







МОНГОЛ УЛСЫН  
ЗАСГИЙН ГАЗАР

ЗАСГИЙН ГАЗРЫН  
ХЯНАЛТ ХЭРЭГЖҮҮЛЭХ ГАЗАР

# ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН САЛБАР ДАХЬ ПРОЦЕССЫН ДАХИН ИНЖЕНЕРЧЛЭЛИЙН СУДАЛГАА, ШИНЖИЛГЭЭ

ТАЙЛАН

<b>Танилцсан:</b>	МОНГОЛ УЛСЫН САЙД, ЗАСГИЙН ГАЗРЫН ХЭРЭГ ЭРХЛЭХ ГАЗРЫН ДАРГА	Д.АМАРБАЯСГАЛАН
<b>Хянасан:</b>	ЗАСГИЙН ГАЗРЫН ХЯНАЛТ ХЭРЭГЖҮҮЛЭХ ГАЗРЫН ДАРГА	Б.БААСАНДОРЖ
<b>Эмхэтгэсэн:</b>	ЗАСГИЙН ГАЗРЫН ХЯНАЛТ ХЭРЭГЖҮҮЛЭХ ГАЗАР	
<b>Оролцогчид:</b>	Эрүүл мэндийн яам Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын газар Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газар Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн үндэсний төв болон бусад холбогдох эрүүл мэндийн байгууллага Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв	
<b>Дэмжигчид:</b>	Сангийн яам Цахим хөгжил, харилцаа холбооны яам НҮБ-ын Хүүхдийн сан Азийн хөгжлийн банк	

## **Эрүүл мэндийн салбар дахь процессын дахин инженерчлэлийн судалгаа, шинжилгээ**

Засгийн газрын 2023 оны 419 дүгээр тогтоолын хэрэгжилтийг хангах зорилгоор Засгийн газрын Хяналт хэрэгжүүлэх газрын даргын 2024 оны 3 дугаар сарын 07-ны өдрийн А/20 дугаар тушаалаар байгуулагдсан Төслийн удирдлагын баг энэхүү тайланг боловсруулав.

2024 оны 06 дугаар сар.

## ГАРЧИГ

Хүснэгтийн жагсаалт .....	viii
Зургийн жагсаалт .....	ix
<b>ХУРААНГУЙ.....</b>	<b>1</b>
<b>ТӨСЛИЙН ТАНИЛЦУУЛГА.....</b>	<b>2</b>
Төслийн зорилго, хамрах хүрээ.....	2
Төслийн удирдлагын баг, зохион байгуулалт .....	2
Төслийн оролцогч талууд.....	3
Арга зүй.....	3
<b>1 ОРШИЛ .....</b>	<b>6</b>
<b>1.1 Эрүүл мэндийн тогтолцооны хөгжлийн дэлхийн чиг хандлага .....</b>	<b>6</b>
1.1.1 Эрүүл мэндийн тогтолцоо, хүрээ.....	6
1.1.2 Эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийн үнэлгээ .....	9
1.1.3 Улс орнуудын эрүүл мэндийн тогтолцооны удирдлага, зохион байгуулалт, онцлог шинж.....	18
1.1.4 Эрүүл мэндийн эрэлт, хэрэгцээ ба эрүүл мэндийн бодлого .....	25
1.1.5 Бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралт ба тэгш байдал .....	34
1.1.6 Эрүүл мэндийн санхүүжилт .....	38
<b>1.2 Монгол Улсын эрүүл мэндийн салбар .....</b>	<b>46</b>
1.2.1 Эрүүл мэндийн тогтолцоо, бодлого .....	46
1.2.2 Бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралт .....	47
1.2.3 Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн шинэчлэл .....	49
<b>1.3 Хүн ам зүйн эрүүл мэндийн нөхцөл байдал .....</b>	<b>52</b>
1.3.1 Хүн ам зүйн үзүүлэлт .....	52
1.3.2 Эрүүл мэндийн үзүүлэлт.....	56
<b>2 ӨНӨӨГИЙН НӨХЦӨЛ БАЙДАЛ (AS-IS).....</b>	<b>77</b>
<b>2.1 Засаглал, манлайлал.....</b>	<b>77</b>
2.1.1 Эрүүл мэндийн салбарын хууль, эрх зүйн орчин .....	77
2.1.2 Эрүүл мэндийн салбарын бодлого, стратеги .....	80
2.1.3 Эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийн үнэлгээ .....	85
2.1.4 Эрүүл мэндийн удирдлагын тогтолцоо .....	89
2.1.5 Эрүүл мэндийн яам .....	90
<b>2.2 Санхүүжилт .....</b>	<b>111</b>
2.2.1 Эрүүл мэндийн салбарын төсөв.....	111
2.2.2 Тусламж, үйлчилгээний санхүүжилт .....	116
2.2.3 Эрүүл мэндийн даатгалын санд хийсэн актуар тооцооллын үр дүн .....	129
<b>2.3 Эм, эмнэлгийн хэрэгсэл, технологи .....</b>	<b>156</b>
2.3.1 Эмийн бодлого .....	156
2.3.2 Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын газар .....	157
2.3.3 Эрүүл мэндийн салбарын стандартын орчин .....	169
<b>2.4 Тусламж, үйлчилгээ ба эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний нийлүүлэлтийн сүлжээ.....</b>	<b>172</b>
2.4.1 Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний нийлүүлэлтийн сүлжээ.....	173
2.4.2 Нийтийн эрүүл мэнд буюу нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний нийлүүлэлтийн сүлжээ.....	190
<b>2.5 Эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөц.....</b>	<b>199</b>
2.5.1 Эрүүл мэндийн салбарын төгсөлтийн дараах сургалт .....	202
<b>2.6 Эрүүл мэндийн салбарын мэдээлэл .....</b>	<b>208</b>
2.6.1 Эрүүл мэндийн салбар дахь цахим шилжилт .....	208

