

СУДАЛГААГ ГҮЙЦЭТГЭГЧ БАЙГУУЛЛАГА: Эрүүл мэндийн яам,
Эмнэлгийн тусламжийг
удирдах газар

СУДАЛГААНЫ УДИРДАГЧ:

Н. УДВАЛ

ЭМЯ- ны дэд сайд, Шинжлэх
ухааны доктор

СУДАЛГААНЫ ЗОХИЦУУЛАГЧ:

Б. БУЛГАНЧИМЭГ

Эмнэлгийн удирдлагын мастер

БАГИЙН ГИШҮҮД:

Д.БОЛОРЧИМЭГ
Д.ОЮУНБИЛЭГ
Б.ОЮУНЧИМЭГ
Б.СУВДАА
Л.ШИРНЭН
Л.ЭНХБААТАР
Ш.ЭНХЦЭЦЭГ

МЭДЭЭЛЭЛ ЦУГЛУУЛАГЧИД:

СОНГИНО–ХАЙРХАН ДҮҮРГИЙН 1-20 ДУГААР ХОРООНЫ
ӨРХИЙН ЭМЧ, СУВИЛАГЧ НАР

СУДАЛГААНЫ, МЭДЭЭЛЭЛ БОЛОВСРУУЛСАН:

Б. БУЛГАНЧИМЭГ
Л. ШИРНЭН

ТАЙЛАН БИЧСЭН:

Б. БУЛГАНЧИМЭГ

ГАРЧИГ

ӨМНӨХ ҮГ	iii
ХҮСНЭГТ ДҮРСЛЭЛИЙН ЖАГСААЛТ	iv
ТОВЧИЛСОН ҮГС	v
НЭГДҮГЭЭР БҮЛЭГ. СУДАЛГААНЫ АЖЛЫН ҮНДЭСЛЭЛ, АРГА ЗҮЙ	
1.1 ШИЛЖИХ ХӨДӨЛГӨӨН ОЛОН УЛСЫН БА БҮС НУТГИЙН ТҮВШИНД	1
1.2 ШИЛЖИХ ХӨДӨЛГӨӨНИЙ ОДООГИЙН БАЙДАЛ БА СУДАЛГАА ХИЙХ ШАЛТГААН	2
ХОЁРДУГААР БҮЛЭГ. СУДАЛГААНЫ АЖЛЫН ЗОРИЛГО, ЗОРИЛТ, АРГА ЗҮЙ	
2.1 СУДАЛГААНЫ ЗОРИЛГО	7
2.2 СУДАЛГААНЫ АРГА ЗҮЙ	7
ГУРАВДУГААР БҮЛЭГ. СУДАЛГААНЫ ҮР ДҮН	
3.1 СУДАЛГАААНД ОРОЛЦОГЧДЫН ЕРӨНХИЙ МЭДЭЭЛЭЛ	10
3.2 ШИЛЖИХ ХӨДӨЛГӨӨНТЭЙ ХОЛБООТОЙ ХУУЛЬ ДҮРЭМ, БҮРТГЭЛ	12
3.3 ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ДААТГАЛ	17
3.4 НИЙГМИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТУСЛАМЖ, ҮЙЛЧИЛГЭЭНИЙ ХҮРТЭЭМЖ	20
3.4.1 ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН АНХНЫ ТУСЛАМЖ	20
3.4.2 ЭХ ХҮҮХДИЙН ЭРҮҮЛ МЭНД	23
3.4.3 ДАРХЛААЖУУЛАЛТ	26
3.4.4 ЗОНХИЛОН ТОХИОЛДОХ ӨВЧЛӨЛ	27
3.4.5 ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН БОЛОВСРОЛ	31
3.4.6 УСАН ХАНГАМЖ	32
3.4.7 АЮУЛГҮЙ ХҮНС БА ХООЛЛОЛТ	33
3.4.8 ОРЧНЫ ЭРҮҮЛ МЭНД	35
3.4.9 ЗАЙЛШГҮЙ ШААРДЛАГАТАЙ ЭМ	38
3.5 КЛИНИКИЙН ЭМНЭЛЭГ	39
3.6 ӨРХИЙН ЭМЧ НАРТ ТОХИОЛДОЖ БУЙ БЭРХШЭЭЛ	40
3.7 НИЙГМИЙН АСУУДАЛ	41
3.7.1 НИЙГМИЙН АСУУДАЛ	41
3.7.2 БОЛОВСРОЛ	43
3.7.3 АЖИЛГҮЙДЭЛ	44
ДӨРӨВДҮГЭЭР БҮЛЭГ. ДҮГНЭЛТ, ЗӨВЛӨМЖ	
4.1 ДҮГНЭЛТ	47
4.2 ЗӨВЛӨМЖ	49
АШИГЛАСАН МАТЕРИАЛ	53
АСУУМЖ	54

ӨМНӨХ ҮГ

Монгол улсын үндсэн хуульд монгол улсын иргэн хүн оршин суух газраа чөлөөтэй сонгох болон амьдарч буй орон нутагтаа нийгмийн суурь үйлчилгээг хүртэх эрхтэй тухай заасан байдаг билээ. Сүүлийн үед манай орны нийгэм эдийн засаг, улс төрийн амьдралд гарсан өөрчлөлт, учирсан байгалийн гамшигтай холбоотой хөдөө орон нутгаас олон хүн хот суурин руу шилжиж энэ үзэгдэл нь хотын нийгмийн суурь үйлчилгээний хүртээмж, чанар, үр дүнд нөлөөлөх боллоо.

ЭМЯ, ЭМТУГ-аас ДЭМБ-ын санхүүгийн тусламжтайгаар “Шилжих хөдөлгөөн ба түүний нийгмийн эрүүл мэндийн үр дагавар” судалгааг Улаанбаатар хотын Сонгинохайрхан дүүргийн шилжин суурьшигчдын дунд явуулж судалгааны үр дүнг Та бүхэнд толилуулж байгаадаа таатай байна.

Энэхүү тайлан нь шилжин ирэгсдэд үзүүлж байгаа эрүүл мэндийн суурь тусламжийн хүртээмж, чанар, үр дүнгийн өнөөгийн байдалд үнэлгээ өгч түүнд нөлөөлж байгаа хүчин зүйлүүдийг тогтоон шилжин суурьшигчдад үзүүлэх эрүүл мэндийн суурь тусламжийн хүртээмж, чанар, үр дүнг дээшлүүлэх талаар холбогдох байгууллага, шилжин ирэгсдэд өөрсдөд нь хандаж гаргасан зөвлөмжүүдийг багтаасан болно.

Судалгааны ажлыг явуулахад гүн туслалцаа үзүүлж, санхүүгийн дэмжлэг үзүүлсэн ДЭМБ, идэвх зүтгэлтэй ажилласан судалгааны баг, судалгааг дүүргийн түвшинд зохион байгуулахад туслалцаа үзүүлсэн Сонгинохайрхан дүүргийн Эрүүл мэндийн газрын дарга А.Эрдэнэтуяа, хүүхдийн мэргэжилтэн Б.Оюунчимэг, мэдээ цуглуулахад идэвх зүтгэлтэй ажилласан хороодын өрхийн эмч сувилагч нар, тайланд үнэтэй санал зөвлөмж өгч дэмжиж тусалсан ДЭМБ-ын суурин төлөөлөгчийн газрын мэргэжилтэн Р.Салмела, ДЭМБ-ын төслийн менежер Б.Оюун нарт чин сэтгэлийн баяр талархал илэрхийлье.

Та бидний хамтын ажиллагаа, хүчин чармайлтын үр дүнд Улаанбаатар хотод шилжин ирэгсэд хотын үндсэн оршин суугчдын нэгэн адил чанартай, хүртээмжтэй эрүүл мэндийн суурь тусламжид хамрагдаж, тэдний эрүүл мэндийн аюулгүй байдал найдвартай гарт байж чадна гэж найдаж байна.

Н.УДВАЛ

Анагаахын шинжлэх ухааны доктор
Эрүүл мэндийн дэд сайд
Судалгааны зөвлөх

ХҮСНЭГТ ДҮРСЛЭЛИЙН ЖАГСААЛТ

Дүрслэл 2.1.1	Шилжин ирэгсдийн насны ангилал
Дүрслэл 2.1.2	Боловсролын байдал (хувиар)
Дүрслэл 2.2.1	Шилжиж ирснээсээ хойш бүртгэлд хамрагдсан байдал (өссөн дүнгээр, хувиар)
Дүрслэл 2.2.1	Шилжин ирэгсдийн харьяалагдах газар нутаг
Дүрслэл 2.2.2	Эрүүл мэндийн даатгалд хамрагдсан болон төлбөрөө төлсөн байдлыг харьцуулсан байдал (хувиар)
Дүрслэл 2.3.1	Эрүүл мэндийн даатгалд хамрагдсан болон төлбөрөө төлсөн байдлыг харьцуусан нь (хувиар)
Дүрслэл 2.3.2	Даатгалтай ба даатгалгүй иргэдийн амьдралын нөхцөл, хооллолтын ялгаа (хувиар)
Дүрслэл 2.4.1	Харилцаа холбоо барих хэрэгслийн төрөл
Дүрслэл 2.4.2	Хүнсний зүйлээ авдаг цэг
Дүрслэл 2.7.1	Нэг өрхөд байгаа ажилгүй хүмүүсийн эзлэх хувь
Хүснэгт 2.1.1	Гэр бүлийн байдал (хүйс, насны ангилал, хувиар)
Хүснэгт 2.2.1	Бүртгэлийн байдал (гэрлэлтээр, хувиар)
Хүснэгт 2.4.1.	Өрхийн эмнэлгээ мэддэг болон өрхийн эмчийн хяналтанд орсон байдал (хувиар)
Хүснэгт 2.4.2	ЖСА-ын хэрэглээ (Боловсрол, хувиар)
Хүснэгт 2.4.3	Судалгаанд оролцогч өрхийн хүүхдийн тураалын байдал (хувиар)
Хүснэгт 2.4.4	Шилжин ирэгсдийн өвчлөлийн байдал (насны бүлэг, хувиар)
Хүснэгт 2.4.5	Эрүүл мэндийн мэдээлэл авдаг байдал (хүйсээр, хувиар)
Хүснэгт 2.4.6	Өвдсөн тохиолдолд эмнэлэгт хандах хандлага (хүйсээр, хувиар)
Хүснэгт 2.4.7	Хооллолтын байдал (хувиар)
Хүснэгт 2.4.8	Орчны байдал (хувиар)

Хүснэгт 2.4.9	Хашаа, бие засах газар, бохир усны цооног (насны ангилал, хувиар)
Хүснэгт 2.4.10	Шилжин ирэгсдийн хогоо зайлуулдаг байдал (насны бүлэг, хувиар)
Хүснэгт 2.7.1	Нийгмийн үйлчилгээ (хувиар)
Хүснэгт 2.7.2	Ажилгүйдлийн байдал (насны ангилал, өрхийн гишүүдийн тоо, хувиар)

ТОВЧИЛСОН ҮГС

ДОХ	Дархлалын олдмол хомсдол
ЖСА	Жирэмслэлээс сэргийлэх аргууд
МУИС	Монгол Улсын Их Сургууль
НҮБ-ын ХАС	Нэгдсэн Үндэсний Байгууллагын Хүн Амын Сан
НХХЯ	Нийгмийн Хамгаалал, Хөдөлмөрийн Яам
ҮСГ	Үндэсний статистикийн газар
ТҮЦ	Түргэн үйлчилгээний цэг
ХДХВ	Хүний дархлал хомсдолын вирус
ЭМД	Эрүүл мэндийн даатгал
ЭМХҮТ	Эрүүл Мэндийн Хөгжлийн Үндэсний Төв
ЭМЯ	Эрүүл Мэндийн Яам
ЭТҮГ	Эмнэлгийн Тусламжийг Удирдах Газар (хуучнаар ЭМХҮТ)

НЭГДҮГЭЭР БҮЛЭГ. СУДАЛГААНЫ ҮНДЭСЛЭЛ

1.1 Шилжих хөдөлгөөн олон улсын ба бүс нутгийн түвшинд

Хүний нийгмийн суурь шинжийн нэг нь нэг газраас нөгөөд шилжих явдал юм. Шилжих хөдөлгөөн хагас зууны өмнө Хүний Эрхийн Бүх Дэлхийн Тунхаглалаар хүлээн зөвшөөрөгдөж “Хүн бүр улс орны хил хязгаарын дотор нүүх, суурьших чөлөөт эрхтэй. Хүн бүр өөрийн нутгийг орхих буюу эргэн ирэх эрхтэй” гэж заасан билээ.

Олон улсын шилжих хөдөлгөөн улам бүр даяарчлалын шинжтэй болж цар хэмжээ нь өргөсч байна. Баруун Азид 1973 оноос нефтийн бүтээгдэхүүний үнэ өсч, эдийн засаг сайжирснаар олон улсын шилжих хөдөлгөөн нэмэгдсэн байна. 1977 оны санхүүгийн хямралаас үүдэн шилжих хөдөлгөөн бүс нутгийн хэмжээнээс хальж улам бүр дэлхийг хамарсан шинжийг агуулах болсон байна.

1980-аад оноос Азид шилжих хөдөлгөөн идэвхжиж, 1990-ээд оноос Зүүн, Зүүн-Өмнөд Азийн бараг бүх орнууд оролцож эхэлсэн байна. Энэ бүс нутагт харьяалагдах Гон-Конг, Япон, Малайз, Бруней, Солонгос, Сингапур, Тайван, Тайланд зэрэг улсын эдийн засгийн тогтвортой хөгжил тухайн улс орны төрөлт түвшин багаас шалтгаалан зайлшгүй бага орлоготой болон ажлын байрны илүүдэлтэй улс орноос нэмэлт хүн хүч авах шаардлагыг төрүүлсэн нь олон улсын шилжих хөдөлгөөний идэвхийг эрс нэмэгдүүлсэн юм.

Шилжих хөдөлгөөнд хүн ам нь оролцож буй улс орнууд хүн хүчээ алдах, очиж буй орнуудад улс, эдийн засаг, нийгмийн хамгаалал, хүний эрх, ялгаварлан гадуурхах, гэр бүл тусгаарлагдах, бүртгэлгүй шилжигчдийг нэмэгдүүлэх зэрэг олон олон асуудлууд урган гарч үүнийг шийдвэрлэхэд төр засгаас тогтвортой бодлого боловсруулж хэрэгжүүлэх явдал дэлхийн бүх бүсэд идэвхжиж, тархаад байна. Мөн энд төрөлт

тогтвортой багасах, хүн ам насжих, ажилгүйдэл, ажиллах хүчээ алдах ба олж авах, мөнгө гуйвуулах, хүний эрх, нийгмийн эв нэгдэл, хүнийг худалдах, нийгмийн хамгаалал зэрэг асуудал шилжих хөдөлгөөний бодлогыг дахин харах, үүнээс үүдэн гарах ашиг тус, сул талыг тодорхойлох шаардлагыг төрүүлж байна.

НҮБ-ын Ерөнхий нарийн бичгийн дарга НҮБ-ын байгууллагыг бэхжүүлэх төслийн тайландаа: “Үндсэн, дамжин өнгөрөх болон очих орны байдалд нөлөөлөх хэдэн зуун сая хүн оролцож байгаа шилжилт хөдөлгөөний янз бүрийн асуудлыг илүү олон талт байдлаар авч цаг үе ирээд байна. Бид хүмүүсийн урсгалын шалтгаан, тэдний хоорондын харилцааг илүү сайн ойлгох хэрэгтэй” гэж дурьдсан билээ.

1.2 Шилжих хөдөлгөөний одоогийн байдал ба судалгаа хийх шалтгаан

Монгол Улсын Засгийн газрын “Хүний аюулгүй байдлыг хангах сайн засаглал хөтөлбөр”-ийн дөрөвдүгээрт эдийн засгийг бүсчлэн хөгжүүлэх бодлогыг тодорхойлж эрх зүйн үндсийг бүрдүүлэх, бүсийн хөгжлийн стратегийг тодорхойлох, нийгмийн үйлчилгээг сайжруулж амьдрах орчныг бүрдүүлэх, сумыг хөгжүүлэх хөтөлбөрийг боловсруулж хэрэгжүүлэх, худалдаа эдийн засгийн чөлөөт бүс байгуулах зэрэг урт хугацааны зорилтуудыг дэвшүүлэн тавьсан байна.

Монгол Улсын ерөнхийлөгчийн санаачилгаар "Нийгмийн эрүүл мэндийн талаар төрөөс баримтлах бодлого"-ыг Монгол Улсын Их Хурал 2001 онд баталсан нь нийгмийн эрүүл мэндийн олон талт арга хэмжээг хэрэгжүүлэх чухал алхам болж, хууль эрх зүйн баримт бүрдсэн юм. Энэхүү бодлогын зорилго нь байгаль, хүн, нийгмийн зохицлыг хангаснаар хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах, дэмжих, хүн эрүүл аюулгүй орчинд амьдрах, ажиллах, суралцах таатай нөхцлийг бүрдүүлэхэд оршино гэж заасан билээ.

Нийгэм эдийн засгийн шилжилттэй холбоотой хүн амын гадаад болон дотоод шилжилт хөдөлгөөн нэмэгдэж хүн ам, хөдөлмөрийн

нөөцийн зохистой тархац, байршил, аливаа үйлчилгээг хүн ам адил тэгш хүртэх боломжид сөргөөр нөлөөлж байна.

2000 онд хийгдсэн Монгол Улсын Хүн амын дотоод шилжих хөдөлгөөний микро түвшний судалгаагаар нийт хүн амын 56.6 хувь хот суурин газар оршин сууж, хотын хүн амын жилийн дундаж өсөлт нь хүн амын жилийн дундаж өсөлтөөс дээгүүр байна. Хүн амын дотоод жилжих хөдөлгөөнд хөдөөнөөс хотод шилжин суурьших чиглэл давамгайлж, хөдөөнөөс шилжин ирэгсдийн 30 орчим хувь Улаанбаатар хот, Дархан-Уул, Орхон аймагт суурьшиж байна¹ гэсэн дүгнэлт хийжээ.

Хүн ам, орон сууцны 2000 оны улсын тооллогоор гарсан төрснөөс хойш шилжих хөдөлгөөний байдлаас дүгнэхэд хөдөөнөөс шилжин ирэгсдийн 74.7% буюу тэдний 3 хүн тутмын нэг Улаанбаатар хотод суурьшсан байгаа нь хүн амын өсөлт, түүнтэй холбогдох нийгмийн болон эрүүл мэндийн үйлчилгээнд тодорхой нөлөө үзүүлэх түвшинд байгааг харж болно.

2003 оны Монгол улс дахь хүний эрх, эрх чөлөөний тухай илтгэлд иргэдийн эмнэлгийн тусламж авах эрх ноцтой зөрчигдөж байгаа нэг шалтгаан бол орон нутгаас нийслэл хотод болон төвийн бүсийн зарим аймгуудад шилжин суурьшигчидтай холбоотой хүндрэл бэрхшээл юм. Улаанбаатар хотод хөдөө орон нутгаас нүүн ирж шилжүүлэггүй оршин сууж буй иргэд 47863 буюу нийт хүн амын 7%-ийг эзэлж байгаа бөгөөд тухайн харъяалалгүй иргэдийн зардал тухайн дүүргийн төсөвт тусгагддаггүй учир эрүүл мэндийн даатгалын санхүүжилтээс шууд хамааралтай байдаг эмнэлгийн байгууллагуудын тусламж, үйлчилгээнд болон шилжин ирэгсдэд ихээхэн бэрхшээл учирдаг байна. Тэдгээр иргэд болон орон гэргүй болсон харъяалалгүй иргэдийг дүүрэг хороодын Эрүүл мэндийн төв, өрхийн эмнэлгүүд болон бусад клиникийн эмнэлгүүд үзэж эмчилдэггүй, ийм боломж ч байдаггүй байна.² гэж дүгнэсэн нь дээрх баримтыг бататгаж байна.

