

## Эрүүл мэнд ба эдийн засаг

“Эрүүл мэнд эрхэм баян” гэж манай ард түмэн эрт дээр үеэс ярьж ирсэн билээ.

Хүн өвчилснөөр эмчилгээний зардал, ирээдүйн орлогоо алдах, сэтгэл зүйн тайван байдал алдагдах буюу “өвчин ба шаналал”-д хүрэх зэрэг үнэлж барашгүй хохирол учирдаг. Энэ бүгдийг мэдээж үнэлэхэд хүндрэлтэй. Манай улс эрүүл мэндийн зардлын нэлээд хэсгийг улсын төсвөөс болон эрүүл мэндийн даатгалаас санхүүжүүлж байна. Мөн улсын болон хувийн эмнэлэгийн байгууллагуудын авч буй төлбөртэй үйлчилгээ нэлээд нэмэгдэх хандлагатай байна. Дээр нь манай улсын иргэд гадаадад эмчилгээ, оношлогоо хийлгэхээр гадагш явж буй зардал 18 орчим сая ам дол болж байна. (2012 оны төлбөрийн тэнцлийн мэдээгээр)

Нөгөө талаас шинжлэх ухаан, технологийн дэвшилд тулгуурласан эмчилгээний шинэ технологи, багаж төхөөрөмж, эм урвалж үйлчилгээнд нэвтрэхийн хэрээр эрүүл мэндийн зардал өсөж байгаа нь улс орны түвшинд шийдвэрлэвэл зохих эдийн засгийн нэн чухал асуудал болж байна. Энэхүү өсөн нэмэгдэж байгаа эрүүл мэндийн зардал нь хүн амын санхүүгийн дарамтыг улам бүр нэмэгдүүлэх хандлагатай болж байна.

Нэлээд хүмүүс эрүүл мэндийн салбарыг зах зээлийн горимоор нь хөгжүүлэе. Төлбөртэй үйлчилгээнд шилжих талаар санал дэвшүүлдэг. Мэдээж үүний цаана эрүүл мэндийн байгууллагуудын тусламж, үйлчилгээний чанар хангалтгүй, эмч нарын цалин бага, тоног төхөөрөмжийн хоцрогдол гээд олон асуудлууд байгаа.

Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээг бүрэн төлбөртэй болгосон тохиолдолд хүн амын дундаж орлого бага, ядуурлын түвшин 30 гаруй хувьтай манай орны нөхцөлд хүн амын ихэнх хэсэг эмнэлэгийн тусламж үйлчилгээ авч чадах уу гэдэг асуудал гарна.

Түүнчлэн эрүүл мэндийн эдийн засагчид тахлын дэгдэлт бүхий болон цар тахал хэлбэрийн өвчнүүд нь нийгэм, эдийн засгийн тогтвортой байдлыг алдагдуулна гэж үздэг. Тухайлбал манай орны хувьд Сарс, шувууны ханиад, А/Н/Н1 хүрээний вирусийн өвчлөл нь эдийн засаг, нийгэмд ямар алдагдал учруулж буйг бүрэн тооцоогүй л байна. Монгол улсад сүүлийн жилүүдэд нас баралтын эхний шалтгаанд зүрх судасны өвчлөл, 2-рт

хавдар, 3-рт осол гэмтэл орж байна. Мөн амьсгалын замын өвчлөл, халдварт өвчин зонхилон тохиолдох өвчлөлийн тэргүүн байр эзэлж байна. Гэтэл энэхүү өвчлөл нь эдийн засаг, нийгмийн хөгжил болон хувь хүнд ямар дарамт учруулж байгааг тооцож байх шаардлага зүй ёсоор гарч байна. Ингэснээр эдгээр өвчлөлийг урьдчилан сэргийлэх, түүний үр дүнд эрүүл мэндийн болоод эдийн засгийн хувьд гарах үр ашгийг тооцож, санхүүгийн нөөцийг оновчтой хувиарлах асуудал нэн чухал юм.

