

**НЭЭЛТТЭЙ НИЙГЭМ ФОРУМ**  
**Бодлогын судалгааны тэтгэлэгт хөтөлбөр**

**МОНГОЛ УЛСЫН**  
**ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН САНХҮҮЖИЛТИЙН**  
**ТОГТОЛЦОО: салбарын тойм судалгаа**

**УЛААНБААТАР**

**2008 он**

Судлаач: *Д. Чимэддагва, Эдийн засгийн ухааны магистр*

Зөвлөх: *Д. Баярсайхан, ДЭМБ-н Ази Номхон далайн баруун эргийн  
бүсийн эдийн засгийн зөвлөх*

## АГУУЛГА

Талархал .....	6
Хураангуй.....	7
<b>БҮЛЭГ 1: ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН САНХҮҮЖИЛТЫН АСУУДЛААР ОЛОН УЛСЫН ТҮВШИНД БАРИМТАЛЖ БУЙ ЧИГ ХАНДЛАГА .....</b>	<b>15</b>
<b>БҮЛЭГ 2: МОНГОЛ УЛСЫН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН САНХҮҮЖИЛТИЙН ТОГТОЛЦООНЫ ӨНӨӨГИЙН БАЙДАЛ .....</b>	<b>31</b>
2.1 Хүн ам зүйн болон эрүүл мэндийн байдал .....	31
2.2 Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ .....	35
2.3 Эрүүл мэндийн санхүүжилт .....	37
2.4 Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тулгамдаж буй асуудлууд .....	50
<b>БҮЛЭГ 3: МОНГОЛ УЛСЫН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН САНХҮҮЖИЛТИЙН ТОГТОЛЦООГ ЗАДЛАН ШИНЖЛЭХ НЬ .....</b>	<b>54</b>
3.1 Орлого цуглуулалт, .....	54
3.2 Эрсдлийн санг бүрдүүлэлт, .....	61
3.3 Нөөцийн хуваарилалт .....	70
3.4 Нөөцийн төлөвлөлт, зарцуулалт .....	80
3.5 Худалдан авалт .....	84
3.6 Хяналт- шинжилгээ, үнэлгээ .....	87
Санхүүжилтийн тэгш, хүртээмжтэй байдлыг үнэлэх үзүүлэлт	
Санхүүгийн эх үүсвэр бүрд тохирсон үнэлгээний үзүүлэлт	
Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний хүртэлт, хийж байгаа төлбөр өрхийн эдийн засагт хэрхэн нөлөөлж байгааг үнэлэх үзүүлэлт.	
<b>4. Задлан шинжилгээнд тулгуурласан дүгнэлт ба цаашид баримтлах бодлогын чиг хандлага .....</b>	<b>88</b>

## ТОВЧЛОЛ

АХБ	Азийн хөгжлийн банк
ДЭМБ	Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллага
ОУВС	Олон улсын валютийн сан
ТБУСХ	Төсвийн байгууллага удирдлага санхүүжилтийн хууль
НЭМД	Нийгмийн эрүүл мэндийн даатгал
ХОСЭМД	Хамт олонд суурилсан эрүүл мэндийн даатгал
ЗҮДШ	Зардал үр дүнгийн шинжилгээ
МЭЗЭМТХ	Макро Эдийн Засаг ба Эрүүл Мэндийн Түр Хороо
ОЭБ	Оношлогоо эмчилгээний бүлэг
ЭМНШТҮ	Эрүүл мэндийн нэн шаардлагатй тусламж үйлчилгээ
ДНБ	Дотоодын нийт бүтээгдэхүүн
ҮНБ	Үндэсний нийт бүтээгдэхүүн
ЭМТҮС	Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний санхүүжилт
ОУХБ	Олон Улсын Хөдөлмөрийн Байгууллага
МХЗ	Мянганы Хөгжлийн Зорилт
ДХЗХ	Дунд хугацааны зардлын хүрээ
ЭМҮТ	Эрүүл мэндийн үндэсний тооцоо
ЯБСББ	Ядуурлыг бууруулах стратегийн баримт бичиг
УНДЕГ	Улсын нийгмийн даатгалын ерөнхий газар
ЭМЗ	Эрүүл мэндийн зардал
ДХБ	Дэлхийн Худалдааны Байгууллага

## ХҮСНЭГТ

- 1: Нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардал, ам. доллараар
- 2: Эрүүл мэндийн санхүүжилтийг улс орны орлогын ангиллаар авч үзсэн байдал
- 3: Эрүүл мэндийн нийт зардалд эзлэх хувь хүний төлбөр, түүний хамаарал
- 4: Төлбөрийн аргын давуу болоод сул талууд
- 5: Эдийн Засгийн Хамтын Ажиллагаа, Хөгжлийн Байгууллагад (ЭЗХАХБ) хамрагддаг орнуудын хосолсон төлбөрийн аргыг үзүүлэх нь
- 6: Хүн амын насны бүлэг хувиар, 1990, 2006, 2020 он
- 7: Нас баралтын тэргүүлэх таван шалтгаан
- 8: Нялхас ба 5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл
- 9: Эрүүл мэндийн даатгалын сангийн орлого, зарлага
- 10: Эрүүл мэндийн даатгалын хамралт
- 11: Эмнэлгийн орны тоо, дундаж ор хоног, орнуудаар
- 12: Эмнэлгээр үйлчлүүлсэн хүний тоо, шатлалаар, 2006
- 13: Нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардал
- 14: Нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардал, сумаар
- 15: Нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн нэн шаардлагатай тусламж үйлчилгээний зардал
- 16: Эрүүл мэндийн салбарын төсвийг төлөвлөх, батлах
- 17: Эрүүл мэндийн даатгалын сангаас санхүүжүүлэх тарифын хэмжээ, 2002 онд
- 18: ЭМТҮС-ийн хяналт ба задлан шинжилгээнд ашиглагдах нийтлэг үзүүлэлтүүд.

## ЗУРАГ

- 1: Хүн амын нас-хүйсийн суврага, 1990, 2006, 2020 он
- 2: Улсын болон Хувийн эмнэлгийн харьцаа
- 3: Эрүүл мэндийн зардал, 1990-2004
- 4: ЭМД хамрагдсан тоо, эзлэх хувь, 1995 он
- 5: Улсын секторын санхүүжилтийн эх үүсвэр, хувиар
- 6: Нийгмийн даатгалын бүтэц
- 7: Эрүүл мэндийн үндэсний нийт зардлын эх үүсвэрээр
- 8: Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн эх үүсвэр, Улсийн эрүүл мэндийн байгууллага
- 9: Эрсдлийн сан
- 10: Нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын эрсдэл
- 11: Эрүүл мэндийн даатгалын сан, 2004 он
- 12: Эрүүл мэндийн нийт зардал үйлчилгээний төрлөөр, 2002 он
- 13: Эрүүл мэндийн зардал, байгууллагын ангилалаар, 2006 он
- 14: Эрүүл мэндийн зардлын зардал
- 15: Эрүүл мэндийн салбарын хөрөнгө оруулалт (сая төгрөгөөр)
- 16: Нэг хүнд ногдох ЭМЗ болон ДНБ эзлэх ЭМЗ
- 17: Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн эх үүсвэр

## ШИГТГЭЭ

- 1: “Макро эдийн засаг ба Эрүүл мэнд” илтгэлээс
- 2: Эдийн засгийн үндсэн үзүүлэлтүүд
- 3: ДЭМБ болон Монгол Улсын Засгийн газраас эрүүл мэндийн салбарын тэргүүлэх бодлогын чиглэл
- 4: Эрүүл мэндийн тухай хууль (2002 онд шинэчлэн найруулсан)
- 5: Эрүүл мэндийн даатгалын хураамж
- 6: Олон Улсын хэмжээнд төсвийн зарлагын төлөвлөлт, зарцуулалт, гүйцэтгэлийн ангилал

## ТАЛАРХАЛ

Энэхүү тайланг нээлттэй Нийгэм форумын хэрэгжүүлдэг Бодлогын судалгааны тэтгэлэгт хөтөлбөрийн хүрээнд гүйцэтгэсэн бөгөөд судалгааг хийж тайланг хэвлүүлэн нийтийн хүртээл болгоход тал бүрийн идвэхитэй дэмжлэг үзүүлсэн Нээлттэй Нийгэм Форумд талархал илэхийлье. Судалгааны явц болон тайлангийн төсөл дээр санал зөвлөлгөө өгч ажилласан ДЭМБ-н Ази номхон далайн баруун эргийн бүсийн эдийн засгийн зөвлөх Д. Баярсайханд чин сэтгэлийн талархал илэрхийлье. Мөн судалгааны тайланг хянаж, зөвлөлгөө өгсөн эрүүл мэндийн шинжлэх ухааны доктор, професер Г. Дашзэвэг багшид чин сэтгэлээсээ талархаж байна.

Бодлогын судалгааны аргазүй, баримт бичиг боловсруулалт, нөлөөллийн үйл ажиллагааг төлөвлөн хэрэгжүүлэх асуудлуудаар сургалт зохион байгуулсан Нээлттэй Нийгэм Форумын хамт олон болон сургалтуудыг удирдаж явуулсан Лесли Пал, Оуэн Янг нар энэхүү судалгааны ажлыг гүйцэтгэхэд зохих хувь нэмрээ оруулсаныг цохон тэмдэглэж байна.

## Хураангуй

Нээлттэй Нийгэм Форумын Бодлогын судалгааны тэтгэлэгт хөтөлбөрийн хүрээнд хийсэн энэхүү судалгааны ажлын хүрээнд Монгол улсын эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийн эх үүсвэр бүрдүүлэх, нөөцийн хуваарилалтын өнөөгийн байдалд шинжилгээ хийн, гарсан дүгнэлтүүдээ олон улсын хөгжлийн чиг хандлагатай харьцуулах замаар цаашид баримтлах бодлогын чиглэлүүдийг тодорхойлсны үндсэн дээр бодлогын зөвлөмж боловсрууллаа. Судалгааны явцад эрүүл мэндийн санхүүжилтийн асуудлыг хэд хэдэн бүлэгт хувааж тэдгээртэй холбогдсон чанарын болон тоон мэдээллийг аль болох өргөн ашиглахыг зорьсон бөгөөд судалгааны тайланг дараах үндсэн бүлгээр боловсрууллаа. Үүнд:

1. Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн чиглэлээр олон улсын түвшинд баримталж буй нийтлэг чиг хандлага
2. Монгол улсын эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцооны ололт, амжилт хүрсэн түвшин, учирч байгаа хүндрэл бэрхшээлүүд
3. Монгол улсын эрүүл мэндийн санхүүжилтийн эх үүсвэр, нөөцийн хуваарилалт, эрсдэлийн сан бүрдүүлж буй хэлбэрүүд, худалдан авах зарчимууд
4. Монгол улсын эрүүл мэндийн салбарын орлого бүрдүүлэлт, нөөцийн хуваарилалтыг оновчтой болгоход чиглэсэн бодлогын зөвлөмжүүд зэрэг болно.

Монгол Улсын Эрүүл мэндийн салбар 1991 оныг хүртэл төвлөрсөн төлөвлөгөөт эдийн засгийн тогтолцоонд суурилсан улсын төсвөөс эмнэлгүүдийг бүрэн санхүүжүүлэх зарчимаар явж ирсэн. Зах зээлийн эдийн засгийн шилжилтийн эхэн үе болох 1992-1994 онд эдийн засгийн өсөлт огцом саарч, хүн амын амьжиргааны түвшин эрс муудсан үед Монгол улсад нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоог эхлүүлсэн нь нэн чухал алхам болжээ. Аажмаар хувийн эмнэлэг үүсэх эрх зүйн орчинг бүрдүүлэх, төсвийн бус санхүүжилтийн эх үүсвэрийг дэмжих, өрхийн эмнэлгийн тогтолцоог нэвтрүүлж зардлыг нь эрүүл мэндийн даатгалаас нэг иргэнээр тооцон санхүүжүүлэх, бүтээгдэхүүнд суурилсан төлбөрийн тогтолцоог нэвтрүүлэх зэрэг олон чухал бодлогыг хэрэгжүүлжээ.

Сүүлийн жилүүдэд ДНБ-нд эзлэх эрүүл мэндийн санхүүжилтийн хэмжээ жил буурах хандлагатай байна. Нөгөө талаас нөөцийн зарцуулалтын үр өгөөж, үр ашгийн асуудалд бага анхаарч ирсэн тал ажиглагдаж байна. Төвлөрсөн төлөвлөгөөт эдийн засгаас уламжлалтай улсын эмнэлгийн нүсэр том тогтолцоо, бүтэц, үүнтэй зэрэгцэн үүсэж байгаа хувийн хэвшлийн давхардсан тогтолцоо нь эрүүл мэндийн салбарын зардлыг улам нэмэгдүүлж, харин хүн амд үзүүлж байгаа эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний чанар, санхүүжилтийн үр ашигт төдийлөн эерэг нөлөө үзүүлж чадахгүй байна.

Өнөөдөр Монгол улс нэг хүнд ногдох эмнэлгийн орны тоогоор дэлхийд тэргүүлэх байрыг эзэлж байна<sup>1</sup>. Гэсэн хэдий ч хүн амын эрүүл мэндийн үзүүлэлт тун чамлалттай түвшинд байгаа нь хөрөнгийн хуваарилалтын механизм, зарцуулалтын байдалтай ихээхэн хамааралтай байж болохоор байна. Эрүүл мэндийн салбарын санхүүгийн тайлан, тооцооноос үзэхэд зөвхөн хэвтүүлэн эмчлэх тусламжинд эрүүл мэндийн нийт зардлын 80 орчим хувийг зарж байна гэж үзэх үндэслэл байна

Иймд ортой эмнэлэг, тэдгээрт байгаа орны ашиглалт, ортой эмнэлгүүдэд зарж байгаа хөрөнгийн зарцуулалтын байдал хэр оновчтой байгааг зайлшгүй авч үзэх цаг болжээ.. Түүнчлэн эрүүл мэндийн салбарын нийт санхүүжилтийн 30-35 хувийг эмнэлгийн байрны халаалт, ус, цахилгаан гэх мэт эрүүл мэндийн үйлчилгээтэй шууд холбоогүй тогтмол зардал болон захиргааны арга хэмжээнд зарцуулж байгааг нягтлан үзэж зардлын бүтцийг оновчтой болгох нь чухал байна. Эрүүл мэндийн даатгалын хуульд орсон нэмэлт өөрчлөлтөөр эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний зардлыг оношийн бүлгээр санхүүжүүлэх болж байгаа бөгөөд цаашид үр дүнг үнэлж боловсронгуй болгох асуудлыг анхаарах хэрэгтэй болж байна.

Нөгөө талаас зардлын үр дүн өндөртэй байдаг нь батлагдсан урьдчилан сэргийлэх болон нийгмийн эрүүл мэндийн үйлчилгээнд нийт зардлын

---

<sup>1</sup> The Mongolian health system at a crossroads, WB,2006



дөнгөж 5 орчим хувийг зарцуулж байгаа нь нэн чамлалттай үзүүлэлт юм. Өөрөөр хэлбэл, өвчлөлтөд нөлөөлж буй нийгмийн болон хувь хүний хамааралтай хүчин зүйлсийг судалгаанд суурилан, өвчлөлтөөс урьдчилан сэргийлэх сургалт сурталчилгаа, зан үйлийг хэвшүүлэх чиглэлд бага анхаарч ирсэн байна. Улмаар үр дүн, үр ашиг өндөртэй урьдчилан сэргийлэх болон нийгмийн эрүүл мэндийн үйлчилгээнд санхүүжилтийг илүүтэй хандуулах замаар эрүүл мэндийн салбарын нөөцийн хуваарилалтыг олон улсын чиг хандлагатай нийцүүлэх бодлогыг Монгол улсад шийдвэртэй хэрэгжүүлэх шаардлагатай байна.

Хүн амын амьжиргааны түвшин харьцангуй доогуур, ядуурал, ажилгүйдэл өндөртэй орнуудад хүн амын өвчлөл их байдаг. Ийм нөхцөлд өвчин эмгэг хувь хүн болоод өрх гэрийн эдийн засагт хүндээр тусаж улмаар төлбөрийн чадвар багатай хүн амын эмзэг хэсгийг ядууралд оруулах нэг хүчин зүйл болж байгаад дэлхий нийтээр анхаарах болов. Энэ дагуу эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцоонд улсын төсөв болон нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалыг давуутай ашиглаж эрсдлийг багасгах, ядуурлаас хүн амаа хамгаалах, улмаар эрүүл мэндийн үндсэн үйлчилгээнд бүх нийтийг хамруулах асуудлыг олон улсын хүрээнд дэвшүүлэн тавьж байна. Монгол улс нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалыг анх эрчимтэй нэвтрүүлж нийт хүн амын 90-ээс дээш хувийг даатгалд хамруулан эрүүл мэндийн даатгалын сангаас эрүүл мэндийн нийт зардлын 50 орчим хувийг санхүүжүүлж байсан саяхны түүх бий. Энэ нь шилжилтийн үеийн эдийн засгийн хүндрэл бэрхшээлтэй байсан он жилүүдэд эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийн нэмэлт эх үүсвэр болсны зэрэгцээ хүн амыг эрсдэлээс хамгаалах, шаардлагатай тусламж үйлчилгээг тэгш, хүртээмжтэй авахад эерэг нөлөө үзүүлж байсан гэж үзэх үндэстэй юм. Гэвч даатгалын тогтолцоог улам хөгжүүлэн өргөжүүлж үйлчилгээний нэр төрөл, хүртээмж, чанарыг дэс дараатай сайжруулах талаар бодлогын алхмуудыг тэр бүр тууштай хэрэгжүүлж ирсэнгүй. Иймээс ч салбарын санхүүжилтийн эх үүсвэрээр нь үзвэл эрүүл мэндийн даатгалын эзлэх хувь сүүлийн жилүүдэд байнга буурах хандлагатай ажиглагдаж байгаагийн зэрэгцээ хувийн төлбөр ихээхэн нэмэгдэж байгааг анхаарлын гадна орхиж болохгүй юм.

Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцоо нь орлого цуглуулах, эрсдлийн санг бүрдүүлэх, нөөцийн хуваарилалт болон тусламж үйлчилгээг худалдан авах үйл ажиллагаанаас бүрддэг

Монгол улсад иргэний эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоо үүссэнээр тусламж, үйлчилгээ худалдан авах үйл ажиллагааг үр дүнтэй хэрэгжүүлэх бололцоо шинээр үүссэн хэдий ч энэ боломжийг бүрэн ашиглалгүй явж иржээ. Ийм учраас эрүүл мэндийн салбарыг голлон санхүүжүүлэгч байгууллагууд болох Эрүүл мэндийн яам болон эрүүл мэндийн даатгалын байгууллага нь эрүүл мэндийн үйлчилгээний чанарт тулгуурласан худалдан авагчийн үүргээ жинхэнэ утгаар гүйцэтгэх эрх зүйн орчин, практикийг төлөвшүүлэх шаардлагатай байна.

Эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийг сайжруулах ажлын нэг чухал хэсэг нь тусламж, үйлчилгээг худалдан авах олон арга, хэлбэрийг харьцуулан судалж тэдгээрийн боломж, нөлөөлөл, хязгаарыг үнэлж энэ дагуу тодорхой зорилгод нийцсэн төлбөрийн аргыг дэс дараатай хэрэгжүүлэх явдал гэж үзэж байна. Эмнэлгийн санхүүжилтийг хэвтэн эмчлүүлэгчийн тоогоор санхүүжүүлэх арга нь зорилгоо нэгэнт хангасан учраас энэ аргыг цаашид үргэлжлүүлэн хэрэглэх нь эмнэлгийн орны тоо болон шаардлагагүй хэвтэлтийг улам нэмэгдүүлж нөөцийн хуваарилалт, ашиглалтын үр дүнг бууруулахаар байна. Иймд 2006 оноос эхлэн туршиж байгаа өртөг ойролцоо оношийн бүлгээр санхүүжүүлэх аргыг бусад төлбөрийн аргатай оновчтой хоршуулан хэрэгжүүлэх ажлын бэлтгэлийг сайтар хангах нь чухал юм. Тухайлбал оношийн бүлгийг тодорхой болгох, тарифыг өртөгт суурилан ялгавартай тогтоох зэрэг арга хэмжээг авах шаардлагатай нь харагдаж байна.

Эрүүл мэндийн салбарын хөрөнгө оруулалтыг төлөвлөхдөө салбарын тэргүүлэх чиглэлүүдийг тогтоох, дунд хугацааны хөтөлбөрт суурилсан хөрөнгө оруулалтын төлөвлөгөөтэй уялдуулах асуудалд анхаарал хандуулах асуудал нэн чухал. Түүнчлэн нийлүүлэгдэх тоног төхөөрөмжийн засвар арчилгааны зардал, ажиллуулах боловсон хүчний бэлтгэн сургах зардлыг орхигдуулах хандлага ажиглагдаж байна.

Дээрх үндэслэл, дүгнэлт дээр тулгуурлан бодлогын дараах чиглэлүүдэд анхаарал хандуулахыг санал болгож байна.. Үүнд:

- 1. Олон улсын жишигт нийцүүлэн ДНБ-нд эзлэх эрүүл мэндийн зардлыг 2012 он гэхэд 6 хувьд хүргэх стратегийн зорилтыг дэвшүүлж, хэрэгжүүлэх.** Монгол улсын макро эдийн засгийн байдалтай уялдуулан тооцож үзэхэд ДНБ-нд эзлэх эрүүл мэндийн зардлыг 2010 онд 5 хувьд хүргэх, 2012 онд 6 хувьд хүргэх боломжтой юм. *Энэ тохиолдолд нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардал 120 ам.дол болох тооцоо гарч байна.* Энэхүү зорилтыг хангахын тулд төсвийн санхүүжилтийг бууруулахгүйгээр эрүүл мэндийн даатгалын сангийн үлдэгдлийг зохистой зарцуулах, хамралтыг нэмэгдүүлэх замаар санхүүжилтийн эх үүсвэрийг 45 хувьд хүргэх, албан бус төлбөрийг эрх зүйн хувьд зохицуулсанаар төлбөртэй үйлчилгээг нийт санхүүжилтийн 25 хувьд хүргэх боломжтой юм
- 2. Үр дүн багатай ортой эмнэлгийн зардлыг хязгаарлах, бууруулах, Улаанбаатар хотын эмнэлгүүдийн бүтцийн өөрчилөлтийг эхлүүлэх, хувийн өмчид суурилсан орчин үеийн оношлогоо, эмчилгээний төв барих ажлыг монгол улсын хэрэгцээнд нийцүүлэн шийдэх.** Улаанбаатар хотын эмнэлгүүдийн барилга хуучирсан, дэндүү нүсэр байгаа нь эрүүл мэндийн зардлын нилээд хэсгийг эмчилгээ үйлчилгээнд бус, тогтмол зардал болон засварт зарцуулж байна. Нөгөө талаас өнөөгийн санхүүгийн уламжлалт тогтолцоо, менежментийн чадавхи сул байгаа нь давхар нөлөөлж байна. Иймээс *Улаанбаатар хотын эмнэлгүүдийн зохистойгоор байршуулах бүтцийн өөрчлөлтийг эхлүүлэх цаг болсон байна.* (ДБ, Улаанбаатар хотын эрүүл мэндийн байгууллагуудын бүтцийн өөрчилөлт, 2003 он Жорж Пурвис, Д.Чимэддагва, Булганчимэг болон бусад )
- 3. Эрүүл мэндийн салбарын санхүүгийн нөөцийг зардлын үр дүн, үр ашиг өндөртэй өвчлөлөөс урьдчилан сэргийлэх, эрүүл мэндийг хөгжүүлэх нийгмийн эрүүл мэндийн арга хэмжээнд**

**түлхүү хандуулах замаар эрүүл мэндийн санхүүгийн хөрөнгийн хуваарилалт, ашиглалтыг сайжруулах** Монгол Улсын эрүүл мэндийн нийт зардлын 80 орчим хувийг эмнэлгийн тусламж үйлчилгээнд 5 хүрэхгүй хувийг урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээнд зарцуулж байна. Иймээс эрүүл мэндийн анхан шатны болон амбулторын тусламж үйлчилгээний санхүүгийн хөшүүргийг боловсронгуй болгох асуудал нэн чухал юм. *Анхан шатны эмнэлгүүдийг зөвхөн төсвөөс бус, эрүүл мэндийн даатгалаас тодорхой хувийг ялангуяа нийгмийн эрүүл мэндийн арга хэмжээг нэмж санхүүжүүлэхийг санал болгож байна.* Ингэснээр эрүүл мэндийн даатгалын ач холбогдолыг хүн амд ойлгуулах, хамралтыг нэмэгдүүлэх боломж бүрдэх юм. Мөн өнөөгийн хэрэгжиж буй нийгмийн эрүүл мэндийн хөтөлбөрүүдийн санхүүжилтийг нэмэгдүүлэх, хэрэгжүүлэх арга механизмыг боловсронгуй болгох замаар шийдвэрлэх боломжтой.