¹ Монгол Улсын Хүн амын дотоод шилжих хөдөлгөөний микро түвшний судалгаа 2000

Монгол Улсын Хүн амын дотоод шилжих хөдөлгөөний микро түвшний судалгаагаар Улаанбатарт шилжин ирэгч эрэгтэйчүүдийн шилжилтийн гол шалтгаан нь ажил эрхлэх (26.9%), суралцах (21.4%), үр хүүхдийнхээ ирээдүйг бодох (14.6%) эмэгтэйчүүдийн хувьд суралцах (34.3%), ажил эрхэлэх (15.7%), төрөл саднаа бараадах (14.1%) байсан байна³. Сүүлийн нэг жилд шилжсэн эмэгтэйчүүдийн бичиг үсэг мэдэхгүй байдал эрэгтэйчүүдийнхээс 2.2 дахин бага, цаашид суралцах нь Монгол улсын хувьд шилжих хөдөлгөөнд оролцох нэг чухал шалтгаан болж байна⁴ гэсэн Монгол улсын дотоод шилжих хөдөлгөөн ба хотжилт судалгааны дүнтэй дүйж байна. Мөн энэ судалгаагаар сүүлийн нэг жилд шилжигсдийн ажилгүйдлийн түвшин шилжээгүй хүмүүсийн ажилгүйдлийн түвшнээс 4.3 пунктээр дээгүүр байгаа нь Монгол Улсын Хүн амын дотоод шилжих хөдөлгөөний микро түвшний судалгаанд гурван хүн тутмын нэг нь ажил эрхлээгүй, ажил эрээд олддоггүй байдал түгээмэл байдаг гэсэн дүгнэлттэй ойролцоо байна.

Дээрх судалгаанд эрүүл мэндийн хөтөлбөрүүдээс эрэгтэйчүүдийн 2.7-50.0% (байршлаас шалтгаалан), эмэгтэйчүүдийн 6.5-41.5% ХДХВ/ДОХ-ын, вакцинжуулалтын хөтөлбөрийг эрэгтэй хариулагчдын 47.2-87.8% мэднэ гэж хариулсан бөгөөд эмэгтэйчүүд илүү вакцинжуулалтын талаар мэдэж байсан байна. Эрэгтэйчүүдийн 27.0-68.8%, эмэгтэйчүүдийн 34.0-66.1% вакцинжуулалтын хөтөлбөрийн үр дүнг үзсэн гэж хариулсан нь бусад хөтөлбөр төслөөс өндөр хувьтай байна. Засгийн газраас ямар тусламж авах хүсэлтэй байгаа асуултанд судалгаанд оролцогч эрэгтэйчүүдийн 0.8-3.2%, эмэгтэйчүүдийн 0.0-2.6% нь эрүүл мэндийн үйлчилгээгээр хангуулах хүсэлтэй байгаагаа илэрхийлсэн байна.

Эрүүл мэндийн нөхцөл байдал сайжирсан гэж Төв аймагт шилжин ирэгч эрэгтэйчүүдийн 21.8, эмэгтэйчүүдийн 23.2% хариулсан нь бусад газраас өндөр байгаа бөгөөд Улаанбаатар шилжиж ирээд 3-5 жил болсон, эрүүл мэнд доройтсон гэж хариулсан эмэгтэйчүүдийн (8.1%)

² Монгол Улсын хүний эрх, эрх чөлөөний тухай 2003 оны илтгэл, Монгол Улсын Хүний Эрхийн Үндэсний комисс

³ Монгол Улсын Хүн амын дотоод шилжих хөдөлгөөний микро түвшний судалгаа 2000

⁴ Монгол улсын дотоод шилжих хөдөлгөөн ба хотжилт судалгаа, ҮСГ, 2002

шилжиж ирээд 0-2 жил амьдарч буй эмэгтэйчүүдээс (5.3%) өндөр байна. Энэ нь хотын орчны эрүүл ахуйн байдал хүн амын эрүүл мэндэд сөргөөр нөлөөлж байгааг харуулж байна⁵.

Улаанбаатар хотод шилжин ирсэн эрэгтэйчүүдийн 32.0%, эмэгтэйчүүдийн 38.0% шилжиж ирснээсээ хойш дүүргийн эмнэлэгт үзүүлсэн нь хотын эмнэлэг (эрэгтэйчүүдийн 7.1%, эмэгтэйчүүдийн 12.6%), хувийн эмнэлэгт (эрэгтэйчүүдийн 4.4%, эмэгтэйчүүдийн 5.2%) үзүүлэгчдээс илүү байна. Тэдний очсон нутагтаа бүртгэлтэй нь илүү эрүүл мэндийн үйлчилгээ авсан байгаа нь бүртгэл ямар нэг байдлаар нөлөөлж байгааг үзүүлж байна.

Судалгаанд хамрагдсан шилжин ирэгсдийн 40 орчим хувь нь ямар нэг бэрхшээлтэй тулгарч ялангуяа Улаанбаатар хотод ажлын байр, орон сууц, нутаг оронд дасахгүй зэрэг бэрхшээл илүү тохиолдсон байна. Тэд үүнийг шийдвэрлэхийн тулд хамаатан садан (65%), засаг захиргаанд (30%) илүү хандаж 60 орчим хувь нь тусламж авч чадсан байна⁶.

Шилжилт хөдөлгөөнд оролцогчид оролцоогүй хүн амтай харьцуулахад хүйсийн хувьд эрэгтэй, боловсролын түвшингээр бага, ахуй нөхцөл муу байдалд⁷ байгаа бөгөөд Улаанбаатарт шилжин ирэгсдийн араас ирээдүйд ирэх хандлага өндөр, шилжин ирэгсдийн дийлэнх нь 35-44 насныхан, байнга оршин суухаар ирэх төлөвтэй байна.

Ирээдүйд шилжих хүсэл нь боловсрол өндөртэй, зарим нөхцөлд хангалттай болон боломжийн нөөцтэй хүмүүсийн хувьд өндөр, сургууль, эмнэлэгт илүү ойрхон хүмүүс, малгүй буюу цөөн малтай, хөтөлбөр төслийн талаар илүү мэдлэгтэй, боловсрол эзэмших боломжийг нэмэгдүүлэх, ажлын байр хайж шилжихийг хүсэгчид илүү байна. Хөдөө орон нутагт хэрэгжиж байгаа төсөл хөтөлбөрүүд тэднийг тогтоон барих хөшүүрэг болж чадахгүй байгаа нь харагдаж байна. Ихэнх хариулагчид нийслэл рүү, цөөн тооны хариулагчид аймгийн төв рүү шилжих хүсэлтэй, сумын төв, хөдөө рүү шилжихийг хүсэгчид бараг байхгүй байна. Ирээдүйд

⁵ Монгол Улсын Хүн амын дотоод шилжих хөдөлгөөний микро түвшний судалгаа 2000

⁶ Монгол Улсын Хүн амын дотоод шилжих хөдөлгөөний микро түвшний судалгаа 2000

шилжихээр хүсэгчдийн хүүхдийнхээ ирээдүйг бодох, зах зээлд ойртох гэсэн шалтгаан хамгийн өндөр хувьтай байна. Эдгээр дүгнэлт шилжих хөдөлгөөн бодит зүйл болохыг харуулж байгаа бөгөөд тэдний хэрэгцээ шаардлага, тулгарч буй асуудлыг судалж цаашид гарах сул талыг багасгах талаар үйл ажиллагаа явуулах нь чухал юм.

Шилжих хөдөлгөөнөөс үүдэн шилжин явсан орон нутаг эзгүйрэх, шилжин ирсэн газруудын эрүүл мэнд, нийгэм эдийн засгийн асуудалд хурцаар нөлөөлж тулгамдсан асуудлуудын нэг болж байна. Хөдөө орон нутгаас шилжин ирэгсдийн нэлээд хэсэг нь малгүй болсон иргэд байдгаас шилжин ирэгсдийн дийлэнх нь эмзэг бүлгийн, амьжиргааны доод түвшингээс доогуур амьдралтай, ажилгүй иргэд байдаг байна.

Сүүлийн жилүүдэд Монгол улсын хүн ам зүйн чиглэлээр Хүн амын төрөлт, нас баралт, нөхөн үржихүйн эрүүл мэндийн судалгаа, НҮБ-ын Хүн амын сан, 2002, Монгол Улсын Хүн амын дотоод шилжих хөдөлгөөний микро түвшингийн судалгаа, МУИС-ийн Хүн ам зүйн Сургалт Судалгааны Төв, НХХЯ, НҮБ-ын ХАС, 2000, Хүн амын эмзэг бүлгийн эрүүл мэндийн үнэлгээ, эрүүл мэндийн анхны тусламж, хуучнаар Эрүүл Мэндийн Хөгжлийн Үндэсний төв, 2000, Эрүүл мэндийн салбарын шинэчлэл хүн амын ядуу, эмзэг хэсгийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний хэрэглээний одоогийн байдал, ЭМЯ, 2000 зэрэг эмзэг бүлэгт хамааралтай цөөнгүй судалгаа хийгдсэн байна.

Монгол Улсын Хүн амын дотоод шилжих хөдөлгөөний микро түвшингийн судалгаа шилжин ирэгсдийн эрүүл мэндийн үйлчилгээ хүртэж буй байдлыг товч харуулсан, дүгнэлт зөвлөмжид шилжих хөдөлгөөн ба нийгмийн үйлчилгээ чиглэлээр судлах шаардлагатайг зөвлөсөн байна. Бусад судалгаа эмзэг бүлгийн хүн амын нийгмийн эдийн засгийн байдлыг түлхүү авч үзсэн боловч хүн амын шилжих хөдөлгөөнтэй холбоотой нийгмийн эрүүл мэндийн үр дагаварт үнэлгээ өгсөн судалгаа хийгдээгүй байна. Эдгээрээс үндэслэн шилжилт хөдөлгөөний улмаас гарч буй нийгмийн эрүүл мэндийн үр дагаварт үнэлгээ, дүгнэлт өгч цаашид авах арга хэмжээний талаар зөвлөмж гаргах шаардлагатай байна.

⁷ Монгол Улсын Хүн амын дотоод шилжих хөдөлгөөний микро түвшний судалгаа 2000

ХОЁРДУГААР БҮЛЭГ. СУДАЛГААНЫ ЗОРИЛГО, ЗОРИЛТ, АРГА ЗҮЙ

2.1 Судалгааны зорилго:

Шилжих хөдөлгөөний нийгмийн эрүүл мэндийн сөрөг үр дагаврыг тогтоож, түүнийг бууруулах арга хэмжээний арга замыг тодорхойлох

Зорилтууд:

1. Шилжин ирэгсдэд үзүүлж буй нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хүртээмжийг тодорхойлох
2. Шилжин ирэгсдийн өвчлөлийн байдалд үнэлгээ өгөх
3. Шилжин ирэгсдэд учирч буй нийгмийн эрүүл мэндийн бэрхшээл, үр дагаварыг тодорхойлж цаашид авах арга хэмжээний чиглэлийг тодорхойлох
4. Шилжих хөдөлгөөнтэй холбоотой бодлогын зөвлөмж боловсруулах

2.2 Судалгааны арга зүй

Судалгаанд асуумж судалгаа, ажиглалт, бүлгийн ярилцлага, ганцаарчилсан ярилцлага, өрхийн эмчийн үзлэгийн картаас түүвэрлэж авсан бүртгэл зүйн судалгааны аргыг тус тус хэрэглэлээ.

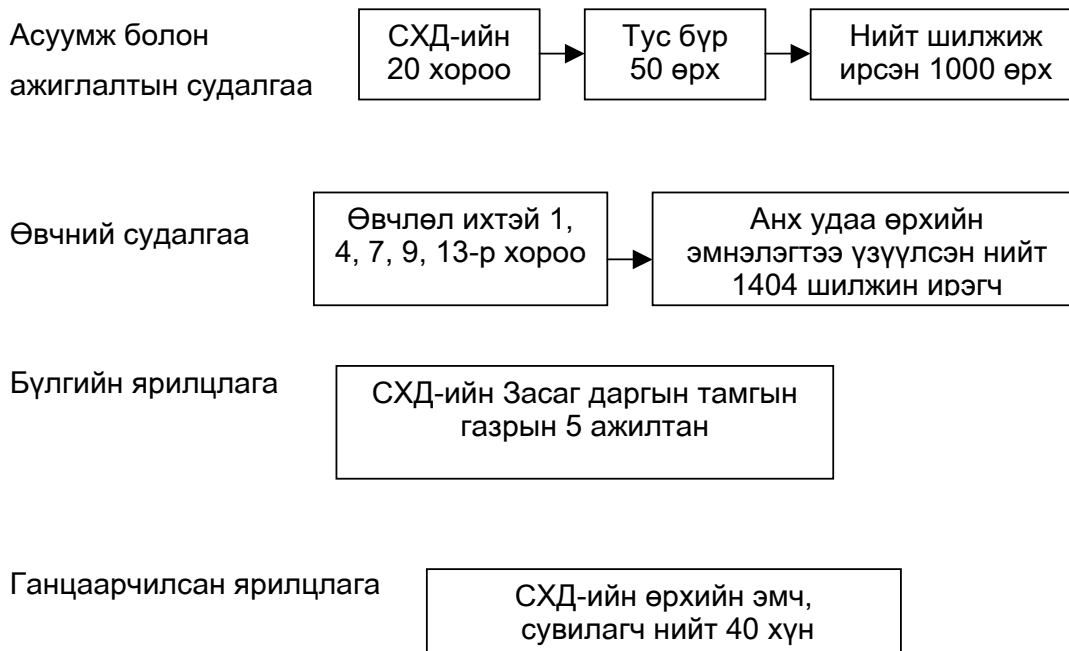
2020 он хүртэлх хотын төлөвлөгөөнд шилжин ирэгсдэд зориулсан хотын газар эзэмшлийн 60 орчим хувийг Сонгинохайрхан дүүргийн нутаг дэвсгэрээс олгоно гэж заасан. Иймд сүүлийн хэдхэн жилийн хугацаанд тус дүүргийн хүн ам маш хурдацтай өсөж байна. Дээрх шалтгаантай холбоотой Сонгинохайрхан дүүргийг судалгааны нэгжээр сонгосон юм. Дүүрэг 21 хороотой бөгөөд нэг хороо судалгаа явуулах төвөөс хэт алслагдмал байсан тул дүүргийн 20 хороог сонголоо. Дүүргийн 20 хороо тус бүрээс шилжин ирсэн 50 өрхийг тохиолдлын аргаар сонгон авав. Өрх бүрт асуумж судалгааг судлаач нар ганцаарчилсан ярилцлага маягаар

хийж, орчны эрүүл ахуй, гэрийн ариун цэвэр, амьдралын түвшин, хооллолтын байдалд ажиглалтын аргаар үнэлгээ хийлээ.

Шилжих хөдөлгөөнтэй холбоотой дүүргийн тамгын газарт тохиолдож байгаа бэрхшээлийг тодруулах зорилгоор Сонгинохайрхан дүүргийн ЗДТГ-ын ажилтнуудаас бүрдсэн бүлгийн ярилцлагыг дүүргийн тамгын газрын хурлын танхимд хийлээ. Мөн дээрх асуудал өрхийн эмнэлгийн түвшинд яаж нөлөөлж байгааг судлах зорилгоор судалгаанд хамрагдсан 20 хорооны эмч сувилагч нараас урьдчилан бэлтгэсэн асуумжийн дагуу тэдэнд тохиолдож буй бэрхшээл, саналыг ганцаарчилсан ярилцлагын аргаар авав.

Дүүрэгт шилжин ирэгсдийн 2003 оны эхний 5 сарын байдалд дүн шинжилгээ хийх зорилгоор хүн ам ихээр шилжин ирж буй болон өвчлөл ихтэй 1, 4, 7, 9, 13-р хороодыг зориудын түүвэрлэлтийн аргаар сонгон авч, өрхийн эмчийн оношийн талоноос бүртгэл зүйн аргаар 2003 онд анх удаа үзүүлсэн шилжин ирэгсдийн судалгааг авлаа. Цуглуулсан материалыг статистик боловсруулалтын EPI INFO программыг ашиглан компьютерт шивж боловсруулалт хийж үнэлгээ дүгнэлт өгөв.

Түүвэрлэлт



Судалгааны сургалт

Сонгинохайрхан дүүргийн 20 хорооноос тус бүр 1 их эмч, 1 сувилагч сонгон авч сургалтанд хамруулж судалгаа авах арга зүйн сургалт хийлээ. Сургалтаар судалгааны мэдээлэл цуглуулах арга зүй, асуумж судалгаа, ажиглалт судалгааны аргуудыг зааж сургалаа. Тус бүр 2 судлаачийн бүрэлдхүүнтэй судалгааны баг бүрдүүлэн, баг урьдчилан бэлтгэсэн асуумжид хамтран ярилцаж засвар хийлээ. Боловсруулсан асуумжаар баг бүр урьдчилан сорил авч, дахин ярилцаж асуумжийг эцэслэн боловсруулж судалгаа авахад бэлэн болголоо. Өвчлөлийн судалгааг картаас хэрхэн цуглуулах, бүртгэх тусгай баг бүрдүүлж арга зүйг зааж өглөө. Туршлагатай судлаачид бүлгийн болон ганцаарчилсан ярилцлагуудыг удирдаж явуулав.

Судалгааны материал боловсруулалт

Судалгаанд хамрагдсан 1000 өрхийн асуумж болон ажиглалт судалгаа, Сонгинохайрхан дүүргийн өвчлөл ихтэй 1, 4, 7, 9, 12-р хорооны өрхийн эмнэлэгт ямар нэг өвчний улмаас энэ оны 1-5-р сард хандсан 1404 хүний судалгааг кодлож, статистик боловсруулалтын EPI-INFO програмд шивж оруулан боловсруулалтыг хийж гүйцэтгэв. Боловсруулалт хийгдсэн файлаас статистикийн хувьд үнэн магадтай (95%) хүснэгтүүдийг судалгааны тайлан бичихэд ашиглалаа.

Мөн бүлгийн болон ганцаарчилсан ярилцлагын материалыг урьдчилан компьютерт шивж кодлон, холбогдох хэсгүүдэд асуумж судалгааны дүнг баталгаажуулах зорилгоор оруулж ашиглалаа.

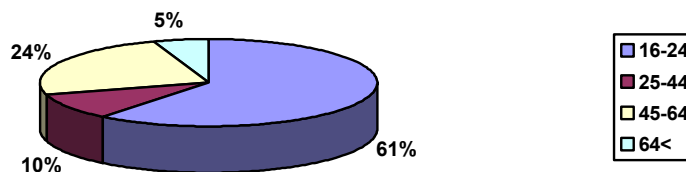
ГУРАВДУГААР БҮЛЭГ. СУДАЛГААНЫ ҮР ДҮН

3.1 Судалгаанд оролцогчдын ерөнхий мэдээлэл

Нас хүйс

Судалгаанд оролцогчдын дундаж нас 39.13 ± 13.16 байсан бөгөөд 9.7% нь 16-24 насны, 25-44 насны 60.8%, 45-64 насны 24.3%, 65-аас дээш насныхан 5.2%-ийг эзэлж, хүйсний хувьд эрэгтэй 70%, эмэгтэй 30% байна.

Дүрслэл 3.1.1 Судалгаанд оролцогчдын насны ангилал



Өөрөөр хэлбэл дундаж насны гэр бүлүүд илүү шилжиж ирдэг бөгөөд судалгааны мэдээ цуглуулсан Пүрэв, Баасан, Бямба гаригуудад эрэгтэйчүүд гэртээ илүү байж таарсан нь ажилгүйдэл тэдний дунд илүү зонхилдог болов уу гэсэн таамаглал төрүүлж байна.

