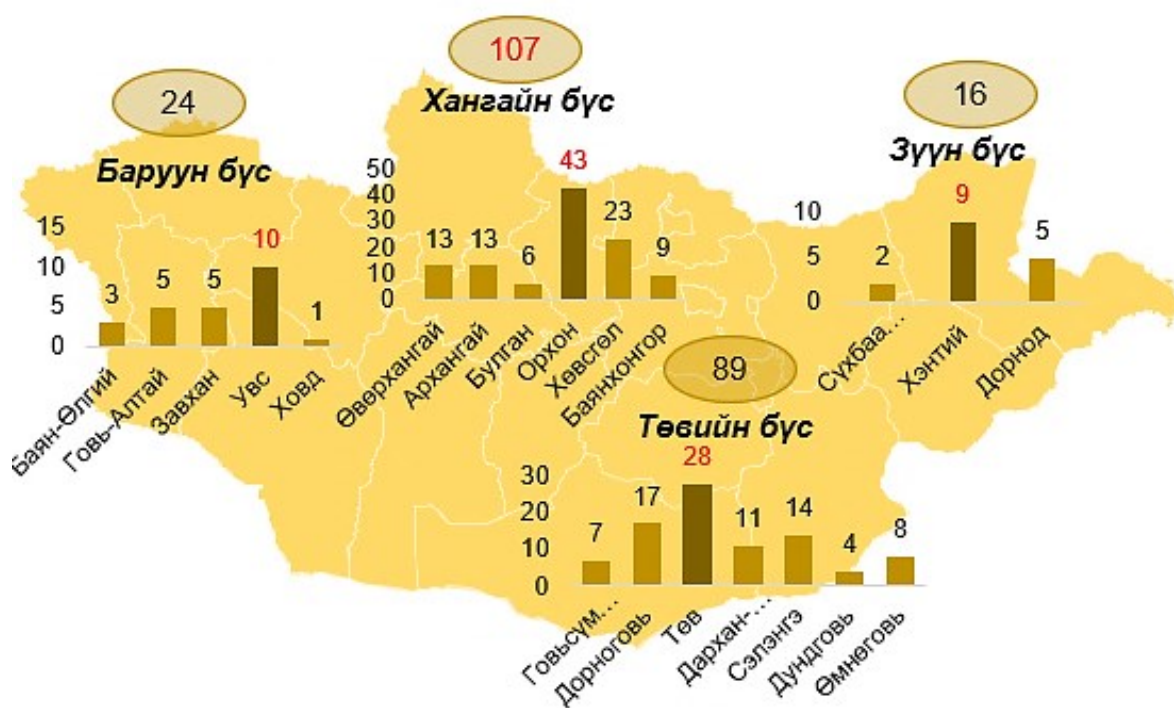


2022 онд эмийн бодист хордож нас барсан тохиолдлын дийлэнх буюу 60.0 хувь нь 20-40 насныхан эзэлж байна.

Зураг 32 Эмийн бодист хордож нас барсан хүний тоо, хүйсээр, 2010-2022 он



Санамсаргүй хордох шалтгаант нас баралт, харьяаллаар



1.7.3 Бохирдсон газрын хамрах хүрээ

Орчны бохирдлыг бууруулах үндэсний хороо, ЦУОШГ-тай хамтран одоогоор 1500 цэгт хөрсний үржил шим, бохирдол, цөлжилтийг хянах сорьц авч шинжлэх, хөрсний үржил шим, бохирдлын динамикийн мэдээллийн сан бүрдүүлэх талаар үйл ажиллагаа зохион байгуулан ажиллаж байна.

Орчны хяналт шинжилгээний хөтөлбөрийн дагуу Монгол улсын хэмжээнд нийт 496 цэгээс өнгөн хөрсний сорьцыг хоёр жил тутамд авч агрохимийн үзүүлэлтүүд болох хөрсний орчин, чийг, ялзмаг, аммонийн азот, нитратын азот, сульфат, фосфор гэсэн үзүүлэлтээр хөрсний ерөнхий шинж чанарыг тодорхойлдог.

Хяналт шинжилгээний 2019, 2020 оны дүнгээр хүнд металлын агууламжийг “Хөрсний чанар, хөрс бохирдуулагч бодис, элементүүдийн зөвшөөрөгдөх дээд хэмжээ” MNS 5850:2008 стандарттай харьцуулсан тайлангаар арьс ширний үйлдвэрийн орчимд хүнд металлын бохирдол ихтэй гарсан.

Хүнд металл нь үйлдвэр болон ахуйн хог хаягдал, цахилгаан станцын утаа, үнс нурам, тээврийн хэрэгслээс ялгарах утаатай хамт агаарт цацагдаж улмаар газрын хөрсөнд тархаж, салхи хүний хөлөөр орчинд тархаж хүний эрүүл мэндэд сөргөөр нөлөөлдөг.

Нянгийн бохирдлын гол эх үүсвэр нь гэр хорооллын нүхэн жорлон, ил задгай хаясан хатуу ба шингэн хог хаягдал юм. Энэ чиглэлд ШУА-ийн эрдэмтдийн хийсэн судалгааны үр дүнгээс харахад Улаанбаатар хотын суурьшлын бүсийн 88 хувь нь нянгийн бохирдлоор бохирдсоны 11 орчим хувь нь **маш их** бохирдолтой гарсан нь гэр хорооллын бүс байгаа юм.

Гэр хорооллын нүхэн жорлонгийн ойр орчмын 10 м радиус дотор гэдэсний бүлгийн эмгэг үүсгэгч e-coli, савханцар бактери түгээмэл тархалттай бөгөөд энэ нь хөрсний бм гүнээс илэрч байгаа нь голын сав дагууд гүний усыг бохирдуулах, үерийн усаар зөөвөрлөгдөж ундны усны эх үүсвэрт ч орох эрсдэлтэйг харуулж байна.

Эх үүсвэр: <http://agaar.mn/>

1.8 Хүнсний аюулгүй байдал

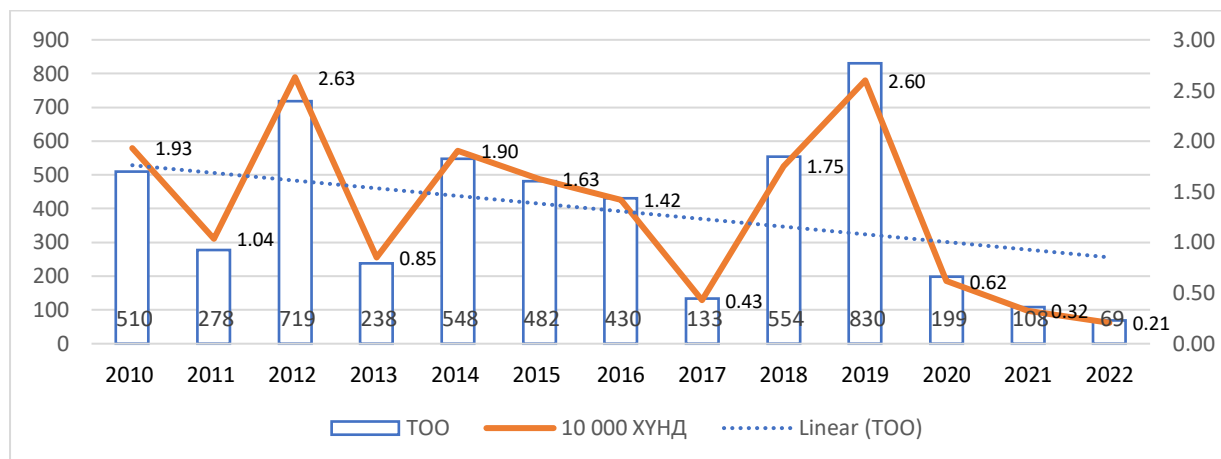
1.8.1 Хоол хүнсээр дамжих өвчний тархалтын хувь

Сүүлийн 10 жилийн дунджаар хоолны хордлогот халдварын 359 тохиолдол бүртгэгдэж, 10 000 хүн амд харьцуулахад 1.6 байна. Хоол хүнсээр дамжих өвчний дэгдэлт 2015 онд 8 удаагийн дэгдэлт бүртгэгдэж байсан бол 2019 оны оны байдлаар 19 удаагийн дэгдэлт бүртгэгдсэн нь сүүлийн 10 жилийн хугацаанд хамгийн өндөр тохиолдол байсан.

2019 онд улсын хэмжээнд бактерийн гаралтай бусад хоолны хордлогот халдварын нийт 830 тохиолдол буюу 10 000 хүн амд 2.6 бүртгэгдсэн нь нийт гэдэсний халдварт өвчний дотор 3.8 хувь эзэлж байна. Үүнээс Улаанбаатар хотод 681 (82 хувь) тохиолдол буюу 10 000 хүн амд 4.6 бүртгэгдсэн байна.

2019 онд Улаанбаатар хотод бүртгэгдсэн бактерийн гаралтай бусад хоолны хордлогот халдварын өвчлөлийг өмнөх онтой харьцуулахад 276 тохиолдлоор өссөн үзүүлэлтэй байна. Сүүлийн 10 жилийн байдлаар бүртгэгдсэн бактерийн гаралтай бусад хоолны хордлогот халдварыг авч харьцуулахад 2012, 2019 онуудад хамгийн их тохиолдол бүртгэгдэж байсан бол 2017, 2020-2022 онуудад буурсан байна.

Зураг 33 Хоолны хордлогот халдвар, 2013-2022 он



Хүнсний бүтээгдэхүүний үйлдвэрлэл, импорт, хадгалалт, борлуулалт, тээвэрлэлт, боловсруулалт зэрэг үе шатны аль нэгд л стандартын шаардлага, чанар, аюулгүй байдал алдагдахад хоол хүнснээс шалтгаалсан өвчлөл, хоолны хордлогот халдварын дэгдэлтүүд гарах үндсэн нөхцөл болж байдаг.

Хүснэгт 26 Хоол хүнсээр дамжих өвчний дэгдэлтийн мэдээлэл

№	Үзүүлэлт	Он				
		2015	2016	2017	2018	2019
1	Хоол хүнсээр дамжих өвчний дэгдэлтийн тоо	8	12	5	20	19
2	Өвчилсөн хүний тоо	482	430	133	554	830
3	Эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлсэн	80	96	26	263	160

Улсын хэмжээнд 2015-2019 онд бүртгэгдсэн хоолны хордлогот халдварыг харьцуулахад сүүлийн жилүүдэд буюу 2018, 2019 онд гарсан дэгдэлтийн тоо өмнөх онуудаас өндөр, өвчилсөн хүний тоо 2014, 2019 онуудад хамгийн их, 2017, 2020-2022 онд хамгийн бага буюу 69-199 хүн өвчилсөн байна.

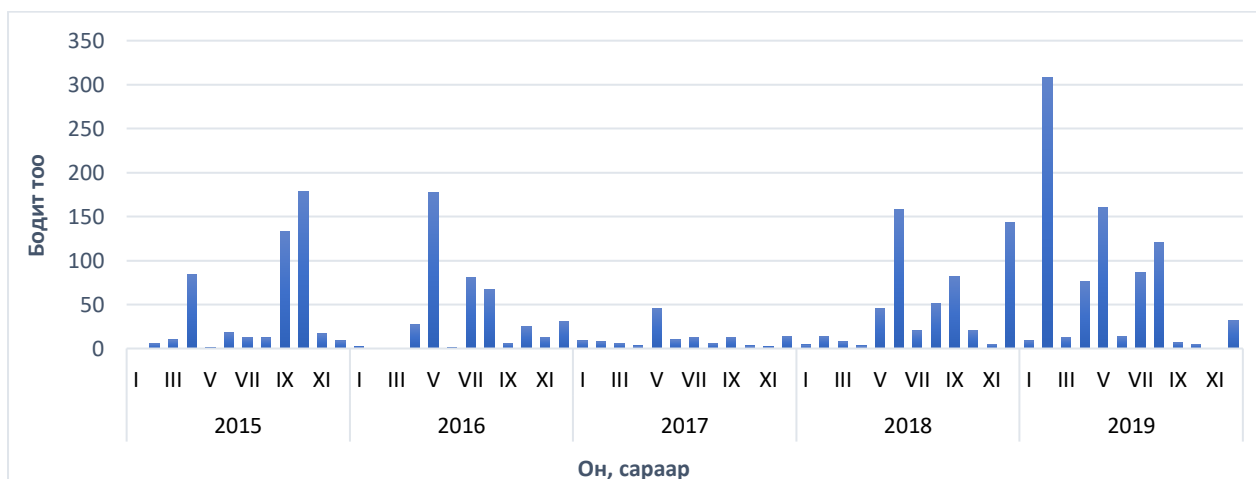
Хоол үйлдвэрлэлийн салбарт ажиллагсдыг 2017 оны Эрүүл мэндийн сайдын 145 дугаар тушаалаар эрүүл мэндийн үзлэгт хамруулж байгаа хэдий ч тогооч, бэлтгэгч, зөөгч нар нян тээгч байх байдал гарсаар байна.

Иймд “Хоол хүнсээр дамжих өвчний үеийн хариу арга хэмжээ авах” журмыг шинэчлэн боловсруулж, Эрүүл мэндийн сайдын 2017 оны А/328 дугаар тушаалаар батлан, хэрэгжилтийг ханган ажиллаж байна.

2020-2022 онуудад хоолны хордлогот халдварын дэгдэлт бүртгэгдээгүй байна. Энэ нь оны эхээр Коронавируст (COVID-19) халдвар дэлхий дахинаа дэгдсэнтэй холбоотойгоор манай улс сургууль, цэцэрлэгийн үйл ажиллагааг зогсоож, нийтийн хоол үйлчилгээг түр хааж, хяналт, шалгалтыг сайжруулж, хүн амын дунд гараа угааж, амны хаалт зүүж, ахуйн ариун цэврийг сахих зөвлөмж ард иргэддээ байнга өгсний үр дүнд гарч байна.

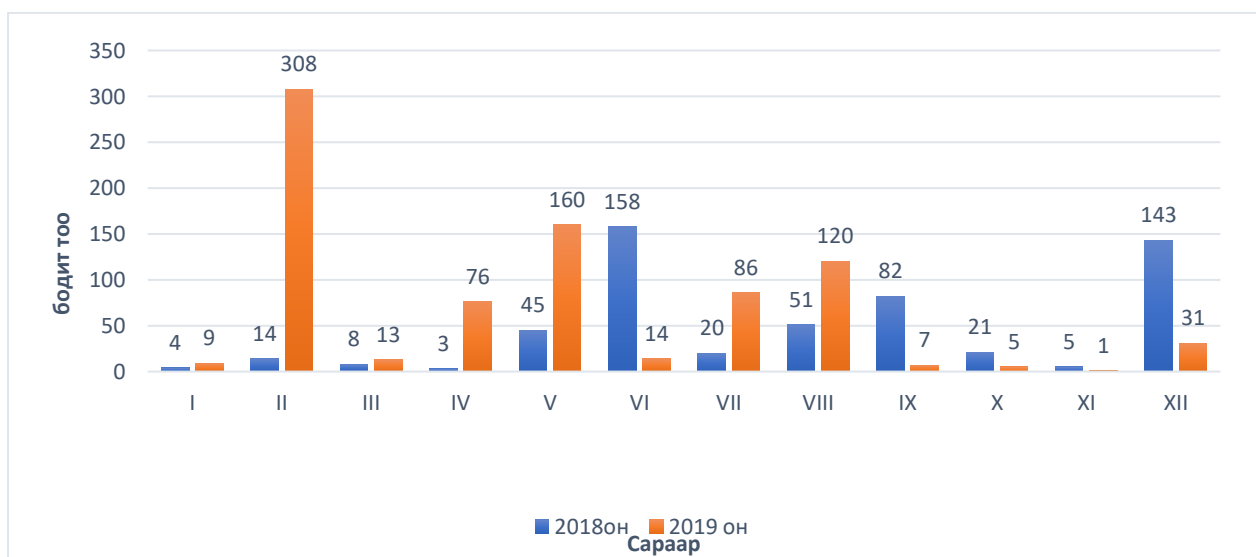
Сүүлийн 5 жилд бүртгэгдсэн хоолны хордлогот халдварыг сараар авч үзвэл: 2015 оны 9,10 сар, 2016 оны 5 сар, 2018 оны 6, 12 сар, 2019 оны 2,5,8 саруудад олон хүнийг хамарсан томоохон дэгдэлтүүд бүртгэгдэж өвчлөл өссөн үзүүлэлттэй байна.

Зураг 34 Дэгдэлт өндөртэй онуудын хоолны хордлогот халдвар, сараар



2019 онд бүртгэгдсэн өвчлөлийг сараар авч үзвэл: 2,5,7,8 дугаар саруудад бүртгэгдсэн өвчлөл бусад саруудад бүртгэгдсэн өвчлөлтэй харьцуулахад огцом өссөн нь олон хүнийг хамарсан дэгдэлтүүд бүртгэгдсэнтэй холбоотой байна.

Зураг 35 2019 онд улсын хэмжээнд бүртгэгдсэн хоолны хордлогот халдвар, сараар



Нийт дэгдэлтийн 28.6% нь хүүхдийн байгууллагад, 28.6% нь нийтийн хоолны газарт, 14.3% нь түргэн хоолны газар болон айл өрхөд тус тус бүртгэгдсэн байна. Нийт өвчлөгсдийн 19.1% эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлсэн байна.

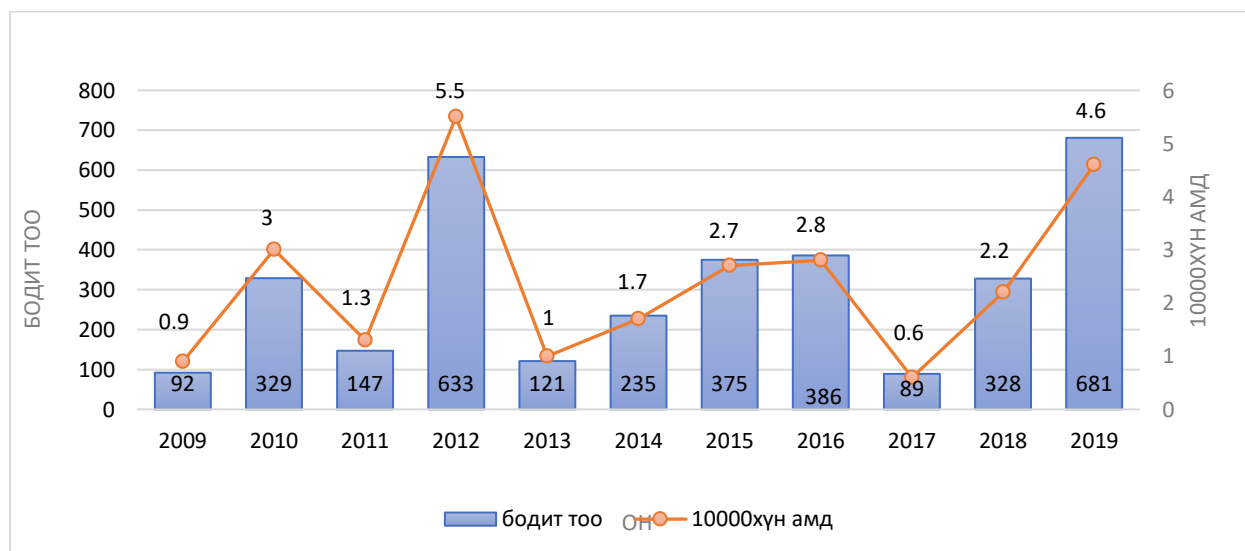
Дэгдэлт гарахад нөлөөлсөн байж болзошгүй хүчин зүйлсийг авч үзвэл:

- (66.6%) нь хүнсний бүтээгдэхүүнийг хадгалж буй хөлдөөгчийн хэмийг хэмжих термомерт байхгүй, ямар хэмд хадгалсан, хэзээ ирсэн талаарх тэмдэглэл байхгүй, хөлдөөгчийн угаалга цэвэрлэгээ туйлын хангалтгүй.
- (33.3%) нь гал тогооны ажилчид 45 хоногийн курсээр бэлтгэгдсэн хүмүүс байна.
- (33.3%) нь гал тогооны өрөөний урсгал дамжлага буруу, цэвэрлэгээ туйлын муу, ариутгалын бодисын хэрэглээ хангалтгүй.
- (16.6%) нь айл өрхийн гал тогоонд хийсэн хоол хүнснээс гаралтай хоолны хордлогот халдвар байна.
- (83.3%) нь тухайн байгууллагад дотоодын хяналт шалгалт туйлын хангалтгүй, хүнсний бүтээгдэхүүний хадгалалт, хоол үйлдвэрлэх явцад хяналт тавьдаггүй.

- (33.3%) нь гал тогооны ажилчид эрүүл мэндийн урьдчилан сэргийлэх үзлэгт орсон тэмдэглэл нь хуурамч, зарим нь огт ороогүй байна.
- (50%) нь болсон түүхий хүнсний бүтээгдэхүүнийг хамт хадгалдаг байсан байна.

Нийслэл Улаанбаатар хотод сүүлийн 10 жилд бүртгэгдсэн хоолны хордлогот халдварыг харьцуулахад 10.000 хүн амд ноогдох өвчлөл 2012, 2019 онуудад хамгийн өндөр байна.

Зураг 36 Нийслэлд бүртгэгдсэн хоолны хордлогот халдвар, 10 000 хүн ам тутамд



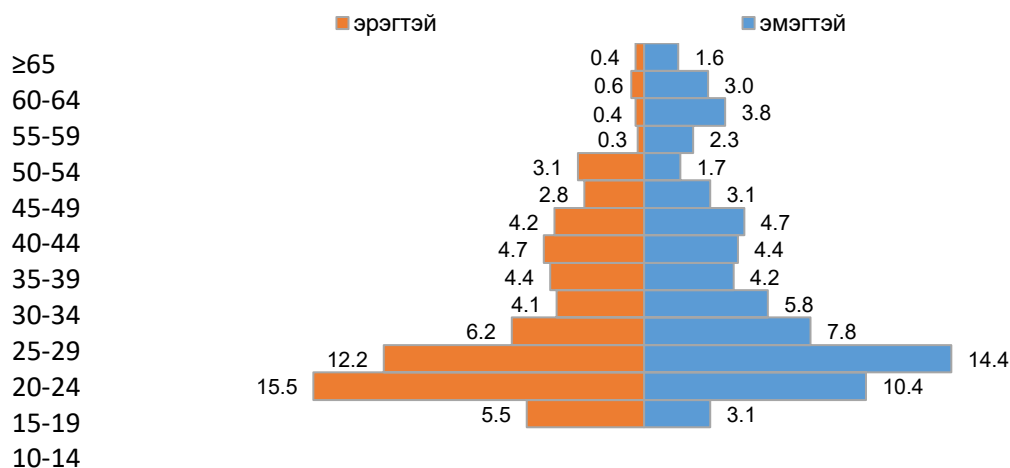
Дэгдэлт хамгийн өндөртэй 2019 онд улсын хэмжээнд бүртгэгдсэн хоолны хордлогот халдварын 82.1 хувь нь Улаанбаатар хотод бүртгэгджээ.

Нийслэлийн хэмжээнд 2019 онд хоолны хордлогот халдварын нийт 681 тохиолдол бүртгэгдэж, 10 000 хүн амд 4.6 байгаа нь өмнөх онтой харьцуулахад 353 тохиолдлоор буюу 10 000 хүн амд 2.3-оор өссөн, сүүлийн 5 жилийн дундажтай харьцуулахад 309 тохиолдлоор буюу 10 000 хүн амд 2.0-оор өссөн үзүүлэлттэй байна.

Хоолны хордлогот халдварыг сараар авч үзвэл: оны эхний 2,5 дугаар саруудад түргэн хоолны газарт олон хүнийг хамарсан дэгдэлт бүртгэгдсэнээр өвчлөл огцом өссөн бол 10 сард ундны усны бохирдлоос хамааралтай гэдэсний халдварт өвчний дэгдэлт гарсан үзүүлэлттэй байна.

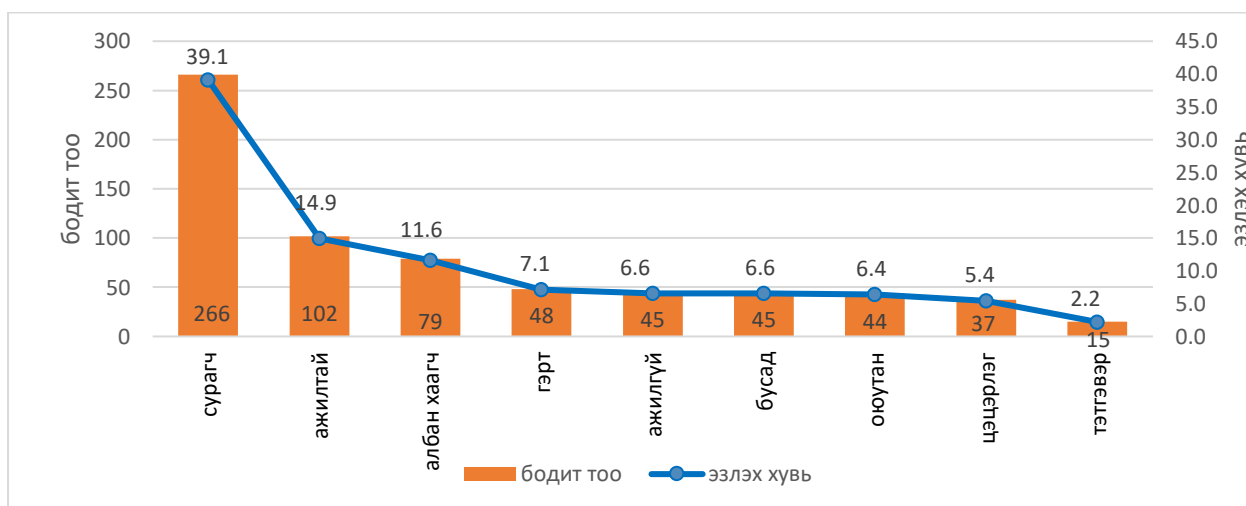
Өвчлөлийг насны байдлаар авч үзэхэд: бүх насны хүмүүсийн дунд өвчлөл бүртгэгдсэн ба 5-14 насны хүүхдүүдийн өвчлөл мөн 50-60 насны эмэгтэйчүүдийн дунд өвчлөл харьцангуй өндөр байна.

Зураг 37 Нийслэлд бүртгэгдсэн хоолны хордлогот халдвар нас, хүйсээр



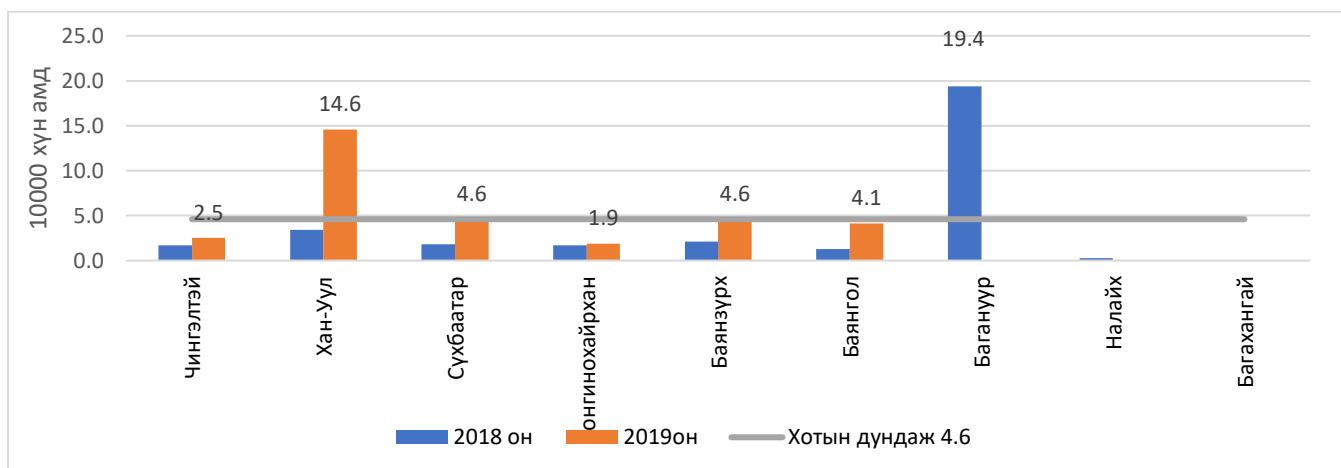
Хоолны хордлогот халдвараар өвчлөгсдийг нийгмийн байдлаар авч үзэхэд сурагч 266(39.1%), ажилтай 102(14.9%), албан хаагч 79(11.6%), гэртээ 48(7.1%), ажилгүй 45(6.6%), бусад 45(6.6%), оюутан 44(6.4%), цэцэрлэг 37(5.4%), тэтгэвэр 15(2.2%) тус тус эзэлж байна.

Зураг 38 Нийслэлд бүртгэгдсэн хоолны хордлогот халдвар нийгмийн байдлаар



Өвчлөлийг дүүргээр нь авч үзвэл: Хан-уул дүүргийн өвчлөл хотын дунджаас (10%)-оор өссөн үзүүлэлттэй, Баянзүрх, Сүхбаатар, Баянгол дүүргийн өвчлөл хотын дундажтай ижил түвшинд, Сонгинохайрхан, Чингэлтэй дүүргийн өвчлөл хотын дунджаас (2.7-2.1%) оор буурсан үзүүлэлтэй байна. Налайх, Багахангай, Багануур дүүрэгт энэ онд өвчлөл бүртгэгдээгүй байна

Зураг 39 Нийслэлд бүртгэгдсэн хоолны хордлогот халдвар, дүүргээр



Нийслэлийн хэмжээнд 2019 онд хоолны хордлогот халдварын 10 дэгдэлт бүртгэгдсэнээс 4 нь хүүхдийн байгууллагад бүртгэгдэж, 196 хүүхэд өвдсөн байна.

2019 оны 2 дугаар сард “KFC-Зайсан” салбар, 10 дугаар сард Саншайн хотхонд бүртгэгдсэн хоолны хордлогот халдвар нь хамгийн олон хүнийг хамарсан дэгдэлтүүд байлаа.

Эх уурхай дамжсан хүчин зүйл: Нийслэлийн хэмжээнд бүртгэгдсэн хоолны хордлогот халдварын эх уурхайг авч үзвэл: 377(55.3%) тохиолдлын эх уурхай нь өвчтөн болон нян тээгч гэж тогтоогдсон байна.

Оношилгоо: Нийслэлийн хэмжээнд хоолны хордлогот халдвараар өвчлөгсдийн 487(71.5%) нь эмнэлзүйгээр, 194(28.5%) нь лабораториор онош батлагджээ.

1.8.2 Хяналтаар илэрсэн хүнсний бүтээгдэхүүн дэх аюултай химийн бодисын эзлэх хувь

“Химийн хорт болон аюултай бодисын тухай” хуулиар зохицуулагдана.

Лабораторийн шинжилгээ: ХӨСҮТ-ийн нян судлалын лабораторид нийслэл хотод бүртгэгдсэн хоолны хордлогот халдварын сэжигтэй тохиолдлоос нийт 2951 (давтан) сорьц цуглуулснаас 984(33.3%) нь амбулаториос, 1627(55.1%) нь халдвартын клиникээс, 340(11.5%) нь голомтын хавьтагсдаас авсан сорьц байна.

Хоолны хордлогот халдвараар өвчлөгсдөөс авсан нийт сорьцын 270(9.1%)-д нь эмгэгтөрөгч нян эерэг гарсан бол 2681 (90.8%) нь эмгэгтөрөгч нян сөрөг гарсан байна. Нийт эерэг гарсан сорьцын 146 (54.1%) нь Salmonella бүлгийн эмгэгтөрөгч нян илэрсэн байна.

1.9 Цацраг идэвхт бодис

Цацраг идэвхт бодисын хордлогын түвшинг тооцоолохдоо 5 mS/yr-ээс дээш тун цацраг идэвхт бодист өртсөн хүн амын эзлэх хувь, Хэт ягаан туяаны гэрлийн индекс гэсэн 2 үзүүлэлтээр тооцдог. Манайд одоогоор энэ үзүүлэлтийг тооцон гаргасан мэдээлэл байхгүй байна.

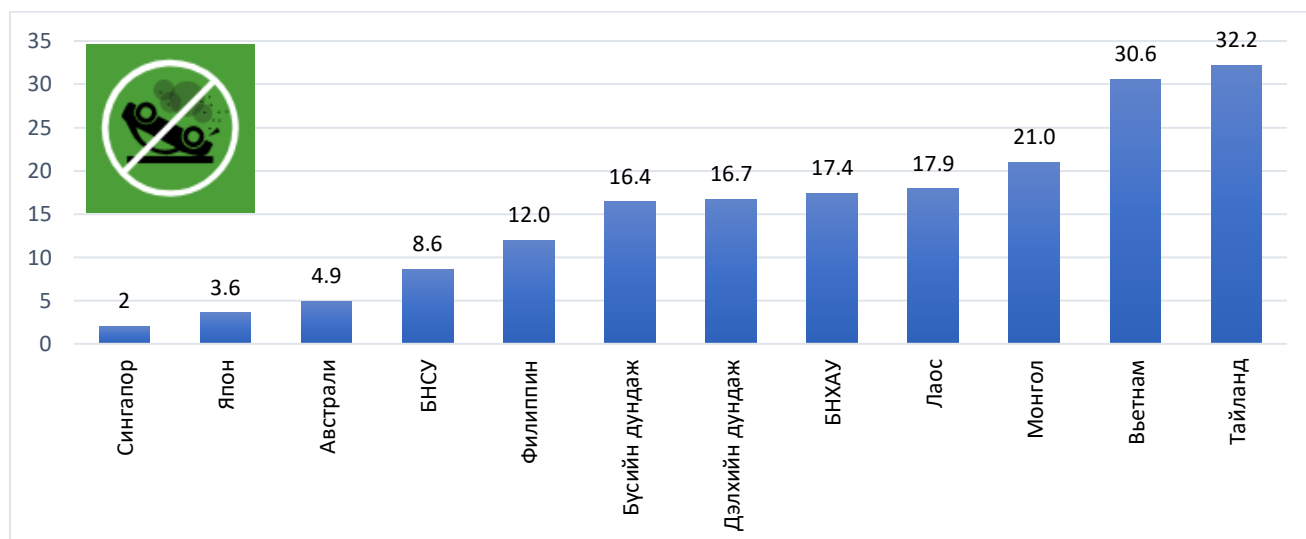
1.10 Мэргэжлээс шалтгаалаагүй эрүүл мэндийн эрсдэл

Мэргэжлээс шалтгаалаагүй эрүүл мэндийн эрсдэл үзүүлэлтэд зам тээврийн ослын шалтгаант нас баралт, тав хүртэлх насны хүүхдийн бие махбодод гэмтэл учруулсан тохиолдол, тухайн жилд бүртгэгдсэн 5 хүртэлх насны хүүхдийн хордлогын тохиолдол гэсэн үзүүлэлтүүд багтаж байна.

1.10.1 Зам тээврийн ослын улмаас нас баралтын түвшин

Монгол улсын хүн амын дундах зам тээврийн ослын шалтгаант нас баралтын түвшин 100 000 хүн амд 2019 оны ДЭМБ-ын статистикаар 21.0 байгаа нь дэлхийн дундаж (16.7)-аас 4.3, Номхон далайн баруун эргийн бүсийн дундаж (16.4)- аас 4.6-оор тус тус өндөр байна.

Зураг 40 ТХЗ 3.6.1 Зам тээврийн ослын шалтгаант нас баралтын түвшин (100 000 хүнд ногдох зам тээврийн ослоор нас барсан хүний тоо

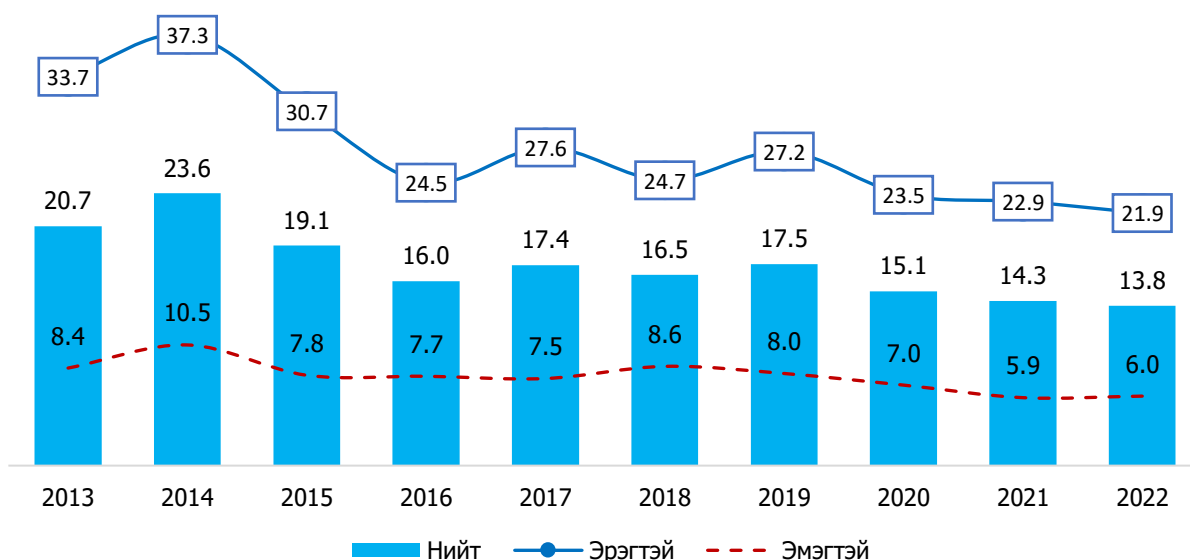


Эх үүсвэр: World Health Statistics 2022: Annex 2-2

Эрүүл мэндийн статистикаар 2022 онд 462 хүн зам тээврийн ослын нас баралтын тохиолдол бүртгэгдэж, 100 000 хүн амд ногдох баралтын түвшин 13.8 байгаа нь сүүлийн 10 жилийн дундажас 3.6, өмнөх онтой харьцуулахад 0.4-оор тус тус буурсан үзүүлэлттэй байна. Ослын шалтгаанаар харуулбал, бусад тээврийн осол 52.6%, мотоциклтой зорчигч зам тээврийн осолд орсон 24.7%, явган зорчигч зам тээврийн осолд орсон 22.3%-ийг тус тус эзэлж байна.

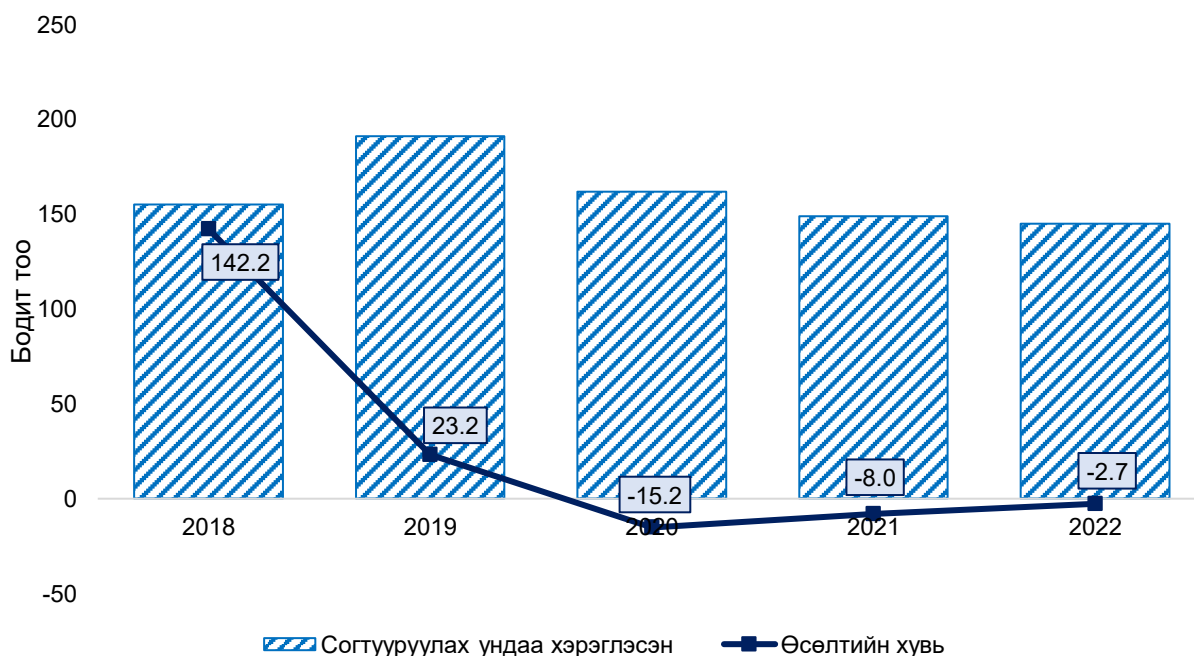
Хүйсийн хувьд бусад тээврийн ослын улмаас нас барсан эрчүүд эмэгтэйчүүдээс 2.1 дахин их, явган зорчигч нас барсан тохиолдол 4.1 дахин их байгаа бол мотоциклтой зорчигч нас барсан тохиолдолд эрэгтэйчүүд 21 дахин илүү байна. 2022 онд зам тээврийн ослоор нас барсан тохиолдлыг насны ангиллаар харуулбал: 15 хүртэлх насны хүүхэд 15.8 хувь, 15-29 насныхан 15.2 хувийг эзэлж байгаа ба 30-39 насныхан 21.9 хувь, 40-49 насныхан 17.3 хувь, 50-59 насныхан 19.5 хувийг эзэлж байгаа нь насны ангилал дотроо өндөр үзүүлэлттэй байна.

Зураг 41 Зам тээврийн ослын шалтгаант нас баралтын түвшин, 100 000 хүнд амд, хүйсээр, 2013-2022 он



Согтууруулах ундаа хэрэглэсэн үедээ зам тээврийн осолд өртөж нас барсан тохиолдлын тоо болон өсөлтийн хувь өмнөх онуудаас буурсан байна. Гэсэн хэдий ч 2022 онд бүртгэгдсэн зам тээврийн ослын шалтгаант нас баралтын 31.2% нь согтууруулах ундаа хэрэглэсэн үедээ нас барсан байна.

Зураг 42 Зам тээврийн ослын шалтгаант нас баралт, согтууруулах ундаа хэрэглэсэн байдал








Зам тээврийн ослын шалтгаант нас баралтыг насны бүлгээр харвал 30-34 насанд хамгийн их тохиолдол бүртгэгдэж, 50-54 насанд 10 000 хүн амд ногдох нас баралт 2.9 тохиолдлоор хамгийн өндөр байна.

Зураг 43 Зам тээврийн ослын шалтгаант нас баралт, насны бүлгээр, тухайн насны 10000 хүнд



Зам тээврийн ослын шалтгаант нас баралт 2021 онд 33.7%-р намрын улиралд хамгийн их бүртгэгдэж байсан бол 2022 онд 31.5%-р зуны улиралд хамгийн их тохиолдол бүртгэгджээ. Улирал бүрт суудлын машинтай явж байх үедээ осолд орж нас барах тохиолдол тэргүүлж байна. Харин өвөл 27.8%, хавар 23.7% нь явган явж байх үедээ осолд орж нас барсан тохиолдол, намар 30.4%, зун 23.3% нь мотоциклтой явж байх үедээ осолд орж нас барсан тохиолдол тэргүүлэх шалтгааны 2-рт орж байна.

Хүснэгт 27 Зам тээврийн ослын шалтгаант нас баралтын тохиолдол, хэлбэрээр

Нас баралт бүртгэгдсэн улирлаар	Суудлын машинтай явж байх үед 	Мотоциклтой явж байх үед 	Явган явж байх үед 	Ердийн хөсөг, мал амьтан унаж явах үед 	Ачааны машинтай явж байх үед 
Өвөл 72 /15.5%/	37.5%	22.2%	27.8%	6.9%	5.6%
Хавар 131 /28.2%/	42.7%	20.6%	23.7%	9.9%	2.3%
Зун 146 /31.5%/	35.6%	23.3%	19.2%	16.4%	2.7%
Намар 115 /24.8%/	37.4%	30.4%	25.2%	4.3%	0.9%

Зураг 44 Зам тээврийн ослын шалтгаант нас баралтын шалтгаан, 2022 он



Зам тээврийн ослын шалтгаант өвчлөл нийслэлд өндөр бүртгэгдэж байсан бол нас баралтын дийлэнх тохиолдол нь 343 /73.9%/ орон нутагт бүртгэгдэж байгаа нь анхаарал татахуйц байна. Мөн 1000 шинэ гэмтэлд ногдох үхлийн түвшин орон нутагт 53.6 тохиолдол байна.

Зураг 45 Зам тээврийн ослын шалтгаант нас баралт, байршилаар 2022 он



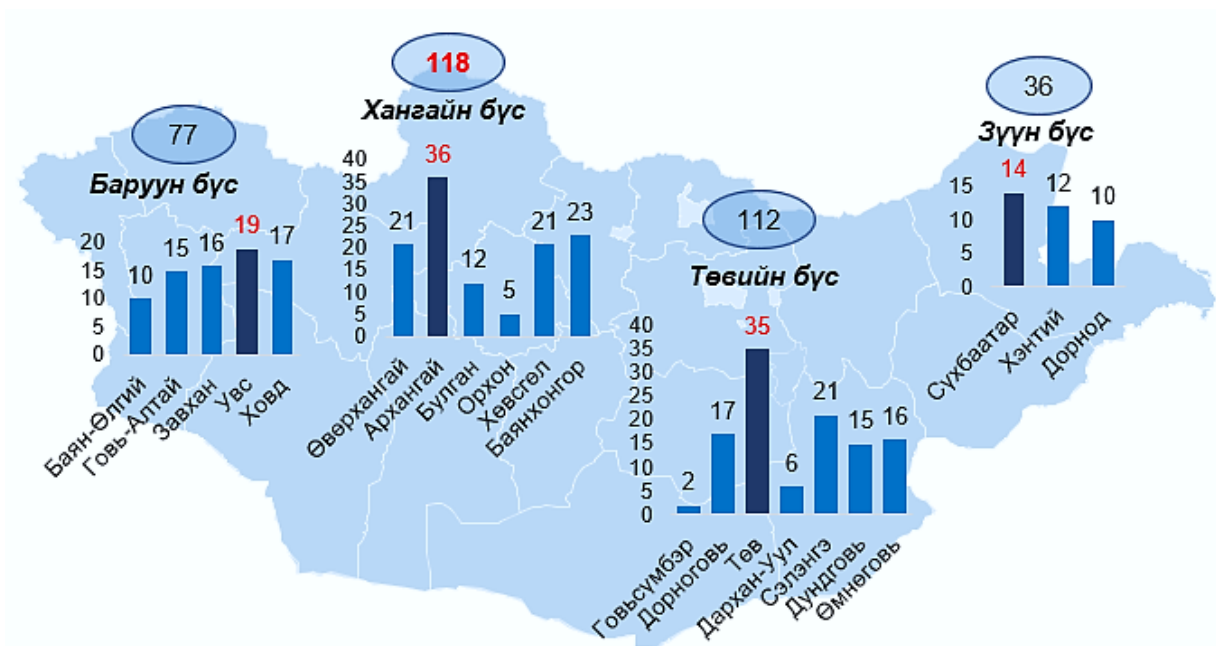
2022 онд зам тээврийн ослын шалтгаант нас баралтыг тархины гэмтэл 301 /64.9%/-р тэргүүлж байгаа бөгөөд энэхүү тэргүүлж буй 5 онош нь нийт тохиолдлыг 95.7%-ийг эзэлж байна.

Зураг 46 Зам тээврийн ослын шалтгаант нас баралт, гэмтлийн байршилаар 2022 он



Зам тээврийн ослын шалтгаант нас баралт тохиолдлын тоогоор Архангай /36/, Төв аймагт /35/ хамгийн их бүртгэгдсэн бол бүсээр Хангайн бүсэд өндөр байна. Харин Говьсүмбэр аймагт нас баралт бага бүртгэгджээ.

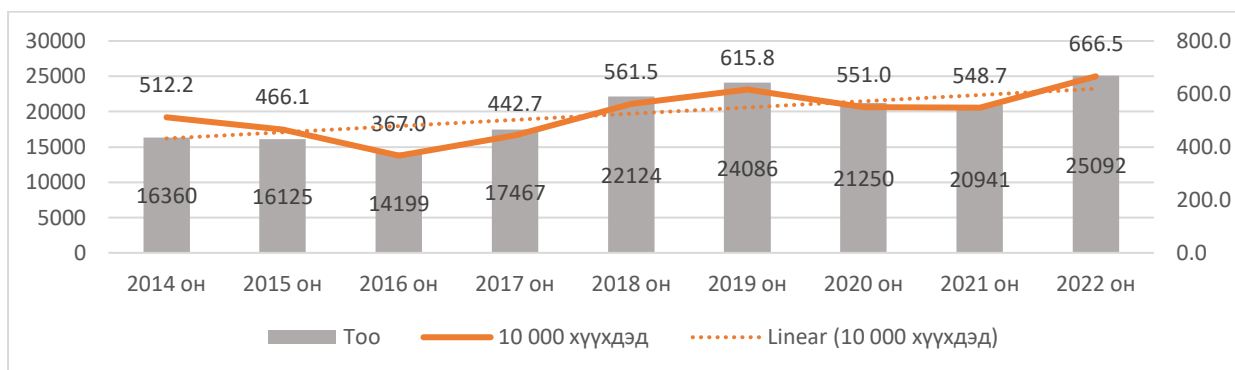
Зураг 47 Зам тээврийн ослын шалтгаант нас баралт, аймгаар 2022 он



1.10.2 Тав хүртэлх насны хүүхдийн бие махбодод гэмтэл учруулсан тохиолдол

Эрүүл мэндийн статистик мэдээллээр сүүлийн 10 жилийн дунджаар 5 хүртэлх насны хүүхдийн осол гэмтлийн тохиолдол 20 000 орчим бүртгэгдэж 10 000 хүүхэд тутмын 530 нь ямар нэгэн осол гэмтэлд өртсөн мэдээлэлтэй байна.

Зураг 48 Тав хүртэлх насны хүүхдийн бие махбодод гэмтэл учруулсан тохиолдол



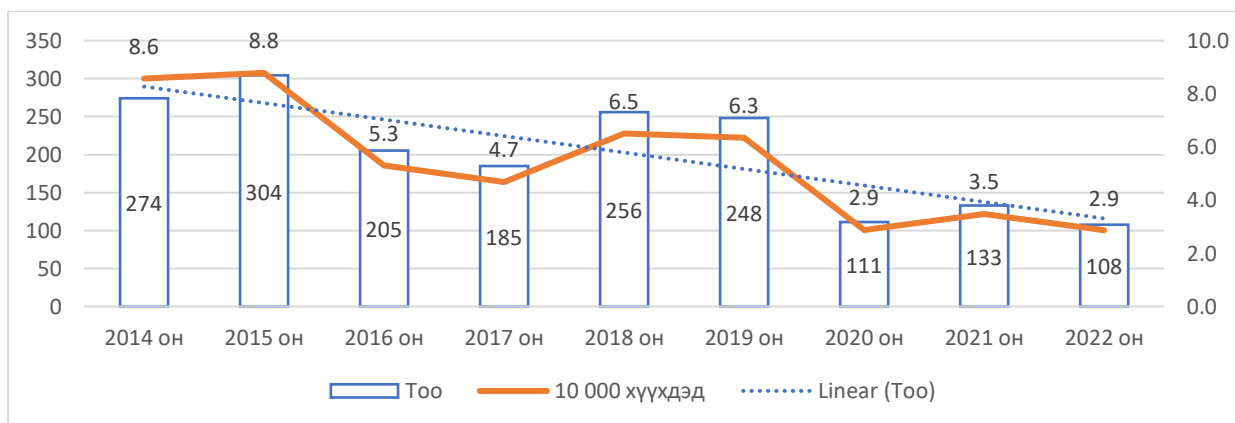
Хүснэгт 28 Тав хүртэлх насны хүүхдийн осол гэмтлийн шалтгаан, төрлөөр

Үзүүлэлт	Осол гэмтлийн тэргүүлэх 5 шалтгаан				
	I	II	III	IV	V
Тав хүртэлх нас	Уналт 45.6%	Амьд механик хүчинд өртөх 15.6%	Амьгүй механик хүчинд өртөх 13.2%	Түлэгдэлт 14.7%	Тодорхойгүй осол 6.3%

1.10.3 Тухайн жилд бүртгэгдсэн 5 хүртэлх насны хүүхдийн хордлогын тоо

Тав хүртэлх насны хүүхдийн эмт бодис, эм ба биологийн бэлдмэлийн хордлогын тохиолдлыг эрүүл мэндийн статистикаар бүртгэгдсэн мэдээллээс харахад сүүлийн 10 жилийн дунджаар 200 тохиолдол бүртгэгдсэн байна. Тохиолдлын тоо сүүлийн жилүүдэд буурах хандлагатай байна.

Зураг 49 Тав хүртэлх насны хүүхдийн эм, биологийн бэлдмэлийн хордлого, 2014-2022 он



Хүснэгт 29 Тав хүртэлх насны хүүхдийн эм, биологийн бэлдмэлийн хордлогын тохиолдол, хүйсээр

Үзүүлэлт		2014 он	2015 он	2016 он	2017 он	2018 он	2019 он	2020 он	2021 он	2022 он
Эмт бодис, эм ба биологийн бэлдмэлийн хордлого /Т36-Т50/	Эр	84	95	60	63	90	72	35	33	25
	Эм	101	106	44	46	74	74	21	32	28
	Бүгд	185	201	104	109	164	146	56	65	53

Эмийн бус түүхий эдээс голдуу нөлөөт хордлого /T51-T65/	Эр	62	63	61	42	57	52	25	44	31
	Эм	27	40	40	34	35	50	30	24	24
	Бүгд	89	103	101	76	92	102	55	68	55

1.11 Мэргэжлээс шалтгаалах эрүүл мэндийн эрсдэл

Уг үзүүлэлтийг Үндэсний статистикийн хорооны даргын 2019 оны 12 сарын 24-ний өдрийн А/185 тоот тушаалаар баталсан “Үйлдвэрийн осол, хурц хордлогоос шалтгаалсан гэмтлийн статистикийн үзүүлэлтийг тооцох аргачлал”-ийг батлан гаргасан байна.

Энэхүү аргачлалыг мөрдлөг болгосноор үйлдвэрлэлийн осол, хурц хордлогоос шалтгаалсан гэмтлийн талаарх мэдээллийг бий болгоход нэгдсэн ойлголт, арга зүйгээр хангах, статистикийн үзүүлэлтийг бий болгож, бодлого боловсруулагчдыг зохих мэдээллээр хангах зорилготой байна.

Үйлдвэрлэлийн ослоос шалтгаалсан үйлдвэрлэлийн гэмтлийн статистикийн үзүүлэлтийг тооцох мэдээллийн үндсэн эх үүсвэр нь Мэргэжлийн хяналтын төв байгууллагын захиргааны мэдээлэл байна. Мөн нэг эсвэл хэд хэдэн мэдээллийн эх үүсвэрийг ашиглан үйлдвэрлэлийн ослоос шалтгаалсан үйлдвэрлэлийн гэмтлийн статистикийг бүрдүүлж болох ч судалгаа болон захиргааны бусад мэдээллүүдийг давхардуулалгүйгээр бүрдүүлнэ. Үйлдвэрлэлийн осол, хурц хордлогоос шалтгаалсан үйлдвэрлэлийн гэмтлийг судлан бүртгэх харилцааг Засгийн газрын тогтоолын дагуу “Үйлдвэрлэлийн осол, хурц хордлогыг судлан бүртгэх дүрэм”-ийн дагуу бүртгэнэ гэж заасан байна.

Эх үүсвэр: 1212.mn

1.11.1. Эрүүл бус эсвэл аюултай хөдөлмөрийн нөхцөлд аюултай байдалд өртсөн ажилчдын хувь

Энэ үзүүлэлт тооцогдон гарах боломжгүй тул хүн амын өвчлөлийн бүртгэлийн мэдээллийн санд нэмэлт өөрчлөлт оруулах шаардлагатай.

1.11.2. Үйлдвэрлэлийн ослын тохиолдол

Үйлдвэрлэлийн осол гэж иргэн, ажиллагч хөдөлмөрлөх үүргээ биелүүлэх явцад үйлдвэрлэлийн болон түүнтэй адилтгах хүчин зүйлийн үйлчлэлд өртөхийг хэлнэ.