4. **Өвчлөлийн эрсдлийг хуваалцах, санхүүгийн хувьд харилцан тэтгэх зарчмыг урьдчилсан төлбөрийн аргад суурилсан улсын төсөв болон эрүүл мэндийн даатгалаар дамжуулан хэрэгжүүлж, хувь хүнээс хийх төлбөрийн хэмжээг салбарын нийт санхүүжилтийн 30 хувиас хэтрүүлэхгүй байх.**
5. **Даатгалын тогтолцоог бие даалган ажиллуулж даатгалтай иргэдэд шаардлагатай тусламж, үйлчилгээг худалдан авах чадварыг хөгжүүлэн сайжруулах.** Улсын төсөв ба эрүүл мэндийн даатгалын төлөвлөлт болон үйл ажиллагааны уялдааг сайжруулах. Эрүүл мэндийн даатгалын байгууллагын худалдан авах үйл ажиллагааг үндсээр нь сайжруулах, эрүүл мэндийн болон даатгалын мэргэжлийн хүмүүсээр бэхжүүлэх, тэдний чадавхийг сайжруулах, хяналтын тогтолцоог шат дараатай боловсронгуй болгох асуудал нэн чухал. Эдгээр арга хэмжээг хэрэгжүүлсэний дараа нэг худалдан авагчийн тогтолцоонд шилжин орохыг санал болгож байна.
6. **Одоо ашиглаж байгаа төлбөрийн аргуудын хэрэгжилт, хэрэглээ, үр нөлөөллийг судалж үнэлэх ажлыг тогтмолжуулж**

энэ үндсэн дээр төлбөрийн арга механизмыг цаг тухайд нь зохистой өөрчлөх, боловронгуй болгох.

7. Монгол улсын эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилттэй холбогдсон аливаа шинэчлэлийг салбарын ажил, үйлчилгээний үр ашгийг сайжруулах, эрүүл мэндийн шаардлагатай тусламж, үйлчилгээг нийт хүн амд тэгш, хүртээмжтэй, чанартай үзүүлэх боломжийг хангах, өвчин, эмгэгтэй холбогдож хүн амын ядуу, эмзэг бүлэгт тусаж болох санхүүгийн дарамт, ачааллыг бууруулах, ядуурлаас хамгаалах, санхүүгийн тэнцвэртэй байдлыг хадгалах асуудлуудтай нягт уялдуулан судалж, өргөнөөр хэлэлцэн зөвшилцөлд хүрэх замаар шийдэж хэрэгжүүлэх ажлыг эрчимтэй зохион байгуулах.
8. Эрүүл мэндийн үндэсний тооцооны тогтолцоог монгол улсад төлөвшүүлэх, мэдээллийн бааз, түүнийг хэрэгжүүлэх нэгжийг байгуулах, боловсон хүчнийг бэлтгэх. Ингэснээр эрүүл мэндийн санхүүжилтийн асуудлаарх судалгаа, шинжилгээний ажлыг чанаржуулах, нотолгоонд суурилсан бодлого боловсруулж хэрэгжүүлэхэд чухал ач холбогдолтой.
9. Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн талаарх бодлого, арга хэмжээнд салбар хоондын оролцоог сайжруулах, салбар хооронд харилцан ярилцаж зөвшилцөлд хүрэх оновчтой механизмыг судалж шинээр бий болгох.
10. Улсын болон хувийн хэвшлийн эрүүл мэндийн байгууллагуудын хамтын ажиллагааг сайжруулах, тэдгээрийн үйл ажиллагааг зохицуулах хууль эрх зүйн орчныг оновчтой бүрдүүлэх замаар үйлчилгээний давхардлыг арилгах, улмаар эрүүл мэндийн салбарын зардлын үр ашиггүй өсөлтөөс сэргийлэх.
11. Эрүүл мэндийн салбарын төсөв, санхүүгийн төлөвлөлт, санхүүгийн удирдлагыг бүх шатанд дэс дараатай сайжруулах, боловсронгуй болгох.

Эдгээр зөвлөмж нь эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний чанар, хүртээмж , тэгш байдлыг хангахад санхүүгийн механизмын гүйцэтгэх үүргийг нэмэгдүүлж боловсронгуй болгоход чиглэгдэж байгаа тул энэ талаар бодлогын яриа хэлэлцүүлэг өрнөж тодорхой зарим асуудлыг цаашид дэлгэрүүлэн судалж хэрэгжүүлэхэд хувь нэмэр болно гэдэгт итгэж байна.

## **БҮЛЭГ 1 ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН САЛБАРЫН НӨӨЦИЙН ХУВААРИЛАЛТ: ОЛОН УЛСЫН БАРИМТАЛЖ БУЙ ЧИГ ХАНДЛАГА БА МОНГОЛ УЛС**

Даяарчлалыг дагасан шинжлэх ухаан, технологийн дэвшил, мэдээлэл харилцааны үсрэнгүй хөгжил, үйлдвэрлэлийн үр ашиг, бүтээмжийг дээшлүүлэх явц дэлхийн улс орнуудын хамтын ажиллагааг улам бүр өргөжүүлж байна. Үүний хамт анагаах ухааны ололтод тулгуурласан эмчилгээний шинэ технологи, багаж төхөөрөмж, эм урвалж үйлчилгээнд нэвтрэхийн хэрээр эрүүл мэндийн зардал өсөх хандлага ажиглагдаж байгаа нь улс орны түвшинд шийдвэрлэвэл зохих эдийн засгийн нэг чухал асуудал болж байна. Өндөр хөгжилтэй дэлхийн ихэнх оронд хүн амын насжилтыг дагаад эрүүл мэндийн зардал нэмэгдэж байна тухайлбал, Хятад, Тайланд, Солонгос, Сингапур зэрэг улсууд мэдрэх болжээ. Хөгжингүй төдийгүй хөгжиж байгаа орнуудад “Өвчлөлийн давхар дарамт” буюу хавсарсан өвчлөлийн бэрхшээл үүсч байгаа бөгөөд хөгжиж буй орнууд халдварт болон халдварт бус өвчний асуудлыг хамт шийдвэрлэвэл шаардлагатай болж байна. Харин бага орлоготой хувьд урьдчилан сэргийлэх боломжтой ДОХ/ХДХВ, сүрьеэ, хүүхдийн халдварт өвчин, эх нялхсын өвчлөл, микро тэжээлийн дутагдал болон тамхинаас үүсэлтэй өвчлөлүүд өндөр байна. Гэтэл ихэнхи орны хувьд нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардлын өсөлт нь нэг хүнд ногдох ДНБ-ний өсөлтөөс хоцорч байна.<sup>2</sup> Улсын төсөв болон хөрөнгийн дотоод бусад эх үүсвэрүүд нь дээрхи олон шалтгааны улмаас өсөн нэмэгдэж буй эрүүл мэндийн зардлыг гүйцэхгүй болж байна.

Өндөр орлоготой орнууд ДНБ-ний 10-аас илүү хувийг хүн амынхаа эрүүл мэндэд зарцуулж байхад дундаж болон бага орлоготой орнууд 4-аас 6 хувийг зарцуулж байна. Нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардлаар нь бүс нутгуудыг харьцуулбал (Хүснэгт 1) Өмнөд Азийн бүс нутгийн хувь энэ үзүүлэлт нь хөгжингүй зарим орнуудынхаас даруй 110 гаруй дахин бага байна.

---

<sup>2</sup> What Should Macroeconomists Know about Health Care Policy. William Hsiao and Peter S Heller, 2007

Хүснэгт 1. Нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардал, ам. доллараар

A vertical black bar representing a redacted table. The table is completely obscured by this bar, and no data is visible.

Эх сурвалж: Health financing revisited, page 36



Улс орон бүрийн онцлогоос хамаарч эрүүл мэндийн зардлын түвшин, санхүүжилтийн эх үүсвэр өөр хоорондоо ялгаатай байгаа боловч , эрүүл мэндийн үндсэн үйлчилгээнд шаардагдах санхүүгийн орон зайг (fiscal space) орлогын ямар ч түвшинд бүрдүүлэх боломжтой юм. Санхүүжилтийн эх үүсвэрийн хувьд зарим орнууд тухайлбал Япон, Солонгос, Герман нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалаас хамаарч байхад Англи, Малайз зэрэг орон татварын санхүүжилт дээр төвлөрч байна. Харин бага орлоготой хөгжиж буй орнууд төлбөрт үйлчилгээнээс санхүүжилтийн ихэнхи хувийг бүрдүүлж байна. Санхүүжилтийн эх үүсвэрийг орлогын түвшингээр авч үзвэл дараах байдалтай байна.

Хүснэгт 2. Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн эх үүсвэрүүдийн харьцааг улс орны орлогын түвшнээр ангилан харуулсан байдал







Эх үүсвэр: *What Should Macroeconomists Know about Health care policy?* William Hsiao and Peter S.Heller

Дээрх хүснэгтээс ажиглахад бага орлоготой улс орнуудад хувь хүний төлбөр харьцангуй өндөр, харин улс орнуудын орлогын түвшин нэмэгдэхийн хэрээр эрүүл мэндийн даатгалын санхүүжилтийн эх үүсвэр нэмэгдэх хандлага ажиглагдаж байна.

Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцоо нь орлого цуглуулах, эрсдлийн санг бүрдүүлэх, нөөцийн хуваарилалт болон тусламж үйлчилгээг худалдан авах үйл ажиллагаанаас бүрддэг. Олон улсын байгууллагууд, ялангуяа Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллага (ДЭМБ) эрсдлийн сан бүрдүүлэх асуудлыг улс орнуудад зөвлөмж болгож байна. Эрсдлийн сан бүрдүүлнэ гэдэг нь орлого цуглуулах болон санхүүгийн нөөцийн менежментийн хүрээнд урьдчилан таахын аргагүй өвчлөл, эмчилгээний өндөр зардлаас хувь хүмүүсийг хамгаалж, хэрэгцээтэй эмчилгээг санхүүгийн эрсдэл багатайгаар үзүүлэх боломжийг бүрдүүлэх үйл явц юм. Эрсдлийн санг бүрдүүлэх үндсэн гурван төрлийн механизм байдаг. Үүнд:

Эрсдлийн санг бүрдүүлэх үндсэн гурван төрлийн механизм байдаг. Үүнд:

- Татвар дээр суурилсан улсын төсөв
- Нийгмийн эрүүл мэндийн даатгал(НЭМД)

- Сайн дурын болон хувийн эрүүл мэндийн даатгал (ХЭМД)

**Улсын төсөв.** ДЭМБ-н гишүүн 191 орноос 106 оронд эрүүл мэндийн санхүүжилтийн нэг гол эх үүсвэр нь улсын төсвийн санхүүжилт байна. 1942 онд Английн Лорд Уильям Беверидж эрүүл мэнд, нийгэм хамгааллын үйлчилгээнд татварын санхүүжилтийн энгийн тогтолцоог санал болгосон байна. Энэ тогтолцоог нэвтрүүлснээр санхүүжилтийн эх үүсвэрийн 82%-ийг татвараар бүрдүүлж, 13% нь даатгалын хураамж, 6-5% нь хувь хүний төлбөр эзлэх болов. Оросын эрдэмтэн, А.Н.Семашко (1876-1949) улсын төвлөрсөн төлөвлөлтийн аргад зохицсон загварыг санал болгон нэвтрүүлж байжээ. Семашко загварын гол зорилго нь эрүүл байх нь бүх иргэдийн үндсэн хуулиар олгогдсон бүрэн эрх тул бүх иргэдэд үнэ төлбөргүй, чанартай, эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг төр дангаараа үзүүлэхэд оршиж байв. Энэхүү загварыг хуучин төвлөрсөн төлөвлөгөөт эдийн засагтай орнууд өргөн хэрэглэж байсан.

Улсын төсвийн санхүүжилт нь хүн амыг эмнэлгийн тусламж үйлчилгээнд бүрэн хамруулах, санхүүгийн эрсдэлээс хамгаалахад чиглэсэн нэлээд өргөн хүрээтэй тогтолцоо юм. Ялангуяа дундаж болон бага орлоготой орнуудын хувьд албан бус секторт ажиллаж буй хүн амыг эмнэлэгийн тусламж үйлчилгээнд хамруулах боломжийг бүрдүүлдэг. Гэвч нөгөө талд нь хөрөнгийн ашиглалт, үр дүн хангалтгүй, менежемент сул, мөн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний чанар хангалтгүй байх хандлага нийтлэг байдаг.

**Нийгмийн эрүүл мэндийн даатгал** нь өвчлөл болоод санхүүгийн эрсдэлээс хүн амыг хамгаалахын зэрэгцээ, эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийн нэмэлт эх үүсвэр болж байна. Герман улсын Канцлер Конт Отто вон Бисмарк (1815-1898) 1883 онд эрүүл мэндийн албан журмын даатгалыг бий болгосон гэж үздэг. Гол агуулга нь ажиллагсдаас хураамж авах замаар тэдний эрүүл мэнд, амь насыг хамгаалах, улмаар өвчилсөн үед нь тодорхой хэмжээний үйлчилгээг хураамж төлсөн гишүүддээ үзүүлэх, эрсдэлээс хамгаалахад оршиж байжээ. Зарим тохиолдолд албан журмын даатгалд зөвхөн бага орлоготой ажилчид,

тэдний гэр бүлийнхэн хамрагдахаар заасан байдаг. Албан журмын даатгалын нэг онцлог бол даатгалын шимтгэлийг ажиллагсад, ажил олгогч нар хувааж төлөхөд оршдог байна. Даатгалын үйлчилгээг даатгалын байгууллага эмнэлгийн байгууллагуудтай гэрээ байгуулах замаар үзүүлж байв. Бисмаркийн загварыг дараах орнуудад нэвтрүүлжээ.

- Австри-Унгарын хаант улс 1883 оноос, Люксембург 1901, Норвег 1909, Их Британи 1911-1946, Чехословак 1918, Румын 1918, Болгар 1923, Нидерланд 1940, Бельги 1944

Өнөөдөр Герман улсын хүн амын 90% нь албан журмын даатгалд хамрагдсан, 8% нь сайн дурын хувийн эрүүл мэндийн даатгалд хамрагдсан, 1.8% нь зэвсэгт хүчний өвчлөлийн санд хамрагдаад байгаа ба 0.2% нь ямар нэгэн даатгалд хамрагдаагүй байна.

Албан журмын даатгалын байгууллага нь ихэвчлэн биеэ даасан болон хагас биеэ даасан хэлбэртэй байдаг ба хувь хүнийг түүний хүсэл сонирголоос нь үл хамааруулан даатгалд хуулиар хамруулж ингэснээр эрсдэл хуваах зарчмыг хэрэгжүүлэх боломжтой болдог.

Одоогоор нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоог дундаж болон өндөр орлоготой 60 орчим орон хэрэгжүүлж байна. Эдгээр орнуудаас 27 орон нь нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалаар дамжин бүх нийтийн хамралтад хүрсэн байна.(Карин болон Жэймс, 2004). Бүс нутгуудын өндөр хөгжилтэй болон зарим хөгжиж буй гишүүн Орнууд, тухайлбал Австрали, Япон, Солонгос, Монгол, Шинэ Зеланд болон Тайланд зэрэг улс орнууд татварын багц ба нөөцийн албан татвар, нийгмийн болон хувийн эрүүл мэндийн даатгалын холимог хэлбэрээр бүх нийтийн хамралтанд хүрсэн байна. Хятад, Индонези, Лаос, Филиппин, Вьетнам зэрэг улсуудад нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалыг нэвтрүүлж эхэлсэн боловч албан бус секторт хүн амын дийлэнх хэсэг ажилладаг тул эдгээр хүмүүсийг даатгалд хамруулах нь хамгийн гол бэрхшээл болж байна. Эмзэг болон бага орлоготой хүн амд чиглэсэн эрүүл мэндийн нийгмийн хамгааллын сүлжээг албан татвараар дамжуулан бий болгосноор бүх нийтийн хамралтыг мөн адил дэмжиж байна. Вьетнам, Индонезид хувь

хүнээс төлөх төлбөрөөс чөлөөлөх болон ядуучуудад эрүүл мэндийн картыг үнэгүй түгээх туршилтууд хийгдэж байна. ДЭМБ-ын бодлогод бүх нийтийн хамралт чухал байр суурь эзэлж байдаг<sup>34</sup>. Орлогын боломж дээр суурилж эрүүл мэндийг дэмжих, урьдчилан сэргийлэх, эмчлэх, нөхөн сэргээх үндсэн үйлчилгээг бүх хүн амдаа тэгш хүргэх асуудлыг бүх нийтийн хамралт гэж тодорхойлсон. Төсвийн санхүүжилт ба нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын болон бусад урьдчилсан төлбөрийн механизмаар дамжуулж бүх нийтийн хамралтанд хүрэх боломжтой гэж ДЭМБ үзэж байна.

**Сайн дурын болон хувийн эрүүл мэндийн даатгал** нь арилжааны зарчимд тулгуурлах тул даатгагч, даатгуулагч талууд өөрт ашигтай нөхцлүүдийг сонгон гэрээ байгуулан ажилладаг. Ер нь энэ хэлбэрийн эрүүл мэндийн даатгалыг дараахь бүлэгт хувааж болно.

- Ашгийн төлөө буюу арилжааны эрүүл мэндийн даатгал
- Ашгийн төлөө бус эрүүл мэндийн даатгал (сайн дурын ЭМД)
- Хамт олны эрүүл мэндийн даатгал

Хувийн эрүүл мэндийн даатгалд ихэвчлэн өндөр орлоготой хүмүүс хамрагддаг. Хувийн эрүүл мэндийн даатгал нь шимтгэлийн хувь хэмжээг тухайн хүний нас, хүйсийг харгалзан хувь хүн бүрийн өвчлөх эрсдэлээс хамааруулж тогтоодог. Өвчлөх эрсдэл өндөр, архаг хууч өвчтэй хүмүүс бусдаас өндөр шимтгэл төлөх, нөгөө талаас хувийн эрүүл мэндийн даатгалд эдгээр хүмүүсийг хамруулахгүй байх хандлага өндөр байдаг. Иймд зарим эрүүл мэндийн эдийн засагч нар “Хувийн эрүүл мэндийн даатгал нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалтай өрсөлдөхийг, мөн хувийн эрүүл мэндийн даатгалаар үйлчлүүлж байгаа иргэд нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын гадна үлдэхийг зөвшөөрч үл болно” (James C. Knowles) хэмээн анхааруулсан байдаг. . Гэхдээ ХЭМД улс орон бүрд ялгаатай үүрэг гүйцэтгэж байна. Тухайлбал,

- Сайн дурын хувийн даатгал зонхилсон тогтолцоо (АНУ)

<sup>3</sup> ДЭМБ-н Чуулганы WHA 58.33 Тогтооль 2005 он.

<sup>4</sup> Зүүн өмнөд болон номхон далайн бисийн орнуудын Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн стратеги, 2005

- Албан журмын хувийн даатгал зонхилсон тогтолцоо (Швецари)
- Улсын эрүүл мэндийн даатгалтай хамтарсан холимог тогтолцоо (Австрал). Даатгалын холимог тогтолцоонд хувийн эрүүл мэндийн даатгал нь улсын даатгалын үйлчилгээг орлох (Substitutive), эсвэл улсын даатгалын үйлчилгээг өргөтгөсөн (complementary) эсвэл улсын үйлчилгээнд ороогүй нэмэлт (Supplementary) үйлчилгээ үзүүлэх хандлагатай байдаг.

Хамт олны эрүүл мэндийн даатгал нь хүмүүс сайн дурын үндсэн дээр нэгдэж үйл ажиллагаа явуулдаг ашгийн бус, урьдчилсан төлбөр дээр суурилсан байдаг. Энэхүү тогтолцоо нь нэг талаас төлбөртэй үйлчилгээний хэмжээг бууруулах нөгөө талаас гишүүдээ эрсдэлээс хамгаалах санхүүгийн нөөцийг бүрдүүлдэг. Энэхүү тогтолцоог дэлхийн улс орнууд олон жилийн өмнөөс хэрэглэж ирсэн бөгөөд нийгмийн эрүүл мэндийн даатгал үүсэж хөгжих нэг суурь нөхцөл болсон. Гэхдээ сайн дурын эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцооны гол асуудал бол санхүүгийн тогтвортой байдлыг хадгалахад оршдог байна.

Бага орлоготой орнуудын хувьд нэн шаардлагатай тусламж үйлчилгээнд хүн амаа хэрхэн хамруулах, тэдгээрийг санхүүгийн эрсдэлээс хамгаалах асуудал чухалаар тавигдаж байна. Учир нь бага орлоготой орнуудад эрүүл мэндийн зардалд эзлэх төлбөртэй үйлчилгээний (хувь хүмүүс, хувийн хэвшлийн байгууллагаас ямарваа нэгэн нөхөн олговоргүйгээр эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэгчид хийх төлбөр) хэмжээ нэлээд өсөх хандлагатай байна. Иймээс ДЭМБ болон Дэлхийн банк зэрэг олон улсын байгууллагууд урьдчилсан төлбөрийн санхүүжилтийн тогтолцоог дэмжих замаар бүх нийтийн хамралтанд хүрэх зорилтыг дэвшүүлж байна. Эрүүл мэндийн нийт зардалд төлбөртэй үйлчилгээний эзлэх хувь 50 хувиас дээш гарсан тохиолдолд тусламж үйлчилгээний тэгш байдал, хүртээмж хангалтгүй болох, хүн амыг санхүүгийн эрсдэл аюултай байдалд хүргэхийг ДЭМБ-с анхааруулсан байна.

Хүснэгт 3. Эрүүл мэндийн нийт зардалд эзлэх хувь хүний төлбөр, түүний хамаарал<sup>5</sup>

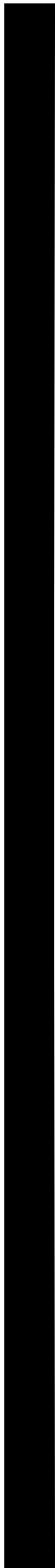


<sup>5</sup> ДЭМБ-н Зүүн өмнөд болон номхон далайн бүсийн орнуудын Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн стратеги, 2005



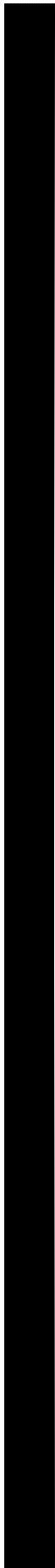








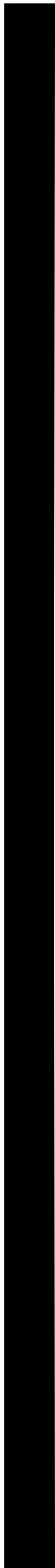




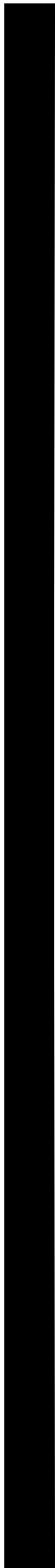






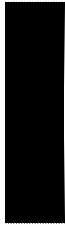












Дундаж орлоготой орнуудын үндсэн зорилт нь санхүүгийн хамгаалалт, бүх нийтийн хамралт, эрүүл мэндийн системийн үр ашигтай байдлыг хангахад чиглэгдэж байна. Тухайлбал, ядуу болон албан бус сектор ажиллаж буй хүмүүсийн шимтгэлийг улсын төсвөөс санхүүжүүлэх, хувийн эрүүл мэндийн даатгалын сантай үйл ажиллагааг уялдуулах, хамрагдаагүй бүлгүүдийг даатгалд хамруулах асуудлуудад анхаарал хандуулж байна.

*Эрүүл мэндийн эдийн засгийн гол асуудал нь хязгаарлагдмал нөөцийг үр дүнтэй ашиглан аль болохоор олон хүнд эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг хүргэх асуудал юм.* Ингэж зарцуулахад эрүүл мэндийн нэн тэргүүнд үзүүлэх тусламж үйлчилгээний багц буюу тэргүүлэх чиглэлийг тодорхойлох нь чухал юм. Ингэснээр хамгийн түрүүнд ямар тусламж үйлчилгээнд түлхүү санхүүжилт хийх тухай шийдвэр гаргах боломжтой болно. Эрүүл мэндийн салбарын түвшний нөөцийн хуваарилалтад тухайн улс орны баримталж байгаа хөгжлийн чиг хандлага, улс төрийн шийдэл, төрийн бодлого гол нөлөө үзүүлдэг. Гэвч нөөцийн хуваарилалтыг улс орнуудын түвшинд авч үзэхэд хөгжиж буй орнууд нь дэлхийн хүн амын 84 хувийг, нийт өвчлөлийн 90 хувийг эзэлж байгаа боловч эрүүл мэндийн нийт зардлын 12 хувийг зарцуулж байгаа нь туйлын хангалтгүй үзүүлэлт юм<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Health financing revisited, World bank



\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Vertical line





\_\_\_\_\_

Vertical line on the left side of the page.







\_\_\_\_\_

Vertical line on the left side of the page.





Vertical line

Vertical line on the left side of the page.







Vertical line











\_\_\_\_\_









\_\_\_\_\_





\_\_\_\_\_

























\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_













\_\_\_\_\_

Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг худалдан авах үйл ажиллагаа нь хоёр ба гурван талын харилцаан дээр суурилдаг. Жишээлбэл,

- Хоёр талын харилцаа эмнэлэгийн байгууллага ба хэрэглэгч хоёрын дунд үүсэж болно.
- Гурван талын харилцаанд эмнэлэгийн байгууллага, санхүүжүүлэгч байгууллага болон хэрэглэгч гурав голлон оролцдог.

