

НӨХЦӨЛ БАЙДЛЫН ҮНЭЛГЭЭ

БЭЛГИЙН БОЛОН
НӨХӨН ҮРЖИХҮЙН
ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН
ҮЙЛЧИЛГЭЭ ХҮРТЭХ
ТҮГЭЭМЭЛ ЭРХИЙН
ХЭРЭГЖИЛТ

МОНГОЛ УЛС



This project is
funded by the
European Union



Жендерийн шударга ёсны төлөө! Towards Gender Justice!



asian-pacific resource & research
centre for women



Sida

1. Оршил

Монгол улс 1.56 сая гаруй хавтгай дөрвөлжин километр өргөн уудам нутаг дэвсгэртэй, 2.8 сая хүн амтай. Нутаг дэвсгэрийн хэмжээгээр дэлхийд 19-р байрт жагсдаг бөгөөд ОХУ болон БНХАУ-тай хиллэдэг. Уламжлалт нүүдлийн соёл иргэншилтэй Монгол улсын хувьд нийт хүн амын 69% нь нийслэл Улаанбаатар хотод төвлөрдөг (UN, 2012), "бөгөөд хөдөө орон нутгаас хот суурин газрыг зорих шилжилт хөдөлгөөн нь улс орны өмнө тулгарсан хүн амзүйн томоохон бэрхшээлтэй асуудал болж байна. Зөвлөлт Холбоот Улсын задралын дараагаар 1990-ээд онд Монгол улс нь социалист нийгмээс ардчилсан парламентын тогтолцоонд шилжсэн. ЗХУ-ын дэмжлэг, эдийн засгийн тусламж (татаас) зогссоны улмаас Монгол улс 1990-ээд онд хүнд хэцүү үеүдийг туулсан бөгөөд хүнсний хомсдол, инфляцийн өсөлт, Төрөлтийн нийлбэр коэффициент (ТНК) 1,95 болтлоо буурсан зэргийг энд дурьдаж болно." Эдийн засгийн сэргэлт удаашралтай байсан хэдий ч 2000 оны дунд үеэс эргэн сайжирч улмаар төрөлт нэмэгдсэн; 2013 онд хүн амын дундаж наслалт 69.11 (эмэгтэйчүүдийн дундаж наслалт 75.01, эрэгтэйчүүдийнх 65.42) болж, ТНК 3.0 хүрээд байна.^{III}

2

БЭЛГИЙН
БОЛОН НӨХӨН
ҮРЖИХҮЙН
ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН
ҮЙЛЧИЛГЭЭ
ХҮРТЭХ ТҮГЭЭМЭЛ
ЭРХИЙН
ХЭРЭГЖИЛТИЙН
ТУХАЙ:
МОНГОЛ УЛС

Дэлхийн Банкнаас Монгол улсыг дунджаас доогуур орлоготой орнуудын ангилалд багтаасан ба хүн амын 1/3 нь ядуу аж төрж байна. Ядуурал хөдөө орон нутагт хамгийн өндөр (ойролцоогоор 40-45%), харин төв суурин газар доогуур түвшинд байна. Уул уурхай, бусад олборлолтын салбарууд нь Монгол улсын эдийн засгийн хөгжлийг хурдасгахад нөлөөлсөн хэдий ч ажилгүйдлийн түвшин ялангуяа хөдөө орон нутагт болон боловсрол багатай хүн амын дунд өндөр хэвээр үлдэж, орлогын эрх тэгш бус байдал нэмэгдсээр байна. Засгийн газар хүний эрх, ардчиллын асуудалд анхаарал хандуулж ардчилсан засаглалыг хөгжүүлэх, хүний эрхийг хангах талаарх Монгол Улсын мянганы хөгжлийн зорилтод 9 дэх зорилгыг нэмж дэвшүүлсэн билээ.^{IV} Социалист нийгмийн үед шашин шүтэх эрхийг хатуу хориглосон байсан бол өнөөдөр Монгол улсын хүн амын талаас дээш хувь нь Буддын шашныг шүтдэг хэдий ч улс төрийн шийдвэр гаргалтанд шашин шүтлэг багахан үүрэг гүйцэтгэдэг.

2013 оны Жендэрийн эрх тэгш байдлын индексээр Монгол улс 0.720 буюу дэлхийн 136 орнуудаас 33 дугаар байранд жагссан байна.^V Жендэрийн эрх тэгш бус байдал нь хүн амын дундаж наслалт, ^{VI}их дээд боловсролд эмэгтэйчүүдийн эзлэх хувь, улс төр дэх төлөөлөл зэрэг үзүүлэлтүүдэд илүү мэдрэгдэж байна.

Монгол улсын хувьд нөхөн үржихүйн эрүүл мэнд (НҮЭМ) түүнд холбогдох эрхүүдийн талаарх хууль эрх зүйн хүрээ нь хүртээмжтэй байна. Тус улс нь Эмэгтэйчүүдийг ялгаварлан гадуурхах бүх хэлбэрийг устгах тухай конвенц (ЭЯГБХУТК) (1980), Хүүхдийн эрхийн талаарх конвенц (ХЭТК) (1990), Иргэний болон улс төрийн эрхийн талаарх олон улсын пакт (ИБУТЭТОУП) (1968), Эдийн засаг, нийгэм, соёлын эрхийн олон улсын пакт (ЭЗНСЭОУП) (1968)-д нэгдэн орж, улмаар "Хүн ам ба хөгжил" олон улсын бага хурлын үйл ажиллагааны хөтөлбөр болон Бээжин дэх дэлхийн эмэгтэйчүүдийн олон улсын 4-р бага хурлаас гаргасан Бээжингийн үйл ажиллагааны хөтөлбөрийг тус тус батлалцсан. Монгол улсын Үндсэн хуульд (1992) иргэд аюулгүй, эрүүл орчинд амьдарч, эмнэлгийн анхан шатны тусламж үйлчилгээг үнэ төлбөргүй хүртэх эрхтэй хэмээн заасан байдаг. Мөн хуулийн 5 дугаар зүйлд "эхчүүд хүүхэд төрүүлэх болон асрах тохиолдолд материаллаг болон мөнгөн тусламж авах эрхтэй", 11 дүгээр зүйлд "төрөөс гэр бүл, нялхас болон хүүхдүүдийн эрх ашгийг хамгаална" хэмээн тус тус заасан. Монгол улсын Жендэрийн эрх тэгш байдлыг хангах тухай хууль (2011)-ийн 13 дугаар зүйлд эрүүл мэндийн үйлчилгээг эрх тэгш хүртэх талаар "төрөөс эрэгтэй, эмэгтэй хүмүүсийн эрүүл мэндийн онцлог хэрэгцээнд зориулсан үйлчилгээ бий болгоход чиглэсэн арга хэмжээ авах" талаар заасан байна.

Энэхүү улс орны нөхцөл байдлын үнэлгээ нь тухайн улсын НҮЭМ-ийн цогц тусламж үйлчилгээг Ази-Номхон далайн Эмэгтэйчүүдийн мэдээлэл, судалгааны төв (ARROW)–өөс гаргасан гарын авлага: *Бэлгийн болон нөхөн үржихүйн эрүүл мэнд, эрхийн цогц тусламж үйлчилгээний стратеги шалгуур үзүүлэлтүүд*^{VII} -эд тулгуурлан хийж буй өнөөгийн дүр төрх, үнэлгээ юм.

Бид Монгол улсад НҮЭМ, холбогдох эрхийн асуудлаар ажиллаж буй бүх оролцогч талуудад зөвлөмж болгон НҮЭМ-ийн талаарх товч мэдээллийг хүргэхийг зорилоо. Энэхүү улс орны танилцуулга нь НҮЭМ-ийн талаарх бодлогууд, тэдгээрийн хэрэгжилтүүдийг цаашид сайжруулах зорилгоор нотолгоонд суурилсан ухуулга, сурталчилгааг үр дүнтэй хэрэгжүүлэхэд тус дөхөм болно гэж үзэж байна.

2. Монгол улсын нөхөн үржихүйн эрүүл мэндийн өнөөгийн байдал

Жирэмслэлтээс сэргийлэх арга хэрэгсэл (ЖСАХ)

“Хүн ам ба хөгжил” олон улсын бага хурлын үйл ажиллагааны хөтөлбөрийн 7.2 дугаар хэсэгт хүн амын нөхөн үржихүйн чадвартай байх, төрөх шийдвэр гаргах эрх чөлөөтэй байх эрхийг төрөөс хангасан байх шаардлагатай хэмээн тусгасан. Цаашилбал, эрэгтэйчүүд, эмэгтэйчүүд өөрсдийн сонголтоор гэр бүл төлөвлөлтийн аюулгүй, үр дүнтэй, боломжийн өртөгтэй болон хүлээн зөвшөөрөгдөхүйц арга хэрэгслийг ашиглах, түүний талаар мэдээлэлтэй байх эрхийг онцлон дурдсан байна. Энэхүү хэсэгт бид жирэмслэлтээс сэргийлэх арга хэрэгслийн үндсэн үзүүлэлтүүд болох Төрөлтийн нийлбэр коэффициент (ТНК), жирэмслэлтээс сэргийлэх арга хэрэгслийн хэрэглээний түвшин (ЖСАХХТ) болон гэр бүл төлөвлөлтийн хангагдаагүй хэрэгцээ зэргийг авч үзнэ.

Нөхөн үржихүйн эрүүл мэнд (НҮЭМ) нь хүний нөхөн үржихүйн эрхтэн тогтолцоо эрүүл байх төдийгүй хүн бие бялдар, оюун санаа, нийгмийн талаар бүрэн төгс байх тухай цогц ойлголт юм. НҮЭМ нь сэтгэл ханамжтай, аюулгүй бэлгийн амьдрал, нөхөн үржихүйн чадавхи болон төрөх эсэх талаарх шийдвэр гаргах чадвар зэрэг цогц ойлголтуудыг багтаадаг.

НҮЭМ нь тухайн улс орны хүний эрх, эрүүл мэндийн тогтолцоо болон хөгжлийн түвшинг илэрхийлэх томоохон үзүүлэлт болдог. Түүнчлэн НҮЭМ-ийг хөгжлийн бусад үндсэн асуудлууд, тухайлбал, жендэрийн эрх тэгш байдал, хүний эрх, ядуурал, эрх тэгш бус байдал, эрүүл мэнд, цаг уурын өөрчлөлт, хүн амын хөдөлгөөн, байгалийн гамшиг, хүнсний аюулгүй байдал, нөөцийн хүртээмж зэрэг асуудлуудтай уялдуулан авч үздэг. Монгол улсад эрүүл мэндийн анхан шатны тусламж үйлчилгээг үнэгүй хүртэх эрхийг хууль, эрх зүйн хүрээгээр баталгаажуулсан нь НҮЭМ-ийн суурийг эерэгээр тавих үндэс болсон. Хэдий тийм ч бусад орнуудын практик туршлагаас харахад НҮЭМ-ийн тусламж үйлчилгээг хүртэхтэй холбогдох асуудлууд нь хуулийн хэрэгжилтээс шалтгаалан үүсдэг. НҮЭМ-ийн үйлчилгээнд бүх насны эмэгтэйчүүд хамрагдах талаар хууль эрх зүйн хүрээнд баталгаажуулсан боловч бодит амьдрал дээр эмэгтэйчүүдийн амьдарч буй орчны байршил болон өрхийн орлогын түвшингээс шалтгаалан хязгаарлагдмал байна. Дараагийн бүлэг сэдвүүдээр Монгол улсад НҮЭМ-ийн зарим асуудал ямар түвшинд байгааг өгүүлэх бөгөөд үүнд жирэмслэлтээс хамгаалах арга хэрэгсэл, эхийн болон нялхасын эрүүл мэнд, өсвөр үе, залуучуудын нөхөн үржихүйн эрүүл мэнд, ХДХВ/ДОХ болон эрүүл мэндийн салбарын шатлал дахь НҮЭМ-ийн үйлчилгээний хүртээмж зэрэг асуудлууд багтана.

3

БЭЛГИЙН
БОЛОН НӨХӨН
ҮРЖИХҮЙН
ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН
ҮЙЛЧИЛГЭЭ
ХҮРТЭХ ТҮГЭЭМЭЛ
ЭРХИЙН
ХЭРЭГЖИЛТИЙН
ТУХАЙ:
МОНГОЛ УЛС

Төрөлтийн нийлбэр коэффициент (ТНК)

Төрөлтийн нийлбэр коэффициент (ТНК) нь тухайн эмэгтэй 15-49 насны эмэгтэйчүүдийн төрөлтийн насны ангилалд хамаарагдах бол түүний нөхөн үржихүйн амьдралын хугацаанд нийт хэдэн хүүхэд төрүүлснийг илтгэх үзүүлэлт юм. ТНК нь НҮЭМ сайн, муу эсэхийг илэрхийлэх шууд бус үзүүлэлт юм.

ТНК өндөр (>5 төрөлт) байх нь НҮЭМ өндөр эрсдэлтэй байгааг илэрхийлдэг^{viii} бөгөөд тухайн хувь хүн, гэр бүлийн жирэмслэлтээс сэргийлэх арга хэрэгслийн хүртээмжгүй буюу дутагдалтай байдлыг илтгэдэг. Монгол улсад төрөлтийн түвшин 1980 оны дунд үеэс буурах хандлагатай болсон бөгөөд 1990-ээд оны туршид төрөлтийн түвшин огцом буурч, 2005 онд ТНК 1.9 хүрсэн боловч сүүлийн хэдэн жилүүдэд өсөх хандлага ажиглагдаж байна.^{ix} НҮБ-ийн ХАС-аас энэхүү чиг хандлагыг төрөөс бодлого, нийгмийн халамжийн хөтөлбөрүүдээр дамжуулан төрөлтийг дэмжсэний үр дүн хэмээн дүгнэжээ.

^xХамгийн сүүлийн үеийн мэдээллийн бааз болох Монгол улсын нийгмийн үзүүлэлтүүдийн түүвэр судалгаа (НҮТС)-2013^{xi} -ны үр дүнгээс харахад ТНК нь 3.1 байна. ТНК нь хөдөө орон нутаг болон төв суурин газар ялгаатай буюу төв суурин газарт 3.0, харин хөдөө орон нутагт 3.6 байна. Өсвөр насны эмэгтэйчүүдийн төрөлтийн түвшин хөдөө орон нутгийн түвшин хот суурин газрынхаас 3 дахин өндөр байна.^{xii} Ерөнхийдөө хөдөө орон нутагт эрт жирэмслэлт өндөр байхад хот суурин газарт хожуу жирэмслэлт зонхилж байна.

