Өрхийг санхүүгийн сүйрэлд оруулах эрүүл мэндийн үйлчилгээний төлбөр, улсын төсвөөс эрүүл мэндэд зарцуулах зардлын хүртээмжийн дүн шинжилгээ

Ц. Цолмонгэрэл

Н.Оюунгэрэл

И.Энхбаатар

2015

Агуулга

Товчилсон үгс 5
Оршил 6
Эрүүл мэндийн салбарын тойм 7
Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ, засаглал 7
Хүний нөөц 8
Эрүүл мэндийн санхүүжилт 9
Эм 11
Мэдээллийн тогтолцоо 12
Өрхийн нийгэм эдийн засгийн судалгаа 12
Мэдээллийн хамрах хугацаа 13
Үндсэн хувьсагчдыг тооцох 14
Дүн шинжилгээний үр дүн 19
Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хэрэглээ 19
Хувь хүний төлөх эрүүл мэндийн үйлчилгээний төлбөр 24
Санхүүгийн сүйрэлд оруулах эрүүл мэндийн зардал болон ядуурлын үр нөлөө 29
Улсын төсвөөс эрүүл мэндэд зарцуулах зардлын хүртээмжийн шинжилгээ 34
Хэлцэл 41
Бодлогын зөвлөмж 44
Үндэсний түвшинд хэрэгжүүлэх арга хэмжээ 45
Худалдан авагчийн түвшинд хэрэгжүүлэх зөвлөмж 47
Ном зүй 51

Хүснэгт 1: Эрүүл мэндийн санхүүжилтын эх үүсвэр, нийт зардлын хувь, 2000-2012 9
Хүснэгт 2: Үндсэн хувьсагчийн хамрах хугацаа 13
Хүснэгт 3: Хувь хүний төлсан эрүүл мэндийн төлбөрийг тооцох хувьсагчид.....17
Хүснэгт 4: Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хэрэглээг тооцох хувьсагч.....18
Хүснэгт 5: Улсын төсвөөс эрүүл мэндэд зарцуулах зардлын хүртээмж тооцох хувьсагч 18
Хүснэгт 6: Амбулаторийн тусламж үйлчилгээний хэрэглээний хувь, газар зүйн бүс нутгаар, 2009-2012.....21
Хүснэгт 7: Хэвтүүлэн эмчлэх тусламж үйлчилгээний хэрэглээний тархалтын хувь, бүс нутгаар, 2009-2012.....22
Хүснэгт 8: Амбулаторийн тусламж үйлчилгээ авсан байдал ба эрүүл мэндийн хэрэгцээ илэрхийлэх зан үйл, хүн амын орлогын бүлгээр, 2010-2012 23
Хүснэгт 9: Амбулаторийн тусламж үйлчилгээ авсан байдал ба эрүүл мэндийн хэрэгцээ илэрхийлэх зан үйл бүс нутгаар, 2010-2012.....23
Хүснэгт 10: Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хэрэгцээ ба өөрөө эм худалдан авч хэрэглэх байдал 24
Хүснэгт 11: Хувь хүний төлөх эрүүл мэндийн үйлчилгээний төлбөр, (2009 оныг суурь) 25
Хүснэгт 12: Хувь хүний төлөх эрүүл мэндийн үйлчилгээний төлбөрийн хэмжээ газар зүйн бүс нутгаар, (2009 суурь он).....25
Хүснэгт 13: Өрхийн нийт зардал болон төлбөрийн чадварт эрүүл мэндийн үйлчилгээний төлбөрийн эзлэх хувь, бүс нутгаар 27
Хүснэгт 14: Эрүүл мэндийн зардлын бүтэц газар нутгийн бүсээр, 2010-2012.....29
Хүснэгт 15: Ядуурсан өрхийн тархалт орлогын бүлгээр 31
Хүснэгт 16: Сүйрэлд оруулахуйц эрүүл мэндийн зардал зүйл ангиар болон орлогын бүлгээр, 2010-2012.....32
Хүснэгт 17: Сүйрэлд оруулахуйц эрүүл мэндийн зардал зүйл ангиар болон газар зүйн бүс нутгаар, 2010-2012 32
Хүснэгт 18: Өрхийн эрүүл мэндийн зардлаас шалтгаалсан ядуурал зардлын зүйл ангиар болон орлогын бүлгээр, 2010-2012 33
Хүснэгт 19: Сүйрэлд оруулахуйц эрүүл мэндийн зардал төлөхөд нөлөөлөх хүчин зүйлс.....34
Хүснэгт 20: Улсын төсвөөс эрүүл мэндэд зарцуулах зардал эрүүл мэндийн байгууллагын шатлал болон хүн амын орлогын бүлгээр, 2012.....38
Хүснэгт 21: Нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн улсын төсвийн дундаж зардал тусламж үйлчилгээний төрлөөр, 2012.....39
Хүснэгт 22: Нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн улсын төсвийн дундаж зардал тусламж үйлчилгээний төрөл хүн амын орлогын бүлгээр, 2012.....40

Зураг 1: Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хэрэгцээ ба амбулаторийн ыолон хэвтэн эмчлүүлэх тусламж үйлчилгээний хэрэглээний хувь, 2009-2012 19
Зураг 2: Амбулаторийн тусламж үйлчилгээний хэрэглээний хувь хүн амын орлогын бүлгээр, 2009-2012.....20

Зураг 3: Амбулаторийн тусламж үйлчилгээний хэрэглээ хүн амын орлогын хамгийн доод болон дээд бүлгээр болон эрүүл мэндийн байгууллагаар, 2010-2012.....21
Зураг 5: Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ авахгүй байх шалтгаан.....24
Зураг 6: Хувь хүний төлөх эрүүл мэндийн төлбөрийн өрхийн нийт зардалд эзлэх хувь, орлогын бүлгээр 26
Зураг 7: Өрхийн нийт төлбөрийн чадварт эрүүл мэндийн үйлчилгээний эзлэх хувь, орлогын бүлгээр, 2009-2012 26
Зураг 8: Эрүүл мэндийн зардлын бүтэц.....28
Зураг 9: Эрүүл мэндийн зардлын бүтэц орлогын бүлгээр, 2010-2012.....28
Зураг 10: Сүйрэлд орохуйц эрүүл мэндийн зардал төлсөн өрхийн тархалт 30
Зураг 11: Сүйрэлд оруулахуйц эрүүл мэндийн зардал төлсөн өрхийн газар зүйн тархалт 30
Зураг 12: Эрүүл мэндийн зардлаас үүдэлтэй ядуурсан өрхийн газар зүйн тархалт 31
Зураг 13: Сүйрэлд оруулахуйц эрүүл мэндийн зардал зүйл ангиар.....32
Зураг 14: Өрхийн эрүүл мэндийн зардлаас шалтгаалсан ядуурал 33
Зураг 15: Улсын төсвөөс эрүүл мэндэд зарцуулах зардал хүн амын орлогын бүлгээр, 2012.....35
Зураг 16: Улсын төсвөөс эрүүл мэндэд зарцуулах зардал хөдөө хотод, 2012 36
Зураг 17: Эрүүл мэндийн улсын төсвийн зардал хот хөдөөд орлогын бүлгээр, 2012 36
Зураг 18: Улсын төсвөөс эрүүл мэндэд зарцуулах зардал газар зүйн бүс нутгаар, 2012 37
Зураг 19: Улсын төсвийн эрүүл мэндийн зардал хүйсээр, 2012 37
Зураг 20: Улсын төсвийн эрүүл мэндийн зардал хүйсээр болон орлогын бүлгээр, 2012 38
Зураг 19: Улсын төсвөөс эрүүл мэндэд зарцуулах зардал тусламж үйлчилгээний төрөл болон орлогын бүлгээр, 2012.....39
Зураг 22: Эрүүл мэндэд зарцуулах улсын төсвийн татаасын Лоренцын муруй, 2012 40
Зураг 23: Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хэрэгцээ ба улсын төсвийн эрүүл мэндийн зардал, 2012.....41

Товчилсон үгс

АХБ	Азийн Хөгжлийн Банк
ДБ	Дэлхийн Банк
ДЭМБ	Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллага
МХХТ	Мэдээлэл Харилцаа Холбооны Технологи
ӨНЭЗС	Өрхийн Нийгэм Эдийн Засгийн Судалгаа
ӨООБ	Өртөг Ойролцоо Оношийн Бүлэг
ӨЭМТ	Өрхийн эрүүл мэндийн төв
ТАШН	Түүврийн анхан шатны нэгж
ҮСХ	Үндэсний Статистикийн Хороо
ЭМД	Эрүүл мэндийн даатгал
ЭМНЗ	Эрүүл мэндийн нийт зардал
ЭМУМТ	Эрүүл мэндийн удирдлага мэдээллийн тогтолцоо
ЭМЯ	Эрүүл мэндийн яам

Оршил

Монгол улсад иргэдийн төлөх эрүүл мэндийн үйлчилгээний төлбөрийн хэмжээ нэмэгдсээр байгаа нь Засгийн газар, иргэд болон олон улсын байгуулалага түүний дотор Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллагын хувьд тулгамдсан асуудал болоод байна. Эрүүл мэндийн үйлчилгээний шууд төлбөрийн хэмжээ 2000 онд эрүүл мэндийн нийт зардлын 12% байснаа 2012 онд 35% болж хурдацтай өсчээ. Эрүүл мэндийн үйлчилгээний шууд төлбөр өндөр байх нь дараах үр дагаврыг бий болгодог. Үүнд төлбөр төлсөнөөр иргэдийн амьжиргааны түвшинд нөлөөлж санхүүгийн сүйрэлд оруулах цаашилбал ядуурах шалтгаан болох. Нөгөө талаар эмчийн үзлэг, эм болон оношлогоо шинжилгээ зэрэг эрүүл мэндийн үйлчилгээний төлбөрийн улмаас иргэд тусламж үйлчилгээг хүртэж чадахгүй болох сөрөг үр дагавартай. Ийнхүү өвчин эмгэгийн орлогын болон ерөнхий амьжиргаанд нөлөөлөх сөрөг үр дагаврын улмаас ядуу өрхүүд ядуурал руу улам шигдэх явдал түгээмэл байна. [1] Уг тулгамдсан асуудлыг шийдвэрлэх зорилгоор эрүүл мэндийн санхүүжилтийн 2010-2015 стратегийг баталсан бөгөөд хэрэгжилт болон хяналт шинжилгээний хувьд төдийлөн үр дүнтэй болоогүй байна. Үүнд нөлөөлж буй хүчин зүйлсэд энэ чиглэлээрх нотолгоо судалгаа, мөн бодлого боловсруулагчдын ойлголт хангалтгүй байгаа зэрэг болно.

Эрүүл мэндийн яамнаас Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллагатай хамтран Монгол улсад өрхийг санхүүгийн сүйрэлд оруулахуйц эрүүл мэндийн үйлчилгээний төлбөрийн байдлыг Өрхийн нийгэм эдийн засгийн судалгааг ашиглан дүн шинжилгээ хийх ажлыг 2009 онд эхлүүлсэн билээ. Дүн шинжилгээний үр дүнгээр бодлого боловсруулагчид болон хамтрагчдыг тэгш байдалд анхаарал хандуулсан бодлого боловсруулж хэрэгжүүлэх мэдээлэл бий болж цаашилбал нь хүн амын эрүүл мэнддээ төлөх шууд төлбөрийг бууруулах асуудлыг Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуулийн нэг томоохон зорилт болгоход чиглүүлж чадсан.

Санхүүгийн сүйрэлд орохгүйгээр эрүүл мэндийн үйлчилгээг хүртэх, иргэд түүний дотор ядуу эмзэг бүлгийнхэний эрүүл мэндийн үйчилгээний төлбөрийн дарамтыг бууруулах талаарх эрүүл мэндийн салбарын зорилгын хэрэгжилтийг хангахад санхүүгийн сүйрэлд оруулахуйц эрүүл мэндийн үйлчилгээний төлбөр болон улсын төсвийг хэн хүртэж байгаа байдалд дүн шинжилгээ хийж нотолгоо бий болгох ажлыг цаашид үргэлжлүүлж нь чухал ач холбогдолтой. Иймд 2010, 2011, 2012 оны Өрхийн нийгэм эдийн засгийн судалгааны тоо мэдээнд дүн шинжилгээ хийж эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хэрэглээ, өрхийг санхүүгийн сүйрэлд оруулах эрүүл мэндийн зардал, улсын төсвийн санхүүжилтийн тэгш байдлын дүр зургийг уг тайлангаар гаргав.

Түүнчлэн цаг хугацааны харьцуулалтын зорилгоор ӨНЭЗ-ийн 2009 оны судалгааны үр дүнг ашиглалаа.

[1] Санхүүгийн сүйрэлд оруулахуйц Эрүүл мэндийн зардлыг бууруулах зорилгоор эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцоог боловёруулах нь, Бодлого боловсруулагчдад зориулсан тойм #2, WHO. 2005

Дүн шинжилгээ хийхдээ 2005 онд ДЭМБ-ын “Эрүүл мэндийн төлбөр болон сүйрэлд оруулахуйц зардлын тархалт” сэдэвт өгүүлэлд нийтлэгдсэн аргачлалыг удирдлага болгов. Улсын төсвийн зардлын хүртээмжийн шинжилгээг хийхдээ Дэлхийн Банкнаас 2008 гаргасан “Өрхийн судалгааны тоо мэдээ ашиглан эрүүл мэндийн тэгш байдалд дүн шинжилгээ хийх” аргачлалд суурилан EQUITAP-аас боловсруулсан удирдамжийг ашигласан болно[2].

Уг илтгэл нь 1) эрүүл мэндийн салбарын сүүлийн арван жилийн тойм, 2) судалгааны арга зүй, тоо мэдээлэл, үндсэн хувьсагчид, 3) дүн шинжилгээнээс гарсан үр дүн болон 4) хэлцэмж, бодлогын зөвлөмж хэсгүүдээс бүрдэнэ.

Эрүүл мэндийн салбарын тойм

Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ, засаглал

Монгол улсын эрүүл мэндийн тогтолцоо нь засаг захиргааны хамгийн доодох түвшинд хүрч эрүүл мэндийн анхан шатны тусламж үйчилгээг орон даяар хүргэхээр зохион байгуулагдсан бөгөөд томоохон эмнэлэгүүд нь хот суурингуудад, өсөн өргөжиж буй хувийн хэвшлийн эрүүл мэндийн байгууллагууд нь ихэвчлэн аймгийн төвүүд болон нийслэлд үй ажиллагаа явуулж байна.

Эрүүл мэндийн тогтолцооны шинэчлэлийн сүүлийн арван таван жилийн дүр зургийг авч үзвэл анхан шатны тусламж үйлчилгээ үзүүлэгчдийг бэхжүүлэн хөгжүүлэхэд түлхүү анхаарлыг хандуулсаныг харж болно. 1990-ээд оны сүүлээр Засгийн газраас өмнөх тогтолцооны өрхийн эмчийн загварт суурилан хувийн хэвшлийн өрхийн эмнэлгүүдийг бий болгосон. Хөдөө орон нутагт байрлах сумын эмнэлгүүдийг бүтэц зохион байгуулалтын хувьд өөрчлөн алслалт, хэмжээнээс нь хамааруулан гурван зэрэглэлтэй болгосон. Анхан шатны эрүүл мэндийн байгууллагуудыг хөгжүүлэх бодлогын баримт бичгүүд, үндэсний стандарт болон холбогдох хуулийг 2003 болон 2013 онуудад шинэчлэн баталсан. 2013 онд батлагдсан стандарт болон хуулиар эрүүл мэндийн эдгээр байгууллагын үйл ажиллагааг эмчлэн анагаахаас урьдчилан сэргийлэхрүү хандуулахад чиглэсэн.

Төр хувийн хэвшлийн түншлэлийн асуудал 2000 оноос нэлээд хүчтэй яригдаж Засгийн газраас зарим төрийн өмчийн эмнэлгийг удирдлагын гэрээгээр ажиллуулж эмнэлгийг оновчтой болгох ажлыг эхлүүлсэн ч энэ арга хэмжээний дүнд нэлээд хэдэн улсын эрүүл мэндийн байгууллагууд хувийн хэвшилд шилжсэн. Эдгээр арга хэмжээ үйлчлүүлэгчдийн тусламж үйлчилгээний чанар, хүртээмжид төдийлөн сайнаар нөлөөлөөгүйг үнэлгээний дүн харуулсан болно. Эрүүл мэндийн яамнаас 2011 онд Төр хувийн хэвшлийн түншлэлийн бодлогын баталж эрүүл мэндэд зөвхөн хувийн хэвшил оролцох бус эрүүл мэндийн үйлчилгээ, эрүүл мэндийг дэмжих чиг үүрэгт төрийн бус байгууллагыг оролцуулах эрх зүйн үндсийг тодорхойлсон.

[2]О’Доннель, О., Ван Дүүрслаер., ба бусад, *Өрхийн судалганы тоо мэдээлэл ашиглан эрүүл мэндийн тагш байдалд дүн шинжилгээ хийх нь*: Арга зүй ба хэрэгжилтийн заавар. The Дэлхийн Банк, 2007. ISBN-13: 978-0-8213-6933-3

2010, 2011 онууд хүртэл Монгол улс эмнэлгийг хөгжүүлэх, технологийг шинэчлэх чиглэлээр төдийлөн дорвитой шинэчлэлийг хийгээгүй. Ихэнх эмнэлгийн байшин барилга, технологи муудаж тусламж үйлчилгээг аюулгүй эрсдэлгүй орчинд хүргэх орчин үеийн шаардлагыг хангахгүй болсон. Улаанбаатар хотын дүүргийн эмнэлгүүд дотор, мэдрэл гэх мэтээр хэдхэн төрлийн тусламж үйлчилгээг үзүүлж байв. Шинэчлэн найруулсан Эрүүл мэндийн тухай хуулиар (2011) дүүргийн эрүүл мэндийн нэгдэл, эмнэлгийг бүтэц зохион байгуулалтын хувьд нэгдсэн эмнэлэг, нийгмийн эрүүл мэндийн төвүүд болгосон юм. Түүнчлэн нэгдсэн эмнэлэг бүр дотор, хүүхэд, мэс засал, төрөх, эмэгтэйчүүд, мэдрэл, халдварт өвчин, шүд гэсэн үндсэн 7 мэргэжлээр тусламж үйлчилгээ үзүүлэхээр хуульчилсан.

Нөгөө талаар Эрүүл мэндийн тухай хуулиар эмнэлгийн засаглалыг төв эмнэлэг, тусгай мэргэжлийн төвүүд, бүсийн оношлогоо эмчилгээний төвүүдэд удирдах зөвлөлийг байгуулж эмнэлгийн удирдлага, шийдвэр гаргалтад хараат бус байдлыг нэвтрүүлэхийг зорьсон. Гэвч Эрүүл мэндийн тухай хуулийн хэрэгжилт хангалтгүй бөгөөд төрийн санхүү зэрэг бусад хуулиар хязгаарлагдаж үндэсний болон орон нутгийн түвшинд чадавх хангалтгүй зэрэг хүчин зүйлс нөлөөлсөн.

Түүнчлэн 2014 онд Эрүүл мэндийн яам эмнэлэг хөгжүүлэх стратегийг баталж улсын эмнэлгүүдийг газар зүйн хувьд сүлжээ хэлбэрээр зохион байгуулж нэгдсэн эмнэлгүүд олон мэргэжлийн тусламж үйлчигээг үзүүлж хувийн хэвшлийн байгууллага болон рашаан сувилал зэрэг нийслэлийн бусад байгууллагатай хамтран ажиллахаар бодлогын зохицуулалт хийсэн. Уг бодлогоор өндөр технологи ур чадвар шаардсан тусламж үйлчилгээг гурав дах шатлалд төвлөрүүлж хоёр дахь шатлалын эмнэлгүүд ерөний мэргэжлийн тусламж үйлчилгээг хүн амд хүргэхийг зорьсон болно.

Хүний нөөц

1000 хүн амд ногдох эмчийн тоо 1990 оноос хойш тогтмол байгаа ч сувилагч болон эмнэлгийн дунд мэргэжилтнүүдийн тоо нэлээд хэмжээгээр буурчээ. Сувилагчдын тоог нэмэгдүүлэхийн тулд Эрүүл мэндийн яамнаас Ерөнхий сайдаар ахлуулсан Эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцийн салбар дундын хороог байгуулж ажлын нөхцлийн сайжруулах санаачлагыг хэрэгжүүлэх, алслагдсан бүс нутагт ажиллаж буй эрүүл мэндийн ажилтны урамшууллын багц, эрүүл мэндийн ажилтны орон сууцны хөтөлбөр хэрэгжүүлэх, салбарын ажиллагсадын цалинг нэмэгдүүлэх зэрэг арга хэмжээг хэрэгжүүлсэн. Гэвч эмч сувилагчийн харьцаа 2012 оны байдлаар гэхэд 1:1.13 байна.

Улаанбаатарт 1000 хүн амд ногдох эмчийн тоо хөдөөнийхөөс илүү бөгөөд тэд хоёр гуравдах шатлалын эмнэлгүүдэд төрөлжсөн мэргэжлийн тусламж үйлчилгээг үзүүлж байна. Сумын эрүүл мэндийн төвтэй харьцуулахад Улаанбаатарт анхан шатны түвшинд ажиллах нийт эмч нарын тал хувь ажиллаж байна. Нөгөө талаар аймгуудын эмч нарын тоотой харьцуулахад Улаанбаатарын хоёрдах шатлалын эмнэлгүүдэд харьцангуй олон эмч ажиллаж байна.

Төрийн өмчийн эмнэлгийн эмч, сувилагч, эмнэлгийн дунд мэргэжилтнүүд нь төрийн үйлчилгээний албан хаагч нар бөгөөд сүлжээний дагуу ажилласан жил, зэргээс хамааран цалинждаг. Эмнэлгийн бус ажилтнуудын дийлэнх нь тухайлбал цэвэрлэгч болон засвар үйлчилгээний ажиллагсад нь гэрээт ажилтнууд бөгөөд 2005 оноос хойш төрийн албан хаагч биш болсон. Сүүлийн жилүүдэд хэрэгжүүлсэн төрийн албаныхны цалинг нэмэгдүүлэх арга хэмжээний хүрээнд тэдний цалин хувийн хэвшилд ажиллагсдынхаас өссөн (Дэлхийн Банк 2009). Гэсэн ч эрүүл мэндийн салбарын ажиллагсадын цалин доогуур бөгөөд ажиллах нөхцөл төдийлөн сайжрахгүй байсаар байна.

Эрүүл мэндийн санхүүжилт

Монгол улсын эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилт 2000 оноос эхлэн улсын зардлын эх үүсвэрт суурилсан тогтолцооноос хувь хүний төлөх төлбөр өсөн нэмэгдэх нөхцөл байдал руу шилжсэн. ДЭМБ-ын тайлангаас үзэхэд Эрүүл мэндийн нийт зардалд эзлэх хувь хүний төлөх төлбөрийн хэмжээ 2000 онд 12.1%-иас 2012 онд 35% болж нэмэгджээ. Иймэрхүү дүр зураг нь Монгол улс шиг нийгмийн эрх тэгш байдлын үнэ цэнэ болгосон бөгөөд улсын санхүүжилтын тогтолцоотой улсын хувьд хүсүүштэй бус үзүүлэлт юм.

Сүүлийн арваад жил нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардал нэмэгдэж үүнд улсын зардал 2005 онд нэг хүнд 40597 төгрөгөөс 2012 онд 197778 төгрөгт хүрсэн. Гэхдээ уг өсөлт Дотоодын нийт бүтээгдэхүүний өсөлтийг гүйцээгүй. Улсын нэгдсэн төсөвт эзлэх эрүүл мэндийн зардал 2005 онд 13% байсан бол 2012 онд 9%-ийг эзэлж байна. ДНБ-д эзлэх эрүүл мэндийн улсын зардал сүүлийн арваад жилд 3.7% орчим байна.