Худалдан авах үйл явц даатгалын орчинд илүү мэдрэгддэг. Учир нь даатгагч даатгуулагчийн өмнөөс эмнэлэгийн байгууллагуудаас тусламж үйлчилгээг худалдан авах, үйл ажиллагаанд хяналт тавих үүрэг хүлээдэг. Энэ утгаараа тусламж үйлчилгээг худалдан авах үйл ажиллагаа нь тусламж үйлчилгээг үзүүлэх үйл ажиллагаанаас тусгаарлагддаг. Өнөөдөр дэлхийн улс орнууд эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг хүн амд хүргэх зорилгоор эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоог янз бүрийн хэлбэрээр хэрэгжүүлж байна. ЭМД-н тогтолцоог даатгалын сангуудын тоогоор нь нэг худалдан авагчийн тогтолцоо, олон худалдан авагчийн тогтолцоо гэж ангилдаг. Нэг худалдан авагчийн тогтолцооны онцлог нь голлон засгийн газрын байгууллага шимтгэл цуглуулах замаар сан бүрдүүлж нийт хүн амын эрүүл мэндэд онцгой нөлөөтэй стратегийн ач холбогдолтой тусламж, үйлчилгээг худалдаж авах боломж бүрдүүлдэг. Харин олон худалдан авагчийн тогтолцооны нөхцөлд хүн амын тодорхой бүлгүүдийн өмнөөс тусламж үйлчилгээг худалдан авах үүргийг хэд хэдэн байгууллага гүйцэтгэдэг тул тэр бүр стратегийн шинжтэй байдаггүй. Цаашилбал, ЭМД-н нэг худалдан авагчийн тогтолцоо нь эрүүл мэндийн нийт зардлыг бууруулах, зохистой төлөвлөж, зарцуулалтыг хянах, урьдчилан санхүүжүүлэх боломжийг бүрдүүлдэг. Олон худалдан авагчийн тогтолцоо нь зах зээлийн өрсөлдөөнийг нэмэгдүүлэх ач холбогдолтой боловч тусламж үйлчилгээний зардлыг хянах, тэгш байдлыг хангах тал дээр тийм ч хангалттай байдаггүй байна. Жишээлбэл 1998 он хүртэл өмнөд Солонгост эрүүл мэндийн даатгал нийт 374 жижиг сангаас бүрдэж байсан бөгөөд 2000 оноос нэг сан болгон нэгтгэсэн байна. (Бон мин яанг) Ингэснээр ялгавартай төлбөр авч байсан сангууд нэгдсэн удирдлага зохицуулалттай болсоны зэрэгцээ ажиллагсадын тоо 15 мянгаас 10.7 мянга болж буурчээ. Мөн үйл ажиллагааны зардал 8.8 хувиас 4.4 хувь болж буурсан байна.

Сүүлийн жилүүдэд хэд хэдэн оронд эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллага, худалдан авах үйл ажиллагааг зааглах чиглэлээр шинэчлэл хийгдэж байна. Энэ нь Засгийн газар улсын эрх мэдэл бүхий байгууллагыг эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэгчдийг удирдах, тэдэнд ажил олгох бус харин эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг худалдан авагч болгон хуульчилах үйл ажиллагаа юм. Худалдан авагч, үйлчилгээ үзүүлэгчийг заагласнаар эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэхэд зах зээл, хагас зах зээл үүсгэх, шудрага өрсөлдөөнийг бий болгох боломжийг бүрдүүлдэг.

Улс орнууд эмнэлгээс эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг худалдаж авахдаа янз бүрийн *төлбөрийн аргуудыг* ашигладаг. Санхүүжүүлэгч байгууллагаас үйлчилгээ үзүүлэгчид үзүүлсэн тусламж үйлчилгээний төлбөрийг төлж буй хэлбэрийг төлбөрийн арга гэнэ.

Тусламж үйлчилгээний үр дүн, чанар, зардал, хүртээмж нь төлбөрийн механизмаас шууд хамааралтай. Төлбөрийн аргаас эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний эрэлт нийлүүлэлт, тусламж үйлчилгээний чанарын үзүүлэлтүүд шууд хамаардаг. Иймээс төлбөрийн арга нь эрүүл мэндийн санхүүжилтийн зангилаа хэсэг болно.

Төлбөрийн аргыг цаг хугацааны хувьд, төлбөрийг хэн хийж байгаагаас болон зах зээлд оролцогч талаас хамааруулж дараахь байдлаар хувааж үздэг.<sup>7</sup>

***Цаг хугацааны хувьд:***

1. Урьдчилсан төлбөр
2. Гүйцэтгэлээр нь хийх нөхөн буюу дараа төлбөр

***Төлбөрийг хэн хийж байгаагаас нь хамааруулж::***

1. Шууд төлбөрийн арга
2. Шууд бус төлбөрийн арга

---

<sup>7</sup> Эрүүл мэндийн эдийн засгийн тндсэн ойлголтууд, 2006 Улаанбаатар

### **Зах зээлд оролцогч талаас хамааруулж:**

А. Эрэлтэд тулгуурласан төлбөрийн арга:

1. Нэг үйлчлүүлэгчээр /иргэнээр/ тооцсон
2. Нэг үйлчлүүлэгчээр /даатгуулагчаар/ тооцсон

Б. Нийлүүлэлтэд тулгуурласан төлбөрийн арга:

3. Зардлын зүйлээр тооцсон
4. Нийт төсвөөр тооцсон
5. Үйлчилгээнд тулгуурласан төлбөрийн арга
  - 5.1 Ашигласан ор хоногоор нь төлбөр хийх
  - 5.2 Үйлчилгээний төрлөөр тооцсон төлбөрийн арга
  - 5.3 Оношлогоо эмчилгээний бүлэгт тулгуурласан төлбөрийн арга
  - 5.4 Өвөрмөц үйлчилгээнд зориулсан төлбөрийн арга

Төлбөрийн аргууд нь өөрийн давуу болон сул талуудтай байдаг бөгөөд улс орнууд өөрийн орны онцлогт тулгуурлан ялгавартайгаар хэрэглэж байна.

Хүснэгт 4. Төлбөрийн аргуудын харьцуулалт: давуу болон сул талууд





[REDACTED]



101  
102  
103  
104  
105  
106  
107  
108  
109  
110  
111  
112  
113  
114  
115  
116  
117  
118  
119  
120  
121  
122  
123  
124  
125  
126  
127  
128  
129  
130  
131  
132  
133  
134  
135  
136  
137  
138  
139  
140  
141  
142  
143  
144  
145  
146  
147  
148  
149  
150  
151  
152  
153  
154  
155  
156  
157  
158  
159  
160  
161  
162  
163  
164  
165  
166  
167  
168  
169  
170  
171  
172  
173  
174  
175  
176  
177  
178  
179  
180  
181  
182  
183  
184  
185  
186  
187  
188  
189  
190  
191  
192  
193  
194  
195  
196  
197  
198  
199  
200

[REDACTED]



Эх сурвалж: Bamum, Kulzin, Saxenian, Incentives and Provider Payment methods, 1995

Дэлхийн улс орнууд түүхэн уламжлал, эрүүл мэндийн салбарын тогтолцооны аргаас хамааран янз бүрийн төлбөрийн аргыг хэрэглэж байна. Эдийн Засгийн Хамтын Ажиллагаа, Хөгжлийн Байгууллагад (ЭЗХАХБ) хамрагддаг орнууд төлбөрийн аргыг хосолсон хэлбэрээр хэрэгжүүлж байна.

Хүснэгт 5. Эдийн Засгийн Хамтын Ажиллагаа, Хөгжлийн Байгууллагад (ЭЗХАХБ) хамрагддаг орнуудын хосолсон төлбөрийн аргыг үзүүлбэл:





Эх үүсвэр; *Technical Briefs for Policy-Makers, number 2,2007 WHO*



## БҮЛЭГ 2 : МОНГОЛ УЛСЫН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН САНХҮҮЖИЛТИЙН ТОГТОЛЦООНЫ ӨНӨӨГИЙН БАЙДАЛ

### 2.5 Хүн ам зүйн болон эрүүл мэндийн байдал

Монгол улсын нийт хүн ам 2006 оны байдлаар 2,594.8 мянга байна. Нийт хүн амын 60 хувь нь хот суурин газарт амьдарч<sup>8</sup>, суурин газар оршин суугаа хүмүүсийн 72 хувь нь таван томоохон хотод төвлөрч байгаа бөгөөд нийт хүн амын гуравны нэг нь Улаанбаатар хотод амьдарч байна. 1990-2006 онд хүн амын жилийн дундаж өсөлт 1,2 хувь байна. 1990 онд 0-14 насны хүн амын эзлэх хувь 41.6 байсан бол 2006 онд 28.5 хувь болж буурсан байна. Энэ нь хүн амын төрөлт нэлээд хурдацтай буурч байгааг харуулж байна. 2006 онд хүн амын дийлэнхийг залуу насны хүмүүс эзэлж байгаа бөгөөд 2020 оноос ахимаг насны хүмүүсийн эзлэх хувь нэлээд өсөхөөр байна. 2006 онд 45-аас дээш настай хүмүүсийн эзлэх хувь 18.5 хувьтай байгаа нь 1990 онтой харьцуулахад 23.8%-иар өссөн байна. Хэтийн тооцоогоор энэ үзүүлэлт нь 2020 онд 25,5% хүрэх хандлагатай байна.

Хүснэгт.6 Хүн амын насны бүлэг хувиар, 1990, 2006, 2020 он

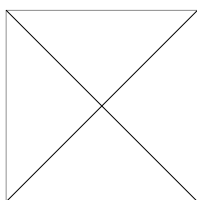


Эх үүсвэр; Монгол улсын статистикийн эмхтгэл, Монгол улсын хүн амын хэтийн тооцоо

<sup>8</sup> Монгол улсын дотоод шилжилт хөдөлгөөн, хотжилт, Монгол улсын Үндэсний статистикийн газар, 2002

Монгол улс 1990 оноос хойш хүн ам зүйн шилжилтийн үед байгаа бөгөөд энэ нь төрөлт, нас баралтын түвшин огцом буурч, хүн ам хөгшрөх байдлаар тодорхойлогдож байна. Тухайлбал 1990 онд манай улсын хүн амын дундаж өсөлт 2.7 хувь байсан бол 2000 онд 1.4 хувь, 2003-2005 онд 1.17 болж буурсан. Харин 2006 онд хүн амын өсөлт 1.23 болж өмнөх 3 жилтэй харьцуулахад нэмэгдсэн байна

Зураг.1 Хүн амын нас-хүйсийн суврага, 1990, 2006, 2020 он



1990 онд 1000 хүн амд ногдох төрөлт 35.3 байсан бол 2003 гэхэд 18.0 болж 2 дахин буурч, 2004 оноос тогтворжих хандлагатай байна. Нэг эмэгтэйн амьдралынхаа туршид төрүүлэх хүүхдийн тоо 1990 онд 4.3 байсан бол 2000-2003 онд гэхэд 2 дахин буурч, 2004-2006 онд 1.9 буюу 2 хүрэхгүй үзүүлэлттэй болсон байна. Үүнээс харахад манай улс хүн амын шилжилтийн үедээ яваа бөгөөд аажмаар хүн амын дунд эзлэх настай хүмүүсийн тоо нэмэгдэж, хүүхэд залуучуудын тоо тууштай буурах хандлага ажиглагдаж байгаа юм.

Бусад орнуудын туршлагаас харахад нийт хүн амд өндөр настай хүмүүсийн эзлэх хувь нэмэгдэсэнээр эмнэлгийн тусламж үйлчилгээ нэмэгдэх мөн санхүүгийн нэмэлт эх үүсвэр шаардлагатай болдог. Монгол Улсын хувьд ч 2020 онд 60-с дээш насны хүмүүсийн эзлэх хувь нэлээд нэмэгдэх хандлагатай байгааг анхаарч, энэхүү хандлагад нийцсэн “бодлогын хариу” боловсруулах шаардлагатай болж байна. 2002 оны байдлаар хүн амын ядуурлын хувь улсын хэмжээгээр 36.1 хувь байна.<sup>9</sup> Хүн амын дунд орлогын тэнцвэрт байдал алдагдан баян ядуугийн

<sup>9</sup> Хүн амын амьжиргааны тившний судалгаа, ЁСГ, 1998

хоорондын ялгаа улам бүр нэмэгдэж байгаа, нөгөө талаас шилжих хөдөлгөөн нэмэгдэж байгаа нь эрүүл мэндийн байдал, мөн эрүүл мэндийн үйлчилгээний хүртээмжид сөргөөр нөлөөлж байна. Хүн амын эрүүл мэндийн байдлыг авч үзвэл ядуу орнуудад зонхилон тохиолддог халдварт өвчин, өндөр хөгжсөн орнуудад зонхилон тохиолддог хавдар, осол гэмтлийн эмгэгүүд аль аль нь түгээмэл тохиолдож өвчлөлийн давхар дарамтыг бий болгож байна. Хүмүүсийн амьдралын хэв маягтай холбоотой халдварт бус өвчний тархалт хурдацтайгаар нэмэгдэж байгаа нь нийгмийн эрүүл мэндийн тулгамдсан асуудлын нэг болж байна. Өвчлөлийн хувьд халдварт өвчин, амьсгалын болон хоол боловсруулах эрхтний өвчин эмгэг тэргүүлэх байрыг эзэлж байна. Зан үйл, амьдралын хэв маяг, амьдрах орчин зэрэг эрсдэлт хүчин зүйлстэй холбоотойгоор БЗДХ, сүрьеэ, вируст гепатит болон зоонозын халдварт өвчин өсөх хандлагатай байна. Өвчлөлийн дийлэнх нь ядуу, эмзэг бүлгийнхэн болон хүн амын 47 хувийг эзэлдэг хүүхэд, залууст тохиолдож байна. Хөдөө орон нутгаас шилжин ирэгсдийн ихэнхи нь хотын захаар амьдарч байгаа бөгөөд шилжилт хөдөлгөөний бүртгэл сул, иргэний баримт бичгийн зөрчил их гэх мэт олон шалтгааны улмаас тэдний нийгмийн баталгаа алдагдаж, эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хүртээмж, тэгш байдал, чанарын асуудал доголдож ирлээ

Нас баралтын тэргүүлэх таван шалтгаан сүүлийн арваад жилүүдэд өөрчлөгдөн, 1995 оноос зүрх судас, хавдар, осол гэмтэл эхний байрыг эзлэх боллоо.

Хүснэгт 7. Нас баралтын тэргүүлэх таван шалтгаан





Эх үүсвэр Эрүүл мэндийн статистик мэдээлэл, ЭХҮТ

Нялхсын эндэгдэл 1990 онд 1000 амьд төрөлтөд 63.4 байснаа 2004 онд 22,82 болж буурчээ. Мөн тав хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл 1993 онд 1000 амьд төрөлтөнд 82.7 байсан бол 2004 оны байдлаар 29,1 болж аажмаар буурч байна. Шилжилтийн үед иргэдэд эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх ажил үндсэндээ зогсонги байдалд орсноос эхийн эндэгдэл 1993 онд 100.000 амьд төрөлтөд 243 хүртэл нэмэгдсэн бол нөхөн үржихүйн тусламж үйлчилгээнд түлхүү анхаарсны үр дүнд 2004 онд 98,6-д хүртэл бууруулж чадсан. Гэхдээ эхийн эндэгдлийн үзүүлэлт нь бусад үзүүлэлтийн адил бүс нутгаар эрс ялгаатай байна. Ялангуяа, Улаанбаатар хотод эхийн эндэгдэл улсын дунджаас өндөр байна.



Хүснэгт 8. Нялхас ба 5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл



Т  
Г  
Г  
Г  
Г



---

<sup>10</sup> Эхийн эндэгдэлийн статистик мэдээлэл нэлээд зөрүүтэй гарч байна

Монгол Улсын хүн амд 0-4 насны хүүхдийн эзлэх хувь 1990 онд зонхилох байрыг эзэлж байсан бол 2006 онд 15-29 насны залуучуудын эзлэх хувь нэмэгдсэн байна. 2020 онд 30-44 насны хүн амын эзлэх хувь нэмэгдэхээр байна. Энэ нь хөгжсөн орнуудын адил ахимаг насны хүн амын эзлэх хувь нэмэгдэхтэй холбогдож ирээдүйд эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний эрэлт өсөх, түүнийгээ дагаад санхүүгийн нэмэлт эх үүсвэр шинээр

шаардлагатайг харуулж байна. Сүүлийн жилүүдэд эхийн болон нялхасын эндэгдэл буурах хандлагатай байна. Энэ нь нэг талаас хүн амын өсөлт буурч байгаатай холбоотой байж болох юм. Мөн Дэлхийн банкны үзэж байгаагаар статистик мэдээллийг сайжруулах асуудал чухал юм.

## **2.6 Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ**

Монгол улсын эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний дийлэнх хувийг улсын анхан, хоёрдогч, гуравдагч гэсэн шатлалаар эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг хүн амд үзүүлж байна. Сум ба өрхийн эмнэлгийн тогтолцоогоор анхан шатны тусламж үйлчилгээг хүн амын 85 орчим хувьд хүргэж байна. Гэсэн хэдий ч анхан шатны тусламж үйлчилгээний хүртээмж, чанар хангалтгүй байгаа нь хөдөөд эхийн ба нялхсын эндэгдэл өндөр гарахад нөлөөлж байна гэж 2000 оны НҮБ-ын Хүүхдийн Сангийн илтгэлд дүгнэсэн билээ. Харин сүүлийн жилүүдэд эхийн болон нялхасын эндэгдэл Улаанбаатар хотод нэмэгдэх хандлагатай байгаа нь хотын хүн амын механик өсөлтөөр тайлбарлаж болох юм.

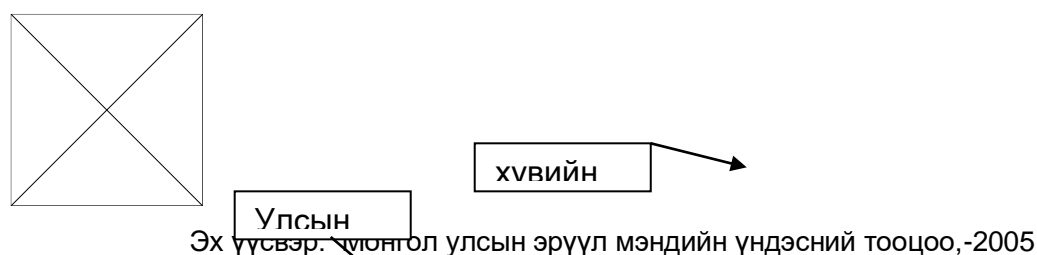
Эрүүл мэндийн байгууллагуудын бүх шатлалд хэт удаан хугацаагаар хэвтүүлэн эмчлэх, оношлогоо шинжилгээг давхардуулах эсвэл бүр орхигдуулах, зайлшгүй шаардлагатай нөөц хүрэлцэхгүй байх, ур чадвартай боловсон хүчин дутагдах, оношлогооны чадавхи муугаас эмчилгээ үйлчилгээ үр дүнгүй, чанаргүй байх нь түгээмэл байна. Одоогоор улсын хэмжээнд эрүүл мэндийн байгууллагуудад ашиглаж буй оношлогооны тоног төхөөрөмжүүд дунджаар 20-30 жил болж, нийт тоног төхөөрөмжийн нөөцийн 50 орчим хувь нь өнөөгийн шаардлагыг хангаж чадахгүй байна.

Хэдийгээр манай улсын 10.000 хүнд ногдох их эмчийн тоо (2004 онд 26,17) өндөр хөгжилтэй орнуудын түвшинд байгаа боловч хөдөө орон нутагт их эмч дутагдсаар байна. Энэ нь хүн амд эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг тэгш хүртээмжтэй хүргэх бодлогын хэрэгжилтэд сөргөөр нөлөөлж байна. Жил бүр албан бус тоогоор 30 мянга гаруй иргэн хилийн чандад эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг авахаар явж байгаа нь

нөөцийн хомсдол, ялангуяа оношлогоо эмчилгээний чадавхи хангалтгүй байгаатай холбоотой.

1990 оноос хойш эрүүл мэндийн салбарт хувийн хэвшлийн байгуулага бий болох эрх зүйн орчин бүрдэж эхэлсэн.

## Зураг 2 Улсын болон Хувийн эмнэлгийн харьцаа



Эрүүл мэндийн нийт зардалд хувийн эрүүл мэндийн салбар 12 хувийг эзэлж байна. Сүүлийн жилүүдэд хувийн эрүүл мэндийн салбар хурдацтай хөгжиж байгаа хэдий ч нэгдсэн зохицуулалт байхгүйгээс зөвхөн ашиг олох зорилгоор чанаргүй, шаардлагагүй тусламж үйлчилгээг үзүүлэх, ядууст үйлчлэхгүй байх зэргээр эрүүл мэндийн тогтолцооны цогц байдалд дэмжлэг үзүүлж чадахгүйн дээр эрүүл мэндийн зардлыг хөөрөгдөж байна. Тухайлбал төрийн өмчийн эмнэлгүүдийн ачааллыг бууруулах зорилгоор ор бүхий хувийн хэвшлийн эмнэлгүүдийг ЭМДС-аас санхүүжүүлж ирсэн боловч тусламж үйлчилгээний зардлыг нэмэгдүүлэх сөрөг хөшүүрэг болж байна.

### 2.7 Эрүүл мэндийн санхүүжилт

Монгол улсад 1990 оноос өмнө төвлөрсөн төлөвлөгөөт эдийн засгийн зарчим 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>11</sup>. Монгол улс 1990 оноос ардчилал, чөлөөт зах зээлийн эдийн засагт шилжих өөрчлөлт шинэчлэлийг эхлүүлсэн. 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.

#### Шигтгээ 2. Эдийн засгийн үндсэн үзүүлэлтүүд<sup>12</sup>

- 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

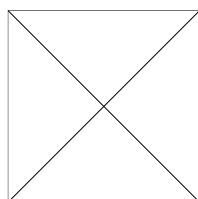
Ийнхүү нэг талаас хуучин ЗХУ-тай хийж байсан гадаад худалдааны нөхцөл өөрчлөгдсөнтэй уялдсан нийлүүлэлтийн хэт шокоос болж инфляцийн түвшин эрс нэмэгдсэн нь эрүүл мэндийн салбарт ч хүндээр туссан. Эрүүл мэндийн салбарын зардал нь 1990 онд ДНБ-ний 5,5 хувийг эзэлж байсан бол шилжилтийн жилүүдэд 3,1 хувь /1995/ хүртэл буурсан<sup>13</sup>.

<sup>11</sup> П.Нямдаваа “Нийгмийн эрүүл мэндийн тулгамдсан асуудлууд”

<sup>12</sup> Д.Чимэддагва, Вольтер “Эдийн засгийн шилжилтийн асуудлууд”

<sup>13</sup> “Монгол Улсын Зах зээлд” статистикийн эмхтгэл, 1989-2002

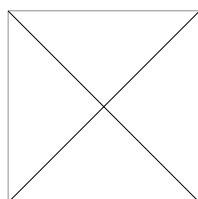
### Зураг 3. Эрүүл мэндийн зардал, 1990-2004



Эх үүсвэр: Эрүүл мэндийн яам, 2004

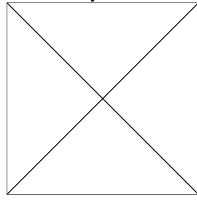
Энэхүү шилжилтийн зурвас үед эрүүл мэндийн тогтолцоонд өөрчлөлт, шинэчлэл хийх асуудал нэн чухлаар тавигдсан бөгөөд санхүүжилтийн эх үүсвэрийг нэмэгдүүлэх, зах зээлийн нөхцөлд хүн амыг санхүүгийн эрсдэлээс хамгаалах зорилгоор **Иргэний эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоог** 1994 оноос эхэлж нэвтрүүлсэн нь эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцоонд гарсан томоохон шинэчлэл болжээ. 1993 онд батлагдсан “Иргэний эрүүл мэндийн даатгалын тухай хууль” нь эрүүл мэндийн даатгалд хүн амаа аль болох бүрэн хамруулах үүднээс эв нэгдлийн буюу тэгшитгэх (solidarity) хэлбэртэйгээр, ажиллагч 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 (1.9 сая хүн)-ийг даатгалд хамруулах бололцоо олгосон.

### Зураг 4. ЭМД хамрагдсан тоо, эзлэх хувь, 1995 он



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

Зураг 5. Улсын секторын санхүүжилтийн эх үүсвэр, хувиар



Эх үүсвэр: Эрүүл мэндийн яам, 2004

Бисмаркийн<sup>14</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 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 зардлын хэмжээ тогтворжиж, хүн амыг санхүүгийн эрсдэлээс хамгаалах орчин бүрдсэн.

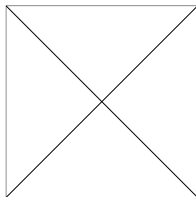
Эрүүл мэндийн даатгал нь бүтцийн хувьд Монгол даатгал компани харьяанд байгуулагдсан байна. Нийгмийн даатгалын багц хууль хэрэгжиж эхэлсэнтэй холбогдуулан (Засгийн газрын 1995 оны 195 дугаар тогтоолоор) Эрүүл мэндийн даатгалын ажлыг “Монгол даатгал”компаниас 1996 оны 1 дүгээр сарын 1-нээс эхлэн Улсын Нийгмийн Даатгалын Ерөнхий газарт (УНДЕГ)-т шилжүүлснээр улсын нийгмийн даатгалын (тэтгэвэрийн сан, тэтгэмжийн сан, үйлдвэрлэлийн ослын сан, ажилгүйдлийн сан гэсэн бүрдэлтэй байсан) нэг хэсэг болжээ. УНДЕГ нь аймгууд болон Улаанбаатар хотын дүүрэг бүрт салбартайн

<sup>14</sup> Отто Бисмарк(1815-1893) германд ийлдвэрийн ажилчдын эрүүл мэндийг хамгаалах арга хэмжээ болгон эрүүл мэндийн албан журмын даатгалыг анх 1833 онд нэвтрүүлсэн



зэрэгцээ сумын түвшинд нийгмийн даатгалын байцаагч эрүүл мэндийн даатгалын асуудлыг давхар хариуцдаг болжээ.