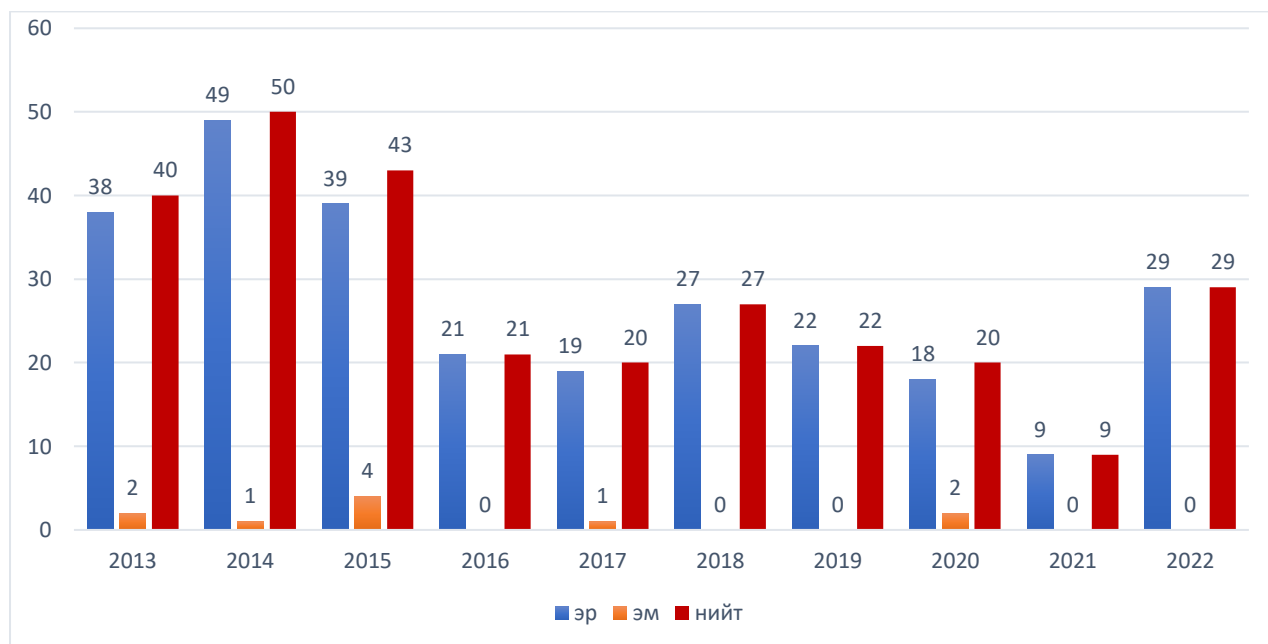
Үйлдвэрлэлийн гэмтэл гэж үйлдвэрлэлийн осол, хурц хордлогоос шалтгаалж иргэн, ажиллагч өвчлөх, нас барахыг хэлнэ. Энэ үзүүлэлт мөн тооцогдон гарах боломжгүй тул хүн амын өвчлөлийн бүртгэлийн мэдээллийн санд нэмэлт өөрчлөлт оруулах шаардлагатай.

1.11.3. Үйлдвэрлэлийн ослын шалтгаант нас баралт

Үхэлд хүргэсэн үйлдвэрлэлийн гэмтэл гэж үйлдвэрлэлийн осол, хурц хордлогоос шалтгаалан иргэн, ажиллагч осол гарсан өдрөөс хойш нэг жилийн дотор нас барахыг хэлнэ.

Эрүүл мэндийн статистикаар бүртгэгдсэн үйлдвэрлэлийн ослын шалтгаант нас баралтын тохиолдол сүүлийн 10 жилийн байдлаар нийт 281 тохиолдол бүртгэгдсэнээс эрэгтэйчүүд дийлэнх буюу 96.4 хувийг эзэлж байна.

Зураг 50 Үйлдвэрийн ослын шалтгаант нас баралтын тохиолдол, хүйсээр, 2013-2022 он



Хүснэгт 30 Үйлдвэрийн ослын шалтгаант нас баралтын тохиолдол, 2013-2022 он

Өвчний нэршил	хүйс	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Нэг түвшин дээр халтирч, тээглэж, бүдэрч унах /W01/	эр						1				
	эм										
	нийт						1				
Барилга байгууламжаас унах /W13/	эр	14	21	8	5	4	7	3	6	3	8
	эм			1					1		
	нийт	14	21	9	5	4	7	3	7	3	8
Бусад өндрөөс унах /W00, W02-W12, W14-W19/	эр	2	5	2	3		3	3	5	1	2
	эм					1					
	нийт	2	5	2	3	1	3	3	5	1	2
Амьгүй механик хүчинд өртөх /W20-W49/	эр	18	11	15	10	7	9	5	6	3	14
	эм	1	1	2					1		
	нийт	19	12	17	10	7	9	5	7	3	14
Усанд санамсаргүй унах ба живэх /W65-W74/	эр		1			1		4			
	эм										
	нийт		1			1		4			

Амьсгал боох бусад аюултай осол /W75-W84/	эр		4	4		2	1			1	3
	эм	1									
	нийт	1	4	4		2	1			1	3
Утаа тортог галд өртөх /X00-X09/	эр		1	1	1		2				
	эм										
	нийт		1	1	1		2				
Халуун ба улайссан бодист өртөх /X10-X19/	эр			1			2				1
	эм										
	нийт			1			2				1
Байгалийн хүчинд өртөх /X30-X39/	эр							5			
	эм										
	нийт							5			
Бусад осол гэмтэл, хордлого гадны шалтгаант үхэл /W85-W99, X20-X29, X50-X59, Y10-Y36, Y40-Y98/	эр	4	6	3	2	5	2	2	1	1	1
	эм			1							
	нийт	4	6	4	2	5	2	2	1	1	1
ДҮН	эр	38	49	39	21	19	27	22	18	9	29
	эм	2	1	4		1			2		
	нийт	40	50	43	21	20	27	22	20	9	29

2. ХҮҮХДИЙН ОРЧНЫ ЭРҮҮЛ МЭНДТЭЙ ХОЛБООТОЙ ҮЗҮҮЛЭЛТҮҮД

НҮБ-ийн Хүүхдийн сангаас 2022 онд боловсруулж гаргасан Хүүхдийн орчны эрүүл мэндтэй холбоотой нийт 62 шалгуур үзүүлэлтээс мэдээллийн эх үүсвэртэй тооцогдон гарч буй 25 шалгуур үзүүлэлт байна. Судалгаагаар тооцогдох 25, мэдээллийн энх үүсвэр байхгүй гэж үзсэн 11 шалгуур үзүүлэлт байна.

Хүснэгт 31 Хүүхдийн орчны эрүүл мэндтэй холбоотой шалгуур үзүүлэлтүүд, НҮБ-ын Хүүхдийн сан 2022 он

№	Ангилал	Дэд ангилал	Үзүүлэлт	Мэдээллийн эх үүсвэртэй	Судалгааны эх үүсвэртэй	Мэдээллийн эх үүсвэр байхгүй
1	Эрүүл мэнд	Амьсгалын замын өвчин	18 хүртэлх насны хүүхдийн астма өвчний тархалт	1		
2		Амьсгалын замын цочмог өвчин	5 хүртэлх насны хүүхдийн амьсгалын	1		

		цочмог халдварын тохиолдол			
3	Суулгалт өвчин	5 хүртэлх насны хүүхдийн суулгалт өвчний тохиолдол	1		
4	Төрөлхийн гажиг	1 хүртэлх насны хүүхдийн төрөлхийн гажиг өвчний тохиолдол	1		
5	Бага жинтэй хүүхдийн эзлэх хувь /нийт төрөлтөд/	2500 граммаас бага жинтэй төрсөн хүүхдийн эзлэх хувь	1		
6	Дутуу төрөлт	Дутуу төрөлтийн тохиолдол эхийн тээлтийн хугацаа, 37 д/х-оос бага төрөлт	1		
7	Хавдар	18 хүртэл насны хүүхдийн цус багадалт өвчний тохиолдол	1		
8		15 хүртэлх насны хүүхдийн хавдрын өвчлөл, нас баралт	1		
9	Шавжаар дамждаг өвчин	5 хүртэлх насны хүүхдийн шавжаар дамждаг өвчний болон нас баралтын тохиолдол	1		
10	Нярайн эндэгдэл	1000 амьд төрөлтөд ногдох	1		

		перинаталь эндэгдэл			
11	Хүүхдийн өсөлтийн хоцролт	5 хүртэлх насны өсөлтийн хоцролттой хүүхдийн хувь		1	
12	Илүүдэл жин	Илүүдэл жинтэй 5 хүртэлх насны хүүхдийн эзлэх хувь		1	
13	Бага жинтэй төрөлт	Бага жинтэй төрөлтийн тохиолдол	1		
14	Бие махбодын гэмтэл	18 хүртэлх насны хүүхдийн зам тээврийн ослын тохиолдол	1		
15		18 хүртэлх насны хүүхдийн осол, гэмтийн шалтгаант нас баралтын түвшин	1		
16		18 хүртэлх насны хүүхдийн усанд живэх тохиолдол	1		
17	Сэтгэцийн эмгэг	18 хүртэлх насны хүүхдийн сэтгэл түгших өвчний тархалт	1		
18	Цус багадалт	5-9 сартай хүүхдийн дундах цус багадалтын тархалт		1	
19		6-59 сартай хүүхдийн дундах цус багадалтын тархалт		1	
20		5-9 настай хүүхдийн дундах цус		1	

			багадалтын тархалт			
21	Хорт бодис	Дотоод орчны бохирдол	Гэрээ халаах эсвэл хоол хийхдээ ихэвчлэн нүүрс, мод, аргалыг гол эх үүсвэр болгон ашигладаг өрхөд амьдардаг 5 хүртэлх насны хүүхдийн хувь	1		
22			Цэвэр түлш ашигладаг хүн амын эзлэх хувь	1		
23		Гадаад орчны агаарын бохирдол	PM2.5-ийн жилийн дундаж агууламж ($\mu\text{g}/\text{m}^3$)	1		
24			ДЭМБ-ын стандартаас давсан түвшинд амьдардаг хүн амын хувь	1		
25			Хотуудын нарийн ширхэгтэй тоосонцрын жилийн дундаж түвшин (PM2.5, PM10) (хүн амын жингээр тооцсон)	1		
26			Хүн амын жингээр тооцсон жилийн дундаж озоны хэмжээ	1		
27			Аж үйлдвэрийн хог, хаягдал, хийн ялгаруулалт	Үйлдвэрийн хаягдал хийн ялгаралтын хэмжээ (тн)		
28		Тамхи татах орчин	Насанд хүрсэн тогтмол тамхи			1

		татдаг хүнтэй өрхөд амьдардаг 18 хүртэлх насны хүүхдийн тоо			
29	Хөрсний бохирдол	Хүнд металлын стандартыг зөрчсөн хөрсний хувь (мөнгөн ус, кадми, хар тугалга, хром, зэс, никель, цайр, хүнцэл)			1
30	Цаг агаарын гамшигт үзэгдэл	Гамшигт өртсөн 18 хүртэлх насны хүүхдийн тоо		1	
31	Бохирдсон усанд өртөх	Усны чанарын индекс нь стандартын түвшингээс доогуур байгаа нуур, голын эзлэх хувь		1	
32		Стандартын чанар хангахгүй ундны усны хангамжийн хувь		1	
33	Аюулгүй бүтээгдэхүүн	Стандартын шаардлага хангаагүй хүүхдийн бүтээгдэхүүний хувь			1
34	Хар тугалгад өртөх	18 хүртэлх насны хүүхдийн цусан дахь хар тугалганы дундаж хэмжээ		1	
35		Цусан дахь хар тугалганы түвшин ихэссэн (> 10 мкг/дл) 5 хүртэлх насны			1

		хүүхдийн тоо буюу хувь			
36	Шавжаар дамждаг өвчин	Шавжаар дамждаг өвчний бүс нутагт амьдардаг 18 хүртэлх насны хүүхдийн тоо	1		
37	Эрүүл ахуй	Гар угаах зориулалтын газартай хүн амын хувь		1	
38		Гар угаах зориулалтын газартай сургуулийн хувь		1	
39	Ариун цэврийн байгууламж	Сайжруулсан ариун цэврийн байгууламжтай сургуулийн эзлэх хувь		1	
40		Сайжруулсан ариун цэврийн байгууламж ашигладаг хүн амын эзлэх хувь		1	
41	Хүнсний аюулгүй байдал	Хүнсний аюулгүй байдлын стандартад нийцээгүй нярай, бага насны хүүхдийн хүнсний бүтээгдэхүүний хувь			1
42		Хүнсний аюулгүй байдлын стандартад нийцээгүй хүнсний бүтээгдэхүүний хувь			1
43	Барилгын аюулгүй байдал	Барилгын хугацаа дууссан		1	

			сургуулийн хувь			
44	Нийгэм, хүн ам зүй	Ядуурал	Ядуурлын шугамаас доогуур орлоготой өрхөд амьдардаг 15 хүртэлх насны хүүхдийн эзлэх хувь		1	
45			Тухайн улсын өрхийн дундаж орлогоос 50 хувиар бага өрхийн эзлэх хувь		1	
46		Хүүхэд төрүүлэх насны эмэгтэйчүүдийн хоол тэжээлийн дутал	БЖИ нь 18.5-аас бага 15-49 насны эмэгтэйчүүдийн эзлэх хувь		1	
47		Хүүхдийн боловсрол	12-14 насны бага сургууль төгссөн хүүхдийн эзлэх хувь		1	
48			ЕБС төгссөн хүүхдийн хувь		1	
49			Дээд боловсрол эзэмшсэн хүүхдийн хувь		1	
50		Нөхөн үржихүйн насны эмэгтэйчүүдийн боловсрол	Дээд боловсрол эзэмшсэн 18-49 насны эмэгтэйчүүдийн эзлэх хувь		1	
51		Шилжин суурьшсан/хаягдсан хүүхэд	18 хүртэлх насны шилжин суурьшсан, хаягдсан хүүхдийн эзлэх хувь	1		
52		Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн мэргэжилтнүүдийн хүртээмж	Эмнэлгийн мэргэжилтний эх барьсан төрөлтийн хувь	1		

53		Хүүхэд төрүүлэх насны эмэгтэйчүүдийн хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал	15-49 насны ажил эрхэлж буй эмэгтэйчүүдийн хувь		1		
54		Хүүхдийн хөдөлмөр эрхлэлт	5-17 насны хөдөлмөр эрхэлж буй хүүхдийн тоо, хүйс, насны бүлгээр		1		
55	Үйл ажиллагаа	Цэвэр эрчим хүчний хэрэглээ	Эрчим хүчний хэрэглээндээ шингэрүүлсэн түлш, хийн эсвэл цахилгаан зуух хэрэглэдэг өрхийн эзлэх хувь		1		
56		Засгийн газрын орчны эрүүл мэндийн төлөвлөгөө	Засгийн газрын орчны эрүүл мэндийн төлөвлөгөөний уур амьсгалын өөрчлөлт, гамшгийн эрсдэлийг бууруулах хэрэгжилтийн хувь			1	
57		Аж үйлдвэрийн бохирдол	Аж үйлдвэрийн бохирдол			1	
58		Орчны эрүүл мэндэд Засгийн газраас зарцуулдаг зардал	Орчны эрүүл мэндэд Засгийн газраас зарцуулдаг жилийн төсөв				
59		Эрүүл хот/ тосгон	Эрүүл хот/ тосгоны эзлэх хувь			1	
60		Хүүхдийн вакцинжуулалт	Товлолт вакцинд хамрагдсан 12-23 сартай хүүхдийн хувь	1			

61	Шингэн сэлбэх уусмал	Суулгалт өвчтэй 5 хүртэлх насны хүүхдэд амаар шингэн сэлбэх уусмал өгсөн хүүхдийн тоо			1	
62	Уур амьсгалын өөрчлөлтийн эрсдэлийн үнэлгээ	Уур амьсгалын эрсдэлийн үнэлгээнд хүүхдийн хэрэгцээг хангах арга хэмжээг багтаасан орон нутгийн засаг захиргааны хувь				1
	Нийт		25	25		11

Дээрх 61 шалгуур үзүүлэлтээс эрүүл мэндийн статистикаар тооцогдон гарч буй үзүүлэлтийг хүснэгт 15-т харуулав.

Хүснэгт 32 Хүүхдийн орчны эрүүл мэндтэй холбоотой үзүүлэлтийн тооцоолол

Үзүүлэлт	2018		2019		2020		2021		2022	
	Бодит тоо	10000 хүн амд	Бодит тоо	10000 хүн амд	Бодит тоо	10000 хүн амд	Бодит тоо	10000 хүн амд	Бодит тоо	10000 хүн амд
18 хүртэлх насны хүүхдийн астма өвчний тархалт	265	2.26	362	3.03	300	2.44	337	2.68	423	3.30
5 хүртэлх насны хүүхдийн амьсгалын цочмог халдварын тохиолдол	272469	7000.33	300305	7829.48	124104	3247.88	67936	1804.54	244188	6621.15
5 хүртэлх насны хүүхдийн суулгалт өвчний тохиолдол	30547	784.82	35346	921.53	18711	489.68	15710	417.30	17453	473.24

1 хүртэлх насны хүүхдийн төрөлхийн гажиг өвчний тохиолдол	3868	506.14	4243	561.82	3553	462.45	3788	520.72	5934	891.34
Дутуу төрөлтийн тохиолдол /2500 гр-аас багын нь бодсон/	3684	4.4	3668	4.4	3660	4.5	3230	4.2	3263	4.6
18 хүртэлх насны хүүхдийн цус багадалт өвчний тохиолдол	1882	16.05	1953	16.35	1805	14.69	1923	15.28	3204	24.98
15 хүртэлх насны хүүхдийн хавдрын өвчлөл, нас баралт	51	0.49	50	0.47	50	0.45	49	0.43	43	0.37
1000 амьд төрөлтөд ногдох перинаталь эндэгдэл	11.6		11.0		11.1		11.8		10.8	
Бага жинтэй төрөлтийн тохиолдол	3684		3668		3660		3230		3263	
18 хүртэлх насны хүүхдийн зам тээврийн ослын тохиолдол	-	-	-	-	5456	44.41	4391	34.90	6699	52.24
18 хүртэлх насны хүүхдийн осол, гэмтийн шалтгаант нас баралтын түвшин	0		0		0		0		0	

18 хүртэлх насны хүүхдийн усанд живэх тохиолдол					58	0.47	59	0.47	42	0.33
15 хүртэлх насны хүүхдийн дундах цус багадалтын тархалт	1064	27.34	1248	32.54	758	19.84	734	19.50	1203	32.62
	203	5.70	239	6.51	236	6.16	288	7.37	615	15.72
	1267	17.00	1487	19.81	994	12.99	1022	13.32	1818	23.92

Хүүхдийн өвчлөл

2012-2022 оны байдлаар хүн амын нийт өвчлөлд хүүхдийн өвчлөл дунджаар 29.1%-ийг эзэлж байна. 0-19 насныхны өвчлөлийг өвчний олон улсын ангиллын дагуу сүүлийн 10 жилийн дунджаар тухайн насны 1000 хүн амд тооцож үзэхэд 1 хүртэлх насны хүүхдийн өвчлөлийн нэгдүгээр шалтгаанд амьсгалын тогтолцооны өвчин, хоёрдугаарт хоол боловсруулах тогтолцооны өвчин, гуравдугаарт перинаталь эмгэг, дөрөвдүгээрт арьсны өвчин, тавдугаарт мэдрэлийн тогтолцооны өвчин эзэлж байна. 1-4 насанд нэгдүгээр шалтгаанд амьсгалын тогтолцооны өвчин, хоёрдугаарт хоол боловсруулах тогтолцооны өвчин, гуравдугаарт арьсны өвчин, дөрөвдүгээрт гэмтэл, хордлого ба гадны шалтгаант эмгэг, тавдугаарт халдварт өвчин, 5-9 насанд нэгдүгээр шалтгаанд амьсгалын тогтолцооны өвчин, хоёрдугаарт хоол боловсруулах тогтолцооны өвчин, гуравдугаарт арьсны өвчин, дөрөвдүгээрт гэмтэл, хордлого ба гадны шалтгаант эмгэг, тавдугаарт чихний өвчин, 10-14 насанд нэгдүгээр шалтгаанд амьсгалын тогтолцооны өвчин, хоёрдугаарт хоол боловсруулах тогтолцооны өвчин, гуравдугаарт арьсны өвчин, дөрөвдүгээрт шээс бэлгийн тогтолцооны өвчин, тавдугаарт мэдрэлийн тогтолцооны өвчин, 15-19 насанд нэгдүгээр шалтгаанд хоол боловсруулах тогтолцооны өвчин, хоёрдугаарт амьсгалын тогтолцооны өвчин, гуравдугаарт арьсны өвчин, дөрөвдүгээрт гэмтэл, хордлого ба гадны шалтгаант эмгэг, тавдугаарт шээс бэлгийн тогтолцооны өвчин тус тус тэргүүлэх 5 шалтгаан болж байна.

1 хүртэлх насны хүүхдийн амьсгалын тогтолцооны өвчлөл 0-19 насны хүүхдийн өвчлөлд хамгийн их тохиолдож байгаа ба байршлаар нь 2011-2020 оны байдлаар харьцуулахад Дорноговь, Говьсүмбэр, Өмнөговь, Архангай, Булган, Сүхбаатар, Увс, Хэнтий, Баянхонгор, Дархан-уул, Төв аймгуудад улс болон аймгийн дунджаас дээгүүр байна.

Хүүхдийн хоол боловсруулах тогтолцооны өвчнийг 1 хүртэлх, 1-4 нас, 5-9 нас, 10-14 нас, 15-19 насны бүлгүүдээр 1000 хүүхдэд ногдохоор байршлаар нь харьцуулж харахад бүх насны бүлгүүдэд Дорнод, Архангай, Өмнөговь, Завхан, Говь-алтай, Дорноговь, Баянхонгор, Дархан-уул, Өвөрхангай, Төв аймгууд улс, аймгийн дунджаас өндөр байна.

Хоол боловсруулах эрхтэн тогтолцооны хүүхдийн өвчлөлийн шалтгааныг насны бүлгээр, 10000 хүн амд харьцуулж харахад 1 хүртэлх насны хүүхдийн өвчлөлд нэгдүгээрт халдварт бус гэдэсний өвчин, хоёрдугаарт ходоод гэдэсний өвчин, гуравдугаарт шүд амны хөндийн эрхтний өвчин, 1-4 насанд нэгдүгээрт халдварт бус гэдэсний өвчин, хоёрдугаарт шүд ба амны хөндийн эрхтний өвчин, гуравдугаарт ходоод гэдэсний өвчин, 5-9 насанд нэгдүгээрт шүд ба амны хөндийн эрхтний өвчин, хоёрдугаарт халдварт бус гэдэсний өвчин, гуравдугаарт мухар олгойн өвчин, 10-14 насанд нэгдүгээрт шүд ба амны хөндийн эрхтний өвчин, хоёрдугаарт мухар олгойн өвчин, гуравдугаарт ходоод гэдэсний өвчин, 15-19 насанд нэгдүгээрт шүд ба амны хөндийн эрхтний өвчин, хоёрдугаарт ходоод гэдэсний өвчин,

гуравдугаарт мухар олгойн өвчин тус тус эзэлж байна. 1 хүртэлх насны хүүхдийн арьс халимын өвчлөлийг сүүлийн 10 жилийн дунджаар, 10000 хүн амд харьцуулан тооцож харахад Дорноговь, Сүхбаатар, Өмнөговь, Дархан-уул, Улаанбаатар хот, Баянхонгор, Өвөрхангай, Говь-алтай, Архангай аймагт улс, аймгийн дундаж(1121;927)--аас дээгүүр байна.

Гэмтэл, хордлого ба гадны шалтгаант бусад тодорхой эмгэг 1-4, 5-9, 15-19 насны хүүхдийн өвчлөлийн гуравдугаар шалтгаан болж байна.

Гэмтэл, хордлого ба гадны шалтгаант бусад тодорхой эмгэг дотор биеийн өвөрмөц, өвөрмөц бус ба олон бүс хэсгийн бусад бэртлүүд, түлэгдэл, оглорол, гавал доторх бэртэл, биеийн өвөрмөц ба олон бүс хэсэг сунах, тулах мултрах гэмтлүүд зонхилон тохиолдож байна. Өвчлөл сүүлийн 5 жилийн хөдлөл зүйг харахад 2018 оноос нэмэгдэж, жил бүрийн I, IV улиралд буураад, II, III улиралд ихэсдэг хандлага харагдаж байна. Насны бүлгээр нь авч үзвэл 0-4 насныхан 2020 оны II, III улиралд, 5-9 насныхан 2019 оны II, III улиралд, 10-14 насныхан 2019 оны II, 2020 оны III улиралд, 15-19 насныхан 2019 оны II-IV, 2020 оны III улиралд өвчлөл илүү байна.

Нөхөн үржихүйн тогтолцооны өвчлөл Агаарын бохирдол нь ургийн өсөлт, хөгжил саарах, жин багатай, дутуу тээлттэй хүүхэд төрөх, зулбах зэрэгт нөлөөлдөг болох нь судалгаагаар нотлогдсон. Төрөлхийн хөгжлийн гажиг нь удамшлын, жирэмсэн үе болон төрөхөөс өмнөх эхийн эрүүл мэндийн байдлаас шалтгаалан үүсдэг байна. Агаарын бохирдолтой холбогдох нөхөн үржихүйн тогтолцооны өвчлөл болох 1000 амьд төрөлтөд ногдох дутуу төрөлтийг сүүлийн 5 жилийн байдлаар харвал, 2018 онд 81 болж хамгийн их байгаа бол, 2019 онд 72 болж, өмнөх оноос 9-өөр буурчээ. 1000 амьд төрөлтөд ногдох төрөлхийн гажигтай хүүхэд 2019 онд 8 болж, өмнөх оноос 2-оор нэмэгджээ. Амьгүй төрөлтийн түвшин 2019 онд 6 болж, өмнөх онтой адил түвшинд байна.

Төрөлхийн гажигтай төрөлтийн түвшин (1000 амьд төрөлтөд ногдох) болон амьгүй төрөлтийн түвшинг сүүлийн 5 жилийн байдлаар, сараар, агаарын бохирдлын үзүүлэлтэй харьцуулж харахад бохирдол ихтэй сарын дараагийн саруудад төрөлхийн гажиг болон амьгүй төрөлтийн түвшин нэмэгдсэн байгааг харж болно. Улаанбаатар хотын агаарын бохирдлыг сүүлийн 5 жилийн байдлаар сараар харвал 12, 1 дүгээр сард хамгийн өндөр байгаа бол 1000 амьд төрөлтөд ногдох төрөлхийн гажигтай төрсөн хүүхэд сарын хувьд харилцан адилгүй 2018 оны 12 дугаар сард хамгийн их 14, 2015 оны 10 дугаар сар, 2019 оны 1 дүгээр сард 12 байна.

Амьгүй төрөлтийн түвшинг сүүлийн 5 жилийн байдлаар, сараар харвал 2015 оны 9-11 дүгээр сард хамгийн өндөр буюу 10-12 байна. Энэ үзүүлэлт 2019 оны 2 дугаар сард хамгийн их 9 байгаа нь өмнөх оны мөн үеэс 5-аар их байна.

Улаанбаатар хотын 1000 амьд төрөлтөд ногдох дутуу төрөлтийг сүүлийн 5 жилийн байдлаар сараар харвал харилцан адилгүй байна. 2015 оны 3 дугаар сард 98 болж хамгийн их байсан бол 2019 оны 5, 7 дугаар сард 82-83 болж хамгийн их байна.

Улаанбаатар хотын 1000 амьд төрөлтөд ногдох дутуу төрөлтийн түвшинг, сүүлийн 5 жилийн байдлаар, эхний 3 сараар харвал 2018 онд 87 болж, хамгийн өндөр байсан бол 2020 оны эхний 3 сарын дунджаар 76 болж, өмнөх оны мөн үеэс 11-ээр нэмэгдсэн байна. Сүүлийн жилүүдэд өсөлтгүй жирэмсний тохиолдлын талаар ихээхэн ярих болсон. Өсөлтгүй жирэмслэлт гэдэг нь ямар нэг шалтгааны улмаас ураг амьгүй болж, ургийн хөгжил зогсохыг ойлгоно. Өсөлтгүй жирэмслэлтийн гол шалтгаан нь эхийн эрүүл мэндийн байдал мөн амьдарч байгаа орчин, амьсгалж буй агаар, хоол, хүнс зэрэг олон зүйлээс шалтгаалдаг байна.

Энэхүү үнэлгээний зорилго нь 0-4, 5-9, 10-14, 15-19 насны хүүхдийн эрүүл мэндэд нийгэм, эдийн засаг, орчны бохирдлоос шалтгаалсан өвчлөлийн өөрчлөлт, хандлагыг судлахад чиглэгдсэн болно. 2011-2020 оны байдлаар хүн амын нийт өвчлөлд хүүхдийн өвчлөл дунджаар 29.1%-ийг эзэлж байна.

Хүснэгт 33 Хүүхдийн өвчлөл дүнд эзлэх хувиар, насны бүлгээр, 2011-2020 оны байдлаар

Нас	2011 ОН	2012 ОН	2013 ОН	2014 ОН	2015 ОН	2016 ОН	2017 ОН	2018 ОН	2019 ОН	2020 ОН
1 хүртэлх	4.8	4.7	5.1	5.1	5.8	6.3	5.8	6.5	6.0	5.1
1-4	8.9	8.9	9.4	9.4	10.2	11.2	10.9	11.5	10.3	7.4
5-9	3.9	4.7	4.3	4.3	5.1	5.3	6.1	6.7	6.9	5.7
10-14	4.2	4.5	3.8	3.8	3.6	3.3	3.6	3.9	4.3	4.2
15-19	5.6	5.3	4.9	4.9	4.8	4.3	4.0	3.9	3.9	4.0

Нийт өвчлөл 1 хүртэлх насны 10000 хүүхдэд сүүлийн 10 жилийн дунджаар 21154 болж, 5 жилийн дунджаас 7280-аар буурч, 2019 оноос 7524-өөр багассан байна. 2020 онд 22343 болж 10 жилийн дунджаас 1189-өөр нэмэгдсэн байна.

0-19 насныхны өвчлөлийг өвчний олон улсын ангиллын дагуу сүүлийн 10 жилийн дунджаар тухайн насны 1000 хүн амд тооцож үзэхэд 1 хүртэлх насны хүүхдийн өвчлөлийн нэгдүгээр шалтгаанд амьсгалын тогтолцооны өвчин, хоёрдугаарт хоол боловсруулах тогтолцооны өвчин, гуравдугаарт перинаталь эмгэг, дөрөвдүгээрт арьсны өвчин, тавдугаарт мэдрэлийн тогтолцооны өвчин эзэлж байна. 1-4 насанд нэгдүгээр шалтгаанд амьсгалын тогтолцооны өвчин, хоёрдугаарт хоол боловсруулах тогтолцооны өвчин, гуравдугаарт арьсны өвчин, дөрөвдүгээрт гэмтэл, хордлого ба гадны шалтгаант эмгэг, тавдугаарт халдварт өвчин, 5-9 насанд нэгдүгээр шалтгаанд амьсгалын тогтолцооны өвчин, хоёрдугаарт хоол боловсруулах тогтолцооны өвчин, гуравдугаарт арьсны өвчин, дөрөвдүгээрт гэмтэл, хордлого ба гадны шалтгаант эмгэг, тавдугаарт чихний өвчин, 10-14 насанд нэгдүгээр шалтгаанд амьсгалын тогтолцооны өвчин, хоёрдугаарт хоол боловсруулах тогтолцооны өвчин, гуравдугаарт арьсны өвчин, дөрөвдүгээрт шээс бэлгийн тогтолцооны өвчин, тавдугаарт мэдрэлийн тогтолцооны өвчин, 15-19 насанд нэгдүгээр шалтгаанд хоол боловсруулах тогтолцооны өвчин, хоёрдугаарт амьсгалын тогтолцооны өвчин, гуравдугаарт арьсны өвчин, дөрөвдүгээрт гэмтэл, хордлого ба гадны шалтгаант эмгэг, тавдугаарт шээс бэлгийн тогтолцооны өвчин тус тус тэргүүлэх 5 шалтгаан болж байна.

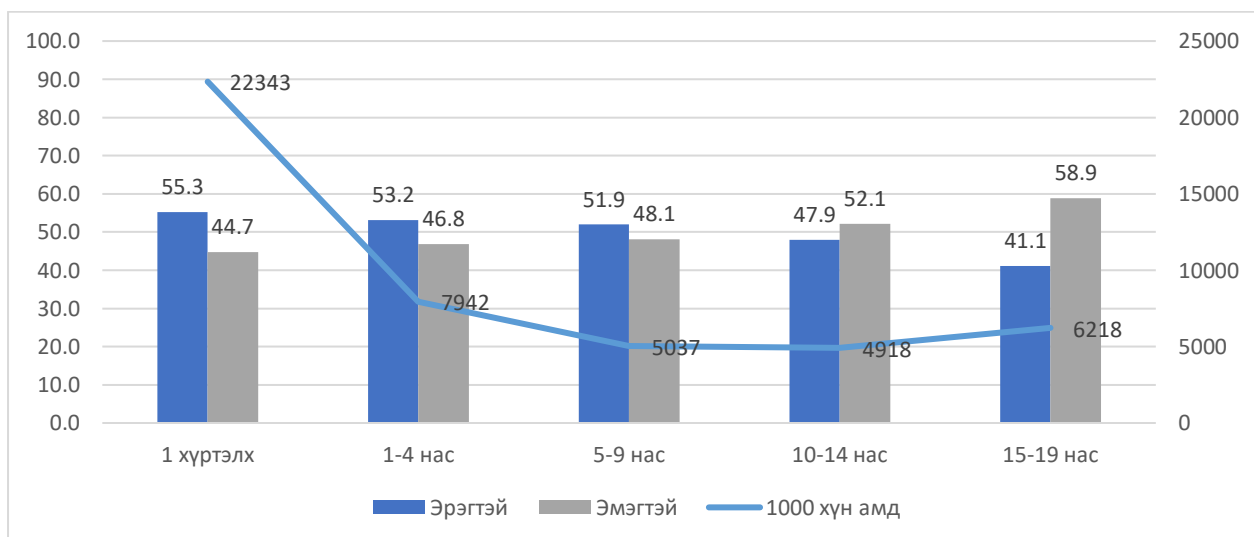
Хүснэгт 34 Хүүхдийн өвчлөл, 1000 хүн амд ногдохоор, 2011-2020 оны дунджаар

Өвчний нэршил	1 хүртэлх	1-4	5-9	10-14	15-19
Халдварт өвчин	567	414	203	138	238
Хавдар	45	24	20	21	29
Цус төлжүүлэх эрхтний өвчин	131	44	37	28	24
Дотоод шүүрэл, бодисын солилцоо	311	64	23	31	34
Сэтгэцийн эмгэг	4	11	27	34	56
Мэдрэлийн эмгэг	1088	128	123	189	300
Нүдний өвчин	459	226	182	179	182
Чихний өвчин	934	310	204	162	124
Зүрх судасны өвчин	20	10	15	43	134
Амьсгалын тогтолцооны өвчин	11655	5309	1615	1165	796

Хоол боловсруулах тогтолцооны эмгэг	2394	1169	1308	1024	986
Арьсны өвчин	1128	754	477	493	594
Яс, булчингийн тогтолцооны эмгэг	23	27	34	67	104
Шээс бэлгийн тогтолцооны өвчин	99	167	188	249	518
Жирэмсэн, төрөх, төрсний дараах үе	0	0	0	2	286
Перинаталь эмгэг	1549	0	0	0	0
Төрөлхийн гажиг	317	80	55	34	29
Шинж тэмдэг	83	42	46	36	14
Гэмтэл, хордлого, гадны шатгаан	339	564	395	493	551
Нийт	21154	9359	4969	4403	5010

Нэгдүгээрт	
Хоёрдугаарт	
Гуравдугаарт	
Дөрөвдүгээрт	
Тавдугаарт	

Зураг 51 Хүүхдийн өвчлөл, 10000 хүн амд, дүнд эзлэх хувь хүйсээр, 2020 он



2.2 Хоол боловсруулах эрхтэн тогтолцооны эмгэг

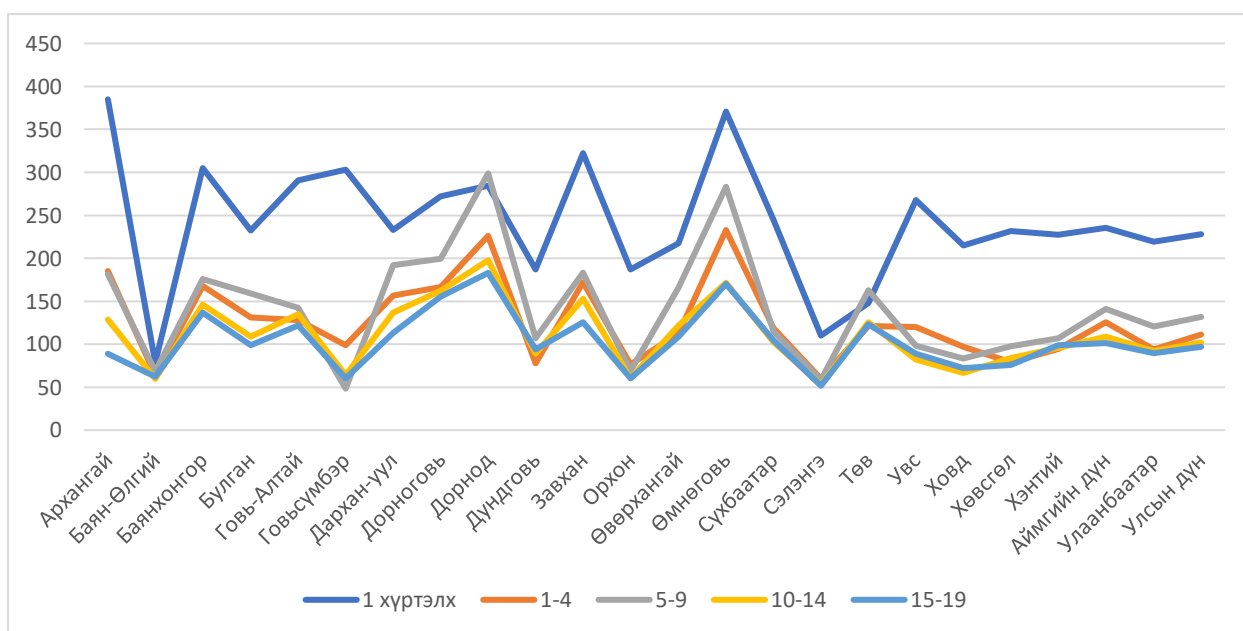
Хоол боловсруулах эрхтэн тогтолцооны эмгэг 0-19 хүртэлх насны хүүхдийн өвчлөлийн тэргүүлэх хоёрдугаар шалтгаан болж байна. 10000 хүүхдэд тохиолдох хоол боловсруулах эрхтэн тогтолцооны эмгэг 1198 байгаа ба 2011-2020 оны байдлаар хоол боловсруулах нийт өвчлөлд 0-19 насны хүүхдийн өвчлөл дунджаар 31.6%-ийг эзэлж байна.

Хүснэгт 35 Бүртгэгдсэн өвчлөл дүнд эзлэх хувиар, 2011-2020 оны байдлаар

Нас	2011 он	2012 он	2013 он	2014 он	2015 он	2016 он	2017 он	2018 он	2019 он	2020 он
1 хүртэлх	3.9	3.4	3.9	3.9	4.4	4.1	3.6	4.2	4.1	3.0
1-4	7.0	7.4	6.6	6.9	7.8	8.1	8.4	9.1	8.1	6.5
5-9	5.7	8.0	6.1	7.4	8.4	8.8	10.5	12.0	11.3	10.6
10-14	5.9	7.0	5.1	5.1	5.2	4.9	5.1	5.9	6.3	6.9
15-19	6.4	6.1	5.6	5.3	5.4	5.5	5.1	5.1	5.1	6.1

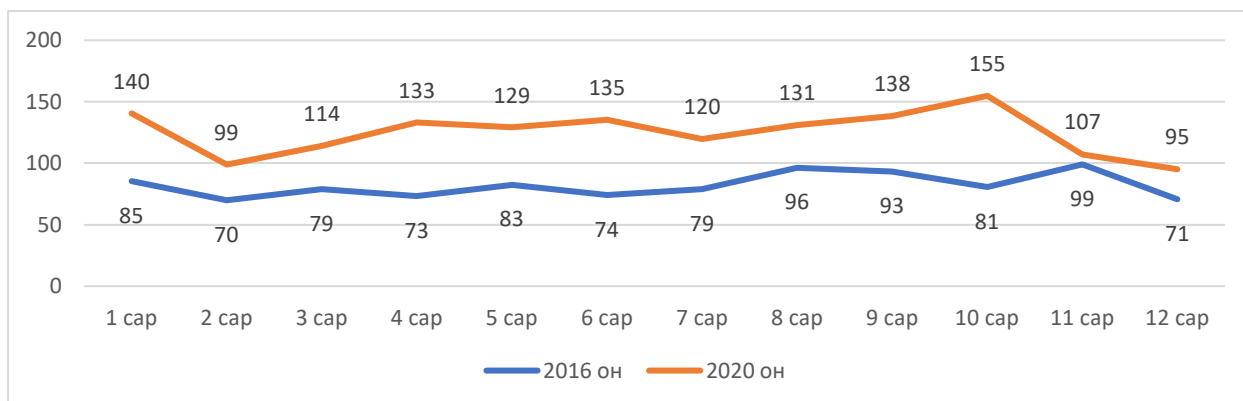
Хүүхдийн хоол боловсруулах тогтолцооны өвчнийг 1 хүртэлх, 1-4 нас, 5-9 нас, 10-14 нас, 15-19 насны бүлгүүдээр 1000 хүүхдэд ногдохоор байршлаар нь харьцуулж харахад бүх насны бүлгүүдэд Дорнод, Архангай, Өмнөговь, Завхан, Говь-алтай, Дорноговь, Баянхонгор, Дархан-уул, Өвөрхангай, Төв аймгууд улс, аймгийн дунджаас өндөр байна.

Зураг 52 Хоол боловсруулах эрхтний өвчин, 10000 хүн амд, сүүлийн 10 жилийн дунджаар, насны бүлгээр



Хүүхдийн хоол боловсруулах тогтолцооны өвчнийг 0-19 насны 10000 хүн амд 2016 он болон 2020 оны байдлаар сараар харьцуулан харахад 2020 оны бүх саруудад 8.2-74.1-ээр өндөр байна.

Зураг 53 Хоол боловсруулах эрхтний өвчин, 0-19 нас, 10000 хүн амд, 2016, 2020 оны сар сараар



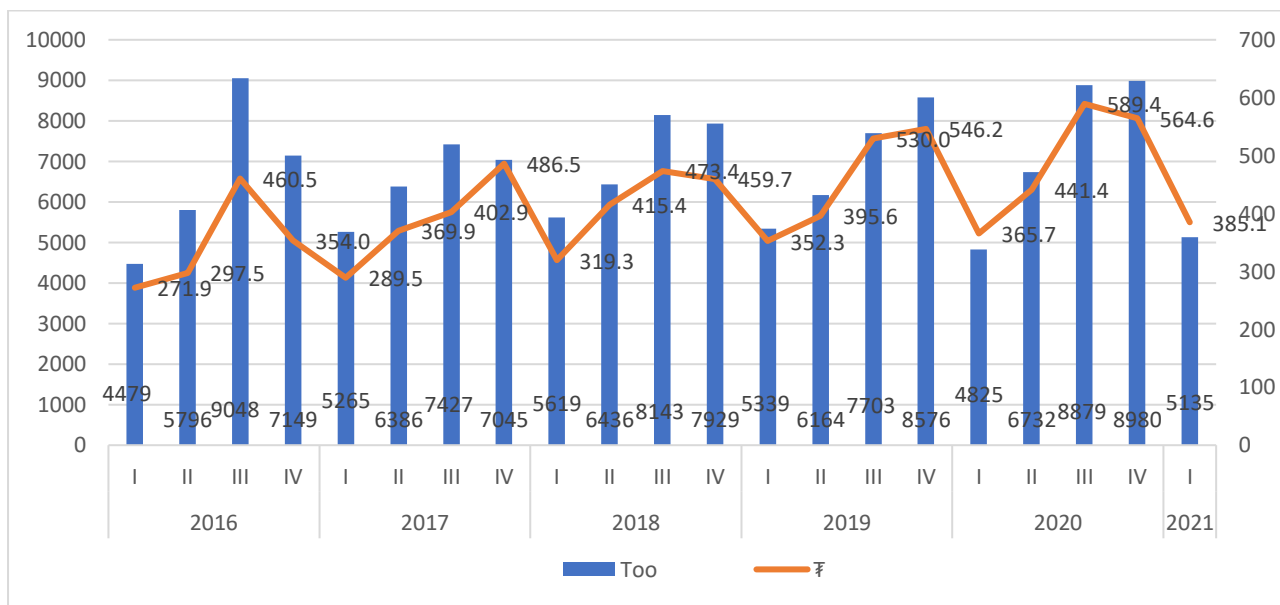
Хоол боловсруулах эрхтэн тогтолцооны хүүхдийн өвчлөлийн шалтгааныг насны бүлгээр, 10000 хүн амд харьцуулж харахад 1 хүртэлх насны хүүхдийн өвчлөлд нэгдүгээрт халдварт бус гэдэсний өвчин, хоёрдугаарт ходоод гэдэсний өвчин, гуравдугаарт шүд амны хөндийн эрхтний өвчин, 1-4 насанд нэгдүгээрт халдварт бус гэдэсний өвчин, хоёрдугаарт шүд ба амны хөндийн эрхтний өвчин, гуравдугаарт ходоод гэдэсний өвчин, 5-9 насанд нэгдүгээрт шүд ба амны хөндийн эрхтний өвчин, хоёрдугаарт халдварт бус гэдэсний өвчин, гуравдугаарт мухар олгойн өвчин, 10-14 насанд нэгдүгээрт шүд ба амны хөндийн эрхтний өвчин, хоёрдугаарт мухар олгойн өвчин, гуравдугаарт ходоод гэдэсний өвчин, 15-19 насанд нэгдүгээрт шүд ба амны хөндийн эрхтний өвчин, хоёрдугаарт ходоод гэдэсний өвчин, гуравдугаарт мухар олгойн өвчин тус тус эзэлж байна.

Хүснэгт 36 0-19 насны хүүхдийн хоол боловсруулах эрхтэн тогтолцооны өвчлөлийн тоо, 10000 хүн амд ногдохоор, 2011-2020 оны дунджаар

Өвчний нэршил	1 хүртэлх	1-4 нас	5-9 нас	10-14 нас	15-19 нас
Шүд ба амны хөндийн эрхтний өвчин	84	510	1044	687	579
Ходоод гэдэсний өвчин	121	35	56	98	154
Мухар олгойн өвчин	0	7	57	114	117
Ивэрхий	54	29	15	9	8
Халдварт бус гэдэсний өвчнүүд	1920	519	135	91	58
Элэгний өвчин	23	6	5	8	16
Цөсний өвчин	66	2	4	11	27
Нойр булчирхайн өвчин	0	0	1	3	8
Бусад	11	4	2	2	2

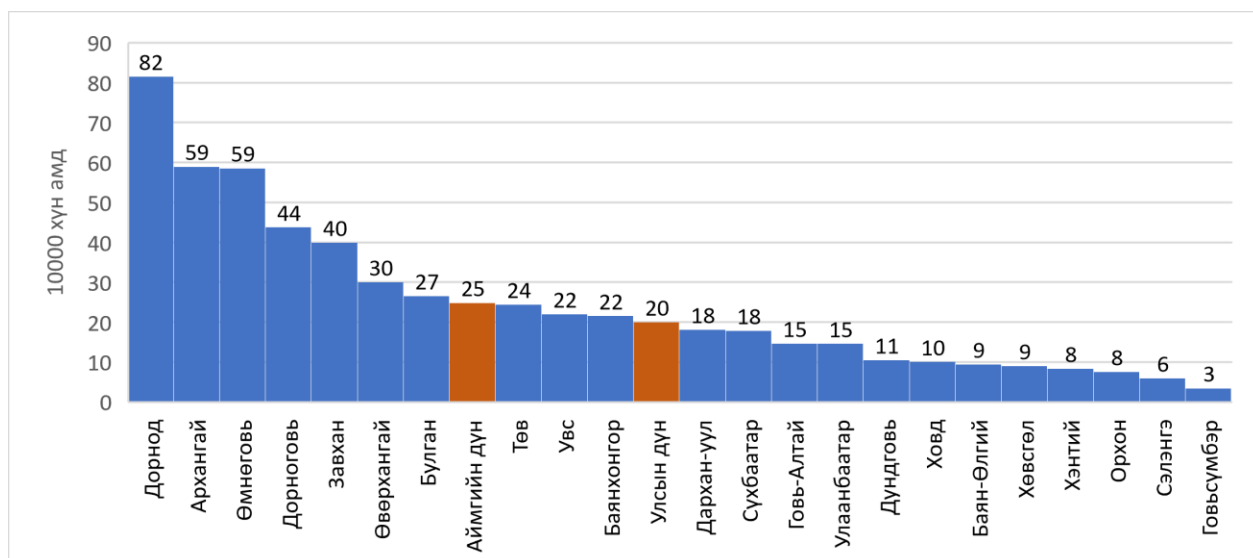
0-19 насны хүүхдийн хоол боловсруулах эрхтэн тогтолцооны өвчнийг эмчлэхэд нэг хүүхдэд дунджаар 60000-70000 төгрөг зарцуулж байна.

Зураг 54 0-19 насны хүүхдийн хоол боловсруулах эрхтэн тогтолцооны өвчлөлийн тоо, эмчилгээний зардал сая.төг, 2016-2020 оны улирлаар



Хоол боловсруулах тогтолцооны 5 хүртэлх насны хүүхдийн өвчлөлийн дотор халдварт бус суулгалт, шүд цоорох, карлес, шүд ба дайвар бүтцийн бусад эмгэг зэрэг өвчлөлүүд хамгийн их тохиолдож байна. Шүд цоорох өвчин 0-5 хүртэлх насны 10000 хүүхдэд 2016-2020 оны эхний 3 сарын дунджаар, байршлаар нь харахад Архангай, Баянхонгор, Булган, Дорноговь, Дорнод, Завхан, Өвөрхангай, Өмнөговь, Төв, Увс аймгуудад улсын дунджаас өндөр байна.

Зураг 55 Шүд цоорох өвчин, 0-5 хүртэлх насны 10000 хүүхдэд ногдохоор, 2016-2020 оны 1-3 сарын дундаж



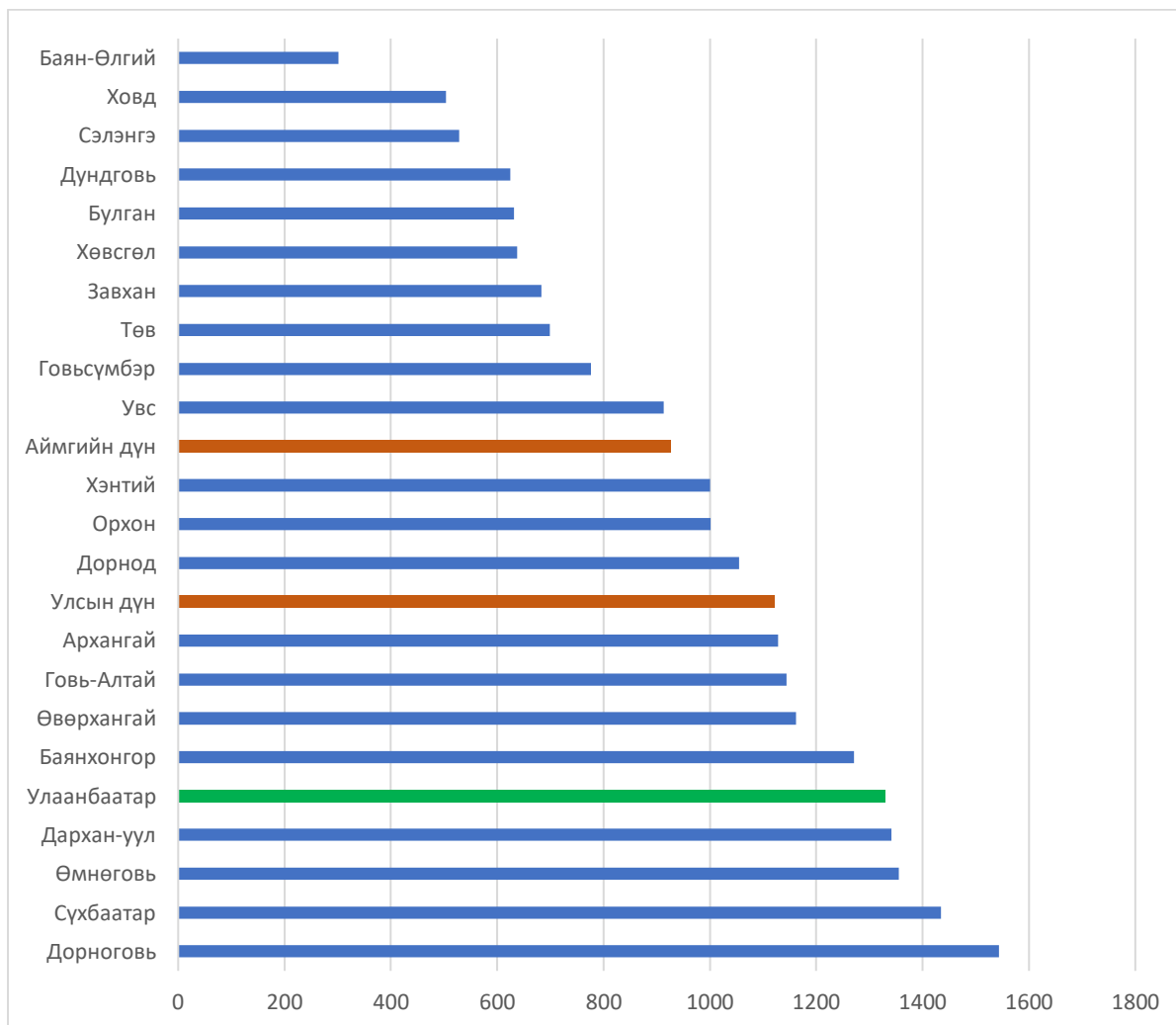
0-19 насны хүүхдийн өвчлөлийн гуравдугаар шалтгаан насны бүлгүүдэд харилцан адилгүй байгаа ба 1 хүртэлх насанд арьс, халимын өвчин, 1-4, 5-9, 15-19 насанд гэмтэл, хордлого ба гадны шалтгаант эмгэг, 10-14 насанд шээс бэлгийн тогтолцооны эмгэг орж байгаа тул дарааллын дагуу дүн шинжилгээ хийлээ.

2.3 Арьс болон халимын өвчлөл

1 хүртэлх насны хүүхдийн арьс халимын өвчлөлийг сүүлийн 10 жилийн дундажаар, 10000 хүн амд харьцуулан тооцож харахад Дорноговь, Сүхбаатар, Өмнөговь, Дархан-уул,

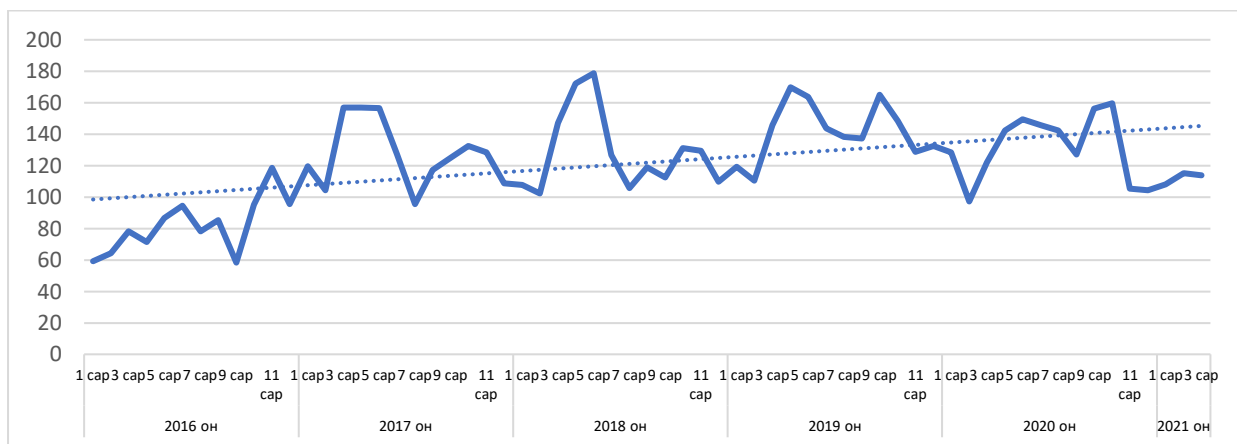
Улаанбаатар хот, Баянхонгор, Өвөрхангай, Говь-алтай, Архангай аймагт улс, аймгийн дундаж(1121;927)--аас дээгүүр байна.

Зураг 56 Арьс халимын өвчин, 1 хүртэлх насны 10000 хүүхдэд ногдохоор, 2013-2022 оны дундаж, аймгаар



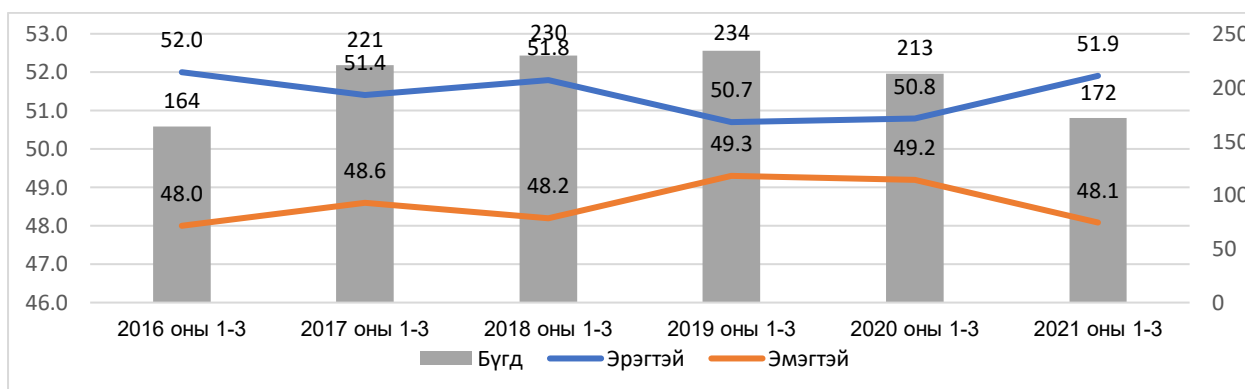
Арьсны өвчлөл 0-5 хүртэлх насны 10000 хүүхдэд 2018 оны эхний 3 сард 234 хамгийн өндөр харин 2016 онд 164 буюу хамгийн бага байна. Хүйсийн хувьд 0-5 насны эрэгтэй хүүхдэд 50.8 хувь эмэгтэйд 49.2 хувь байна.

