

НИЙГМИЙН ЭРҮҮЛ МЭНД

Эрүүл мэндийн ажилтнуудын нийгэм эдийн засгийн байдлын судалгаа

Надмидцэрэн Г.^{1,2}, Золжаргалан Г.¹, Еркебулан М.¹, Жаргалсайхан Т.¹, Авирмэд Д.¹, Өнөрцэцэг Ч.¹,
Мөнх-Учрал Д.¹, Мөнхнасан Ц.¹, Эрхэс Э.¹, Байгал Д.², Сугармаа М.^{1*}

¹АШУҮИС, Нийгмийн эрүүл мэндийн сургууль

²Удирдлагын академи, Удирдлагын ухааны сургууль

Цахим шуудан sugarmaa@mnums.edu.mn

Abstract

A study on socio-economic condition of health care workers

Nadmidtseren G.^{1,2}, Zoljargalan G.¹, Yerkebulan M.¹, Jargalsaikhan T.¹, Avirmed D.¹, Unurtsetseg Ch.¹,
Munkh-Uchral D.¹, Munkhnasan Ts.¹, Erkhes E.¹, Baigal D.², Sugarmaa M.^{1*}

¹School of Public Health,

²School of Management, National Academy of Governance

e-mail: sugarmaa@mnums.edu.mn

Background

It is stated in the Government Programme of 2016-2020 that public servants, including health care workers, shall be given a gradually increased salary based on their skill, dexterity, workload, and productivity, and such increase started from 2018 as planned. In the health sector of our country, regarding demand and regulation of the programme, the change shall be made that the system for median salary of physicians and overall staff employed at hospitals gets even constructive, and the required human resource for the sector shall be prepared. Thus, inferring from these claims, median salary, real wage, and socioeconomic condition are in critical need for further evaluation.

Objective

To examine the current socio-economic condition of health care workers, and to study the influencing factors at play.

Methods

In this study, we used quantitative and qualitative methods. In the survey, we involved 655 health care workers from 6 family health centers, 2 district hospitals, 3 health centers (district-based) in Songinokhairkhan, Sukhbaatar, and Baganuur districts; and Provincial hospital, regional diagnosis and health center, 16 soum health centers from Khovd, Uvs, Arkhangai, Bulgan, Khentii, Dornod, Umnugovi, and Dornogovi provinces, along with 3 National specialized health centers and 1 National central hospital. As for data gathering for the qualitative analysis, 30 focus group interviews and 47 key informant interviews were conducted for the purpose of examining socioeconomic condition, real wage sufficiency of health care workers.

Results

Average household income of study participants was 1,880,269 tugrik, the real wage was 1,073,065 tugrik, and the overall household is seen to be composed of 2 different sources on average, namely, self-wage and the income coming from family members or supplement of Child Money Programme. It has come to notice that 19.5% of the participants have lower than average living standard, 89.2% have 2 different loans (mortgage, auto loan or mobile application based loans). Material deprivation index is seen to be 2.73, hence deemed as insufficient. In order to increase the real wage of those workers, it shall be taken into consideration that the basic salary is low, and some financial supplements need to be given. Furthermore, the performance based funding system of health sector is seen to be in need of improvement.

Conclusion: Real wage of the health care workers is, thus, insufficient. The fact that one in every five workers in this sector have lower than average living standard, and the material deprivation index is 2.73 implying that the financial lives of health care workers are immensely fragile.

Keywords: Household income, income sufficiency, primary needs, living standard, challenge

Pp. 16-27, Tables 2, Figures 4, References 15

Үндэслэл:

Эрүүл мэндийн ажилтнуудыг тогтвортой ажлын байраар хангах нь улс орны эрүүл мэндийн үйлчилгээний хүртээмж, тэгш байдал, чанар, гүйцэтгэлд шууд нөлөөлдөг учир ДЭМБ-аас эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцийн ажил үүргийн зөв хуваарилалт, хөдөлмөрийн үнэлэмж, мэргэжлийн өсөлт хөгжил, ажлын сэтгэл ханамж, эерэг хандлага зэрэг нь чухал болохыг онцолсон байдаг [1, 2].

Монгол Улсад 2022 оны 5 сарын байдлаар Эрүүл мэндийн салбарын 4,952 байгууллагад 58,696 эрүүл мэндийн ажилтан ажиллаж байгаагийн 12,970 нь эмч, 13,473 нь сувилагч байна. Эдгээрийн 80.1 хувь нь эмэгтэйчүүд эзэлж байна [3]. “Эрүүл мэндийн тухай” хуулиар мөнгөн тэтгэмжид хамрагдах эрүүл мэндийн байгууллагын тоо, ажилтнуудын хүрээ өргөжиж, нэмэлт амралт олгох, эрүүл мэндийн үзлэгт хамруулах заалтууд хэрэгжиж эхэлсэн [4]. Засгийн газрын 2016-2020 оны үйл ажиллагааны хөтөлбөрт тусгагдсан төрийн албан хаагчдын цалинг үе шаттай нэмэгдүүлэх, багш, эмч, эмнэлгийн ажилтнуудын ажлын ачаалал, үр чадвар, мэргэшил, ажлын үр дүн зэргээс хамаарсан цалин хөлс, урамшууллын тогтолцоог бий болгох зорилтуудыг хэрэгжүүлэх хүрээнд ажлын байрны үнэлгээнд суурилсан цалингийн тогтолцоог 2018 оноос нэвтрүүлжээ [5]. Монгол улсын урт хугацааны хөгжлийн бодлого болох “Алсын хараа 2050” бодлогын баримт бичигт эдийн засгийн тэргүүлэх чиглэл, ажлын байрны шингээлт ихтэй үйлчилгээний салбаруудад хөдөлмөр эрхлэлтийг дэмжиж, хөдөлмөрийн үнэлгээ, цалин хөлсний оновчтой хэлбэрийг бүрдүүлэхийг онцолсон байна. Түүнчлэн төрийн албан хаагчийн цалин хөлс, шагнал, урамшуулал олгох, албан тушаал дэвшүүлэх, бууруулах, халах, чөлөөлөхөд тухайн албан хаагчийн ажлын гүйцэтгэл, үр дүнд суурилах тогтолцоог бий болгохыг баримтлах тухай тусгажээ [6]. Харин эрүүл мэндийн салбарт хүн амын хэрэгцээ, тусламж үйлчилгээний зохион байгуулалт төлөвлөлттэй уялдуулан хүний нөөцийг бэлтгэж, эмч, эмнэлгийн ажилтны цалин хөлс, урамшууллын тогтолцоог боловсронгуй болгон бодит цалингийн хэмжээг улсын дунджаас дээш байлгах бодлого баримтална гэжээ [5]. Эрүүл мэндийн салбарын ажилтнууд нь төрийн үйлчилгээний албан хаагчид учир “Төрийн албаны тухай”, “Эрүүл мэндийн тухай”, “Хөдөлмөрийн тухай” хууль зэрэг бодлого, эрх зүйн баримт бичгийн хүрээнд цалин, урамшуулал, нэмэгдэл хөлс, тэтгэмж

авах эрхтэй байна [4,7,8]. Гэвч эрүүл мэндийн ажилтнууд одоогийн цалин урамшуулал, ажлын үнэлгээндээ сэтгэл хангалуун бус байдаг. Иймд бид эрүүл мэндийн ажилтны цалин хөлс, бодит орлого, нийгэм эдийн засгийн өнөөгийн нөхцөл байдалд дүн шинжилгээ хийж, орлогын хүрэлцээг үнэлэх хэрэгцээтэй гэж үзлээ.

