АШУҮИС-ийн Монгол-Японы эмнэлэг дэхь эмнэлгээс гарах төлөвлөлтийн хэрэгжилт, тулгарч буй бэрхшээлийг судалсан үр дүн

М.Бодьхорол[1,4], М.Сугармаа[2], Д.Мягмарцэрэн[3,4]

[1]АШУҮИС, Ахисан түвшний сургууль
[2]АШУҮИС, НЭМС, Эрүүл мэндийн нийгмийн ажил, нийгмийн ухааны тэнхим
[3]АШУҮИС, АУС, Өрхийн анагаах ухааны тэнхим
[4]АШУҮИС-ийн Монгол-Японы эмнэлэг
Цахим шуудан: sugarmaa@mnums.edu.mn, Утас: 99248787

Түлхүүр үг:
Тасралтгүй хяналт
Тусламж
Үйлчилгээний шилжилт
Бодлогын зохицуулалт
Олон мэргэжлийн баг

Товч утга:

Үндэслэл: Чихрийн шижин нь олон эрхтний хүндрэл, эмнэлэгт дахин хэвтэх эрсдэлтэй архаг өвчин бөгөөд эмнэлгээс гарах үеийн төлөвлөлт нь эмчилгээний үргэлжлэл, өөрийн хяналт, гэр бүлийн болон нийгмийн дэмжлэгийг уялдуулахад чухал. Монгол Улсад чихрийн шижинтэй үйлчлүүлэгчийн эмнэлгээс гарах төлөвлөлтийн бодит хэрэгжилт, тулгамдаж буй асуудлыг судалсан нотолгоо хомс байна. **Зорилго:** АШУҮИС-ийн Монгол-Японы эмнэлгийн чихрийн шижингийн олон эрхтний хүндрэлтэй үйлчлүүлэгчийн эмнэлгээс гарах төлөвлөлтийн хэрэгжилт, үйл явц, тулгарч буй бэрхшээлийг тодорхойлох. **Арга, аргачлал:** АШУҮИС-ийн Монгол-Японы эмнэлэгт хэрэгжүүлж буй эмнэлгээс гарах төлөвлөлтийн үйлчилгээг тохиолдол болгон сонгосон. Чанарын тохиолдлын судалгаанд зорилтот түүврээр сонгосон 7 мэргэжилтэн (эрүүл мэндийн нийгмийн ажилтан, хоол зүйч, дотоод шүүрлийн 2 эмч, чихрийн шижингийн нарийн мэргэшлийн сувилагч, эмнэлзүйн эм зүйч, эмнэлзүй эрхэлсэн дэд захирал) хамрагдав. Хагас бүтэцтэй ганцаарчилсан ярилцлага хийж, эмнэлгээс гарах төлөвлөлтийн дотоод журам болон олон мэргэжлийн багийн 3 хурлын протоколд баримт бичгийн агуулгын шинжилгээ хийсэн. Ярилцлагын мэдээллийг Braun ба Clarke-ийн зургаан үе шаттай тематик шинжилгээгээр боловсруулж, гурван эх сурвалжийн үр дүнг сэдэвчилсэн матрицаар харьцуулав. Ёс зүйн зөвшөөрлийг АШУҮИС-ийн судалгааны ёс зүйн хяналтын хорооны 2025 оны 9 дүгээр сарын (№25-26/01-02) шийдвэрээр авсан. **Үр дүн:** Шинжилгээгээр таван үндсэн сэдэв тодорхойлогдов: (1) эрсдэлд суурилсан олон мэргэжлийн хамтын ажиллагаа; (2) эрх зүй, бодлого, стандартын зохицуулалтын хийдэл; (3) санхүүжилт ба даатгалын хязгаарлалт; (4) хүний нөөц ба мэргэжлийн чадавхын хязгаарлалт; (5) эмнэлгээс гарсны дараах тасралтгүй хяналт, гэр бүлийн дэмжлэг. Эрсдэлийг үнэлэх, өндөр эрсдэлтэй тохиолдлыг олон мэргэжлийн баг хэлэлцэх практик баримтжсан боловч хурал тогтмол бус, шийдвэрийн хэрэгжилтийн хяналт жигд биш байв. Нэгдсэн эрх зүйн зохицуулалт, байгууллага хоорондын мэдээлэл солилцоо, эргэх холбоо дутмаг; төлбөртэй зөвлөгөө, асаргаа болон эм, хэрэгслийн хүртээмжийн асуудал үйлчлүүлэгчийн зөвлөмж хэрэгжүүлэх боломжийг хязгаарлаж байв. Ажлын ачаалал, мэргэшсэн хүний нөөцийн хүрэлцээ мөн саад болж, гарсны дараах хяналт тогтсон хугацаа, давтамж, тохиолдол хаах шалгуургүй байлаа. Журам, протокол, ярилцлагын 15 дэд сэдвийн харьцуулалтаар 6 нь таарсан, 8 нь харилцан нөхсөн, 1 нь зөрсөн нотолгоотой байв. Протоколын кейсүүд нь чихрийн шижинтэй үйлчлүүлэгчдийн тохиолдол биш, байгууллагын ерөнхий практикийг тайлбарлах нэмэлт баримт байв. **Дүгнэлт:** Монгол-Японы эмнэлэгт эмнэлгээс гарах төлөвлөлтийн үндсэн үйл явц, олон мэргэжлийн хамтын ажиллагаа бүрэлдсэн боловч эрх зүйн зохицуулалт, санхүүжилт, хүний нөөц болон гарсны дараах хяналт, байгууллага хоорондын уялдаа холбоо хангалтгүй байна. Иймд гарах төлөвлөлтийг эмнэлгээс гарсны дараах тусламж, гэр бүлийн дэмжлэгтэй уялдсан тасралтгүй үйл явц болгон хөгжүүлэх шаардлагатай.