Зураг 57 Арьс халимын өвчин, 1 хүртэлх насны 10000 хүүхдэд ногдохоор, 2016-2021 он, сараар



Арьс ба халимны өвчлөлийн дотор арьсны идээт өвчнүүд, түүхий, хулжмал арьстас, хавьтал харшлын дерматит, чонон хөрвөс гэсэн 5 өвчлөл зонхилон тохиолдож байна.

Зураг 58 Арьс ба халимын өвчин, 0-5 хүртэлх насны 10000 хүүхдэд ногдохоор, 2016-2021 оны 1-3 сард, хүйс хувиар



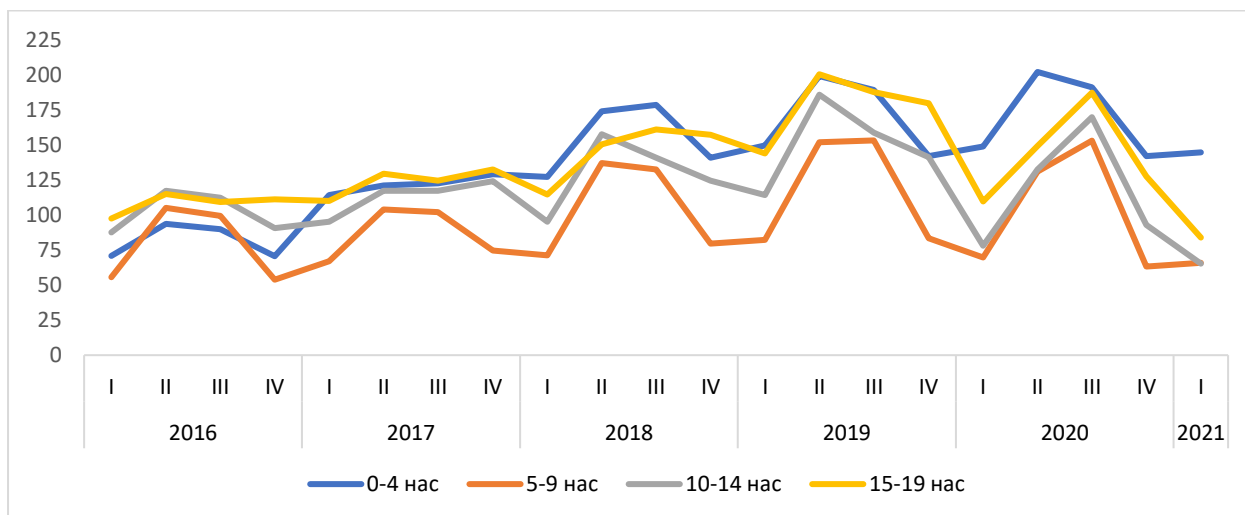
Улсын хэмжээнд арьсны өвчин 2016-2020 ны эхний 3 сарын байдлаар 0-5 хүртэлх насны 10000 хүүхдэд 212 байна. Улсын дундаж үзүүлэлтээс Дорноговь, Сүхбаатар, Улаанбаатар хот, Дархан-уул, Дорнодод 11-138-аар илүү, бусад аймгуудад улсын дунджаас доогуур байна.

2.4 Гэмтэл, хордлого ба гадны шалтгаант бусад тодорхой эмгэг

Гэмтэл, хордлого ба гадны шалтгаант бусад тодорхой эмгэг 1-4, 5-9, 15-19 насны хүүхдийн өвчлөлийн гуравдугаар шалтгаан болж байна.

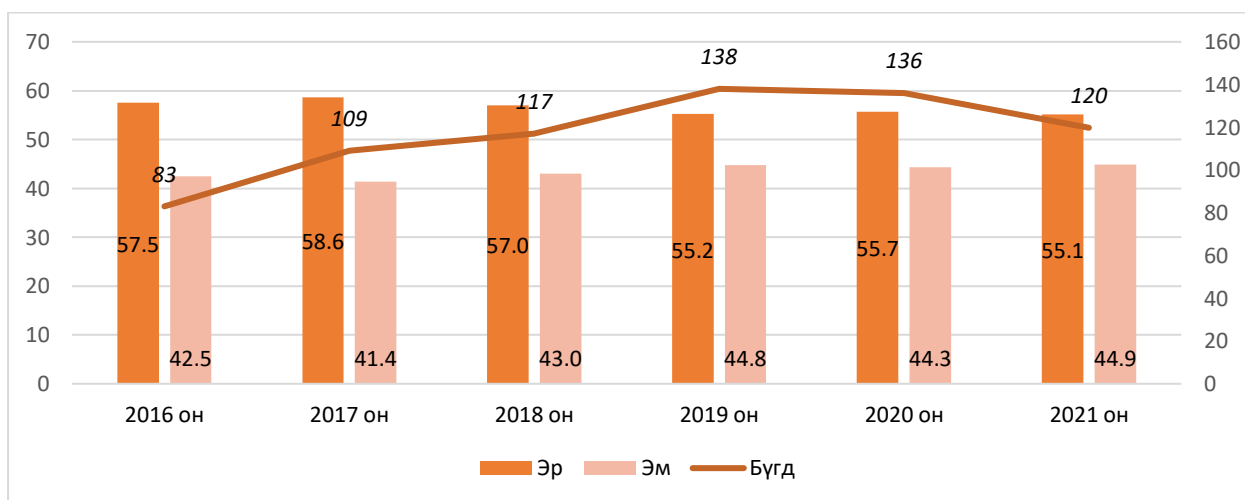
Гэмтэл, хордлого ба гадны шалтгаант бусад тодорхой эмгэг дотор биеийн өвөрмөц, өвөрмөц бус ба олон бүс хэсгийн бусад бэртлүүд, түлэгдэл, оглорол, гавал доторх бэртэл, биеийн өвөрмөц ба олон бүс хэсэг сунах, тулах мултрах гэмтлүүд зонхилон тохиолдож байна. Өвчлөл сүүлийн 5 жилийн хөдлөл зүйг харахад 2018 оноос нэмэгдэж, жил бүрийн I, IV улиралд буураад, II, III улиралд ихэсдэг хандлага харагдаж байна. Насны бүлгээр нь авч үзвэл 0-4 насныхан 2020 оны II, III улиралд, 5-9 насныхан 2019 оны II, III улиралд, 10-14 насныхан 2019 оны II, 2020 оны III улиралд, 15-19 насныхан 2019 оны II-IV, 2020 оны III улиралд өвчлөл илүү байна.

Зураг 59 Гэмтэл, хордлого ба гаднын шалтгаант бусад тодорхой эмгэг, насны бүлгээр, 10000 хүүхдэд ногдохоор, 2016-2021 оны улирлаар



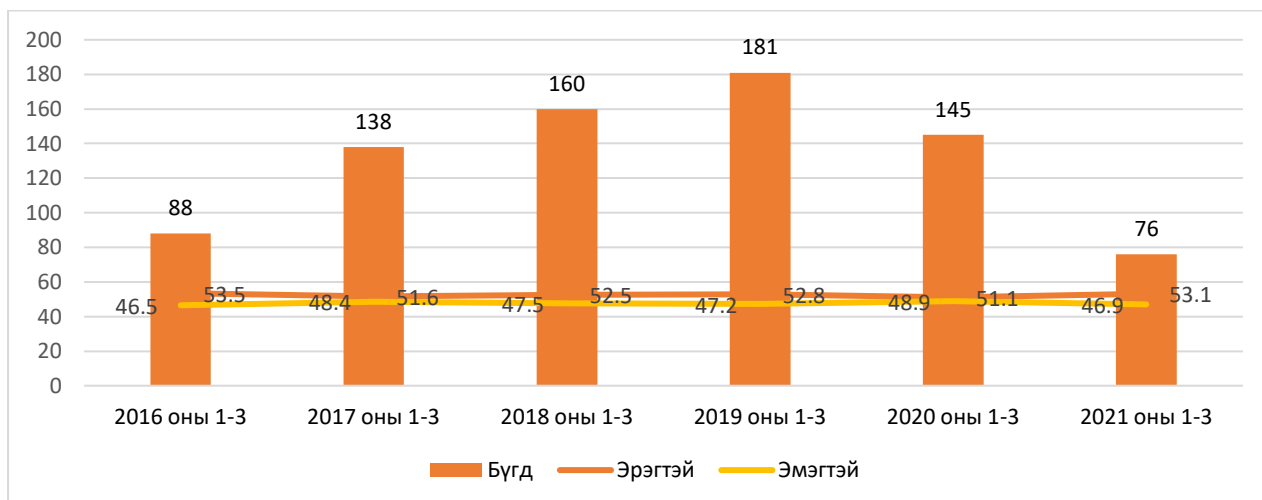
Бэртэл, хордлого ба бусад гадны шалтгааны үр дагавар нь давхардсан тоогоор 0-5 хүртэлх насны 10000 хүүхдэд 2019 оны эхний 3 сард 138 буюу хамгийн өндөр харин 2016 онд 83 буюу хамгийн бага байна. Хүйсийн хувьд 2021 оны эхний 3 сарын байдлаар 0-5 насны эрэгтэй хүүхдэд 55.1 хувь эмэгтэйд 44.9 хувь байна.

Зураг 60 Бэртэл, хордлого ба бусад гадны шалтгааны үр дагавар, 0-5 хүртэлх насны 10000 хүүхдэд ногдохоор, 2016-2021 оны 1-3 сард, хүйс-хувиар



Чихний өвчлөл 0-5 хүртэлх насны 10000 хүүхдэд 2019 оны эхний 3 сард 181 хамгийн өндөр харин 2021 онд 76 буюу хамгийн бага байна. Хүйсийн хувьд 0-5 насны эрэгтэй хүүхдэд 53.1 хувь эмэгтэйд 46.9 хувь байна. 5 хүртэлх насны хүүхдийн өвчлөлийн 4 дэх шалтгаан болж байгаа чихний өвчлөл дотор сүүлийн 6 жилийн эхний 3 сарын байдлаар дунд чих, хөхөнцрийн өвчин, гадна чихний өвчнүүд болон бусад өвчнүүд зонхилон тохиолдож байна.

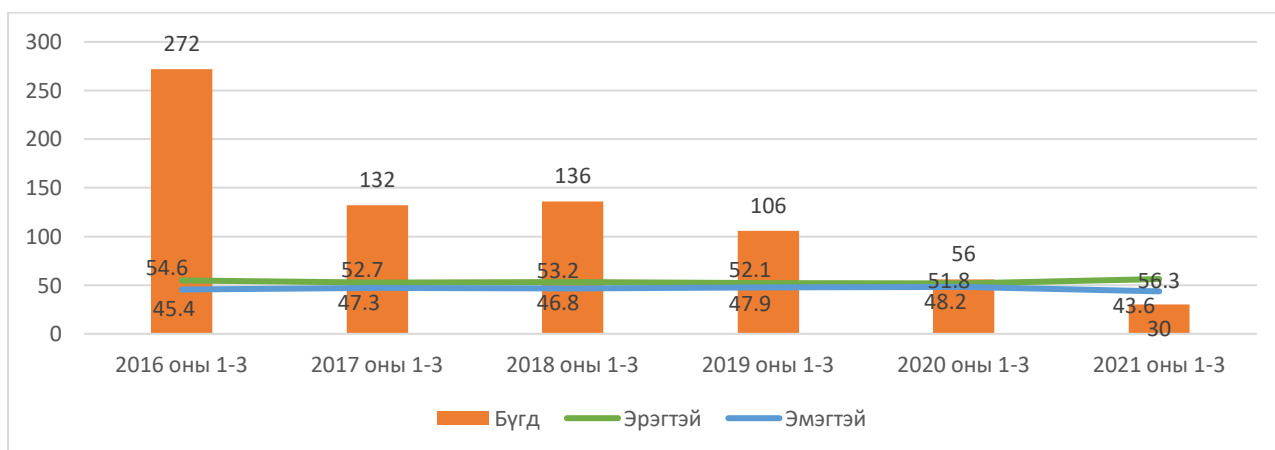
Зураг 61 Чих, хөхлөг сэртэнгийн өвчин, 0-5 хүртэлх насны 10000 хүүхдэд ногдохоор, 2016-2021 оны 1-3 сард, хүйс-хувиар



2.5 Халдварт ба шимэгчид зарим өвчин

Халдварт өвчин нь давхардсан тоогоор 0-5 хүртэлх насны 10000 хүүхдэд 2016 оны эхний 3 сард 272 хамгийн өндөр харин 2021 онд 30 буюу хамгийн бага байна. Хүйсийн хувьд 0-5 насны эрэгтэй хүүхдэд 56.3 хувь эмэгтэйд 43.6 хувь байна.

Зураг 19. Халдварт өвчин, 0-5 хүртэлх насны 10000 хүүхдэд ногдохоор, 2016-2021 оны 1-3 сард, хүйс-хувиар



Халдварт ба шимэгчид зарим өвчнүүдээс цусан суулга, салхинцэцэг, сальмонеллын халдвар, гар хөл амны өвчлөлүүд илүүтэй тохиолдож байна.

2.6. Агаарын бохирдолтой холбоотой зарим өвчин, сараар

Хүснэгт 37 Агаарын бохирдолтой холбоотой зарим өвчлөлийн тоо, сараар, 2014-2022 он, Улсын дүн

Он	Сар	Амьд төрөлт	Төрөлхийн гажигтай төрсөн хүүхэд	Дутуу төрөлт	Амьгүй төрсөн хүүхэд	Өсөлтгүй жирэмслэлт	5 хүртэлх насны хүүхдийн хатгалгаа өвчин

2014	I	6487	52	301	42	98	8313
	II	6485	44	336	42	91	7937
	III	6953	68	333	35	112	6604
	IV	6744	68	330	40	92	3843
	V	6931	39	341	53	97	3959
	VI	6817	55	272	50	95	3341
	VII	7170	40	322	40	98	1355
	VIII	6999	47	298	47	113	1018
	IX	7088	51	294	49	138	1491
	X	7090	70	284	43	141	4224
	XI	6449	28	274	40	126	7370
	XII	6502	43	343	47	123	13947
2015	I	6721	43	408	35	157	10222
	II	6077	38	402	36	194	4627
	III	6976	48	506	45	292	5293
	IV	6787	50	369	48	301	3230
	V	6932	51	444	36	285	2574
	VI	6759	34	386	61	223	2141
	VII	7106	36	456	39	240	1077
	VIII	6839	38	394	44	269	1020
	IX	6652	39	412	56	301	1501
	X	6513	70	401	61	257	2502
	XI	6775	45	424	48	242	4041
	XII	6738	48	389	48	279	5452
2016	I	6304	41	426	36	336	6152
	II	6155	45	478	41	305	11086
	III	6682	56	430	43	271	15523
	IV	6259	28	370	42	242	7317
	V	6816	49	427	40	271	4834
	VI	6651	61	426	47	246	2969
	VII	6949	32	395	51	223	1621
	VIII	6944	36	506	42	227	1418
	IX	6560	40	425	39	321	1963
	X	6575	48	393	39	305	3943
	XI	6305	34	365	24	299	6603
	XII	5994	39	375	43	330	13433
			Төрөлхийн гажигтай төрсөн хүүхэд	Дутуу төрөлт	Амыгүй төрсөн хүүхэд	Өсөлтгүй жирэмслэлт	5 хүртэлх насны хүүхдийн хатгалгаа өвчин
Он	Сар	Амьд төрөлт					
2017	I	5502	24	382	28	395	15339
	II	4771	23	389	35	292	5698
	III	6369	32	430	46	381	4066
	IV	6148	46	387	27	371	4625
	V	6353	38	407	37	401	7109
	VI	6393	35	420	41	321	3710
	VII	6709	30	377	45	303	1590
	VIII	6319	40	415	34	388	2144
	IX	6176	37	414	45	376	2450

	X	6447	32	357	34	370	5186
	XI	6610	45	423	40	372	5941
	XII	6531	51	416	39	372	9443
2018	I	6271	44	470	36	361	10759
	II	5746	37	433	32	318	8317
	III	6654	51	463	29	444	11889
	IV	6639	34	470	32	373	8043
	V	6476	45	469	43	363	5287
	VI	6525	60	419	35	306	2968
	VII	6638	32	415	37	304	1566
	VIII	6729	44	428	49	358	1434
	IX	6284	29	397	29	343	2168
	X	6554	42	403	40	400	5204
	XI	6444	46	420	41	409	7281
	XII	6568	69	382	35	345	13456
2019	I	6001	49	364	32	400	8229
	II	5824	54	331	41	341	3532
	III	6527	43	376	34	410	3880
	IV	6723	73	361	33	366	3661
	V	6899	51	476	42	432	4104
	VI	6387	50	416	28	364	2505
	VII	6947	46	461	34	392	1310
	VIII	6620	55	413	37	370	1309
	IX	6597	61	422	29	383	1614
	X	6745	43	404	38	406	2679
	XI	6352	41	408	23	330	2920
	XII	6601	54	451	34	396	5328

Он	Сар	Амьд төрөлт	Төрөлхийн гажигтай төрсөн хүүхэд	Дулуу төрөлт	Амьгүй төрсөн хүүхэд	Өсөлтгүй жирэмслэлт	5 хүртэлх насны хүүхдийн хатгалгаа өвчин
2020	I	6260	55	455	28	400	7592
	II	5715	38	360	36	340	3762
	III	6688	70	389	37	382	1379
	IV	6452	61	384	39	363	887
	V	6478	48	437	32	379	754
	VI	6276	50	406	35	332	686
	VII	6815	47	449	34	327	644
	VIII	6586	41	446	34	367	721
	IX	6220	43	383	44	402	961
	X	6347	44	417	27	324	1400
	XI	6077	47	374	33	320	1136
	XII	6347	73	378	34	383	686
2021	I	5771	48	331	31	339	802
	II	5624	50	361	27	278	671
	III	6357	43	370	35	404	1111
	IV	6207	55	417	28	327	849
	V	6281	53	365	27	405	795

	VI	6361	58	399	44	309	1020
	VII	6435	40	446	40	301	997
	VIII	5783	34	409	32	311	1171
	IX	6077	33	415	39	302	1777
	X	5955	40	420	39	354	2551
	XI	5556	50	332	25	379	3115
	XII	5252	37	281	30	448	3051
2022	I	4352	47	289	27	423	4094
	II	3950	30	220	26	364	4095
	III	5483	42	336	31	472	11714
	IV	5444	25	307	27	473	7966
	V	5562	41	335	31	448	8680
	VI	5429	47	358	34	412	4468
	VII	5784	33	392	34	367	1686
	VIII	6045	36	416	28	436	1811
	IX	6035	44	367	31	361	2526
	X	6034	36	372	31	442	4597
	XI	5552	34	365	25	456	5039
	XII	5916	51	408	24	447	5214

Хүснэгт 38 Агаарын бохирдолтой холбоотой зарим өвчлөлийн тоо, сараар, 2014-2022 он, Улаанбаатар хот

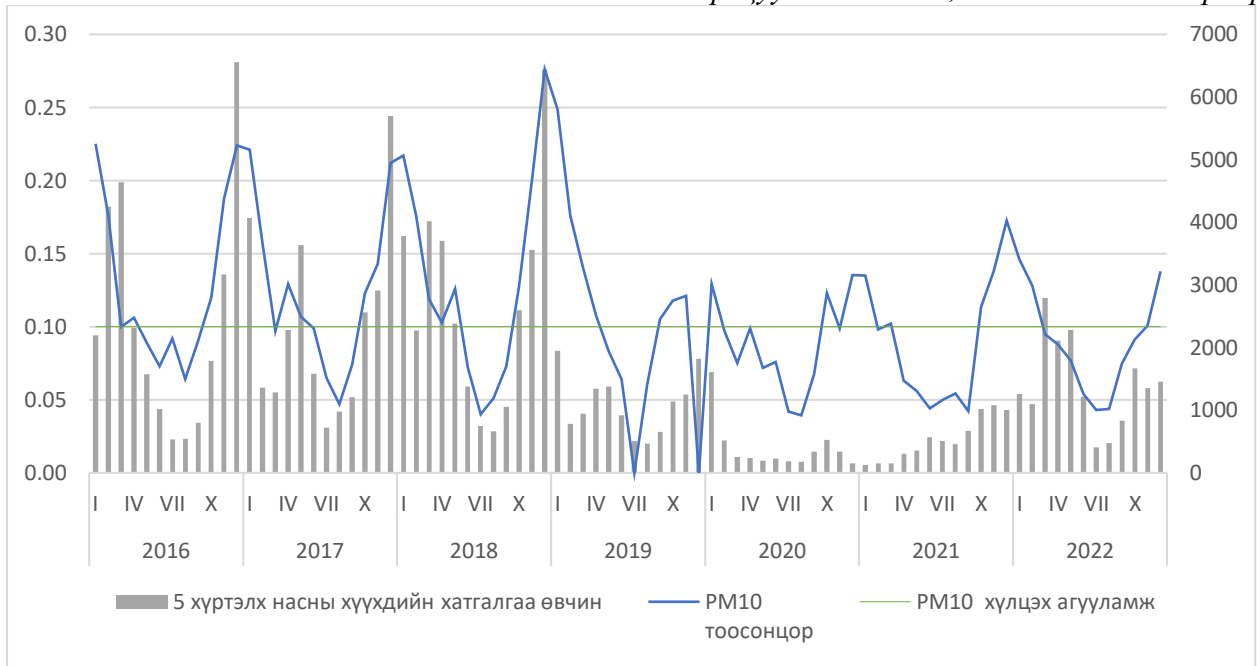
Он	Сар	Амьд төрөлт	Төрөлхийн гажигтай төрсөн хүүхэд	Дутуу төрөлт	Амьгүй төрсөн хүүхэд	Өсөлтгүй жирэмслэлт	5 хүртэлх насны хүүхдийн хатгалгаа өвчин
2014	I	3147	28	164	26	65	3719
	II	3179	25	188	20	67	2713
	III	3506	39	183	15	82	1985
	IV	3329	30	178	21	61	1447
	V	3759	27	201	32	72	1762
	VI	3549	28	152	23	58	1543
	VII	3643	21	201	16	53	580
	VIII	3580	18	172	23	82	410
	IX	3530	28	148	22	94	668
	X	3702	48	156	22	88	1867
	XI	3367	17	164	19	84	3235
	XII	3495	21	214	22	78	5242
2015	I	3382	18	282	22	78	2331
	II	3126	18	285	18	124	1240
	III	3435	27	336	24	215	1772
	IV	3519	31	248	25	220	1212
	V	3736	30	274	24	218	955
	VI	3427	21	241	32	145	783
	VII	3614	24	316	21	169	332

	VIII	3510	22	252	22	182	359
	IX	3488	17	259	37	218	516
	X	3476	42	241	40	185	1100
	XI	3542	27	239	34	179	1472
	XII	3476	27	225	30	205	2064
2016	I	3221	19	260	22	244	2197
	II	3158	25	272	17	246	4251
	III	3401	36	255	22	180	4639
	IV	3229	12	207	25	156	2318
	V	3546	33	221	24	181	1573
	VI	3450	38	250	27	171	1024
	VII	3696	18	225	30	160	531
	VIII	3556	15	318	19	150	547
	IX	3421	23	267	25	216	800
	X	3566	24	232	23	223	1783
	XI	3222	14	204	10	200	3164
	XII	3221	17	213	22	227	6559
Он	Сар	Амьд төрөлт	Төрөлхийн гажигтай төрсөн хүүхэд	Дутуу төрөлт	Амьгүй төрсөн хүүхэд	Өсөлтгүй жирэмслэлт	5 хүртэлх насны хүүхдийн хатгалгаа өвчин
2017	I	2823	19	228	11	278	4072
	II	2428	12	233	19	213	1359
	III	3247	16	256	27	271	1282
	IV	3183	28	217	20	264	2277
	V	3288	21	234	18	292	3631
	VI	3340	14	229	20	232	1585
	VII	3401	18	245	18	212	722
	VIII	3276	23	258	16	268	981
	IX	3187	18	229	32	261	1205
	X	3393	20	214	20	256	2566
	XI	3346	21	249	27	238	2913
	XII	3492	19	268	26	256	5697
2018	I	3161	20	284	20	262	3778
	II	2966	16	256	11	225	2273
	III	3492	21	295	19	326	4016
	IV	3531	19	305	19	244	3699
	V	3454	15	311	30	249	2384
	VI	3438	29	258	25	203	1377
	VII	3371	13	267	19	214	745
	VIII	3564	19	281	27	238	658
	IX	3336	14	253	14	245	1052
	X	3511	21	274	26	263	2597
	XI	3407	25	279	34	260	3558
	XII	3472	47	223	20	224	6439
2019	I	3109	31	214	18	274	1946
	II	3066	28	194	29	229	783
	III	3452	27	221	24	293	946
	IV	3500	34	231	17	223	1346
	V	3737	20	307	22	300	1379

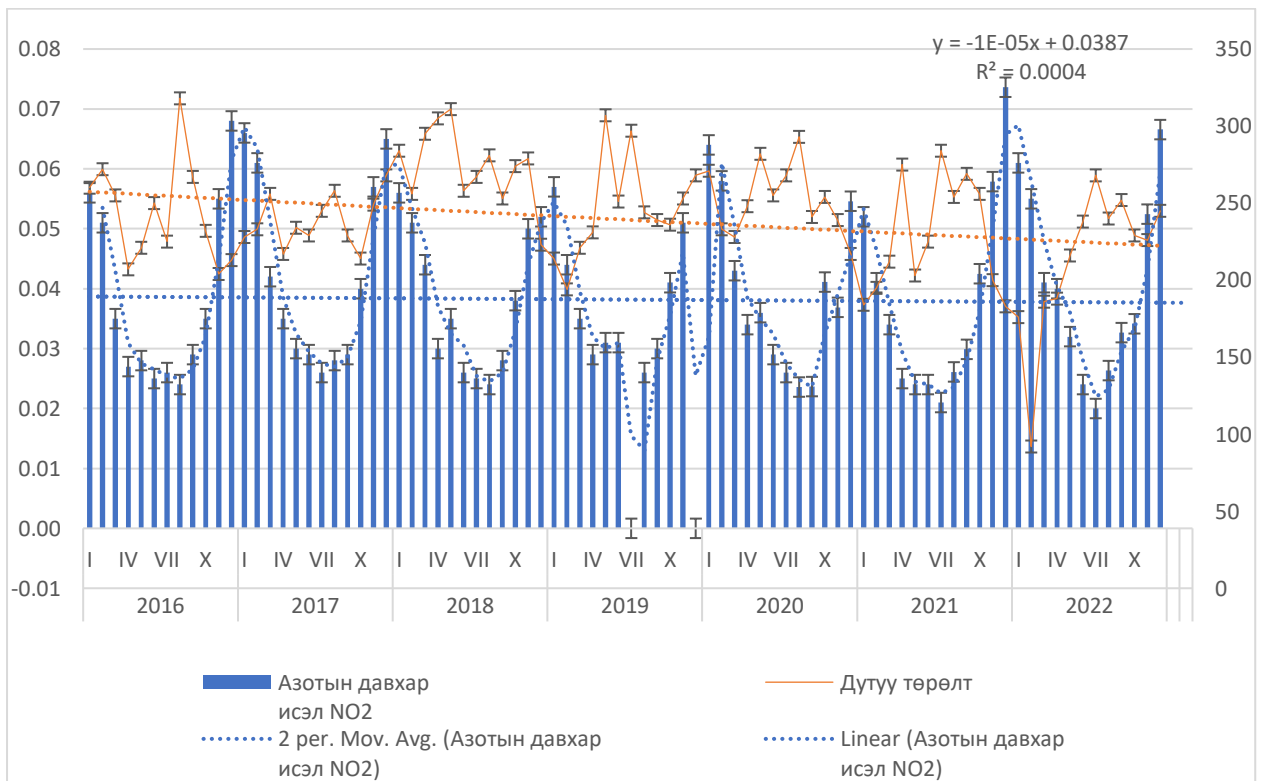
	VI	3375	36	251	19	265	921
	VII	3586	18	297	12	252	505
	VIII	3441	25	244	25	253	468
	IX	3490	28	239	16	260	650
	X	3504	27	236	20	277	1136
	XI	3426	22	253	20	222	1253
	XII	3520	26	268	21	264	1824

Он	Сар	Амьд төрөлт	Төрөлхийн гажигтай төрсөн хүүхэд	Дутуу төрөлт	Амьгүй төрсөн хүүхэд	Өсөлтгүй жирэмслэлт	5 хүртэлх насны хүүхдийн хатгалгаа өвчин
2020	I	3265	32	271	19	265	1610
	II	2989	19	233	20	224	521
	III	3416	35	228	17	277	255
	IV	3367	32	248	21	246	238
	V	3442	18	282	17	247	192
	VI	3248	22	255	13	213	229
	VII	3559	31	268	14	246	185
	VIII	3422	19	293	20	245	176
	IX	3202	27	241	25	271	339
	X	3417	26	254	16	216	526
	XI	3227	28	239	21	210	338
	XII	3225	32	217	17	239	152
2021	I	3007	22	184	14	182	126
	II	2840	26	195	14	155	150
	III	3145	17	212	21	216	155
	IV	3178	25	275	13	199	306
	V	3115	23	203	14	232	356
	VI	3270	31	225	29	173	567
	VII	3224	22	284	20	176	508
	VIII	2972	19	254	15	195	459
	IX	3098	14	269	24	205	670
	X	3036	16	256	20	236	1023
	XI	2852	23	200	16	243	1078
	XII	2679	12	183	16	273	1000
2022	I	2212	26	176	15	258	1257
	II	1934	18	92	15	216	1094
	III	3127	20	186	18	266	2788
	IV	2926	12	188	20	286	2107
	V	3087	23	216	12	264	2281
	VI	2976	26	238	21	249	1215
	VII	3170	21	268	15	208	405
	VIII	3197	27	240	16	253	472
	IX	3265	22	252	20	153	836
	X	3202	18	229	18	243	1670
	XI	2914	16	226	18	286	1355
	XII	3187	24	245	14	248	1455

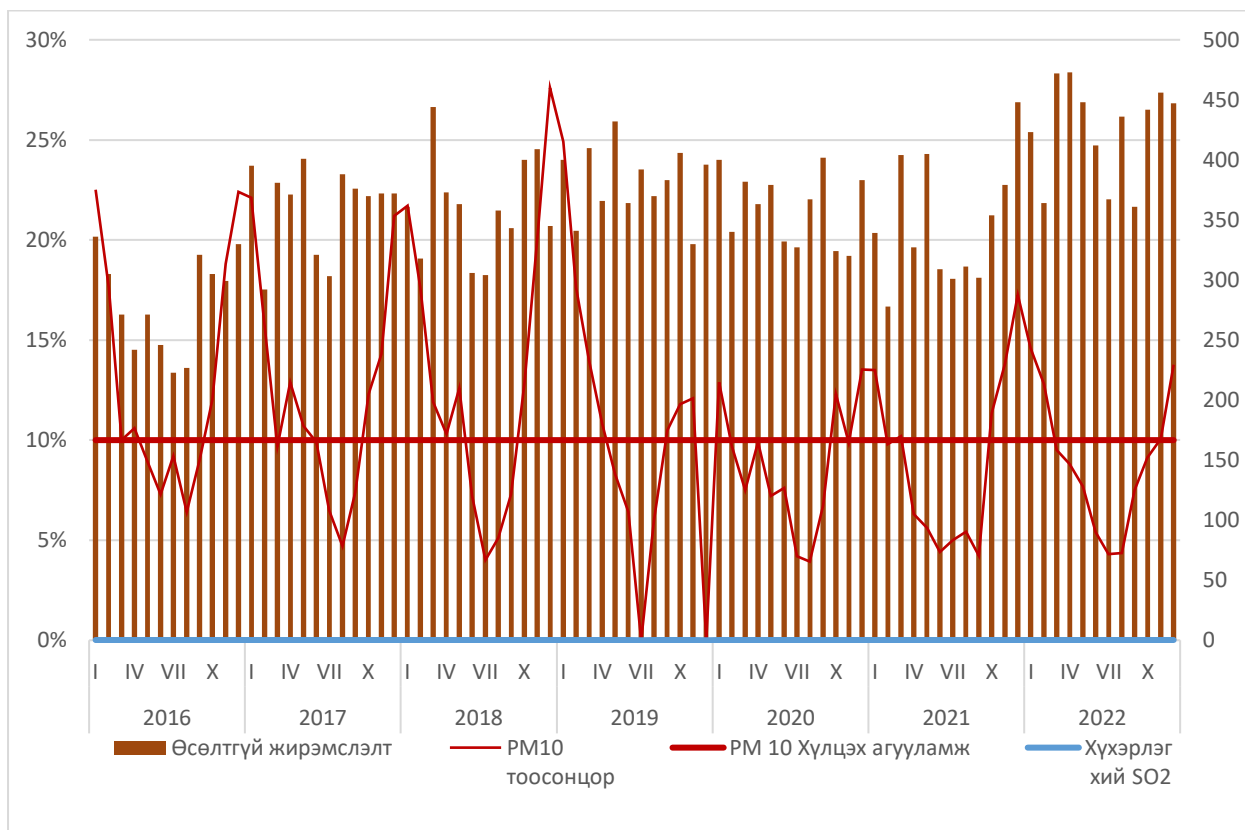
Зураг 62 Тав хүртэлх насны хүүхдийн хатгалгаа өвчин, PM10 тоосонцрын агууламжтой харьцуулсан байдал, 2016-2022 оны сараар



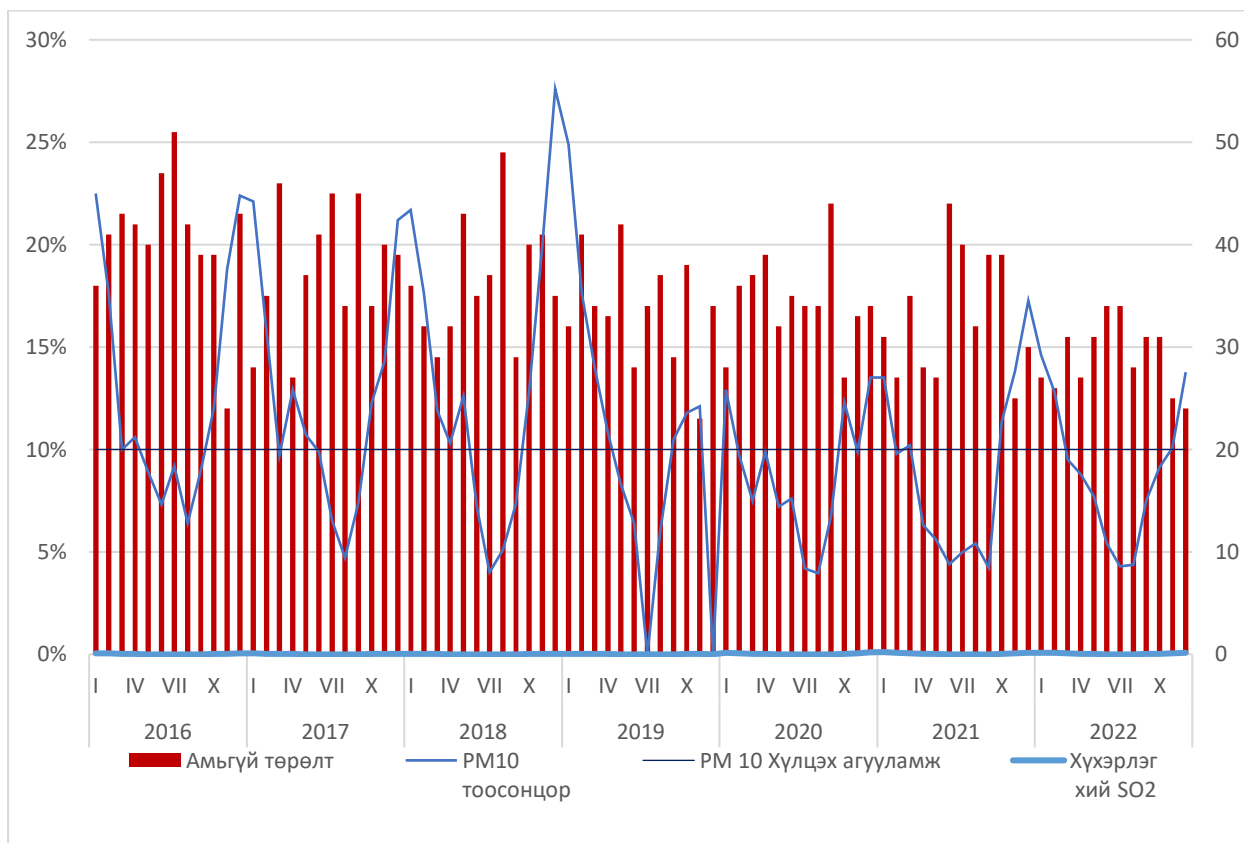
Зураг 63 Дутуу төрөлт, Азотын давхар ислийн агууламжтай харьцуулсан байдал, 2016-2022 оны сараар



Зураг 64 Өсөлтгүй жирэмслэлт, агаар бохирдуулагч бодисын агууламжтай харьцуулсан байдал, 2016-2022 оны сараар



Зураг 65 Амьгүй төрөлт, агаар бохирдуулагч бодисын агууламжтай харьцуулсан байдал, 2016-2022 оны сараар



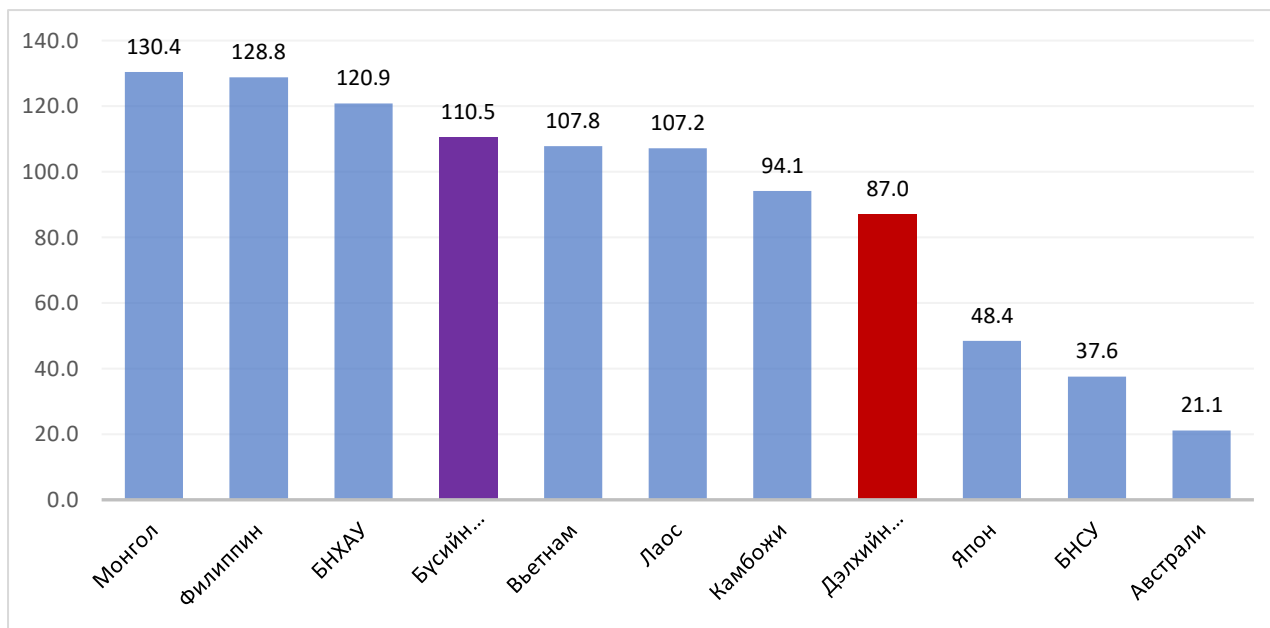
3. ОРЧНЫ ЭРҮҮЛ МЭНДТЭЙ ХОЛБООТОЙ ТОГТВОРТОЙ ХӨГЖЛИЙН ЗОРИЛТЫН ҮЗҮҮЛЭЛТҮҮД

Бүх түвшинд эрүүл амьдралыг хангаж, сайн сайхан аж байдлыг хөхүүлэн дэмжих зорилгын хүрээнд дэвшүүлсэн зорилтын 3.9-д 2030 он гэхэд аюултай химийн бодис, агаар, ус, хөрсний бохирдол, халдвараас болж нас барсан, өвдсөн хүмүүсийн тоог үлэмж хэмжээгээр бууруулах зорилт тавьсан.

3.1. Дотоод болон гадаад орчны агаарын бохирдлоос шалтгаалсан нас баралтын түвшин (тхз-ын 3.9.1)

Монгол улсын хүн амын дундах дотоод болон гадаад орчны агаарын бохирдлоос шалтгаалсан нас баралтын түвшин 100 000 хүн амд 2019 оны ДЭМБ-ын статистик тооцооллоор 130.4 байгаа нь дэлхийн дундаж (87.0)-аас 43.4, Номхон далайн баруун эргийн бүсийн дундаж (110.5)- аас 19.9-оор тус тус өндөр байна. 2019 оны байдлаар дотоод болон гадаад орчны агаарын бохирдлоос шалтгаалсан нас баралтын түвшин номхон далайн баруун бүсийн орнуудын дунд хамгийн өндөр тархалттай орон болж байна.

Зураг 66 ТХЗ 3.9.1 Дотоод болон гадаад орчны агаарын бохирдлоос шалтгаалсан нас баралтын түвшин (100.000 хүнд ногдох)



Эх үүсвэр: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/ambient-and-household-air-pollution-attributable-death-rate-\(per-100-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/ambient-and-household-air-pollution-attributable-death-rate-(per-100-000-population))

Хүснэгт 39 Дотоод болон гадаад орчны агаарын бохирдлоос шалтгаалсан нас баралтын түвшин, ДЭМБ-ын тооцооллоор

Хүйс	Дотоод болон гадаад орчны агаарын бохирдлоос шалтгаалсан нас баралт	Амьсгалын доод замын халдвар	Уушигны хавдар	Зүрхний ишеми	Тархинд цус харвалт	Уушгины архаг бөглөрөлт өвчин
100 000 нийт хүн амд тооцоолсноор						
Эр	152.4	7.76	8.22	81.67	79.76	5.01
Эм	108.9	5.24	2.02	54.82	43.02	3.83
Бүгд	130.4	6.48	5.08	68.1	46.3	4.41
Тухайн насны 100 000 хүнд тооцоолсноор						
Эр	283.9	9.85	14.91	158.9	89.81	10.41
Эм	163.4	5.73	3.23	87.71	60.65	6.02
Бүгд	214.7	7.53	8.23	118.1	72.91	7.82

2022 оны эрүүл мэндийн статистикаар Монгол улсын хүн амын дундах дотоод болон гадаад орчны агаарын бохирдлоос шалтгаалсан нас баралтын түвшин 100 000 хүн амд 2019 оны 100 000 хүн амд 16.3 байгаа нь сүүлийн 10 жилийн дунджаас 1.1-оор, өмнөх оноос 1.6-оор тус тус өссөн үзүүлэлттэй байна.

Хүснэгт 40 Дотоод болон гадаад орчны агаарын бохирдлоос шалтгаалах нас баралтын түвшин, Эрүүл мэндийн статистикаар

Хүйс	Дотоод болон гадаад орчны агаарын бохирдлоос шалтгаалсан нас баралт	Амьсгалын доод замын халдвар	Уушгины хавдар	Зүрхний ишеми	Тархинд цус харвалт	Уушгины архаг бөглөрөлт өвчин
100 000 нийт хүн амд тооцоолсноор						
Эр	216.49	17.83	22.21	95.46	70.83	10.15
Эм	129.47	10.01	6.37	59.88	48.94	4.26
Бүгд	172.40	13.87	14.18	77.43	59.74	7.17
Тухайн насны 100 000 хүнд тооцоолсноор						
Эр	411.9	33.9	42.3	181.6	134.8	19.3
Эм	232.9	18.0	11.4	107.7	88.0	7.7
Бүгд	318.7	25.6	26.2	143.1	110.4	13.3

Хүснэгт 41 Дотоод болон гадаад орчны агаарын бохирдлоос шалтгаалах өвчлөлийн шалтгаант баралтын түвшин, тухайн насны 10 000 хүнд, 2014-2022 он, Улсын дүн

Улсын дүн	ӨУА-10	Хүйс	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Амьсгалын доод зам	J09-J22	5 хүртэлх насны									
		Эр	6.3	5.1	7.2	3.6	3.8	4.0	2.3	1.3	2.6
		Эм	5.8	4.0	6.6	4.4	3.8	3.9	1.7	1.4	2.3
		Нийт	6.0	4.6	6.9	4.0	3.8	3.9	2.0	1.3	2.5
25 ба дээш хүртэлх насны											
Трахей бронхит уушгины	C33-C34	Эр	4.1	3.7	3.8	4.2	4.2	4.6	4.4	4.8	5.1
		Эм	1.1	0.9	0.8	0.9	1.1	1.2	1.0	1.0	1.1
		Нийт	2.5	2.2	2.2	2.5	2.5	2.8	2.7	2.8	3.0
Зүрхний ишеми	I20-I25	Эр	18.6	19.8	18.7	18.8	19.2	18.1	16.0	19.7	17.5
		Эм	11.7	12.6	11.2	10.1	11.8	10.7	9.1	13.0	11.0
		Нийт	15.0	16.0	14.8	14.2	15.4	14.2	12.4	16.2	14.1
Тархинд цус харвалт	I60-I69	Эр	15.4	14.9	14.0	13.7	14.4	13.5	12.8	14.2	13.9
		Эм	11.3	10.7	10.1	9.1	9.9	8.8	8.3	8.7	8.0
		Нийт	13.3	12.7	11.9	11.3	12.1	11.0	10.4	11.3	10.8
Уушгины архаг бөглөрөлт	J40-J44	Эр	1.4	1.2	1.4	1.3	1.0	1.0	0.9	1.2	1.3
		Эм	0.9	0.7	0.8	0.5	0.5	0.6	0.6	0.7	0.6
		Нийт	1.2	0.9	1.1	0.9	0.7	0.8	0.8	0.9	0.9

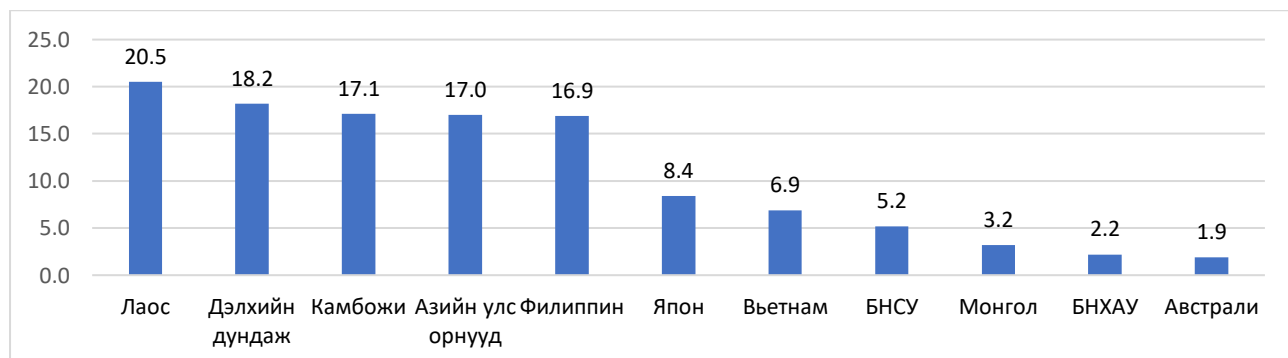
Хүснэгт 42 Дотоод болон гадаад орчны агаарын бохирдлоос шалтгаалах өвчлөлийн шалтгаант баралтын түвшин, тухайн насны 10 000 хүнд, 2014-2022 он, Улаанбаатар

Улсын дүн	ӨОУА-10	Хүйс	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Амьсгалын доод зам	J09-J22	5 хүртэлх насны										
		Эр	4.7	2.8	4.5	2.2	2.8	3.2	1.5	0.7	1.6	
		Эм	4.1	3.1	5.4	3.1	2.3	2.8	1.2	1.2	1.7	
		Нийт	4.4	2.9	4.9	2.6	2.5	3.0	1.3	0.9	1.6	
25 ба дээш хүртэлх насны												
Трахей бронхит уушгины	C33-C34	Эр	3.4	3.1	2.6	3.4	3.4	3.9	3.4	3.8	3.8	
		Эм	0.9	1.1	0.7	0.9	1.0	1.3	1.0	1.1	1.3	
		Нийт	2.0	2.0	1.5	2.0	2.1	2.5	2.1	2.3	2.5	
Зүрхний ишеми	I20-I25	Эр	14.3	15.8	13.9	15.3	15.8	14.3	14.5	17.6	15.3	
		Эм	8.7	9.5	8.2	8.0	8.7	8.5	7.5	12.2	9.5	
		Нийт	11.3	12.5	10.8	11.4	12.0	11.2	10.8	14.7	12.2	
Тархинд цус харвалт	I60-I69	Эр	14.8	13.4	13.1	11.6	13.6	13.6	12.7	13.7	13.3	
		Эм	9.3	9.0	7.7	7.0	8.1	7.4	7.3	7.3	6.9	
		Нийт	11.9	11.1	10.2	9.1	10.7	10.3	9.8	10.2	9.8	
Уушгины архаг бөглөрөлт	J40-J44	Эр	1.4	1.1	0.9	1.2	1.3	1.6	1.3	1.1	1.4	
		Эм	0.5	0.9	0.7	0.7	0.6	0.7	0.6	0.8	0.4	
		Нийт	0.9	1.0	0.8	1.0	0.9	1.1	0.9	0.9	0.9	

3.2. Баталгаагүй ундны ус, эрүүл ахуйн шаардлага хангаагүй ариун цэврийн байгууламжаар нөхцөлдсөн нас баралтын түвшин (тхз-ын 3.9.2)

Монгол улсын хүн амын дундах баталгаагүй ундны ус, эрүүл ахуйн шаардлага хангаагүй ариун цэврийн байгууламжаар нөхцөлдсөн нас баралтын түвшин 100 000 хүн амд 2019 оны ДЭМБ-ын статистик тооцооллоор 3.2 байгаа нь дэлхийн дундаж (18.2)-аас 15.0, Азийн улс орнуудын дундаж (17.0)- аас 13.8-оор тус тус доогуур байна.

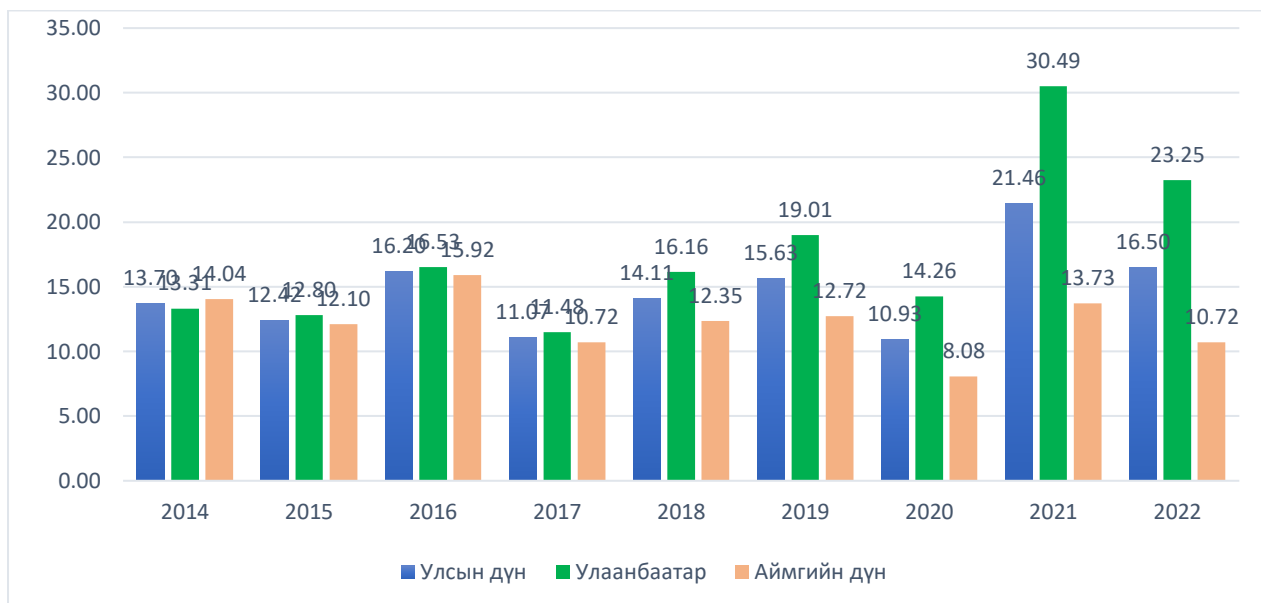
Зураг 67 Баталгаагүй ундны ус, эрүүл ахуйн шаардлага хангаагүй ариун цэврийн байгууламжаар нөхцөлдсөн нас баралтын түвшин 100 000 хүн амд, ДЭМБ-ын тооцооллоор



Эх үүсвэр: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/sdg-3-9-2-wash-deaths>

Эрүүл мэндийн статистикаар баталгаагүй ундны ус, эрүүл ахуйн шаардлага хангаагүй ариун цэврийн байгууламжаас шалтгаалсан нас баралтын түвшинг олон улсын аргачлалын дагуу Өвчний олон улсын ангилал-10 (ӨОУА-10)-д заасан суулгалттай холбоотой A00, A01, A03, A04, A06-A09 кодтой өвчлөл, гэдэсний халдварт B76-B77, B79, хоол, тэжээлийн дутагдалтай холбоотой E40-E46 кодтой өвчлөл, амьсгалын замын цочмог халдварууд J00-J22, нярайн халдвар P23 өвчлөлүүдийг хамруулан тооцоолон гаргалаа.

Зураг 68 Баталгаагүй ундны ус, эрүүл ахуйн шаардлага хангаагүй ариун цэврийн байгууламжаар нөхцөлдсөн нас баралтын түвшин 100 000 хүн амд,



Хүснэгт 43 Баталгаагүй ундны ус, эрүүл ахуйн шаардлага хангаагүй ариун цэврийн байгууламжаар нөхцөлдсөн нас баралтын тохиолдлын тоо

Улсын дүн	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
A00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A01	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A03	0	0	0	0	2	1	1	0	0
A04	0	0	0	1	0	1	0	2	0
A06-A09	0	0	0	0	0	3	0	0	1
B76-B77	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B79	0	0	0	0	0	0	0	0	0
E40-46	2	0	2	2	4	2	4	15	6
H65-66	0	2	1	3	1	0	2	2	0
J00-J22	365	331	449	304	403	447	307	590	456
P23	39	35	28	18	8	9	10	27	26
Нийт	406	368	480	328	418	463	324	636	489

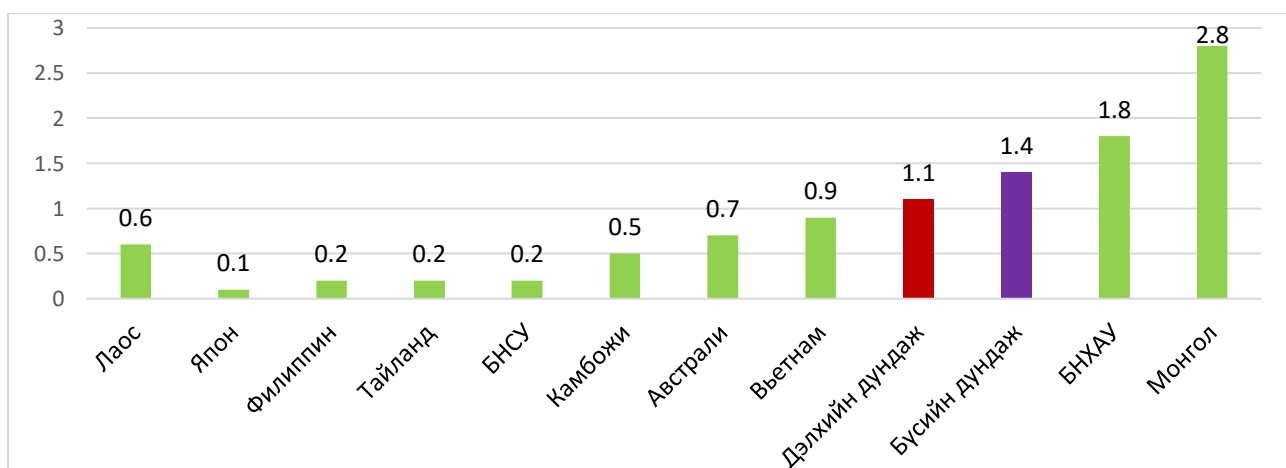
Улаанбаатар	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
A00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A01	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A03	0	0	0	0	1	0	0	0	0
A04	0	0	0	1	0	1	0	1	0
A06-A09	0	0	0	0	0	1	0	0	1
B76-B77	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B79	0	0	0	0	0	0	0	0	0
E40-46	1	0	0	0	1	2	4	12	3
H65-66	0	1	0	1	0	0	1	2	0
J00-J22	154	155	208	144	217	254	186	394	296
P23	27	19	18	11	2	2	4	8	18
Нийт	182	175	226	157	221	260	195	417	318

Аймгийн дүн	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
A00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A01	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A03	0	0	0	0	1	1	1	0	0
A04	0	0	0	0	0	0	0	1	0
A06-A09	0	0	0	0	0	2	0	0	0
B76-B77	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B79	0	0	0	0	0	0	0	0	0
E40-46	1	0	2	2	3	0	0	3	3
H65-66	0	1	1	2	1	0	1	0	0
J00-J22	211	176	241	160	186	193	121	196	160
P23	12	16	10	7	6	7	6	19	8
Нийт	224	193	254	171	197	203	129	219	171

3.3. Санамсаргүй хордох, хорт бодист өртсөнөөс шалтгаалсан нас баралтын түвшин (тхз-ын 3.9.3)

Монгол улсын хүн амын дундах Санамсаргүй хордох, хордлогын шалтгаант нас баралтын түвшин, 100 000 хүнд харьцуулахад ДЭМБ-ын судалгаагаар 2.8 байгаа нь дэлхийн дундаж (1.1)-аас 1.7, Номхон далайн баруун эргийн бүсийн дундаж (1.4)- аас 1.4-оор тус тус өндөр байна. 2019 оны байдлаар санамсаргүй хордох, хордлогын шалтгаант нас баралтын түвшин, 100 000 хүнд харьцуулахад номхон далайн баруун бүсийн орнуудын дунд хамгийн өндөр тархалттай орон болж байна.