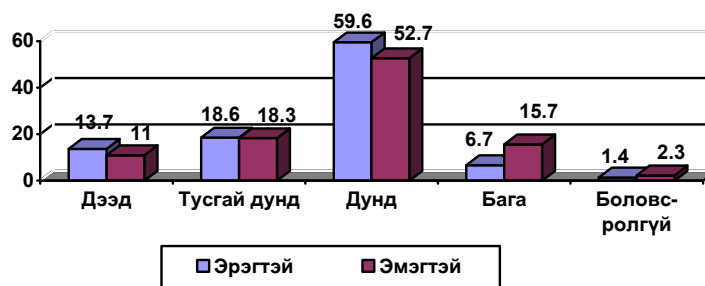
Түүвэр судалгаанд хамрагдсан 1000 өрхийн хүн амын тоо нийт 4405 хүн байна. Судалгаанд оролцогчдын ам бүлийн дундаж тоо 4.4 ± 1.8 байна. 1-2 ам бүлтэй өрх 9.8%, 3-6 ам бүлтэй өрх 78.3%, бусад нь 11,9%-ийг эзэлж байна. Өрхийн хүүхдийн дундаж тоо 2.1 ± 1.1 . Нийт 1285 хүүхэд байгаагаас насны бүлгээр авч үзвэл 0-1 насны 186 (14.5%), 2-4 насны 291 (22.6%), 5-9 насны 354 (27.5%), 10-15 насны 454 (35.3%) хүүхэд байна.

Боловсрол

Боловсролын түвшингээр дээд боловсролтой 13.0%, тусгай дунд 18.6%, дунд 57.4%, бага боловсролтой 9.3%, боловсролгүй 1.7%-ийг эзэлж

байна. Хүснэгт 3.1.1-ээс харахад судалгаанд оролцсон захын дүүрэгт суурьшиж байгаа шилжин ирэгсдийн дийлэнх нь тусгай дунд ба дунд боловсролтой хүмүүс байгаа бөгөөд эрэгтэйчүүдийн боловсролын түвшин эмэгтэйчүүдийнхээс илүү байна.

Дүрслэл 3.1.2 Боловсролын байдал (хувиар)



Дээд ба тусгай дунд боловсролтой эрэгтэйчүүд 32.3%, эмэгтэйчүүд 29.3%, дунд боловсролтой эрэгтэйчүүд 59.6%, эмэгтэйчүүд 52.7%, бага болон боловсролгүй эрэгтэйчүүд 8.1%, эмэгтэйчүүд 18.0% байна. Дээрх дүн өрхийн эмч сувилагч нарын *шилжин ирэгсэд ихэвчлэн бага, дунд боловсролтой байдаг тул аливаа зүйлд хайнга, идэвхгүй ханддаг* гэж үзэж байгаагаар ойролцоо байх талтай байна.

Гэрлэлт

Тухайн дүүрэгт шилжин ирэгсдийн 71.6% нь гэр бүлтэй, 14.9% нь гэрлээгүй, 6.3% нь бэлэвсэн, 5.8% нь салсан, 1.3% нь хамтран амьдрагч байдаг байна. Эндээс харахад шилжилт хөдөлгөөнд ихэвчлэн тогтсон гэр бүлтэй өрх илүү хамрагдсан байна. Хүснэгт 3.1.1-д хүйсний хувьд эрэгтэйчүүдийн 83.1%, эмэгтэйчүүдийн 44.3% нь гэрлэсэн, эрэгтэйчүүдийн 11.6%, эмэгтэйчүүдийн 23.3% нь гэрлээгүй, эрэгтэйчүүдийн 2.4%, эмэгтэйчүүдийн 15.3% нь салсан, эрэгтэйчүүдийн 1.0%, эмэгтэйчүүдийн 2.0% нь бэлэвсэн байна. Эндээс үзэхэд эрэгтэйчүүдтэй харьцуулахад эмэгтэйчүүд 2 дахин бага гэрлэж, 2 дахин илүү бэлэвсэрч, салалт 6.4 дахин илүү байна. Энэ нь шилжиж ирсэн эмэгтэйчүүд илүү эмзэг бүлэгт хамрагдаж, өрх толгойлсон эмэгтэйчүүдийн эзлэх хувь өндөр байгааг харуулж байна.

Гэрлэлт 25-44 насанд дээд цэгтээ хүрч нас ахих тусам багасч, салалт бэлэвсрэлт эсрэгээр ихэссэн байна.

Хүснэгт 3.1.1 Гэр бүлийн байдал (хүйс, насны ангилал, хувиар)

Ангилал	Бүгд	Эр	Эм	16-24	25-44	45-64	65- дээш
Гэр бүлтэй	71.6	83.1	44.3	51.5	77.0	68.3	59.6
Гэрлээгүй	14.9	11.6	23.3	46.4	13.8	8.2	3.8
Хамтран амьдрагчтай	5.8	1.9	15.0	1.0	1.5	0.8	1.9
Салсан	6.3	2.4	15.3	0.0	4.6	8.6	17.3
Бэлэвсэн	1.3	1.0	2.0	1.0	3.1	14.0	17.3
Бүгд	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Ажил эрхлэлт

Судалгаанд хамрагдсан өрхийн насанд хүрэгчдийн 11.1% нь улсын байгууллагад эрхлэн, арилжаа наймаа хийдэг, 24.6% нь ажилгүй, 9.4% нь тэтгэвэрт, 19.1% нь хувийн байгууллагад, 11.0% нь хувиараа аж ахуй 2.4% нь группт, 7.1 % нь оюутан, 16.0% нь бусад гэсэн ангилалд багтаж байна.

3.2 Шилжих хөдөлгөөнтэй холбоотой хууль дүрэм, бүртгэл

Монгол улсын үндсэн хуулийн 16 дугаар зүйлийн 18 дугаар заалтад Монгол улсын иргэн улсынхаа нутаг дэвсгэрт чөлөөтэй зорчих, түр буюу байнга оршин суух газраа сонгох эрхтэй гэж заасан байдаг.

Нийслэлийн иргэдийн төлөөлөгчдийн хурлын 1995 оны 69 дүгээр тогтоолоор байгаль орчин, газрын ашиглалт, хамгаалалтыг сайжруулах, хотын хүн амыг аюулгүй, эрүүл орчинд амьдруулах, тэдэнд зориулсан бүх төрлийн үйлчилгээ, хангамжийг дэмжих зорилгоор хотод шилжин ирсэн байнгын болон түр оршин суугчдыг зохицуулах түр журам гаргасан юм. Энэ тогтоолоор заагдсан шилжин ирэгчдээс авах төлбөр нь хотын төсөвт гарсан нэмэлт зардлыг нөхөхөд зориулагдаж байв. 2003 оны 7 сарын 30-ны Дээд Шүүхийн 400 дүгээр тогтоолоор иргэдийг бүртгэлийн татвараас чөлөөлсөн. Ийм арга хэмжээ Дархан, Төв, Орхон, Дорнод аймгийн Хэрлэн суманд хэрэгжиж байсныг энэ тогтоолын дагуу хүчингүй болголоо.

400 дүгээр тогтоол оршин суугчдын үндсэн хуулиар олгогдсон эрхийг зөрчиж байсныг болиулсан боловч иргэдийг бүртгэх хэт их дарааллыг бий болгож, тэр бүү хэл дарааллаа хадгалахын тулд шөнийн турш дугаарлах, бүртгэлийн ажилтан, хангамжийн дутагдлыг үүсгэж, нэн хурдацтай явж байгаа хэт төвлөрлийг нэмэгдүүлж байна. Судалгаа Дээд Шүүхийн тогтоол гарахаас өмнө хийгдсэн тул судалгаанд оролцогчид энэ асуудлын талаар өөрсдийн санал бодлоо илэрхийлсэн юм.

Шигтгээ: Тамгын газрын ажилтан

Дээрх төлбөрийг шилжин ирэгсэд боломжтой нь төлдөг. Ер нь тэдний ихэнх нь эмзэг бүлгийн ядуу, малгүй болсон иргэд байдгаас төлбөрөө төлдөггүй, шилжүүлэггүйгээс сөрөг үр дагавар их гарч байна. Гэмт хэрэг ч өсч байна.

2001 оны Хотын Даргын “Суурь тусламжийн чанарыг сайжруулах, эхийн эндэгдлийг бууруулах тухай” 201 дүгээр тушаалаар дүүргийн засаг дарга нар гэр оронгүй, тэнэмэл, бүртгэлгүй иргэдийг бүртгэж, энэ талаар улирал бүрт тайлагнаж, өрхийн эмч нарын тухай мэдээлллийг тэдэнд өгч, бүх иргэдийг эрүүл мэндийн үйлчилгээнд хамруулахыг заасан.

Эрүүл мэндийн хуулинд эрүүл мэндийн даатгалтай иргэдэд өрхийн эмнэлэг үнэ төлбөргүй үйлчилнэ гэсэн заалт байдаг.

Шигтгээ: Өрхийн эмч сувилагч нар

Өрхийн эмнэлгийн санхүүжилт даатгалтай иргэдийн тоогоор байдаг боловч өрхийн эмч, сувилагч нар даатгалгүй байсан ч төлбөргүй үздэг. Үзэхгүй тохиолдолд иргэдийн дарамтанд өртдөг.

Иргэдийн газрын хууль, эрүүл мэнд, нийгмийн даатгалын хууль, шилжих хөдөлгөөний талаар хууль дүрэм, хууль эрхийн мэдлэг (80%) муу. Зөвхөн ажил хийдэг цөөн тооны хүмүүс хагас дутуу мэдлэгтэй байдаг. Хууль дүрмийн ач холбогдлыг ойлгодоггүй, эрх үүргээ биелүүлэх нь ховор. Эдгээр асуудлаас болж иргэд өөрсдөө хохирдог.

Өрхийн эмч сувилагчтай хийсэн ярилцлагаас шилжих хөдөлгөөн ихэссэнтэй холбоотой бичиг баримт, эрүүл мэндийн даатгалгүй хүмүүсийн

тоо нэмэгдэж, бүртгэл хийлгэлгүй 2-3 жил болсон өрх олон байгаа нь өрхийн эмч, сувилагч нарын ажилд хүндрэл учруулдаг. Шилжилт хөдөлгөөн хийлгэхэд авах хураамж өндөр, шилжиж ирээд газар олддоггүй. Үүнтэй холбоотой бүртгэл хийгддэггүй. Зарим тохиолдолд мөнгөтэй боловч хаягийн шилжүүлэггүй учраас иргэд ЭМД-д хамрагдаж чаддаггүй бэрхшээл өрхийн эмнэлгийн түвшинд түгээмэл тохиолддог байна.

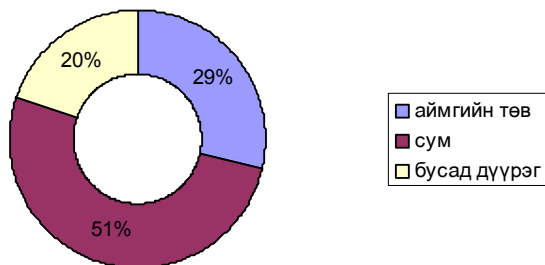
Шигтгээ: Тамгын газрын ажилтнууд

Шилжин ирэгсдийн дунд хаягийн шилжүүлэггүйгээс 4-5 жил хотод амьдарч байгаа ч нийгмийн халамж авахад бэрхшээлтэй байдаг учир тэднийг хотын иргэн болгох нь чухал.

Тамгын газрын ажилтнуудтай хийсэн бүлэг ярилцлагын дүн шилжин ирэгчдийг бүртгэх нааштай хандлага байгааг харуулж байгаа бөгөөд шилжин ирэгчдийн ирснээсээ хойш удаан хугацаагаар бүртгүүлэхгүй байгаа талаар асуумж судалгааны дүн, өрхийн эмч нарт тохиолдож байгаа бэрхшээлтэй ойролцоо байна.

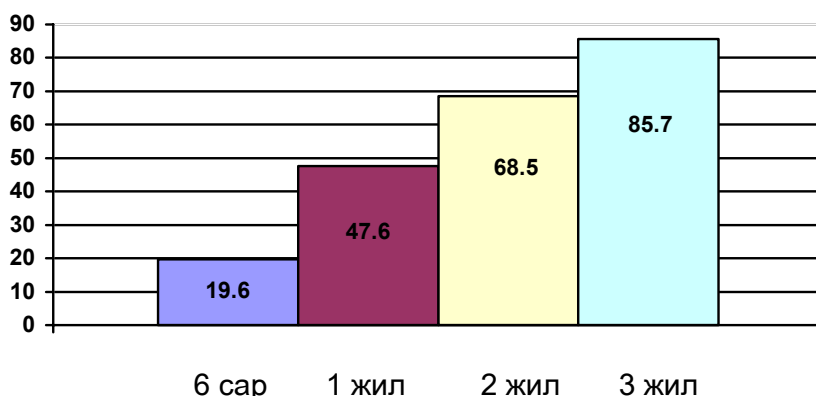
Судалгаанд оролцогчдын шилжин ирснээс хойшхи дундаж хугацаа 19.9 ± 16.4 сар байна. Дундаж үзүүлэлтийн хэлбэлзэл их байгаа нь дээрх 2-5 жил болсон ч шилжүүлэг хийлгээгүй байдаг гэсэн бүлгийн болон асуумж ярилцлагын дүнтэй дүйж байна. Судалгаанд оролцсон шилжин ирэгсдийн 28.7% нь аймгийн төвөөс, 51,6% нь сумаас, 19,7% нь бусад дүүргээс тус дүүрэгт ирсэн ба тэдний 68.5% нь 2 жил, 25.8% нь 4 жил, 5.7% нь түүнээс дээш хугацаагаар тус дүүрэгт оршин сууж байна.

Дүрслэл 3.2.1 Шилжиж ирэгсдийн харьяалагдах газар нутаг



Судалгаанд оролцсон шилжин ирэгсдийн 80.8% нь хүн амын бүртгэлд бүртгүүлж, 19.2% нь бүртгүүлээгүй гэсэн хариулт өгсөн байна. Тэдний 19.6% нь шилжиж ирснээсээ хойш эхний 6 сарын дотор, 1 жилийн дотор 47.6%, 2 жилийн дотор 68.5%, 3 жилийн дотор 85.7% нь бүртгүүлсэн байна.

Дүрслэл 3.2.2 Шилжиж ирснээсээ хойш бүртгэлд хамрагдсан байдал (өссөн дүнгээр, хувиар)



Хүн амын бүртгэлд хамрагдаагүй шалтгаанаа 36.9% нь шилжиж ирээд удаагүй, 25.0% нь шилжүүлэг аваагүй, 7.1% нь мөнгөний боломжгүй, 6.0% нь өөрсдөө очиж бүртгүүлээгүй, 4.8% нь тогтсон хаяггүй, 4.8% бичиг баримтгүй, 3.6% хөдөөний паспортоо солиулж чадаагүйгээс болсон гэж тайлбарласан байна. Бүртгэлийн байдлыг гэрлэлттэй харьцуулж үзэхэд гэрлээгүй болон бэлбэсэн хүмүүс илүү бүртгэлд хамрагдаагүй байна.

Хүснэгт 3.2.1 Бүртгэлийн байдал (гэрлэлтээр, хувиар)

	Гэрэлсэн	Гэрлээгүй	Хамтран амьрагч	Салсан	Бэлбэсэн
Бүртгүүлсэн	83.2	76.2	76.9	75.9	69.8
Бүртгүүлээгүй	16.8	23.8	23.1	24.1	30.2
Бүгд	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Судалгаанд оролцогчдын:

- 28.6% нь амьжиргаагаа сайжруулах

- 16.9% нь төрөл саднаа бараадах
- 13.5% нь хүүхдийн ирээдүйг бодох
- 13.4% нь зах зээлд ойртох
- 7.2% нь ажилгүйдлээс
- 6.5% нь ган, зудны улмаас малгүй болсон
- 6.0% нь эмчлүүлэх
- 4.2% нь суралцах
- 2.7% нь нутаг эзгүйрснээс
- 1.0% нь бизнес эрхлэх болон бусад зорилгоор хотод нүүн ирдэг байна.

Шилжин ирэгсдийн ихэнх нь амьдралын нөхцөл байдлаа сайжруулахаар ирдэг. Ялангуяа ажилгүй, малгүй болсноос их орж ирдэг. Хөдөө зах зээл байхгүй, хотод ядаж захаас юм авч ширхэглэх, зээл тусламж хүртэх зэрэг боломж байдаг нь нөлөөлдөг гэж тамгын газрын ажилтнуудын хэлсэнтэй дээрх судалгааны дүн дүйж байна.

Шигтгээ: Өрхийн эмч, сувилагч нар

Хөдөөнөөс шилжүүлгээ хийлгээгүй, ажилгүй, мөнгөний боломжгүйгээс хороо болон өрхийн эмнэлэгт бүртгэлгүй айл их байна. Энэ нь өрхийн эмнэлгийн санхүүжилтэнд сөргөөр нөлөөлж байна. Хотод албан ёсоор шилжээгүй, ЭМД-ийн дэвтэрт шилжүүлэг хийгдээгүй, хотод төлбөр хийх газар байхгүйгээс ЭМД-ээ хөдөө явуулж бөглүүлдэг явдал нэлээд байна. Хороонд бүртгэлгүй боловч өрхийн эмнэлгээр үйлчлүүлдэг өрх нэлээд байгаа. ЭМД-ийн дэвтэр огт аваагүй, хаанаас авахаа мэдэхгүй иргэд ч олон байна. Тэд хаягийн хөдөлгөөн хийгдээгүй ч ЭМД-аа шилжүүлж болдог гэдгийг мэддэггүй. Эсвэл хаягаа шилжүүлээд ЭМД-аа шилжүүлдэггүй.

Тэтгэврийн насны хүмүүсийг үнэ төлбөргүй шилжүүлнэ гэсэн заалт байхад төлбөр авдаг. Зөвшөөрөлгүй газар буусан айлуудад түр суугчийн паспорт олгодог. Ер нь хороон дарга нар газраар бизнес хийж байна гэж эмзэглэж буй хүн ч өрхийн эмч сувилагч нарын дунд байна.

Шигтгээ: Тамгын газрын ажилтнууд

Түр оршин суугч эмнэлэгт хүндрэл учруулан түр хяналтанд ороод алга болдог. Эсвэл хяналтгүй байж байгаад төрдөг. Мөн энэ хүндрэл тэтгэвэр, тэтгэмж, халамжийн асуудал дээр ч гардаг.

Өрхийн нэг сувилагч оролцогч бүртгэл, шилжин ирэгсдийн төлөө хийгдэж байгаа ажил хангалттай боловч иргэдийн ухамсар, амжиргааны түвшин муу байгаа нь шилжих хөдөлгөөний бүртгэлд саад учруулж байна гэж үзэж байна.

Бүртгэлтэй холбоотой асуудлыг шийдвэрлэхэд авч хэрэгжүүлж болохуйц арга хэмжээний чиглэлийг ярилцлагад оролцсон өрхийн сувилагч эмч нар доорхи байдлаар томъёолж байна.

- Тодорхой хугацаа өгөөд бүртгүүлээгүй, зөвшөөрөлгүй газар буусан тохиолдолд хариуцлага тооцох
- Дүүргийн зүгээс системтэй, эмх замбараатай газар олгох, бүртгэлд хамруулах ажил зохион байгуулах
- Хороо, өрхийн эмнэлэг бүртгэлийн асуудал дээр хамтран ажиллахыг санал болгожээ.

3.3 Эрүүл мэндийн даатгал

Эрүүл мэндийн салбарт шилжилтийн үед гарсан гол өөрчлөлтийн нэг нь эрүүл мэндийн даатгалыг хөгжүүлсэн явдал юм. 1994 оноос эрүүл мэндийн даатгалын тухай хууль хэрэгжиж хүн амын 87.5 хувь нь эрүүл мэндийн даатгалд хамрагдаж эрүүл мэндийн даатгал эрүүл мэндийн салбарын тогтвортой эх үүсвэр болж чадсан. 1998 оноос эрүүл мэндийн даатгалын сангаас өрхийн эмнэлгүүдийг нэг иргэнд тооцсон санхүүжилтээр санхүүжүүлж эхэлсэн. 2003 онд Иргэний эрүүл мэндийн даатгалд өөрчлөлт орж даатгалд хамрагдсан иргэнээр санхүүжигдэхээр болсон юм.