Зураг 6. Нийгмийн даатгалын бүтэц



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. Харин дутагдалтай тал нь улсын төсөв болон даатгуулагч иргэдийн төлсөн шимтгэл гэсэн өөр өөр эх үүсвэрээс санхүүгийн нөөцөө бүрдүүлж байгаа 5 төрлийн нийгмийн даатгалын санд нэгдсэн тайлан тооцоонд оруулнаас Нийгмийн даатгалын сангийн зарцуулалт, бодлогод шимтгэл төлөгч иргэдийн оролцоо, хяналт сул хэвээр үлджээ.

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

- хувиараа хөдөлмөр эрхлэгч аж ахуй нэгжийн эзний даатгалын шимтгэлийн хувь хэмжээг тэдний хөдөлмөрийн хөлс, түүнтэй адилтгах орлогын 6%-иас хэтрүүлэхгүйгээр тогтоох, (1994)
- 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, 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, эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээг тусгай зөвшөөрөл авсан төрийн болон холимог өмчийн, хувийн хэвшлийн байгууллага үзүүлэх, (1998)
- 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, эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлсэн тохиолдолд нэг ор хоногийн эмчилгээний хувьсах зардлын *10%-ийг даатгуулагч өөрөө хариуцах*, эмчилгээний норм, төлбөрийн хэмжээг холбогдох яам батлах, зайлшгүй шаардлагатай эмийн

жагсаалтад заасан эмийн үнийн тодорхой хэсгийг даатгалаас төлөх, (1998)

- Даатгуулсан иргэнд 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)

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 үүсвэртэй болсныг харуулж байна. Энэ хугацаанд аж нэгж, байгууллагаас төлөх шимтгэлийн орлогын хэмжээ нэмэгдэх хандлагатай байна.

Хүснэгт 9. Эрүүл мэндийн даатгалын сангийн орлого, зарлага

Ни  
йгм  
ий  
н  
даа  
тга  
лы  
н  
сан  
гий  
н  
төр  
өл  
199199  
5 6  
он он\_  
199  
7  
он\_  
199  
8  
он\_  
199  
9

ОН\_  
200  
0  
ОН\_  
—  
—  
—  
—  
—  
Ни  
йт  
орл  
ого  
,  
үүн  
ээс  
\_7,  
487  
.8\_  
9,1  
40.  
9\_1  
1,3  
99.  
5\_1  
4,1  
29.  
8\_1  
4,3  
83.  
0\_1  
8,1  
44.  
9\_  
Ши  
мтг  
эли  
йн  
орл  
ого  
\_4,  
609  
.3\_  
5,7  
80.  
8\_7  
,50  
5.3  
\_8,  
063  
.5\_  
9,5  
25.  
8\_1  
3,2  
88.  
3\_  
Төр  
хар  
иуц

ах  
ши  
МТГ  
эл\_  
2,8  
78.  
5\_3  
,36  
0.1  
\_3,  
894  
.2\_  
6,0  
66.  
3\_4  
,85  
7.2  
\_4,  
856  
.6\_  
  
—  
*Зар*  
*лаг*  
а\_6  
,43  
0.3  
\_9,  
861  
.0\_  
9,6  
96.  
4\_1  
3,1  
17.  
3\_1  
1,3  
65.  
7\_1  
2,0  
24.  
4\_\_  
  
—  
—  
—  
  
—  
Ши  
МТГ  
эли  
йн  
орл  
ого  
\_61  
.6%  
\_63  
.2%  
\_65  
.8%  
\_57  
.1%  
\_66

	.2%
	_73
	.2%
	—
	38.
Төр	4%
хар	_36
иуц	.8%
ах	_34
ши	.2%
мтг	_42
эл	.9%
	_33
	.8%
	_26
	.8%
	—
	_10
	0.0
	%
	100
	.0%
	_10
	0.0
	%
	100
	.0%
	_10
	0.0
	%
	100
	.0%

Эх үүсвэр; Нийгмийн даатгалын статистик эмхтгэл, 2006 он

2004 оны байдлаар хүн амын 87.5 хувь нь даатгалтай байсан боловч даатгуулагчийн 14 хувь нь хэвтэн эмчлүүлсэн, 10 хувь нь бусад эрүүл мэндийн тусламж авсан байна (тэдэнд даатгалын сангийн 85 хувийг зарцуулсан). Энэ нь нэг талаас хүн ам хэвтэн эмчлүүлэх үйлчилгээг илүү сонирхох болсон нөгөө талаас эмнэлэгүүд даатгалаас ахиухан санхүүжилт авахын тулд орны тоог нэмэгдүүлэх чиглэлээр илүү сонирхох болсон нь шаардлаггүй хэвтэлтийг нэмэгдүүлэх хүчин зүйл болсон.

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

2006 онд Эрүүл мэндийн тухай хууль болон ИЭМД-н хуулийн нэмэлт өөрчлөлтөөр зарчмын чанартай өөрчлөлтүүд оржээ. Өрхийн болон сумын эмнэлгийг төсөв болон даатгалаас санхүүжиж байсныг өөрчилж зуун хувь төсвөөс санхүүжүүлэх болсон. Ингэснээр хүн амд хамгийн орой байдаг анхан шатны эмнэлгийн үйлчилгээ чанаржиж, урьдчилан сэргийлэх үйл ажиллагаа бэхжих зорилго тавигдсан байна. Хоёр, гурав дахь шатлалын эмнэлгүүдийг оношийн бүлгээр санхүүжүүлэх болжээ.

- Эрүүл мэндийн даатгалын тусламж, үйлчилгээнд дараахь тусламж, үйлчилгээг хамруулахаар заажээ.

- 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 өөрчлөлтийг хэрэгжүүлэхэд ихээхэн хүндрэл учирч байна. Тухайлбал, оношийн бүлэг тодорхой бус, санхүүжүүлэгч болон санхүүжигч байгууллагууд нэгдсэн ойлголтод хүрээгүй байгаагүйгээс 2,3 дахь шатлалын эмнэлгүүдийн санхүүжилтэд хүндрэл гарах хандлага ажиглагдаж байна.

**Хувийн хэвшлийн оршин тогтнох хууль эрх зүй орчинг бүрдүүлсэн**, тухайлбал, хувийн эмийн сан, хувийн эмнэлэгүүд эрүүл мэндийн даатгалаас санхүүжит авах 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 1995 оноос Дэлхийн Банк зэрэг хандивлагчдын техникийн болон санхүүгийн дэмжлэгтэйгээр хийгдэж эхэлсэн судалгааны үндсэн дээр 1997 оноос эрүүл мэндийн салбарт хувьчлах зарим туршилт хийжээ. Үүнд:

- Монгол Улсын Засгийн газрын 1997 оны 160, 1997 оны 218 дугаар тогтоолоор Нийслэлийн Баянзүрх дүүргийн Нэгдсэн эмнэлэг, орон нутагт зарим сумын эмнэлгийн удирдлагын үйл ажиллагааг гэрээгээр гүйцэтгүүлэн хувьчлах аргыг туршилтын журмаар хэрэгжүүлсэн.
- Нийслэлийн эм хангамж компаний харьяа 26 эмийн санг дуудлага худалдаагаар хувьчилж, эмнэлгүүдийн эмийн санг харьяалах эмнэлэгт нь шилжүүлсэн.



- 16 аймгийн 47 суманд хэрэгжүүлсэн сумын эмнэлгийн удирдлагын үйл ажиллагааг гэрээгээр гүйцэтгүүлэх туршилтын явц хэрэгжилтийг байдал тийм ч сайн үр дүнд хүрээгүй байна.

Эрүүл мэндийн салбар дахь хувийн оролцоо нэмэгдсэнээр төрийн болон төсвийн ачаалал хөнгөрөх давуу талтай. Гэхдээ хувийн эрүүл мэндийн байгууллага эрүүл мэндийн үйлчилгээний тогтолцоонд зохих байр сууриа эзэлсэн боловч төрийн албатай хоршин ажиллах олон хувилбар бүрэн дүүрэн ашиглах талаар учир дутагдалтай байгаа нь энэ чухал нөөцийг эрүүл мэндийн тулгамдсан асуудлыг шийдвэрлэхэд үр дүнтэй ашиглаж чадахгүйд хүрч байна. Харин АХБ-ны зээлээр хэрэгжүүлж буй 12 сая долларын өртөг бүхий "Эрүүл мэндийн салбарын хөгжил" хөтөлбөрийг<sup>15</sup> хэрэгжүүлснээр 2002 онд хувийн эрүүл мэндийн байгууллагаар төрийн хүлээсэн эрүүл мэндийн үйлчилгээг гэрээгээр гүйцэтгүүлэх хэлбэрийг хот, хөдөөгийн өрхийн эмчийн багийн загвар дээр хэрэгжүүлсэн. Ингэснээр 1.3 сая хүнийг эмнэлгийн анхан шатны тусламж авах боломжийг нэмэгдүүлж, эрүүл мэндийн үйлчилгээний хүртээмж сайжирсан байх эерэг нөлөө үзүүлжээ.

УИХ-р "Нийгмийн салбарын хувьчлал, шинэчлэл, өөрчлөн байгуулалт" -ын үндсэн чиглэлийг 2002 онд баталсан бодлогын баримт бичигт Эрүүл мэндийн салбарын онцлогийг харгалзан дараах зарчмыг баримталсан:

- Халдварт өвчнийг эмчлэн сэргийлэх байгууллагаас бусад эрүүл мэндийн байгууллагыг зарчмын хувьд хувьчилах, Нийгмийн эрүүл мэндийн болон эрүүл мэндийн суурь тусламж үйлчилгээнд төрөөс санхүүжилт хийхийг аль ч хэвшлийн эмнэлгийн байгууллагад байж болох;
- Хувьчилсан эрүүл мэндийн байгууллагын үйл ажиллагааны чиглэл, зориулалтыг өөрчлөхгүй байх;

<sup>15</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

- Хувьчилсан эрүүл мэндийн байгууллагын үйл ажиллагааг үнэлэхдээ тусламж, үйлчилгээний чанар сайжирсан байх нөхцөлтэй байх;
- Хувьчлах нөхцөл нь хөрөнгө оруулагч, гэрээлэгчид ашигтай байх нөхцөлийг бүрдүүлэх.

Зарим эмнэлгийн удирдлагыг менежментийн гэрээгээр, хоёр болон гурав дахь шатлалын ихэнхи эмнэлгүүдийн туслах үйл ажиллагааг гэрээгээр гүйцэтгүүлж байна.

***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.

***“Төсвийн байгууллагын удирдлага санхүүжилтийн тухай” хууль 2002 онд УИХ-р батлагдаж орцод суурилсан төсөвлөлтийн тогтолцоог өөрчилж бүтээгдэхүүнд суурилсан төлөвлөлт дээр үндэслэн эрүүл мэндийн байгууллагуудтай Үр дүнгийн гэрээ байгуулах болсон.***

Энэхүү хууль нь Төсвийн байгууллагын удирдлага, санхүүжилтийн тогтолцоог боловсронгуй болгох өөрчилөлт, шинэчлэлийн утга санаа нь Төрийн шинэ менежмент (New public management) –н үзэл баримтлалд тулгуурлсан бөгөөд төсвийн байгууллагуудын санхүүгийн бие даасан байдлыг хангах, бүтээгдэхүүн, ажил үйлчилгээний үр дүн дээр суурилан санхүүжилт хийх, ил тод байдлыг хангахад чиглэгдсэн. Дээрхи

хуулийн хүрээнд эрүүл мэндийн санхүүжилтийн босоо тогтолцоо үйлчилж эхэлсэн. Эрүүл мэндийн байгууллагууд төсвийн төлөвлөлтөө орон нутгийн эрүүл мэндийн газруудаар дамжуулан эрүүл мэндийн яаманд хүргүүлж үр дүнгийн гэрээ байгуулдаг болсон. Үүний үр дүнд эрүүл мэндийн төсвийг орон нутагт бусад салбарууд руу шилжүүлэх боломж хаагдаж, санхүүжилт баталгаатай болсон давуу тал харагдаж байна. Мөн 2002 онд ЭМЯ-нд эрүүл мэндийн эдийн засгийн удирдлага, салбарын төсөв, санхүүгийн асуудлыг зохицуулах үүрэг бүхий Санхүү эдийн засгийн газар шинээр байгуулагдсан. Орон нутгийн эрүүл мэндийн газруудад нягтлан бодогчоос гадна эдийн засагчийн орон тоог шинээр бий болгож орон нутгийн эрүүл мэндийн байгууллагуудын эдийн засаг, санхүүгийн асуудлыг хариуцдаг болжээ. Түүнчлэн салбарын санхүүгийн тайлангаа нэгтгэдэг болсон нь гүйцэтгэлийн хяналтыг сайжруулах нэг чухал арга хэмжээ болсон.

***Эрүүл мэндийн Үндэсний Тооцоо.*** Монгол улсын Эрүүл мэндийн эдийн засаг, санхүүгийн байдлыг бодитойгоор үнэлэх, бодлого, төлөвлөлтийг боловсронгуй болгоход нэн шаардлагатай системчлэгдсэн мэдээллийн тогтолцоо болох Эрүүл мэндийн үндэсний тооцоог нэвтрүүлсэн байна.

Монгол улсад Эрүүл Мэндийн Үндэсний Тооцоо (ЭМҮТ) боловсруулж, хөгжүүлэхэд дотоодын чадавхийг нэмэгдүүлэх зорилгоор Дэлхийн банкны тусламжийн хөрөнгөөр 2003 оны 3 дугаар сараас ЭМЯ-нд Төслийн баг ажиллаж Монгол улсын ЭМҮТ-ны үзэл баримтлал, Эрүүл мэндийн эдийн засаг, санхүүгийн холбогдолтой мэдээллийг судалгаа хийх замаар цуглуулж салбарын хэмжээний мэдээллийн сан бүрдүүлсэний зэрэгцээ олон улсын стандарт аргачлалыг Монгол улсын онцлог байдалтай уялдуулан ЭМҮТ-г нэвтрүүлсэн нь удирдлагын түвшинд төлөвлөх, шийдвэр гаргах, бодлого боловсруулахад нэн чухал арга хэмжээ болсон.

## **2.8 Эрүүл мэндийн салбарын тулгамдаж буй асуудлууд**

Эдийн засаг, нийгмийн шилжилтийн үед Иргэний эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоог нэвтрүүлэх, төсвийн байгууллагын удирдлага санхүүжилтийг боловсронгуй болгох зэрэг олон арга хэмжээг хэрэгжүүлсэн нь Монгол улсын эрүүл мэндийн салбарт маш чухал үүрэг гүйцэтгэсэн. Гэсэн хэдий хүн амын бүх давхрагад чанартай, зардлын үр ашигтай тусламж үзүүлэх тэгш хүртээмжтэй, үр ашигтай, тогтвортой эрүүл мэндийн тогтолцоог бүрдүүлэх асуудал чухал хэвээр байна..  
Үүнд:

**1) Эрүүл мэндийн санхүүжилт нь чанартай тусламж үйлчилгээ үзүүлэх хөшүүрэг болохгүй байна нь:**

- Хязгаарлагдмал нөөц, хангалтгүй санхүүжилт нь тусламж үйлчилгээний чанарт нөлөөлж байгаа хүчин зүйл хэвээр байна. Дундаас-доогуур орлоготой орнуудын нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардал 93 орчим ам доллар байхад Монгол улсад 30 орчим ам доллар байна. Мөн ДЭМБ болон Дэлхийн банкны дэмжлэгтэй хийгдсэн өртгийн судалгаагаар одоогийн мөрдөгдөж буй тариф хэвтүүлэн эмчлэх болон амбулаторын тусламж үйлчилгээний бодит зардалаас доогуур байна.
- Санхүүжүүлэгч байгууллага нь худалдан авагчийн үүргийг бүрэн гүйцэтгэхгүй эмнэлгийн үйл ажилгааг бус зардлын зүйлээр санхүүжүүлсээр байна.
- Эмч нарын цалин бага үйл ажиллагааны үр дүнг урамшуулах тогтолцоо байхгүй.
- Улсын болон хувийн эмнэлгийн хамтын ажиллагааны механизм тодорхой бус
- Эмнэлгийн тоног төхөөрөмж хуучирсан

**2) Эрүүл мэндийн салбарын нөөцийн хуваарилалт, зарцуулалтын үр ашиг хангалтгүй байна:**

- Эрүүл мэндийн салбарын нөөцийн хуваарилалт нь бодлогын тэргүүлэх чиглэлтэй уялдахгүй байна.

Тухайлбал Эрүүл мэндийн нийт зардлын 50 гаруй хувийг хэвтүүлэн эмчлэх тусламж үйлчилгээнд зарцуулж байхад урьдчилан сэргийх, нийгмийн эрүүл мэндийн арга хэмжээнд дөнгөж 5-7 хувийг зарцуулж байна. (Монгол Улсын Эрүүл мэндийн Үндэсний тооцоо,2002 )

- ЭМ-ийн салбарын нөөц хөрөнгийг бүрэн дайчилж чадахгүй байна. Жишээ нь: 2005 оны эцсээр ЭМД-ын сангийн үлдэгдэл нь сангийн жилийн орлогын дүнгийн 60 орчим хувь буюу нийт салбарын төсвийн 20% (16 тэрбум төгрөг)-тэй тэнцүү байсан
- Эмнэлгүүдэд шаардлаггүй хэвтэлт өндөр байна.
- Төлбөрийн аргын хувьд Оношийн бүлэгт шилжсэн боловч урьдчилсан бэлтгэл ажлыг хангаагүй огцом шилжүүлснээс хэрэгжилтэд хүндрэл гарч байна.

3) Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний **хүртээмж тэгш бус байна:**

- хүн амын сийрэг суурьшил, хүнд хэцүү өвлийн нөхцөл зэрэг нь эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний тэгш байдалд нөлөөлж байна.
- хөдөөнөөс хот руу чиглэсэн шилжих хөдөлгөөн ихэссэнээр хүн амд эмнэлэгийн тусламж үйлчилгээг хүргэхэд хүндрэл учруулж байна.
- Эрүүл мэндийн анхан шатны тусламж үйлчилгээ нийт хүн амд тэгш хүртээмжтэй хүрч чадахгүй байна
- Тусламж үйлчилгээний санхүүжилт нь газар зүйн байршил, хүн амын ялангуяа ядуу, эмзэг бүлгийн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хэрэгцээтэй уялдаагүй
- Албан ба албан бус төлбөр их байгаа нь тусламж үйлчилгээний хүртээмж, тэгш бус байдалд сөргөөр нөлөөлж байна
- Эрүүл мэндийн даатгал нь эмнэлэгийн тусламж үйлчилгээг худалдан авагчийн үүргийг гүйцэтгэж чадахгүй байна.

- Эрүүл мэндийн даатгалын зорилгыг бүрэн тодорхойлоогүй нийгмийн даатгалын нэг хавсрага, эрүүл мэндийн байгууллагуудын зардалыг нөхдөг хэлбэрээр явж ирсэн
- Захиргааны зардалд зарцуулж буй шимтгэлийн хураамжийн дүнгийн 2 хувь нь чанарын хяналтын үйл ажиллагаа явуулахад хангалттай бус байна.
- Чанарын хяналт хийхэд боловсон хүчний болоод техникийн чадвахи дутагдаж байна.

Шигтгээ 3. ДЭМБ болон Монгол Улсын Засгийн газраас эрүүл мэндийн салбарын тэргүүлэх бодлогын чиглэл.

























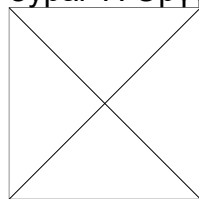
## **БҮЛЭГ 3. МОНГОЛ УЛСЫН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН САНХҮҮЖИЛТИЙН ТОГТОЛЦООГ ЗАДЛАН ШИНЖЛЭХ НЬ**

### ***3.1 Орлого цуглуулалт***

Монгол улсын эрүүл мэндийн санхүүжилт нь дараах үндсэн 5 төрлийн эх үүсвэрээс бүрдэж байна. Үүнд:

1. Улсын төсөв
2. Эрүүл мэндийн даатгал
3. Хувь хүмүүсийн төлбөр
4. Гадаадын зээл тусламж, хандивлагчдын санхүүжилт
5. Хамт олны санхүүжилт

Зураг 7. Эрүүл мэндийн үндэсний нийт санхүүжилт, эх үүсвэрээр



Эх үүсвэр: Эрүүл мэндийн үндэсний тооцоо, 2005

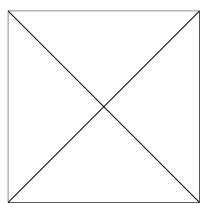


Монгол улсын эрүүл мэндийн үндэсний нийт зардалын 46 хувь нь улсын төсвөөс, 24 хувь нь эрүүл мэндийн даатгалаас, 14 хувь нь хувь хүмүүийн төлбөрөөс, 12 хувь нь гадаад эх үүсвэрээс бүрдэж байна. Өрхийн орлого зарлагын мэдээгээр хувь хүмүүсийн төлбөр өндөр байгаа нь улсын эмнэлгүүдэд албан бус төлбөр өндөр байгааг харуулж байна.

Улсын эрүүл мэндийн байгууллагуудын санхүүжилтийн эх үүсвэр нь дээрхээс нэлээд ялгаатай байна. Улсын эрүүл мэндийн байгууллагуудын санхүүжилтийн 70 орчим хувийг улсын төсвөөс, 25 орчим хувийг эрүүл мэндийн даатгалын санхүүжилтээс, үлдэж буй 5 хувийг төлбөрт үйлчилгээ болон туслах үйл ажиллагааны орлогоос бүрдүүлж байна.

Сүүлийн жилүүдэд эрүүл мэндийн нийт зардалд эрүүл мэндийн даатгалын санхүүжилтийн эзлэх хувь буурах хандлагатай байна. Энэ нь цалин болон цахилгаан дулааны зардлын үнийн өсөлттэй уялдаж төсвийн санхүүжилт хурдацтай өсөж байгаатай холбоотой. Энэхүү өсөлтийг эрүүл мэндийн даатгалын санхүүжилт гүйцэхгүй байгаа нөгөө талаас өнөөгийн мөрдөж буй тариф уян хатан бус байгаагийн илрэл юм.

Зураг 8. Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн эх үүсвэр, (Улсын эрүүл мэндийн байгууллагаар)



**Улсын төсвийн санхүүжилтийн эх үүсвэр.** Улсын төсвөөс эрүүл мэндийн нийт зардлын 70 орчим хувийг санхүүжүүлдэг бөгөөд эх хүүхдийн эрүүл мэнд, төр даах тусламж үйлчилгээний зардал болон нийгмийн эрүүл мэндийн үндэсний хөтөлбөрүүдийн үйл ажиллагааны тодорхой хэсэг, улсын эрүүл мэндийн байгууллагуудын тогтмол зардал болон хөрөнгө оруулалтын зардлыг санхүүжүүлж ирсэн. Улсын төсвийн санхүүжилт нь “Эрүүл мэндийн тухай хууль”, “Төсвийн тухай хууль”,

“Төсвийн байгууллагын Удирдлага санхүүжилтийн хууль”-аар зохицуулагдаж байна.

Шигтгээ 4. Эрүүл мэндийн тухай хууль (2002 онд шинэчлэн найруулсан)

Хуулийн 28<sup>1</sup>. дугаар зүйлд заасан эмнэлгийн төлбөргүй тусламж, үйлчилгээний зардал болон төрийн өмчийн эмнэлгийн байгууллага, өрхийн эмнэлгийн тогтмол зардлыг улсын болон орон нутгийн төсвөөс санхүүжүүлнэ.. /Энэ хэсгийг 2002 оны 4 дүгээр сарын 19-ний өдрийн хуулиар нэмсэ н./

28<sup>1</sup>.1. Монгол Улсын иргэнд түүний эрүүл мэндийн даатгалд даатгуулсан эсэхээс үл хамааран эмнэлгийн дараахь тусламж, үйлчилгээг төлбөргүй үзүүлнэ:

28<sup>1</sup>.1.1. эмнэлгийн яаралтай болон түргэн тусламжийн үйлчилгээ;

28<sup>1</sup>.1.2. сүрьеэ, хорт хавдар, сэтгэцийн болон удаан хугацаанд нөхөх эмчилгээ шаардагдах зарим эмгэгийн эмчилгээ, халдвар судлалын үйлчилгээ, төлөвлөгөөт урьдчилан сэргийлэх тарилга, халдварт өвчний голомтын ариутгал, халдваргүйтгэл;

28<sup>1</sup>.1.3.жирэмсэн, төрөх, төрсний дараахь үед эмнэлгийн заалтаар хийлгэсэн үзлэг, шинжилгээ, эмчилгээ /зөвхөн жирэмслэлт, төрөлттэй холбоотой шалтгаанаар/;

28<sup>1</sup>.1.4.байгалийн гамшиг, гэнэтийн аюул, осол болон нийтийг хамарсан аюул бүхий халдварт өвчний дэгдэлтийн үед гэмтсэн, өвчилсөн хүний эмчилгээ;

28<sup>1</sup>.1.5.аргагүй хамгаалалт, гарцаагүй байдалд хүний амь нас аврахаар, эсхүл их хэмжээний хохирлоос сэргийлж яваад гэмтсэн, өвчилсөн хүний эмчилгээ.