Үндэслэл: Халдварт бус өвчний тархалт дэлхий дахинаа өсөж, эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний ачааллыг улам бүр нэмэгдүүлж байна. Тэдгээрийн дотор чихрийн шижингийн өвчлөл, тархалт, хүндрэл, нас баралт нь голлох байр суурь эзэлж, бага болон дунд орлоготой улс орнуудад сүүлийн хорин жилд өвчлөлийн тохиолдол, огцом өсөж байгаа нь судлаачдын анхаарлыг татаж байна. Дэлхийн хэмжээнд 2009 онд 285 сая насанд хүрэгчид чихрийн шижинтэй байсан бол 2025 оны байдлаар дэлхий дээр 589 сая насанд хүрэгчид байна. Насанд хүрсэн 9 хүн тутмын 1 нь чихрийн шижинтэй байна.[1] Чихрийн шижингийн менежментийн үндсэн тулгуур нь үйлчлүүлэгчийн өөрийн хяналт бөгөөд хооллолт, дасгал хөдөлгөөн, цусан дахь сахарын түвшний тогтмол хяналт, эмийн хэрэглээ, хөл арчилгаа зэрэг зан үйлийн дадлыг хэвшүүлэх шаардлагатай болохыг судлаачид онцлог тэмдэглэсэн байна. Үүнд зөвхөн эмнэлэгт хийгдэх эмчилгээ бус, эмнэлгээс гарах үеийн зөвлөгөө, оновчтой гарсны дараах үйлчилгээний төлөвлөлт, өөрийн хяналт, нийгмийн дэмжлэгийн уялдаа холбоо чухал үүрэгтэй гэжээ.[2-4] Чихрийн шижинтэй өвчтөнүүд олон эрхтний хүндрэлд өртөмтгий, дахин хэвтэх эрсдэл өндөртэй байдаг. АНУ-д хийсэн судалгаагаар эмнэлгээс гарсан өвчтөнүүдийн 5 хүн тутмын 1 нь 30 хоногийн дотор дахин эмнэлэгт хэвтдэг бөгөөд эдгээрийн талаас илүүг нь зохион байгуулалттай гарах төлөвлөлтөөр урьдчилан сэргийлэх боломжтой гэж үздэг. Иймд бусад улс орон эмнэлгээс гарах үйл явцыг төлөвлөлттэй, уялдаа холбоотой зохион байгуулах, бодлого хэрэгжүүлж, үр дүнд нь дахин хэвтэлтийг бууруулах, эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний тасралтгүй байдал, чанарыг сайжруулахад ахиц гарсаар байгааг дурьджээ.[5-7] АШУҮИС-ийн Монгол-Японы эмнэлэг 2019 оноос эхлэн “Үйлчлүүлэгч дэмжих алба”-ыг байгуулж, биеийн эрүүл мэнд, нийгэм, сэтгэл зүйн өндөр эрсдэлтэй үйлчлүүлэгчдэд зориулсан олон мэргэжлийн багийн оролцоотой тусламж, үйлчилгээг үзүүлж, эмнэлгээс гарах төлөвлөлтийг хэрэгжүүлж буй нь шинэ жишиг болж байна. Монгол Улсад чихрийн шижинтэй эмчлүүлэгчдийн эмнэлгээс гарах төлөвлөлтийн чанар, хэрэгжилтийн өнөөгийн байдлыг судалсан системтэй судалгаа ховор байна. Эмнэлэг доторх эмчилгээний үр дүн, хүндрэлд чиглэсэн байдаг бөгөөд эмнэлгээс гарах төлөвлөлтийн бодит хэрэгжилт, бэрхшээл, боломжийг цогцоор нь авч үзээгүй судалгааны ажил цөөнгүй байдаг. Иймд чихрийн шижинтэй эмчлүүлэгчдийн эмнэлгээс гарах төлөвлөлтийн хэрэгжилт, тулгарч буй бэрхшээлийг үнэлэх нь тусламж үйлчилгээний хамтын ажиллагааг сайжруулах, дахин хэвтэлтийг бууруулах, нотолгоонд суурилсан бодлого, хөтөлбөр боловсруулах хэрэгцээтэй тул энэхүү судалгааг хийх үндэслэл болсон.

Зорилго: АШУҮИС-ийн Монгол-Японы эмнэлгийн чихрийн шижингийн олон эрхтний хүндрэлтэй үйлчлүүлэгчийн эмнэлгээс гарах төлөвлөлтийн хэрэгжилт, үйл явц, тулгарч буй бэрхшээлийг тодорхойлох.

Арга, аргачлал: Судалгааг чанарын кейс судалгааны загвараар 2025–2026 онд АШУҮИС-ийн Монгол-Японы эмнэлэгт хэрэгжүүлж буй чихрийн шижингтэй үйлчлүүлэгчийн эмнэлгээс гарах төлөвлөлтийг кейс болгон судалсан. Судалгаанд зорилтот түүврийн аргаар сонгосон эмнэлгийн 1 удирдлага 6 мэргэжилтнийг (нийгмийн ажилтан, хоол зүйч, дотоод шүүрлийн эмч /2/, чихрийн шижингийн нарийн мэргэшлийн сувилагч, эмнэлзүйн эм зүйч, эмнэлзүй эрхэлсэн дэд захирал) хамруулж, хагас бүтэцтэй ганцаарчилсан гүнзгийрүүлсэн ярилцлага хийсэн. Мөн эмнэлгээс гарах төлөвлөлтийг зохицуулах журам болон олон мэргэжлийн багийн 3 хурлын протоколыг баримт бичгийн агуулгын шинжилгээ хийсэн. Судалгааны ёс зүйн зөвшөөрлийг АШУҮИС-ийн судалгааны ёс зүйн хяналтын хорооны 2025 оны 09 дүгээр сарын (№25-26/01-02) тоот шийдвэрээр авсан. Ганцаарчилсан ярилцлагын мэдээлэлд Braun ба Clarke (2006)-ийн аргаар сэдэвчилсэн шинжилгээг 6 үе шатаар (танилцах, анхны нээлттэй кодчилол, сэдэв хайх, хянах, нэрлэх, тайлан бичих) хийж боловсруулсан.[8] Ярилцлагын үр дүнг 2019 оны журам болон олон мэргэжлийн багийн 3 хурлын протоколтой харьцуулан сэдэвчилсэн матрицаар харьцуулж, нийтлэг болон ялгаатай үр дүнг тодорхойлон, эмнэлгээс гарах төлөвлөлтийн зохицуулалт, мэргэжилтнүүдийн туршлагын уялдаа холбоог тайлбарлав.