Хүснэгт 1: Эрүүл мэндийн санхүүжилтын эх үүсвэр, нийт зардлын хувь, 2000-2012

Орлогын эх үүсвэр	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Улсын төсөв	62	58	50	43	44	44	46	50	49	46	47	50	49
ЭМД	20	27	29	12	12	12	12	10	13	14	15	14	13
Хувь хүний төлбөр	12	10	17	42	41	41	39	38	35	37	35	34	35
Бусад төлбөр	6	5	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

Эх сурвалж: ДЭМБ (2015). *Эрүүл мэндийн үндэсний тооцоо*, (http://www.who.int/nha/en/)

Эрүүл мэндийн даатгалын хүн амын хамралт 1998 онд 95.3% байснаа малчид оюутнуудыг төр даах бүлгээс гаргаснаар 2010 онд 82.6% хувь болсон. 2011 онд улс төрийн намын сонгуулийн амлалтыг биелүүлэх үүднээс Хүний хөгжлийн сангаас даатгуулаагүй иргэдийн шимтгэлийг төлсөнөөр даатгалын хүн амын хамралт

98.6%-д хүрсэн. Гэвч уг үзүүлэлт 2012 онд 90.4% хүрч буурсан нь оюутан өөрсдийн шимтгэлээ хариуцан даатгуулах болсонтой холбоотой.

ЭМД-ын шимтгэлийн хувь хэмжээ ажилтаны хувьд цалингийн орлогын 6% байсан бол 2008 оноос ажил олгогчийн нийгмийн даатгалын дарамтыг бууруулах зорилгоор цалингийн 4% хүргэж бууруулсан. Төрөөс даах иргэдийн бүлэг, малчин, оюутан, хувиараа хөдөлмөр эрхлэгчид тогтмол хэмжээгээр тогтоосон шимтгэл төлдөг. 2008 оноос хувиараа хөдөлмөр эрхлэгч иргэд өмнө нь төлж байсан сарын 800 төгрөг буюу 0.7 ам доллараас өөрсдийн тайлагнасан сарын орлогын 1%-тай тэнцэх хэмжээний даатгалын шимтгэл төлөх болсон.

ЭМД-ын сангийн орлогын дийлэнхийг албан салбарт ажиллагсадын төлөх шимтгэл орлогоос бүрдүүлдэг бөгөөд 2000 онд нийт орлогын 66.3% байснаас 2013 оны байдлаал 88% болсон. Түүнчлэн улсын төсвөөс төлөх төр даах иргэдийн шимтгэл 2000 онд нийт орлогын 27.4% эзэлж байсан бол 2013 онд 6.6% болж буурчээ. Энэ бүлэг иргэдийн шимтгэлийн орлогод жилийн 4-5 ам доллар буюу хэт бага хэмжээний дүнгийн татаасыг улсын төсвөөс төлж байна.

ЭМД-д хэвтүүлэн эмчлэх үйлчилгээг түлхүү хамруулдаг бөгөөд 2006 онд оношлогоо, амбулаторын үзлэг, өдрийн эмчилгээг оруулж тусламж үйлчилгээний багцыг өргөжүүлсэн. Нөгөө талаар улсын төсвөөс анхан шатны тусламж үйлчилгээ, төрөх, хүүхдийн тусламж, халдварт өвчин, хавдар болон сэтгэцийн тусламжийг санхүүжүүлдэг. Тусламж үйлчилгээний багцыг ийнхүү улсын төсөв эрүүл мэндийн даатгалаар салгасан нь эрүүл мэндийн байгууллагын төлбөрийн аргыг мөн хуваагдмал болгож байна.

2007 оноос эхлэн эмнэлгүүдийг өртөг ойролцоо оношийн 115 бүлгээр санхүүжүүлэх болсон. Гэхдээ амьдрал дээр эмнэлгүүдийг өнгөрсөн жилийн гүйцэтгэлд суурилан тодорхой хувиар тодруулга хийж дүнг 115 бүлэгт хуваарилан улсын төсөв болон эрүүл мэндийн даатгалын санхүүжилтын хэмжээг тодорхойлно. Улсын төсвийн санхүүжилт эрүүл мэндийн байгууллагуудад эдийн засгийн зардлын зүйл ангиар олгогддог.

Өрхийн эрүүл мэндийн төвүүдийг 2000 оноос эхлэн нэг иргэрээр тооцсон хэмжээгээр санхүүжүүлж байна. Энэхүү аргыг үүнээс хойш үйлчлэх хүрээний хүн амын тоо, эрүүл мэндийн эрсдэлийг тодорхойлох, эрүүл мэндийн байгууллагын үйл ажиллагаа явуулах хувийн нөхцөл байдал зэрэг хүчин зүйлсийн үүднээс өөрчлөгдөн сайжруулсан болно. Өрхийн эрүүл мэндийн төвийн нэг иргэнээр тооцсон төлбөрийн арга нь эхний үед үйлчлүүлэгчийн 10 төрлөөр ангилан нас болон хүйс мөн ядуу ба ядуу бус гэсэн эрсдэлийн ангиллаар тодорхойлж томьёолсон байв. 2006 онд ядуурлыг тодорхойлох үзүүлэлтийг хэрэгжүүлэхэд хүндрэлтэй байсан тул 2007 оноос оршин сууж буй газраар буюу гэр болон орон сууц гэсэн нийгэм эдийн засгийн үзүүлэлтээр орлуулах болсон. Цаашлаад 2008 болон 2010 оны 12 сард өөрчлөлт оруулсан. 2012 оны байдлаар өрхийн эрүүл мэндийн эрсдэлд суурилсан нэг иргэнээр тооцсон аргачлалын дагуу нэг хүнд 7 ам

долларыг гэр хороололд, 6 ам долларыг байшин хорооллын нэг иргэнд тооцсон төлбөрийн аргыг хэрэгжүүлж байна.

Монгол улсад эрүүл мэндийн үйлчилгээнд үйлчлүүлэгчийн төлөх төлбөрийг нэлээд хугацаанд зохицуулалгүй орхигдуулж иржээ. Гэвч 2006 онд Эрүүл мэндийн яамнаас төлбөртэй үйлчилгээний жагсаалтыг баталсан бөгөөд эрүүл мэндийн байгууллагууд яамтай зөвлөлдөн үйлчилгээний төлбөрийг тогтоож байна. Ингэснээр хувь хүний төлөх төлбөрийн нэлээд хэсгийг эзэлж буй албан бус төлбөрийг бууруулах хянах зорилго хэрэгжих юм[3]. Төлбөртэй үйлчилгээний жагсаалтыг 2014 онд өргөжүүлж шинэчлэн баталсан.

Зургаан жилийн дараа буюу 2015 онд Монгол улсын Улсын их хурлаас эрүүл мэндийн даатгалын хүрээнд төвлөрүүлсэн худалдан авагчийг бий болгох шийдвэрийг гаргаж хуулийг баталсан юм. Эрүүл мэндийн даатгалын шинэ хуулиар эрүүл мэндийн даатгалыг хэрэгжүүлэгч тусдаа байгууллагыг Хүн амын хөгжил нийгмийн хамгааллын яамны хэрэгжүүлэгч агентлаг болгон байгуулсан. 2012 онд Засгийн газраас эрүүл мэндийн даатгалын урт хугацааны хөгжлийн стратегийг баталсан. Уг стратегиар эрүүл мэндийн даатгалын тусламж үйлчилгээний багц, хамралт, шимтгэл, болон байгууллагын хөгжил болон хувийн эрүүл мэндийн даатгалын үүргийг тодорхойлсон.

2012 оны төсвийн нэгдсэн хуулиар төрийн санхүүгийн шинэчлэлийг үргэлжлүүлж төвлөрлийг сааруулах ажлыг гүнзгийрүүлэн орон нутгийн засаг захиргаа анхан шатны байгууллагуудад улсын төсвөөс тусгай шилжүүлэх эрүүл мэнд боловсролд хуваарилах эрхийг шилжүүлсэн болно. Төсвийн хуулиар зардлын зүйл ангийн зарцуулалтын уян хатан байдлыг нэмэгдүүлж эрүүл мэндийн байгууллагын удирдлагын зардлын зүйл хооронд зардлыг шилжүүлэх эрхийг нэмэгдүүлсэн.

Эм

Монгол улсад эм эмнэлгийн хэрэгслээр үйлчлэх үйлчилгээг 1200 орчим хувийн хэвшлийн эмийн сангууд хэрэгжүүлдэг. Эмийн сангууд бүгд хувийн хэвшлийнх бөгөөд төрийн өмчийн эмнэлгийн дотоодын үйлчилгээний эмийн сан төрд харьяалагдана. Хэт олон тооны зохицуулалт хяналтгүй эмийн сангууд нь хүн амын өөрөө өөрсдийгөө эмчлэх зан үйлийг хөөрөгдөж байна. Монгол улс төрөөс эмийн талаар баримтлах бодлогыг хэрэгжүүлдэг бөгөөд хоёрдах бодлогыг 2014 онд УИХ-аар батлуулан хэрэгжүүлж байна. Уг бодлогоор хүн амыг аюулгүй, чанартай боложийн үнэтэй эмээр хангах зорилтыг хэрэгжүүлж байна. Бодлогод улсын эмнэлгийн эмийн худалдан авалтыг төвлөрүүлэх, улсын төсвийг зорилтот бүлэгт чиглүүлж ерөнхий нэршлийн эмийн хэрэглээг дэмжих зэрэг зорилтууд орсон болно.

[3]Монгол улсын эрүүл мэндийн салбар дах албан бус төлбөр, Монголын Нийгмийн Эрүүл Мэндийн Мэргэжилтнүүдийн Нийгэмлэг. 2011. Хувь хүний төлсөн төлбөрийн 60% нь албан бус хэлбэрээр төлөгдөж байна.

Анхан шатны тусламж үйлчилгээ үзүүлэгчийн жороор бичсэн 134 ерөнхий нэршлийн 339 брэнд нэрийн эмийг үнийг 28.6%-93%-иар эрүүл мэндийн даатгалаас хөнгөвчилж байна. Түүнчлэн улсын төсвөөс чихрийн шижин, сүрьеэ, хавдар зэрэг өвчний эмийг эмнэлгийн эмийн зардалд оруулан зардлын зүйлээр санхүүжүүлж байна. Гэсэн хэдий ч эмнэлэг, өвчтөн улсын төсвийн санхүүжилт хүрэхгүй байгаа талаар байнга гомдол гаргаж байгаа ч иргэд хувиасаа эмийн төлбөрийг төлж байна. Ийм дүр зураг нь улсын төсвийн эх үүсвэрээр санхүүжүүлж буй тусламж үйлчилгээний хувьд худалдан авалтын үйл ажиллагаа хэрэгждэггүйтэй холбоотой бөгөөд учир нь зөвхөн эрүүл мэндийн даатгалын багцын хувьд үйлчилгээний тариф тогтоон худалдан авалт хийдэг. Эрүүл мэндийн даатгалын шинэ хуулиар эрүүл мэндийн даатгалын байгууллагын худалдан авах чадавхийг бэхжүүлж хоёрдах шатлалын эмнэлгийн эмчийн бичсэн эмийг хамруулан үйлчилгээний багцыг өргөжүүлсэн.

Мэдээллийн тогтолцоо

Монгол улсын эрүүл мэндийн салбар 2005 оноос удирдлага мэдээллийн тогтолцооны стратегийг хэрэгжүүлж байна. Эрүүл мэндийн яамнаас Health-info програм хангамжийг ашиглан эрүүл мэндийн мэдээллийг цуглуулан нэгтгэж, боловсруулалт хийдэг. Ихэнх хоёр ба гуравдагч шатлалын эрүүл мэндийн байгууллагууд эмнэлгийн мэдээллийн тогтолцоог хэрэгжүүлж байгаа ч хууль эрх зүйн болоод зохицуулалтын хувьд электрон хэлбэр боловсронгуй болоогүй тул цаасан хэлбэрийн өвчний түүх, тэмдэглэл хөтлөх явдал түгээмэл байна. Жишээ нь эмнэлэг эрүүл мэндийн даатгалын хоорондын холболт тоо мэдээллийн солилцооны платформ байхгүйгээс тогтмолжоогүй байна. Анхан шатын эрүүл мэндийн байгууллагын түвшинд мэдээллийн технологийг ашиглах асуудал микрософт оффисын програм ашиглалтаар хязгаарлагдаж байна. Хувийн хэвшлийн эрүүл мэндийн байгууллагуудын мэдээллийн технологийн ашиглалтын талаарх мэдээлэл бараг байхгүй байгаа ч шинээр байгуулагдсан эмнэлгүүдэд сүүлийн үеийн дэвшилтийг ашиглаж эхэлсэн.

Өрхийн нийгэм эдийн засгийн судалгаа

Өрхийг санхүүгийн сүйрэл болон ядууралд хүргэх эрүүл мэндийн төлбөрийн дүн шинжилгээг хийхэд бид 2010-2012 онуудад явуулсан Өрхийн нийгэм эдийн засгийн судалгааны (ӨНЭЗС) тоо мэдээг ашиглалаа. Уг судалгаа нь улсын хэмжээнд явуулдаг төлөөлөх чадвартай судалгаа бөгөөд өрхийн орлого зарлагын дүр зураг, хүн амын ядуурлын байдлыг үнэлэх зорилготой. ӨНЭЗС-г Үндэсний статистикийн хорооноос жил бүр тогтмол явуулдаг судалгаа болно. Судалгааны дүн шинжилгээ хийх цар хүрээнээс шалтгаалан товч болон дэлгэрэнгүй хувилбарыг хэрэгжүүлдэг. ӨНЭЗС-ы дэлгэрэнгүй хувилбарыг гурван жил тутам явуулдаг. Бидний дүн шинжилгээ хийсэн гарван жилийн хугацаанд дэлгэрэнгүй хувилбараар 2012 онд ӨНЭЗС-г явуулсан байна. 2012 оны ӨНЭЗС нь 15 үндсэн модуль асуумжаас бүрдэж байна.

Түүврийн хэмжээ нь улсын түвшинд төлөөлөх чадвартай 11232 өрхийг бүлэглэсэн

түүврийн аргаар сонгодог. Судалгааны зохиомжид Улаанбаатар,
аймгийн төвүүд, хөдөө нутаг болон сумын төвүүд гэсэн гурван илэрхий бүлгийг ашигласан. Мөн Улаанбаатар хотод түүврийг дүүрэг, хороодоор харин хөдөөд аймгуудаар хуваарилсан. Аймгийн төв бүр нэг дэд бүлэг гэдэг нь тодорхой юм. Түүврийн энэ зохиомжийг гурван жил бүрт хадгалсан. 2012 оны хувьд ядуурлын байдлыг аймгийн түвшинд тодорхойлохын тулд 5 аймагт түүврийн хэмжээг нэмэгдүүлсэнээр 2012 оны судалгааны түүврийн хэмжээ 12840 өрх болсон.

Энэ сонголтын стратеги нь бүлэг тус бүрд өөр байсан буюу хотод хоёр үе шаттай, хөдөөд гурван үе шаттай хэрэгжүүлсэн. Түүврийн анхан шатны нэгж нь нэг тоологчийн тоолсон газар нутаг буюу тооллогын нэгжийг Улаанбаатар хот, аймгийн төвийнн нэг нэгж болон хөдөөд баг болно. Улаанбаатар хотод эхлээд 360 хэсэг, хэсэг тус бүрээс 10 өрх сонгосон. Аймгийн төвүүдэд эхлээд 12 эсвэл 24 баг сонгож баг тус бүрээс 10 өрх сонгож авсан. 2012 оны хоёрдугаар улирлаас 84 түүврийн нэгжийг нэмсэн. Хөдөөд эхлээд 52 сум сонгож сум тус бүрээсээ 12 баг, баг тус бүрээсээ 8 өрх сонгосон. Дахин 2012 оны хоёрдугаар улирлаас түүврийн нэгжийг нэмсэн. Нийт 1248 түүврийн анхан шатны нэгж буюу кластерийг (хэсэг, баг эсвэл сум) хэмжээтэй нь пропорциональ магадлалаар сонгосон бөгөөд судалгааны мэдээлэл цуглуулах 12 сарын хугацаанд нь санамсаргүйгээр хуваарилсан. Ингэснээр судалгаагаар сар бүр 104 түүврийн анхан шатны нэгжээс бүрдэх санамсаргүй дэд түүврээс мэдээлэл цуглуулсан болно. Бүлэг тус бүр болон нийт улсын хэмжээнд төлөөлөх чадвартай статистикийн мэдээ цуглуулахын тулд түүвэрлэлтийн жинг ашигласан. Уг жинг түүврийн стратегийг ашиглан сонголтын магадлалтай нь урвуугаар авч өрх бүрд оноосон байна.

12840 өрхийг дараах байдлаар хуваарилжээ: 3600-г Улаанбаатар хотод, 3480-ыг аймгийн төвүүдэд, 5760-ыг сумын төвүүд болон хөдөө нутагт хуваарилсан. Гэхдээ энэ тайланд ашигласан бодит түүвэр нь үүнээс арай бага буюу Улаанбаатар хотод 3578 өрх, аймгийн төвд 3473 өрх, сумын төв болон хөдөө нутагт 5760 өрх байлаа. Бүрэн мэдээлэл байхгүйгээс шалтгаалан 29 өрх хасагдсан тул дээрх зөрүү гарсан талаар тэмдэглэжээ.

Мэдээллийн хамрах хугацаа

ӨНЭЗС-ы үр дүнг он жилүүдээр харьцуулах зорилгоор хувьсагчдын мэдээллийн хамрах хугацаа ижил байна.

Хүснэгт 2: Үндсэн хувьсагчийн хамрах хугацаа

Хувьсагч	Хамрах хугацаа
хүнс	Улаанбаатар хот болон аймгийн төвүүдэд мэдээллийг өрхийн өдөр тутмын бүртгэл дээр үндэслэн цуглуулсан бөгөөд судлаач нар сард гурван удаа өөрөөр хэлбэл арав хоног бүрт очиж мэдээллийг нэгтгэсэн. Өөрөөр хэлбэл өрх тус бүрийн хувьд хүнсний мэдээллийн хамрах хугацаа нь нэг сар

	байлаа. Сумын төв болон хөдөөд өрхийн сүүлийн долоо хоногийн хэрэглээг эргэн сануулах аргыг ашигласан.
Хурдан эдэлгээтэй бараа	Сүүлийн сар
Удаан эдэлгээтэй бараа	Сүүлийн 12 сар
Эрүүл мэндийн зардал:	
Амбулаторийн үзлэг	Сүүлийн сар
Эм хэрэгсэл	Сүүлийн сар
Хэвтүүлэн эмчлэх	Сүүлийн 12 сар
Бусад үйлчилгээ	Сүүлийн сар
Шүдний үйлчилгээ	Сүүлийн сар

Үндсэн хувьсагчдыг тооцох

ӨНЭЗС нь Монгол улсын өрхүүдийн хэрэглээ, зардлын байдлыг харуулсан 15 үндсэн модулиас бүрддэг. Өрхийн зарцуулсан эрүүл мэндийн бараа үйлчилгээний зардал төлбөр, санхүүгийн сүйрэл ядууралд оруулах төлбөрийн хэмжээг тооцохын тулд дараах хувьсагчдыг тооцов.

1. Өрхийн нийт хэрэглээ
2. Өрхийн хүнсний нийт зардал
3. Өрхийн хүнсний бус нийт зардал
4. Өрхийн эрүүл мэндийн хувиасаа төлөх төлбөр
5. Эрүүл мэндэд зарцуулах улсын төсвийн нийт зардал
6. Эрүүл мэндийн үйлчилгээний хэрэглээ
7. Нийгэм эдийн засгийн хувьсагчид нас, хүйс, боловсрол, хот хөдөө, өрхийн ам бүл, өрхийн түүврийн жин

Хэрэглээний зардал

Өрхийн нийт хэрэглээ таван бүрэлдэхүүн хэсгээс бүрдэнэ: хүнс, хүнсний бус, байр сууц, удаан эдэлгээтэй бараа, эрчим хүч

Хүнсний хэрэглээ

Хүнсний хэрэглээг тооцохдоо хүнсний бүх бүтээгдэхүүний нэр төрөл тус бүрийн хэрэглээг нэгдсэн нэг цаг хугацаанд шилжүүлэн, нэмж бүрдүүлэх бөгөөд дараа нь өрх бүрийн бүх хүнсний барааг нэгтгэдэг. ӨНЭЗС-д 12-13 бүлэг болгон ангилсан 122-123 нэр төрлийн бүтээгдэхүүний хүнсний хэрэглээний мэдээллийг өрхийн түвшинд цуглуулсан. Мэдээлэл хамрах хугацаа нь 1 сар. Хүнсний бүрэлдэхүүн хэсгийг боловсруулахад хэд хэдэн үндсэн зарчмыг хэрэглэсэн. Нэгдүгээрт, хэрэглээний бүх боломжит эх үүсвэрийг оруулав. Өөрөөр хэлбэл хүнсний бүтээгдэхүүний хэрэглээ нь зах зээлээс худалдан авсан эсвэл гэрээс гадуур хэрэглэсэн хүнсний зүйлээс гадна өөрийн аж ахуйгаас хэрэглэсэн, бусдаас авсан, бэлэг, бараа солилцоогоор авсан бүтээгдэхүүн зэргээс бүрдэнэ. Хоёрдугаарт,

худалдан авсан болон өөрийн аж ахуйгаас авсан бүх хүнсний бүтээгдэхүүнийг биш тухайн хугацаанд хэрэглэсэн бүтээгдэхүүнүүдийг л хэрэглээний бүтцэд багтаасан. Гуравдугаарт, мөнгөөр худалдан аваагүй хүнсний зүйлийг үнэлж аж байдлын хэмжигдэхүүнд оруулсан. ӨНЭЗС-гаар өрхийн хүнсний зөвхөн худалдан авалтын хувьд дундаж үнийн дүн, тоо хэмжээний талаар мэдээлэл
цуглуулагдсан бөгөөд бусад эх үүсвэрийн хувьд зөвхөн тоо, хэмжээний мэдээллийг авсан. Худалдан аваагүй хүнсний зүйлийн мөнгөн үнэ цэнийг тооцохдоо дундаж үнийн мэдээллийг ашигласан.

Хүнсний бус хэрэглээ

Хүнсний бус хэрэглээг хүнсний хэрэглээтэй адилаар шууд, хялбархан тооцоолно. Хүнсний хэрэглээтэй адилаар нэгдсэн нэг хугацаанд шилжүүлэн тэгшитгэсэн хэрэглээний бүхий л эх үүсвэрийг оруулах ёстой. Хүнсний бус хэрэглээний өргөн хүрээний буюу эрэгтэй, эмэгтэй хүний, хүүхдийн хувцас, гутал, бэлэг дурсгал, үнэт эдлэл, бөс бараа, боловсрол, эрүүл мэнд, амралт чөлөөт цаг, соёлын зардал, гоо сайхан, ариун цэврийн
бараа үйлчилгээ, гэр ахуйн бараа, удаан эдэлгээт бараа, орон сууцны зардал, тээвэр, холбоо, даатгал, татвар зэрэг 38 бүлгийн 371 нэр төрлийн
бүтээгдэхүүний мэдээллийг цуглуулсан. Удаан эдэлгээт бараа, сууц, эрчим хүчнээс бусад хүнсний бус барааны хэрэглээг энэ бүлэгт авч үзнэ. Үүнд өөрийн үйлдвэрлэсэн, бэлгэнд авсан болон үнэ төлбөргүйгээр бусдаас авсан хүнсний бус барааг оруулна.