Бүс нутгаар авч үзвэл ТНК нь Монгол улсын баруун бүст хамгийн өндөр (3.86) бол нийслэл Улаанбаатар хотод хамгийн доогуур үзүүлэлттэй (2.97), бусад бүс нутгуудад 3.1 байгаа нь сүүлийн 20 жилийн туршид ажиглагдаж байна. Огт орлогогүй буюу доогуур орлоготой эмэгтэйчүүдийн хувьд төрөлтийн түвшин хамгийн өндөр байна. Тухайлбал, өрхийн нэг гишүүнд ногдох сарын орлогын хэмжээ 28,264 төгрөг (Монгол улсын мөнгөн тэмдэгт) буюу түүнээс бага орлоготой өрхийн эмэгтэйчүүдийн хувьд ТНК 4.0 байхад өрхийн нэг гишүүнд ногдох сарын орлогын хэмжээ 123,786 төгрөг буюу түүнээс их тохиолдолд ТНК 2.5 байна. Бага боловсролтой болон огт боловсролгүй эмэгтэйчүүдийн төрөлтийн түвшин хамгийн өндөр (3.61) байгаа ба боловсролын түвшин дээшлэх тутам энэ үзүүлэлт буурсаар 3.16 хүрч байна.^{xiii} Монгол улсын 2008 оны Хүн амын нөхөн үржихүйн эрүүл мэнд судалгаа (ХАНУЭМС)-гаар хүүхэд төрүүлж буй дундаж нас 1998-2008 онуудад 21.6-аас 22.3 болж нэмэгдсэн ба уг үзүүлэлт хот суурин газрын эмэгтэйчүүд 22.7, харин хөдөө орон нутгийн эмэгтэйчүүд 21.8 байна.^{xiv}

Хүн ам цөөн, сийрэг суурьшилтай Монгол улсын хувьд Засгийн газраас төрөлтийг дэмжсэн бодлогыг удаан хугацаанд хэрэгжүүлсээр ирсэн. Социалист нийгмийн тогтолцооны үед жирэмслэхээс сэргийлэх арга хэрэгсэл болон үр хөндөлтийг удаан хугацааны туршид хууль бус асуудал хэмээн үздэг байв. Өнөө цагт төрөлтийг дэмжих бодлогыг албадлагын шинж чанартай бус харин эдийн засгийн аргаар урамшуулах болон бодлогын аль аль түвшинд дэмжиж байна. Тухайлбал, Монгол улсын хүн ам 3 сая хүрэх өдөр төрсөн бүх хүүхдүүдэд 3 сая төгрөгийг олгоно хэмээн бодлогын баримт бичигт заасан байна.^{xv} Хүн ам зүйн судалгааны үр дүнгээс үзэхэд Монгол улсын Засгийн газраас төрөлтийн хэмжээг нэмэгдүүлэхийг хөхүүлэн дэмжих шаардлагагүй гэдгийг төрөх насны эмэгтэйчүүдийн тоо инерцээрээ аяндаа өснө гэсэн өнөөгийн үзүүлэлт харуулж байгаа бөгөөд энэ нь улс орны эдийн засгийн хөгжилтэй дүйцэх болно. Түүнчлэн эмэгтэйчүүд өөрсдийн хүсэмжит тооны хүүхдээ төрүүлж буйг статистик мэдээлэл харуулж байна.^{xvi}

Жирэмслэлтээс сэргийлэх арга хэрэгслийн хэрэглээний түвшин (ЖСАХХТ)

Жирэмслэлтээс сэргийлэх арга хэрэгслийн хэрэглээний түвшин нь НҮЭМ-ийн үйлчилгээний хүртээмж болон эмэгтэйчүүдийн дундах жирэмслэхээс сэргийлэх арга хэрэгслүүдийн хэрэглээг илтгэсэн үзүүлэлт бөгөөд энэ тохиолдолд төрөөс хүн амын талаар баримтлах бодлогоор дамжуулж төрөлтөд хяналт тавих албадлага байхгүй хэмээн үздэг.^{xvii}

1998, 2003, 2008 оны ХАНУЭМС-гаануудаас харахад ЖСАХХТ нь он тус бүрд харгалзан 59.9%, 69% 55.2% байв. 2013 оны Монгол улсын нийгмийн үзүүлэлтүүдийн түүвэр судалгаагаар ЖСАХХТ 54.6% болж буурсан үзүүлэлттэй байна. Энэ үзүүлэлт хөдөө орон нутагт 51.5%, харин төв суурин газарт 59.7%-тай байна. Гэр бүлтэй эмэгтэйчүүдийн хувьд 49.6%, нөхөн үржихүйн насны эмэгтэйчүүдийн 40% нь орчин үеийн ЖСАХ хэрэглэж байна. Харин гэр бүлтэй залуу (19 наснаас доош) эмэгтэйчүүдийн 4.1-ээс доош хувь нь жирэмслэхээс хамгаалах орчин үеийн аргыг хэрэглэж байна.^{xviii} 2003 оны ХАНУЭМС-гаар гэр бүлтэй эмэгтэйчүүдийн 58%, нөхөн үржихүйн насны эмэгтэйчүүдийн 45% нь дээрх арга хэрэгслийг хэрэглэж байсантай харьцуулахад хэрэглээний түвшин буурсан гэж НҮБ-ын ХАС-аас онцлон тэмдэглэсэн байна.^{xix}

Хүснэгт 1: Эмэгтэйчүүдийн хэрэглэж буй ЖСАХ-үүд, ХАНУЭМС болон НҮТС, Монгол улс

ХАНУЭМС, НҮТС	Ямар нэгэн ЖСАХ	Орчин үеийн ЖСАХ	Орчин үеийн ЖСАХ										Жирэмлэл- тээс сэргийлэх уламжлалт арга
			Уудаг эм	Ерөндөг	Тариа	Суулгац	Лаа, цармаг	Эрэгтэй балгэвч	Эмэгтэй балгэвч	Эмэгтэйн үрийн суваг боох	Эрэгтэйн үрийн суваг боох		
НҮТС, 2013	54.6	48.2	8.7	23.5	3.7	0.5	0.0	8.4	0.1	3.2	0.0	6.4	
ХАНУЭМС, 2008	55.2	49.6	9.7	22.3	7.9	0.2	0.0	6.7	0.0	2.6	0.0	5.5	
ХАНУЭМС, 2003	69.0	58.4	11.0	32.8	5.8	0.3	0.0	5.4	0.1	3.0	-	10.6	
ХАНУЭМС, 1998	59.9	45.7	4.2	32.2	3.1	0.2	0.1	3.5	-	2.4	-	13.1	

Эх сурвалж: МУ-ын НҮЭМ-2008 судалгааны тайлан, МУ-ын ҮСГ, НҮБХАС, ЭМЯ, 2009, Улаанбаатар, х. 116 МУ-ын нийгмийн үзүүлэлтүүдийн түүвэр судалгааны урьдчилсан дүнгээс (НҮТС)- 2013, Үр дүн, 2014 оны 6 дугаар сар, МУ-ын ҮСГ, НҮБХАС, НҮБХС, Улаанбаатар, х. 22

Эрэгтэйчүүдийн үрийн суваг боох, бэлгэвч хэрэглээ нь эрэгтэйчүүд төрөлтөд хяналт тавих хариуцлагыг хэр түвшинд ухамсарлаж буйг харуулж байна. Хүснэгт 1-ээс эмэгтэйчүүдийн үрийн суваг боох аргыг хэрэглэсэн түвшин ялгаатай байхад эрэгтэйчүүдийн үрийн суваг боох аргыг хэрэглэсэн байдал 0-тэй тэнцүү байна. Харин эрэгтэйчүүдийн бэлгэвч хэрэглэх арга сүүлийн жилүүдэд өссөн хандлагатай байна. Монгол улсад эрэгтэйчүүдийн үрийн суваг боох аргыг хүлээн зөвшөөрөх нь дутагдалтай, бэлгэвчийн хэрэглээ арга харьцангуй доогуур байгаа нь төрөлтийг хянахад эрчүүдийн хариуцлага бага, эрэгтэйчүүдийн нөхөн үржихүйн чадвар нь эр хүнийг тодорхойлох эерэг чиг хандлага хэмээх ойлголт хэвээр байгааг илтгэж байна.

Гэр бүл төлөвлөлтийн хангагдаагүй хэрэгцээ

Гэр бүл төлөвлөлтийн хангагдаагүй хэрэгцээ нь НҮЭМ-ийн тусламж үйлчилгээний хүртээмж, чанарыг оруулах чухал хэмжигдэхүүн юм. Энэ нь эмэгтэйчүүдийн нөхөн үржихүйн чиг хандлага болон бодит зан төлөв хоорондын ялгааг харуулдаг. ^{xx}Цаашилбал энэ нь төрөөс эмэгтэйчүүдийн нөхөн үржихүйн эрхэд хэрхэн хүндэтгэлтэй ханддагийг илтгэх үзүүлэлт болдог.

2013 онд гэр бүл төлөвлөлт(ГБТ)-ийн хангагдаагүй хэрэгцээ 16.0% ^{xxi}болж 1998 онтой харьцуулахад Монгол улсад энэхүү хангагдаагүй хэрэгцээ бараг хоёр дахин нэмэгдсэн байна (1998 онд нөхөн үржихүйн насны эмэгтэйчүүдийн 9.9%, 2010 онд 22%-тай байжээ). ^{xxii}2008 оны ХАНҮЭМС-ны үр дүнгээс харахад ядуурал, ялгаварлан гадуурхах болон хүчирхийлэл гэх мэт хүчин зүйлсийн нөлөөгөөр ГБТ-ийн хангагдаагүй хэрэгцээ эргээд өсөх хандлагатай болжээ. 2008 онд ГБТ-ийн хангагдаагүй хэрэгцээ 15-24 насны эмэгтэйчүүдийн дунд хамгийн өндөр буюу 26% байсан ба энэ нь залуучуудын хувьд томоохон асуудал гэдгийг илэрхийлж байна. Мөн төв суурин газрын эмэгтэйчүүдийн хувьд ГБТ-ийн хангагдаагүй хэрэгцээний түвшин (17.2%), хөдөө орон нутгийн эмэгтэйчүүдийнхээс (14.1%) өндөр байгаа ба шалтгаан нь тодорхой бус байна.

Эмэгтэйчүүдийн бусад бүлгүүдтэй харьцуулахад боловсролын түвшин доогуур ядуу өрхүүдийн эмэгтэйчүүдийн төрөлтийн түвшин өндөр байна. ЖСАХ-ийг хэрэглэх нь багассан, гэр бүл төлөвлөлтийн хангагдаагүй хэрэгцээ нэмэгдсэний улмаасүрхөндөлт, өсвөр насныхны жирэмслэлтийн түвшин огцом нэмэгдэхэд хүрсэн ^{xxiii}нь тэдгээр эмэгтэйчүүд нөхөн үржихүйн эрхээ эдлэж чадахгүй байгаагийн илрэл хэмээн ойлгогдож байна.

НҮБ-ын мэдээллээс харахад 2010 онд үр хөндөлтийн түвшин 15-49 насны 1000 эмэгтэй тутамд 16.9 байна. ^{xxiv}Гэвч, үр хөндөлтийг улсын болон хувийн эмнэлгүүдэд хийгдэж буйгаас шалтгаалан дээрх тоон үзүүлэлт бодитой мэдээлэгдэж чадахгүй байна. ^{xxv}Үр хөндөлтийн түвшин нэмэгдсэн хэдий ч энэхүү асуудал нь эмэгтэйчүүдийн эрүүл мэндэд сөрөг үр дагавартай гэсэн ойлголт олон нийтийн дунд түгээмэл хэвээр байна. Үр хөндүүлж буй эмэгтэйчүүдийг хэт олон үр хөндүүлэх ажилбарын улмаас өөрсдийн эрүүл мэндийг хохироож байна хэмээн шүүмжилж, үр хөндүүлэх талаарх зөвшөөрлийн бичигт тухайн үйлдэл нь эмэгтэйчүүдийг өөртөө эрсдэлтэй алхам хийхэд хүргэх ба гарах үр дагаврын хариуцлагыг өөрсдөө хүлээх ёстой гэсэн итгэл үнэмшлийг бий болгож байна. Үр хөндөлт нь муу гэсэн нийгэм дэх ойлголтын улмаас эмэгтэйчүүд үр хөндөлтийн аюулгүй мэс ажилбарыг шаардах буюу мэс ажилбарын явцад ямар нэгэн урьдчилан сануулах байдлыг хүсэх зэрэг үйлдлээс эмээж, улмаар тэд аливаа санал бүхнийг хүлээн зөвшөөрөхөд хүрч байна. ^{xxvi}2008 оны ХАНҮЭМС-нд хамрагдсан 15-19 өсвөр насны 466 эмэгтэйчүүдийн 56.9% нь үр хөндөлтийг эсэргүүцдэг хэмээн хариулж шалтгааныг эхчүүдийн эрүүл мэндэд сөрөг үр дагавартай гэж тайлбарлажээ. ^{xxvii}

Эх, хүүхдийн эрүүл мэнд

Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн статистик мэдээлэл нь эрүүл мэндийн анхан шатны тусламж үйлчилгээний чанар, хүртээмжийг илтгэх үндсэн үзүүлэлтүүд болдог. Эхийн эрүүл мэндийн үзүүлэлтүүд мүү гарах нь төрөөс эхийн эрүүл мэнд, тусламж үйлчилгээнд хандуулах хөрөнгө оруулалт дутагдалтай, эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний тогтолцоо доголдолтой хэрэгжиж буйг илтгэдэг.^{xxviii}

Энэхүү хэсэгт бид эхийн эрүүл мэндтэй холбогдох үзүүлэлтүүдийг авч үзнэ, үүнд а) эхийн эндэгдлийн түвшин (ЭЭ)- эхийн төрөлт аюулгүй явагдах эсэхийг илтгэх үзүүлэлт; б) перинаталь эндэгдлийн түвшин(ПЭ)-эхийн эрүүл мэнд, хоол тэжээл болон эх барихын тусламж үйлчилгээний байдлыг илтгэх үзүүлэлт; в) нялхасын эндэгдлийн түвшин (НЭ) -эхийн эрүүл мэнд,

хоол тэжээл болон төрөлтийн үеийн тусламж үйлчилгээ хэр оновчтойг харуулдаг; г) эрүүл мэндийн мэргэжлийн ажилтан эх барьсан төрөлтийн хувь- төрөөс эхийн эндэгдлээс урьдчилан сэргийлэх болон аюулгүй төрөлтийг хангахад хүний нөөцөд оруулж буй хөрөнгө оруулалтын хэмжээний талаарх ойлголтыг өгнө; д) аюулгүй төрөлт, эхийн эндэгдлээс урьдчилан сэргийлэх байдлыг хангах зорилгоор яаралтай төрөх үеийн анхан шатны болон иж бүрэн тусламж үйлчилгээний хүртээмж; е) төрөлтийн үед, төрсний дараа эх, нялхасын эндэгдэл их тохиолддог тул төрсний дараах 48 цагийн доторх эрүүл мэндийн ажилтнуудын үзүүлэх эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ ё) жирэмсэн үеийн тусламж үйлчилгээ (АНС) нь эмэгтэйчүүдийн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнд хамрагдалтыг илтгэх үзүүлэлт.