Үр дүн: Судалгаанд эрүүл мэндийн нийгмийн ажилтан, хоол зүйч, дотоод шүүрлийн эмч, чихрийн шижингийн нарийн мэргэшлийн сувилагч, эмнэлзүйн эм зүйч болон эмнэлзүй эрхэлсэн дэд захирал хамрагдсан. Оролцогчдын ажилласан хугацаа 2–6 жил байв (Хүснэгт 1).

Хүснэгт 1. Судалгаанд хамрагдсан мэргэжилтнүүдийн ерөнхий мэдээлэл

Код	Мэргэжил, албан тушаал	Ажилласан хугацаа
P1	Эрүүл мэндийн нийгмийн ажилтан	2 жил
P2	Хоол зүйч	2 жил
P3–P4	Дотоод шүүрлийн эмч (2)	3, 6 жил
P5	Чихрийн шижингийн нарийн мэргэшлийн сувилагч	6 жил
P6	Эмнэлзүйн эм зүйч	4 жил
P7	Эмнэлзүй эрхэлсэн дэд захирал	2 жил

Сэдэвчилсэн шинжилгээгээр (1) эрсдэлд суурилсан олон мэргэжлийн хамтын ажиллагаанд тулгуурласан гарах төлөвлөлтийн үйл явц, (2) эрх зүй, бодлого стандартын зохицуулалтын хийдэл, (3) санхүүжилт ба даатгалын тогтолцооны хязгаарлалт, (4) хүний нөөц ба мэргэжлийн чадавх, (5) эмнэлгээс гарсны дараах тасралтгүй хяналт болон гэр бүлийн дэмжлэгийн асрах хэрэгцээ гэсэн таван сэдэв тодорхойлогдов.

1. Эрсдэлд суурилсан олон мэргэжлийн хамтын ажиллагаанд тулгуурласан гарах төлөвлөлтийн

үйл явц: Судалгаанд оролцогчид эмнэлгээс гарах төлөвлөлт нь эрсдэлийг эрт илрүүлэх, нийгэмсэтгэл зүй болон гэр бүлийн дэмжлэгийг үнэлэх, хоол тэжээл, эмийн хэрэглээ, асаргааны хэрэгцээг тодруулах нь гарах төлөвлөлтийн гол үйл ажиллагаа байдаг гэж тодорхойлсон. Өндөр эрсдэлтэй, олон эрхтний хүндрэлтэй тохиолдолд олон мэргэжлийн багийн хэлэлцүүлэг хийж, гарах үеийн төлөвлөгөө боловсруулах жишээ протоколд баримтжсан. Гэхдээ хурал тогтмол бус, оролцогчдын хүрээ болон шийдвэрийн хэрэгжилтийг хянах арга жигд биш байв.

"Тасагт ирсэн хүмүүст хэвтэж байх үед нь тусламж үйлчилгээний хэрэгцээг тодруулах зорилгоор илрүүлгийн хуудсанд тулгуурлан нөхцөл байдлын үнэлгээ хийдэг» бөгөөд «хоол зүйч, сувилагч нар өөрийн гэсэн үнэлгээг ашигладаг» (Р1). Энэ үнэлгээнд үндэслэн өндөр настай, олон архаг өвчинтэй, бие даан амьдрах чадваргүй үйлчлүүлэгчид «өндөр эрсдэлтэй» ангилалд ордог бөгөөд эдгээр хүмүүст тусгайлан анхаарал хандуулдаг гэдгийг нийгмийн ажилтан, хоол зүйч, дотоод шүүрлийн эмч нар хэлсэн" (Р1, Р2, Р4).

2. Эрх зүй, бодлого, стандартын зохицуулалтын хийдэл: Судалгаанд оролцогчид эмнэлгээс гарах төлөвлөлтийг үр дүнтэй, чанартай хэрэгжүүлэхэд улсын хэмжээний нэгдсэн зохицуулалт, эмнэлэг хооронд үйлчлүүлэгч шилжүүлэх тогтвортой механизм дутмаг гэж үзэж байна. Байгууллагын дотоод журам, шижүүлэх үйл явцад 13Б маягт ашиглагддаг боловч үйлчлүүлэгчийг эмнэлгээс гарсны дараах хүлээн авч буй байгууллага тусламжийг үргэлжлүүлсэн эсэх, цаашдын үйлчилгээ хэрхэн үргэлжилсэн тухай эргэх холбоо тогтмол бус байсан. Мөн журмын шаардлага ба практик хооронд ялгаатай. Иймд эмнэлэгт дотоод журам байгаа хэдий ч байгууллага хоорондын зохицуулалт, хэрэгжилтийг хянах механизм нэмэлтээр шаардлагатай байна (хүснэгт 2).

"Хууль эрх зүйн орчин бүрдээгүй… эмнэлэг хооронд үйлчлүүлэгчийг холбон зуучлах албан бичиг байдаггүй. Утсаар л хэлдэг" (Р1, Р2, Р7).