Зорилго:

Эрүүл мэндийн ажилтнуудын нийгэм эдийн засгийн өнөөгийн байдал, түүнд нөлөөлж буй зарим хүчин зүйлсийг судлах

Материал, арга зүй:

Судалгаанд холимог загвар, тоон болон чанарын аргыг ашигласан. Улаанбаатар хотын Сонгинохайрхан, Сүхбаатар, Багануур дүүргийн 6 ӨЭМТ, 2 нэгдсэн эмнэлэг, 3 эрүүл мэндийн төв (ДЭМТ), 3 төрөлжсөн мэргэжлийн төв, 1 төв эмнэлэг, Ховд, Увс, Архангай, Булган, Хэнтий, Дорнод, Өмнөговь, Дорноговь аймгийн ӨЭМТ, НЭ, БОЭТ, 16 СЭМТ-ийн 655 эрүүл мэндийн ажилтан тоон судалгаанд, 47 ажилтантай ганцаарчилсан ярилцлага, 5-13 оролцогчтой 30 удаагийн фокус бүлгийн ярилцлагаар Эрүүл мэндийн ажилтны нийгэм эдийн засгийн байдал, орлогын хүрэлцээ, бодит орлогын бэрхшээлийг судаллаа. Анхдагч хэрэгцээний хүрэлцээт байдлыг 1996 онд Английн төрийн бодлогын судалгааны төвийн боловсруулсан хоол хүнс, хувцас худалдан авах, байр сууцны төлбөрөө төлөхөд хэр хүрэлцдэг талаарх стандарт асуумжаар үнэлсэн [9]. Орлогын хүрэлцээтэй байдлыг Монгол улсын хүн амын амьжиргааны доод түвшинд үндэслэн тодорхойлов [10].

Судалгааны ажлыг гүйцэтгэх ёс зүйн зөвшөөрлийг ЭМЯ-ны Анагаах ухааны ёсзүйн хяналтын хорооны 2023 оны 01 дүгээр сарын 18-ны өдрийн хурлаар хэлэлцүүлж, судалгааг эхлүүлэх зөвшөөрлийг авсан. 2023 оны 10 дугаар сарын 23-ны өдрийн хурлаар хэлэлцүүлж, ёсзүй зөрчөөгүй гэсэн дүгнэлт авсан

Мэдээлэл боловсруулалт:

Асуумж судалгааны мэдээллийг SPSS 25.0 програм ашиглав. Тойм статистикийн үзүүлэлтийн хувьд тоон хувьсагчдад дундаж, стандарт хазайлт, чанарын хувьсагчдад тохиолдлын тоо, эзлэх хувийг тооцсон болно. Үл хамаарах 2 чанарын хувьсагчийн ялгааг тооцохдоо Пирсоны хи квадрат тест (Pearson's Chi-square test) аргыг ашигласан. Чанарын мэдээллийг шинжлэхдээ ярилцлагын бичлэгийг хөрвүүлж давтагдсан агуулгын хүрээнд сэдэв үүсгэн кодолж, сэдвүүдийн уялдаа, хамаарлыг

тохиолдол тус бүрээр сэдэвчлэн NVIVO 14 программ, тоон судалгааны мэдээллийг SPSS 25.0 программ ашиглан үр дүнг тооцов.

Үр дүн

Судалгаанд нийт 48 эрүүл мэндийн байгууллагын 655 эрүүл мэндийн ажилтан хамруулсны 48.4 хувь нь Улаанбаатар хотоос, 51.6 хувь нь хөдөө орон нутгаас оролцов. Нийт оролцогчдын 84.7 хувь нь эмэгтэй, 15.3 хувь нь эрэгтэй, дундаж нас 38.6, гэр бүлийн байдлын хувьд 74.8 хувь нь гэрлэсэн, 5.3 хувь нь хамтран амьдрагчтай, өрхийн бүтцийн хувьд 11 хувь нь өрх толгойлсон, 16.8 хувь нь өргөтгөсөн гэр бүл байна. Ам бүлийн хувьд дунджаар 4 гишүүнтэй, 44.1 хувь нь 0-5 насны, 57.6 хувь нь 6-18 насны дунджаар хоёр хүүхэдтэй байна. Судалгаанд хамрагдсан эрүүл мэндийн ажилтнуудын 53.1 хувь нь орон сууц, 46.9 хувь нь галлагаатай сууцанд амьдарч байгаагийн 81.3 хувь нь өөрийн болон гэр бүлийн эзэмшлийн, 18.7 хувь нь бусдын өмчлөлийн болон түрээсийн байранд амьдарч байна. Ажилласан жилийн дундаж нь 14.7 ба хамгийн их нь 48 жил байв. Оролцогчдын 31.8 хувь нь ӨЭМТ, эрүүл мэндийн анхан шат, 36.4 хувь нь СЭМТ, 11.4 хувь нь дүүргийн эрүүл мэндийн төв, 28.7 хувь нь аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, 18 хувь нь хотын нэгдсэн эмнэлэг, 54.6 хувь нь төрөлжсөн мэргэшлийн төв, төв эмнэлгийн ажилтнууд байв.

Судалгаанд оролцогчдын эдийн засгийн байдал

Судалгаанд оролцогчдын өрхийн орлогын дундаж нь сард 1,880,269 төгрөг, гарт олгох цалингийн (НДШ, ХАОАТ хасагдсан) дундаж нь сард 1,073,065 төгрөг байв. Эрүүл мэндийн ажилтны өрхийн сарын орлогын дундаж тухайн ажилтны албан тушаалаас хамаарч статистик ач холбогдол бүхий ялгаатай байв ($p=0.005$). Ажилтнуудын өрхийн орлого дунджаар 2 төрлийн эх үүсвэрээс (өөрийн цалин, гэр бүлийн гишүүдийн цалин, хүүхдийн мөнгө) бүрдэж байна. Өрх толгойлсон гэр бүлийн орлогын эх үүсвэр нь бусад гэр бүлтэй харьцуулахад хамгийн цөөн байна.

Бид өрхийн амьжиргааны түвшинг Үндэсний статистикийн хорооны 2023 онд тогтоосон хүн амын амьжиргааны доод түвшингийн үзүүлэлтэд суурилан тооцоход дунджаар 19.5 хувь нь амьжиргааны доод түвшнээс доогуур орлоготой байсан ба бүсчлэлээс хамаарч өрхийн нэг хүнд ноогдох орлого ($p=0.004$) ялгаатай байна. Тухайлбал, зүүн бүсэд амьдарч байгаа эрүүл мэндийн ажилтнуудын 26.1 хувь, баруун бүсийн хувьд 32.0 хувь нь хүн амын амьжиргааны доод түвшнээс доогуур түвшинд байгаа нь бусад бүсүүдтэй харьцуулахад хамгийн их байна.

Table1. Comparison between participants' living standard and national minimum standard of living

Indicator average			Monthly minimum standard of living (2023)	Total					
				average	s.d	Below		Above	
						n	%	n	%
Region	UB	313.400		1.142.03	1.898.75	40	14.2	241	85.8
	Western	274.400		417.85	160.01	20	26.3	56	73.7
	Eastern	271.800		704.00	1.008.07	25	32.1	53	67.9
	Khangai	282.500		474.36	105.74	13	17.8	60	82.2
	Central	313.400		516.17	258.02	18	20.5	70	79.5
						116	19.5	480	80.5

Судалгаанд хамрагдсан эрүүл мэндийн ажилтнуудын 89.2 хувь нь дунджаар 2 төрлийн (цалин, орон сууц, аппликейшн, хэрэглээ) зээлтэй байна. Эрүүл мэндийн ажилтнууд 1-5 төрлийн зээлтэй байгаа ба нас ($p=0.056$), мэргэжил ($p=0.313$), албан тушаалын ($p=0.653$) хувьд ялгаагүй байгаа нь ажилтнуудын орлогын хүрэлцээ нийтээрээ хангалтгүй байгааг илтгэж байна. Ажилтнуудын зээлийн тоо нь аль

байгууллагад ажиллаж байгаа ($p=0.0001$), хот, хөдөө хаана амьдарч байгаагаас ($p=0.0001$) ялгаатай байна. Тухайлбал хөдөө орон нутагт зээлийн тоо их байгаагаас БОЭТ-ийн ажилтнуудын зээлийн тоо бусад байгууллагын ажилтнуудаас илүү их байв. Судалгаанд оролцогчдын зээлийн эргэн төлөлтийн хэмжээ нь дунджаар 878.774 төгрөг байв. Ам бүлийн тоо нэмэгдэхэд зээлийн тоо нэмэгдэж байна.