6

Бэлгийн болон нөхөн үржихүйн эрүүл мэндийн үйлчилгээ хүртэх түгээмэл эрхийн хэрэгжилтийн тухай:
МОНГОЛ УЛС

Кейс судалгаа: НҮЭМ-ийн тусламж үйлчилгээний чанар муу

Намайг Цэрэндолгор гэдэг, 48 настай, Өвөрхангай аймагт амьдардаг. 1995 онд би 4 дэх охиноо төрүүлэх үед телевизийн сувгаар олон ангит цуврал кино дөнгөж ид моодонд орж байсан үе байлаа. Хүн бүр л үздэг байсан. Миний охиныг төрөхөд эх барихын өрөөнд байсан ажилтнууд цуврал олон ангит киногоо үзэхээр яаран сандчиж байсны улмаас угаалтуурт охины толгойг цохисон байсан. Үүний улмаас охин маань тархины цус харвалттай болсон. Энэ талаар нөхөр бид 2 охиноо 6 сар хүрэх үед олж мэдсэн бөгөөд шүүхээр асуудлыг шийдвэрлүүлэх өргөдөл гомдол гаргаагүй. Одоо охин маань 19 настай, энэхүү өвчний улмаас нэг нүд нь хараагүй, нөгөө нүдний хараа маш муу. Мөн тархины гэмтэлтэй хэмээн оношлогдсон. Ерөнхийдөө хүүхдийн эндэгдэл, гэмтэл маш өндөр байдаг нь тухайлбал бидний оршин суугаа газрын эмнэлгийн алдаатай үйл ажиллагаа гэж үздэг. Тухайлбал, энэ жил амаржсан эхийн оёдол муу байсны улмаас эх нь эндэж, хүүхэд өнчирсэн. Өнгөрсөн жил манай найзын охин төрсөн бөгөөд эмчийн буруугаас хүүхэд нь мөн гэмтэлтэй. Одоо хүүхэд нь өсөлтгүй. Энэ жил манай нутагт эхийн эндэгдэл 2-3 тохиолдол гарсан хэдий ч эмч, ажилтнуудад хариуцлага хүлээлгэсэн асуудал байхгүй. Ийм жишээ олныг дурдаж болно. Жирэмсэн эх төрөх болон жирэмсний хяналтанд ороход маш их бэрхшээлтэй тулгардаг. Эмэгтэйчүүдийн эмчтэй уулзахад наад зах нь 3 хоног зарцуулагддаг бөгөөд мөнгөөр бүх асуудлыг шийдвэрлэдэг. Санхүүгийн хувьд боломжгүй буюу танил талгүй л бол эмнэлгийн ажилтангуудаас тусламж үйлчилгээ авах боломжгүй. Манай нутагт бүс нутгийн томоохон эмчилгээний төв байдаг ч шаардлагатай гэх бүх хүмүүст хангалтгүй байдаг, ялангуяа эмнэлэгт танил талгүй, эсвэл ядуу, хөдөөний гэх мэт хүмүүсийн хувьд бүр ч хүнд. Миний бодлоор намайг залуу байхад эмнэлгийн үйлчилгээ харьцангуй сайн байсан, мөн эмч, сувилагч, ажилтнуудын харьцаа илүү эелдэг, анхаарал халамж ихтэй байсан.

Эх үүсвэр: Ярилцлагыг МОНФЕМНЕТ үндэсний сүлжээний ажилтан 2014 оны 4 дүгээр сард хийв.

а) Эхийн эндэгдлийн харьцаа (ЭЭХ)

ЭЭХ нь амьд төрсөн 100000 хүүхдэд ногдох жирэмсэн буюу жирэмсний дараах, мөн хүүхэд төрүүлэх үеийн хүндрэлээс хамаарч нас барсан эхчүүдийн тоог илэрхийлнэ.^{xxxix}

2013 оны байдлаар ЭЭХ нь 100000 амьд төрөлт тутамд 42.6 байсан, эдгээр эндсэн эхчүүдийн 64.6% нь жирэмслэлт болон төрөлттэй холбоотой, 39.5% нь эрүүл мэндийн бусад шалтгааны улмаас эндсэн байгаа^{xxxix} нь 1990 онд ЭЭХ 100000 амьд төрөлт тутамд^{xxxxi} 199 гэсэн үзүүлэлттэй харьцуулахад мэдэгдэхүйц сайжирсныг илтгэж байна. Засгийн газраас эхийн эрүүл мэндийг сайжруулах стратегийг санаачлан хэрэгжүүлсний үр дүнд Монгол улс нь эхийн эндэгдэл дунд түвшинд байгаа орнуудын түвшинд шилжээд байна. Мянганы хөгжлийн 5 дахь зорилтод эхийн эндэгдлийг 1990 оны түвшингээс 4 дахин, мөн 2005 оны түвшингээс 2 дахин бууруулна хэмээн заасан бөгөөд Монгол улс энэхүү зорилгыг хангаж чадсан.^{xxxii}

Гэвч хот, хөдөө болон өрхийн орлогын түвшингээс хамааран тусламж үйлчилгээнд хамрагдалт болон насны хувьд эмэгтэйчүүдийн дунд томоохон ялгаа хэвээр байгаа нь ажиглагдсан. ЭЭХ нь 40-44 насны бүлэгт 157 байгаань улсын дунджаас 115.2 пунктээр их байна. Энэ ялгаатай байдлын талаар ямар нэгэн судалгаа, мэдээллийн бааз байхгүй байна.

Монгол улсын хөдөө орон нутагт хүн ам сийрэг суурьшсан ба эмэгтэйчүүд эмнэлгийн тусламжид хамрагдахын тулд асфальтгүй буюу шороон замаар урт зам түүлах шаардлагатай болдог. Эхийн эндэгдлийн 75% нь малчин өрхүүд, бүртгэл хаяггүй шилжин ирэгсэд зонхилж байгаа ба алслагдсан орон нутагт ЭЭХ 206 байгаа нь үндэсний түвшингээс нэлээд өндөр байна.^{xxxiii} Эхийн эндэгдлийн түвшин өнгөрсөн 20 жилд 6 дахин буурсан хэдий ч эмзэг давхаргын бүлгүүдэд, үүнд малчин, ажилгүй эмэгтэйчүүд мөн эмэгтэй оюутнуудыг оролцуулан тусгайлсан бодлого хэрэгжүүлэх нэн шаардлагатай байгаа юм. Саяхан олон эмэгтэй оюутнууд захаас үр хөндүүлэх эм бэлдмэлцийг хэрэглэх аргачлалын талаар тодорхой мэдээлэлгүй худалдан авсан нь өөрсдийн эрүүл мэндийг эрсдэлд оруулсан явдал тохиолдсон. Өсвөр насны залуу охидын дунд жирэмслэлтийн түвшин өсөх хандлагатай байгаа нь НҮЭМ-ийн тусламж үйлчилгээний хүртээмж мүү, бэлгийн идэвхтэй залуу эмэгтэйчүүдийг үл ойшоосон хандлагаас шалтгаалж байна. ЭЭХ өндөр түвшинд хэвээр байгаа нь дэд бүтцийн хөгжил мүү, эмнэлгийн ажилтнуудын сургалт учир дутагдалтай, хүндрэлийг эрт оношлох эмнэлгийн багаж, тоног төхөөрөмж хүртээмжгүй зэрэг хүчин зүйлсээс шалтгаалж байна хэмээх дүгнэлтийг Засгийн газраас гаргасан ч Монгол улсын генийн аюулгүй байдлын бодлого болон бусад арга хэмжээнүүд, тухайлбал, төрөлтийг дэмжсэн тохиромжтой бодлого хэрэгжүүлэх замаар эхийн эндэгдлийн түвшинг сайжруулна хэмээн үндсэрхэг үзлээр тайлбарлаж байна.^{xxxiv}

7

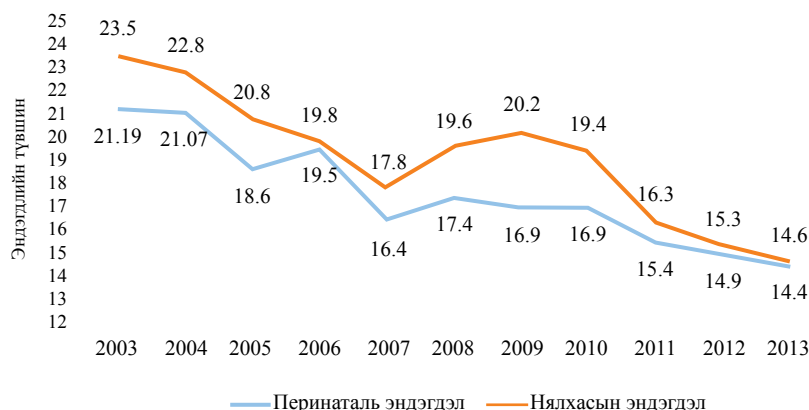
БЭЛГИЙН
БОЛОН НӨХӨН
ҮРЖИХҮЙН
ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН
ҮЙЛЧИЛГЭЭ
ХҮРТЭХ ТҮГЭЭМЭЛ
ЭРХИЙН
ХЭРЭГЖИЛТИЙН
ТУХАЙ:
МОНГОЛ УЛС

б) Перинаталь эндэгдлийн түвшин (ПЭТ)

“Перинаталь үе” гэдэг нь эхийн хэвлий дэх ураг 28 долоо хоногоос доош хугацаагаар амьд байсан болон төрөөд 7 хоногоос дотогш хугацаанд амьд байгаа үе юм^{xxxv} Тиймээс перинаталь эндэгдэлд үргийн болон нялхасын эндэгдлийг хамааруулна.^{xxxvi}

Өнгөрсөн 10 жилд Монгол улсад перинаталь эндэгдэл 1000 амьд төрөлт тутам 21.19-өөс 14.4 болж буурсан (Зураг 1).^{xxxvii}

Зураг 1: Перинаталь болон нялхасын эндэгдэл, Монгол улс, 2003-2013



Эх сурвалж: Эрүүл мэндийн үзүүлэлтүүд, 2004, 2009 болон 2012, Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв, ЭМЯ, Улаанбаатар

Өнгөрсөн 10 жилийн хугацаанд перинаталь эндэгдэл улсын дундажтай харьцуулахад газар зүйн хувьд хамгийн алслагдсан, уулархаг бүс нутагт орших Баян-Өлгий аймагт 25.6 буюу 8.4 пунктээр өндөр байна.^{xxxviii}

2013 оны Нийгмийн үзүүлэлтийн түүвэр судалгааны үр дүнгээс харахад эрт нярайн эндэгдлийн (НЭ) 5 жилийн дундаж түвшин улсын хэмжээнд 1000 амьд төрөлт тутамд 13.9 байна. Байршлаар авч үзвэл, эрт нярайн эндэгдлийн түвшин хөдөө аймгуудад 21.6 байгаа ба төв суурин газраас 2.4 дахин өндөр байна.^{xxxix} Перинаталь үед үүссэн эмгэг нь хот, хөдөөгийн аль алинд нь нялхасын 5 тэргүүлэх нас баралтын шалтгаанд багтаж байна.^{xl}

Амьгүй төрөлт тасралтгүй нэмэгдсээр байна. 2013 онд 1000 амьд төрөлт тутамд 6.7 амьгүй төрөлт ногдож, нийт 539 амьгүй төрөлт бүртгэгджээ. Энэ үзүүлэлт Баруун бүсэд хамгийн өндөр (8.5) байхад Зүүн бүс нутагт хамгийн доогуур (4.3) байна.

Перинаталь эндэгдлийн түвшин өндөр байх нь эн тэргүүнд санхүүжилт, эмнэлгийн тоног төхөөрөмж дутагдалтай байх, эмч, эх баригч, сувилагч болон эмнэлгийн бусад тусламж үйлчилгээний ажилтнуудын чадавхи муу зэрэг шалтгаануудаас шууд үүдэлтэй байна. Нялхасын эндэгдлийн бараг тэн хагас хувь нь нярайн үед тохиолдсон бол нярайн эндэгдлийн 80% нь нярайн эрт үед бүртгэгджээ. Нярайн эрт үед эндэгдэл өндөр байгаа нь нялхасын нас баралт эх баригч, нярайн эмчийн ур чадвартай шууд холбоотой бөгөөд эхийн хоол тэжээл, эрүүл мэнд муу байгаагаас мөн шалтгаална.^{xli}

с) Нялхасын эндэгдлийн түвшин (НЭ)

Нялхасын эндэгдлийн түвшинг 1000 амьд төрөлтөнд ногдох нэг хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдлийн түвшингээр тодорхойлно. Нялхасын эндэгдлийн түвшинд нөлөөлөх үндсэн хүчин зүйлсийн нэг нь дутуу төрөлт бөгөөд эхийн эрүүл мэнд, хоол тэжээл болон төрөх үеийн тусламж үйлчилгээ зохих түвшнээс муу байгаагаас шууд хамааралтай.^{xlii} Нялхасын эндэгдлийн түвшин нь нялхас болон эхийн эрүүл мэндийн үзүүлэлтүүдийн аль алиныг нь илэрхийлнэ.

Нялхасын эндэгдлийн түвшин тасралтгүй буурах сайн хандлага ажиглагдсан хэвээр байгаа ба Монгол улсын Засгийн газар нялхасын эндэгдлийг зорилтот түвшинг 15.0-д хүргэхээр Мянганы хөгжлийн 4 дүгээр зорилтыг тавьсан бөгөөд одоогийн байдлаар энэхүү зорилтыг хангаад байна. Нялхасын эндэгдлийн 40-60%-ийг нярайн нас баралт эзэлж байна.^{xliii} Энэ нь нас баралтын шалтгаан эрүүл мэндийн яаралтай тусламж үйлчилгээнээс ихээхэн хамааралтай гэдгийг илтгэж байна. Ерөнхийдөө нийт эндэгдлийн 73.5% нь эмнэлэгт, 26.5% нь гэрт гэж бүртгэгджээ.^{xliv}

2013 оны Нийгмийн үзүүлэлтүүдийн түүвэр судалгаанаас харахад улсын хэмжээнд нялхасын эндэгдлийн түвшин 1000 амьд төрөлт тутамд 21.0 байхад хөдөөд 31.1 байгаа нь төв суурин газрын түвшингээс (14.5) илүү өндөр байна. Нас баралтын түвшин өндөр байгаа нь эхчүүдийн орлогын эх үүсвэр, боловсрол доогуур, оршин буй газар алслагдмал, мөн наснаас шалтгаалж буй нь гайхах асуудал биш бөгөөд 25 наснаас доош насны эхчүүд илүү өндөр эрсдэлд байна.^{xlv} Перинаталь үед үүсэх эмгэгүүд нь хот, хөдөөгийн нярайн нас баралтын тэргүүлэх шалтгаанууд болж байна. Бүс нутгийн хэмжээнд авч үзвэл нялхасын эндэгдэл баруун бүсэд хамгийн өндөр (1,000 төрөлт тутамд 32.6), харин Улаанбаатар хотод хамгийн доогуур (1,000 төрөлт тутамд 7.2) байгаа бөгөөд энэ нь сүүлийн 20 жилийн туршид ажиглагдаж буй чиг хандлага юм.^{xlvi}

Монгол улсад нярайн эрт үеийн нас баралт хийгээд амьсгалын замын өвчин нь өнгөрсөн 3 жилд нярайн эндэгдлийн үндсэн шалтгаан болжээ. Ургийн гаж хөгжил нярайн нас баралтын түвшний 12.4%-ийг бүрдүүлж байна.^{xlvii}

Нялхасын эндэгдлийн түвшин өрхийн нөхцөл байдал, тухайлбал хот, хөдөөгийн хөгжил, эрүүл мэндийн үйлчилгээний чанар, хүртээмж зэрэг асуудлаас шалтгаалан ялгаатай байна. Алслагдмал, хүн ам шигүү суурьшсан, эрүүл мэндийн үйлчилгээний төвүүдийн багтаамж хэтэрсэн, хүн амын шилжилт хөдөлгөөн их, алтны уул уурхайн болон уулархаг бүс нутгуудад нялхасын эндэгдлийн түвшин өндөр байгаа нь ажиглагдлаа.^{xlviii} 2010 онд хөдөөд 1000 амьд төрөлт тутамд нялхасын эндэгдлийн түвшин 48, харин төв суурин газар 24 бүртгэгджээ.^{xlix}

d) Эрүүл мэндийн мэргэжлийн ажилтан эх барьсан төрөлтийн хувь

Эрүүл мэндийн мэргэжлийн ажилтан (заримдаа мэргэжлийн ажилтан) гэж “энгийн (хүндрэлтэй) жирэмслэлт, төрөлт, төрсний дараах хяналтыг хариуцан ажиллах, эмэгтэйчүүд, нярайн хүндрэлүүдийг оношлох, удирдан зохион байгуулах болон дараагийн шатны тусламж үйлчилгээнд чиглүүлэх зэрэг эх барих, эмнэлзүйн үр чадварт сургагдан бэлтгэгдэж магадлан итгэмжлэгдсэн эрүүл мэндийн салбарын ажилтанг буюу эх баригч, хүний их эмч болон сувилагч”-ийг хэлнэ. Энэхүү тодорхойлолтод уламжлалт төрөлтийн чиглэлээр бэлтгэгдсэн болон бэлтгэгдээгүй ажилтнуудыг хамруулахгүй (WHO, ICM, FIGO, 2004: p. 1)^I

2013 оны Нийгмийн үзүүлэлт түүвэр судалгааны үр дүнгээс харахад нийт төрөлтийн 98.9%-д мэргэжлийн ажилтангууд оролцсон бөгөөд энэхүү тоон үзүүлэлт нь улс орны хэмжээнд бодитой байна. Статистик мэдээлэл эерэг үзүүлэлттэй боловч санхүүгийн хүндрэлтэй эмэгтэйчүүд, анхан шатны эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ доголдолтой алслагдмал хөдөө нутагт амьдардаг малчин эмэгтэйчүүдийн хувьд мэргэжлийн эх баригч нарын тусламж үйлчилгээнд хамрагдаж төрөх нь бэрхшээлтэй байна.