Иргэний эрүүл мэдийн даатгалын хуулиар дараахь иргэдийн эрүүл мэндийн даатгалыг төвлөрсөн төсвөөс санхүүжүүлдэг. Үүнд:

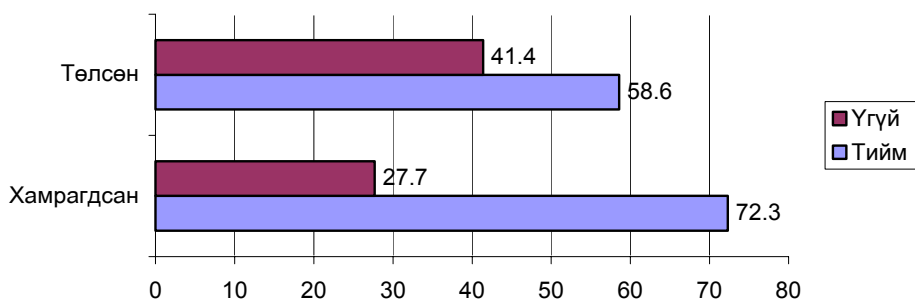
- 16-аас доош насны хүүхэд /ерөнхий боловсролын сургуульд сурч буй бол 18-аас доош/
- Тэтгэврээс өөр мөнгөн орлогогүй иргэд
- 2-оос доош насны хүүхдээ асарч буй эх /ихэр бол 3-аас доош насны/
- Байнгын цэргийн албан хаагч

- Нийгмийн халамжийн хуулийн 12 дугаар зүйлд заасан иргэд

Нийгмийн даатгалын үндэсний зөвлөлийн 14 дүгээр тогтоолоор дээр дурьдсан иргэдэд эрүүл мэндийн даатгалын шимтгэлийг сард 300 төгрөг, их, дээд сургууль, коллеж, тусгай мэргэжлийн сургуулийн өдрийн ангийн оюутнууд, малчин, ажилгүй иргэд сард 500 төгрөг төлж байхаар заасан.

Судалгаанд хамрагдсан өрхийн гишүүдийн 72.3% нь эрүүл мэндийн даатгалд хамрагдсан, 27.7% нь даатгалгүй гэж хариулжээ. Энэ дүн 2003 оны эхний 5 сарын байдлаар Сонгинохайрхан дүүргийн өрхийн эмнэлэгт бүртгэгдсэн хүн амын эрүүл мэндийн даатгалд хамрагдсан байдалтай (55%) харьцуулахад харьцангуй өндөр байгаа нь өрхийн эмч, сувилагч нарын иргэд даатгалын дэвтрийн зөрчил ихтэй байдаг гэж тайлбарсантай холбоотой байх талтай.

Дүрслэл 3.3.1 Эрүүл мэндийн даатгалд хамрагдсан болон төлбөрөө төлсөн байдлыг харьцуулсан байдал (хувиар)



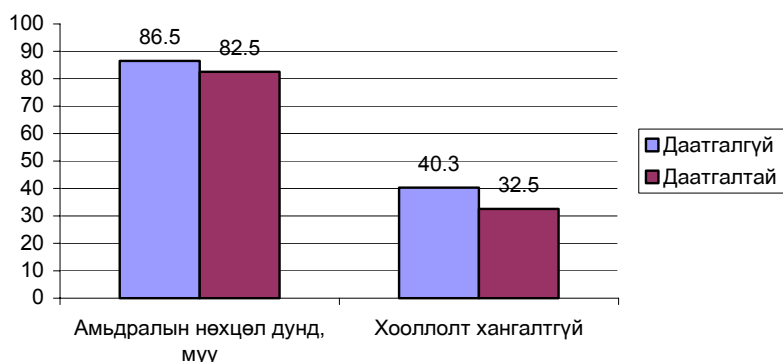
Тэдний 58.6% нь эрүүл мэндийн даатгалын 2003 оны эхний 3 сарын хураамжаа төлсөн, 41.4% нь төлөөгүй гэж хариулсан нь дээрх эхний 5 сарын эрүүл мэндийн даатгалд хамрагдсан байдалтай нэлээд ойролцоо байна. Даатгалын хураамжаа төлөөгүйн улмаас эрүүл мэндийн туслалцаа авч чадаагүй тохиолдол судалгаанд оролцогч өрхийн 8.7%-ийг эзэлж байна.

Шигтгээ: өрхийн эмч сувилагч нар

Өрхийн эмнэлгийг ЭМД-тай иргэдээр санхүүжүүлдэг нь амьдралд нийцэхгүй байна. Зөвхөн ЭМД-тай иргэдэд үйлчилбэл иргэдийн өвчлөл, нас баралт, эхийн эндэгдэл ихсэнэ. Бүх шатны эмнэлгийг төлбөртэй болговол хүмүүсийн ухамсар дээшлэнэ.

Дүрслэл 3.3.2-оос харахад даатгалгүй иргэдийн 86.5% нь амьдралын нөхцөл байдал дунд буюу муу, 40.3% нь хооллолтын байдал хангалтгүй гэсэн үнэлгээ авсан байхад даатгалтай судалгаанд хамрагдагсдын 82.5% нь амьдралын нөхцөл байдал дунд буюу муу, хооллолтын байдлаар 32.5% нь хангалтгүй гэсэн үнэлгээ авсан байна. Эндээс үзэхэд шилжин ирэгсэд ихэнх нь эмзэг бүлэгт хамрагдаж байгаа бөгөөд даатгалгүй иргэдийн амьдралын нөхцөл, хооллолт илүү муу байна.

Дүрслэл 3.3.2 Даатгалтай ба даатгалгүй иргэдийн амьдралын нөхцлийн ялгаа (хувиар)



Эрүүл мэндийн даатгалын шинэчилсэн хуулийг хэрэгжүүлэхтэй холбогдон өрхийн эмнэлэг даатгалтай иргэнээр тооцсон санхүүжилт авах болсон нь өрхийн эмч нар иргэдийг даатгалд хамруулахын тулд нэг талаас илүү иргэдтэй ойр ажиллах шаардлагыг нэмэгдүүлсэн юм.

Шигтгээ: Өрхийн эмч, сувилагч нар

Нийгмийн даатгалын газар, дүүргийн тамгын газраас харьяалалгүй хүмүүсийг битгий үз, Эрүүл мэндийн нэгдлээс заавал үз гэдэг зөрчил гардаг. Эрүүл мэндийн даатгалын хуулийн ач холбогдлыг ойлгохгүй, ажилгүй хүмүүс даатгал төлөх чадваргүйгээс эмнэлгийн анхны тусламж үйлчилгээнд хамрагдаж чаддаггүй. Үүнээс шалтгаалан өвчнөө хүндрүүлэх, 0-5 насны хүүхдүүд өрхийн эмчид бүртгүүлээгүйгээс суурь өвчлөл их байдаг.

түвшинг харгалзан үзэж, хаяг харгалзалгүй чирэгдэл багатай эрүүл мэндийн даатгалд хамруулбал ЭМД-ийн хамралт нэмэгдэх боломжтой гэж үзэж байна.

3.4 Нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний хүртээмж

3.4.1 Эрүүл мэндийн анхны тусламж

Улс орны дотор хаа амьдарч байгаагаас үл шалтгаалан нийгмийн эрүүл мэндийн болон эрүүл мэндийн анхан шатны тусламжийг хүртэх нь хүний эрхийн үндсэн асуудлын нэг юм. Анхан шатны тусламжийн хүртээмж, чанарыг хангах нь шилжигчдийн нийгмийн суурь үйлчилгээний чухал хэсэг билээ.

Судалгаанд оролцогчдын 77.5% нь өрхийн эмнэлгээ хаана байдгийг мэддэг, 22.5% нь мэддэггүй бол, 71.3% нь өрхийн эмчийнхээ хяналтанд орсон, 28.7% нь хяналтанд ороогүй гэж хариулсан байна. Насны бүлгээр авч үзвэл 25-44 насны хүмүүс (81.9%) илүү эмнэлгээ мэддэг бол 16-24 насны хүмүүс арай бага (72.9%) мэддэг байна. Өрхийн эмчийн хяналтанд орсон байдлыг насны бүлгээр авч үзэхэд мөн 25-44, 65-аас дээш насны хүмүүс (71.8-72.2%) илүү хяналтанд орсон байна.

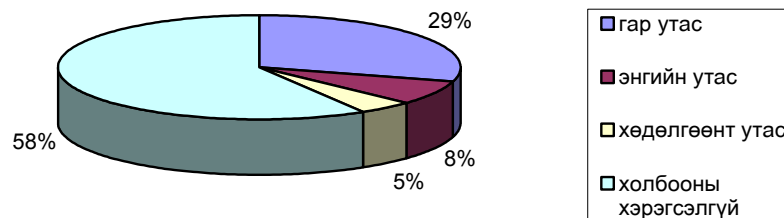
Хүснэгт 3.4.1 Өрхийн эмнэлгээ мэддэг болон өрхийн эмчийн хяналтанд орсон байдал (хувиар)

Насны ангилал	Өрхийн эмнэлгээ мэддэг			Өрхийн эмчийн хяналтанд орсон		
	Тийм	Үгүй	Бүгд	Тийм	Үгүй	Бүгд
16-24	72.9	27.1	100.0	68.7	31.3	100.0
25-44	81.9	18.1	100.0	72.2	27.8	100.0
45-64	78.7	21.3	100.0	70.0	30.0	100.0
65-дээш	76.1	23.9	100.0	71.8	28.2	100.0

Яаралтай эмнэлгийн тусламж шаардлагатай үед харилцаа холбоо хүмүүст амин чухал хэрэгтэй. Судлагаанаас үзэхэд шилжин ирэгсдэд яаралтай тусламж хэрэгтэй үед харилцаа холбоо байхгүйгээс хүндрэл үүсэх нөхцлөл бүрдээд байгааг харуулж байна.

Тэд яаралтай тусламж авах тохиолдолд 29.5% нь гар утсаар, 7.5% нь энгийн утсаар, 4.5% нь хөдөлгөөнт утсаар холбоо барих боломжтой бол 58.5% нь ямар ч харилцаа холбоо барих боломжгүй байна. Өөрөөр хэлбэл эмнэлгийн яаралтай тусламж, гал команд зэрэг үйлчилгээг авахад харилцаа, холбооны асуудал хүндрэлтэй байна.

Дүрслэл 3.4.1 Харилцаа холбооны хэрэгслийн төрөл



Эрүүл мэндийн анхан шатны тусламж авахад улс орны эдийн засгийн түвшин, байгууллага, хувь хүн, гэр бүлийн хүчин зүйлүүд нөлөөлдөг.

Монголын засгийн газар өрхийн эмнэлгийг оршин суугчдад ойр байх, үйлчилгээ хүртээмжтэй, боломжтой байхыг дэмждэг. Улаанбаатарт оршин суугчид өрхийн эмнэлэгт очихын тулд дунджаар хэр хол явахыг албан ёсоор тодорхойлоогүй байна.

Энэ судалгаанаас үзэхэд өрхийн эмнэлгээс алслагдсан дундаж зай 1900.0 ± 1695.6 м байна. 1 км хүртэл алслагдсан өрх 45.1%, 2 км 21.7%, 3 км 19.7%, 4 км 6.4%, 4-өөс дээш км зайд 7.1% нь тус тус байрлаж байна. Судалгаанд оролцогчдын 13.5% өрхийн эмнэлгээс 3 ба түүнээс дээш км-т амьдарч байгаа нь тэдэнд хүрч очиход хүндрэл учирдаг байж болох юм.

Эрүүл мэндийн байгууллагад хандахад ямар бэрхшээл тохиолдож байгаа талаар судалгаанд оролцогчид давхардсан байдлаар:

- 46.2% нь бэрхшээлгүй
- 17.4% нь хаяг, шилжүүлэг байхгүй

- 8.5% нь амьдралын боломж муу, мөнгө төгрөггүй
- 3.7% холбоо барих утасгүй, зам харилцаа муу
- 2.3% эмнэлэг хол
- 0.4% хувь хүнээс шалтгаалдаг
- 6.8% нь мэдэхгүй
- 1.2% хаана хандахаа мэдэхгүй гэж хариулж байна.

Судалгааны дүн шилжин ирэгчдийн ядуурал, боловсролын түвшин, нутаг дэвсгэрийн дэд бүтэц муу хөгжсөн зэрэг нь үйлчилгээний хүртээмжид нөлөөлж байгаа гол хүчин зүйл болохыг харуулж байна.

Энэ дүн өрхийн эмч сувилагч нарын өгсөн доорхи шигтгээ хариулттай дүйж байна.

Шигтгээ: Өрхийн эмч сувилагч нар

Эрүүл мэндийн үйлчилгээ үзүүлэхийн тулд эмч, сувилагч нар 1-6 км газар алхаж өрхүүдэд очдог. Өрхүүд замбараагүй байрласан, зөвшөөрөлгүй газар байрласан байдгаас шалтгаалан эрүүл мэндийн үйлчилгээ явуулахад хүндрэлтэй байдаг.

Дээрхи асуудлыг шийдвэрлэхийн тулд судалгаанд оролцогчид:

- 2.5% бага насны хүүхэд, групптэй иргэдийг шилжүүлэг харгалзахгүй үзэх, үнэгүй шилжүүлэх
- 3.5% нь ЭМДаатгалд хамруулах
- 3.6% нь эрүүл мэндийн анхны тусламжийг шилжүүлэг харгалзахгүй үздэг байх гэсэн санал дэвшүүлсэн байна.

3.4.2 Эх хүүхдийн эрүүл мэнд

Манай орны хувьд эх хүүхдийн эрүүл мэнд нийгмийн эрүүл мэндийн тэргүүлэх асуудлын нэг юм. Хаа амьдарч байгаагаас үл хамааран эмэгтэй хүн бүр жирэмслэх, төрөх, төрсний дараа эмнэлгийн тусламж авах эрхтэй.

Судалгааны явцад шилжин ирэгсдийн гэр бүлд 49 эмэгтэй жирэмсэн байсан ба тэдний 67.3% нь эмнэлгийн хяналтанд орж, 32.7% нь хяналтанд ороогүй байна. Хяналтанд ороогүй шалтгаанаа өрхийн эмнэлгээ мэдэхгүйгээс гэж 37.5% нь, өөрсдөө хандаагүй гэж 62.5% нь тус тус тайлбарласан байна. Эндээс үзэхэд шилжин ирсэн эмэгтэйчүүд эмнэлэгт хандах хандлага сул, оршин суугчдад өрхийн эмнэлэг мэдээлэл сургалт сурталчилгааны ажил сул явуулдагтай холбоотой.

Тухайн дүүрэгт шилжин ирсэнээс хойш 140 эмэгтэй төрсөн ба тэдний дийлэнх хувь буюу 95.7% нь эмнэлэгт төрсөн бол 4.3% нь гэртээ төрсөн байна. Үүнийг 2002 оны нийслэлийн гэрийн төрөлттэй (1.4%) харьцуулахад 3 дахин их байгаа нь анхаарал татсан асуудал юм. Иймд өрхийн эмнэлгүүд жирэмсэн эмэгтэйг хянах явцдаа өндөр эрсдэлтэй жирэмсэн эмэгтэйчүүдийг илрүүлж гэрийн төрөлтөөс сэргийлэх тохирсон үйл ажиллагаа явуулах шаардлагатай байна. Гэртээ төрсөн 6 эхийн 4 нь холбоо барих утасгүй, ЭМД-гүй байлаа. Тэдний 5 нь сум, 1 нь дүүргээс шилжин ирээд 1-3 жил болсон байна.

Судалгаанд оролцогчид болон тэдний гэр бүлийн гишүүд жирэмсэлтээс сэргийлэх арга хэрэгслийг 34.0% нь өрхийн эмнэлгээс, 9.7% нь эмийн сангаас, 0.5% нь ТҮЦ-ээс авдаг бол 40.2% нь жирэмсэлтээс сэргийлэх эм тариа хэрэглэдэггүй, 5.1% нь ерөндөгтэй болон хөхүүл эхчүүд байна. Харин 10.6% нь мэдэхгүй гэж хариулжээ. Үүнийг 1998 оны Нөхөн үржихүйн эрүүл мэндийн судлагааны эмэгтэйчүүдийн 56 хувь гэр бүл төлөвлөлтийн аргыг хэрэглэдэг гэсэн дүнтэй харьцуулахад хэрэглээ шилжин ирэгсдийн дунд харьцангуй бага байгааг харуулж байна.

ЖСА-ын хэрэглээ боловсролтой шууд холбоотой байгаа бөгөөд боловсрол их байх тусам ЖСА-ын талаар мэдлэг сайн, боловсрол бага байх тусам хэрэглэхгүй явдал их, тусгай дунд болон дунд боловсролтой хүмүүс өрхийн эмнэлгээс ЖСА-ын үйлчилгээ илүү авдаг байна. Мөн Хүснэгт 2.4.1-ээс үзэхэд ТҮЦ-ээс жирэмснээс сэргийлэх хэрэгсэлээ илүү авдаг нь тэдний оршин суугаа газарт эмийн сан, өрхийн эмнэлэг зайтай байдагтай холбоотой байх талтай.

Хүснэгт 3.4.2 ЖСА-ын хэрэглээ (Боловсрол, хувиар)

Боловсрол	Эмийн сан	Өрхийн эмнэлэг	Хэрэглэ -дэггүй	Мэдэхгүй	ТҮЦ	Бусад	Бүгд
Дээд	8.7	34.6	47.2	5.5	0.0	3.9	100.0
Тусгай дунд	9.8	39.3	37.2	9.8	0.0	3.8	100.0
Дунд	11.0	34.3	37.3	10.7	0.5	6.2	100.0
Бага	3.3	21.7	53.3	18.5	1.1	2.2	100.0
Боловсролгүй	6.3	31.3	43.8	12.5	0.0	6.3	100.0

Шигтгээ: өрхийн сувилагч эмч нар

Жирэмсэн эмэгтэйчүүд эрүүл мэндээ хамгаалах, урьдчилан сэргийлэх мэдлэг хангалтгүй, шилжүүлэггүй зэргээс шалтгаалан хожуу хяналтанд ордог. Тодорхой хаяггүй хоёр хорооны хооронд явж байгаад төрөөд бидний ажлын үзүүлэлтэнд муугаар нөлөөлдөг. Шилжилт хөдөлгөөнтэй холбоотой ирсэн даруйд нь хяналтанд хамруулсан ч орой хяналтанд хамруулсанд тооцогддог. Орон гэр нь тодорхойгүй тэнэж яваад төрөөд хүүхэд нь энддэг.

Нийслэлийн эрүүл мэндийн газрын даргын 2001 оны 7 дугаар тушаал жирэмсэн эмэгтэйчүүдийг дүүргийн эрүүл мэндийн төвүүд, өрхийн эмнэлгүүд ямар нэг бичиг баримтгүйгээр хяналтандаа авна гэж заасан. Гэвч дээрх шигтгээ хариулт шилжин ирэгч жирэмсэн эхийн хяналтанд хамрагдсан байдал хангалтгүй байгааг батлахаас гадна өрхийн эмч нарын ажлыг дүгнэхдээ жирэмсэн, төрөх, төрсний дараах хамралтыг сайжруулахад чиглэгдсэн үзүүлэлтүүдийг оруулах нь зүйтэйг харуулж байна.

Сүүлийн 10 жилд нялхсын эндэгдэл 2 дахин буурсан боловч амьжиргааны түвшнээс дээш амьдралтай гэр бүлтэй харьцуулахад эмзэг бүлгийн гэр бүлийн хүүхдүүд 2.5 дахин өвчилж, эмнэлэгт хэвтэж, 3 дахин илүү нас барж байна.

2000 оны “Хүн амын хоол тэжээлийн үндэсний хоёрдугаар судалгаа”-аар Улаанбаатар хотын 5 хүртэлх насны хүүхдүүдийн дунд:

- Сульдаа - 40.5%
- Цус багадалт 22.2 %

- Йодын дутлаас үүссэн бамбайн бахлуур - 20.3%
- Өсөлт хоцролт - 19.3%
- Тураал - 6.5% тохиолдсон байна.