28<sup>1</sup>.2. Энэ хуулийн 28<sup>1</sup>.1-д заасан төлбөргүй тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх заавар, 28<sup>1</sup>.1.2-т заасан өвчин эмгэгийн жагсаалтыг эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн Засгийн газрын гишүүн батална

2006 онд орсон “Эрүүл мэндийн тухай хууль”-н нэмэлт өөрчлөлтөөр төрөөс санхүүжих эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг эрүүл мэндийн

сайд тогтоох, анхан шатны тусламж үзүүлж буй байгууллагуудыг төрөөс санхүүжүүлэхээр заажээ. Үүнд:

- *Эрүүл мэндийн нэн шаардлагатай тусламж үйлчилгээ (сум, сум дундын эмнэлэг, өрхийн эмнэлэгт үзүүлэх анхан шатны тусламж үйлчилгээ)*
- *Эмнэлэгийн яаралтай, сэхээн амьдруулах болон түргэн тусламжийн үйлчилгээ*
- *Хорт хавдар өвчний оношлогоо, эмчилгээ, халдварт өвчний оношилгоо, эмчилгээ, сэтгэцийн ба аягийн эмгэгийн оношилгоо эмчилгээ, мэдрэлийн тогтолцооны өвчний оношлогоо эмчилгээ*
- *Халдварт болон халдварт бус өвчны амбулаторын тусламж үйлчилгээ*
- *Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний бусад багц*

Гэвч УИХ-р Улсын төсөв батлагдахдаа эдийн засгийн ангилал буюу зардлын зүйлээр батлагдаж байгаа нь дээрхи оношийн бүлгээр санхүүжих байгаатай хэрхэн уялдах нь тодорхойгүй байна. Зардлын зүйлээр төсөвлөж байсан уламжлалт арга, оношийн бүлгээр санхүүжилтээр харьцуулан тооцоход тухайн эмнэлгүүдийн хувьд төсвийн санхүүжилт нэлээд буурах хандлага ажиглагдаж байна.

Өнгөрсөн 5 жилийн хугацаанд эрүүл мэндийн салбарт эзлэх төсвийн санхүүжилт нилээд хурдацтай нэмэгдсэн байна. Ийнхүү эрүүл мэндийн байгууллагуудыг санхүүжүүлэхдээ зардлын зүйл ангиар өмнөх жилүүдийн гүйцэтгэлд үндэслэн олгосоор ирсэн нь үйл ажиллагааны үр дүн гүйцэтгэлтэй уялдахгүй тусламж үйлчилгээний чанар үр дүнг сайжруулах хөшүүрэг болохгүй байна. Сумын болон өрхийн эмнэлэгүүд төсвөөс санхүүжих болсон боловч өнөөгийн мөрдөж буй тариф нь урьд авч байсан санхүүжилтээс буурах хандлагатай байна. (Улаанбаатар хот, Дундговь, Хэнтий аймгийн сум, өрхийн эмнэлгийн судалгаанаас)

**Эрүүл мэндийн даатгалын эх үүсвэр.** Монголын албан ёсны секторт эрүүл мэндийн даатгалын шимтгэлийг ажил олгогч ба ажиллагсад

хувааж төлж байна. Шимтгэлийн хэмжээг жил бүр Засгийн газар тогтоож байхаар хуулинд заасан бөгөөд сүүлийн жилүүдэд 6 хувиар тогтмол тогтоож иржээ. Ажил олгогч болон ажиллагсад 3%-иар тэнцүү хувааж төлдөг. Харин хүн амын эмзэг ядуу хэсгийн шимтгэлийг тогтоосон тарифаар (нэг хүнийг 300 төгрөгөөр бодож нийт 4.5 тэрбум төгрөг) улсын төсвөөс шилжүүлж байна. Сүүлийн 10 орчим жил энэхүү тариф нь өөрчилөгдөөгүй байна. Харин хувиараа хөдөлмөр эрхлэгч малчин, оюутнууд, ажилгүй хүмүүсийн даатгалын шимтгэлийн хэмжээ 500 төгрөг бөгөөд сайн дурын даатгалын хэлбэртэй байсныг 2002 оны ИЭМД-н хуулийн өөрчилөлтөөр заавал даатгалд хамруулах болсон.

Хүснэгт 10. Эрүүл мэндийн даатгалын хамралт

Үзү  
 үлэ  
 лтү  
 үд  
 199200  
 50\_2  
 001  
 \_20  
 02\_  
 200  
 3\_2  
 004  
 \_20  
 05\_  
 \_Хү  
 н  
 ам  
 ын  
 тоо  
 --  
 --  
 --  
 --  
 \_Эр  
 үүл  
 мэн  
 дий  
 н  
 даат  
 галд  
 хам  
 рагд  
 сан  
 хүни  
 й  
 тоо  
 /Мян  
 хүн/  
 \_1,9  
 92.4  
 \_2,0  
 30.2  
 \_2,0  
 19.7  
 \_1,9

63.2  
\_1.9  
84.7  
\_1.9  
90.0  
\_1.9  
59.4  
\_\_Э  
злэх  
хувь  
\_\_\_\_\_  
\_За  
авал  
даат  
гагд  
сан\_  
38.1  
%\_1  
9.2  
%\_1  
9.7  
%\_1  
6.1  
%\_1  
8.6  
%\_1  
8.9  
%\_1  
9.3  
%\_\_  
Мал  
чид\_  
0.0  
%\_6  
.8%  
\_6.6  
%\_6  
.5%  
\_6.3  
%\_6  
.5%  
\_6.8  
%\_\_  
Их  
дээд  
сург  
ууль  
,  
колл  
еж  
мэрг  
эжл  
ийн  
сург  
алт,  
үйлд  
вэрл  
элий  
н  
төви  
йн  
өдр  
ийн  
анги  
йн  
сура  
лцаг  
чид\_  
0.0  
%\_0  
.9%  
\_0.9  
%\_1

5.8	3.2	0.0
%	%_2	%_4
.9%	.5%	
3.1	5.6	
%_0	%_6	
.0%	.5%	
0.0	—	Т
%_0	өр	
.0%	даат	
—	Хгалы	
увиа	г нь	
раа	хари	
хөдөу	цах	
лмө	иргэ	
р	д_5	
эрхл	6.1	
эгч	%_6	
иргэ	9.9	
д_0	%_6	
0%	9.9	
0.0	%_7	
%_0	3.3	
.0%	%_6	
	9.2	
	%_6	
	7.5	
	%_6	
	5.2	
	%	

Сүүлийн жилүүдэд заавал даатгагдсан иргэдийн эзлэх хувь нэмэгдээгүй, төр даатгалыг хариуцдаг иргэдийн эзлэх хувь бага зэрэг буурах хандлагатай байна. Энэ нь талаас инфляцийн өсөлт, нөгөө талаас төр даадаг иргэдийн тариф өөрчилөлтгүй байгаатай холбоотой байна.

**Гадаадын зээл тусламж, хандивлагчдын санхүүжилт** Олон улсын хамтрагч талуудын санхүүжилтын ихэнх хэсэг нь эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг худалдан авахад бус хөрөнгө оруулалт, хүний нөөцийн хөгжил болоод төлөвлөлт, бодлого боловсруулахад зарцуулагдаж байна. Үндэсний олон хөтөлбөрүүд гадаадын эх үүсвэрээр санхүүжигддэг. Эдгээр гадаадын санхүүжилттэй төсөл, хөтөлбөрүүдийн нөөцийн хяналт, удирдлага нь Удирдах зөвлөлөөр дамжин хийгддэг төслийн удирдлагын уламжлалт аргыг ашиглаж байна. 1999-2002 онуудад эрүүл мэндийн

салбарт оруулсан олон улсын хамтрагч талуудын санхүүжилтэд буцалтгүй тусламж 78 хувийг эзэлж байв. Хэдий тийм боловч тусламжийн нэгдсэн зохицуулалтын асуудал алдагдаж ирснээс гадаадын санхүүжилтийн үр дүн тийм ч хангалттай бус байгаагийн дээр тогтвортой үр дүнтэй эх үүсвэр болж хөгжиж чадахгүй байна.

**Хувь хүмүүсийн төлбөр** 2004 оны эрүүл мэндийн салбарын зардалд хувь хүний төлөх албан ёсны төлбөр 3.7%-ийг эзэлж байна..

Хувь хүмүүсийн төлбөр дараахь хэлбэртэй байна.

- Хувийн эрүүл мэндийн байгууллагад төлөх шууд төлбөр
- Улсын эрүүл мэндийн байгууллагад төлөх үйлчилгээний хамтарсан төлбөр
- Гадаадад эмчлүүлсний зардал

ЭМҮТ-ны дүнгээр хувийн салбараас санхүүжүүлэх эх үүсвэр 15.2 хувь байгаа нь Улсын эмнэлэгүүд албан бус төлбөр нэлээд өндөр байгааг харуулж байна. Хувийн эрүүл мэндийн байгууллагуудын нэлээд хэсэг нь эрүүл мэндийн даатгалаас санхүүжилт авахын зэрэгцээ хувь хүмүүсийн төлбөрийг давхар авч байна. Мөн Улсын эмнэлгүүдийн хувьд ИЭМД-н хуулийн хүрээнд хувь хүн төлөх 5-15 хувийг авч байгаа боловч эмийн зардал болон нэмэлт зардлыг албан бусаар хувь хүмүүсээс авсаар байна. Түүнчлэн хагалгаа хийлгэхэд бичигдээгүй хуулиар төлбөрүүд зохицуулагдаж байна. Эрүүл мэндийн яамнаас одоохондоо төлбөртэй үйлчилгээний журам батлагдаагүй байна. Хувь хүнээс зардал хуваалцах эрх зүйн орчин зохицуулалтгүй байгаа нь албан бус төлбөрийн урсгалыг хөөрөгдөх нөхцлийг бүрдүүлж байна. Албан бус төлбөр нь эрүүл мэндийн байгууллагын ажилтаны ёс зүйн гажуудлыг нэмэгдүүлж, ялангуяа ядуу, эмзэг бүлгийн иргэдийн тусламж үйлчилгээний тэгш байдал, чанар хүртээмжид сөргөөр нөлөөлж байна. Улсын эрүүл мэндийн байгууллагын эмч нар ажлын бус цагаар хувийн салбарт ажиллах боломжтой болсон нь эрүүл мэндийн салбарт ажиллагсдын орлогыг нэмэгдүүлэх боломжыг бүрдүүлсэн. Хэвтэн эмчлүүлсэн өндөр настнуудын зардлыг улсын төсөв болон даатгалаас даадаг хэдий ч нэг удаагийн хэвтэлтээр тэдний 42 хувь нь 30,0 мянган төгрөгөөс дээш

хэмжээний төлбөрийг хувиасаа төлж байгаа гэсэн судалгааны дүнг Эрүүл мэндийн Хөгжлийн Үндэсний төвөөс гаргасан байна.

Сүүлийн жилүүдэд Монгол улсын эрүүл мэндийн байгууллагуудын оношлогоо, эмчилгээний чадавхи сул байгаатай уялдаж гадаад явагсдын тоо улам бүр нэмэгдэх хандлагатай байна. Албан бус судалгаагаар монгол иргэд жилдээ 60-70 сая ам долларыг гадаад эмчилгээнд зарцуулж байна гэсэн тооцоо гарч байна. Энэ нь Монгол улсад оношлогоо эмчилгээний чадавхийг сайжруулах, өрсөлдөх чадварыг нэмэгдүүлэх албан бус төлбөрт үйлчилгээг эрх зүйн хувьд ил болгох, ингэхдээ хүн амыг санхүүгийн эрсдэлийг хамгаалах түвшинд байлгах шаардлагатайг харуулж байна.

***Хамт олны санхүүжилт.*** 1994 оноос эхлэн сумын түвшинд зайлшгүй шаардлагатай эмийн хангамжийг сайжруулах, анхан шатны тусламж үйлчилгээний тасралтгүй байдлыг хангах зорилгоор эмийн эргэлтийн санг хамт олны оролцоотойгоор хэрэгжүүлж ирсэн. 2003 он гэхэд энэ арга хэмжээг 13 аймгийн 221 суманд өргөжүүлсэн. Хэдийгээр өргөн хүрээтэй зорилтыг дэвшүүлж байсан боловч сумын хүн ам цөөн, бодлогын зохицуулалтын хөшүүрэг хангалтгүйгээс хэрэгжилт хүссэн үр дүнд хүч чадаагүй байна. Үүнээс гадна эрүүл мэндийг дэмжих чиглэлээрх салбар хоорондын зохицуулалт хангалтгүйн улмаас хамт олны оролцоогоор бүрдэх боломжит эх үүсвэрийг бүрэн дайчилж чадахгүй байна.

### ***3.2 Эрсдлийн санг бүрдүүлэх нь***



Эрүүл байх нь хүний эрхэм эрх юм. Эрүүл мэнд бол (боловсролын нэгэн адил) хүн төрөлхтний амьдралд үнэ цэнийг бий болгогч үндсэн нөөц бололцоонуудын нэг юм гэж Нобелийн шагналт эдийн засагч Амагтая Сен онцлон тэмдэглэсэн байдаг

Эрүүл мэндийн үзүүлэлт ба эдийн засгийн өсөлтийн хооронд шууд хамаарал байгааг эдийн засгийн нэмэлт хувьсагчуудыг оруулж тооцоход ч харж болно (Барро, Сала-и-Мартин 1995, Блүүм, Сакс 1998, Баргава ба бусад 2001). Улс орнуудын эдийн засгийн өсөлтийн макро эдийн засгийн стандарт шинжилгээ нь тодорхой цаг хугацааны турш дахь эдийн засгийн өсөлт нь хугацааны эхэн үеийн орлого (болзолт ойртолтын (conditional convergence) улмаас), эдийн засгийн бодлогын хувьсагчид болон хүн амын эрүүл мэнд гэх мэт эдийн засгийн бусад хувьсагчдаас бүрдсэн загварт тулгуурладаг. Эдийн засгийн өсөлтийн бусад хүчин зүйлсийг тогтмол гэж үзээд дундаж наслалт 10 хувиар нэмэгдэхэд жилийн 0.3-0.4 хувийн өсөлт ажиглагдаж байгааг статистикийн энгийн тооцооллоос харж болно

Эдийн засгийн сайн сайхан байдал ба хөгжилд хүн амын өвчлөл дараахь гурван чиглэлээр саад тотгор учруулдаг.

*Нэгдүгээрт*, урьдчилан сэргийлж болох өвчний хяналтыг алдсанаар эрүүл аж төрөх амьдралын жилүүдийг богиносгодог. Эрт нас барах ба олон жилийн тахир дутуу байдал хосолсноор амьдрал богиносоход нийгэмд эдийн засгийн ихээхэн алдагдал учирдаг. Энэ нь бага орлоготой орнуудын үндэсний орлогын ихээхэн хувь буюу жилд олон зуун сая ам. долларын гарзаар хэмжигдэнэ. “Макро эдийн засаг ба эрүүл мэнд” илтгэлд Халдварт өвчин болон хоол тэжээлийн дуталтай тэмцэх замаар 8 сая хүний амь аврагдсанаар тэдний хувьд их хэмжээний *аврагдсан амьдралын жилүүд* бий болох ба амьдралын чанар сайжрах үр нөлөөтэй. Эдийн засагчид аврагдсан Хөдөлмөрийн чадвар алдаагүй амьдралын жилүүд (*DALYs*) гэсэн нэр томъёо буюу дундаж наслалтыг уртасгах ба хөдөлмөрийн чадвар алдалтыг бууруулах ойлголтыг хэрэглэдэг. Бидний тооцоогоор, 8 сая хүний амийг аварснаар ойролцоогоор 330 сая

Хөдөлмөрийн чадвар алдаагүй амьдралын жилүүд (*DALYs*) аврагдах болно. Хөдөлмөрийн чадвар алдаагүй амьдралын жилүүд (*DALYs*) бүрийг 2015 оны 1 жилийн нэг хүнд ногдох дундаж орлого 563 ам. доллараар тооцоход 330 сая Хөдөлмөрийн чадвар алдаагүй амьдралын жилүүд (*DALYs*)–ийг аварсны эдийн засгийн шууд үр ашиг нь жилд 186 тэрбум ам. доллар буюу түүнээс ч их байна.

*Хоёрдугаарт*, өвчин нь эцэг эхчүүдийн хүүхдүүддээ оруулах хөрөнгө оруулалтын чадавхийг бууруулдаг. Нялхсын (1 хүртэлхи насны хүүхдийн нас баралт) болон хүүхдийн эндэгдлийн түвшин (5 хүртэлхи насны хүүхдийн нас баралт) өндөр байгаа орнуудад төрөлтийн түвшин өндөр байдаг нь нэг талаас хүүхдийн нас баралтыг нөхөхтэй холбоотой.. *Гуравдугаарт*, өвчин нь ажилчны хөдөлмөрийн бүтээмж төдийгүй бизнесийн болон дэд бүтцийн хөрөнгө оруулалтын үр ашигт сөргөөр нөлөөлсөөр байна. Өвчний тархалтын улмаас хөдөө аж ахуй, уул уурхай, үйлдвэрлэл, аялал жуулчлал гэх мэт бүхэл бүтэн салбар болон дэд бүтцийн үйл ажиллагаа доголдоход хүрдэг. Түүнчлэн, тахлын дэгдэлт бүхий болон цар тахал хэлбэрийн өвчнүүд нь нийгмийн хамтын ажиллагаа ба улс төр, макро эдийн засгийн тогтвортой байдлыг алдагдуулна гэж үздэг. (SARS, тарваган тахал, шувууны ханиад гэх мэт)

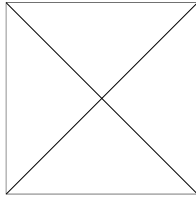
Өвчний улмаас хувь хүн эдийн засгийн сайн сайхан аж байдлаа алддаг. Эдийн засагчид болон нийгмийн эрүүл мэндийн мэргэжилтнүүд сайн сайхан аж байдлын алдагдлыг тоогоор тооцохдоо гурван бүрэлдэхүүн хэсгийг авч үздэг юм. Үүнд: (1) өвчний улмаас зах зээлийн орлого буурах; (2) өвчний улмаас дундаж наслалт буурах; (3) зах зээлийн орлого ба дундаж наслалт буураагүй байсан ч өвчний улмаас сэтгэл зүйн тайван байдал алдагдах буюу “өвчин ба шаналал”-д хүрэх<sup>51</sup>. Зах зээлийн орлого буурах явдал наад зах нь дөрвөн хэлбэрээр ажиглагдана. Үүнд: (i) эмчилгээний зардал; (ii) өвчний улмаас хөдөлмөрийн зах зээлийн орлого буурах; (iii) хүүхэд насандаа өвчилсний улмаас насанд хүрсэн хойноо орлого олох чадамж алдагдах; (iv) зуурдаар эрт нас барсны улмаас ирээдүйн орлого алдагдах зэрэг хэлбэрүүд юм.

Хүн өнөөдөр эрүүл боловч өвчин хэзээ тусах нь тодорхойгүй байдгаас эрсдэл дагуулж байдаг. Мэдээж өвчилсөн нөхцөлд эмчилгээ, эм тарианд мөнгө шаарддагаас олон өрх гэр, хувь хүмүүс өр, тавих эд хогшлоо худалдах зэрэг санхүүгийн хувьд хүндрэлд ордог. Монгол Улсын хувьд ч хувь хүмүүсээс гадаадад эмчилгээ хийлгэх, эрхтэн солиулахтай холбоотой маш их хэмжээний зардал гарч байна.

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.

Иймээс улс орнууд, олон улсын байгуулагууд эрсдийн сан бүрдүүлэх асуудлыг чухалчилж төрөл бүрийн механизмыг хэрэгжүүлж байна. Эрсдлийн сан бүрдүүлнэ гэдэг нь орлого цуглуулах болон санхүүгийн нөөцийн менежментийн хүрээнд урьдчилан таахын аргагүй хувийн санхүүгийн эрсдлийг хамгаалах, энэхүү нөөцөөс нийт гишүүддээ хуваарилах үйл явц юм.

Зураг 9.Эрсдлийн сан



Эх үүсвэр; "Health financing revisited" World bank,2006

Монгол улсын хувьд дээр дурьдсан хэлбэрүүдээр эрсдлийн сан бүрдүүлж байна. Харин Хувийн эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоо дөнгөж хөгжиж байна. Ялангуяа **Нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын тогтоцлоог** эв нэгдлийн буюу тэгштгэх (solidarity) хэлбэртэйгээр, ажиллагч болон ажил олгогч хураамжийг тэгш хуваан хариуцах, хүүхэд өндөр настан зэрэг нийгмийн эмзэг давхрынхны даатгалын хураамжийг төр хариуцахаар нэвтрүүлж эхэлсэн нь эдгээр бүлгийн хүн амыг эмнэлгийн тусламж үйлчилгээнд тэгш хамруулах, санхүүгийн эрсдэлээс хамгаалах чухал алхам болсон.

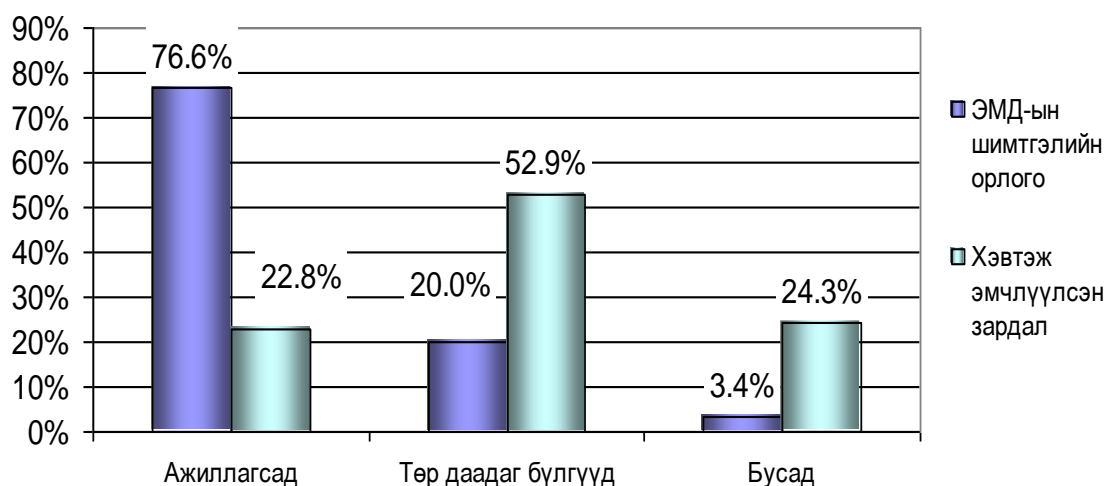
Нийгмийн эрүүл мэндийн даатгал нь эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний зардлыг санхүүжүүлэх, эрсдэл хуваалцах гол аргуудын нэг бөгөөд эрүүл мэндийн тогтолцоонд бүхэлд нь нөлөө үзүүлдэг цогц хөшүүрэг юм. Нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалыг нэвтрүүлснээр улс орны эрүүл мэндийн салбарын үндсэн зорилтууд, тухайлбал, 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 орлогын эх үүсвэрийг бий болгох, 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.

Монгол улсын Эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоо нь хэлбэрийн хувьд *албан журмын даатгал* дээр суурилж байна. Энэ нь хүн амын орлогын

түвшин бага, ядуурал харьцангуй өндөртэй орны хувьд эрүүл ба өвчтэй, баян ба ядуу хүмүүс хооронд эрсдлээ хуваалцах нөхцөлийг бүрдүүлж байна. Энэ утгаараа хүн амын эрсдэлийг бууруулж, хүмүүсийн нийгмийн хамгааллыг сайжруулж, эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний тэгш байдлыг нэмэгдүүлж, ядуурлаас сэргийлдэг давуу талтай юм.

Зураг 10 Нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын эрсдэл хуваалцах хандлага, 2004 он



Өнөөгийн эрүүл мэндийн даатгал нь *зохион байгуулалтын хувьд* 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.

*Хамралтын хувьд;*

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

Харин хувиараа хөдөлмөр эрхлэгчид, малчид болон оюутнуудыг даатгалд хамруулах ажил хангалттай бус байна.

Монгол улсын эрүүл мэндийн *даатгалын хураамж нь* хөдөлмөрийн хөлс буюу цалингийн тогтмол хувьд суурилсан шимтгэлийн тогтолцоотой. Гэхдээ хүн амын орлого, хөдөлмөр эрхлэлтийн байдлаас шалтгаалан тогтоосон тариф /*flate rate*/ -ын аргыг бас хэрэглэдэг байна.

Шигтгээ 4.Эрүүл мэндийн даатгал нь хураамж нь хэлбэрийн хувьд

1. Даатгуулагч бiрээс ижил хэмжээгээр
2. Даатгуулагчийн цалингаас тогтмол хувиар
3. Даатгуулагчийн эрүүл мэндийн байдал, ерхийн ам бiл, ажлын нөхцөлөөс шалтгаалан ялгавартай хэлбэрээр
4. Даатгуулагчаас дангаар
5. Даатгуулагч болон ажил олгогочоос нь хувь ногдуулан авах

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-төгрөгөөр тооцон даатгалын санд төлдөг. Тэдгээр даатгуулагчдын төлөх шимтгэлийн хэмжээг Засгийн газраас жил бүр тогтоохоор хуульчилагдсан.

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

- 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 санг зарцуулах* хэлбэрийн хувьд дараахь зардлыг санхүүжүүлж ирсэн Үүнд:

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

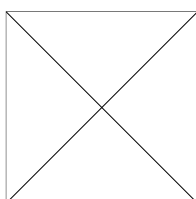
Харин 2006 оны 7 сарын 1-ээс мөрдөгдсөн хуулийн нэмэлт өөрчлөлтөөр:

- 4 Эрүүл мэндийн даатгалын зөвлөлийн гишүүдэд олгох урамшуулал
- 5 Дараалсан 3 жил эрүүл мэндийн даатгалын тусламж үйлчилгээ аваагүй даатгуулагчийн нэг удаагийн 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 байна. Монгол Улсын эрүүл мэндийн даатгалын орлогын 80 орчим хувийг аж ахуйн нэгж, байгууллагад ажиласдын даатгал бүрдүүлж байна. Харин нийт зарлагын 80.4 хувийг хэвтүүлэн эмчлэх тусламж үйлчилгээнд зарцуулж байгаа нь харьцангй өндөр үзүүлэлт бөгөөд үр ашиг багатай байгааг илтгэж байна. Эрүүл санхүүжилтийн тэргүүлэх зорилт нь болох бага зардлаар олон хүнийг өвчилөхөөс урьдчилан сэргийлэх зорилттой уялдахгүй байгааг харуулж байна.