Монгол улсад 10000 хүн амд 30.7 эмч, 37.8 сувилагч, эх баригч оногдож буй нь бусад хөгжиж буй орнуудтай харьцуулахад өндөр үзүүлэлт юм. Гэвч энэхүү үзүүлэлт Улаанбаатар хотод өндөр буюу 10000 хүн амд 41 эмч, 38.4 сувилагч, эх баригч ногдож байхад хөдөө 21.1 болон 31.9 тус тус ногдож байна. Улсын хэмжээнд эмч, сувилагч/эх баригч нарын харьцаа 1:1.2 байхад Улаанбаатарт 1:1, аймгуудад 1:1.7 гэсэн үзүүлэлттэй байна.^{II}

Тусламж үйлчилгээ чанарын шаардлага хангахгүй байх нь өрхийн эмнэлэг, тоног төхөөрөмж, харилцаа холбоо болон дараагийн шатны тусламж үйлчилгээнд холбох тогтолцоо муу, жирэмсний хяналтын хүндрэлүүдийг шийдвэрлэх хүчин чадал хүрэлцээгүй газруудад ноцтой бэрхшээл учруулж байна. Эрүүл мэндийн ажилтнууд “мэргэжлийн” гэх тодорхойлолтын шаардлагыг хангаж байж болох хэдий ч Монгол улсын эрүүл мэндийн салбарын тогтолцоо нь хөдөө орон нутагт чанартай үйлчилгээг хүргэж чадахгүй, улмаар эмчид ногдох эх баригч/сувилагчийн тоо хангалтгүй байна. Цаашилбал, гурав дахь шатны тусламж үйлчилгээ бүгд Улаанбаатар хотод төвлөрсөн.^{III}

e) Төрөх үеийн яаралтай анхан шатны болон иж бүрэн тусламж үйлчилгээ

Төрөх үеийн яаралтай анхан шатны болон иж бүрэн тусламж үйлчилгээний хүртээмж нь үндэсний болон орон нутгийн түвшинд төрөх үеийн яаралтай тусламж үйлчилгээний хүртээмжийг хангахад эрүүл мэндийн тогтолцоог сайжруулах шаардлагатай эсэхэд үнэлгээ хийхэд ашиглагддаг үзүүлэлт юм. Санал болгож буй анхан шатны тусламж үйлчилгээг 500000 хүн ам тутамд төрөх үеийн 4 үндсэн анхан шатны тусламж үйлчилгээний нэгж (BEmOC) болон нэг иж бүрэн тусламж үйлчилгээний нэгж (CEmOC) байхаар бүрдүүлнэ.^{III}

Хөдөө орон нутагт амьдардаг эмэгтэйчүүдийн хувьд үйлчилгээний нэгжүүдээс хол амьдардаг тул төрөх үеийн яаралтай тусламж үйлчилгээнд хамрагдахад ихээхэн бэрхшээлтэй. 1550-6040 хүн амд нэг анхан шатны тусламж үйлчилгээний нэгж, харин 60000-80000 хүн амд нэг иж бүрэн тусламж үйлчилгээний нэгж оногдож байгаа нь хүлээн зөвшөөрөгдөх тусламж үйлчилгээний стандартаас маш бага байна. ^{IV} Анхан шатны тусламж үйлчилгээний нэгжийн үнэлгээ, эхийн эндэгдлийн түвшингийн судалгаагаар (2012) хөдөөгийн эмэгтэйчүүд оршин суугаа газрын ойр төрөх үеийн яаралтай чанартай тусламж үйлчилгээнд хамрагдахад ихээхэн саад тулгардаг хэмээн дүгнэсэн байна. Хамрагдалт бага байгааг тайлбарлавал нутгийн иргэдийн ойлголт мэдлэг маруухан, жирэмсэн эхчүүдийн хэрэгцээ шаардлагад нийцэх дэмжлэг муу, харилцаа холбоо, тээврийн дэд бүтэц сул, эрүүл мэндийн үйлчилгээний нэгжүүдийн хүчин чадавхи болон бэлэн байдал хангалтгүй, энэ нь ялангуяа аймаг сумдын эмнэлгүүдийн 58% нь иж бүрэн тусламж үйлчилгээний нэгжээс 120 км алс байршилтай холбоотой.^{IV}

Монгол улсын Мянганы хөгжлийн зорилтын хэрэгжилтийн явцын тайланд (2010) хотын хүн амын 96% нь хөдөөний хүн амын 34.7% нь гар утсаа ашиглан түргэн тусламжийн үйлчилгээг дуудах боломжтой гэжээ. Хөдөө орон нутагт яаралтай түргэн тусламжийг машин, мотоцикль (38.8%), морь, тэрэг (ердийн хөсөг) (6.5%) болон явганаар (19.9%) хүргэж болно. Нүүдлийн соёл иргэншилтэй нийт малчдын 35% нь хөдөөгийн хүн амын 67%-ийг бүрдүүлэх бөгөөд хамгийн ойр (сум) эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ дор хаяж 50-80 км-ийн зайтай оршдог.^{LVI}

Хэдий тийм боловч Мянганы хөгжлийн зорилтын 2010, 2013 оны тайлангуудад эхчүүд төрсний дараагаар хэсэг хугацаанд амаржих газар байрладаг хэдий ч орны хүрэлцээ муугаас цөөхөн хэдэн цагийн дараа амаржих газраас явах шаардлагатай болдог нь түгээмэл байна гэжээ. Мөн хөдөөд өндөр эрсдэлтэй жирэмсэн эхчүүдэд үйлчилнэ гэсэн бодлого хэрэгжүүлж байгаагаас амаржих газрууд, аймгийн төвүүдийн эмнэлгүүд хүчин чадлын хувьд дүүрсэн байх нь элбэг байдаг. ^{LX}Хөдөө орон нутгийн нийт амьд төрөлтийн 70-80% нь аймгийн төвүүдэд эх барьдаг гэсэн баримтыг авч үзвэл амаржих газар зөвхөн 1-2 хоногоос хэтрэлгүй байрлах боломжийг л олгодог нь нярайн эрт үеийн эндэгдэлд өртөх эрсдлийг нэмэгдүүлдэг. Мөн түүнчлэн, аймгийн төвд шинээр ирсэн гэр бүлийн жишээнээс харахад яаралтай түргэн тусламж хэрхэн дуудах мэдээлэлгүй эсвэл тухайн жирэмсэн эхийн байрлаж буй айлд харгалзах хүнгүй тохиолдолд эндэгдэлд өртөх өндөр эрсдлийг дагуулж байна.

10

БЭЛГИЙН
БОЛОН НӨХӨН
ҮРЖИХҮЙН
ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН
ҮЙЛЧИЛГЭЭ
ХҮРТЭХ ТҮГЭЭМЭЛ
ЭРХИЙН
ХЭРЭГЖИЛТИЙН
ТУХАЙ:
МОНГОЛ УЛС

f) Эрүүл мэндийн мэргэжлийн ажилтан төрөлтийн дараах эх, нярайд үзүүлэх 48 цагийн тусламж үйлчилгээ

Төрөлтийн үед болон төрөлтийн дараах үед эхийн болон нярайн эндэгдэл маш ихээр бүртгэгддэг учраас төрөлтийн дараах тусламж үйлчилгээ нь томоохон ач холбогдолтой. ДЭМБ-аас саяхан баталсан зөвлөмжүүдээс үзэхэд төрсний дараах анхны үзлэгийг төрснөөс хойшхи эхний 7 хоногт буюу эхний 2-3 өдөр хийсэн байхыг зөвлөсөн байдаг. Энэхүү үзлэгийн зорилго нь эх, нялхасд илэрч болзошгүй эмгэгийг илрүүлэх, үрьдчилан сэргийлэх болон эмчлэх байдаг.^{LVII}

g) Жирэмсний хяналт

Жирэмсний хяналт нь эмэгтэйчүүдийн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнд хамрагдалтын түвшинг илтгэх чухал үзүүлэлт юм. Жирэмсний хяналтын тусламж үйлчилгээ нь эхийн амь насыг эрсдэлээс хамгаалах зорилготой ба наад зах нь 4 удаагийн үзлэгт хамруулж шаардлагатай зөвлөгөө, тусламжийг үзүүлнэ.^{LXI}

Монгол улсад жирэмсний хяналтын хамрагдалт өндөр түвшинд байдаг боловч улсын хэмжээнд эхийн эндэгдэл болон өвчлөлтийн тохиолдлууд өндөр хэвээр байна. 2013 оны Нийгмийн үзүүлэлтийн түүвэр судалгааны үр дүн жирэмсний хяналтын хамрагдалтын түвшинг дараах байдлаар тодорхойлжээ: ^{LXII}

Нийгмийн үзүүлэлт түүвэр судалгаа (2013)-ны үр дүнгээс үзэхэд эмэгтэйчүүдийн 99.4% нь төрсний дараах тусламж үзүүлэх нэгжид байрлаж, ^{LVIII} нярайн 98.6% төрсний дараах эрүүл мэндийн үзлэгт хамрагддаг гэжээ. ^{LIX} Үүнд хот, хөдөөгийн ялгаа ажиглагдаагүй байна.

Хүснэгт 2: Жирэмсний хяналт, Монгол улс 2013

Жирэмсний хяналтад хамрагдалт	Улсын дундаж	Оршин суух газар		Бүс нутаг				
		Хот	Хөдөө	Баруун	Хангай	Төв	Зүүн	Улаанбаатар
Эрүүл мэндийн мэргэжлийн ажилтны үзлэгт ядаж 1 удаа хамрагдсан	98.7	98.6	99.1	98.2	99.4	99.6	99.3	98.2
Эрүүл мэндийн аль нэг байгууллагад 4 удаа	89.6	92.0	85.4	82.4	87.7	88.8	95.9	92.1
Эрүүл мэндийн аль нэг байгууллагад 6 удаа	75.1	80.2	66.3	58.4	68.5	74.6	82.3	82.7

Эх сурвалж: МУ-ын нийгмийн үзүүлэлтийн түүвэр судалгааны урьдчилсан дүнгээс (SISS) 2013, Судалгааны үр дүн, 2014 оны 6 дугаар сар, МУ-ын УСГ, НҮБ-ын ХАС, НҮБ-ын ХХ, Улаанбаатар, х. 19

Монгол улсад “өрхийн эмнэлэг” төслийг 1998 оноос хэрэгжүүлж эхэлсэн бөгөөд жирэмсний хяналтын тусламж үйлчилгээг өрхийн эмнэлгийн эмч нараар дамжуулан хүргэдэг болсон. Улаанбаатар хотод өрхийн эмнэлгүүд дүүргийн эрүүл мэндийн төвүүд болон амаржих газруудын харьяан дор үйл ажиллагаа явуулж өндөр эрсдэлтэй эмэгтэйчүүдийг тодорхойлдог. ЭНЭШХ нь эх нялхасын эрүүл мэндийн мэргэжлийн тусламж үйлчилгээг үзүүлдэг цорын ганц төв юм.

Дотоодын шилжилт хөдөлгөөн болон хөдөөнөөс хотыг зорьсон төрөх эрсдэл бүхий жирэмсэн эхчүүдийн шилжилт нь нийслэл хотод жирэмсний хяналт, тусламж үйлчилгээний ачааллыг нэмэгдүүлэхэд нөлөөлдөг. Монгол улсын төрийн өмчит 4 төрөх газар бүгд Улаанбаатар хотод төвлөрсөн, маш их ачаалалтай ба жирэмсний болон төрөхийн тусламж үйлчилгээний оочер дараалал урт байдаг. Эх баригч эмч нарын тоо хязгаарлагдмал, жирэмсэн эхчүүд эмнэлгийн үзлэгт хамрагдахын тулд үүрийн 5 цагаас оочер авах ёстой зэрэг асуудлаас шалтгаалан жирэмсний хяналтын тусламж үйлчилгээний чанар муу бөгөөд тогтоосон стандартаас харахад жирэмсний хяналтын туршид дор хаяж 6 удаагийн үзлэгт хамрагдсан байх шаардлагатай. Өрхийн орлогын түвшин өндөр эмэгтэйчүүд хувийн эмнэлгийн тусламж үйлчилгээнд хамрагдах нь олонтаа.

Өсвөр насныхан болон залуучуудын НҮЭМ

“Хүн ам ба хөгжил” олон улсын бага хурлаас баталсан Үйл ажиллагааны хөтөлбөр засгийн газруудад өсвөр насныхан болон залуучуудын НҮЭМ-н асуудлуудад (хүсээгүй жирэмслэлт, бэлгийн замаар дамжих халдвар, ХДХВ/ДОХ) анхаарал хандуулах шаардлага тавьсан. Мөн тус хөтөлбөрөөс өсвөр насныхны жирэмслэлтийг бууруулах уриалга дэвшүүлсэн (ICPD Para 7.44). Энэхүү хэсэгт бид Монгол улсад а) өсвөр насныхны төрөлтийн түвшин болон б) өсвөр насныханд гэр бүлийн статусаас үл хамааран үзүүлэх НҮЭМ-ийн тусламж үйлчилгээний төрлүүдийн талаарх үзүүлэлтүүдийг авч үзнэ. Эдгээр нь тус улсын өсвөр насныхны НҮЭМ, түүний эрх хэрхэн хэрэгжиж буй байдлыг илтгэх болно. Олонхи эмэгтэйчүүдийн бэлгийн идэвх өсвөр насанд эхэлдэг бөгөөд тэдний бие махбодийн өөрчлөлт болон бэлгийн идэвхийн асуудлаар сургууль, эрүүл мэндийн байгууллагуудад тусгайлан авч үзэх нь дутагдалтай байдаг, бэлгийн боловсролын агуулга, хүртээмжгүй байдал зэргээс шалтгаалан өсвөр насныхан, залуу эмэгтэйчүүд олон хүндрэл бэрхшээлтэй учирдаг.