Гэтэл ДНБ-нд эзлэх эрүүл мэндийн зардал 2000 онд 4.6 хувь байсан бол 2012 онд 3.2 хувь болж буурсан нь анхаарал хандуулах асуудал болжээ.

*“Макро эдийн засаг ба эрүүл мэнд” илтгэлд* урьдчилан сэргийлж болох өвчний хяналтыг алдсанаар эрүүл аж төрөх амьдралын жилүүд богиносгодог энэ нь нийгэмд эдийн засгийн хувьд ихээхэн алдагдал учруулдаг. Эдийн засагчид аврагдсан Хөдөлмөрийн чадвар алдаагүй амьдралын жилүүд (*DALYs*) гэсэн нэр томъёо буюу дундаж наслалтыг уртасгах ба хөдөлмөрийн чадвар алдалтыг бууруулах ойлголтыг хэрэглэдэг. Судлаачдын 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 гэж дээрхи илтгэлд дурьджээ.

#### *Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн талаар олон улсын хандлага*

Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн асуудал нь хөгжсөн орнууд болон хөгжиж буй орнуудын хувьд нэн тулгамдсан асуудал болж байна

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. Өөрөөр хэлбэл эмнэлэгийн тусламж үйлчилгээг орлогын түвшингээс үл хамааран хүн амд жигд хүргэх зарчмыг ДЭМБ-с улс орнуудад уриалж байна.

Иймээс улс орнууд, олон улсын байгууллагууд 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.

*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 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. 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 эсрдэлээс 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. Албан журмын даатгалын нэг онцлог бол даатгалын шимтгэлийг ажиллагсад, ажил олгогч нар хувааж төлөхөд оршдог 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. 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>12</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

---

<sup>1</sup> ДЭМБ-н Чуулганы WHA 58.33 Тогтооль 2005 он.

<sup>2</sup> Зйин емнед болон номхон далайн бйсийн орнуудын Эрййл мэндийн санхййжилтийн стратеги, 2005

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)
- 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.

#### *Монгол улсын эрүүл мэндийн санхүүжилтийн өнөөгийн байдал, цаашдын хандлага*

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. Өнгөрсөн 18 жилд Монгол улсын эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцоо нь улсын төсөв, эрүүл мэндийн даатгал, хувь хүмүүсийн төлбөр, гадаадын зээл тусламж дээр суурилсан олон эх үүсвэрт эрсдэл хуваалцах механизм хэрэгжиж ирлээ. Гэвч сүүлийн жилүүдэд эрүүл мэндийн санхүүжилтэт эзлэх эрүүл мэндийн даатгалын хувь буурч, хувь хүнээс төлөх төлбөртэй үйлчилгээний хэмжээ нэмэгдэх хандлагатай байгаа нь анхаарал хандуулах асуудал болж байна.

Монгол Улсын эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцоог боловсронгуй болгох чиглэлээр сүүлийн 10 орчим жил олон улсын байгууллагын төсөл, хөтөлбөрүүдийн хүрээнд гадаад дотоодын зөвлөхүүд, ЭМЯ болон холбогдох яамдын албан тушаалын болон мэргэжилийн хүмүүсийн хүрээнд нэлээдгүй санал зөвлөмжүүд боловсрогдож гарсан. Мөн олон улсын байгууллагуудын болон үндэсний түвшинд нэлээд хэдэн удаагийн уулзалт зөвлөлгөөнүүд хийгдсэн. Эдгээр уулзалт, зөвлөлгөөний үр дүнд эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцоог

шинэчилж боловсронгуй болгох хэрэгтэй энэхүү шинэчлэл нь эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний чанар, тэгш байдал, хүртээмжийг боловсронгуй болгоход чиглэгдсэн үр ашигтай санхүүжилтийн тогтолцоо байх чиглэл дээр санал нэгдсэн. Гэхдээ хэрэгжүүлэх арга замын хувьд яамдууд харилцан ялгаатай байр суурьтай байсан нь уг шинэчлэлийг хэрэгжүүлэх ажлыг удаашруулсан. Дараахь 2 чиглэлийг ЭМЯ-ны зүгээс холбогдох яамдуудад санал болгосон боловч нэгдсэн ойлголтод хүрэхгүй байгаагаас нэлээд хэдэн жил өнгөрлөө. Үүнд:

1. Нэг худалдан авагч буюу нэгдмэл худалдан авах тогтолцоо
2. Эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоог бие даалган хөгжүүлэх тогтолцоо

Дээрхи 2 чиглэл нь бодлогын хувьд боломжийн хувилбар юм. Гагцхүү яамдын түвшинд ойлголцож зөвшилцөх, өнөөгийн эрх зүйн орчинг өөрчилөхөд нэлээн хүндрэлтэй хэвээр байна. Үүнд яамдын боловсон хүчнүүд өөрчилөгдөж байгаа гэх мэт олон хүчин зүйл нөлөөлж байгаатай уялдаж асуудал шийдэгдэхгүй удааширсан хэвээр байна. Харин эхний хувилбар буюу нэг худалдан авагчийн тогтолцоог нэвтрүүлэхэд дараахь асуудлуудад анхаарах шаардлагатай. Олон улсын жишигээс харахад нэг худалдан авагчийн тогтолцоо нь дагнаж татвар дээр суурилсан эсвэл эрүүл мэндийн даатгал дээр суурилсан байдлаар хэрэгжиж байна. Тухайлбал 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.

Манай орны хувьд Улсын төсвийн санхүүжилтийг Эрүүл мэндийн даатгалтай нэгтгэх асуудал яригдаж байна. Энэ нь хөл дээрээ дөнгөж тогтож буй Эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоонд сөргөөр нөлөөлж болох талтайг анхаарах хэрэгтэй. Учир нь 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.

Иймд 2 дахь хувилбар буюу Эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоог бие даалгах асуудал нэн чухал юм. Учир нь манай өнөөгийн эрүүл мэндийн даатгалын үйл ажиллагаа сонгодог утгаараа бүрэн хэрэгжихгүй байгаагаас зарим хүмүүс хувийн эрүүл мэндийн даатгал руу шилжих асуудлыг ч хөндөж байна. Иймд бие даасан Нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоо нь нэг талаас даатгалтай иргэдээ хамгаалдаг нөгөө талаас эмнэлэгийн тусламж

үйлчилгээний чанарыг хянаж санхүүжилт хийдэг механизмыг олон улсын жишгийн дагуу бүрдүүлэх шаардлагатай. Түүнчлэн өнөөгийн хэрэгжүүлж буй 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 бүлгийн хүн амын даатгалын хураамжийг төр хариуцаж буй зарчмыг үргэлжлүүлэн хэрэгжүүлэх асуудал хүн амын амьжиргааны түвшин доогуур манай орны хувьд нэн чухал юм.

Сүүлийн үед Эрүүл мэндийн даатгалыг бие даалгах асуудал нэлээд нааштайгаар яригдаж байгаа нь нэн чухал алхам юм. Гэхдээ Эрүүл мэндийн даатгалын байгууллага бие даасан ч дунд хугацаанд Улсын төсвийн санхүүжилт давамгайлсан хэвээр л байна. Иймд Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн 70.0 гаруй хувийг эзэлж буй улсын төсвийн санхүүжилтийн хүрээнд худалдан авах чадварыг нэмэгдүүлэх асуудлыг анхаарах шаардлагатай. Энэхүү төр даах тусламж, үйлчилгээний чанарын хяналтыг сайжруулсан, үйлчлүүлэгчийн эрх ашгийг хамгаалсан худалдан авагчийн тогтолцоог нэвтрүүлж болох юм.