Эрүүл мэндийн даатгалын сангийн орлогын 80 орчим хувийг аж ахуйн нэгж байгууллагад ажиллагсад бүрдүүлж байна. Харин нийт зарлагын 80 гаруй хувийг хэвтэн эмчлүүлэх тусламж үйлчилгээнд зарцуулсаар байна.

Зураг 11. Эрүүл мэндийн даатгалын сан, 2004 он





Түүнчлэн өнөөгийн санхүүжилтийн тогтолцоо үр ашиггүй байгаагийн нэг илрэл нь эмнэлгийн байгууллагууд аль болохоор хөнгөн өвчтөн авах сонирхолыг төрүүлж байгаатай холбоотой. Мөн эрүүл мэндийн даатгалын хуримтлагдсан үлдэгдэл 2006 оны байдлаар 30 орчим тэрбум төгрөг байгаа нь тухайн үед үлдэгдлийг зарцуулах хуулийн орчин тодорхой бус, эрүүл мэндийн даатгалын байгууллагын ажилтнуудын зардал хасахад чиглэсэн үйл ажиллагаа явуулж байсантай холбоотой. Харин нөгөө талд эмнэлгүүдийн санхүүжилт хүрэлцээтэй бус байгаа дүр зураг гарч байна. Тухайлбал өрхийн эмнэлгүүд 2005 онд төлөвлөснөөс 340 гаруй сая төгрөг авч чадаагүй байна Харин 2006 онд Иргэний эрүүл мэндийн даатгалын хуульд орсон өөрчилөлтөөр эрүүл мэндийн даатгалын сангийн үлдэгдэл зарцуулах эрхийг нээж өгсөн байна.

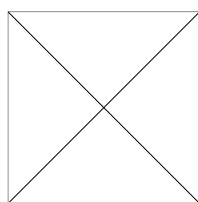
Монгол Улсын хувьд Хувийн эрүүл мэндийн даатгалын үйл ажиллагаа хуулиар зөвшөөрөгдсөн боловч эхлэлийн төдий байна. Энэ нь голлон гадагшаа явж буй хүмүүсийн амь насны даатгал дээр суурилсан хэлбэртэй байна.

Монгол Улсад Нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын сангаа дамжин эсдлийн сан бий болсон боловч зохион байгуулалтын хувьд оновчтой бус, зарцуулалт нь үр ашиг багатай байна.

### **3.3 Нөөцийн хуваарилалт.**

*Монгол улсын Эрүүл мэндийн нийт зардал* (Улсын, хувийн эрүүл мэндийн байгууллагууд болон гадаадын зээл, тусламж ороод) 2002 онд 82.6 тэрбум төгрөг байгаагийн 51 хувийг хэвтүүлэн эмчлэх, 17 хувийг амбулаторын тусламж үйлчилгээнд, 5 хувийг урьдчилан сэргийлэх тусламж үйлчилгээнд зарцуулсан байна.

Зураг 12. Эрүүл мэндийн нийт зардал үйлчилгээний төрлөөр, 2002 он



Эх үүсвэр: Эрүүл мэндийн үндэсний тооцоо, 2005

Хэвтүүлэн эмчлэх тусламж үйлчилгээ өндөр байгаа нь нэг талаас манайд мөрдөж ирсэн “Иргэний эрүүл мэндийн даатгалын хууль” (Эрүүл мэндийн даатгалаас голлон хэвтүүлэн эмчлэх эмчилгээг санхүүжүүлж байсан) нөгөө талаас хүн амын хэвтэн эмчлүүлэх сонирхол өндөр байгаатай холбоотой. Мөн эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлсэн хүний тоо 2003 онд 519.9 мянган байсан бол 2005 онд 580.9 мянган хүн болж 60 гаруй мянган хүнээр өссөн байна. 2005 оны байдлаар манай улс нийт 18.2 мянган эмнэлгийн ортой бөгөөд 1000 хүнд ногдох ор 7.7 байгаа нь бусад орнуудтай харьцуулахад харьцангуй өндөр байна.

Хүснэгт 11 Эмнэлгийн орны тоо, дундаж ор хоног, орнуудаар





---

<sup>16</sup> Хорват, Румин, Унгар, Болгар, Албани, Макидон, Серб, Косова, ОХУ, Украйн, Молдов, Беларусс, Армен, Азербейжан .....



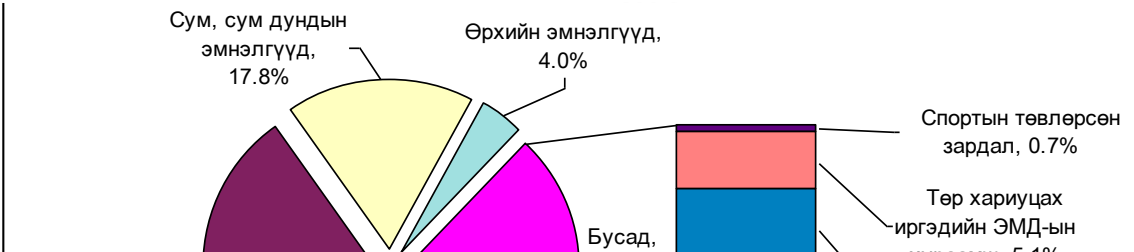
Эх үүсвэр; Ulaanbaatar Master Planing for Hospital Restructing and Privatization, 2003, WB George Purvis, Chimeddagva and others

Улсын Эрүүл мэндийн салбар 2006 онд 105,0 тэрбум төгрөг зарцуулсан нь ДНБ-ны 4 хувь, төсвийн зарлагын 10 орчим хувь болж байна. Монгол улсын хүн амд эмнэлгийн тусламж үйлчилгээг хүргэдэг бүтэц нь 3 шатлалтай. Үүнд:

- 1. Эрүүл мэндийн анхан шатны тусламж үйлчилгээг өрх сум /баг/-ын эмнэлгүүд үзүүлдэг.
- 2. Үндсэн мэргэжлийн тусламж үйлчилгээг аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлгүүд болон ихэнх хувийн эмнэлгүүд 2 дахь шатлалын тусламж үйлчилгээ үзүүлж байна.
- 3. Төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн тусламж үйлчилгээг улсын клиникийн I, II, III дугаар эмнэлгүүд, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн /халдварт өвчин судлалын төв, хавдар судлалын төв, арьсны өвчин судлалын төв г.м/ төвүүд болон бүсийн эмчилгээ оношлогооны төвүүд 3 дахь шатлалын тусламж үйлчилгээ үзүүлж байна.

Хүн амд тусламж үйлчилгээ үзүүлж буй шатлалаар зардлын бүтцийг 2006 байдлаар авч үзвэл 22 хувийг анхан шатны эмнэлгүүд, 30.9 хувийг 2 дахь шатлалын эмнэлгүүд, 21.7 хувийг 3 дахь шатлалын эмнэлгүүд эзэлж байна.

Зураг 13. Эрүүл мэндийн зардал, байгууллагын ангилалаар, 2006 он



Нийт эмнэлгийн үзлэгийн 60 гаруй хувь анхан шатны эмнэлгүүдэд ногдож байхад 11 гаруй хувь нь 3 дахь шатлалын эмнэлэгт үзүүлсэн байна. Эрүүл мэндийн хөгжил хөтөлбөрийн хүрээнд нийслэлийн 8 дүүрэг, 9 аймгийн төвд нийт 240 орчим өрхийн эмнэлэгт 2100 гаруй эмч, эмнэлэгийн мэргэжилтэн ажиллаж 1.2 сая хүн эмнэлгийн тусламж үйлчилгээнд хамрагдаад байна. Дээрхи өрхийн эмнэлгүүд жилд дунджаар 4 орчим тэрбум төгрөг зардаг боловч хүн амын бараг тал хувийг эмчилгээ үйлчилгээнд хамруулж байгаагаар чухал үүрэг гүйцэтгэж байна. Манай улсын нийт эмнэлгийн орны 29.8 хувь, хэвтэн эмчлүүлэгчдийн 30.8 хувь нь тус тус сумын эмнэлэгт ногдож байна.

## Хүснэгт 12.Эмнэлгээр үйлчлүүлсэн хүний тоо, шатлалаар, 2006

Эрүүл мэндийн	Бүгд
үзлэг	
г_хэвтэн	
эмчлүүлэгчид	
д_Орны тоо	
_байгууллаг	
уудш	
лал	
аар_үзл	

ЭГИЙ  
Н  
ТОО\_  
ЭЗЛЭ  
Х  
ХУВЬ  
\_ХҮН  
ИЙ  
ТОО\_  
ЭЗЛЭ  
Х  
ХУВЬ  
\_Ор  
НЫ  
ТОО\_  
ЭЗЛЭ  
Х  
ХУВЬ  
\_\_А  
\_\_Б  
1\_2\_  
3\_4\_  
5\_6\_  
\_Ан  
хдаг  
ч  
шат  
лал  
ын  
эмн  
элгү  
үд  
\_Бүг  
Д  
\_1\_8  
,293,  
004.  
0\_61  
.3%  
\_146  
,305.  
0\_30  
.8%  
\_4,2  
66.0  
\_29.  
8%\_  
\_\_С  
умы  
н  
эмн  
элэг  
\_2\_2  
,295,  
185.  
0\_17  
.0%  
\_119  
,644.  
0\_25  
.1%  
\_3,5  
53.0  
\_24.  
8%\_  
\_\_С  
ум  
дунд  
ын  
эмн  
элэг  
\_3\_4  
52,2  
39.0

	3.3
	% 2
	6,66
	1.0
	5.6
	% 7
	13.0
	5.0
	%
	Өр
	хийн
	эмн
	элэг
	4.5
	,545,
	580.
	0.41
	.0%
	0.
	0%
	0.0
	%
Хоё	5.3
рдо	726.
гч	184.
шат	0.27
лал	.6%
ын	181
эмн	,434.
элгү	0.38
үд	.1%
Бүг	5.3
д	14.0
	37.
	1%
	А
	ймги
	йн
	нэгд
	сэн
	эмн
	элэг
	6.1
	,631,
	722.
	0.12
	.1%
	120
	,597.
	0.25
	.3%
	282
	0.2
	0%
	Х
	өдө
	егий
	н
	нэгд
	сэн
	эмн
	элэг
	7.1
	22,1
	56.0
	0.9
	% 8
	,778.
	5.1
	8%
	3,70
	4.0
	25.9
	%

Дүү  
 ргий  
 н  
 нэгд  
 сэн  
 эмн  
 элэг  
 8\_1  
 ,972,  
 306.  
 0\_14  
 .6%  
 \_52,  
 058.  
 5\_10  
 .9%  
 \_1,3  
 28.0  
 \_9.3  
 %  
 Гур  
 авд  
 агч  
 шат  
 лал  
 ЫН  
 эмн  
 элгү  
 үд  
 Бүг  
 д  
 9\_1  
 ,502,  
 503.  
 0\_11  
 .1%  
 \_148  
 ,040.  
 5\_31  
 .1%  
 \_4,7  
 48.0  
 \_33.  
 1%  
 Б  
 үсий  
 н  
 оно  
 шло  
 гоо  
 эмч  
 илгэ  
 эний  
 төв  
 10\_3  
 46,4  
 68.0  
 \_2.6  
 %\_2  
 5,86  
 2.0  
 5.4  
 %\_7  
 78.0  
 \_5.4  
 %  
 Тө  
 рөл  
 жсө  
 н  
 нари  
 йн  
 мэрг  
 эжл  
 ийн



эмн  
 элэг,  
 тусг  
 ай  
 мэрг  
 эжл  
 ийн  
 төвү  
 үд\_1  
 1\_1,  
 156,  
 035,  
 .5% 122,  
 178,  
 5\_25  
 .7%  
 .3,9  
 70,0  
 .27,  
 7%  
 --  
 1  
 3,52  
 1,69  
 1,0  
 100,  
 0%  
 475,  
 779,  
 5\_10  
 0.0  
 %\_1  
 4,32  
 8.0  
 100,  
 0%

. Эх үүсвэр; Эрүүл мэндийн хөгжлийн үндэсний төв

Монгол улсад эмнэлгийн орны тоо харьцангуй их үүнийгээ дагаад эмнэлэгт хэвтэлт ч өндөр байгаа нь үр ашиг муу байгаагийн нэг шалтгаан болдог. Энэ нь нэг талаас шаардлагагүй хэвтэлт өндөр байгаа нөгөө талаас эмнэлгүүд хөнгөн өвчтөн авах сонирхолтой байдгаас шалтгаалж байна. Мөн эмчилгээний заалтад нийцэхгүй дээгүүр шатны эмнэлэгт хэвтэх явдал ч их байна.

Нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардлыг бүсээр болон аймгуудаар авч үзвэл дунджаар 30.9 мянган төгрөг ногдож байна.

Хүс \_\_  
 нэг\_20  
 т 02\_  
 13. 200  
 Нэг 3\_2  
 хүн 004

д \_20  
ног 05\_  
до 200  
х 6\_  
эрүБар  
үл уун  
мэ бүс  
нд \_  
ий Бая  
н н-  
зарӨлг  
да ий\_  
л 15,  
695  
.4\_  
15,  
942  
.1\_  
18,  
710  
.3\_  
20,  
367  
.9\_  
24,  
711  
.3\_  
—  
Гов  
ь-  
Алт  
ай\_  
22,  
737  
.0\_  
24,  
783  
.9\_  
30,  
626  
.8\_  
33,  
980  
.4\_  
41,  
190  
.3\_  
—  
Зав  
хан  
\_17  
,24  
0.7  
\_18  
,53  
8.2  
\_23  
,47  
9.4  
\_26

,51  
0.5  
\_32  
,92  
6.8

---

Увс  
\_20  
,75  
4.2  
\_21  
,37  
4.2  
\_25  
,36  
6.6  
\_27  
,01  
0.5  
\_32  
,99  
3.8

---

Хов  
д\_1  
5,6  
57.  
2\_1  
7,0  
49.  
8\_2  
0,6  
92.  
7\_2  
2,7  
22.  
4\_2  
7,3  
20.  
8\_

\_Ду  
нда  
ж\_1  
8,4  
16.  
9\_1  
9,5  
37.  
6\_2  
3,7  
75.  
2\_2  
6,1  
18.  
4\_3  
1,8  
28.  
6\_

Хан  
гай

н  
бүс

—  
Арх  
анг  
ай\_  
15,  
775  
.5\_  
16,  
569  
.6\_  
20,  
694  
.1

22, \_  
023Бая  
.8\_нхо  
27, нго  
534р\_1  
.8 9,6  
61.  
5\_2  
1,0  
11.  
8\_2  
4,5  
49.  
6\_2  
7,1  
34.  
9\_3  
1,8  
06.  
0\_—  
—  
Бул  
ган  
\_18  
,77  
8.2  
\_20  
,05  
6.9  
\_25  
,89  
7.0  
\_27  
,77  
5.3  
\_33  
,82  
2.3  
—  
Өв  
өрх  
анг  
ай\_  
13,  
988

.6\_  
14,  
572  
.7\_  
18,  
287  
.1\_  
21,  
094  
.5\_  
24,  
280  
.2\_  
—  
Сэ  
лэн  
гэ\_  
16,  
631  
.1\_  
17,  
751  
.8\_  
21,  
442  
.8\_  
22,  
052  
.0\_  
27,  
269  
.2\_  
—  
Хөв  
сгө  
л\_1  
4,5  
57.  
6\_1  
4,9  
76.  
1\_1  
8,3  
23.  
8\_2  
0,0  
82.  
9\_2  
3,7  
19.  
5\_  
—  
Ор  
хон  
\_16  
,06  
3.0  
\_17  
,49  
4.1

\_19  
,10  
8.9  
\_20  
,27  
1.4  
\_23  
,85  
1.1  
--  
Дун  
да  
ж\_1  
6,4  
93.  
6\_1  
7,4  
90.  
4\_2  
1,1  
86.  
2\_2  
2,9  
19.  
3\_2  
7,4  
69.  
0\_  
Төв  
ийн  
бүс  
--  
Дор  
ног  
овь  
\_20  
,56  
4.0  
\_21  
,47  
3.7  
\_24  
,71  
3.  
,01  
3.4Дун  
\_32дго  
,75вь\_  
4.3 16,  
645  
.0\_  
18,  
054  
.8\_  
24,  
305  
.7\_  
26,  
859  
.7\_

33,  
761  
.7\_  
—  
Өм  
нөг  
овь  
\_18  
,75  
2.5  
\_20  
,22  
1.1  
\_24  
,51  
0.2  
\_28  
,23  
8.5  
\_32  
,42  
6.9  
— —  
Төв  
\_18  
,06  
5.0  
\_19  
,80  
5.1  
\_24  
,11  
5.1  
\_27  
,18  
8.5  
\_33  
,05  
8.7  
— —  
Дар  
хан  
—  
уул  
\_17  
,36  
1.8  
\_18  
,60  
8.6  
\_21  
,20  
6.1  
\_22  
,12  
0.6  
\_27  
,93  
6.5  
— —

Ула  
анб  
аат  
ар\_  
10,  
136  
.7\_  
10,  
004  
.1\_  
12,  
350  
.1\_  
12,  
377  
.4\_  
15,  
125  
.8\_  
—  
Гов  
ь  
сүм  
бэр  
\_24  
,81  
2.2  
\_27  
,98  
3.3  
\_35  
,80  
4.0  
\_38  
,80  
5.8  
\_48  
,69  
8.7  
—  
Дун  
да  
ж\_1  
8,0  
48.  
2\_1  
9,4  
50.  
1\_2  
3,8  
57.  
8\_2  
6,2  
29.  
1\_3  
1,9  
66.  
1\_  
Зүү  
н



бүс	
—	
Дор	
нод	
_17	
,85	
6.3	
_18	
,58	
9.6	
_23	
,18	
2.	
,67 31,	30,972.5
0.8 183	
.4	
—	
Сүх	
баа	
тар	
_19	
,20	
8.0	
_20	
,33	
8.2	
_24	
,24	
8.2	
_26	
,35	
4.7	
_32	
,66	
5.3	
—	
Хэн	
тий	
_20	
,00	
0.0	
_20	
,93	
0.8	
_25	
,23	
5.1	
_28	
,04	
8.9	
_34	
,03	
0.6	

Нийт 278 сумын эмнэлгийн санхүүжилтийг харьцуулан судлаж үзэхэд хүн амын тооноос хамаарал багатай байгаа нь эрүүл мэндийн анхан шатны тусламж үйлчилгээ нь нийт хүн амд тэгш хүртээмжтэй хүрч

чадахгүй байгаагийн илрэл юм. Харин сумын эмнэлгүүд нэг хүнд дунджаар 15-20 мянган төгрөг зарцуулж байна.

Хүс  
нэг  
т 1  
4  
.

Нэг  
хүн  
д  
ног  
дох  
эрү  
үл  
мэн  
дий  
н  
зар  
дал  
,  
сум  
аар

\_\_Д  
оод  
\_5,  
184

\_\_\_  
Дээ  
д\_6  
2,6  
66\_

\_\_Д  
унд  
аж  
\_16  
,23  
5\_

--

\_\_\_  
Гол  
лог  
ч

\_15  
,59  
1\_

\_Ст  
анд  
арт  
хаз  
айл  
т\_5  
,68  
2\_

\_\_\_

\_\_\_3  
ард  
лы  
н  
бүл  
гээ  
р\_  
Су  
мы  
н

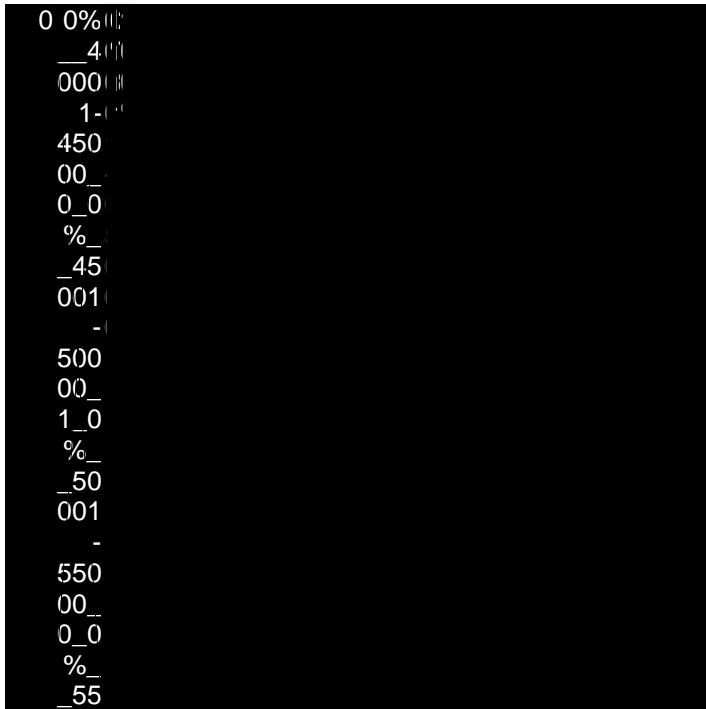
тоо  
\_Эз  
лэх  
хув  
ь\_

500  
0-  
100  
00\_  
21\_

8%  
\_\_1

000  
1-  
150  
00\_  
99\_

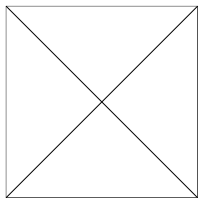
36  
%\_  
\_15  
001  
-  
200  
00\_  
104  
\_37  
%\_  
\_20  
001  
-  
250  
00\_  
42\_  
15  
%\_  
\_25  
001  
-  
300  
00\_  
8\_3  
%\_  
\_30  
001  
-  
350  
00\_  
2\_1  
%\_  
\_35  
001  
-  
400  
00



001  
-  
600  
00\_  
0\_0  
%

Эрүүл Мэндийн Сайдын 2004 оны 92 тоот тушаалаар батлагдсан “Тусламж үйлчилгээний нэн шаардлагатай болон нэмэлт багц”-дээр суурилан хийсэн судалгаагаар<sup>17</sup> МЭМНШТБ-ийн хүрээн дэх эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний нийт өртөг 75 864 390 мянган төгрөг болж байгаа бөгөөд дунджаар Монголын нэг иргэнд жилд 29,6 мянган төгрөг ногдохоор байна. Өртөг зардлын бүтцийг авч үзэх юм бол амбулаторийн тусламж үйлчилгээнд 43,6%, стационарын тусламж үйлчилгээнд 39,8%, үлдэх 16,6% нь удирдлагын, тээврийн болон бусад зардалд оногдож байна. Хэрэв тусламжийн шатлалаар (эм зүйчийн болон лаборантын үйл ажиллагаатай холбогдсон зардлыг хасч тооцсон) авч үзэх юм бол эрүүл мэндийн нэн шаардлагатай тусламжийн багцийн нийт өртгийн 27% нь анхдагч шатлалд, 51% нь хоёрдогч шатлалд, 22% нь гуравдагч шатлалд хуваарилагдахаар тооцоо гарсан байна.

Хүснэгт 15. Нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн нэн шаардлагатай тусламж үйлчилгээний зардал



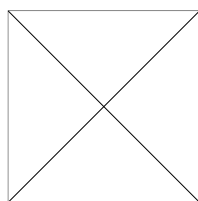
Эрүүл мэндийн анхан шатны сумын эмнэлэг нэг хүнд 17 доллар зарцуулж байгаа боловч энэхүү зардал нь газар нутгийн алслагдмал байдлаас шалтгаалан ихэвчлэн нэн шаардлагатай тусламж үйлчилгээнд бус халаалт дулаан, шатахууны зардалд илүү зарцуулагдаж байна.

<sup>17</sup> Монголын эрүүл мэндийн нэн шаардлагатай тусламжийн багцийн өртөг тооцолт, 2005, АХБ

Монголын эрүүл мэндийн салбарт мөрдөгдөж буй санхүүжилтийн тогтолцоо нь тусламж үйлчилгээг бус зардлын зүйлийг санхүүжүүлэх чиглэлийн тогтолцоо болж үйлчилж ирсэн нь эрүүл мэндийн байгууллагуудын тусламж үйлчилгээний чанарт сөргөөр нөлөөлж байна.

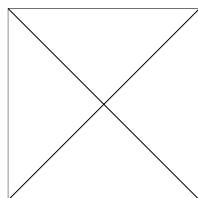
Улсын хэмжээнд эрүүл мэндийн нийт зардлын 14.4 хувь нь тогтмол зардал, 17.2 хувь нь эм хоолны зардалд зарцуулагдаж байхад 4.1 хувь нь хөрөнгө оруулалтын зардалд зарцуулагдаж байна.

Зураг 14. Эрүүл мэндийн зардлын зардал



Монгол улсын газар зүйн онцлог, цаг агаарын байдлаас шалтгаалан тогтмол зардлын эзлэх хувь харьцангуй өндөр байна. Иймээс ч эрүүл мэндийн салбарт улсаас хийж буй нийт хөрөнгө оруулалтын 90 гаруй хувь нь барилга, түргэн тусламжийн машин авахад зарцуулагдаж байна. 2000-2006 онд нийт 50 орчим сумын эмнэлгийг шинээр барьсан байна. Гэсэн хэдий ч манай улсын 345 сумын эмнэлгийн 50-иад нь эмнэлгийн зориулалтын барилгагүй, хөдөөгийн сумдын эмнэлгийн барилгын 45 хувь нь , аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн барилгын 37 хувь нь их засвар зайлшгүй хийх шаардлагатай болсон барилга байгууламж байгаа юм.

