

# **ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ДААТГАЛЫН ГАРЫН АВЛАГА**

**УЛААНБААТАР ХОТ  
2007 ОН**

## **АГУУЛГА**

---

### **ӨМНӨХ ҮГ**

#### ***НЭГ. ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ДААТГАЛ БА ТҮҮНИЙ ХЭЛБЭРҮҮД***

- 1.1. ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ДААТГАЛ ЯАГААД ХЭРЭГТЭЙ ВЭ**
- 1.2. НИЙГМИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ДААТГАЛ**
- 1.3. ХУВИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ДААТГАЛ**
- 1.4. ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ДААТГАЛЫН ТАЛААРХ ДЭМБ-ЫН ҮЗЭЛ  
БАРИМТЛАЛ**

#### ***ХОЁР. МОНГОЛЫН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ДААТГАЛЫН ТОГТОЛЦОО***

- 2.1. МОНГОЛД ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ДААТГАЛЫН ТОГТОЛЦОО ҮҮСЧ,  
ХӨГЖСӨН ТҮҮХ**
- 2.2. МОНГОЛЫН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ДААТГАЛЫН ӨНӨӨГИЙН ТОГТОЛЦОО**

## ӨМНӨХ ҮГ

Анагаах ухааны үсрэнгүй хөгжил, эрүүл мэндийн шинэ технологи, багаж төхөөрөмж, эм урвалжийн дэвшлийг дагаад эрүүл мэндийн зардал өсөх хандлагатай байгаа нь улс орнуудын өмнө эдийн засгийн шинэ зорилтыг тулгаж байна. Тухайлбал улсын төсөв болон хувь хүн өсөн нэмэгдэж буй эрүүл мэндийн зардлыг гүйцэхгүй болж байна. Ялангуяа бага орлоготой орнуудын хувьд ДОХ/ХДХВ сүрьеэ, хүүхдийн халдварт өвчин, эх нялхсын өвчлөл, микро тэжээлийн дутагдал болон тамхинаас үүсэлтэй өвчлөлүүд өндөр байгаа нь эрүүл мэндийн зардлыг нэмэгдүүлэх шалтгаан болж байна. Олон улсын байгууллагууд болон улс орнууд эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцоог боловсронгуй болгох чиглэлээр янз бүрийн санал зөвлөмжийг гаргаж байна. Гарч буй бодлогын чиглэлүүдийн нийтлэг хандлага нь эрсдэлийн сан бүрдүүлэх асуудлыг нэлээд чухалчилж байна. Эрсдлийн сан бүрдүүлнэ гэдэг нь орлого цуглуулах болон санхүүгийн нөөцийн менежментийн хүрээнд урьдчилан таахын аргагүй ирээдүйн санхүүгийн эрсдлээс хамгаалах, энэхүү нөөцөөс нийт гишүүддээ хуваарилах үйл явц юм.. Эрсдлийн санг бүрдүүлэх дараахь дөрвөн чиглэлийн механизм байдаг.

- Улсын төсвөөс санхүүжих
- Нийгмийн эрүүл мэндийн даатгал(НЭМД)
- Сайн дурын буюу хувийн эрүүл мэндийн даатгал (ХЭМД)
- Хамт олон дээр суурилсан эрүүл мэндийн даатгал (ХОСЭМД)

Монгол улс эдийн засаг, нийгмийн шилжилтийн зурвас үед эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийн эх үүсвэрийг нэмэгдүүлэх, зах зээлийн нөхцөлд хүн амыг санхүүгийн эрсдэлээс хамгаалах зорилгоор **Иргэний эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоог** 1994 оноос эхэлж нэвтрүүлсэн нь эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцоонд гарсан томоохон шинэчлэл болсон.

Та бүхэнд толилуулж буй энэхүү гарын авлагаар эрүүл мэндийн даатгалын ямар хэлбэрүүд байдаг тэдгээрийн мөн чанар; улс орнуудад ямар хэлбэрийн эрүүл мэндийн даатгалыг хэрхэн хэрэгжүүлж байгаа туршлагаудыг харуулахыг зорилоо. Мөн Монгол улсын эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоог тусад нь харууллаа. Ингэснээр Монгол улсын эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоог бусад орнуудынхтай харьцуулан, сул болон давуу талаа олж харах цаашид боловсронгуй болгох асуудалд бага ч гэсэн хувь нэмэр болно гэдэгт найдаж байна.

**Зохиогчдоос**

# НЭГ. ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ДААТГАЛ БА ТҮҮНИЙ ХЭЛБЭРҮҮД

---

---

## 1.1. ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ДААТГАЛ ЯАГААД ХЭРЭГТЭЙ ВЭ

*Ц. Нацагдорж*

Даатгал бол эрсдлээс хамгаалах нэг хэлбэр бөгөөд тодорхой шимтгэл төлснөөр эрсдлийг нэгээс нөгөө рүү шилжүүлэх үйл ажиллагаа юм. Даатгалын шимтгэл нь тухайн эрсдэл үүсэх магадлалаас хамаардаг бөгөөд даатгалын үйл ажиллагаа эрхэлдэг аж ахуйн нэгжүүд эрсдэлд үнэлгээ өгөх чиглэлээр мэргэшсэн байдаг.

Яагаад эрүүл мэндийн салбарт даатгал байдаг вэ?

Эрүүл мэндийн салбарын хувьд даатгалыг нэвтрүүлэх хэрэгцээ байдаг бөгөөд энэ нь хүнийн эрүүл мэндийн онцлог, тусламж үйлчилгээний зардал, эв нэгдлийн үзэл санаа болон эрүүл мэндийн салбарын мэдээллийн тэгш бус байдал зэрэг хүчин зүйлүүдээс үүдэлтэй.

Ихэнх хүмүүс идэх хоол, ажил төрөл, чөлөөт цагаа төлөвлөж чаддаг бол өвчин хэзээ тусахаа мэддэггүй. **Хүн өвчин тусах эсэх нь тодорхойгүй** байдаг. Нөгөө талаас, өвчин туссан тохиолдолд эмчилгээ, эм тарианд багагүй мөнгө шаарддаг учраас олон өрх гэр, хувь хүмүүс тусламж үйлчилгээ авахын тулд өр тавих, эсвэл эд хогшилоо зарахад хүрдэг. Ядуу, хөгжиж буй улс орнуудад олон өрх гэр эрүүл мэндтэй холбоотой зардлаас болж ядууралд орох тохиолдлууд гардаг байна.

Хүн амын дунд эрүүл мэндийн эрсдэл эрс ялгаатай байдаг байна. Тухайлбал, хувь хүн насжих тутам эрүүл мэндэд зарцуулдаг дундаж зардал өсдөг байна. Зарим хүмүүст эрүүл мэндийн тусламж хэдэн жилээр хэрэгцээгүй байдаг бол зарим хүмүүс жилийн турш эмнэлэгт хэвтэж байдаг. Эрүүл мэндийн тусламжийн хэрэгцээ бага насны хүүхдүүд болон өндөр настангуудын дунд, мөн, ядуу эмзэг бүлгийн хүмүүсийн дунд бусдыг бодвол илүү их байдаг. Өөрөөр хэлбэл, орлого багатай хүн амын хэсэг нь илүү их өвчилдөг бол, төлбөрийн чадвартай хүн амд тусламжийн хэрэгцээ харьцангуй бага байдаг гэсэн үг. Энэхүү нөхцөл байдал нь хүмүүсийн дунд **эрүүл мэндийн эрсдлийг хуваалцах хэрэгцээг** бий болгодог. Тухайлбал, эрүүл хүмүүс нь өвчтэй хүмүүсийн, баян хүмүүс нь ядуу хүмүүсийн эрүүл мэндтэй холбоотой эрсдлийг хуваалцана гэсэн үг. Үүнийг бид эв нэгдлийн үзэл санаа гэж хэлдэг. Нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцооны хамгийн чухал суурь болзол бол эв нэгдлийн үзэл санаа байдаг.

Эрүүл мэнд бол **мэдээллийн тэгш бус байдал** хамгийн түгээмэл салбаруудын нэг юм. Тухайлбал, эмч нар өвчтнүүдээ бодвол харьцангуй давуу, эрх мэдэл ихтэй байдаг. Өвчтөн хүн эмчийн хэлсэн үгээр байдаг бөгөөд эмч чанартай тусламж үйлчилгээ үзүүлж байгаа эсэхэд хяналт тавих чадваргүй байдаг. Энэ тохиолдолд эмч чанартай тусламж үйлчилгээ үзүүлж байгаа эсэхэд хяналт тавих, өвчтний эрх ашгийг хамгаалах үүргийг гуравдагч тал буюу даатгалын байгууллага гүйцэтгэх боломжтой.

Хэдийгээр даатгал нь эрүүл мэндийн салбарын олон асуудлыг шийдэж өгч байгаа боловч даатгал өөртөө сул талууд агуулж байдаг. Тухайлбал, гажууд сонголт (adverse selection) болон ёс зүйн гажуудал (moral hazard).

**Гажууд сонголт** гэдэг нь мэдээллийн тэгш бус байдлаас үүдэлтэй бөгөөд их өвдөх магадлалтай хүмүүс даатгалд илүү хамрагдах сонирхолтой харин эрүүл хүмүүс сайн дураар даатгалд хамрагдахыг хүсдэггүйтэй холбоотой гажуудал юм. Улмаар даатгалд ихэвчлэн өвчлөх магадлал өндөр хүмүүс хамрагдаж даатгалын байгууллага яваандаа дампуурах аюултай. Нөгөө талаас, даатгалын байгууллагын зүгээс аль болох эрүүл, бага өвчлөх хүмүүсийг сонгож даатгалд хамруулах сонирхолтой байдаг. Иймэрхүү өөртөө ашигтай байдлаар хүмүүс сонгохыг **өрөм хамах** (cream skimming) гэж нэрлэдэг.

Энэхүү сул талаас сэргийлэх гол арга бол даатгалд хүмүүсийг албан журмаар заавал даатгуулахыг хуульчлах явдал. Ингэснээр даатгалд хамрагдсан хүмүүс хоорондоо эрсдэлээ хуваалцах боломж бүрдэхээс гадна даатгалын үйл ажиллагаа илүү тогтвортой олон жил үргэлжлэх нөхцөл бүрдэнэ.

**Ёс зүйн гажуудал** гэдэг нь даатгуулсан хувь хүн шаардлагагүй үед эмнэлэгт хэвтэх, тусламж үйлчилгээ авах гажууд сонирхлыг хэлдэг. Даатгуулсан тохиолдолд тусламж үйлчилгээ авахад мөнгө төлөх шаардлагагүй учраас хүмүүс хэрэгцээгүй байсан ч эмнэлэгт хэвтэх сонирхолтой байдаг. Зөвхөн эрүүл мэндийн салбар биш бусад салбарт ч гэсэн ёс зүйн гажуудал байдаг. Жишээ нь, автомашины даатгалд хамрагдсан жолооч машинаа хайнга барих хандлагатай болдог.

Эрүүл мэндийн салбарт ёс зүйн гажуудалаас сэргийлэхийн тулд хамтын төлбөр нэвтрүүлдэг туршлага байдаг. Өөрөөр хэлбэл, даатгуулсан ч гэсэн тусламж үйлчилгээ авахын тулд бага хэмжээний бэлэн мөнгө төлнө гэсэн үг. Энэ нь шаардлагагүй хэвтэлтийг багасгах нөлөөтэй байдаг.

Даатгуулагч нараас гадна эмч нар ёс зүйн гажуудал гаргах тохиолдлууд байдаг. Тухайлбал, даатгуулсан өвчтөний өмнөөс гуравдагч тал төлбөр тооцоо хийдэг учраас орлогоо нэмэгдүүлэхийн тулд эмч нарын зүгээс аль болох их тусламж үйлчилгээ үзүүлэх хандлага ажиглагддаг. Ялангуяа, хувийн хэвшлийн ашгийн төлөө ажилладаг эмч нарын зүгээс ийм сонирхол их байдаг.

Эрүүл мэндийн даатгал нь хүмүүсийг хамруулдаг байдал, мөн даатгалын байгууллагын өмчлөл болон даатгалын үйл ажиллагааны эцсийн зорилго зэрэг шинж байдлаар хоорондоо ялгардаг байна.

## **1.2. НИЙГМИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ДААТГАЛ**

---

## *Булганчимэг, Цолмонгэрэл*

Нийгмийн эрүүл мэндийн даатгал бол эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний зардлыг санхүүжүүлдэг гол аргуудын нэг бөгөөд эрүүл мэндийн тогтолцоонд бүхэлд нь нөлөө үзүүлдэг цогц хөшүүрэг юм. Нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалыг нэвтрүүлснээр улс орны эрүүл мэндийн салбарын үндсэн зорилтууд, тухайлбал, хүн амыг эрүүл мэндээс үүдэлтэй санхүүгийн эрсдлээс хамгаалах, чанартай тусламж үйлчилгээг хүргэх, тусламж үйлчилгээнээс авах сэтгэл ханамжийг нэмэгдүүлэх бодлогын хэрэгсэл болдог.

Нийгмийн эрүүл мэндийн даатгал нь эрүүл мэндийн салбарт шаардлагатай тогтвортой *idēfāūi* эх үүсвэрийг бий болгох, төр засгаас харьцангуй бие даах боломжийг бүрдүүлэх, улсын төсвөөс санхүүжүүлдэг эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг бууруулахаас гадна тусламж үйлчилгээг үр ашигтай үзүүлэх, чанарыг дэмжих хөшүүрэг болдог төдийгүй эрүүл мэндийн салбарт зардлын өсөлтийг хязгаарлах, тусламж үйлчилгээ болон санхүүжилтийн тэгш байдлыг сайжруулахад чухал үүрэг гүйцэтгэдэг даатгалын хэлбэр юм.

Нийгмийн эрүүл мэндийн даатгал (НЭМД) нь одоогоор хамгийн түгээмэл эрүүл мэндийн даатгалын хэлбэр бөгөөд 19-р зууны дундуур анх Герман улсад Отто Вон Бисмаркийн толгойлж байсан Засгийн газрын санаачлагаар үүсч байсан түүхтэй (кэйс №1 үзнэ үү).

## **Хамралт**

Нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын бусад даатгалаас ялгарах гол онцлог шинж чанар нь тодорхой бүлэг хүн амыг **заавал даатгалд** хамруулж бүлэг дотор эрсдлийг хуваалцахад оршидог. Нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын хамрах хүн амын бүлэг янз бүр байдаг; тухайлбал, тодорхой газар зүйн байршлаар, мэргэжлээр, төрийн албанд хамрагдсан байдлаар, зарим үед улсын нийт хүн амыг хүртэл даатгалд хамруулсан байдаг. Нийгмийн эрүүл мэндийн даатгал нь заавал даатгал учраас эрүүл ба өвчтэй, баян ба ядуу хүмүүс хооронд эрсдлээ хуваалцах нөхцөлийг бүрдүүлдэг. Энэ утгаараа хүн амын эрсдэлийг бууруулж, хүмүүсийн нийгмийн хамгааллыг сайжруулж, эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний тэгш байдлыг нэмэгдүүлж, ядуурлаас сэргийлдэг давуу талтай юм. Нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын сангийн бүрдэлтийг сайн дурын даатгуулагчдад найдах боломжгүй гэдгийг олон улс орны туршлага харуулж байна. Туршлагаас харахад тэд голдуу тусламж үйлчилгээ шаардлагатай болох үедээ л даатгалд хамрагддаг байна.

Нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалд албан бус секторын хүн ам, тухайлбал, ажилгүйчүүд болон хувиараа арилжаа наймаа эрхлэгчдийг хамруулахад ихээхэн бэрхшээлтэй байдаг, ялангуяа ядуу буурай хөгжилтэй улс орнуудад албан салбар харьцангуй бага хувийг эзэлдэг, татварын тогтолцооны бааз суурь хангалтгүй, татвар эсвэл шимтгэл хураах байгууллагын чадавхи сул зэргээс шалтгаалж нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын үйл ажиллагаа доголдох үе байдаг. Олон хөгжиж байгаа оронд хувийн эрүүл мэндийн салбарын оролцоо нэмэгдэж тэд иргэдээс шууд төлбөр авах нь нэмэгдэж байна. Энэ нь ядуу иргэдэд хүндээр тусч, гэр бүлийн гишүүдийн хэн нэг

нь өвдсөн тохиолдолд дунд болон бага орлоготой иргэд ядууралд орох бас нэг шалтгаан болж байна.

Эрүүл мэндийн зардлыг санхүүжүүлэх тэгш байдлыг хангах үүднээс нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын шимтгэлийг даатгуулагчийн орлогоос хувиар бодож тооцдог бөгөөд ихэвчлэн шимтгэлийн хувь хэмжээ, бусад нөхцөлийг хуулиар эсвэл Засгийн газрын шийдвэрээр баталдаг. Өөрөөр хэлбэл, нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын шимтгэлийг даатгуулагчийн төлбөрийн чадвартай уялдуулж тогтоодог.

#### **Кэйс№1: Герман улс**

##### **Германы нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцооны түүхээс**

19 дүгээр зуунд үйлдвэрийн ажилчдын ажлын байран дээр өөртөө тусламж үзүүлэх, сайн дурын үйл ажиллагааг зохицуулах зорилгоор даатгалын зарчмыг эхлүүлсэн байна. Компани, орон нутгийн жижиг нэгдлүүд ядууст туслах сайн дурын сангуудыг бий болгож байжээ. 1849 онд уурхайчдын дунд Германы томоохон муж болох Пруссид уурхайчдын дунд эрүүл мэндийн даатгалыг бий болгож, ажилчиддаа санхүүгийн дэмжлэг үзүүлэх нөхцлийг бүрдүүлж байсан байна. 1876 онд Парламент хамгийн бага шимтгэлийн хэмжээ, даатгалын тусламж үйлчилгээний үндэсний стандартыг тогтоон хуульчилж байсан байна.

1881 онд эзэн хааны ядууст зориулсан нийгмийн халамжийн үзэл санааг тунхагласны дараа Засгийн газрын тэргүүн Бисмарк үндэсний эрүүл мэндийн тогтолцоог санал болгон татвараар санхүүжүүлэх, үндэсний засгийн газрыг өргөтгөх санааг дэвшүүлсэн.

Германы Парламент 1883 онд энэ үзэл санааг хөгжүүлэн албан журмын даатгалын зарчмыг Бисмарк тогтолцоо гэж нэрлэн улс даяар албан журмын эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоог нэвтрүүлэн, өмнө бий болсон ажлын байрны болон орон нутгийн санд түшиглэн хуулиар тогтоосон орлого болон цагёён цалингаас шимтгэл хураах эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоог албан ёсны болгож хуульчилсан. Тэд шимтгэлийн гуравны хоёрыг, ажил олгогч гуравны нэгийг төлөх зарчимтай байжээ. Мөн өвчтэй бол 13 долоо хоногийн цалингийн 50%-тай тэнцэх мөнгө, хүүхэд гаргах, нас барахад бэлэн мөнгө өгдөг байсан байна. Анхан шатны тусламж, эмийн эмчилгээний зардлыг сангаас даадаг. Энэ нь ашгийг бус хэлбэртэй, эмч нараа өөрсдөө сонгодог, тэдэнтэй гэрээ маягийн зүйл хийдэг байжээ. Үндэсний Парламент, Засгийн газар нийгмийн бодлого гаргах, хуулийн стандартуудыг боловсруулахаар үүрэг үйл ажиллагаа нь хязгаарлагддаг байсан байна.

Эрүүл мэндийн даатгалтай иргэдийн тоо 1883 онд 1880 онтой харьцуулахад 2 дахин нэмэгдсэн байна. 1883 онд хүн амын 10% эрүүл мэндийн даатгалд хамрагдаж байсан бол 1887 онд 88%, 1949 онд 100% хамрагдсан байна.

1884 оноос ажлын байран дээрх осол гэмтэл, тахир дутуу болох, 1889 онд өндөр настан, тахир дутуу, 1927 онд ажилгүйдэл, 1994 оноос урт хугацааны сувилахуйн тусламжтай холбоотой эрсдэлийг бууруулах зорилгоор нэвтрүүлжээ. 1883 оны хууль даатгалын сан, эмч хоорондын харилцаа, эмч нар ямар чадвар, мэргэжилтэй байхыг тодорхойлоогүй, бүх асуудлыг сангийн мэдэлд орхиж байжээ. Эмч нар үүнийг эхлээд анзаараагүй бөгөөд 1890-ээд оноос бие даасан байдал, орлогынхоо төлөө ажил хаялт, лобби хийж эхэлжээ. 1900-ээд оноос эхлэн сонирхлын бүлгүүд нэгдэн үндэсний хэмжээний үйл ажиллагаанууд зохион байгуулж байжээ. Хамгийн том сонирхлын бүлэг нь Лейпцигийн холбоо байсан бөгөөд 1900 онд байгуулагдаж сүүлдээ Хартман гэж нэрлэгдэн 21 эмч нарын гишүүнчлэлтэй байснаа 1910 он гэхэд Германы бүх эмч нарын 75% хувийг хамарч чаджээ. Тэдний шаардлага нь албан журмын даатгалтай иргэдэд хүрч үйлчлэх хүрээгээ нэмэгдүүлэхийн тулд “эмч нар санг биш өвчтнүүдээ чөлөөтэй сонгох” гэсэн уриан дор нэгджээ. Мөн хувийн өвчтнүүдтэй байж, сангийн мөнгөнөөс хуваалцахын тулд улсын салбарын үйлчилгээг хязгаарлах зорилготой байсан. 1960, 1970-аад оноос төлбөрт үйлчилгээг нэвтрүүлсэн бөгөөд одоог хүртэл асуудлууд нь үргэлжилсээр байна.