1. Хүн амын мэдээллийн санг Иргэний бүртгэл мэдээллийн төв болон холбогдох байгууллагуудтай хамтарч байгуулах. Мэдээллийн сан дээрээ суурилан иргэдийн эмнэлгийн карттай болгох (цахим эсвэл энгийнч байж болно). Энэхүү картаар Төр даах тусламж үйлчилгээнд иргэд хамрагддаг нөгөө талаас энэхүү үйлчилгээн дээр суурилан эмнэлгүүд санхүүжилтээ авдаг тогтолцоог бүрдүүлэх
2. ЭМЯ-ны харьяа Эрүүл мэндийн газар дээр суурилан Худалдан авагчийн тогтолцоог бүрдүүлэх. Өнөөгийн үйл ажиллагаа явуулж буй ЭМГ-н нэлээд үүрэг, функц нь худалдан авах үйл ажиллагаа явуулах боломжтойг харуулж байна. Гэхдээ энэхүү тогтолцоог нэвтрүүлэхэд эмнэлэг хоорондын болон хүн амын мэдээллийн сүлжээг маш сайн бүрдүүлж чадвал амжилттай хэрэгжих боломжтой.
3. Энэхүү тогтолцоотой уялдуулан төлбөрийн аргыг дагнасан болон хоршсон хэлбэрээр оновчтой болгох

Энэ нь дунд хугацаанд эрүүл мэндийн даатгалын бие даасан тогтолцоо, улсын төсвийн санхүүжилтийн хоршсон тогтолцоог тус тусд нь боловсронгуй болгох замаар шинэчлэлийг хийх, урт хугацааны зорилтын хүрээнд эрүүл мэндийн даатгал давамгайлсан тогтолцоог руу явах нь зүйтэй

Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн шинэчлэлийг хийхдээ дараахь хүчин зүйлийг анхаарах шаардлагатай.



1. Эрүүл мэндийн салбарын шинэчлэлийг цогц байдлаар дараахь таван чиглэлд хийх
  - a. Санхүүжилтийн тогтолцоог шинэчлэх
  - b. Төлбөрийн аргыг боловсронгуй болгох
  - c. Бүтэц зохион байгуулалтыг оновчтой болгох
  - d. Эрх зүйн орчинг шинэчлэх
  - e. Итгэл үнэмшлийг (Хүн амын) бий болгох
2. Дээрхи шинэчлэлийг хийх чиглэлд эрүүл мэндийн салбар болон бусад салбаруудын түвшинд нэгдсэн ойлголттой болох
3. Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн шинэчлэлийг хийхдээ Эдийн засаг, санхүүгийн суурь хуулиуд болох Улсын төсвийн тухай хууль, Төсвийн байгууллагын Удирдлага санхүүжилтийн хууль, Нийгмийн даатгалын хууль зэрэг хуулиудын өөрчилөлтэй уялдуулах, ялангуяа төсвийн зарлагын шинэчлэлтэй уялдуулж хийх асуудал маш чухал юм.
4. Энэхүү бодлогын шинэчлэл нь нотолгоонд суурилсан байх шаардлагатай. Ялангуяа олон улсын стандарт аргачлалд суурилсан Эрүүл мэндийн Үндэсний тооцоог монгол улсад нэвтрүүлэх, энэхүү мэдээлэл дээр суурилан судалгаа шинжилгээ хийж бодлогын хувилбаруудыг гаргах шаардлагатай.

Эрүүл мэндийн салбарын үндсэн зорилго нь эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг хүн амд чанартай, тэгш, хүртээмжтэй хүргэх асуудал билээ. Иймд энэхүү зорилтыг хангахад дэмжлэг үзүүлэх үр ашигтай санхүүжилтийн тогтолцоог бүрдүүлэх асуудал чухал болж байна. Мэдээж аль ч улс орны хувьд эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцоо нь нь төгс болсон орон байхгүй бөгөөд хэрэгжүүлж байгаа арга механизм нь давуу бөгөөд сул талтай. Гагцхүү Монгол улсынхаа өнөөгийн онцлогт тохирсон санхүүжилтийн тогтолцоог бүрдүүлэхэд анхаарах хэрэгтэй. ДЭМБ-н тэмдэглэсэнээр “эрүүл мэндийн санхүүжилт бол урсгал зардал

биш хүн амын эрүүл мэндэд оруулж буй хөрөнгө оруулалт” гэдэг өнцөгөөс харан эрүүл мэндийн санхүүжилтийн шинэчлэл хийхийг уриалж байна.

2012 оны 5-р сарын 10