2.6.2	Цахим эрүүл мэндийн нөхцөл байдлын хөндлөнгийн үнэлгээ .....	209
<b>3</b>	<b>ОРОЛЦОГЧ ТАЛУУДЫН СУДАЛГАА БА ТУЛГАМДАЖ БУЙ АСУУДЛУУД.....</b>	<b>212</b>
<b>3.1</b>	<b>Оролцогч талуудын судалгаа .....</b>	<b>212</b>
3.1.1	Судалгааны арга зүй .....	212
3.1.2	Удирдах албан хаагчдын асуумж.....	213
3.1.3	Албан хаагчдын бүтээмжид сөргөөр нөлөөлж буй хүчин зүйлийн судалгаа ....	216
3.1.4	Эрүүл мэндийн байгууллагуудаас авсан судалгаа .....	234
<b>3.2</b>	<b>Нөхцөл байдлын судалгаа, шинжилгээнд хамрагдсан талуудаас дэвшүүлсэн асуудал.....</b>	<b>243</b>
3.2.1	Асуудлын шинжилгээ.....	243
3.2.2	Эрсдэлийн шинжилгээ .....	252
<b>4</b>	<b>ДҮГНЭЛТ .....</b>	<b>256</b>
<b>4.1</b>	<b>Нэгдсэн дүгнэлт.....</b>	<b>256</b>
<b>4.2</b>	<b>Зөвлөмж ба процесс сайжруулалтын шийдэл (ТО-ВЕ) .....</b>	<b>258</b>
	<b>АШИГЛАСАН МАТЕРИАЛ.....</b>	<b>262</b>
	<b>ХАВСРАЛТ .....</b>	<b>267</b>
1.	Төслийн удирдлагын багийн бүрэлдэхүүн .....	269
2.	Эрүүл мэндийн бодлогын үр дүн .....	272
3.	Бүртгэгдсэн өвчлөл, нас баралт .....	275
4.	Актуар тооцооллын үр дүнгийн хавсралт .....	287

## ӨМНӨХ ҮГ

Монгол Улсын Засгийн газраас төрийн бүтээмжийн сэргэлтийн хүрээнд хэрэгжүүлж буй процессын дахин инженерчлэлийн судалгаа, шинжилгээний ажлыг энэ удаа эрүүл мэндийн салбарт хийж гүйцэтгэлээ.