хамруулах асуудал нь харьцангуй зардал ихтэй, нэлээд төвөгтэй байдаг. Албан бус хөдөлмөр эрхлэгчдийг дараах байдлаар ангилж болох юм. Үүнд:

- Хувиараа хөдөлмөр эрхлэгчид
- Жижиг бизнес эрхлэгчид
- Тогтмол бус цагаар ажиллагсад
- Малчид, тариаланчид
- Ажилгүй хүмүүс

Тэд тодорхой байгууллагад харьяалагддаггүй, гэрээгүй, албан ёсны орлогын бүртгэл байхгүй, заримдаа бэлэн мөнгө авдаггүй, улирлын шинжтэй учир тэднийг даатгалд хамруулах олон янзын сувгийг ашиглах хэрэгтэй болдог. Тэдний зарим нь хэдий албан бус секторт байдаг боловч ямар нэг төрийн бус байгууллага, нийгэмлэг, нам олон нийтийн байгууллагын гишүүд байдаг. Ийм тохиолдолд даатгалын байгууллага тэдгээр байгууллагуудтай холбоо тогтоож, даатгалд хамруулж болно. Нөгөө талаас орон нутгийн засаг захиргааны байгууллагууд, сайн дурын идэвхтнүүдийг ашиглах, буяны байгууллагуудын дэмжлэг туслалцаа авах гэх мэт ажлуудыг хийж болно. Хамгийн гол нь тэдгээр хүмүүст зориулсан нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын ашиг тусыг мэдрүүлэхэд чиглэсэн мэдээлэл сургалт сурталчилгааг өргөн явуулах нь даатгалд хамралтыг нэмэгдүүлэхэд хамгийн их нөлөөлдөг байна. Мөн даатгуулагчийн эрхийг хамгаалах, албан бус төлбөрийн урсгалыг зогсоох зэрэг нь эрүүл мэндийн даатгалд итгэх итгэлийг нэмэгдүүлэх болно. Зарим тохиолдолд даатгалд хамрагдахад эдийн засгийн бус саад бэрхшээлүүд тулгардаг. Тухайлбал даатгалын байгууллагаас хол, унаа ховор, очих боломжгүй, эрүүл мэнддээ анхаарал сул тавьдаг, хайнга, даатгалын талаар мэдээлэлгүй, ач холбогдлыг ойлгоогүй гэх мэт олон саад тогтор нөлөөлдөг байна. Мөн даатгалын байгууллагад цөөн хүн ажилладаг, хүнд сурталтай, санхүүжилт нь цаг хугацаандаа хийгддэггүй, чанаргүй тусламж үйлчилгээ хүргэдэг, даатгалаас санхүүжүүлж буй төлбөрийн хэмжээ бага гэх мэт бэрхшээлүүдээс болж даатгалын хамралт буурах, хамрагдсан ч тогтмол шимтгэлээ төлөхгүй байх зэрэг хандлагууд гардаг байна.

### ***Зохион байгуулалт, удирдлага***

Нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын өөр нэг онцлог нь **ашгийн төлөө бус** даатгал учраас ихэвчлэн төр засгийн санхүүгийн дэмжлэг болон оролцоог шаарддаг. Нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалд ядуу, дунд орлоготой иргэд түлхүү харин өндөр орлоготой иргэд бага хамрагдах сонирхолтой, нөгөө талаас ядуу болон дунд орлоготой иргэдийн дунд өвчлөл харьцангуй их байдаг тул сангийн эх үүсвэр нь тусламж үйлчилгээний зардлаа нөхөх чадваргүй тохиолдол их гардаг. Ийм учраас ихэвчлэн ядуу болон эмзэг бүлгийн иргэдийн даатгалын шимтгэлийг төр засгаас хариуцдаг. Энэ нь эрүүл мэндийн даатгалын сангийн тогтвортой үйл ажиллагааг хангахад чухал үүрэг гүйцэтгэдэг юм. Нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын үйл ажиллагааг ихэвчлэн **төр засгийн байгууллага удирддаг** бөгөөд зарим улс орнуудад **ашгийн бус хувийн байгууллагууд** ч гэсэн удирддаг туршлага байдаг.

Эдийн засгийн хувьд үр ашигтай байхын тулд нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалыг хэрэгжүүлэхдээ тусламж үйлчилгээг хүргэх шатлалын тогтолцоог нэвтрүүлдэг. Шатлалын тогтолцоо нь эрүүл мэндийн зардлыг нэмэгдүүлэхгүй, өндөр нарийн



мэргэжлийн эмнэлэгт анхан болон үндсэн мэргэжлийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэх явдлыг хязгаарладаг сайн талтай боловч даатгуулагч эмч эмнэлгээ өөрөө сонгох боломжийг хязгаарладаг сул талтай болно. Иймээс даатгуулагчийн сонголт хийх эрхийг ямар түвшинд авч үзэх талаар бодлогод тодорхой тусгасан байх шаардлагатай.

### ***Тусламж үйлчилгээний багц***

Нийгмийн эрүүл мэндийн даатгал нь хүмүүст бүх үйлчилгээг хүргэх боломжгүй тул даатгалаас санхүүжүүлэх тусламж үйлчилгээний багцыг төр засгаас тодорхойлох шаардлагатай болдог. Энэхүү багц нь санхүүгийн эх үүсвэр, хүн амын дунд өвчлөлийн хандлага, тусламж үйлчилгээний өртөг, тусламж үйлчилгээний үр өгөөж зэрэг олон хүчин зүйлээс хамаардаг. Дэлхийн ихэнх оронд даатгалаас санхүүжүүлэх тусламж үйлчилгээний багц нь хүн амын дунд хамгийн эрэлттэй, нэн шаардлагатай эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг багтаадаг бөгөөд нөөцийн боломжоос хамаарч амбулаторийн тусламж үйлчилгээ болон өндөр өртөгтэй тусламж үйлчилгээг хамруулдаг байна. Хөгжиж байгаа орны хувьд эрүүл мэндийн зардлыг хянах, хэт өндөр технологийг худалдан авах, хэрэгцээнээс хэт их тусламж үйлчилгээ үзүүлэхэд хязгаарлалт тавих хөшүүргүүдийг бий болгодог. Энэхүү хөшүүргүүдийг хэрэглэхдээ эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний хэрэгцээтэй сайтар холбох шаардлагатай байдаг.

Даатгалаас тусламж үйлчилгээг санхүүжүүлэх зардлын хэмжээг тогтоох нь мөн бодлогын нэг чухал хэсэг байдаг. Хэрвээ тусламж үйлчилгээнд зарцуулах зардлыг хэт бага тогтоовол чанаргүй тусламж үйлчилгээ үзүүлэх, албан бус төлбөрийн урсгал нэмэгдэх сөрөг талууд гардаг бол хэт өндөр тогтоох нь даатгалын сангийн хүчин чадалд сөрөг нөлөөлөх, үр ашиггүй, хэрэгцээнээс хэт их тусламж үйлчилгээг нийлүүлэх сөрөг хандлагыг бий болгодог.

### ***Бодлогын зөвлөмжүүд***

1. Нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалд бүх хүн амыг хамруулах энгийн арга зам байхгүй. Албан бус салбарын хамралтыг нэмэгдүүлэхэд онцгой анхаарах шаардлагатай;
2. Нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалыг ядуу эмзэг бүлгийн хүн амыг татварын дэмжлэгтэй хамралтыг нэмэгдүүлэх боломжтой;
3. Тусламж үйлчилгээний багцыг албан бус салбарын хэрэгцээ шаардлагад нийцүүлэх, жэндерийн асуудлыг тусламж үйлчилгээний төлөвлөлтөд тусгах;
4. Шимтгэлийн түвшин, хураах арга нь албан бус салбарын ажилчдад уян хатан байх нь зүйтэй;
5. Зохион байгуулалттай бүлгүүд (хамт олон, гэр бүл, холбоо) даатгалын хамралтыг өргөтгөх боломжийг нэмэгдүүлдэг;
6. Даатгалын олон сантай тогтолцооны үед сангуудын хооронд эрсдлийг хуваалцах “тогтворжуулалтын сан” байгуулах.

**Японы нийгмийн эрүүл мэндийн даатгал**

Японы НЭМД нь хүн бүр эмнэлгийн тусламж үйлчилгээг бүх эмнэлэг, клиникүүдэд авах боломжтой байх, улсын болон хувийн бүх эмнэлэг эрүүл мэндийн даатгалд хамрагдсан байх нөхцлийг хангасан байдаг. Японд хүн ам эрчимтэй насжиж байгаа учраас 2000 оны төсвийн зарлагаас бусад тохиолдолд настайчуудад зориулсан эмнэлгийн зардал хурдацтай нэмэгдэж, эмнэлгийн зардлын гуравны нэгээс ч илүү хувийг эзлэх болсон байна. Энэ нөхцөл байдал эмнэлгийн тусламж үйлчилгээг зохистой болгох, шимтгэлийн хэмжээг зайлшгүй нэмэх шаардлагыг бий болгосон байна.

Японы НЭМД дараах зарчимтай бөгөөд зарчмуудыг товч тайлбарлав:

1. Хүмүүс хоорондын зөвшилцлийг бий болгох. Эрүүл мэндийн даатгалын хөгжлийн үйл явцад улсын төсөв, хүмүүсийн төлбөрийн уялдааг хангах нь чухал бөгөөд хүмүүс үүнийг хүлээн зөвшөөрөх нь эрүүл мэндийн даатгалын тогтвортой байдлыг хангах нөхцлийг бүрдүүлнэ.
2. Хүмүүсийн эрүүл мэндийн үйлчилгээнд итгэх итгэлийг хэвээр хадгалах. ЭМЯ хүмүүс эрүүл мэндийн тусламжид итгэх итгэлийг бий болгож чадвал эрүүл мэндийн даатгалд хамрагдах сэдлийг төрүүлнэ.
3. Эрүүл мэндийн яамны үүрэг хариуцлагыг уялдуулах. ЭМЯ бодлогынхоо хүрээнд эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ, эрүүл мэндийн даатгалын удирдлагын уялдаа холбоог хангах үүрэг хүлээдэг.
4. Нэг худалдан авагчийн тогтолцоог бий болгох. Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг үзүүлэгчдийн төлбөрийн механизм ил тод байх шаардлагатай. Аливаа төөрөгдөл, үл ойлголцох байдлаас зайлсхийхын тулд засгийн газрын журам дүрэм тусламж үйлчилгээг худалдан авагчийн төлбөр хийх механизмыг боловсронгуй болгоход анхаардаг.
5. Бүх хүмүүст тэгш үйлчилгээг хүргэх. Эрүүл амьдрал хүний эрхийн үндэс учраас засгийн газар бүх хүмүүст тэгш үйлчилгээ хүрч байгааг баталгаажуулах зорилго тавьдаг.
6. Зохицуулалтыг нээлттэй, ил тод байлгах. Хүмүүст тусламж үйлчилгээ тэгш хүрч байгаа эсэх, даатгалыг үр ашигтай удирдаж байгааг баталгаажуулахын тулд ЭМЯ-нд орлого зарлагын тэнцвэрийг тооцсон нарийвчилсан эмнэлгийн тусламжийн төлбөрийн журам, дүрмийг гаргах шаардлага тавигддаг.

Нэг худалдан авагчийн тогтолцоонд нийгмийн даатгалын төлбөрийн сан, Үндэсний эрүүл мэндийн даатгалын холбоо (ҮЭМДХ), Үндэсний эрүүл мэндийн даатгалын нийгэмлэгүүд ордог. Төлбөрийн тогтолцоо нь эмнэлгүүд өвчтнүүдээс үзүүлсэн тусламж үйлчилгээнийхээ төлбөрийг нэхэмжлэх төлбөртэй үйлчилгээ болон даатгалаас өгөх тогтмол тарифын төлбөрийн хавсарсан хэлбэрээр хэрэгждэг. Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний төлбөрийг Эрүүл мэнд, хөдөлмөр, нийгмийн хамгааллын яам тухайн тусламж үйлчилгээнд шаардагдах чадвар, технологийн түвшин, хүн хүчин, эм болон тоног төхөөрөмжийн үнийг тооцож тогтоодог байна.

**Төлбөрийн сан, ҮЭМДХолбооны мэдээлэл**

	Төлбөрийн сан 2002	ҮЭМДХ 2001
Ажилчдын тоо	6117	6348
Байцаагчид	4536	3117
Нэхэмжлэлийн тоо	793 сая	633 сая
Мөнгөний дүн	10626.6 тэр бум еэн	13976.7 тэр бум еэн
Даатгалаас мөнгө олгохыг татгалзсан %	1.7%	1.2%

Эмнэлгийн даатгал нь ажлын байрны болон хамт олны даатгал гэсэн хэлбэртэй бөгөөд зардал хуваалцах, үзүүлэх тусламж үйлчилгээний хувьд хоорондоо бараг ялгаа байхгүй. Ажлын байрны даатгалд хүн амын 60%, хамт олны даатгалд 40% хамрагддаг. ЭМ, хөдөлмөр, нийгмийн хамгааллын яам ажлын байрны даатгалын 13%, хамт олны даатгалын 32-52%-ийг улсаас татаас хэлбэрээр өгдөг байна.

Эх үүсвэр: Japanese Health Insurance, Shinjiro Nozaki, Director, International Programme Department, JICWELS

### **Кэйс№3: Өмнөд Солонгос улс**

#### **Солонгос улсын нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын ололт, бэрхшээлүүд**

Эрүүл мэндийн даатгалын хууль 1963 оны 12 сард батлагдан 1976 онд 1977-1981 оны 5 жилийн эдийн засгийн хөгжлийн төлөвлөгөөний хүрээнд томоохон өөрчлөлт хийж хамралтыг нэмэгдүүлэх урт хугацааны зорилт таьсан. 1977 оноос 500-аас дээш ажилчинтай томоохон компанийг даатгалд хамруулж, жижиг компаниуд болон хувиар хөдөлмөр эрхлэгчдийг хамруулах бэлтгэл ажлыг хангаж туршсан байна. 1988 онд хөдөөгийн 1989 онд хотын хувиар хөдөлмөр эрхлэгчдийг албан журмын эрүүл мэндийн даатгалд хамруулах ажлыг зохион байгуулсан байна.

Улс төрийн хувьд 1963 оноос цэргийн дэглэмтэй, нийгмийн баримжаа багатай засгийн газар төр барьж байсан нь дээрх үйл ажиллагааг хэрэгжүүлэхэд онцгой ач холбогдолтой байсан байна.

Эдийн засгийн хувьд 1977 онд үйлдвэржилтэд тулгуурласан эдийн засгийн түргэвчилсэн хөгжлийн бодлогыг нэвтрүүлж 1986-1988 онд хувиар хөдөлмөр эрхлэгчдийн дунд даатгалын хамралтыг өртгөтгөн даатгалтай болон даатгалтгүй иргэдийн тусламж үйлчилгээний зардлын хоорондын зөрөөг нэмэгдүүлсэн байна. 2000 онд бие даасан 350 эрүүл мэндийн даатгалын байгууллага байсныг нэгтгэн Үндэсний эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоог байгуулсан. Үндэсний эрүүл мэндийн даатгалын корпораци нь хагас улсын байгууллага бөгөөд ЭМНХЯ-наас бие даасан боловч төсөв хуваарилах, гол удирдлагуудыг сонгоход ЭМНХЯ-ны хатуу хяналтын дор үйл ажиллагаагаа явуулдаг. ҮЭМДК нь нийт хүн амыг даатгалд хамруулан нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын нэг худалдан авагчийн үүрэг гүйцэтгэх болсон. 2000 оны нэгтгэлийн дараа даатгалын тусламж үйлчилгээний зохистой эсэх, зардлыг үнэлэх зорилгоор Эрүүл мэндийн даатгалын үнэлгээний агентлагийг байгуулсан. 2005 оноос шимтгэл нь орлогын 4,5 хувиас (ажил олгогч, хөдөлмөр эрхлэгч үүнийг хувааж ижил хувийг төлдөг) бүрддэг болсон. Хувиараа хөдөлмөр эрхлэгчдийн шимтгэлийг тэдний үндсэн хөрөнгө, орлогод үндэслэн тогтоодог. Хамралтыг нэмэгдүүлэхийн тулд шимтгэл бага иргэдэд тусламж үйлчилгээний хязгаарлагдмал багцийг санал болгож, тусламж авах үедээ хувиасаа нэлээд төлбөр төлөхөөр зохицуулга хийсэн байна. Мөн хувиас төлөх мөнгөнд хязгаар тавих, зарим хөнгөлөлт үзүүлэх зэрэг нийгмийн хамгааллын шинжтэй арга хэмжээг хослуулсан байна. Ядууст зориулсан тусгай хөтөлбөрийг хүн амын 3-4 хувьд хэрэгжүүлж өвчлөлөөс үүдэлтэй ядууралд хүрэхээс урьдчилан сэргийлж төсвөөс татаас өгөх, үндэсний болон орон нутгийн засаг захиргаанаас дэмжлэг үзүүлэх (80:20), хавсарсан төлбөрийг чөлөөлөх эсвэл хямдруулах зэрэг арга хэмжээ авсан байна.

НЭМД-ын сургамж нь: Эдийн засгийн хөгжлийн хурдац нь орлогыг нэмэгдүүлж төлбөр төлөх чадварыг сайжруулсан. Засгийн газар зарим албан бус салбар, хувиар хөдөлмөр эрхлэгчдийн шимтгэлийг дааж, даатгалын талаархи иргэдийн мэдлэгийг дээшлүүлэхэд ихээхэн анхаарсан байна. Улс төрийн хувьд дээрээс доош чиглэсэн хандлагыг ашиглаж, хууль батлах, нийгмийн тогтвортой байдлыг хангах замаар улс төрийн дэмжлэг бий болгосон байна. Орлогыг үнэлэх, шимтгэлийг цуглуулах үйл ажиллагааны зардлыг ихээхэн нэмэгдүүлснээр Зүүн өмнөд Азийн нийгмийн хамгааллын загвар болж чаджээ. Засгийн газрын үүрэг роль их байсан бөгөөд даатгалын санг чиглүүлэх, зохицуулах (шимтгэлийн хэмжээг тогтоох), тэргүүлэх чиглэлийг тогтоох, тусламж үйлчилгээний багцийг сонгох, тусламж үйлчилгээ, эмийн үнийн зохицуулалтыг амжилттай хэрэгжүүлсэн байна. Хувийн салбар эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнд ихээхэн байр суурьтай байдгаас зардлыг хэмнэхэд бэрхшээлтэй байсан. Үүний тулд улсын эмнэлгүүдийг бэхжүүлэх, анхан шатны тусламжийн эмч нарын хаалга барих үйл ажиллагааг сайжруулах, давхардал, эрүүл мэндийн байгууллагуудын хоорондын үр ашиггүй өрсөлдөөнийг сааруулах, төлбөрийн тогтолцоонд өөрчлөлт хийх шаардлагатай болсон.

## 1.2. ХУВИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ДААТГАЛ

*Т. Болормаа*

Хувийн эрүүл мэндийн даатгал нь хувь хүн буюу бүлэг хүмүүс хувийн эрүүл мэндийн даатгалын байгууллагаас эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний багц худалдан авах замаар эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнд хамрагдах нөхцлийг бүрдүүлдэг эрүүл мэндийн зардлын урьдчилсан санхүүжилтийн тогтолцоо юм. Хувийн эрүүл мэндийн даатгалын үйл ажиллагааг ашгийн эсвэл ашгийн бус **хувийн аж ахуйн нэгж** удирдан зохион байгуулдаг. Хувийн эрүүл мэндийн даатгалын бас нэг онцлог нь **сайн дурын даатгал** байдагт оршидог. Хувийн эрүүл мэндийн даатгалыг хувь хүн эсвэл ажил олгогч ажиллагсдынхаа өмнөөс худалдаж авдаг.

Хувийн эрүүл мэндийн даатгалыг дотор нь 3 ангилдаг:

1. **Орлох** (substitutive) хувийн эрүүл мэндийн даатгалыг Европын холбооны улс дотор Герман, Нидерланд, Испани улс хэрэгжүүлдэг ба албан журмын эрүүл мэндийн даатгалд хамрагдахгүйгээр түүнийг орлуулан хувийн эрүүл мэндийн даатгалд зөвхөн хамрагдаж болдог хэлбэрийг *орлуулах* гэж нэрлэдэг. Албан журмын даатгалыг алгасах шалгуур нь хүн амын орлого (Герман, Нидерланд), ажил эрхлэлт (Герман, Нидерланд), ажлын төрөл (Испани, Германы төрийн ажилтнууд) зэргийг харгалзан хувийн эрүүл мэндийн даатгалд хамрах эрхийг хүмүүст өгдөг.
2. **Нөхөх** (complementary) хувийн эрүүл мэндийн даатгалын онцлог нь албан журмын даатгалд хамрагддаг тусламж үйлчилгээг хувийн эрүүл мэндийн даатгалд давхар даатгах боломж олгодогт оршидог. Албан журмын эрүүл мэндийн даатгалтай улс орнуудад (Грек, Итали, Англи, Испани) хэрэглэгчдийн сонголтыг нэмэгдүүлэх, зарим эрэлт ихтэй, удаан хугацаагаар хүлээдэг (мэс засал г.м.) тусламж үйлчилгээ болон ая тухтай тохилог өрөө (банн, шүршүүртэй нэг хүний өрөө г.м.) нэмэлт үйлчилгээний хүртээмжийг сайжруулах зорилгоор нөхөх хувийн даатгалыг ашигладаг.
3. **Нэмэлт** (supplementary) хувийн эрүүл мэндийн даатгалын онцлог нь албан журмын эрүүл мэндийн даатгалд хамрагдаагүй тусламж үйлчилгээг л зөвхөн хувийн эрүүл мэндийн даатгалд хамруулдагт оршидог. Өөрөөр хэлбэл, албан журмын даатгалд хамруулсан тусламж үйлчилгээг хувийн эрүүл мэндийн даатгалд хамарч болохгүй гэсэн үг. Энэ ч утгаараа энэхүү даатгалын хэлбэрийг *нэмэлт* гэж нэрлэдэг.

Орлох хувийн эрүүл мэндийн даатгал нь ихэвчлэн албан журмын эрүүл мэндийн даатгалтай ойролцоо томоохон тусламж үйлчилгээний багцыг санал болгож, төр засгийн зохицуулалтаар хэрэгждэг, харин нэмэлт болон нөхөх хувийн даатгалын тогтолцооны үед тусламж үйлчилгээний багцыг зохицуулдаггүй, даатгуулагчдад багцын хэмжээ, хүрээг тогтоох боломжийг олгодог. Мөн нэмэлт даатгал нь цөөн тооны эрүүл мэндийн тусламжийг хамардаг байна.