Хүснэгт 2. Журамд туссан зохицуулалт ба бодит хэрэгжилтийн харьцуулалт

Баримт бичгийн зохицуулалт	Ярилцлага, протоколын нотолгоо	Илэрсэн хийдэл
ОМБ шаардлагатай үед хуралдах	Өндөр эрсдэлтэй кейс хэлэлцсэн протокол байна	Хурал тогтмол бус; шийдвэрийн мөрөөр хяналт сул
Хяналтын товыг эпикризд тусгах	Эргэн хяналт ихэвчлэн утсаар хийгддэг	Хугацаа, давтамж, хаалтын шалгуур тодорхой бус
13Б болон шилжүүлгийн мэдээлэл	Утас, цахим хурал, баримт бичиг ашигладаг	Хүлээн авсан үйлчилгээний эргэх холбоо жигд биш
Үүрэг хуваарилалт	Мэргэжилтнүүд өөр өөр чиглэлийн үнэлгээ хийдэг	Салбар хоорондын нийтлэг стандарт дутмаг

3. Санхүүжилт ба даатгалын тогтолцооны хязгаарлалт: Эмнэлгээс гарах төлөвлөлтөнд голлон оролцдог мэргэжилтэнүүд шаардлагатай зөвлөгөөнүүд, хоол тэжээлийн үйлчилгээ, гарсны дараах асаргааны зарим үйлчилгээ төлбөртэй байх нь үйлчлүүлэгчийн санхүүгийн боломжид нөлөөлж байгааг оролцогчид дүгнэж байна. Мөн инсулин, инсулины тариур, глюкометр зэрэг чихрийн шижингийн хяналтад зайлшгүй шаардлагатай хэрэгсэлд даатгалын хөнгөлөлт хангалтгүй, улсын хэмжээний нийлүүлэлтийн тасалдал тохиолддог болохыг эмч нар онцолж байна. Санхүүжилтийн саад нь эмнэлгээс гарах үед өгсөн зөвлөмжийг бодит амьдралд хэрэгжүүлэх боломжийг хязгаарлаж байна. Үүний үр дагавар нь эдийн засгийн боломж сул үйлчлүүлэгчид зөвлөмжийг хэрэгжүүлж чадахгүй өнгөрдөг явдал бөгөөд энэ нь санхүүгийн чадавхи болон өвчин хүндрэх эрсдэл, давтан хэвтэх тохиодол болон эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ авах боломжгүй байдлыг тодотгож байна.

"Хоол, шим тэжээлийн үйлчилгээ, зөвлөгөө нь даатгалд хамрагддаггүй үйлчилгээ" (Р2). Сард 200-300 мянган төгрөг шаардлагатай байдаг... эдийн засгийн хувьд бодлогын дэмжлэг манай улсад байхгүй байна» (Р4).

4. Хүний нөөц ба мэргэжлийн чадавхийн хязгаарлалт: Судлагаанд оролцогчид эмнэлгээс гарах төлөвлөлтөнд ажилтны хүний нөөцийн хүртээмж, ажлын ачаалал, мэргэшсэн хүний нөөцийн хүрэлцээ нь үнэлгээ, зөвлөгөө, багийн хэлэлцүүлгийг тогтмол явуулахад хүндрэл үүсгэж байгааг онцолж байлаа. Зарим үйлчилгээ үндсэн ажлын хажуугаар хийгддэг бөгөөд мэргэжилтнүүдийн хооронд Үйлчлүүлэгч дэмжих албаны ажиллах үүрэг, боломжийн талаарх мэдээлэл жигд бус байна гэж үзэж байна. Мөн сувилахуйн тусламжийн хувьд олон чиглэлээр зөвлөгөө өгдөг боловч тухайн чиглэлээр мэргэшсэн, туршлагатай сувилагчийн тоо хязгаарлагдмал байгаа нь зөвлөгөөний тогтвортой байдалд нөлөөлж болохыг оролцогч тайлбарласан.

"Нэг, хоёр нийгмийн ажилтан хяналт тавих боломжгүй байна… эмнэлгээс гараад тусламж үйлчилгээ тасралтгүй явахгүй" (Р2). «Манай сувилагч нар 7 чиглэлээр зөвлөгөө өгч байгаа боловч 3-4 сувилагч тухайн чиглэлээр ажилласан туршлагатай байдаг. Сувилахуйн зөвлөгөө нь тухайн чиглэлээр мэргэшсэн сувилагч нар л ажлынхаа хажуугаар зөвлөгөө өгдөг» (Р5).

5. Эмнэлгээс гарсны дараах тасралтгүй хяналт ба гэр бүлийн дэмжлэг: Үйлчлүүлэгч эмнэлгээс гарсны дараах эргэн хяналт тогтсон хугацаа, давтамж, үйлчлүүлэгчийн кейс хаагдах шалгуургүй бөгөөд зарим тохиолдолд нэг удаагийн утсаар ярилцах хэлбэрээр хязгаарлагддаг. Өрхийн эрүүл мэндийн төвтэй холбоо тогтоох, гэр бүлийн асран хамгаалагчийг бэлтгэх, орон нутагт тусламж үйлчилгээний үргэлжлэлийг баталгаажуулах хэрэгцээ гарсан. Иймээс байгууллагын хяналт сул үед гэр бүлийн дэмжлэг чухал болдог нь эмнэлгээс эргэн хянах боломжгүй бол гэр бүл л асаргаа, үйлчилгээг үргэлжлүүлэх ёстой болдог. Харин гэр бүл байхгүй (ганцаараа амьдардаг) үед байгууллагын хяналт заавал байх ёстой болдог гэсэн утгыг энэхүү