а) Өсвөр насныхны жирэмслэлтийн түвшин

Эрт жирэмслэлт нь эх болон хүүхдэд олон сөрөг үр дагавар үзүүлдэг, тухайлбал, эхийн боловсролын түвшинг бууруулж, нийгэм-эдийн засгийн хамааралтай болох, мөн эх хүүхдийн эндэгдэл болон өвчлөлийн эрсдлийг нэмэгдүүлдэг. Тиймээс өсвөр насныхны НҮЭМ, эрхийн талаарх асуудал нь чухал үзүүлэлт юм.^{LXIII}

Монгол улсад өсвөр насныхны төрөлтийн түвшин 2005 оноос хойш нэмэгдсэн бол 2008 оноос эхлэн тогтворжсон байна. 2008 оны ХАНУЭМС-наас харахад бүх насны эмэгтэйчүүд -ийн анхны төрөлтийн дундаж нас 21.3, өсвөр нас буюу 15-19 насны 1000 эмэгтэйчүүд тутамд 57 төрөлт ногдож (хөдөө 39, хотод 115) байна. ^{LXIV}2013 оны Нийгмийн үзүүлэлтүүдийн түүвэр судалгааны үр дүнгээр өсвөр насныхны төрөлт -ийн түвшин ^{LXV}2013 онд 40.4 байна. Энэхүү түвшин хөдөө 68, хотод 31.2 байна. Мөн дээрх эх үүсвэрээс харахад 15-24 насны залуу эхчүүдийн 5.3 хувь, 15-24 насны эрэгтэйчүүдийн 1.2 хувь нь гэрлэсэн эсвэл хамтран амьдрагчтай байна. ^{LXVI}

Дотоодын Төрийн бус байгууллагаас 2013 онд явуулсан судалгаа ^{LXVII}-ны үр дүнгээс үзэхэд өсвөр насны 2700 төрсөн эхчүүдийн 50% нь боловсролгүй, 25% нь санхүүгийн чадавхгүй байжээ. 2008 оны ХАНУЭМС-нд хамрагдсан эмэгтэйчүүдийн 1/3 нь 19 ба түүнээс доош насандаа бэлгийн харилцаанд орсон, 15-19 насны эмэгтэйчүүдийн анхны төрөлтийн дундаж нас 17.8 байв.

б) Өсвөр насныхны НҮЭМ-ийн тусламж үйлчилгээний төрөл болон хүртээмж

Энэ хэсэгт бид өсвөр насныхны НҮЭМ-ийн үйлчилгээний асуудлыг гэрлэсэн эсэхээс үл хамааран авч үзнэ. Өсвөр насныхны НҮЭМ-ийн тусламж үйлчилгээ гэдэг ойлголт нь “жендэрийн мэдрэмжтэй, амьдрах ухаанд суурилсан НҮЭМ-ийн боловсрол болон нийгмийн хамгааллын иж бүрэн үйлчилгээг өсвөр насныхан болон залуучуудад олгоно, үүнд сэтгэлзүйн зөвлөгөө, ЖСАХ, ХДХВ/БЗДХ-өөс урьдчилан сэргийлэх болон эмчлүүлэх, эхийн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ зэрэг асуудлуудыг багтаана”. ^{LXVIII}

Бэлгийн амьдралын талаарх цогц боловсрол нь өсвөр насныхан, залуучуудад хөгжлийн хэрэгцээнд болон насанд нь тохирсон байдлаар дунд сургуулийн хөтөлбөрөөр дамжуулан олгох ба агуулга нь дараах 4 хэсгээс бүрдэнэ. Үүнд:

- Хүний бэлгийн амьдралын талаарх мэдээлэл, үүнд бие махбодын өсөлт, хөгжил, бэлгийн анатоми, физиологи, нөхөн үржихүй, ЖСАХ, жирэмслэлт, төрөлт, ХДХВ/ДОХ, гэр бүлийн амьдрал, хувь хүмүүс хоорондын харилцаа, соёл ба бэлгийн амьдрал, хүний эрх, үл ялгаварлан гадуурхалт, эрх тэгш байдал, жендэрийн үүрэг, бэлгийн зан авир, бэлгийн олон янз байдал, бэлгийн дарамт, жендэрт суурилсан хүчирхийлэл болон хүчирхийллийн хэлбэрүүд;
- Нийгмийн хэм хэмжээ, үнэ цэнэ, чиг хандлага;
- Хувь хүмүүсийн харилцааны үр чадвар болон Хариуцлага.

Өсвөр насныхан жирэмсэлсэн тохиолдолд тусламж үйлчилгээнд хамрагдах байдал зарим тохиолдолд сайн байна. 2008 оны ХАНУЭМС-гаар 20 наснаас доош эхчүүдийн 281 төрөлтөөс 99.3% нь эрүүл мэндийн нэгжид, 0.7% нь гэрийн төрөлт байсан ба тэдгээрийн 47% нь төрөх үедээ эмэгтэйчүүдийн их эмч, 31% нь мэргэжлийн эх баригч эмч, 21.4% нь эмч, үлдсэн хувь нь сувилагч болон бусад ажилтнуудаас тусалцаа авсан гэж хариулжээ. ^{LXIX}

ЭМЯ-ны үзүүлэлтүүдээр нийт үр хөндөлт хийлгэсэн эмэгтэйчүүдийн 7%-ийг 20 наснаас доош эмэгтэйчүүд эзэлж байгаа бөгөөд 2007-2011 онуудад энэхүү түвшин тогтмол өссөн байна. ^{LXX}2008 оны ХАНУЭМС-нд 15-19 насны эмэгтэйчүүд дор хаяж нэг удаа аргагүй байдлын улмаас үр хөндүүлж байсан гэж хариулжээ. Үр хөндүүлсэн эмэгтэйчүүдийн 40% нь үр хөндөлтийн өмнөх зөвлөх үйлчилгээг авсан бол 80% нь үр хөндөлтийн дараах зөвлөх үйлчилгээнд хамрагджээ. Гэвч үр хөндөлтийн дараах ЖСАХ-ийн хэрэглээний түвшин өсвөр насны охидын (40%) хувьд бусад насны бүлгүүдтэй харьцуулахад харьцангуй доогуур байна (>70%). ^{LXXI}

Кейс судалгаа: Дунд сургуульд олгох бэлгийн боловсрол болон ЖСАХ-ийн хэрэглээ

Намайг Бина гэдэг, 21 настай, Улаанбаатар хотод амьдардаг.

Өсвөр насныхан ерөнхий боловсролын хөтөлбөрөөр дамжуулан бэлгийн боловсрол, түүнтэй холбогдох эрхүүдийн талаар мэдээллийг олж авах ёстой боловч бидэнд хангалттай мэдээлэл олгодоггүй. Энэ нь эрүүл мэндийн хичээлийн цаг хүрэлцээгүй, мөн агуулга хангалтгүй байдагтай холбоотой. Хичээлийн явцад бэлгэвч хэрхэн хэрэглэх, охидын сарын тэмдэг гэх мэт сэдвүүд хөндөгдөхөд бид ичдэг учраас зүгээр л инээгээд өнгөрдөг. Сургууль дээр бүх сурагчдад эмчийн үзлэг хийдэг бөгөөд охидын үзлэг ахлах ангиас эхэлдэг. Охидын эмчийн үзлэг хэрхэн явагдах, яагаад үзлэг хийгдэх болсон гэх мэт асуултын хариулт бүрхэг, тайлбаргүй байдаг учраас зарим охид зүгээр айдаст автдаг бол зарим нь зугтаадаг. Үзлэгээс ямар нэгэн байдлаар бултах эсвэл зугтаасан тохиолдолд тэдгээр охидод ямар асуудал тулгарсан болон юунаас санаа зовниж байсан эсэхийг олж мэдэхээс илүүтэйгээр “аль хэдийн бэлгийн харилцаанд орчихож” гэх мэт хов живээр булж орхидог. Миний хувьд ч гэсэн үүний нэгэн адил асуудалд өртсөн. Би их сургуулийн 1-р курсээс эхлэн эмэгтэйчүүдийн эрхийн ТББ-д ажиллаж эхэлсэн учраас тухайн байгууллагын үйл ажиллагаанаас НҮЭМ-ийн талаарх боловсрол мэдлэгийг олж авч эхэлсэн.

ЖСАХ-үүдийг харьяа оршин суугаа дүүргийн эмнэлгүүдээс эсвэл эгчийн маань ажилладаг хувийн эмнэлгээс авч болдог. Би жирэмслэлт, ЖСАХ-ийн хэд хэдэн аргуудыг мэддэг ч өөрийгөө эрсдэлд оруулахаас эмээж хэрэглэж байгаагүй. Бэлгийн харилцаанд орсон тохиолдолд бэлгэвч хэрэглэж байсан. Манай хөршүүд болон оршин суугчид ЖСАХ-ийн талаарх эрсдлүүдийг ярьцгаадаг байсан. Удалгүй би жирэмсэлсэн боловч хүүхдээ алдсан. Үүний дараагаар тэд НҮЭМ-ийн талаар одоог хүртэл ямар ч зөвлөгөө өгөөгүй.

Ярилцлагыг МОНФЕМНЕТ үндэсний сүлжээний ажилтан 2014 оны 8-р сарын 6-ны өдөр хийв.

Өсвөр насныханд жирэмслэлтээс өмнөх үед НҮЭМ-ийн үйлчилгээнд хамрагдах боломж хязгаарлагдмал байна. 2008 оны ХАНҮЭМС-нд хамрагдсан 15-19 насны оролцогчид жирэмслэлтээс сэргийлэх орчин үеийн арга хэрэгслийн талаар мэдлэгтэй гэж хариулж байсан хэдий ч ердөө 3.7% нь орчин үеийн аргуудыг (эрэгтэй бэлгэвч, уудаг эм, ерөндөг) хэрэглэдэг гэжээ. Цөөн буюу 0.4% нь уламжлалт (хуанли хөтлөх, түр тэвчих, гадуур тавих) аргуудыг саяхнаас хэрэглэж эхэлсэн байв. Ердөө 33.5% нь ЖСАХ-үүдийг үнэ төлбөргүй олгодог талаар мэддэг гэж хариулжээ.^{LXXII}

Өсвөр насны охидын 90% нь БЗДХ-ийн талаар сонссон боловч халдварлах замууд болон халдвараас сэргийлэх, хамгаалах аргуудын талаар ердөө 12% нь анхан шатны ойлголттой байгааг 2008 оны ХАНҮЭМС-ны үр дүн харуулж байна. 1998 оны ХАНҮЭМС-гаар 15-19 насны охидын нэг хүрэхгүй хувь нь БЗДХ/ХДХВ-ын талаар ойлголт мэдлэгийг сайжруулсны үр дүнд бэлгийн зан үйлд өөрчлөлт орсон гэж хариулж байсан бол 2008 онд 3% болж нэмэгдсэн үзүүлэлттэй боловч чамлалтай бага дүн хэвээр байна. Дунд сургуулийн боловсролын үндэсний хөтөлбөрт бэлгийн боловсролын агуулгыг уялдуулсан хэдий ч багш нар бэлтгэгдээгүй учраас санал зөрөлдөөнт сэдвүүдийг орхигдуулах магадлалтай. НҮЭМ, түүний эрхүүдтэй холбогдох сэдвүүдийг зөвхөн эрүүл мэндийн чиглэлээс хөндөхөөс бус хүний эрх, сэтгэлзүйн асуудлуудтай холбон тайлбарладаггүй.

Зарим БЗДХ (мөн ХДХВ)-ын тархалт нэмэгдсээр байгаа бөгөөд залуучууд хэд хэдэн бэлгийн хамтрагчтай явдал ихэссэн нь халдвар тархах нөхцлийг илүү бий болгож байна. ХДХВ/ДОХ-ын харуулдан тандалтын судалгаа-2009 тайлангаас үзэхэд өнгөрсөн жилүүдэд 15-24 насны залуучуудын 81% нь байнгын бус хамтрагчтай тохиолдлын бэлгийн хавьталд орсон бөгөөд энэ нь эрэгтэйчүүдэд илүү өндөр үзүүлэлттэй байна. Судалгаанд оролцсон залуучуудын 4.5% нь өнгөрсөн хугацаанд мөнгө/бэлэг авсны төлөө хавьталд орсон гэж хариулжээ. Мөн эх үүсвэрээс харахад ХДХВ-ийн сайн дурын шинжилгээнд хамрагдсан болон шинжилгээний үр дүнг мэддэг залуучуудын хувь нэмэгджээ (2005 онд 3.2%, 2009 онд 7.7%). Гэвч, судалгаанд оролцогсдын хувьд ХДХВ-ээс урьдчилан сэргийлэх хөтөлбөрт хамрагдах (2005 онд 40.8%, 2009 онд 11.7%) явдал эрс буурсан нь ихээхэн анхаарал татаж байна. Уг үзүүлэлт эмэгтэйчүүдтэй харьцуулахад эрэгтэйчүүдийн хувьд хоёр дахин бага байна.

2013 оны Нийгмийн үзүүлэлт түүвэр судалгааны үр дүнгээс харахад залуу эмэгтэйчүүдийн 0.6%, эрэгтэйчүүдийн 4.8% нь 15 наснаас өмнө бэлгийн харилцаанд орсон байна. Бэлгийн идэвхтэй залуу эмэгтэйчүүдийн 36% нь ХДХВ шинжилгээнд хамрагдаж, үр дүнг сонссон байна. ^{LXXIII}Залуу эмэгтэйчүүдийн 46.1%, эрэгтэйчүүдийн 69% нь байнгын бус бэлгийн хавьтагчтай тус тус бэлгэвч хэрэглэдэг гэж дээрх судалгаанд мэдээлсэн байна. ^{LXXIV}

2001 оны өсвөр үеийнхний эрүүл мэндийн судалгааны дүгнэлтийг харгалзан үзсэний үр дүнд ЭМЯ болон олон улсын түнш байгууллагууд өсвөр насныханд ээлтэй клиник сүлжээг байгуулан залуучуудад НҮЭМ-ийн тусламж үйлчилгээг илүү хүртээмжтэй байлгах төлөвлөгөөг боловсруулан хэрэгжүүлсэн байна. Хэрэгжилтийн үе шатанд эмнэлгийн боловсон хүчний сургалт, өсвөр насныханд зориулж эмнэлгийн үзлэгийн тусгайлсан цаг, байр төлөвлөж, дунд сургуулийн эмчийн кабинет болон өрхийн эмнэлгийн одоогийн бүтцийг сайжруулах алхамууд хийгдсэн. ^{LXXV}Энэхүү төлөвлөгөөний хэрэгжилтийн үр дүнд НҮЭМ-ийн тогтолцоо сайжирсан хэдий ч хөдөөд тус үйлчилгээнд хамрагдахад бэрхшээлтэй хэвээр байна.

ХДХВ/ДОХ

“Хүн ам ба хөгжил” олон улсын бага хурлын үйл ажиллагааны хөтөлбөрөөс засгийн газруудад ХДХВ-ийн халдвараас урьдчилан сэргийлэх, тархалтыг бууруулах болон үр нөлөөг доод түвшинд хүргэх, мөн ХДХВ-ээр халдварласан хувь хүмүүст эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг эрх тэгш хүргэх, ялгаварлан гадуурхагдахгүй байх байдлыг хангах талаар шаардлага тавьсан(ICPD Para 8.29).