***Хувийн эрүүл мэндийн даатгалын давуу талууд***

Хувийн эрүүл мэндийн даатгал нь эрүүл мэндийн санхүүжилтийн нэг хувилбарын хувьд бодит давуу талуудтай байдаг. Үүнд:

- Амьжиргааны түвшин харьцангуй өндөр бүлэг хүмүүсийн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний эрэлт хэрэгцээг өөрсдөөр нь санхүүжүүлэх нөхцөл бүрдүүлдэг. Ингэснээр (хувийн эрүүл мэндийн даатгалд хамруулалгүйгээр) ядуу болон бусад эмзэг бүлгийн хүмүүсийн тусламж үйлчилгээнд төрийн хязгаарлагдмал нөөцийг чиглүүлэх боломж нээгддэг;
- Дэд бүтцэд нэмэлт нөөц дайчилсаны үр шимийг чинээлэг болон ядуу хүмүүс ижил хүртэх боломжтой байдаг;
- Үйл ажиллагааны уян хатан байдал, ашиг орлого нэмэгдүүлэх үүднээс аливаа шинэ санаачилга, бүтээмжийг хөхүүлэн дэмждэг байдал нь улсын салбарын өөрчлөлт шинэчлэлийг эрчимжүүлэх талтай;
- Үйлчлүүлэгчдийн сонголт хийх боломжийг нэмэгдүүлдэг.

Эдгээр боломжит давуу чанарууд бодит амьдрал дээр биелэлээ олох эсэх нь хувийн эрүүл мэндийн даатгалын зохион байгуулалт, түүний зохицуулалт түүнчлэн улсын салбартай хэрхэн уялдаж байгаагаас хамааралтай байдаг.

### ***Хувийн эрүүл мэндийн даатгалын сул талууд***

#### *Тусламж үйлчилгээний багц тодорхойлох*

Эрүүл мэндийн даатгалын зах зээлийн өрсөлдөөнт орчин бүрдүүлэхийн тулд хүмүүс бодогдох ёстой зүйлс төрөл бүрийн багц үйлчилгээг хооронд нь харьцуулах боломжтой байх ёстой. Иймд хамгийн үнэтэй багц үйлчилгээг багц үйлчилгээг өрсөлдөөний эерэг үүрэг болох хэрэглэгчдийн сонголт хийх боломж ихээхэн хязгаарлагддаг.

Ихэнхи улс орнуудад хэрэглэгчид хувийн эрүүл мэндийн даатгалд хамрагдахдаа даатгалын байгууллагын санал болгож буй эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний үр ашгийн талаар тодорхой ойлголттой байдаггүй. Тийм ч учраас энэхүү тодорхой бус байдлыг багасгах үүднээс олон улсын хэмжээнд зохицуулагчид суурь тусламж үйлчилгээний багцыг тодорхой болгох (өөрөөр хэлбэл, энэхүү багцад хамрагдаж буй тусламж үйлчилгээний хэмжээ, түүний бүрэлдэхүүний талаарх мэдээлэлийг хэрэглэгчдэд нээлттэй байлгах) асуудал дээр шахалт үзүүлж байдаг. Гэвч даатгалын байгууллагууд эл шаардлагыг хэрэгсэхгүй байх явдал түгээмэл байдаг.

#### *Даатгалын шимтгэл тогтоох*

Даатгалын шимтгэлийн хэмжээг хувь хүн, бүлэг хүмүүс эсвэл нийтийн эрсдлийг үндэслэн тогтоох боломжтой байдаг.

Ихэвчлэн эрүүл мэндийн өндөр эрсдэл бүхий хүмүүс эрүүл мэндийн даатгалд хамрагдах сонирхол ихтэй байдаг тул даатгалын байгууллагууд голдуу тэдний эрсдлийг үндэслэн тэдэнд илүү өндөр шимтгэл тогтоодог. Ингэснээр хувийн эрүүл мэндийн даатгалын байгууллагууд тусламж үйлчилгээ бага хэрэглэдэг эрүүл, харьцангуй залуу хүмүүсийг хамруулах сонирхолтой байдгаараа ялгаварлан

гадуурхах байдал үүсгэдэг. Санхүүгийн эрсдлийг хэд хэдэн хүмүүсийн дунд тархах боломжийг харгалзан хувийн эрүүл мэндийн даатгалын иéíí байгууллага өөрийн зах зээлээ бүлэг хүмүүст (голдуу ажил эрхлэгчдэд) чиглүүлэх талтай байдаг. Улмаар хувийн эрүүл мэндийн даатгал илүү үнэтэй байдаг, тийм ч учраас ядуу хүмүүст (өвчин эмгэг тусах эрсдэл нь дундаж эрсдэлээс өндөр) даатгалд хамрагдахад ихээхэн бэрхшээлтэй байдаг. Хэдийгээр төрөөс эмзэг бүлгийнхний даатгалын шиймтгэлд татаас үзүүлэх асуудал хэлэлцэгдэж байдаг хэдий ч эдгээр нь бодит амьдрал дээр хэрэгжүүлэхэд амаргүй байдаг.

Өндөр настны эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хэрэгцээ өндөр байх магадлалтай тул хувийн эрүүл мэндийн даатгалын байгууллагууд тэднийг хамруулах сонирхол багатай байдаг бөгөөд хамруулбал тэтгэвэрт гарсных нь дараагаар нилээн өндөр шимтгэл авч хамруулдаг. Хувийн эрүүл мэндийн даатгал өндөр төлбөр төлөх чадвартай хүмүүсийг хамруулдаг учраас тэгш бус байдал болон зардлын өсөлтийг нэмэгдүүлдэг.

#### *Үйл ажиллагааны өндөр зардал*

Хувийн эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцооны үед бие даасан олон тооны хувийн аж ахуйн нэгжүүд хоорондоо өрсөлдөж үйл ажиллагаа явуулдаг учраас хувийн даатгалын удирдлага, үйл ажиллагааны зардал нь нийгмийн даатгалтай харьцуулахад маш өндөр байдаг. Тухайлбал, хувийн даатгалын үед зах зээлд гарах, маркетинг, сурталчилгааны арга хэмжээ зохион байгуулах, даатгуулагчийн эрсдэлийг үнэлэх, тусламж үйлчилгээний багцыг тодорхойлох, үзүүлсэн тусламж үйлчилгээг хянах, төлбөр тооцоог хийх зэрэг үйл ажиллагаанд ихээхэн хэмжээний зардал гардаг.

#### ***Хувийн эрүүл мэндийн даатгалын зах зээлийн зохицуулалтын асуудлууд***

Эрүүл мэндийн зах зээл нь бусад зах зээлтэй харьцуулахад зах зээлийн тогтолцооны доголдлын улмаас бий болдог өвөрмөц шинж чанартай байдаг тул эрүүл мэндийн зах зээлийг төрөөс зохицуулах зайлшгүй шаардлага гардаг. Зохицуулалт хийгдээгүй тохиодолд дараахи шаалтгааны улмаас хувийн эрүүл мэндийн даатгалын зах зээл үр ашигтай байж чаддаггүй. Үүнд:

1. Хувь хүн өөрийн эрүүл мэндийн байдлын талаархи мэдээллийг даатгагчид санаатайгаар бүрэн мэдээлэхгүй байх магадлалтай (гажууд сонголт);
2. Удамшил эсвэл архаг өвчтэй хүмүүс болон өндөр настангууд эрүүл мэндийн эрсдэл өндөртэй байдаг тул даатгалд хамрагдахгүй үлдэх магадлалтай;
3. Даатгагч даатгуулагчийн эрүүл мэндийн байдлын талаар дутмаг мэдээлэлтэй байдаг нь төлбөрийн хэмжээг урьдчилан тооцох, мөн эрсдлийн зэрэглэлээр шимтгэлийг тогтооход бэрхшээл учирдаг;
4. Даатгалд хамрагдсан тохиолдолд хүмүүсийн эрсдэл бүхий үйл ажиллагаанд оролцох хандлага эсвэл тэдний эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хэрэгцээ өөрчлөгдөх хандлагатай байдаг (ёс зүйн доголдол). Ихэнх тохиолдолд даатгуулагч даатгалд шинээр элсэхэд үед хувийн эрүүл мэндийн даатгал энэхүү “эрсдэлд” хамаардаггүй;
5. Хувь хүн бусдын туссан халдварт өвчнөөр халдварлах магадлал хэзээд байдаг.

Зах зээлийн зохицуулалт нь нөөцийн ашиглалт, үнэ бүрдэх үйл явцыг зохистой болгосноор өрсөлдөөнийг дэмждэг. Гэвч хувийн эрүүл мэндийн даатгалын зах зээлийг тэр болгон зохистойгоор зохицуулах боломж байдаггүй.

АНУ-ын зарим эрдэмтэн, судлаачид хувийн эрүүл мэндийн даатгалын зохицуулалтын асуудлыг судалж дэлхийн хэмжээнд эрүүл мэндийн өрсөлдөнт зах зээлийн орчин бүрдүүлэх асуудлыг зохицуулах нь хичнээн төвөгтэй болохыг харуулсан. Тэд АНУ-ын эрүүл мэндийн даатгалын зах зээлийн доголдлын 6 шалтгааныг тодорхойлжээ. Үүнд:

- *Үнийн-мэдрэмжгүй эрэлт*: гуравдагч этгээд (даатгагч) тусламж үйлчилгээний төлбөрийг идэвхгүй хийж байгаа тохиолдолд үйлчилгээ үзүүлэгч, үйлчлүүлэгч нарын аль алинд нь зардлыг хэмнэх хөшүүрэг байдаггүй;
- *Өрөөсгөл эрсдэлийн сонголт бүхий орлогын эх үүсвэр*: даатгагч бүтээгдэхүүний ялгаварлалт болон “өрөм хамах” хандлагыг хэрэгжүүлснээр ашиг орлогоо нэмэгдүүлэх боломжтой;
- *Үнийн өрсөлдөөнийг бууруулах зах зээлийн хэсэгчлэлт*: даатгуулагчдад олон төрлийн үйлчилгээг багтаасан багцуудыг хооронд нь харьцуулахад хэцүү байхын зэрэгцээ ᠔᠑᠗᠑᠗ үнэ өртөгийг үндэслэн сонголт их боломж бараг байдаггүй;
- *Үр дүн, үнэ өртөг хоорондын харилцан уялдааг харуулсан мэдээллийн дутмаг байдал*: тусламж үйлчилгээний үр дүнд үнэлгээ дүгнэлт бараг хийгддэггүй бөгөөд энэхүү үйл ажиллагаанд хөрөнгө оруулалт хийх хүсэлгүй байдаг;
- *Цөөн хэдэн хүмүүсээс бүрдсэн бүлгийн гишүүдийн сонголт хийх боломж хязгаартай байдаг* : тухайлбал, АНУ-д нийт албан ажил эрхлэгчдийн тал нь 100-аас бага гишүүдтэй бүлгүүдэд хамрагддаг тул тэдний эрүүл мэндийн даатгалын сонголт хийх боломж хязгаарлагдмал байдаг;
- *Оновчгүй төрийн татаас*: татварын хөнгөлөлтийн үр шимийг амьжиргааны түвшин дээгүүр иргэд хүртдэг – чинээлэг байх тусмаа, илүү их татаас хүртэж байдаг. Эмзэг бүлгийнхний даатгалын гишүүнчлэлийг тогтвортой байлгах үүднээс төрийн татаасыг тэдэн рүү илүү оновчтой чиглүүлэх шаардлагатай.

Хувийн эрүүл мэндийн даатгалын зах зээлийн дээрхи шинж чанарууд бусад улс орнуудад түгээмэл ажиглагддаг үзэгдэл бөгөөд эдгээр нь нарийн зохицуулалтыг шаарддаг. Үүнийг зохицуулахад арга хэмжээ АНУ-ын судлаачдийн баг боловсруулсан байдаг. Үүнд:

- *Нийтийг хамарсан байдал*: хуулийн зохицуулалтаар нийт хүн амыг наад зах нь хамгийн энгийн багц үйлчилгээнд хамруулах, харин санхүүжилтийг нь ажил олгогч, төрийн татаас болон хувь хүмүүсийн нөөцийг хослуулан санхүүжүүлэх;
- *Тусламж үйлчилгээний багцын сонголт*: жижиг бүлгүүдийг төлөөлж муж тус бүрт наад зах нь хамтын тусламж үйлчилгээ худалдан авагчтай болсноор эдгээр бүлэгт хамрагдаж буй ажилчдын эрсдэлийг нэгтгэх мөн санхүүжилт болон худалдан авалтийн өргөжилтийн үр өгөжийг нэмэгдүүлэх;
- *Үндэсний зохицуулалт*: стандарт тогтоогч зөвлөлүүд үндэсний хэмжээнд байгуулах замаар нэгдсэн тодорхойлолт, нэгдсэн гүйцэтгэлийн стандартыг

мөрдлөг болгох, эмнэл зүйн үр ашгийн талаар мэдээллээр хангах, мөн зах зээлийн үр дүнтэй үйл ажиллагааг баталгаажуулах.

Гэвч зарчмын хувьд эдгээр зохицуулалтын механизмууд зөв зүйтэй хэдий ч бодит амьдрал дээр хэрэгжүүлэх боломжгүй хэмээн АНУ-д шүүмжлэгдсэн байдаг. АНУ-тай ижил төстэй эрүүл мэндийн тогтолцоотой улс орнуудад хувийн эрүүл мэндийн зах зээлийн ашиг сонирхлыг нийтийн сонирхолтой нийцүүлэхийн тулд илүү цогц нарийн зохицуулалт болон хөшүүргийн нийлбэр арга хэмжээ шаардагддаг юм байна.

### ***Хувийн эрүүл мэндийн даатгалын туршлагаас***

Олон улс орнуудын туршлагыг дүгнэхэд хувийн эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоо нь зардлын өсөлтийг хянадаггүй, улсын салбарын өмнө тулгарч буй үр ашгийн асуудлаас ангид бус байдгийн зэрэгцээ тусламж үйлчилгээний тэгш бус байдлыг үүсгэж улмаар эрүүл мэндийн тэгш бус байдалд хүргэдэг ааéíà.

Доорхи улс орнууд хувийн эрүүл мэндийн даатгалыг эрүүл мэндийн санхүүжилт, түүнчлэн хүн амыг эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнд хамруулах гол эх үүсвэр болгохыг дэмжжүй óбóёèààðàé уёс орнууд.

#### **Кэйс №4: АНУ**

АНУ-д өндөр настнуудад зориулсан Medicare, эмзэг бүлгийн зарим бүлэгт чиглэсэн Medicaid болон Veterans Administration хэмээн цэргийн алба хашиж байсан буюу хашч буй албан хаагчдад зориулсан эрүүл мэндийн хөтөлбөрт хамрагддаггүй бусад хүмүүсийг эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнд хамруулах цорийн ганц хэлбэр íù бол хувийн эрүүл мэндийн даатгал байдаг. Даатгал нь голчлон бүлэг ажил эрхлэгчдэд чиглэсэн байдаг тул даатгалын байгууллагын сонголтыг ажил олгогч хийдэг. Өөрөөр хэлбэл, ажилтнуудад даатгалын байгууллагыг сонгох боломж бараг байдаггүй.

1980-аад оны дундуур АНУ-д хувийн эрүүл мэндийн даатгалын зах зээлд тусламж үйлчилгээний бодит үнэ өртөг, чанар болон түүний тоо хэмжээг үл харгалзан даатгагч үйлчилгээ үзүүлэгч нартай төлбөр тооцоо хийдэг “үнэ-дагагч” тогтолцоо давамгайлж байсан. Тухайн нөхцөл байдалд үйлчилгээний үнэ тариф, эмч нарын цалин хөлсийг “энгийн, хэвшсэн, боломжийн” хэмээн ойлголтонд үндэслэн тогтоодог байв. Энэхүү тогтолцоо мөн тухайн үеийн төрийн татаасын нийлбэрийн үр дүнд “хэт-даатгуулалт” болон хэрэглээний үнийн индексийн өсөлтөөс 2-3 дахин илүү үнийн инфляцид хүргэсэн. Харин тусламж үйлчилгээг зохицуулалтанд (managed care) оруулснаар инфляци буурч, 1992-1996 оны хооронд эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнд ногдож буй дотоодын нийт бүтээгдэхүүний хэмжээ 13% дээр тогтворжсон. Гэвч 1997 оноос эхлэн инфляци дахин үүсч даатгалын шимтгэлééí хэмжээ хэрэглэний үнийн индексийн түвшнээс хоёр дахин илүү өссөн. Өнөөгийн байдлаар зохицуулагдсан тусламж үйлчилгээнд нийт ажил эрхлэгчдийн 80% хамрагдаж буй бөгөөд эдгээр нь инфляцийн тогтвортой хяналт бус түр зуурийн ач холбогдол бүхий механизм болхоо харуулсан. Тийм ч учраас зохицуулагдсан тусламж үйлчилгээний чиглэлээр төрөл бүрийн шинэ арга барил гарч буй хэдий ч өнөөгийн байдлаар АНУ-ын эрүүл мэндийн тогтолцоо хэсэгчиглэгдсэн хэвээр байгаа бөгөөд даатгалын байгууллага тус бүрийн хэрэгжүүлж буй арга хэмжээ нь нийт эрүүл мэндийн салбарын гүйцэтгэлд сайн нөлөөлөхгүй байна.

Түүнчлэн тэгш бус байдал илүү нэмэгдэж байгаа. Тухайлбал эдийн засаг өсч, ажилгүйдэл буурч байгаа хэдий ч жилд ойролцоогоор 250000 хүн үнэ өртөгийн улмаас эрүүл мэндийн даатгалын хамрагдалтаас гарч байна.

Зохицуулагдсан эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний ач холбогдолд олон хүмүүс итгэдэг хэдий ч илүү оновчтой, үр дүнтэй зохицуулалтын механизм дутагдаж байгааг хүлээн зөвшөөрдөг.



### **Кэйс №5: Швецари улс**

1996 он хүртэл Швецари улс эрүүл мэндийн сайн дурын даатгалтай байсан тул даатгалтай байх эсэх нь хувь хүний сонголтын асуудал байв. Даатгалын шимтгэлийг хэмжээг хувь хүний эрүүл мэндийн эрсдэлд үндэслэн тогтоодог байсан. Швецари улс харьцангуй чинээлэг байсан тул шимтгэлийн хэмжээ ч (татварын татаасын дэмжлэгтэйгээр) харьцангуй бага байсан тул хүн амын 98% даатгалд хамрагдаж байв. Харин 1970 оны дунд үеэс эхлэн эрүүл мэндийн зардал дахь улсын татаасын хэмжээ буурч, эрүүл мэндийн тогтолцооны эв санааны нэгдлийн зарчим алдагдаж эхэлснээр даатгалын байгууллагууд даатгуулагчдад шахалт (илүү өндөр шимтгэл тогтоох замаар) үзүүлж эхэлсэн. Иймд үнийн өсөлтийг хянах түүнчлэн эв санааны нэгдлийг дэмжих үүднээс 1996 онд бодлогын өөрчлөлт хийсэн.

1996 оны Эрүүл мэндийн даатгалын актын дагуу Швецари улс эрүүл мэндийн албан даатгалын тогтолцоонд шилжсэн. Албан даатгалын үйл ажиллагаанаас ашиг эрэлхийлэхгүй байхаар зохицуулагдсан компани, сангууд эрүүл мэндийн даатгалын үйлчилгээ үзүүлэх болсон. Даатгалын шимтгэлийг нийтийн эрсдлийг үндэслэн тогтоож, мөн амьжиргааны түвшинг үндэслэн татварын санхүүжилтээр хувь хүмүүст татаас үзүүлж эхэлсэн.

Иймд сайн дурын даатгалын чөлөөт зах зээлээс нарийн зохицуулагдсан албан даатгалын тогтоёцоонд шилжиснээр эрүүл мэндийн даатгалд нийт хүн амаа хамруулж чадсан. Гэвч эрүүл мэндийн зардлын өсөлтийг хянаж чадаагүй тул өнөөг хүртэл Швецари улс ДНБ-дээ эрүүл мэндийн зардлын эзлэх хувь өндөртөйд (10%) багтдагийн зэрэгцээ маш өндөр ДНБ-тэй улс орны тоонд ордог.

Дээрхи байдлыг хэд хэдэн шалтгаанаар тайлбарладаг, тухайлбал нийлүүлэгч-талын шахалт дарамт, ялангуяа эмч нарын эрх мэдэл болон өндөр өртөг бүхий технологи шаардсан арга хэрэгслэлийн ашиглалт, олон төрлийн тусламж үйлчилгээний багц, тусламж үйлчилгээ худалдан авагчдын хэсэгчилсэн байдлын улмаас үүсч буй тэдний үйлчилгээ үзүүлэгч нарт үзүүлэх сул нөлөө, мөн үйлчилгээний төлбөрийн тарифын дагуу төлбөр тооцоо үргэлжилүүлэн хийсээр байгаа байдал. Тийм ч учраас эрүүл мэндийн тогтолцооны зардлын хяналт, түүнчлэн микроэдийн засгийн үр ашиггүй байдал үргэлжилсээр байна. Дээрхи асуудлыг шийдвэрлэхэд санхүүжилтийн эх үүсвэр голлох үүрэг гүйцэтгэдэггүй нь тодорхой байна. Гэсэн хэдий ч өнөөгийн байдлаар Швецари улсад хүн ам нь нийтээрээ эрүүл мэндийн цогц үйлчилгээнд хамрагдах баталгаагаар хангагдсан байдаг.