Энэ судалгаанд оролцогч хүүхэдтэй өрхийн нийт хүүхдийн 9.3% нь тураалтай байна. 5 хүртэлх насны хүүхдийн тураал 15.7%-ийг эзэлж байгаа нь дээрх судалгааны дүнгээс 2.4 дахин илүү байна. Насны ангиллаар авч үзвэл 0-1 насны хүүхдийн 18.3%, 2-4 насны хүүхдийн 13.0%, 5-9 насны хүүхдийн 11.0%, 10-15 настай хүүхдийн 8.8% нь тураалтай байгаа бөгөөд нас өгсөх тусам тураалтай хүүхдийн эзлэх хувь багасч байгаа хандлага харагдаж байна. Энэ нь бага насны хүүхдэд тавих эх эцэг, асран хүмүүжүүлэгчийн асаргаа сувилгаа сул, хооллолт хангалтгүй, гэдэсний халдварт өвчинд илүү өртдөг байх талтай.

Хүснэгт 3.4.3 Судалгаанд оролцогч өрхийн хүүхдийн тураалын байдал (хувиар)

Насны ангилал	Тураалтай эсэх		Бүгд
	Тийм	Үгүй	
0-1	18.3	81.7	100.0
2-4	13.0	87.0	100.0
5-9	11.0	89.0	100.0
10-15	8.8	91.2	100.0

Тураалтай хүүхдүүдийн 33.7% хангалттай, 66.3% хангалтгүй хооллолттой, 20.2% нь амьдралын нөхцөл сайн, 52.8% нь дунд, 27.0% нь муу өрхөд бүртгэгдсэн байна. Энэ нь амьдралын боломж, нөхцөл муу байх тутам хүүхдийн тураал их байгааг харуулж байгаа бөгөөд эмзэг бүлгийн хүн амын дунд хүүхдийн эрүүл мэнд, асаргаа сувилгаа, зохистой хооллолтын асуудлыг авч үзэх шаардлага байгааг харуулж байна.

3.4.3 Дархлаажуулалт

Тарилгатай халдварт өвчнүүдээс урьдчилан сэргийлэх гол арга нь дархлаажуулалт юм. Монгол улс дархлаажуулалтын хүний нөөц, хүйтэн

хэлхээний тоног төхөөрөмж зэргээр хүчирхэг тогтолцоог бий болгож чадсан. Үүний үр дүнд заавал хийх хийгдэх дархлаажуулалтыг хүн бүр хүртэх боломжтой болсон байна. 2002 оны эрүүл мэндийн статистикийн мэдээгээр нэгээс доош насны хүүхдийн сүрьеэгийн вакцины хамралт 98%, 2-т вакцин 95.4%, 3-т вакцин 95.2%, улаан бурхан 95.2%, гепатит В 95.1%-ийн хамралттай байна. Иймд хүртэх боломжгүй, зах хязгаарын хүн амыг дархлаажуулалтанд хамруулах явдал бол бодлогын хэрэгжилтийн тэргүүлэх чиглэл юм.

Судалгаанд хамрагдсан өрхийн 46.6% нь шилжиж ирснээс хойш хүүхдүүдээ товлолын дагуу вакцинд бүрэн, 5.2% нь дутуу, 26.4% нь шилжин ирэхээсээ өмнө хамруулсан бол 6.9% хамруулаагүй, 13.5% хүүхдүүдийн вакцинд хамруулах нас хэтэрсэн, 1.4% нь мэдэхгүй гэж хариулсан байна.

Вакцинд дутуу болон хамрагдаагүй шалтгаанаа 28.6% нь эмнэлэг ирж хийгээгүй, 20.6% нь бүртгүүлсний дараа хийлгэнэ, 15.9% нь хаа хандахаа мэдэхгүй, 11.1% нь шилжүүлэг байхгүй, 6.4% нь өөрсдөө хандаагүй зэргээр тайлбарласан байна. Эндээс харахад шилжин ирэгсдийн дунд хүүхдийн вакцины хамралтын байдал улсын дунджаас харьцангуй бага байгаа шалтгаан нь бүртгэлээ хийлгээгүй, өрхийн эмнэлэгт ирж хийлгэдэггүйтэй илүү холбоотой байж болох талтай байгаа бөгөөд мэдээлэл сургалт сурталчилгаа шаардлагатай байгааг харуулж байна.

Өрхийн эмч сувилагч нар *иргэд дархлаажуулалтанд ач холбогдол өгөх нь сул учраас хүүхдээ товлолын вакцинаас хоцроодог* гэж тайлбарласан нь аль аль талд асуудал байгааг харуулж байна.

3.4.4 Зонхилон тохиолдох өвчлөл

Шилжин ирэгчдийн өвчлөлийн байдлыг тодорхойлох нь асуудлыг шийдвэрлэх тохиромжтой бодлого чиглэл боловсруулахад чухал ач холбогдолтой. Судалгаагаар шилжин ирэгчдийн зонхилон тохиолдох өвчлөл, түүний бүтцийн талаар нэлээд дэлгэрэнгүй гаргалаа.

Насанд хүрэгчдийн дунд нас ахих тутам өвчлөх хандлага илүү болж, өрхийн эмчийн хяналтанд орсон хүмүүсийн өвчилсөн хувь (83.9%) хяналтанд ороогүй хүмүүсээс (16.1%) 5 дахин илүү байгаа нь *иргэд зөвхөн өвдсөн тохиолдолд эмчид ханддаг* гэсэн асуумж ярилцлагын дүнтэй дүйж байна. Өвчлөлийн ийм их зөрүү судалгаанд хэрэглэгдсэн арга зүй, мөн шилжин ирэгчдийн эмнэлэгт хандах хандлагатай холбоотой байх талтай.

Хүснэгт 3.4.4 Шилжин ирснээсээ хойш өвчилсөн байдал (насны бүлэг, хувиар)

Насны бүлэг	Тийм	үгүй	Бүгд
16-24	38.1	61.9	100.0
25-44	50.2	49.8	100.0
45-64	50.2	49.8	100.0
65 ба дээш	63.5	36.5	100.0

Судалгаанд оролцогчдын гэр бүлийн гишүүдийн 49.7% нь өвдсөн ба тэдний 40.8% нь амьсгалын замын, 18.5% нь зүрх судасны, 8.9% нь хоол боловсруулах эрхтний, 7.6% нь шээс, бэлгийн замын, 7.2% нь мэдрэлийн, 4.0% нь халдварт, 3.0-3.2% нь мэс заслын болон осол гэмтлийн, 1.2–1.8% нь нүд, чих хамар хоолой, төрөх, эмэгтэйчүүд, хавдар, эрүү нүүр, шүдний өвчнүүдээр шилжин ирснээс хойш тус тус өвдсөн байна. Аймгаас шилжин ирэгсэд амьсгалын замын өвчнөөр, сум дүүргээс шилжин ирэгсэд амьсгалын замын өвчнөөс гадна зүрх судасны өвчнөөр илүү өвдсөн байна.

Судалгаанд оролцогчид шилжиж ирснээс хойш давхардсан тоогоор өвдсөн үедээ 80.7% нь өрхийнхөө эмнэлэгт, 44.7% нь улсын клиникийн эмнэлэгт, 19.2% нь тус тус түргэн тусламж болон танил эмчдээ, 13.0% нь хувийн эмнэлэгт хандсан байна. Эндээс харахад шилжин ирэгсдийн дийлэнх нь өрхийн эмнэлэгтээ хандаж тусламж үйлчилгээ авдаг ба даатгалгүйгээс болж эмнэлгийн тусламж авч чадахгүй байна гэж хэлэх үндэслэл бага байна. Харин тэдний мөнгө төгрөгний боломж муутай байдаг нь гол шалтгаан болдог ажээ. Дээд шатны эмнэлэгт хандах хандлага нэлээд өндөр байгаа нь хөдөөнөөс шилжин ирэгсэд дээд шатны эмнэлэгт

хандах хандлага их, мөн бүртгэлд оролгүй хуучин харьяаллаараа үзүүлж байж болох юм гэсэн таамаглал төрүүлж байна.

Харин тэдний 21.6% нь хэнд ч хандалгүй өөрөө өвчнөө эмчилж, 0.4% нь хамаатан найз нөхдөөсөө тусламж хүссэн байна. Шилжин ирээд өвчилсөн боловч хэнд ч хандаагүйгээ судалгаанд оролцогчдын 75.4% нь мөнгөгүйгээс, 14.0% нь өөрөө хүсээгүйгээс, 3.5% нь даатгалгүйгээс 7.0% нь бусад шалтгаанаар тайлбарласан байна.

Өвчлөлийн судалгаа

Шилжин ирэгсдийн өвчлөлийн түвшинг хүн амын ерөнхий өвчлөлтэй харьцуулах шаардлагатай. Дүүргийн шилжилт ихтэй 1, 4, 7, 9, 12 дугаар хорооны шилжин ирэгсдийн 2003 оны эхний 5 сарын өвчлөлийн судалгаагаар нийт 1404 хүн өрхийн эмнэлэгт ямар нэг өвчний улмаас хандаж тусламж, үйлчилгээ авсан байна.

Өвчилсэн хүмүүсийн 58.1% нь эмэгтэй, 41.9% нь эрэгтэй байгаа ба тэдний дийлэнх буюу 66.4% нь 1-3 дугаар саруудад өрхийн эмнэлэгт үзүүлсэн бол 4-5 дугаар сард хамгийн цөөн буюу 14.3%-19.3% нь үзүүлсэн байна. Эндээс харахад эмэгтэйчүүд эрэгтэйчүүдээс илүү өвдсөн үедээ эмнэлэгт хандсан нь тэдний өвчлөлийн зан үйл сайн байгааг харуулахаас гадна тэдэнд амьдралын дарамт илүү тусдаг байх талтай. Өвчлөл ихтэй сар нь 1 дүгээр сар (26,4%), өвчлөл багатай сар (14.3%) тавдугаар сар байна.

Өвчилсэн хүмүүсийг насны бүлгээр авч үзвэл 0-1 насны 18.9%, 2-4 насны 9.9%, 5-9 насны 8.8%, 10-15 насны 12.3%, 16-24 насны 13.9%, 25-44 насны 17.7%, 45-64 насны 11.7%, 65 ба дээш насны 7.5% тус тус байна. Насны бүлгээс харахад 0-1 насны болон 25-44 насны хүмүүс илүү өрхийн эмнэлэгт ирж үзүүлдэг бол нас ахих тутам өрхийн эмнэлэгт ирж үзүүлэх нь харьцангуй багасдаг байна.

Өвчлөөд үзүүлсэн хүмүүсийн өвчлөлийн байдлыг Өвчний Олон Улсын 10-р ангиллаар гаргавал:

➤ Амьсгалын тогтолцооны өвчнүүд	49.8%
➤ Шээс бэлгэсийн тогтолцооны өвчин	12.3%
➤ Цусны эргэлтийн тогтолцооны өвчнүүд	11.5%
➤ Хоол шингээх эрхтний өвчин	9.0%
➤ Жирэмслэх, төрөх, төрсний дараах үе	6.7%
➤ Нүд ба түүний дайврын, чих ба хөхөнцөрийн өвчнүүд	2.6%
➤ Мэдрэлийн тогтолцооны өвчнүүд	2.0%
➤ Халдварт ба шимэгч зарим өвчин	1.9%
➤ Эрүүл мэндийн үйлчилгээнд үзлэг шинжилгээ хийлгэхээр ирсэн хүмүүс	1.1 %
➤ Яс булчингийн тогтолцооны холбох нэхдсийн өвчин	0.7%
➤ Арьс ба салстын гэмтэцээр дамжих вируст халдвар	0.6%
➤ Арьс ба халимны өвчин	0.6%
➤ Дотоод шүүрэл, тэжээлийн ба бодисын солилцооны өвчнүүд	0.4%
➤ Хавдар	0.3%
➤ Төрөх тойрны үед үүсэх зарим оёг	0.3%
➤ Бэртэл хордлого ба бусад зарим гадны шалтгааны үр дагавар	0.2%

тус тус байна.

Дээрх мэдээллийг Сонгинохайрхан дүүргийн хагас жилийн өвчлөлтэй харьцуулахад (Амьсгалын тогтолцооны өвчнүүд 18.7%, цусны эргэлтийн тогтолцооны өвчнүүд 18.2%, шээс бэлгэсийн тогтолцооны өвчин 17.8%, хоол шингээх эрхтний өвчин 14.2%, осол гэмтэл 6.2%) амьсгалын тогтолцооны өвчлөл 2.7 дахин их байна.

Өвчлөлийн эхний 5 байрны өвчлөлийг нарийвчлан авч үзвэл:

1. Амьсгалын тогтолцооны өвчнүүд 1, 3 дугаар саруудад (51.5%) илүү, 0-1 (29.0%), 10-15 (16.3%), 2-4 (16.0%) насанд илүү тохиолдсон байна. Хүйсний хувьд тэдний 50.8% нь эмэгтэй, 49.2% нь эрэгтэй байна.
2. Шээс бэлгэсийн тогтолцооны өвчин 3 сард (28.3%), 1 сард (22.5%) илүү, 25-44 (43.4%), 16-24 (21.4%), 45-64 (20.2%) насанд илүү

тохиолдсон байна. Хүйсний хувьд тэдний 78.6% нь эмэгтэй, 21.4% нь эрэгтэй байна. Эмэгтэйчүүд шээс бэлгэсийн тогтолцооны өвчнөөр илүү өвдөж байгаа нь тэд их даарч хөрдөг, амьдралын түвшин хангалтгүй байгаатай холбоотой байж болох юм.

3. Цусны эргэлтийн тогтолцооны өвчнүүд 1, 2 сард (48.2%) илүү, 65 ба дээш (40.1%), 45-64 (35.8%), 25-44 (13.0%) насанд тус тус тохиолдсон байна. Хүйсний хувьд тэдний 54.9% нь эмэгтэй, 45.1% нь эрэгтэй байна.
4. Хоол шингээх эрхтний өвчин 1 сард (26.8%), 4 сард (24.4%) илүү, 10-15 (24.4%), 25-44 (22.8%), 16-24 (15.7%) насанд тус тус илүү тохиолдсон байна. Хүйсний хувьд тэдний 50.4% нь эмэгтэй, 49,6% нь эрэгтэй байна.
5. Жирэмслэх, төрөх, төрсний дараах үетэй холбоотой өрхийн эмнэлэгт хандсан байдал насны ангиллаар 25-44 насанд (43.4%) 16-24 насанд (21.4%), 45-64 насанд (20.2%) байна.

Өвчлөлийн түүвэр судалгааны дүн асуумж судалгааны дүнтэй ерөнхийдээ ойролцоо байгаа бөгөөд ялангуяа шилжин ирэгсдийн ихэнх нь амьсгалын замын өвчний улмаас өрхийн эмнэлэгтээ анх удаа ханддаг байна. Харин зүрх судас, халдварт өвчнөөр өвчлөгсдийн дүн асуумж судалгааны дүнгээс нэлээд зөрөөтэй байгаа нь шилжин ирэгсэд эдгээр өвчнөөр өвчлөөд шууд клиникийн эмнэлэгт ханддагтай холбоотой байх талтай.

3.4.5 Эрүүл мэндийн боловсрол

Хүн амын эрүүл амьдралын хэв маяг, эрүүл зан үйл, өөртөө туслах хандлага эрүүл мэндийн боловсролын түвшнээс ихээхэн хамаардаг. Монгол улсын өвчлөлийн гол шалтгаанд эрүүл биш хооллолт, тамхи татах, архидалт, биеийн хөдөлгөөний идэвхгүй байдал, бухимдлаас өөрсдийгөө хамгаалах чадвар муу байх зэрэг ордог. Шилжин ирэгсдийн дунд эрүүл

мэндийн мэдээлэл сургалт сурталчилгааны үйл ажиллагаа явуулах нь эрүүл зан үйл төлөвшихөд нь эерэг нөлөө үзүүлэх юм.

Судалгаанд оролцогчид давхардсан тоогоор 58.2% нь зурагтаар, 32.0% өрхийн эмчээс, сонин сэтгүүлээс 11.0%, радиогоор 9.0%, найз нөхөд, хамаатнаас 6.0%, сурталчилгааны материалаас 4.0%, бусад сувгаас 3.0%-ийн мэдээлэл авдаг байна. Мөн тухайн өрхүүдийн 78.4% нь зурагттай, 37.4% нь радиотой байна. Эдгээр үзүүлэлтүүд эрүүл мэндийн мэдээллийг телевиз болон өрхийн эмчээр дамжуулан түгээвэл илүү үр дүнтэй байж болохыг харуулж байна. Сурталчилгааны материалын хувь нэлээд бага байгаа нь энэ талаар түлхүү анхаарах нь зүйтэйг сануулж байна.

Хүснэгт 3.4.5 Эрүүл мэндийн мэдээлэл авдаг байдал (хүйсээр, хувиар)

Мэдээлэл авах суваг	Бүгд	Эрэгтэй	Эмэгтэй
Зурагт	58.0	59.6	54.3
Радио	4.5	3.7	6.3
Өрхийн эмч	22.7	22.1	24.0
Найз нөхөд хамаатан	3.8	4.1	3.0
Сонин сэтгүүл	6.7	7.4	5.0
Сурталчилгааны материал	1.8	1.4	2.7
Бусад	2.5	1.6	4.7
Бүгд	100.0	100.0	100.0

Өвдсөн тохиолдолд оролцогчдын 84.5% нь эхлээд өрхийн эмчдээ, 5.5% нь түргэн тусламж, 2.6% улсын клиникийн эмнэлэгт, танил эмч 1.9%, найз нөхөд, ах дүү 1.9%, 1.3% нь хувийн эмнэлэгт хандана гэж хариулжээ. Энэ нь тэдний хандлага харьцангуй сайн байгааг харуулж байна.

Эмнэлэгт хандах хандлагыг хүйсээр авч үзвэл эрэгтэйчүүд илүү өрхийн эмнэлэг, түргэн тусламжид, эмэгтэйчүүд илүү клиникийн эмнэлэг, хувийн эмнэлэг, танил талдаа хандах хандлагатай байна. Боловсрол өндөр байх тусам клиникийн эмнэлэгт хандах хандлага илүү, боловсрол бага байх тусам хаа хандахаа мэдэхгүй явдал илүү байна.

Хүснэгт 3.4.6 Өвдсөн тохиолдолд эмнэлэгт хандах хандлага (хүйсээр, хувиар)

Үзүүлэлтүүд	Бүгд	Эрэгтэй	Эмэгтэй
Өрхийн эмнэлэг	84.5	85.9	81.3
Түргэн тусламж	5.5	5.9	4.7
Клиникийн эмнэлэг	2.6	1.7	4.7
Хувийн эмнэлэг	1.3	0.9	2.3
Танил тал	1.9	1.6	2.7
Найз нөхөд, ах дүүс	1.9	2.0	1.7
Мэдэхгүй	2.1	1.9	2.7
Бусад	0.2	0.3	0.0
Бүгд	100.0	100.0	100.0

Эрүүл мэндээ хамгаалахын тулд юуг чухалчилдаг вэ гэсэн асуултанд судалгаанд оролцогчид давхардсан тоогоор 46.6% нь зөв хооллох, 43.1% нь орчныг цэвэр байлгах, 12.5% нь хөдөлгөөн, 11.2% нь хорт зуршлаас сэргийлэх гэж хариулсан байна. Эмэгтэйчүүд зөв хооллолтыг, эрэгтэйчүүд хорт зуршлаас сэргийлэх, орчноо цэвэр байлгахыг илүүд үзэж байна.

3.4.6 Усан хангамж

Аюулгүй уух усаар хангах асуудал эрүүл мэндийн анхны тусламжийн хамгийн чухал бүрэлдэхүүн юм. Уух усны чанар муугаас шалтгаалсан эрүүл мэндийн байдал, өвчнөөс орчны эрүүл мэндийн тохиромжтой бодлого, дэд бүтцийг хөгжүүлснээр сэргийлж болно.