Зураг 15. Эрүүл мэндийн салбарын хөрөнгө оруулалт (сая төгрөгөөр)



Улсын хэмжээгээр түргэн тусламжийн үйлчилгээнд 2006 оны байдлаар 968 автомашин ашиглагдаж байгаагийн 17 хувь буюу 166 автомашин гүйлтийн норм дуусч байна. Үүнийг аймаг, сум, дүүргийн ангиллаар авч үзвэл, сумдын эмнэлгийн автомашины 21 хувь, аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн машины 24 хувь, нийслэл, дүүргийн эрүүл мэндийн байгууллагын автомашины 35 хувь нь тус тус гүйлтийн норм дууссан тооцоо гарч байна. Түүнчлэн аймаг, нийслэлийн түргэн тусламжийн үйлчилгээнд ашиглагдаж байгаа машины дийлэнх нь эмнэлгийн зориулалтын бус автомашин байна. Тухайлбал, аймгийн төвийн түргэн тусламжийн үйлчилгээний автомашины дөнгөж 70 хувийг эмнэлгийн зориулалтын автомашин эзэлж байгаа бөгөөд тэдгээрийн ихэнх нь гүйлтийн норм дууссан, хуучирч муудсан автомашин байгаа юм. Эндээс үзэхэд аймаг, нийслэлийн түргэн тусламжийн үйлчилгээг зориулалтын автомашинаар хангах хэрэгцээ өндөр байгааг харуулж байна.

Түүнчлэн 2004 онд хийгдсэн тоног төхөөрөмжийн судалгааны дүнгээс үзэхэд эрүүл мэндийн байгууллагуудад нэн тэргүүнд рентген оношлогооны суурин аппарат, рентген оношлогооны зөөврийн аппарат, флюорографийн аппарат, шүдний рентген аппарат, тархины цахилгаан бичлэгийн аппарат зэрэг тоног төхөөрөмжүүд шаардлагатай байна. Орон нутгийн болон дүүргийн нэгдсэн эмнэлгүүдэд одоог хүртэл хуучин ОХУ-ын 1975-1988 онуудад нийлүүлж байсан техникийг ашигласаар байгаа ба зарим нэгдсэн эмнэлгүүд огт рентген аппаратгүй байна. Өнөөгийн байдлаар хөдөө орон нутагт ашиглагдаж байгаа эмнэлгийн багаж, тоног төхөөрөмжийн хангалтын хувь байвал зохих стандартын

хэмжээнээс 50-аас доош хувьтай гэж гарсан байна. Тухайлбал аймгийн нэгдсэн эмнэлэг 41, сум дундын эмнэлэг 32, сумын эмнэлэг 37 хувьтай байна.

Харин 2006 онд эрүүл мэндийн салбарын төсөвт эмнэлгийн тоног төхөөрөмж авахаар нийт 2.4 тэрбум төгрөгийг баталсан монгол улсын эрүүл мэндийн салбарын оношлогоо, эмчилгээний чадвахийг сайжруулахад нэн чухал арга хэмжээ болсон. Энэхүү хөрөнгө оруулалтын хүрээнд орчин үеийн дэвшилтэт технологи болох /MRI, PET /, MRI худалдан авч клиникийн 1-р эмнэлэгт суурилуулсан байна. Харин 200 гаруй сумын эмнэлэгт ЭХО авахад үлдэж буй хөрөнгийг зарцуулжээ. Гэтэл сумын эмнэлэгт энэхүү багажыг ажиллуулах боловсон хүчин бэлтгэгдээгүй байжээ. Цаашид хөрөнгө оруулалтын үр ашгийг тооцох, түүнчлэн техник технологийн шинэчлэлийн бодлогыг шат дараатай хэрэгжүүлэх асуудал ч чухлаар тавигдаж байна.

Эрүүл салбарын нөөцийн хуваарилалт бодлогын тэргүүлэх чиглэл болох урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээнд дөнгөж 5 хувийг зарцуулж байгаа нь хангалттай бус байна. Түүнчлэн хэвтүүлэн эмчлэх тусламж үйлчилгээнд илүү зарцуулж байгаа нь нөөцийн хуваарилалт оновчтой бус байгааг харуулж байна.

### **3.4 Нөөцийн төлөвлөлт, зарцуулалт**

Монгол Улсын төсвийн төлөвлөлт, санхүүгийн удирдлагын тогтолцоо нь “Төсвийн тухай хууль” болон “Төсвийн байгууллагын Удирдлага санхүүжилтийн тухай хууль”-д дээр суурилж байгаа бөгөөд дээрхи хуулиудад холбогдон гарсан салбарын бусад хуулиудаар зохицуулагдаж байна. “Төсвийн байгууллагын Удирдлага санхүүжилтийн тухай хууль” (ТБУСТ) нь 2002 онд УИХ-р батлагдсан бөгөөд энэхүү хуулийн үзэл баримтлал нь Төрийн албаны шинэчлэлийг гүнзгийрүүлэх, санхүүжилтийн тогтолцоог бүтээгдэхүүн ажил үйлчилгээний үр дүнтэй уялдуулахад чиглэгдсэн байна.

Энэхүү хууль батлагдсанаар Эрүүл мэндийн салбарын хувьд дараахь арга хэмжээ авагдсан байна.



- Эрүүл мэндийн сайд аймаг, нийслэлийн Засаг дарга болон 3 дахь шатны эмнэлгийн дарга нартай үр дүнгийн гэрээ байгуулдаг болсон.
- Эрүүл мэндийн яаманд салбарын төсвийн төлөвлөлт, зарцуулалтыг зохицуулах үүрэг бүхий Санхүү, Эдийн Засгийн газар байгуулагдсан. Тус газар нь
  - эрүүл мэндийн санхүүжилтийг салбарын тэргүүлэх чиглэлтэй уялдуулах,
  - эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцоог боловсронгуй болгох чиглэлээр бодлогын баримт бичиг боловсруулах
  - орон нутгийн эрүүл мэндийн байгууллагуудыг нэгдсэн удирдлагаар хангах,
  - боловсон хүчний чадварыг сайжруулах, сургалт зохион байгуулах
  - төсвийн төлөвлөлтийн сайжруулж нэгдсэн программ хангамжтай болгох
  - салбарын хэмжээнд санхүүгийн тайланг нэгдсэн аргачлалаар боловсруулах зэрэг олон арга хэмжээг авч хэрэгжүүлсэн байна.
- Эрүүл мэндийн яам салбарын төсвийн асуудлыг хариуцах болсонтой уялдаж орон нутагт салбарын төсөв танагдаж бусад чиглэлд зарцуулагдахгүй болсон.

Гэхдээ энэхүү хууль нь бүтээгдэхүүнээ зөв тодорхойлох, түүний өртөгийг бодитой тодорхойлох, салбарын бодлогыг хэмжигдэхүйц, хянаж болохуйц тодорхой бүтээгдэхүүн, хүрэх үр дүнтэй холбох, үр дүнгийн гэрээгээ хэрэгжүүлээгүй тохиолдолд ямар арга хэмжээ авах зэрэг нь тодорхойгүй байгаа зэргээс шалтгаалан амьдрал дээр бүрэн утгаараа хэрэгжихэд хүндрэлтэй байна. Түүнчлэн УИХ-р Улсын төсвийг батлахдаа зардлын зүйлээр болон бүтээгдэхүүний ангилалаар баталж байгаа рэдий ч хяналт нь зөвхөн зардлын зүйлээр хийгдэж байгаа учраас бүтээгдэхүүнээр төлөвлөж байгаагийн ач холбогдол нь буурч байгаа тал ажиглагдаж байна.

Шигтгээ 5. Олон Улсын хэмжээнд төсвийн зарлагын төлөвлөлт, зарцуулалт, гүйцэтгэлийн ангилал

Олон Улсын хэмжээнд төсвийн зарлагын төлөвлөлт, зарцуулалт, гүйцэтгэлийг  
Нэгдүгээрт, эдийн засгийн  
Хоёрдугаарт, зориулалтын  
Гуравдугаарт удирдлагын гэж ангилдаг

Эрүүл мэндийн салбарын төсвийн төлөвлөлт гүйцэтгэлийг харьцуулан судлаж үзэхэд харьцангуй зөрүү багатай байна. Гэхдээ 2005 оны байдлаар салбарын төсвийг харьцуулан үзэхэд цахилгаан дулаан, цэвэр ус, халаалтын зардал 166.1-835.1 сая төгрөгөөр хэтэрсэн, эмийн зардал 764.6 сая төгрөгөөр хэмнэгдсэн дүн гарч байна. Ялангуяа өрхийн эмнэлгүүдийн санхүүжилт нэлээд хэмнэгдсэн түүнтэй уялдан эрүүл мэндийн даатгалаас санхүүжих эх үүсвэрээс 1,114.2 сая төгрөг авч чадаагүй байна. Энэ нь өнөөгийн мөрдөж буй эрүүл мэндийн даатгалын тариф хэт доогуур байгаатай холбоотой. (Харин 2006 оны Эрүүл мэндийн тухай хуулийн өөрчилтөөр сумын болон өрхийн эмнэлгийг төсвөөс санхүүжих болсон)

2002 оны ТБУСХ-д заасны дагуу төсвийн байгууллагууд, үүний дотор эмнэлгүүдэд Төрийн нэгдсэн данснаас гадуур данс нээхийг хориглох тушаалыг СЯ гаргажээ. 2002 оны ТБУСХ нь энэ чиглэлээр 2 үндсэн өөрчлөлтийг хийсэн.

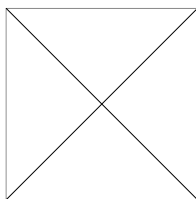
Нэгд, эмнэлгийн эзэмшиж байсан олон дансыг хаахаар хуульчилж, Төрийн Сангийн хяналттай нэг л данстай байхыг зөвшөөрчээ. Эмнэлгийн төсвийг энэ дансанд шууд шилжүүлдэг болсноор төсвийн санхүүжилт хугацаа хоцрох, өөр юманд зарцуулагдан алга болох зэрэг эрсдэл багасжээ. Эмнэлгийн төсвийг сар бүрийн шилжүүлгээр хийдэг болжээ. Хоёрт, Төрийн аудитын газар эмнэлгүүдэд аудитын шалгалт хийх ба энэ нь үнэ төлбөргүй үйлчилгээ юм.

*Үр дүнгийн гэрээ:* Хэдийгээр шагнал урамшуулал нь эмч нарын цалин орлогын уламжлалт нэгэн хэсэг байсаар ирсэн ч 2002 оны ТБУСХ-иар

хуульчлагдсан үр дүнд чиглэсэн менежмент буюу үр дүнгийн гэрээнд урамшуулалт цалингийн тогтолцоог шинэ зохицуулалттайгаар тусгаж өгчээ.

*Институцийн үүрэг, хариуцлага:* 2002 оны ТБУСХ нь төсөв батлах, санхүүжилт олгох үүрэг хариуцлагыг нарийн зааглаж өгчээ. Эмнэлгийн байгууллагуудын төсвийн саналыг аймаг, нийслэлийн ЭМГ-д нэгтгэн ЭМЯ-ны Эдийн засаг, санхүүгийн газар хянаж Сангийн Яамтай тохиролцдог болсон байна. Эрүүл мэндийн салбарын төсвийг төлөвлөх, батлах явц нь дараахь байдлаар явагдаж байна

Хүснэгт 16. Эрүүл мэндийн салбарын төсвийг төлөвлөх, батлах



*Төсөв батлагдсанаас хойшхи дахин хуваарилалт:* 2002 оны ТБУСХ-иар эрүүл мэндийн салбарт хуваарилагдсан төсвийн хөрөнгийг орон нутагт бусад салбарт дахин хуваарилах, эсвэл өөр зорилгоор ашиглах боломжийг хаасан нь өмнөх үед тогтсон байсан практикийг өөрчилж чаджээ. Урьд нь салбар хоорондын төсвийн дахин хуваарилалт байнга хийгддэг байсан тул эмнэлгийн үйл ажиллагаагаа төлөвлөн хэрэгжүүлэхэд нэлээд хүндрэлтэй тулгардаг байжээ. Харин өнөөгийн хуулиар бол төсөв батлагдсаны дараа зөвхөн эрүүл мэндийн байгууллагууд хоорондын төсвийн дахин хуваарилалтыг төвийн түвшинд хийхээс биш эрүүл мэндийн салбарын төсвийг бусад салбар луу дахин хуваарилахыг хоригложээ.

### **3.5 Худалдан авалт**

*Төлбөрийн арга.* Монгол улс төвлөрсөн төлөвлөгөөт эдийн засгаас зах зээлийн эдийн засагт шилжих зурвас үед Нийгмийн эрүүл мэндийн


даатгалын тогтолцоо үүсч хөгжсөнтэй уялдан эрүүл мэндийн байгууллагуудын төсвөөс зардлын зүйлээр олгож байсан санхүүжүүлэх төлбөрийн аргад өөрчилөлт оржээ. Тухайлбал 1998 онд ИЭМД хуулийн өөрчилтөөр 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 ашиглах заалтууд тусгагджээ. Энэ нь зардлын зүйлээр санхүүжүүлэх түүн дотроо цалинд суурилсан төлбөрийн арга байсан бөгөөд түүнийг нэг даатгуулагчийн зардалтай уялдуулснаараа давуутай байсан байна. Мөн 2002 онд батлагдсан “ТБУС тухай хууль”-иар бүтээгдэхүүнд тулгуурласан төлбөрийн аргаар санхүүжүүлэх болсон. Энэ нь улсын төсвөөс эрүүл мэндийн байгууллагуудын урсгал болон тогтмол зардлыг шууд шилжүүлдэг байсан аргаас нэлээд ялгаатай юм. Цалингийн хэлбэрээр өгөх төлбөрийн арга нь гүйцэтгэж буй ажил үйлчилгээ, түүний чанартай шууд уялддаггүй. Иймээс улсын салбарт ажиллаж буй эмч нарын бүтээмж доогуур, идэвхи чармайлт бага байдаг. Харин цалингаар олгох төлбөрийн аргыг үр дүнд суурилсан болон нэг иргэнээр санхүүжих аргатай хослуулбал үйлчилгээний чанар, бүтээмжид сайжруулах нөхцөл бүрдэх юм..

Монгол улсын эрүүл мэндийн санхүүжилтийн төлбөрийн аргуудад дүн шинжилгээ хийхэд олон янзын тусламж үйлчилгээг янз бүрийн эх үүсвэрээс санхүүжүүлж байгааг харгалзан салбарын нийт санхүүжилтийн хүрээнд авч үзэх хэрэгтэйг онцлон тэмдэглэмээр байна.

А. Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээ- Нэг хэвтэн эмчлүүлэгчийн төлбөрийн хэмжээ тухайн тохиолдлын хүнд хөнгөнөөс үл хамааран тусламж үйлчилгээний шатлалаас хамаарч байна. (2002 оны ИЭМД хуулиар) Харин тогтмол зардал болон Эрүүл мэндийн тухай хууль заагдсан төр даах тусламж үйлчилгээг төсвөөс санхүүжүүлж байна.

Хүснэгт 17. Эрүүл мэндийн даатгалын сангаас санхүүжүүлэх тарифын хэмжээ, 2002 онд





2006 онд Эрүүл мэндийн тухай хууль болон Иргэний эрүүл мэндийн даатгалын хуульд нэлээд зарчимын чанартай өөрчилөлтүүд оржээ. Үүнд

- Эрүүл мэндийн тухай” хуулийн 21.2, 21.4, 28'.1, 28'.1.7 дагуу сум, сум дундын эмнэлгүүдийг хувьсах зардлын улсын төсвөөс нэг иргэнээр тооцохоор болсон
- Хэрэв сум дундын эмнэлэг “Эрүүл мэндийн нэмэлт тусламж үйлчилгээний багц”-ын гэмтэл, мэс заслын өвчний тусламж үйлчилгээ үзүүлбэл хэвтүүлэн эмчилсэн тохиолдлын тоогоор Эрүүл мэндийн даатгалын сангаас санхүүжигдэнэ.

“Эрүүл мэндийн тухай” хуулийн 21.2, 28'.1, 28'.1.7 дагуу өрхийн эмнэлгүүдийг улсын төсвөөс нэг иргэнээр тооцохоор болсон

Нэг иргэнээр тооцсон санхүүжилтийн хэмжээг

- Улаанбаатар хотод жилд 2,450 төгрөг
- Аймагт жилд 3,400 төгрөгөөр тогтоосон
- “Эрүүл мэндийн тухай” хуулийн 21.2, 21.4, 28'.1-6, “Иргэний эрүүл мэндийн даатгалын тухай” хуулийн 7.4 заалтын дагуу лавлагаа тусламжийн хоёр ба гуравдугаар шатлалын эмнэлгүүд улсын төсвөөс өртөг ойролцоо оношийн бүлэг болон нийт төсвийн

аргаар, эрүүл мэндийн даатгалын сангаас өртөг ойролцоо оношийн бүлгээр тус тус санхүүжигдэнэ

- Төлбөрийн шинэ аргуудыг шат дараалалтай нэвтрүүлэх үүднээс 1-д эмнэлгүүд эрүүл мэндийн даатгалын сангаас өртөг ойролцоо оношийн бүлгийн аргаар санхүүжигдэнэ.

Улаанбаатар хот болон Хэнтий, Дундговь аймгуудын Эрүүл мэндийн газрын дарга, нэгдсэн эмнэлгийн ерөнхий эмч нар болон эдийн засагч нартай уулзахад 2,3 дахь шатлалын эмнэлэгүүдийг Өртөг ойролцоо оношийн бүлгээр санхүүжилэх төлбөрийн аргыг бүгд дэмжиж байна. Харин Оношийн бүлгийн ангилал болон өвчины нэр төрлийг нарийвчилж тогтоох, тарифыг өртөгт суурилан ялгавартай тооцож байхыг санал болгож байлаа. Харин сумын болон өрхийн эмнэлгийг төсвөөс санхүүжих болсонд нэлээд шүүмжилэлтэй хандаж байна. Учир нь эрүүл мэндийн даатгалын хамралт огцом буурах, эрүүл мэндийн даатгалын ач холбогдол алдагдах хандлагатай байна хэмээн үзэж байгаа юм.

Монгол улсын эрүүл мэндийн байгууллагуудын санхүүжүүлэх төлбөрийн арга нь нэлээд холимог хэлбэрээр явагдаж байна. Оношийн бүлэг болон нэг иргэнээр санхүүжүүлэх төлбөрийн аргатай хамт бүтээгдэхүүнд суурилсан болон зардлын зүйлээр төлөвлөх хянах тогтолцоо зэрэг үйлчилсээр байна.

Өнөөгийн байдлаар эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг худалдан авагчийн үүргийг ЭМЯ болон ЭМДС-н гүйцэтгэж байна. Гэхдээ ЭМЯ болон ЭМДС нь бодитойгоор эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг худалдан авагчийн үүргийг бүрэн гүйцэтгэхэд хүндрэлтэй байгаа нь ажиглагдаж байна. Энэ нь нэг талаас боловсон хүчний боломж нөгөө талаас сайн хяналтын тогтолцоо хөгжөөгүйтэй холбоотой.

### 3.6 Хяналт шинжилгээ, үнэлгээ

Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн бодлогын хэрэгжилт, үйл ажиллагааны чиглэлийг тогтмол цаг хугацаанд хянаж үнэлсэн байх шаардлагатай. Ирээдүйн бодлого боловсруулах явц илүү нотолгоонд тулгуурласан байх нь стратегид тусгасан бодлогын зорилтууд нь хүлээгдэж буй үр дүнд хүрсэн эсэхийг үнэлэхэд чухал ач холбогдолтой.

Ялангуяа эрүүл мэндийн нэн шаардлагатай тусламж, үйлчилгээнд хүн амыг бүрэн хамруулах, НЭМД зэрэг урьдчилан төлөх механизмд хүн амын хамрагдсан хэмжээг хяналтанд авсан байх шаардлагатай болж байна. Зардлын хувьд хувь хүнээс эрүүл мэнддээ зарцуулах зардлын хувь хэмжээ буурсныг мөн адил хянаж үзэх ёстой.

Санал дэвшүүлсэн бодлогын зөвлөмжүүд нь эрүүл мэндийн салбарын хөрөнгө оруулалтын хэмжээ нэмэгдэх, эрүүл мэндийн нэн шаардлагатай тусламж үйлчилгээнд бүх нийтийг хамруулсан амжилт, урьдчилан төлөх санхүүжилтийн механизмд хамрагдсан хүн амын эзлэх хувь хэмжээ, хувь хүнээс төлөх санхүүжилтийн хэмжээний бууралт болон бусад санхүүжилтийн арга хэмжээнүүдэд хяналт, үнэлгээ хийх шаардлагатай.

Хүснэгт 18. ЭМТҮС-ийн хяналт ба задлан шинжилгээнд ашиглагдах нийтлэг үзүүлэлтүүд.









---

<sup>18</sup> Хін ам ба ядуурлын тівшний шугам хоорондох зай.





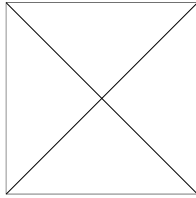
#### **4. Задлан шинжилгээнд тулгуурласан дүгнэлт ба бодлогын зөвлөмж.**

Монгол улсын эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийн тогтолцоо, нөөцийн хуваарилалтын өнөөгийн байдлыг задлан шинжилж, хөгжлийн

цаашдын хандлагыг тодорхойлоход ач холбогдолтой бодлогын дараах зөвлөмжүүдийг санал болгож байна. Үүнд:

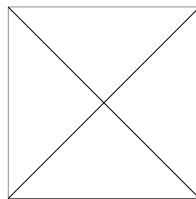
- 1. Олон улсын жишигт нийцүүлэн ДНБ нд эзлэх эрүүл мэндийн зардлыг 2012 он гэхэд 6 хувьд хүргэх** Эрүүл мэндийн зардал ДНБ-ний өсөлтийг гүйцэхгүй байна. (2006 оныг 2000 онтой харьцуулахад ДНБ-ны номинал өсөлт 3.6 дахин өссөн байхад Эрүүл мэндийн зардал 2.7 дахин өссөн байна. Энэ хугацаанд ДНБ-нд (ҮСГ-с ДНБ-ны тооцоонд нэмэлт өөрчилөлт оруулсанаар) эзлэх эрүүл мэндийн зардал 4 хүрэхгүй хувь байна. Өнөөгийн макро эдийн засгийн байдалтай уялдуулан тооцож үзэхэд ДНБ-нд эзлэх эрүүл мэндийн зардлыг 2010 онд 5 хувьд хүргэх, 2012 онд 6 хувьд хүргэх боломжтой юм. *Энэ тохиолдолд нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардал 120 ам.дол болох тооцоо гарч байна.*

Зураг 16. Нэг хүнд ногдох ЭМЗ болон ДНБ эзлэх ЭМЗ



Энэхүү зорилтыг хангахын тулд төсвийн санхүүжилтийг бууруулахгүйгээр эрүүл мэндийн даатгалын сангийн үлдээдлийг зохистой зарцуулах, хамралтыг нэмэгдүүлэх замаар санхүүжилтийн эх үүсвэрийг 45 хувьд хүргэх, албан бус төлбөрийг эрх зүйн хувьд зохицуулсанаар төлбөртэй үйлчилгээ нийт санхүүжилтийн 25 хувьд хүргэх боломжтой юм. Ингэснээр төсвийн санхүүжилтийг төр хариуцах тусламж үйлчилгээ болон хөрөнгө оруулалт, тоног төхөөрөмжийн шинэчлэлд зарцуулах боломж бүрдэх юм. Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний тодорхой хувийг төлбөртэй үйлчилгээнд шилжүүлэхдээ ядуу болон эмзэг бүлгийн хүн амын санхүүгийн хамгаалалтыг давхар хэрэгжүүлэх хэрэгтэй.

Зураг 17. Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн эх үүсвэр



- 2. Үр дүн багатай ортой эмнэлгийн зардлыг хязгаарлах, бууруулах, Улаанбаатар хотын эмнэлэгүүдийн бүтцийн өөрчилөлтийг эхлүүлэх, хувийн өмчид суурилсан орчин үеийн оношлогоо, эмчилгээний төв барих ажлыг монгол улсын хэрэгцээнд нийцүүлэн шийдэх.**

Эрүүл мэндийн салбар үр ашиггүй байгаагийн нэг илрэл нь хэвтэн эмчлүүлэх тусламж үйлчилгээний тоо, давтамж өндөр, ялангуяа шаардлагагүй хэвтэлт их байна. Энэ нь ор түшсэн санхүүжилтийн хуучин тогтолцоо, тусламж үзүүлэгч болон үйлчлүүлэгчийн явцуу ашиг сонирголоос шалтгаалж байна. *Иймд эмнэлгийн орны тоог бууруулах чиглэлээр шат дараалсан арга хэмжээг хэрэгжүүлэх шаардлагатай.* Мөн эрүүл мэндийн нийт зардалд тогтмол зардал болон захиргааны зардалын эзлэх хувь өндөр байна. Ялангуяа Улаанбаатар хотын эмнэлгүүдийн барилга хуучирсан, дэндүү нүсэр байгаа нь эрүүл мэндийн зардлын нилээд хэсгийг эмчилгээ үйлчилгээнд бус, тогтмол зардал болон засварт зарцуулж байна. Нөгөө талаас өнөөгийн санхүүгийн уламжлалт тогтолцоо, менежментийн чадавхи сул байгаа нь давхар нөлөөлж байна. *Иймээс Улаанбаатар хотын эмнэлгүүдийн зохистойгоор байршуулах бүтцийн өөрчлөлтийг эхлүүлэх цаг болсон байна.* (ДБ, Улаанбаатар хотын эрүүл мэндийн байгууллагуудын бүтцийн өөрчилөлт, 2003 он Жорж Пурвис, Д.Чимэддагва, Булганчимэг болон бусад )

- 3. Эрүүл мэндийн салбарын санхүүгийн нөөцийг зардлын үр дүн, үр ашиг өндөртэй өвчлөлөөс урьдчилан сэргийлэх, эрүүл мэндийг хөгжүүлэх нийгмийн эрүүл мэндийн арга хэмжээнд түлхүү хандуулах замаар эрүүл мэндийн санхүүгийн хөрөнгийн хуваарилалт, ашиглалтыг сайжруулах.**

Өнөөгийн нөхцөлд Монгол Улсын эрүүл мэндийн нийт зардлын 80 орчим хувийг эмнэлгийн тусламж үйлчилгээнд 5 хүрэхгүй хувийг урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээнд зарцуулж байна. Судлаачдын үзэж байгаагаар хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалан сайжруулахад эмнэлгийн тусламжийн үзүүлэх нөлөөлөл харьцангуй бага байна. Өөрөөр хэлбэл

хүний эрүүл мэнд маш олон хүчин зүйлсийн нөлөөлөл дор байдаг учраас тэдгээр нөлөөллийг хяналтанд авч, хүнийг өвчлүүлэхгүй байх, эрүүл аж амьдралын хэв маягийг хүн амд төлөвшүүлэхэд хөрөнгө оруулалтыг түлхүү хийх шаардлагатай гэдэг чиглэл рүү түлхүү анхаарч байна.