#### **Кэйс №6: Чили улс**

Пиночетийн эдийн засгийн бүтцийн өөрчлөлт нь төр, хувийн салбарыг тусгаарласан. Бүх ажил эрхлэгчид өөрийн цалингийн 7%-д тэнцэх эрүүл мэндийн даатгалын шимтгэл төлөх ёстой болсон. Чингэхдээ тэд хувийн эрүүл мэндийн даатгал эсвэл улсын эрүүл мэндийн даатгалын байгууллага хоёрын аль нэгийг нь сонгох боломжтой болсон. Иймд тохиолдолд ерөнхийдөө залуу, төлбөрийн чадавхи өндөртэй, эрүүл хүмүүс хувийн даатгалыг сонгож харин өндөр настай, орлого дорой болон ямарваа нэг өвчин эмгэгтэй хүмүүс улсын салбараар үйлчлүүлэхэд хүрдэг байна. 1998 онд улсын эрүүл мэндийн даатгалаар нийт хүн амын гуравны хоёр нь үйлчлүүлж (захиргааны зардалд 4%-ийг эзэлж), оролцойгоор нэг хүнд 200 ам. доллар зарцуулсан байхад хувийн даатгалын байгууллага хүн амын гуравны нэгт үйлчилж, нэг хүнд 300 ам. доллар зарцуулсаны 20% нь захиргааны зардал байжээ. Хувийн эрүүл мэндийн салбарт нийт 15 даатгалын байгууллага үйл ажиллагаагаа явуулдаг. Эдгээр байгууллагууд үү 3000 гаруй төрлийн багц үйлчилгээг санал болгодог гэхдээ нийтийн эрсдлийг үндэслэн даатгалын шимтгэл тогтоох аргыг хэрэглэдгүй. Чилид хувийн эрүүл мэндийн даатгалын зах зээлийн зохицуулалтыг Superintendancy гэдэг байгууллага хийдэг. Гэвч эл байгууллагын зохицуулалтын эрх мэдлийн цар хүрээ хуулиар хязгаарлагдсан байдаг тул үйл ажиллагаа нь санхүүгийн хяналтанд түлхүү төвлөрдөг. Тухайлбал, Superintendancy –д хувийн эрүүл мэндийн даатгалын байгууллагын чадавхыг хяналт, үнэлгээ дүгнэлт эрх мэдэл байдаггүй тул гишүүддээ өртөг зардлын үр ашигтай тусламж үйлчилгээ худалдан авагчийн үүргийг гүйцэтгэж чаддаггүй. Нөгөөтэйгүүр, Чили улсад хэрэглэгчдийн эрх ашгийг хамгаалах асуудал хөгжлийн эрт үедээ байгаа өдөр тусламж үйлчилгээ нь шаардлага хангаагүй тохиолдолд хэрэглэгчдийн эрх ашгийг хамгаалах асуудал бараг байдаггүй. Түүнчлэн улсын эрүүл мэндийн даатгалын байгууллага даатгуулагчийн өмнө хүлээсэн үүргээ бүрэн гүйцээжээ гэж хянаагаа өдөр мөн л үүнийг хянаж байдаг.

#### **Эрүүл мэндийн хадгаламжийн данс (ЭМХД) ба Сингапур улсын туршлага (кэйс №7)**

Анх 1984 онд Сингапур улс Medisave хэмээн эрүүл мэндийн хадгаламжийн дансыг нэвтрүүлсэн. Энэхүү тогтолцоо нь хувь хүний хариуцлагын зарчим дээр суурилсан байдаг. Иргэд өөрсдийн сарын орлогын тодорхой хэсгийг өөрсдийнхөө эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнд зарцуулах зорилгоор тусгай дансанд хадгалдаг. Энэхүү ЭМХД нь эрүүл мэндийн зах зээлийн гажуу сонголт, ёс зүйн доголдол, гуравдагч этгэдийн төлбөртэй холбогдол бүхий асуудал болон захиргааны өндөр зардал зэрэг тулгамдсан асуудлуудыг шийдвэрлэхэд ач холбогдолтой хэмээн үзсэн байдаг. ЭМХД нь албан даатгалын хувилбар учир үүгээрээ бусад (Швецари улсыгхаас бусад) хувийн эрүүл мэндийн даатгалаас ялгаатай байдаг.

ЭМХД-г анх нэвтрүүлж эхэлсэн үеэсээ л орлогын түвшин догуур хүмүүсийг хамгаалах үүднээс нэмэлт даатгалын элементээр хангаж ирсэн. Тийм учраас Сингапурын эрүүл мэндийн тогтолцоо гурван бүрэлдэхүүн хэсгээс бүрддэг.

1. Medisave-ийн дагуу ажил эрхлэгчид өөрийн татвар ногдох орлогын 6-7%-ийг эмнэлэг болон амбулаторийн зарим өндөр үнэтэй тусламж үйлчилгээнд зориулах үүднээс эрүүл мэндийн хадгаламжийн дансанд хадгалах ёстой байдаг;
2. Medishield бол 1990 онд байгуулагдаж эрүүл мэндийн гэнэтийн эрсдлийн даатгалын тогтолцоо. Уг даатгалын шимтгэлийг ЭМХД-с суутгадаг бөгөөд энэ нь хэмжээ ихтэй суутгал байдгийн зэрэгцээ давхар даатгалын үүрэг гүйцэтгэдэг. Түүнчлэн эрүүл мэндийн даатгалын зах зээлийн ёс зүйн доголдолыг хязгаарлаж өгдөг;
3. Medifund бол ядуучуудын эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний зардлыг оуайёе амьжиргааны түвшинг тодорхойлсоны үндсэн дээр санхүүжүүлэх зорилгоор 1993 онд байгуулагдаж тусламжийн сан юм. Эдгээр хүмүүст эмнэлгийн тусламж үйлчилгээг зөвхөн нийтийн палатанд үзүүлдэг бөгөөд 1993 оны байдлаар нийт хэвтэн эмчлүүлэгчдийн зөвхөн 3% нь л энэ даатгалд хамрагджээ. Төрөөс улсын эмнэлэг, амбулаторийн үйлчилгээнд хамрагдаж буй хүмүүст үзүүлж буй татаасын хэмжээ тусламж үйлчилгээний “тансаг байдал” нэмэгдэхийн хэрээр багасдаг байна.

Сингапур улс ЭМХД-ны тогтолцоог амжилттай хэрэгжүүлсний дүнд 1992 оны байдлаар тус улсад нийт ажил эрхлэгчдийн 95% нь уг тогтолцоонд хамрагдаж, нийт 9 тэрбум ам. долларын нөөц бүрдүүлсэн байна. Гэхдээ энэхүү амжилтыг тухайн улс орны нөхцөл байдалтай уялдуулан авч үзэх нь илүү бодит олгойлт өгөх болно. Сингапур бол Хятадаас дөрвөн ирсэн 3 сая хүн амтай, сүүлийн хэдэн арван жил эдийн засгийн эрчимтэй өсөлттэй хөгжиж ирсэн жижиг улс орон юм. Тэд эрүүл мэндийн салбартаа өндөр технологи бүхий тусламж үйлчилгээг нэвтрүүлсэний сацуу маш өндөр хадгаламжийн түвшинд хүрсэн байдаг.

Сингапур улсын эрүүл мэндийн тогтолцоонд үнэлгээ дүгнэлт хийсэн судлаачдын үзэж байгаагаар эрүүл мэндийн санхүүжилтийн оновчтой механизм болох ЭМХД-ны тогтолцоог төрийн татаасаар үзүүлж буй эмнэлгийн болон эрүүл мэндийн анхан шатны тусламж үйлчилгээний нарийн зохион байгуулалт бүхий тогтолцоотой хослуулснаар хүн амдаа эрүүл мэндийн суурь тусламж үйлчилгээний хүртээмжийг хангасан. Ингэснээр эрүүл мэндийн тогтолцоо нь тусламж үйлчилгээний тэгш хүртээмжтэй байдлыг хангаж чадахын зэрэгцээ үр ашигтай байгаа гэж үзжээ.

Гэтэл Сингапурын эрүүл мэндийн салбарт үнийн өрсөлдөөн байдаггүй тул “чанарын” өрсөлдөөн нь зардлыг өсөлтийг нэмэгдүүлсэн байдаг. Учир нь ЭМХД болон бусад санхүүжилтийн аргууд нь үйлчилгээ үзүүлэгчид тусламж үйлчилгээний эрэлтийг зохиомлоор өсгөж байгаа байдлыг хязгаарлаж чадаагүй тул зардлыг өсөлтийг эрчимжүүлсэн байна. Иймд Сингапурын засгийн газар эрүүл мэндийн зах зээлийн доголдлыг арилгах үүднээс төрийн зохицуулалт зайлшгүй шаардагдаж байгааг хүлээн зөвшөөрсөн байдаг.

АНУ 1996 онд ЭМХД-г нэвтрүүлсэн байдаг. Хүмүүсийг хадгаламжийг хөхиүлэн дэмжих зорилгоор эл дансыг татвараас чөлөөлсөн байв. Энэ нь өндөр татвар төлөгчид, илүү орлогтой, эрүүл мэндийн бага эрсдэлд бүлэг хүмүүст ашигтайгаар туссан юм. Тийм ч учраас, хувийн эрүүл мэндийн даатгалын бусад байгууллагууд үйл ажиллагаагаа зэрэгцэн явуулж буй нөхцөлд, АНУ-д эрсдэл эрүүл мэндийн

даатгалын зах зээлд төвлөрч, шимтгэлийн хэмжээ өсч улмаар даатгалд хамрагдаагүй хүмүүсийн тоог өсгөхөд хүргэсэн.

Хэдийгээр улс орнууд Сингапурын ЭМХД-ыг хэрэгжүүлснээр амжилтанд хүрээгүй ч хувь хүний бие даасан байдал, зах зээлийн чөлөөт байдлыг дэмжигч либеритарчууд энэхүү санхүүжилтийн механизмыг сурталчилсаар байна.

#### **1.4. ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ДААТГАЛЫН ТАЛААРХ ДЭМБ-ЫН ҮЗЭЛ БАРИМТЛАЛ**

---

*Д.Баярсайхан, ДЭМБ-ын Номхон Далайн Баруун Эргийн Бүсийн Эрүүл Мэндийн Санхүүжилтийн Асуудал Хариуцсан Зөвлөх*

Эрүүл мэндийн санхүүжилтэд чухал нөлөөтэй санхүүгийн эх үүсвэрт эрүүл мэндийн даатгал зүй ёсоор ордог. Сүүлийн жилүүдэд хөгжиж байгаа олон орон эрүүл мэндийн даатгалд ихээхэн ач холбогдол өгч түүнийг эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийн нэг хэлбэр болгон хөгжүүлж байна. Энэ үйл явцыг ДЭМБ бүх талаар дэмжин тухайн улс оронд эрүүл мэндийн даатгалын хамгийн тохиромжтой хэлбэрийг сонгон хэрэгжүүлэх, тэр дундаа нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалыг хөгжүүлэхэд илүүтэй анхаарсан хамтын ажиллагааг явуулж ирлээ. Гэхдээ энэ үйл явц ямар нэгэн саад бэрхшээлгүй өрнөж байна гэж ойлгож болохгүй нь тодорхой. ДЭМБ-аас гишүүн орнуудын түвшинд эрүүл мэндийн даатгалыг хөгжүүлэх талаар гаргаж буй хүчин чармайлтыг дэмжих, саад, бэрхшээлийг даван туулах, тэдгээрийг оновчтой хувилбараар шийдэх, үр дүнтэй бодлогын шийдвэр гаргаж хэрэгжүүлэхэд мэргэжлийн туслалцаа үзүүлэх, бодлогын зөвлөмжөөр хангахад илүүтэй анхаардаг. Эдгээр олон талт үйл ажиллагааг явуулахдаа дараах үзэл баримтлалыг иш үндэс болгодог юм.

1. Юуны өмнө улс орны хэмжээнд бодлого боловсруулж шийдвэр гаргагчид эрүүл мэндийн даатгалын талаар зохих мэдлэгтэй байх нь хамгаас чухал гэж ДЭМБ үздэг. Өнөөдөр дэлхийн улс орнуудад эрүүл мэндийн даатгал олон хэлбэр, төрлөөр үйлчилж байна. Тэдгээрийн үндсэн утга агуулга, үйл ажиллагааны арга, зарчмыг цогц байдлаар судлаж ойлгохгүйгээр бүхэлд нь, эсвэл аль нэг бүрэлдхүүн хэсгийг шууд хуулбарлах, өрөөсгөл итгэл үнэмшилд автах, эсвэл үнэлгээ, нотолгоогүй шүүмжлэх замаар бодлогын шийдвэр гаргах нь маш их эрсдлийг агуулдаг. Нэгэнт дутуу дулимаг гарсан шийдвэрийг эргэн засаж сайжруулахад багагүй цаг хугацаа, хүч хөрөнгө алдахаас гадна хүн амын эрүүл мэндэд ч сөрөг нөлөө үзүүлэхгүй гэсэн баталгаа байхгүй. Иймд эрүүл мэндийн даатгалын үндэсний чадамжийг нэмэгдүүлэхийг ДЭМБ чухалчлан үзэж энэ зорилгоор үндэсний болоод олон улсын сургалт, семинар, хурал зөвлөлгөөн зохион байгуулах, улс хооронд туршлага солилцох, эрүүл мэндийн даатгалын талаар бодитой лавлагаа, мэдээлэл, нотолгоо, материалаар хангахад анхаарч ажилдаг.

2. Эрүүл мэндийн даатгалын хураамжийг цуглуулж хөрөнгийн сан бүрдүүлэх нь даатгалын нэг үндсэн зарчим хэдий ч ямар хэмжээний хураамжийг хүн амын ямар бүлэг төлж байгааг зайлшгүй харгалзан үзэх хэрэгтэй. ДЭМБ эрүүл мэндийн даатгалын хураамжийг нийт хүн амын аж амьжиргаанд хүндээр тусахгүй байх хэмжээнд тогтоож мөрдөх, тухайлбал өрхийн орлоготой нь аль болох харьцуулж адил тэгш зарчимд тулгуурлаж тогтоохыг зөвлөдөг. Ингэснээр бага орлоготой иргэд бага хураамж төлөх, өндөр орлоготой иргэд илүү өндөр хураамж төлөх нь тодорхой ч өрх гэрийн аж амьжиргаа, зардал талд үзүүлэх нөлөөлөл нь харьцангуй адил гэдэг нь ойлгомжтой. Энэхүү зарчмыг хэрэгжүүлснээр хүн бүр боломжийн хэрээр хураамжаа тогтмол төлж харин төлсөн хураамжийн хэмжээнээс үл шалтгаалан эрүүл мэндийн

шаардлагатай тусламж, үйлчилгээг даатгалтай иргэн бүр адил тэгш хүртэх боломж бүрдэнэ гэж үздэг.

3. ДЭМБ эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоог зөвхөн санхүүгийн эх үүсвэрээр хягаарлаж үздэггүй. Эрүүл мэндийн даатгал тухайн орны эрүүл мэндийн бодлогыг хэрэгжүүлэх, эрүүл мэндийн үр ашиг багатай зардлыг багасгах, эмнэлэг, үйлчилгээний зардлын хэт их төлбөрт өвчтөн нэрвэгдэхээс сэргийлэх, улмаар хүн амын орлого бага, эмзэг хэсгийг ядууралд оруулахаас сэргийлэх чухал арга хэрэгсэл гэж үздэг. Сүүлийн жилүүдэд эрүүл мэндийн улсын ба хувийн салбарын уялдаа холбоо муу, хяналт сул төлбөртэй үйлчилгээний нөлөөлөл дор эрүүл мэндийн үйлчилгээнд иргэд хувиасаа шууд төлбөр төлөх явдал ихээхэн нэмэгдэж байна. Хувиараа хийж байгаа шууд төлбөрийн энэ арга нь үндсэн эмчилгээний зэрэгцээ шаардлага багатай оношлогоо, үйлчилгээгээр эмчилгээний хүрээг өргөжүүлэх, эсвэл эмнэлгийн байгууллагад орлого илүү оруулсан үйлчилгээг өвчтөнд илүүтэй үзүүлэх сонирхолыг эмч, ажилтнуудад төрүүлдэг нь нууц биш юм. Амьдрал дээр тухайн өвчний шинж чанар, эмчилгээний шаардлагаас хамаарч эмчилгээнд ямар хэмжээний зардал өвтөнөөс гарахыг урьдчилан тооцоолоход хүндрэлтэй байдаг. Мөн төлбөр төлсөн эмчилгээ, үйлчилгээ бүр чанартай гэсэн баталгаа байдаггүй. Яагаад гэвэл тухайн өвчнийг илааршуулахад үнэхээр шаардлагатай эмчилгээ, үйлчилгээг өвчтөн авч байгаа эсэх, тэдгээр эмчилгээ, үйлчилгээ чанарын зохих шаардлагыг хангаж байгаа эсэхийг өвчтөн өөрөө дүгнэх, үнэлэх, санал бодлоо илэрхийлэх боломж хязгаарлагдмал юм. Харин эрүүл мэндийн даатгал зардлын энэ тодорхойгүй байдлыг өөрчилж өвчтнөөс эрүүл мэндээ даатгаж тодорхой хураамж төлөх, төлөвлөж тооцох боломж бүрдүүлээд зогсохгүй өвчтөнд үзүүлэх эмчилгээ, үйлчилгээний нэр төрөл, зохистой байдал, чанарт мэргэжлийн хяналт тавих боломж олгодог.

4. Аль ч улс орны эрүүл мэндийн тогтолцооны эрхэм зорилго ард иргэдээ эрүүл мэндийн шаардлагатай тусламж, үйлчилгээнд жигд, хүртээмжтэй хамруулж улмаар хүн амынхаа эрүүл мэндийн түвшинг тасралтгүй сайжруулахад оршдог. Энэ эрхэм зорилгод эрүүл мэндийн даатгал бүх талаар нийцэх ёстой гэж ДЭМБ үздэг. Тухайлбал, эрүүл мэндийн даатгалыг аль болох олон хүнд хүргэх, эрүүл мэндийн зайлшгүй шаардлагатай тусламж, үйлчилгээг эрүүл мэндийн даатгалын багцад аль болох түлхүү оруулах, энэхүү багц үйлчилгээг даатгалтай ямар ч иргэн хэрэгцээтэй үедээ чирэгдэлгүй бөгөөд чанартай авдаг боломжийг хангахад эрүүл мэндийн даатгалыг байгууллага анхаарч ажиллана гэсэн үг юм. Туйлын ядуу, төлбөрийн чадваргүй хүмүүс өвчин эмгэгт ихээр нэрвэгдэж байдаг ч эмчилгээ, үйлчилгээнд хамрагдахгүй байх нь түгээмэл байна. Харин төрөөс явуулах бодлогын хүрээнд тэдгээр хүмүүсийг эрүүл мэндийн даатгалд хамруулах, ингэснээр тэдэнд эрүүл мэндийн шаардлагатай тусламж, үйлчилгээг бүрэн хэмжээгээр үзүүлэх боломжийг эрүүл мэндийн даатгал олгодог. Даатгалтй иргэнд эрүүл мэндийн шаардлагатай тусламж, үйлчилгээг чанартай үзүүлэхэд уг тусламж, үйлчилгээг үзүүлэгч байгууллагад хийх төлбөрийн хэмжээ, аргууд чухал нөлөөтэй. ДЭМБ-аас төлбөрийн ямар нэг аргад онцгой ач холбогдол өгдөггүй, ингэх ч боломжгүй гэдэг нь тодорхой. Яагаад гэвэл төлбөрийн арга бүр өөр өөрийн давуу, сул талуудтай байдаг учраас ямар төлбөрийн аргыг чухам ямар үед ямар зорилгоор хэрэглэх, тэрхүү зорилтоо тухайн арга хэрхэн биелүүлж байгаад тогтмол хяналт тавьж үнэлгээ өгөх, үндсэн зорилгоо биелүүлсэн бол дараагийн оновчтой аргыг сонгох зэрэг бодлогын чанартай алхамуудыг цаг тухайд нь авч хэрэгжүүлэх шаардлагатай. Жишээ нь үйлчилгээ нэг

бүрээр хийх төлбөрийн арга нь үйлчилгээний нэр төрлийг хэт нэмэгдүүлж онцын шаардлагүй үйлчилгээг өвчтөнд үзүүлэх сонирхол төрүүлдэг. Гэхдээ энэ аргыг эрэлт багатай үйлчилгээ, эсвэл урьдчилан сэргийлэх тарилга гэх мэт хүн амыг бүхэлд нь хамруулах зорилго бүхий үйлчилгээнд ашигласнаар үйлчилгээний ашиглалтыг хэт бууруулахгүй байх, эсвэл хамралтын хүрээг нэмэгдүүлэх ач ходогдолтой байхыг үгүйсгэж болохгүй. Мөн нэг иргэнд тооцсон төлбөрийн аргыг эрүүл мэндийн даатгалын санхүүжилтэнд хэрэглэх нь бий. Энэ аргын давуу тал нь зардлыг эрсдлийг санхүүжүүлж байгаа байгууллага, тухайлбал эрүүл мэндийн даатгалын сан төдийгүй уг санхүүжилтийг авч байгаа эмнэлэг, эрүүл мэндийн байгууллага давхар хүллэдэг. Иймээс санхүүгийн хөрөнгийг аль болох оновчтой, үр дүнтэй зарцуулах сонирхол аль аль талд нь үйлчилж байдаг сайн талтай. Мөн өвчний оношлогоо, үйлчилгээгээр томсгосон төлбөрийн арга нэлээд үр дүнтэйд тооцогддог. Гэхдээ энэ арга зонхилох эмчилгээ, үйлчилгээний өртөг зардлыг нарийвчлан тооцох, үнийн өсөлт, инфляци дагаж тодорхой хугацааны дараа төлбөрийн хэмжээг хянаж шинэчлэх гээд нэлээд зардал шаарддаг арга тул хөгжиж байгаа орнуудад энэ арга төдийлөн өргөн хэрэглэгддэггүй. Ямар ч тохиолдолд төлбөр хийх арга, түүнийг ашиглахтай холбогдож гарах зардал нь эрүүл мэндийн даатгалын сангийн үйл ажиллагааны зардал багтсан, эдийн засгийн үр дүнд нийцсэн байхыг анхаарах нь зүйн хэрэг. Ингэснээр эцсийн дүнд хүн амд үзүүлэх шаардлагатай тусламжийг нийтэд жигд, хүртээмжтэй үзүүлж аль болох бага зардлаар өндөр үр дүнд хүрэх, нийт хүн амынхаа эрүүл мэндийн байдлыг жигд хангах сайжруулахад ахиц амжилт гаргах нь тодорхой.