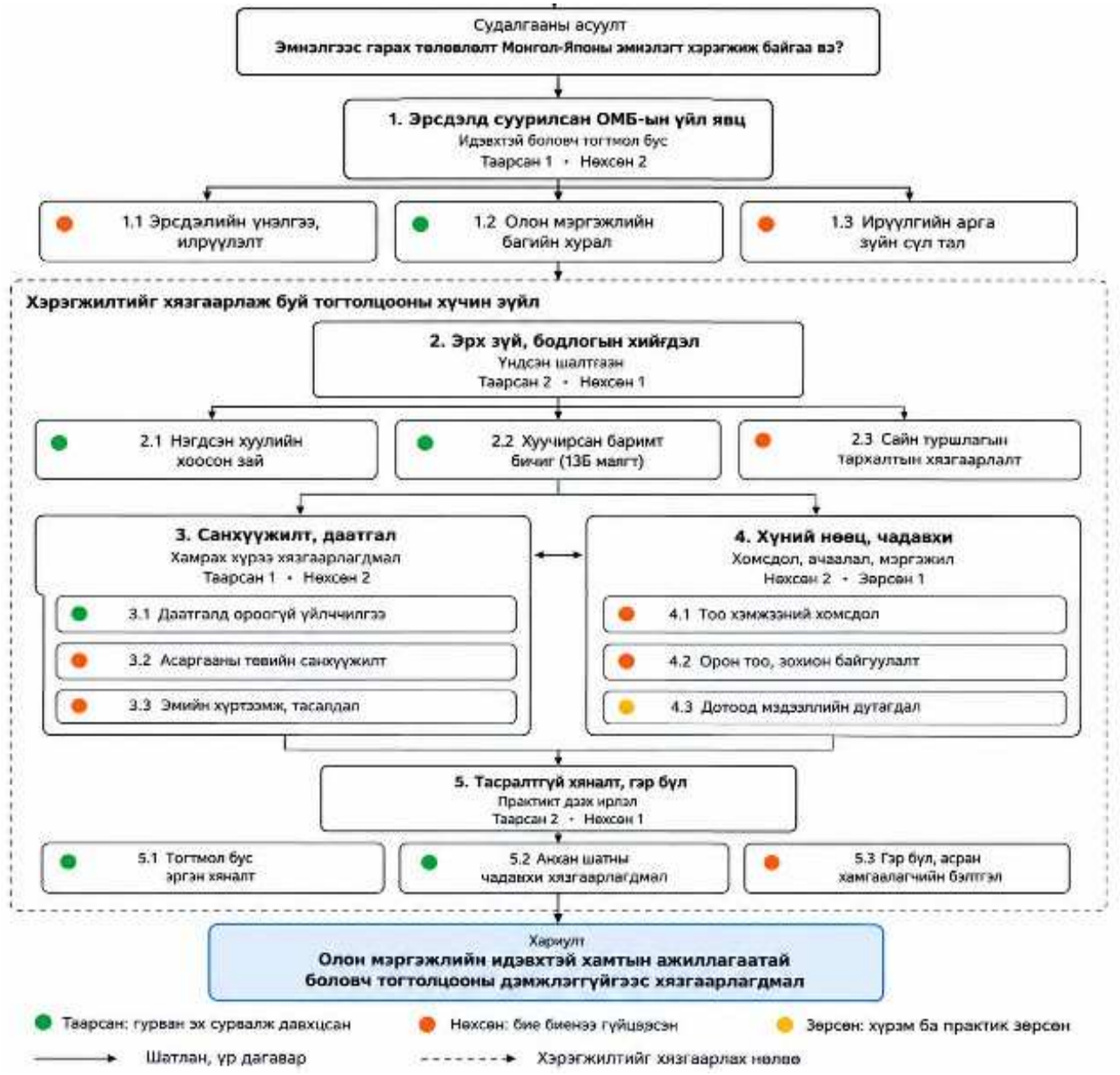
сэдэв нь илтгэнэ (хүснэгт 3).

“Эргэж уулзах төлөвлөсөн хугацаа байдаггүй” (P1). Гэрт нь асаргаа сувилгааны гардан үйлдлийн сургалт, видео хичээл, цаасан материал зөвлөмж... чухал хэрэгцээтэй байна. Орон нутгийн хүмүүс бид цахимаар холбогдох боломжгүй бол ар гэрийхэнтэй нь цахимаар холбогдоод... цахимаар холбоо тогтоох хэрэгцээтэй байна» (P5).

Хүснэгт 3. ОМБ-ын хурлын протоколын нотолгоо

Протоколын жишээ	Баримтжуулсан агуулга	Үр дүнгийн тайлбар
2025.06.26	Хүнд гэмтэлтэй үйлчлүүлэгч; залгиурын үнэлгээ, асрамжийн газрын боломж, гэр бүлийн уулзалт	Кейсэд суурилсан олон мэргэжлийн гарах төлөвлөлт
2024.10.24	Олон эрхтний дутагдал; гэрийн эргэлтээр 14–16 хоногт жин 34 кг-аас 30 кг болсон	Гарсны дараах хяналт өөрчлөлтийг илрүүлэх боломжтой
2025.12.15	Эмнэлэг, дүүрэг, өрхийн ЭМТ-ийн цахим хурал	Байгууллага хоорондын зохицуулалтын жишээ

Гурван эх сурвалжийн харьцуулалт : Ганцаарчилсан ярилцлага, 2019 оны журам, ОМБ-ын гурван хурлын протоколыг сэдэвчилсэн матрицаар харьцуулж, нотолгоог таарсан, харилцан нөхсөн, зөрсөн гэсэн ангиллаар нэгтгэв. Судалгааны кодчилолын бүртгэлээр нийт 15 дэд сэдвийн 6-д нь таарсан (40.0%), 8-д нь харилцан нөхсөн (53.3%), 1-д нь зөрсөн (6.7%) нотолгоог тэмдэглэсэн.