Зураг 69 Санамсаргүй хордох, хордлогын шалтгаант нас баралтын түвшин, 100 000 хүнд харьцуулахад



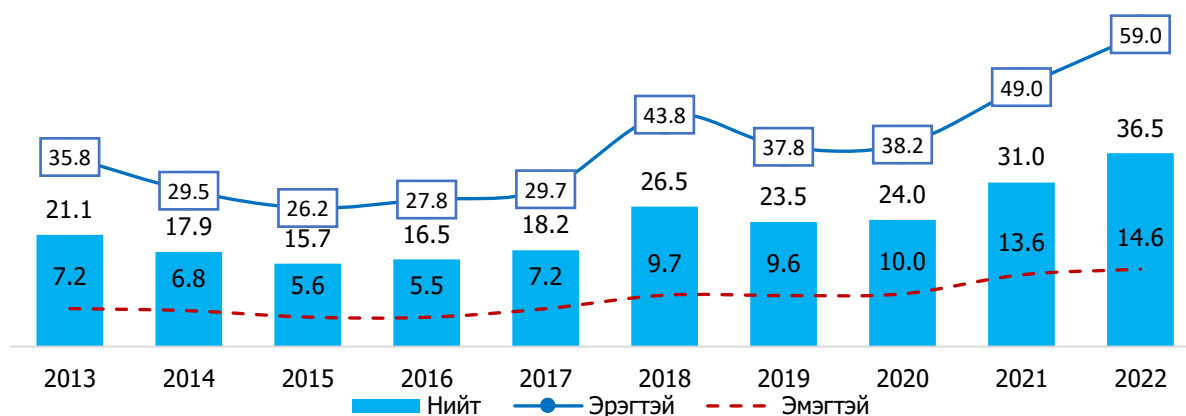
Эх үүсвэр: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/indicator-groups/poison-control-and-unintentional-poisoning>

Эрүүл мэндийн статистикаар санамсаргүй хордох, хорт бодист өртсөнөөс шалтгаалсан нас баралтыг ӨОУА-10-р ангиллын дагуу Х40-Х49 кодтой өвчний шалтгаант нас баралтыг түүвэрлэн тооцоолсон.

Эрүүл мэндийн статистикаар 2022 онд санамсаргүй хордох, хорт бодист өртсөнөөс шалтгаалсан баралтын 1219 тохиолдол бүртгэгдэж, 100 000 хүн амд ногдох баралтын түвшин 36.5 байгаа нь сүүлийн 10 жилийн дунджаас 13.4, өмнөх онтой харьцуулахад 5.5-оор тус тус нэмэгдсэн үзүүлэлттэй байна. Ослын шалтгаанаар харуулбал, архи, спиртийн төрлийн бодист хордож нас барсан тохиолдол 87.9 хувийг эзэлж байгаа нь хамгийн өндөр тохиолдол байна.

Хий, ууранд санамсаргүй хордох, өртөх 10.7%, эмийн бодист санамсаргүй хордох тохиолдол 1.3%-ийг тус тус эзэлж байна.

Зураг 70 Санамсаргүй хордох, хорт бодисын шалтгаант нас баралтын түвшин, 100 000 хүнд



4. Дүгнэлт

Олон улсын орчны эрүүл мэндтэй холбоотой статистик мэдээллийн аргачлал, ангилал, мэдээллийн эх үүсвэрийг судлах үйл ажиллагааны хүрээнд ДЭМБ-ын орчны шалгуур үзүүлэлтүүдийг судалж ДЭМБ-ын 44 шалгуур үзүүлэлтээс 28 үзүүлэлтүүдийг тооцоолон мэдээллийг гаргасан.

Хүүхдийн орчны ЭМ-тэй холбоотой 61 шалгуур үзүүлэлтээс 23 үзүүлэлтийг тооцон гаргаж, боломжтой мэдээллийг орчныг бохирдуулагч бодистой хамаарлыг тодорхойлсон.

Үнэлгээний үр дүнгээс: Улаанбаатар хотын агаарыг бохирдуулагч PM2.5 тоосонцрын хэмжээ сүүлийн 5 жилийн дунджаар жил бүрийн 1 дүгээр сард хамгийн өндөр байна. Энэ үзүүлэлт Монгол Улсын хүлээн зөвшөөрөх стандарт хэмжээнээс 11.5 дахин их, Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллагын зөвлөмжөөс 23 дахин их байна.

Улаанбаатар хотын агаар дахь нарийн ширхэгт тоосонцрын агууламж Монгол Улсын хүлээн зөвшөөрөх стандарт хэмжээнээс 2022 онд 297 өдөр давж, сүүлийн 5 жил тоосонцрын агууламж давсан өдрийн тоо тасралтгүй өсөж байна.

Эрүүл мэндийн статистикаар бүртгэгдсэн агаарын бохирдолтой холбоотой өвчлөлийн тоог бохирдуулагч бодистой харьцуулж үзэхэд амьсгалын тогтолцооны өвчлөл агаарын бохирдол ихтэй 11 дугаар сараас дараа оны 3 дугаар сар хүртэлх хугацаанд бохирдол багатай бусад сараас 2-3 дахин их, үүний дотор 5 хүртэлх насны хүүхдийн өвчлөл бусад насны хүн амын өвчлөлөөс 13.5-29.8 дахин их байна.

Жирэмсэн эхийн эрүүл мэндэд агаарын бохирдол сөргөөр нөлөөлж, төрөлхийн гажигтай хүүхэд төрүүлэхэд хүргэсэн байх магадлалтай байна. 1000 амьд төрөлтөд ногдох төрөлхийн гажигтай төрсөн хүүхэд сүүлийн 5 жилд 5-6 дугаар сард өндөр, өөрөөр хэлбэл энэ хугацаанд төрсөн эхчүүдийн жирэмсэлсэн хугацаа 7, 8 дугаар сар, ураг эрчимтэй хөгжих үе нь 10 дугаар сараас эхэлж байгаа нь агаарын бохирдол нэмэгдэх хугацаатай давхцаж байна.

Улаанбаатар хотын 1000 амьд төрөлтөд ногдох өсөлтгүй жирэмслэлт агаарын бохирдол хамгийн өндөр байдаг 1-3 дугаар сард их байна.

Цаашид хэрэгжүүлэх арга хэмжээ:

Агаарын бохирдлыг бууруулах чиглэлээр хэрэгжүүлж буй бодлого, хөтөлбөрийг үр дүнтэй болгохын тулд мэдээллийн нэгдсэн системтэй болох, орчны эрүүл мэндтэй холбоотой шалгуур үзүүлэлтүүдийг жил бүр тооцож мэдээлэх боломжийг бүрдүүлэх, аргачлалыг тодорхой болгох шаардлагатай байна.



МАГАДЛАН ИТГЭМЖЛЭЛИЙН ӨНӨӨГИЙН БАЙДАЛ БАРИМТЫН СУДАЛГАА

ТАЙЛАН ХЯНАЖ, ЗӨВШӨӨРСӨН:

Б.НАРАНТУЯА, ЭМХТ, ЗАХИРАЛ

ТАЙЛАН ХЯНАСАН:

Н.СЭВЖИД, ЭМХТ, АЛБАНЫ ДАРГА
/ЭМУ-ЫН МАГИСТР/

ТАЙЛАН БИЧСЭН:

Н.НАРАНЦЭЦЭГ

Б.МӨНХЦЭЦЭГ

Б.МӨНХБАТ

Г.РАДНАА

Л.ШИРНЭН /АУ-ны магистр/

АГУУЛГА

ТОВЧИЛСОН ҮГИЙН ЖАГСААЛТ ТҮЛХҮҮР НЭР ТОМЬЁОНЫ ТАЙЛБАР ОРШИЛ

БҮЛЭГ 1. МАГАДЛАН ИТГЭМЖЛЭЛИЙН ӨНӨӨГИЙН БАЙДАЛ

- 1.1. ХӨГЖЛИЙН ТОВЧООНЫ ТОВЧ
- 1.2. ЭРХ ЗҮЙН ОРЧИН
- 1.3. УДИРДЛАГА ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТ

- 1.3.1. ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТ, БҮТЭЦ
- 1.3.2. МАГАДЛАН ИТГЭМЖЛЭХ ЗӨВЛӨЛ
- 1.3.3. МАГАДЛАН ИТГЭМЖЛЭЛИЙН ШИНЖЭЭЧ
- 1.3.4. МАГАДЛАН ШИНЖЛЭХ АРГА ХЭРЭГСЭЛ, АРГАЧЛАЛ

1.4. МАГАДЛАН ИТГЭМЖЛЭХ ҮЙЛ АЖИЛЛАГААНЫ ГҮЙЦЭТГЭЛ, ҮР ДҮН

- 1.4.1. МАГАДЛАН ИТГЭМЖЛЭХ ҮЙЛ АЖИЛЛАГААНЫ ГҮЙЦЭТГЭЛ, ҮР ДҮН
- 1.4.2. МАГАДЛАН ИТГЭМЖЛЭЛИЙН ЗАРИМ ТООН МЭДЭЭЛЭЛ

БҮЛЭГ 2. МАГАДЛАН ИТГЭМЖЛЭЛИЙН ХӨГЖЛИЙН ЦААШДЫН ЧИГ ХАНДЛАГА

- 2.1. ТУЛГАМДСАН АСУУДЛЫН ДҮН ШИНЖИЛГЭЭ, СУРГАМЖ
- 2.2. СУДАЛГАА-ҮНЭЛГЭЭНИЙ ДҮГНЭЛТ, ЗӨВЛӨМЖИЙН ТОЙМ
- 2.3. ОЛОН УЛСЫН ТУРШЛАГА
- 2.4. ЦААШДЫН ХӨГЖЛИЙН ЧИГ ХАНДЛАГА -ЗУРАГЛАЛ

ДҮГНЭЛТ ЗӨВЛӨМЖ

ТОВЧИЛСОН ҮГИЙН ЖАГСААЛТ

АХБ	Азийн хөгжлийн банк
ДЭМБ	Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллага
ЗГХА	Засгийн газрын хэрэгжүүлэгч агентлаг
НЭМГ	Нийслэлийн Эрүүл мэндийн газар
ӨЭМТ	Өрхийн эрүүл мэндийн төв
ОУ	Олон улс
ТТБ	Төрийн бус байгууллага
ТНБД	Төрийн нарийн бичгийн дарга
УБ	Улаанбаатар
УНТЭ	Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг
УГТЭ	Улсын гуравдугаар төв эмнэлэг
УНДЕГ	Улсын нийгмийн даатгалын ерөнхий газар
ЭМЯ	Эрүүл мэндийн яам
ЭМХТ	Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв
ЭМШУУИС	Эрүүл мэндийн шинжлэх ухааны үндэсний их сургууль
ЭМБ	Эрүүл мэндийн байгууллага
ЭМГ	Эрүүл мэндийн газар
ЭМД	Эрүүл мэндийн даатгал
ЭМС	Эрүүл мэндийн сайд
ЭМСС	Эрүүл мэнд, спортын сайд

Түлхүүр нэр томъёоны тайлбар

“Эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэл” гэж эрүүл мэндийн байгууллагын бүтэц, үйл ажиллагаа, эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний технологи, чанарт хөндлөнгийн үнэлгээ хийж, дүгнэлт гаргахыг².,

Эрүүл мэндийн байгууллагын бүтэц, үйл ажиллагаа, эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний технологи, чанарт хөндлөнгийн үнэлгээ хийж, дүгнэлт гаргахаар томилогдсон мэргэжилтнийг эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэлийн шинжээч гэнэ.³

“Эрүүл мэндийн байгууллага” гэж хүн амд эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх зорилго, үндсэн чиг үүрэг бүхий хуулийн этгээдийг⁴;

“Эмнэлэг” гэж эмнэлгийн мэргэшсэн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх чиг үүрэг бүхий хуулийн этгээдийг⁵;

“Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ” гэж нийгмийн эрүүл мэндийн болон эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээг⁶;

“Эмнэлгийн тоног төхөөрөмж” гэж хүний бие махбодын бүтэц, үйл ажиллагаа, өвчин, эмгэг, согогийг оношлох, эмчлэх, сэргээн засах, хянах зориулалтаар бүтээгдсэн бие даасан ажиллагаа бүхий зүйлийг⁷;

“Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ” гэж өвчин эмгэг, гэмтэл бэртэл, хүний биеийн үйл ажиллагааны алдагдлыг орчин үеийн болон уламжлалт анагаах ухаанд тулгуурлан оношлох, эмчлэх, сувилах, хөнгөвчлөх, сэргээн засах цогц үйл ажиллагааг⁸;

“Гүйцэтгэлийн үнэлгээ” гэдэг нь аливаа зүйлийг хэмжээ, үнэ цэнэ, чанарын талаар сайтар тунгаан бодож дүгнэлт гаргах үйл ажиллагаа юм⁹.

“Магадлан итгэмжлэл” гэдэг нь тухайн хүн, эд зүйл, байгууллага нь тодорхой мэргэшил, статусыг тодорхой хугацаанд олгоход, үйлдвэрлэлийн үйл ажиллагаа, үйл явц, тогтолцоо нь чанарын тодорхой стандартыг хангаж байгаа эсэхийг баталгаажуулах үйлдлийг хэлнэ.¹⁰

“Технологи” гэж оюуны бүтээлийг хэрэглээний бүтээгдэхүүн болгон хувиргахад чиглэгдсэн хүн, техник, мэдээлэл, зохион байгуулалтын харилцан уялдаат үйл ажиллагааг хэрэгжүүлэх аргуудын цогцыг¹¹;

“Эрүүл мэндийн байгууллагын бүтэц, үйл ажиллагаа” гэж Монгол улсын (MNS) стандартаар баталсан бүтэц үйл ажиллагааг.,

² Эрүүл мэндийн тухай хууль 3.1.17

³ Эрүүл мэндийн сайдын 2017 оны 03 сарын 30-ны өдрийн А/118 дугаар тушаал

⁴ Эрүүл мэндийн тухай хууль 3.1.4

⁵ Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний тухай хууль 3.1.2

⁶ Эрүүл мэндийн тухай хууль 3.1.3

⁷ Эрүүл мэндийн тухай хууль 3.1.13

⁸ Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний тухай хууль 3.1.1

⁹ Чанарын баталгаажуулалт, магадлан итгэмжлэлийн тайлбар толь, хуудас 20

¹⁰ Чанарын баталгаажуулалт, магадлан итгэмжлэлийн тайлбар толь, хуудас 12

¹¹ Шинжлэх ухаан, технологийн тухай хууль 3.1.1

Оршил

Монгол Улсын урт хугацааны хөгжлийн бодлогод эрүүл мэндийн чанар, хүртээмж, үр дүнтэй тогтолцоог хөгжүүлэх зорилт дэвшүүлэн, хэрэгжүүлэх үйл ажиллагаа нь “Төрөөс хараат бус бие даасан магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоог бүрдүүлэн, тавигдах шаардлагыг шинэчлэх, үйл ажиллагааг боловсронгуй болгох” гэж тодорхойлсон.

Энэхүү үйл ажиллагааг хэрэгжүүлэхэд эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний чанар, аюулгүй байдлын тасралтгүй хөгжил, баталгаажилтыг хангахад чиглэсэн эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэх үйл ажиллагааны шинэчлэл чухал ач холбогдолтой.

Манай улсад магадлан итгэмжлэх үйл ажиллагаа нь 25 жилийн туршилагад тулгуурлан тасралтгүй шинэчлэгдэн хөгжиж байна.

Бид энэхүү өнөөгийн нөхцөл байдлын дүн шинжилгээг “Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэл-2021” гарын авлага, судалгааны бүтээлүүд, үр дүнгийн тайлан, статистик тоон үзүүлэлтүүд, олон улсын туршилага, магадлан итгэмжлэлийн ажлын алба, шинжээчид, эрүүл мэндийн байгууллагын төлөөллийн ярилцлага, саналд тулгуурлан гаргасан болно.

Өнөөгийн нөхцөл байдлын үнэлгээнд магадлан итгэмжлэх үйл ажиллагааны эрх зүйн орчин, удирдлага, зохион байгуулалт, үйл ажиллагааны гүйцэтгэл, үр дүн, тоон үзүүлэлт, тулгамдсан асуудлын дүн шинжилгээ, сургамж, судалгааны дүгнэлт, олон улсын туршилагыг багцлан томъёолж, хөгжлийн цаашидын чиг хандлагыг тодорхойлон, зураглал гаргалаа.

Бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамрагдалтыг нэмэгдүүлэн, иргэдийг санхүүгийн эрсдэлээс хамгаалсан чанартай, аюулгүй, хүртээмжтэй эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ авахад магадлан итгэмжлэх үйл ажиллагааны оновчтой тогтолцоо чухал юм.

Энэхүү ажил нь эрүүл мэндийн байгууллагын чанартай, үр дүнтэй гүйцэтгэлд тулгуурласан тусламж, үйлчилгээний баталгаажилтыг хангахад чиглэсэн магадлан шинжлэх үйл ажиллагааг үе шаттай хөгжүүлэхэд шинэ гарц болж, салбар хоорондын уялдаа холбоо, нэгдмэл байдлыг хангахад дэмжлэг үзүүлнэ гэдэгт итгэж байна.

1. Эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэлийн өнөөгийн байдал

1.1 Хөгжлийн товчооны тойм

Монгол улсад 1998 оны 5 дугаар сарын 7-нд батлагдсан Эрүүл мэндийн тухай хууль¹²-иар магадлан итгэмжлэлийн анхны эрх зүйн орчин бүрдэж, 7 хүний бүрэлдэхүүнтэй Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэх, зөвшөөрлийн зөвлөл¹³ байгуулагдан, одоогийн Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд анхны “Магадлан итгэмжлэл лицензийн алба” байгуулагджээ.

2000 оноос эхлэн эмнэлгийн бүтэц, үйл ажиллагааны стандарт, магадлан итгэмжлэх шинжээчийг сонгон шалгаруулах журам, гэрээ, магадлан итгэмжлэх шалгуур, олгох гэрчилгээ зэргийг боловсруулан, мөрдөж эхэлсэн. Түүхээс харвал, эрүүл мэндийн салбарт Хөвсгөл аймгийн нэгдсэн эмнэлэг (гэрчилгээ 001/2002), Төв аймгийн Батсүмбэр сумын эмнэлэг (002/2002 гэрчилгээ) анхны магадлан итгэмжлэгдсэн байгууллагууд болжээ.

2002 оноос төрийн өмчит эрүүл мэндийн байгууллагад, 2003 оноос хувийн хэвшлийн эмнэлэг, сувилалд, 2008 оноос эмийн сангуудад магадлан итгэмжлэл олгож эхэлсэн ба өнөөгийн байдлаар улсын хэмжээнд нийт 848 магадлан итгэмжлэл хүчинтэй эрүүл мэндийн байгууллага байна.

Эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллага нь эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн эрх зүйн орчныг боловсронгуй болгох, Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв, аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газрыг мэргэжил арга зүйгээр хангах, шинжээчдийг сонгон шалгаруулах, томилох, чадавхжуулах, шалгуур үзүүлэлтийг боловсронгуй болгох үйл ажиллагааг удирдлага, зохион байгуулалтаар хангаж ирсэн.

Анх магадлан итгэмжлэх байгууллагад тавих шаардлага, магадлан шинжлэх шалгуур, шинжээч сонгон шалгаруулах журмыг Засгийн газраас тогтоож, шаардлага хангасан эрүүл мэндийн байгууллагад 5 хүртэл жилийн хугацаагаар магадлан итгэмжлэл олгодог байжээ.

Одоогийн байдлаар Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвийн Магадлан итгэмжлэлийн алба нь магадлан итгэмжлэлийн зөвлөлийн ажлын албаны үүрэг гүйцэтгэж, эрүүл мэндийн байгууллагыг магадлан итгэмжлэх замаар тусламж, үйлчилгээний чанарыг баталгаажуулах үндсэн зорилго, чиг үүрэгтэй ажиллаж байна.

Магадлан итгэмжлэлийн алба нь төр, хувийн хэвшлийн байгууллага, мэргэжлийн салбар зөвлөл, нийгэмлэг, холбоод, магадлан итгэмжлэлийн шинжээчдтэй хамтран ажиллаж, мэдээллээр хангах, мэдээний цахим сан бүрдүүлэх, тусламж үйлчилгээний технологи, чанар, гүйцэтгэлд явцын хяналт-шинжилгээ, үнэлгээ хийх, орон тооны бус шинжээчтэй гэрээ байгуулах, томилох, мэргэжил арга зүйгээр хангах үйл ажиллагааг гүйцэтгэдэг.

Алба нь өдөр тутамдаа эрүүл мэндийн байгууллагуудын магадлан итгэмжлүүлэх хүсэлт, материалыг хүлээн авч дүн шинжилгээ хийж, магадлан итгэмжлэлд бэлтгэн, арга зүйн зөвлөгөө өгч, сургалт, судалгаа, үнэлгээ хийдэг.

Магадлан итгэмжлэлийг хөгжүүлэхэд ДЭМБ, АХБ, Азийн Эрүүл мэндийн чанарын холбоо зэрэг олон улсын байгууллагаас техникийн дэмжлэг туслалцаа авч хамтран ажиллаж байна.

¹²Төрийн мэдээлэл, 1998оны № 7/74/, х- 677-678

¹³ЭМНХ-ын сайдын 1999 оны А/83 дугаар тушаал

⁴ЭМХҮТ-ийн захирлын 2002 оны 26 дугаар тушаал

Австрали, Малайз, Сингапур, Өмнөд Солонгос, Тайланд, Казакстан зэрэг улс орны эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоо, магадлан итгэмжлэх хөтөлбөр, стандартуудыг судалж, эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан шинжлэх шалгуур үзүүлэлтийг олон улсын жишигт нийцүүлэн боловсруулдаг. 2023 онд дахин шинэчлэхээр ажлын хэсэг ажиллаж байна.

Мөн эрүүл мэндийн байгууллагууд чанарын удирдлагын тогтолцоог бүрдүүлэх, тусламж, үйлчилгээний чанар, аюулгүй байдлаа сайжруулах чиглэлээр 2009 оноос эхлэн ISO 9001 чанарын удирдлагын тогтолцоо стандартыг хангаж, одоогийн байдлаар 12 эрүүл мэндийн байгууллага батламжлал авсан нь магадлан итгэмжлэх үйл ажиллагааны нэг үр дүн юм.

1.2 Эрх зүйн орчин

1998 онд Эрүүл мэндийн тухай Монгол улсын хууль, Засгийн газрын 181 дүгээр тогтоол, Иргэний эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуульд эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэлийн анхны заалтууд тусгагдсанаар эрүүл мэндийн байгууллагуудад магадлан итгэмжлэгдэх давуу тал бий болжээ.

Энэ цаг үеэс эхлэн магадлан итгэмжлэлтэй холбоотой заалтуудад 2002, 2006, 2008, 2011, 2012, 2016 онуудад өөрчлөлт орж, 2016 онд “Эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэх, шинжээч сонгон шалгаруулах, ажиллуулах журам, магадлан шинжлэх шалгуурыг эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн Засгийн газрын гишүүн, үйлчилгээний төлбөрийн хэмжээ, холбогдох зардлын жишгийг санхүү, төсвийн болон эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн Засгийн газрын гишүүд хамтран батална гэж өөрчлөн найруулсан нь одоо мөрдөгдөж байна.

Эрх зүйн заалтуудыг тодруулбал:

Монгол Улсын урт хугацааны хөгжлийн бодлого – “Алсын хараа-2050”

Зорилт 2.2. *Эрүүл дадал хэвшилтэй, идэвхтэй амьдралын хэв маягтай иргэн төлөвшүүлэн эрүүл мэндийн чанар, хүртээмж, үр дүнтэй тогтолцоог хөгжүүлнэ.*

Зорилтыг хүрээнд хэрэгжүүлэх үйл ажиллагаа:

2.2.21. Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний чанар, аюулгүй байдлыг сайжруулах зорилгоор төрөөс хараат бус бие даасан магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоог бүрдүүлнэ.

2.2.30. Эрүүл мэндийн чиглэлээр сургалт, эрхэлж байгаа байгууллагад олгох тусгай зөвшөөрөл, магадлан итгэмжлэлд тавигдах шаардлагыг шинэчлэх, үйл ажиллагааг боловсронгуй болгоно.,

Эрүүл мэндийн тухай хууль (2011 он):

3 дугаар зүйл. Хуулийн нэр томъёоны тодорхойлолт:

3.1.17. “Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэл” гэж эрүүл мэндийн байгууллагын бүтэц, үйл ажиллагаа, эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний технологи, чанарт хөндлөнгийн үнэлгээ хийж, дүгнэлт гаргахыг.,

8 дугаар зүйл. Эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны бүрэн эрх:

8.1.18-д “Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний чанарын бодлогын хэрэгжилтэд хяналт тавьж, эрүүл мэндийн байгууллагад магадлан итгэмжлэл олгох үйл ажиллагааг зохион байгуулах”.

22 дугаар зүйл. Эрүүл мэндийн байгууллагын үйл ажиллагааг магадлан итгэмжлэх:

22.1. Эрүүл мэндийн байгууллага *сайн дурын* үндсэн дээр өөрийн байгууллагын үйл ажиллагааг болон хүн амд үзүүлж байгаа тусламж, үйлчилгээний технологи, чанарыг үнэлүүлж, магадлан итгэмжлэл авна.,

22.2. Эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэлийг эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллага олгоно (2012 оны 8 дугаар сарын 17-ны өдрийн хуулиар нэмэлт оруулсан).

22.3. Энэ хуулийн 22.2-т заасан магадлан итгэмжлэх байгууллага нь эрүүл мэндийн байгууллагын бүтэц, үйл ажиллагаа, эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний технологи, чанарыг орон тооны бус шинжээчдээр үнэлүүлж, дүгнэлт гаргана.,

22.4. Эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэх, шинжээч сонгон шалгаруулах, ажиллуулах журам, магадлан шинжлэх шалгуурыг эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн Засгийн газрын гишүүн, үйлчилгээний төлбөрийн хэмжээ, холбогдох зардлын жишгийг санхүү, төсвийн болон эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн Засгийн газрын гишүүд хамтран батална (2016 оны 4 дүгээр сарын 22-ны өдрийн хуулиар нэмсэн) гэж хуульчилсан.

Шинэчлэгдсэн хуулийн нэр томъёонд магадлан итгэмжлэлийг тодорхойлон, магадлан итгэмжлэл олгодог байгууллагын чиг үүргийн талаар нэмэлт өөрчлөлтүүд хийгджээ.

Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний тухай хууль (2016 он)

23 дугаар зүйл “Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээг магадлан итгэмжлэх”:

23.1. Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлж байгаа эрүүл мэндийн байгууллага тусламж, үйлчилгээний төрөл, технологи, чанар, гүйцэтгэлийг үнэлүүлж, сайн дурын үндсэн дээр магадлан итгэмжлэл авна.,

23.2. Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлж эрүүл мэндийн байгууллагыг магадлан итгэмжлэхтэй холбоотой харилцааг Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 22 дугаар зүйлд заасны дагуу зохион байгуулна.

Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хууль (2015 он):

16 дугаар зүйл. “Эрүүл мэндийн даатгалын байгууллагын чиг үүрэг”:

16.1.4-т Монгол Улсын нутаг дэвсгэрт үйл ажиллагаа явуулж байгаа, тусгай зөвшөөрөлтэй, *магадлан итгэмжлэгдсэн* өмчийн бүх хэлбэрийн эмийн сангаас бусад эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллагаас тусламж, үйлчилгээний чанар, аюулгүй байдал, хүртээмжийг харгалзан сонгон шалгаруулах үйл ажиллагааг энэ хуулийн 14.9.11-д заасан журмын дагуу зохион байгуулах.,

14.9.11 Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх байгууллагыг сонгон шалгаруулах журмыг санхүү, төсвийн болон эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллагын саналыг үндэслэн (Энэ заалтыг 2016 оны 11 дүгээр сарын 10-ны өдрийн хуулиар нэмсэн) батлах.,

Засгийн газрын тогтоол:

Магадлан итгэмжлэлийн суурь тавигдсан 1998 оноос эхлэн Засгийн газрын 5 тогтоол батлагдан хэрэгжсэн байна. Тухайлбал: *1998 оны 181 дүгээр анхны тогтоол, 2002 оны 246, эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэх байгууллагын дүрэм, шинжээч сонгон шалгаруулах*

журам, магадлан итгэмжлэл олгох, сунгах журам, магадлан шинжлэх ажлын шалгуурыг батлан, магадлан итгэмжлэл сайн дурын үндсэн дээр явагдах ба санхүүгийн дэмжлэг авах баталгаа болно гэж заасан.

2005 оны 72 дугаар тогтоолоор “Эрүүл мэндийн салбарын мастер төлөвлөгөө”-г баталсан. Мастер төлөвлөгөөнд магадлан итгэмжлэх бие даасан байгууллага, бүтэцтэй болох, мэргэжлийн нийгэмлэгүүдийн чадамжийг нэмэгдүүлэн, аажмаар магадлан итгэмжлэлийг шилжүүлэх бодлого баримтлахаар тусгасан боловч бодлогын энэ зорилт хэрэгжээгүй, хугацаа дууссан.

Хамгийн сүүлд 2017 оны 24 дүгээр тогтоолоор баталсан “Төрөөс эрүүл мэндийн талаар баримтлах бодлогод тусламж, үйлчилгээний төрөл, гүйцэтгэлтэй уялдсан бие даасан магадлан итгэмжлэл бүхий чанарын удирдлагыг нэвтрүүлэхээр заасан ба тогтоол хүчингүй болсон.

Эндээс харахад үе үеийн тогтоолд магадлан итгэмжлэх бие даасан тогтолцоог бүрдүүлэхийг зорьж байсан боловч хэрэгжээгүй байна.

Эрүүл мэндийн сайдын тушаал:

Эрүүл мэндийн сайдын 2002 оны 12 сарын 06-ны өдөр 284 дугаартай ”Төрийн өмчийн эрүүл мэндийн байгууллагад магадлан итгэмжлэл олгох тухай” анхны тушаал батлагдсан бол 2003 оны 03 сарын 31-ний өдрийн 63 дугаар тушаалаар “Тусламж, үйлчилгээний чанарыг сайжруулах хөтөлбөрийн үлгэрчилсэн загвар”-ыг анх удаа баталжээ.

Магадлан итгэмжлэх тушаал, шийдвэр нь дараах гол агуулга, чиглэлийг зохицуулсан байна.

Үүнд:

- Эрүүл мэндийн байгууллагыг магадлан итгэмжлэх журам, журмын өөрчлөлтүүд.,
- Эрүүл мэндийн байгууллагыг магадлан итгэмжлэх шалгуур.,
- Эрүүл мэндийн байгууллагыг магадлан итгэмжлэлийн шинжээч сонгон шалгаруулах, ажиллуулах, чөлөөлөх журам.,
- Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэх үндэсний зөвлөлийн бүтэц, ажиллах журам.,
- Эрүүл мэндийн байгууллагыг магадлан шинжлэх үйлчилгээний төлбөрийн хэмжээ, холбогдох зардлын жишиг.,
- Чанарын хөгжлийн хөтөлбөр болон тайлангийн үлгэрчилсэн загвар.,
- Магадлан итгэмжлэлийн батламжийн загвар, хөтлөх маягт, хяналт шинжилгээ, үнэлгээ хийх хуудас, үнэлгээний аргачлал, зөвлөмжийн загвар

Магадлан шинжлэх үйл ажиллагаанд баримталж буй хүчин төгөлдөр тушаал, журам

2013 оны А/247	Эрүүл мэндийн байгууллагыг магадлан итгэмжлэх үйлчилгээний төлбөр, зардлын жишиг батлах тухай (4 дүгээр хавсралт) .,
2015 оны А/363	Үнэлгээний хуудас, аргачлал батлах тухай.,
2017 оны А/503	Эрүүл мэндийн байгууллагыг магадлан итгэмжлэх журам батлах тухай.,
2017 оны А/118	Магадлан итгэмжлэлийн шинжээч сонгон шалгаруулж, томилох, чөлөөлөх журам батлах тухай.,
2019 оны А/554	Эрүүл мэндийн байгууллагыг магадлан шинжлэх шалгуур батлах тухай.,

2020 оны А/179	Өрх, сум тосгоны эрүүл мэндийн төвийг магадлан шинжлэх шалгуур батлах тухай.,
2020 оны А/180	Сувилал, сувилахуйн болон сэргээн засах төвийг магадлан шинжлэх шалгуур үзүүлэлт батлах тухай тушаалууд мөрдөгдөж байна.

Дээрх тушаал, журмуудын ерөнхий агуулгыг тус бүрээр задлан шинжилж үзвэл:

ЭМС-ын 2013 оны 247 дугаар тушаал, дөрөвдүгээр хавсралт: “Эрүүл мэндийн байгууллагыг магадлан итгэмжлэх үйлчилгээний төлбөрийн хэмжээ, холбогдох зардлын жишиг” өнөөг хүртэл буюу 10 жил мөрдөгдсөн.

Энэхүү тушаалаар эрүүл мэндийн байгууллагыг магадлан итгэмжлэх төлбөр тусламж, үйлчилгээний онцлог, шатлал, орны тооноос хамаарч хамааран 400,000-1,000000, магадлан итгэмжлэлд бэлтгэх үйл ажиллагаа 200,000, арга зүйн зөвлөгөө өгөх, явцын үнэлгээ хийх 1 байгууллагад 15000, зөвлөлийн хурлын зардал 1 удаа 50000, нэг гишүүний ажлын хөлс нэг цагт 10000, зөвлөлийн гишүүн бичгээр санал өгөх 20000, шинжээчийн багийн ахлагч 1 байгууллагад 55000, гишүүн 45000 төгрөг тус тус байна.

Магадлан итгэмжлэлийн албаны 2022 оны тайланд дурдсанаар өнөөгийн нөхцөлд бодит зардал нь төлбөрөөс давсан, ажлын үнэлэмжээс шалтгаалан шинжээчид ажиллах сонирхол муутай байгаа нь тулгамдсан асуудлын нэг болжээ. Энэхүү журмыг шинэчлэн боловсруулахаар ажлын хэсэг ажиллаж, холбогдох саналыг ЭМЯ-д хүргүүлсэн.

ЭМС-ын 2015 оны 363 дугаар тушаал: Магадлан итгэмжлэгдсэн эрүүл мэндийн байгууллагад явцын үнэлгээ хийх үнэлгээний хуудас, аргачлалыг баталсан. Үнэлгээний хуудас нь эрүүл мэндийн байгууллагын мэдээлэл, шалгуур үзүүлэлтүүд (ерөнхий шалгуур үзүүлэлт, тусгай шалгуур үзүүлэлт), нийт 37 шалгуур үзүүлэлтээс бүрдсэн, 2-0 оноогоор үнэлгээ өгөх зарчимтай.

Шалгуур үзүүлэлт нь тусламж, үйлчилгээний технологи, чанар, аюулгүй байдал хүний нөөцийн хөгжил, эмнэлгийн мэргэжилтний ёс зүй, үйлчлүүлэгчдийн сэтгэл ханамж, шинжээчдийн багийн өгсөн зөвлөмжийн биелэлтэд чиглэсэн. Үнэлгээний аргачлалд шалгуур үзүүлэлтийг дүгнэх оноо болон хувиар тооцсон үзүүлэлтийг дүгнэсэн тайлбарыг оруулсан.

Мэдээллийн ил тод байдлыг хангах, ёс зүйн хариуцлагыг сайжруулах, аюулгүй байдлыг хангах шалгуур үзүүлэлтүүдийг шинэчлэн боловсруулсан. Энэхүү шалгуур үзүүлэлтийг өнөөгийн нөхцөл байдал, шинэ эрх зүйн орчинтой уялдуулан шинэчлэх шаардлагатай.

ЭМС-ын 2017 оны 503 дугаар тушаал: Эрүүл мэндийн байгууллагыг магадлан итгэмжлэх журмыг баталсан.

Энэхүү журам нь:

1. Нийтлэг үндэслэл
2. Магадлан итгэмжлэх үйл ажиллагааны зохион байгуулалт
3. Магадлан итгэмжлүүлэх байгууллагад тавигдах шаардлага
4. Эрүүл мэндийн байгууллагын хүлээх үүрэг
5. Магадлан итгэмжлүүлэх хүсэлт гаргах, баримт бичиг бүрдүүлэх
6. Магадлан шинжлэх, үнэлгээ хийх
7. Магадлан итгэмжлэл олгох
8. Магадлан итгэмжлэлийг хүчингүй болгох
9. Маргааныг шийдвэрлэх гэсэн 9 бүлэг, 122 заалт бүхий өргөн агуулгыг багтаасан.

Энэхүү журмыг шинэчлэн, сайжруулахаар ажлын алба ажиллаж байна. Гол үзэл баримтлал нь шинэ эрх зүйн (Алсын хараа-2050, бусад) орчин, төрийн захиргааны төв байгууллагын болон ажлын албаны (ЭМХТ) чиг үүргийн өөрчлөлт, бусад байгууллага, мэргэжлийн салбар зөвлөл, нийгэмлэг, холбоодын оролцоо, магадлан итгэмжлэлийн үйл явцын шинэчлэлтэд чиглэж байна.

ЭМС-ын 2017 оны 118 дугаар тушаал: “Магадлан итгэмжлэлийн шинжээч сонгон шалгаруулж, томилох, чөлөөлөх журам”-ыг баталсан. Энэхүү журам нь нийтлэг үндэслэл, шинжээч сонгон шалгаруулах, шинжээчийг томилон ажиллуулах, шинжээчийг чөлөөлөх гэсэн 4 бүлгийн 50 заалтыг багтаасан. Энэхүү журмыг шинэчлэн сайжруулахаа ажлын алба ажиллаж байна. Шинэчлэлийн гол үзэл баримтлал нь, шинжээч нь журамд заасан тодорхой шаардлагыг бүрэн хангасан тохиолдолд ярилцлага зохион байгуулах болон ярилцлагын шалгалтын агуулга, чиг үүрэг, шинжээчтэй ажиллах гэрээний хугацааг жил бүр дүгнэх зэрэг агуулгыг тусгаж байна.

ЭМС-ын 2019 оны 554 дугаар тушаалаар “Эрүүл мэндийн байгууллагыг магадлан шинжлэх шалгуур, үнэлгээ хийх аргачлал”, **2020 оны 179 дугаар тушаалаар** “Өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийг магадлан шинжлэх шалгуур”, **2020 оны 180 дүгээр тушаалаар** “Сувилал, сэргээн засах болон сувилахуйн төвийг магадлан шинжлэх шалгуурыг тус тус баталсан.

Эрүүл мэндийн байгууллагыг магадлан шинжлэх шалгуур нь магадлан итгэмжлэлд орох байгууллагад тавигдах шаардлага болон дэд бүлгүүдийг багтаасан 3 бүлэгтэй. Дэд бүлэгт эрүүл мэндийн байгууллагаас зайлшгүй хэрэгжүүлэх шаардлагатай үндсэн үйл ажиллагааг бүтэцлэсэн. Тухайн үйл ажиллагааг “Үйл ажиллагаанд тавигдах шаардлага”, “Шалгуур үзүүлэлт”, “Хэмжих үзүүлэлт”, “Үнэлгээ” гэсэн матрицын загварыг ашиглан үнэлдэг. Тус бүрээр авч үзвэл:

Магадлан итгэмжлэлд орох байгууллагад тавигдах шаардлага:

- Эрүүл мэндийн чиглэлээр мэргэжлийн үйл ажиллагаа эрхлэх тусгай зөвшөөрөлд заагдсан тусламж, үйлчилгээний төрөл бүрээр үзлэг, оношилгоо, шинжилгээ, эмчилгээ хийдэг;
- Тусгай зөвшөөрлийн гэрчилгээнд заасан ажлын байрны хаягтаа үйл ажиллагаа явуулдаг;
- Стандартад заасан орон тоогоор эмнэлгийн мэргэжилтнийг хангасан, 80-аас дээш хувь нь сүүлийн 1 жилийн дотор тогтвор суурьшилтай ажиллаж байгаа;
- Эмнэлгийн мэргэжилтнүүд нь мэргэшсэн, жил бүр ур чадварыг дээшлүүлдэг тогтолцоо бүрдсэн;
- Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх стандартын шаардлага хангасан зориулалтын байртай, үйлчлүүлэгчид ээлтэй орчин бүрдүүлсэн;
- Жилийн турш тасралтгүй үйл ажиллагаа явуулдаг байх, улирлын үйл ажиллагаатай сувилал нь жилдээ 6 сараас доошгүй хугацаанд ажилладаг;
- Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний чанар, өвчтөний аюулгүй байдлыг сайжруулах үйл ажиллагаанд хамт олны оролцоог хангаж ажилладаг;
- Магадлан итгэмжлэлд орох асуудлыг хамт олноороо хэлэлцэж, хүлээн зөвшөөрсөн; 9. Магадлан итгэмжлэлд бэлтгэх зөвлөгөө авч, сургалтад хамрагдсан;
- Магадлан шинжлэх шалгуураар хийсэн өөрийн үнэлгээгээр шалгуур үзүүлэлтийг 100% хангасан;
- Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний чанар, аюулгүй байдлыг сайжруулах төлөвлөгөөг үр дүнтэй хэрэгжүүлж, ахиц өөрчлөлт гарсан;

- Байгууллагын үйл ажиллагаа, үзүүлж байгаа тусламж, үйлчилгээний чанар, аюулгүй байдлын үзүүлэлтүүдийг баталсан, тогтмол хэмждэг, жил бүр ахиц өөрчлөлт гарсан;
- Байгууллагын эрсдэлийг үнэлж, сэргийлэх, бууруулах хариу арга хэмжээ тогтмол авдаг байх гэсэн нийтлэг мөрдөх 13 шаардлагыг тусгасан.

Бүлэг 1. Үйлчлүүлэгч төвтэй үйлчилгээг үнэлэх шалгуур үзүүлэлтүүд:

- Үйлчлүүлэгчийн аюулгүй байдал
- Тусламж, үйлчилгээний тасралтгүй байдал
- Үйлчлүүлэгчийн эрх, үүрэг, үйлчлүүлэгчийг мэдээллээр хангах
- Үзлэг, оношилгоо, эмчилгээ
- Халдварын хяналт, сэргийлэлт
- Нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ гэсэн нийтлэг мөрдөх 6 дэд бүлэгтэй.

Энэхүү дэд бүлгийн “Үзлэг, оношилгоо, эмчилгээ” гэсэн дэд бүлэг үйл ажиллагааны онцлогтой уялдан “Сувилал, сэргээн засах болон сувилахуйн төв”-ийн шалгуурт заагдаагүй болно. Мөн бүлэг нэгийн “Нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ” гэсэн дэд бүлэг “Өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төв”-ийн шалгуурт үйл ажиллагааны онцлогтой уялдан бүлэг гуравт бүтэцлэгдсэн болно.

Бүлэг 2. Байгууллагын үйл ажиллагааг үнэлэх шалгуур үзүүлэлтүүд:

- Засаглал, удирдлага, манлайлал
- Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний чанарын удирдлага
- Хүний нөөцийн хөгжил
- Мэдээллийн удирдлага, аюулгүй байдал
- Тоног төхөөрөмжийн чанар, аюулгүй ажиллагаа, засвар, техникийн үйлчилгээ
- Барилга, инженерийн байгууламжийн аюулгүй ажиллагаа гэсэн, эрүүл мэндийн байгууллагууд нийтлэгээр мөрдөх 6 дэд бүлэгтэй.

Дээрх дэд бүлгүүдийн шалгуур үзүүлэлт болон хэмжих үзүүлэлтүүд нь байгууллагын тусламж, үйлчилгээний онцлогтой уялдан ижил төстэй болон ялгаатай шалгууруудаас бүрддэг.

Бүлэг 3. Тусламж, үйлчилгээний чанар, аюулгүй байдал, технологийг үнэлэх шалгуур үзүүлэлт: эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний төрөл, онцлогоос хамааран:

- Эмнэлгийн мэргэшсэн тусламж үйлчилгээ үзүүлдэг эрүүл мэндийн (төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, тусгай мэргэжлийн төв, тусгай эмнэлэг, нэгдсэн эмнэлэг, амаржих газар, клиник) байгууллага
- Өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төв
- Сувилал, сэргээн засах болон сувилахуйн төвийн үйл ажиллагаатай уялдсан нийтлэг болон өвөрмөц шалгууруудтай. Тухайлбал:

Нийтлэгээр:

- Амь тэнссэн үеийн тусламж, үйлчилгээ
- Сувилахуйн тусламж, үйлчилгээ
- Эмийн менежмент ба зохистой хэрэглээ
- Лабораторийн тусламж, үйлчилгээ
- Эмчилгээний хоол
- Эмгэг судлалын тусламж, үйлчилгээ гэсэн 6 төрлийн тусламж, үйлчилгээний шалгуурыг бүх эрүүл мэндийн байгууллагууд хангана.

Тусламж, үйлчилгээний төрөл, онцлогтой уялдан “Эмнэлгийн мэргэисэн тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг эрүүл мэндийн байгууллагууд нь:

- Мэдээгүйжүүлэг, мэс заслын тусламж, үйлчилгээ
- Эх барих, эмэгтэйчүүд, нярайн тусламж, үйлчилгээ
- Уламжлалт анагаах ухааны тусламж, үйлчилгээ
- Дотрын тусламж, үйлчилгээ
- Мэдрэлийн тусламж, үйлчилгээ
- Хүүхдийн тусламж, үйлчилгээ
- Сэтгэцийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ
- Хавдрын тусламж, үйлчилгээ
- Арьс ба арьсан доорх эслэгийн өвчний тусламж, үйлчилгээ
- Халдварт өвчний тусламж, үйлчилгээ
- Хөнгөвчлөх тусламж, үйлчилгээ
- Нүдний тусламж, үйлчилгээ
- Нүүр амны тусламж, үйлчилгээ
- Чих хамар, хоолойн тусламж, үйлчилгээ
- Дүрс оношилгоо
- Сэргээн засах тусламж, үйлчилгээ
- Цус сэлбэлт судлалын тусламж, үйлчилгээ гэсэн нийт 23 дэд бүлэгтэй. Энэхүү дэд бүлгүүдээс тусгай зөвшөөрөл дахь үйл ажиллагааны чиглэлд заасан тусламж, үйлчилгээг сонгон үнэлнэ.

Харин өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төвийн Бүлэг 3-ын онцлог нь тусламж, үйлчилгээний төрлөөс хамааран “Нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний шалгуур үзүүлэлтүүд”, “Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний шалгуур үзүүлэлтүүд” гэсэн үндсэн 2 бүтэцтэй.

Шалгуурт дээрх нийтлэг хангах 6 дэд бүлгийн шалгуур үзүүлэлт дээр нэмэгдээд эх барих, эмэгтэйчүүд, хүүхэд, мэс засал, мэдээгүйжүүлэг, халдварт, халдварт бус өвчин, уламжлалт анагаах ухааны болон сэргээн засах, зорилтот бүлгийн үйлчлүүлэгчид үзүүлэх тусламж үйлчилгээний шалгууруудтай.

Сувилал, сэргээн засах болон сувилахуйн төвийн Бүлэг 3-ын онцлог нь сувилал, сэргээн засах, сувилахуйн (тус бүрээр) тусламж, үйлчилгээний стандарт, технологийг мөрдөж, аюулгүй байдлыг хангах, нийтлэгээр мөрдөх эм зүй, хоол эмчилгээ, яаралтай тусламжийн шалгууруудтай.

Хэдийгээр магадлан итгэмжлэлийн шалгуур нь тасралтгүй шинэчлэгдэн хөгжиж ирсэн боловч, эрүүл мэндийн байгууллагын тусламж, үйлчилгээний чанар, өвчтөний аюулгүй байдал, оношилгоо, эмчилгээний технологийн хурдац, хөгжилтэй уялдан эрх зүйн орчныг шинэчлэх хэрэгцээ шаардлага байнга тулгардаг.

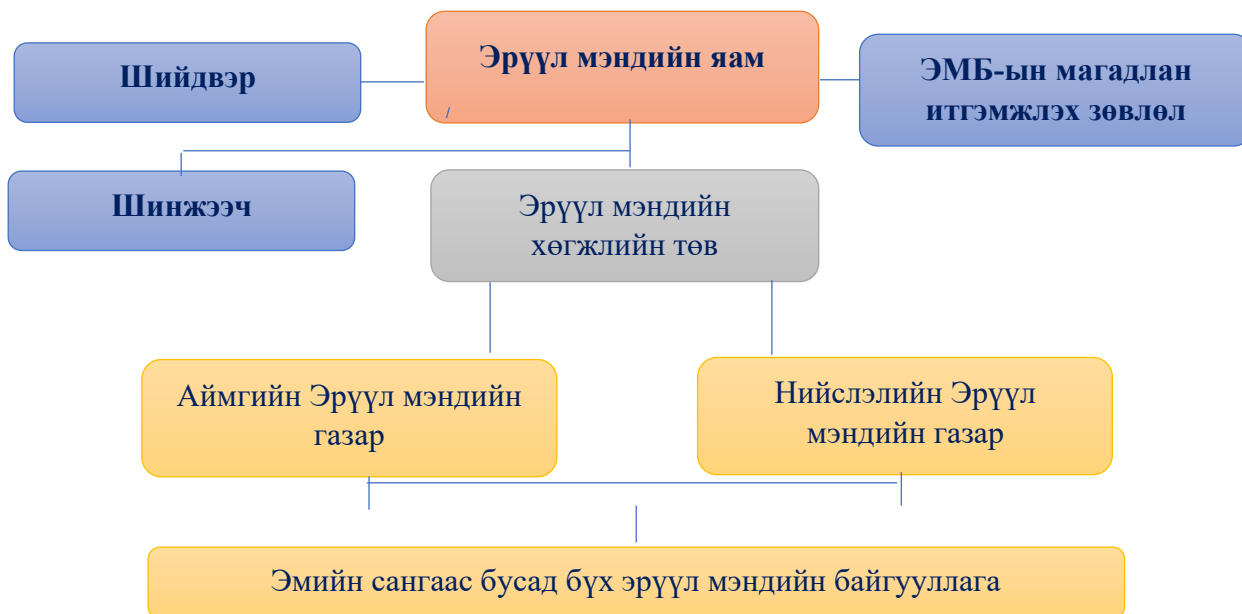
Түүнчлэн бидний одоогийн мөрдөж буй шалгуур нь давхардал ихтэй, хэмжих үзүүлэлтийн тоо хэт олон, магадлан итгэмжлэлд давтан орж буй тохиолдолд ахиц, дэвшил, технологийн хөгжил, үр дүнд чиглэсэн шалгуур бага, цаасан ажиллагаа их зэрэг тулгамдсан асуудал байгааг шинжээчид хэлж байна.

Асуудлыг нотолгоот мэдээллээр хангахын тулд эрүүл мэндийн байгууллагын шалгуурын тоон үзүүлэлтийг харьцуулан гаргахыг (хүснэгт 1-ээс харна уу) хичээсэн болно.

1.3 Удирдлага зохион байгуулалт

1.3.1 Зохион байгуулалт, бүтэц

ЗУРАГ 1. МАГАДЛАН ИТГЭМЖЛЭЛИЙН ӨНӨӨГИЙН ТОГТОЛЦОО



Эрүүл мэндийн сайдын 1999 оны 3 сарын 01-ны өдрийн А/42 тушаалаар Эрүүл мэндийн удирдлага, мэдээлэл, боловсролын төвийн (одоогийн ЭМХТ) бүрэлдэхүүнд Магадлан итгэмжлэл лицензийн алба нэртэйгээр эрүүл мэндийн байгууллагыг магадлан итгэмжлэлийн анхны бүтэц бий болсон. Он цагийн дарааллаар тогтолцоог харуулбал:

ЗУРАГ 2. МАГАДЛАН ИТГЭМЖЛЭЛИЙН УДИРДЛАГА ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТ



Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 5 удаагийн шинэчилсэн найруулга, нэмэлт өөрчлөлтөөр эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлтэй холбоотой заалтууд удаа дараалан өөрчлөгдөж ирсэн ч эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэлийг эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллага болон төрийн байгууллага олгохоор зүйлчилсэн нь хадгалагдсаар ирсэн ба дараах чиг үүргийг гүйцэтгэдэг.

Үүнд:

Эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн Төрийн захиргааны төв байгууллага: Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний чанар, магадлан итгэмжлэлийн бодлогыг тодорхойлж, нэгдсэн удирдлага, зохион байгуулалтаар ханган, шинжээч сонгон шалгаруулах, томилох болон холбогдох *шийдвэрийг* гаргадаг. Өдөр тутмын үйл ажиллагаа нь магадлан итгэмжлэлийн зөвлөлийг хуралдуулах, хурлын шийдвэрийг албажуулах, хүргүүлэх, батламж олгох, зөвлөмж хүргүүлэхэд чиглэдэг.

Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвийн Магадлан итгэмжлэлийн алба: Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний чанар, технологи, стандартын хэрэгжилтийг үндэслэн эрүүл мэндийн байгууллагад магадлан итгэмжлэл, хяналт, үнэлгээ хийх, магадлан итгэмжлэлийн өдөр тутмын үйл ажиллагааг зохион байгуулах, зохицуулах чиг үүргийг гүйцэтгэдэг. Өдөр тутамдаа эрүүл мэндийн байгууллагын баримт, бичиг хүлээн авах, дүн шинжилгээ хийх, баримт бичигт зөвлөгөө өгөх, шинжээчийн баг томилох, чадавхжуулах, бэлтгэл ажлыг хангах, шинжээчийн багт эрүүл мэндийн байгууллагын баримт бичгийг хүлээлгэн өгөх, үнэлгээний дүгнэлт, танилцуулга хүргүүлдэг.

Аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газар: Харьяалах нутаг дэвсгэртээ магадлан итгэмжлэх үйл ажиллагааг удирдлага, зохицуулалт, мэргэжил арга зүйгээр хангадаг.

Магадлан итгэмжлэх хүсэлт гаргасан эрүүл мэндийн байгууллага: Тусламж, үйлчилгээний технологи, чанарын баталгаажилтыг тасралтгүй байдлыг хангаж, магадлан итгэмжлэх шалгуурын дагуу өөртөө үнэлгээ хийх, шаардлагатай материалыг бүрдүүлэх, ажлын албанд магадлан итгэмжлүүлэх хүсэлт хүргүүлэх, чанарын хөтөлбөр боловсруулан хэрэгжилтийг хангаж, магадлан итгэмжлэлээр өгсөн зөвлөмжийг хэрэгжүүлдэг.

Одоогийн бүтэц, зохион байгуулалтаар ЭМЯ, ЭМХТ-ийн ажлын алба нь улсын хэмжээнд магадлан итгэмжлэлийг нэгдсэн удирдлага, зохион байгуулалт, өдөр тутмын зохицуулалтаар хангаж, эрүүл мэндийн байгууллагыг магадлан итгэмжлэх зөвлөл, орон тооны бус шинжээч, аймаг, нийслэлийн ЭМГ, төрийн бус байгууллага, нийгэмлэг, холбоод, мэргэжлийн салбар зөвлөл, Магадлан итгэмжлүүлэх хүсэлт гаргасан эрүүл мэндийн байгууллагатай хамтран ажиллаж байна.

1.3.2. магадлан итгэмжлэх зөвлөл

Эрүүл мэнд, нийгмийн хамгааллын сайдын 1999 оны А/83 дугаар тушаалаар Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэх зөвлөл байгуулах эрх зүйн анхны үндэс тавигдсан. Энэ тушаалаар “Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэх зөвлөлийн ажиллах журам, Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэх зөвлөлийн бүрэлдэхүүн, орон нутгийн салбар зөвлөлийн бүтэц, ажиллах журам” тус тус батлагдсан байна.