Судалгаанд хамрагдсан эрүүл мэндийн ажилтнуудын 89.2 хувь нь дунджаар 2 төрлийн (цалин, орон сууц, аппликейшн, хэрэглээ) зээлтэй байна. Эрүүл мэндийн ажилтнууд 1-5 төрлийн зээлтэй байгаа ба нас ($p=0.056$), мэргэжил ($p=0.313$), албан тушаалын ($p=0.653$) хувьд ялгаагүй байгаа нь ажилтнуудын орлогын хүрэлцээ нийтээрээ хангалтгүй байгааг илтгэж байна. Ажилтнуудын зээлийн тоо нь аль байгууллагад ажиллаж байгаа ($p=0.0001$), хот, хөдөө хаана амьдарч байгаагаас ($p=0.0001$) ялгаатай байна. Тухайлбал хөдөө орон нутагт зээлийн тоо их байгаагаас БОЭТ-ийн

ажилтнуудын зээлийн тоо бусад байгууллагын ажилтнуудаас илүү их байв. Судалгаанд оролцогчдын зээлийн эргэн төлөлтийн хэмжээ нь дунджаар 878.774 төгрөг байв. Ам бүлийн тоо нэмэгдэхэд зээлийн тоо нэмэгдэж байна.

Өрхийн анхдагч хэрэгцээний хүрэлцээт байдал

Өрхийн анхдагч хэрэгцээний хүрэлцээг 1-9 оноогоор үнэлсэн ба бидний судалгаанд оролцогчдын дундаж 2.73 оноо байгаа нь анхдагч хэрэгцээгээ хангахад орлого хангалтгүй байгааг илтгэж байна.

Table 2. Analysis of material deprivation by location and occupation

Location	Occupation	Material deprivation index				p value
		average	s.d.	Min	Max	
Ulaanbaatar						0.005
	Doctor	3.53	2.21	0	9	
	Nurse	2.52	2.1	0	9	
	Other medical professionals	3.19	2.13	0	8	
	Other healthcare workers	3.39	2.42	0	9	
Countryside						0.396
	Doctor	2.54	2.03	0	9	
	Nurse	2.45	2.15	0	9	
	Other medical professionals	2.15	1.82	0	6	
	Other healthcare workers	1.96	2.05	0	8	

Шигтгээ

Бид нарын цалин бол өнөөдөртөө хоол хүнс, цахилгааны зардалд зарцуулаад л дуусдаг, ойр зуурын хэрэглээгээ л хангадаг. Өөртөө аятайхан хувцас аваад өмсчихөж чадахгүй л байна. Өрнөөс өрний хооронд цалингийн зээлээс зээлийн хооронд л явдаг. Зээлгүй ажилтан гэж байхгүй, зээлийг тултал л авсан байгаа.

(Хотын ӨЭМТ-ийн бүлгийн ярилцлагаас)

Ажил мэргэжлийн шинж

Судалгаанд оролцогчдын 61.8 хувь нь хөдөлмөрийн хэвийн нөхцөлд, 38.2 хувь нь ажил хавсран гүйцэтгэдэг, 75.9 хувь нь ажлын цаг харгалзахгүйгээр дуудлагаар ажиллаж байна. Ажилтнуудын ажил хавсран гүйцэтгэдэг байдалд хот, хөдөө, нас, мэргэжил, албан тушаал ач холбогдолгүй байсан бол ямар

байгууллагад ажиллаж байгаа нь ($p=0.001$) ялгаатай байна. Эрүүл мэндийн ажилтнуудын 95.3 хувь нь илүү цагаар, 32.8 хувь нь ээлжээр ажилладаг 7 хоногийн илүү цагийн дундаж нь 13.2 байгаа бол хамгийн ихдээ 72 цаг, сард ээлжинд гарах давтамж дунджаар 8.6 удаа байна. Сувилагч, эх баригч нарын ээлжээр ажиллах давтамж хамгийн их байна. Илүү цагаар ажилласан үедээ 10 хувь нь биеэр амардаг бол 70.3 хувь нь хуульд зааснаар илүү цагийн хөлс авдаг, 14.1 хувь нь хуульд заасан хэмжээнээс бага хөлс авдаг, 10.9 хувь нь илүү цагийн хөлсөө тооцуулж авч чаддаггүй гэжээ.

Эрүүл мэндийн ажилтнуудын бодит орлого хүрэлцээгүй байна.

Чанарын судалгаагаар 39 ярилцлагад 84 удаа цалингийн хүрэлцээгүй байдалтай холбоотой асуудал хөндөгдсөн. Сүүлийн жилүүдэд эрүүл мэндийн байгууллагууд гүйцэтгэлээр санхүүжих

болсон, ӨЭМТ-ийн нэг иргэний санхүүжилт 2 дахин нэмэгдсэн зэрэгтэй уялдаад эрүүл мэндийн ажилтнуудын цалин нэмэгдэж байгаа

ч инфляцын өсөлттэй холбоотой зэрэг үр дүнг авчирч чадахгүй байгааг ажилтнууд онцолж байна.

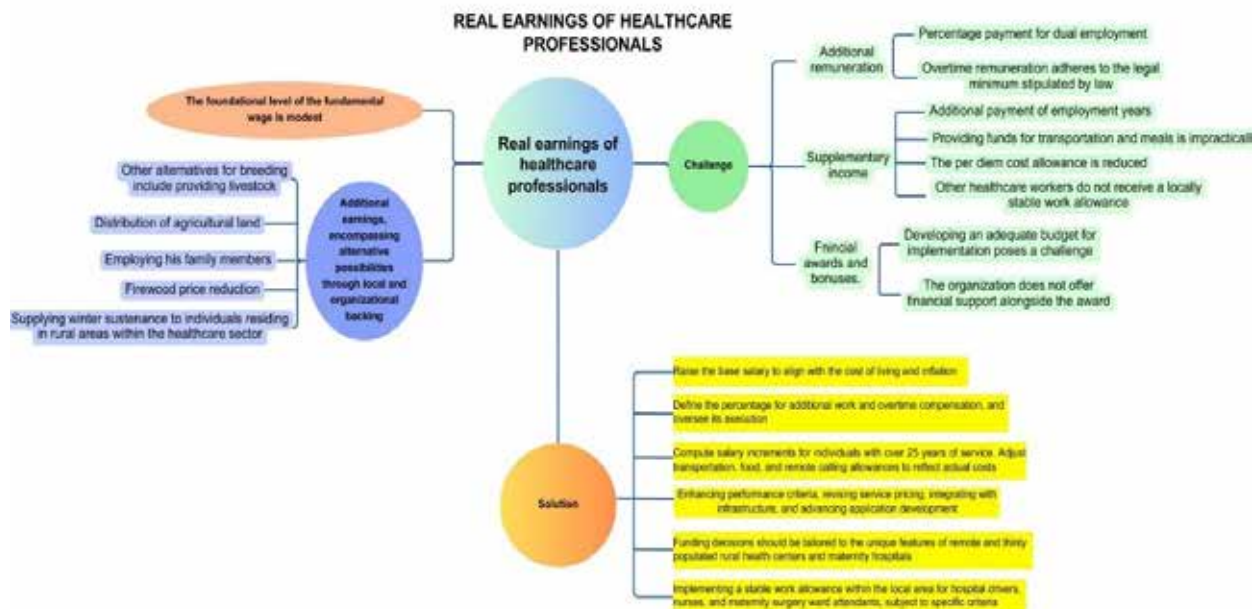


Figure1. Composition of real wage, challenges and recommended solutions to improve real wage

Судалгаанд хамрагдсан эрүүл мэндийн байгууллагууд хуулиар олгохоор заагдсан цалин хөлс, нэмэгдлүүдийг олгож байна