Эрүүл мэндийн салбарт процессын дахин инженерчлэл хийх үндсэн зорилго нь Монгол Улсын иргэний Үндсэн хуулиар эрүүл, аюулгүй орчинд амьдрах, орчны бохирдлоос хамгаалуулах, эрүүл мэндээ хамгаалуулах, эмнэлгийн тусламж авах эрх хэрхэн хангагдаж байгаа, эрүүл мэндийн үйлчилгээ “иргэн төвтэй” хэрэгжиж байгаа эсэхэд дүгнэлт өгөхөд чиглэсэн.

Төрийн үйлчилгээний чанар, төрийн байгууллагын чадамж, бүтээмжийг дээшлүүлэхэд төрийн үйлчилгээг иргэнд ойр, түргэн, шуурхай, чирэгдэлгүй хүргэх нь чухал хэдий ч иргэдтэй шууд харьцан үйлчилгээ үзүүлж буй төрийн албан хаагчдын сэтгэл ханамж, тэдний ажлын бүтээмжид сөргөөр нөлөөлж буй хүчин зүйлсийг мөн анхаарч үзэх шаардлагатай байдаг.

Өнөөдрийн байдлаар цахим эрүүл мэнд арга хэмжээний хүрээнд иргэд рүү чиглэсэн төрийн үйлчилгээг e-Mongolia системээр дамжуулан цахимжуулах чухал алхмууд хийгдэж байгаа хэдий ч эрүүл мэндийн үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллагуудын дотоод үйл ажиллагаа бүрэн цахимжаагүй байгаа нь иргэдэд төрийн үйлчилгээг шуурхай, хүртээмжтэй хүргэх ажилд саад учруулсан хэвээр байна.

Төрийн байгууллагын үйл ажиллагаанд процессын дахин инженерчлэл хийх нь төрийн бодлогын өөрчлөлт, тухайн байгууллагын стратеги, цахим шилжилт, хууль эрх зүйн орчноос хамаарах өөрчлөлтүүдийг цогцоор нь уялдуулсан төрийн үйлчилгээг иргэн, байгууллагад хүргэх хамгийн тохиромжтой тогтолцоог судалж, оролцогчдыг суурь сэтгэлгээнээс нь эхлэн өөрчлөх чухал ач холбогдолтой.

Эрүүл мэндийн салбар 2021 оноос санхүүжилтийн шинэ тогтолцоонд шилжсэн, Нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний тухай анхдагч хуулийн төсөл батлагдсан, Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн тухай хуулийн шинэчилсэн найруулга батлагдсан, “цахим эрүүл мэнд” арга хэмжээг хэрэгжүүлж байгаа зэрэг онцлох томоохон ажлуудыг хэрэгжүүлж байгаа хэдий ч хүн амын эрүүл мэндийн эрэлт, хэрэгцээ, нотолгоонд тулгуурласан эрүүл мэндийн цогц бодлого шаардлагатай байгаа нь энэхүү судалгаа, шинжилгээний ажлаар тогтоогдсон.

Түүнчлэн, эрүүл мэндийн даатгалын сангийн орлого болон зардалд актуар тооцоолол хийж дараагийн 3 жилийн таамаглалыг гарган, эрүүл мэндийн даатгалын санг дунд хугацаанд нь тогтвортой, хүрэлцээтэй байлгах тооцоолол хийсэн нь эрүүл мэндийн санхүүжилтийн бодлогын үр нөлөө, үр өгөөжийг хэмжих, цаашид оновчтой шийдвэр гаргах чухал алхам боллоо.

Уг ажлыг процессын дахин инженерчлэлийн судалгаа, шинжилгээний хүрээнд эрүүл мэндийн салбарт маш богино хугацаанд хийж байгаа нь цаг хугацаа, хүний нөөцийн хувьд том сорилт хэдий ч нөгөө талаараа төр, засгийн зүгээс анхаарал хандуулж, дэмжиж байгаа нь цаг үеэ олсон том боломж юм. Иймд эрүүл мэндийн салбар дахь процессын дахин инженерчлэлийн судалгаа, шинжилгээний санал, дүгнэлтийн дагуу шинэчилсэн загвар, түүний туршилт, нэвтрүүлэлтийн үе шатуудыг үргэлжлүүлж хийх нь зүйтэй гэж үзэж байна.