Хүнсний бус хувьсагчийг тооцоход хэрэглээнд ордог нэр төрлүүдийг л судалгаанд багтаасан. Тухайлбал, хувцас, гутал, гоо сайхны бараа, бүтээгдэхүүн, амралт, чөлөөт цагт зарцуулсан зардал гэх мэт зүйлс хамрагдана. Татвар илүү төлсөнөөрөө тухайн өрх улсаас илүү их үйлчилгээ авдаггүй нь хэрэглээний өндөр түвшинтэй уялдахгүй байгаа тул татварын хэмжээг хэрэглээнд оруулахгүй. Хөрөнгийн урсгал буюу санхүүгийн хөрөнгө худалдан авах, өр, зээлийн хүүгийн төлбөрийг мөн оруулдаггүй. Мөн бусад өрхүүдэд өгсөн гуйвуулгыг оруулахгүй.

Хэрэглээний мэдээллийн хамрах хугацаа нь сүүлийн нэг сарын мэдээллийг цуглуулах бөгөөд өрх энэ хугацаанд хэрэглээ байхгүй бол сүүлийн нэг жилийн мэдээллийг авна.

Удаан эдэлгээтэй бараа

Энэ бүрэлдэхүүн хэсгийн тооцоог 3 үе шаттайгаар хийнэ. Нэгдүгээрт, удаан эдэлгээт бараанаас хэрэглээний бүрэлдэхүүнд орох нэр төрлийг сонгоно. ӨНЭЗС-гаар гэр ахуйн хэрэгслээс эхлүүлээд тавилга хүртэлх 44 нэр төрлийн удаан эдэлгээт барааны талаар мэдээлэл цуглуулсан. Гэхдээ нийт удаан эдэлгээт барааны 1/3 болох өрхийн бизнест ашиглагдах бараа эсвэл сууц болон “бусад” гэж ангилагдсан бараануудыг тооцоонд оруулаагүй. Хоёрдугаарт, хэрэглээний бүрэлдэхүүнд сонгон оруулсан удаан эдэлгээт барааны хувьд элэгдлийн

түвшинг тооцохдоо нэгжийн үнэ (хувьсах хэмжигдэхүүн) ба ашигласан хугацаанд үндэслэсэн шугаман регресс тооцсон. Энэхүү тооцооны арга нь нэг барааны хувьд хэрэглэсэн хугацаанаас хамааран элэгдлийн өөр, өөр түвшинг бодох боломжийг олгодог. (Жишээ нь удаан эдэлгээт бараа нь шинэ бол элэгдлийн түвшин буюу бараанаас авч буй ханамж өндөр байна.) Эцэст нь хэрэглээг тооцохдоо тухайн барааны нэг жилийн өмнөх үнийг элэгдлийн хувиар үржүүлэн эдгээр хэрэглээг өрхөөр нэгтгэж гаргана.

Сууц

Сууцыг хэрэглээний бүтцэд оруулах зорилго нь удаан эдэлгээт бараатай адилаар тухайн орон сууцыг эзэмшиж байгаагаас авах үйлчилгээний урсгалын хэмжээг тооцож оруулахад оршино. Хэрвээ тухайн өрх байр түрээслэн амьдарч байгаа бол төлбөрийн хэмжээ нь энэ үнэлгээ болно. Монгол орны хувьд орон сууц түрээслэн амьдарч байгаа өрхийн тоо цөөн (сүүлийн жилүүдэд нилээд түгээмэл болж байгаа), мөн түрээсийн өртөг хэтэрхий өндөр байдаг учир уг мэдээлэл дээр үндэслэн өөрийн сууцанд амьдарч байгаа өрхийн хувьд сууцнаасаа авч байгаа сэтгэл ханамжийн хэмжээг буюу түрээсийн зардлыг тооцох боломжгүй юм. Хэдий тийм боловч ӨНЭЗС-гаар тухайн өрх хэрвээ сууцаа түрээслэвэл хэдэн төгрөгөөр түрээслэх (хийсвэр түрээс) болон орон сууцаа худалдах үнийг нь судалсан. Бодит түрээсийн утга бүртгэгдээгүй тохиолдолд хийсвэр түрээсийн утгыг ашиглан тооцооны түрээс тооцож хэрэглээний иж бүрдэлд оруулж болно. Тооцооны түрээсийн утгыг таамаглаж гаргадаг учраас зарим тохиолдолд ашиглах боломжгүй ч байх талтай. Мөн хүн амын тал орчим хувь нь гэрт амьдардаг тул түрээсийн утгыг тооцоход бүр илүү хүндрэлтэй байна.

Тооцооны түрээсийн утгыг тооцохын тулд сууцны худалдах үнийг хамаарагч хувьсагч болгон сонгож регрессийн шинжилгээ хийсэн. Үл хамаарах хувьсагчдаар орон сууцны нөхцлийг тодорхойлогч шал, хана, дээврийн үндсэн материалын төрөл, өрөөний тоо, усан хангамж, цахилгаан, дулаан, байршил зэргийг авсан. Орон сууцны төрлөөр гэр, сууцны тусдаа байшин, нийтийн тохилог сууцны хувьд уг тооцоог тус тусад нь хийв. Тооцооны үр дүнгээс харахад орон сууцны худалдах үнийн мэдээлэл нь сууцны нөхцөлтэй нягт хамааралтай буюу илүү бодитой байна. Энэ нь тухайн өрх сууц түрээслэдэггүй боловч сууцны үнийн хувьд өөрсдөө барьсан эсвэл худалдаж авсан байдгаас таамагласан хийсвэр түрээсийн үнээс илүү найдвартай дүнг хэлсэн гэж үзнэ. Гэхдээ сууцны үнийг ашиглаж сууцнаас авч байгаа үйлчилгээний тооцоог гаргахад нэмэлт тооцоо хийх буюу сууцны элэгдлийн түвшинг тодорхойлох шаардлагатай болдог. Сууцны тусдаа байшин болон нийтийн тохилог сууц 33 жилийн дараа, гэр 17 жилийн дараа бүрэн элэгдэнэ гэж тооцоонд тусгасан болно. Тиймээс хэрэглээний бүтцийг байгуулахдаа бид сууцнаас авч буй үйлчилгээний тооцоонд сууцны үнийг ашиглан бодсон тооцооны хийсвэр түрээсийг оруулсан бөгөөд гэхдээ мэдээж хэрэв бодит түрээсийн мэдээлэл тухайн өрхийн хувьд байгаа тохиолдолд түүнийг нь ашиглана.

Түлш эрчим хүч

Хүнсний бус хэрэглээний сүүлийн нэг бүрэлдэхүүн хэсэг нь эрчим хүчний хэрэглээ буюу голлон халаалт, цахилгааны зардал юм. Монголын уур амьсгал өвөрмөц температурт хүрдэг эрс тэс уур амьсгалтай. Хэдийгээр зуны улиралд байгаль цаг уурын нөхцөл харьцангуй тааламжтай хэдий ч өвлийн улирал нь онцгой хүнд нөхцөл үүсгэдэг. Өвлийн улирал бараг 6 сар үргэлжлэн, голдуу хасах градустай. Энэ нь орон даяар халаалт болон түлш
өрхийн хэрэглээний зайлшгүй, нэн чухал хэрэгцээ болохыг илэрхийлж байгаа бөгөөд зарим тохиолдолд хэрэглээний иж бүрдлийн маш том, чухал бүрэлдэхүүн хэсэг ч болдог. ӨНЭЗС-гаар худалдан авсан болон өөрсдөө бэлтгэсэн түлш, мөн эрчим хүчний зардлыг өрхүүдээр өөрсдөөр нь үнэлүүлэн мэдээллийг нь цуглуулсан.

Хувь хүний төлөх эрүүл мэндийн зардал

Хувь хүн эрүүл мэндийн үйлчилгээ тухайлбал амбулаторийн үзлэг хийлгэх, шүдний эмчилгээ, эм хэрэгсэл худалдан авах, эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэх нэмэлт үйлчилгээ мөн бусад үйлчилгээ авахад төлсөн төлбөрийн нийлбэрээр хувь хүний эрүүл мэндэд төлөх төлбөрийн хувьсагчийг тооцов. Уг хувьсагчийг ӨНЭЗС-ы хүнсний бус хэсэгт тайлагнасан эрүүл мэндийн бараа үйлчилгээний зардлыг ашиглан тооцож гаргалаа.

Хүснэгт 3: Хувь хүний төлсан эрүүл мэндийн төлбөрийг тооцох хувьсагчид

Хувьсагч	**Хувьсагчийн тодорхойлолт**
oop_med	Эм худалдан авахад төлсөн төлбөр (эм, хэрэгсэл, амин дэм, кондом, халуун хэмжигч, шприц, лент гэх мэт хэрэгсэл.)
oop_disp	Амбулаторийн үзлэгт төлсөн төлбөр
oop_dent	Шүдний эмчилгээнд төлсөн төлбөр
oop_hosp	Хэвтэн эмчлүүлэх үйлчилгээнд төлсөн төлбөр
oop_ancil	Нэмэлт үйлчилгээнд төлсөн төлбөр (тариа, дүрс оношлогоо, лабораторийн шинжилгээ.)
oop_othheal	Эрүүл мэндийн бусад үйлчилгээнд төлсөн төлбөр ООР (нүдний шил, ленз, сонсголын аппарат, гэмтлийн хэрэгсэл гэх мэт.)

Эрүүл мэндийн үйлчилгээний хэрэглээ

Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хэрэглээг гаргах хувьсагчийг ӨНЭЗС-ы Эрүүл мэндийн модулиас тооцов. Асуумжаас хархад судалгаанд амбулаторийн тусламж үйлчилгээ, хэвтүүлэн эмчлэх тусламж үйлчилгээний хэрэглээг бүртгэсэн байна. Харин өрхийн судалгаанд эрүүл мэндийн бусад тусламж үйлчилгээ тухайлбал оношлогоо болон эмийн хэрэглээний талаарх мэдээлэл байхгүй байна.

Тусламж үйлчилгээний хэрэглээний хувьсагч нь иргэн өрхийн гишүүний өөрийнх нь тайлагнасан хэрэглээнд суурилсан. Үүнд төрхийн өмнөх үзлэг, анхан шатны

тусламж үйлчилгээ үзүүлэгчийн санаачилсан гэрийн үзлэг зэрэг үйлчилгээг хамруулаагүй.

Хүснэгт 4: Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хэрэглээг тооцох хувьсагч

Хувьсагч	Хувьсагчийн тодорхойлолт
illness	Сүүлийн нэг сард өвдсөн эсэх
use	Амбулаторийн тусламж үйлчилгээ авсан
provider	Амбулаторийн тусламж үйлчилгээ авсан эрүүл мэндийн байгууллага
hospitalization	Хэвтэн эмчлүүлсэн
hospital	Хэвтэн эмчлүүлсэн эрүл мэндийн байгууллага

Эрүүл мэндэд зарцуулах улсын төсвийн зардал

Эрүүл мэндэд зарцуулах улсын төсвийн зардлыг хэн хүртэж байгааг тооцохын тулд ӨНЭЗС 2007/2008 оны судалгааны тоог ашиглан тооцсон аргачлалд үндэслэх нь цаг хугацааны үүднээс харьцуулах боломжтой юм. Энэ тохиолдолд улсын төсвийн татаас эсхүл эрүүл мэндийн улсын зардал гэдэг нь улсын төсвөөс эрүүл мэндийн байгууллагуудад олгогдож буй санхүүжилт болно. Үүнд улсын төсвөөс эрүүл мэндийн даатгалд шилжүүлсэн татаасыг оруулан цэвэр татаасаар тооцно. Түүнчлэн үйлчлүүлэгчийн төлсөн албан төлбөрийн хэмжээг хасч тооцно. Улсын төсвөөс эрүүл мэндэд зарцуулсан зардлын тоо мэдээллийг Сангийн яамны төсвийн гүйцэтгэлийн мэдээнээс авч тооцов.

Эрүүл мэндийн байгууллагын нийт төсвийн зардлыг гаргаж болох ч түүнийг амбулатори болон хэвтэн эмчлүүлэх ангиллаар хуваан гаргах боломжгүй. Иймээс өмнөх эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний өртгийн судалгааны мэдээллийг ашиглан эрүүл мэндийн байгууллагын нийт зардлыг амбулатори болон хэвтүүлэн эмчлэх гэсэн ангиллаар хувааж тооцов.

Монгол улс өнгөрсөн хугацаанд хэд хэдэн удаа эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний өртгийг тооцох судалгааг зохион байгуулсан. Хамгийн сүүлд ийм төрлийн судалгааг 2012 онд хийсэн. Дийлэнх тохиолдолд өртөг тооцох дээрээс доош зардал шингээх аргачлалыг ашигласан. Өртгийн судалгаагаар эмнэлгийн нийт зардлыг эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний төрлүүд тухайлбал амбулатори, хэвтэн эмчлэх, яаралтай тусламж, болон нэмэлт үйлчилгээ зэргээр хуваарилан холбогдох хувийг гаргана.

Хүснэгт 5: Улсын төсвөөс эрүүл мэндэд зарцуулах зардлын хүртээмж тооцох хувьсагч

Хувьсагчийн нэр	Хувьсагчийн тодорхойлолт
pub_op	Төрийн өмчийн эмнэлгийн амбулаторийн үзлэг
pub_ip	Төрийн өмчийн эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэх
pub_oppc	Амбулаторийн тусламж үйлчилгээнд зарцуулах нэг хүнд ногдох улсын төсвийн татаас
pub_ippc	Хэвтүүлэн эмчлэх тусламж үйлчилгээнд зарцуулах нэг хүнд

	ногдох улсын төсвийн татаас
pub_totpc	Нэг хүнд ногдох улсын төсвийн эрүүл мэндийн нийт зардал
provider_opd	Төрийн өмчийн эрүүл мэндийн байгууллагын амбулаторийн тусламж үйлчилгээ
provider_ipd	Төрийн өмчийн эрүүл мэндийн байгууллагын хэвтүүлэн эмчлэх тусламж үйлчилгээ
gender	хүйс
urban	Хот, хөдөө
peqcons	Шилжүүлэн тооцсон нэг хүнд ногдох зардал
hhw	өрхийн жин

Дүн шинжилгээний үр дүн

Өрхийн Нийгэм Эдийн Засгийн 2010-2012 оны судалгааны дүн шигжилгээгээр дараах үзүүлэлтийн үр дүнг тооцов. Үүнд:

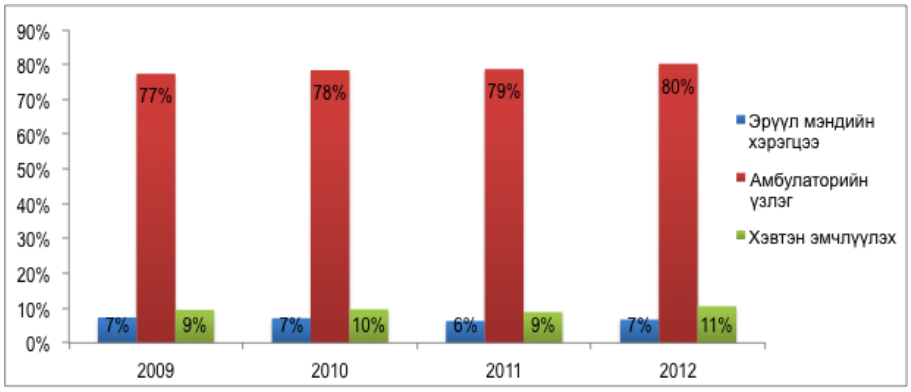
- Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хэрэглээ
- Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний өрхийг санхүүгийн сүйрэлд оруулахуйц төлбөр
- Ядууралд хүргэх эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний төлбөр
- Эрүүл мэндэд улсын төсвөөс зарцуулах зардлын хүртээмжийн шинжилгээ

Түүнчлэн дүн шинжилгээний үр дүнгийн өөрчлөлтийг цаг хугацааны туршил харьцуулах зорилгоор 2009 оны ӨНЭЗС-ы тоон мэдээлэлтэй харьцуулж авч үзэв.

Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хэрэглээ

Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хэрэглээг тооцохдоо эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ шаардлагатай гэж мэдүүлсэн хүмүүсээс амбулаторийн болон хэвтэн эмчлүүлэх тусламж үйлчилгээ хүртсэн иргэдийн эзлэх хувийг тооцон авч үзнэ. Монгол улсын иргэдийн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хэрэглээ 2009 онтой харьцуулахад 2010-2012 онуудад бага зэргийн боловч өссөн хандлагатай байна. Өвчтэй гэж тайлагнасан хүмүүсийн 2012 онд 80% нь амбулаторийн тусламж үйлчилгээг хүртсэн бол энэ үзүүлэлт ӨНЭЗС-аар 2009 онд 77% байжээ. Үүнтэй адилаар 2009 онд эрүүл мэндийн үйлчилгээ хэрэгцээтэй иргэдийн 9% нь хэвтүүлэн эмчлүүлсэн бол 2012 онд 11% болж өссөн байна.

Зураг 1: Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хэрэгцээ ба амбулаторийн ыолон хэвтэн эмчлүүлэх тусламж үйлчилгээний хэрэглээний хувь, 2009-2012

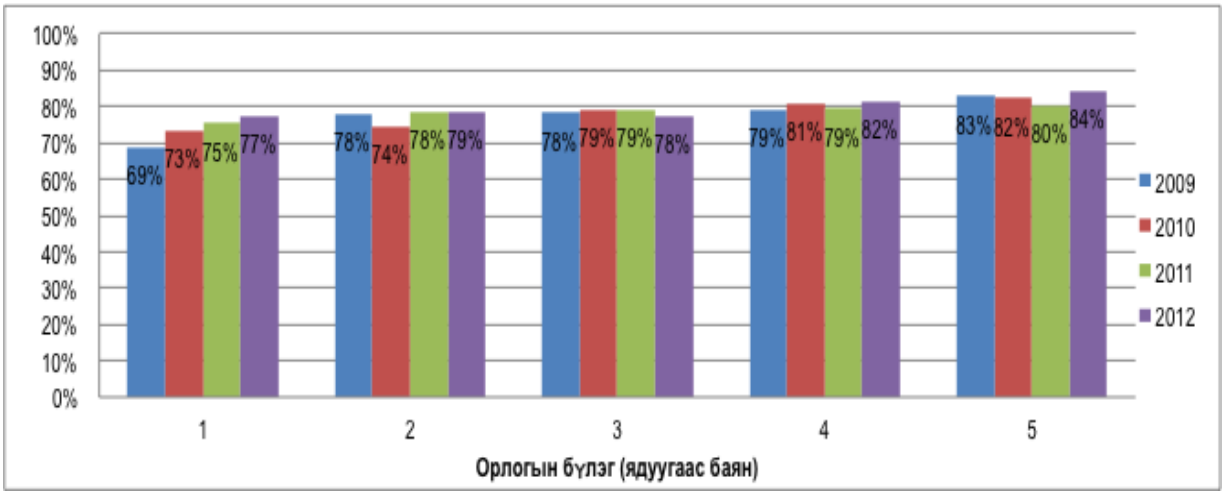


Эх сурвалж: Өрхийн Нийгэм Эдийн Засгийн судалгаа, 2009-2012

а) Хүн амын нийгэм эдийн засгийн бүлгүүдийн тусламж үйчилгээний хэрэглээ

Тусламж үйлчилгээний хэрэглээ тухайлбал амбулаторийн болон хэвтэн эмчлүүлэх тусламж үйлчилгээ хүртсэн байдал хүн амын орлогын бүлэг дээшлэх тусам өсөн нэмэгдэж байгааг дүн шинжилгээ харуулж байна (Зураг 2 ба 4). Хүн амын хамгийн ядуу бүлгийн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ хэрэгцээтэй иргэдийн 69% нь 2009 онд, 77% нь 2012 онд тусламж үйлчилгээ авсан бол баян хүмүүсийн 83% нь 2009 онд 84% нь 2012 онд тусламж үйлчилгээ тус бүр хүртсэн байна. Ядуу иргэдийн амбулаторийн тусламж үйлчилгээний хүртээмж чинээлэг хүмүүсийнхээс арай хурдацтайгаар өсчээ.

Зураг 2: Амбулаторийн тусламж үйлчилгээний хэрэглээний хувь хүн амын орлогын бүлгээр, 2009-2012



Эх сурвалж: Өрхийн Нийгэм Эдийн Засгийн судалгаа, 2009-2012

Түүнчлэн, амбулаторийн тусламж үйлчилгээний хэрэглээ хангайн болон төвийн бүсэд өсч Монгол улсын бусад бүс нутагт буурсан үзүүлэлттэй байна. Баруун бүсийн аймгуудад өвчтэй гэж мэдүүлсэн иргэдийн 82% нь 2010 онд амбулаторийн тусламж үйлчилгээ авсан бол энэ тоо 2011 онд 75%, 2012 онд 76% болж буурсан (Хүснэгт 6). Энэ үзүүлэлтийг 2009 оны нөхцөл байдалтай харьцуулахад

Улаанбаатараас бусад бүх бүсэд амбулаторийн тусламж үйлчилгээний хэрэглээ нэмэгджээ.

Хүснэгт 6: Амбулаторийн тусламж үйлчилгээний хэрэглээний хувь, газар зүйн бүс нутгаар[4], 2009-2012

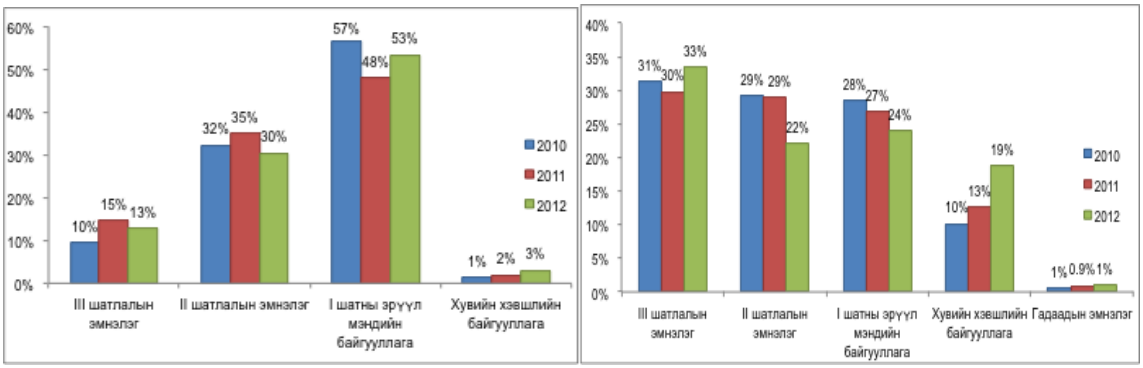
Газар зүйн бүс	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
Баруун	70%	82%	75%	76%
Хангай	69%	65%	75%	76%
Төв	84%	84%	81%	88%
Зүүн	81%	85%	89%	84%
Улаанбаатар	83%	80%	77%	77%
Дундаж	78%	78%	79%	80%

Эх сурвалж: Өрхийн Нийгэм Эдийн Засгийн судалгаа, 2009-2012

Зураг 3-д хүн амын орлогын хамгийн доод болон дээд бүлгийн амбулаторийн тусламж үйлчилгээний хэрэглээний дүр зургийг харуулав. Хүн амын хамгийн ядуу бүлгийн иргэд гурав дах шатлалын тусгай мэргэжлийн төв, төв эмнэлэг гэхээс илүүтэйгээр анхан шатны тусламж үйлчилгээний байгууллагуудаар үйлчлүүлж байна. Хэдийгээр бага ч хувийн хэвшлийн эрүүл мэндийн байгууллагаар үйлчлүүлэх ядуу иргэдийн хувь Монгол улсад өссөн үзүүлэлттэй байна. Ядуу хүмүүс чинээлэг иргэдээс сумын болон өрхийн эрүүл мэндийн төвүүдээр хоёр дахин, хувийн эмнэлгүүдээр 5-10 дахин бага үйлчлүүлжээ. Чинээлэг иргэд тусгай мэргэжлийн төв, төв эмнэлгүүдээс ядуучуудаас 2-3 дахин их үйлчилгээ авсан байна. Ядуу болон чинээлэг иргэд хоёр дахь шатлалын аймгийн болон дүүргийн нэгдсэн эмнэлэгүүдээр ижил хүртээмжтэйгээр үйлчлүүлж байна.