Энэхүү хэсэгт бид ХДХВ-ийн тархалт, түүнээс үүдэх асуудлууд болон Монгол улсын ХДХВ/ДОХ-ын тусламж үйлчилгээний хүртээмжийн талаар авч үзнэ. Хүн амын олон янзын дэд бүлгүүд дэх ХДХВ-ийн тархалт, ХДХВ/ДОХ-оор халдварласан хүний тоо зэрэг үзүүлэлтүүд нь хүн амын бэлгийн эрүүл мэндийн байдлыг илтгэн харуулна. ^{LXXVI}Мөн ХДХВ/ДОХ-оор халдварласан хүмүүст эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ хэр хүртээмжтэй байгаа талаар дурдана.

Тархалт, үүсэх асуудлууд

Хүн амын олон янзын бүлгүүдэд ХДХВ-ийн тархалт ХДХВ/ДОХ-оор халдварласан хүний тоо зэрэг нь хүн амын бэлгийн эрүүл мэндийн байдлыг илтгэн харуулах гол үзүүлэлтүүд юм. Тухайн хүнийг ХДХВ-ийн шинжилгээнд хамруулж, шинжилгээний үр дүн эерэг гарсан бол тухайн хүнийг ХДХВ-аар халдварласан хэмээн албан ёсоор тодорхойлно

БЗДХ нь нийт халдварт өвчний 35%-ийг эзлэж байгаа бөгөөд энэ нь ХДХВ халдварлах эрсдлийг нэмэгдүүлж байна. Бусад эрсдэлт хүчин зүйлсүүдэд ажиллах хүчний шилжилт хөдөлгөөн өндөр, ядуурал, бэлгэвчний хэрэглээ доогуур, ХДХВ өндөр тархалттай орнууд болох ОХУ, БНХАУ-тай хил залгаа оршдог зэргийг дурдаж болно. Албан ёсоор зарлагдсан тохиолдлуудын тоо өсч, халдварын түвшин тасралтгүй нэмэгдсээр байна. ХДХВ-ийн эхний тохиолдол 1992 онд бүртгэгдсэн бөгөөд нийт бүртгэгдсэн 150 ХДХВ/ДОХ-ын тохиолдлуудын 23 нь 2013 онд бүртгэлтэй байна. Монгол улсын нийт ХДХВ/ДОХ-ын тохиолдлуудын тэн хагас нь өнгөрсөн 3 жилийн хугацаанд бүртгэгджээ.

2013 оны Үндэсний эрүүл мэндийн статистик мэдээнд 150 бүртгэгдсэн тохиолдлуудын 19 нь ДОХ-ын улмаас нас барсан байна. Хүйсээр авч үзвэл, 121(80.7%) эрэгтэйчүүд, 28 (18.7%) эмэгтэйчүүд байгаа ба бэлгийн чиг баримжаа тогтоогдоогүй 1 тохиолдол байна. Нийт бүртгэгдсэн тохиолдлуудын ихэнх нь ХДХВ-ийн халдварыг бэлгийн харилцааны үед авсан байна. ХДХВ халдварлах бусад тохиолдлууд болох цус сэлбэх, эмнэлгийн тусламж үйлчилгээ, эхээс хүүхдэд гэх мэт бүртгэгдээгүй байна. Эрэгтэйчүүдтэй бэлгийн хавьталд ордог (бэлгийн цөөнх) эрэгтэйчүүдийн хувьд ХДХВ-ийн тархалт 2011 онд 7.5% болж 2009 оны үзүүлэлтээс өсчээ (1.8%). ХДХВ-ээр халдварлагсадын 18.3% нь эмэгтэйчүүд, эдгээрийн 45.8% нь эмэгтэй биеэ үнэлэгчид байгааг судалгаанд дурджээ. Харин ХДХВ-ээр халдварлагсадын 80.9% нь эрэгтэйчүүд бөгөөд эдгээрийн 83% нь бэлгийн цөөнх байна.

14

БЭЛГИЙН
БОЛОН НӨХӨН
ҮРЖИХҮЙН
ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН
ҮЙЛЧИЛГЭЭ
ХҮРТЭХ ТҮГЭЭМЭЛ
ЭРХИЙН
ХЭРЭГЖИЛТИЙН
ТУХАЙ:
МОНГОЛ УЛС

Монгол улсын хүн амд ХДХВ-ын тархалт 0.1%-иас бага, эмзэг давхаргын бүлэгт 5%-иас бага байгаа нь Монгол улс нийт хүн амын хувьд эрсдэл багатай боловч эмзэг бүлгийн хувьд өндөр эрсдэлтэй орны тоонд тооцогдож байна. ^{LXXVII}

Хүснэгт 3: ХДХВ-ийн тархалтын судалгаа, Монгол улс, 2008, 2013

Монгол улс	2008	2013
ХДХВ-ийн тархалт-насанд хүрэгч (15-49 нас)		Ойролцоогоор 1%. ^{LXXVIII}
ХДХВ-ээр халдварласан хүн (бүх насны)	2008 онд 52 тохиолдол	2013 онд 150 тохиолдол 2014 онд 172 тохиолдол
ХДХВ-ийн шинэ халдвар (бүх насны)	Тоо байхгүй	Тоо байхгүй
ХДХВ-ийн шинэ халдвар (15-аас дээш насны)	Тоо байхгүй	Тоо байхгүй
ХДХВ-ээр халдварласан насанд хүрсэн эмэгтэйчүүдийн тоо	11	28
15-24 насны ХДХВ-тэй залуучуудын хувь	<0.1	<0.1
ХДХВ-тэй эхээс хүүхдэд халдварлахаас урьдчилан сэргийлэх ретровирус эсрэг эм үүж буй жирэмсэн эхийн тоо	3* 2008 оны байдлаар, ХДХВ эерэг 3 эхээс төрсөн 3 хүүхэд вирусгүй гэж оношлогдсон	11* 2014 оны байдлаар, ХДХВ эерэг 11 эхээс төрсөн 12 хүүхэд вирусгүй гэж оношлогдсон
Ретровирус эсрэг өндөр идэвхтэй эмчилгээнд хамрагдаж буй насанд хүрэгч болон хүүхдийн тоо	2008 онд 11.4%, 2009 онд 16.9% ^{LXXIX}	2011 онд 18.54% ^{LXXX}
ДЭМБ-ын 2010 оны зөвлөмжийн дагуу Ретровирус эсрэг өндөр идэвхтэй эмчилгээ шаардлагатай насанд хүрэгсдийн тоо	байхгүй	байхгүй

15

БЭЛГИЙН
БОЛОН НӨХӨН
ҮРЖИХҮЙН
ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН
ҮЙЛЧИЛГЭЭ
ХҮРТЭХ ТҮГЭЭМЭЛ
ЭРХИЙН
ХЭРЭГЖИЛТИЙН
ТУХАЙ:
МОНГОЛ УЛС

Эх сурвалж: Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв (2014). Эрүүл мэндийн үзүүлэлтүүд, 2013, Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв, ЭМЯ, Улаанбаатар, х.23ЭМГ (2009). Эрүүл мэндийн үзүүлэлтүүд, 2008, Эрүүл мэндийн газар, МУ-ын ЗГ-ын хэрэгжүүлэгч агентлаг, х.9

* ДОХ/БЗДХ тандалт судалгааны хэлтэс, ХӨСҮТ

ХДХВ болон ДОХ-ын тусламж үйлчилгээний хүртээмж

Хүн амын ялгаатай бүлгүүдэд ХДХВ-аас урьдчилан сэргийлэх болон эмчилгээний хүртээмж нь тухайн улсын НҮЭМ-ийн тусламж үйлчилгээний хүртээмжийн үзүүлэлтийг илтгэнэ.^{LXXXI}

ХДХВ/ДОХ-той хүмүүст эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ хязгаарлагдмал байна. Монгол улсад энэ чиглэлээр бэлтгэгдсэн эмнэлгийн хүний нөөц ялангуяа хөдөө орон нутагт цөөхөн бөгөөд ХДХВ/ДОХ-оос урьдчилан сэргийлэх болон эмчлэх асуудалд хуваарилагдсан төсөв хязгаарлагдмал байна. Сургалт, хөрөнгө оруулалтын ихэнх хэсгийг олон улсын байгууллагууд бүрдүүлдэг, мөн аймаг тус бүрийн эрүүл мэндийн төвд 2-3 эмч бэлтгэх зорилт тавин ажиллаж байгаа боловч төрөөс энэхүү зорилго хангагдаагүй, үйлчилгээ хүртээмжгүй талаар хүлээн зөвшөөрсөн.^{LXXXII}

Лабораторийн үйлчилгээ, эмчилгээний стандарт муу, ХДХВ-тэй хүмүүс зөвхөн хүн ам цөөхөн нэгжүүдээр үйлчлүүлдэг.^{LXXXIII}

Цөөн тооны эрүүл мэндийн төвүүд ХДХВ-ийн тусламж үйлчилгээг эрүүл мэндийн бусад тусламж үйлчилгээтэй уялдуулсан. Үүнд сүрьеэ болон ретровирус эсрэг өндөр идэвхтэй эмчилгээ, ХДХВ-ын зөвлөгөө, шинжилгээ, сүрьеэ болон ХДХВ-ийн зөвлөгөө, НҮЭМ-ийн ерөнхий шинжилгээ гэх мэтийг дурдаж болно. Ретровирус эсрэг өндөр идэвхтэй эмчилгээ болон архаг халдварт бус өвчин, ретровирус эсрэг өндөр идэвхтэй эмчилгээ болон амбулаторын тусламж үйлчилгээ багтаасан тусламж үйлчилгээ, эхээс урагт халдварлахаас урьдчилан сэргийлэх болон жирэмсний хяналт, эх хүүхдийн эрүүл мэнд зэрэг хавсарсан үйлчилгээг эрүүл мэндийн төвүүдэд санал болгодоггүй байна.^{LXXXIV}

ХДХВ бага тархалттай орноос төвлөрсөн тархалттай орны ангилалд шилжиж байгаа Монгол улсад 2013 оны байдлаар нийт 150 тохиолдол бүртгэгдсэн бөгөөд үүний 19 нь халдварын эхний шатанд вирусын улмаас нас барсан. Энэ нь ХДХВ/ДОХ-оор халдварласан хүмүүстэй ялангуяа эрүүл мэндийн салбарт ялгаварлан гадуурхах, сөрөг чиг хандлагаар харьцах, оношлогооны дараах, явцын болон зохион байгуулалттай зөвлөх үйлчилгээ, эмчилгээ, заслын аргуудыг үзүүлээгүйн улмаас нас барсан байна.

2013 оны Нийгмийн үзүүлэлтийн түүвэр судалгааны үр дүнгээс харахад жирэмсний хяналтын үеийн ХДХВ шинжилгээнд хамрагдалт ^{LXXXV}улсын хэмжээнд 68.6%, байршлаар хотод 78.5%, хөдөөд 51.3% байна. Жирэмсний хяналтын үеийн ХДХВ-ийн зөвлөх үйлчилгээ тааруу байна. Жирэмсэн эхчүүд ХДХВ-ын сорил шинжилгээнд заавал хамрагдсан байхыг шаарддаг ч судалгаанд хамрагдсан эмэгтэйчүүд -ийн ердөө 32.1% нь жирэмсний хяналтын үед ХДХВ-ийн талаар зөвлөгөө авсан гэжээ. ХДХВ-ийн ретровирусийн сорилд төрөхөөс 2 сарын өмнө хамрагдаж буй ХДХВ эерэг эхэст төрсөн нярайн хувь 100 байна. Мөн тайланд ХДХВ-тэй, ретровирусийн эсрэг өндөр идэвхтэй эмчилгээнд 12 сарын туршид хамрагдаж буй насанд хүрэгсэд, хүүхдүүдийн хувь 2007 онд 50%, 2009 онд 100% болж өссөн хэдий ч 2011 онд 83.3% болж буурсан үзүүлэлттэй байна.

Эрүүл мэндийн зардал

Хүн амын эрүүл мэндийг сайжруулахад төрөөс хэрхэн анхаарч буйд үнэлгээ хийх зорилгоор эрүүл мэндийн зардлын үзүүлэлтийг ашигладаг.

2013 оны үндэсний статистик мэдээнээс тооцоход эрүүл мэндийн нийт зардал ДНБ-ий 3%, харин засгийн газрын зардлын 6.9%-ийг эзлэж байна. ^{LXXXVI}Эрүүл мэндийн зардал нь Монгол улсын нийгэм эдийн засгийн шилжилтийн үед 1995 онд ДНБ-ий 3.3%-ийг эзлэж байсан бол 2000 онд 4.9% болтол өссөн. Харин 2005 онд 3.9% хүртэл буураад 2010 онд 5.4% болж нэмэгдэж байжээ. ^{LXXXVII}Энэхүү хэлбэлзлийг эс тооцвол ДНБ-д эзлэх эрүүл мэндийн зардлын хэмжээ Номхон далайн баруун бүсийн орнуудтай харьцуулахад доогуур түвшинд хадгалагдсан хэвээр байна. Энэхүү санхүүжилт нь эрүүл мэндийн үйлчилгээг явуулах (урьдчилан сэргийлэх, эмчлэх), гэр бүл төлөвлөлтийн үйлчилгээ, хоол тэжээлийн хөтөлбөрүүд, эрүүл мэндийн яаралтай тусламж үйлчилгээ зэрэгт зарцуулагддаг хэдий ч ус, эрүүл ахуйн чиглэлийг орхигдуулжээ.

Эмнэлэгт суурилсан эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хуучны тогтолцоотой болохын хувьд эрүүл мэндийн зардлын ихэнх хувийг амбулаторийн үйлчилгээнд зарцуулдаг хэдий ч эмнэлгүүд анхан шатны тусламж үйлчилгээнд хэт төвлөрсөний улмаас анхан шатны тусламж үйлчилгээний зардлыг нарийвчлан тооцож чаддаггүй. ^{LXXXVIII}Санхүүжилтийн хэдэн хувь НҮЭМ-ийн асуудалд зарцуулагддаг талаарх мэдээлэл хомс байна. Санхүүжилтийн асуудал нь ДЭМБ болон НҮБ-ын ХАС-аас хамааралтай байсаар ирсэн.