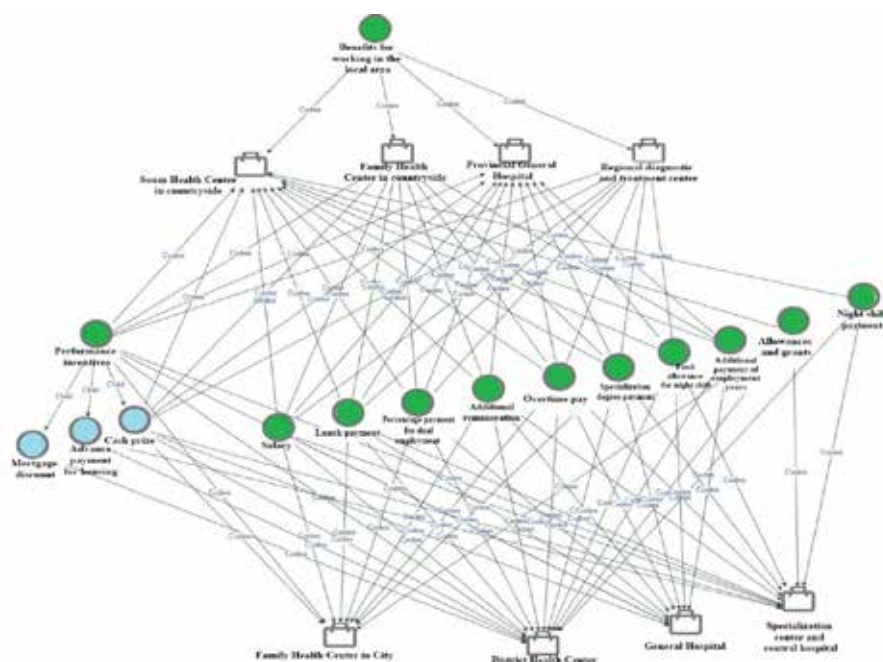


Figure2. Real wage comparison among healthcare organizations

ЭМБ-ууд үр дүнгийн урамшууллыг улирал бүр тооцож 60 хүртэлх хувиар олгож байна. 2022 онд гүйцэтгэлийн санхүүжилтээр 1 ажилтанд 500.000-1.000.000 төгрөгийн мөнгөн урамшууллыг байгууллагууд нийтлэг олгосон байна. Мөн ажилтны орлогыг нэмэгдүүлэх чиглэлд байгууллага, сум орон нутаг анхаарч эхлээд байна. Тухайлбал, хөдөөгийн зарим СЭМТ-д малжуулах хөтөлбөр хэрэгжүүлэх, тариалангийн газар олгох, гэр бүлийн хүнийг нь ажилд авах, түлээ нүүрсний зардал олгох, өвлийн идэш өгөх зэргээр эрүүл мэндийн ажилтнуудын бодит орлогыг нэмэгдүүлэхэд анхаарч байна.

Шигтгээ

2021 оноос санхүүжилт маш сайн нэмэгдсэн. Гүйцэтгэлээр санхүүжүүлэх нь чухал. Нэг эмчийн цалин 2 сая хүрч байна. Үүнээс гадна манай эмнэлэг өөрсдөө туслах аж ахуйтай 600 гаруй малтай. Малжуулах хөтөлбөрийн хүрээнд 2022 онд 200 орчим толгой малыг 7 ажилтанд өгсөн. 2015 оноос хойш нийт 15 ажилтныг малжуулсан. Малынхаа махыг бэлтгээд хямдралтай үнээр зээлээр ажилчдадаа өгдөг. Ингэхдээ бүгдээрээ ярилцаад хэнийг хамруулах вэ гэдгээ шийддэг. Ажилтнуудаа тэтгэвэрт гарахаас нь өмнө малжуулахыг зорьдог.

(СЭМТ-ийн удирдлагатай хийсэн ярилцлага)

Шигтгээ

Ажилтнууддаа орон сууцны урьдчилгаа, машин тэрэг авахад нь мөнгө нь дутвал 5 сая төгрөг 3 сарын хугацаатай хүүгүй зээлүүлдэг. Банкинд өндөр хүү төлж байхаар гээд дэмжээд байгаа санаатай. Хэдэн жилийн өмнө 2 сувилагч нэгнээ батлан даагаад зээл аваад зээлийн шокноосоо болоод амиа хорлосон. Нөгөө нь маш их өр даагаад үлдсэн. Амиа хорлосон сувилагчийн гэр бүл тэнд хариуцлага хүлээгээгүй. Бид чадахаараа тусалсан. Тэр цагаас хойш ийм зүйлийг туйлд нь хүргэхгүйг хичээж чадахаараа дэмжиж байна. Энэ онд 32 сая төгрөгийн үлдэгдлийг нийгмийн баталгааны үндэсний хөтөлбөр, засгийн газрын 05, эрүүл мэндийн хуулийг судалж байгаад ямар сууцанд, хэн нь

түрээсийн байранд, хэн нь аав ээжтэйгээ, хэн нь эсгий гэрт амьдардаг гэдгийг судлаад ажилчдадаа хувааж өгсөн. Үүнд хууль зүйн үндэслэл хэрэгтэй юм билээ. ӨЭМТ нөхөрлөл болсон нь давуу талтай.

(Хөдөөгийн ӨЭМТ-ийн удирдлагатай хийсэн ярилцлага)

Эрүүл мэндийн ажилтны бодит орлогыг нэмэгдүүлэхэд учирч буй бэрхшээл

Эрүүл мэндийн байгууллагууд хууль эрх зүйн хүрээнд ажилтнуудынхаа бодит орлогыг нэмэгдүүлэхийг хичээж байгаа ч бодит орлогыг тойрсон олон бэрхшээл байна. Үүнд:

- Цалин хүрэлцдэггүй
- Гүйцэтгэлийн санхүүжилттэй холбоотой бэрхшээл
- Эрх зүйн зохицуулалт хангалтгүй
- Төсөв, санхүү хүрдэггүй
- Орон нутагт тогтвортой ажилласны тэтгэмжийг эмнэлгийн бусад мэргэжилтэнд олгогддоггүй
- Орлого нэмэгдүүлэх боломж хомс
- Нэмэгдэл хөлс олгодоггүй
- Жижүүрийн хоол өгдөггүй
- Өдрийн хоолны мөнгө хангалтгүй
- Илүү цагийн хөлс хангалтгүй зэрэг бэрхшээлүүдийг дурдаж байна.

Аль байгууллагад ажиллаж байгаагаас хамааралгүй удирдлага ч ажилтнууд ч үндсэн цалин үнэхээр амьдралд хүрэхгүй байгаад маш их сэтгэл дундуур байгаагаа илэрхийлж, цаашид одоогийн цалингаар энэ салбарт ажиллах боломжгүйгээ илэрхийлж байна. Эрүүл мэндийн ажилтанд олгох нэмэгдлүүд бүгд үндсэн цалингаас хамаардаг тул суурь цалин бага байгаа нь бодит орлогыг төдийлөн нэмэгдүүлж чадахгүй байгаагаас цалингаараа амьдрахад хүндрэлтэй байна. Эрүүл мэндийн байгууллагууд гүйцэтгэлээр санхүүжих болсон нь нэг талаар ажилтны бодит орлогыг нэмэгдүүлэх боломж байж болох ч гүйцэтгэлийн санхүүжилттэй холбоотой нэн даруй залруулах олон зүйл байгаа нь одоогийн нөхцөлд байгууллагын төсөв хомсдоход хүргэж байна.