5. Эрүүл мэндийн даатгалыг санхүүгийн голлох эх үүсвэр төдийгүй нийгмийн хамгааллын үндсэн арга болгон хөгжүүлэхийг зорьж байгаа улс орнууд нийт хүн амаа эрүүл мэндийн даатгалд бүрэн хамруулахыг бодлогын зорилт болгон тавьж байна. Энэ зорилттой уялдуулан ДЭМБ-ын зүгээс даатгалын хамралтын асуудлыг хүн амын тодорхой бүлэг эсвэл хувь хүн нэг бүрээр бус харин өрх гэрээр нь даатгалд хамруулах боломжийг судалж үзэхийг зөвлөдөг. Энэ нь эрүүл мэндийн даатгалын хамралт, ач холбогдлыг нэмэгдүүлээд зогсохгүй эрхэлж байгаа ажил хөдөлмөр, насны ялгаанаас голлон хамаарч нэг айл өрхийн гишүүд өөр өөр даатгалд хамрагдах, эсвэл янз бүрийн сувгаар ялгавартай хураамж төлөх явдлыг багасгах ач холбогдолтой. Нөгөө талаар эдийн засгийн хувьд идэвхитэй өрхийн гишүүд өөрсдийн шууд асрамжинд байгаа хүүхэд, өндөр настанд тавих халамж, анхаарал нэмэгдэж энэ хэрээр төрөөс эмзэг бүлэгт үзүүлэх дэмжлэг улам оновчтой, үр дүнтэй болох магадлал өндөр юм.

6. Эрүүл мэндийн даатгалын багцийг тодорхойлоход эмнэлгийн түвшний үйлчилгээнд илүү анхаарал хандуулах явдал элбэг тохиолддог. ДЭМБ-аас даатгалын багцыг тодорхойлоход амбулотор болон хэвтүүлэн эмчлэх үйлчилгээг аль болох тэнцвэртэй оруулахыг зөвлөдөг. Хэрэв даатгалын багц үйлчилгээнд эмнэлгийн үйлчилгээ зонхилвол өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, эрт оношлох замаар өвчнийг бага зардлаар төгс эмчлэх боломжийг алдах талтай. Мөн амбулаторийн үйлчилгээнд илүү анхаарал хандуулбал даатгалтай иргэний эмнэлгийн тусламжийн хэрэгцээ, шаардлагыг бүрэн хангах боломж хязгаарлагдаж болох тул үйлчилгээний зохистой бөгөөд тэнцвэртэй харьцааг хангах асуудал ихээхэн чухал юм.

7. ДЭМБ-аас эрүүл мэндийн даатгалын байгууллагын бие даасан үйл ажиллагааг бүх талаар дэмждэг. Эрүүл мэндийн даатгалын хөгжил, төлөвшилтийг тасралтгүй хангаж,

даатгалын үйл ажиллагааны үр дүн, даатгалтай иргэнд үзүүлэх үйлчилгээний ач холбогдлыг байнга өндөржүүлэх үйл явц эрүүл мэндийн даатгалын байгууллагын удирдлага, зохион байгуулалт, үйл ажиллагааны чадамжаас голлон хамаардаг. Эрүүл мэндийн даатгалын хөгжлийн зохистой хандлага, үйл ажиллагааны өндөр чадавхи харьцангуй бие даасан байгууллага дээр суурилж энэ хэмжээгээр даатгалын байгууллагын зүгээс даатгалтай иргэдийн өмнө хүлээх хариуцлага, үйл ажиллагааны ил тод байдал нэмэгдэж байдаг. Даатгалын хамралт, хураамж, багц нэгэнт тодорхой нөхцөлд төрөөс эрүүл мэндийн даатгалын үйл ажиллагаанд оролцох шаардлага ч бага юм. Харин төр ажил олгогчийн хувьд төрийн албан хаагчдын хураамжийн тодорхой хувийг, хэрэв хүн амын орлого бага, ядуу, эмзэг хэсгийн хураамжийг хариуцдаг бол мөн энэ хураамжийг цаг хугацаанд нь даатгалыг санд төлж үйл ажиллагааг нь дэмжиж байхыг эрхэмлэх нь чухал юм. Амьдрал дээр төрөөс эрүүл мэндийн даатгалын санд төлж байгаа хураамжийг улсын санхүүжилт мэтээр ташаа ойлгож түүний байршил болоод ашиглалтад зүй бусаар нөлөөлөх, даатгалын санхүүжилтэнд нэмэлт шат дамжлаг үүсгэх явдал гарч болзошгүй тул хураамжийн бүрдүүлэлт, ашиглалтын талаар аль болох зөв ойлголт өгөхөд анхаарах хэрэгтэй.

8. Эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоог хөгжүүлж төлөвшүүлэх, даатгалын багц үйлчилгээг даатгалтай иргэдэд чанартай үзүүлэхэд ДЭМБ өмчийн ялгавартай үзэл баримтлалдаггүй. Харин өрхийн орлого, эрүүл мэндийн байдал болоод оршин суугаа нутаг дэвсгэрээс шалтгаалж тэгш бус хураамж төлөх, үүнтэй уялдан үйлчилгээний нэр төрөл, чанарын хувьд ялгавартай тусламж, үйлчилгээг үзүүлэхээс татгалзахыг чухалчлэдаг болно. Мөн эрүүл мэндийн зардлын ачаалал хүн амын орлого багатай, эсвэл өвчин, эмгэгт нэрвэгдсэн иргэд, айл өрхөд илүү хүнд тусаж тэдний аж амьжиргааг сүйрүүлэхээс сэргийлэхийг эрхэмлэдэг.

9. Эрүүл мэндийн даатгалд оролцогч талуудын ашиг тэр бүр нийлж байдаггүй. Заримдаа нэг талын сонирхлууд ч өөр хоорондоо зөрчилдөх нь бий. Тухайлбал, эрүүл мэндийн даатгалд хамрагдсан иргэн хураамж төлөгчийн хувьд аль болох бага хураамж төлөхийг сонирхдог хэрнээ үйлчилгээ авагчийн хувьд аль болох өргөн нэр төрлийн үйлчилгээг технологийн өндөр түвшинд авахыг хүсдэг. Иймээс эрүүл мэндийн даатгалд оролцогч талууд өөр өөрсдийн ашиг сонирхлыг даатгалын байгууллагад шууд болон шууд бус янз бүрийн замаар илэрхийлэхээс сэргийлэх нь яухал юм. Иймд олон талын ашиг сонирхлыг бүгдээр нийлж хамтран ярилцаж нэгдсэн нэг ойлголт, тохиролцоонд хүрэх, нэгэнт тохирсон зүйлээ хамтаар хэрэгжүүлэхийн төлөө мэрийн ажиллах нь эрүүл мэндийн даатгалын үйл ажиллагаанд чухал нөлөө үзүүлдэг. Энэ үүднээс ДЭМБ эрүүл мэндийн даатгалд оролцогч талуудын тэнцвэртэй оролцоог хангасан эрүүл мэндийн даатгалын бие даасан зөвлөл байгуулан ажиллахыг бүх талаар дэмждэг болно.

10. ДЭМБ-аас үйл ажиллагаандаа голлон мөрдлөг болгодог эдгээр үзэл баримтлалд эрүүл мэндийн даатгалын олон төрлөөс нийгмийн эрүүл мэндийн даатгал (*social health insurance*)-ын зарчим илүүтэй нийцдэг. Учир нь нийгмийн эрүүл мэндийн даатгал нийгмийн даатгалын нэг гол зарчим болсон бүх нийтээрээ эвсэлдэн нэгдэх (*social solidarity*) үйл ажиллагаанд тулгуурладаг тул хувь хүний гэхээсээ илүү нийт хүн ам, нийгмийн эрх ашгийг илүүд тавьж байдаг. Иймээс ч нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын хамралтын хүрээ, хураамжийн хэмжээ, бүрдүүлэх зарчим, даатгалтай иргэнд үзүүлэх үйлчилгээний багцыг хуулиар тогтоож баталгаажуулж өгдөг. Энэ



байдлаас үүдээд нийгмийн эрүүл мэндийг даатгалыг албан журмын даатгал (*compulsory health insurance*) гэж нэрлэх яадал ч бий. Эрүүл мэндийн даатгалыг хөгжүүлэх, үйл ажиллагааг улам сайжруулах талаар хүчин чармайлт гаргаж буй орнууд дээр дурдсан 10 асуудлыг өргөжүүлэн судалж тухайн орны онцлогт нийцүүлэн хэрэгжүүлэх талаар ДЭМБ болон бусад түншүүдтэй хамтран ажиллах бүрэн боломжтой.

Өнөөдөр эрүүл мэндийн санхүүжилт, эрүүл мэндийн даатгалын өөрчлөлт, шинэчлэлийн асуудал нэлээд өргөн хүрээнд дэвшигдэн яригдаж байна. Үүнтэй холбогдож ДЭМБ-ыг санхүүгийн нэг эх үүсвэрт, тухайлбал нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалд илүү ач холбогдол өгч байгаа мэт буруу ташаа ойлголт хааяа гардаг. Үнэн хэрэгтээ ДЭМБ санхүүгийн нэг эх үүсвэр бус харин санхүүжилтэйн урьдчилсан төлбөрийн аргад тухайлбал татвараар дамжиж төвлөрөх улсын төсөв, хураамжаар дамжиж төвлөрөх эрүүл мэндийн даатгалын санхүүжилтийг илүүтэй дэмжиж байгаа юм. Дэлхийн улс орнуудын эрүүл мэндийн санхүүжилтийн байдлаас дүгнэн үзэхэд хувийн төлбөрийн санхүүжилт хэт давамгайлсан орнуудад эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг хүн амдаа жигд хүртээмжтэй хүргэх зорилт ихээхэн хүндрэл бэрхшээлтэй тулгарч байна. Үүгээр зогсохгүй хяналт, зохицуулалт алдагдсан үйлчилгээний янз бүрийн төлбөрийн нөлөөллөөр эрүүл мэндийн зардал хүн амын орлого бага, эмзэг бүлгийг ядууралд түлхэн оруулдаг гол хүчин зүйл болж байгааг олон судалгаа, нотолгоогоор харуулах болов. Харин эрүүл мэндийн санхүүжилтэнд урьдчилж төлөх татвар, хураамжаар бүрддэг улсын төсөв болон эрүүл мэндийн даатгалын сан зонхилж байгаа тохиолдолд ард иргэд шаардлагатай тусламж үйлчилгээнд санхүүгийн хүнд дарамт, бэрхшээлгүй хамрагдаж байна. Энэ утгаар эрүүл мэндийн даатгалыг туйлын зорилт болгож ямар ч нөхцөлд хэрэгжүүлэхийг зорих бус харин эрүүл мэндийн бодлогыг хэрэгжүүлэх санхүүгийн болоод нийгмийн хамгааллын нэг оновчтой хувилбар гэж үзвэл зохистой.

Нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалыг оновчтой хөгжүүлснээр эрүүл мэндийн санхүүжилтэд хийж болох олон өөрчлөлтийг хэрэгжүүлэх боломжтой юм. Тухайлбал хүн амд эрүүл мэндийн үйлчилгээ үзүүлэх, тэдгээрийг санхүүжүүлэх үйл явцыг салгаж нэг худуалдан авагчийн зарчимд шилжих асуудлыг нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалыг тууштай хөгжүүлснээр хэрэгжүүлэх боломжтой. Гэхдээ өнөөдөр ямар ч орны эрүүл мэндийн санхүүжилтэнд санхүүгийн нэг эх үүсвэрийг дангаар нь ашиглах боломж байхгүй. Иймд санхүүжилтийн ямар эх үүсвэрийг ямар хэмжээгээр ашиглах асуудлыг тухайн улс орон бүр өөрсдийн эрүүл мэндийн бодлогодоо нийцүүлэн зохистой шийдэж ашиглах хэрэгцээ, шаардлага улам бүр нэмэгдэж байна. Нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалд ач холбогдол өгч түүнийг нэвтрүүлэх бодлогын шийдвэр гарсан бол уг асуудалд эхнээс нь нухацтай хандаж эхлэлийг нь зөв тавих, нэгэнт эхэлсэн бол түүнийг жинхэнэ утгаар нь хөгжүүлж үр шимийг нь нийтийн хүртээл болгон бэхжүүлэхийг зорих нь чухал юм. ДЭМБ-ын хувьд эрүүл мэндийн санхүүжилтийн асуудлаар бодлогын сонголт хийх боломжийг гишүүн орнууддаа олгож эрүүл мэндийн үр дүнтэй, тэгш санхүүжилтийг дэмжсэн хамтын ажиллагааг гишүүн орон төдийгүй бүс нутаг, олон улсын хэмжээнд идэвхитэй явуулахыг зорьж байна.

## ХОЁР. МОНГОЛЫН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ДААТГАЛЫН ТОГТОЛЦОО

---

---

### 2.1. МОНГОЛД ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ДААТГАЛЫН ТОГТОЛЦОО ҮҮСЧ, ХӨГЖСӨН ТҮҮХ

*Д.Чимэддагва*

Монгол улсад 1990 оноос өмнө төвлөрсөн төлөвлөгөөт эдийн засгийн бүтэц дээр суурилсан эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ нь 100 хувь төрөөс санхүүждэг тогтолцоо үйлчилж байсан. Монгол улс хүн амынхаа эрүүл мэндийг хамгаалах социалист хэв шинжийн тогтолцоог бий болгон хөгжүүлсэн 70 орчим жил нь Монголын хүн амыг эрүүлжүүлж, биологийн мөхлөөс аварсан боловч, уг тогтолцоо нь 1980-аад оноос нөөц бололцоогоо шавхаж, шинэ эрүүл хайгуулыг эхлүүлсэн<sup>1</sup>. Монгол улс 1990 оноос ардчилал, чөлөөт зах зээлийн эдийн засагт шилжих өөрчлөлт шинэчлэлийг эхэлсэн. 1992 оны эхээр батлагдсан шинэ Үндсэн хууль нь ардчилал, шинэчлэлийн үйл явцыг гүнзгийрүүлэх эрх зүйн баталгаа болсон.

Гэхдээ төвлөрсөн төлөвлөгөөт эдийн засгийн тогтолцооноос зах зээлийн эдийн засагт шилжих эхний алхамуудыг 1991 оноос хийж эхэлсэн бөгөөд шилжилтийн эдийн засагтай орнуудад тохиолддог нийтлэг бэрхшээлүүдийг Монгол улс нэгэн адил гэтэлсэн.

- Дотоодын нийт бүтээгдэхүүн 1990-1993 онд 20 орчим хувиар буурсан.
- Импорт 1990-1993 онд 2.6 дахин буюу 549.5 хүртэл сая ам.доллараар буурч, 374.5 сая ам.доллар болсон.
- Бараа үйлчилгээний үнэ тариф, 1989 оноос хойш 1993 оныг дуустал хугацаанд 18.4 дахин өссөн.
- Хүн амын 30 гаруй хувь нь нэн ядуу байдалд аж төрөх болсон

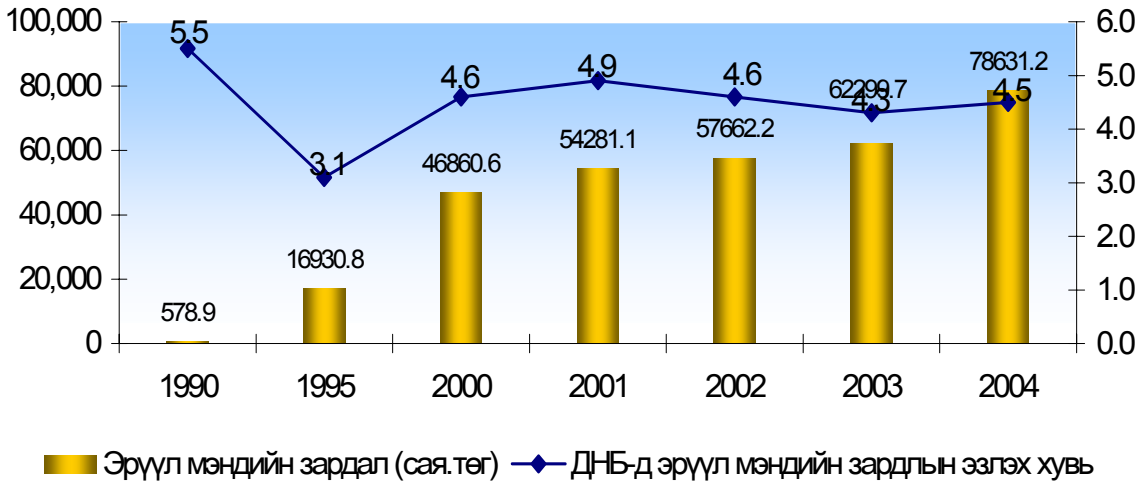
Ийнхүү нэг талаас гэнэт нийлүүлэлтийн хэт шокоос болж инфляцийн түвшин эрс нэмэгдсэн нь эрүүл мэндийн салбарт ч хүндээр туссан. Эрүүл мэндийн салбарын зардал нь 1990 онд ДНБ-ний 5,5 хувийг эзэлж байсан бол шилжилтийн жилүүдэд 3,1 хувь /1995/ хүртэл буурсан.

Энэхүү шилжилтийн зурвас үед эрүүл мэндийн тогтолцоонд өөрчлөлт, шинэчлэл хийх асуудал нэн чухлаар тавигдсан бөгөөд санхүүжилтийн эх үүсвэрийг нэмэгдүүлэх, зах зээлийн нөхцөлд хүн амыг санхүүгийн эрсдэлээс хамгаалах зорилгоор **Иргэний эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоог** 1994 оноос эхэлж нэвтрүүлсэн нь эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцоонд гарсан томоохон шинэчлэл болсон.

---

<sup>1</sup> П.Нямдаваа “Нийгмийн эрүүл мэндийн тулгамдсан асуудлууд”

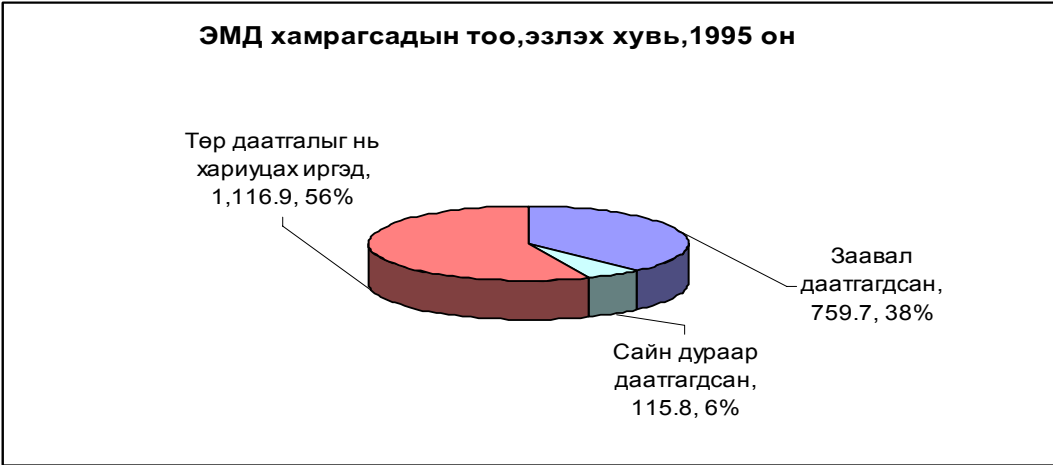
Зураг 1. Эрүүл мэндийн зардал, 1990-2004



Үг зүйл: Үг зүйл үйлдэл үйлдэл, 2004

1991 оноос Эрүүл мэндийн дэд сайдаар толгойлуулсан ажлын хэсэг, ДЭМБ болон олон улсын байгууллагын зөвлөгөө, тусламжид түшиглэн “Эрүүл мэндийн даатгалын хууль” –ийн анхны төслийг 1992 оны 1 сард улсын бага хуралд өргөн барьсан төдийгүй мөн оны 2 сард “Иргэдэд эмнэлгийн үнэ төлбөргүй тусламж үзүүлэх тухай хууль”-ийн төслийг боловсруулан өргөн барьсан байна. Улсын бага хурлаас дээрх 2 хуулийн төслийг “Иргэний эрүүл мэндийн даатгалын тухай хууль” болгон нэгтгэж 1992 оны 10 сард УИХ-д барьжээ. Энэхүү төсөл нь 17 зүйлтэй, эрүүл мэндийн даатгалыг хэрэгжүүлэхтэй холбогдож иргэн, аж ахуй нэгж, байгууллага, даатгалын болон эрүүл мэндийн байгууллагын хооронд үүсэх харилцааг зохицуулах зорилтыг агуулжээ. 1993 оны 6 сард “Иргэний эрүүл мэндийн даатгалын хууль”-ийг УИХ-ын чуулганаар хэлэлцэн баталж, 1994 оны 1 сарын 1-ний өдрөөс эхлэн хэрэгжсэн түүхтэй билээ. Энэхүү хууль нь эрүүл мэндийн даатгалд хүн амаа аль болох бүрэн хамруулах үүднээс эв нэгдлийн буюу тэгштгэх (solidarity) хэлбэртэйгээр, ажил болон ажил олгогч хураамжийг тэгш хуваан хариуцах, хүүхэд өндөр настан зэрэг нийгмийн эмзэг давхрынхны даатгалын хураамжийг төр хариуцахаар боловсруулсан нь уг даатгалыг нэвтрүүлж эхэлсэн 1994 онд хүн амынхаа 87 хувь буюу 1.9 сая хүнийг даатгалд хамруулах бололцоо олгосон.