Иймээс эрүүл мэндийн анхан шатны болон амбулторын тусламж үйлчилгээний санхүүгийн хөшүүргийг боловсронгуй болгох асуудал нэн чухал юм. *Анхан шатны эмнэлгүүдийг зөвхөн төсвөөс бус, эрүүл мэндийн даатгалаас тодорхой хувийг ялангуяа нийгмийн эрүүл мэндийн арга хэмжээг нэмж санхүүжүүлэхийг санал болгож байна.* Ингэснээр эрүүл мэндийн даатгалын ач холбогдолыг хүн амд ойлгуулах, хамралтыг нэмэгдүүлэх боломж бүрдэх юм. Энэ хэрээр үйлчилгээ үзүүлэгч ба худалдан авагчийн үүрэг илүү тодорхой болж үйл ажиллагаа явуулах эрх зүйн орчин бүрдэх үндэслэлтэй юм. Мөн урьдчилан сэргийлж болох өвчлөлд улам олон хүн өртөж байгаа нь улс орны болон өрх гэрийн эдийн засагт их хэмжээний дарамт учирч байгааг судалж бодлогын хэмжээнд авч хэлэлцэх нь чухал байна. Ялангуяа өнөөгийн хэрэгжиж буй нийгмийн эрүүл мэндийн хөтөлбөрүүдийн санхүүжилтийг нэмэгдүүлэх, хэрэгжүүлэх арга механизмыг боловсронгуй болгох замаар шийдвэрлэх боломжтой. Мөн шаардлагатай хөрөнгийн зарим эх үүсэрийг ортой эмнэлгийн өнөөгийн тогтолцоо, үйл ажиллагааг зохистой болгох замаар бүрдүүлэх боломжтой гэж үзэж байна.

**4. Өвчлөлийн эрсдлийг хуваалцах, санхүүгийн хувьд харилцан тэтгэх зарчмыг урьдчилсан төлбөрийн аргад суурилсан улсын төсөв болон эрүүл мэндийн даатгалаар дамжуулан хэрэгжүүлж хувь хүнээс хийх төлбөрийн хэмжээг салбарын нийт санхүүжилтийн 30 хувиас хэтрүүлэхгүй байх.** Эрүүл мэндийн шаардлагатай тусламж үйлчилгээг нийт хүн амдаа хүртээмжтэй үзүүлж байгаа орнуудын эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийн тогтолцоо улс орон нутгийн төсөв, эсвэл нийгмийн эрүүл мэндийн даатгал дээр түлхүү суурилсан байна. Санхүүжилтийн эдгээр механизм нь төлбөр хийх, үйлчилгээ авах үйл ажиллагааг урьдчилсан төлбөрийн хэлбэрээр бүрэн зааглаж



тусгаарладаг тул эрсдэлийг нийт хүн амын дунд хуваах боломжийг бий болгодог байна. Ийм учраас өнөөдөр дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллага, олон улсын банк санхүүгийн байгууллагаас урьдчилсан төлбөрийн аргад суурилсан санхүүгийн механизмийг өргөнөөр ашиглахыг зөвлөж байна. Үүний хамт үйлчилгээний төлбөр хэлбэрээр түгээмэл хэрэглэж байгаа шууд төлбөрийн аргыг хяналтанд байлгаж нийт санхүүжүүлтэнд 30%-с илүүгүй хувьд барьж байх нь хүн амыг ядуурал, доройтолд оруулахаас сэргийлэх ач холбогдолтой гэж үзэж байна.

**5. Даатгалын тогтолцоог бие даалган ажиллуулж даатгалтай иргэдэд шаардлагатай тусламж, үйлчилгээг худалдан авах чадварыг хөгжүүлэн сайжруулах. Улсын төсөв ба эрүүл мэндийн даатгалын төлөвлөлт болон үйл ажиллагааны уялдааг сайжруулах**

Гадаад, дотоодын зарим зөвлөхүүд Монгол улсад нэг худалдан авагчийн тогтолцоог нэвтрүүлэхийг санал болгож байна. Гэхдээ энэхүү тогтолцоог нэвтрүүлэхэд өнөөгийн мөрдөж буй төсөв санхүүтэй холбоотой хуулиуд, төрийн сангийн тогтолцоотой хэрхэн уялдах нь тодорхой бус байна. Ихэнхи орны туршлагыг харахад тус тусдаа байгаа эрүүл мэндийн даатгалын сангуудыг нэгтгэх замаар нэг худалдан авагчийн тогтолцоог нэвтрүүлсэн байна. Харин манай орны хувьд эрүүл мэндийн нийт санхүүжилтийн 70 орчим хувийг улсын төсвөөс санхүүжүүлж байгаа нөхцөлд маш болгоомжтой хандах шаардлагатай юм. Мөн чанартаа эрүүл мэндийн даатгалын байгууллага бол худалдан авагчийн үүргийг гүйцэтгэж байгаа нэгж тул түүний үйл ажиллагааг үндсээр нь сайжруулах замаар нэг худалдан авагчийн тогтолцоонд шилжих нь илүү бодитой алхам байж болох юм. Энэ хүрээнд *Эрүүл мэндийн даатгалыг бие даалган сонгодог утгаар нь хөгжүүлэх зорилтыг санал болгож байна*. Үүнд бүтцийн өөрчлөлт төдийгүй эрүүл мэндийн даатгалын байгууллагыг эрүүл мэндийн болон даатгалын мэргэжлийн хүмүүсээр бэхжүүлэх, тэдний чадавхийг сайжруулах, хяналтын тогтолцоог шат дараатай боловсронгуй болгох асуудал орно.

6. **Одоо ашиглаж байгаа төлбөрийн аргуудын хэрэгжилт, хэрэглэгээ, үр нөлөөллийг судалж үнэлэх ажлыг тогтмолжуулж, энэ үндсэн дээр төлбөрийн арга механизмыг цаг тухайд нь зохистой өөрчлөх, боловсронгуй болгох.** Монгол улсын эрүүл мэндийн салбарт холимог төлбөрийн аргыг хэрэглэж байна. Үүнд эмч, эмнэлгийн ажилтанд шууд олгож буй цалин, тусламж, үйлчилгээний төлбөр, зардлын зүйл ангиар тогтоосон оношийн бүлэг, түүнчлэн нэг иргэнээр санхүүжүүлэх хэлбэрүүд орж байна. Судалгааны хүрээнд нийт 17 аймгийн эрүүл мэндийн газрын дарга болон нэгдсэн эмнэлгийн эмч нартай ярилцлага хийхэд *өртөг ойролцоо оношийн бүлгийн аргад шилжсэнийг зөв зүйтэй алхам гэж дэмжиж байна.* Харин оношийн бүлгийг тодорхой болгох тарифыг өртөгт суурилан ялгавартай тогтоох нь зүйтэй гэсэн саналыг дэвшүүлж байна. Гэхдээ энэ бол үйлчилгээ үзүүлэгчдийн санал учраас тэрхүү үйлчилгээг авч байгаа өвчтөн, санхүүжүүлж байгаа байгууллагын ашиг сонирхлыг бас судлах шаардлагатай. Одоогийн байдлаар амбулаторын тусламж үйлчилгээг оношийн бүлгээр санхүүжүүлэх нь нэлээд хүндрэлтэй байгааг харгалзан үзэх нь зүйтэй юм. Мөн *сумын болон өрхийн эмнэлгийг нэг иргэнээр тооцсон төлбөрийн аргаар санхүүжүүлэх, ингэхдээ эрүүл мэндийн даатгалаас тодорхой хувийг санхүүжүүлэхийг санал болгож байна.* Төлбөрийн ямарч аргыг хэрэглэсэн гүйцэтгэлийн шалгуур болон чанарын хяналтыг бий болгох зайлшгүй шаардлагатай. Цалингийн хэлбэрээр өгөх төлбөрийн арга нь гүйцэтгэж буй ажил үйлчилгээ, түүний чанартай шууд уялддаггүйг анхаарах хэрэгтэй. Иймээс улсын салбарт ажиллаж буй эмч нарын бүтээмж доогуур, идэвхи чармайлт бага байна. Харин цалинг ажлын үр дүнтэй холбож хослуулбал үйлчилгээний чанар, бүтээмжийг сайжруулах хөшүүрэг болох нь тодорхой юм. Мөн 2 болон 3 дахь шатлалын эмнэлгүүдийн хувьд нийт төсвийн аргыг өртөг ойролцоо оношийн

бүлгээр санхүүжүүлэх аргатай хослуулан хэрэгжүүлэх асуудлыг судлан үзэх нь зүйтэй.

7. **Монгол улсын эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилттэй холбогдсон аливаа шинэчлэлийг салбарын ажил, үйлчилгээний үр ашгийг сайжруулах, эрүүл мэндийн шаардлагатай тусламж, үйлчилгээг нийт хүн амд тэгш, хүртээмжтэй, чанартай үзүүлэх боломжийг хангах, өвчин, эмгэгтэй холбогдож хүн амын ядуу, эмзэг бүлэгт тусаж болох санхүүгийн дарамт, ачааллыг бууруулах, ядуурлаас хамгаалах, санхүүгийн тэнцвэртэй байдлыг хадгалах асуудлуудтай нягт уялдуулан судалж, өргөнөөр хэлэлцэн зөвшилцөлд хүрэх замаар шийдэж хэрэгжүүлэх ажлыг эрчимтэй зохион байгуулах.** Монгол улсын газар нутгийн өргөн уудам, зарим бүс нутгийн алслагдмал байдал, хүн амын орлогын ялгаа, шилжих хөдөлгөөн зэрэг нь эрүүл мэндийн үйлчилгээний тэгш бус байдалд нөлөөлж байна. Мөн улсын эрүүл мэндийн байгууллагуудын хүнд суртал, танил тал хардаг, албан бус төлбөр авдаг зэрэг үйлчилгээний ёс зүйн гажуудал ч нөлөөлж байна. Нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардлыг аймгуудаар үзэхэд нэлээд ялгавартай байна. *Иймд анхан шатны эрүүл мэндийн байгууллагуудыг газар нутгийн алслагдмал байдал, хүн амын тооноос хамаарсан нэг иргэнээр санхүүжүүлэх аргыг хэрэглэх нь тохиромжтой.* Ингэхдээ хүн ам цөөтэй сумуудын хэвийн үйл ажиллагааг хангах үүднээс тогтмол зардлыг зайлшгүй тусад нь авч үзэх шаардлагатай. Ядуу эмзэг бүлгийн хүн амыг эмнэлгийн тусламж үйлчилгээнд хамруулах санхүүгийн механизм нэн чухал юм. Үүнд төр зонхилох үүрэгтэй оролцох хэрэгтэй байна.
8. Эрүүл мэндийн үндэсний тооцооны тогтолцоог монгол улсад төлөвшүүлэх, мэдээллийн бааз, түүнийг хэрэгжүүлэх нэгжийг байгуулах, боловсон хүчнийг бэлтгэх. Ингэснээр эрүүл мэндийн санхүүжилтийн асуудлаарх судалгаа, шинжилгээний ажлыг чанаржуулах, нотолгоонд суурилсан бодлого боловсруулж

хэрэгжүүлэхэд чухал ач холбогдолтой. Монгол улсын эрүүл мэндийн систем болон санхүүжилтийн асуудлаар олон улсын хэмжээнд хүлээн зөвшөөрөгдөх шинжлэх ухааны аргуудыг ашиглаж мэргэжлийн өндөр түвшинд хийсэн судалгаа, нотолгоо одоогоор алга байна. Ихэнх мэдээллүүд салбарын тайлан, тоо мэдээ, төслийн хүрээнд тодорхой зорилгод нийцүүлж гадаад, дотоодын зөвлөхүүдийн бичсэн илтгэлээр хязгаарлагдаж байгаа нь нотолгоонд суурилсан бодлого боловсруулж хэрэгжүүлэхэд хангалтгүй юм. Иймд системийн судалгаа, эрдэм шинжилгээний ажилд анхаарал хандуулах, салбарын судалгааны ажлын санхүүжилтийг нэмэгдүүлэх, олон улсын хэмжээнд хамтран ажиллах санал, санаачилгыг бүх талаар дэмжих хэрэгтэй байна.

**9. Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн талаарх бодлого, арга хэмжээнд салбар хоорондын оролцоог сайжруулах, салбар хооронд харилцан ярилцаж зөвшилцөлд хүрэх оновчтой механизмыг судалж шинээр бий болгох.** Эрүүл мэндийн санхүүжилттэй холбоотой асуудалд Сангийн яам, Эрүүл мэндийн яам, Нийгмийн хамгаалал, хөдөлмөрийн яам ихээхэн үүрэгтэй хэдий ч эдгээр байгууллагын хооронд нэгдсэн бодлого үгүйлэгдэж байна. Одоогийн байдлаар эдгээр яам тус бүрдээ бодлого боловсруулж өөрсдийн ашиг сонирхолд нийцсэн мэдээлэлд тулгуурласан үйл ажиллагаа явуулж байгаа нь асуудлыг улам түвэгтэй болгож эцсийн дүнд гарч байгаа шийдвэр, тэдгээрийн хэрэгжилт туйлын хангалтгүй байгаа нь нууц бишээ. Иймд салбар хоорондын зөвшилцлийн механизмыг шинээр бүрдүүлэх, энэ ажилд зөвхөн төрийн яамд төдийгүй засгийн газрын бус байгууллага, иргэдийн төлөөллийг өргөнөөр оролцуулж тэдний санал бодлыг сонсох, тэднээр дамжуулж бодлогоо ард түмэнд хүргэх, тэдний дэмжлэгийг авах зэрэг олон чухал асуудлыг нэг мөр шийдэх боломжтой юм.

**10. Улсын болон хувийн хэвшлийн эрүүл мэндийн байгууллагуудын хамтын ажиллагааг сайжруулах, тэдгээрийн үйл ажиллагааг зохицуулах хууль эрх зүйн**

**орчныг оновчтой бүрдүүлэх замаар үйлчилгээний давхардлыг арилгах, улмаар эрүүл мэндийн салбарын зардлын үр ашиггүй өсөлтөөс сэргийлэх.** Монгол улсад хувийн хэвшлийн эрүүл мэндийн байгууллагыг хөгжүүлэх бодлого тодорхойгүй байгаагаас үр ашиг багатай олон жижиг эмнэлгүүд шинээр үүсэж байна. Зөвхөн Улаанбаатар хотод хувийн 600 гаруй хувийн эмнэлэг үйл ажиллагаа явуулж байгаа боловч ихэнхи эмнэлгүүд нь санхүүгийн чадавхи багатайгаас орчин үеийн тоног төхөөрөмж оруулж ирж ажиллуулах боломж хязгаарлагдмал байна. Ихэнх хувийн эмнэлэг гадаадад хэрэглэгээнээс гарсан, ашиглагдаж байсан эмнэлгийн хуучирсан тоног төхөөрөмж импортоор оруулан ирж байна. Энэ хэрээр эрүүл мэндийн салбарын зардал өсөж байгааг бодолцох хэрэгтэй юм. Тухайлбал, улсын хэмжээнд хуучин хэрэглэж байсан 6-7 компьютерын томографын аппарат ажиллаж байгаа нь манай улсын хүн амын тоотой харьцуулбал харьцангуй өндөр үзүүлэлт юм. Иймд Засгийн газар улсын болон хувийн секторын хамтын ажиллагааны талаар бодлогын баримт бичиг боловсруулах шаардлага зүй ёсоор урган гарч байна. Энэ бодлогын хүрээнд гадаад оронд эмнэлгийн тусламж үйлчилгээ авахаар явагсдын тоог бууруулах асуудлыг судалж үзэхийг санал болгож байна. Жишээлбэл, улсын эмнэлгээр үзүүлж чадахгүй байгаа тусламж үйлчилгээг гадаадын хөрөнгө оруулалт, эсвэл Засгийн газар хоорондын хэлэлцээрээр зохицуулан шийдэх боломжтой юм.

- 11. Эрүүл мэндийн салбарын төсөв, санхүүгийн төлөвлөлт, санхүүгийн удирдлагыг бүх шатанд дэс дараатай сайжруулах, боловсронгуй болгох.** Өнөөгийн төсвийн төлөвлөлт үндсэндээ зардлын зүйл дээр суурилж байна. Гэтэл ТБУСТХ төсвийн бүх байгууллагууд урсгал төсвөө бүтээгдэхүүнд суурилан төлөвлөх тухай заасан байна. Эрүүл мэндийн байгууллагуудын хувьд бүтээгдэхүүнийг зөв тодохойлох, түүний өртөгийг тооцох ажил хангалтгүй байгаагаас бүтээгдэхүүнд суурилсан төсөвлөлт нь хэлбэрийн төдий явагдаж байна. Харин

энэ асуудлыг өртөг ойролцоо оношийн бүлэг болон нэг иргэнээр санхүүжих аргатай хослуулах байдлаар шийдэж болох талтай. Гэхдээ дээр нэр дурдсан хуулийн нэг чухал заалт нь Эрүүл мэндийн Төсвийн Ерөнхийлөн захирагчид (ТЕЗ) удирдлага төлөвлөлт, төсвийг захиран зарцуулах эрхийг олгосон явдал юм. Мөн ТЕЗ нь аймаг, нийслэлийн Засаг дарга, 3 дахь шатны эмнэлгийн дарга нартай үр дүнгийн гэрээ байгуулан ажиллаж байна. Гэвч үр дүнгийн гэрээг зөрчсөн тохиолдолд ямар хариуцлага тооцох нь тодорхойгүй байна. Иймд эхний ээлжинд бүтээгдэхүүний ангилалыг оношийн бүлэгтэй уялдуулах өөрөөр хэлбэл бүтээгдэхүүн нь оношийн бүлгийн тодорхой хэсгийн томсогосон хэлбэрээр байж болох юм. Мөн Үр дүнгийн гэрээгээ биелүүсэн тохиолдолд урамшуулал олгодог, биелүүлээгүй тохиолдолд торгууль ногдуулдаг механизмийг хэрэгжүүлэх шаардлагатай. Төсвийн төлөвлөлтийг хийхдээ орон нутгийн байгууллагуудад зориулалтын программ хангамжийг суурилуулж өгөх, бүтээгдэхүүн болон өртөг тооцох арга зүйгээр хангах шаардлагатай.

## **Дүгнэлт**

Монгол Улсын Эдийн Засаг Нийгмийн шилжилтийн хүнд үетэй давхцан Нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоог нэвтрүүлсэн Монгол улсын эрүүл мэндийн санхүүжилтийн шинэ эх үүсвэрийг бүрдүүлэх, зах зээлийн механизмыг нэвтрүүлэх, хүн амын эрүүл мэндийнхээ төлөө хүлээх хариуцлагыг нэмэгдүүлэхэд нэн чухал арга хэмжээ болсон. Эрүүл мэндийн салбарын шинэчлэлийг хийхэд зайлшгүй хэрэгжүүлэх дараахь 5 арга хэмжээг хэрэгжүүлэх шаардлагатай гэж үздэг<sup>19</sup>

### **1. Санхүүжилт**

---

<sup>19</sup> Senior Policy Seminar on Health Sector Reform and Sustainable Financing Asia Pacific region, Kuala Lumpur, 2001

2. Төлбөрийн арга
3. Бүтэц зохион байгуулалт
4. Эрх зүйн
5. Итгэл үнэмшил (Хүн амын)

Энэхүү илтгэлд эхний 3 арга хэмжээний хүрээнд хэрэгжүүлэх асуудлуудад анхаарал төвлөрүүлээ. Сүүлийн жилүүдэд ДНБ эзлэх эрүүл мэндийн зардал 4 хүрэхгүй хувь болсон байна. Эрүүл мэндийн зардалд эзлэх эрүүл мэндийн даатгалын эзлэх хувь буурах хандлагатай болсон. Гэсэн хэдий ч хязгаарлагдмал нөөцөө хэвтэн эмчлүүлэх болон тогтмол зардалд зарцуулж урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээнд 5 хүрэхгүй хувийг зарцуулж байна. Анхан шатны суурь тусламж үзүүлж буй эмнэлгүүдийн боловсон хүчний болон санхүүгийн чадварыг дээшлүүлэх, 2,3 дахь шатлалын эмнэлгүүдийн менежментийг сайжруулах асуудал нэн чухалаар тавигдаж байна. Энэхүү тулгамдаж буй асуудлыг эмнэлгүүдийн бүтцийг оновчтой болгох болон төлбөрийн аргыг боловсронгуй болгох замаар хэрэгжүүлэх боломжтой. Мөн худалдан авагчийг тусгаарлах, түүний чадавхыг сайжруулах асуудал маш чухал. Ингэхдээ эхний ээлжинд эрүүл мэндийн даатгалыг бие даалгах, цаашид шат дараалалтайгаар нэг худалдан авагчийн тогтолцоонд шилжих нь зүйтэй. Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний чанар, үр ашгийг сайжруулахад дээрхи санхүүгийн арга механизмаас гадна санхүүгийн бус арга механизмыг хослуулан хэрэгжүүлснээр үр дүнд хүрэх юм. Тухайлбал Магадлан итгэмжлэх үйл ажиллагааг сайжруулах, лиценжүүлэлт, сургалт, чанарын хяналтын тогтолцоог боловсронгуй болгох гэх мэт. Мөн тэгш байдлыг хангах асуудалд ч анхаарал хандуулах шаардлагатай болжээ. Хүн амын орлогын түвшин, газар нутгийн алслагдмал байдал, шилжих хөдөлгөөнтэй уялдаж хүн бүрт жигд эмнэлгийн тусламж үйлчилгээ хүрэхгүй байна. Иймд Эрүүл мэндийн даатгалыг бүх нийтийн хамралтанд хүргэх, хүн ам, газар нутгийн байрлалаас хамааруулан санхүүжүүлэх төлбөрийн аргыг сайжруулах, нэн шаардлагатай тусламж үйлчилгээг төсвөөс болон

даатгалас санхүүжүүлэх асуудлуудад анхаарал төвлөрүүлэх шаардлагатай.

## References

1. "Health financing revisited" Pablo Gottret, Georg Schieber, The World bank, Washington DC , 2006
2. "Macro economics and health" Jeffrey D, Sachs, Report of the Commission Macro economics and health, 2001
3. "Strategy on health care financing for Countries of the Western Pacific and South-East Asia Regions(2006-2010), WHO, 2005
4. "Senior Policy Seminar on Health sector Reform and Sustainable Financing Asia Pacific Region, Kuala Lumpur, 2001
5. "Social Health Insurance" Selected case Studies from Asia and Pacific, WHO,2005
6. "Policy Choices and Practical Problems in Health Economics" , Catherine A.Overholt, Margaret K.Saunders, The World bank, Washington DC, 1996
7. "An International Assessment of Health Care Financing" Lessons for Developing Countries, David W.Dunlop, Jo M. Martins, The World bank, Washington DC, 1995
8. "Health economics Fundamentals and flow of Funds, Thomas E.Getzen,2004
9. "Handbook of health economics" A.J.Culyer, J.P, Newhouse,2000
10. "Нийгмийн эрүүл мэндийн тулгамдсан асуудлууд" , П. Нямдаваа, 2004
11. "Эрүүл мэндийн эдийн засаг, санхүүгийн холбоотой хууль эрх зүйн актын эмхтгэл" Улаанбаатар, 2005
12. "Төсвийн байгууллагын удирдлага, санхүүжилтийн шинэчлэл" Улаанбаатар, 2003
13. "Эрүүл мэндийн эдийн засгийн үндсэн ойлголтууд" Улаанбаатар, 2005, АХБ болон Макро эдийн засаг ба эрүүл мэнд ТББ
14. "Эдийн засгийн өсөлтийг дэмжиж ядуурлыг бууруулах стратегийн баримт бичиг" Улаанбаатар, 2003 он
15. Approaching health financing policy in the WHO European Region, WHO, 2006
16. "Нийгмийн даатгалын статистикийн эмхтгэл" 2006 он, Улаанбаатар
17. "Бэрх сонголт; Хөгжлийн зоилгоор эрүүл мэндэд хөрөнгө оруулах нь" ДЭМБ
18. "Төсөв бол улс төрийн бодлого мөн" Шарав,2006 он, Улаанбаатар
19. Эрүүл мэндийн мастер төлөвлөгөө, Нэгдсэн баримт бичиг,2004 он