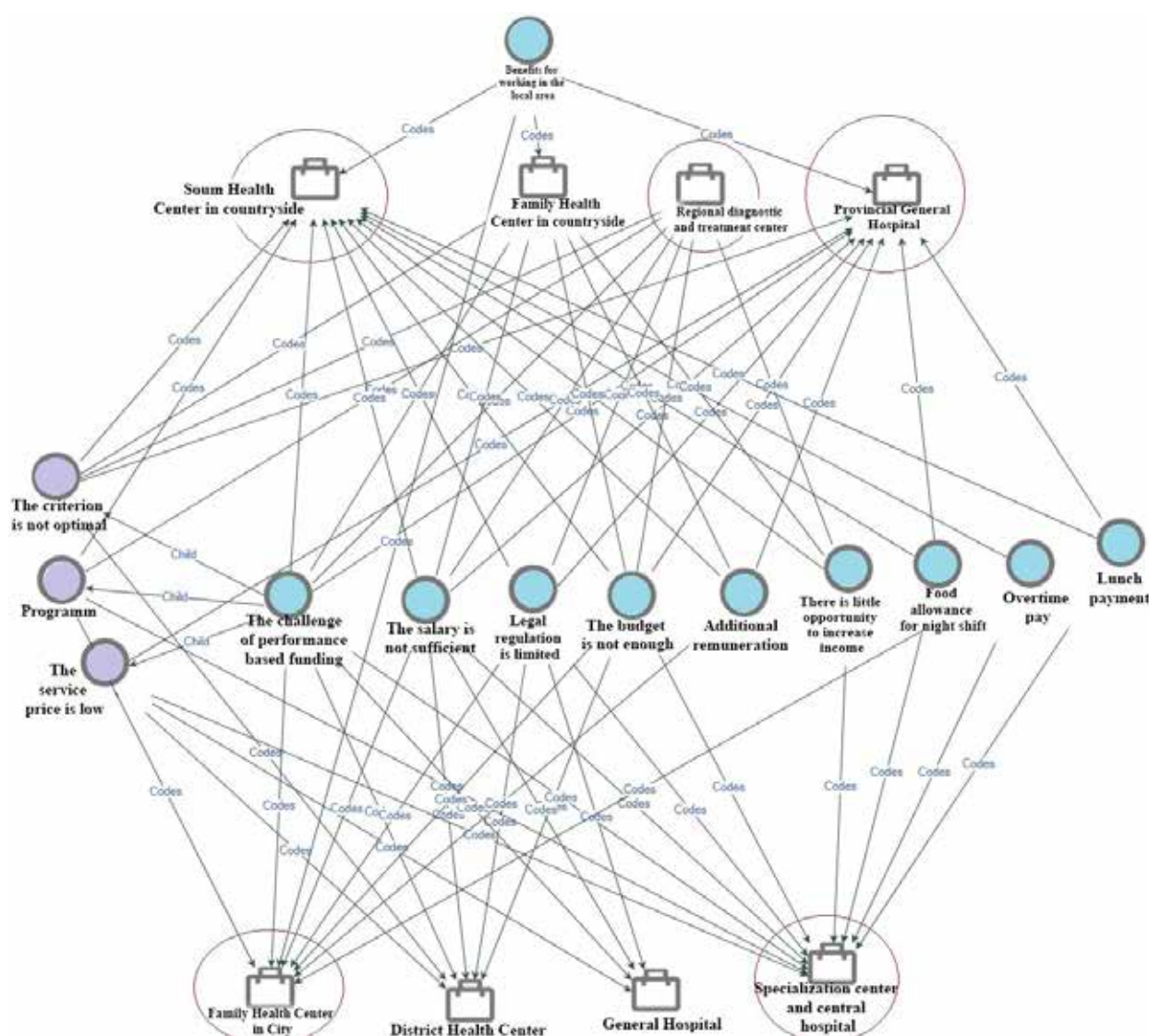


Figure 3. Challenges of real wage among different organizations

Бодит орлогын бэрхшээл төрөлжсөн мэргэшлийн төвүүд болон сумын эрүүл мэндийн төвд хамгийн их байна. Төсөв хүрэлцдэггүй байдал нийтлэг байгаа ба алслагдмал, хүн ам цөөтэй сумдад илүү байна.

Бодит орлогын хүрээнд хамгийн их хөндөж буй асуудлын нэг нь орон нутагт тогтвор суурьшилтай ажилласны тэтгэмж юм. Энэ тэтгэмжийг зөвхөн анагаахын сургууль төгссөн мэргэжилтэнд олгодог, тэтгэвэрт гараад үргэлжлүүлэн ажиллаж буй мэргэжилтэнд олгодоггүй, байдал нь төр засгийн бодлого эмнэлгийн ажилтныг ялгаварлаж байна гэдэгт ажилтнууд гомдолтой байгаа юм. Энэхүү тэтгэмж нь бодит орлогын дэмжлэг болохын зэрэгцээ тухайн байгууллагад мэргэжилтнийг тогтвортой ажиллах чухал хөшүүрэг болж байна. Энэхүү урамшуулал хотод ӨЭМТ, хөдөөд бүх шатны эрүүл мэндийн

байгууллагын эмнэлгийн мэргэжилтнийг тогтвор суурьшилтай ажиллуулахад чиглэгдэж байгаа ч эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг бусад ажилтангүй гүйцэтгэх боломжгүй. Тухайлбал, СЭМТ, аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, БОЭТ-ийн жолооч нар дуудлагаас дуудлагын хооронд явдаг. Нэг дуудлагад яваад ирэхэд дараачийн дуудлагад эмч нь солигддог ч жолооч буцаад л явах шаардлагатай болдог. Өөрөөр хэлбэл ажлын орчин хүнд, амралт багатай, мөн орон нутгийн жолооч нар 10-аас дээш жил тогтвортой ажилласан хүмүүс байдгийг төр засаг анхаарах хэрэгтэйг онцолж байна. Мөн алсын дуудлагын томилолт эмч 29000, жолооч 26000 төгрөг байгаа нь хангалтгүй байна. Аймгаас хүнд хүнтэй өдөржин яваад шөнө дунд хотод ирээд хүнээ хүлээлгэж өгөөд буцаад аймаг руугаа гардаг. Учир нь дээрх томилолтоор

хотод хонуулах газар олдохгүй. Энэ нь эмч, жолоочийн амь нас, аюулгүй байдалд эрсдэл учруулах магадлалтай байна. Ийм нөхцөлд олон жил ажиллачихаад орон нутагт тогтвортой ажилласны тэтгэмжээс хасагдаж байгаадаа төр засагтаа гомддог олон ажилтан байгааг ялгаж ойлгох хэрэгтэй. Үүнд: Төрөх, мэс засал, хүүхдийн тасгийн үйлчлэгч, ариутгагч нарыг мөн онцолж байлаа. ЭМБ-ууд ЭМС-ын A/548-р тушаалаар хоолны мөнгийг олгодог ч энэхүү мөнгө суманд 1000 төгрөг, аймагт 3000 төгрөг, хотод 5000 төгрөг байгаа нь хангалтгүй байна. Ажилласан жилийн нэмэгдэл Засгийн газрын 491-р тогтоолоор 1-25 хүртэл ажилласан жилтэй тэнцүү хувиар тооцож олгохоор заасан. Гэвч 25-аас дээш жил ажилласан хүмүүсийн ажилласан жил хамгийн ихдээ 25 хувь олгохоор заасан нь учир дутагдалтай байна. Эрүүл мэндийн салбарт хүний нөөцийн дутагдалтай холбоотой тэтгэвэртээ гарсан мэргэжилтнүүд үргэлжлүүлэн ажиллаж байгаа ч тэдэнд ажилласан жилийн

нэмэгдэл эхнээсээ тооцогддог. Тухайлбал, нэг БОЭТ-д 25-аас дээш жил ажилласан 77 ажилтан байна. Мөн тэтгэвэртээ гараад үргэлжлүүлэн ажиллаж байгаа ажилтнуудад амралтыг тооцохдоо эрүүл мэндийн хуульд анх ажиллаж байгаагаар тооцно гэсэн байхад хөдөлмөрийн хуульд үргэлжлүүлэн тооцно гэж заасан нь 2 хууль зөрчилддөг. Иймээс энэ асуудал ихэнхдээ байгууллагын даргын үзэмжээр шийдэгддэг. Энэ мэт хуулийн зөрүүг жигдлэх хэрэгтэйг ажилтнууд онцолж байна.

ЭМА-ны орлогыг нэмэгдүүлэхэд гүйцэтгэлийн санхүүжилт нөлөөлсөн үү.

Хэдийгээр гүйцэтгэлээр санхүүжих болсон нь олон хүн амтай СЭМТ, Төв эмнэлэг, Төрөлжсөн мэргэшлийн төвүүдэд санхүүгийн боломжийг бүрдүүлж байгаа ч шилжилтийн үеийн алдаа оноо байгааг даруй залруулах шаардлага байгаагаас зарим байгууллагын төсөв хүрэлцэхгүй байдалд хүргэж байна.