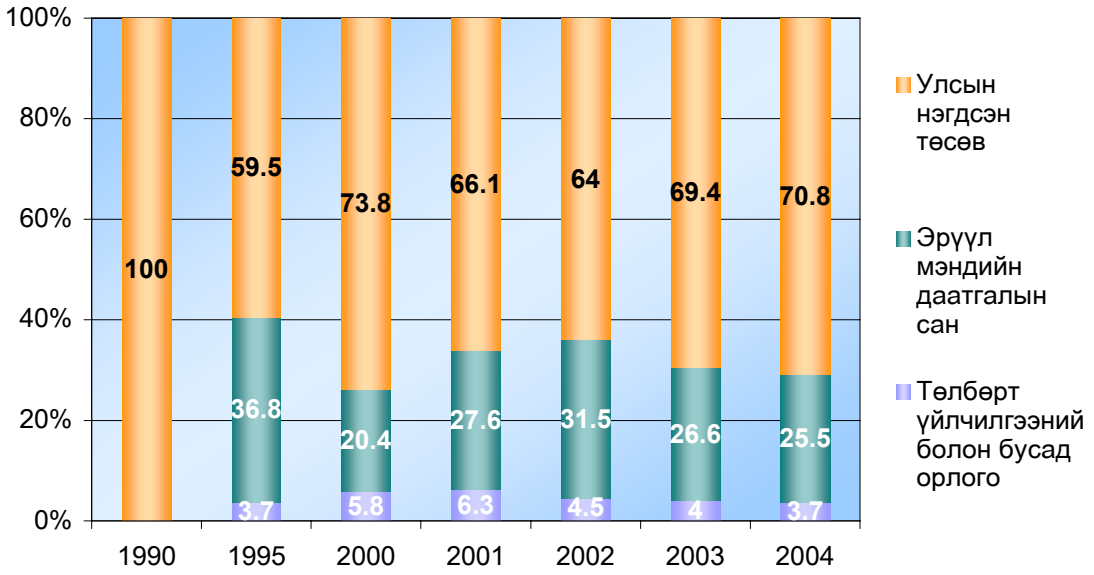
Содбаа 2. Эрүүл мэндийн даатгалын хамрагдсан хүн амын бүтэц



Эх үүсвэр: Нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын статистикийн эмхтгэл

Мөн эрүүл мэндийн даатгал нь эрүүл мэндийн нийт санхүүжилтийн 25-36 хувийг бүрдүүлэх болсон.

Зураг 3. Улсын секторын санхүүжилтийн эх үүсвэр, хувиар



үүсвэр: Эрүүл мэндийн яам, 2004

Эх

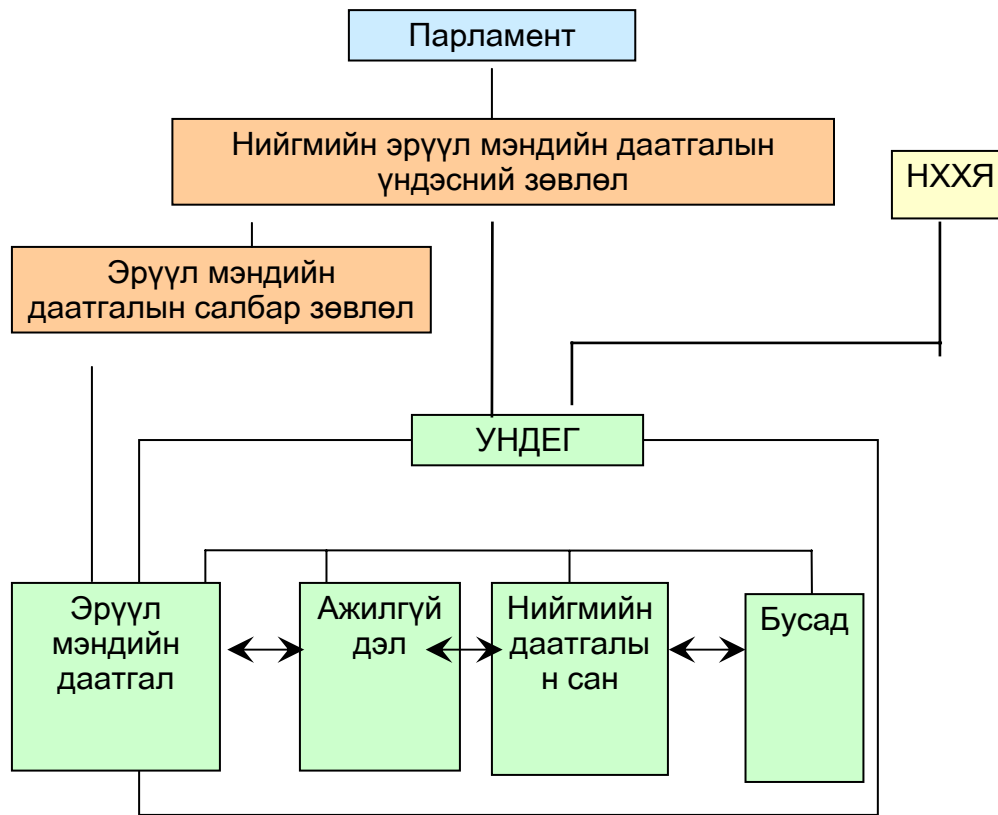
Бисмаркийн<sup>2</sup> загварт суурилсан Монгол улсын эрүүл мэндийн даатгал нь хэлбэрийн хувьд холимог (хүн амын дийлэнх хэсэг буюу бага дунд орлоготой хүмүүс албан журмын даатгалд үлдэх хэсэг нь сайн дурын), хамралтын хувьд 16 хүртлэх насны хүүхэд, өндөр настан, нийгмийн эмзэг бүлгийн хүмүүсийн шимтгэлийг төр хариуцах, хувиараа хөдөлмөр эрхлэгчид, төр болон олон нийтийн байгууллагад ажиллагсадыг албан журмын даатгалд хамрагдах, хураамжийн хувьд даатгуулагчийн цалингаас

<sup>2</sup> Отто Бисмарк(1815-1893) германд үйлдвэрийн ажилчдын эрүүл мэндийг хамгаалах арга хэмжээ болгон эрүүл мэндийн албан журмын даатгалыг анх 1833 онд нэвтрүүлсэн

тогтмол хувиар авах хэлбэртэйгээр анх нэвтрүүлжээ. Энэхүү реформыг төсвийн санхүүжилт огцом буурсан, нөгөө талаас хүн амын амьжиргааны түвшин эрс муудсан эдийн засгийн шилжилтийн хүнд үед эхлүүсэн нь маш зоримог бөгөөд оновчтой алхам болсон. Үүний үр дүнд ДНБ эзлэх эрүүл мэндийн санхүүжилт тогтворжиж, хүн амыг санхүүгийн эрсдэлээс хамгаалах орчин бүрдсэн. Эрүүл мэндийн даатгал нь бүтцийн хувьд Монгол даатгал компани харьяанд байгуулагдсан. Нийгмийн даатгалын багц хууль хэрэгжиж эхэлсэнтэй холбогдуулан Засгийн газрын 1995 оныц 195 дугаар тогтоолоор Эрүүл мэндийн даатгалын ажлыг “Монгол даатгал”компанаас 1996 оны 1 дүгээр сарын 1-нээс эхлэн Улсын Нийгмийн Даатгалын Ерөнхий газарт (УНДЕГ)-т шилжүүлснээр улсын нийгмийн даатгалын (тэтгэвэрийн сан,тэтгэмжийн сан, үйлдвэрлэлийн ослын сан, ажилгүйдлийн сан) нэг хэсэг болжээ. УНДЕГ нь аймгууд болон Улаанбаатар хотын дүүрэг бүрт салбартайн зэрэгцээ сумын түвшинд нийгмийн даатгалын байцаагч эрүүл мэндийн даатгалын асуудлыг давхар хариуцдаг болжээ. УНДЕГ-ын Нийгмийн даатгалын сангийн орлогын 2 хувийг үйл ажиллагааны зардалд зарцуулахаар 1994 онд тогтоосон нь одоо хүртэл мөрдөгдөж байна. Ингэснээр даатгалын сангийн орлогыг бүрдүүлэх, ажил олгогч даатгуулагчийн шимтгэл төлөх, тооцоо хийх, бүртгэл хөтлөх, тайлан мэдээ гаргах ажиллагааг нэг цэгт төвлөрүүлэх, удирдлагын зардал хямдруулсан, боловсон хүчнээр бэхжүүлсэн зэрэг давуу талуудыг бий болгосон юм.

Эрүүл мэндийн даатгал нь бүтцийн хувьд Нийгмийн даатгалын бүрэлдэхүүн болсноор даатгалын шимтгэл цуглуулах, мэдээллийн сан бүрдүүлэх зэрэг сайн талууд байсан боловч эрүүл мэндийн даатгалын сонгодог хэлбэрээр хөгжих, эмнэлэгийн тусламж үйлчилгээг худалдан авагчийн үүргийг гүйцэтгэхгүй зардал санхүүжүүлдэг хэлбэрээ явж иржээ.

## Нийгмийн даатгалын бүтэц



Өнгөрсөн 10 гаруй жилийн хугацаанд Иргэний эрүүл мэндийн даатгал (ИЭМД)-ын хуульд 1994, 1997, 1998, 2002, 2006 онуудад нэмэлт өөрчилөлтүүд болон шинэчилсэн найруулгад хийгдсэн байна. 1994-2002 оны хооронд ИЭМД-н хуульд орсон томоохон өөрчилөлтүүдийг дурьдвал:

- хувиараа хөдөлмөр эрхлэгч аж ахуй нэгжийн эзний даатгалын шимтгэлийн хувь хэмжээг тэдний хөдөлмөрийн хөлс, түүнтэй адилтгах орлогын 6%-иас хэтрүүлэхгүйгээр тогтоох, даатгалын шимтгэлийг бүрдүүлж, даатгалтай тооцоо хийх ажлыг аж ахуй нэгж, байгууллагын захиргаа, малчдын тухайд Засаг дарга нар зохион байгуулах (1994)
- Эрүүл мэндийн даатгалын орон тооны бус салбар зөвлөлийг Нийгмийн даатгалын үндэсний зөвлөлийн дэргэд ажиллуулах, (1997)
- даатгалын шимтгэлийг бүрдүүлж, даатгалтай тооцоо хийх ажлыг гэрээний үндсэн дээр зохион байгуулах, (1997)
- өөрийн хүсэлтээр хийлгэсэн нэмэлт эмчилгээг даатгуулагч өөрөө хариуцаж байхаар болсон байна. (1997)
- Иргэний эрүүл мэндийн заавал даатгуулах даатгалыг нийгмийн даатгалын байгууллага эрхлэх, хувиараа хөдөлмөр эрхлэгч малчин, нийгмийн халамжид хамрагдсан иргэн заавал даатгалд хамрагдах, мэргэжлийн сургуульд суралцагчид, хувиараа хөдөлмөр эрхлэгч малчид даатгалын шимтгэлийг өөрөө төлөх, (1998)

- эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээг тусгай зөвшөөрөл авсан төрийн болон холимог өмчийн, хувийн хэвшлийн байгууллага үзүүлэх, даатгуулагчийн эмчилгээтэй холбогдсон хувьсах зардал (дулаан, цахилгаан, усны зардлаас бусад)-ын төлбөрийг үйлчлэх хүрээний нэг даатгуулагчид ногдох зардлын нормоор тооцон урьдчилан төлөх,
- ялгавартай төлбөрийн тарифыг эмнэлэг хоорондын тооцоонд хэрэглэх, (1998)
- эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлсэн тохиолдолд нэг ор хоногийн эмчилгээний хувьсах зардлын 10%-ийг даатгуулагч өөрөө хариуцах, эмчилгээний норм, төлбөрийн хэмжээг холбогдох яам батлах, (1998)
- зайлшгүй шаардлагатай эмийн жагсаалтад заасан эмийн үнийн тодорхой хэсгийг даатгалаас төлөх, даатгуулагчид эрүүл мэндийн байгууллагаас үзүүлэх эмчилгээний зардлын дээд хязгаар тогтоох, даатгалгүй бол эмчилгээний зардлын төлбөрийг бодит зардлаар тооцон үйлчлүүлэгчээр нь төлүүлэх, яаралтай тохиолдлоос бусад үед шатлалыг алгасан эмнэлгийг өөрөө сонгон хэвтэж эмчлүүлсэн даатгуулагч төлбөрийг өөрөө хариуцах зэрэг нэмэлт өөрчлөлт орсон байна.(1998)

Огноо 1 Үндэсний аардлагад нийцүүлэн Дээрхи өөрчлөлтүүд нь хүн амд үзүүлэх эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний чанарыг сайжруулах, даатгалын сангийн бүрдэлт, хуваарилалт, зарцуулалтыг оновчтой болгоход чиглэгдэж байсан. Үүний үр дүнд Эрүүл мэндийн даатгалын сангийн үйл ажиллагаа тогтворжиж шимтгэлийн орлого зарлагаас илүү хурдацтай өссөн нь эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтвортой эх үүсвэр бий болсныг харуулж байна.

Нийгмийн даатгалын сангийн төрөл	1995 он	1996 он	1997 он	1998 он	1999 он	2000 он
Нийт орлого, үүнээс	7,487.8	9,140.9	11,399.5	14,129.8	14,383.0	18,144.9
Шимтгэлийн орлого	4,609.3	5,780.8	7,505.3	8,063.5	9,525.8	13,288.3
Төр хариуцах шимтгэл	2,878.5	3,360.1	3,894.2	6,066.3	4,857.2	4,856.6
Зарлага	6,430.3	9,861.0	9,696.4	13,117.3	11,365.7	12,024.4
Шимтгэлийн орлого	61.6%	63.2%	65.8%	57.1%	66.2%	73.2%
Төр хариуцах шимтгэл	38.4%	36.8%	34.2%	42.9%	33.8%	26.8%
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Гэвч хүн амын 87.5 хувь нь даатгалтай байсан боловч даатгуулагчийн 14 хувь нь хэвтэн эмчлүүлсэн, 10 хувь нь бусад эрүүл мэндийн тусламж авсан ба тэдэнд даатгалын сангийн 85 хувийг зарцуулсан байжээ. Энэ нь нэг талаас хүн ам хэвтэн эмчлүүлэх үйлчилгээг илүү сонирхох болсон нөгөө талаас эмнэлэгүүд даатгалын орны тоог нэмэгдүүлэх чиглэлээр илүү сонирхох болсон нь шаардлагагүй хэвтэлтийг нэмэгдүүлэх хүчин зүйл болсон.

Эрүүл мэндийн даатгалыг урьдчилан сэргийлэх чиглэл рүү илүү анхаарах, хүн амын хамралтыг нэмэгдүүлэх шаардлага зүй ёсоор гарсан байна. Иймд 2002 онд ИЭМД хуульд дараахь өөрчлөлтүүдийг хийгдсэн байна.

- монгол улсын иргэн эрүүл мэндийн даатгалд заавал даатгуулах
- даатгуулагчийн даатгалд өрхийн гишүүнийг хамруулах;

- эрүүл мэндийн даатгалын сангаас өрхийн эмнэлгийн болон амбулаторийн тусламж үйлчилгээний хувьсах зардлыг санхүүжүүлэх,
- өрхийн эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний хувьсах зардлыг нэг даатгуулагчид ногдох зардлаар тооцох;
- даатгуулагчид үзүүлэх амбулаторийн болон стационарын тусламж үйлчилгээг өмчийн бүх хэлбэрийн магадлан итгэмжлэгдсэн эрүүл мэндийн байгууллага үзүүлж, эрүүл мэндийн даатгалаас санхүүжих;
- сумын эмнэлэг ЭМД-ын сангаас төлөх тарифын 5%, аймаг дүүргийн эмнэлэгт 10%, гуравдах шатны эмнэлэгт 15%-иар тус тус төлдөг болжээ. Хэрэв өвчтөн өөрийн хүсэлтээр шатлал алгасч эмчлүүлсэн бол холбогдох төлбөрийг өөрөө хариуцах

Дээрхи өөрчлөлтийн үр дүнд эрүүл мэндийн даатгалд дараахь тусламж үйлчилгээ хамрагддаг болсон ба эдгээр тусламж үйлчилгээний тогтмол зардлыг улсын төсвөөс санхүүжүүлсэн.

- Эмнэлэгт хэвтүүлж эмчлэх тусламж үйлчилгээ
- Амбулаторын тусламж үйлчилгээ
- Өрхийн эмнэлэгийн тусламж үйлчилгээ
- Зайлшгүй шаардлагатай эмийн үнийн хөнгөлөлт

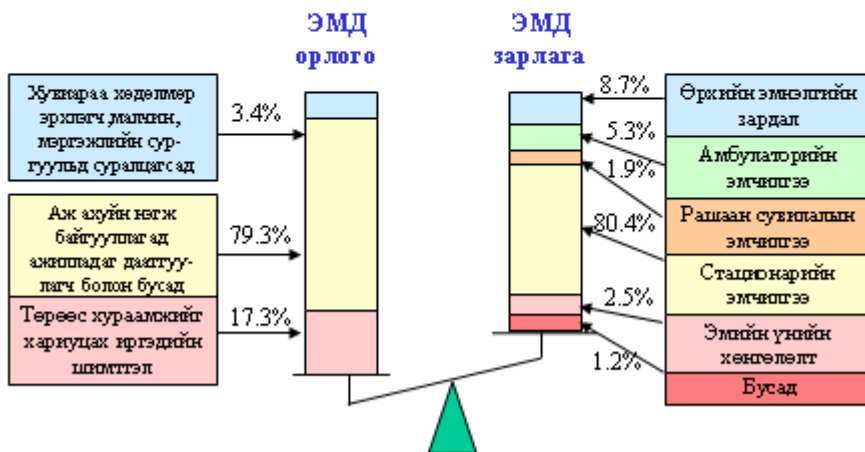
2002 онд хийсэн томоохон өөрчлөлт нь нийгмийн даатгалын гол нөхцөл болох албан журмын тогтолцоог нэвтрүүлэх, хүн амыг өрхийн даатгалд хамруулах суурийг тавьсан нь чухал арга хэмжээ болсон. Мөн эмнэлгүүдийг урьдчилан төлж гүйцэтгэлээр тооцох, нэг даатгуулагчаар санхүүжүүлэх зэрэг төлбөрийн аргын шинэ хэлбэрүүд орсон байна.

Өнгөрсөн арав гаруй жилийн хугацаанд ИЭМД хуульд орсон өөрчлөлтийн үр дүнд даатгалын шимтгэлийн 80 орчим хувийг аж ахуйн нэгж байгууллагад ажиллагсад бүрдүүлдэг болсон байна. Харин хэвтэн эмчилгээнд даатгалын сангийн 80 орчим хувийг зарцуулсан байна. Гэхдээ энэхүү зардал нь ихэвчлэн төр даадаг бүлэг болон хүн амын эмзэг бүлэгт илүү зарцуулсан байна

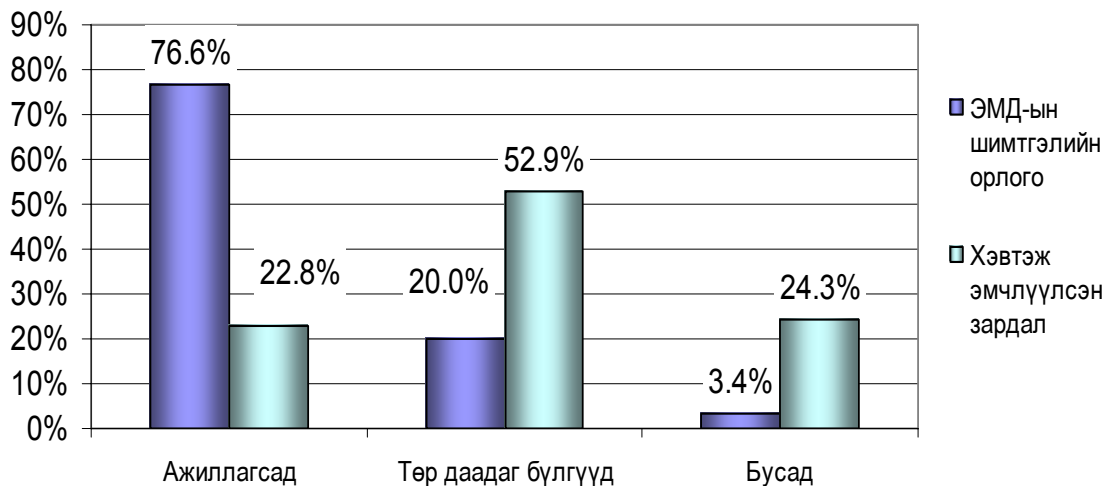
Зураг 3



## Эрүүл мэндийн даатгалын сан (2004 он)



Сурвалж 4 1994-2004 онд үйлдсэн ажиллагааны үр дүнд 1994 онд



2006 онд хийгдсэн Эрүүл мэндийн тухай хууль болон ИЭМД-н хуулийн нэмэлт өөрчлөлтөөр нэлээд зарчмын чанартай өөрчлөлтүүд орсон. Өрхийн болон сумын эмнэлгийг төсөв болон даатгалаас санхүүжиж байсныг өөрчилж зуун хувь төсвөөс санхүүжүүлэх болсон. Хоёр, гурав дахь шатлалын эмнэлгүүдийг оношийн бүлгээр санхүүжүүлэх болжээ.

Эрүүл мэндийн даатгалын тусламж, үйлчилгээнд дараахь тусламж, үйлчилгээ хамар

- дотрын өвчний,

- мэдрэлийн тогтолцооны өвчний,
- нүд, чих, арьс ба халимын, яс, булчин, холбох нэхдэсийн өвчний,
- яаралтай бус гэмтэл, мэс заслын өвчин

Энэхүү өөрчлөлт нь эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээтэй уялдуулсан санхүүжилтийн тогтолцоог бүрдүүлэх томоохон алхам болсон. Гэхдээ урьдчилсан бэлтгэл ажлыг хангаагүйгээс энэхүү хуулийн өөрчилөлтийг хэрэгжүүлэхэд ихээхэн хүндрэл учирч байна. Тухайлбал оношийн бүлэг тодорхой бус, санхүүжүүлэгч болон санхүүжигч байгууллагууд нэгдсэн ойлголтод хүрээгүй байгаагүйгээс 2,3 дахь шатлалын эмнэлэгүүдийн санхүүжилтэд ихээхэн хүндрэл учирч байна.