Анхны зөвлөл нь 7 хүний бүрэлдэхүүнтэй батлагдсан ба зөвлөл нь эмнэлгийн мэргэжилтэнд мэргэжлийн зөвшөөрөл олгох, магадлан итгэмжлэлийг удирдан чиглүүлэх, хяналт тавих, гарсан санал, гомдлыг хянан шийдвэрлэх, мөн салбар зөвлөлүүдийг арга зүйгээр хангах чиг үүрэгтэй ажиллаж байжээ.

Магадлан итгэмжлэх зөвлөлийг ЭМЯ-ны төрийн нарийн бичгийн дарга ахлан ажилладаг байсан бол 2023 оны 10 сард зөвлөлийн бүрэлдэхүүн өөрчлөгдсөн. ЭМС-ын 2023 оны 10

сарын 10-ны өдрийн А/359 дугаар тушаалаар “Эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэх зөвлөлийн бүрэлдэхүүн, ажиллах журам”-ыг шинэчлэн баталсан.

Энэхүү тушаалаар зөвлөлийн даргаар ЭМЯ-ны Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний газрын дарга, орлогч даргаар ЭМЯ-ны Салбарын хяналтын газрын дарга, нарийн бичгийн даргаар ЭМЯ-ны Төрийн захиргааны удирдлагын газрын Эрүүл мэндийн байгууллагын тусгай зөвшөөрөл, магадлан итгэмжлэлийн асуудал хариуцсан мэргэжилтэн томилогдсон.

Зөвлөл нь үндсэн 6 гишүүнтэй. Зөвлөлийн байнгын бус гишүүдэд хэлэлцэж буй эрүүл мэндийн байгууллагын тусламж, үйлчилгээний төрөл, чиглэлээс хамаарч мэргэжлийн салбар зөвлөл, нийгэмлэгээс төлөөлөл оролцуулах бөгөөд нийт 9-11 хүний бүрэлдэхүүнтэй байх юм. Зөвлөлийн ажлын алба нь ЭМХТ-д байна.

Магадлан итгэмжлэх зөвлөл нь мэргэжлийн салбар зөвлөл, нийгэмлэгийн хамтын оролцоог хангаж, хамтын шийдвэр гаргах нөхцөл бололцоог бүрдүүлдэг. Магадлан итгэмжлэлийн зөвлөл нь эрүүл мэндийн байгууллагад магадлан итгэмжлэл олгох эсэхийг танхим болон цахим хуралдаанаар ил санал хураалтаар нээлттэй хэлэлцэн, шийдвэр нь тэмдэглэл хэлбэрээр гарна. Магадлан итгэмжлэл олгох, цуцлах, түдгэлзүүлэх, сэргээх шийдвэр нь ЭМС-ын тушаалаар баталгааждаг.

1.3.3. Магадлан итгэмжлэлийн шинжээч

Монгол Улсын Засгийн газрын 2002 оны 246 дугаар тогтоолоор баталсан “Эрүүл мэндийн байгууллагыг магадлан итгэмжлэлийг хэрэгжүүлэх журам, магадлан шинжлэх ажлын шалгуур”-ын 2 дахь хэсэгт ... ”Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний технологи, стандартад шинжилгээ хийх, эрүүл мэндийн байгууллагын түвшин тодорхойлж, дүгнэлт гаргах үйл ажиллагааг эрүүл мэндийн төв байгууллагаас сонгон шалгаруулсан орон тооны бус шинжээч гүйцэтгэнэ”. Магадлан итгэмжлэл олгох эсэх шийдвэрийг шинжээчдийн нэгдсэн дүгнэлтийг үндэслэн гаргана” гэж зааснаар анхны эрх зүйн орчин бүрдсэн. Энэ дагуу ЭМС-ын 2002 оны 09 сарын 16-ны өдрийн 222 дугаар тушаалаар анхны 30 шинжээчийг томилсон.

Дээрх журмаас хойш шинжээч сонгон шалгаруулах журам тасралтгүй шинэчлэгдэн, ялангуяа ур чадварын шаардлагууд өндөрссөн. Тухайлбал: Чухал ур чадварт тухайн чиглэлээр мэргэшсэн, туршлагажсан байхаас гадна багаар ажиллах, харилцаа, ёс зүйн, шийдвэр гаргах, хариуцлага хүлээх, баримт бичиг боловсруулах чадваруудыг чухалчлан, ур чадварын судалгаа, үнэлгээ хийж, нотолгоонд тулгуурласан сургалтууд тасралтгүй зохион байгуулдаг.

Өнөөгийн байдлаар ЭМС-ын 2017 оны 118 дугаар тушаал “Магадлан итгэмжлэлийн шинжээч сонгон шалгаруулж, томилох, чөлөөлөх журам”-ыг мөрдөж байна. Магадлан итгэмжлэлийн шинжээч ажиллуулахтай холбоотой өдөр тутмын үйл ажиллагааг ЭМХТ-ийн магадлан итгэмжлэлийн алба удирдлага, зохион байгуулалтаар хангадаг.

Шалгаруулалтад тэнцсэн шинжээчийг төрийн захиргааны төв байгууллага 2 жилийн хугацаатай томилдог. 2023 оны байдлаар сонгон шалгаруулалтад тэнцсэн, мэргэшсэн 138 шинжээч ажиллаж байна.

Шинжээчдийн 18.5% нь эрүүл ахуй, халдвар судлаач, 15.4% нь хүүхэд, 10.3% нь дотор, 7.2% нь мэс засал, 6.2% нь сувилахуй, 5.1% нь уламжлалт, сэргээн засах, мөн хувиар тоног төхөөрөмжийн инженер, 3.1% нь мэдрэл, мөн хувиар эх барих эмэгтэйчүүдээр мэргэшжээ.

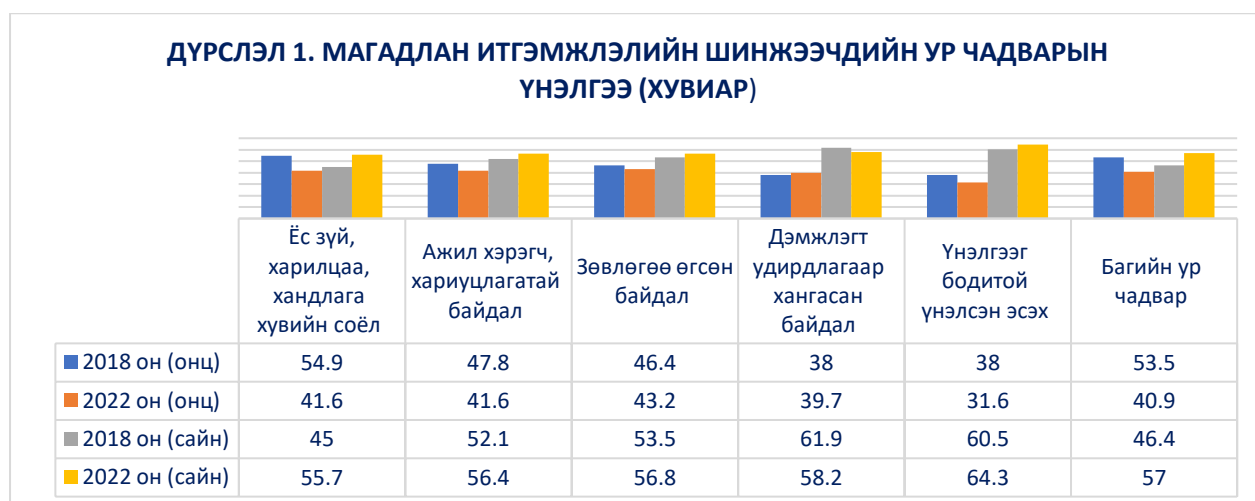
Харин нүд, настан, лаборатори, дүрс оношилгоо, хавдар, НЭМ, өрхийн анагаах ухааны чиглэлээр тус бүр 1 мэргэжилтэн, нүүр ам, эрүүл мэндийн удирдлага, сэтгэцийн эмгэг судлал, эм зүйч чиглэлээр тус бүр 2 мэргэшсэн мэргэжилтэн байна.

Монгол Улсын хүний гавьяат эмч 2, шинжээчдийн 10.3% нь доктор, 37.1% нь магистр, 20.6% нь клиникийн профессор байгаа ба тэдний 68.0% нь эрдмийн болон боловсролын зэрэг цолтой.

Шинжээчдийн 62.9 хувь нь мэргэжлийн зэрэгтэй, үүнд зөвлөх зэрэгтэй 17, тэргүүлэх зэрэгтэй 32 ахлах зэрэгтэй 12 шинжээч ажиллаж байна. Хамгийн сүүлд ЭМЯ-ны төрийн нарийн бичгийн даргын 2023 оны 04 сарын 12-ны өдрийн 49 дугаар тушаалаар 42 шинжээчийг сонгон шалгаруулсан байна.

Магадлан итгэмжлэх хүсэлт гаргасан байгууллагын төрөл, тусламж, үйлчилгээний цар хүрээнээс хамаарч 4-8 хүний бүрэлдэхүүнтэй шинжээчийн баг 1-2 өдөр газар дээр нь очиж үнэлгээ хийдэг. Шинжээчдийн үйл ажиллагааг үнэлэх судалгааг магадлан итгэмжлэгдсэн эрүүл мэндийг байгууллагуудаас авдаг.

Тухайлбал: Шинжээчдийн ур чадварыг үнэлэх судалгаанд 2017 онд магадлан итгэмжлэгдсэн 88 эрүүл мэндийн байгууллага, 2018 онд 104 байгууллага, 2022 онд 295 байгууллага хамрагдан, үнэлгээ өгсөн. Үнэлгээний зарим үр дүнг сүүлийн 2 оноор харьцуулан танилцуулбал:



2022 оны байдлаар шинжээчдэд өгсөн “онц” буюу маш сайн гэсэн үнэлгээ урд оноос дунджаар 8.3%-иар буурсан байна. 2018 онд “дунд” гэж үнэлсэн байгууллага байхгүй, 2022 онд 1.0-3.4% нь “дунд” гэж үнэлсэн нь шинжээчдийн ур чадварт анхаарах шаардлагатайг харуулж байна.

Үнэлгээнд хамрагдсан байгууллагууд шинжээчдийн харилцаа, хандлага, ёс зүй, зөвлөгөө өгөх мэдлэг, ур чадвар хангалтгүй байгааг анхаарах шаардлагатайг сануулсан байна. Энэ нь тулгамдсан асуудлын дүн шинжилгээгээр нотлогдсон болно.

Энэ нь цаашид магадлан итгэмжлэлийн шинжээч томилох, чөлөөлөх журамд өөрчлөлт оруулах, чадавхыг тасралтгүй дээшлүүлэх хэрэгцээ байгааг харуулж байна. Мөн ажлын албаны үр дүнгийн тайланд “Шинжээчдийн 70.0% нь давхар ажил эрхэлдэг, ажлын хөлс хангалтгүй байгаа нь үйл ажиллагааны үр дүнд сөргөөр нөлөөлдөг талаар дурдсан байна.

1.3.4. Магадлан шинжлэх арга хэрэгсэл, аргачлал

2000 онд “Аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн бүтэц, үйл ажиллагаа MNS 5095:2001”, “Сумын эмнэлгийн бүтэц, үйл ажиллагаа MNS 5082:2001”, “Сум дундын эмнэлгийн бүтэц, үйл ажиллагаа MNS 5081:2001” стандартууд батлагдсан нь магадлан итгэмжлэх шалгуур, үнэлэх аргачлалуудыг боловсруулах суурь болсон. МУ-ын Засгийн газрын 2002 оны “Журам батлах тухай” 246 дугаар тогтоолоор “Магадлан шинжлэх ажлын шалгуур”-ыг анх баталжээ.

Шалгуур үзүүлэлт нь салбарын хөгжил, тусламж, үйлчилгээний технологийн шинэчлэлтэй уялдан тасралтгүй хөгжин, шинэчлэгдэж иржээ. 2011, 2016 онд Эрүүл мэндийн тухай хуульд орсон нэмэлт өөрчлөлттэй холбогдуулан байгууллагын төрлөөр шалгуур үзүүлэлтүүд төрөлжсөн.

Өнөөгийн байдлаар ЭМС-ын 2019 оны А/554, 2020 оны А/179, А/180 тоот тушаалаар тус тус баталгаажин хэрэгжиж байна.

Магадлан итгэмжлэлийн анхны шалгуур үзүүлэлтүүдэд байгууллагын бүтэц, зохион байгуулалтын буюу орцын үзүүлэлтүүд зонхилж байсан бол аажмаар эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний технологийн мөрдөлт, үйлчлүүлэгчийн аюулгүй байдлыг хангах явц, гарцад буюу үр дүнд чиглэсэн үзүүлэлтүүд нэмэгдсэн.

Магадлан шинжлэх шалгуураар үнэлгээ хийх аргачлал нь үнэлгээний зорилго, үнэлгээний зарчим, хамрах хүрээ, магадлан шинжлэх шалгуурын бүтэц, үнэлгээ хийх, үнэлгээний үр дүнг тооцох гэсэн үндсэн 4 бүрэлдэхүүн хэсэгтэй.

Магадлан итгэмжлэлд орох байгууллагад тавигдах 13 үндсэн шаардлагыг хангаагүй тохиолдолд үнэлгээ хийгддэггүй.

Үнэлгээ хийх аргачлалд “Үйл ажиллагаанд тавигдах шаардлага нь зайлшгүй хэрэгжүүлсэн байх үндсэн үйл ажиллагаа”, “Шалгуур нь тухайн үйл ажиллагаанд тавих шаардлага”, “Хэмжих үзүүлэлт нь тухайн шалгуур үзүүлэлтийг бүрэн хангасан эсэхийг нотлох, оноо өгөх үндэслэл болох баримт” гэж томъёолсон.

Шалгуур үзүүлэлт бүрийг 5,4,3,2,0 гэсэн оноогоор дүгнэдэг.

- 5 оноо – тухайн шалгуур үзүүлэлтийг хэмжих үзүүлэлтийг 100 хувь хангасан буюу үйл ажиллагааны зохицуулалтыг бүрэн хийсэн, хэрэгждэг, тухайн үйл ажиллагаа хэвшсэн, тогтмол үнэлж дүгнэдэг, бодит үр дүн гарсан бол;
- 4 оноо – тухайн шалгуур үзүүлэлтийг хэмжих үзүүлэлтийн 90-ээс дээш хувийг хангасан буюу үйл ажиллагааны зохицуулалтыг хийсэн, хэрэгждэг, тухайн үйл ажиллагаа хэвшээгүй, заримдаа үнэлж дүгнэдэг үр дүн тогтвортой биш бол;
- 3 оноо – тухайн шалгуур үзүүлэлтийг хэмжих үзүүлэлтийн 80-аас дээш хувийг хангасан буюу үйл ажиллагааны зохицуулалт хийгдсэн боловч, хэрэгждэггүй, үйл ажиллагаа бүрэн хэрэгжээгүй, үр дүн гарч эхэлж байгаа бол;
- 2 оноо- тухайн шалгуур үзүүлэлтийг хэмжих үзүүлэлтийн 70-аас дээш хувийг хангасан буюу үйл ажиллагааны зохицуулалт шаардлага хангахгүй, үйл ажиллагаа эхлэл төдий, үр дүнгүй бол, хийгээгүй бол 0 оноогоор дүгнэдэг.

Хувиар илэрхийлэгдэх шалгуур үзүүлэлтийг үнэлэхдээ 100.0% хангасан бол 5 оноо, 99-90%-д 4 оноо, 89-80%-д 3 оноо, 79-70%-д 2 оноо, 69 ба түүнээс доош хувьд 0 оноог өгөхөөр тус тус журамласан. Мөн ЭМБ нь магадлан шинжлэх шалгуур үзүүлэлтээр өөрийн үнэлгээ хийх юм.

ХҮСНЭГТ 1. ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН БАЙГУУЛЛАГЫН МАГАДЛАН ШИНЖЛЭХ ШАЛГУУРЫН БҮТЦИЙН ТООН ИЛЭРХИЙЛЭЛ

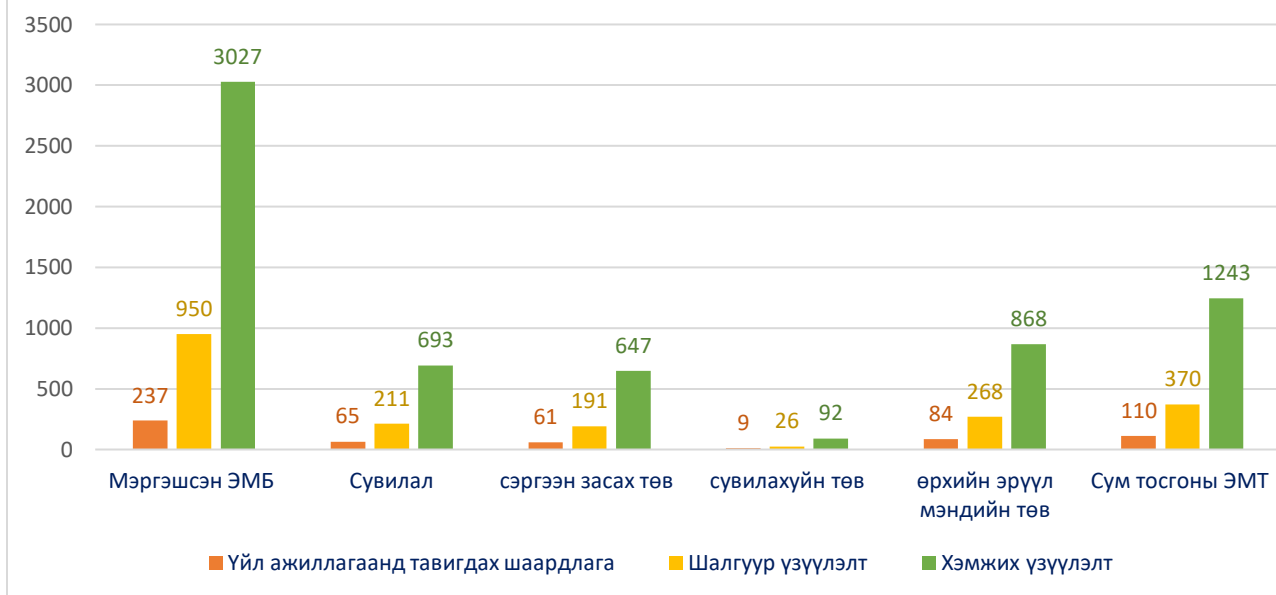
Үйл ажиллагаанд тавигдах шаардлага (I) Шалгуур үзүүлэлт (II) Хэмжих үзүүлэлт (III)	Мэргэшсэн ЭМБ			Сувилал,сэргээн засах төв, сувилахуйн төв									Өрх, сум, тосгоны ЭМТ					
				Сувилал			Сэргээн засах төв			Сувилахуйн төв			Өрхийн ЭМТ			Сум, тосгоны ЭМТ		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III
БҮЛЭГ 1. ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧ ТӨВТЭЙ ҮЙЛЧИЛГЭЭГ ҮНЭЛЭХ ШАЛГУУР ҮЗҮҮЛЭЛТ																		
Дэд бүлэг 1. Үйлчлүүлэгчийн аюулгүй байдал	8	22	65	4	8	25	4	8	25	3	7	23	6	11	35	7	14	44
Дэд бүлэг 2. Тусламж, үйлчилгээний тасралтгүй байдал	4	14	42	3	12	26	3	9	21	3	11	29	3	7	20	3	10	28
Дэд бүлэг 3. Үйлчлүүлэгчийн эрх, үүрэг үйлчлүүлэгчийг мэдээллээр хангах	5	18	64	5	15	45	5	15	49	5	15	50	5	15	55	5	15	55
Дэд бүлэг 4. Үзлэг, оношилгоо, эмчилгээ	3	13	44	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4	19	2	9	33
Дэд бүлэг 5. Халдварын сэргийлэлт, хяналт	10	47	212	9	41	153	8	35	149	8	35	148	8	35	147	10	43	173
Дэд бүлэг 6. Нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ	4	10	39	3	7	24	3	7	24	3	7	23	-	-	-	-	-	-
БҮЛЭГ 2. БАЙГУУЛЛАГЫН ҮЙЛ АЖИЛЛАГААГ ҮНЭЛЭХ ШАЛГУУР ҮЗҮҮЛЭЛТҮҮД																		
Дэд бүлэг 1. ЭМБ-ын засаглал, удирдлага, манлайлал	8	16	58	6	14	44	6	13	43	6	13	42	6	13	43	6	15	48
Дэд бүлэг 2. Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний чанарын удирдлага	6	19	78	6	20	71	6	18	65	6	18	63	6	18	65	6	18	65
Дэд бүлэг 3.Хүний нөөцийн хөгжил	5	15	53	5	17	51	5	17	49	5	16	49	5	16	52	5	18	52
Дэд бүлэг 4. Мэдээллийн удирдлага, аюулгүй байдал	4	13	37	4	12	32	4	12	31	4	12	31	4	12	30	4	12	30
Дэд бүлэг 5. Тоног төхөөрөмжийн чанар аюулгүй ажиллагаа, засвар, техникийн үйлчилгээ	7	28	97	4	14	48	4	13	47	4	13	48	4	15	53	5	17	65
Дэд бүлэг 6. Барилга, инженерийн байгууламжийн аюулгүй ажиллагаа	4	18	60	4	15	47	4	14	43	4	14	43	4	15	53	4	16	53
БҮЛЭГ 3. ТУСЛАМЖ, ҮЙЛЧИЛГЭЭНИЙ ЧАНАР, АЮУЛГҮЙ БАЙДАЛ, ТЕХНОЛОГИЙГ ҮНЭЛЭХ ШАЛГУУР ҮЗҮҮЛЭЛТҮҮД																		

Дэд бүлэг 1. Амь тэнссэн үеийн тусламж үйлчилгээ (яаралтай, түргэн тусламж)	4	26	68	1	2	14	1	1	4	1	1	4	5	6	19	6	12	40
Дэд бүлэг 2. Сувилахуйн тусламж, үйлчилгээ	6	31	93	1	3	10	1	3	9	2	7	24	1	4	14	2	11	30
Дэд бүлэг 3. Эмийн менежмент ба зохистой хэрэглээ	7	36	123	1	3	12	1	3	11	1	2	8	6	16	42	5	13	40
Дэд бүлэг 4. Лабораторийн тусламж, үйлчилгээ	9	33	120										2	7	26	5	11	36
Дэд бүлэг 5. Эмчилгээний хоол	4	8	20	1	6	18	1	6	14	1	6	16	-	-	-	3	7	19
Дэд бүлэг 6. Эмгэг судлалын тусламж, үйлчилгээ	6	24	66	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5	14
Дэд бүлэг 7. Мэдээгүйжүүлэг, мэс заслыг тусламж, үйлчилгээ	11	66	189	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	36	103
Дэд бүлэг 8. Эх барих, эмэгтэйчүүдийн тусламж, үйлчилгээ	21	80	223	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	14	44	7	31	91
Дэд бүлэг 9. Уламжлалт анагаах ухааны тусламж, үйлчилгээ	10	34	84	1	2	4	-	-	-	-	-	-	1	4	16	1	4	15
Дэд бүлэг 10. Дотрын тусламж, үйлчилгээ	6	23	78	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Дэд бүлэг 11. Мэдрэлийн тусламж, үйлчилгээ	6	20	63	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Дэд бүлэг 12. Хүүхдийн тусламж, үйлчилгээ	6	26	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	7	24	2	6	25
Дэд бүлэг 13. Сэтгэцийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ	9	36	116	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Дэд бүлэг 14. Хавдрын тусламж, үйлчилгээ	8	33	111	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Дэд бүлэг 15. Арьс ба арьсан доорх эслэгийн өвчний тусламж, үйлчилгээ	6	26	85	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Дэд бүлэг 16. Халдварт өвчний тусламж, үйлчилгээ	7	39	88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	8	1	2	8
Дэд бүлэг 17. Хөнгөвчлөх тусламж, үйлчилгээ	5	15	47	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Дэд бүлэг 18. Нүдний тусламж, үйлчилгээ	6	26	84	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Дэд бүлэг 19. Нүүр амны тусламж, үйлчилгээ	7	31	89	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Дэд бүлэг 20. Чих хамар, хоолойн тусламж, үйлчилгээ	6	27	84	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Дэд бүлэг 21. Дүрс оношилгоо	7	33	84	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Дэд бүлэг 22. Сэргээн засах тусламж, үйлчилгээ	6	24	78	1	6	23	2	9	36	1	3	12	-	-	-	-	-	-
Дэд бүлэг 23. Цус сэлбэлт судлалын тусламж, үйлчилгээ	6	21	105	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
БҮЛЭГ 3. ТУСЛАМЖ, ҮЙЛЧИЛГЭЭТЭЙ ХОЛБООТОЙ ОНЦЛОГ ШАЛГУУР ҮЗҮҮЛЭЛТҮҮД																		
Тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх зохион байгуулалтыг стандартын дагуу хийсэн байна.	-	-	-	1	3	6	1	3	9	1	2	8	-	-	-	-	-	-
Байгалийн нөөц, рашаан усыг хамгаалж зүй зохистой ашигладаг байна	-	-	-	1	4	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Тусламж, үйлчилгээг мэргэшсэн багаар үзүүлдэг байна	-	-	-	1	2	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Байгалийн хүчин зүйлийг ашиглан үзүүлдэг тусламж, үйлчилгээний технологийг мөрдөж, аюулгүй байдлыг хангасан байна	-	-	-	1	1	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Үзлэг оношилгоо, эмчилгээний (асаргаа сувилгаа) үед үйлчлүүлэгчийн аюулгүй байдлыг хангаж ажиллана.	-	-	-	1	3	14	1	4	13	1	4	14	-	-	-	-	-	-
Тусламж, үйлчилгээнд ашиглаж байгаа тоног төхөөрөмжийн хэвийн аюулгүй ажиллагааг хангасан байна.	-	-	-	1	1	6	1	1	5	1	1	6	-	-	-	-	-	-
Нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	37	149	7	37	149
Халдварт бус өвчний тусламж, үйлчилгээ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3	14	1	3	12

ӨЭМТ-Зорилтот бус бүлгийн үйлчлүүлэгчдэд үзүүлэх тусламж, үйлчилгээ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3	12	1	4	12
Тусламж, үйлчилгээний ажилбар, гардаг үйлдлийг хийх	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	5	-	-	-
Гэрийн дуудлагаар үзүүлэх тусламж, үйлчилгээ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	9	-	-	-
Дэмжих үйлчилгээ (цусны донор бэлтгэл)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	3

ДҮРСЛЭЛ 2. МАГАДЛАН ИТГЭМЖЛЭХ ШАЛГУУРЫН ТООН ИЛЭРХИЙЛЛИЙН ХАРЬЦУУЛАЛТ



Өнөөдөр бид эмнэлгийн мэргэшсэн тусламж үйлчилгээ үзүүлдэг эрүүл мэндийн (төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, тусгай мэргэжлийн төв, тусгай эмнэлэг, нэгдсэн эмнэлэг, амаржих газар, клиник) байгууллага, сувилал, сэргээн засах, сувилахуйн төв, өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төвийн гэсэн 6 төрөлжсөн шалгуураар магадлан итгэмжлэх үнэлгээг хийж, 2023 онд шинэчлэн сайжруулахаар ажиллаж байна.

Шалгуурын тоон илэрхийлэл нь үнэлгээ хийх үйл ажиллагааны үр дүн, цаг хугацаанд шууд нөлөөлөх үзүүлэлтийн нэг юм.

Бүх шалгуур үзүүлэлт нь 3 үндсэн бүлэгтэй, бүлэг тус дэд бүлэгтэй, дэд бүлэг тус бүр үйл ажиллагаанд тавигдах шаардлага, шалгуур үзүүлэлт, хэмжих үзүүлэлт гэсэн үнэлгээний шалгууруудтай гэдгийг дээр дурсан. Энэ дагуу нэгтгэн дүн шинжилгээ хийж үзлээ.

Тухайлбал: Эмнэлгийн мэргэшсэн тусламж үйлчилгээ үзүүлдэг эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэх үнэлгээг 3 бүлгийн 35 дэд бүлгийн хүрээнд 237 үйл ажиллагаанд тавигдах шаардлагын-950 шалгуур үзүүлэлтийн-3027 хэмжих үзүүлэлтээр 2 хоногийн дотор 4-5 шинжээч үнэлгээ өгч байгаа нь үр дүнд сөрөг нөлөөлөл үзүүлэх боломжтой юм.

Ялангуяа 3027 хэмжих үзүүлэлтэд журамтай байх, баталсан байх, мөрддөг байх, хэрэгжилтэд хяналт тавьдаг байх, хөтөлдөг байх, жагсаалттай байх, заалтыг бичсэн байх, хөтөлбөртэй байх, дараах мэдээлэл өгдөг байх, дадал эзэмшсэн байх гэх мэтчилэн шинжээчид баталгаажсан баримтууд болон биечлэн дадлагажилтыг үзэж байж үнэлгээгээ өгөх заалтууд олон байгаа нь 2 хоногийн хугацаанд бодит үнэлгээ өгөхөд учир дутагдалтай.

Иймд цаашид шалгуур үзүүлэлтүүдийг “Тухайн үйл ажиллагаанд тавигдах шаардлага”-ыг хангаснаар ямар үр дүнд хүрэх вэ гэдгээр түлхүү томъёолох, өөрөөр хэлбэл хэмжих үзүүлэлт нь үр дүнгийн хэмжээс байх нь зүйтэй гэж үзэж байна.

Сувилал, сэргээн засах, сувилахуйн төвийн шалгуурт 135 үйл ажиллагаанд тавигдах шаардлагын хүрээнд 428 шалгуураар 1432 хэмжих үзүүлэлтийг ашиглаж байна. Бүлэг 3-т, Бүлэг-2-т орох боломжтой давхцал (тусламж, үйлчилгээг мэргэшсэн багаар үзүүлдэг байна, тоног төхөөрөмжийн хэвийн аюулгүй ажиллагаа) бүхий шалгуурууд байгааг анхаарах шаардлага байна.

Өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төвийн шалгуурын бүтэц ялгаа багатай, давхцал ихтэй байна.

Мөн нийтлэгээр бүх байгууллагуудын “Дэд бүлэг 5 -Халдварын сэргийлэлт, хяналт” -ын шалгуур (Ш) үзүүлэлт, хэмжих үзүүлэлт (Х) хэт олон байна.

ЖИШЭЭ ХҮСНЭГТ 2. ХАЛДВАРЫН СЭРГИЙЛЭЛТ ХЯНАЛТ ДЭД БҮЛГИЙН ШАЛГУУР, ХЭМЖИХ ҮЗҮҮЛЭЛТИЙН ТООН ИЛЭРХИЙЛЭЛ

Мэргэшсэн ЭМБ		Сувилал		Сэргээн засах төв		Сувилахуйн төв		Өрхийн ЭМТ		Сум, тосгон ЭМТ	
Ш	Х	Ш	Х	Ш	Х	Ш	Х	Ш	Х	Ш	Х
47	212	41	153	35	149	35	148	35	147	43	173

Хүснэгтээс харахад 35-47 шалгуурын хүрээнд 147-212 хэмжих үзүүлэлтээр энэ бүлгийг үнэлж байна.

1.4. Магадлан итгэмжлэх үйл ажиллагааны гүйцэтгэл, үр дүн

1.4.1 Магадлан итгэмжлэх үйл ажиллагааны гүйцэтгэл

Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвийн Магадлан итгэмжлэлийн алба нь “Эрүүл мэндийн байгууллагыг магадлан итгэмжлэх замаар тусламж үйлчилгээний чанарыг баталгаажуулах” үндсэн чиг үүргийг хүлээдэг. Энэ чиг үүргийн хүрээнд дараах үйл ажиллагааг гүйцэтгэдэг.

Үүнд:

- Эрүүл мэндийн салбарын Магадлан итгэмжлэлийн зөвлөлийн ажлын албаны үүрэг гүйцэтгэж, магадлан итгэмжлэлийн үйл ажиллагааг зохион байгуулах, төр хувийн хэвшлийн эрүүл мэндийн байгууллага, мэргэжлийн салбар зөвлөл, нийгэмлэг холбоодтой хамтран ажиллах, арга зүйгээр хангах;
- Орон тооны бус шинжээчдийг сонгон шалгаруулах, гэрээ байгуулах, шинжээчдийн багийг арга зүйгээр хангах, хяналт тавих, гүйцэтгэлийг үнэлэх, чадавхжуулах;
- Магадлан итгэмжлэгдсэн эрүүл мэндийн байгууллагын үзүүлж буй тусламж үйлчилгээний технологи, чанар, гүйцэтгэлд батлагдсан шалгуур үзүүлэлтийн дагуу явцын хяналт-шинжилгээ, үнэлгээ хийх ажлыг зохион байгуулах;

- Магадлан итгэмжлэлийн зарим үйл ажиллагааг хуулийн этгээд, мэргэжлийн салбар зөвлөл, нийгэмлэг, холбоод, эрүүл мэндийн чиглэлээр ажилладаг төрийн бус байгууллагаар гүйцэтгүүлэх сонгон шалгаруулалтыг зохион байгуулах, гэрээ байгуулах, дүгнэх;
- Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний чанар, аюулгүй байдлыг хангахад чиглэсэн бодлого, хөтөлбөрийг хэрэгжүүлэх, мэдээний сан бүрдүүлэх ажлыг зохион байгуулах, мэргэжил арга зүйгээр хангах;
- Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний эрсдэл, аюулгүй байдал (алдаа, зөрчлийн бүртгэл)-ын мэдээний санг бүрдүүлэх, үнэлгээ хийх, үйлчлүүлэгчдийн сэтгэл ханамж, хүлээгдлийн судалгаа, дүн шинжилгээ хийх, хэрэглэгчдийг мэдээллээр хангах;
- Олон улсын эмнэл зүйн удирдамж, заавар, стандарт, чанарын баталгаажилтын үйл ажиллагааны хэрэгжилтэд үнэлгээ хийх, тусламж үйлчилгээний чанар, үйлчлүүлэгчийн аюулгүй байдлыг хангуулах чиглэлээр аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн байгууллагад дэмжлэг үзүүлэн хамтран ажиллах;
- Эрүүл мэндийн газар, байгууллагын эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний чанар аюулгүй байдлын албаны үйл ажиллагаанд үнэлгээ хийх, хянах, зөвлөмж өгөх, биелэлтийг хангуулах;
- Чиг үүрэгтэй холбогдох бусад ажил, үйлчилгээг хийж гүйцэтгэдэг.

Магадлан итгэмжлэл олгох үйл ажиллагаа нь Магадлан итгэмжлэлийн зөвлөлийн хурлын шийдвэрээр хэрэгждэг. Магадлан итгэмжлэлийн Зөвлөл нь жилд 7-11 буюу дунджаар 8.7 удаа хуралдаж шийдвэр гаргадаг бол 2022 онд хамгийн оргил буюу 26 удаа хуралдсан. Энэ нь эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуулиар зохицуулагдсан, магадлан итгэмжлэгдсэн байгууллага сонгон шалгаруулалтад орж, санхүүжилт авах эрх үүсдэгтэй шууд хамааралтай.

Эрх зүйн орчны шинэчлэл хийгдэж байна: Магадлан итгэмжлэлийн эрх зүйн орчин, ялангуяа шалгуурын шинэчлэл нь эрүүл мэндийн байгууллагын чанарын баталгаажилтыг хангах, хөгжүүлэхэд чухал арга, хэрэгсэл юм.

2019-2020 онд хийгдсэн шалгуурын шинэчлэлээр эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх байгууллага, тусламж, үйлчилгээний төрлөөр магадлан шинжлэх боломжийг хангаснаар шинээр оргүй клиник, сэргээн засах төв болон сувилахуйн төв магадлан итгэмжлэгдэж байна.

Түүнчлэн магадлан итгэмжлэлийн шалгуур үзүүлэлтэд үйлчлүүлэгчийн аюулгүй байдлыг хангах олон улсын 6 зорилтыг хэрэгжүүлэх, үйлчлүүлэгч төвтэй үйлчилгээ үзүүлэх, тусламж, үйлчилгээний технологи, чанарын гүйцэтгэл, эмнэлгийн мэргэжилтний хөгжлийг хангах зэрэг үр дүн, гарцад чиглэсэн үзүүлэлтүүд нэмэгдсэн нь дэвшил болсон байна.

Магадлан итгэмжлэлийн талаарх мэдлэг, ойлголт бэхжиж байна: Магадлан итгэмжлэлийн сургалт, мэдээлэл нь “Мэргэшсэн, мэдлэг ур чадвартай шинжээчдийг бэлтгэх”, “Магадлан итгэмжлэлд бэлтгэхэд мэдээлэл, арга зүйгээр хангах”, “Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний чанар, аюулгүй байдлын талаар эрүүл мэндийн байгууллагуудад нэгдсэн ойлголт, мэдээлэл өгөх” 3 үндсэн чиглэлийг зорилго болгодог. Үйлчилгээ үзүүлэгч

болон үнэлгээ хийх талуудыг нэгдсэн нэг мэдлэг, ойлголттой болгох нь үр дүнтэй гүйцэтгэлд шууд хамааралтай.

Монгол Улсад эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийг мэргэшсэн хөндлөнгийн шинжээчид гүйцэтгэдэг. Энэхүү шинжээчдийн мэдлэг, ур чадварыг тасралтгүй хөгжүүлж, бодлого, хууль эрх зүй, эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний дэвшилтэт технологи, стандарт, дүрэм журмуудын талаар шинэ мэдлэг, мэдээллээр хангах нь ажлын албаны чиг үүрэг байдаг.

Энэ чиг үүргийн хүрээнд ажлын алба эрүүл мэндийн салбарын болон бүтэц, үйл ажиллагааны технологи, стандартын шинэчлэлтэй уялдуулан тасралтгүй сургалтууд зохион байгуулж, 2017 оноос эхлэн 7-8 модулийн сургалт зохион байгуулж, гарын авлагаар хангаж байна.

Тухайлбал: “Эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэл-2021” эмхэтгэлийг боловсруулан, 130 ширхэг хэвлүүлэн шинжээчдэд түгээсэн. Эмхэтгэл нь сүүлийн 20 жилийн хугацаанд магадлан итгэмжлэлийн хөгжлийн хууль эрх зүйн шинэчлэл өөрчлөлт, удирдлага зохион байгуулалт, судалгаа үнэлгээ, сургалт мэдээлэл, магадлан шинжлэх арга хэрэгсэл, үр дүн, сургамж, олон улсын туршлагыг багцлан эмхэтгэсэн.

Сүүлийн 3 жилд 16 удаагийн сургалтаар 376 магадлан итгэмжлэх шинжээчдийг чадавхжуулах сургалт зохион байгуулж, эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний чанар, аюулгүй байдал, ёс зүй, магадлан итгэмжлэлийн талаар нэгдсэн мэдээлэл, ойлголт өгч, албан бичиг хөтлөлтийн ур чадварт суралцуулах зэрэг мэргэшил ур чадварыг дээшлүүлжээ.

Жишээ дурдахад: 2022 онд шинжээчдийг чадавхжуулах 5 удаагийн сургалт зохион байгуулсан. Энэхүү сургалтад Боловсролын магадлан итгэмжлэлийн үндэсний зөвлөл, Авлигатай тэмцэх газрын Урьдчилан сэргийлэх, соён гэгээрүүлэх хэлтэс хамтран ажилласан нь онцлог, үр дүнтэй сургалт болжээ.

Сургалтын явцад магадлан итгэмжлэх шалгуур үзүүлэлтүүдийг тогтмол хэлэлцэн, сайжруулалт хийж байсан нь магадлан итгэмжлэх үйл ажиллагааны чанар, үр дүнг дээшлүүлэхэд чухал ач холбогдолтой юм.

Магадлан итгэмжлэлээр дамжуулан тусламж, үйлчилгээний чанар, аюулгүй байдлыг хангах, байгууллага хөгжих гол хүчин зүйлийн нэг нь эрүүл мэндийн байгууллагын удирдах ажилтан, чанарын мэргэжилтнүүдийг сургах, шинэ мэдлэг, мэдээллээр хангах үйл явц байдаг.

Сүүлийн жилүүдэд цахим сургалтыг түлхүү нэвтрүүлж, удирдлагын баг, чанарын алба, эмч мэргэжилтнүүдийг ажлын байранд нь багаар нь сургаж, тодорхой үр дүнд хүрч байна. Цахим сургалт нь магадлан итгэмжлэлийн эрх зүйн орчин, шалгуур үзүүлэлт, чанарын хөтөлбөр, бүрдүүлэх материал, өөрийн үнэлгээний талаар нэгдсэн ойлголт өгөх, арга зүйгээр хангахад түлхүү чиглэдэг.

Эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэлийн сургалт нь тусламж, үйлчилгээний технологи, чанар, аюулгүй байдал, удирдлага, зохион байгуулалт, соёлыг хөгжүүлэхэд

хамтын харилцаанд тулгуурласан нэгдсэн ойлголт, мэдээллээр хангаж, мэдлэг ур чадварыг хөгжүүлэхэд үр дүнтэй үйл ажиллагаа юм.

Мөн сургалт нь магадлан итгэмжлэгдсэн байгууллагуудын тэргүүн туршлага, шинэлэг ажил, оновчтой саналыг түгээн дэлгэрүүлэх, харилцан туршлагаа хуваалцах нэг арга зам болж байгаа нь сайшаалтай.

Жишээ дурдахад: 2022 онд орон нутгийн 79 байгууллага, нийслэлийн 40 гаруй эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэнд зохион байгуулж, 60 гаруй эрүүл мэндийн байгууллагын үнэлгээний дүнгийн хурлыг Эрүүл мэндийн газар, эрүүл мэндийн байгууллага, ажлын алба, шинжээчид хамтран хийсэн байна.

Магадлан итгэмжлэх үйл ажиллагааны нэг чухал бүрэлдэхүүн хэсэг нь зөвлөгөө өгөх үйл ажиллагаа юм. Ажлын алба нь сүүлийн 3 жилд магадлан итгэмжлэх хүсэлт гаргасан 41 байгууллагад ажлын байранд арга зүйн зөвлөгөө өгчээ. Энэ нь тухайн байгууллага магадлан итгэмжлэлийн бэлтгэл болон өөрийн үнэлгээг үр дүнтэй хийхэд дэмжлэгт удирдлага болдог.

Магадлан итгэмжлэх үйл ажиллагааны үр дүнтэй гүйцэтгэлийн нэг үзүүлэлт нь магадлан итгэмжлэгдсэн байгууллагын “Чанар, аюулгүй байдлыг сайжруулах төлөвлөгөөний хэрэгжилт”, “Чанарын хөгжлийн хөтөлбөрийн тайлан”-г үнэлэх, чанарын баталгаажилтын явцын хяналт, шинжилгээ үнэлгээ хийх, зөвлөгөө өгөх үйл ажиллагаа байдаг.

Жишээ дурдахад : 2021 онд магадлан итгэмжлэгдсэн 273 эрүүл мэндийн байгууллагын Чанар аюулгүй байдлыг сайжруулах төлөвлөгөөний хэрэгжилтийн тайланд дүн шинжилгээ хийж, 2022 онд 270 эрүүл мэндийн байгууллагын “Чанарын хөгжлийн хөтөлбөр” боловсруулахад зөвлөгөө өгч, 23 байгууллагад явцын хяналт-шинжилгээ үнэлгээ хийж мэргэжил арга зүйн дэмжлэгт удирдлагаар хангажээ.

2022 онд хийсэн явцын хяналт- шинжилгээ үнэлгээгээр 65.2% нь хангалтгүй 80.0%-иас доош хувиар үнэлэгдсэн нь магадлан итгэмжлэх хийх үйл явцын бодит үр дүнд цаашид анхаарах, үнэлгээний чанар, давтамжийг сайжруулах, шинжээчдийн ур чадвар, гүйцэтгэлд анхаарал хандуулах шаардлагатайг харуулж байна.

Магадлан итгэмжлэлийн цахим хөгжил хангагдаж байна: 2021 оноос эхлэн магадлан итгэмжлэх үйл ажиллагааны цахим хөгжлийг хангахад түлхүү анхаарал хандуулж байна. Энэ онд “Интерактив” ХХК-тай гэрээ байгуулан “Эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэлийн систем” программ хангамжийн төслийг үндсэн 7 модулийн хүрээнд 68 шаардлага буюу техникийн даалгаврын дагуу хөгжүүлсэн.

Серверийг үндэсний дата төв дээр Health.acc.hdc.gov.mn домэйн нэртэй программ хангамжийг байршуулан ашиглаж байна. Ингэснээр магадлан итгэмжлэлийн үйл ажиллагааны цахим мэдээний санг бүрдүүлэн, үйл явц бүрийг түргэн шуурхай, хялбар, ил тод нээлттэй болгох зорилго хангагдаж, бүртгэл, хүсэлт гаргах, үнэлгээнд хамрагдах, зөвлөлийн хурлаар орох үйл ажиллагааг программаар зохион байгуулж байна.

Программ хангамж нь дараах давуу талыг бүрдүүлдэг:

- Магадлан итгэмжлэх үйл явцыг цахимаар шийдвэрлэдэг
- Ажиллахад хялбар, шинэ өгөгдлийн сантай
- Эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэлийн бүх мэдээлэлтэй
- Нууцлал хамгаалалттай
- Дата нийлүүлэх хугацааны тохируулгатай
- Мэдээллийн ил тод байдал хангагдсан
- Цаг хугацааны хэмнэлттэй
- Нэгдсэн тайлан мэдээ гаргах боломжтой.

Энэ ажлын хүрээнд программыг ашиглах, эзэмшүүлэх сургалтын бэлтгэл ажлыг ханган, ажлын алба, шинжээчид, Нийслэл, аймгийн эрүүл мэндийн газар, ЭМЯ, төр, хувийн хэвшлийн эрүүл мэндийн байгууллагад зориулсан 3 үе шаттай сургалтыг танхим болон цахимаар зохион байгуулсан нь нэвтрэлтийг хангахад үр дүнтэй ажил болжээ.

Жишээ дурдахад: Эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэлийн систем программ хангамжийг нэвтрүүлснээр 993 байгууллагын бүртгэл үүсэж, 2022 онд 587 эрүүл мэндийн байгууллага магадлан итгэмжлэлд хамрагдах хүсэлт гарган 432 эрүүл мэндийн байгууллага магадлан итгэмжлэгдсэн үр дүнд хүрчээ.

Хамтын ажиллагааг хөгжиж байна: Магадлан итгэмжлэлийг хөгжүүлэхэд олон талт оролцоог хангах нь чухал юм. Сүүлийн 3 жилд энэ чиглэлд анхаарлаа хандуулан, өргөн хүрээний уулзалт, хэлэлцүүлэг, туршлага солилцох уулзалт-өдөрлөг зохион байгуулсан нь тодорхой үр дүнд хүрчээ.

Тухайлбал: 2021 онд эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоог боловсронгуй болгох сэдвийн хүрээнд 50 гаруй төлөөлөл оролцсон салбар дундын уулзалт, хэлэлцүүлгийг зохион байгуулсан. Уулзалт хэлэлцүүлэгт ЭМЯ, ЭМДЕГ болон төр, төрийн бус байгууллага, мэргэжлийн салбар зөвлөл, нийгэмлэгийн төлөөллүүд оролцон, магадлан итгэмжлэх үйл ажиллагааны хөгжлийн үе шатууд, засаглал, бүтэц зохион байгуулалт, оролцогч талуудын үүрэг оролцоо, магадлан шинжлэх шалгуур үзүүлэлтийн шинэчлэл өөрчлөлт, шинжээчдийн чадавх зэрэгт дүгнэлт хийж, олон улсын JCI болон өөрийн орны бусад салбарын тухайлбал, боловсролын болон лабораторийн магадлан итгэмжлэлийн туршлагаас суралцсан.

Мөн Монгол Улсад үйл ажиллагаа явуулж буй магадлан итгэмжлэлийн байгууллагууд, олон нийтэд магадлан итгэмжлэлийн талаарх ойлголт, ач холбогдлыг таниулах зорилгоор Боловсролын Магадлан Итгэмжлэх Үндэсний Зөвлөл, Биеийн Тамир, Спортын Улсын Хороо, Үндэсний Итгэмжлэлийн Төвүүдийн төлөөлөлтэй харилцан туршлага солилцсон байна.

Жишээ дурдахад: 2021 онд ДЭМБ-ийн дэмжлэгтэйгээр “Тусламж үйлчилгээний чанар, аюулгүй байдал, халдварын сэргийлэлт” сургалтыг, 2023 онд “Олон улсын эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэл нэвтрүүлсэн” сайн туршлагыг хуваалцах өдөрлөгийг тус тус зохион байгуулж, сайн туршлагатай танилцуулжээ.

Гадаад хамтын ажиллагааг өргөжүүлэн энэ онд “Олон улсын эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэл, магадлан итгэмжлэлийн стандарт” сэдвээр Энэтхэгийн Чанар магадлан итгэмжлэлийн институтийн удирдлагатай уулзалт хийжээ. Үүний үр дүнд эрүүл мэндийн салбарт магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоог олон улсын чиг хандлагын дагуу хөгжүүлэх, шинжээчдийг үр дүнтэй олон улсын хөтөлбөрийн дагуу бэлдэх, сургах, магадлан итгэмжлэлийн шалгуур үзүүлэлт, үнэлгээний зарчмын талаар санал солилцож цаашид хамтын ажиллагаагаа өргөжүүлэхээр ажиллаж байна.

1.4.2. Магадлан итгэмжлэлийн зарим тоон үзүүлэлт

2002 оны 12 сарын 06-ны өдөр Эрүүл мэндийн сайдын “Тогтвортой үйл ажиллагаа явуулж байгаа төрийн өмчийн эрүүл мэндийн байгууллагад 3 жил хүртэл магадлан итгэмжлэл олгох” 284 дугаар тушаал гарч 549 байгууллагад магадлан итгэмжлэл олгосон үеэс тоон үзүүлэлтийн бичиглэл эхлэх учиртай.

Гэхдээ бид өнөөгийн байдлыг тодорхойлоход чиглэсэн тул сүүлийн жилийн үзүүлэлтэд анхаарал хандуулсан болно. Тоон үзүүлэлтийг дэлгэрэнгүй харахыг хүсвэл “Эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэл-2021” номын Бүлэг 2-оос үзэж болно.

Монгол улсад Магадлан итгэмжлэл хөгжсөн эхний 10 жил (2002-2011 он)-д 950 эрүүл мэндийн байгууллага, дараах 10 жил (2012-2022)-д 3048 эрүүл мэндийн байгууллага давхардсан дүнгээр магадлан итгэмжлэгджээ.



Он цагийн дарааллаар: Монгол улсад сүүлийн 10 жилд буюу 2012 онд-155, 2013 онд- 231, 2014 онд-213, 2015 онд -216, 2016 онд-127, 2017 онд- 347, 2018 онд-304, 2019 онд-216, 2020 онд-333, 2021 онд 434, 2022 онд 472 эрүүл мэндийн байгууллага магадлан итгэмжлэгдсэн.

Магадлан итгэмжлэл олгох үйл ажиллагаа нь 2012-2017 онуудад жилд дунджаар 257.8 байгууллагаар, хамгийн багадаа 155, хамгийн ихдээ 347 байгууллагаар хэлбэлзэж байсан бол сүүлийн 5 жилийн дундаж үзүүлэлтээр 351.8, хамгийн багадаа 216 байна.

2019-2020 оны COVID-19 цар тахлын нөхцөл байдлын үед магадлан итгэмжлэлийн тасралтгүй байдлыг хангаж, Эрүүл мэндийн сайдын 2021 оны А/99 дугаар тушаалыг үндэслэн, магадлан итгэмжлэлийн зөвлөлийн хурлын шийдвэрийн хүрээнд ковидын тусламж, үйлчилгээ үзүүлж буй 164 эрүүл мэндийн байгууллагад магадлан итгэмжлэлийг 1 жилээр олгожээ.

Мөн энэ онд анх удаа оргүй 10 клиникийн эмнэлэг магадлан итгэмжлэгдсэн байна. Энэхүү үйл ажиллагааг хэрэгжүүлэхэд 2021-2023 оны 9 сарын байдлаар давхардсан дүнгээр 2672 шинжээч томилогдон ажиллаж, магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээ хийжээ.

2022 онд Монгол улсын хэмжээнд эрүүл мэндийн 4652 байгууллагаас хүн амд эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлж байгаа төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг 14, тусгай мэргэжлийн төв 3, бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төв 5, аймгийн нэгдсэн эмнэлэг 16, дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг 4, дүүргийн эрүүл мэндийн төв 10, сумын нэгдсэн эмнэлэг 6, сумын эрүүл мэндийн төв 308, тосгоны эрүүл мэндийн төв 19, өрхийн эрүүл мэндийн төв 207, хувийн ортой эмнэлэг 215, хувийн клиник 1458, тусгай эмнэлэг 28, амаржих газар 3, сувилал 95¹⁴, нийт **2391** байгууллага байна.

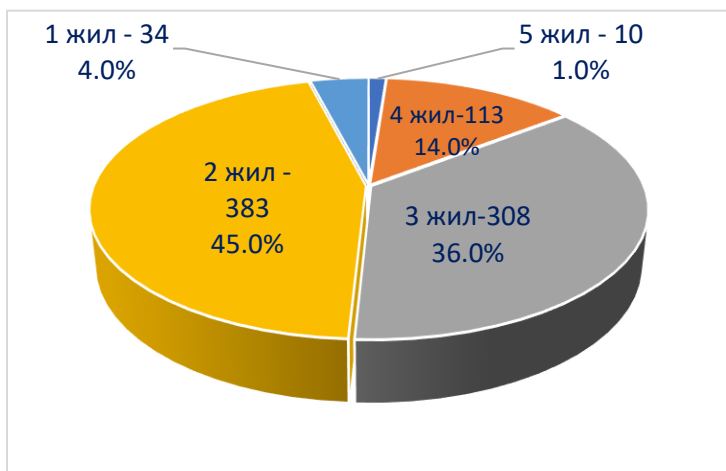
Сүүлийн 2 жилд дунджаар 459.5 байгууллага магадлан итгэмжлэгдэж, өмнөх 2 жилийн дунджаас 1.7 дахин өссөн байна. Өнөөгийн байдлаар магадлан итгэмжлэл хүчинтэй 848 байгууллага (дүрслэл 3-аас дэлгэрүүлэн харна уу) байгаа бол 2023 оны 9 сарын байдлаар нийт 246 эрүүл мэндийн байгууллага магадлан итгэмжлэгджээ.

¹⁴ Эрүүл мэндийн үзүүлэлт 2022 он, хуудас 60



Магадлан итгэмжлэх хугацаа нь тухайн эрүүл мэндийн байгууллагын тусламж, үйлчилгээний чанар, аюулгүй байдал, эрүүл мэндийн технологийн хэрэгжилт, байгууллагын соёлд өгсөн үнэлгээний үр дүнгийн нэг үзүүлэлт юм.

ДҮРСЛЭЛ 4. МАГАДЛАН ИТГЭМЖЛЭГДСЭН ХУГАЦАА



Магадлан итгэмжлэх хугацаа нь анх удаа магадлан итгэмжлэгдэж байгаа бол 1-2 жил, давтан бол 3-5 жил байдаг.

Магадлан итгэмжлэл хүчинтэй 848 эрүүл мэндийн байгууллагын 45.0% нь 2 жил, 36.0% нь 3 жил, 14.0% нь 4 жил, 4.0% нь 1 жил, 1.0% нь 5 жилээр тус тус магадлан итгэмжлэгдсэн бол.,

2022 оны байдлаар 18 байгууллага магадлан итгэмжлэлийн чанарын баталгаажилт хангаж чадаагүйгээс тэнцээгүй байна. Тэнцээгүй байгууллагуудын шалтгааны дийлэнх нь тусламж, үйлчилгээний тасралтгүй байдал, хүний нөөцийн хөгжилтэй холбоотой байна.

2. Магадлан итгэмжлэлийн хөгжлийн цаашдын чиг хандлага

2.1. Тулгамдсан асуудлын дүн шинжилгээ, сургамж

Бид магадлан итгэмжлэлийн хөгжлийн цаашдын чиг хандлагыг тодорхойлохын тулд өнөөгийн нөхцөл байдлын шинжилгээ хийж, тулгамдсан асуудлыг тодорхойлохыг зорив. Тулгамдсан асуудлыг тодорхойлохдоо нийт шинжээч, эрүүл мэндийн байгууллагын төлөөллийг оролцуулан асуумж судалгаа, ярилцлага зохион байгуулж, асуудалд дүн шинжилгээ хийв.

Эрх зүйн шинэчлэл хийх хэрэгцээ шаардлага өндөр байна: Эрүүл мэндийн даатгалын (16.1.4) тухай хуулиар сонгон шалгаруулалт орж, санхүүжилт авах эрүүл мэндийн байгууллага нь “*магадлан итгэмжлэгдсэн байх*”-аар зүйчилсэн нь Эрүүл мэндийн тухай (22.1) хууль, “Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний тухай (23.1) хуулийн “сайн дурын” үндсэн дээр магадлан итгэмжлэл авах зүйлийг зөрчиж байна.

Энэ нь улсын эрүүл мэндийн байгууллагууд, ялангуяа орон нутагт ганцхан байдаг давуу эрх бүхий (аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төв) эмнэлгүүдэд санхүүжилттэй холбоотойгоор шаардлага хангахгүй байсан ч магадлан итгэмжлэл олгох нөхцөлийг бүрдүүлж байна.