Нийт хүн амын 40 гаруй хувь нь эрүүл ахуйн шаардлага хангахгүй ус хэрэглэж, хотын боломжийн орлоготой нийт иргэдийн тал хувь нь, ядуу иргэдийн дөнгөж дөрөвний нэг нь төвлөрсөн эх үүсвэрээс ус хэрэглэж байна гэсэн тоо баримт бий. Гэтэл устай холбоотой гардаг халдварт өвчин, шүд цооролт, йодын дутал зэрэг нутагшмал өвчин эмгэг хүн амын дунд өндөр хэвээр, цаашид ихсэх хандлагатай байна.

Судалгаанд оролцогч өрхийн 7 хоногийн дундаж хэрэглээний ус 285.5 ± 167.6 л байна. Энэ үзүүлэлтийг өрхийн дундаж ам бүлийн тоотой

харьцуулахад 7 хоногт өрхийн нэг гишүүн 65 л ус, өдөрт 9.1 л ус хэрэглэдэг гэсэн тооцоо гарч байна. 7 хоногт 100 л ус хэрэглэдэг өрх 9,5%, 101-300 л 60.9%, 301-600 л 23.7%, 601 л-ээс дээш ус хэрэглэдэг өрх 5.9%-ийг эзэлж байна.

Судалгаанд хамрагсдын 42.5% ус түгээгүүрээс, 38.3% зөөврийн ус, 10.7% булаг шандаас, 8.4% нь бусад эх үүсвэрээс (ойр орших орон сууцны байр, гэх мэт) хэрэглээний усаа авдаг байна.

Шигтгээ: Өрхийн эмч сувилагч

Шилжин ирэгсдийн усан хангамж сайн биш, ус түгээгүүрийн цэггүйгээс усны машин зөөврөөр түгээдэг. Зарим тохиолдолд иргэд ойролцоох байрнаасаа ус авдаг Усны чанар, хүртээмжийн талаар хэлэхэд хэцүү. Үнэ өндөр.

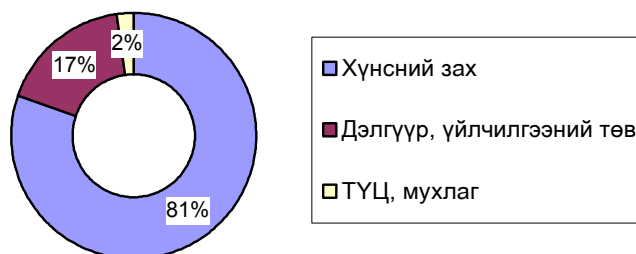
Дээрх шигтгээ хариулт ус хангамжийн эх үүсвэр, хэрэглээний талаархи асуумж судалгааны дүнтэй дүйж байгаа бөгөөд усны аюулгүй байдал хангалтгүй байх нөхцөл бүрдсэн байна.

3.4.7 Аюулгүй хүнс ба хооллолт

Хоол хүнсний аюулгүй байдал, чанарын тухай асуудал нь салбар хоорондын хамтын ажиллагаа, хэрэглэгчдийн эрүүл хүнсийг яаж сонгох, хүнснээс эрүүл мэндийн ямар хохирол үүсч болох тухай мэдлэг шаарддаг маш чухал нийгмийн эрүүл мэндийн үйл ажиллагаа юм. Ядуурал, муу хооллосноос үүсэх өвчний хяналт, микро элементүүдийн дутагдал нь Аюулгүй хүнс, Хүнсний хамгаалал, Хоол тэжээлийн үндэсний хөтөлбөрийн тэргүүлэх чиглэлүүд юм.

Судалгаанд хүнсэндээ хүнсний гол хэрэглээний 3 зүйл (мах, гурил, будаа) хэрэглэдэг өрх 37.3%, мах, гурил хэрэглэдэг 28.4%, мах, ногоо, будаа, ногоо хэрэглэдэг 28.2%, гол хүнсний зүйл дээр жимс болон цагаан идээ хэрэглэдэг 4.8%, зөвхөн гурил эсвэл ногоо хэрэглэдэг 1.3% байна. Тэдний 80.4% нь хүнсний захас, 17.3% нь дэлгүүр үйлчилгээний төв, 2.3% нь ТҮЦ, мухлагаас голчлон хүнсээ худалдан авдаг байна.

Дүрслэл 3.4.2 Хүнсний зүйлээ авдаг цэгүүд



Настайчууд илүү ТҮЦ, мухлагаас (32.7%), залуучууд (84.5%) илүү хүнсний захаас хүнсээ авдаг. Эндээс харахад шилжин ирэгсэд хямд үнийг нь бодож хүнсний захаас хүнсээ авдаг нь тодорхой байна. Нөгөөтэйгээр захын хороодод дэлгүүр, үйлчилгээний төв хангалтгүй байдагтай холбоотой байх талтай.

Нүдэн баримжаагаар авсан хооллолтын байдлын үнэлгээгээр өрхүүдийн 65.3% нь хангалттай, 34.7% нь хангалтгүй гэсэн үнэлгээ авсан байна. Энэ нь гурван өрх тутмын нэг нь хангалтгүй хооллодог болохыг илтгэх магадлалтай байна. Хооллолтыг гэрлэлтийн байдлаар авч үзэхэд салсан, бэлбэсэн хүмүүс илүү муу хооллож байна.

Хүснэгт 3.4.7 Хооллолтын байдал (хувиар)

Хооллолт	Гэрэлсэн	Гэрлээгүй	Хамтран амьдрагчтай	Салсан	Бэлбэсэн
Хангалттай	67.6	66.2	69.2	50.0	50.8
Хангалтгүй	32.4	33.8	30.8	50.0	49.2
Бүгд	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Судалгаанд хамрагдсан өрхийн 48.2% нь хөргөгчтэй байна. Бараг талаас илүү хувь нь хөргөгчгүй, нийтийн үйлчилгээнээс хол оршдог, орчны ариун цэвэр хангалттай бус зэргээс дүгнэхэд хоол хүнс хадгалах горим алдагддаг, халдварт өвчин гарах магадлал өндөр байна.

3.4.8 Орчны эрүүл мэнд

Эрдэм шинжилгээ, хяналтын байгууллагын мэдээ, тайлангаас үзэхэд нийслэл хотын хөрсний нянгийн болон химийн бохирдол нэмэгдэж байна.

Бохирдуулагч эх үүсвэрүүд нэмэгдсэн, хотын хөрс гэмтэн талхлагдаж байгаагаас хөрсний даац хэтрэн өөрөө цэвэрших чадвар алдагдаж байна. Нийслэл хотын хэмжээнд байгаа бие засах газар, бохир усны цооногийн 75% нь эрүүл ахуй, ариун цэврийн хувьд хүлээн зөвшөөрөгдөх түвшнээс доор байгаа нь хөрс, газрын доорх усны чанар, хүн амын эрүүл мэндэд сөргөөр нөлөөлөх нөхцлийг бүрдүүлж байна.

Судалгаанд оролцсон өрхийн 78.8% нь бие засах газартай, сайн болон дунд гэсэн үнэлгээг 86.5% нь авсан байна. Өрхийн зөвхөн 38.9% нь бохир усны цооногтой байгаа нь бохир усаа шууд ил задгай асгаж орчинг бохирдуулдаг нь тодорхой байна. Мөн тэдний 73.7% нь ямар нэг байдлаар хог цуглуулах савтай бөгөөд дөнгөж 26.5% нь сайн гэсэн үнэлгээ авсан байна.

Дээрх өрхүүдийн гэр доторхи ариун цэвэр 37.5%-д нь сайн гэсэн үнэлгээтэй байна. Гар угаалтууртай өрх 62.7%-ийг эзэлж байгаа нь гурван өрх тутмын нэг нь гар угаалтуургүй, гар угаадаг эсэх нь тодорхой бус байгаа нь халдварт өвчин гарах эх суурь бүрэлдсэн байна гэж үзэхээр байна. Мөн энэ дүгнэлт ус хадгалах савны ариун цэврийн байдал дөнгөж 30.6%-д нь сайн байгаагаар тайлбарлаж болох юм.

Хүснэгт 3.4.8 Орчны байдал (хувиар)

Орчны байдал	Байгаа эсэх		Шаардлага хангасан эсэх			Бүгд
	Тийм	Үгүй	Сайн	Дунд	Муу	100.0
Хашаа	61.5	38.5	26.4	60.7	12.9	100.0
Бие засах газар	78.8	21.2	34.0	52.5	13.5	100.0
Бохир усны цооног	38.9	61.1	46.8	44.3	8.9	100.0
Хог цуглуулах сав	73.7	26.3	26.5	62.8	10.7	100.0
Гэр доторхи ариун цэврийн байдал	-	-	37.5	52.1	10.5	100.0
Гар угаалтуур	62.7	37.3	37.5	52.9	9.6	100.0
Ус хадгалах савны ариун цэврийн байдал	-	-	30.6	61.3	8.1	100.0

Өрхийн хашаа, бие засах газар, бохир усны цооногтой байгаа эсэх нь насны байдлаас нэлээд хамааралтай байна. Нас ахих тутам орчны

байдалдаа анхаарах хандлага нь сайжирч байгааг доорхи хүснэгтээс харж болно.

Хүснэгт 3.4.9 Хашаа, бие засах газар, бохир усны цооног (насны ангилал, хувиар)

Насны ангилал	Хашаа			Бие засах газар			Бохир усны цооног		
	Тийм	Үгүй	Бүгд	Тийм	Үгүй	Бүгд	Тийм	Үгүй	Бүгд
16-24	49.0	51.0	100.0	72.2	27.8	100.0	36.1	63.9	100.0
25-44	60.6	39.4	100.0	78.3	21.7	100.0	37.5	62.5	100.0
45-64	66.5	33.5	100.0	81.1	18.9	100.0	41.2	58.8	100.0
65-дээш	72.5	27.5	100.0	86.5	13.5	100.0	50.0	50.0	100.0

Судалгаанд оролцогч өрхүүдийн 61.5% нь хашаатай боловч 26.4% нь сайн гэсэн үнэлгээтэй байна. Энэ үзүүлэлтээс харахад таван өрх тутмын 3 нь хашаатай, бусад нь эмх замбараагүй хаа хамаагүй газар буусан, бүртгэлгүй учраас хашаа бариагүй байж болох юм гэсэн таамаглалд хүргэж байна. Нас (65-аас дээш нас 72.5%, 45-64 насанд 66.5%) ахих тутам илүү хашаа барьж тохижсон бол 25-44 насныхан (60.6%), 16-24 насныхан (49.0%) тэднээс харьцангуй сул хандлагатай байгаа нь залуучууд цаашид суурьших бодол бага байдагтай холбоотой байж болох юм.

Өрхийн 50.3%-д давхардсан тоогоор цуглуулсан хогийг зориулалтын машин ирж ачдаг, 39.0% нь гуу жалганд хаядаг, 9.1% нь шатаадаг байна. 25-44 насныхан (10.5%) хогоо илүү шатаадаг, нас ахих тутам, жишээ нь 65-аас дээш насанд (59.6%) хогоо машинд ачуулдаг, 16-24 насныхан илүү гуу жалганд хаядаг байна.

Хүснэгт 3.4.10 Шилжин ирэгсдийн хогоо зайлуулдаг байдал (насны бүлэг, хувиар)

Насны бүлэг	Шатаадаг	Машин ирж ачдаг	Гуу жалганд хаядаг	Бусад	Бүгд
16-24	8.2	48.5	42.3	1.0	100.0
25-44	10.5	47.6	37.6	4.3	100.0
45-64	7.9	52.5	33.9	5.8	100.0
65 ба дээш	0.0	59.6	32.7	7.7	100.0

Өрхийн эмч сувилагч нартай хийсэн асуумж ярилцлагын дүнгээс харахад:

- *Ихэнх хүмүүс гудамжинд хогоо хаяж бие засдаг. Хогоо шатаадаг. Үүнээс орчин бохирдож ажил хийхэд хүндрэлтэй. Хүмүүс гэр орондоо эмх замбараагүй бохир заваан суудаг. Усны сав, угаалтуур их бохир байдаг. Хог хаях машин бараг ирдэггүй.*
- *Хог хаягдалдаа дарагдсанаас янз бүрийн халдвар өвчин гарахгүй гэх баталгаа байхгүй. Хүүхдүүд суулгалтаар өвдөх нь ихэсч байна.*
- *Тодорхой хаяггүй, гудамж эмх замбараагүй, үргэлжилсэн, хаагуур орж гардаг нь мэдэгддэггүй.*
- *1-р хороо цэвэрлэх байгууламж ойр учраас байнга муухай үнэртэй агаараар амьсгалдаг.*
- *Захын хороодын зам маш их тоос шороо ихтэй зэрэг бэрхшээлийг тоочиж байгаа нь дээр тайлбарласан орчны болон гэр орны ариун цэврийн байдал нэн хангалтгүй байгаатай дүйж байна.*

Гэвч асуумж ярилцлагад оролцсон нэг эмч хороо захиргаанаас хог бохирдолтой тэмцэх асуудал сайжирсан боловч иргэдийн ухамсар дорой гэж хариулсан нь хорооноос нааштай цөөн алхам хийгдэж байгаа боловч тэр бүр олныг хамардаггүй, хог цэвэрлэгээний ажлыг тасралтгүй хийж чаддаггүй гэсэн дүгнэлтэнд хүргэж байна.

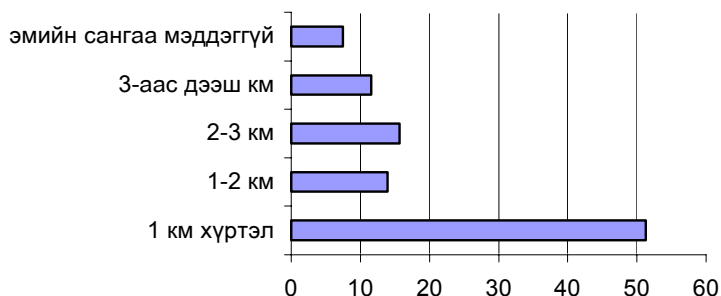
3.4.9 Зайлшгүй шаардлагатай эм

1978 оны Алма-Атагийн тунхаглал зайлшгүй шаардлагатай эмийн хүртээмж эрүүл мэндийн анхны тусламжийн нэг элемент гэж үзсэн. Монгол улсад 1992 оноос ДЭМБ-ын зайлшгүй шаардлагатай эмийн үзэл баримтлал дээр үндэслэн Үндэсний эмийн бодлогыг хэрэгжүүлж эхэлсэн юм. Зайлшгүй шаардлагатай эмийн бодлого нь хүн амыг боломжийн, чанартай эмээр хангах, эмийн зохистой хэрэглээг дэмжихэд чиглэгдсэн. Зайлшгүй шаардлагатай эмийн жагсаалтыг манай орон 1991 онд анх боловсруулж баталснаас хойш 4 удаа шинэчлэгдээд байна. Одоо зайлшгүй шаардлагатай эмийн жагсаалтад 315 эм багтдаг.

Шилжиж ирсэн өрхүүдээс хамгийн ойр эмийн сан хүрэх зай дунджаар 1424.6 ± 1464.4 м байна. 1 км явж хүрдэг өрх 51.3%, 2 км 13.9%, 3 км 15.7%,

3-аас дээш км явж хүрдэг өрх 11.6%, ойр эмийн сангаа мэддэггүй өрх 7.5%-ийг эзэлж байна.

3.4.3 Хамгийн ойр эмийн сан хүрэхэд шаардлагатай зай (хувиар)



Дээрх дүрслэлээс үзэхэд хамгийн ойр эмийн сангаа мэдэхгүй байх, нэлээд хугацаа зарцуулж эмийн санд хүрдэг зэрэг нь өвчтэй буюу яаралтай тохиолдолд хүндрэл учирч болохоор байна.

Судалгаанд оролцогчдын 60.7% нь эмчийн зөвлөсөн шаардлагатай эм тухайн эмийн санд байдаг, 13.7% нь шаардлагатай эм байдаггүй, 25.7% нь мэдэхгүй гэж хариулжээ. Эндээс үзэхэд зайлшгүй шаардлагатай эмийн хүрэлцээ, хангамж захын хороололд хангалтгүй байна гэж үзэхээр байна.

Өрхийн эмч, сувилагч нар эмчилгээ бичиж өгөхөд шилжин ирэгсэд эм авах чадвар муу. Эмийг цөөн ширхэгээр авдаг. Үүнээс өвчлөл их байдаг. Хүүхдийн өвчлөл хүндэрдэг. Эмийн сан байдаг боловч эмийн үнэ их өндөр. Төвөөс хол байрлалтай учир гар худалдаанаас авсан эм шаардлага хангадаггүй гэж тайлбарлаж байна. Шаардлага хангасан эмийн сангүйгээс гар дээрээс эм худалдаалах явдал мэр сэр байдгийг судалгааны дүн харуулж байна.

3.5 Клиникийн эмнэлэг

Судалгаанд оролцогчид шилжин ирснээсээ хойш өвдсөн тохиолдолд эмнэлэгт хандсан байдлыг үзэхэд давхардсан тоогоор 44.7% нь клиникийн эмнэлэгт хандсан талаар зонхилон тохиолдох өвчлөл хэсэгт дурьдсан билээ. Энэ дүн тэд шат алгасан клиникийн эмнэлэгт хандах явдал их байгааг харуулж байна. Асуумж судалгаанд оролцогчдод клиникийн эмнэлэгт хандахад доорхи бэрхшээлүүд тохиолддог байна.

- эрүүл мэндийн даатгалын дэвтэргүй	16.0%
- эмнэлэг хүнд сурталтай, гар хардаг	8.7%
- эмнэлгийн шинжилгээ, үйлчилгээний төлбөр өндөр	4.8%
- оношлогоо эмчилгээ муу, очер дугаар ихтэй	2.0 %

Дээрхи бэршээлийг даван туулахын тулд оролцогчид:

- эмнэлгийн үйлчилгээний чанарыг сайжруулах 5.3%
- эмнэлгийн шинжилгээ, төлбөрийг үнийг бууруулах 4.8% санал

дэвшүүлж байна.

Өрхийн эмч, сувилагч нар: *иргэд өрхийн эмнэлэгт хандаж чадаагүй тохиолдолд дараагийн шатанд очиход хүндрэлтэй болдог. Клиникийн эмнэлэгт хэвтсэн өвчтнүүдээс эм тариа ар гэрээс авхуулдаг тухай гомдол их гардаг. ЭМД хууль гурав дахь шатлалын эмнэлэгт адилхан үйлчилнэ гэсэн боловч төлбөр авсаар байгаа гэсэн өгүүлэл байнга ирдэг. Иймд нэн ядуугаас бусад бүх тохиолдолд ЭМД-гүй бол аль ч эмнэлэгт төлбөр авмаар байна* гэсэн саналуудыг тавьсан нь асуумж судалгааны дүнтэй ойролцоо байна.

3.6 Эмнэлгийн ажилчдад тулгарч буй бэршээлтэй асуудал

Шилжин ирэгсэд нь тухайн дүүргийн өрхийн эмнэлэг болон эмнэлгийн ажилчдад нилээд бэрхшээл учруулдаг байна. Харьяалалгүй, хаа хамаагүй буудгаас олж очих бэршээлтэй, зөвхөн өвчилсөн тохиолдолд л эмнэлэгт ханддагаас тэднийг хяналтанд авах асуудал хүндрэлтэй, ялангуяа жирэмсэн эхчүүд цаг алдаж хяналтанд ордог нь нэг талаас тэдний ажлын үнэлгээнд муугаар нөлөөлдөг боловч нөгөө талаас жирэмсэн эх хүндрэх, гэрт төрөх шалтгаан болдог байж болох юм.

Шигтгээ:

Өрхийн эмч, сувилагч нарын цалин амьдралын баталгаажих түвшинд хүрдэггүйгээс өнөө маргаашаа аргацаан амьдардаг, энэ нь ядууралд хүргэж байна.