Зураг 3: Амбулаторийн тусламж үйлчилгээний хэрэглээ хүн амын орлогын хамгийн доод болон дээд бүлгээр болон эрүүл мэндийн байгууллагаар, 2010-2012

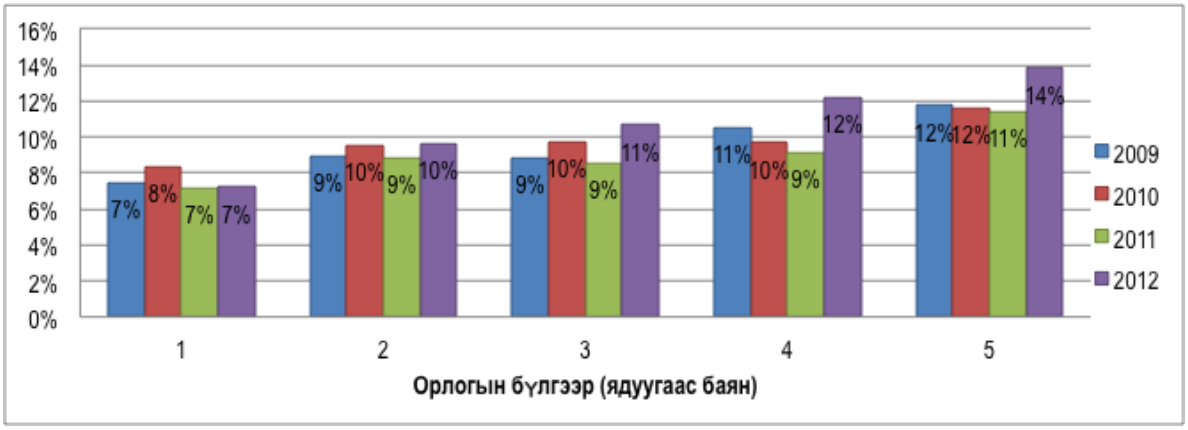
[4]Баруун бүсэд Баян-Өлгий, Говь-Алтай, Завхан, Увс, болон Ховд аймгууд; Хангайн бүсэд Архангай, Баянхонгор, Булган, Өвөрхангай, Хөвсгөл болон Орхон аймгууд; Төвийн бүсэд Дорноговь, Дундговь, Өмнөговь, Говьсүмбэр, Сэлэнгэ, Төв болон Дархан-уул аймгууд; Зүүн бүсэд Дорнод, Сүхбаатар ба Хэнтий аймгууд орно.



Эх сурвалж: Өрхийн Нийгэм Эдийн Засгийн судалгаа, 2010-2012

Хэвтэн эмчлүүлэх тусламж үйлчилгээний хэрэглээ хүн амын орлогын бүлэг өсөх тусам нэмэгдэж байна. Гэвч хэвтэн эмчлүүлэх тусламж үйлчилгээний хэрэглээний түвшин цаг хугацааны туршид орлогын бүх бүлгүүдийн хувьд хэлбэлзэлтэй байгаа дүр зурагтай байна. Тухайлбал, хамгийн ядуу иргэдийн хэвтэн эмчлүүлсэн байдал 2009 онд нийт өвчтэй гэж мэдүүлсэн иргэдийн 7% байсан бол, 2010 онд 8.4% болж өсөөд 2012 онд 7.2% болж буурсан (Зураг 4).

Зураг 4: Хэвтэн эмчлүүлэх тусламж үйлчилгээний хэрэглээний хувь хүн амын орлогын бүлгээр, 2009-2012



Эх сурвалж: Өрхийн Нийгэм Эдийн Засгийн судалгаа, 2009-2012

Хэвтүүлэн эмчлэх тусламж үйлчилгээний хүртээмж хангайн бүсээс бусад бүх орон нутагт нэмэгджээ (Хүснэгт 7).

Хүснэгт 7: Хэвтүүлэн эмчлэх тусламж үйлчилгээний хэрэглээний тархалтын хувь, бүс нутгаар, 2009-2012

Газар зүйн бүс	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
Баруун	9%	10%	11%	14%
Хангай	10%	11%	8%	8%
Төв	11%	10%	10%	11%
Зүүн	11%	11%	12%	14%
Улаанбаатар	8%	8%	7%	9%

Дундаж	9%	10%	9%	11%

Эх сурвалж: Өрхийн Нийгэм Эдийн Засгийн судалгаа, 2009-2012

b) Тусламж үйлчилгээний хэрэглээ ба хэрэгцээ

Ядуу иргэдийн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хэрэгцээгээ илэрхийлэх байдал нь чинээлэг бүлгийхнээс хоёр дахин бага байна. 2010-2012 онуудад сүүлийн дөрвөн долоо хоногт өвчин эмгэгтэй гэж мэдээлсэн нийт иргэдийн 80% нь эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ авчээ (Хүснэгт 8).

Хүснэгт 8: Амбулаторийн тусламж үйлчилгээ авсан байдал ба эрүүл мэндийн хэрэгцээ илэрхийлэх зан үйл, хүн амын орлогын бүлгээр, 2010-2012

Орлогын бүлэг	**2010**		**2011**		**2012**	
	өвдөж гэмтсэн	тусламж үйлчилгээ авсан	өвдөж гэмтсэн	тусламж үйлчилгээ авсан	өвдөж гэмтсэн	тусламж үйлчилгээ авсан
1	5%	73%	4%	75%	4%	77%
2	6%	74%	5%	78%	6%	79%
3	7%	79%	6%	79%	7%	78%
4	8%	81%	7%	79%	8%	82%
5	10%	82%	10%	80%	9%	84%
Нийтl	7%	78%	6%	79%	7%	80%

Эх сурвалж: Өрхийн Нийгэм Эдийн Засгийн судалгаа, 2010-2012

Монгол улсын хангай, төв, болон зүүн бүсэд иргэдийн тусламж үйлчилгээ авах хэрэгцээгээ илэрхийлэх байдал бага зэрэг буурч байхад баруун бүсэд энэ үзүүлэлт нэмэгджээ (Хүснэгт 9).

Хүснэгт 9: Амбулаторийн тусламж үйлчилгээ авсан байдал ба эрүүл мэндийн хэрэгцээ илэрхийлэх зан үйл бүс нутгаар, 2010-2012

Газар зүйн бүс	**2010**		**2011**		**2012**	
	өвдөж гэмтсэн	тусламж үйлчилгээ авсан	өвдөж гэмтсэн	тусламж үйлчилгээ авсан	өвдөж гэмтсэн	тусламж үйлчилгээ авсан
Баруун	5%	82%	5%	75%	6%	76%
Хангай	7%	65%	6%	75%	5%	76%
Төв	9%	84%	8%	81%	7%	88%
Зүүн	9%	85%	8%	89%	8%	84%
Улаанбаатар	7%	80%	6%	77%	7%	77%
Нийт	7%	78%	6%	79%	7%	80%

Эх сурвалж: Өрхийн Нийгэм Эдийн Засгийн судалгаа, 2010-2012

Доорх хүснэгтэд үзүүлсэнчлэн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хэрэгцээ болон өөрөө эм худалдан авч хэрэглэх байдал ядуугаас баян бүлэгт буюу орлогын бүлэг өсөх тусам нэмэгдэж байна.

Хүснэгт 10: Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хэрэгцээ ба өөрөө эм худалдан авч хэрэглэх байдал

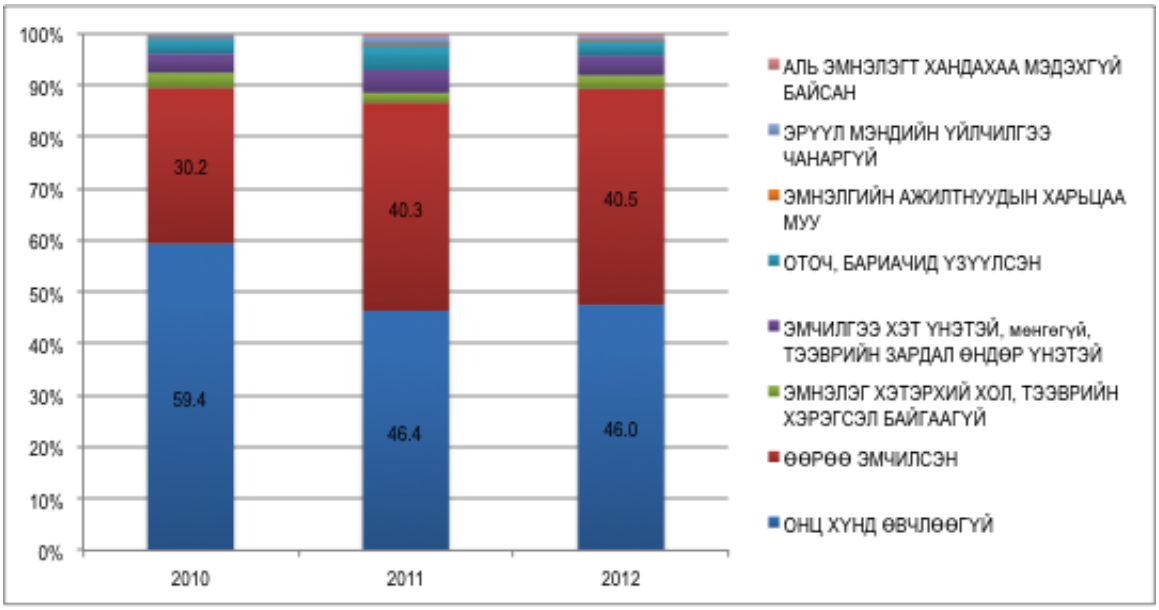
Орлогын бүлэг	2010		2011		2012	
	өвдсөн гэмтсэн	өөрөө эм худалдан авч хэрэглэх	өвдсөн гэмтсэн	өөрөө эм худалдан авч хэрэглэх	өвдсөн гэмтсэн	өөрөө эм худалдан авч хэрэглэх
1	5%	7%	4%	5%	4%	6%
2	6%	8%	5%	8%	6%	9%
3	7%	9%	6%	9%	7%	10%
4	8%	10%	7%	8%	8%	13%
5	10%	12%	10%	11%	9%	17%
Нийт	7%	9%	6%	8%	7%	11%

Эх сурвалж: Өрхийн Нийгэм Эдийн Засгийн судалгаа, 2010-2012

c) Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хэрэглээнд нөлөөлөх хүчин зүйлс

Монгол улсын хүн амын дунд өвдсөн ч эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ авахгүй байх шалтгаануудад тухайн өвчнөө онц хүнд гэж үзэхгүй (2012 онд 46%) байх болон өөрөө өөрийгөө эмчлэх (2012 онд 40.5%) явдал хамгийн гол хүчин зүйлс болж байна (Зураг 5). Түүнчлэн, санхүүгийн хүндрэл, эрүүл мэндийн байгууллага хүрэх тээвэр байхгүй байх нь мөн тусламж үйлчилгээ хүртээмжид нөлөөлж байна.

Зураг 4: Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ авахгүй байх шалтгаан



Эх сурвалж: Өрхийн Нийгэм Эдийн Засгийн судалгаа, 2010-2012

Хувь хүний төлөх эрүүл мэндийн үйлчилгээний төлбөр

а) Хувь хүний төлөх эрүүл мэндийн үйлчилгээний төлбөрийн хэмжээ, түүний өрхийн нийт зардал болон төлбөрийн чадамжид эзлэх хувь

Хувь хүний төлөх эрүүл мэндийн үйлчилгээний төлбөрийн хэмжээг инфляцийн нөлөөллийг хасч тооцоход ядуугаас чинээлэг бүлгийн хувьд буюу хүн амын орлогын бүлэг өсөх тусам болон цаг хугацааны туршид нэмэгдэж байна. Абсолют дүнгээр авч үзэхэд 2009-2012 онуудад ядуу өрх чинээлэгтэй харьцуулахад 10-15 дахин бага мөнгийн эрүүл мэндийн үйлчилгээний төлбөрт зарцуулжээ. Дунджаар Монголын нэг өрх 2009 онд нэг сард 9231 төгрөг, 15072 төгрөгийг 2010 онд, 15275 төгрөгийг 2011 онд болон 2012 онд 18164 төгрөгийг зарцуулжээ. Өрхийн сарын эрүүл мэндэд төлсөн төлбөрийн хэмжээ 2009 онтой харьцуулахад дунджаар хоёр дахин нэмэгдсэн байна (Хүснэгт 11). Чинээлэг бүлгийн өрх дундаж гэр бүлтэй харьцуулахад гурав дахин ихийг эрүүл мэндийн үйлчилгээнд төлж байгаа нь гуравдах шатлалын эмнэлгүүд, хувийн хэвшлийн байгууллага болон гадаадад үйлчилгээ авч байгаатай холбоотой (Зураг 3).

Хүснэгт 11: Хувь хүний төлөх эрүүл мэндийн үйлчилгээний төлбөр, (2009 оныг суурь)

Орлогын бүлэг	**2009 суурь**	**2010**	**2011**	**2012**
1	1,356	3,207	4,099	3,284
2	3,026	5,597	6,687	6,870
3	3,977	8,502	9,381	10,436
4	6,415	14,939	13,699	19,363
5	28,381	43,138	42,516	50,872
Нийт	9,231	15,072	15,275	18,164

Эх сурвалж: Өрхийн Нийгэм Эдийн Засгийн судалгаа, 2010-2012

Газар зүйн бүс нутгаар авч үзвэл 2009 онтой харьцуулахад өрхийн эрүүл мэндийн үйлчилгээний төлбөрийн хэмжээ хоёр дахин нэмэгдсэн. Хувь хүний төлөх эрүүл мэндийн төлбөрийн хэмжээ зүүн болон баруун аймгуудад хамгийн өндөр өсөлттэй байна (Хүснэгт 12).

Хүснэгт 12: Хувь хүний төлөх эрүүл мэндийн үйлчилгээний төлбөрийн хэмжээ газар зүйн бүс нутгаар, (2009 суурь он)

Газар зүйн бүс нутаг	2009 суурь он	2010	2011	2012
Баруун	6,430	8,385	10,196	14,718
Хангай	8,145	13,174	12,057	14,473
Төв	10,385	20,163	20,955	17,859
Зүүн	5,711	15,439	13,549	16,253
Улаанбаатар	11,443	15,926	16,379	21,242
Нийт	9,231	15,072	15,275	18,164

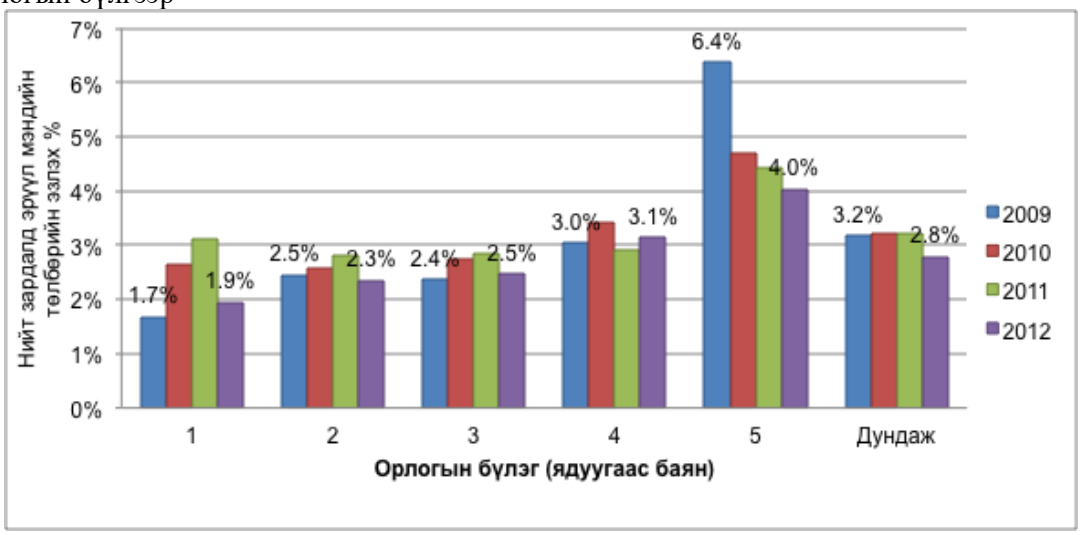
Эх сурвалж: Өрхийн Нийгэм Эдийн Засгийн судалгаа, 2009-2012

Улсын дүнгээр авч үзвэл хувь хүний төлөх эрүүл мэндийн үйлчилгээний төлбөрийн өрхийн нийт хэрэглээ болон төлбөрийн чадварт эзлэх хувь хэмжээ 2009 оноос 2012

онд буурсан дүнтэй байна (Зураг 6). Тухайлбал, өрхийн нийт зардалд эзлэх эрүүл мэндийн үйлчилгээний төлбөрийн хувь хэмжээ 2009 онд 3.2% байсан бол 2012 онд 2.8% хүрч буурсан. Цаашлаад өрхийн төлбөрийн чадварт эзлэх эрүүл мэндийн үйлчилгээний төлбөрийн хэмжээ 2009 онд 5.5% байсан бол 2012 онд 3.7% -д хүрч буурсан (Зураг 7).

Хувь хүний төлөх эрүүл мэндийн үйлчилгээний төлбөр ийнхүү буурсан нь хүн амын чинээлэг бүлгийнхний төлөх хувь буурсанаар тайлбарлагдаж байна. Түүнчлэн хүн амын орлогын бусад бүлгийн хувьд ч гэсэн эрүүл мэндийн үйлчилгээний төлбөрийн өрхийн нийт зардал болон төлбөрийн чадварын хэмжээнд эзлэх хувь буурчээ.

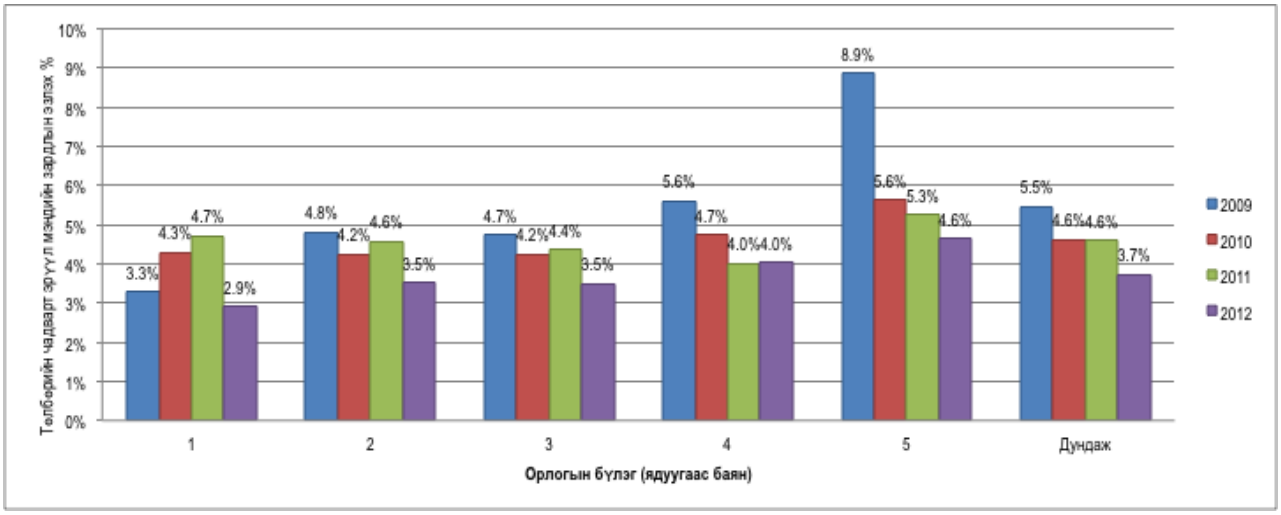
Зураг 5: Хувь хүний төлөх эрүүл мэндийн төлбөрийн өрхийн нийт зардалд эзлэх хувь, орлогын бүлгээр



Эх сурвалж: Өрхийн Нийгэм Эдийн Засгийн судалгаа, 2009-2012

Ядуу бүлгийн өрхийн нийт зардалд эрүүл мэндийн үйлчилгээний төлбөрийн эзлэх хувь хэмжээ чинээлэг бүлгийнхээс (4%) хоёрдахин бага буюу 2012 онд 1.9% байна.

Зураг 6: Өрхийн нийт төлбөрийн чадварт эрүүл мэндийн үйлчилгээний эзлэх хувь, орлогын бүлгээр, 2009-2012



Эх сурвалж: Өрхийн Нийгэм Эдийн Засгийн судалгаа, 2009-2012

Өрхийн нийт зардал болон төлбөрийн чадварт эзлэх эрүүл мэндийн үйлчилгээний төлбөрийн хэмжээ Улаанбаатараас бусад бүх бүс нутагт бууралттай гарчээ (Хүснэгт 13).

Хүснэгт 13: Өрхийн нийт зардал болон төлбөрийн чадварт эрүүл мэндийн үйлчилгээний төлбөрийн эзлэх хувь, бүс нутгаар

Газар зүйн бүс	**2010**		**2011**		**2012**	
	НЗ-ын %	ТЧ-ын %	НЗ-ын %	ТЧ-ын %	НЗ-ын %	ТЧ-ын %
Баруун	3.0%	4.5%	3.5%	5.3%	2.8%	3.8%
Хангай	3.8%	5.4%	3.5%	5.0%	3.0%	3.9%
Төв	3.9%	5.5%	4.0%	5.6%	2.9%	3.8%
Зүүн	3.9%	5.7%	3.5%	4.7%	2.9%	3.9%
Улаанбаатар	2.6%	3.8%	2.7%	3.8%	2.6%	3.6%
Нийт	3.2%	4.6%	3.2%	4.6%	2.8%	3.7%

Эх сурвалж: Өрхийн Нийгэм Эдийн Засгийн судалгаа, 2009-2012
НЗ=өрхийн нийт зардал, ТЧ=төлбөрийн чадвар

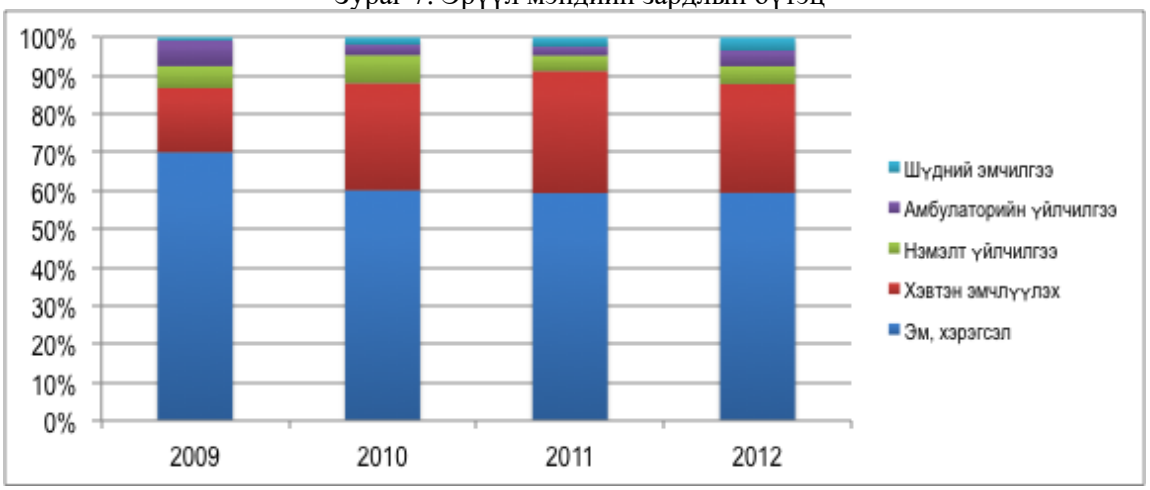
b) Хувь хүний төлөх эрүүл мэндийн төлбөрийн бүтэц

Эм, эмнэлгийн хэрэгсэлд зарцуулах төлбөр өрхийн эрүүл мэндийн үйлчилгээнд төлөх сарын нийт төлбөрт хамгийн их хувийг эзэлж байна. Гэвч зураг 8-д харуулсанчлан эм, эмнэлгийн хэрэгслийн зардал 2009 оныхоос тогтмол буурч 75%-иас 2012 онд 60%-д хүрчээ.