Хувийн эмийн сан, хувийн эмнэлэгүүд эрүүл мэндийн даатгалд хамрагдах болсон. Үүний үр дүнд өнгөрсөн 10 жилийн хугацаанд эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ, санхүүжилтэд хувийн хэвшлийн оролцоо нэмэгдэж эрүүл мэндийн хувийн хэвшлийн 800 гаруй хувийн эмнэлэг, 500 гаруй хувийн эмийн сангууд ажиллаж байна. Эдгээр эмнэлгүүд нь зах зээлийн шилжилтийн үед хувийн хөрөнгө оруулалтын үндсэн дээр байгуулагдсан байна. Харин АХБ-ны зээлээр хэрэгжүүлж буй 12 сая долларын өртөг бүхий "Эрүүл мэндийн салбарын хөгжил" хөтөлбөрийг<sup>3</sup> хэрэгжүүлснээр 2002 онд хувийн эрүүл мэндийн байгууллагаар төрийн хүлээсэн эрүүл мэндийн үйлчилгээг гэрээгээр гүйцэтгүүлэх хэлбэрийг хот, хөдөөгийн өрхийн эмчийн багийн загвар дээр хэрэгжүүлсэн

Хот, суурингийн хүн амд анхан шатны тусламж үйлчилгээг цогцоор үзүүлэх нэг иргэнээр тооцсон санхүүжилттэй өрхийн эмнэлгийн тогтолцоог бүрдүүлсэн. Эрүүл мэндийн анхан шатны тусламж, үйлчилгээг хүн амд тэгш, хүртээмжтэй, чанартай үзүүлэх үндсэн үүрэг, хариуцлагыг хүлээсэн өрхийн эмнэлгүүдийг нийслэл хотод АХБ – тусламжтайгаар нөхөрлөлийн хэлбэрээр хувийн хэвшлийн байгууллага болгон зохион байгуулсан. 2002 оны байдлаар улсын хэмжээд 234 өрхийн эмнэлэг байгуулагдаж, 1.2 сая хүнийг эрүүл мэндийн үндсэн тусламж үйлчилгээнд хамруулж байна. Өрхийн эмнэлгүүд нь нэг иргэнээр тооцсон санхүүжилтийн зарчимд үндэслэн улсын төсөв болон эрүүл мэндийн даатгалын эх үүсвэрээс санхүүжиж байсан бөгөөд 2006 оноос Улсын төсвөөс бүрэн санхүүжих болсон.

Монгол улсад 1994 оноос хэрэгжүүлж ирсэн нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоо нь эрсдэл хуваалцах зарчимд тулгуурласан, хүүхэд өндөр настан зэрэг нийгмийн эмзэг давхрынхны даатгалын хураамжийг төр хариуцдаг, хамралт харьцангуй өндөр, заавал даатгуулдаг, даатгалын орлого жил бүр нэмэгдэж байгаа зэрэг давуу талуудыг агуулсан боловч даатгалаас санхүүжүүлэх төлбөрийн механизм боловсронгуй бус /ор түшсэн/, бүтэц зохион байгуулалт нь боловсронгуй бус эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг худалдан авах үүрэг гүйцэтгэж чадахгүй байгаа, даатгалаас санхүүжүүлэх төлбөрийн тариф бодит зардалтай уялдаагүй, сангийн зарлагын зарцуулалт оновчтой бус (үлдэгдэл өндөр байгаа) зэрэг сул талууд байсаар байна.

<sup>3</sup> Монгол Улс, Азийн Хөгжлийн Банкны хооронд 1998 оны 2 дугаар сарын 12-ны өдөр байгуулсан "Эрүүл мэндийн салбарын хөгжил" Хөтөлбөрийн "Бодлогын өөрчлөлтийн хөтөлбөрийн зээлийн гэрээ" болон "Хөрөнгө оруулалтын төслийн зээлийн гэрээ"-г соёрхон батлах тухай Монгол улсын хууль, Төрийн мэдээлэл, 1998, № 5(72): 475; \*\* Exploring health policy development in Europe, 2000, Finland pp391-537

**“Иргэний эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуульд оруулсан нэмэлт өөрчлөлтүүд болон шинэчилсэн найруулга**

<b>Он</b>	<b>Орсон өөрчлөлтүүд</b>
1994	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Монгол улсын хуулиар төлбөргүй тусламжийн зардлыг улсын төвлөрсөн төсвөөс санхүүжүүлэх, хувиараа хөдөлмөр эрхлэгч аж ахуй нэгжийн эзний даатгалын шимтгэлийн хувь хэмжээг тэдний хөдөлмөрийн хөлс, түүнтэй адилтгах орлогын 6%-иас хэтрүүлэхгүйгээр тогтоох,</li> <li>➤ даатгалын шимтгэлийг бүрдүүлж, даатгалтай тооцоо хийх ажлыг аж ахуй нэгж, байгууллагын захиргаа, малчдын тухайд Засаг дарга нар зохион байгуулж байхаар өөрчлөлт оруулсан байна</li> </ul>
1997	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Монгол улсын хуулийн заалтаар эмнэлгийн түргэн тусламжийн үйлчилгээг Монгол улсын иргэнд үнэ төлбөргүй үзүүлэх,</li> <li>➤ Эрүүл мэндийн даатгалын орон тооны бус салбар зөвлөлийг Нийгмийн даатгалын үндэсний зөвлөлийн дэргэд ажиллуулах, даатгалын шимтгэлийг бүрдүүлж, даатгалтай тооцоо хийх ажлыг гэрээний үндсэн дээр зохион байгуулах, өөрийн хүсэлтээр хийлгэсэн нэмэлт эмчилгээг даатгуулагч өөрөө хариуцаж байхаар болсон байна.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Иргэний эрүүл мэндийн заавал даатгуулах даатгалыг нийгмийн даатгалын байгууллага эрхлэх, хувиараа хөдөлмөр эрхлэгч малчин, нийгмийн халамжид хамрагдсан иргэн заавал даатгалд хамрагдах, мэргэжлийн сургуульд суралцагчид, хувиараа хөдөлмөр эрхлэгч малчид даатгалын шимтгэлийг өөрөө төлөх,</li> <li>➤ эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээг тусгай зөвшөөрөл авсан төрийн болон холимог өмчийн, хувийн хэвшлийн байгууллага үзүүлэх,</li> <li>➤ даатгуулагчийн эмчилгээтэй холбогдсон хувьсах зардал (дулаан, цахилгаан, усны зардлаас бусад)-ын төлбөрийг үйлчлэх хүрээний нэг даатгуулагчид ногдох зардлын нормоор тооцон урьдчилан төлөх, ялгавартай төлбөрийн тарифыг эмнэлэг хоорондын тооцоонд хэрэглэх,</li> <li>➤ эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлсэн тохиолдолд нэг ор хоногийн эмчилгээний хувьсах зардлын 10%-ийг даатгуулагч өөрөө хариуцах,</li> <li>➤ эмчилгээний норм, төлбөрийн хэмжээг холбогдох яам батлах,</li> <li>➤ зайлшгүй шаардлагатай эмийн жагсаалтад заасан эмийн үнийн тодорхой хэсгийг даатгалаас төлөх,</li> <li>➤ даатгуулагчид эрүүл мэндийн байгууллагаас үзүүлэх эмчилгээний зардлын дээд хязгаар тогтоох,</li> <li>➤ даатгалгүй бол эмчилгээний зардлын төлбөрийг бодит зардлаар тооцон үйлчлүүлэгчээр нь төлүүлэх,</li> <li>➤ яаралтай тохиолдлоос бусад үед шатлалыг алгасан эмнэлгийг өөрөө сонгон хэвтэж эмчлүүлсэн даатгуулагч төлбөрийг өөрөө хариуцах зэрэг нилээд нэмэлт өөрчлөлт орсон байна.</li> </ul>
2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Монгол улсын иргэн эрүүл мэндийн даатгалд заавал даатгуулах.</li> </ul>

	<p>Харин гадаадын иргэн, харьяалалгүй хүн эрүүл мэндийн даатгалд сайн дураар даатгуулж болох;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Даатгуулагчийн даатгалд өрхийн гишүүнийг харуулах;</li> <li>➤ Эрүүл мэндийн даатгалын сангаас өрхийн эмнэлгийн болон амбулаторийн тусламж үйлчилгээний хувьсах зардлыг санхүүжүүлэх,</li> <li>➤ өрхийн эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний хувьсах зардлыг нэг даатгуулагчид ногдох зардлаар тооцох;</li> <li>➤ даатгуулагчид үзүүлэх амбулаторийн болон стационарын тусламж үйлчилгээг өмчийн бүх хэлбэрийн магадлан итгэмжлэгдсэн эрүүл мэндийн байгууллага үзүүлж, эрүүл мэндийн даатгалаас санхүүжих;</li> <li>➤ Амбулаторийн болон хэвтэн эмчлүүлэх тусламж, үйлчилгээний зардлын дээд хязгаар, мөн зайлшгүй шаардлагатай эмийн жагсаалтад орсон, даатгалаас үнийн хөнгөлөлт үзүүлэх эмийн үнийн дээд хязгаар тогтоох ( даатгалын салбар зөвлөл );</li> <li>➤ Эрүүл мэндийн даатгалын салбар зөвлөлийн бүрэлдэхүүн ажиллах журмыг талуудын саналыг үндэслэн Нийгмийн даатгалын үндэсний зөвлөл батлах;</li> <li>➤ Эмнэлгийн мэргэжилтэн, эрүүл мэндийн байгууллагын буруутай үйл ажиллагааны улмаас эмчилгээний болон тарилгын дараах хүндрэл гарсан нь тогтоогдсон тохиолдолд даатгалын сангаас гарсан зардлыг холбогдох байгууллагаар нь нөхөн төлүүлэх;</li> <li>➤ Хуулийн хэрэгжилт, даатгалаас санхүүжиж байгаа байгууллагын тусламж , үйлчилгээний чанар, үр дүн, даатгалын үйл ажиллагаанд даатгалын улсын байцаагч, мэргэжлийн хяналтын байгууллага хяналт тавих зэрэг болно.</li> </ul>
2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Эрүүл мэндийн даатгалын тусламж, үйлчилгээнд дараахь тусламж, үйлчилгээ хамарна. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ дотрын өвчний,</li> <li>○ мэдрэлийн тогтолцооны өвчний,</li> <li>○ нүд, чих, арьс ба халимын, яс, булчин, холбох нэхдэсийн өвчний,</li> <li>○ яаралтай бус гэмтэл, мэс заслын өвчний</li> </ul> </li> <li>➤ Даатгуулагчид үзүүлэх эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг хуульд заасны дагуу тухайн үйл ажиллагааг эрхлэх тусгай зөвшөөрөл бүхий эрүүл мэндийн байгууллага үзүүлэх бөгөөд төрийн өмчийн эрүүл мэндийн байгууллагын хүчин чадлаас давсан, эсхүл өндөр технологи бүхий эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг хувийн өмчийн эрүүл мэндийн байгууллагаар гүйцэтгүүлж болно.</li> <li>➤ Хувийн эрүүл мэндийн байгууллагыг сонгох журмыг эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллагын саналыг үндэслэн Засгийн газар батална.</li> <li>➤ Эрүүл мэндийн даатгалын тусламж, үйлчилгээний жагсаалт болон тэдгээрийг санхүүжүүлэх төлбөрийн аргыг хууль тогтоомжид нийцүүлэн эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн Засгийн</li> </ul>

	<p>газрын гишүүн тогтооно.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Даатгуулагч аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлэгт эрүүл мэндийн даатгалын тусламж, үйлчилгээ авах тохиолдолд харьяалал харгалзахгүй үйлчлүүлнэ.</li> <li>➤ Өрх, сум багийн эмнэлэгт бүртгэлтэй даатгуулагч өрх /сум, баг/-ийн эмчийн жороор зайлшгүй шаардлагатай эмийн жагсаалтад заасан эмийг эмийн сангаас худалдан авах тохиолдолд үнийн хөнгөлөлт үзүүлнэ.</li> <li>➤ Эрүүл мэндийн байгууллага даатгалгүй иргэнд эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх тохиолдолд түүнээс энэ хуулийн 7 дугаар зүйлийн 1 дэх хэсэгт заасан тусламж, үйлчилгээний бодит өртөгөөр тооцсон хэмжээгээр төлбөр авна.</li> <li>➤ Дараалсан гурван жилийн хугацаанд эрүүл мэндийн даатгалын тусламж, үйлчилгээ аваагүй даатгуулагчийг нэг удаа эрүүл мэндийн бүрэн үзлэгт хамруулж урамшуулах бөгөөд журмыг нь Нийгмийн даатгалын үндэсний зөвлөл батална.</li> <li>➤ Эрүүл мэндийн даатгалын сангийн 10 хувьтай тэнцэх хөрөнгийг болзошгүй эрсдэлийн нөөцөд үлдээж болох бөгөөд түүнийг зарцуулах журмыг нь Нийгмийн даатгалын үндэсний зөвлөл батална.</li> <li>➤ Эрүүл мэндийн даатгалын сангийн хэмнэгдсэн үлдэгдлийг Нийгмийн даатгалын үндэсний зөвлөлийн шийдвэрийг үндэслэн хүн амд үзүүлэх эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний чанарыг сайжруулах, тэдгээрийн хүртээмж, хамралтыг нэмэгдүүлэхэд зарцуулж болно.</li> </ul>
--	--

## **2.2. МОНГОЛЫН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ДААТГАЛЫН ӨНӨӨГИЙН ТОГТОЛЦОО**

---

*К. Тунгалаг*

1991-1993 онуудад Монгол улсын засгийн газраас ДЭМБ, АХБ-ны техникийн туслалцаатайгаар Монгол улсын эрүүл мэндийн бодлогын хүрээнд нийцүүлэн Нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцооны загвар, хуулийн төслийг боловсруулж УИХ-д өргөн барьснаар “Иргэний эрүүл мэндийн даатгалын тухай” хууль батлагдан, 1994 оны 1 сарын 1-ээс мөрдөгдөж эхэлсэн. Эдүгээ хүртэл 13 жилийн хөгжлийн явцад эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоо бүрэлдэн бий болж, Монгол улсын эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийн нэг гол эх үүсвэр нь болоод байна.

Монгол улсад хэрэгжүүлж байгаа Иргэний эрүүл мэндийн даатгал нь нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоо бөгөөд улсын эрүүл мэндийн бодлогын хүрээнд нийцсэн бодлого, стратегийг хэрэгжүүлж ирсэн. Түрүүчийн бүлэгт хуулинд орсон өөрчлөлтүүд болон тогтолцооны хөгжлийн түүх, түүний бодлого стратегийг үзүүлсэн болохоор энэ бүлэгт зөвхөн өнөөгийн тогтолцооны байдлыг хамгийн сүүлд орсон өөрчлөлтийн хамт үзүүлэхийг зорилоо.

### **Эрүүл мэндийн даатгалын удирдлага зохион байгуулалт**

Монгол улсын Нийгмийн даатгалын тухай хуульд зааснаар..эрүүл мэндийн даатгал нь нийгмийн даатгалын тогтолцооны салшгүй нэгэн хэсэг нь бөгөөд эрүүл мэндийн даатгалын сан нь бусад сангаас салангид “Иргэний эрүүл мэндийн даатгалын тухай” хуулиар зохицуулагддаг.

Өнөөгийн эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцооны удирдлагад Эрүүл мэндийн яам, Нийгмийн хамгаалал хөдөлмөрийн яам, Сангийн яам оролцож байна. Иргэний эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуулинд зааснаар Эрүүл мэндийн яам нь даатгалын сангаас ямар тусламж үйлчилгээг ямар аргаар санхүүжүүлэх; даатгуулагчдад даатгалын тусламж үйлчилгээг хүргэх эрүүл мэндийн байгууллагыг сонгон шалгаруулах, тэдгээрийн үзүүлэх тусламж үйлчилгээний дээд хязгаарыг тогтоох гэх мэт даатгалын тогтолцооны бодлогыг тодорхойлох үүргийг гүйцэтгэж байна. Нөгөө талаас Эрүүл мэндийн яам нь эрүүл мэндийн даатгалын тусламж үйлчилгээг үзүүлэгч буюу тусламж үйлчилгээг худалдагч тал юм.

Нийгмийн хамгаалал хөдөлмөрийн яам нь өөрийн харъяа Нийгмийн даатгалын ерөнхий газраар дамжуулан хэрэгжүүлэгчийн үүрэг гүйцэтгэдэг.

Улсын нийгмийн даатгалын ерөнхий газар нь монгол улсын нийгмийн даатгалын 5 санг хариуцсан засгийн газрын хэрэгжүүлэгч агентлаг бөгөөд Эрүүл мэндийн даатгалын асуудал хариуцсан газартай. Эрүүл мэндийн даатгалын газар нь хуульд заасан дараахи чиг үүрэгтэй. Үүнд:

- 1 Эрүүл мэндийн даатгалын холбогдолтой хууль тогтоомжийн биелэлтийг зохион байгуулах, сурталчлах, даатгуулагчийг шаардлагатай мэдээллээр хангах
- 2 Эрүүл мэндийн даатгалын санг бүрдүүлэх, орлого зарлагын гүйцэтгэлийг хангах, үйл ажиллагаагаа даатгалын зөвлөлд тайлагнах
- 3 Эрүүл мэндийн даатгалын тусламж үйлчилгээ үзүүлэх байгууллагатай даатгалын гэрээ байгуулах, гэрээний биелэлтэнд хяналт тавьж дүгнэх
- 4 өвчин эмгэгийн оношлогоо эмчилгээний удирдамжийн дагуу даатгуулагчид үзүүлэх эрүүл мэндийн даатгалын тусламж үйлчилгээний чанарт хяналт тавих
- 5 эрүүл мэндийн даатгалын тусламж үйлчилгээг санхүүжүүлэх
- 6 эрүүл мэндийн даатгалын сангаас санхүүжүүлэх тусламж үйлчилгээтэй холбоотой асуудлаар санал боловсруулж холбогдох төрийн захиргааны төв байгууллагад хүргүүлэх

Цаашид энэ байгууллагын тусламж үйлчилгээний чанарт тавих хяналтыг сайжруулах замаар түүний худалдан авах чадавхыг бий болгох шаардлага тавигдаж байгаа юм.

Сангийн яам нь Монгол улсын төсвийн тухай хуулийн дагуу нийгмийн даатгалын сангуудын төлөвлөлтөнд хяналт тавьдаг.

Мөн сангаас санхүүжүүлэх эрүүл мэндийн даатгалын тусламж үйлчилгээний тарифыг дээрх 3 яамны сайдын хамтарсан тушаалаар баталж хэрэгжүүлдэг.

Мөн нийгмийн даатгалын сангуудын ашиглалт зарцуулалтанд хяналт тавих чиг үүрэгтэй, санг бүрдүүлэгч талуудын /засгийн газар, ажил олгогч, даатгуулагч/ төлөөлөлтэй орон тооны бус Нийгмийн даатгалын үндэсний зөвлөлийг Улсын их хурлаас байгуулдаг.

Нийгмийн даатгалын үндэсний зөвлөлийн дэргэд Эрүүл мэндийн даатгалын зөвлөл ажилладаг. Энэ даатгалын зөвлөл нь 21 аймаг болон нийслэлд салбар зөвлөлтэй. Даатгалын зөвлөл, болон салбар зөвлөлүүдийн бүрэлдэхүүнд даатгалын санг бүрдүүлж байгаа талууд болох Засгийн газрыг төлөөлсөн 3 /эрүүл мэнд, санхүү эдийн засаг, нийгмийн хамгааллын асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллагуудаас тус бүр 1/ хүн; даатгуулагчийг төлөөлсөн 3 /голцуу үйлдвэрчний байгууллагаас төлөөлдөг/ хүн; ажил олгогчийг төлөөлсөн 3 хүн тус тус орж ажилладаг.

Эрүүл мэндийн даатгалын зөвлөлийн чиг үүрэг нь:

- 1 Эрүүл мэндийн даатгалын сангийн ашиглалт зарцуулалтанд хяналт тавих
- 2 Зайлшгүй шаардлагатай эмийн жагсаалтанд орсон даатгалын сангаас үнийн хөнгөлөлт үзүүлэх эмийн үнийн дээд хязгаарыг тогтоох
- 3 Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хууль тогтоомж, даатгалын үйл ажиллагаатай холбогдсон асуудлаар санал боловсруулж холбогдох байгуулагаар шийдвэрлүүлэх
- 4 Эрүүл мэндийн даатгалтай холбоотой асуудлаар ажлын хэсэг байгуулах, тогтоол зөвлөмж гаргах
- 5 Эрүүл мэндийн даатгалын гэрээний болон гэрчилгээний загварыг батлах

## **Эрүүл мэндийн даатгалын санхүүжилт**

Эрүүл мэндийн даатгалын сан нь дараахи үндсэн эх үүсвэрээс санхүүждэг. Үүнд:

- 1 Эрүүл мэндийн даатгалын шимтгэл
  - даатгуулагчдын төлсөн шимтгэл
  - ажил олгогчийн төлсөн шимтгэл
  - төр даатгалыг нь хариуцах иргэдэд улсын төсвөөс төлсөн шимтгэл
- 2 Сангийн чөлөөт үлдэгдлийг банкинд хадгалуулсны хүү
- 3 Эрүүл мэндийн даатгалын шимтгэл төлөх хугацааг хэтрүүлсэнд оногдуулсан алданги
- 4 Бусад эх үүсвэр

## **Эрүүл мэндийн даатгалын сангийн зарцуулалт**

Иргэний эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуульд дараахи зардлыг санхүүжүүлнэ гэж заасан. Үүнд:

- 1 Даатгуулагчид үзүүлэх эрүүл мэндийн даатгалын тусламж үйлчилгээний зардал
- 2 Зарим зайлшгүй шаардлагатай эмийн хөнгөлөлт
- 3 Эрүүл мэндийн даатгалын үйл ажиллагааны зардал

2006 оны 7 сарын 1-ээс мөрдөгдсөн хуулийн нэмэлт өөрчлөлтөөр:

- 4 Эрүүл мэндийн даатгалын зөвлөлийн гишүүдэд олгох урамшуулал
- 5 Дараалсан 3 жил эрүүл мэндийн даатгалын тусламж үйлчилгээ аваагүй даатгуулагчийн нэг удаагийн бүрдмэл үзлэгийн зардал
- 6 Болзошгүй эрсдэлийн нөөцийн сан /10%/
- 7 Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хүртээмж чанарыг сайжруулж хамралтыг нэмэгдүүлэх арга хэмжээ
- 8 Магадлан итгэмжлэгдсэн эрүүл мэндийн байгууллагуудын нэмэлт санхүүжилт

зэрэг зардлуудыг эрүүл мэндийн даатгалын сангаас нэмж санхүүжүүлэх болсон юм.