Өрхийн эмнэлгээр гаргуулдаг янз бүрийн тоо баримтыг цэгцтэй, хэрэгцээ, ач холбогдлоор нь тодорхойлж тодорхой нэг маягтаар авч баймаар байна. Эмч ажилчдын эрүүл мэндийг үздэг, хянадаг нэгдсэн системтэй болмоор байна.

Шигтгээ хариултаас үзэхэд эмнэлгийн ажилчдын цалин маш бага байгаа нь эрүүл мэндийн салбарт ажиллагсдын тогтвор суурьшилд муугаар нөлөөлж байгаа бөгөөд тэдний нийгмийн асуудлыг бодлогын түвшинд авч үзэх шаардлагатайг харуулж байна.

3.7 Нийгмийн байдал

3.7.1 Нийгмийн асуудал

Нийтийн тээврийн буудлаас шилжиж ирсэн өрхүүд дунджаар 1424.6±1464.4 м-д байрладаг. 1 км хүртэл 50.8% нь, 2 км хүртэл 26.2%, 4 км хүртэл 18.9%, түүнээс дээш 4.4% нь оршдог байна. Стандарт хэлбэлзлийн байдлаас харахад хол ойрын байдал маш их зөрөөтэй хамгийн хол нь 8 км хүртэл явж гэртээ хүрдэг ажээ.

Судалгаанд оролцсон өрхүүдийн 73.9% нь цахилгаанд холбогдсон боловч 32.3% буюу 3 өрх тутмын 2 нь газрын зөвшөөрөлгүй тухайн дүүрэгт оршин сууж байна. Амьдралын түвшинтэй харьцуулахад түвшин бага байх тусам цахилгаанд холбогдоогүй, газрын зөвшөөрөлгүй байх нь нэмэгдэж байна.

Хүснэгт 3.7.1 Нийгмийн үйлчилгээг амьдралын түвшинтэй харьцуулсан харьцаа (хувиар)

Үйлчилгээний хэлбэр	Хангагдсан эсэх	Амьдралын түвшин			Бүгд
		Сайн	Дунд	Муу	
Цахилгаан	Тийм	19.4	63.7	16.9	100.0
	Үгүй	8.0	66.7	25.3	100.0
Газрын зөвшөөрөл	Тийм	25.7	64.8	9.5	100.0
	Үгүй	10.2	65.3	24.5	100.0

Шигтгээ: Тамгын газрын ажилтнууд

Шилжин ирэгсэд зай болгоныг ашиглан буудаг, буусан газар болгоноо бохирдуулдаг. Үүнийг дагаад ус, цахилгаан, зам тээвэр гэх мэт үйлчилгээнд хүндрэл учирдаг гэж тайлбарлаж байна. Мөн хотын газар эзэмшлийн 60%-ийг Сонгинохайрхан дүүрэгт олгоно гэж төлөвлөгдсөн нь нийгмийн үйлчилгээг улам хүндрүүлнэ.

Шигтгээ: Өрхийн эмч сувилагч нар

Зам харилцаа холбоо муу. Нийтийн тээвэр явдаггүй, алслагдсан. Төвлөрсөн гол зам байхгүй. Иргэд 3-5 км орчим алхаж буудалд хүрдэг. Мэр сэр гар утсыг эс тооцвол яаралтай үед холбоо барих асуудал их хүндрэлтэй. Машин явахад бэрхшээлтэй, дуудлага, гал команд, цагдаа шаардлагатай болсон тохиолдолд хаяггүй учир олоход бэрх, хугацаа их алддаг.

Дээрх тамгын газрын ажилчид болон өрхийн эмч сувилагч нарын өгсөн хариулт асуумж судалгааны дүнг баталгаажуулж байна.

Судалгаанд хамрагдсан шилжиж ирсэн өрхүүдийн амьдралын түвшинг ажиглалтын аргаар үнэлэхэд 16.4% нь сайн, 64.5% нь дунд, 19.1% нь муу гэсэн ангилалд хамаарагдаж, 65.9% нь гэрт, 16.1% нь энгийн галлагаатай сууц, 11.3% нь орон сууцанд, 5.5% нь айлын хажууд, 1.2% нь орцонд жижүүр хийх маягаар болон бусад хэвшлээр амьдарч байна.

Мал амьтангүй өрх 64.9%, мал амьтантай өрх 35.1% байгаа бөгөөд мал амьтантай эдгээр өрхийн ихэнх нь нохойтой байна.

Доор дурьдсан нийгмийн халамжтай холбоотой бэрхшээлүүдийг асуумж ярилцлагын дүнгээс түүвэрлэн авлаа.

- *Хотын захад халуун ус, үсчин, гоо сайхны үйлчилгээ, засварын газар байдаггүй. Автобусны буудал, худаг, эмийн сан, эмнэлгээс хол. Иргэд 1-3,5 км явж байж захын үйлчилгээнд хүрдэг. Тохжилт бараг байхгүй. Ер нь мөнгөгүй гэдэг бүх юмыг дагалддаг.*

- *Хашааны байрлал эмх замбараагүй, бороо орсон тохиолдолд шавар шавхай ихтэй, зөвшөөрөлгүйгээс хашаа байраа гүйцээж барьж чаддаггүй. Хэнд хандахаа мэддэггүй.*
- *Сургуулиудын халаалт муу, гадаа жорлонтой учир сургуулийн насны хүүхдүүд өвөл ханиадаар их өвчилдөг. ТҮЦ, гуанз зам дагуу их байдагтай холбоотой халдварт өвчинд өртөх магадлал их.*

Асуумж судалгаанд оролцогчид нийгмийн асуудлыг (ус, цахилгаан, тээвэр холбоо, газрын зөвшөөрөл өгөх) шийдвэрлэх 11.9%, шилжүүлгийн үнийг багасгах, үнэгүй болгох 7.7%, ажил олгох 2.9%, цалин нэмэх 1.0%, сургалт зохион байгуулах 0.9%, ямар нэгэн зээл, тусламжинд хамруулах 0.4% зэрэг санал тавьсан нь дараах өрхийн эмч сувилагчтай хийсэн асуумж ярилцлагын саналтай ойролцоо байна. Тэд нийгмийн асуудлыг шийдвэрлэхийн тулд:

- *Нийтийн тээвэр, засмал зам, холбоо, гэрэл цахилгаан, усны асуудлыг шийдэж ус түгээх газрыг олноор бий болгох*
- *Ахуй үйлчилгээг хүнд ойртуулах, хүртээмж, чанартай үйлчилгээг явуулж, халуун усны газар, үсчин, гоо сайхны газар байгуулан төлбөрийг хямд тогтоох*
- *Хашааны байрлалыг цэгцлэх, хаягтай болгох*
- *Шаардлага хангасан хүнсний дэлгүүрүүд бий болгох*
- *Хөнгөлөлттэй эмийн үйлчилгээ явуулдаг эмийн сан ажиллуулан, эмийн үнэд хяналт тавих*
- *Хог хаягдлыг нэгдсэн журмаар зайлуулаг болох, ачих тохиолдолд урьд өдөр нь иргэдэд мэдэгдэх, гуу жалгын хогийг нийтийн хүчээр ачуулах хэрэгтэй гэж үзэж байна.*

3.7.2 Боловсрол

Ерөнхий боловсролын байдал шилжин ирсэн өрхүүдэд төдийгүй байнгын оршин суугчдад нэлээд хүндээр тусч байгааг тамгын газрын ажилтнуудтай хийсэн бүлэг ярилцлагын дүнгээс харж болно. Тэд *шилжин ирэгсэдтэй холбоотой сөрөг үр дагаврын нэг нь сургуулийн хүүхдийн тоо стандартаас хол давж байгаа явдал* гэж үзэж байна.

Асуумж ярилцлагад оролцсон өрхийн эмч, сувилагч нар: захын сургуулиуд хүүхэд ихтэй, шилжин ирэгсэд бичиг баримтаа шилжүүлж ирээгүйн улмаас хүүхэд сургууль завсардаж байна. Сургууль завсардсан хүүхэд голдуу хичээлийн жилийн дундуур ирсэн байдаг. Амьдралын гачигдлаас болж амьдралын түвшин доогуур өрхийн хүүхдүүд сургууль завсардаж байна. Төлбөрийн асуудлаас хамааран сурч чадахгүй оюутнууд нэлээд байна. Сүүлийн үед залуучууд дээд боловсрол эзэмшиж байгаа нь сайшаалтай боловч ажлын байргүй, мэргэжлээрээ ажиллаж чадахгүй тохиолдол их байна гэж хариулсан байна. Үүнийг шийдвэрлэхийн тулд бичиг баримт харгалзалгүй шилжин ирэгсдийн сургуулийн насны хүүхдийг сургуульд хамруулах, завсардсан хүүхдүүдийг бүртгэж сургалтанд хамруулах нь зүйтэй гэж үзэж байна.

3.7.3 Ажилгүйдэл

2000 оны Хүн ам, орон сууцны тооллогын дүнгээр хүн амын 17.5% нь ажилгүй байсан байна. Түүнээс эрэгтэйчүүдийн 18.2%, эмэгтэйчүүдийн 16.2% хувь нь ажилгүй байжээ.

Энэ судалгаанд хамрагдсан өрхийн насанд хүрэгчдийн 11.1% нь улсын байгууллагад, 19.1% нь хувийн байгууллагад, 11.0% нь хувиараа аж ахуй эрхлэн, арилжаа наймаа хийдэг, 24.6% нь ажилгүй, 9.4% нь тэтгэвэрт, 2.4% нь группт, 7.1 % нь оюутан, 16.0% нь бусад гэсэн ангилалд багтаж байна. Ажилгүйчүүдийн 71.3% нь эрэгтэй, 28.8% нь эмэгтэй байгаа нь шилжин ирэгсдийн эрэгтэйчүүд илүү ажилгүй байгаа нь анхаарал татсан асуудал юм.

Судалгааны дүнг Хүн ам, орон сууцны тооллогын дүнтэй харьцуулахад шилжин ирэгчдийн ажилгүйдлийн байдал илүү өндөр байгаа нь тэд эмзэг бүлэгт хамруулж болохыг харуулж байна.

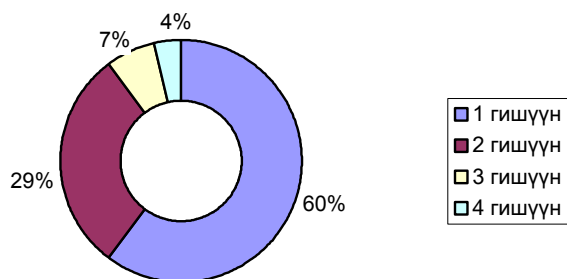
Шигтгээ: Өрхийн эмч, сувилагч нар

Шилжин ирэгчдийн ихэнх нь ажилгүй, хувиараа наймаа хийх маягаар амьдарч байна, Тэд ажиллах сонирхолтой боловч ажлын байр олддоггүй.

Тамгын газрын ажилтнуудтай хийсэн бүлэг ярилцлагаар тэд *шилжин ирэгсэд бүгд ажилгүй хүмүүс байдаг. Түр үнэмлэхгүй хүмүүсийг ажилд авдаггүй. Шийдэхэд их бэрхшээлтэй* гэж үзэж байгаа нь дээрх дүнтэй дүйж байна.

Судалгаанд оролцогч өрхүүдээс нийт 560 өрхөд буюу нийт 859 хүн ажилгүй байгаа нь өрхийн 56.0%, нийт насанд хүрэгчдийн 37,7%-ийг буюу насанд хүрсэн гурван хүн тутмын нэг нь ажилгүй байна. Өрхийн нэг гишүүн ажилгүй 60.4%, 2 хүн 29.5%, 3 хүн 6.6%, 4 хүн ажилгүй байх явдал 3.6%-ийг эзэлж, ажилгүйдэл ид ажлын 25-44 насны залуучуудын дунд илүү (61.8%) тохиолдож байгаа нь анхаарал татсан асуудал болж байна.

Дүрслэл 3.7.1 Нэг өрхөд байгаа ажилгүй хүний тоо



Дээрх дүрслэлээс үзэхэд өрхөд дундаж хүний тоо 4 байгаа тохиолдолд ажилгүйдэл ялангуяа шилжин ирэгсдийн хувьд нэлээд өндөр байгааг харуулж байна.

Хүснэгт 3.7.2 Ажилгүйдлийн байдал (насны ангилал, өрхийн гишүүдийн тоо, хувиар)

Насны ангилал	Өрхийн гишүүдийн тоо				Бүгд
	1	2	3	4	
16-24	7.7	9.1	2.7	10.0	7.9
25-44	65.7	66.1	32.4	15.0	61.8
45-64	22.8	21.2	64.9	70.0	26.8
65-аас дээш	3.8	3.6	0.0	5.0	3.6
Бүгд	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Шигтгээ: Өрхийн эмч сувилагч нар

Залуучуудын ихэнх нь оёдлын үйлдвэрт бага цалинтай ажилладаг. Тэднийг нийгмийн болон эрүүл мэндийн даатгалд хамруулдаггүй. Илүү цагаар ажиллахгүй гэсэн жирэмсэн эмэгтэйг ажлаас нь халдаг. Эсвэл жирэмсний хүндрэлд оруулдаг. Ихэнх өрхийн амьдралын түвшин доогуур, шилжүүлэггүйгээс ажилгүй хүмүүс их, ажлын байр олддоггүй. Үүнээс ядуурал улам ихэсч байна.

муу, ажил олдохгүй, эрүүл мэндийн хувьд эрсдэл өндөр байгаа бөгөөд даатгалд хамралт муу байгаа нь тэдэнд давхар дарамт бий болгох нөхцлийг бүрдүүлж байна.

Дүүргийн хөдөлмөр эрхлэлтийн алба энээ асуудлыг анхааралдаа авах, хувиараа аж ахуй хөдөлмөр эрхлэхэд нь дэмжиж туслах, тухайн хороонд ажлын байр гаргах, дүүргээс нэн ядуу иргэдийн судлагааг гаргаж тусламж үйлчилгээ үзүүлэх нь зүйтэй байна.

ДӨРӨВДҮГЭЭР БҮЛЭГ. ДҮГНЭЛТ, ЗӨВЛӨМЖ

4.1 Дүгнэлт

1. Улаанбаатар хотод хөдөө орон нутгаас шилжин ирэгсдийн байдал шинээр бий болсон нийгэм, хүн ам зүйн асуудал болж байна. Шилжин ирж байгаа шалтгаан нь байгалийн гамшигийн улмаас малаа алдсан, хотод амьдралын илүү боломж хайж ирж байгаа бөгөөд тэдний ихэнх нь настайчууд, ажилгүйчүүд, гэр бүл толгойлсон эмэгтэй зэрэг эмзэг бүлгийн хүмүүс байна. Энэ нь тэдэнд зориулсан нийгмийн суурь тусламж үзүүлэх зайлшгүй эрэлт, хэрэгцээ байгааг харуулж байна.
2. Шилжин ирэгсдэд эрүүл мэндийн суурь тусламжийн хүртээмж бага байгаа нь тэд орон нутгийн засаг захиргаанд цаг хугацаандаа бүртгэгддэггүй, эрүүл мэндийн даатгалд хамрагдалт маш муу, эрүүл мэндийн даатгалд хамрагдсан боловч хураамжаа төлдөггүй, амьдарч байгаа орчны дэд бүтэц сул хөгжсөнтэй холбоотой байна.
3. Дотоод шилжих хөдөлгөөн Улаанбаатар хотын захын дүүргүүдэд эрүүл мэндийн суурь тусламжийн хүртээмж, боломжид сөрөг үр дагавар авчирдаг. Өөрөөр хэлбэл шилжин ирэгсэд хууль дүрэмд заагдсан иргэний үүрэг хариуцлагыг мэддэггүй, нөгөөтэйгүүр өрхийн эмч нар эрүүл мэндийн идэвхтэй үйл ажиллагаа явуулах нь сул байгаатай холбоотой.
4. Эрүүл мэндтэй холбоотой мэдээлэл шилжин ирэгсдэд хүрэх нь хангалтгүй байна. Тэдэнтэй харилцах суваг дутагдалтай, үүнд зориулсан тусгай хөтөлбөр, төсөл байдаггүйгээс шилжин ирэгсдийн эрүүл мэндийн тухай мэдээлэл сургалт сурталчилгааны үйл ажиллагаа хангалтгүй байна. Нийгмийн эрүүл мэндийн тэргүүлэх чиглэлүүдээр шилжин ирэгсдэд зориулсан мэдээлэл сургалт сурталчилгааны кампанит ажил шаардлагатай байна.

5. Шилжин ирэгсдэд зориулсан эх хүүхдийн эрүүл мэндийн өндөр чанартай тусламж тэдний дунд хүүхэд, эмэгтэйчүүд илүү хувийг эзэлж байгаа тохиолдолд нэн шаардлагатай юм. Өрхийн эмчийн үзүүлж буй эх хүүхдийн тусламж хангалтгүй, шилжин ирэгчдийн өвчний зан үйл сул байгаа нь хүүхдийн нас баралт өндөр байх, жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн тусламж сул байх нөхцлийг бүрэлдүүлж байна.
6. Шилжин ирэгсэд шинээр өөрсдийн сайн мэдэхгүй ирсэн газартаа хэрхэн амьдрах, амь зуулгаа авч явах талаар мэдлэг хомс, хувь хүнд үзүүлэх эрүүл мэндийн даатгалын ач холбогдлыг ойлгохгүй, мөн бусад хууль эрхийн актуудын талаар мэдлэг, дадлага муу байна.
7. Жорлон, муу усны нүх, гар угаах угаалтуур зэрэг наад захын ариун цэврийн хэрэгслүүдийн эрүүл ахуйн шаардлага хангагдахгүйгээс халдварт өвчин тархах эрсдэл маш өндөр байна. Тэднийг халдварт өвчнүүдээс сэргийлэх үүднээс аюулгүй орчныг бүрдүүлэх шаардлага гарч байна.
8. Шилжин ирэгсдийн байрлаж буй цэгээс эмийн санд хүрэх зайг авч үзэхэд тэд зайлшгүй шаардлагатай эм авах боломж бүрдээгүй байна. Мөн гараас гар дамжсан эм эмийн хяналтын гадна байдаг учраас тэдний худалдан авдаг эмийн чанарын асуудал анхаарал татсан асуудлын нэг юм. Эдгээр хүчин зүйлүүд зайлшгүй шаардлагатай эмийн хүртээмжийг багасгаж байна.
9. Улаанбаатарын суурин хүн амтай харьцуулахад шилжин ирэгсдийн дунд өвчлөл ялангуяа амьсгалын замын өвчлөл өндөр байгаа нь тэдний хөдөлгөөнт байдал, амьдралын түвшин, хэв маягтай холбоотой байх талтай. Өвчлөлийн шалтгаан, түүнийг шийдвэрлэх талаар цаашид нарийвчилсан судалгаа хийх шаардлагатай.
10. Шилжин ирэгсдийн оршин сууж байгаа хороодын өрхийн эмч нар эмзэг бүлгийн эрсдэл өндөртэй, ялангуяа жирэмсэн эхчүүд, хүүхэд, өндөр настны гэрийн эргэлтийн тусламж үйлчилгээг сайжруулах

шаардлагатай. Гэрийн эргэлтийн үр дүнтэй хийж, шаардлагатай үйл ажиллагааг явуулах хэрэгтэй. Даатгалгүй хүмүүсийг өрхийн эмч үзэж байгаа тохиолдолд төлбөртэй болгох нь зүйтэй.

4.2 Зөвлөмж

Улаанбаатар хотод амьдарч байгаа шилжин ирэгчдийн нийгмийн эрүүл мэндийн асуудлыг шийдвэрлэхийн тулд судалгааны үр дүнд тулгуурлан дараахь зөвлөмжийг санал болгож байна.