Энэхүү процессын дахин инженерчлэлийн судалгаа, шинжилгээний ажилд гар бие оролцсон эрүүл мэндийн салбарын нийт хамт олон болон судалгаанд идэвхтэй хамрагдан санал, хүсэлтээ илэрхийлсэн салбарын эрдэмтэн, зөвлөх, эрүүл мэндийн байгууллагын төлөөлөл, иргэн Танд талархал илэрхийлье!

ЗАСГИЙН ГАЗРЫН ХЯНАЛТ ХЭРЭГЖҮҮЛЭХ ГАЗРЫН ДАРГА

Б.БААСАНДОРЖ

## Хүснэгтийн жагсаалт

Хүснэгт 1. Эрүүл мэндийн тогтолцооны зорилгууд.....	11
Хүснэгт 2. Дэлхийн улс орнуудын эрүүл мэндийн тогтолцооны шилдэг байдлын эрэмбэ, 2024 он.....	19
Хүснэгт 3. Судалгаанд түүвэрлэгдсэн улсын хүн ам, засаглал, түүний хэлбэрийн мэдээлэл, 2023 он.....	19
Хүснэгт 4. Дэлхий дахинд тулгамдаж буй эрүүл мэндийн асуудлууд.....	26
Хүснэгт 5. БНСУ-ын Эрүүл мэндийн үндэсний хөтөлбөрийн цагалбар.....	31
Хүснэгт 6. БНСУ-ын ЭМҮХ 2030-ны салбар, сэдвүүд.....	32
Хүснэгт 7. БНСУ-ын ЭМҮХ 2030-ны Эрүүл амьдралын хэв маяг салбар, Тамхины хэрэглээ сэдэв, түүний төсөл, арга хэмжээ, шалгуур.....	33
Хүснэгт 8. Худалдан авагчийн тогтолцооны төрлүүд, эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгчийн засаглал: улс орнуудын харьцуулалт.....	43
Хүснэгт 9. Бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтын индекс, улсаар.....	47
Хүснэгт 10. Хамтын төлбөрийн чөлөөлөлт, бүтцээр.....	49
Хүснэгт 11. Газар зүйн бүсчлэлийн коэффициент тогтоосон байдал.....	49
Хүснэгт 12. Монгол Улсын эрүүл мэндийн санхүүжилтийн шинэчлэлийн судалгаа, ДЭМБ, 2024.04.....	51
Хүснэгт 13. Хүн амын тоо, насны бүлгээр, 2000-2023 он.....	54
Хүснэгт 14. Хүн амын тоо, аймгаар, 2000-2023 он.....	55
Хүснэгт 15. Нас баралт, насны бүлгээр, 2023 он.....	61
Хүснэгт 16. Нас баралтын тоо, шалтгаанаар, 2010-2023 он.....	62
Хүснэгт 17. Нас баралтын тэргүүлэх шалтгаан, хүйсээр, 2023 он.....	63
Хүснэгт 18. Нас баралт, аймгаар, 2019-2023 он.....	70
Хүснэгт 19. Хуулиар эрх олгогдсон боловч батлагдаагүй эрх зүйн актын төрөл, зохицуулах харилцааны харьцуулалт, 2024 оны 04 дүгээр сарын байдлаар.....	77
Хүснэгт 20. Хуулиар эрх олгогдсон боловч батлагдаагүй эрх зүйн актын төрөл, батлах субъектийн харьцуулалт.....	78
Хүснэгт 21. Хэм хэмжээний актын бүртгэлд бүртгэгдээгүй эрх зүйн актын төрөл, 2024 оны 04 дүгээр сарын байдлаар.....	79
Хүснэгт 22. “Алсын хараа 2050” бодлогын баримт бичигт туссан эрүүл мэндийн талаарх зорилт.....	81
Хүснэгт 23. Эмнэлгийн ажилтны эмнэлзүйд мэргэшсэн байдлын урамшуулал, бүтээмжийн урамшуулал тооцоолол.....	88
Хүснэгт 24. Эмнэлгийн гүйцэтгэлийн үндсэн үзүүлэлтүүд.....	88
Хүснэгт 25. Эрүүл мэндийн яамны стратегийн чиг үүрэг.....	97
Хүснэгт 26. Чиг үүргийн шинжилгээнд хамрагдсан албан хаагчдын мэдээлэл (2024 оны 04 дүгээр сарын 17-ны өдрийн байдлаар).....	98
Хүснэгт 27. Чиг үүргийн шинжилгээ.....	100