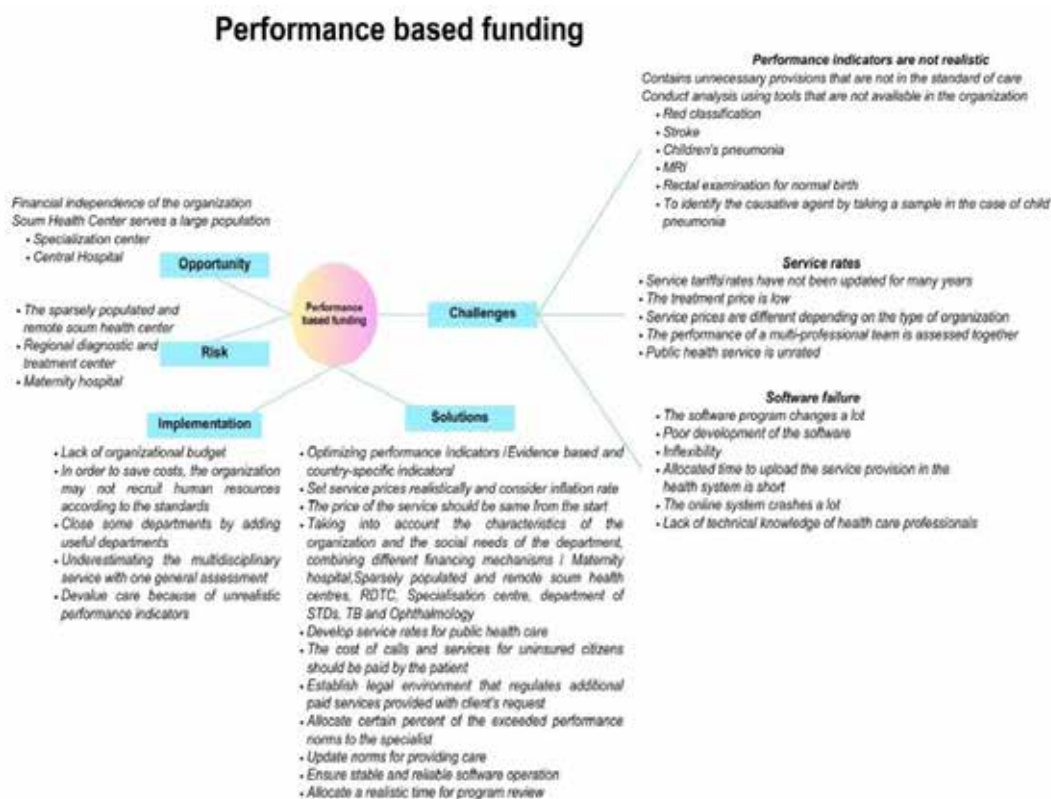


Figure 4. Current situation of performance-based funding in healthcare organizations

Гүйцэтгэлийн шалгуур үзүүлэлт оновчтойгүйгээс байгууллагын төсөв хангалттай бүрдэхгүй байна.

СЭМТ, аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг, дүүргийн эрүүл мэндийн төв, БОЭТ, Төрөх эмнэлгийн шалгуурт гүйцэтгэлийн шалгуур

үзүүлэлттэй холбоотой бэрхшээл байна. Зарим шалгуур тухайн байгууллагад үзүүлдэг тусламж үйлчилгээг үнэгүйдүүлдэг, зарим нь тухайн эмчилгээний стандартад байдаггүй зүйлийг заавал хийж гүйцэтгэхээр тусгасан, зарим шалгуур олон шат дамжлагатай олон багийн

үйлчилгээг хамт үнэлсэн зэрэг нь үзүүлсэн тусламж үйлчилгээгээрээ санхүүжилтийг бүрэн гүйцэд авах боломжийг хязгаарладаг байна. Мэргэжилтнүүд гүйцэтгэлийн шалгуур үзүүлэлтүүд бодит байдлаас зөрүүтэй. Шалгуур үзүүлэлтээр СЭМТ хүүхэд, жирэмсэн, осол гэмтлийн дуудлаганд заавал очих ёстой ч онош нь хязгаарлагдмал, суманд улаан эрэмбийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэх шалгуур байдаггүй, цус харвалтыг суманд эмчлэхгүй гэдэг ч бодит байдал дээр биелэх боломжгүй.

Мөн лавлагаа шатлалын эмнэлгийн зарим шалгуурт лавлагаа шатлалд хийх боломжгүй шинжилгээг заавал хийхээр тусгасан, хүлээн авах тасагт эмчилгээ хийлгэсэн үйлчлүүлэгч аль нэг тасагт шилжвэл хэвтсэн тасагтаа гүйцэтгэл нь ороод хүлээн авах тасаг алдагдал хүлээдэг байдлыг мэргэжилтнүүд үнэлгээ шударга бус гэж үзэж байна. Ийнхүү байгууллага дотор мөнгө олдог, олдоггүй тасаг гэж ажилтнуудыг ялган харах, мөнгө олдоггүй зарим тасгуудад стандартад заасны дагуу хүний нөөцөө бүрдүүлэхийн оронд яаж орлогоо хэмнэх вэ гэдэг шийдэл нь хэд хэдэн тасгийн дунд эмч, сувилагчийг ажиллуулах байдалд шилжиж эхлээд байна.

Шигтгээ

Төрөх эмнэлгүүдийн гүйцэтгэлийн шалгуур бодитой бус. Хэвийн төрж байгаа хүнд шулуун гэдэсний үзлэг хийх ёстой гэдэг. Энэ монголд ч олон улсад ч эмчилгээний стандартад байхгүй. Ямар ч шаардлагагүй эмчилгээг оруулсан. Тэрийг хийгээгүй бол шаардлага хангаагүй гээд санхүүжилт хасдаг.

(Төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлгийн фокус бүлгийн ярилцлага)

Шигтгээ

Гүйцэтгэлийн шалгуур бүгд хангагдах боломжгүй. Алдагдал ихтэй. Цус харвасан хүн ирэхэд бид яаралтай арга хэмжээ авч олон эмчилгээ хийдэг. Гэтэл суманд цус харвалт эмчлэхгүй гээд санхүүжилтийг хасчихдаг. Хүн өвдөж, хүн хэвтэж байвал бид мөнгөө авч чадна. Ийм сонин тогтолцоо руу орчихоод байна. 20% аа авахын тулд олон хүн өвдөөд эмнэлэгт хэвтвэл бид мөнгөө илүү авах гээд байна.

(СЭМТ-ийн фокус бүлгийн ярилцлага)

Үйлчилгээний үнэ тарифтай холбоотой гүйцэтгэлийн санхүүжилтийн бэрхшээл

Байгууллагууд гүйцэтгэлээрээ санхүүжилтээ авахад нэг бэрхшээл үүсгэж байгаа зүйл нь

тусламж үйлчилгээний үнэ тариф олон жил шинэчлэгдээгүй, байгууллагын шатлалаас шалтгаалаад үйлчилгээний үнэ ялгаатай, нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж үнэлгээгүй, зарим төрлийн тусламжийг олон мэргэжлийн баг гүйцэтгэж байгаа ч санхүүжилт нь тухайн багийн гүйцэтгэлийг нэг л үнэлдэг нь тэдний ажлыг үнэгүйдүүлж, нөгөө талаар зардал хэмнэх арга нь эргээд эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг доголдуулахад хүргэж байна.

Шигтгээ

Өртгийн суурь тарифыг үнийн инфляцтай уялдуулж нэмэгдүүлж байхгүй бол эмнэлгийн өртгийн суурь тарифыг 2 жилийн өмнөхөөр бодчихоод өөрчлөхгүй болохоор үнийн хөөргөдөл зөрүүнээс болоод маш их санхүүжилт алдаж байна. Хүүхдийн тасагт хүүхэд эмчлэхэд 250 000 төгрөг авдаг. Гэтэл зарим хүүхдэд 500,000-1,000,000 төгрөгийн эмчилгээ хийдэг. Санхүүжилтээ хүсэхээр журмынхаа дагуу 250000 төгрөгөө л авдаг.

(Аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн фокус бүлгийн ярилцлага)

Шигтгээ

Кесарев хагалгааны үнэлгээ 776,000 төгрөг, гэвч зардал түүнээс их гардаг. Хувийн эмнэлэг бол 4-5 сая. Төрөх өрөөнд хэвийн төрөхөд гэнэт цус алдаж хүндрээд эрчимт эмчилгээний тасагт эмчлүүлэхээр та нар чанаргүй тусламж үзүүлсэн гээд 500,000 төгрөг хасна. Зардлаа хэмнэж л цалингаа тавих болж байна.

(Төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлгийн бүлгийн ярилцлага)

Шигтгээ

Төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэгт арьс нөхөх хагалгааг 10 сая, орон нутагт 5 саяар санхүүжүүлж байна. Ингээд 2 дахин илүү санхүүжилт авч байгаа юм чинь 2 дахин илүү хөгжил ирэх гээд байна. Тэгвэл яагаад аймгийн нэгдсэн эмнэлэг арьсаа нөхөж болохгүй гэж. Энэ эмнэлэг хоорондын зөрчил үүсэх үндэс болж байна. Ижил гараанаас гүйцэтгэлийн санхүүжилтийг ижил түвшинд болгож өгөх хэрэгтэй.