Үүний дараа хэвтүүлэн эмчлэх үйлчилгээнд төлөх төлбөр орж байгаа бөгөөд 2009 онд нийт эрүүл мэндийн төлбөрийн 17.5%-ийг эзэлж байсан бол 2010 болон 2012 онд 28%-ийг эзэлж байна.

Дүрс оношлогоо болон лабораторийн шинжилгээ гэх мэт нэмэлт үйлчилгээ өрхийн нийт эрүүл мэндийн зардлын 6%-10% -ийг эзэлж байна.

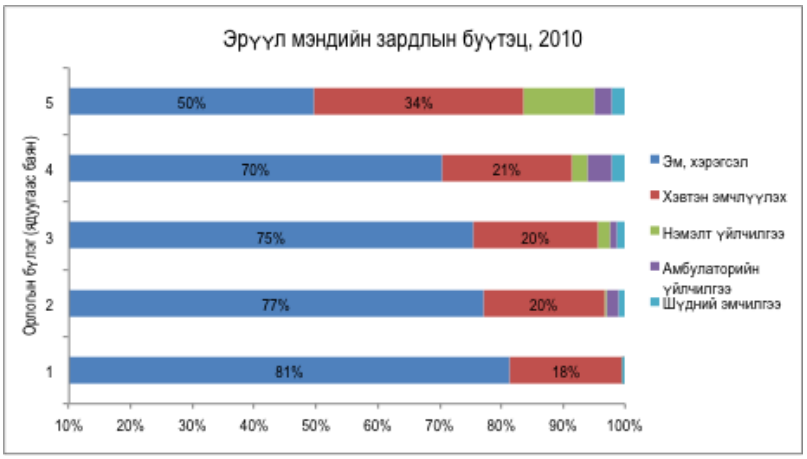
Зураг 7: Эрүүл мэндийн зардлын бүтэц



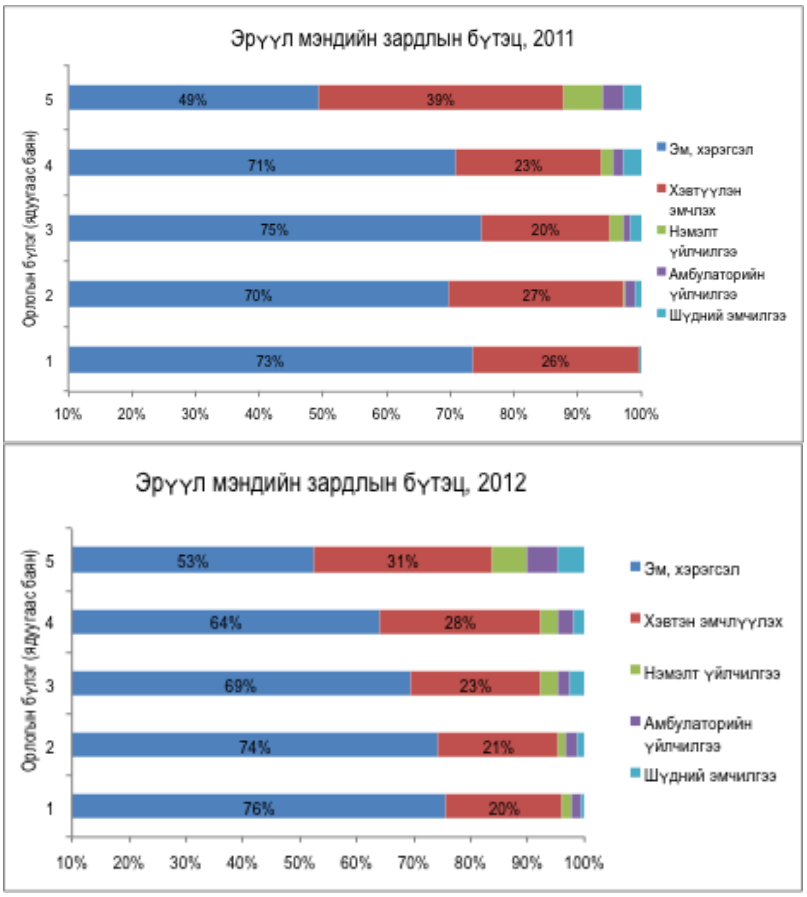
Эх сурвалж: Өрхийн Нийгэм Эдийн Засгийн судалгаа, 2009-2012

Зураг 9-д эрүүл мэндийн зардлын бүтцийг хүн амын орлогын бүлгээр харуулав.

Зураг 8: Эрүүл мэндийн зардлын бүтэц орлогын бүлгээр, 2010-2012



Эм, хэрэгсэлийн зардал нийт эрүүл мэндийн үйлчилгээний зардалд хамгийн их хувийг эзэлсээр байгаа бөгөөд хүн амын орлогын бүлэг буурах тусам нэмэгдэж байна (Зураг 9). 2010 онд хүн амын хамгийн ядуу бүлгийн өрх нийт эрүүл мэндийн зардлын 81%-ыг, 2011 онд 73%, 2012 онд 76%-ыг эм эмнэлгийн хэрэгсэлд зарцуулжээ. Харин чинээлэг бүлэг 2010 онд нийт эрүүл мэндэд зарцуулсан зардлынхаа 50%, 2011 онд 49%, 2012 онд 53%-ийг эм эмнэлгийн хэрэгслийн худалдан авалтад зарцуулсан байна.



Эх сурвалж: Өрхийн Нийгэм Эдийн Засгийн судалгаа, 2010-2012

Газар зүйн бүх бүс нутгуудад эм, эмнэлгийн хэрэгсэл, нэмэлт үйлчилгээ болон шүдний үйлчилгээнд зарцуулах зардал өссөн бол амбулаторийн үзлэгт төлөх төлбөрт үйлчилгээ буурчээ (Хүснэгт 14).

Хүснэгт 14: Эрүүл мэндийн зардлын бүтэц газар нутгийн бүсээр, 2010-2012

Газар зүйн бүс	Эм			Хэвтэн эмчлүүлэх			Амбулатор			Нэмэлт үйлчилгээ			Шүд		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Баруун	61%	60%	72%	32%	37%	23%	6%	1.2%	0.6%	0.6%	1.5%	3.1%	0.5%	0.6%	1.0%
Хангай	39%	51%	74%	21%	31%	23%	4%	1.0%	0.6%	0.4%	1.2%	3.2%	0.3%	0.5%	1.0%
Төв	25%	29%	60%	13%	18%	19%	2%	0.6%	0.5%	0.3%	0.7%	2.6%	0.2%	0.3%	0.8%
Зүүн	33%	45%	66%	18%	28%	21%	3%	0.9%	0.5%	0.3%	1.1%	2.8%	0.3%	0.4%	0.9%
Улаанбаатар	32%	37%	50%	17%	23%	16%	3%	0.8%	0.4%	0.3%	0.9%	2.2%	0.2%	0.4%	0.7%
Нийт	34%	40%	59%	18%	25%	19%	3%	0.8%	0.5%	0.3%	1.0%	2.5%	0.3%	0.4%	0.8%

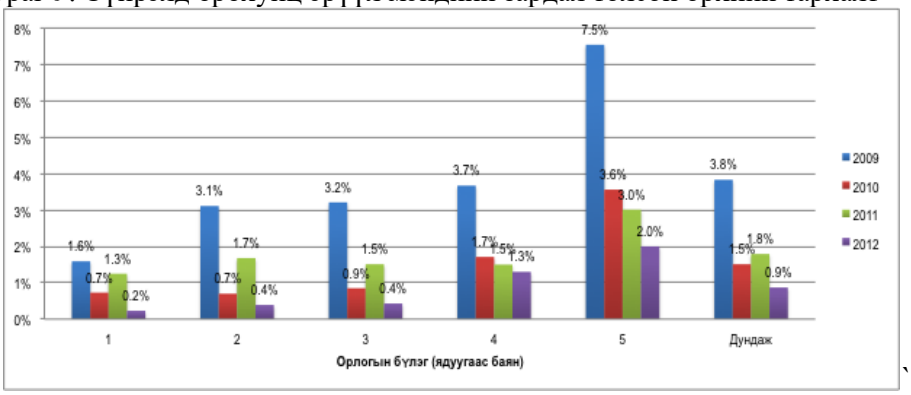
Эх сурвалж: Өрхийн Нийгэм Эдийн Засгийн судалгаа, 2010-2012

Санхүүгийн сүйрэлд оруулах эрүүл мэндийн зардал болон ядуурлын үр нөлөө

a) Сүйрэлд оруулах эрүүл мэндийн зардал, ядуурлын нөлөөг тооцох

Өрх гэр өөрийн төлбөрийн чадварынхаа 40% буюу түүнээс дээш хэмжээний зардлыг эрүүл мэндийн бараа үйлчилгээнд зарцуулж байвал санхүүгийн сүйрэлд орно гэж үздэг. Санхүүгийн сүйрэлд орохуйц эрүүл мэндийн зардал гаргасан өрхийн хувь 2010 онд нийт өрхийн 1.5% буюу 10778, 2011 онд 1.8% буюу 13602 өрх байсан бол 2012 онд 0.9% буюу 6683 гэр бүл тус бүр байна. Уг үр дүнг 2009 оны судалгааны дүнтэй харьцуулахад санхүүгийн сүйрэлд орохуйц эрүүл мэндийн зардал гаргасан өрхийн тоо нэлээд буурсан. 2009 онд энэ тоо нийт өрхийн 3.83% буюу 27442 өрх болж байв. 2010 болон 2011 онуудыг харьцуулж үзэхэд 16%-иар нэмэгдсэн нь эрүүл мэндийн зардлаас болж санхүүгийн сүйрэлд орсон бага болон дундаж орлого бүхий өрхүүд нэмэгдсэнтэй холбоотой болно. Ер нь хүн амын орлогын бүлэг дээшлэх тусам санхүүгийн сүйрэлд орохуйц хэмжээний мөнгийг эрүүл мэндийн үйлчилгээнд зарцуулсан өрхийн хувь өсч байна (Зураг 10). Сүйрэлд орох эрүүл мэндийн төлбөрийг төлсөн чинээлэг өрхийн тоо 2009 онд ядуу бүлгийн өрхөөс 5 дахин олон тооных байсан бол 2012 онд 10 дахин их болжээ.

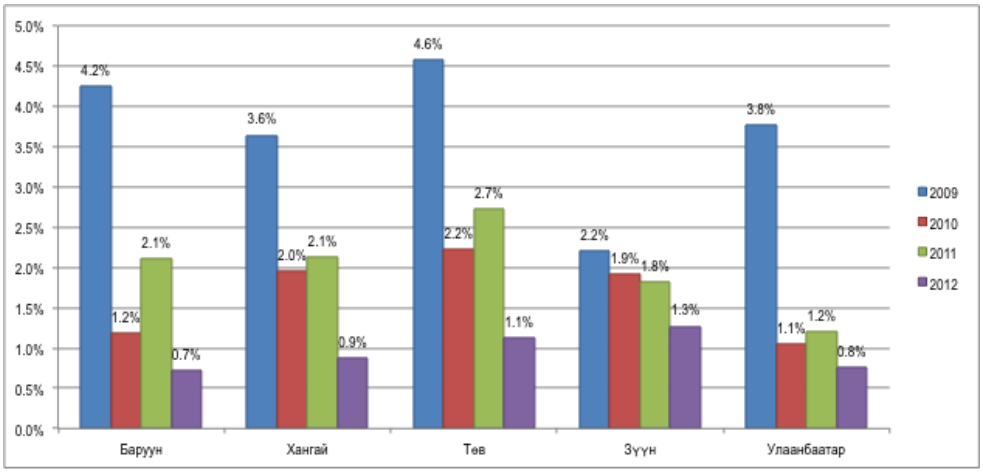
Зураг 9: Сүйрэлд орохуйц эрүүл мэндийн зардал төлсөн өрхийн тархалт



Эх сурвалж: Өрхийн Нийгэм Эдийн Засгийн судалгаа, 2010-2012

Санхүүгийн сүйрэлд орохуйц эрүүл мэндийн зардал төлсөн өрхийн 70% нь хангай, төв, болон зүүн бүсэд амьдарч байна (Зураг 11).

Зураг 10: Сүйрэлд оруулахуйц эрүүл мэндийн зардал төлсөн өрхийн газар зүйн тархалт



Эх сурвалж: Өрхийн Нийгэм Эдийн Засгийн судалгаа, 2009-2012

Нийт өрхийн 2010 онд 1.1%, 2011 онд 1.2%, болон 0.6% нь 2012 онд тус бүр эрүүл мэндийн бараа, үйлчилгээний төлбөрөөс болж ядууралд өртжээ. Энэ нь 2010 онд 7602 Монгол өрх байсан бол 2012 онд 4685 өрх болж буурсан. Үүнийг 2009 оны үр дүнтэй харьцуулахад ядуурсан өрхийн тоо 2012 он гэхэд 40%-иар буурчээ (Хүснэгт 15).

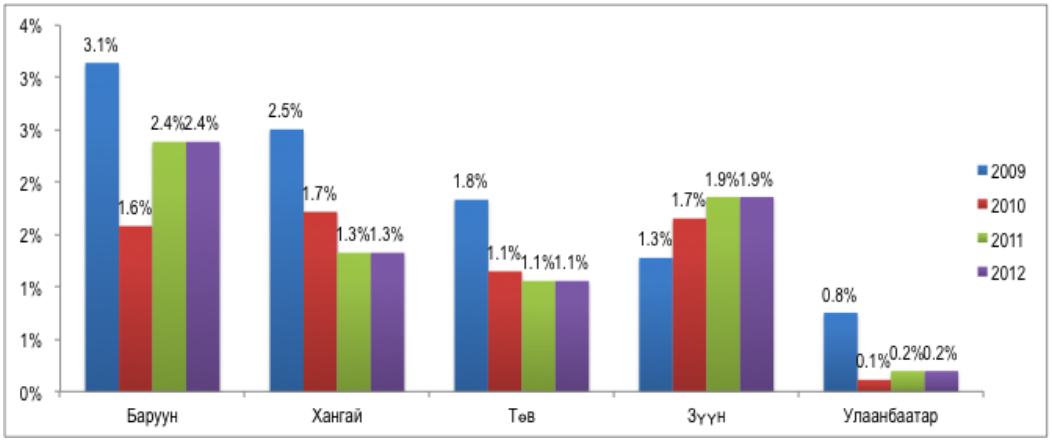
Хүснэгт 15: Ядуурсан өрхийн тархалт орлогын бүлгээр

Орлогын бүлэг	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
1	0.0%	4.0%	4.1%	2.7%
2	7.0%	0.3%	0.7%	0.1%
3	1.1%	0.1%	0.1%	-
4	0.5%	-	-	-
5	0.4%	-	-	-
Нийт	1.8%	1.1%	1.2%	0.6%

Эх сурвалж: Өрхийн Нийгэм Эдийн Засгийн судалгаа, 2009-2012

Түүнчлэн ядууралд өртсөн өрхүүд нь орлогын нэн ядуу болон ядуу бүлгийнх байгаа бөгөөд 80% нь баруун, зүүн, болон хангайн бүсэд амьдарч байна. Эрүүл мэндийн төлбөрийн улмаас ядуурсан өрхийн 3% нь Улаанбаатар хотынх болно (2011 ба 2012).

Зураг 11: Эрүүл мэндийн зардлаас үүдэлтэй ядуурсан өрхийн газар зүйн тархалт

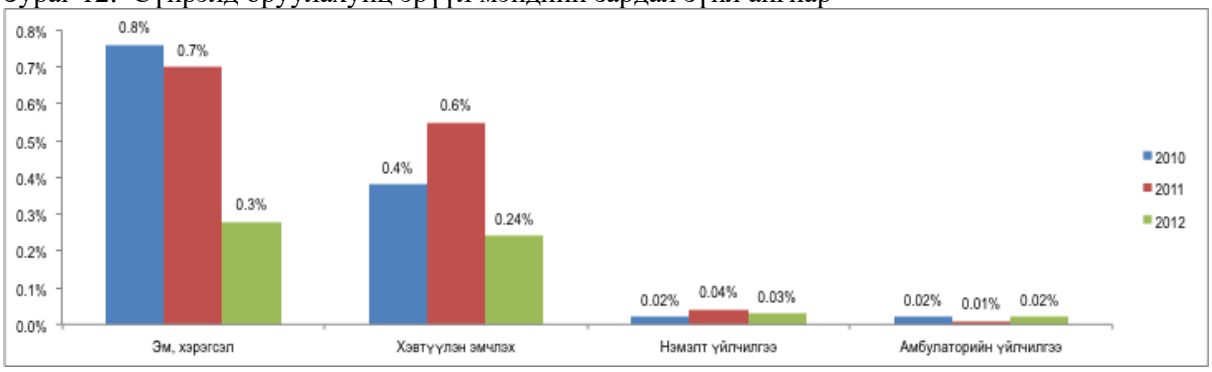


Эх сурвалж: Өрхийн Нийгэм Эдийн Засгийн судалгаа, 2009-2012

Монгол улсад өрхүүд эм эмнэлгийн хэрэгсэл болон хэвтүүлэн эмчлэхэд зориулан гаргасан зардлын улмаас санхүүгийн сүйрэлд орохуйц нөхцөл байдалд орж байна. Энэ нь сүйрэлд оруулахуйц эрүүл мэндийн зардал гаргасан өрхийн 2010 онд 80%

нь 2012 онд 60% нь эм эмнэлгийн хэрэгсэл худалдан авах болон хэвтэн эмчлүүлэхдээ төлбөр төлсөний улмаас ийм болжээ. Эдгээр хувь хэмжээ 2010-аас 2012 онуудад нэлээд хувиар буурсан. Ялангуяа эм хэрэгсэлийн улмаас сүйрэлд оруулах эрүүл мэндийн зардал гаргасан өрхийн хувь 2010 онд 0.8% байсан бол 2012 онд 0.3% болж 2.7 дахин буурсан байна (Зураг 13).

Зураг 12: Сүйрэлд оруулахуйц эрүүл мэндийн зардал зүйл ангиар



Эх сурвалж: Өрхийн Нийгэм Эдийн Засгийн судалгаа, 2009-2012

Эм хэрэгсэлийн төлбөрийн улмаас санхүүгийн сүйрэлд орсон өрхүүдийн хувь орлогын бүх бүлгүүдийн хувьд 2010-2012 онуудад буурсан үзүүлэлттэй байна (Хүснэгт 16).

Хүснэгт 16: Сүйрэлд оруулахуйц эрүүл мэндийн зардал зүйл ангиар болон орлогын бүлгээр, 2010-2012

Орлогын бүлэг	Эм			Хэвтүүлэн эмчлэх			Нэмэлт үйлчилгээ			Амбулатори		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
1	0.4%	0.64 %	0.08 %	0.2%	0.4%	0.1%	-	-	-	-	-	0.04 %
2	0.5%	0.6%	0.2%	0.1%	0.5%	-	-	-	-	-	0.03 %	-
3	0.3%	0.6%	0.2%	0.3%	0.2%	0.1%	0.03 %	-	-	0.03 %	-	0.04 %
4	1.0%	0.8%	0.4%	0.2%	0.4%	0.4%	-	0.1%	0.04 %	0.1%	0.01 %	-
5	1.7%	0.8%	0.5%	1.1%	1.3%	0.7%	0.1%	0.1%	0.1%	-	-	0.02 %
Нийт	0.8%	0.7%	0.3%	0.4%	0.6%	0.24 %	0.02 %	0.04 %	0.03 %	0.02 %	0.01 %	0.02 %

Эх сурвалж: Өрхийн Нийгэм Эдийн Засгийн судалгаа, 2009-2012

Баруун бүсийн аймгуудаас бусад бүс нутагт санхүүгийн сүйрэлд оруулахуйц эрүүл мэндийн төлбөр төлсөн өрхийн тоо 2010-2012 онуудад буурсан.

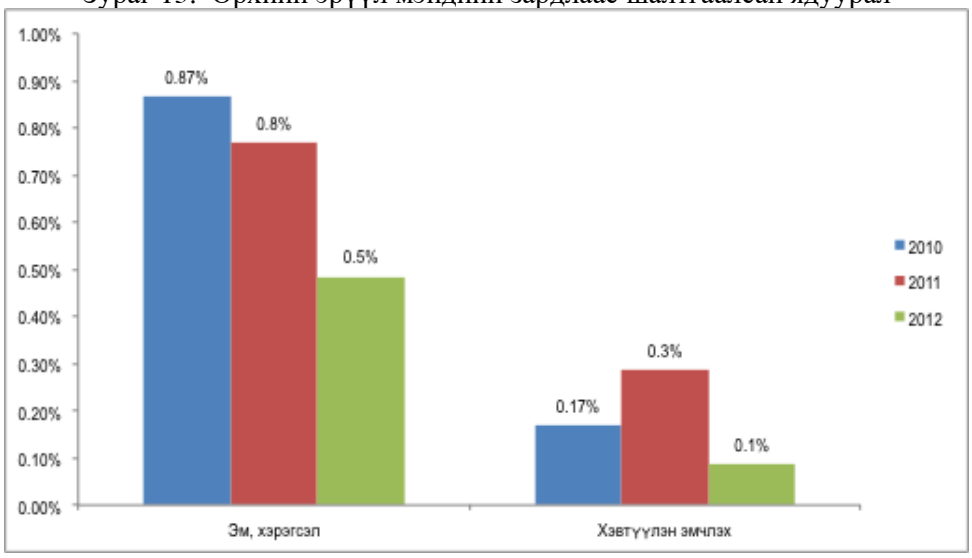
Хүснэгт 17: Сүйрэлд оруулахуйц эрүүл мэндийн зардал зүйл ангиар болон газар зүйн бүс нутгаар, 2010-2012

Газар зүйн бүс	Эм, хэрэгсэл			Хэвтэн эмчлүүлэх			Амбулатори			Нэмэлт үйлчилгээ		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Баруун	0.4%	0.3%	0.4%	0.4%	1.2%	0.1%	0.1%	-	-	-	-	-
Хангай	1.1%	1.4%	0.2%	0.5%	0.3%	0.3%	-	-	0.1%	-	0.1%	-
Төв	1.3%	1.0%	0.5%	0.5%	0.9%	0.2%	-	0.1%	0.1%	-	0.2%	-
Зүүн	1.0%	0.6%	0.4%	0.4%	0.3%	0.7%	-	-	-	-	0.1%	0.1%
Улаанбаатар	0.4%	0.4%	0.2%	0.3%	0.4%	0.2%	-	-	-	-	0.1%	-
Нийт	0.8%	0.7%	0.3%	0.4%	0.6%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%

Эх сурвалж: Өрхийн Нийгэм Эдийн Засгийн судалгаа, 2009-2012

Эрүүл мэндийн зардлаас үүдэлтэйгээр өрх ядууралд орох үндсэн шалтгаан нь эм болон эмнэлгийн хэрэгслийн төлбөр болж байна (Зураг 14).