Зураг 2. Гурван эх сурвалжийн харьцуулалт ба нэгтгэх үйл явц

Гурван эх сурвалжийн харьцуулалт нь эрсдэлд суурилсан, олон мэргэжлийн гарах төлөвлөлтийн практик байгааг харуулсан боловч түүнийг тогтвортой хэрэгжүүлэх эрх зүй, санхүүжилт, хүний нөөц, байгууллага хоорондын эргэх холбоо болон гарсны дараах хяналтын механизм хангалтгүй байгааг харуулж байна. Иймээс гарах төлөвлөлтийг зөвхөн эмнэлгээс гарах үеийн үйл ажиллагаа бус, анхан шатны тусламж, гэр бүл, мэргэжилтнүүдийг холбосон үйл явц болгон зохион байгуулах шаардлагатай байна (хүснэгт 4), (зураг 2).

Хүснэгт 4. Сэдэвчилсэн матрицын нэгтгэсэн үр дүн

Сэдэв	2019 оны журам	ОМБ-ын протокол	Ярилцлага	Нэгтгэсэн тайлбар
Эрсдэлд суурилсан ОМБ	Хурал, үүрэг туссан	Хамтын хэлэлцүүлгийн жишээ	Хурал тогтмол бус	ОМБ-ын тогтмол биш, үнэлгээ хийгддэг
Эрх зүй, стандарт	Дотоод журам, 13Б	Цахим зохицуулалтын жишээ	Нэгдсэн механизм дутмаг	Салбар хоорондын холбоо сул
Санхүүжилт	Тодорхой зохицуулалт хязгаарлагдмал	Кейсийн хэрэгцээ баримтжсан	Төлбөр, даатгалын саад	Үйлчилгээ авах боломжид нөлөөлнө
Хүний нөөц	Үүрэг хуваарилсан	Хэлэлцүүлэгт олон мэргэжилтэн оролцсон	Ачаалал, чадавхын саад	Тогтвортой хэрэгжилтэд нөлөөлнө
Тасралтгүй хяналт	Хяналтын тов тусгах	Гэрийн эргэлтийн жишээ	Тогтсон хяналт дутмаг	Хэмжигдэхүйц хяналтын тогтолцоо шаардлагатай

Хэлцэмж: Бид энэхүү судалгааны хүрээнд АШУҮИС-ийн Монгол-Японы эмнэлгийн, эмнэлгээс гарах төлөвлөлтийн үйлчилгээг тохиолдол болгон авч, хэрэгжилтийн өнөөгийн байдал, тулгамдаж буй асуудал, бэрхшээлийг судлахад эмнэлгээс гарах төлөвлөлтийн үндсэн үйл явц, олон мэргэжлийн хамтын ажиллагаа бүрэлдсэн боловч эрх зүйн зохицуулалт, санхүүжилт, хүний нөөц болон гарсны дараах хяналт, байгууллага хоорондын уялдаа холбоо хангалтгүй байна. Хонконгийн судлаач Wong нарын эмнэлгийн олон мэргэжилтэнг хамруулсан эмнэлгээс гарах төлөвлөлтийн саад, бэрхшээлийг илрүүлэх чанарын судалгаагаар эмнэлгээс гарах төлөвлөлтөд нэгдсэн стандарт, бодлогод суурилсан хөтөлбөр дутмаг, эмнэлгийн мэргэжилтнүүд болон байгууллага хоорондын харилцаа, зохицуулалт сул байгаа нь тогтолцооны гол саад болохыг тогтоосон. Судлаачид мэргэжилтнүүдийн үүрэг, хариуцлагыг тодорхойлсон олон мэргэжлийн хамтын ажиллагааг бэхжүүлэх шаардлагатайг онцолсон.[9] Эдгээр үр дүн бидний судалгааны үр дүн болох эрх зүй, стандартын хийдэл (Сэдэв 2)-той, хүний нөөц, зохион байгуулалтын дутагдалтай (Сэдэв 4)-тэй нийцэж байна. Судлаач Yam нарын делфи аргаар хийсэн судалгаагаар эмнэлгээс гарах төлөвлөлтийн үр дүнтэй тогтолцоо нь эрсдэлийн илрүүлэг, хэрэгцээний үнэлгээ, төлөвлөгөө боловсруулах, үйл явцын зохицуулалт, төлөвлөгөөний хэрэгжилт болон гарсны дараах хяналт гэсэн таван үндсэн бүрэлдэхүүнтэй байх шаардлагатайг тодорхойлсон байна.[10] Энэ нь Монгол-Японы эмнэлэгт эмнэлгээс гарах төлөвлөлтийг эмнэлгийн дотоод үйл ажиллагаагаар хязгаарлахгүй, гарсны дараах хяналт, тусламж үйлчилгээний уялдаа холбоог багтаасан нэгдсэн тогтолцоо болгон хөгжүүлэх шаардлагатайг харуулж байна.

Чихрийн шижингийн гарах төлөвлөлтийн 2020-2025 оны тойм судалгаанд хамрагдсан 20 судалгааны 17 нь Хятадад, 3 нь АНУ-д хийгдсэн бөгөөд WeChat, апп, утасны хяналт зэрэг дижитал хэрэглээнд тулгуурласан байдаг.[11] Манай эмнэлэгт харин гарсны дараах хяналт нэг удаагийн утсаар ярих, гэрийн цөөхөн эргэлтээр хязгаарлагддаг (Сэдэв 5). Өөрөөр хэлбэл Монгол улс интервенцийн үр дүнг үнэлэх шатнаас өмнө, суурь тогтолцоог бүрдүүлэх шатанд байна. Доржсагва нарын болон ДЭМБ-ын судалгаагаар Монгол Улсад өрх, иргэн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний төлбөрөөс үүдэлтэй санхүүгийн дарамт, ядууралд өртөх эрсдэл байгааг тогтоосон бөгөөд үүнд эм, хэвтэн эмчлүүлэх тусламжийн халааснаас төлөх зардал голлон нөлөөлжээ.[12-14] Иймээс эмнэлгээс гаргах төлөвлөлтөд өвчтөний санхүүгийн боломж, эмчилгээний зардлыг даах чадвар, шаардлагатай нийгмийн үйлчилгээний хүртээмжийг үнэлж, хоол тэжээлийн дэмжлэг, сэтгэл зүйн тусламж, гэрийн асаргааны санхүүжилтийг шийдвэрлэх шаардлагатай байна.