Хүснэгт 28. Эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилт, гүйцэтгэлээр, тэрбум төгрөг, 2018-2023 он.....	111
Хүснэгт 29. Эрүүл мэндийн салбарын төсвийн шууд захирагчийн 2018-2023 онд батлагдсан төсөв, тэрбум төгрөг.....	112
Хүснэгт 30. Төслийн үргэлжлэх хугацаа, төслийн тоогоор, 2019-2023 он.....	113
Хүснэгт 31. ЭМЯ-ны Хяналт-шинжилгээ, үнэлгээнд хамрагдсан төсөл, хөтөлбөрийг санхүүжүүлэгч байгууллага, санхүүжилтийн дүн, гэрээний дүн валютаар, 2019-2023 он.....	114
Хүснэгт 32. Эрүүл мэндийн салбарт 2019-2023 онд хэрэгжсэн төсөл хөтөлбөрийн санхүүжилтийн дүн.....	115
Хүснэгт 33. Эрүүл мэндийн салбарт 2019-2023 онд хэрэгжсэн гадаадын зээл, төсөл хөтөлбөрийн зориулалт.....	115
Хүснэгт 34. Эрүүл мэндийн салбарын гадаадын зээл, тусламжийн төсвийн төлөвлөгөө, гүйцэтгэл.....	115
Хүснэгт 35. Эрх зүйн актын бүртгэл, төрлөөр, 2024 оны 04 дүгээр сарын байдлаар.....	124
Хүснэгт 36. Актуар тооцоололд ашигласан мэдээлэл.....	131
Хүснэгт 37. Даатгуулагчийн ангилал.....	132
Хүснэгт 38. Эрүүл мэндийн даатгалын сангийн тайлан 2021-2023 (сая төг.).....	133
Хүснэгт 39. Даатгалын сангийн зардлын хариуцах хэсэг.....	135
Хүснэгт 40. Даатгуулагчийн тоо, эзлэх хувь.....	136
Хүснэгт 41. Даатгуулагчийн төлөх дундаж шимтгэл.....	136
Хүснэгт 42. Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний зардал (сая төг.).....	138
Хүснэгт 43. Тусламж, үйлчилгээний төрлөөр тохиолдлын тоо.....	138
Хүснэгт 44. Орлогын төсөөллүүдийн нөлөө.....	148
Хүснэгт 45. Зардлын төсөөллүүдийн нөлөө.....	149
Хүснэгт 46. Сангийн зардлын үр дүн.....	149
Хүснэгт 47. Эрсдэлтэй хувилбарын үр дүн, сая төгрөг.....	150
Хүснэгт 48. Дундаж хувилбарын үр дүн, сая төгрөг.....	151
Хүснэгт 49. Эрсдэл багатай хувилбарын үр дүн, сая төгрөг.....	151
Хүснэгт 50. Үр дүнгийн хувилбарууд, тэрбум төгрөг.....	152
Хүснэгт 51. Даатгуулагчийн бүтэц.....	153
Хүснэгт 52. Даатгуулагчийн бүтэц, төрлөөр.....	154
Хүснэгт 53. Стратегийн зорилт, хариуцах бүтцийн нэгж тэдгээрийн хүний нөөц.....	158
Хүснэгт 54. Нэгжийн чиг үүргийн хэрэгжүүлэлтийн үр дүн, хувиар.....	160
Хүснэгт 55. Эмийн байцаагчийн тоо, боомтоор.....	168
Хүснэгт 56. Эрүүл мэндийн салбарт мөрдөж буй стандарт, зориулалтын ангиллаар.....	169
Хүснэгт 57. Эрүүл мэндийн салбарт мөрдөж буй стандартын тоо, батлагдсан хугацаагаар.....	169
Хүснэгт 58. Эрүүл мэндийн байгууллагын тоо, 2024 оны 4 дүгээр сарын байдлаар.....	173
Хүснэгт 59. ЭХЭМҮТ-ийн орны тоо.....	176
Хүснэгт 60. Эрүүл мэндийн даатгалаас санхүүждэг тусламж, үйлчилгээний төрөл.....	176
Хүснэгт 61. ЭХЭМҮТ-ийн үйл ажиллагаанаас сонгон зураглалын процесс зураглалын мэдээлэл.....	178
Хүснэгт 62. ЭХЭМҮТ-ийн хамгийн их асуудал тулгардаг процессын жагсаалт.....	179
Хүснэгт 63. ЭХЭМҮТ-ээс үйлчилгээ авч буй иргэний процессын ажиглалтын шинжилгээ.....	180