Иргэдийн бэлнээр шууд төлөх төлбөр 1995 онд нийт эрүүл мэндийн зардлын 14.5%-ийг эзэлж байсан бол 2010 онд 41.4%-д хүрсэн. ^{LXXXIX}Энэхүү мэдээллийг ДЭМБ-ын өөрчлөгдөж буй аргачлалд суурилсан, нарийн нягт бус байж болох хэдий ч иргэдээс бэлнээр төлөх төлбөрийн зардал өндөр хэвээр байгаа нь эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээн дэх төрийн санхүүжилт дутагдалтай, засгийн газар, нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоо хооронд эрүүл мэндийн үйлчилгээний хуваарилалт зохистой бус байгааг илтгэн харуулж байна. ^{XC}Засгийн газраас хуваарилсан төсөв нь урьдчилан сэргийлэх, нийгмийн эрүүл мэндийн үйлчилгээ, эх хүүхдийн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ, чихрийн шижин, ХДХВ/ДОХ зэрэг архаг болон халдварт өвчин зэрэгт зарцуулагддаг. Нийгмийн эрүүл мэндийн даатгал нь амбулатор болон хэвтэж эмчлүүлэх зардлыг багтаана. ^{XCI}

Эрүүл мэндийн байгууллагын шатлал тус бүр дэх НҮЭМ-ийн тусламж үйлчилгээний хүртээмж

Энэ хэсэгт бид иж бүрэн НҮЭМ-ийн тусламж үйлчилгээний хүртээмжийн асуудалд өргөн хүрээнд үнэлгээ хийнэ. Эрүүл мэндийн нэгжүүд дэх тусламж үйлчилгээг газарзүйн байршлаар харуулсан бол төрийн болон хувийн өмчит эрүүл мэндийн байгууллагуудын тусламж үйлчилгээ нь дамжуулан өрхийн орлогын түвшингээр ялгаатай хүмүүст хэр хүртээмжтэй эсэхийг тодорхойлсон. ^{XCII}

Эрүүл мэндийн үйлчилгээ үзүүлэх нэгжүүд

Монгол улсын эрүүл мэндийн үйлчилгээ үзүүлэх тогтолцоо нь төрийн, хувийн, төр-хувийн эзэмшлийн хэмээх хэлбэрүүдтэй бөгөөд нийгмийн эрүүл мэнд, эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ, эмийн хангамж, эрүүл мэндийн боловсрол, сургалт болон судалгааны асуудлууд -ыг тус бүр хариуцдаг. 2013 оны байдлаар улсын хэмжээнд 16 төв болон нарийн мэргэжлийн эмнэлэг, эмчилгээ, оношлогооны бүсийн 5 төв, аймаг/дүүргийн 20 нэгдсэн эмнэлэг, нийгмийн эрүүл мэндийн 8 төв, орон нутгийн 6 эмнэлэг, төв суурин газрын 39 эмнэлэг, 271/19 сумын эрүүл мэндийн төв, 228 өрхийн эмнэлэг, 3 амаржих газар эрүүл мэндийн үйлчилгээг хүргэж байна.

^{xciii} Монгол улсын эрүүл мэндийн тогтолцоо нь нэгдсэн бүтэцтэй бөгөөд энэ газар зүйн түвшинд аймаг болон Улаанбаатар хот хэмээн ангилгдаж, улмаар засаг захиргааны нэгжүүдээр дамжуулан эрүүл мэндийн анхан болон мэргэжлийн тусламж үйлчилгээ (үүнд хоёр болон гурав дахь шатны тусламж үйлчилгээ хамаарагдана) хүргэж байна. ^{xciv} Гурав дахь шатны бүх тусламж үйлчилгээ Улаанбаатар хотод төвлөрдөг.

Анхан шатны тусламж үйлчилгээ үзүүлэх нэгж нь ЖСАХ, жирэмсний хяналт, эмэгтэйчүүдийн үзлэг, анхан шатны оношлогоо болон эрүүл мэндийн зарим боловсрол мэдлэг олгоход чиглэгддэг. Хөдөө орон нутагт анхан болон хоёр дахь шатны тусламж үйлчилгээг нэгтгэн анхан шатны үйлчилгээ үзүүлэх нэгжээр дамжуулан хүргэдэг учраас жирэмсний болон төрсний дараах тусламж үйлчилгээг үзүүлэх нэгж адил юм. Мөн хөдөөд өндөр эрсдэлтэй жирэмсэн эхчүүдэд тусламж үйлчилгээг үзүүлэх цөөн тооны амаржих газар байгуулсан бөгөөд энэ нь Улаанбаатар хотыг зорьж чадахгүй эхчүүдийн аюулгүй төрөлтийн түвшинг нэмэгдүүлэхэд нөлөөлдөг. ^{xcv} Үр хөндөлтийн ихэнх хувийг бүсийн томоохон эмнэлгүүдэд хийдэг хэдий ч зарим жижгэвтэр эмнэлгүүд, амаржих газар болон хувийн эмнэлгүүдэд хийдэг. ^{xcvi} ХДХВ сорил шинжилгээг бүсийн зарим эмнэлгүүдэд хийдэг боловч нууцлалын түвшин хангалтгүй байгаа нь үйлчлүүлэхээс татгалзах шалтгаан болж байна.

НҮЭМ-ийн тусламж үйлчилгээний хүртээмж хүн амаас шалтгаалан ялгаатай байна. Хөгжлийн бэрхшээлтэй эмэгтэйчүүд бэлгийн идэвхгүй учраас улсын сургууль болон эрүүл мэндийн төвүүдээс бусад газруудад ийм төрлийн үйлчилгээ байдаггүй гэсэн ойлголттой байх нь нийтлэг. Биеэ үнэлэгчид ТББ-аар дамжуулан зарим төрлийн тусламж үйлчилгээнд хамрагддаг боловч энэ нь зөвхөн Улаанбаатар хотод л хязгаарлагддаг.

Улсын болон хувийн эмнэлгийн үйлчилгээ

Эрүүл мэндийн тусламж үзүүлдэг хувийн байгууллагууд 2005 онд 683 байсан бол 2011 онд 1184 болж нэмэгдсэн . Ихэнх эмнэлгүүд 10-20 орны багтаамжтай ба амбулаторын үзлэг үзүүлдэг. ХДХВ/ДОХ, гэр бүлийн хүчирхийлэл, архидалт болон мансууруулах бодисын талаарх ойлголт мэдлэгийг нэмэгдүүлэх, эрүүл мэндийн боловсролыг дэлгэрүүлэх зорилгоор идэвхтэй үйл ажиллагаа явуулдаг ТББ-ууд тасралтгүй нэмэгдсээр байна. Гэвч ТББ-уудын үйлчилгээ эх ба хүүхдүүдэд өдрийн клиник тусламж үйлчилгээ үзүүлэх гэх мэтээр хязгаарлагддаг байна. ^{xcvii}

Нийслэл Улаанбаатар хот болон аймгийн төвүүд дэх төрийн өмчит гэр бүлийн эрүүл мэндийн төвүүдээр ихэвчлэн өрхийн доогуур орлоготой, хөдөөгийн иргэд голцуу үйлчлүүлэх бөгөөд 71-82%-тай байна. Гэр бүлийн эрүүл мэндийн төвүүдийг нийгмийн чинээлэг хэсэг үл тоомсорлох хандлага түгээмэл ажиглагдсан хэвээр байна. 2010 онд нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалд хамрагдагсад 82.6%-тай байсан боловч хөдөөд мэргэжлийн эмч дутагдалтай, тусламж үйлчилгээ авах бэрхшээлтэй учраас хүн бүрийн хамрагдал адилхан түвшинд байж чадахгүй байна. Анхан, хоёр болон гурав дахь шатны эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг улсын хэмжээнд бий болгосон хэдий ч өндөр хувьтай хэвээр байгаа дотоодын шилжилт хөдөлгөөнтэй уялдаж чадахгүй байна. Тиймээс Улаанбаатар хотын эрүүл мэндийн байгууллагуудын ачаалал ихэссээр байна. Өмнө нь төв суурин газрын орчим суурьшсан малчин өрхүүд эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнд эрх тэгш хамрагдаж чаддаггүй байсан. Өрхийн эмнэлгүүдийг нийгмийн эдгээр зорилтот бүлгүүдэд чиглүүлэн байгуулсан боловч төрийн санхүүжилт дутмаг учраас эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг хүргэхэд бэрхшээл учирч байна. Эцэст нь, эрх тэгш хүртээмжгүй байдал нь газарзүйн орон зай, цаг уурын хүнд нөхцөл, иргэний бүртгэлд хамрагдаагүй иргэд болон өрхийн орлого доогуур бүлгүүдэд илүү нөлөөлж байна. ^{xcviii}

3. Зөвлөмж

НҮЭМ-ийн тусламж үйлчилгээг үзүүлэхэд анхаарах нэн тэргүүлэх асуудлууд

- Эхийн эндэгдэл, нялхасын эндэгдлийн түвшин буурах хандлагатай байгаа хэдий ч хөдөө орон нутагт өндөр хэвээр байна.
- Ядуу, эмзэг бүлгийнхэн НҮЭМ-ийн тусламж үйлчилгээнд бага хамрагддаг нь анхан шатны эрүүл мэндийн байгууллагын тогтолцоо ялангуяа хөдөө орон нутагт учир дутагдалтай байгаагаас шалтгаалж байна.
- Эмчилгээнд суурилсан, эмнэлэгт төвлөрсөн хандлагын улмаас Улаанбаатар хотын хоёр болон гурав дахь шатны эмнэлгийн байгууллагуудын ачаалал хэтрэхэд нөлөөлж байна.
- Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний төлөвлөлт, хэрэгжилт, хяналт болон үнэлгээнд олон нийтийн оролцоо хязгаарлагдмал байдаг.
- Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээ нь зохих шатны тусламж үйлчилгээнд тохиромжтой бус, өртөг өндөр болон үр ашиггүй үйлчилгээг санал болгодог. Амбулаторын, өдрийн, гэрээр болон өвчин намдаах тусламж үйлчилгээ нь хүртээмжтэй бус.
- Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний шатлал бүрт стандартууд хүртээмжгүй, технологийн дэвшилтэт хөгжлийг эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнд цаг тухайд нь нэвтрүүлдэггүй. Хөдөө орон нутагт оношлогоо, эмчилгээ болон мониторингийн стандарт аргачлал, технологийн хэрэглээний хувьд доогуур.
- Үйлчлүүлэгчдээ дээдэлсэн, стандарт хангасан үйлчилгээний бүтэц хараахан бүрэлдээгүй.
- Эмнэлэг, эрүүл мэндийн төвүүд болон үйлчилгээ үзүүлэх нэгжүүдэд үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллагуудын чиг хандлага, харилцааны үр чадварт үнэлгээ хийх механизм байхгүй.
- Тусламж үйлчилгээний чанарыг сайжруулах удирдлага, механизм хоорондын уялдаа дутмаг, үйлчилгээг нэгтгэж чадахгүй байгаа нь НҮЭМ-ийн тусламж үйлчилгээн дээр илүү харагдаж байна.

Зөвлөмж:

Монгол улсын Засгийн газар хөгжлийн түншлэгчидтэй хамтран НҮЭМ-ийн асуудлууд газарзүй болон нийгэм-эдийн засгийн түвшинд ялгаатай, эрхтэгшбус байгаа явдал өссөн нэмэгдсээр байгааг нухацтай, идэвхтэй байр сууринаас авч хэлэлцэн шийдвэрлэх шаардлагатай хэмээн үзэж байна. Энэ нь НҮЭМ-ийн түгээмэл эрх, эхийн, перинаталь болон нялхасын эндэгдлийг цаашид бууруулахад үлэмж нөлөөтэй. НҮБ бусад олон улсын түншлэгчид болон Монгол улсын иргэний нийгмийн байгууллагууд хамтдаа НҮЭМ-ийн бүхий л чиглэлээрх асуудлуудад хүний эрхэд суурилсан чиг хандлага бүхий стратегийн өмгөөллийг нэн ялангуяа хамгийн өртөмтгий хүн амын бүлэг болох өсвөр насныхан болон залуучуудад хандуулан эрчимтэй хэрэгжүүлэх шаардлагатай байна.

Түүнчлэн, бидний зүгээс Монгол улсын Засгийн газар болон түүний түншлэгчдэд дараах зөвлөмжид анхаарал хандуулахыг хүсэж байна. Үүнд:

Жирэмслэлтээс хамгаалах арга хэрэгсэл(ЖХАХ):

- Эмэгтэйчүүд өөрсдийн нөхөн үржихүйн түвшинг тодорхойлох, хэт олон төрөлтөөс урьдчилан сэргийлэх зорилгоор НҮЭМ-ийн иж бүрэн тусламж үйлчилгээнд хамрагдах бүрэн эрхтэйг ойлгох;
- Монгол улс гэр бүл төлөвлөлтийг оновчтой, үр дүнтэй болгон өөрчлөхөд тохиромжтой стратегийг хэрэгжүүлэх шаардлагатай бөгөөд үүний тулд хүний эрхэд суурилсан чиг хандлага болон гэр бүл төлөвлөлтийн хангагдаагүй хэрэгцээний асуудалд онцгой анхаарал хандуулах ёстой;
- НҮЭМ-ийн сайжруулсан аргачлалуудыг (үүнд бэлгэвчийг оруулаад) хэрэглээг нэмэгдүүлэх;

Эх, хүүхдийн эрүүл мэнд:

- Бүх эмэгтэйчүүд, ялангуяа хөдөө орон нутгийн, өрхийн орлого доогуур болон хөгжлийн бэрхшээлтэй эмэгтэйчүүд эх хүүхдийн өндөр стандарт бүхий эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнд хамрагдах боломжийг сайжруулах.
- Бүх шатны эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний стандартыг сайжруулах.

Өсвөр нас, залуучуудын НҮЭМ:

- Мэдлэг болон зан үйлийг өөрчлөх ойлголт хоорондын уялдааг хангасан, холбогдох эрхүүдийг онцгойлон анхаарсан бэлгийн боловсролын иж бүрэн хөтөлбөрийг хэрэгжүүлэх;
- Хөдөө, хот орчмын болон уул уурхайн бүс нутгуудад өсвөр насны болон залуучуудад ээлтэй НҮЭМ-ийн тусламж үйлчилгээг өргөтгөх.

ХДХВ/ДОХ:

- Иргэний нийгэм болон ХДХВ/ДОХ-той хүмүүсийн оролцоог дэмжих замаар засгийн газар, улс төрийн манлайлал, олон нийтийн оролцоог сайжруулах, үндсэн болон өндөр эрсдэлтэй хүн ам, газарзүйн үндсэн байршлуудад урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээг төрөлжүүлэх, ХДХВ/ДОХ-той хүмүүс болон эрсдэл хамгийн их хүн амын хүний эрхийг дээдлэх, тэдний эсрэг ялгаварлан гадуурхах, зүй зохисгүй харьцах байдлыг бууруулах, ХДХВ-ийн сорил шинжилгээнд анхаарал хандуулж, хүний эрх төвтэй стратегийг баримтлан ажиллах

Эрүүл мэндийн салбарын бүхий л шатан дахь НҮЭМ-ийн тусламж үйлчилгээ:

- БЗДХ-аас урьдчилан сэргийлэх болон зан үйлийг өөрчлөх дэвшилтэт харилцааны хөтөлбөр чиглэлээр бэлтгэгдсэн хөдөө, хотын нийгмийн эрүүл мэндийн ажилтнуудын тоог нэмэгдүүлэх;
- Олон нийт, ТББ болон орон нутгийн удирдлагыг НҮЭМ-ийн тусламж үйлчилгээг төлөвлөх, хэрэгжүүлэх, мониторинг хийх болон үнэлэхэд оролцоог бий болгох;
- Төв болон орон нутгийн удирдлагууд анхан шатны эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээн дэх НҮЭМ-ийн хүртээмж, чанарыг нэмэгдүүлэх, яаралтай эх барих болон нярайн тусламж үйлчилгээг сайжруулах зорилгоор санхүүжилтийн дутмаг байдлыг яаралтай анхааралд авч шийдвэрлэх.

4. Тайлбар

ⁱ <http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm>

ⁱⁱ United Nations Population Fund (UNFPA). 2012 Implications of Demographic Trends for Socio-Economic Development and Public Policy in Mongolia, p.16. Retrieved from: <http://unfpa.org/mn/Demographic%20study%20English.pdf>

ⁱⁱⁱ NSO. (2014). Mongolian Statistical Yearbook 2013, National Statistical Office of Mongolia, Ulaanbaatar

^{iv} UN. (2011). UNITED NATIONS POPULATION FUND Country programme document for Mongolia

^v Global Gender Gap Index 2013. Retrieved from: <http://www.infomongolia.com/ct/ci/6948/139/Global%20Gender%20Gap%20Index%202013:%20Mongolia>.