Үндэсний бодлогын түвшинд:

- Үндэсний бүсийн хөгжлийн бодлоготой уялдсан Шилжин ирэгсдийн үндэсний бодлого боловсруулах шаардлагатай. Шилжин ирэгсдэд тохиолдож байгаа нийгмийн суурь үйлчилгээний бэрхшээлүүдтэй холбоотой судалгааны үр дүн бодлого боловсруулах нотолгоо юм.
- Шилжин ирэгсдийн нийгмийн суурь үйлчилгээний хүртээмжийг бууруулахад нөлөөлөх одоогийн хэрэгжиж байгаа хууль эрхийн актуудыг үндэсний бодлоготой уялдуулан өөрчлөх, шинэчлэх шаардлагатай.
- Шилжилт хөдөлгөөний нийгмийн эрүүл мэндэд нөлөөлж байгаа талаархи судалгааны үр дүнг Нийгмийн эрүүл мэндийн үндэсний зөвлөлд бусад салбарын хүмүүст сурталчлах, салбар дундын хамтын ажиллагааг дэмжих зорилгоор өргөн барих нь зүйтэй.

Яамдын түвшинд:

- Бүсийн болон хөдөөгийн хөгжлийн хөтөлбөрийг хянах, хотжилт, шилжих хөдөлгөөний нийгмийн үр нөлөөг үнэлэх
- Шилжин ирэгсдэд тохиолдож байгаа шинээр гарч ирж буй нийгмийн асуудлыг салбар дундын олон талт үйл ажиллагаагаар шийдвэрлэх, шийдвэрийг Ядуурлыг бууруулах үндэсний хөтөлбөртэй уялдуулах

- Шилжин ирэгсдийн нийгмийн суурь тусламжийн хүртээмжид нөлөөлж байгаа салбарын бодлогуудыг хэлэлцэж, судалгааны үр дүнтэй уялдуулан өөрчлөх

Орон нутгийн засаг захиргааны түвшинд:

- Дүүрэг, хороодын засаг захиргаа шилжин ирэгсдийн дунд хэсэгчилсэн судалгаа явуулж асуудлыг тодорхойлж, эмзэг бүлгийн хүмүүсийг хөтөлбөр, төсөвт хамрагдах явдлыг дэмжих
- Шилжин ирэгсдийн амьдарч байгаа нутаг дэвсгэрт нийгмийн болон эрүүл мэндийн суурь тусламж үйлчилгээ авах боломжтой эсэхийг баталгаажуулж, хучмал зам, харилцаа холбоо, усан хангамж, нийтийн үйлчилгээ, эмийн сан, дэлгүүр байгуулахад дэмжлэг үзүүлэх
- Ажилгүйчүүдэд түр болон байнгын ажлын байр бий болгох талаар санаачлагатай ажиллах, тэдний хөдөлмөрийг ашиглан өрхийн холбоо, нөхөрлөл хамтын ажиллагааг дэмжих замаар хамт олныг хөгжүүлэх төсөл хэрэгжүүлэх
- Сургуулиас завсардалт тодорхой асуудал болж, сургуулийн хүүхдийн тоо стандарт түвшнээс давж байна. Бодит хэрэгцээнд тулгуурласан сургуулийн барилгын чадавхийг өргөтгөж, төрийн болон төрийн бус байгууллагын хамтын оролцоотойгоор албан бус сургалт зохион байгуулах
- Оршин сууж байгаа газартаа бүртгүүлсэн шилжин ирэгсдэд шинэ газарт дасан амьдрах талаар мэдээлэл өгөх, сургалт зохион байгуулах, тэдэнд зориулсан мэдээллийн багц боловсруулах, энэ нь шаардлагатай мэдээллийг бүрэн агуулсан байх

Орон нутгийн эрүүл мэндийн байгууллагуудад:

- Эрүүл мэндийн суурь тусламжийг шилжин ирэгсэд бүртгуулсэн эсэхээс үл хамааран үнэ төлбөргүй үзүүлэх, урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээ, архаг өвчнийг эрт илрүүлэх үйл ажиллагааг явуулах
- Шилжин ирэгсдийн эрүүл мэндийн даатгалд бүрэн хамрагдсан эсэхийг баталгаажуулах, эрүүл мэндийн суурь тусламжид эх хүүхдийн эрүүл мэндийн асуудлыг тэргүүлэх чиглэл болгон тавих
- Эрүүл мэндийн даатгал, шилжих хөдөлгөөн, эрүүл зан үйлийн асуудлаар олон талт мэдээлэл сургалт сурталчилгааны үйл ажиллагаа явуулах, телевиз, өрхийн эмчээр дамжуулан тодорхой илгээлт тэдэнд хүргэх
- Шилжин ирэгсдийн орчны эрүүл мэндийн асуудлаар дүүрэг, хорооны түвшинд үр дүнтэй салбар хоорондын хамтын ажиллагаа, түншлэлийг дэмжих

Өрхийн эмч нарт:

- Өрхийн эмч нар шинэ ирэгсдийг илрүүлэх зорилгоор гэрийн эргэлтийг идэвхжүүлж, тохирсон үйл ажиллагааг эрт авч явуулах
- Шилжин ирэгсдийг өвөрмөгц эрүүл мэндийн зорилтот бүлэг гэж үзэж ажлын цагийн хүрээнд ямарч үед үйлчилгээ үзүүлэх боломжтой, бэлэн байх
- Эрүүл мэндийн даатгалын ач холбогдлыг ойлгуулах, тэдэнд тулгарч байгаа эрүүл мэндийн асуудлаар зөвлөгөө өгөх, шаардлагатай үед эрүүл мэндийн үйлчилгээ үзүүлэх, өрхийн эмнэлэг үйлчлүүлэгчдийн хооронд сайн түншлэл бий болгох нь өрхийн эмчийн гэрийн эргэлтийн гол зорилго байна.

Шилжин ирэгсэд:

- Шилжин ирэгсэд нийгмийн суурь тусламжийг хүртэгчид, шилжих хөдөлгөөнд оролцож байгаа хүмүүс учраас эдгээр үйл явцад тэд үүрэг, хариуцлагатай байх
- Эдгээр асуудалд хариуцлагатай хандахын тулд шилжин ирэгсэд хөдөө орон нутгаас шилжин ирэхийн өмнө холбогдох хууль эрхийн актыг судлах шаардлагатай.

Ашигласан материал:

1. Монгол улсын хүн амын дотоод шилжих хөдөлгөөний микро түвшний судалгаа, ННХЯ, ХАЗССТ, НҮБ-ын ХАС, 2000
2. Монгол улсын дотоод шилжих хөдөлгөөн, хотжилт: 2000 оны хүн ам, орон сууцны тооллого дээр үндэслэсэн судалгаа, ҮСГ, 2002
3. Нөхөн Үржихүйн Эрүүл Мэндийн Судалгаа, ҮСГ, НҮБ-ын ХАС, 1999
4. Levels and Trends of International Migration to Selected Countries in Asia, United Nations, New York, 2003
5. Migration and Poverty. Asia-Pacific Population Journal, Vol. 17, No. 4, Dec 2002
6. Poverty and Mortality in the Context of Economic Growth and Urbanization. Asia-Pacific Population Journal, Vol. 17, No. 4, Dec 2002
7. International Migration Report, United Nations, New York, 2002
8. International Migration: An Emerging Opportunity for the Socio-economic Development of the ESCAP Region, United Nations, New York, 2002
9. Social aspects of International Labour Migration in the ESCAP Region, UN ESCAP, 2001
10. Монгол Улсын Засгийн газрын “Хүний аюулгүй байдлыг хангах сайн засаглал хөтөлбөр”, 2001
11. Монгол улсын хүн амын төрөлт, нас баралт, нөхөн үржихүйн эрүүл мэндийн судалгаа, НҮБ-ын ХАС, 2002
12. Хүн амын эмзэг бүлгийн эрүүл мэнд, эрүүл мэндийн анхны тусламж, ЭМХҮТ, 2000
13. Эрүүл мэндийн системийн өөрчлөлт шинэчлэл, ядуу болон эмзэг бүлгийн хүн амын эрүүл мэндийн тусламжийн хэрэглээний одоогийн байдал, ЭМЯ, 2000

**”ШИЛЖИЛТ ХӨДӨЛГӨӨН ТҮҮНИЙ НИЙГМИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН
ҮР ДАГАВАР СУДАЛГАА”**

ФОКУС БҮЛГИЙН ЯРИЛЦЛАГА

Ярилцлагад эрүүл мэндийн байгууллагын ажилтнууд, тамгын газрын ажилтнууд, дүүргийн их эмч, сувилагч, өрхийн эмч, сувилагч оролцлоо.

Энэхүү судалгаа нь шилжин ирэгсэдтэй холбоотой нийгмийн эрүүл мэндийн асуудлыг тодорхойлох, түүний мөрөөр авах арга хэмжээний чиглэлийг тодруулах зорилготой тул та бүхэн энэ талаар бидэнд дэлгэрэнгүй, тодорхой мэдээлэл өгнө гэдэгт найдаж байна.

1. Шилжин ирэгсэд ямар шалтгаанаар ирдэг гэж та бодож байна вэ?
2. Шилжин ирэгсэдтэй холбоотой ямар асуудлууд байна вэ?
 - Хууль дүрэм
 - Бүртгэл
 - Эрүүл мэндийн үйлчилгээ
 - Боловсрол
 - Ахуйн үйлчилгээ
 - Тээвэр харилцаа
 - Ажилгүйдэл
3. Эдгээр асуудлыг яаж шийдвэрлэвэл оновчтой гэж та бүхэн бодож байна вэ?

**Дотоод шилжих хөдөлгөөн ба түүний нийгмийн эрүүл мэндийн үр дагавар,
Улаанбаатар хот, 2003 он**

“ШИЛЖИЛТ ХӨДӨЛГӨӨН ТҮҮНИЙ НИЙГМИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ҮР ДАГАВАР СУДАЛГАА”	
<p>Миний нэр Энэхүү судалгаа нь шилжин ирэгсэдтэй холбоотой асуудлыг тодруулж, түүний дагуу авах арга хэмжээг тодорхойлох зорилготой. Хороо хорин болон бүртгэлийн ямар нэг асуудлыг хөндөхгүй. Хувь хүний нууцыг хадгална. Ийм учраас та бүхэнд тулгарч буй асуудлын талаар илэн далангүй хариулахыг хүсье.</p> <p>Хувь хүний нууцын тухай Монгол Улсын хууль, Статистикийн тухай Монгол Улсын хуулийн 22-р зүйлийн 3-р заалтын дагуу судалгааны бүх шатны ажилтнууд ТАНЫ хариултыг нууцлан хадгална.</p>	
ЕРӨНХИЙ АСУУЛТ	
ӨРХИЙН ТЭРГҮҮНИЙ ОВОГ НЭР	
1.	Нас
2.	Хүйс
3.	Ам бүлийн тоо (0-15) ... (16-24) ... (25-44) ... (45-64) ... (65-аас дээш) ...
4.	Хүүхдийн тоо бүгд буюу .(0-1) ... (2-4) ... (5-9) ... (10-15) .. сургууль завсардсан хэд.....
5.	Оршин суугаа хаяг
6.	Боловсролын түвшин 1. Дээд 2. Тусгай дунд 3. Дунд 4. Бага 5. Боловсролгүй
7.	Гэрлэлтийн байдал 1. Гэрлэсэн 2. Гэрлээгүй 3. Хамтран амьдрагчтай 4. Бусад ...
8.	Гэр бүлийн гишүүдийн ажил эрхлэлтийн байдал. (хариултын ард тоог нь тавина уу?) 1. Улсын байгууллагад 6. Группт 2. Хувийн байгууллагад 7. Оюутан 3. Хувиараа аж ахуй эрхэлдэг 8. Ажилгүй 4. Арилжаа наймаа хийдэг 9. Бусад /үнээ, тахиа, гүү г.м/ 5. Тэтгэвэрт
9.	Хүн амын бүртгэлд бүртгэгдсэн эсэх 1. тийм (10-ыг алгас) 2. үгүй
10.	Үгүй бол яагаад ? 1. 2. Мэдэхгүй
11.	Шилжиж ирсэн байдал: Хаанаас..... Хэзээ онсарөдөр (хугацаа, сараар)
12.	Шилжиж ирсэн шалтгаан: 1. Суралцах 6. Хүүхдийн ирээдүйг бодох 2. Эмчлүүлэх 7. Төрөл саднаабараадах 3. Бизнес эрхлэх 8. Ажилгүйдсэн 4. Зах зээлд ойртох 9. Малгүй болсон (ган, зуд) 5. Амьжиргаагаа сайжруулах 10. Нутаг эзгүйрсэн
13.	Эрүүл мэндийн даатгалтай эсэх (хүний тоог хариултын ард бичнэ) 1. тийм 2. үгүй
14.	Даатгалгүйн улмаас эмнэлгийн байгууллагаас туслалцаа авч чадаагүй тохиолдол байна уу? 1. тийм 2. үгүй

**Дотоод шилжих хөдөлгөөн ба түүний нийгмийн эрүүл мэндийн үр дагавар,
Улаанбаатар хот, 2003 он**

15.	ЭМД-ын 2003 оны эхний 3 сарын хураамжаа төлсөн эсэх (хүний тоог хариултын ард бичнэ) 1. тийм 2. үгүй
НИЙГМИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТУСЛАМЖ ҮЙЛЧИЛГЭЭНИЙ ХҮРТЭЭМЖ	
16.	Харьяаллын өрхийн эмнэлэгээ хаана байрладагийг мэдэх үү ? 1. тийм 2. үгүй
17.	Танайх өрхийн эмчийн хяналтанд орсон уу ? 1. тийм 2. үгүй
18.	Яаралтай тусламж авах холбоо бий юу? 1. суурин утас 2. гар утас 3. цагаан утас 4. Үгүй
19.	Шилжиж ирсэнээсээ хойш танай гэр бүлийнхнээс хэн нэг нь ямар нэг өвчнөөр өвдсөн үү ? (Хүний тоог хариултын ард бичнэ.) 1. тийм ... 2. үгүй ...
20.	Тийм бол ямар өвчнөөр өвдсөн бэ? (өвдсөн тохиолдол бүрийг тоочин бичнэ)
21.	Та шилжиж ирснээсээ хойш өвдсөн тохиолдолд хэнд хандсан бэ? 1. Өрхийн эмч 2. Танил эмч 3. Хувийн эмнэлэг 4. Улсын клиникийн эмнэлэг 5. Түргэн тусламж 6. Хамаатан, найз нөхөд 7. Өөрөө эмчилсэн 8. Бусад 9. Хэн нэгэнд хандаагүй
22.	Хэрэв хэнд ч хандаагүй бол яагаад ?
23.	Танай гэрт жирэмсэн эмэгтэй байна уу? 1. тийм 2. үгүй → (24-ийг алгас)
24.	Жирэмсэн эмэгтэй байгаа бол эмнэлгийн хяналтанд орсон уу? 1. тийм (хэдэн сард) 2. үгүй
25.	Үгүй бол ямар шалтгаанаар хяналтанд ороогүй байна вэ?.....
26.	Шилжин ирснээс хойш төрсөн эмэгтэй байна уу? 1. тийм 2. үгүй
27.	Тийм бол хаана төрсөн бэ? 1. гэрт 2. эмнэлэгт төрсөн
28.	Та болон танай эхнэр жирэмслэлтээс сэргийлэх эм тариа хаанаас авдаг вэ ? 1. Эмийн сан 2. Өрхийн эмнэлэг 3. Хэрэглэдэггүй 4. Мэдэхгүй 5. ТҮЦ 6. Бусад
29.	Танай хүүхдүүд шилжиж ирснээс хойш товлолын дагуу вакцинд бүрэн хамрагдсан уу? бичнэ үү) (хүүхдийн тоо 1. Бүрэн хамрагдсан (29-ийг алгас) 2. Мэдэхгүй 3. Хамрагдаагүй 4. Дутуу хамрагдсан 5. Ирэхээсээ өмнө хамрагдсан
30.	Вакцинд дутуу болон хамрагдаагүй шалтгаан (бичнэ үү)

**Дотоод шилжих хөдөлгөөн ба түүний нийгмийн эрүүл мэндийн үр дагавар,
Улаанбаатар хот, 2003 он**

31.	Эрүүл мэндийн байгуулагад хандахад танд ямар бэрхшээл тохиолдож байна вэ? (гол 3 бэрхшээлээ нэрлэнэ үү) 1. 2. 3.
32.	Та энэ асуудлыг яаж шийдвэрлээсэй гэж бодож байна вэ?
ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН БОЛОВСРОЛ	
33.	Та эрүүл мэндийн талаархи мэдээллийг хаанаас авдаг вэ? 1. Телевиз 2. Радио 3. Өрхийн эмч 4. Найз нөхөд, хамаатан 5. Сонин сэтгүүл 6. Сурталчилгааны материал 7. Бусад
34.	Та өвдсөн тохиолдолд эхлээд хаана, хэнд хандах вэ? 1. Өрхийн эмнэлэг 2. Улсын клиникийн эмнэлэг 3. Хувийн эмнэлэг 4. Түргэн тусламж 5. Танил эмч 6. Найз нөхөд, ах дүүс 7. Мэдэхгүй 8. Бусад
35.	Эрүүл мэндээ хамгаалахын тулд та юуг чухалчилдаг вэ? 1. Зөв хооллох 2. Хөдөлгөөн 3. Бусад 4. Хорт зуршлаас сэргийлэх 5. Орчныг цэвэр байлгах
АХИУН НӨХЦӨЛ БАЙДАЛ	
36.	Танайх 7 хоногт хэдэн литр ус зарцуулдаг вэ? (..... л)
37.	Танайх ус түгээх байрнаас хир хол зайд байдаг вэ? (.....м)
38.	Танайх ямар хүнс зонхилон хэрэглэдэг вэ? 1. мах 2. гурил 3. будаа 4. ногоо 5. жимс 6. бусад
39.	Та хүнсээ хаанаас авдаг вэ? 1. дэлгүүр үйлчилгээний төвүүд 2. хүнсний зах 3. ТҮЦ, мухлаг 4. бусад
40.	Танайх хогоо яаж зайлуулдаг вэ? 1. Шатаадаг 2. Машин ирж ачдаг 3. Гуу жалганд хаядаг 4. Бусад
41.	Танайх нийтийн тээврийн буудлаас хэр зайтай вэ? (.....м)
42.	Хамгийн ойр эмийн сан танайхаас хэр зайд байдаг вэ ? 1. (.....м) 2. Мэдэхгүй
43.	Эмчийн зөвлөсөн шаардлагатай эм тухайн эмийн санд бүрэн байдаг уу? 1. тийм 2. үгүй 3. мэдэхгүй

ТАНД БАЯРЛАЛАА.

**“ШИЛЖИЛТ ХӨДӨЛГӨӨН ТҮҮНИЙ НИЙГМИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН
ҮР ДАГАВАР СУДАЛГАА”**

№	Орчны байдал	Тийм	Үгүй	Шаардлага хангасан эсэх (сайн 1, дунд 2, муу 3)
1	Бие засах газар			
2	Бохир усны цооног			
3	Цахилгаанд холбогдсон эсэх			
4	Хог цуглуулах савтай эсэх			
5	Усан хангамж			1. зөөврийн 2. булаг шанд 3. ус түгээгүүр 4. бусад
6	Хашаатай эсэх			
7	Орон сууцны төрөл			1. орон сууц 2. айлын хажууд 3. гэр 4. энгийн галлагаатай зуух 5. бусад . . .
8	Газрын зөвшөөрөлтэй эсэх			
9	Гэр доторхи ариун цэврийн байдал			
10	Ус хадгалах савны хэмжээ			
11	Ус хадгалах савны ариун цэврийн байдал			
12	Гар угаах угаалтуур			
13	Өрхийн эмнэлгээс алслагдсан байдал			
14	Мал, бусад амьтан			
15	Хөргөгчтэй эсэх			
16	Зурагттай эсэх			
17	Радиотой эсэх			
18	Тураал, рахиттай хүүхдийн тоо			
19	Хооллолтын байдал			1. хангалттай 2. хангалтгүй
20	Амьдралын түвшин			