Хүснэгт 64. ЭХЭМҮТ-ээс үйлчилгээ авч буй иргэний процессын ажиглалтын хугацаа, хүлээгдэл .....	183
Хүснэгт 65. ЭХЭМҮТ-ийн албан хаагчидтай хийх фокус бүлгийн ярилцлагын зохион байгуулалт .....	187
Хүснэгт 66. ЭХЭМҮТ-ийн албан хаагчидтай хийх фокус бүлгийн ярилцлагын үр дүн, шинжилгээ .....	187
Хүснэгт 67. Монгол Улсын хэмжээнд 2023 онд сэтгэцийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг эрүүл мэндийн төвүүд, эмнэлгүүд болон байгууллагуудын тоо .....	198
Хүснэгт 68. Дээд боловсролын тухай хуулийнд тухайн салбарт мэргэжилтэн бэлтгэх асуудлаарх орсон заалт 2002, 2023.....	204
Хүснэгт 69. Төгсөлтийн дараах сургалтын удирдлага, зохион байгуулалт.....	205
Хүснэгт 70. Процесс зураглалаас гарсан үр дүнгийн нэгтгэл .....	208
Хүснэгт 71. Судалгааны түүврийн хэмжээ .....	212
Хүснэгт 72. Удирдах албан хаагчдын чиг үүргийн хэрэгжилтэд үнэлгээ өгсөн байдал, байгууллагаар .....	214
Хүснэгт 73. Удирдлагын ур чадвар, манлайлалтай холбоотой хүчин зүйлсэд өгсөн үнэлгээ, хувиар .....	221
Хүснэгт 74. Ашиглаж буй техник тоног төхөөрөмж, программ хангамжтай холбоотой хүчин зүйлсэд өгсөн ерөнхий үнэлгээ, хувиар.....	222
Хүснэгт 75. Ажлын зохион байгуулалт, хуваарилалттай холбоотой хүчин зүйлсэд өгсөн үнэлгээ, хувиар.....	224
Хүснэгт 76. Ашиглаж буй материал, багаж хэрэгсэлтэй холбоотой хүчин зүйлсэд өгсөн үнэлгээ, хувиар .....	225
Хүснэгт 77. Ажиллах хүчинтэй холбоотой хүчин зүйлсэд өгсөн үнэлгээ, хувиар .....	227
Хүснэгт 78. Хөдөлмөрийн аюулгүй байдалтай холбоотой хүчин зүйлсэд өгсөн үнэлгээ, хувиар .....	228
Хүснэгт 79. Ажилтны идэвхжилттэй холбоотой хүчин зүйлсэд өгсөн үнэлгээ, хувиар.....	230
Хүснэгт 80. Гадаад орчинтой холбоотой хүчин зүйлсэд өгсөн үнэлгээ, хувиар.....	231
Хүснэгт 81. Гадаад орчинтой холбоотой бүлгийн ач холбогдлын харьцангуй индекс, эрэмбэлэл.....	232
Хүснэгт 82. Бусад хүчин зүйлсэд өгсөн үнэлгээ, хувиар .....	232
Хүснэгт 83. Эрүүл мэндийн байгууллагад учирсан асуудал, хүндрэл байгууллагаар, эзлэх хувиар.....	237
Хүснэгт 84. Үйлчилгээ үзүүлсэн албан хаагчид өгсөн үнэлгээ, үйл ажиллагааны ангиллаар, дүнд эзлэх хувиар .....	239
Хүснэгт 85. Эрүүл мэндийн байгууллагын үйлчилгээнд өгсөн үнэлгээ, үйл ажиллагааны ангиллаар, дүнд эзлэх хувиар.....	241
Хүснэгт 86. Эрүүл мэндийн байгууллагын үйл ажиллагаанд өгсөн үнэлгээ үйл ажиллагааны ангиллаар, дүнд эзлэх хувиар .....	241
Хүснэгт 87. ЭМЯ-ны хамгийн их асуудал бүртгэгдсэн 10 процесс, үйл ажиллагаагаар .....	249
Хүснэгт 88. ЭМДЕГ-ын хамгийн их асуудал бүртгэгдсэн 10 процесс, үйл ажиллагаагаар.....	250
Хүснэгт 89. ЭЭХХЗГ-ын хамгийн их асуудал бүртгэгдсэн 10 процесс, үйл ажиллагаагаар .....	250
Хүснэгт 90. ЭХЭМҮТ-ийн хамгийн их асуудал бүртгэгдсэн 10 процесс, үйл ажиллагаагаар.....	250
Хүснэгт 91. Эрсдэл тохиолдох магадлалын үнэлгээ .....	252
Хүснэгт 92. Эрсдэлийн нөлөөлөл, үр дагавар, учрах хохирлын түвшин .....	252
Хүснэгт 93. Эрсдэлийн дулааны матриц.....	253
Хүснэгт 94. Эрсдэлийн гадаад, дотоод ангилал.....	253
Хүснэгт 95. Эрүүл мэндийн салбарын эрсдэлийн дулааны матриц .....	253