(Аймгийн нэгдсэн эмнэлэгт хийсэн фокус бүлгийн ярилцлага)

Шигтгээ

Төрөх эмнэлэг чинь онцлогтой. Нийгмийн ядуурлаас төрөлт цөөрч байна. Төрөлт цөөрөхөөр бид яах юм? 2рт манай яг хэвийн төрөлтийн үнэлэмж 552,000. Ийм үнэлгээтэй байхад эх барихын эмч ажилчид дандаа багаар

ажилладаг. Хэвийн төрөх эхлээд хүлээн авахын эмч хүлээж авна, эх баригч хүлээж авна, эмч дотуур үзлэг хийнэ, ургийн зүрхний бичлэг хийнэ ингээд төрөх өрөөрүү шилжихэд эмч үзнэ ургийн бичлэг тасралтгүй хийнэ. Хүн төрөхөд нярайн эмч, эх баригч, эмч гээд 20 гаруй хүн орж байгаа юм. Гэтэл нярайд ямарч төсөө байхгүй. Үнэлгээ байхгүй. Энэ асуудлыг ЭМЯ-д зөндөө хэлсэн боловч шийддэггүй. Нэг хүн төрүүлээд даатгал руу явуулахад бүрэн өгөхгүй хасчихдаг. Даатгал бол хасах л зорилготой.

(Төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэгт хийсэн бүлгийн ярилцлагаас)

Гүйцэтгэлийн программтай холбоотой бэрхшээл

Даатгалд ашигладаг программ нь олон солигддог, хөгжүүлэлт муутай, нэн даруй үзлэгээ шивэхийг шаарддаг нь бэрхшээл учруулж байгаа ба энэ нь алслагдсан эрүүл мэндийн төвүүдэд илүүтэй байна.

Шигтгээ

Программ орон нутгийн онцлогт таарахгүй байдал их гарна. Хөдөө малчин айлд дуудлагад яваад шууд аймаг явах тохиолдол гарахад замдаа шивэлтээ хийх боломжгүй, аймгийн эмнэлэгт очоод үзүүлэхээсээ өмнө шивэх юм уу, байж байгаарай гээд хэлэх үү, замдаа гар утсаараа интернэт татаж байгаад шивэх үү, асуудал их. Мөн бид E-hospital дээр шивсэн өвчний түүхээ хэвлэж гаргаж даатгал руу явуулдаг. Цахим болсны хэрэг байхгүй, дахиад л цаасаар хэвлэдэг.

(СЭМТ-ийн удирдлагатай хийсэн ганцаарчилсан ярилцлага)

Шигтгээ

Гүйцэтгэлийн санхүүжилтээр цалин нэмэх боломж байгаа ч даатгалын өртөг жин зарим заалтууд дээр харьцангуй бага байна. Үйлчилгээний өртөг, жинг нэмэгдүүлэх шаардлагатай, даатгалын хасалт их байна, нэгдсэн программыг сайжруулах хэрэгтэй байна. Программыг шийдэхгүйгээр гүйцэтгэлээр цалин хөлсийг нэмэх боломжгүй.

(Аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн фокус бүлгийн ярилцлага)

Дээрх бэрхшээлүүдээс гадна гүйцэтгэлийн санхүүжилттэй холбоотой дараах нийтлэг бэрхшээл байна. Тухайлбал, олон хүн амд үйлчилдэг СЭМТ болон ӨЭМТ, төрөлжсөн мэргэшлийн төв эмнэлэгт гүйцэтгэлийн санхүүжилт нь эергээр нөлөөлж байгаа бол

цөөн хүн амтай СЭМТ, БОЭТ, төрөх эмнэлэгт тохиромжгүйг онцолж байна.

Шигтгээ

Ялгавартай санхүүжилтээс болж иргэдийн эрх ашгийг зөрчиж байна. Аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн онцлог нь ашиггүй байна гээд сүрьеэ, нүдний тусламж үйлчилгээгээ болиулаад ашигтай байгаа дотор, хүүхдийн тасгаа нэмэгдүүлдэг. Гүйцэтгэлийн санхүүжилтийн бодлого энэ шүү дээ. Гэтэл иргэдийн эрх ашиг энд хөндөгдөж байна. Иргэн эмнэлэг, эмчээ сонгох эрхтэй гэдэг нь нэг талдаа бас буруу байгаад байна. Сонгоод чадалтай тэнхээтэй, мөнгөтэй нь төв суурин руу явчихаар хөгжил тийшээ л чиглэнэ. Бид үлдсэн ядарсан ард иргэд, чадамжгүй хүмүүст үйлчилж байна. Бид 100 хүн үзэх ёстой байтал 20 хүн үзэж байна. Үүнийг дагаад гүйцэтгэлийн санхүүжилт тийм л байна. Төрөлжсөн эмнэлэг нэг чиглэлээр хөгждөг учир менежмент хийж болоод байна.

(Аймгийн Нэгдсэн эмнэлгийн фокус бүлгийн ярилцлага)

Шигтгээ

Гүйцэтгэлээр санхүүжиж байгаа учраас цалингийн асуудлаа өөрсдөө шийд гэдэг. Гэтэл бид урсгал зардалдаа сард 43 сая төгрөг төлдөг байтал төлбөр нэмэгдээд 50 гаруй сая болчихсон. Дээрээс нь эм тариа, хэрэгслийн үнэ нэмэгдээд байна. Яг энэ нөхцөлд бид өөрсдөө цалингаа нэмэх боломж хомс байна.

(БОЭТ-ийн удирдлагатай хийсэн ганцаарчилсан ярилцлага)

Эндээс харахад гүйцэтгэлийн санхүүжилтийг олгох үнэлгээний шалгуур оновчгүй, үйлчилгээний өртөг хямд, программ хангамжийн хөгжүүлэлт хангалтгүй, тусламж үйлчилгээ үзүүлж байгаа хүн амын тоо цөөн, санхүүжилтийг зарцуулах журам тодорхой бус зэргээс хамаарч эрүүл мэндийн байгууллагууд үр шимийг ялгаатай байдлаар хүртэж байна.

Хэлцэмж

Энэхүү судалгааны үр дүнгээс харахад эрүүл мэндийн ажилтнуудын үндсэн цалин бага, амьдралд хүрэлцээгүй байна. Хэдийгээр нэмэгдэл хөлс, урамшууллыг авч байгаа ч үндсэн цалин бага учраас түүнээс тооцсон нэмэгдлүүд нь амьжиргаанд нөлөөлөхүйц орлогын эх үүсвэр болж чадахгүй байна. Энэ нь мөн судалгаанд оролцсон 5 хүн тутмын 1 нь хүн амын амьжиргааны доод түвшнээс доогуур орлоготой, анхдагч хэрэгцээний хүрэлцээт байдлын дундаж утга 2.73 буюу өрхийн наад

захын хэрэгцээгээ хангах чадамж маш сул, эмзэг байгаагаас харагдаж байна. Орлогын хүрэлцээгүй байдлаас шалтгаалан ажилтнууд дунджаар 2 төрлийн зээлтэй, сард дунджаар 878.774 төгрөгийг зээлийн эргэн төлөлтөд төлж байна. Бид анхдагч хэрэгцээг үнэлэхдээ посткоммунист орнуудын ардчиллын дараах үеийн нийгмийн бодлогын судалгаанд өргөн ашигладаг анхдагч хэрэгцээний хүрэлцээг хоол хүнс, хувцас худалдан авах, орон сууцны төлбөрөө төлөхөд өрхийн орлого нь хэр хүрэлцэж байгаа эсэхээр нь үнэлдэг аргыг ашигласан.

Эрүүл мэндийн ажилтнуудын орлого хангалтгүй байгааг бусад судалгааны үр дүн мөн харуулж байна. Тухайлбал, 2022 онд хийгдсэн “Эрүүл мэндийн салбар дахь хүний эрхийн хэрэгжилтэд хийсэн үнэлгээний тайлан”-д судалгаанд хамрагдсан 624 эмч, эрүүл мэндийн ажилтнуудын 90 хувь нь авч буй цалин хөлс амьжиргаанд хүрэлцдэггүй гэж хариулсан ба нэгдсэн эмнэлэгт уг үр дүн хамгийн өндөр байсан байна. Мөн эрүүл мэндийн ажилтнууд өр зээлтэй, орон сууцны хангамж муу, цалин хөлс хүрэлцээгүй тул цалинг нэмэгдүүлэх, нийгмийн баталгааг хангах асуудлыг судалж, шийдвэрлэх шаардлагатай гэжээ [11].