Монгол Улсын урт хугацааны хөгжлийн бодлого “Алсын хараа-2050”-д “Төрөөс хараат бус бие даасан магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоог бүрдүүлэн, *магадлан итгэмжлэлд тавигдах шаардлагыг шинэчлэх, үйл ажиллагааг боловсронгуй болгох*”-оор тусгагдсан. Гэсэн хэдий ч энэ үйл ажиллагааг хэрэгжүүлэх эрх зүйн орчин, бодлогын баримт бичиг, төлөвлөлт байхгүй байна.

Иймд магадлан итгэмжлэх үйл ажиллагааны журам, шалгуурыг салбарын хөгжил, дээрх эрх зүйн өөрчлөлттэй уялдуулан шинэчлэх хэрэгцээ шаардлага байна. Олон улсын магадлан итгэмжлэлийн хөгжил, сайн туршлага, сургамж, тулгамдсан асуудалд тулгуурлан цаашдын хөгжлийн чиг хандлагыг тодорхойлох нь чухал юм.

Тухайлбал: 2021 оноос оргүй клиникүүд магадлан итгэмжлэгдэж байна. Гэсэн хэдий ч ортой болон оргүй клиникийн бүтэц, үйл ажиллагааны стандартгүй, нэгдсэн эмнэлгийн стандарттай харьцуулдаг нь чанарын баталгаажилтын бодит үнэлгээ, зөвлөмж өгөхөд хүндрэл учруулж байгаа нь шалгуурын шинэчлэл шаардлагатайг харуулж байна.

Сургамж: Клиникийн эмнэлгүүдэд үнэлгээ хийхэд А/554 –ийн шалгуур үзүүлэлт зөрчилдөж байна. Клиник, сум, тосгон, нэгдсэн эмнэлгийн бүтэц үйл ажиллагааны стандартууд, МИ-ийн 503,554 д шинэчлэл хийх, Зөвшөөрлийн хуулийн эрүүл мэндийн чиглэлийг дахиж нэг хармаар л байна. (МИ-ийн шинжээчдийн ярилцлагаас)

Магадлан итгэмжлэх үйл ажиллагааны зохион байгуулалтад дараах тулгамдсан асуудал байсаар байна: Шинжээчдийн ажлын ачаалал, тэнцвэртэй байдал хангагдахгүй байх, зарим шинжээчид олон удаагийн давтамжтай ажиллах, зарим шинжээчид цөөн тоогоор эсвэл огт ажиллахгүй байгаа нь ашиг сонирхлын зөрчилд хүргэх нөхцөл бүрдэхэд хүргэж байна. Энэ нь магадлан шинжлэх үйл ажиллагааны урьдчилсан төлөвлөлт, хуваарийн хэрэгжилт хангалтгүй байгаатай холбоотой байна.

Мөн нөгөө талаас үндсэн ажил эрхэлж буй шинжээчид “завгүй” гэх шалтгаанаар тогтоосон хуваарийн дагуу үнэлгээ хийхгүй байгаа нь төлөвлөлтийн хэрэгжилтэд шууд нөлөөлж байна.

Магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээ хийх томилолтын хоногийн тоо цөө, шалгуурын тоо олон байна. Олон км туулаад шинжээч 1 өдөрт 780-аас дээш үзүүлэлтээр үнэлгээ хийж, тойрон үзлэг хийх шаардлагатай болдог нь үнэлгээний бодит үр дүн, чанарт сөргөөр нөлөөлж байна.

Сургамж: Нэг байгууллага дээр ажиллах хугацаа богино байгаа нь магадлан итгэмжлэлийн чанарт нөлөөлж, ихэвчлэн бичиг цаасанд үнэлгээ өгөх байдал байсаар байна. Цөөн тооны шинжээч олон байгууллагад явснаар ашиг сонирхол өртөх магадлалын нэмэгдүүлж байна. (МИ-ийн шинжээчдийн ярилцлагаас)

Магадлан итгэмжлэх үйл ажиллагааны бэлтгэл ажлын төлөвлөлтөд эрх зүйн орчны мэдлэг олгох бэлтгэл ажил хангалтгүй, дийлэнхдээ аж ахуйн чанартай үйл явцад чиглэж байна. Мөн шинжээч нарт хянагдаагүй, эцэслэн дуусгаагүй, чанар муутай, хангалтгүй материалууд ирэх тохиолдол байсаар байна. Хол замд ялангуяа 1000-аас дээш километр зорчиж байгаа шинжээчдийг гэрээт жолоочтой явах байдлаар зохицуулах боломжийг судлах шаардлагатай гэдгийг зарим шинжээчид өгүүлж байна.

Эрүүл мэндийн байгууллагуудын магадлан итгэмжлэлийн чанарын баталгаажилт хангалтгүй байна: Эрүүл мэндийн байгууллагуудын магадлан итгэмжлэл нь эрүүл мэндийн даатгалын хуулийн заалтаас шалтгаалан зөвхөн санхүүжилт авах хөшүүрэг болж, тусламж, үйлчилгээний чанарын баталгаажилтыг хангах, чанар, аюулгүй байдлын соёл, технологийн хөгжүүлэлтийг хангах, стандарт шаардлагуудыг нутагшуулах нөхцөлийг бүрдүүлэх дэмжлэг болж чадахгүй байна.

Магадлан итгэмжлэл олгох хугацаа нь чанарын тасралтгүй хөгжилд нөлөөлөх гол хүчин зүйл болж байна. Удаан хугацаагаар буюу 4-5 жилээр авсан байгууллагууд дараагийн магадлан итгэмжлэлд орох хүртлээ идэвхтэй байдлаа алдаж, бэлтгэсэн “цаас”-ууд мартагдаж байна.

Магадлан итгэмжлэлийн шалгуур давхцал ихтэй, хэт олон үзүүлэлттэй нь бэлтгэл ажил болон магадлан итгэмжлэгдэх үйл ажиллагааны үр дүнд сөргөөр нөлөөлж, зөвхөн нэг удаа харуулаад “оноо авах”-д хүргэж байна.

Ялангуяа маш олон шалгууртай “Эмнэлгийн орчны эрүүл ахуй, халдвар хамгааллын дэглэм” дэд бүлгийн агуулгыг эргэж харах шаардлага байна. Нөгөө талаас эрүүл мэндийн

байгууллагуудад энэ чиглэлээр орон тооны мэргэшсэн мэргэжилтэн цөөн, өрх, сумын эрүүл мэндийн төвд байдаггүй, хавсарч гүйцэтгэдэг нь үр дүнд шууд нөлөөлж байна.

Эрүүл мэндийн байгууллагуудын магадлан итгэмжлэлийн бэлтгэл ажил нь үр дүнд биш цаасанд чиглэдэгээс зарим байгууллагууд мэргэжилтэн урьж, цаас бэлтгүүлдэг, зөвхөн санхүүжилт авах арга хэрэгсэл гэж үздэг байдал хэвээр байна.

Сургамж: Магадлан итгэмжлэлийг санхүүжилт авах арга гэж ойлгодог учраас чанарыг тасралтгүй сайжруулах үйл ажиллагаа гэж үздэггүй. Чанарын дотоод хяналтын багийн үйл ажиллагаа нэр төдий, магадлан итгэмжлэлд зориулж зохиомлоор тушаал гаргадаг, үйл ажиллагаа нь жигдрээгүй. Удирдлага нь чанарын үйл ажиллагааг ойлгодоггүй дэмждэггүй байдал байсаар байна. (МИ-ийн шинжээчдийн ярилцлагаас)

Шинжээчийн мэдлэг, ёс зүй, харилцаа, зөвлөгөө өгөх ур чадвар хангалтгүй байна. Шинжээчдийн хууль, эрх зүйн болон үнэлгээний мэдлэг дутмаг, ялангуяа нийгмийн эрүүл мэнд, барилга инженерийн аюулгүй байдлын талаарх мэдлэг хангалтгүй байгаа нь зөвлөмжөө оновчгүй тодорхой бус өгөхөд хүргэж байна. Зарим шинжээчдийн ёс зүй, харилцаа, хандлагын соёлгүй байдал нь тухайн багийн болон магадлан итгэмжлэх үйл ажиллагааны нэр хүндэд сөргөөр нөлөөлж байна.

Шинжээчдийн тайлагнах, албан бичиг хөтлөх ур чадвар хангалтгүй байна. Магадлан итгэмжлэл хийсэн байгууллагын үнэлгээний дүгнэлт, зөвлөмжийн чанар хангалтгүй, нэгээс нөгөөд хуулж “нүд хуурах” оролдлогууд байсаар байна. Энэ нь багийн ахлагчийн ажлын ачааллыг нэмэгдүүлж байна.

Үнэлгээний багийн хамтын ажиллагаа, харилцан ойлголцол дутмаг байна. Багийн ахлагчийн манлайлах, шийдвэр гаргах ур чадвар дутмаг байна. Энэ нь зарим багийн ахлагч ганцаараа дур мэдэн шийдвэр гаргах, оноог өөрчлөх зэрэг үр дүнд нөлөөлөх сөрөг үйлдэл гаргахад хүргэж байна. Багийн гишүүдийн үнэлгээ хийх ур чадвар, мэдлэг, ойлголт харилцан адилгүй байгаа нь үнэлгээний эцсийн үр дүнд сөргөөр нөлөөлж байна.

Шинжээчдийн ажлын хөлс, гүйцэтгэлтэйгээ нийцэхгүй, хэт бага байна. Орон, нутгийн эмнэлэг, сумын эрүүл мэндийн төвийг магадлан итгэмжлэхийн тулд аюулгүй байдал хангагдаагүй урт замыг туулж очдог ч, томилолт, гүйцэтгэлийн үнэлгээ маш бага байгаа нь хүндрэл учруулж байна. Эрүүл мэндийн байгууллагыг магадлан итгэмжлэх үйлчилгээний төлбөрийн хэмжээ, холбогдох зардлын жишгийг өнөөг хүртэл буюу 10 жил мөрдөж байна.

Шинжээч сонгон шалгаруулах журам шаардлага хангахгүй байна. Сонгон шалгаруулалт хийхдээ хувь хүний суурь мэдлэг, ёс зүй, зөв төлөвшил, зан төрхийг тодруулах ярилцлага хийх, тухайн шинжээч үүргээ гүйцэтгээгүй, ёс зүй ашиг сонирхлын зөрчил гаргасан тохиолдолд авч хэлэлцэх, хасах зэрэг хариуцлагын заалтууд тодорхой бус байгаа нь зарим шинжээчид ёс зүйн зөрчил гаргахад хүргэж байна.

Сургалтын үр дүн хангалтгүй байна. Шинжээчдийг чадавхжуулах сургалт тасралтгүй зохион байгуулагдаж байна. Гэсэн хэдий ч сургалтаар олж авсан мэдлэгийг хувь хүний хөгжил, ур чадвар болгох хандлага, ойлголт сул байна. Шинэ шинжээчдийг дагалдуулан сургах, цахимаар явуулж буй гарын авлагыг эзэмших, судлах идэвх хангалтгүй байна.

Сургамж: Зарим шинжээчдийн эрх зүйн орчны мэдлэг хангалтгүй, багаар ажиллах, бичиг баримт боловсруулах, дүн шинжилгээ, хяналт үнэлгээ хийх, зөвлөгөө өгөх ур чадвар, арга барилд суралцаагүй, эмч, мэргэжилтэн, ажилтнуудыг загнах, зориудаар ашиг сонирхол үүсгэх гэж оролдох гэх мэт ёс зүй, харилцааны зөрчил гаргах, хариуцлага сахилга батгүй байдал байна. (МИ-ийн шинжээчдийн ярилцлагаас)

Магадлан шинжлэх шалгуур давхцал ихтэй байна: Магадлан итгэмжлэх шалгуур үзүүлэлтүүд давхцал ихтэй байна. Тухайлбал: Энэ нь ижил шалгуурт өөр хариулт өгөх, цаг алдахад нөлөөлдөг. Ялангуяа шалгууруудын давхцал нь мэс засал, эмийн зохистой менежмент, тусламж, үйлчилгээний чанар, аюулгүй байдал, хүний нөөц, нийгмийн эрүүл мэндийн шалгуурт илүү ажиглагдаж байна.

Шалгуурын онооны үнэлгээний аргачлал, онооны нэгдсэн ойлголт зөрөөтэй, дутмаг байна. Халдварт, халдварт бус өвчнийг 10000 хүн амд промилиор гаргаж, аймаг, нийслэл, дүүргийн дундажтай харьцуулах, эрт илрүүлэлтийн үр дүнг зөв тооцохгүй байна. Зарим шалгуур (нийгмийн эрүүл мэнд, эмнэлгийн орчны эрүүл ахуй, халдвар хамгаалал) олон, зарим нь (хүүхдийн тусламж, үйлчилгээ, дархлаажуулалт, дэмжих үйлчилгээ, сэргээн засах төв, сувиллын шалгуур) хэт цөөн байгаа нь үнэлгээний тэнцвэртэй байдлыг алдагдуулж байна.

Зарим шалгуур хууль эрх зүйн үндэслэлгүй байна. Шалгуур олон улсын түвшин рүү дөхсөн давуу тал олон байна. Гэхдээ зарим шалгуурууд хууль эрх зүйн үндэслэлгүй байгаа нь үнэлгээ өгөхөд бэрхшээл учруулж байна. Тухайлбал: Эмийн менежмент ба зохистой хэрэглээ дэд бүлгийн 5 зөвийн зарчим, **СВИА** сургалт, өндөр эрсдэлтэй эмийн талаарх үйл ажиллагаанд барих тушаал шийдвэр, журам байхгүй байна.

Магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээнд хэт шалгуур хөөхөөс илүү тухайн шалгуурт тохирсон кэйс зохиох, дүрд тоглох, газар дээр нь ажиллаж үзэх, ажилтнуудаас магадлан итгэмжлэлийн ач холбогдлын талаар янз бүрийн арга хэлбэрээр шалгалт авч, дүгнэлт өгдөг болмоор санагддаг. Тухайлбал, яаралтай тусламж, эмийн аюулгүй байдал, үйлчлүүлэгчийн зөвшөөрлийн хуудас, зөвлөн туслах үйлчилгээ, чанарын хяналт хийх аргууд, эмч сувилагчийн дотоод сүлжээний аюулгүй байдлын ойлголт дадал, тоног төхөөрөмжийн ашиглалт, халдварын сэргийлэлт хяналтын үйл ажиллагаанууд гэх мэт үйлдлээр хянах боломжтой шалгуурууд байж болно. (МИ-ийн шинжээчдийн ярилцлагаас)

Шинжээчид дараах саналыг хүргүүлсэн болно. Бид санал бүхнийг үнэтэй гэж үзэн, нэгтгэн жагсаав.

- Магадлан итгэмжлэл олгох үйл ажиллагаа нь тодорхой шатлалтай, шатлал бүрд тохирсон 20.0%, 40.0%, 50.0%-ийн урамшуулал хэлбэрээр нэмэлт санхүүжилт олгодог бусад орны туршлагыг хэрэглэх.,
- Магадлан итгэмжлэх үйл ажиллагааны зохион байгуулалтын төлөвлөгөөг өмнөх оны 11-р сард төлөвлөн баталгаажуулж, шинжээч нарын багийг урьдчилан томилох. Энэ нь шинжээч жигд, хүртээмжтэй ажиллах боломжийг олгох юм. Төлөвлөлтийн дагуу хариуцлага тооцох, гэрээг дүгнэх боломжтой.,
- Магадлан шинжлэх шалгууруудыг нэгтгэх, хасах, тодорхой болгох, үр дүнд чиглэсэн өөрчлөлт хийх, магадлан итгэмжлэл олгож байгаа хугацааг багасгах. Тухайлбал: Эхний удаад 1 жил, давтан бол 2-3 жилээр магадалдаг байх.,
- Нэгдсэн эмнэлэг, төрөлжсөн эмнэлэг, клиник эмнэлгийг үнэлэх шалгуурыг тусад нь зааглах.,
- Олон улсын аргачлалын дагуу онооны шинэ интервалыг нэвтрүүлэх.,
- Үнэлгээний хуудсыг бөглөхдөө тэнцсэн асуудлыг бөглөхгүй, тэнцээгүй шалгуурыг тодорхой бөглөдөг болгох., Энэ нь ачааллыг бууруулна.
- Сургалт ойрхон давтамжтай хийх, туршлага судлуулах, шинэ шинжээчийг чадавхжуулах, шинжээч нар өөрсдөө ур чадвараа тасралтгүй хөгжүүлэх, харилцаа хандлага, ёс зүй, хариуцлагын өндөр соёлтой байх гэжээ.

Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвийн захирлын 2023 оны 10 сарын 02-ны өдрийн А/86 дугаар тушаалаар магадлан шинжлэх шалгуур үзүүлэлтийг шинэчлэн боловсруулах ажлын хэсэг томилогдон ажиллаж байна. Ажлын хэсэг нь шинжээчид, мэргэжилтнүүдийн саналыг нэгтгэн дүн шинжилгээ хийж, нотолгоо, мэдээлэл болгон ашиглаж байна.

2.2. Судалгаа, үнэлгээний дүгнэлт, зөвлөмжийн тойм

*Магадлан итгэмжлэлийн өнөөгийн байдал тойм судалгаа*¹⁵: Хөгжингүй орнуудад магадлан итгэмжлэл нь илүү институтчилэгдсэн, олон улсын түвшинд хүлээн зөвшөөрөгдсөн, бусад орнуудад сайн туршлага болгож болохуйц түвшинд хөгжсөн байна. Эдгээр орнууд магадлан итгэмжлэлийн шалгууртаа байгууллагын соёл, ажилчдын мэдлэг чадварыг түлхүү үнэлэх замаар хувь хүний өсөлт хөгжилтийг илүү анхаарч, бодлого шийдвэрт нөлөөлөхүйц байдлаар тусгадаг. Хөгжиж буй орнууд нь голдуу хөгжингүй орнуудын боловсруулсан стандарт шалгуурыг шууд ба шууд бус замаар авч ашиглах, өөрийн орны нөхцөл байдал, онцлогт тулгуурлан өөрчлөн ашигладаг байна. Магадлан итгэмжлэлийн талаар хууль эрх зүйн орчинд үндэслэн, ЭМЯ-ны харьяа магадлан итгэмжлэлийн хөндлөнгийн бие даасан, цомхон орон тоотой байгууллага байгуулах талаар бодлогын түвшинд авч үзэх шаардлагатай талаар мөн зөвлөжээ.

*Эрүүл мэндийн байгууллагуудын магадлан итгэмжлэлийн өнөөгийн байдал судалгаа*¹⁶:

¹⁵Магадлан итгэмжлэлийн өнөөгийн байдал судалгаа, хуудас 13-14, 2009 он. АХБ-ны ЭМСХ-2 төсөл

¹⁶Эрүүл мэндийн байгууллагуудын магадлан итгэмжлэлийн өнөөгийн байдал судалгаа¹⁶, 2010 он, HTAi 7th Annual Meeting Dublin 2010, book of abstract, p191, Л.Ширнэн, Г.Оюунцэцэг, Ц.Дариймаа

Магадлан итгэмжлэлийг тодорхой хугацаатай олгодог нь тусламж, үйлчилгээний чанарын баталгаажилтыг тасралтгүй хангах, чанарын хөтөлбөрийг үр дүнтэй хэрэгжүүлэхэд түлхэц болдог. Шинжээчид мэдлэг муутай, харилцааны соёлгүй, өөрсдөө стандарт, дүрэм, журмаа сайн мэддэггүй. Шинжээчдийн сонгон шалгаруулалтыг өндөр түвшинд явуулж, өргөн хүрээний мэдлэгтэй, ёс зүйтэй мэргэжилтнийг сонгон, тусгай курсээр мэргэшүүлэх, ур чадвар, харилцааны соёлд сургах шаардлагатай. Магадлан итгэмжлэх байгууллага нь хууль, эрх зүйн орчинд нийцсэн магадлан итгэмжлэлийн хөндлөнгийн бие даасан байх нь оновчтой гэж үзэж байна. Харин хөндлөнгийн байгууллага нь ЭМЯ-ны харьяа байгууллага байх, эсвэл бие даасан иргэний нийгмийн байгууллага байх тал дээр санал 2 хуваагдаж байгааг дүгнэлтэд тэмдэглэжээ.

Хувийн хэвшлийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний зохицуулалт ба санхүүжилт болон Монгол улсын эрүүл мэндийн салбар дахь төр хувийн хэвшлийн түншлэл тайлан¹⁷:

Магадлан итгэмжлэлийн зорилго нь тусламж, үйлчилгээний чанарыг сайжруулахад оршино.

Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллага хоорондын өрсөлдөөн, чанар дээр тулгуурлах ёстой бөгөөд магадлан итгэмжлэл үүнийг үнэлэхийг зорино. Одоогийн магадлан итгэмжлэлийн норм, стандарт болон журмууд зөвхөн хэвтүүлэн эмчлэх тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг эмнэлгийн байгууллагуудад түлхүү чиглэсэн байна. Магадлан итгэмжлэл нь сайн дурынх ч аль болох эмнэлгүүдийг хамруулахыг дэмжих нь чухал. Магадлан итгэмжлэлийн дэд бүтэц, инженерийн, хэвтэн эмчлүүлэх өрөө, ус ариун цэвэр болон клиник шалгуур нь бодитой, хатуу чанд хэрэгждэг байх шаардлагатай гэжээ.

Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний бодлогын дүн шинжилгээ¹⁸: Тусламжийн чанарыг сайжруулахад магадлан итгэмжлэлийн үзүүлэх нөлөөг дээшлүүлэхийн тулд тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгчид магадлан итгэмжлэл авах хүчтэй сонирхлыг төрүүлэх хэрэгтэй. Ийм хөшүүргийг хуулиар ногдуулах үүрэг (заавал магадлан итгэмжлүүлэх) болгохоос гадна дараах аргаар хэрэгжүүлж болно:

- (1) Тусламж, үйлчилгээг худалдан авах байгууллага магадлан итгэмжлэлийг тусламж, үйлчилгээгээ худалдан авах үндсэн нөхцөл болгох.,
- (2) Магадлан итгэмжлэл авсан эсэхээс хамааран ялгавартай санхүүжилт авах.,
- (3) Магадлан итгэмжлэлийн үр дүнг олон нийтэд мэдээлэх.,

Ингэснээр өвчтөнүүд ямар тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгчид чанартай үйлчилгээ үзүүлж буй талаар мэдээлэлтэй болно.

Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний чанарын удирдлагын тогтолцоог боловсронгуй болгох нь¹⁹: Монгол улс нь эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний магадлан итгэмжлэлийг 2002 оноос эхлэн нэвтрүүлсэн боловч магадлан итгэмжлэлийн албыг бие даалгаагүй, хараат байдалд байлгаж, магадлан итгэмжлэлийн шалгуурыг эмнэлгийн төрөл, ангиллаар

¹⁷Салбарын хөгжил ба удирдлага, 2010 оны 6 дугаар сарын тайлан, ЭМЯ, АХБ-ны ЭМСХХ, хуудас 18, 61

¹⁸Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний бодлогын дүн шинжилгээ, хуудас 49, АХБ-ны ЭМСХХ-4 төсөл, 2011 он

¹⁹Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний чанарын удирдлагын тогтолцоог боловсронгуй болгох нь¹⁹, Г.Ганчимэг, анагаах ухааны докторын зэрэг горилсон нэг сэдэвт бүтээл, хуудас 120, 2012 он

гаргаагүй, магадлан итгэмжлэлийг явуулахдаа эмнэлэгт тусгай зөвшөөрөл олгоход зориулагдсан “Эмнэлгийн бүтэц зохион байгуулалтын стандарт”-д тулгуурлаж байгаа нь түүний тусламж, үйлчилгээг чанаржуулах хөшүүрэг болох үүргийг алдагдуулсанд дүгнэлт хийж, магадлан итгэмжлэлийн талаар цогц шийдэл гаргах хэрэгтэй гэж үзжээ.

***Даатгуулагчдад үзүүлэх тусламж, үйлчилгээний чанарын чиглэлээр эрүүл мэндийн даатгалын хүрээнд хэрэгжүүлж буй үйл ажиллагаанд хийсэн үнэлгээний тайлан*²⁰:**

Өнөөгийн хууль эрх зүйн хүрээнд тусламж, үйлчилгээний чанарыг сайжруулах арга хэрэгсэл болох магадлан итгэмжлэлийг ашиглах, хөгжүүлэх талаар орчин бүрдээгүй байна. Эхний жилүүдэд эмнэлгийн магадлан итгэмжлэл дээр үндэслэн чанар муутай үйлчилгээ үзүүлсэн эмнэлгүүдэд өгөх санхүүжилтийг бууруулах чиглэлээр шахан ажиллаж, ингэснээр тэдгээр эмнэлгүүд үүд хаалгаа барихад хүргэж, улмаар энэ нь эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний хүртээмжид (ялангуяа хөдөө орон нутагт) муугаар нөлөөлнө гэсэн болгоомжлол байсан. Энэ нь улсын эмнэлгийн байгууллагуудад магадлан итгэмжлэлийг сайн дурын болгох тухай 2006 онд шийдвэр гаргахад хүргэсэн. Түүнээс гадна эрх авах шалгуур нь орц хэлбэрээр, хамгийн энгийн стандарт дээр тулгуурласан бөгөөд чанар сайжруулах явцад төдий л ач холбогдолтой бус, энгийн нэг зөвшөөрөл олгох үйл ажиллагаатай ижил гэдгийг тодорхойлсон.

***Монгол улс дахь Эрүүл мэндийн хувийн салбарын зохицуулалт судалгаа*²¹:** Магадлан итгэмжлэл нь сайн дурын үндсэн дээр хийгддэг бөгөөд тухайн байгууллагыг зөвшөөрөгдсөн тусламж, үйлчилгээгээ тодорхой түвшинд хийж гүйцэтгэх чадамжтайг нотолж буй баталгаа юм. Монгол улсын Засгийн газар, Эрүүл мэндийн яам энэхүү үйл явцыг хийж гүйцэтгэдэг бөгөөд сайн дурын үндсэн дээр хийж гүйцэтгэх үйл явц байж чаддаггүй. Эмнэлгийн тусламжийн чанарын тогтолцоог бэхжүүлэх үндэсний хөтөлбөрт (2008-2012он) бие даасан магадлан итгэмжлэлийн байгууллага байгуулна гэсэн ч энэ нь биеллээ олоогүй.

Магадлан итгэмжлэлийн зарчмыг алдагдуулж буй гол шалтгаан нь эрүүл мэндийн даатгалын сангаас санхүүжилт авахад магадлан итгэмжлэлийг шалгуур болгон ашиглаж буй явдал юм.

***“Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний чанарын удирдлагын тогтолцоог бэхжүүлэх хөтөлбөрийн төгсгөлийн үнэлгээ*²²:** Хөтөлбөрт мэргэжлийн үйл ажиллагаа явуулах зөвшөөрөл олгох, магадлан итгэмжлэлийг бие даасан хөндлөнгийн байгууллагад шилжүүлнэ гэсэн үр дүнг тодорхойлсон байна. Өнөөгийн байдлаар тухайн чиг үүргийг хүлээж байсан Засгийн газрын хэрэгжүүлэгч агентлаг-Эрүүл мэндийн газар татан буугдаж, энэ үйл ажиллагаа ЭМЯ-д шилжсэн ба бие даасан хөндлөнгийн байгууллагад шилжээгүй хэдий ч хөндлөнгийн шинжээчид ажилладаг, ЭМЯ зохион байгуулалтаар хангаж ажилладаг тогтолцоотой байна.

²⁰НХХЯ болон Германы олон улсын хамтын ажиллагааны нийгэмлэгийн хамтарсан “Монгол улсын Эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоог бэхжүүлэх” төсөл, 2011 он

²¹Монгол улс дахь Эрүүл мэндийн хувийн салбарын зохицуулалт” судалгаа²¹, АХБ-ны GVG зөвлөх баг, 2012 он

²²Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний чанарын удирдлагын тогтолцоог бэхжүүлэх” хөтөлбөрийн төгсгөлийн үнэлгээ ЭМЯ-ны ХҮШДАГ, ЭМХТ, 2013 он

Магадлан итгэмжлэлийн үйл ажиллагааг *хөндлөнгийн байгууллагаар гүйцэтгүүлэх*, шинжээч сонгох үйл ажиллагаанд мэргэжлийн, мэргэшсэн хүнийг сонгож оролцуулах нь магадлан итгэмжлэлийн ач холбогдол, үр дүн, ашиг сонирхлын зөрчил гарах аливаа эрсдэлээс хамгаалах давуу талтай гэжээ.

*Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний чанар, аюулгүй байдал, боть-1*²³: Эмнэлгийн магадлан итгэмжлэлийн эрх зүйн зохицуулалт буруу байгаагаас эмнэлгүүд магадлан итгэмжлэлд хамрагддаггүй, магадлан итгэмжлэлийн шалгуур үзүүлэлтүүд эрэмбэлэгдээгүй, хэт ерөнхий байгаа нь тусламж, үйлчилгээг чанаржуулах хөшүүрэг болж чадахгүй байна гэж дүгнэсэн байна. Тус тайланд эмнэлгийн магадлан итгэмжлэлийн эрх зүйн зохицуулалтыг боловсронгуй болгож, эмнэлгүүдийг магадлан итгэмжлэлд бүрэн хамруулах, магадлан итгэмжлэлийн шалгуур үзүүлэлтүүдийг эрэмбэлэн ялгаж, эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээг чанаржуулах хөшүүрэг болгон өөрчлөхийг зөвлөмж болгожээ.

*Эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэлийн өнөөгийн байдал ба Эрүүл мэндийн даатгалын байгууллагын оролцоо*²⁴: Магадлан итгэмжлэлийн үйл ажиллагаа нь Засгийн газрын бүтцээс хэт хараатай байж, бүтэц үйл ажиллагаа нь өөрчлөгдөх, татан буугдах бүрд магадлан итгэмжлэлийн хөгжилд сөргөөр нөлөөлж, дэлхий дахинд төлөвшсөн хөндлөнгийн хараат бус үнэлгээ хийдэг магадлан итгэмжлэлийн сонгодог зарчим алдагдахад хүргэсэн. Магадлан итгэмжлэлийг эрүүл мэндийн даатгалын санхүүжилт авах нэг үзүүлэлт болгосноор дэлхий дахинаа төлөвшсөн эрүүл мэндийн байгууллагууд сайн дурын үндсэн дээр магадлан итгэмжлүүлэх зарчмыг алдагдуулж, нөгөө талаас тусламж, үйлчилгээний тасралтгүй байдлыг хангах, даатгуулагчийн сонголтыг хүндэтгэх гэх мэт асуудлуудыг орхигдуулахад хүрсэн гэжээ.

2.3. Олон улсын туршлага

Магадлан итгэмжлэл нь ихэнх орнуудад сайн дурын үйл ажиллагаа байдаг бөгөөд чанарыг тасралтгүй сайжруулалтыг хөндлөнгөөс үнэлэх зорилготой. Олон улсад магадлан итгэмжлэлийг засгийн газар нь өөрөө эсвэл аль нэг итгэмжлэгдсэн төрийн бус байгууллагаар гүйцэтгүүлдэг байна. Бага дунд орлоготой орнууд магадлан итгэмжлэлийн санхүүжилтийн тогтвортой байдал, улс төрийн дэмжлэг, магадлан итгэмжлэлийн нэр хүндийг хадгалахын тулд дийлэнхдээ албан журмын байдлаар магадлан итгэмжлэлийг нэвтрүүлж, төр, хувийн хэвшлийн эрүүл мэндийн байгууллагыг зохицуулах хэрэгсэл болгон ашигладаг.

Олон улсад эрүүл мэндийн үндэсний стандартыг хэрэгжүүлэх, тусламж, үйлчилгээний хариуцлагыг сайжруулахад магадлан итгэмжлэлийг ашигладаг байна. АНУ, Канад, Австрали зэрэг орнууд нь магадлан итгэмжлэл түрүүлж хөгжсөн бол Герман, Франц,

²³*Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний чанар, аюулгүй байдал, ЭМЯ, ЭМШУИС, боть-1, дүгнэлт, зөвлөмж*

²⁴*Эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэлийн өнөөгийн байдал ба Эрүүл мэндийн даатгалын байгууллагын оролцоо*²⁴, Л.Ширнэн, Б.Нансалмаа, Н.Оюунгэрэл, 2014 он

Ирланд, Испани зэрэг орнуудад магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоо нь 1990-ээд оны үеэс эхэлжээ.

Япон, БНСУ, Малайз, Тайланд гэх мэт орнуудад төрийн оролцоотой магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоог бий болгосон бол Армени, Гүрж, Австри, Бельги, Эстони, болон Турк улсууд магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоог чухалчилдаггүй байна.

Олон улсад магадлан итгэмжлэлийн засаглал харилцан адилгүй байдаг. Засгийн газар дангаараа зохицуулдаг, хараат бус төрийн бус байгууллага, хувийн гэхдээ засгийн газраас эрх олгодог, бүрэн бие даасан засгийн газрын байгууллагууд байдаг. Магадлан итгэмжлэлийн байгууллага нь ихэнхдээ олон талын төлөөллийг багтаасан Удирдах зөвлөлтэй байдаг байна.

Ихэнх орнуудад магадлан итгэмжлэлийг бие даасан байгууллага гүйцэтгэж байгаа бөгөөд Удирдах зөвлөлд нь эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээнд оролцогч талуудын төлөөллийг хамруулсан байдаг байна. Ялангуяа, үйлчлүүлэгч, мэргэжлийн холбоод болон эрүүл мэндийн бодлого шийдвэр гаргахад оролцдог байгууллагуудын төлөөлөл түлхүү ордог.

Олон улсад магадлан итгэмжлэл нь ерөнхийдөө дөрвөн үе шаттай байдаг байна. Үүнд: бэлтгэл үе, баримтын судалгаа, өөрийн үнэлж тайлагнах үе, газар дээр нь хийх үзлэг, үнэлгээний комиссын шийдвэр, тайлагналт ба дахин магадлан итгэмжлүүлэх гэсэн үе шатуудтай байна. Олон оронд магадлан итгэмжлэлийн байгууллага нь улсын төсөв, үнэлгээний үнэ, сургалтын төлбөр, болон гишүүнчлэлийн төлбөрөөр санхүүждэг.

Жишээ дурдахад: Австралийн магадлан итгэмжлэлийн байгууллагын магадлан итгэмжлэлийн стандартыг дэлхий дахинаа хүлээн зөвшөөрөгдсөн төдийгүй Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний Олон улсын Нийгэмлэгээс итгэмжлэгдсэн байдаг. 2 төрлийн магадлан итгэмжлэлийн хөтөлбөртэй. Магадлан итгэмжлэлийн агентлагууд нь магадлан итгэмжлэлийн стандартуудыг боловсруулан гаргадаг. Стандартууд нь суурь болон хөгжлийн буюу ахисан түвшний гэсэн хоёр түвшинтэй байдаг.

Олон улсад магадлан итгэмжлэлийн үйл ажиллагаа нь нь голчлон шинжээчийн мэргэжлийн ур чадвар, гүйцэтгэлээс хамаардаг гэж үздэг. Шинжээч нь мэргэжлийн өндөр түвшинд зөвлөгөө өгөх, тулгамдсан асуудлыг нь тодорхойлох, асуудлаа хэрхэн шийдвэрлэх талаар зөвлөмж өгөх, сургах ур чадвартай байх ёстой гэж үздэг.

Тиймээс магадлан итгэмжлэлийн агентлагууд маш өндөр түвшний мэргэжлийн ур чадвар бүхий мэргэжилтнүүдийг сонгон шалгаруулдаг. Австрали улсад нэр дэвшигчийг тодорхой шалгуураар сонгон шалгаруулж, сургалтад хамруулсны дараа шалгалт авдаг. Үнэлгээг амжилттай давсан нэр дэвшигчдэд Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн агентлагаас шинжээчийн үнэмлэх олгодог ажээ.

Тайвань улс 1995 оноос үндэсний эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоог нэвтрүүлж, даатгалын санхүүжилтийг магадлан итгэмжлэлтэй холбосноор эмнэлгүүдэд зарим сөрөг үр дагавар гарч эхэлсэн байна. Эмчилгээний төв нь орон нутгийн болон бүсийн эмнэлгүүдээсээ өндөр тарифаар санхүүжиж эхэлснээр ихэнх орон нутгийн болон бүсийн эмнэлгүүд илүү санхүүжилт авахын тулд төв эмнэлэг болохоор өрсөлдөж эхэлсэн сургамж байна. 1997 онд анх удаа эмнэл зүйн үр дүнд тулгуурласан шалгуур үзүүлэлтийг АНУ-ын JCANO байгууллага хэрэглэсэн бай

3. Дүгнэлт

Монгол улсын магадлан итгэмжлэл нь хөгжлийн 25 жилийг туулж, олон улсын нэгэн адил тусламж, үйлчилгээний чанарын баталгаажилтыг хангаж байна. Үүний хамт магадлан шинжлэх үйл ажиллагаа нь байгууллагын хөгжил, соёлыг дэмжин, удирдлага манлайлалд эергээр нөлөөлж байна.

Манай улсад Эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллага магадлан итгэмжлэлийн бодлогыг тодорхойлж, нэгдсэн удирдлага, зохион байгуулалтаар ханган, ЭМХТ-ийн Магадлан итгэмжлэлийн алба нь чиг үүргийг хэрэгжүүлж, эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний технологи, чанар, бүтэц, үйл ажиллагааг орон тооны бус шинжээчид үнэлж, дүгнэлт гаргадаг.

Магадлан шинжлэх үйл ажиллагаа нь Эрүүл мэндийн тухай, Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний тухай суурь хуулиуд болон Эрүүл мэндийн сайдын А/247, А/363, А/503, А/118, А/554, А/179, А/180 дугаар (2013-2020 он) тушаалын хүрээнд хэрэгжиж, Монгол Улсын урт хугацааны хөгжлийн бодлого, салбарын шинэчлэлтэй уялдуулан дараагийн хөгжлөө тодорхойлохыг зорьж байна.

Магадлан итгэмжлэх зөвлөл нь 9-11 хүний бүрэлдэхүүнтэйгээр, эрүүл мэндийн байгууллагад магадлан итгэмжлэл олгох, эс олгохыг хуралдаанаар ил санал хураалтаар нээлттэй хэлэлцэн шийдвэрлэдэг. Шийдвэрийг Эрүүл мэндийн сайдын тушаалаар баталгаажуулдаг. Зөвлөлийг ЭМЯ-ны Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний газрын дарга удирддаг.

Магадлан итгэмжлэлийн орон тооны бус шинжээчдийг журмын дагуу сонгон шалгаруулж, ЭМС-ын тушаалаар баталгаажуулан, гэрээ хийдэг. Ажлын алба нь шинжээчдийн өдөр тутмын үйл ажиллагаа, удирдлага зохион байгуулалтыг хангадаг. 2023 оны байдлаар мэргэшсэн 138 шинжээч ажиллаж байна.

Магадлан шинжлэх арга хэрэгслийн тасралтгүй шинэчлэл үргэлжилж байна. Шалгуур нь байгууллага, тусламж, үйлчилгээний чиглэлээр төрөлжиж, гарцад буюу үр дүнд чиглэхийг гол зорилго болгож байна. Шалгуур нь үйлчилгээ, байгууллагын үйл ажиллагаа, тусламж, үйлчилгээний чанар, аюулгүй байдал, технологид чиглэсэн 3 бүлэгтэй.

Магадлан итгэмжлэх үйл ажиллагааны гүйцэтгэл, үр дүн нь эрх зүйн орчны шинэчлэл, мэдлэг, ойлголтын хөгжүүлэлт, цахим программ хангамжийн нэвтрэлт, хамтын ажиллагааны хөгжилд чиглэж байна.

Монгол улсад Магадлан итгэмжлэл хөгжсөн эхний 10 жил (2002-2011 он)-д 950 эрүүл мэндийн байгууллага, дараах 10 жил (2012-2022)-д 3048 эрүүл мэндийн байгууллага (давхардсан дүнгээр) магадлан итгэмжлэгджээ. 2023 оны байдлаар магадлан итгэмжлэл хүчинтэй 848 эрүүл мэндийн байгууллага байна.

Судалгаа, үнэлгээний дүгнэлт, зөвлөмж нь магадлан итгэмжлэл нь хөндлөнгийн бие даасан байгууллага байх нь оновчтой. Иймд хууль эрх зүйн орчинд үндэслэн хөндлөнгийн бие

даасан, цомхон орон тоотой магадлан итгэмжлэлийн байгууллагатай байх талаар бодлогын түвшинд авч үзэхийг зөвлөсөн байна. Мөн магадлан итгэмжлэлийн зарчмыг алдагдуулж буй гол шалтгаан нь эрүүл мэндийн даатгалын сангаас санхүүжилт авахад магадлан итгэмжлэлийг шалгуур болгон ашиглаж буй явдал юм гэжээ.

Олон улсад магадлан итгэмжлэлийн засаглал харилцан адилгүй, ихэнхдээ сайн дурын үйл ажиллагаа байдаг. Засгийн газар дангаараа зохицуулдаг, хараат бус төрийн бус байгууллага, хувийн гэхдээ засгийн газраас эрх олгодог, бүрэн бие даасан засгийн газрын байгууллагууд байна. Шинжээчдийг маш өндөр түвшинд сонгодог, сургадаг тогтолцоотой байна.

Магадлан шинжлэх үйл ажиллагааны эрх зүйн орчин, үйл ажиллагааны зохион байгуулалт, шалгуурын бүтэц, шинжээчдийн сонгон шалгаруулалт, ёс зүй, ур чадварын хөгжилд анхаарал татсан, тулгамдсан асуудал ихтэй байна. Ялангуяа шинжээчдийн харилцаа хандлага, ёс зүй, ур чадвар хангалтгүй, ажлын үнэлэмж бага байна.

Магадлан итгэмжлэлийн тухай хуулийн заалтууд зөрчигдөж, Эрүүл мэндийн тухай хуулиар магадлан итгэмжлэх үйл ажиллагаа нь сайн дурын үндсэн дээр явагддаг, Эрүүл мэндийн даатгалын хуулиар магадлан итгэмжлэгдсэн эрүүл мэндийн байгууллагад санхүүжилт авах тухай хуульчилсан нь үйл ажиллагааны гүйцэтгэл, үр дүнгийн мөн чанарыг алдагдуулахад хүргэж байна.

Улсын эрүүл мэндийн байгууллагууд, ялангуяа орон нутгийн давуу эрх бүхий эмнэлгүүд магадлан шинжлэх шалгуурын шаардлагыг хангаагүй ч санхүүжилттэй холбоотойгоор магадлан итгэмжлэл олгодог жишиг цөөн боловч байсаар байна.

Магадлан итгэмжлэх үйл ажиллагааны зохион байгуулалтад шинжээчдийг томилох, үр дүнг үнэлэх, гүйцэтгэлд тохирсон урамшуулал олгох үйл ажиллагаа хангалтгүй, эрх зүйн орчны шинэчлэл хийгдээгүй байна.

Эрүүл мэндийн байгууллагуудын магадлан шинжлэх үйл ажиллагааг чанарын баталгаажилт хангах тасралтгүй үйл явц гэж ойлгох хандлага дутмаг, санхүүжилтийн нэг хэрэгсэл гэж үзэх үзэл давамгайлж байна. Энэ нь явцын хяналт үнэлгээгээр нотлогдож байна.

4. Зөвлөмж

Хууль, бодлого, эрх зүйн хэрэгжилтийг хангаж, төрөөс хараат бус бие даасан тогтолцоог өнөөгийн нөхцөл байдалд уялдуулан тодорхой хугацаанд тодорхой үе шаттайгаар зохион байгуулж, аажмаар хөндлөнгийн бие даасан “Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэх байгууллага”-тай болох.,

Магадлан итгэмжлэлийн хөндлөнгийн бие даасан тогтолцоог бүрдүүлэхийн тулд эхний ээлжид эрүүл мэндийн чиглэлээр үйл ажиллагаа явуулдаг төрийн бус байгууллагууд, мэргэжлийн нийгэмлэг, холбоодын оролцоог нэмэгдүүлэх.,

Магадлан шинжлэх арга хэрэгсэл, үнэлгээний аргачлалыг чанар, технологийн дэвшил, хөгжил, үр дүнтэй гүйцэтгэл, тасралтгүй байдалд чиглүүлэн шинэчлэх.,

Шинжээчийн сонгон шалгаруулалт, үнэлгээ, урамшууллыг шинэ түвшинд гаргах, сургалтаар мэргэшүүлэх, туршилага судлуулах, ур чадвар, ёс зүй, хариуцлагын шалгуурыг өндөр түвшинд тогтоох.,

Магадлан итгэмжлэл олгох үйл ажиллагаанд олон улсын туршилагаас нэвтрүүлэн, тодорхой шатлалтай шалгуураар магадлан шинжилж, шатлал бүрд тохирсон урамшуулал хэлбэрээр нэмэлт санхүүжилт олгодог байх.,

Нэгдсэн эмнэлэг, төрөлжсөн эмнэлэг, клиник эмнэлгийг үнэлэх шалгуурыг тусад нь зааглах, зарим шалгуурын тоог цөөлөх, зарим шалгуурын тоог нэмэх байдлаар тэнцвэртэй, үр дүнтэй байдлыг хангаж, олон улсын аргачлалын дагуу онооны шинэ интервал нэвтрүүлэх.,

Магадлан итгэмжлэгдэх хугацааг өөрчлөх боломж, үр дүнг судлах.,

Магадлан итгэмжлэх үйл ажиллагааны зохион байгуулалт, төлөвлөлтийг сайжруулан, шинжээчдийг оролцоог жигд хангахад анхаарал хандуулах.,

ЗУРАГ

ЗУРАГ 1. МАГАДЛАН ИТГЭМЖЛЭЛИЙН ӨНӨӨГИЙН ТОГТОЛЦОО

**ЗУРАГ 2. МАГАДЛАН ИТГЭМЖЛЭЛИЙН УДИРДЛАГА, ЗОХИОН
БАЙГУУЛАЛТ**

ДҮРСЛЭЛ

ДҮРСЛЭЛ 1. МАГАДЛАН ИТГЭМЖЛЭЛИЙН ШИНЖЭЭЧДИЙН УР
ЧАДВАРЫН ҮНЭЛГЭЭ (ХУВИАР)

ДҮРСЛЭЛ 2. МАГАДЛАН ИТГЭМЖЛЭХ ШАЛГУУРЫН ТООН
ИЛЭРХИЙЛЛИЙН ХАРЬЦУУЛАЛТ

ДҮРСЛЭЛ 3. МАГАДЛАН ИТГЭМЖЛЭГДСЭН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН
БАЙГУУЛЛАГЫН СҮҮЛИЙН 10 ЖИЛИЙН ИНДЕКС

ДҮРСЛЭЛ 4. МАГАДЛАН ИТГЭМЖЛЭЛ ХҮЧИНТЭЙ ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН
БАЙГУУЛЛАГА

ДҮРСЛЭЛ 5. МАГАДЛАН ИТГЭМЖЛЭГДСЭН ХУГАЦАА

ХҮСНЭГТ

ХҮСНЭГТ 1. ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН БАЙГУУЛЛАГЫН МАГАДЛАН ШИНЖЛЭХ
ШАЛГУУРЫН БҮТЦИЙН ТООН ИЛЭРХИЙЛЭЛ

ХҮСНЭГТ 2. ХАЛДВАРЫН СЭРГИЙЛЭЛТ ХЯНАЛТ ДЭД БҮЛГИЙН ШАЛГУУР,
ХЭМЖИХ ҮЗҮҮЛЭЛТИЙН ТООН ИЛЭРХИЙЛЭЛ

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ, МАТЕРИАЛ

Хууль:

- Эрүүл мэндийн тухай хууль
- Иргэний эрүүл мэндийн даатгалын тухай хууль
- Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний тухай хууль

Тогтоол, тушаал:

- Засгийн Газрын 1998 оны 181 дүгээр тогтоол, 2002 оны 246 дугаар тогтоол, 2004 оны 102 дугаар тогтоол
- Эрүүл мэндийн сайдын холбогдох тушаалууд

Судалгаа

- Магадлан итгэмжлэлийн өнөөгийн байдал тойм судалгаа, АХБ-ны ЭМСХ-2 төсөл, 2009 он
- Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний бодлогын дүн шинжилгээ, АХБ-ны ЭМСХХ-4 төсөл, 2011 он
- Эрүүл мэндийн байгууллагуудын магадлан итгэмжлэлийн өнөөгийн байдал судалгаа ЗГХА-Эрүүл мэндийн газар, 2011 он
- Даатгуулагчдад үзүүлэх тусламж, үйлчилгээний чанарын чиглэлээр эрүүл мэндийн даатгалын хүрээнд хэрэгжүүлж буй үйл ажиллагаанд хийсэн үнэлгээний тайлан, “Монгол улсын Эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоог бэхжүүлэх” төсөл 2012 он

- Монгол улс дахь Эрүүл мэндийн хувийн салбарын зохицуулалт” судалгаа, АХБ-ны GVG зөвлөх баг, 2012 он
- Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний чанарын удирдлагын тогтолцоог бэхжүүлэх хөтөлбөрийн төгсгөлийн үнэлгээ, ЭМЯ-ны ХҮШДАГ, ЭМХТ-ийн Тогтолцооны судалгааны алба 2013 он
- Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний чанар, аюулгүй байдал судалгаа, боть-1 ЭМЯ, ЭМШУИС, 2013 он
- Эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэлийн өнөөгийн байдал ба Эрүүл мэндийн даатгалын байгууллагын оролцоо” үнэлгээ Л.Ширнэн, Б.Нансалмаа, Н.Оюунгэрэл 2014 он
- Магадлан итгэмжлэлийн шинжээчдийн сургалтын хэрэгцээ судалгаа ЭМХТ-ийн ажлын алба 2019 он
- Эрүүл мэндийн байгууллагуудын магадлан итгэмжлэгдсэн тоон үзүүлэлтүүд, эх сурвалж: ЭМЯ, ЭМХТ-ийн статистик мэдээлэл

Хэвлэл, мэдээлэл:

- /HAS/ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1455134/en/about-has
- Jiin-Haur Chuang, 2013, Reinforced Quality Healthcare through Nation-wide
- /(Mays, 2004; Gluck, 2001 Baskind, 2010; Peter, 2010; Grachek, 2002) Cited in **Wendy Nicklin, 2013, *The Value and Impact of Health Care Accreditation: A Literature Review*** /
- https://www.who.int/hrh/documents/en/quality_accreditation.pdf
- Alkhenizan A, Shaw C. Impact of accreditation on the quality of healthcare services: a systematic review of the literature. *Ann Saudi Med.* 2011;31(4):407-416. doi:10.4103/0256-4947.83204
- Wesam Mansour, Alan Boyd, Kieran Walshe, The development of hospital accreditation in low- and middle-income countries: a literature review, *Health Policy and Planning*, Volume 35, Issue 6, July 2020, Pages 684–700, <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa011>

Гарын авлага, эмхэтгэл

- Магадлан итгэмжлэл лицензийн алба (1999-2002) ЭМЯ, ЭМХТ, 2002 он
- Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн баримтын багц, 2006 он
- Эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэл-2021 он



**ЗАМЫН ЗУРАГЛАЛ: ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН МАГАДЛАН
ИТГЭМЖЛЭЛИЙН ТОГТОЛЦООГ БЭХЖҮҮЛЭХ**

ТАЙЛАН ХЯНАЖ, ЗӨВШӨӨРСӨН:

Б.НАРАНТУЯА, ЭМХТ, ЗАХИРАЛ

ТАЙЛАН ХЯНАСАН:

Н.СЭВЖИД, ЭМХТ, АЛБАНЫ ДАРГА
/ЭМУ-ЫН МАГИСТР/

ТАЙЛАН БИЧСЭН:

Л.БАЯРЦЭЦЭГ /ЭМУ-ЫН МАГИСТР/

ТОВЧИЛСОН ҮГИЙН ЖАГСААЛТ

ДЭМБ	Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллага
ТТАХЭ	Төрийн тусгай албан хаагчдын эмнэлэг
ЭМЯ	Эрүүл мэндийн яам
ЭМХТ	Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв
ЭМНХЯ	Эрүүл мэнд, нийгмийн хамгааллын яам
ISO	International Organization for Standardization
EFQM	The European Foundation for Quality Management Excellence Model
TQM	Total Quality Management

ГАРЧИГ

НЭГ. ОРШИЛ

ХОЁР. ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТОГТОЛЦООНД МАГАДЛАН ИТГЭМЖЛЭЛИЙГ ХӨГЖҮҮЛЭХ ШААРДЛАГА, ҮНДЭСЛЭЛ

- 2.1. МАГАДЛАН ИТГЭМЖЛЭЛ НЬ БҮХ НИЙТИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ХАМРАЛТАД ХҮРЭХ, ТУСЛАМЖ, ҮЙЛЧИЛГЭЭНИЙ ЧАНАРЫГ САЙЖРУУЛАХ АРГА ЗАМ
- 2.2. МАГАДЛАН ИТГЭМЖЛЭЛ НЬ ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТУСЛАМЖ, ҮЙЛЧИЛГЭЭНИЙ ЧАНАРЫГ САЙЖРУУЛДАГ АРГА ХЭРЭГСЭЛ БОЛОХ ТУХАЙ НОТӨЛГӨӨ
- 2.3. МОНГОЛ УЛСЫН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН БАЙГУУЛЛАГУУД ОЛОН УЛСЫН МАГАДЛАН ИТГЭМЖЛЭЛ АВАХАД ДЭМЖЛЭГ ҮЗҮҮЛЭХ ЭРХ ЗҮЙН ОРЧИН

ГУРАВ. ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН МАГАДЛАН ИТГЭМЖЛЭЛ: УЛС ОРНУУДЫН ТУРШЛАГА, СУРГАМЖ, ХӨГЖЛИЙН ЧИГ ХАНДЛАГА

- 3.1. БЕЛЬГИ БА ЕВРОПЫН УЛС ОРНУУД
- 3.2. ИРЛАНД
- 3.3. ДАНИ
- 3.4. ИРАН
- 3.5. ЭНЭТХЭГ
- 3.6. ТАЙЛАНД
- 3.7. ТАЙВАНЬ
- 3.8. КАЗАКСТАН

ДӨРӨВ. МОНГОЛ УЛСЫН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН БАЙГУУЛЛАГЫН МАГАДЛАН ИТГЭМЖЛЭЛИЙН ӨНӨӨГИЙН НӨХЦӨЛ БАЙДЛЫН ҮНЭЛГЭЭНИЙ ТОВЧ ХУРААНГУЙ

ТАВ. ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН МАГАДЛАН ИТГЭМЖЛЭЛИЙН ТОГТОЛЦООГ БЭХЖҮҮЛЭХ БОДЛОГЫН ХҮРЭЭ, ЗАРЧИМ

ЗУРГАА. ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН МАГАДЛАН ИТГЭМЖЛЭЛИЙН ТОГТОЛЦООГ БЭХЖҮҮЛЭХ ЗАМЫН ЗУРАГЛАЛ /2025-2028/, АРГА ХЭМЖЭЭ, ХЭРЭГЖҮҮЛЭХ ҮЙЛ АЖИЛЛАГАА

- 6.1. ЗАСАГЛАЛЫН ЗОХИЦУУЛАЛТ, ХУУЛЬ ЭРХ ЗҮЙН ӨӨРЧЛӨЛТ
- 6.2. ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН МАГАДЛАН ИТГЭМЖЛЭЛИЙН СТАНДАРТ, ШАЛГУУРЫГ БОЛОВСРОНГУЙ БОЛГОХ
- 6.3. ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН МАГАДЛАН ИТГЭМЖЛЭЛИЙН ҮНЭЛГЭЭНИЙ ҮЙЛ АЖИЛЛАГААНЫ УДИРДЛАГА, ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТЫГ БОЛОВСРОНГУЙ БОЛГОХ
- 6.4. ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН МАГАДЛАН ИТГЭМЖЛЭЛИЙН ҮНЭЛГЭЭНИЙ МЭРГЭЖИЛТЭН/ШИНЖЭЭЧИЙГ БЭЛТГЭХ, СУРГАХ, ЧАДАВХЖУУЛАХ

ДОЛОО. ХЭЛЭЛЦҮҮЛЭГ

НАЙМ. ДҮГНЭЛТ

ЕС. ХАВСРАЛТ. “ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН МАГАДЛАН ИТГЭМЖЛЭЛИЙН ТОГТОЛЦООГ БЭХЖҮҮЛЭХ ЗАМЫН ЗУРАГЛАЛ (2025-2028)”

АРАВ. АШИГЛАСАН ЭХ СУРВАЛЖ

1. Оршил

Монгол Улсын Их Хурал 2020 оны 05 дугаар сарын 13-ны өдөр “Алсын хараа-2050 Монгол Улсын Урт Хугацааны Хөгжлийн Бодлого Батлах тухай” 52 дугаар тогтоолоор “Алсын хараа-2050” Монгол Улсын урт хугацааны хөгжлийн бодлого”, “Алсын хараа-2050” Монгол Улсын урт хугацааны хөгжлийн бодлогын хүрээнд 2021-2030 онд хэрэгжүүлэх үйл ажиллагаа”-г соёрхон баталж хүн амаа эх оронч, эрүүл чийрэг, дэлхийд өрсөлдөх чадвартай болгох цогц бодлого хэрэгжүүлснээр хүн амын зонхилох хэсэг нь дундаж давхаргын иргэд болгох зорилт тавьсан юм²⁵.