## Зургийн жагсаалт

Зураг 1. Процессын дахин инженерчлэлийн үе шат .....	2
Зураг 2. Процессын дахин инженерчлэл схем .....	4
Зураг 3. ДЭМБ-ын “Тогтолцоог бүрдүүлэгч блокууд” хүрээ.....	8
Зураг 4. “Хяналтын товчлуур” хүрээ (“Control Knobs” framework, Roberts et al. 2008) .....	9
Зураг 5. Эрүүл мэндийн тогтолцооны чиг үүрэг ба зорилтуудын харилцан хамаарал .....	12
Зураг 6. Бүх нийтийн хамралтад хүрэх эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийн үнэлгээний хүрээ .....	13
Зураг 7. Эрүүл мэндийн тогтолцооны хүрээний Засаглалыг үнэлэх хүрээ .....	15
Зураг 8. Канадын эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийг хэмжих хүрээ.....	16
Зураг 9. Эстони Улсын эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийн үнэлгээний хүрээ (The Estonian HSPA framework).....	17
Зураг 10. Австралийн эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийн үнэлгээний хүрээ.....	18
Зураг 11. Сингапур Улсын эрүүл мэндийн тогтолцооны удирдлага, зохион байгуулалт.....	21
Зураг 12. Филиппин улсын эрүүл мэндийн газар.....	22
Зураг 13. Армени Улсын эрүүл мэндийн яамны бүтэц .....	23
Зураг 14. Эстони Улсын Нийгмийн хөгжлийн яам.....	24
Зураг 15. Эрүүл мэндийн эрэлт хэрэгцээний цикл.....	27
Зураг 16. Ямайка Улсын Эрүүл мэндийн “Алсын хараа 2050”-ийн ерөнхий бүтэц.....	29
Зураг 17. Эстони Улсын “Үндэсний эрүүл мэндийн хөтөлбөр 2030” бодлогын баримт бичгийн бүтэц.....	30
Зураг 18. Бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралт .....	34
Зураг 19. Бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтад хүрэхэд анхаарч үзэх ёстой 3 хэмжүүр .....	35
Зураг 20. Бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтын индекс (SDG 3.8.1) болон эрүүл мэндийн халаасны зардлын тооцоо (SDG 3.8.2, 10 хувийн босго), 2000–2019 он.....	37
Зураг 21. Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн бодлогын дүн шинжилгээний үндсэн гурван зарчим .....	39
Зураг 22. Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцоо ба бодлогын зорилго, эрүүл мэндийн тогтолцооны бусад чиг үүрэг хоорондын уялдаа холбоо .....	40
Зураг 23. Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн засаглалыг ойлгох үзэл баримтлалын хүрээ .....	41
Зураг 24. Стратегийн худалдан авалтын явцыг үнэлэх хүрээ.....	45
Зураг 25. Анхан шатны эрүүл мэндийн байгууллагуудад олгосон санхүүжилтийн гүйцэтгэл,, тэрбум төгрөгөөр.....	48
Зураг 26. Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний санхүүжилтийн загвар, Монгол улс, 1994-2020 он .....	50
Зураг 27. Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний санхүүжилтийн загвар, Монгол Улс, 2021 оноос хойш.....	52
Зураг 28. Хүн амын тоо, хүйсээр, мянган хүн, 1995-2023 он .....	53
Зураг 29. Хүн амын өсөлт, хувиар, 1995-2023 он.....	53