Ахмад настнуудын эмнэлгээс гэрт шилжих үеийн тусламжийн талаар хийгдсэн системчилсэн тойм судалгаагаар дараагийн байгууллага руу мэдээлэл дамжуулалт, байгууллага хоорондын хамтын ажиллагаа, үүрэг хариуцлагын тодорхой байдал нь тусламж, үйлчилгээний тасралтгүй байдалд чухал нөлөөтэй байдаг.[14] Иймд эмнэлгээс гаргах төлөвлөлтөд гэр бүлийн оролцоог нэмэгдүүлэх, дараагийн шатны тусламжтай мэдээлэл солилцох, хяналт болон нийгмийн үйлчилгээнд холбон зуучлах тогтолцоог сайжруулах судалгааг хийх шаардлагатай байна. Goncalves нарын 2022 онд хийсэн 12,242 оролцогчийг хамарсан 33 судалгааны системчилсэн тоймоор эмнэлгээс гарах төлөвлөлт нь хэвтэн эмчлүүлэх хугацааг дунджаар 0.73 хоногоор, дахин хэвтэх харьцангуй эрсдэлийг 11%-иар бууруулсан байна.[15] Энэ нь манай судалгаагаар илэрсэн эмнэлгээс гарсны дараах хяналт, байгууллага хоорондын уялдаа холбоог сайжруулах шаардлагатай үр дүнтэй ижил байна. Швейцар улсад хийгдсэн Donzé нарын 2023 онд хийсэн 1,386 өвчтөнийг хамарсан олон төвт судалгаагаар эмнэлгээс гарах төлөвлөлт, утасны хяналт, эмийн зөвлөгөө зэрэг арга хэмжээг хэрэгжүүлсэн ч 30 хоногийн дахин хэвтэлт болон нас баралтын нийлмэл үзүүлэлтэд статистикийн ач

холбогдол бүхий ялгаа илрээгүй (p=0.44).[16] Энэ нь манай судалгаанд илэрсэн хүний нөөц, зохион байгуулалт, гарсны дараах хяналтын сул талыг арилгахаас гадна хэрэгжүүлж буй арга хэмжээний үр нөлөөг тогтмол үнэлэх шаардлагатайг харуулж байна. Энэхүү судалгаа нь Монгол Улсад чихрийн шижингийн эмнэлгээс гаргах төлөвлөлтийн хэрэгжилтийг мэргэжилтнүүдийн байр сууринаас судалж, бодлого, бодит хэрэгжилт, санхүүжилтийг нэг эмнэлгийн жишээгээр тодорхойлж буйгаараа онцлог юм. Судалгааны үр дүнг ерөнхийлөн дүгнэхэд хязгаарлалттай. Учир нь АШУҮИС-ийн Монгол-Японы эмнэлгийн эмнэлгээс гарах төлөвлөлтийн үйлчилгээ улсын хэмжээнд нэгдсэн байдлаар хэрэгждэггүй тул анхан болон лавлагаа шатлалын бусад эмнэлэгт судалгааг өргөжүүлэн хийх боломж хязгаарлагдмал байв. Түүнчлэн Монгол Улсад эмнэлгээс гарах төлөвлөлттэй холбоотой хууль эрх зүйн зохицуулалт, бодлогын баримт бичиг хангалтгүй байгаагаас судалгааг тухайн эмнэлгийн дотоод журам, стандарт, холбогдох баримт бичигт тулгуурлан хийсэн нь бусад байгууллага болон олон улсын жишигтэй харьцуулан үнэлэх боломжийг хязгаарласан.

Дүгнэлт: Монгол-Японы эмнэлэгт чихрийн шижинтэй үйлчлүүлэгчийн эмнэлгээс гарах төлөвлөлт нь эрсдэлд суурилсан, олон мэргэжлийн хамтын ажиллагаанд тулгуурласан үндсэн үйл явц болон бүрэлдсэн боловч уг үйлчилгээг эмнэлгээс гарсны дараах тусламжтай уялдуулан тогтвортой хэрэгжүүлэх тогтолцоо хангалтгүй байна. Эрх зүй, бодлогын зохицуулалтын дутагдал нь санхүүжилт, хүний нөөцийн хязгаарлалтад нөлөөлж, улмаар байгууллага хоорондын уялдаа холбоо, тасралтгүй хяналт, гэр бүлийн дэмжлэгийн хэрэгжилтийг сулруулж байна. Иймээс эмнэлгээс гарах төлөвлөлтийг зөвхөн эмнэлгийн дотоод үйл ажиллагаагаар хязгаарлахгүй, анхан шатны тусламж үйлчилгээ, гэр бүл болон холбогдох байгууллагуудын хамтын ажиллагааг хангаж, гарсны дараах хяналт, эргэх холбоог тодорхойлсон тасралтгүй тусламж, үйлчилгээний нэгдсэн үйл явц болгон хөгжүүлэх шаардлагатай байна.