Энэхүү бодлогын баримт бичгийн “Хүний хөгжил” бүлгийн “Эрүүл Мэнд” дэд бүлэгт дэвшүүлсэн зорилт 2.2 “Эрүүл дадал хэвшилтэй, идэвхтэй амьдралын хэв маягтай иргэнийг төлөвшүүлэн эрүүл мэндийн чанар, хүртээмж, үр дүнтэй тогтолцоог хөгжүүлнэ”-ыг хэрэгжүүлэх үйл ажиллагаанд эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн талаар авч хэрэгжүүлэх бодлогын зорилтыг тодорхойлсон байна.

2.2.13. Оношилгоо, эмчилгээний орчин үеийн дэвшилтэт технологийг нэвтрүүлж, иргэд эх орондоо бүрэн оношлогдон эмчлэгдэх боломжийг бүрдүүлэхийн зэрэгцээ гадаадын иргэд манай оронд ирж эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ авах нөхцөлийг бүрдүүлэх зорилгоор эмнэлэг олон улсын магадлан итгэмжлэл авах үйл ажиллагааг төрөөс дэмжинэ.

2.2.21. Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний чанар, аюулгүй байдлыг сайжруулах зорилгоор төрөөс хараат бус бие даасан магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоог бүрдүүлнэ.

“Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэл-2021” гарын авлага, судалгааны бүтээлүүд, үр дүнгийн тайлан, статистик тоон үзүүлэлтүүд, олон улсын туршлага, ЭМЯ, ЭМХТ, магадлан итгэмжлэлийн ажлын алба, шинжээчид, эрүүл мэндийн байгууллагын төлөөллийн ярилцлага, саналд тулгуурлан хийсэн “Эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэлийн өнөөгийн нөхцөл байдлын дүн шинжилгээ”²⁶-нд суурилж эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоог цаашид хэрхэн бэхжүүлэх, хөгжүүлэх замын зураглалыг боловсрууллаа.

Энэхүү замын зураглал нь эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоог бэхжүүлэх дараагийн үе шатны бодлого, хэрэгжүүлэх арга хэмжээг тодорхойлох бөгөөд зорилго нь магадлан итгэмжлэл, хөндлөнгийн үнэлгээний үр дүнд эрүүл мэндийн байгууллагуудад чанарыг тасралтгүй сайжруулах, аюулгүй байдлыг хангах соёлыг төлөвшүүлэх, эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний үр дүн рүү чиглэсэн хөндлөнгийн гадаад үнэлгээний тогтолцоог бүрдүүлэх явдал юм. Энэхүү замын зураглалд заасан арга хэмжээг хэрэгжүүлснээр 2000 оноос эхэлж бүрдүүлсэн эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоог засаглалын хувьд улам боловсронгуй болгох, арга хэрэгслийг нь сайжруулах, цаашид олон улсын жишигт нийцүүлэн хөгжүүлэх, бэхжүүлэх боломж бүрдэх юм.

Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоог бэхжүүлэх, хөгжүүлэх бодлогыг ЭМЯ, хэрэгжүүлэх үйл ажиллагааг мэргэжил арга зүйгээр хангах чиг үүргийг ЭМХТ хариуцаж

²⁵ <https://legalinfo.mn/mn/detail/15406>

²⁶ Эрүүл мэндийн байгууллагын өнөөгийн нөхцөл байдлын дүн шинжилгээ, ЭМХТ, 2023

энэхүү замын зураглалд эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоог бэхжүүлэх бодлогыг тодорхойлж хэрэгжүүлэх түвшинд гарах өөрчлөлтүүдийг тусгах юм. Мөн аливаа тогтолцооны өөрчлөлт нь хувийн хэвшлийн оролцогч талууд тухайн үйл ажиллагаанд эрх тэгш түнш байхгүйгээр ахиц дэвшил гарах боломжгүй байдаг тул энэхүү замын зураглалын хэрэгжилт нь төр-хувийн хэвшлийн түншлэлийн сайн туршлага байх болно гэж үзэж байна.

1.1. Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэл үүссэн түүх²⁷

Магадлан итгэмжлэлийн түүх 1917 оноос эхлэх бөгөөд АНУ-д үүсжээ. Америкийн Мэс Заслын Коллеж нь мэс засалч бэлтгэх чадавхтай эмнэлгийг сонгох зорилгоор “эмнэлгүүдийн хамгийн бага стандартыг хангах” хөтөлбөрийг боловсруулж хэрэгжүүлсэн байна. Энэхүү хөтөлбөр нь яваандаа олон мэргэжлийг хамарсан хөтөлбөр болж өргөжин ийнхүү 1951 онд бие даасан Эмнэлгийн магадлан итгэмжлэлийн хамтарсан комисс (Joint Commission on Hospital accreditation) байгуулагдах үндэс суурь болсон байна. Энэ нь одоогийн АНУ-ын Эрүүл Мэндийн Байгууллагын Магадлан Итгэмжлэлийн Хамтарсан Комисс (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations -JCAHO) юм.

Өмнөд Америкийн (Бразил, Чили, Аргентин зэрэг), Ойрхи Дорнодын (жишээлбэл, Ливан, Йордан, Египет, Иран), Африкийн (жишээ нь, Өмнөд Африк, Кени, Танзани, Уганда) болон Азийн (Энэтхэг, Индонез, Өмнөд Солонгос, Хятад, Тайланд, Филиппин) зэрэг бага, дунд орлоготой орнуудад эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэл нь засаглалын хувьд ихэвчлэн тухайн улсын ЭМЯ-нд харьяалагддаг ч гэсэн заримд нь бие даасан төрийн агентлаг хэлбэртэй байна. Магадлан итгэмжлэлийг улс орнуудын эрүүл мэндийн тогтолцоонд түгээн дэлгэрүүлэх үйл ажиллагааг дэмжлэг үзүүлэн ажилладаг байгууллагууд байдаг. Үүнд: Пан Америкийн Эрүүл Мэндийн Байгууллага (PAHO), Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллага, Дэлхийн Банк, Олон хамтарсан комисс (Joint Commission International (JCI)), Олон улсын эрүүл мэндийн чанарын нийгэмлэг (ISQua) зэрэг магадлан итгэмжлэлийн байгууллагууд орно (Mansour W et al, 2020).

2. Эрүүл мэндийн тогтолцоонд магадлан итгэмжлэлийг хөгжүүлэх шаардлага, үндэслэл

2.1. Магадлан итгэмжлэл нь эрүүл мэндийн бүх нийтийн хамралтад хүрэх, тусламж, үйлчилгээний чанарыг сайжруулах арга зам

Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийг хөгжүүлэх янз бүрийн шалтгаан, үндэслэл байгаа бөгөөд олон улсад эрүүл мэндийн бүх нийтийн хамралтад хүрэх (өвчтөнд санхүүгийн хүндрэл учруулахгүй чанартай, хүртээмжтэй тусламж, үйлчилгээ) зорилт нь магадлан итгэмжлэлийг хөгжүүлэх гол түлхэц болж ялангуяа бага дунд орлоготой улс орнуудын эрүүл мэндийн тогтолцоог бэхжүүлэх бодлогод тусгалаа олж байна²⁸. Магадлан итгэмжлэл нь Засгийн газрын зүгээс улсын болон хувийн хэвшлийн эрүүл мэндийн байгууллагын эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний чанар, үр ашгийг хангуулах үр дүнтэй арга хэрэгсэл болдог гэж үздэг. Дараах санхүүгийн хөшүүрэг хамаардаг²⁹: Үүнд:

²⁷ Bodade AG, Bodade RG. National Accreditation Board for Hospitals and Healthcare Accreditation System for healthcare sector in India: An overview. MGM J Med Sci 2021;8:66-72

²⁸ Mate KS, Rooney AL, Supachutikul A, Gyani G. Accreditation as a path to achieving universal quality health coverage. Globalization and health. 2014 Dec;10(1):1-8

²⁹ Braithwaite J, Shaw CD, Moldovan M, Greenfield D, Hinchcliff R, Mumford V, Kristensen MB, Westbrook J, Nicklin W, Fortune T, Whittaker S. Comparison of health service accreditation programs in low-and middle-income countries

- Хөнгөлөлт олгох зөрүү
- Төлбөрийн аргын тогтолцоонд оролцох байдал
- Худалдан авагчтай байгуулах гэрээний давуу байдал
- Эрүүл мэндийн аялал жуулчлал
- Эрүүл мэндийн зах зээлд эзлэх байр суурь

Жишээ нь Энэтхэгт магадлан итгэмжлэгдсэн эрүүл мэндийн байгууллага Засгийн газрын эрүүл мэндийн хөтөлбөрөөс нэмэгдэл 15 хувийн урамшуулал авдаг байна.³⁰

Эрүүл мэндийн даатгалын байгууллагууд үр дүнтэй, үр ашигтай, чанартай тусламж, үйлчилгээ худалдан авахын тулд тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгчдээс магадлан итгэмжлэгдсэн байхыг шаардах эсвэл урамшууллын нөхцөл болгодог. Эрүүл мэндийн даатгалын байгууллагын хувьд өөрсдөө хяалт, шалгалт хийх үйл ажиллагааг хэтэрхий их зардалтай, чадавх нөөц их шаарддаг гэж үзээд магадлан итгэмжлэлийг хяналтын зохих механизм болгож ашигладаг зохицуулалтуудыг ч бас хэрэглэдэг байна.

Эрүүл мэндийн бүх нийтийн хамралтын хамтарсан сургалтын сүлжээ (The Joint Learning Network - JLN) нь эрүүл мэндийн санхүүжилтийн шинэчлэлийг хэрэгжүүлж буй улс орнуудын бодлого боловсруулагч, хэрэгжүүлэгч нар хоорондоо мэдлэг, туршлагаа хуваалцахад чиглэсэн олон улсын консорциум юм (Joint Learning Network for Universal Health Coverage: 2012). Африк, Азийн JLN сүлжээний 9 гишүүн орон болох: Гана, Энэтхэг, Индонез, Кени, Малайз, Мали, Нигери, Филиппин, Вьетнам бөгөөд 2011 онд JLN нь бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтад хүрэх бодлогын хүрээнд эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний чанарыг сайжруулах, түүн дотор магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоог хөгжүүлэх аргуудын хураангуйг нийтэлсэн байна (Mate KS, Sifrim ZK, Chalkidou K, Cluzeau F, Cutler D, Kimball M, Morente T Smits H, Barker P: Improving health system quality in low- and middle income countries that are expanding health coverage: a framework for insurance. Int J Qual Health Care 2013). Эдгээр есөн улс нь бүгд магадлан үндэсний магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоотой эсвэл хөгжүүлэх гэж байгаа улс орнууд юм. Ийнхүү 2013 оны 4-р сард Тайландын Бангкок хотноо болсон JLN-ийн уулзалтаар эдгээр орны төлөөлөгчид өөрсдийн улс орны эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн талаар хэрэгжүүлж буй үйл ажиллагаа, магадлан итгэмжлэлийг хөгжүүлэх чиглэлээр хийсэн хүчин чармайлтуудынхаа талаар санаа бодлоо хуваалцаж, нэг нэгнээсээ суралцаж, туршлага хуваалцан эрүүл мэндийн салбарын бодлогын түвшинд авч хэрэгжүүлэх арга хэмжээнүүдийн талаар санал солилцож бодлогын баримт бичиг гаргах санаачилгыг дэвшүүлжээ. Энэхүү баримт бичиг нь эрүүл мэндийн салбарыг бэхжүүлэх бодлого боловсруулахад дэмжлэг болж, бодлого боловсруулагчид, худалдан авагчид болон эрүүл мэндийн байгууллагын удирдлагаас байнга сонсдог зарим асуултуудад хариулт өгсөн байна: магадлан итгэмжлэл нь чанарыг тасралтгүй сайжруулах соёлыг хэрхэн бий болгох вэ; магадлан итгэмжлэлийн тогтолцооны техникийн зохицуулалтууд юу вэ, үүнийг олон улсын эх сурвалж нотлох баримт, туршлага юу гэж зөвлөдөг вэ; магадлан итгэмжлэлд эрүүл мэндийн даатгал ямар үүрэг гүйцэтгэдэг вэ; алслагдсан орон нутагт эрүүл мэндийн суурь үйлчилгээний чанарын баталгааг хангахад магадлан итгэмжлэлийн хүчин чармайлтыг хэрхэн ашиглах вэ? (Mate et al. Globalization and Health 2014, 10:68)

with those in higher income countries: a cross-sectional study. International Journal for Quality in Health Care. 2012 Dec 1;24(6):568-77.

³⁰ (Mate KS et al, 2014)

Магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоо ямар байхаас үл хамааран эрүүл мэндийн байгууллагын гүйцэтгэлийг үнэлж, чанар, аюулгүй байдал алдагдаад байгаа асуудлуудыг илрүүлж, засаж сайжруулдаг хөндлөнгийн гадаад үнэлгээний тогтолцоог бүрдүүлэх замаар бүх хүнд хэрэгцээтэй чанартай тусламж, үйлчилгээ хүргэх нь эрүүл мэндийн бүх нийтийн хамралтын зорилго юм. Иймд эрүүл мэндийн бүх нийтийн хамралтад хүрэх зорилт тавьсан улс орнуудын бодлого боловсруулагчдын хувьд магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоог бэхжүүлэх, олон улсын жишигт нийцүүлэн хөгжүүлэх бодлогыг эрүүл мэндийн салбарын бодлогын гол зорилтуудыг нэг болгож тодорхойлох нь зүйн хэрэг юм. Хэрэв эрүүл мэндийн бүх нийтийн хамралтад хүрэхэд эрүүл мэндийн санхүүжилт, магадлан итгэмжлэл хоёрыг зөв хэрэглэвэл эдгээр нь үр дүнтэй механизмууд мөн юм. Нэг талаас худалдан авагч магадлан итгэмжлэлийн стандартыг босгыг өндөрсгөж магадлан итгэмжлэлийг тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгчдэд санхүүгийн урамшуулал авах санхүүгийн хөшүүрэг болгосноор тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгчийн зүгээс магадлан итгэмжлэлийн тэрхүү өндөр стандартыг хангаж, чанараа тасралтгүй сайжруулах хүсэл эрмэлзэл сонирхол бий болно. Нөгөө талдаа худалдан авагч байгууллагын хувьд магадлан итгэмжлэлийг хөндлөнгийн хараат бус үнэлгээ гэж үзэн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгчийн гүйцэтгэлийг үнэлэхэд ашиглах нь хяналт, шалгалтын давхардлыг арилгах, тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгчдийн зүгээс яг ямар стандарт, шалгуурыг дагах хоёрдмол байдлаас зайлсхийх зэрэг ач холбогдолтой юм³¹ (Зураг 1).

Зураг 1. Магадлан итгэмжлэл, худалдан авагч, тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгчдийн хоорондын харилцааг бэхжүүлэх зохицуулалт



2.2. Магадлан итгэмжлэл нь эрүүл тусламж, үйлчилгээний чанарыг сайжруулдаг арга хэрэгсэл болох тухай нотолгоо

Хэдийгээр магадлан итгэмжлэл нь 100 гаруйхан жилийн түүхтэй ч үүссэн цагаасаа хойш чанарыг баталгаажуулах, чанарыг сайжруулах зорилтуудаа хангаж ирсэн ч магадлан

³¹ Accreditation as a path to achieving universal quality health coverage Kedar S Mate¹, Anne L Rooney, Anuwat Supachutikul and Girdhar Gyani, Globalization and Health 2014, 10:68

итгэмжлэлийн үр нөлөө, ач холбогдлыг судалсан, хэвлэгдсэн нотлох баримт хомс байдаг нь анхаарал татдаг юм. Энэхүү хүлээлт нотолгоо хоёрын зөрүүний талаар 2009 онд Гринфилд, Брайтвейт нар "Магадлан итгэмжлэл нь эрүүл мэндийн байгууллагуудын чанар, аюулгүй байдлыг сайжруулахад чухал түлхэц болдог гэдгийг хүлээн зөвшөөрч байгаа ч магадлан итгэмжлэлийн үйл ажиллагаанд оролцогч талуудын магадлан итгэмжлэлийн талаарх үнэлгээ, үр, дүн, дүгнэлтийг агуулсан судалгаанууд хэвийн үзэгдэл болсонгүй" гэж бичжээ (Greenfield D, Braithwaite J.,2009). Хэдийгээр судалгаанууд хомс ч гэсэн Араужо болон түүний хамтрагчид эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний чанарын долоон хэмжигдэхүүнийг (үр дүн, үр ашиг, хүртээмж, өвчтөн-төвтэй байдал, тэгш байдал, цаг үеэ олсон байдал, аюулгүй байдал) тодорхойлж, эдгээр хэмжигдэхүүнүүдэд үзүүлэх нөлөөллийн нотлох баримтыг эрж хайх замаар эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний чанарын үр дүнг судалсан 36 судалгаанд системчилсэн дүн шинжилгээ хийсэн бөгөөд Хойд болон Өмнөд Америк, Европ, Ойрхи Дорнод, Ази дахь 1988-2019 оны хугацаанд хамаарах магадлан итгэмжлэлийн хөтөлбөрүүдийг судалсан байна. Тэдний судалгаагаар магадлан итгэмжлэл нь эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний чанарыг дараах хэмжигдэхүүнүүдэд сайжруулсан гэсэн нотолгоог илрүүлсэн байна: үр ашиг, аюулгүй байдал, үр дүнтэй байдал, өвчтөн-төвтэй байдал, цаг үеэ олсон байдал харин тусламж, үйлчилгээний хүртээмжид нөлөөлсөн гэх нотлох баримт олдоогүй байна (Araujo CA et al., 2020).

2.2.13. Оношилгоо, эмчилгээний орчин үеийн дэвшилтэт технологийг нэвтрүүлж, иргэд эх орондоо бүрэн оношлогдон эмчлэгдэх боломжийг бүрдүүлэхийн зэрэгцээ гадаадын иргэд манай оронд ирж эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ авах нөхцөлийг бүрдүүлэх зорилгоор эмнэлэг олон улсын магадлан итгэмжлэл авах үйл ажиллагааг төрөөс дэмжинэ.

2.3. Монгол улсын эрүүл мэндийн байгууллагууд олон улсын магадлан итгэмжлэл авахад дэмжлэг үзүүлэхэд баримтлах бодлого

Монгол улсын төрөөс эрүүл мэндийн байгууллагуудыг олон улсын магадлан итгэмжлэл авах зорилгыг бодлогоор дэмжихийг илэрхийлсэн зорилтыг ""Алсын хараа-2050" Монгол Улсын урт хугацааны хөгжлийн бодлого", "Алсын хараа-2050" Монгол Улсын урт хугацааны хөгжлийн бодлогын хүрээнд 2021-2030 онд хэрэгжүүлэх үйл ажиллагааны зорилтоор тусгасан байдал нь эрх зүйн таатай орчныг бүрдүүлээд байгаа юм.

Манай улсын хувьд одоогийн байдлаар олон улсын магадлан итгэмжлэлийг төрийн эрүүл мэндийн байгууллагаас ТТАХЭ нь 2023 онд Казакстан улсын эрүүл мэндийн салбарын чанарын магадлан итгэмжлэлийн байгууллагын (Центр аккредитации по качеству в здравоохранении) магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээ хийлгэж магадлан итгэмжлэгдсэн, мөн хувийн хэвшлийн эрүүл мэндийн байгууллагаас Интермед эмнэлэг АНУ-д төвтэй Joint Commission International (JCI) байгууллагын магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээнд хамрагдаж олон улсын магадлан итгэмжлэл авсан.

Тэгэхээр манай улсын эрүүл мэндийн байгууллагуудын хувьд олон улсын магадлан итгэмжлэл авах хүсэл эрмэлзэл, сонирхол бий болж байгаа нь харагдаж цаашид ч олон

улсын магадлан итгэмжлэл авах байгууллагуудын тоо нэмэгдэх нь дамжиггүй. Сүүлийн жилүүдэд эрүүл мэндийн салбарт хийгдэж буй санхүүжилтийн шинэчлэлийн бодлого, эрүүл мэндийн байгууллагуудын эрүүл өрсөлдөөнийг бий болгож, эмнэлгүүд гүйцэтгэлээ сайжруулж, чанар, аюулгүй байдлыг хангаснаар үйлчлүүлэгчдийн эрэлт хэрэгцээг хангаж ажиллана гэдгээ ойлгодог болж байна.

Иймд олон улсын магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээний агуулга, мөн чанар, зорилго, зорилтыг бүрэн судлах, үндэсний магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээнээс ялгаатай давуу байдлын ойлголтыг өгөх, олон улсад магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээ хийдэг маш олон тооны чадавх чадамж нь янз янзын олон байгууллага байдаг түүний алийг нь ямар шалгуураар яаж сонгох тухай нэгдсэн ойлголт, зохицуулалт байх хэрэгтэй бөгөөд ийм зохицуулалт ямар ч улс оронд байдаг.

International Society for Quality in Health Care (ISQua) Олон Улсын Эрүүл Мэндийн Чанарын Нийгэмлэг нь 1999 онд байгуулагдсан бөгөөд эрүүл мэндийн салбарын чанарыг сайжруулах үйл ажиллагааг дэмжих зорилготой гишүүддээ үйлчилдэг, ашгийн бус байгууллага юм.

Чанарыг сайжруулах, өвчтөний аюулгүй байдлыг хангахад чиглэсэн үйл ажиллагааг дэлхийн хэмжээнд хэрэгжүүлээд 30-аад жил болж байгаа. Үйл ажиллагааны зорилго: боловсрол, сургалт, мэдлэг хуваалцах, гадаад үнэлгээ.

ISQua External Evaluation Accreditation (ISQuaEEA) Олон Улсын Эрүүл Мэндийн Чанарын Нийгэмлэгийн Гадаад Үнэлгээний Холбоо нь **олон улсын магадлан итгэмжлэлийн эрх олгодог малгай байгууллага** бөгөөд 1999 оноос эхлэн гадаад үнэлгээний хөндлөнгийн байгууллагуудад тогтолцоо, чанарыг сайжруулах үйл явцыг үнэлэхэд мэргэжлийн үнэлгээг хийж ирсэн бөгөөд эдгээр байгууллагуудыг олон улсын түвшинд үйл ажиллагаа явуулах боломжийг олгодог. 60 гаруй орны байгууллагыг магадлан итгэмжилсэн бөгөөд дараах 4-н чиглэлээр магадлан итгэмжилдэг. Үүнд:

- Эрүүл мэндийн болон нийгмийн халамжийн тусламж, үйлчилгээний стандартын магадлан итгэмжлэл
- Гадаад үнэлгээний байгууллагын магадлан итгэмжлэл
- Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн шинжээчийн сургалтын магадлан итгэмжлэл
- Чанар ба аюулгүй байдлын магадлан итгэмжлэлийн сургалтын хөтөлбөрийн магадлан итгэмжлэл

3. Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэл: улс орнуудын туршлага, сургамж, хөгжлийн чиг хандлага

Улс орнуудын эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоог бүрдүүлж хэрхэн хөгжүүлж ирсэн тухай туршлагыг дурдахын өмнө тухайн улс орны үндэсний тогтолцоог авч үзсэн гэдгийг тодруулахыг хүсэж байна. Учир нь тухайн улс орны эрүүл мэндийн тогтолцоо дахь үндэсний магадлан итгэмжлэлийн тогтолцооны хөгжил нь энэхүү замын зураглалын агуулгад хамаарах юм.

Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллага нь 2000 онд 36 үндэсний хэмжээний магадлан итгэмжлэлийн байгууллага байгааг тодорхойлсон байна³². Магадлан итгэмжлэл нь 70 гаруй улс орны эрүүл мэндийн тогтолцооны нэг чухал бүтэц нь байдаг бөгөөд бие даасан хараат бус хөндлөнгийн гадаад үнэлгээ, аудит хэлбэрээр хийгдэж байна³³.

Бусад улс орны туршлагыг авч үзэхдээ манай улсын эрүүл мэндийн тогтолцоо, санхүүжилтийн тогтолцоо, нийгэм эдийн засгийн орчинтой ижил төстэй, ойролцоо улс орнуудыг сонголоо.

3.1. Бельги ба Европын улс орнууд³⁴

Европын улс орнууд дахь эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн нөхцөл байдлын үнэлгээг Бельги улсын эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоотой харьцуулж судлахдаа тэдгээрийн ялгаатай шинж чанаруудыг (хууль эрх зүйн зохицуулалт, засаглал, зохион байгуулалт, агуулга) тодорхойлсон байдаг. Үнэлгээ дараах 3-н асуудлыг авч үзсэн: эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн үр дүн, үндэсний тогтолцоог олон улсын тогтолцоотой харьцуулах, засаглал.

Үнэлгээнд хамрагдсан 18 улсаас 14 нь үндэсний магадлан итгэмжлэлийн хөтөлбөртэй байсан бол Их Британи, Испани ба Итали нь бүсийн хөтөлбөртэй байсан. Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэл нь энэхүү улс орнуудад албан журмынх уу эсвэл сайн дурынх уу гэдгийг тодорхойлох боломжгүй байсан гэхдээ ихэнх улсуудын эрүүл мэндийн байгууллагууд нь сайн дурын үндсэн дээр магадлан итгэмжлэлд хамрагддаг байна.

Мөн засаглалын тухайд авч үзэхэд төрөөс хараат, хараат бус тогтолцооны тухай тодорхой шууд харагдах шинжүүдийг тодорхойлоогүй байна. Гэхдээ ихэнх улсуудын эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоо нь засаглалын хувьд ЭМЯ-ны бүтцэд эсвэл тусдаа эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн захиргааны байгууллага, агентлаг хэлбэртэй байна. Мөн эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн талаарх шийдвэр гаргах гол оролцогч талууд эмнэл зүйн мэргэжилтнүүд, эмнэлгийн өмчлөгч, бодлого боловсруулагч нар байх бөгөөд бусад талууд мөн оролцдог байна. Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн стандарт, шалгуурын агуулга нь ISO эсвэл EFQM-ийн стандартуудыг суури болгосон байх бөгөөд өөрийн үнэлгээ, гадаад үнэлгээ хэлбэрээр явагддаг байна. Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийг дээд тал нь 3 жил байдаг байна. Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн санхүүжилтийн ихэнхийг нь төрөөс хариуцдаг бөгөөд маш бага хэмжээний санхүүжилтийг олон улсын байгууллага олгодог байна. Жишээ нь дараах 2-н улсын хувьд: 2019 онд Их Британи 60 сая евро, Ирланд 3.5 сая евро ойролцоогоор байсан байна. Эмнэлгүүдийн эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлд орохдоо төлдөг төлбөрийн хэмжээ ямар үйлчилгээ авахаас хамаарч 450-аас 10.000 евро хүртэл хэлбэлздэг байна. Сүүлийн 5 жилд Европын холбооны болон Их

³² Shaw CD. Evaluating accreditation. *Int J Qual Health Care*. 2003;15(6):455–6.

³³ Greenfield D, Braithwaite J. Developing the evidence base for accreditation of healthcare organisations: a call for transparency and innovation. *Qual Saf Health Care*. 2009;18(3):162–3.

³⁴ de Walque, C.; Seuntjens, B.; Vermeyen, K.; Peeters, G.; Vinck, I.; Comparative study of hospital accreditation programs in Europe. Health Services Research (HSR); Brussels; Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2008. KCE reports 70C, D/2008/10.273/03

Британи, Ирланд улсууд Олон Улсын Эрүүл Мэндийн Чанарын Нийгэмлэгийн (International Society for Quality in Health Care - ISQua) стандартуудыг шууд авч хэрэглэдэг болсон байна.

3.2. Ирланд³⁵

Ирландын Үндэсний Магадлан Итгэмжлэлийн Удирдах Зөвлөл (Ireland National Accreditation Board-INAB) нь Ирландын Эрүүл мэнд ба Аюулгүй байдлын байгууллагын нэг хэсэг бөгөөд 2005 онд байгуулагдсан. Энэ нь засгийн газарт хамаардаг цор ганц үндэсний хэмжээний байгууллага бөгөөд Европын холбооны (ЕС) No 765/2008 хэм хэмжээний актаар хүлээн зөвшөөрөгдсөн субъект юм. Энэхүү байгууллага нь эрүүл мэндийн салбар дахь гадаад үнэлгээ, ижил мэргэжилтний үнэлгээ, хяналт, шинжилгээ, тусгай зөвшөөрөл, лиценз, тохируулга, баталгаажуулалтыг олон улсын стандартад нийцүүлэн хийдэг байна. Мөн олон улсын магадлан итгэмжлэлийн зөвшөөрөлтэй. Эрүүл мэндийн салбарт тусгай зөвшөөрөл, лиценз, үйлчилгээний баталгаажуулалт, тохируулга нь албан журмынх байдаг бол эмнэлгийн магадлан итгэмжлэл нь сайн дурынх байдаг байна.

Тусгай хөтөлбөрөөр маш өндөр хэмжээнд бэлтгэгдсэн үнэлгээний мэргэжилтнүүд эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээг хийдэг байна. Үнэлгээний мэргэжилтэнг бэлтгэдэг хөтөлбөрийг олон улсын хөтөлбөртэй уялдуулж олон улсын магадлан итгэмжлэлийн эрх олгодог байгууллагаар хүлээн зөвшөөрүүлэх тасралтгүй үйл ажиллагааг хэрэгжүүлдэг байна. (Зураг 2)

Зураг 2. Ирландын Засгийн газраас 2022-2026 онд хэрэгжүүлэх Үндэсний магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоог хөгжүүлэх стратегийн хүрээ



³⁵ A Strategy for Accreditation 2022-2026. Strategy for Accreditation by the Irish National Accreditation Board (INAB)

3.3. Дани³⁶

Данийн эрүүл мэндийн тогтолцоо нь төрийн зохицуулалтай бөгөөд 3-н түвшинд хуваагддаг байна: улсын, бүсийн, орон нутгийн. Данийн Засгийн газраас Чанарын Үндэсний Хөтөлбөрийг 2015 оноос хэрэгжүүлж ирсэн бөгөөд энэхүү хөтөлбөрийн гол зорилт нь эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоог хуучин арга барилаас шинэ түвшинд гаргах зорилт байсан юм. Ялангуяа эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн зохицуулалт, дүрэм, журам, стандарт, шалгуурыг “үйлчлүүлэгч -төвтэй” зарчимд суурилж шинээр боловсруулах, үр дүн, үр ашигтай эрүүл мэндийн тогтолцоог бий болгоход чиглүүлсэн байна

2015 оноос өмнөх магадлан итгэмжлэлийн зохицуулалтаар төрийн эмнэлгүүдийн эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэл нь албан журмынх байсан нь төрийн эмнэлгүүдийн зүгээс хүнд сурталтай байна гэсэн ихээхэн шүүмжлэлтэй тулгарч байсныг сайн дурынх болгож өөрчилсөн байна. Ийнхүү Ирландын Засгийн газраас 2022-2026 онд хэрэгжүүлэх Үндэсний магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоог хөгжүүлэх стратегийг баталсан байна.

3.4. Иран^{37,38,39}

Иран улсын эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэл нь албан журмынх. Энэхүү тогтолцоо нь 2010 онд бий болсон бөгөөд ЭМЯ энэхүү үйл ажиллагааг 2 үе шаттай хэрэгжүүлсэн байна. Эхний үе шатны магадлан итгэмжлэлийн стандарт, шалгуурыг турших туршилт 2011 онд хийгдсэн бөгөөд 2012 онд бүх төрийн болон хувийн хэвшлийн эмнэлгүүд хамрагдаж магадлан итгэмжлэгдсэн байна. Магадлан итгэмжлэлийн стандарт, шалгуурыг ЭМЯ баталдаг бөгөөд магадлан итгэмжлэлийн төлбөрийн хэмжээ нь магадлан итгэмжлэлийн түвшнээс (Онц, Нэг эерэг, Хоёр эерэг, Гурван эерэг, Магадлан итгэмжлэгдээгүй) хамаарч янз бүр байдаг байна. Үнэлгээ өндөр байх тусам өвчтөнүүдээс авах хамтын төлбөр нь өндөр байдаг байна.

Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн стандарт, шалгуурыг боловсруулахдаа АНУ, Франц, Ливи, Египт усуудын стандарт, шалгуурыг судалж, үндэслэл болгосон бөгөөд нийтдээ 37 бүлгийн 8104 шалгууртай стандарттай болсон байна. Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн газар дээр нь хийх үнэлгээг дунджаар 20-25 үнэлгээний мэргэжилтэн хийдэг (анагаах ухааны мэргэжилтэн, сувилагч, эм зүйч, эрүүл мэндийн удирдлага) байна. Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн стандарт, шалгуурыг 2014 онд дахин шинэчилж 36 бүлэг, 2157 шалгууртай болсон байна. Энэхүү шинэчлэлээр магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээг бичиг баримтад тулгуурлаж хийдэг байсан шалгуурыг хасаж ажиглалт, ярилцлагаар үнэлэх

³⁶ From accreditation to quality improvement—The Danish National Quality Programme, *International Journal for Quality in Health Care*, 2021, 33(2), 1–3 doi: 10.1093/intqhc/mzab071 Advance Access Publication Date: 16 April 2021

³⁷ Evaluation results of national hospital accreditation program in Iran: The view of hospital managers T. Yousefinezhadi a,* , A.M. Mosadeghrad b , R. Hinchcliff c , A. Akbari-Sari, *Journal of Healthcare Quality Research*, Received 18 June 2019; accepted 28 August 2019

³⁸ Challenges of implementation of hospital accreditation in Iran: an exploratory factor analysis, Narges Tashayoei1 , Pouran Raeissi2* and Amir Ashkan Nasiripour1, Tashayoei et al. *Journal of the Egyptian Public Health Association* (2020) 95:5

³⁹ Hospital Accreditation: What Difficulties Does It Face in Iran? Ali Jannati1 , Reza Ebrahimoghli1 , Ali Ebad2 & Firooz Toofan3, *Global Journal of Health Science*; Vol. 9, No. 1; 2017 ISSN 1916-9736 E-ISSN 1916-9744 Published by Canadian Center of Science and Education

үнэлгээний шалгуурыг нэмсэн байна. Ийнхүү үндэсний магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоонд дүн шинжилгээ хийх зорилгоор 2017 онд нөхцөл байдлын үнэлгээг хийсэн байна. Энэхүү үнэлгээнд Ираны Тегран хотын 7 эрүүл мэндийн байгууллагын 200-аад менежер оролцсон бөгөөд эдгээр эмнэлгүүд нь 100-аас дээш ортой, 3 нь төрийн, 2 нь нийгмийн хамгааллын, 2 нь хувийн хэвшлийн эрүүл мэндийн байгууллага байсан байна. Үнэлгээгээр дараах тулгамдсан асуудлыг тодорхойлсон байна. Үүнд:

- Эрүүл мэндийн тогтолцоотой холбоотой асуудал: Магадлан итгэмжлэл нь зах зээлийн зарчимд суурилагагүй нь эмнэлгүүд чанараа сайжруулах хөшүүрэг болж чадахгүй байна. Төрийн эмнэлгүүдийн тухайд өрсөлдөх шаардлага байдаггүй тул чанараа сайжруулах хүсэл эрмэлзэлгүй байдаг. ЭМЯ-аас хэрэгжүүлдэг чанарыг сайжруулах хөтөлбөр нь тур зуурын шинж чанартай, тогтворгүй, боловсруулахдаа эмнэл зүйн мэргэжилтний оролцоог хангаагүй нь эмч нарт хэрэгжүүлэхэд хүндрэлтэй байдаг. Үүнтэй адил магадлан итгэмжлэл нь эмч мэргэжилтнүүдийн мэргэжлийн чадвар, чадавхыг үнэлдэггүй тул ач холбогдолгүй гэж үзжээ.
- Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээтэй холбоотой дараах асуудлууд: Одоогийн үнэлгээ нь шударга байх зарчимд суурилагагүй, эмнэлгүүдийн онцлогийг харгалзаагүй бөгөөд жижиг эмнэлгүүдийн тухайд хангах боломжгүй шалгуур ихтэй. Баримтжуулалт, хэтэрхий их бичиг цаасанд суурилсан үнэлгээ нь цаасаа их сайн хийсэн нь сайн үнэлгээ авдаг. Шаардлагагүй, ач холбогдол багатай маш олон шалгуурын дагуу үнэлгээ хийх нь маш их цаг зарцуулдаг, үр дүнгүй үнэлгээ болдог. Шалгуурыг боловсруулахдаа гадаадын, олон улсын шалгуурыг шууд хуулсан нь Ираны нөхцөл байдалд тохирохгүй. Шалгуур боловсруулж буй мэргэжилтнүүдийн чадавх сул, ЭМЯ нь тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгчийн төлөөлдөг хирнээ мөн үнэлгээний шийдвэр гаргаж байгаа нь хир оновчтой эсэх.
- Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээний мэргэжилтэн/шинжээч/-ийн ур чадвар, чадавх сул, учир нь эмч мэргэжилтнүүдийн асуусан асуултад хариулт өгөх чадваргүй, бэлтгэгдсэн мэргэжилтэн ховор байдаг. Үнэлгээний мэргэжилтэн/шинжээчийн яг хэрхэн ажиллахыг заасан зааварчилсан гарын авлага удирдамж байдаггүй нь хүн бүр өөр өөрийн арга барилаар ажилладаг нь эмнэлгүүдэд хүндрэл учруулдаг. Үнэлгээний мэргэжилтэн/шинжээчийн бэлтгэх тусгай хөтөлбөртэй болох нь чухал байна.
- Магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээ нь тодорхой богино цаг хугацаанд явагддаг тул үйл явцын тасралтгүй байдлыг үнэлэх боломжгүй байдаг. Үнэлгээний өдрүүдэд эмнэлгүүд бужигнаад үнэлгээ дууссаны дараа буцаад хэвийн байдалдаа шилждэг. Өөрөөр хэлбэл үнэлгээ гэдэг бол тасралтгүй үйл ажиллагаа байх буцаад эргэх холбоо тогтоох, явцын үнэлгээ хийдэг байх нь чухал байна гэж үзжээ. Үнэлгээний процесс нь бусдыг стрессдүүлсэн айдаст автуулсан хэлбэрээр явагддагийг өөрчлөх. Эмч, мэргэжилтнүүдэд маш их нэмэлт ачааллыг үүсгэж үндсэн ажлаас нь хөндийрүүлдэг.

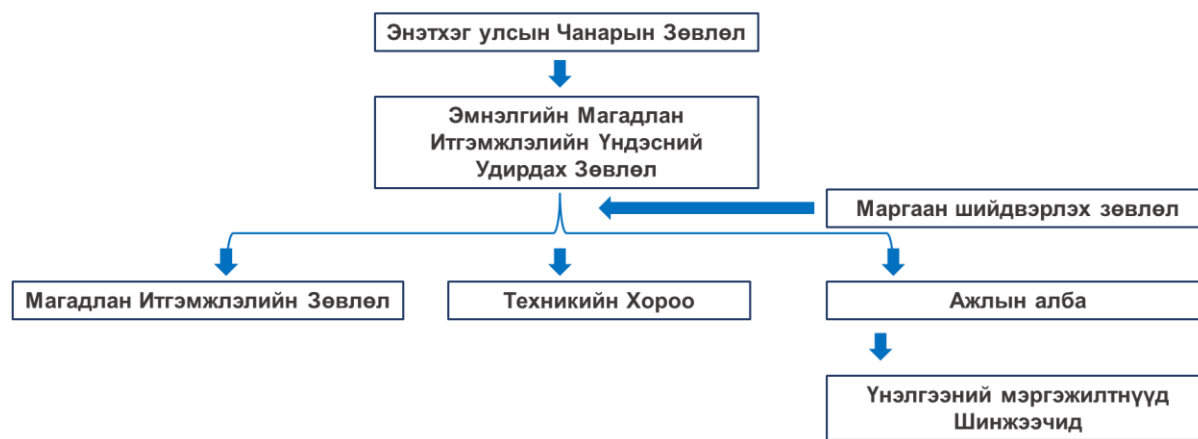
3.5. Энэтхэг⁴⁰

⁴⁰ National Accreditation Board for Hospitals and Healthcare Accreditation System for healthcare sector in India: an overview Anand G. Bodade, Ragini G. Bodade, Department of Hematogenetics, National Institute of

Эмнэлэг, эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн үндэсний зөвлөл (National Accreditation Board for Hospitals and Healthcare-NABH) нь Энэтхэг улсын Чанарын Зөвлөлийн салшгүй нэг хэсэг бөгөөд эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэлийг хариуцдаг байгууллага юм. Удирдах зөвлөл нь аж үйлдвэр, хэрэглэгчид, засгийн газрын төлөөлөл зэрэг бүх оролцогч талуудаас бүрддэг бөгөөд өдөр тутмын үйл ажиллагааг бие дааж явуулдаг. Эмнэлэг, эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн үндэсний зөвлөл магадлан итгэмжлэлийг эмнэлгүүдийн эзэмшигч, хууль эрх зүйн байдал, өмчлөгчийн хэлбэр, хэмжээ, байршил, засаглалын хэлбэрээс нь үл хамааран эрх тэгш байх зарчимд суурилж явуулдаг. 2006 онд байгуулагдсан бөгөөд магадлан итгэмжлэлийн стандарт, шалгуур нь 10 бүлэг, 105 стандарт, 683 шалгууртай, үйлчлүүлэгч-төвтэй, байгууллага-төвтэй гэсэн 2 үндсэн хэсгээс бүрддэг байна. Зохион байгуулалтын хэлбэр (Зураг 3):

- Үнэлгээний зөвлөл – үнэлгээний үйл ажиллагааг хариуцдаг
- Техникийн хороо – магадлан итгэмжлэлийн стандарт шалгуурыг боловсруулах
- Маргаан шийдвэрлэх комисс – магадлан итгэмжлэлтэй холбоотой аливаа маргааныг шийдвэрлэх
- Ажлын алба – удирдлага, зохион байгуулалт, санхүү, аудит
- Үнэлгээний мэргэжилтэн/шинжээчдийн зөвлөл – сургалт, чадавх, мэргэшүүлэх

Зураг 3. Энэтхэг улсын Эмнэлэг, эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн үндэсний зөвлөлийн удирдлага, зохион байгуулалтын бүдүүвч



Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн төлбөрт үнэлгээний мэргэжилтэн/шинжээчийн замын, зочид буудлын зардал багтдаггүй тухайн эрүүл мэндийн байгууллага хариуцдаг.

Одоогоор 664 эрүүл мэндийн байгууллага магадлан итгэмжлэгдсэн байгаа бөгөөд эдгээр нь хэдийгээр чанарыг үнэлэх ISO, TQM, Six-Sigma, ба шугаман сайжруулалт гэх мэт маш олон үнэлгээний арга хэрэгсэл байдаг ч Эмнэлэг, эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн үндэсний зөвлөлийн чанар сайжруулах арга хэрэгслийг ашигладаг. Мөн Эмнэлэг, эрүүл

мэндийн магадлан итгэмжлэлийн үндэсний зөвлөл нь олон улсын магадлан итгэмжлэлийг хийх зөвшөөрөлтэй байгууллага юм байна.

3.6. Тайланд⁴¹

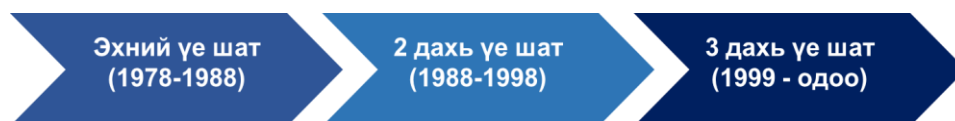
Тайландын Эрүүл Мэндийн Магадлан Итгэмжлэлийн Институт нь төрийн байгууллага бөгөөд эрүүл мэндийн салбар дахь магадлан итгэмжлэлийг хариуцдаг байна. Статус нь засгийн газрын агентлаг бөгөөд төрөөс санхүүждэг. Эрүүл Мэндийн Магадлан Итгэмжлэлийн Институт нь “The Royal Decree on the Establishment of the Healthcare Accreditation Institute (Public Organisation) BE 2552 (2009) and 2 edition BE 2562 (2019)”-ийн дагуу байгуулагдаж эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлтэй холбоотой хууль эрх зүйн үндэс бүрдсэн байна. Удирдах зөвлөл нь сар бүр хуралддаг бөгөөд стратеги төлөвлөгөө, жилийн төлөвлөгөө, төсөв, санхүүгийн тайланг хэлэлцэх, дүрэм журмуудыг батлах, удирдлага, зохион байгуулалттай холбоотой зөвлөмж, даалгаврыг өгдөг байна.

Магадлан Итгэмжлэлийн Институт нь олон улсын магадлан итгэмжлэл явуулах эрхийг 2010 онд Олон улсын Эрүүл мэндийн Чанарын Нийгэмлэгийн Гадаад Үнэлгээний Холбооноос (ISQuaIEEA) авсан бөгөөд 2018, 2021 дахин эрхээ сунгуулсан байна

3.7. Тайван^{42,43}

Тайван нь эмнэлгийн магадлан итгэмжлэлийг 1978 оноос хөгжүүлсэн бөгөөд анх эмнэлгийн мэргэжилтний сургалт явуулах зорилгыг агуулж байсан байна. 1986 оны Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний тухай хуулийн хэрэгжилтийн хүрээнд Тайваны ЭМНХЯ бүх түвшний эмнэлгүүдийн магадлан итгэмжлэх ажлыг 1988 оноос эхлүүлсэн байна. Ийнхүү эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийг хариуцдаг төрийн байгууллагыг (The Joint Commission of Taiwan -JCT) 1999 онд байгуулсан байна (Зураг 4).

Зураг 4. Тайвайн Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн тогтолцооны хөгжлийн үе шатууд

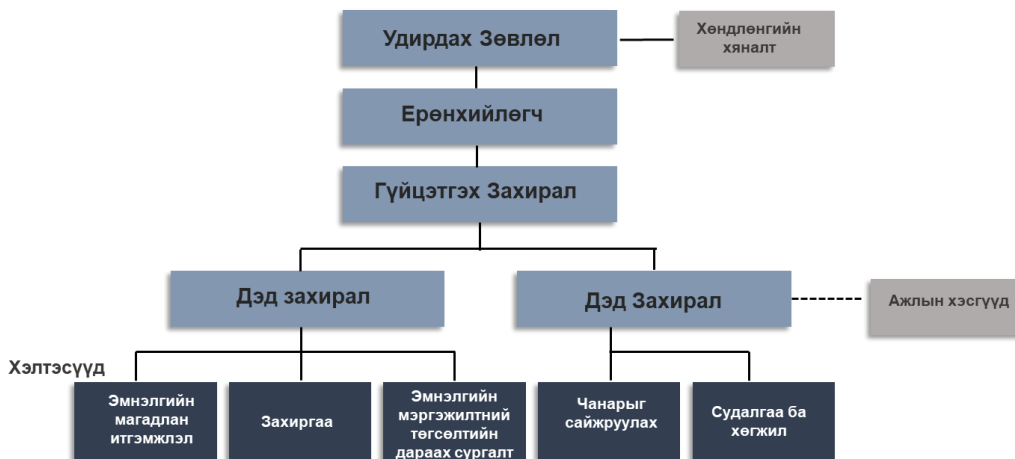


Зураг 5. Тайвайн Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн байгууллагын удирдлага, зохион байгуулалтын бүдүүвч

⁴¹ <https://www.ha.or.th/EN/Contents/History-1>

⁴² <https://www.jct.org.tw/cp-1127-8352-44faf-2.html>

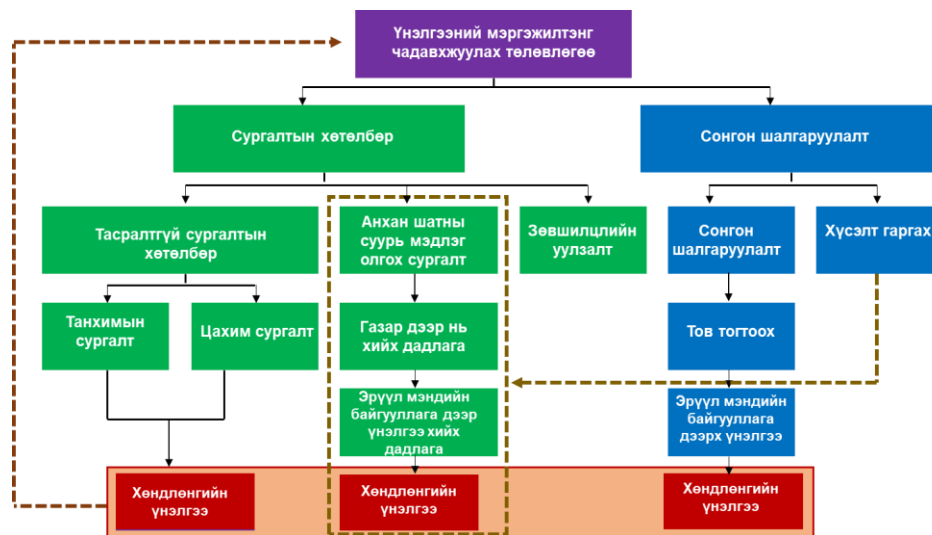
⁴³ Development of National Hospital Accreditation System – 37-year Experience of Taiwan, Dr. Wui-Chiang Lee, MD, PhD, MHS, 2015



Тайвайн эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн байгууллага (JCT) нь олон улсын магадлан итгэмжлэлийн явуулах зөвшөөрөлтэйгөөс гадна магадлан итгэмжлэлийн стандарт, шалгуур нь олон улсад хүлээн зөвшөөрөгдсөн бөгөөд магадлан итгэмжлэлийн мэргэжилтэн/шинжээчийн бэлтгэх, сургах, чадавхжуулах хөтөлбөр нь олон улсад мөн хүлээн зөвшөөрөгдсөн байна.

Тайвайн эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн байгууллага (JCT) нь эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээний мэргэжилтэн/шинжээч бэлтгэдэг маш сайн тогтолцоотой өгөөд бусад улс орнуудын мэргэжилтэн/шинжээчдийг хамруулах олон улсын сургалтын хөтөлбөртэй юм. Үнэлгээний мэргэжилтэн/шинжээчийн бэлтгэх анхан шатны сургалт, өдрийн ангийн сургалтын хөтөлбөр байдаг бөгөөд мэргэшүүлэх сургалт нь 6 сарын хугацаатай байдаг байна (Зураг 6).

Зураг 6. Тайвайн магадлан итгэмжлэлийн мэргэжилтэн бэлтгэх, сургах, чадавхжуулах төлөвлөгөөний бүдүүвч



Зураг 7. Тайваний эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн байгууллагын (JCT) онцлог шинжүүд

Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн ерөнхий шинжүүд	Тайваний магадлан итгэмжлэлийн шинжүүд
Магадлан итгэмжлэл нь сайн дурынх уу албан журмынх уу?	Сайн дурынх
Магадлан итгэмжлэл нь эрүүл мэндийн даатгалтай байгуулах гэрээний гүйцэтгэлийн нэмэлт урамшууллын нөхцөл болдог уу	Тийм
Магадлан итгэмжлэлийг төрийн байгууллага эсвэл төрийн бус байгууллага хариуцдаг уу	Бие даасан агентлаг (JCT)
Магадлан итгэмжлэлийн хэдэн байгууллага байдаг вэ?	Нэг
Магадлан итгэмжлэлийн дээд талын хугацаа	4 жил
Магадлан итгэмжлэлийн төрөл	Эрүүл мэндийн байгууллага дээр очиж хийдэг үнэлгээ
Магадлан итгэмжлэл нь төлбөртэй эсэх	Төлбөртэй / төлбөрийн хэмжээ нь эрүүл мэндийн байгууллагын төрлөөс хамаардаг/
Магадлан итгэмжлэлийн үр дүнг олон нийтэд мэдээлдэг үү	Тийм

3.8. Казакстан⁴⁴⁴⁵

Казакстаны ЭМЯ нь Казакстан дахь эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийг хариуцдаг, шийдвэрийг гаргадаг цорын ганц байгууллага бөгөөд 2009 онд ЭМЯ, Эрүүл мэндийн салбарын хөгжлийн байгууллагатай хамтран эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийг хариуцдаг байгууллага болох магадлан итгэмжлэлийн төвийг байгуулсан байна. Дараагийн ээлжинд магадлан итгэмжлэлийн стандарт, шалгуурыг боловсруулж, магадлан итгэмжлэлийн үндэсний хөтөлбөрийг дахин шинэчилж өргөжүүлжээ.

Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээний мэргэжилтэн/шинжээчийг шалгаруулж авахдаа мэргэжлийн шалгалт авч, шалгалтын 15 онооноос 10-ээс дээш оноо авч тэнцсэн мэргэжилтнийг шинжээчээр бэлтгэх, чадавхжуулах сургалтад хамруулдаг байна. Сургалтын дараа шалгалт авч тэнцсэн мэргэжилтэн/шинжээчид үнэлгээ хийх эрх олгодог байна.

4. Монгол Улсын эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэлийн өнөөгийн нөхцөл байдлын шинжилгээнээс гарсан үр дүнгийн товч хураангуй⁴⁶

“Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэл-2021” гарын авлага, судалгааны бүтээлүүд, үр дүнгийн тайлан, статистик тоон үзүүлэлтүүд, олон улсын туршлага, магадлан итгэмжлэлийн ажлын алба, шинжээчид, эрүүл мэндийн байгууллагын төлөөллийн ярилцлага, саналд тулгуурлан хийсэн Эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэлийн өнөөгийн нөхцөл байдлын дүн шинжилгээнээс гарсан үү дүн, тулгамдаж буй асуудал, дүгнэлтийг авч үзье.

⁴⁴ The process of development of accreditation standards for medical organizations in Kazakhstan Ainur Aiypphanova, Botagoz Kaupbayeva, Daniyar Ospanov, Raushan Bizhigitova

⁴⁵ ISQUA18-1906 The Process of Development of Accreditation Standards for Medical Organizations in Kazakhstan, A. Aiypphanova, B. Kaupbayeva, D. Ospanov, and R. Bizigitova, Accreditation Center, The Republican Center for Health Development, Astana, Kazakhstan

⁴⁶ Эрүүл мэндийн байгууллагын өнөөгийн нөхцөл байдлын дүн шинжилгээ, ЭМХТ, 2023

Монгол улсын магадлан итгэмжлэл нь хөгжлийн 25 жилийг туулж, олон улсын нэгэн адил тусламж, үйлчилгээний чанарын баталгаажилтыг хангаж байна. Үүний хамт магадлан шинжлэх үйл ажиллагаа нь байгууллагын хөгжил, соёлыг дэмжин, удирдлага манлайлалд эергээр нөлөөлж байна. Манай улсад Эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллага магадлан итгэмжлэлийн бодлогыг тодорхойлж, нэгдсэн удирдлага, зохион байгуулалтаар ханган, ЭМХТ-ийн Магадлан итгэмжлэлийн алба нь чиг үүргийг хэрэгжүүлж, эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний технологи, чанар, бүтэц, үйл ажиллагааг орон тооны бус шинжээчид үнэлж, дүгнэлт гаргадаг үндэсний магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоог бүрдүүлж чадсан байна.

Хэдий эерэг сайн үр дүнгүүд байгаа ч цаашид эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоог хэрхэн бэхжүүлэх, үйл ажиллагааг нь илүү боловсронгуй болгох шаардлага зүй ёсоор тулгамдаж буйг дараах харуулсан дараах асуудлуудыг үнэлгээгээр гаргасан байна. Үүнд:

- Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн хууль эрх зүйн орчинг сайжруулах эрх зүйн шинэчлэл хийх хэрэгцээ шаардлага тулгарч байна. Үүнд Эрүүл мэндийн даатгалын (16.1.4) тухай хуулиар сонгон шалгаруулалт орж, санхүүжилт авах эрүүл мэндийн байгууллага нь “магадлан итгэмжлэгдсэн байх”-аар зүйчилсэн нь Эрүүл мэндийн тухай (22.1) хууль, “Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний тухай (23.1) хуулийн “сайн дурын” үндсэн дээр магадлан итгэмжлэл авах зүйлийг зөрчиж байна. Энэ нь улсын эрүүл мэндийн байгууллагууд, ялангуяа орон нутагт ганцхан байдаг давуу эрх бүхий (аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төв) эмнэлгүүдэд санхүүжилттэй холбоотойгоор шаардлага хангахгүй байсан ч магадлан итгэмжлэл олгох нөхцөлийг бүрдүүлж байна. Эрүүл мэндийн байгууллагуудын магадлан итгэмжлэл нь эрүүл мэндийн даатгалын хуулийн заалтаас шалтгаалан зөвхөн санхүүжилт авах хөшүүрэг болж, тусламж, үйлчилгээний чанарын баталгаажилтыг хангах, чанар, аюулгүй байдлын соёл, технологийн хөгжүүлэлтийг хангах, стандарт шаардлагуудыг нутагшуулах нөхцөлийг бүрдүүлэх дэмжлэг болж чадахгүй байна. Эрүүл мэндийн байгууллагуудын магадлан итгэмжлэлийн бэлтгэл ажил нь үр дүнд биш цаасанд чийглэгдгээс зарим байгууллагууд мэргэжилтэн урьж, цаас бэлтгүүлдэг, зөвхөн санхүүжилт авах арга хэрэгсэл гэж үздэг байдал хэвээр байна.
- Шинжээчдийн ажлын ачаалал, тэнцвэртэй байдал хангагдахгүй байх, зарим шинжээчид олон удаагийн давтамжтай ажиллах, зарим шинжээчид цөөн тоогоор эсвэл огт ажиллахгүй байгаа нь ашиг сонирхлын зөрчилд хүргэх нөхцөл бүрдэхэд хүргэж байна. Магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээ хийх томилолтын хоногийн тоо цөө, шалгуурын тоо олон байгаа нь олон км туулаад шинжээч 1 өдөрт 780-аас дээш үзүүлэлтээр үнэлгээ хийж, тойрон үзлэг хийх шаардлагатай болдог нь үнэлгээний бодит үр дүн, чанарт сөргөөр нөлөөлдөг байна. Шинжээчдийн ажлын хөлс, гүйцэтгэлтэйгээ нийцэхгүй, хэт бага байна. Орон, нутгийн эмнэлэг, сумын эрүүл мэндийн төвийг магадлан итгэмжлэхийн тулд аюулгүй байдал хангагдаагүй урт замыг туулж очдог ч, томилолт, гүйцэтгэлийн үнэлгээ маш бага байгаа нь хүндрэл учруулж байна.