Зураг 13: Өрхийн эрүүл мэндийн зардлаас шалтгаалсан ядуурал



Эх сурвалж: Өрхийн Нийгэм Эдийн Засгийн судалгаа, 2009-2012

Доорх хүснэгтэд тооцоолсончлон ядуу өрх эм эмнэлгийн хэрэгсэл болон хэвтэн эмчлүүлэх үйлчилгээний зардлаас үүдэлтэйгээр ядууралд өртсөн байна (Хүснэгт 18).

Хүснэгт 18: Өрхийн эрүүл мэндийн зардлаас шалтгаалсан ядуурал зардлын зүйл ангиар болон орлогын бүлгээр, 2010-2012

Орлогын бүлэг	2010		2011		2012	
	Эм	Хэвтэн эмчлүүлэх	Эм	Хэвтэн эмчлүүлэх	Эм	Хэвтэн эмчлүүлэх
1	3.35%	0.63%	2.95%	1.0%	2.1%	0.4%
2	0.17%	0.04%	0.3%	0.2%	0.1%	-
3	0.09%	0.05%	0.05%	0.05%	-	-
4	-	-	-	-	-	-
5	-	-	-	-	-	-

Нийт	0.87%	0.2%	0.8%	0.3%	0.5%	0.1%

Эх сурвалж: Өрхийн Нийгэм Эдийн Засгийн судалгаа, 2009-2012

a) Санхүүгийн сүйрэлд оруулах эрүүл мэндийн зардалд нөлөөлөх хүчин зүйлс

Регрессийн шинжилгээгээр өрх эрүүл мэндээс үүдэлтэйгээр санхүүгийн сүйрэлд орохуйц зардлыг гаргахад нөлөөлж болох хүчин зүйлсийг тооцон гаргав (Хүснэгт 19). Өрхийн орлогын түвшин өсөх тусам санхүүгийн сүйрэлд оруулахуйц эрүүл мэндийн зардал төлөх магадлал нэмэгдэж байгаа нь чинээлэг өрхүүд эрүүл мэндээс үүдэлтэй өндөр төлбөрийг төлж сүйрэлд орж байгааг харуулж байна. Түүнчлэн өрхийн гишүүдийн тоо нэмэгдэх, хот сууриан газарт амьдрах, 60-аас дээш насны хөгшидтэй байх зэрэг нь өрхийг сүйрэлд оруулах эрүүл мэндийн төлбөр зардалд өртүүлэх шалтгаанууд болж байна. Таваас доош насны хүүхэдтэй байх болон өрх толгойлсон эрчүүд зэрэг хүчин зүйлс тухайн өрхийг сүйрэлд оруулахуйц эрүүл мэндийн зардалд өртөхөд нөлөөлөхгүй байна.

Хүснэгт 19: Сүйрэлд оруулахуйц эрүүл мэндийн зардал төлөхөд нөлөөлөх хүчин зүйлс

	2010			**2011**			**2012**		
Хамаарах хувьсагч: Өрхийг сүйрэлд оруулахуйц эрүүл мэндийн зардал	Odds Ratio	P>z	[95% Conf.	Odds Ratio	P>z	[95% Conf.	Odds Ratio	P>z	[95% Conf.
Өрхийн гишүүний тоо	1.838	0.000	1.425	1.420	0.002	1.132	1.845	0.000	1.355
Хот	3.261	0.000	2.331	1.974	0.000	1.453	2.517	0.000	1.744
Таваас доош насны хүүхэд	1.237	0.197	0.896	0.655	0.026	0.451	0.564	0.013	0.360
Өндөр настан	0.463	0.000	0.372	0.556	0.000	0.461	0.530	0.000	0.409
Өрхийн тэргүүн нь эрэгтэй	0.616	0.008	0.430	0.882	0.447	0.639	0.576	0.011	0.377
Орлогын бүлэг 2	1.325	0.392	0.695	1.394	0.144	0.892	1.951	0.162	0.764
Орлогын бүлэг 3	1.873	0.056	0.984	1.322	0.252	0.820	2.516	0.052	0.994
Орлогын бүлэг 4	5.288	0.000	3.023	1.532	0.084	0.944	8.744	0.000	3.851
Орлогын бүлэг 5	10.464	0.000	6.122	3.071	0.000	1.971	15.969	0.000	7.108

Эх сурвалж: Өрхийн Нийгэм Эдийн Засгийн судалгаа, 2009-2012

Улсын төсвөөс эрүүл мэндэд зарцуулах зардлын хүртээмжийн шинжилгээ

Уг шинжилгээ нь улсын төсвөөс эрүүл мэндэд зарцуулах татаасыг хүн амын орлогын бүлгээр хэрхэн хүртсэн байдлыг харуулдаг. Бид энэ дүн шинжилгээнд улсын төсвөөс санхүүжиж буй эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний тархалтыг тооцож үзэв.

a) Эрүүл мэндэд зарцуулах улсын төсөв болон эрүүл мэндийн даатгалын зардлын талаар товч

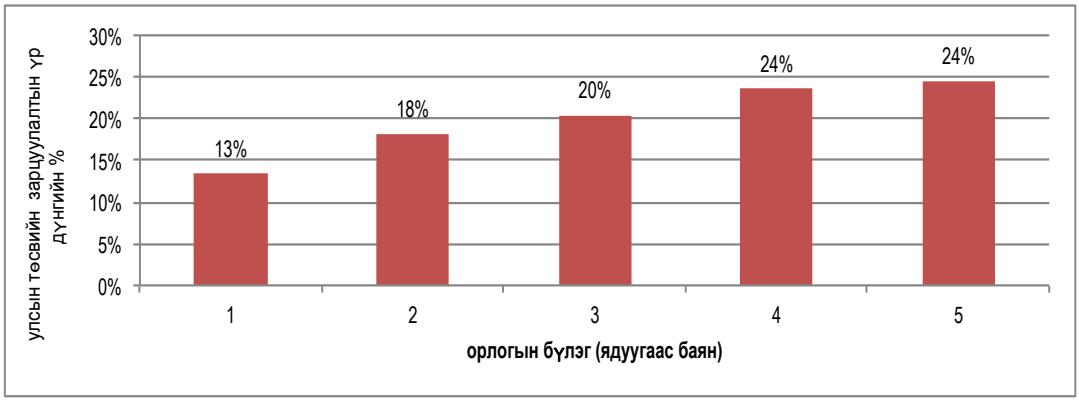
Засгийн газар болон эрүүл мэндийн даатгалаас төрийн өмчийн эмнэлгүүдийн төсвийн дийлэнхийг санхүүжүүлдэг. Нийгмийн эрүүл мэнд түүний дотор анхан шатны тусламж үйлчилгээ, төрөх, болон хүүхдийн тусламж үйлчилгээ, халдварт өвчиний эмчилгээний зардлыг улсын төсвөөс гаргахаас гадна хүн амын эмзэг бүлгийн эрүүл мэндийн даатгалын шимтгэлийг мөн татаас болгож төлнө. Энэ судалгаагаар бид улсын төсвийн нийт зардлыг тооцон түүний хүн амын орлогын бүлгүүд болон бусад нийгэм эдийн засгийн үзүүлэлтээр тархалтын дүн шинжилгээг хийв. Эрүүл мэндийн салбарт зарцуулагдах улсын төсвийн үр дүнг дараах байдлаар тооцов. Үүнд:

Эхлээд төрийн өмчийн эрүүл мэндийн бүх төрлийн байгууллагуудын улсын төсвөөс авсан санхүүжилтийг газар зүйн таван бүс бүрээр байгууллага бүрээр гаргаж тооцов. Дараа нь эрүүл мэндийн байгууллага бүрийн нийт зардлаас албан төлбөрийн дүнг хасч татаасын цэвэр дүнг гаргасан. Энэ дүнг амбулатори болон хэвтэн эмчлүүлэх тусламж үйлчилгээгээр өртгийн судалгааны үр дүнг ашиглан хуваарилав. Дараа нь судалгаагаар тухайн бүс нутагт амбулаторийн ба хэвтэн эмчлүүлэх тусламж үйлчилгээ авсан хувь хүн бүрээр хувийг тооцсон. Тухайн бүс нутгийн нийт амбулаторийн үзлэг болон хэвтэн эмчлүүлсэн ор хоногийн тоонд тухайн хувь хүний авсан үйлчилгээний эзлэх хувийг ашиглан тухайн үйлчилгээний цэвэр татаасыг хувь хүн бүрт хуваарилна. Дараа нь судалгаанд хамрагдсан хувь хүн бүрийн үйлчилгээ бүрээр авсан татаасыг эрүүл мэндийн байгууллага бүрээр тооцсон нийлбэрийг тооцно. Ийнхүү хувь хүмүүсийг амьжиргааны түвшингээр нь ангилж хувь хүн бүрийн хүртсэн эрүүл мэндийн татаасыг тооцон эрүүл мэндэд улсын төсвөөс олгох татаасын тархалтыг гаргав.

а) Улсын төсвөөс эрүүл мэндэд зарцуулах зардлын байдал орлогын бүлгээр

Доорх графикт тооцсончлон улсын төсвийн эрүүл мэндийн зардлын тархалт регрессив урвуу хамааралтай буюу чинээлэг бүлэг ядуусаас илүү хүртэж байгааг харуулж байна.

Зураг 14: Улсын төсвөөс эрүүл мэндэд зарцуулах зардал хүн амын орлогын бүлгээр, 2012



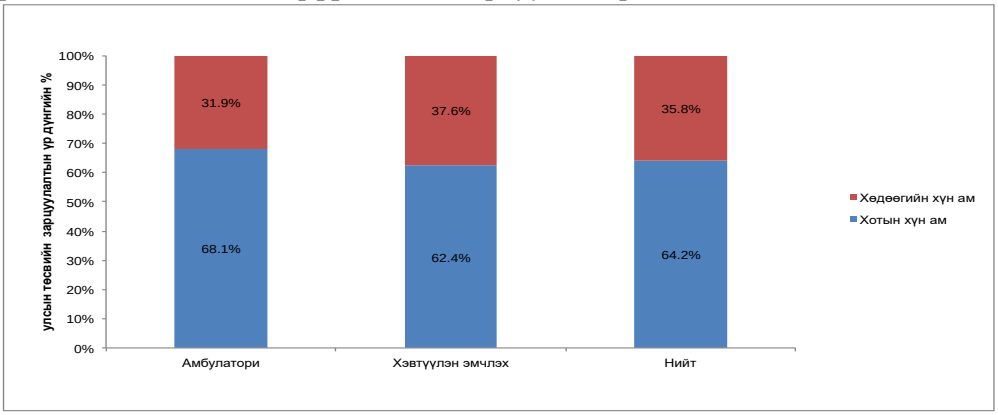
Эх сурвалж: Өрхийн Нийгэм Эдийн Засгийн судалгаа, 2012

Хүн амын хамгийн ядуу 20% нь эрүүл мэндэд улсын төсвөөс зарцуулах зардлын 13%-ийг хүртсэн байхад хамгийн чинээлэг 20% нь нийт төсвийн 24%-ийг тус бүр хүртжээ. Иймээс улсын төсвөөс чинээлэг иргэд илүү хүртэж татаасын хуваарилалтын хэмжээ хүн амын орлогын бүлэг дээшлэх тусам нэмэгдэж байгаагаар харагдаж байна.

b) Улсын төсвөөс эрүүл мэндэд зарцуулах зардлын байдал хөдөө хотод

Хот суурин газрын иргэд нийт татаасын болон амбулатор хэвтэн эмчлүүлэх зардлын гуравны хоёрыг хүртэж байна (Зураг 16). Хотын хүн амд нөөцийн нэлээд хэсгийн авч байгаа нь Улаанбаатар хотын иргэдэд зарцуулах төсвийн хувь өндөр байгаатай холбоотой байна (Зураг 18).

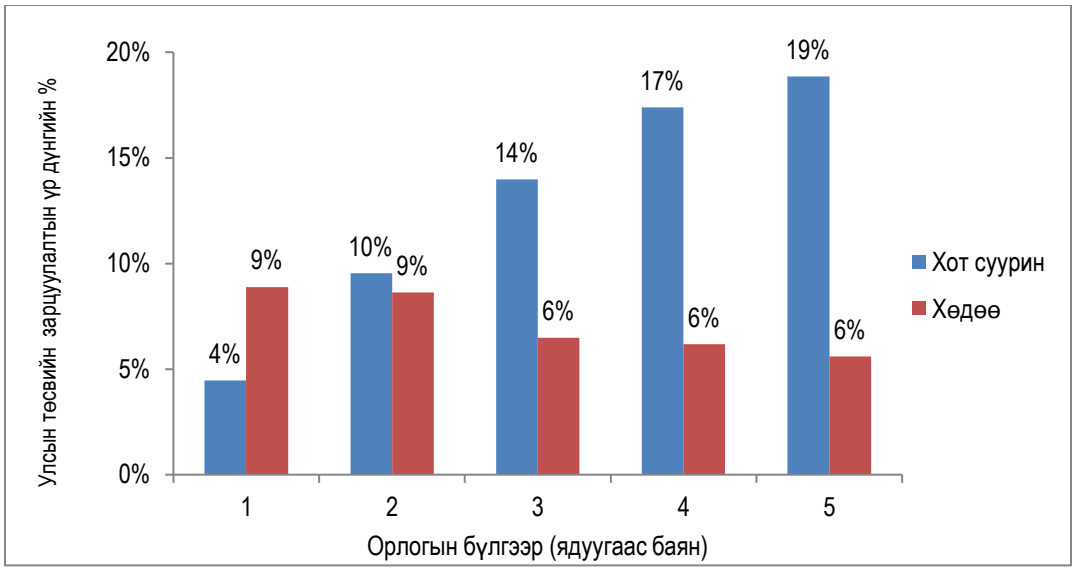
Зураг 15: Улсын төсвөөс эрүүл мэндэд зарцуулах зардал хөдөө хотод, 2012



Эх сурвалж: Өрхийн Нийгэм Эдийн Засгийн судалгаа, 2012

Гэвч улсын төсвөөс эрүүл мэндэд зарцуулах зардлын хэмжээ хөдөө орон нутагт орлогын бүлгүүд өсөх тусам буурч байна. Энэ нь хөдөөгийн чинээлэг иргэд хөдөөгөөс илүүтэйгээр тухайлбал Улаанбаатар хотын эмнэлгүүдээр үйлчлүүлж байгаатай холбоотой юм (Зураг 17).

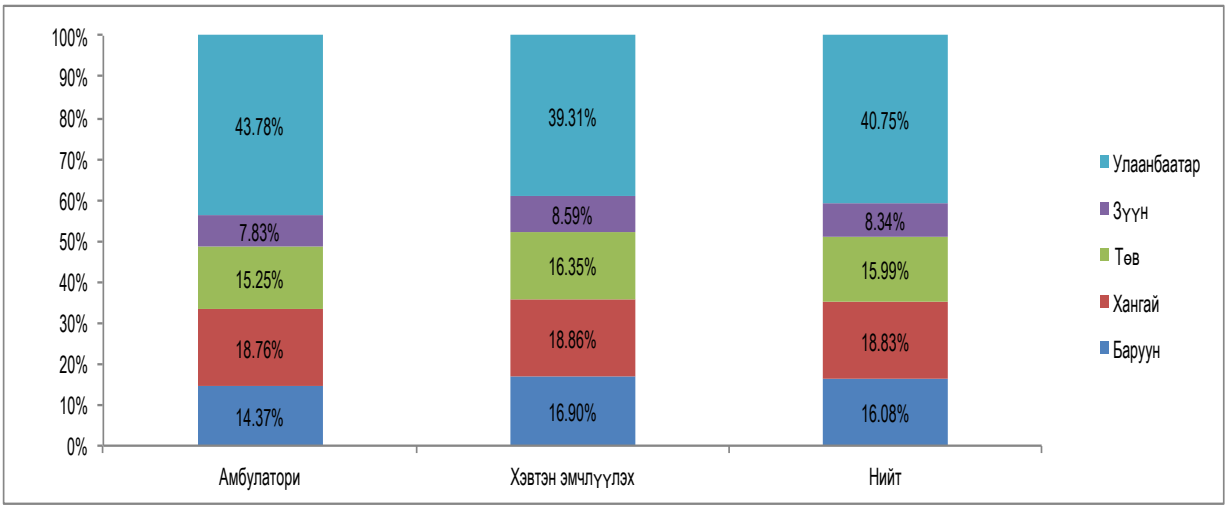
Зураг 16: Эрүүл мэндийн улсын төсвийн зардал хот хөдөөд орлогын бүлгээр, 2012



Эх сурвалж: Өрхийн Нийгэм Эдийн Засгийн судалгаа, 2012

c) Улсын төсвөөс эрүүл мэндэд зарцуулах зардал газар зүйн бүс нутгаар

Зураг 17: Улсын төсвөөс эрүүл мэндэд зарцуулах зардал газар зүйн бүс нутгаар, 2012

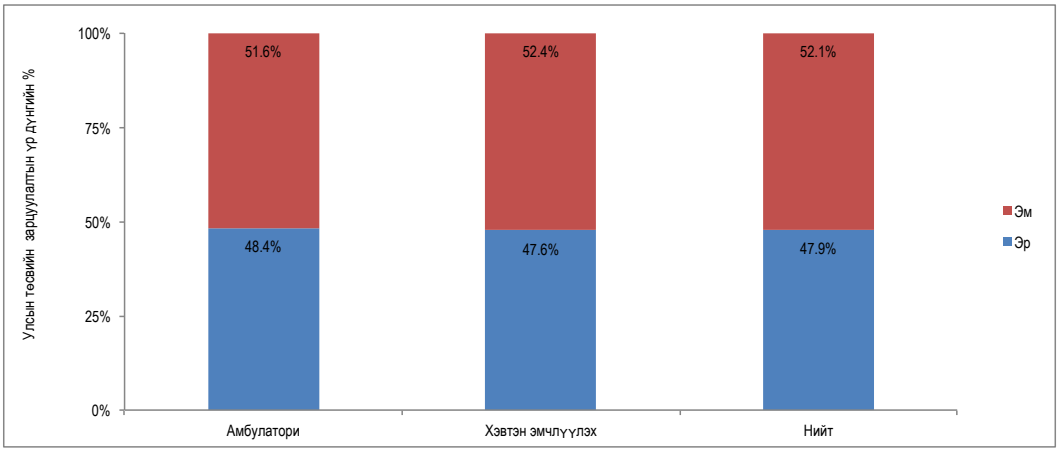


Эх сурвалж: Өрхийн Нийгэм Эдийн Засгийн судалгаа, 2012

d) Улсын төсвөөс эрүүл мэндэд зарцуулах зардал хүйсээр

Эрэгтэйчүүдийн хүртэх улсын төсвийн хувь хэмжээ эмэгтэйчүүдийнхээс арай бага байна (Зураг 19).

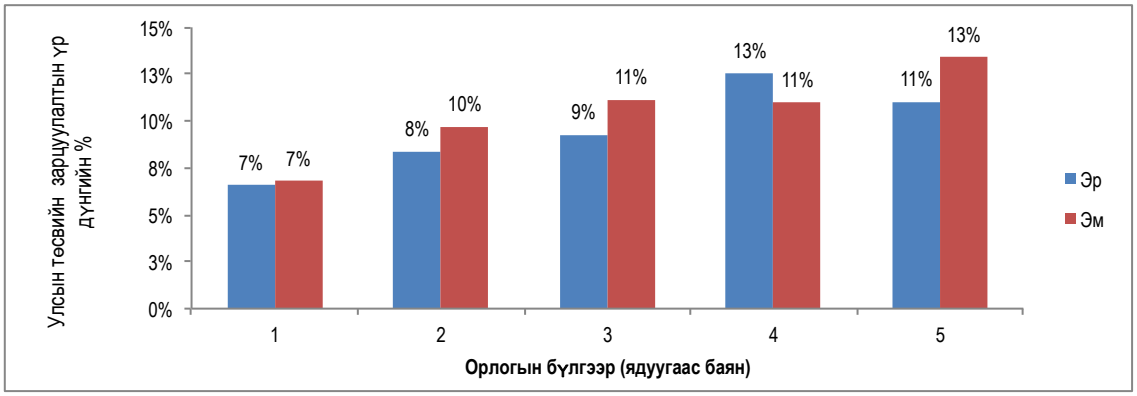
Зураг 18: Улсын төсвийн эрүүл мэндийн зардал хүйсээр, 2012



Эх сурвалж: Өрхийн Нийгэм Эдийн Засгийн судалгаа, 2012

Эрэгтэй эмэгтэй хүмүүсийн хоёулангийнх нь хувьд орлогын бүлэг дээшлэх тусам эрүүл мэндийн зардлын хүртээмж нэмэгдэж байна.

Зураг 19: Улсын төсвийн эрүүл мэндийн зардал хүйсээр болон орлогын бүлгээр, 2012



Эх сурвалж: Өрхийн Нийгэм Эдийн Засгийн судалгаа, 2012

е) Улсын төсвөөс эрүүл мэндэд зарцуулах зардал эрүүл мэндийн байгууллагаар

Хүснэгт 20-д эрүүл мэндэд зарцуулах улсын төсвийн санхүүжилтийн байдлыг эрүүл мэндийн байгууллагуудын төрлөөр харуулжээ. Анхан шатны тусламж үйлчилгээнд зарцуулсан улсын төсвөөс ядуу бүлгийнхэн чинээлэг бүлгийнхэнтэй ижил хэмжээтэй хүртэж байна.

Хүснэгт 20: Улсын төсвөөс эрүүл мэндэд зарцуулах зардал эрүүл мэндийн байгууллагын шатлал болон хүн амын орлогын бүлгээр, 2012

Орлогын бүлэг	Төв эмнэлэг, тусгай мэргэжлийн төвүүд	Аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг	Анхан шатны эрүүл мэндийн байгууллага
1	1.8%	4.3%	7.4%
2	4.4%	5.4%	7.4%

3	4.8%	7.7%	7.8%
4	7.0%	7.5%	8.7%
5	11.4%	6.9%	7.5%
Нийт	29.4%	31.7%	38.9%

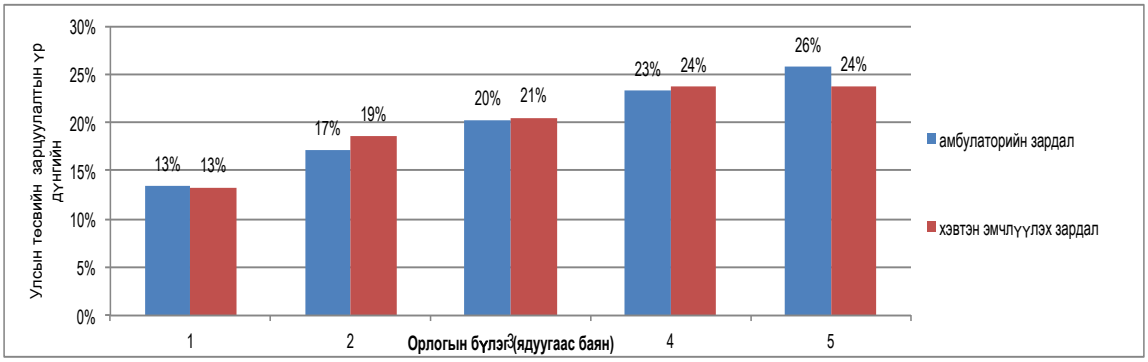
Эх сурвалж: Өрхийн Нийгэм Эдийн Засгийн судалгаа, 2009-2012

Нөгөө талаар чинээлэг иргэд гурав дах шатлалын тусламж үйлчилгээ үзүүлдэг төв эмнэлэг, тусгай мэргэжлийн төвүүдээр үйлчлүүлж улсын төсвөөс хамгийн ядуу бүлгийнхэнтэй харьцуулахад 6.3 дахин их татаасыг хүртсэн байна.

f) Улсын төсвөөс эрүүл мэндэд зарцуулах зардал тусламж үйлчилгээний төрлөөр

Улсын төсвөөс амбулаторийн болон хэвтэн эмчлүүлэх тусламж үйлчилгээнд зарцуулах төсвийн хэмжээ хүн амын орлогын бүлэг дээшлэх тусам нэмэгдэж байна (Зураг 19).