Ном зүй:

1. *International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 11th edition. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; 2024.*
2. *Cochran J, Conn VS. Meta-analysis of quality of life outcomes following diabetes self-management training. Diabetes Educ. 2008;34(5):815-823. doi:10.1177/0145721708323640*
3. *Saleh F, Mumu SJ, Ara F, Begum HA, Ali L. Knowledge and self-care practices regarding diabetes among newly diagnosed type 2 diabetics in Bangladesh: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2012;12:1112. doi:10.1186/1471-2458-12-1112*
4. *Schulman-Green D, Jaser S, Martin F, et al. Processes of self-management in chronic illness. J Nurs Scholarsh. 2012;44(2):136-144. doi:10.1111/j.1547-5069.2012.01444.*
5. *Islam MM, Valderas JM, Yen L, Dawda P, Jowsey T, McRae IS. Multimorbidity and comorbidity of chronic diseases among the senior Australians: prevalence and patterns. PLoS One. 2014;9:e83783. doi:10.1371/journal.pone.0083783*
6. *Naylor MD, Shaid EC, Carpenter D, et al. Components of comprehensive and effective transitional care. J Am Geriatr Soc. 2017;65(6):1119-1125. doi:10.1111/jgs.14782*
7. *Joint British Diabetes Societies for Inpatient Care (JBDS-IP). Discharge planning for adult inpatients with diabetes (JBDS 10). January 2022. Accessed September 24, 2025.https://abcd.care/resource/jbds-10-discharge-planning-adult-inpatients-diabetes-archive*
8. *Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006;3(2):77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa.*
9. *Wong EL, Yam CH, Cheung AW, Leung MC, Chan FW, Wong FY, et al. Barriers to effective discharge planning: a qualitative study investigating the perspectives of frontline healthcare professionals. BMC Health Serv Res. 2011;11:242. doi:10.1186/1472-6963-11-242.*
10. *Yam CHK, Wong ELY, Cheung AWL, Chan FWK, Wong FYY, Yeoh EK. Framework and components for effective discharge planning system: a Delphi methodology. BMC Health Serv Res. 2012;12:396. doi: 10.1186/1472-6963-12-396*
11. *Han X, An R, Zheng S, et al. The role of discharge planning services in continuity of care for patients with diabetes: a scoping review. Front Public Health. 2026;14:1907072. doi:10.3389/fpubh.2026.1907072*
12. *Dorjdagva J, Batbaatar E, Svensson M, Dorjsuren B, Kauhanen J. Catastrophic health expenditure and impoverishment in Mongolia. Int J Equity Health. 2016;15:105. doi: 10.1186/s12939-016-0395-8.*
13. *World Health Organization. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Mongolia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020.*
14. *Hestevik CH, Molin M, Debesay J, Bergland A, Bye A. Older patients' and their family caregivers' experiences of transitions from hospital to home: a qualitative systematic review. BMC Health Serv Res. 2019;19:501. doi: 10.1186/s12913-019-4306-7*
15. *Gonçalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson L, Cameron ID, Shepperd S. Discharge planning from hospital. Cochrane Database Syst Rev. 2022;2(2):CD000313. doi:10.1002/14651858.CD000313.pub6*
16. *Donzé J, John G, Genné D, et al. Effects of a multimodal transitional care intervention in patients at high risk of readmission: the TARGET-READ randomized clinical trial. JAMA Intern Med. 2023;183(7):658-668. doi:10.1001/jamainternmed.2023.0791*

Implementation of discharge planning and associated challenges at the Mongolia-Japan Hospital, MNUMS

Bodikhorol M[1,4], Sugarmaa M[2], Myagmartseren D[3,4]

[1]School of Graduate Studies, MNUMS
[2]Department of Health Social Work and Social Sciences, School of Public Health, MNUMS
[3]Department of Family Medicine, School of Medicine, MNUMS
[4]Mongolia–Japan Hospital, MNUMS
E-mail: sugarmaa@mnums.edu.mn, Tel: +976-99248787

Abstract:
Background: Diabetes mellitus is a chronic disease associated with multiple organ complications and an increased risk of hospital readmission. Hospital discharge planning is essential for coordinating continuity of treatment, self-management, and family and social support. However, evidence regarding the implementation of discharge planning for patients with diabetes and its associated challenges in Mongolia remains limited.
Aim: To identify the implementation, process, and challenges associated with discharge planning for patients with diabetes and multi-organ complications at the Mongolian-Japan hospital of the MNUMS.
Materials and Methods: A qualitative case study was conducted at the Mongolia–Japan Hospital of MNUMS, focusing on its hospital discharge planning service. Purposive sampling was used to recruit seven healthcare professionals: a health social worker, a dietitian, two endocrinologists, a diabetes specialist nurse, a clinical pharmacist, and a deputy director responsible for clinical affairs. Data were collected through semi-structured individual interviews and document analysis of the hospital's internal discharge planning procedure and three multidisciplinary team meeting protocols. Interview data were analyzed using Braun and Clarke's six-phase thematic analysis approach. Findings from the three data sources were compared using a thematic matrix. Ethical approval was obtained from the MNUMS Ethics Review Committee (Decision No. 25-26/01-02, September 2025).
Results: Five major themes were identified: (1) risk-based multidisciplinary collaboration; (2) gaps in legal, policy, and standardization frameworks; (3) financing and health insurance constraints; (4) limitations in human resources and professional capacity; and (5) weaknesses in post-discharge follow-up and family support. Risk assessment and multidisciplinary case discussions for high-risk patients were documented; however, meetings were irregular, and follow-up on decisions was inconsistent. The absence of unified regulations, inter-institutional information exchange, and feedback mechanisms hindered continuity of care. Financial barriers to consultations, care services, medicines, and medical supplies limited patients' ability to follow recommendations. Workload and shortages of specialized personnel further constrained implementation. Post-discharge follow-up lacked standardized timelines, frequency, and case-closure criteria. Comparison of 15 subthemes across the three data sources identified six areas of convergence, eight complementary findings, and one divergence. The meeting protocols concerned patients without diabetes and were therefore used as supplementary evidence of general institutional practice.
Conclusion: Although core discharge planning processes and multidisciplinary collaboration have been established at the Mongolia–Japan Hospital, gaps remain in regulatory frameworks, financing, human resources, post-discharge follow-up, and inter-institutional coordination. Discharge planning should be strengthened as a continuous process integrating post-discharge care and family support.

Keywords: continuity of care, care transitions, policy regulation, multidisciplinary team, post-discharge follow-up