- Шинжээчийн мэдлэг, ёс зүй, харилцаа, зөвлөгөө өгөх ур чадвар мөн тайлагнах, албан бичиг хөтлөх ур чадвар хангалтгүй. Магадлан итгэмжлэлийн шинжээчийг бэлтгэх, сургах, чадавхжуулах тусгайлсан сургалтын хөтөлбөр байдаггүйгээс эмнэл зүйн практикт олон жил ажилласан шалгуураар шалгаж авч байгаа нь үнэлгээнд сөрөг нөлөө үзүүлж магадлан итгэмжлэлд орж байгаа эмнэлгүүд шинжээчдийг хүлээн зөвшөөрөхгүй байх, үнэлгээнд нь итгэж үнэмшихгүй айх сөрөг ур дагавартай байна. Шинжээчид тавигдах ёс зүйн дүрэм байдаггүй.
- Магадлан итгэмжлэх шалгуур үзүүлэлтүүд давхцал ихтэй байдаг нь үр дүн муутай. Зарим шалгуур хууль эрх зүйн үндэслэлгүй байгаа нь үнэлгээ өгөхөд бэрхшээл учруулдаг.

Ийнхүү магадлан итгэмжлэлийн эрх зүйн орчин, үйл ажиллагааны зохион байгуулалт, шалгуурын бүтэц, шинжээчдийн ур чадвар, чадавх, сонгон шалгаруулалт, ёс зүй, чадавхыг нэмэгдүүлэх хөгжилд анхаарал татсан, тулгамдсан асуудал ихтэй байна. Улсын эрүүл мэндийн байгууллагууд, ялангуяа орон нутгийн давуу эрх бүхий эмнэлгүүд магадлан итгэмжлэлийн шалгуурын шаардлагыг хангаагүй ч санхүүжилттэй холбоотойгоор магадлан итгэмжлэл олгодог жишиг цөөн боловч байсаар байна. Эрүүл мэндийн байгууллагуудын магадлан итгэмжлэх үйл ажиллагааг чанарын баталгаажилтыг хангах тасралтгүй үйл явц гэж ойлгох хандлага дутмаг, санхүүжилтээ авахын тулд бүрдүүлдэг зүйл гэж үзэх үзэл давамгайлж байна. Энэ нь явцын хяналт, үнэлгээгээр нотлогдож байна.

5. Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоог бэхжүүлэх бодлогын хүрээ, зарчим

Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн зорилго нь тусламж, үйлчилгээний чанарыг сайжруулах, үйлчлүүлэгчийн аюулгүй байдлыг хангахад оршдог иймд чанар аюулгүй байдлын асуудлыг эрүүл мэндийн тогтолцоонд нь авч үзэх нь зүйтэй ⁴⁷. Иймд эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоог бэхжүүлэх, хөгжүүлэх бодлогыг Монгол улсын эрүүл мэндийн салбарт баримталж буй бодлого, хөгжлийн хандлага, чиглэлтэй уялдуулах нь ойлгомжтой байна. Монгол Улсын Засгийн газар "Алсын хараа-2050" Монгол Улсын урт хугацааны хөгжлийн бодлогод суурилсан 2020-2024 оны үйл ажиллагааны хөтөлбөрийг хэрэгжүүлж байгаа бөгөөд эрүүл мэнд, боловсрол, соёл урлаг, шинжлэх ухаан технологийн салбарт гарцад суурилсан төсвийн санхүүжилтийн бодлогыг хэрэгжүүлж ажиллаж байна. Энэхүү бодлогын хүрээнд эрүүл мэндийн бүх нийтийн хамралтад хүрэх зорилгоор өөрөөр хэлбэл хүн ам эрүүл мэндийн эрэлт, хэрэгцээнд нийцсэн чанартай тусламж, үйлчилгээг тэгш, хүртээмжтэй, санхүүгийн эрсдэлд орохгүйгээр авах боломжийг бүрдүүлэх зорилгоор эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийн тогтолцоонд стратегийн худалдан авалтын эрх зүйн орчныг бүрдүүлэн хууль, эрх зүйн багц өөрчлөлтүүдийг УИХ-ын 2020 оны 08 дугаар сарын 28-ны өдөр хийж эрүүл мэндийн салбарт шинэчлэл явагдаж байна. Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ худалдан авагч байгууллага нь санхүүгийн хөшүүргээр дамжуулан тусламж, үйлчилгээний чанарыг сайжруулах, гүйцэтгэл үр дүнд суурилсан санхүүжилтийн механизмыг ашиглан

⁴⁷ Everybody's business - Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf, accessed 26 April 2010)

эмнэлгүүдийн тусламж үйлчилгээний чанар, үйл ажиллагааны үр ашгийг нэмэгдүүлэх орчин бүрдээд байна. Иймд эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоог бэхжүүлэх хөгжүүлэх замын зураглал нь салбарын шинэчлэлийн зорилго, бодлоготой уялдсан байх зарчмыг хангах нь зүйтэй юм.

Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоог бэхжүүлэх хөгжүүлэх замын зураглалын хүрээг тодорхойлохдоо дараах хүчин зүйлийг анхаарах нь зүйтэй байна. Үүнд: дэлхий дахинд дэгдсэн Ковид 19 цар тахлын дараах улс орнуудын эрүүл мэндийн тогтолцоонд гарсан эерэг ба сөрөг үр дагавар, эмч, эмнэлгийн мэргэжилтний ажиллах хүчний хомсдол, цаг уурын өөрчлөлт, дэлхийн даяаршил, нийгэм эдийн засгийн хүчин зүйлүүдийг харгалзаж үзэх нь хэрэгжүүлэхэд чухал нөлөө үзүүлэх юм.

6. Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоог бэхжүүлэх замын зураглал /2024-2028/

Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоог бэхжүүлэх, хөгжүүлэх зураглал нь дараах 7-н төрлийн арга хэмжээг агуулна.

6.1. АРГА ХЭМЖЭЭ 1. ЗАСАГЛАЛЫН ЗОХИЦУУЛАЛТ, ХУУЛЬ ЭРХ ЗҮЙН ӨӨРЧЛӨЛТ

Эрүүл мэндийн тогтолцооны хувьд магадлан итгэмжлэл нь чанарыг сайжруулах, аюулгүй байдлыг хангах олон төрлийн хөшүүргийн зөвхөн нэг нь хэдий ч хамгийн чухал нь бөгөөд үүнийг тусгай зөвшөөрөл, лиценз гэх мэт үнэлгээний бусад механизмаас ялгах нь засаглалын хувьд их ач холбогдолтой. Учир нь тусгай зөвшөөрөл, лицензийг бол ерөнхийд нь төрийн зохицуулалтын үүрэг гэж үздэг бөгөөд энэ нь иргэдийн эрүүл мэнд, аюулгүй байдлыг хамгаалах хамгийн доод стандартыг тогтоож түүнийг мөрдүүлэх зорилготой авч хэрэгжүүлж буй арга хэмжээ. Тийм ч учраас тухайн улсын эрүүл мэндийн асуудал хариуцсан төрийн байгууллага нь (ЭМЯ) тухайн байгууллагын үйл ажиллагаа явуулах хүчин чадал, чадавхыг тодорхойлсны үндсэн тусгай зөвшөөрөл, лицензийг олгох эрхийг хэрэгжүүлдэг байна. Нөгөө талаар магадлан итгэмжлэл нь тусгай зөвшөөрөл, лицензийн наад захын стандартаас илүү өргөн, үйл явцад суурилсан, хүрч болохуйц өндөр түвшний стандарт, шалгуурыг тогтоодог бөгөөд тасралтгүй сайжруулах соёлыг төлөвшүүлэх зорилготой. Тийм ч учраас засаглалын хувьд магадлан итгэмжлэл нь ихэнх улсад “сайн дурын” шинж чанартай байдаг бөгөөд удирдлагын үйл ажиллагаа нь ЭМЯ-аас хараат бус төрийн бус байгууллагын хэлбэртэй эсвэл засгийн газраас хүлээн зөвшөөрсөн, дэмжлэг авдаг, гэхдээ удирдлагын үйл ажиллагаа нь тусдаа, хараат бус, бие даасан зохицуулалтын агентлаг байдаг байна. Гэсэн хэдий ч, Брайтвэйт нарын хийсэн судалгаагаар, судалгаанд хамрагдсан бага, дунд орлоготой орнуудын 60 хувь нь эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн засаглалын хувьд ЭМЯ нь хариуцаж үйл ажиллагааг нь удирддаг бол өндөр хөгжилтэй орнуудтай харьцуулан үзэхэд ЭМЯ-даа харьяалагддаг засаглалын бүтэцтэй улс зөвхөн 8 хувийг эзэлдэг байна. Энэхүү засаглалын эрс ялгаатай байдал нь тухайн улс орнуудын нөөцийн чадавх мөн тогтвортой хөгжлийн асуудал байх магадлалтай гэж судлаачид таамаглажээ. Хэдийгээр засаглалын хувьд эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн байгууллага нь төрөөс хараат бус, бие даасан байх нь чухал ч гэсэн ЭМЯ-ны чанарыг сайжруулах, аюулгүй байдлыг хангуулах чиг үүргийг хэрэгжүүлэхэд нь дэмжлэг

үзүүлэх чухал үүрэг гүйцэтгэдэг гэдгийг анхаарах нь зүйтэй⁴⁸. Иймд эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн засаглалын асуудлыг хуульчлахдаа хамгийн эхний чухал алхам нь магадлан итгэмжлэлийн тогтвортой байдлыг хангахад чиглэсэн эрх зүйн орчныг бүрдүүлэх нь чухал гэж үздэг бөгөөд 2013 онд Шо нарын дэлхийн 44 улс орны эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн тогтолцооны талаар хийсэн судалгаагаар 60 хувь нь хуулиар шууд олгосон эрх мэдлийг хэрэгжүүлдэг байгууллагууд бол төрийн бус байгууллагын статустай Австрали, Их Британи, АНУ, Өмнөд Африк улс орнуудын эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн байгууллагуудад хуулиар шууд олгосон эрх мэдлийг хэрэгжүүлдэггүй байна⁴⁹. Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэл нь “албан журмынх” байна уу “сайн дурынх” байна уу гэдгээс үл хамааран эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн байгууллагын чиг үүрэг, түүний засаглал, эрх мэдэл, хариуцлага, төрөөс хэрэгжүүлж буй чанарын бодлоготой хэрхэн уялдаж ажиллах уялдаа холбоо зэргийг нарийн хуульчилж өгөх нь их чухал⁵⁰. Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээ, шийдвэр гаргах засаглалын бүтцийн хувьд бодлого боловсруулагч, хэрэгжүүлэгч нарын оролцоо хэдийгээр чухал ч гэсэн нөгөө талууд болох эмч, мэргэжилтнүүдийн мэргэжлийн байгууллага, худалдан авагч байгууллага, иргэд, даатгуулагчдын төлөөлөл эн тэнцүү тоогоор байх нь зүйтэй юм. Мөн ямар ч шийдвэрийн ёс зүйн зарчим, шударга байх зарчмыг хангах, хараат бусаар гомдол шийдвэрлэдэг засаглалын бүтцийг мөн давхар бий болгохыг анхаарах нь зүйтэй (Shaw et al).

6.1.1. Засаглалын зохицуулалт, хууль эрх зүйн өөрчлөлтийн хүрээнд хэрэгжүүлэх үйл ажиллагаа

2025-2026 онд:

1. Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 3.1.17-т заасан “магадлан итгэмжлэл” тодорхойлолтыг олон улсын тодорхойлолттой нийцүүлж, эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн “тусгай зөвшөөрөл”-өөс ялгаатай шинж чанаруудыг тодорхойлолтын агуулгад тусгаж өөрчлөх;
2. Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 22.1-т заасан “сайн дурын үндсэн дээр” гэсэн зарчим нь Эрүүл мэндийн даатгалын хуулийн... заалттай зөрчилдөж байгаа заалтыг өөрчилж эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэл нь “сайн дурын” байх хуулийн заалтыг нэг мөр болгох;
3. Худалдан авагч байгууллагын тусламж, үйлчилгээ худалдан авах гэрээнд магадлан итгэмжлэл нь гэрээ байгуулах “үндсэн шаардлага” болдог зохицуулалтыг өөрчилж гэрээний гүйцэтгэлийн нэмэлт урамшуулал авах нөхцөл болгож эрх зүйн хэм хэмжээний актад өөрчлөлт оруулах;
4. Мөн хуулийн 22.3-т заасан “Энэ хуулийн 22.2-т заасан магадлан итгэмжлэх байгууллага нь эрүүл мэндийн байгууллагын бүтэц, үйл ажиллагаа, эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний технологи, чанарыг орон тооны бус шинжээчдээр

⁴⁸ Braithwaite J, Shaw C, Moldovan M, Greenfield D, Hinchcliff R, Mumford V, Kristensen M, Westbrook J, Nicklin W, Fortune T, Whittaker S: Comparison of health services accreditation programs in low- and middle-income countries with those in higher income countries: a cross-sectional study. *Int J Qual Health Care* 2012, 24:568–577

⁴⁹ Shaw C, Braithwaite J, Moldovan M, Nicklin W, Grgic I, Fortune T, Whittaker S: Profiling health-care accreditation organizations: an international survey. *Int J Qual Health Care* 2013, 1–10

⁵⁰ Hort K, Djasri H, Utarini A: Regulating the Quality of Health Care: Lessons from Hospital Accreditation in Australia and Indonesia. Melbourne: Nossal Institute for Global Health; 2013

үнэлүүлж, дүгнэлт гаргана” гэснийг олон улсад магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээний мэргэжилтний хэрэгжүүлдэг үй ажиллагааны тодорхойлолтод нийцүүлэн гэж өөрчлөн найруулах;

5. Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийг бие дааж зохион байгуулах институт болж чадсан үндэсний төрийн бус байгууллагын судалгаа хийх, чадавхыг үнэлэх;
6. Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийг төрөөс хараат бусаар, бие дааж хийх чадавхтай институт болж чадсан үндэсний төрийн бус байгууллага бий болох хүртэл магадлан итгэмжлэлийн тогтолцооны одоогийн засаглалын бүтцэд өөрчлөлт оруулж эхний ээлжинд эрүүл мэндийн байгууллагад магадлан итгэмжлэл олгох шийдвэрийг төрөөс хараат бус, бие даасан байдлаар гаргах чадамжтай Эрүүл Мэндийн Магадлан Итгэмжлэлийн Үндэсний Зөвлөлийг /эрүүл мэндийн байгууллага, эмч, мэргэжилтнүүд, худалдан авагч, иргэд, өмчлөгчийн төлөөллийг багтаасан/ бий болгох, эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлтэй холбоотой гомдол шийдвэрлэх хараат бус бүтэц болох Маргаан Шийдвэрлэх Зөвлөл /магадлан итгэмжлэл олгох шийдвэр гаргадаг бүтцээс тусдаа/, магадлан итгэмжлэлийн стандарт, шалгуурыг боловсруулах Техникийн Хороог бий болгох хууль эрх зүйн өөрчлөлтийг хийх.

2027-2028 онд:

7. Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 8.1.18-т заасан “...магадлан итгэмжлэл олгох үйл ажиллагааг зохион байгуулах” гэсэн энэхүү заалтыг эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн стандарт, шалгуурыг тогтоох эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн байгууллага засаглалын хувьд төрөөс хараат бус, бие даасан гэх статустай уялдуулан өөрчлөн найруулах;
8. “22.4.Эрүүл мэндийн байгууллагыг магадлан итгэмжлэх, шинжээч сонгон шалгаруулах, ажиллуулах журам, магадлан шинжлэх шалгуурыг эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн Засгийн газрын гишүүн, үйлчилгээний төлбөрийн хэмжээ, холбогдох зардлын жишгийг санхүү, төсвийн болон эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн Засгийн газрын гишүүд хамтран батална” гэсэн зохицуулалтыг задалж магадлан итгэмжлэх, сонгон шалгаруулалт зэргийг магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээний удирдлага, зохион байгуулалтад хамааруулах, магадлан итгэмжлэлийн стандарт, шалгуурыг Техникийн хороо боловсруулах гэж өөрчлөн найруулах.

6.2. АРГА ХЭМЖЭЭ 2. ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН МАГАДЛАН ИТГЭМЖЛЭЛИЙН СТАНДАРТ, ШАЛГУУРЫГ БОЛОВСРОНГУЙ БОЛГОХ

Аливаа эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн тогтолцооны гол цөм нь магадлан итгэмжлэлийн стандарт, шалгуурын бодитой байдал, хэмжигдэхүйц байдал, найдвартай байдал, хүчин төгөлдөр байдал байдаг байна. Магадлан итгэмжлэлийн стандарт, шалгуур нь эрүүл мэндийн байгууллага гүйцэтгэлээ сайжруулахыг хөшүүрэгдсэн хирнээ хүрч болохуйц бөгөөд хатуу зааварчилгаагүй байх нь чухал юм. Тийм ч учраас эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн стандарт, шалгуурыг боловсруулах аргачлал, гарын авлагыг Олон Улсын Эрүүл мэндийн Чанарын Нийгэмлэг (ISQua) - ээс үнэ төлбөргүй түгээдэг. Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн стандарт, шалгуурыг боловсруулахдаа хамгийн түрүүнд

өөрийн улс орны эрүүл мэндийн салбарт ашигладаг стандарт, хөтөлбөрүүдийг судалж үзэх, цаашлаад шинжлэх ухааны нотолгоонд суурилсан эх сурвалжуудыг судалж үзэх нь чухал байдаг. Магадлан итгэмжлэлийн стандарт, шалгуур нь тусламж, үйлчилгээний бүхий л үйл явцыг /өвчтөний үнэлгээ, оношилгоо, эмчилгээ, эмийн менежмент, халдвараас сэргийлэх, цусны хэрэглээ, мэдээгүйжүүлэг, өвчтөний эрүүл мэндийн боловсрол, тусламж, үйлчилгээний тасралтгүй байдал/ агуулсан байх шаардлагатай. Үүнээс гадна энэхүү үйл явцыг хэрэгжүүлэхдээ байгууллагын засаглал, манлайлал, санхүүгийн удирдлага, эмнэлгийн мэргэжилтний мэргэжлийн үнэлгээ, хүний нөөцийн удирдлага, аюулгүй байдлын соёл, эмнэлгийн цахим систем, үйлчлүүлэгчийн эрх, эмнэлгийн мэргэжилтний ёс зүй, чанар, аюулгүй байдлын удирдлагыг хэрхэн шийдвэрлэснийг багтаасан байдаг. Тийм ч учраас магадлан итгэмжлэлийн стандарт, шалгуурыг тухайн тухайн чиглэлээр мэргэшсэн техникийн хүмүүс боловсруулдаг бөгөөд засаглалын хувьд ашиг сонирхлын зөрчил үүсэхээс сэргийлж магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээний мэргэжилтэн/шинжээчдийг стандарт, шалгуур боловсруулах үйл явцад оролцуулдаггүй харин стандарт, шалгуурыг эцэслэхдээ талуудын хэлэлцүүлгийг өргөн хүрээтэй зохион байгуулж саналыг нь авах нь чухал байдаг⁵¹. Хэлэлцүүлгээс гарсан саналуудыг тусгасан стандарт, шалгуурыг турших эрүүл мэндийн байгууллагыг сонгож, туршилтыг явуулдаг. Туршиж үзсэний дараа зохих өөрчлөлт, тохируулыг хийж дараа нь албажуулдаг байна. Нэгэнт эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн стандарт, шалгуур нь эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний үйл явцын гүйцэтгэлийг үнэлж, чанартай, аюулгүй гарц үйлдвэрлэхэд чиглэгддэг тул магадлан итгэмжлэлийн стандарт, шалгуурыг шинэчлэх үйл ажиллагаа тасралтгүй хийгдэж байх ёстой бөгөөд үүнийг тогтмол хийдэг техникийн мэргэжилтнүүдээс бүрдсэн бүтэц байх шаардлагатай юм. Жишээ нь: Олон улсын магадлан итгэмжлэлийн байгууллагууд стандарт, шалгуураа 4 жил тутамд шинэчилдэг байна.

Сонирхуулахад ирээдүйд магадлан итгэмжлэлийн стандарт, шалгуур нь зөвхөн гарцад суурилсан байх бөгөөд уг гарцад хүрэхэд ямар үйл явцаар хүрсэн түвшний үнэлгээ болно гэж судлаачид үзжээ (Nicklin W et al, 2021).

6.2.1. Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн стандарт, шалгуурыг боловсронгуй болгох хүрээнд хэрэгжүүлэх үйл ажиллагаа

2025-2026 онд:

1. Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн стандарт, шалгуурыг боловсруулах үйл ажиллагааг тогтвортой, тасралтгүй байдлыг хангах зорилгоор чиглэл чиглэлээр мэргэшсэн мэргэжилтнүүд, судлаач, экспертүүдээс бүрдсэн техникийн хороогоор стандарт, шалгуурыг боловсруулдаг эрх зүйн орчныг бүрдүүлэх;
2. Эрүүл мэндийн сайдын тушаалаар баталсан магадлан итгэмжлэлийн шалгуурын иж бүрэн үнэлгээг хийж Олон Улсын Эрүүл Мэндийн Чанарын Нийгэмлэгийн Гадаад Үнэлгээний Холбооны (ISQuaEEA) магадлан итгэмжлэлийн стандарт, шалгуурт тавигддаг шаардлага, агуулга, бүтцийн дагуу дахин өөрчлөн боловсруулах.

2027-2028 онд:

⁵¹ International Society for Quality in Health Care: The Guidelines and Principles for the Development of Health and Social Care Standards, 2018.

3. Олон улсын Эрүүл Мэндийн Чанарын Нийгэмлэгийн Гадаад Үнэлгээний Холбооны (ISQuaEEA) магадлан итгэмжлэлийн стандарт, шалгуурын дагуу шинээр боловсруулсан эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэлийн стандарт, шалгуурын дагуу магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээ хийж турших, нутагшуулах, ашиглах

6.3. АРГА ХЭМЖЭЭ 3. ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН МАГАДЛАН ИТГЭМЖЛЭЛИЙН ҮНЭЛГЭЭНИЙ ҮЙЛ АЖИЛЛАГААНЫ УДИРДЛАГА, ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТЫГ БОЛОВСРОНГУЙ БОЛГОХ

Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээг зөвхөн эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээ хийх үйл явц гэж харж болдоггүй учир нь магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээний үйл ажиллагаа нь дараах үйл явцаас бүрддэг. Үүнд: Эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэлийн хүсэлт гаргах үйл явц, түүнтэй хамааралтай зохицуулалтууд, эрүүл мэндийн байгууллагын өөрийн үнэлгээ хийх аргачлалаар хангах, зөвлөх үйлчилгээ үзүүлэх, түүнтэй хамааралтай зохицуулалтууд, магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээ хийх мэргэжилтэн/шинжээчийг сонгох, хуваарилах, гэрээ байгуулах, гэрээний үүргийг хангуулах, ажлыг нь дүгнэж ажлын хөлсийг нь олгох, хариуцлага тооцох гэх мэт түүнтэй хамааралтай зохицуулалтууд, эрүүл мэндийн байгууллага дээр очиж үнэлгээ хийх үйл явц, түүнтэй хамааралтай зохицуулалтууд, магадлан итгэмжлэлийн дараа үнэлгээний үр дүнг тайлагнах, шийдвэр гаргах үйл явц болон түүнтэй хамааралтай зохицуулалтууд, эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэлийн мэдээ цуглуулах, хуримтлуулах, солилцох, мэдээний сан үүсгэх үйл явц, түүнтэй хамааралтай зохицуулалтууд багтдаг юм. Нэгэнт магадлан итгэмжлэл нь жилийн турш тасралтгүй үргэлжилдэг үйл ажиллагаа тул иймд дээрх нарийн төвөгтэй уялдаа холбоотой олон төрлийн үйл явцыг өдөр тутам удирддаг, зохион байгуулдаг бүтэц байх нь ойлгомжтой юм⁵². Магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээний удирдлага, зохион байгуулалтад олон төрлийн сорилтууд үргэлж тулгардаг: нөөцийн хомс байдал, авлига, ашиг сонирхлын зөрчил, цахим мэдээллийн систем, магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээний мэргэжилтэн/шинжээчдийн мэдлэг чадвар, ажлын туршлага, чадавх хангалтгүй байх гэх мэт. Эрүүл мэндийн байгууллага нь магадлан итгэмжлэл авсны дараа магадлан итгэмжлэлийн стандарт, шалгуурыг хангах үйл явц зогсож болохгүй, байгууллага нь гүйцэтгэлээ тасралтгүй сайжруулдаг байх хөшүүрэг байх нь чухал. Иймд нэгэнт магадлан итгэмжлэгдсэн байгууллагуудад явцын үнэлгээ хийх, гүйцэтгэлийг тасралтгүй сайжруулах үйл ажиллагаанд мэргэжил арга зүйн зөвлөгөө өгөх, үйлчлүүлэгчдээс ирсэн гомдлын дагуу газар дээр нь шалтгаан хамаарлын дүн шинжилгээ хийж үйлүүлэгчийн аюулгүй байдал алдагдсан, эрүүл мэндэд ноцтой хохирол учруулсан тохиолдолд магадлан итгэмжлэлийг хүчингүй болгох зэрэг үйл ажиллагаанууд тасралтгүй хийгдэж байх ёстой юм. Үндэсний эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоог амжилттай хэрэгжүүлсэн улс орнуудын жишээнээс үзэхэд тогтвортой санхүүжилт маш чухал хүчин зүйл байсан бөгөөд зарим судалгаанд дурдсанаар эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээний үйл ажиллагааг удирдлага, зохион байгуулалтаар хангадаг байгууллагын санхүүжилтийг эхний 2 жилдээ тогтвортой байлгах үүднээс төрөөс хариуцаж

⁵² Sax S, Marx M: Local perceptions on factors influencing introduction of international healthcare accreditation in Pakistan. Health Policy Planning 2013.

байгаад яваандаа уг байгууллага нь өөрөө өөрийгөө санхүүжүүлэх боломжийг бүрдүүлээд явсан туршлага байгаа юм⁵³.

Эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээний мэдээллийн системийг хөгжүүлэх нь үнэлгээний үйл ажиллагааг ухаалгаар удирдах, зохион байгуулах чухал хүчин зүйлээс гадна үнэлгээний мэдээний сангийн мэдээллийг эрүүл мэндийн салбарын бодлогод ашиглахад ач холбогдолтой байдаг⁵⁴. Жишээ нь: магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээнээс эмнэлгүүдийн антибиотикийн буруу хэрэглээний мэдээний сангаас салбарын хэмжээний антибиотик хэрэглээний талаарх бодлогыг тодорхойлж болох юм.

6.3.1. Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээний үйл ажиллагааг сайжруулах, удирдлага, зохион байгуулалтыг боловсронгуй болгох хүрээнд хэрэгжүүлэх үйл ажиллагаа

2025-2026 онд:

1. Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээг удирддаг, зохион байгуулдаг санхүүгийн хувьд бие даасан, хараат бус, байнгын ажиллагаатай бүтцийг бий болгох эрх зүйн орчныг бүрдүүлэх, бүтэц, зохион байгуулалтыг тодорхойлох, үйл ажиллагааны журмыг боловсруулах;
2. Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээний удирдлага, зохион байгуулалтыг хариуцах бүтцийн өдөр тутмын үйл ажиллагаа явуулах санхүүжилтийг төрөөс даах төсвийн тооцоолол хийх, төсөвт тусгах эрх зүйн орчныг бүрдүүлэх;
3. Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээний мэдээлэл цуглуулах, солилцох, боловсруулах мэдээллийн системийг хөгжүүлэх, эмнэлгийн алдаа тохиолдлын бүртгэлийн программтай уялдуулах.

⁵³ Mansour W, Boyd A, Walshe K. The development of hospital accreditation in low-and middle-income countries: a literature review. *Health policy and planning*. 2020 Jul;35(6):684-700

⁵⁴ Sheuwen Chuang & Peter P. Howley (2017) Strategies for integrating clinical indicator and accreditation systems to improve healthcare management, *International Journal of Healthcare Management*, 10:4, 265-274, DOI: 10.1080/20479700.2017.1300396

2027-2028 онд:

4. Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээний удирдлага, зохион байгуулалтыг хариуцах бүтцийн төрөөс хариуцаж байсан санхүүжилтийг зогсоож, үйлчилгээний төлбөрөө өөрөө тогтоох замаар санхүүгийн хувьд биеэ даах, өөрөө өөрийгөө санхүүжүүлэх, гэхдээ ашгийн бус байх эрх зүйн зохицуулалтыг хийх;
5. Эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээний мэдээллийг үйлчлүүлэгчдэд нээлттэй болгох, магадлан итгэмжлэгдсэн эмнэлгүүдийн үйлчлүүлэгчдээс гомдол хүлээн авах, эрүүл мэндийн байгууллагын гаргасан эмнэлгийн алдаа, тохиолдлын талаар мэдээлдэг олон нийтэд зориулсан мэдээллийн платформуыг бий болгох;
6. Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээний удирдлага, зохион байгуулалтыг хариуцдаг байгууллагыг Олон Улсын Эрүүл Мэндийн Чанарын Нийгэмлэгийн Гадаад Үнэлгээний Холбооны (ISQuaEEA) магадлан итгэмжлэлд хамруулах, олон улсад магадлан итгэмжлэл явуулах эрх авах.

6.4. АРГА ХЭМЖЭЭ 4. ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН МАГАДЛАН ИТГЭМЖЛЭЛИЙН ҮНЭЛГЭЭНИЙ МЭРГЭЖИЛТЭН/ШИНЖЭЭЧИЙГ БЭЛТГЭХ, СУРГАХ, ЧАДАВХЖУУЛАХ

Магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээг эрүүл мэндийн байгууллага дээр очиж хийдэг мэргэжилтэнг үнэлгээний мэргэжилтэн (assessor, surveyor) гэнэ. Манай улсад магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээ хийдэг мэргэжилтэнг шинжээч гэж тодорхойлсон байдаг гэтэл олон улсад бол магадлан итгэмжлэлийн шинжээч гэдэг бол магадлан итгэмжлэлийн стандарт, шалгуурыг боловсруулахад оролцдог тухайн мэргэжлээрээ мэргэшсэн, мэдлэг, ур чадвар, чадавх нь хүлээн зөвшөөрөгдсөн мэргэжилтэнг хэлдэг байна тэгэхээр үнэлгээний мэргэжилтэн, шинжээч тус тусдаа 2 өөр чиг үүргийг хэрэгжүүлдэг мэргэжилтэн байдаг байна. Шинжлэх ухааны үндэслэлтэй сургалтын хөтөлбөрийн дагуу маш сайн бэлтгэгдсэн, магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээ, арга зүй, стандарт, шалгуурын талаар өргөн хүрээний мэдлэг чадвартай, туршлагатай магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээний мэргэжилтэн нь магадлан итгэмжлэлийн тогтолцооны маш чухал, гол хүчин зүйл юм (Mate KS et al, 2014). Брайтвэйт нарын нарын бага, дунд орлоготой 20 улс орны эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоонд хийсэн судалгаанаас үзэхэд магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээний мэргэжилтэнг тодорхой хөтөлбөрийн дагуу сургаж, бэлтгэж, чадавхжуулсан чадсан нь тогтолцоогоо бэхжүүлж чадсан байдгийг харуулж байна⁵⁵. Түүнээс гадна магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээний мэргэжилтэн мэргэжлийн мэдлэг, ур чадвараас гадна мэргэжлийн ёс зүй, хандлагыг төлөвшүүлсэн байх нь чухал юм. Мөн магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээний явцад тухайн эрүүл мэндийн байгууллагын ажилтнуудад байгууллагын гүйцэтгэлийг сайжруулах, чанар, аюулгүй байдлыг хангуулахад чиглэсэн зөвлөгөө, сургалтыг газар дээр нь өгөх сурган заах чадвартай байх хэрвээ магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээ шийтгэх, зэмлэх шинж чанарыг агуулж байгаа бол чанарыг

⁵⁵ Braithwaite J, Shaw C, Moldovan M, Greenfield D, Hinchcliff R, Mumford V, Kristensen M, Westbrook J, Nicklin W, Fortune T, Whittaker S: Comparison of health services accreditation programs in low- and middle-income countries with those in higher income countries: a cross-sectional study. *Int J Qual Health Care* 2012, 24:568–577

тасралтгүй сайжруулах соёлыг шууд үгүйсгэж магадлан итгэмжлэлийн зорилго амжилтгүй болно.

6.4.1. Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээний мэргэжилтэн/шинжээчийг бэлтгэх, сургах, чадавхжуулах хүрээнд хэрэгжүүлэх үйл ажиллагаа

2025-2026 онд:

1. Төр хувийн хэвшлийн түншлэлийн хүрээнд эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээний мэргэжилтэн/шинжээчийг бэлтгэх, тасралтгүй сургах, чадавхжуулах сургалтын хөтөлбөртэй болох, хөтөлбөрийн дагуу бэлтгэх, сургах, чадавхжуулах;
2. Магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээний мэргэжилтэн/шинжээчийг сонгон шалгаруулах үйл ажиллагааг боловсронгуй болгох, хүний нөөцийн мэдээллийн сан үүсгэх, нөөцийн бүртгэлийг бий болгох;
3. Магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээний мэргэжилтэн/шинжээчийн ёс зүйн дүрмийг боловсруулах, хариуцлагын механизмын эрх зүйн орчныг бүрдүүлэх.

2027-2028 онд:

4. Төр хувийн хэвшлийн түншлэлийн хүрээнд боловсруулсан магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээний мэргэжилтэн/шинжээчийг бэлтгэх, чадавхжуулах сургалтын хөтөлбөрийг Олон Улсын Эрүүл Мэндийн Чанарын Нийгэмлэгийн Гадаад Үнэлгээний Холбооны (ISQuaEEA) магадлан итгэмжлэлд хамруулах, олон улсад хүлээн зөвшөөрөгдсөн хөтөлбөртэй болох;
5. Олон Улсын Эрүүл Мэндийн Чанарын Нийгэмлэгийн Гадаад Үнэлгээний Холбооны (ISQuaEEA) магадлан итгэмжлэгдсэн хөтөлбөртэй олон улсын сургалтад үнэлгээний/мэргэжилтнүүдийг хамруулах, олон улсад хүлээн зөвшөөрөгдсөн үнэлгээний мэргэжилтэн бэлтгэх.

7. Хэлэлцүүлэг

7.1. Магадлан итгэмжлэлийн ач холбогдол, хүсэл сонирхлыг өдөөгч хүчин зүйл.

Эрүүл мэндийн салбарын бодлого боловсруулагчид болон эрүүл мэндийн байгууллагын удирдлага магадлан итгэмжлэлийн агуулга, ач холбогдлыг ойлгохоосоо өмнө магадлан итгэмжлэл нь чанараа сайжруулах, аюулгүй байдлыг хангуулах мөн санхүүгийн үр ашиг, бизнесийн давуу талыг бий болгодог хэрэгсэл гэж үздэг байх нь чухал. Жишээ нь эмнэлгээс шалтгаалсан халдварын хувь эсвэл эхийн эндэгдлийн хувь гэх мэт шалгуур үзүүлэлтийг суурь түвшнийг сайжруулах үйл явцаас магадлан итгэмжлэл хүртэлх бүхий л замын үйл явц нь эмнэлгийн удирдлагаас жирийн ажилтан хүртэлх бүх хүмүүсийн үр дүнг сайжруулах гэсэн хүсэл эрмэлзэл юм. 44 улс орныг хамруулсан олон улсын судалгаагаар 80 хувь нь магадлан итгэмжлэлийг “чанар сайжруулах”-ыг хөшүүрэгддэг хамгийн гол хэрэгсэл гэж үзсэн бол мөн арилжааны сэдэл, сонирхлыг өдөөгч хүчин зүйл болдог гэж мөн адил үзжээ⁵⁶. Магадлан итгэмжлэлийг банкны хөнгөлөлттэй зээл олгох, зээлийн төлбөрийн нөхцөлийг

⁵⁶ Shaw C, Braithwaite J, Moldovan M, Nicklin W, Grgic I, Fortune T, Whittaker S: Profiling health-care accreditation organizations: an international survey. Int J Qual Health Care 2013, 1–10

баталгаажуулах, эрүүл мэндийн даатгалын сангаас олгох хөнгөлөлтийн ялгаатай хувь хэмжээ тогтоох, тусламж, үйлчилгээ худалдан авагч байгууллагатай байгуулах гэрээний урамшуулал авах нөхцөл, ажил олгогчдын зүгээс ажиллагсдаа эрүүл мэндийн урьдчилан сэргийлэх үзлэгт оруулах эрүүл мэндийн байгууллагыг сонгох нөхцөл, эрүүл мэндийн аялал жуулчлал зэрэгтэй холбож “бизнесжүүлэх” магадлан итгэмжлэлийн үр дүнтэй механизмын аргууд бий болсон байна. 2009 онд Европын холбооны улсуудын эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн үйл ажиллагаанд хийсэн судалгаагаар “сайн дурын магадлан итгэмжлэлийн хэрэгцээ, тогтвортой байдал нь магадлан итгэмжлэгдсэн байгууллагуудад шууд санхүүжилтээр эсвэл зах зээлд эзлэх байр суурийг нэмэгдүүлснээр арилжааны ашиг олох давуу байдлыг бий болгодог”⁵⁷ гэж үзжээ

7.2. Магадлан итгэмжлэл ба даатгалын зохицуулалтын зааг ялгаа.

Даатгуулагчид, ажил олгогчид магадлан итгэмжлэлийг эрүүл мэндийн даатгалын байгууллагатай гэрээ байгуулах урьдчилсан нөхцөл болгох нь найдвартай зүйл гэж үздэг учраас энэхүү зохицуулалт нь нэмэгдсээр байгаа нь харамсалтай байна гэж судлаачид үзэж байна. Уг нь даатгалын байгууллага даатгалын гэрээ байгуулсан байгууллагынхаа чанар, үр дүнг өөрөө үнэлдэг тогтолцоо, механизмтай байх ёстой атал магадлан итгэмжлэлийг чанарын шаардлага болгоно гэдэг нь магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоонд маш их хор хөнөөлтэй зүйл юм⁵⁸. Ийм зохицуулалтууд одоогоор Энэтхэг, Бразил, Коста Рика мөн манай улсад байна. Энэ тохиолдолд хэдийгээр магадлан итгэмжлэлийг “сайн дурын” гэж хуульчилсан ч санхүүгийн хөшүүрэг нь магадлан итгэмжлэлийг хуульчлахгүйгээр “албан журмынх” болгож байгаа нь тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгчийн тухайд санхүүжилтээ авахын тулд албан журмаар магадлан итгэмжлэл авах зохицуулалт болдог байна. Уг нь бол худалдан авагч байгууллага (эрүүл мэндийн даатгалын байгууллага) хамгийн сайн гүйцэтгэлтэй байгууллагад санхүүжилтийн нэмэлт урамшуулал өгөх сонирхолтой байх нь зүйн хэрэг тийм ч учраас магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээний стандарт, шалгууртай давхцуулахгүйгээр өөрийн чанарын шалгуур үзүүлэлтийг тогтоож гэрээний гүйцэтгэлийг үнэлж чанараа тасралтгүй сайжруулж буй эрүүл мэндийн байгууллагад урамшуулдаг механизм нь зөв зохицуулалтын хөшүүрэг болдог байна⁵⁹. Иймд магадлан итгэмжлэлийн байгууллага үнэлгээ, стандарт, тогтоох шийдвэр гаргах үйл ажиллагаанд худалдан авагч байгууллагыг (эрүүл мэндийн даатгалын байгууллага) байнга оролцуулж байх нь тэдгээрийн зүгээс магадлан итгэмжлэлийн байгууллагын чанар, гүйцэтгэл, үр дүнг үнэлж чадах тал гэж хүлээн зөвшөөрдөг харилцан уялдаатай харилцаа юм. Энэ нь нөгөө талдаа магадлан итгэмжлэлийг тогтвортой байлгах гол хүчин зүйл болж хөгжлийг нь хангадаг байна. Магадлан итгэмжлэлийн зарим сайн бэхэжсэн тогтолцоог харахад тэдгээр нь худалдан авагч (эрүүл мэндийн даатгалын байгууллага) эсвэл төрийн өмнөөс гэрээгээр хөндлөнгийн гадаад үнэлгээ хийдэг болж хөгжсөн нь хэн хэн нь давхцуулсан хяналт, үнэлгээ хийхгүй байх, давхар зардал нөөц гаргахгүй, үр ашигтай зохицуулалт байдаг

⁵⁷ Shaw C, Kutryba B, Braithwaite J, Bedlicki M, Warunek A: Sustainable healthcare accreditation: messages from Europe in 2009. *Int J Qual Health Care* 2010, 22:341–350

⁵⁸ LaForgia G, Nagpal S: *Government-Sponsored Insurance in India*. Washington, DC: The World Bank; 2012

⁵⁹ Montagu D: Accreditation and other external quality assessment systems for healthcare. *Rev Exper Lessons Learned* 2003, 1–40

байна⁶⁰. Эрүүл мэндийн даатгалын байгууллага нь тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгчдийн гүйцэтгэлийн тоон мэдээллийг магадлан итгэмжлэлийн байгууллагатай хуваалцах нь маш чухал ач холбогдолтой бөгөөд олон улс оронд эрүүл мэндийн даатгалын байгууллагын зүгээс магадлан итгэмжлэлийн стандарт, шалгуур тогтоох, чадавхжуулах үйл ажиллагаанд санхүүгийн дэмжлэг үзүүлж оролцдог байна.

7.3. Чанарын Дэд Бүтэц. Иргэд, үйлчлүүлэгчид, засгийн газар, худалдан авагч байгууллага эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг худалдан авахдаа уг бүтээгдэхүүн, үйлчилгээ нь чанар, стандартын шаардлагыг хангасан гэсэн хүлээлттэй байдаг. Энэхүү хүлээлтийг хангах зорилгоор эрүүл мэндийн тогтолцоонд үндэсний стандарт, шалгуур, ёс зүйн хэм хэмжээ, зохицуулалтууд байдаг бөгөөд тэгдгэрийг нарийн боловсруулж хэрэгжүүлдэг. Олон улсад үүнийг: ийм тогтолцоо нь тухайн улсын үндэсний Чанарын Дэд Бүтэц-ийг бүрдүүлж байдаг гэж тодорхойлдог. Чанарын дэд бүтэц нь 5-н тулгуураас бүрддэг бөгөөд эдгээр тулгууруудаас магадлан итгэмжлэл нь хамгийн дээд түвшний тулгуур юм. Учир нь эрүүл мэндийн байгууллагууд бусад 4-н тулгуурыг бүрэн хангасан тохиолдолд хамгийн дээд тулгуурын түвшинд хүрдэг байна. (Зураг 8)

Зураг 8. Чанарын Дэд Бүтэц-ийн 5-н тулгуур



8. Дүгнэлт

Магадлан итгэмжлэл нь зүгээр нэг үнэлгээ биш харин нийгмийн харилцааны, зохицуулалтын, зохион байгуулалтын цогц арга хэмжээ юм гэдгийг олон судалгаа, нотолгоо тодорхойлсон байдаг. Эрүүл мэндийн системүүд эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний үйл явцыг сайжруулах, чанар, үр ашгийг нэмэгдүүлэх зорилго, зорилтуудыг дэвшүүлж байгаа энэ цаг үед магадлан итгэмжлэлийг үйл ажиллагааг тогтвортой сайжруулах бат бэх суурь шаардлагатай байна. 20 гаруй жилийн түүхтэй манай улсын эрүүл мэндийн магадлан

⁶⁰ Shaw C, Braithwaite J, Moldovan M, Nicklin W, Grgic I, Fortune T, Whittaker S: Profiling health-care accreditation organizations: an international survey. Int J Qual Health Care 2013, 1–10.

итгэмжлэлийн тогтолцоо нь чанарыг сайжруулах, аюулгүй байдлыг хангах зорилтыг дэвшүүлж, түүнийг амжилттай хэрэгжүүлэх бүх талын арга хэмжээнүүдийг авч хэрэгжүүлж байсан хэдий ч олон сорилт, бэрхшээлтэй тулгарч ирсэн билээ. 20 жилийн өмнөхтэй харьцуулахад улс орнуудын эрүүл мэндийн тогтолцооны хөгжил, хууль эрх зүйн орчин, бодлого, стратеги, зорилго, зорилтууд нь гадна, дотно талдаа ч тэр маш их хувьсан өөрчлөгдөж байна. Үүний нөлөөлөл нь улс орнуудын эрүүл мэндийн салбарт тусламж, үйлчилгээний чанарыг сайжруулах, үйлчлүүлэгчийн аюулгүй байдлыг хангах, үр, эрүүл мэндийн байгууллагын үр ашигт суурилсан гүйцэтгэлийг нэмэгдүүлэх зорилтуудыг хэрэгжүүлэх механизм болсон магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоог (засаглал, стандарт, шалгуур, үнэлгээ, түүний үйл ажиллагааны зохион байгуулалт, магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээний мэргэжилтэн, шинжээчдийг мэдлэг, ур чадвар, чадавх, ёс зүйн асуудал) цаашид хэрхэн хөгжүүлэх, бэхжүүлэх, олон улсын жишигт хэрхэн нийцүүлэх вэ гэсэн сорилтуудын өмнө ирээд байна.

Тийм ч учраас улс орнууд дараах 4-н үндсэн зарчим дээр суурилсан магадлан итгэмжлэлийн тогтолцооны “бизнес загвар”-ыг бий болгох зорилтыг дэвшүүлэн ажиллаж байна. Үүнд: 1) Магадлан итгэмжлүүлэх хүсэл сонирхол бүхий эрүүл мэндийн байгууллагуудыг бодлогоор дэмжих; 2) Үйл явцыг тасралтгүй сайжруулахад чиглэгдсэн шалгуураас бүрдсэн нотолгоонд суурилсан магадлан итгэмжлэлийн стандартыг боловсруулах; 3) Магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээний үйл явцыг боловсронгуй болгох, үнэлгээний мэргэжилтэн, шинжээчийг бэлтгэх, тасралтгүй чадавхжуулах, мэргэшүүлэх сургалтын тогтвортой тогтолцоог бий болгох; 4) Гүйцэтгэлээ тасралтгүй сайжруулж буй эрүүл мэндийн байгууллагыг урамшуулах механизм, зохицуулалтуудыг бий болгох. Магадлан итгэмжлэлийн тогтолцооны энэхүү “бизнес загвар”-ын гол зүйл нь яах аргагүй засаглалын асуудал бөгөөд шийдвэр гаргалт, удирдлагын үйл ажиллагааны хувьд хараат бус, бие даасан субьектийг бий болгох, бүх талуудын (эмч, эмнэлгийн мэргэжилтний мэргэжлийн байгууллагын төлөөлөл, тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгчийн төлөөлөл, бодлого боловсруулагчдын төлөөлөл, худалдан авагч байгууллагын төлөөлөл, төрийн өмчийн төлөөлөл, иргэний байгууллагын төлөөлөл) оролцоог хангах явдал юм. Магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоог тогтвортой хөгжүүлэх бас нэг чухал хүчин зүйл бол санхүүжилт, иймд хараат бус, бие даасан үйл ажиллагааны үндэс нь санхүүжилтийн найдвартай эх үүсвэрийн асуудал юм.

Эрүүл мэндийн салбар дахь чанарын тухай үзэл баримтлал, түүн дотроо магадлан итгэмжлэл нь сайн дурын шинж чанартай, “тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгч-төвтэй” зарчим дээр суурилсан чанарыг сайжруулах үйл ажиллагаа байсан бол одоо үед олон нийт, худалдан авагчид хамаатай тэдэнд чиглэгдсэн “үйлчлүүлэгч-төвтэй” зарчим дээр суурилсан хөгжлийн өөр шатанд гарч байгааг анхаарахгүй байх аргагүй юм.

9. Хавсралт



ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН МАГАДЛАН ИТГЭМЖЛЭЛИЙН ТОГТОЛЦООГ БЭХЖҮҮЛЭХ ЗАМЫН ЗУРАГЛАЛ (2025-2028)





ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН МАГАДЛАН ИТГЭМЖЛЭЛИЙН ТОГТОЛЦООГ БЭХЖҮҮЛЭХ ЗАМЫН ЗУРАГЛАЛ (2025-2028)

II ХЭСЭГ

Магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээний удирдлага, зохион байгуулалтыг хариуцах бүтцийн өдөр тутмын үйл ажиллагаа явуулах санхүүжилтийг төрөөс даах төсвийн тооцоолол хийх, төсөвт тусгах эрх зүйн орчныг бүрдүүлэх

Магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээний мэдээлэл цуглуулах, солилцох, боловсруулах мэдээллийн системийг хөгжүүлэх

Магадлан итгэмжлэлийн төрөөс хариуцаж байсан санхүүжилтийг зогсоож, төлбөрөө өөрөө тогтоох замаар өөрөө өөрийгөө санхүүжүүлж санхүүгийн хувьд бие

Магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээний мэдээллийг олон нийтэд түгээх МЭДЭЭЛЛИЙН ПЛАТФОРМЫГ бий болгох



ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН МАГАДЛАН ИТГЭМЖЛЭЛИЙН ҮНЭЛГЭЭНИЙ ҮЙЛ АЖИЛЛАГААНЫ УДИРДЛАГА, ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТЫГ БОЛОВСРОНГУЙ БОЛГОХ

Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээг удирддаг, зохион байгуулдаг санхүүгийн хувьд бие даасан, хараат бус, байнгын ажиллагаатай бүтцийг бий болгох эрх зүйн орчинг бүрдүүлэх, бүтэц, зохион байгуулалтыг тодорхойлох, үйл ажиллагааны журмыг боловсруулах

Магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээний мэргэжилтэн/шинжээчийг сонгон шалгаруулах үйл ажиллагааг боловсронгуй болгох, хүний нөөцийн мэдээллийн сан үүсгэх, нөөцийн бүртгэлийг



Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээний удирдлага, зохион байгуулалтыг хариуцдаг байгууллагыг Олон Улсын Эрүүл Мэндийн Чанарын Нийгэмлэгийн Гадаад Үнэлгээний Холбооны (ISQuaEEA) магадлан итгэмжлэлд хамруулах, олон улсад магадлан итгэмжлэл явуулах эрх авах



ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН МАГАДЛАН ИТГЭМЖЛЭЛИЙН ҮНЭЛГЭЭНИЙ ҮЙЛ АЖИЛЛАГААНЫ УДИРДЛАГА, ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТЫГ БОЛОВСРОНГУЙ БОЛГОХ

Төр хувийн хэвшлийн түншлэлийн хүрээнд эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээний мэргэжилтэн/шинжээчийг бэлтгэх, тасралтгүй сургах, чадавхжуулах сургалтын хөтөлбөртэй болох, хөтөлбөрийн дагуу бэлтгэх, сургах,

Магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээний мэргэжилтэн/шинжээчийн ёс зүйн дүрмийг боловсруулах, хариуцлагын механизмын эрх зүйн орчинг

Төр хувийн хэвшлийн түншлэлийн хүрээнд боловсруулсан магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээний мэргэжилтэн/шинжээчийг бэлтгэх, чадавхжуулах сургалтын хөтөлбөрийг Олон Улсын Эрүүл Мэндийн Чанарын Нийгэмлэгийн Гадаад Үнэлгээний Холбооны (ISQuaEEA) магадлан итгэмжлэлд хамруулах, олон улсад хүлээн зөвшөөрөгдсөн хөтөлбөртэй болох

Олон Улсын Эрүүл Мэндийн Чанарын Нийгэмлэгийн Гадаад Үнэлгээний Холбооны (ISQuaEEA) магадлан итгэмжлэгдсэн хөтөлбөртэй олон улсын сургалтад үнэлгээний/мэргэжилтнүүдийг хамруулах, олон улсад хүлээн зөвшөөрөгдсөн үнэлгээний мэргэжилтэн бэлтгэх

АРАВ. АШИГЛАСАН ЭХ СУРВАЛЖ

1. Монгол Улсын Их Хурал 2020 оны 05 дугаар сарын 13-ны өдрийн 52 дугаар тогтоол
2. Эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэл 2021, ЭМЯ, ЭМХТ, ДЭМБ
3. Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн өнөөгийн нөхцөл байдлын дүн шинжилгээ, ЭМЯ, ЭМХТ, ДЭМБ, 2023
4. www.legalinfo.mn (Эрүүл мэндийн тухай хууль, Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хууль)
5. Araujo CA, Siqueira MM, Malik AM. Hospital accreditation impact on healthcare quality dimensions: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*. 2020 Sep;32(8):531-44.
6. Braithwaite J, Shaw CD, Moldovan M, Greenfield D, Hinchcliff R, Mumford V, Kristensen MB, Westbrook J, Nicklin W, Fortune T, Whittaker S. Comparison of health service accreditation programs in low-and middle-income countries with those in higher income countries: a cross-sectional study. *International Journal for Quality in Health Care*. 2012 Dec 1;24(6):568-77.
7. Desveaux L, Mitchell JI, Shaw J, Ivers NM. Understanding the impact of accreditation on quality in healthcare: a grounded theory approach. *International Journal for Quality in Health Care*. 2017 Nov 1;29(7):941-
8. Greenfield D, Braithwaite J. Developing the evidence base for accreditation of healthcare organisations: a call for transparency and innovation. *Qual Saf Health Care*. 2009 Jun;18(3):162-3.
9. Grepperud S. Is the hospital decision to seek accreditation an effective one? *The International journal of health planning and management*. 2015 Jan;30(1):E56-68
10. Mansour W, Boyd A, Walshe K. The development of hospital accreditation in low-and middle-income countries: a literature review. *Health policy and planning*. 2020 Jul;35(6):684-700.
11. Mate KS, Rooney AL, Supachutikul A, Gyani G. Accreditation as a path to achieving universal quality health coverage. *Globalization and health*. 2014 Dec;10(1):1-8
12. Montagu D. Accreditation and other external quality assessment systems for healthcare. DFID Health Systems Resource Centre Working Paper. 2003 May;1(1):1-38. <https://www.heart-resources.org/wp-content/uploads/2012/10/Accreditation-and-other-external-quality-assessments.pdf>
13. Nicklin W, Engel C, Stewart J. Accreditation in 2030. *International Journal for Quality in Health Care*. 2021;33(1):mzaa156.
14. Shaw CD, World Health Organization. *Developing hospital accreditation in Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006.
15. Shaw CD. How can healthcare standards be standardised?. *BMJ quality & safety*. 2015 Oct 1;24(10):615-9
16. The International Society for Quality in Health Care. *Guidance on Designing Healthcare External Evaluation Programmes including Accreditation* (2015) <https://ieea.ch/resources.html>

17. The International Society for Quality in Health Care. Guidelines and Principles for the Development of Health and Social Care Standards. Fifth edition (2018) <https://ieea.ch/resources.html>
 18. Greenfield D, Braithwaite J. Health sector accreditation research: a systematic review. Int J Qual Health Care. 2008;20(3):172–83.
 19. Nicklin W, Dickson S. The Value and Impact of Health Care Accreditation: A Literature Review. 2011.
 20. Al-Awa B, De Wever A, Melot C, Devreux I. An overview of patient safety and accreditation: a literature review study. Res J Med Sci. 2011;5:200–23.
 21. Hinchcliff R, Greenfield D, Moldovan M, Westbrook JI, Pawsey M, Mumford V, et al. Narrative synthesis of health service accreditation literature. BMJ Qual Saf. 2012;21(12):979–91.
 22. Vist GE, Nøstberg AM, Brubakk K, Munkeby BH. Effects of Certification and Accreditation of Hospitals. Oslo: Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenester (Norwegian Knowledge Center for the Health Services); 2009. Report No.: 1890-1298/978-82-8121-315-9 Contract No
 23. Ensuring Quality to Gain Access to Global Markets: A Reform Toolkit, World Bank Group. <https://thedocs.worldbank.org/en/doc/2496215532651955700090022019/original/FullQIToolkitReport.pdf>
 24. Accreditation and certifications. Economic value and social benefits. Available at: <https://www.accredia.it/en/pubblicazione/accreditation-and-certifications-economic-value-and-socialbenefits/>
-



ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ХӨГЖЛИЙН ТӨВ

2024 он



Х Энхтайвны гудамж-136
Улаанбаатар-210648
Ш/Х-187
Монгол улс