Зураг 20: Улсын төсвөөс эрүүл мэндэд зарцуулах зардал тусламж үйлчилгээний төрөл болон орлогын бүлгээр, 2012



Эх сурвалж: Өрхийн Нийгэм Эдийн Засгийн судалгаа, 2012

g) Нэг хүнд ногдох улсын төсвийн эрүүл мэндийн зардлын шинжилгээ

Нэг хүнд ногдох улсын төсвийн татаас 2012 онд 6157 төгрөгтэй тэнцэж байна. Нэг хүнд ногдох нийт зардлын гуравны нэгийг амбулаторийн тусламж үйлчилгээнд үлдсэнийг хэвтэн эмчлүүлэхэд зарцуулжээ. Өртгийн судалгаагаар нэмэлт үйлчилгээ болон эмийн зардал гэх мэт зүйл ангиар зардлыг ангилж тооцоогүй (Хүснэгт 21).

Хүснэгт 21: Нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн улсын төсвийн дундаж зардал тусламж үйлчилгээний төрлөөр, 2012

	Дундаж	Шугаман Стандарт алдаа.	Итгэлцлийн интервал [95%	]
Амбулатори	1986	44	1899	2073

Хэвтэн эмчлүүлэх	4171	106	3964	4379
Нийт зардал	6157	124	5915	6400

Эх сурвалж: Өрхийн Нийгэм Эдийн Засгийн судалгаа, 2012

Хүснэгт 22: Нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн улсын төсвийн дундаж зардал тусламж үйлчилгээний төрөл хүн амын орлогын бүлгээр, 2012

	Улсын төсвийн амбулаторийн зардал				Улсын төсвөөс олгох хэвтэн эмчлүүлэх зардал			
Орлогын бүлэг	Дундаж	Стандарт алдаа.	[95% Итгэлцлийн инрервал	]	Дундаж	Стандарт алдаа.	[95% Итгэлцлийн инрервал	]
1	1338	76	1189	1486	2771	136	2504	3038
2	1710	88	1537	1883	3884	230	3434	4335
3	2015	100	1818	2211	4291	215	3870	4712
4	2309	109	2096	2523	4944	324	4308	5579
5	2566	117	2338	2795	4967	239	4499	5436

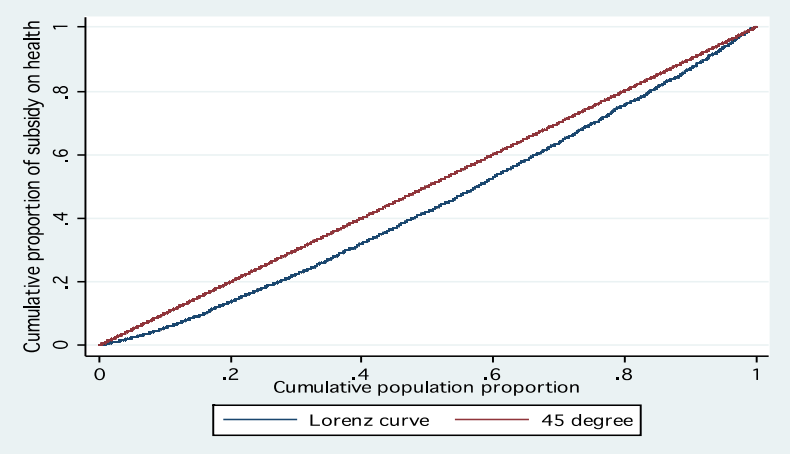
Эх сурвалж: Өрхийн Нийгэм Эдийн Засгийн судалгаа, 2012

Хүн амын хамгийн орлого өндөртэй иргэд нэн ядуу иргэдээс хоёр дахин их хэмжээний татаасыг хэрэглэжээ.

Зураг 22-ын хэвтээ тэнхлэгт нэг хүнд ногдох зардлын түвшинг босоо тэнхлэгт тэдний 2012 онд авсан эрүүл мэндийн улсын төсвийн татаасыг дүрсэлжээ[5]. Цаашлаад 23 дугаар зурагт харуулсанчлан ядуу иргэд эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ авах хэрэгцээгээ илэрхийлэх нь бага байгаа бөгөөд улсын төсвөөс чинээлэг иргэдээс доогуур татаасыг хэрэглэжээ. Үүнээс хархад засгийн газраас эрүүл мэндэд зарцуулах төсөв орлогын бүлэг дээшлэх тусам нэмэгдэх буюу регрессив хамааралтай байна.

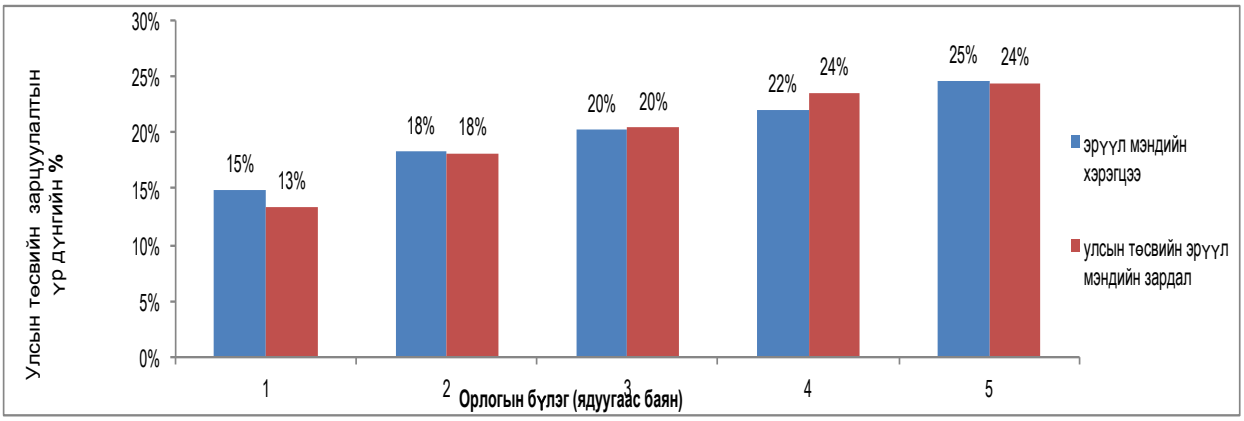
Зураг 21: Эрүүл мэндэд зарцуулах улсын төсвийн татаасын Лоренцын муруй, 2012

[5]Зардлын хамгийн тэгш хуваарилалт 45 градусын шугаман дээр буюу хүн амын нэн ядуу 20%-ийн иргэд татаасын 20%-ийг хүртэх ёстой юм.



Эх сурвалж: Өрхийн Нийгэм Эдийн Засгийн судалгаа, 2012

Зураг 22: Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хэрэгцээ ба улсын төсвийн эрүүл мэндийн зардал, 2012



Эх сурвалж: Өрхийн Нийгэм Эдийн Засгийн судалгаа, 2012

Хэлцэл

Уг тайлангаар Монголын Өрхийн Нийгэм Эдийн Засгийн 2010-2012 оны судалгаануудын тоон мэдээнд дүн шинжилгээ хийж эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хэрэглээ, эрүүл мэндийн бараа, үйлчилгээнд хувь хүний төлөх төлбөр, өрхийг санхүүгийн сүйрэл ядууралд оруулахуйц төлбөр төлсөн байдал мөн улсын төсвөөс эрүүл мэндэд олгож буй татаасыг хэн хүртэж байгаа талаарх дүр зургийг гаргалаа. Дүн шинжилгээний үр дүнг 2009 оны тоон мэдээлэлтэй харьцуулж үзлээ. Дүн шинжилгээгээр гаргасан үр дүн холбогдох асуудлын талаар хэлцэхийн өмнө судалгааны тоон мэдээлэл болон бусад хязгаарлагдмал байдал анхаарах асуудлын талаар товч тайлбар хийх нь зүйтэй.

ӨНЭЗС-ы тайланд тэмдэглэсэнчлэн судалгааны тоо мэдээллийн чанарын

шаардлагыг хангасан гэж үздэг бөгөөд учир нь судалгааны ажлын шат бүрд дотоодын болон олон улсын шинжээчид Үндэсний статистикийн хороонд зөвлөгөө өгч судалгааны ажиллагааг чиглүүлж байсан. Гэвч ҮСХ-оос судалгаатай холбоотой тулгамдсан асуудлыг нээлттэй тэмдэглэсэн байдаг бөгөөд үүнд тухайлбал түүврийн бус буюу судалгааны зохиомж хэрэгжүүлэлттэй холбоотой зарим асуудлыг хэлж болно. Учир нь ӨНЭЗС гэх мэт томоохон судалгаа нь өрхөөс их хэмжээний мэдээллийг цуглуулах болдог тул буруу мэдээлэх, хэтрүүлэн эсхүл дутуу мэдээлэх зэрэг алдаанууд гардаг байна.

Нөгөө талаар хэвтэн эмчлүүлэх тусламж үйлчилгээний мэдээлэл эргэн санах хугацаа нь судалгааны эрүүл мэндийн болон хүнсний бус хэсэгт өөр өөр хугацаатай байна. Эрүүл мэндийн хэсэгт схувь хүний сүүлийн 12 сард төлсөн төлбөрийг асуусан бол хүнсний хэсэгт сүүлийн сар болон сүүлийн 12 жилийг асуусан байна. Ийнхүү мэдээлэл санах өөр өөр хугацааг ашиглах нь тоон мэдээллийн хэмжилтийн алдааг бий болгох талтай. Гэвч бид энэхүү дүн шинжилгээ хийхдээ ижил эх үүсвэр болон аргачлалыг ашигласан тул цаг хугацааны туршид бөгөөд Монгол улсын дотоодын харьцуулалт хийхэд шр дүнд төдийлөн нөлөөлөхгүй.

Судалгаанд эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хэрэглээ нь хувь хүн өөрөө мэдээлсэн мэдээлэлд үндэслэгдсэн бөгөөд үүнд тухайн хүний эрүүл мэндийн талаарх хүлээлт, хэмж хэмжээ болон хүйс, нас болон эрүүл мэндийн үзүүлэлт болон бусад хүчин зүйлээс шалтгаалсан хязайлт гарна. Түүнчлэн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хэрэглээний тооцоолол нь хувь хүн өөрөө мэдүүлсэн мэдээлэлд үндэслэгдэх тул нийлүүлэгчийн талаас санаачилсан тухайлбал урьдчилан сэргийлэх үзлэг зэрэг ороогүй болно.

Уг дүн шинжилгээгээр эрүүл мэндийн салбарын дараах тулгамдсан асуудлууд байгааг дурдаж болно. Үүнд:

Чинээлэг хүмүүстэй харьцуулахад ядуу иргэдийн тусламж үйлчилгээний хүртээмж доогуур байгаа бөгөөд тэд улсын төсвөөс бага хэмжээний нөөцийг хүртэж байна. Ядуу иргэд амбулаторийн тусламж үйлчилгээг чинээлэг иргэдээс бага хүртэж байна. Хэвтүүлэн эмчлэх тусламж үйлчилгээний хэрэглээ ядуу иргэдийн хувьд 2009-2012 онуудад буурч байхад чинээлэг иргэдийнх өссөн үзүүлэлттэй байна.

Хэдийгээр ядуу иргэд илүүтэйгээр тусламж үйлчилгээ хэрэгцээтэй ч янз бүрийн шалтгааны улмаас тэд өвчин эмгэгийнхээ талаар чинээлэг иргэдээс дутуу мэдүүлж байна. Чинээлэг иргэдтэй адилаар хүн амын орлого багатай бүлгийн эрүүл мэндийн тусламж аваагүй шалтгаанд өвчнөө онц хүнд биш гэж үзэн өөрөө өөрийгөө эмчлэх нь түгээмэл байна. Монгол улсын иргэдийн дунд эм худалдан авч өөрөө өөрийгөө эмчлэх явдал түгээмэл байгаа бөгөөд энэ талаар бид доор зарим асуудлыг хөндөн хэлцэх болно.

Гэхдээ цаашлаад судалж үзвээс хүн амын орлого багатай иргэдийн тусламж үйлчилгээ авахгүй байх шалтгаанд үйлчилгээ авахад тулгарах санхүүгийн хүндрэл болон эрүүл мэндийн байгууллага хүртэлх зай болон тээврийн хэрэгсэл байхгүй байх явдал орж байна.

Тиймээс ядуу иргэд анхан шатны тусламж үйлчилгээний байгууллагаар түлхүү үйлчлүүлж байхад чинээлэг иргэд гурав дах шатлалын эмнэлгүүд болон хувийн хэвшлийн байгууллагад хандаж байна. Анхан шатны тусламж үйлчилгээг сумын болон өрхийн эрүүл мэндийн төвүүд үзүүлдэг бөгөөд өрх гэрүүдэд илүү ойр байрлахын дээр улсын төсвөөс санхүүждэг. Зарим төрлийн зайлшгүй шаардлагатай эмийн хамтын төлбөр байгаа ч анхан шатны тусламж үйлчилгээнд үнэ төлбөргүй буюу аливаа албан төлбөр байхгүй.

Хувь хүний төлөх эрүүл мэндийн төлбөр 2010-2012 онуудад буурсан нь нийт зардалд өрхийн төлбөрийн чадварын хувь тухайн жилүүдэд нэмэгдсэнтэй холбоотой байна. Түүнчлэн эрүүл мэндийн санхүүжилтийн бодлогын зарим арга хэмжээний хэрэгжилт ч энэхүү эерэг үр дүнд нөлөөлсөн. Тухайлбал, Эрүүл мэндийн яамнаас Өртөг ойролцоо оношийн 115 бүлгийг 2010 оноос эхлэн хэрэгжүүлж эрүүл мэндийн байгууллагын эрүүл мэндийн байгууллагаас үзүүлэх хэвтүүлэн эмчлэх, оношлогоо болон хөнгөвчлөх тусламж үйлчилгээг санхүүжүүлж байна. Дүн шинжилгээг хамарсан гурван жилийн хугацаанд төлбөрийн тарифын хэмжээг нэмэгдүүлсэн нь үйлчилгээний өртөг зардлын хамралтыг нэмэгдүүлсэн болно. Эдгээрээс хамгийн чухал ач холбогдолтой нь эрүүл мэндийн даатгалын үнийн хөнгөлөлттэй эмээр үйлчлэх хувийн эмийн сангуудын тоо нэмэгдсэн явдал бөгөөд үүнтэй холбоотойгоор 2010 онтой харьцуулахад эмийн үнийн хөнгөлөлтийн зардал 2012 онд 60%-иар нэмэгдсэн болно.

Гэсэн хэдий ч эм, хэрэгсэл худалдан авахад гаргах төлбөр хүн амын ологын бүх бүлгүүдийн төлөх эрүүл мэндийн нийт зардалд хамгийн өндөр хувийг эзэлсээр байгаа бөгөөд ядуу иргэдийн хувьд дээгүүр байгаа юм. Ядуу иргэдийн хувьд эрүүл мэндийн байгууллагаас авах тусламж үйлчилгээний хүртээмж хязгаарлалтай байдаг тул үүнээс гарах нэгэн арга нь магадгүй өөрөө өөрийгөө эмчлэх явдал байх талтай. Гэвч Монгол улсын нийт иргэдийн дунд өөрөө өөрийгөө эмчлэх зан үйл түгээмэл байгаад наад зах нь дараах хоёр шалтгаан байна. Эмнэлгийн эмч нарын амбулаториор бичсэн эм, хэрэгслийн зардлыг 2015 оныг хүртэл эрүүл мэндийн даатгалаас төлдөггүй байсан. Эрүүл мэндийн хуулиар сүрьеэ, хавдарын сүүлийн шат, сэтгэцийн эмгэг болон чихрийн шижингийн эмийг улсын төсвөөс бүрэн төлдөг. Гэсэн хэдий ч эмийг ийнхүү хуваагдмал байдлаар санхүүжүүлэх нь хамрагдсан болон хамрагдаагүй эмийн хооронд тодорхой бус байдлыг бий болгож чадварлаг худалдан авагч байхгүй нөхцөлд эрүүл мэндийн байгууллагаас сөрөг зан үйлийг гаргах боломжийг бий болгох талтай. Хоёрдугаарт, Монгол улсад хувийн эмийн сангуудын эмийн үнийг зохицуулах, хянах асуудал Засгийн газрын хяналтын болон зохицуулалтын байгууллагуудын хоорондын уялдаа холбоо сул байгаагаас хангалтгүй байна. Энэ асуудлын АХБ-ы төслийн хүрээнд шийдвэрлэх талаар ажиллаж эмийн зохицуулалтын байгууллагыг байгуулах талаар санал боловсруулж тавьсан ч улс төрийн шийдлийг хүлээж байна. Түүнчлэн, социалист нийгмийн үед иргэдийн дунд үүссэн уламжлалт зан үйлийн дагуу иргэд эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний чанарыг эм уух, тариа тариулахаар хэмжих байдал байгаатай ч холбоотой.

Өрхийн эрүүл мэндийн зардлын хоёр дах томоохон зүйл ангид хэвтэн эмчлүүлэхэд төлөх төлбөр орж байна. Үүнд дараах хоёр зүйл нөлөөлж байна. Ядуу иргэдийн хувьд эмзэг бүлгийн иргэд болох хүүхэд, хөгшдийг хамтын төлбөрөөс чөлөөлөх бодлого байгаа ч жинхэнэ ядуу иргэд хувиасаа төлбөр төлсөөр байна. Хоёрдугаарт, Монгол улсын эрүүл мэндийн салбарын тулгамдсан асуудлуулын нэг нь албан бус төлбөрийн асуудал болно. Монголын нийгмийн эрүүл мэндийн мэргэжилтнүүдийн нийгэмлэгээс хийсэн саяхны нэгэн судалгаанд (2011) хувь хүний төлөх эрүүл мэндийн төлбөрийн 60%-ийг мэс засал, хавдар болон төрөхийн тусламж үйлчилгээнд төлж байгааг тогтоосон. Эдгээр тусламж үйлчилгээг улсын төсвөөс эсхүл эрүүл мэндийн даатгалаас санхүүжүүлэхээр заасан.

Монгол улсад санхүүгийн сүйрэл болон ядууралд орохуйц эрүүл мэндийн үйлчилгээний төлбөр төлж буй өрхийн хувь нийт өрхийн 2010 онд 1.5%, 2011 онд 1.8% болон 2012 онд 0.9% байгаа нь Номхон далайн баруун эргийн бүсийн улсуудын олон орноос сайн үзүүлэлттэй байна. Гэвч эдгээр үр дүн тийм ч тогтвортой бус байгааг 2011 онд өсч 2012 онд эргээд буурсан байдлаас харж болно. Санхүүгийн сүйрэл болон ядууралд орохуйц эрүүл мэндийн үйлчилгээний төлбөр төлж буй өрхийн хувь ийнхүү буурсан нь өрхийн төлбөрийн чадварын нөхцөл байдал сайжирсантай холбоотой. Цаашлаад мөн эм хэрэгсэл худалдан авах болон хэвтэн эмчлүүлэхэд төлөх төлбөр буурсантай ч холбоотой болно.

Монгол улсын чинээлэг өрхүүд санхүүгийн сүйрэл оруулахуйц эрүүл мэндийн зардалд өртөг магадлал өндөр байгаа нь эдгээр өрхүүд гурав дах шатлалын болон хувийн хэвшлийн эсхүл гадаадын эмнэлгүүдээр үйлчлүүлж байгаатай холбоотой байна. Хэдийгээр иргэдийн гадаад улсад эмчлүүлэх хандлагад хязгаарлалт тавих боломжгүй ч дотоодын тусламж үйлчилгээний чанарыг сайжруулах чиглэлээр ажиллаж иргэдийн эрүүл мэндийн салбарт итгэх итгэлийг сайжруулж болно. Үүнтэй холбоотойгоор иргэд амбулаторийн тусламж үйлчилгээ авахгүй байгаа шалтгаанд үйлчилгээний чанар орж байгааг санахад илүүдэхгүй.

2011 болон 2012 онуудад бага орлого бүхий өрхүүд эрүүл мэндийн үйлчилгээнээс болж ядууралд өртөж байна. Түүнчлэн зүүн болон хангайн бүсийн ядуу иргэд санхүүгийн сүйрэл болон ядууралд оруулахуйц эрүүл мэндийн төлбөрийг төлжээ. Ийнхүү ядуу иргэд дунд болон чинээлэг хүмүүсээс бага төлбөрийг төлсөн ч эм хэрэгсэл болон хэвтэн эмчлүүлэх зардлаас болж ядуурч байна.

Бодлогын зөвлөмж

ӨНЭЗС-ы дээрх дүн шинжилгээний үр дүнд үндэслэн дараах бодлогын арга хэмжээг хэрэгжүүлэхийг зөвлөмж болгож байна. Бодлогын зөвлөмжийг Засгийн газар болон Эрүүл мэндийн яамны үндэсний түвшинд болон саяхан батлагдсан эрүүл мэндийн байгууллага худалдан авагч байгууллагаас хэрэгжүүлэх зорилтын үүднээс боловсруулав. Түүнчлэн эдгээр бодлогын зөвлөмжийг богино болон урт хугацаанд хэрэгжүүлэх шаардлагатай.

Үндэсний түвшинд хэрэгжүүлэх арга хэмжээ

- *Эрүүл мэндийн бүх нийтийн хамралтыг эрүүл мэндийн салбарын зорилго болгох бодлого эрх зүйн орчинг бий болгох*

Иргэд шаардлагатай тусламж үйлчилгээгээ санхүүгийн сүйрэлд оролгүйгээр хүртэх зорилго бүхий эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний бүх нийтийн хамралтын зорилтод хүрэх бодлогыг боловсруулж хэрэгжүүлэх зайлшгүй алхам бол Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн стратегийг үнэлэн сайжруулах явдал юм. Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн стратегийг 2015 он хүртэл хэрэгжүүлэхээр 2010 онд батлуулсан. Стратегит хувь хүний төлөх эрүүл мэндийн төлбөрийг эрүүл мэндийн нийт зардлын 25%-д хүргэж хүн амд шаардлагатай чанартай тусламж үйлчилгээг тэгш байдлаар хүргэж санхүүгийн сүйрэл, ядууралд орохоос хамгаалах талаар оруулсан. Гэвч стратегийг хэрэгжүүлэх төлөвлөгөө гарсан ч хэрэгжилт хангалтгүй байв. Тиймээс эрүүл мэндийн санхүүжилтийн стратегийг эргэн харж хүн амыг санхүүгийн сүйрэл ядууралд оруулахуйц эрүүл мэндийн төлбөрийн талаарх мэдээлэл, нотолгоонд үндэслэсэн бодлого стратегийг боловсруулах цаг үе болжээ.