## **Хүн амын хамралт ба гишүүнчлэл**

Өнөөгийн эрүүл мэндийн даатгалын тогтоцоо нь ганцаарчилсан /individual/ гишүүнчлэлтэй. 2003 онд "Иргэний эрүүл мэндийн даатгалын тухай" хуулинд оруулсан нэмэлт өөрчлөлтөөр өрхийн гишүүнчлэлийг нэвтрүүлэх хууль эрхийн үндсийг бүрдүүлж өгсөн боловч хараахан хэрэгжээгүй байна.

Эрүүл мэндийн даатгалд хүн амыг хамруулах асуудал нь тусламж үйлчилгээний хүртээмжинд нөлөөлж байдаг учраас чухал байдаг. Өөрөөр хэлбэл даатгуулаагүй бол тухайн даатгалын тусламж үйлчилгээг авч чадахгүй.



Иймд нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын нэг нийтлэг шинж нь бүх нийтийн хамруулах зарчим юм. Аль ч улсад албан бусаар хөдөлмөр эрхлэгчид болон ажилгүйчүүдийг даатгалд хамруулах асуудал хүндрэлтэй байдаг. Тухайлбал Герман гэх мэт орнууд хүн амыг бүрэн хамруулахад 100-аад жил зарцуулсан гэдэг. Иймд манай улс хүн амыг даатгалд үе шаттайгаар бүрэн хамруулах зорилт тавьж ирсэн. Монгол улсад нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоог нэвтрүүлэх эхний шатанд даатгал нь албан журмын болон сайн дурын гишүүнчлэлтэй байсан. 1994 онд батлагдсан “Иргэний эрүүл мэндийн даатгалын тухай” хуулийн 7 дугаар зүйлийн 1 дэх хэсэгт заавал даатгуулагчдыг дараахи 9 бүлэгт хуваасан байдаг. Үүнд:

- 1 Аж ахуй нэгж байгууллагын ажилтан
- 2 Аж ахуйн нэгжийн эзэн хувиараа хөдөлмөр эрхлэгч иргэн
- 3 16 /ерөнхий боловсролын сургуульд суралцаж байгаа бол 18/ хүртэлх насны хүүхэд
- 4 мэргэжлийн сургуульд суралцагч
- 5 тэтгэврээс өөр мөнгөн орлогогүй иргэн
- 6 хүүхдээ 2 /ихэр бол 3/ нас хүртэл нь өсгөн бойжуулж байгаа эх /эцэг/
- 7 тахир дутуугийн I ба II зэрэг тогтоолгосон иргэн
- 8 хугацаат цэргийн жинхэнэ албан хаагч
- 9 малчин

Дээрхээс 3-9 бүлгүүдэд хамаарах даатгуулагчдын даатгалын шимтгэлийг төрөөс төлдөг байхаар хуульд тусгагдсан. Энэ нь хүн амын бараг 70%-ийг эзэлж байсан юм. Засгийн газраас цаашид төр шимтгэлийг нь төлдөг иргэдийн тоог цөөлөх бодлого баримталж ирсэн. Одоо улсын төсвөөс хүүхэд, тэтгэврээс өөр мөнгөн орлогогүй иргэн, хүүхдээ асарч байгаа эх, хугацаат цэргийн албан хаагч, нийгмийн халамжийн тухай хуулийн 12-т заасан иргэд зэрэг 5 бүлгийн хүн амын даатгалын шимтгэлийг төлж байгаа ба энэ нь нийт даатгуулагчдын 50 гаруй хувийг эзэлж байна.

Мөн хуулийн 7 дугаар зүйлийн 2 дахь хэсэгт Иргэний эрүүл мэндийн даатгалд сайн дураар даатгуулагчдыг тодорхойлж өгсөн байдаг. Үүнд

- 1 Хуулийн 7.1-т зааснаас бусад Монгол улсын иргэн
- 2 гадаадын иргэн
- 3 харъяалалгүй хүн

Хожим нь 1995 онд хуульд орсон нэмэлт өөрчлөлтөөр мэргэжлийн сургуульд суралцагч болон малчидын даатгалын шимтгэлийг төр хариуцахаа больсонтой холбоотойгоор сайн дураар даатгуулагчдын эгнээнд шилжсэн юм.

Харин 2003 онд Иргэний эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуульд нэмэлт өөрчлөлт оруулж уг хуулийн 6.1-д Монгол улсын иргэн эрүүл мэндийн даатгалд заавал даатгуулна гэж заасан.

Эрүүл мэндийн даатгал нэвтрүүлэх эхний жилүүдэд хүн амын хамралт 96-97%-д хүрч байсан боловч хүн амын хөдөлмөр эрхлэлтийн /албан ба албан бус/ бүтэц, ажилгүйдэл; хүн амд хамгийн түрүүн хүрч үр дүнгээ өгч байдаг анхан шатны тусламж үйлчилгээ даатгалаас хасагдсан зэргээс шалтгаалан хамралт буурах хандлагатай

байна. 2006 оны эцэст хүн амын 89% нь даатгалд хамрагдаж байсан бол 2006 оны жилийн эцсийн дүнгээр хүн амын 73.4% нь эрүүл мэндийн даатгалд хамрагджээ.

### **Эрүүл мэндийн даатгалын шимтгэл**

Монгол улсын эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоо нь үндсэндээ хөдөлмөрийн хөлс буюу цалинд суурилсан шимтгэлийн тогтолцоотой. Гэвч хүн амын орлого, хөдөлмөр эрхлэлтийн байдлаас шалтгаалан тогтоосон тариф /late rate/ -ын аргыг бас хэрэглэдэг.

Хуулинд албан ёсоор хөдөлмөр эрхэлдэг даатгуулагчдын эрүүл мэндийн даатгалын шимтгэлийн хэмжээг түүний хөдөлмөрийн хөлс, түүнтэй адилтгах орлогын 6%-иас хэтрүүлэхгүй байх бөгөөд даатгалын шимтгэлийн 50-иас доошгүй хувийг аж ахуйн нэгж байгууллага буюу ажил олгогч, үлдэх хэсгийг ажиллагч буюу даатгуулагч төлөхөөр заасан байдаг.

16 /сургуульд сурлаг бол 18/ хүртэлх насны хүүхэд, тэтгэврээс өөр мөнгөн орлогогүй иргэн, хүүхдээ 2 /ихэр бол 3/ нас хүртэл нь өсгөн бойжуулж байгаа эх, хугацаат цэргийн албан хаагч, нийгмийн халамжийн тухай хуулийн 12 дугаар зүйлд заасан иргэдийн даатгалын шимтгэлийг улсын төсвөөс даатгуулагч бүрт сард 300₮-өөр тооцон даатгалын санд төлдөг. Тэдгээр даатгуулагчдын төлөх шимтгэлийн хэмжээг жил бүр тогтоодог.

Их дээд сургууль, коллеж, мэргэжлийн сургалт үйлдвэрлэлийн төвийн өдрийн ангийн оюутан сурагчид; малчид болон бусад иргэд даатгалын шимтгэлээ тогтоосон тарифаар өөрсдөө төлдөг. Тэдгээр даатгуулагчдын төлөх шимтгэлийн хэмжээг жил бүр тогтоодог бөгөөд 2007 онд 500 ₮ байна. Төр даадаг иргэдийн болон ажилгүйчүүд, оюутан малчдын шимтгэлийн хэмжээ (300₮ ба 500₮) сүүлийн 10 гаруй жил өөрчлөгдөөгүй мөрдөгдөж ирлээ, Энэ нь хэт бага байгаа бөгөөд хөдөлмөрийн хөлсний доод хэмжээнд ноогдох шимтгэлээс 8.3-13.8 дахин бага байгаа юм. Энэ нь улсын эдийн засгийн байдал, хүн амын амжиргааны түвшинг бодолцож байсантай холбоотой. Гэвч улс орны эдийн засгийн байдал дээрдэхийн хирээр хүн амын орлогын хэмжээ нэмэгдэж байна. Иймд цаашид шимтгэлийн хэмжээг зохиомлоор бага байлгах шаардлага байхгүй бөгөөд аажмаар хөдөлмөрийн хөлсний доод хэмжээтэй /3-6%/ уялдуулж тогтоох шаардлага зүй ёсоор тавигдаж байна.

### **Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ ба даатгалд хамаарах тусламж үйлчилгээ**

Аливаа эрүүл мэндийн даатгалд хамаарах тусламж үйлчилгээ нь эрүүл мэндийн салбарын дэд бүтэцтэй салшгүй холбоотой байдаг.

Монгол улсын хүн амд эмнэлгийн тусламж үйлчилгээг хүргэдэг бүтэц нь 3 шатлалтай. Үүнд:

- |          |   |
|----------|---|
| Шатлал 1 | Эрүүл мэндийн анхан шатны тусламж үйлчилгээг өрх сум /баг/-ын эмнэлгүүд үзүүлнэ.  |
| Шатлал 2 | Үндсэн мэргэжлийн тусламж үйлчилгээг аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлгүүд болон ихэнх хувийн эмнэлгүүд, бүсийн оношлогоо эмчтлгээний төвүүд үзүүлнэ. |

Шатлал 3 Төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн тусламж үйлчилгээг улсын клиникийн I, II, III дугаар эмнэлгүүд, бүсийн оношлогоо эмчилгээний төвүүд болон бусад төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн /халдварт өвчин судлалын төв, хавдар судлалын төв, арьсны өвчин судлалын төв г.м/ төвүүд болон бүсийн эмчилгээ оношлогооны төвүүд үзүүлж байна.

Монгол улсын хүн амд үзүүлж байгаа тусламж үйлчилгээг санхүүжилтийн эх үүсвэрийн байдлаар нь үнэ төлбөргүй буюу улсын төсвөөс санхүүждэг тусламж үйлчилгээ; эрүүл мэндийн даатгалын тусламж үйлчилгээ гэж үндсэнд нь 2 ангилж байна.

Монгол улсын эрүүл мэндийн тухай хуульд зааснаар, иргэд эрүүл мэндийн даатгалд даатгуулсан эсэхээс үл хамааран дараахи тусламж үйлчилгээг бүх шатанд үнэ төлбөргүй авах эрхтэй. Үүнд:

- 1 эмнэлгийн яаралтай болон түргэн тусламжийн үйлчилгээ;
- 2 сүрьеэ, хорт хавдар, сэтгэцийн эмгэгийн эмчилгээ; төлөвлөгөөт урьдчилан сэргийлэх тарилга, халдварт өвчний голомтын ариутгал, халдваргүйтгэл;
- 3 жирэмсэн, төрөлттэй холбоотой бүх төрлийн тусламж үйлчилгээ;
- 4 байгалийн гамшиг, гэнэтийн аюул осол болон нийтийг хамарсан халдварт өвчний дэгдэлтийн үед гэмтсэн, өвчилсний эмчилгээ;
- 5 аргагүй хамгаалалт гарцаагүй байдалд хүний амь нас аврахаар, эсхүл их хэмжээний хохирлоос сэргийлж яваад гэмтсэн өвчилсөн хүний эмчилгээ
- 6 удаан хугацааны нөхөх эмчилгээ шаардах эмгэгийн болон хөнгөвчлөх эмчилгээний зарим эмийн зардал
- 7 Эрүүл мэндийн анхан шатны тусламж үйлчилгээ

2006 оны эхний хагасыг дуустал эрүүл мэндийн даатгалд дараахи тусламж үйлчилгээг хамааруулж байсан. Үүнд:

- 1 Өрхийн эмнэлгийн тусламж үйлчилгээ
- 2 Зайлшгүй шаардлагатай эмийн хөнгөлөлт /анхан шатанд/
- 3 Амбулаторийн тусламж үйлчилгээ /2 ба 3 дахь шатлалын эмнэлгүүд/
- 4 Эмнэлэгт хэвтүүлж эмчлэх тусламж үйлчилгээ / бүх шатны эмнэлгүүд/

2006 онд “Эрүүл мэндийн тухай” болон “Иргэний эрүүл мэндийн даатгалын тухай” хуулиудад оруулсан нэмэлт өөрчлөлтөөр эрүүл мэндийн анхан шатны тусламж үйлчилгээг 100% улсын төсвийн санхүүжилтэнд шилжүүлснээр өрх сумын эмнэлгүүд даатгалын сангаас санхүүжихгүй болж, зөвхөн 2 ба 3 дахь шатлалын эрүүл мэндийн байгууллагуудаас дотор, мэдрэлийн тогтолцооны өвчнүүд, нүд чих, арьс ба халимын, яс булчин холбох нэхдэсийн өвчнүүд, яаралтай бус гэмтэл мэс заслын өвчнүүдийн үед үзүүлэх /хэвтүүлэн эмчлэх болон амбулаторийн/ тусламж үйлчилгээ; болон зайлшгүй шаардлагатай эмийн хөнгөлөлт олгох зэргийг эрүүл мэндийн даатгалын тусламж үйлчилгээнд хамааруулахаар заасан байна.

## Төлбөрийн арга

Монгол улсын эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоонд эрүүл мэндийн байгууллагын үйлчилгээний гарцад тулгуурласан буюу эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлсэн өвчтөний тоо, амбулаторийн үзлэгийн тоонд суурилсан төлбөрийн аргыг хэрэглэдэг.

Эрүүл мэндийн даатгалын сангийн гарцад тулгуурласан төлбөрийн арга нь засгийн газрын стратеги болон Төсвийн байгууллагын удирдлага санхүүжилтийн тухай хуулийн үзэл баримтлалтай нийцэж байгаа юм. Энэхүү үзэл баримтлалын дагуу, ЭМД-ын тогтолцоо нь тусламж үйлчилгээг худалдан авахад төлбөрийн аргыг боловсронгуй болгох эрэл хайгуул хийж, шинэ аргыг нэвтрүүлж байна.

*А. хэвтүүлэн эмчлэх тусламж* – Эрүүл мэндийн даатгал анх хэрэгжиж эхлэхэд ор хоногоор нөхөн санхүүжүүлэх аргыг хэрэглэсэн. Энэ нь эмнэлгийн ор хоногийг нэмэгдүүлэх буруу хөшүүрэг болж байсан учраас энэ аргыг өөрчлөх шаардлага тавигдаж, 1998 оноос хэвтүүлэн эмчлүүлсэн тохиолдлын тоогоор урьдчилан санхүүжүүлэх аргыг хэрэглэж ирлээ. Нэг хэвтэн эмчлүүлэгчийн төлбөрийн хэмжээ (тариф) нь тухайн тохиолдлын онош болон хүнд хөнгөнөөс шалтгаалахгүйгээр тусламж үйлчилгээний шатлалаас хамаардаг. Энэхүү тариф нь тусламж үйлчилгээний зардлын хувьсах зардлыг агуулсан хэсгийг л хамардаг.

### **Хүснэгт 1. Эмнэлэгт хэвтүүлэх тохиолдлын даатгалын сангаас төлөх төлбөрийн хэмжээ**

Анхан эмнэлгүүд	шатны	26,000 ₮	Сумын эмнэлэг
Хоёрдогч эмнэлэг	шатны	49,000 ₮	Дүүргийн эмнэлэг
Гуравдагч эмнэлэг	шатны	62,000 ₮	Клиникийн болон тусгай мэргэжлийн эмнэлгүүд

Энэхүү төлбөрийн арга нь мөн л өөрийн гэсэн сөрөг үр дагаварыг бий болгосон. Тухайлбал, эмнэлгүүд ор хоногоо бууруулж аль болох хөнгөн оноштой олон хүн эмчлэх сонирхолтой болсон бөгөөд энэ нь эргээд тусламж үйлчилгээний чанар, үр ашигт муугаар нөлөөлөх болсон юм.

Иймд 2006 оноос дээрх төлбөрийн аргыг боловсронгуй болгох арга хэмжээ авч эмнэлгийн тусламжийн шатлалаас хамаарсан нэг тохиолдлын тарифыг нэмэгдүүлэхийн хамт, өртөг ойролцоо оношийн бүлгийн коэффициентээр үржүүлж санхүүжилтийг олгох болсон.

### **Хүснэгт 2. Эмнэлэгт хэвтүүлэх тохиолдлын даатгалын сангаас төлөх төлбөрийн хэмжээ**

шатлал	Тариф	Эрүүл мэндийн байгууллага
Гуравдагч эмнэлэг	шатны 105,000 ₮	Клиникийн болон тусгай мэргэжлийн эмнэлгүүд Бүсийн оношлогоо эмчилгээний төвүүд
Хоёрдогч	шатны 100,000 ₮	Аймаг, дүүргийн эмнэлэг; зэвсэгт хүчний,

<i>эмнэлэг</i>	<i>90000₮- 95,000 ₮</i>	<i>төрийн тусгай албан хаагчдын эмнэлэг; төмөр зам, ШШГЕГ-ын эмнэлгүүд</i>
	<i>80,000₮</i>	<i>Уламжлалт анагаах ухааны клиник, наркологийн эмнэлэг, амаржих газруудын эмэгтэйчүүдийн тасаг, сэргээн засах клиникийн эмнэлэг, уламжлалт анагаах ухааны элэг судлалын төв</i>

Өртөг ойролцоо нийт 22 оношийн бүлэг байгаа бөгөөд коэффициент нь 1.1(арьс ба халимны өвчний эмчилгээ)-ээс 1.51 (тархи мэдрэлийн эрхтэний мэс заслын эмчилгээ) хооронд хэлбэлзэж байна. Энэ арга нь үйлчилгээ үзүүлэгчдийн талаас олон хүн хэвтүүлж эмчлэх сонирхлоос гадна, өндөр коэффициенттэй оношийн тоог нэмэгдүүлэх эрсдэлийг агуулж байгаа тул оновчтой зохицуулалт, хяналтын механизмыг сайжруулах шаардлага улам хурцаар тавигдаж байгааг анхаарах шаардлагатай.

*Б. Амбулаторийн тусламж үйлчилгээ*- төлбөрийг нэг үзлэгт ноогдох зардлаар хийдэг байсан бөгөөд энэ нь 400-800 ₮ байв. Энэ хэлбэлзэл нь амбулаторийн ямар тусламж авснаас хамаарахгүй, харин эрүүл мэндийн байгууллагын шатлалын түвшнээс хамаардаг. Одоо энэхүү аргыг боловсронгуй болгож шатлалын түвшнээс хамаарсан тарифыг нэмэгдүүлэн /3500₮-6000₮/, зөвхөн амбулаторийн “анх” үзүүлсэн үзлэгийн тоогоор санхүүжүүлэх болоод байна. Энэ нь мөн үзлэгийн тооны араас хөөцөлдөх эрсдэлийг агуулж байгаа тулд зохицуулалт, хяналтын механизмыг боловсронгуй болгох шаардлагатай.

*В. Эмийн хөнгөлөлт*-Үүнд даатгуулагч нь зайлшгүй шаардлагатай эмийн жагсаалтанд орсон, эрүүл мэндийн анхан шатны тусламжийн түвшинд хэрэглэхээр зөвшөөрөгдсөн 107 нэрийн эмийг сум /баг/, өрхийн эмчийн жороор хөнгөлөлттэйгээр эмийн сангуудаас худалдаж авах эрх үүсдэг. Дээрх 107 нэрийн эмээс уналт таталтын эсрэг эм; хавдрын эсрэг ба дархлаа саатуулах, хөнгөвчлөх эмчилгээний эм; салга өвчнийг эмчлэх эм; цусанд нөлөөлөх эм; амьсгалын замын үйл ажиллагаанд нөлөөлөх эм; давс ус хүчил, шүлтийн тэнцвэрт нөлөөлөх эмүүд нь 70%-ийн, бусад нь 50%-ийн хөнгөлөлттэй олгогдож байна. Хөнгөлөлттэй эмийн жагсаалт, тэдгээрт үзүүлэх хөнгөлөлтийн хэмжээг эрүүл мэндийн бодлогод нийцүүлэн тухай бүр өөрчилж байдаг.

### **Даатгуулагчаас улсын эмнэлэгт төлөх хамтын төлбөр (Co-payments)**

Даатгуулагчдыг онцын шаардлагагүй үед эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлэх сонирхлыг хязгаарлах, зардлын үр ашгийг нэмэгдүүлэх зорилгоор 1997 оноос хамтын төлбөрийн /co-payment/ аргыг нэвтрүүлсэн. Энэ аргыг нэвтрүүлсэн эхний үед хамтын төлбөрийн хэмжээ бүх шатанд ижилхэн 10% байсан бол 2003 оноос тусламжийн шатлалаас хамаарч 10-15% болсон. Өөрөөр хэлбэл, даатгуулагч 2 дахь шатлалын түвшний эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлсэн тохиолдолд даатгалын сангаас төлөх төлбөрийн тарифын 10%, гуравдахь шатны эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлбэл даатгалын сангаас төлөх тарифын 15%-тай тэнцэх төлбөрийг өөрсдөө төлөх юм. Хэрэв өвчтөн өөрийн хүсэлтээр шатлал алгасч эмчлүүлбэл төлбөрөө 100% өөрөө төлнө.

Монгол улсын эрүүл мэндийн даатгал нь нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоо бөгөөд хүн амын хамралт, сан бүрдүүлэлт, төлбөр тооцоо, мэдээллийн

тогтолцооны бүрдэлт зэргээр тодорхой амжилтанд хүрсэн боловч удирдлага зохион байгуулалтыг оновчтой болгох, даатгалын байгууллагын худалдан авах чадавхыг бий болгох гэх мэтээр цаашид боловсронгуй болгох шаардлага байсаар байна.

#### **Ашигласан материал**

1. Enrolling Informal Sector and Selfemployed Workers by William C. Hsiao K. T. Li Professor of Economics, *Harvard School of Public Health*. Manila, Philippines October 18, 2006
2. Social security needs assessment surveys for workers in the informal economy in Asia and the Pacific. *Priority needs, willingness to pay and policy implications*, 19 October 2006, Manila
3. Reaching universal coverage via social key design features in the transition, Guy Carrin and Chris, 28/01/04
4. Social Health Insurance in Korea: Achievements and Challenges Manila, Philippines; October, 2006 Soonman KWON, Ph.D. Professor and Chair, Department of Health Policy & Management School of Public Health Seoul National University, South Korea
6. Social health insurance, a guidebook for planning, Charles Normand, Axel Weber, WHO, ILO
7. Funding health care: options for Europe, European Observatory on Health Care Systems Series, 2002
8. The Economics of Health Care, Alistair McGuire, John Henderson and Gavin Mooney, 2000