Мөн ӨЭМТ-ийн ажилтнуудын ихэнх нь өрх толгойлсон эмэгтэйчүүд, өөрийн орон байргүй тэдний нийгмийн асуудал орхигдсон, цалин нь хаанаа ч хүрдэггүй, эмч, сувилагч нар өөрсдийн эрүүл мэнддээ зарцуулах ч мөнгөгүй байгаа тухай 2019 онд хийж гүйцэтгэсэн “Эрүүл мэндийн анхан шатлалын тусламж үйлчилгээний чанар хүртээмжийн судалгаа”-нд мөн дурджээ [12].

Ажил хөдөлмөр нь нэг талаас хүн амьжиргааны баталгаат байдлаа хангах үндсэн эх сурвалж юм. Хүний эрхийн түгээмэл тунхаглалын 23-р зүйлд Хүн бүр ямар ч алагчлалгүйгээр адил хэмжээний хөдөлмөрт адил хэмжээний шан хөлс авах, ажил хөдөлмөр эрхэлж байгаа хэн боловч хувийн болон ам бүлийнхээ ахуй амьжиргааг хүний зэрэгтэй авч явахад хүрэлцэхүйц бөгөөд зайлшгүй тохиолдолд нийгмийн хангамжийн эх үүсвэрээр нэмэн арвижуулсан, хийсэндээ таарсан, хүртээмжтэй шан хөлс авах, 25-р зүйлд “Хүн бүр хоол хүнс, хувцас хунар, орон байр, эмчилгээ сувилгаа, нийгэм ахуйн зайлшгүй шаардлагатай үйлчилгээг оролцуулаад өөрийн болон ам бүлийнхээ эрүүл мэнд, аж амьдралыг тэтгэхэд хүрэлцэхүйц амьжиргаатай байх эрхтэй хэмээн заасан байна [13].

Хүний ажил, амьдрал дахь нийгэм-сэтгэл зүйн орчин гэдгийг өөрийн сайн сайхан байдал, бүтээлч байдал болон өөрийн талаарх эерэг үнэлэмжийн хэрэгцээгээ хангахуйц нийгмийн бүтэц дэх боломжууд гэж томъёолсон байдаг. Өөрөөр хэлбэл, ажил, амьдрал дахь нийгэм-сэтгэл зүйн орчин сөрөг байхын хэрээр амьдралын чанар, бүтээлч байдал, өөрийн талаарх эерэг үнэлэмж алдагддаг байна. Орлого бага, боловсролын түвшин доогуур байх тусам ажлын байрны нийгэм-сэтгэл зүйн сөрөг орчноос шалтгаалсан эрүүл мэндийн асуудалд өртөмхий байдаг [14, 9].

Дээрхээс үзвэл эрүүл мэндийн ажилтнуудын бодит орлогыг нэмэгдүүлж тэдний нийгэм-эдийн засгийн байдлыг нь сайжруулах замаар эрүүл мэнд, амьдралын чанарыг нь дэмжих шаардлагатай байна. Үүний тулд нэгдүгээрт, үндсэн цалингийн хэмжээг инфляцын болон амьжиргааны түвшинтэй уялдуулан нэмэгдүүлэх, хоёрдугаарт, гүйцэтгэлийн санхүүжилттэй холбоотой бэрхшээлүүдийг шийдвэрлэх замаар эрүүл мэндийн байгууллагын төсвийг нэмэгдүүлэх хэрэгцээ байна.

Эрүүл мэндийн ажилтнуудын бодит орлогыг нэмэгдүүлэх хэрэгцээ нь Монгол төдийгүй шилжилтийн эдийн засагтай бусад улс оронд мөн тулгардаг. Тогтмол цалингийн системийг урамшуулалт цалингийн системтэй хослуулан хэрэгжүүлэх замаар ажлын үр дүн, эдийн засгийн хөшүүргийн тэнцвэрийг хадгалах дэвшилтэт систем байж болохыг судлаачид санал болгожээ. Гэвч тогтмол цалинг нэмэгдүүлэхдээ эрүүл мэндийн салбарын бусад зардалд төсөв хомсдох, төрийн бусад албан хаагчдын цалинг нэмэгдүүлэх шаардлага үүсэх, цалин нэмэгдсэнтэй холбоотой төсвийн дарамт зэрэг эрсдэлийг тооцож үзэх хэрэгтэйг Дэлхийн банк зөвлөсөн байна [15].

Дүгнэлт:

Эрүүл мэндийн ажилтнуудын бодит орлого хангалтгүй байна. ° оролцогч тутмын ¹ нь хүн амын амьжиргааны доод түвшнээс доогуур орлоготой, анхдагч хэрэгцээний хүрэлцээт байдлын дундаж утга ² онооноос ³, ⁴ байгаа нь өрхийн наад захын хэрэгцээгээ хангах чадамж маш сул, эмзэг байгааг илтгэж байна

Энэ нь эрүүл мэндийн ажилтнуудын суурь цалин бага, цалингийн нэмэгдэл нь инфляцын түвшинтэй уялдаагүйтэй холбоотой. Одоогийн хэрэгжиж буй гүйцэтгэлийн санхүүжилт нь зарим байгууллагын төсөв хангалттай бүрдээгүйгээс зардлаа нөхөх боломжгүй байдал үүсгэж байгаа

учир ажилтнуудын орлогод үр нөлөө нь ялгаатай байна. Иймд эрүүл мэндийн ажилтнуудын суурь цалинг тэдний амжиргаанд хүрэлцэхүйц түвшинд хүргэж нэмэгдүүлэх шаардлагатай байна.

Талархал: Энэхүү судалгааг санхүүжүүлсэн Эрүүл мэндийг дэмжих сан болон дэмжиж ажилласан ЭМЯ-ны Бодлого төлөвлөлтийн газрын ахлах мэргэжилтэн Д.Баярмаад талархал илэрхийлье.

Ном зүй

1. WHO. *Global Strategy on Human Resource for health workforce*. 2016
2. World Health Organization. WISN: workload indicators of staffing needs. User's Manual. Geneva: World Health Organization; 2010.
3. ЭМХТ. Эрүүл мэндийн үзүүлэлт: Эрүүл мэндийн ажилтнуудын статистик. 2021
4. УИХ. Эрүүл мэндийн тухай хууль. 2011
5. МУЗГ. Эрүүл мэндийн ажилтны нийгмийн хамгааллын үндэсний хөтөлбөр. Төрийн мэдээлэл, 2019. №37(1090)
6. УИХ. Алсын хараа 2050. Монгол Улсын Урт Хугацааны Хөгжлийн Бодлого. 2021 <https://legalinfo.mn/mn/detail/15406>
7. УИХ. Төрийн албаны тухай хууль. 2017. <https://www.legalinfo.mn/mn/detail/13025>
8. УИХ.Хөдөлмөрийн тухай хууль, 2021. [www.https://legalinfo.mn/mn/detail?lawId=16230709635751](https://legalinfo.mn/mn/detail?lawId=16230709635751)
9. Pikhart H, Bobak M, Pajak A, Malyutina S, Kubinova R, Topor R, Sebakova H, Nikitin Y, Marmot M. Psychosocial factors at work and depression in three countries of Central and Eastern Europe. *Social science & Medicine* 2004; 58:1475-1482
10. Үндэсний Статистикийн Хороо. Хүн амын амьжиргааны доод түвшин, бүсээр. 2023
11. Хууль эрх зүйн хөгжлийн хүрээлэн. Эрүүл мэндийн салбар дахь хүний эрхийн хэрэгжилтэнд хийсэн үнэлгээний тайлан. 2022.
12. АШУҮИС. “Эрүүл мэндийн анхан шатлалын тусламж үйлчилгээний чанар хүртээмжийн судалгаа”-ны тайлан. 2020
13. Монгол улсын олон улсын гэрээ. Хүний эрхийн түгээмэл тунхаглал. 1948.
14. Siegrist J, Marmot M. Health inequalities and the psychosocial environment-two scientific challenges. *Social science & Medicine* 2004; 58:1463-1473
15. Парламентын судалгааны хүрээлэн. Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцоо ба цалин хөлсний систем: Олон улсын туршлага зөвлөмж, 2021.

Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
Анагаах ухааны доктор Ц.Содномпил