- *Эрүүл мэндийн зардал болон хувь хүний төлөх төлбөрийн талаарх тоон мэдээллийн олдоц хэрэглээг сайжруулах*

Монгол улсад хүн амын эрүүл мэндийн байдлын талаарх мэдээллийн тогтолцоо сайн хөгжсөн. Өөрөөр хэбэл хүн амын өвчлөл, нас баралтын мэдээллийн цуглуулалт тайлагналт үндэсний болон орон нутгийн мөн эрүүл мэндийн байгууллагын түвшинд сайн хэрэгжиж байна. Гэвч эрүүл мэндийн зардлын талаарх мэдээлэл зөвхөн улсын зардлын тоо мэдээллээр хязгаарлагдаж байна. Тиймээс иргэдийг санхүүгийн хувьд хамгаалах эрүүл мэндийн салбарын зорилтод хүрэх мөн хувь хүний төлөх эрүүл мэндийн төлбөрийн мэдээллийг хянаж байхын тулд эрүүл мэндийн зардлын мэдээллийн олдоцыг нэмэгдүүлэх шаардлагатай байна. Энэ агуулгаараа Өрхийн Нийгэм Эдийн Засгийн судалгаа мэдээллийн сайн эх сурвалж болох бөгөөд дүн шинжилгээ хийх болон ашиглалтыг сайжруулах чиглэлээр цаашид арга хэмжээ авах нь зүйтэй. Түүнчлэн Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвөөс 2005 оноос хойш тасраад байгаа эрүүл мэндийн үндэсний тооцоог хийхээр ажиллаж байгаа нь сайшаалтай юм.

- *Эрүүл мэндийн тэгш бус байдлын талаарх бодлого боловсруулагчдын ойлголт, мэдлэгийг сайжруулах*

Эрүүл мэндийн яамнаас хэдийгээр ядуу эмзэг бүлгийн иргэдийн тусламж үйлчилгээний хүртээмжийг сайжруулах талаар арга хэмжээ авч ажиллаж байгаа ч энэ асуудал төдийлөн үр дүнтэй хэрэгжихгүй байна. Эрүүл мэндийг улсын төсөвт ач холбогдлоороо дээгүүр эрэмбэлэх шийдвэрийг гаргахад бодлого боовсруулагчид түүний дотор эрүүл мэнд, сангийн яамны ажилтнууд болон Улсын их хурлын гишүүдийн дэмжлэг нэн чухал. Энэ чиглэлээр бодлого боловсруулагчид ядуу эмзэг бүлгийн иргэдийн эрүүл мэндийн хэрэцээг ойлгон зорилтот бүлэгт чиглэгдсэн

бодлогын арга хэмжээ авах талаар ажиллахад судлаачид, төрийн бусын байгууллага болон олон улсын байгууллагаас хэрэгжүүлэх ухуулга сурталчилгааны болон бусад хүчин чармайлтууд чухал ач холбогдолтой билээ.

- *Эрүүл мэндийн даатгалын байгууллагын худалдан авах чадавхийг бэхжүүлэх чиглэлээрх хүчин чармайлтыг үргэлжлүүлэх*

Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний худалдан авалтын асуудал Монгол улсын хувьд харьцангуй шинэ ойлголт учир нь хуучин тогтолцоонд бүх тусламж үйлчилгээг улсын төсвөөр төрийн өмчийн байгууллагууд үзүүлдэг байв. Монгол улс 1995 онд эрүүл мэндийн даатгалын нэвтрүүлэхэд даатгал төлсөн иргэдийн шимтгэлийн мөнгөөр тусламж үйлчилгээг худалдан авах оролдлого эхэлсэн болно. Гэвч хуучин тогтолцооны адилаар эрүүл мэндийн даатгалын мөнгө эрүүл мэндийн байгууллагууд руу стратегийн худалдан авалтгүйгээр идэвхгүй маягаар шилжих байдал үргэлжилсээр байв. Худалдан авалт нь эрүүл мэндийн байгууллагуудаас хувь хүнээр төлүүлж буй төлбөрийг хянах, хязгаарлахад чухал ач холбогдолтой бодлогын механизм болно. Тиймээс саяхан батлагдсан эрүүл мэндийн даатгалын хуулиар даатгалын байгууллагын худалдан авалтын чадавхийг бэхжүүлэх чиглэлээр нэлээдгүй өөрчлөлтийг авчирсан бөгөөд хэрэгжилтийг үр дүнд хүргэхэд анхаарах шаардлагатай. Хуулиар эрүүл мэндийн даатгалын бие даасан байгууллагыг бий болгож хүний нөөцийн тоо чанарыг нэмэгдүүлж үйл ажиллагааны холбогдох санхүүгийн нөөцөөр хангаж өгч байгаа билээ. Шинээр байгуулагдах эрүүл мэндийн байгууллага нь эмнэлгийн зан үйлд нөлөөлөх хөшүүрэгтэй болох учир үйлчлүүлэгчийн төлөх албан болон албан бус төлбөрийг бууруулахад чухал ач холбогдолтой. Хөгжин бэхжсэн эрүүл мэндийн даатгалын байгууллага нь хувь хүний төлөх төлбөр зэрэг салбарын зорилтын талаар нотолгоо баримттай байх бөгөөд засгийн газар болон яамдуудын бодлого боловсруулалтад нөлөөлөх, хувь нэмэр оруулна.

- *Улсын төсвөөс эрүүл мэндэд зарцуулах зардлыг нэмэгдүүлэх*

Монгол улс дотоодын нийт бүтээгдэхүүнийхээ нэлээдгүй хэсгийг эрүүл мэнддээ зарцуулж байна. Гэвч эрүүл мэндийн нийт зардлын нэлээд хэсэг нь хувь хүний төлсөн төлбөрөөс бүрдэж байна. Иймээс эрүүл мэндийн салбарт олгох улсын төсвийн санхүүжилтийг нэмэгдүүлэх шаардлагатай учир нь 2010-2012 онуудад энэ хэмжээ тогтмол байв. Ингэснээр худалдан авагч байгууллага илүү олон үйлчилгээг хамруулж одоогийн тусламж үйлчилгээний багцын өртөг зардлын хамралтыг нэмэгдүүлнэ.

- *Хязгаарлагдмал нөөцийг зохистой ашиглах үүднээс эрүүл мэндийн салбарын үр ашгийг сайжруулах*

Төрийн өмчийн эрүүл мэндийн байгууллагуудын үр ашиггүй байдлын томоохон эх сурвалж нь тэдгээрийн хүний нөөц болон эм хэрэгсэлтэй холбоотой болно. Эм

хэрэгсэлийн худалдан авалтыг 37 тусдаа байдлаар хуваагдмалаар зохион байгуулж байна. Эрүүл мэндийн яамны мэдээллээс үзэхэд зарим эмийг 16 харилцан адилгүй үнээр хуалдан авч байсан бөгөөд Монгол улсад мөрдөгдаж буй үнэ олон улсын лавлагаа үнээс 2.5-7 дахин өндөр байна. Тиймээс Эрүүл мэндийн яам Төрөөс эмийн талаар баримтлах бодлогыг УИХ-р батлуулж эмийн төвлөрсөн худалдан авалтыг төрийн өмчийн эмнэлгүүдэд зохион байгуулахаар зорилт тавиад байна.

Хүн амын өөрсдөө эм худалдан авч эмчлэх зан үйл үүнтэй холбоотой үр ашиггүй байдлыг бууруулахын тулд гурван чиглэлээр арга хэмжээ авах шаардлагатай. Эхлээд хувийн эмийн сангуудын хяналтыг чангатгах шаардлагатай бөгөөд ингэснээр эмийг жоргүй худалдаалах байдлыг бууруулна. Хоёрдугаарт эмч нар жор бичих, жорын цаас ашиглах явдлыг хэрэгжүүлж шийтгэлийн болон урамшууллын арга хэмжээгээр дэмжих нь зүйтэй. Гуравдугаарт хүн амд чиглэгдсэн эрүүл мэндийн боловсрол олгох хөтөлбөр, үйл ажиллагааг хэрэгжүүлж иргэдийг эмийн зохистой хэрэглээний талаар сургах шаардлагатай байна.

Хүний нөөцтэй холбоотой үр ашиггүй явдлыг бууруулах нэг арга замыг эмнэлгийн бие даасан хараат бус байдлыг нэмэгдүүлж шийдвэрлэх талаар нэлээд хэлцэл явагдаж байна. Энэ тохиолдолд эмнэлгийн удирдлагууд төсвийн хязгаарын хүрээнд хүний нөөц болон бусад асуудалд удирдлагын шийдвэр гарган зохицуулалт хэмнэлт хийж болно гэж үзэж байна. Ийм төрлийн шинэчлэлийг туршилтаар бусад орны туршлагад үндэслэн хэрэгжүүлэх нь зүйтэй.

Худалдан авагчийн түвшинд хэрэгжүүлэх зөвлөмж

- *Улсын төсөв болон эрүүл мэндийн даатгалд хамрагдах үйлчилгээний уялдаа холбоог ханган тусламж үйлчилгээний хамралтын үр дүнг сайжруулах*

Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний багц нь улсын төсвийн болон эрүүл мэндийн даатгалын эх үүсвэрүүдээр хуваагдмал байдалтай байна. Тиймээс нэг эх үүсвэрийн хүрээнд хамрах ёстой үйлчилгээ худалдан авагч болон засгийн газрын анхаарлаас гаруур үлдэх явдал байдал байсаар байна. Тухайлбал чихрийн шижин, халдварт өвчин болон төрөхийн тусламж үйлчилгээг улсын төсвөөс хариуцаж байгаа ч эмнэлэг өвчтөн үйлчлүүлэгчид эм худалдан авах мөнгө байхгүй хэмээн гомдол гаргадаг. Энэхүү нөхцөл байдал үр дүн нь улсын төсвийн үйлчилгээнд худалдан авалт байхгүйтэй холбоотой юм.

Тусламж үйлчилгээний багцын хуваагдмал байдлыг арилгахын тулд шинэ хуулиар эхлүүлсэн улсын төсвийг эрүүл мэндийн даатгалаар дамжуулан төвлөрүүлэн худалдан авах хүчин чармайлтыг үргэлжлүүлэх ёстой. Түүнчлэн улсын төсвөөр санхүүжих тусламж үйлчилгээний төлбөрийн механизмийг тодорхой болгож эрүүл мэндийн байгууллагын зүгээс гаргах сөрөг зан үйлийг бууруулах хөшүүргийг нэмэгдүүлэх шаардлагатай. Өнөөгийн байдлаар зарим нэгэн хэвтүүлэн эмчлэх үйлчилгээний тохиолдлууд тухайлбал хавдар болон халдварт өвчний тусламж үйлчилгээг улсын төсвөөс зардлын зүйл ангиар санхүүжүүлж байхад эрүүл мэндийн даатгалаас өртөг ойролцоо оношийн бүлгээр санхүүжүүлж байна.

- *Эм хэрэгсэлийн зардлын хамралтыг нэмэгдүүлэхийн тулд тусламж үйлчилгээний багцыг өргөжүүлэх*

Монгол улсын хүн амын орлогын бүх бүлгийн хувьд эм хэрэгсэл худалдан авахад төлөх төлбөрийн хэмжээ өндөр байна. Өмнө нь эрүүл мэндийн даатгалаас зөвхөн сум, өрхийн эрүүл мэндийн төвийн эмчийн бичсэн эмийг хөнгөлөлттэйгээр үйлчилж байв. Эрүүл мэндийн даатгалын 2015 оны хуулиар хоёр дах шатлалын эрүүл мэндийн байгууллага тухайлбал дүүргийн болон аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн эмчийн бичсэн жороор эрүүл мэндийн даатгалаас үнийн хөнгөлөлт олгох болно. Ингэснээр эмийн үнэнд төлөх хувь хүний төлбөр буурна. Гэсэнч ийнхүү үйлчилгээг өргөжүүлэх бодлогыг хэрэгжүүлэхээсээ өмнө эмийн хэрэглээний үр ашгийг нэмэгдүүлэх чиглэлээр арга хэмжээ авах шаардлагатай. Эм зүйн салбарт засгийн газрын зохицуулалтыг нэмэгдүүлэх талаар дээр зарим зөвлөмжүүдийг оруулсан билээ.

Дэлхийн олон улс оронд хөгжингүй орнуудад ч гэсэн эм хэрэгслийн үнийг эрүүл мэндийн даатгалаас нөхөн төлж буй тохиолдолд хамтын төлбөрийг хамт хэрэгжүүлдэг. Энэ тохиолдолд ядуу болон эмзэг бүлгийн иргэдийг хамтын төлбөрөөс чөлөөлнө. Гэвч Монгол улсад эмзэг бүлгийн иргэдийг хамтын төлбөрөөс чөлөөлөх арга хэмжээний хэрэгжилт төдийлөн үр дүнтэй хэрэгжихгүй байгаа бөгөөд энэ нь бодлого боловсруулагчдын ойлголт хангалтгүйн улмаас шаардлагатай нөөцийг хуваарилахгүй байгаатай холбоотой байна. Тухайлбал АХБ-ы төслийн хүрээнд улсын төсвөөс ядуу эмзэг бүлгийн иргэдийн төлөх эмийн төлбөрийг санхүүжүүлэх төсөл хэрэгжүүлсэнч сангийн яамны түвшинд шаардаглах нөөцийг батлаагүйн улмаас хэрэгжилт хангалтгүй болсон.

- *Анхан шатны тусламж үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллагуудын санхүүжилтийг нэмэгдүүлж ядуу иргэдийг хамгаалах*

Ядуу эмзэг бүлгийн иргэд чинээлэг хүсүүстэй харьцуулахад анхан шатны эрүүл мэндийн байууллагаар хоёр дахин илүү үйлчлүүлж байна. Тиймээс эдгээр байгууллагын үзүүлэх тусламж үйлчилгээний чанарыг сайжруулах нь шаардлагатай тусламж үйлчилгээний хүртээмжийг сайжруулахад чухал ач холбогдолтой юм. Өнөөг хүртэл Өрхийн эрүүл мэндийн төвүүдэд суурь оношлогоо шинжилгээг хийх нөөц байхгүй байсан бөгөөд удахгүй өөрчлөхөөр хөрөнгө оруулалт хийж байна. Цаашлаад эрүүл мэндийн даатгалын шинэ хуулиар өрхийн эрүүл мэндийн төвийн тусламж үйлчилгээний багцыг гэрийн үйлчилгээ болон оношлогоог оруулж өргөжүүлсэн.

Өрхийн эрүүл мэндийн төвийн эмч ажиллагсадын цалин бусад эрүүл мэндийн мэргэжилтнийхээс доогуур байна. Хотын захын хорооны Өрхийн эрүүл мэндийн төв гэхэд хүн амын өсөн нэмэгдэж буй хэрэгцээнд нийцсэн үйлчилгээг хүргэхийн тулд санхүүжилтийг зөвхөн үйл ажиллагааны зардлыг нөхөхөөс гадна гэрийн үйлчилгээ үзүүлэх, алслагдсан оршин суугчдыг эргэх унааны зардал гэх мэт бусад

хүчин зүйлсийг тооцон нэмэгдүүлэх шаардлагатай. Өрхийн эрүүл мэндийн төвийн санхүүжилтийн нэмэгдлийг ядуу эмзэг бүлгийн иргэдийн тусламж үйлчилгээний хүртээмжийг нэмэгдүүлэх зорилттой хамт авч үзэх нь зүйтэй. Ялангуяа өнөөгийн хэрэгжүүлж буй нэг иргэнээр тооцсон санхүүжилтийг үйлчилгээ бүрээр тооцсон төлбөрийн аргатай хослуулан ядуу эмзэг бүлгийн иргэдийн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хэрэглээг нэмэгдүүлэхээр хүрч үйлчлэх үйлчилгээг хамруулах нь бас нэгэн ач холбогдолтой арга хэмжээ юм. Тухайлбал нэгэн тайланд цалин бусад урсгал зардлыг оруулахгүйгээр нэг хүний 505,400 төгрөг буюу $361 -ийг зарцуулж байж өрхийн эрүүл мэндийн төвийг сайн ажлуулах нөхцөл бүрдэнэ гэж тооцоолсон байна.[6]

- *Эмнэлгийн төлбөрийн механизмийг тэгш байдлыг хангах зорилтын үүднээс боловсронгуй болгох*

Төлбөрийн механизмийг үнэлсэн саяхны үнэлгээний тайланд Монгол улсын төлбөрийн аргыг сайжруулах замын зургийг гаргаж өгсөн билээ. Энэхүү зөвлөмжүүд нь эрүүл мэндийн санхүүжилтийн стратегийн нэг хэсэг болох ёстой бөгөөд хэрэгжилтийн хяналт шинжилгээг тогтмол хэрэгжүүлэх шаардлагатай. Үнэлгээний дүнгээр гарсан зарим нэгэн тулгамдсан асуудлуудад зардлын зүйл ангийн болон өртөг ойролцоо оношийн бүлгийн төлбөрийн аргуудтай холбоотой байна.

Тусламж үйчилгээ үзүүлэгчийн хэрэгжүүлэх төлбөрийн арга тусламж үйлчилгээ үзүүлэгч нэг байгууллагын дотор хүртэл харилцан адилгүй байна. Энэ нь тусламж үйлчилгээ үзүүлэгчид ойлгомжгүй дохио болох бөгөөд зарим тохиолдолд эрүүл мэндийн зорилттой нийцэхгүй байх эрсдэлтэй. Тухайлбал, зардлын зүйл ангийн хооронд шилжүүлэх явдал хүндрэлтэй гэж үздэг учир нь батлуулахын тулд олон шат дамжлагыг давах хэрэгтэй болно. Зарим эрүүл мэндийн байгууллагууд нэг зүйл ангиар хэмнэлт гаргаад бусад хүрэлцэхгүй зүйл ангид шилжүүлэх боломжгүй байгааг мөн дурьдсан байна. Зардлыг хуваарилахад уян хатан бус байдалтай байгаа асуудлыг тусламж үйлчилгээ үзүүлэгчид төсөв хүрэлцэхгүй гэдгээс илүү ихээр онцлон тэмдэглэсэн байна.[7] Тиймээс зардлын зүйл ангиас өртөг ойролцоо оношийн бүлэгт шилжих асуудлыг үргэлжлүүлж хэрэгжилтийг эрчимжүүлэх нь зүйтэй.

Нөгөө талаар өртөг ойролцоо оношийн бүлгийн төлбөрийн арга нь тусламж үйлчилгээтэй шууд холбоотой бөгөөд эрүүл мэндийн байгууллагаас ашиглаж байгаа ч уг аргын боловсруулалт болон хэрэгжилтийн асуудалд анхаарах зүйлс байна. Жишээ нь өртөг ойролцоо оношийн бүлгийн хувийн хэвшлийн эрүүл мэндийн байгууллагын тариф нь улсын эмнэлгийн тарифын 50%-тай тэнцдэг. Ийнхүү ялгавартай тогтоосоны үндэслэл нь тийм ч тодорхой бус байна. Түүнчлэн

[6] Дэлхийн Банк. 2010. Монгол улсад хот суурингийн тэлэлтийг удирдах нь*: хувилбарт суурилсан хот төлөвлөлтийн тэргүүн туршлага.* Вашингтон хот

[7] Эрүүл мэндийн байгууллагын төлбөрийн механизмийн үнэлгээ, Эрүүл мэндийн яам. Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллага, Дэлхийн Банк, 2015

өртөг ойролцоо оношийн бүлгийн төлбөрийн арга нь хавсарсан өвчнийг оруулаагүй бөгөөд тухайн онош бүхий өвчтөн нэмэлт оноштой эсхүл хүндрэлтэй байсан ч нэг ижил тарифаар санхүүжигддэг. Мөн хязгаараас хэт давсан утгуудыг (ялангуяа өндөр өртөгтэй өртөг ойролцоо оношийн бүлэг) хэрхэн шийдэх талаар тодорхой биш байна. Зарим эрүүл мэндийн байгууллагууд төрөхийн тусламжийг улсын төсвөөс төлбөрийг нь төлж байгаа ч жирэмсэн эхчүүдийн хүндрэл болон хавсарсан өвчлөлтэй холбоотой эмгэгийг өртөг ойролцоо оношийн бүлгийн тарифаар санхүүжүүлдэггүй байна.

- *Эрүүл мэндийн даатгалтай гэрээт эмийн үнийн хөнгөлөлтөөр үйлчилдэг эмийн сангуудыг ядуу эмзэг бүлгийн иргэд амьдардаг байршлуудад ажлуулах*

Гэр хороололд байршилтай эрүүл мэндийн даатгалын эмийн үнийн хөнгөлөлтөөр үйлчилдэг эмийн сангуудын тоо хязгаарлагдмал байна.[8] Тиймээс хэрэгцээт эмээ хүртэж чадахгүй иргэд шээсээр эмчлэх, өвс ургамал, аньсны ханд гэх мэтээр өөрсдийгөө уламжлалт аргаар эмчлэхийг хичээж байна. Энэ нөхцөл байдлыг сайжруулах шаардлагатай бөгөөд ялангуяа ядуу эмзэг бүлгийн иргэдэд эмийн сангууд ойр байхаар байршуулах талаар ажиллах шаардлага гарч байна. Энэ асуудлыг шийдэхэд эрүүл мэндийн даатгалын байгууллага чухал үүрэг гүйцэтгэх бөгөөд эмийн компаниуд эмийн сангаа эдгээр байршлуудад нээхэд бодлогын дэмжлэг үзүүлбэл зохистой. Үүний тулд гэрээлэлтийг сайжруулаад зогсохгүй үйлчлүүлэгчдэд мэдээлэл өгч өрхийн эрүүл мэндийн төвийн эмч нарыг сургах шаардлагатай.

- *Орлого багатай бүлгийн иргэд төрийн өмчийн эмнэлгүүдээр үйлчлүүлэх байдлыг дэмжих*

Ядуу иргэд тусламж үйлчилгээ авч чадахгүй байх саад бэрхшээлүүдэд үйлчилгээний төлбөрөөс үүдэлтэй санхүүгийн хүндрэл, эрүүл мэндийн байгууллагын харьцаа хандлага, алслалт зай болон тээврийн хэрэгсэл байхгүй байх гэсэн хүчин зүйлс орж байна. Өрхийн эрүүл мэндийн төвийн эмчийн бичсэн зайлшгүй шаардлагатай эмийг худалдан авах, амбулаторийн оношлогоо шинжилгээ, болон хэвтэн эмчлүүлэхэд хамтын төлбөр төлөх шаардлагатай. Ядуу иргэдийг санхүүгийн сүйрэл, ядууралд оруулахаас хамгаалах зорилгоор хамтын төлбөрөөс чөлөөлөх бодлогыг олон оронд хэрэгжүүлдэг. Энэ чиглэлээр ядуу эмзэг бүлгийн иргэдийг хамтын төлбөр, бусад төлбөртэй үйлчилгээнээс чөлөөлж улсын төсвөөс татаас хэлбэрээр даах замаар үйлчилгээний хэрэглээг нэмэгдүүлэх болно. Энэ чиглэлээр ядуу эмзэг бүлгийн иргэдийг төлбөрөөс чөлөөлөх бодлогын хэрэгжилтийг үнэлж улам сайжруулах шаардлага бий.

[8] 134 нэр төрлийн 339 эмийг үнийн хөнгөлөлтэй худалдаалахаар эрүүл мэндийн даатгалд хамруулсан.

Ном зүй

Cashin, Cheryl; Somanathan, Aparnaa. 2015. *Assessment of systems for paying health care providers in Mongolia : implications for equity, efficiency and universal health coverage*. Washington, D.C. : World Bank Group.

Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure, Technical policy brief for policy makers #2, WHO 2005

O'Donnel, O., van Doorslaer., et al*,* Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: *A Guide to Techniques and Their Implementation.* The World Bank, 2007. ISBN-13: 978-0-8213-6933-3

Informal payments in health sector in Mongolia, Mongolian Public Health Professionals Association. 2011.

Poverty profile 2012, National Statistics Office of Mongolia 2013, Ulaanbaatar

Tsolmongerel Ts, et al "*Mongolia Health System Review*", Health systems in transition. Vol.3 No.2 2013, Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies.

Tsolmongerel T, Chimeddagva D, Erdenechimeg E, and Ulzii-Orshikh. Distribution of health payments and catastrophic expenditure in Mongolia. Report and policy brief.