^{vi} Male life expectancy is approximately eight years shorter than female, primarily due to non-communicable diseases associated with alcohol and tobacco use, diet and lifestyle. UNFPA. 2012. Implications of Demographic Trends for Socio-Economic Development and Public Policy in Mongolia, p. 45.

^{vii} Asian-Pacific Resource and Research Centre on Women (ARROW). (2013). An Advocate's Guide: Strategic Indicators for Universal Access to Sexual and Reproductive Health and Rights.

^{viii} Advocates Guide

^{ix} NSO, UNFPA (2008). Survey on Reproductive Health 2008, National Statistics Office of Mongolia, UNFPA, Ulaanbaatar, p. 67

^x UNFPA. (2012-16). Country Programme Action Plan for Mongolia, Cycle 5, p. 5.

^{xi} NSO, UNFPA, UNICEF (2014). Mongolia Social Indicators Sample survey (SISS) 2013, Mean result, June 2014, Ulaanbaatar

^{xii} NSO, UNFPA (2008). Survey on Reproductive Health 2008, National Statistics Office of Mongolia, UNFPA, Ulaanbaatar, p. 68

^{xiii} NSO, UNFPA (2008). Survey on Reproductive Health 2008, National Statistics Office of Mongolia, UNFPA, Ulaanbaatar, p. 70

^{xiv} NSO, UNFPA (2008). Survey on Reproductive Health 2008, National Statistics Office of Mongolia, UNFPA, Ulaanbaatar, p. 101

^{xv} E. Oyundari. (January 6, 2014). Three Millionth Citizen of Mongolia to Be Recognized. The UB Post. Retrieved from: <http://ubpost.mongolnews.mn/?p=7198>

^{xvi} UNFPA. (2012). Implications of Demographic Trends for Socio-Economic Development and Public Policy in Mongolia, p.120.

- ^{xvii} National Institute of Statistics, Directorate General for Health, and ICF Macro, 2011. Cambodia Demographic and Health Survey 2010. Phnom Penh, Cambodia and Calverton, Maryland, USA: National Institute of Statistics, Directorate General for Health, and ICF Macro
- ^{xviii} Ibid.
- ^{xix} UNFPA. (25 March, 2014). REQUEST FOR PROPOSAL (RFP) RFP No. UNFPA/MNG/13/07: QUALITATIVE STUDY ON FAMILY PLANNING to ULAANBAATAR, MONGOLIA, p. 12.
- ^{xx} Advocates Guide
- ^{xxi} NSO, UNFPA, UNICEF (2014). Mongolia Social Indicators Sample survey (SISS) 2013, Mean result, June 2014, Ulaanbaatar, p.18
- ^{xxii} UNFPA.(25 March, 2014). REQUEST FOR PROPOSAL (RFP) RFP No. UNFPA/MNG/13/07: QUALITATIVE STUDY ON FAMILY PLANNING to ULAANBAATAR, MONGOLIA, p. 12.
- ^{xxiii} NSO, UNFPA, UNICEF (2014). Mongolia Social Indicators Sample survey (SISS) 2013, Mean result, June 2014, Ulaanbaatar, p.18
- ^{xxiv} NSO, UNFPA, UNICEF (2014). Mongolia Social Indicators Sample survey (SISS) 2013, Preliminary result, June, 2014, Ulaanbaatar
- ^{xxv} United Nations, Department of Economic and Social Affairs. (2013). World Abortion Policies.
- ^{xxvi} (Princess Centre for the Protection of Girls and Young Women’s Rights, interview, February 21, 2014.)
- ^{xxvii} (Young Women for Change, interview, February 25, 2014).
- ^{xxviii} World Health Organization – Western Pacific Region. Health of Adolescents in Mongolia.
- ^{xxix} Advocates Guide
- ^{xxx} Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013 Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division
- ^{xxxi} NSO (2014). Statistical Yearbook 2013, National Statistical Office of Mongolia, Ulaanbaatar
- ^{xxxii} Government of Mongolia. (2013). Achieving the Millennium Development Goals: Fifth National Progress Report 2013, p. 88.
- ^{xxxiii} Government of Mongolia. (2011). The Millennium Development Goals Implementation Fourth National Report, p. 62.
- ^{xxxiv} UNFPA.(2012-16). Country Programme Action Plan for Mongolia, Cycle 5, p. 5.
- ^{xxxv} Government of Mongolia. (2013). Achieving the Millennium Development Goals: Fifth National Progress Report 2013, p. 92.
- ^{xxxvi} Advocates Guide
- ^{xxxvii} Advocates Guide
- ^{xxxviii} CHD (2014). Health indicators, 2013, Centre for Health Development, Ministry of Health, Ulaanbaatar
- ^{xxxix} CHD (2014). Health indicators, 2013, Centre for Health Development, Ministry of Health, Ulaanbaatar
- ^{xl} NSO, UNFPA, UNICEF (2014). Mongolia Social Indicators Sample survey (SISS) 2013, Preliminary result, June 2014, Ulaanbaatar
- ^{xli} CHD (2013). Health indicators, 2012, Centre for Health Development, Ministry of Health, Ulaanbaatar
- ^{xlii} Advocates Guide
- ^{xliiii} Advocates Guide
- ^{xliiv} Ibid.
- ^{xlv} CHD (2014). Health indicators, 2013, Centre for Health Development, Ministry of Health, Ulaanbaatar
- ^{xlvi} Ibid., p. 84.
- ^{xlvii} NSO, UNFPA, UNICEF (2014). Mongolia Social Indicators Sample survey (SISS) 2013, Preliminary result, June 2014, Ulaanbaatar
- ^{xlviii} CHD (2014). Health indicators, 2013, Centre for Health Development, Ministry of Health, Ulaanbaatar
- ^{xlix} Solongo Alгаа (2010), “Causes of high infant mortality rate in some aimags and impacts of policies and programmes”, working paper for National Human Development report-2010, Mongolia, UNDP
- ^l UNICEF. (2012). Maternal and Newborn Health Country Profiles: Mongolia. Retrieved from: http://www.unicef.org/eapro/MNH_Mongolia.pdf
- ^{li} Advocate’s Guide
- ^{lii} CHD (2014). Health indicators, 2013, Centre for Health Development, Ministry of Health, Ulaanbaatar
- ^{liii} Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies. Mongolia Health System Review. Health Systems in Transition.(Vol. 3 No.2 2013), p. xvi. Retrieved from: http://www.wpro.who.int/asia_pacific_observatory/hits/series/Mongolia_Health_Systems_Review.pdf
- ^{liv} Advocates Guide.
- ^{lv} Ministry of Health of Mongolia, UNICEF, UNFPA, WHO, Mongolian Federation of Obstetrics and Gynecology, NGO “Wellspring.” (2010). Current status of emergency obstetric and essential newborn care in Mongolia: Needs assessment of EmOC and ENC facilities in Ulaanbaatar and the western region.
- ^{lvi} Ministry of Health of Mongolia, the National Centre for Maternal and Child Health, UNFPA. (2012). “Why did Mother Die?” Confidential Review 2008-2011.
- ^{lvii} Government of Mongolia. (2011). The Millennium Development Goals Implementation Fourth National Report, p. 64.

- ^{lviii} UNICEF. (2009). Situation Analysis of Children and Women in Mongolia, p. 52.
- ^{lix} Advocates Guide
- ^{lx} Percentage of women age 15-49 years who health facility stayed in the health facility for 12 hours or more after the delivery of their most recent live birth in the last 2 years.
- ^{lxi} Percentage of last live births in the last 2 years for the newborn who received a health check while in facility or at home following delivery, or a post-natal care visit within 2 days after delivery.
- ^{lxii} Government of Mongolia. (2011). The Millennium Development Goals Implementation Fourth National Report, p. 65. And: Government of Mongolia. (2013). Achieving the Millennium Development Goals: Fifth National Progress Report 2013, p. 91.
- ^{lxiii} Advocates Guide
- ^{lxiv} Percentage of women age 15-49 years with a live birth in the last 2 years who were attended during their last pregnancy that led to a live birth.
- ^{lxv} Advocates Guide
- ^{lxvi} World Health Organization – Western Pacific Region. Health of Adolescents in Mongolia.
- ^{lxvii} Age-specific fertility rate for women age 15-19 years.
- ^{lxviii} NSO, UNFPA, UNICEF (2014). Mongolia Social Indicators Sample survey (SISS) 2013, Preliminary result, June 2014, Ulaanbaatar.
- ^{lxix} World Health Organization – Western Pacific Region. Health of Adolescents in Mongolia.
- ^{lxx} UNFPA (2008). “Reproductive Rights and Sexual and Reproductive Health Framework.”
- ^{lxxi} Ibid.
- ^{lxxii} UNFPA. (25 March, 2014). REQUEST FOR PROPOSAL (RFP) RFP No. UNFPA/MNG/13/07: QUALITATIVE STUDY ON FAMILY PLANNING TO ULAANBAATAR, MONGOLIA, p. 13.
- ^{lxxiii} World Health Organization – Western Pacific Region. Health of Adolescents in Mongolia.
- ^{lxxiv} Ibid.
- ^{lxxv} MOH, WHO (2009). Second Generation HIV/STI Surveillance Report, 2009, Ministry of Health, Western Pacific Region of World Health Organization, Ulaanbaatar
- ^{lxxvi} Percentage of young people age 15-24 years who have had sex in the last 12 months, who have been tested for HIV in the last 12 months and who know their results.
- ^{lxxvii} NSO, UNFPA, UNICEF (2014). Mongolia Social Indicators Sample survey (SISS) 2013, Preliminary result, June 2014, Ulaanbaatar.
- ^{lxxviii} Ibid.
- ^{lxxix} Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2012). Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS epidemic: 2012. [Geneva]: UNAIDS. Retrieved from http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_en.pdf
- ^{lxxx} CHD (2014). Health indicators, 2013, Centre for Health Development, Ministry of Health, Ulaanbaatar, p. 13
- ^{lxxxi} MOH, WHO (2011). Second Generation HIV/STI Surveillance Report, 2011, Ministry of Health, Western Pacific Region of World Health Organization, Ulaanbaatar, p.25.
- ^{lxxxii} Ibid.
- ^{lxxxiii} Government of Mongolia. (2012). AIDS Response Progress Report
- ^{lxxxiv} Government of Mongolia. (2012). AIDS Response Progress Report
- ^{lxxxv} Advocates Guide.
- ^{lxxxvi} Government of Mongolia. (2011). The Millennium Development Goals Implementation Fourth National Report, p. 70-72.
- ^{lxxxvii} Government of Mongolia. (2013). Achieving the Millennium Development Goals: Fifth National Progress Report 2013, p. 103.
- ^{lxxxviii} (Former Executive Director, LGBT Center, Interview, June 10, 2014).
- ^{lxxxix} Percentage of women age 15-49 years who had a live birth in the last 2 years and received antenatal care during the pregnancy of their most recent birth, reporting that they were offered and accepted an HIV test during antenatal care and received their results
- ^{xc} NSO. (2014). Mongolian Statistical Yearbook 2013, National Statistical Office of Mongolia, Ulaanbaatar
- ^{xci} Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies. Mongolia Health System Review. Health Systems in Transition. (Vol. 3 No.2 2013), p. 44.
- ^{xcii} Ibid., p. 49.
- ^{xciii} Ibid., p. 64.
- ^{xciv} Ibid., p. 65.
- ^{xcv} Ibid., p. 51.
- ^{xcvi} Advocates Guide.
- ^{xcviii} Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies. Mongolia Health System Review. Health Systems in Transition. (Vol. 3 No.2 2013), p. 18.
- ^{xcix} Government of Mongolia. (2011). The Millennium Development Goals Implementation Fourth National Report, p. 64.
- ^c (MFWA, interview, February 24, 2014).
- ^{ci} World Health Organization and Government of Mongolia, Ministry of Health. (2012). Mongolia Health Service Delivery Profile.
- ^{cii} Ibid.

МОНФЕМНЕТ үндэсний сүлжээний танилцуулга

Эмэгтэйчүүдийн эрх, хүний эрх, жендэрийн тэгш эрх, бодит ардчилал, нийгмийн шударга ёсыг төлөвшүүлэх олон нийтийн өргөн оролцоотой, тогтвортой, хувьсах чадвартай үндэсний хөдөлгөөнийг хөгжүүлэх хүч болох зорилготой нам бус, төрийн бус байгууллага юм. Бид олон талын оролцоотой хөдөлгөөн өрнүүлэх, институцийн шинэчлэлийг дэмжих зорилгоор бодлогын нөлөөлөл, оролцоо, эрхэд суурилсан сургалтад төвлөрсөн үйл ажиллагаа явуулж байна.

Бидэнтэй холбогдох хаяг:

Хаяг: Улаанбаатар-14201,
Ш/х-418, Монгол
Утас/факс: (976) 7011 0355
Е-мэйл: info@monfemnet.org
Вебсайт: www.monfemnet.org

ББНУЭЭМ-ийг бүх нийтэд кампанит ажил

<http://srhrforall.org>
<http://facebook.com/srhrforall>
<http://twitter.com/SRHRforALL>

Бэлтгэл баг:

Зохиогч: Доктор Алгаагийн Солонго
Редактор: Миллисент Богерт
Тоймчид: Хорлоогийн Энхжаргал, Sai Jyothirmai Racherla, P. Balusubramaniam
Хянасан: Миллисент Богерт
Загварын дизайнер: ТМ Ali Basir
Эх бэлтгэгч: Балдорж Сумъяа
Зурагчин: Саранбаярын Батдүлам
Хэвлэгч: “Голден Ай” ХХК

Улс орны нөхцөл байдлын үнэлгээний танилцуулга

Энэхүү хэвлэлийг МОНФЕМНЕТ үндэсний сүлжээнээс “Ази Номхон далайн бүс нутаг дахь ББНУЭЭМ-ийн сүлжээний мэдлэгийн менежмент, нөлөөллийн чадавхи, сүлжээг чадавхижуулах” төслийн нэг хэсэг болгон Европын холбооны дэмжлэгтэйгээр боловсруулав. Энэхүү төсөл нь Монгол улсад Ази Номхон далайн эмэгтэйчүүдийн мэдээлэл, судалгааны төв АРРОУ-ын түнш МОНФЕМНЕТ үндэсний сүлжээгээр дамжин хэрэгжиж байна. Энэхүү төсөлд Бангладеш, Камбодж, Хятад, Энэтхэг, Индонези, Лаос, Малдив, Малайз, Монгол, Непал, Пакистан, Филиппин, Шри Ланк, Тайланд, Вьетнам улсуудыг хамруулж байна. Энэхүү хэвлэлийн агуулгыг МОНФЕМНЕТ үндэсний сүлжээ дангаар хариуцах бөгөөд Европын холбооны үзэл санаа тусгагдаагүй болно. Цахим хувилбарыг дараахь цахим хаягаар орж үзнэ үү. www.monfemnet.org, www.arrow.org.my, www.srhrforall.org



This project is funded by the European Union



МОНФЕМНЕТ үндэсний сүлжээ
MONFEMNET National Network
Жендэрийн шударга болон төлөөлөл Towards Gender Justice!



asian-pacific resource & research centre for women