Зураг 30. Хүн ам насны бүлэг дэх хувийн жин, 2000-2023 он.....	54
Зураг 31. Хүн амын тоо, бүс, хувиар, 2023 он.....	55
Зураг 32. Дундаж наслалт, хүйсээр, 1965-2023 он.....	56
Зураг 33. Бүртгэгдсэн өвчлөл, хүйсээр, мянга, 2010-2023 он.....	56
Зураг 34. Бүртгэгдсэн өвчлөл, хүйс, насны бүлгийн эзлэх хувиар, 2023 он.....	57
Зураг 35. Бүртгэгдсэн өвчлөл, хүйс, насны бүлгийн эзлэх хувиар, 2023 он.....	57
Зураг 36. Бүртгэгдсэн өвчлөл зонхилох 10 шалтгаан, 2010-2023 он.....	58
Зураг 37. Бүртгэгдсэн өвчлөл зонхилох 12 шалтгаан, төрлөөр, 2010-2023 он.....	58
Зураг 38. Эрэгтэйчүүдийн өвчлөлийн зонхилох 12 шалтгаан, төрөл, 2010-2023 он.....	59
Зураг 39. Эмэгтэйчүүдийн өвчлөлийн зонхилох 12 шалтгаан, төрөл, 2010-2023 он.....	59
Зураг 40. 1000 хүнд ногдох бүртгэгдсэн өвчлөл, аймгаар, 2023 он.....	60
Зураг 41. Нас баралтын тоо, хүйсээр, 2010-2023 он.....	60
Зураг 42. Нас баралтын ерөнхий коэффициент, 2010-2023 он.....	61
Зураг 43. Нас баралт, хүйс, насны бүлгийн эзлэх хувиар, 2023 он.....	61
Зураг 44. Нас баралтын тоо, тэргүүлэх шалтгаанаар, 2023 он.....	62
Зураг 45. Нас баралт тэргүүлэх шалтгаан, насны бүлгээр, 2023 он.....	64
Зураг 46. Нас баралтын зонхилох 10 шалтгаан, 2010-2023 он.....	64
Зураг 47. Нас баралтын зонхилох 12 шалтгаан, төрлөөр, 2010-2023 он.....	65
Зураг 48. Нас баралтын зонхилох 12 шалтгаан, төрөл, насны бүлгээр, 2023 он.....	66
Зураг 49. Сүүлийн 14 жилд дунджаар хамгийн их өссөн нас баралтын зонхилох 12 шалтгаанаар, 2010-2023 он.....	67
Зураг 50. Сүүлийн 14 жилд дунджаар хамгийн их буурсан нас баралтын зонхилох 12 шалтгаанаар, 2010-2023 он.....	67
Зураг 51. Нас баралтын зонхилох 10 шалтгаан, хүйсээр, 2023 он.....	68
Зураг 52. Эрэгтэйчүүдийн нас баралтын зонхилох 12 шалтгаан, төрөл, 2010-2023 он.....	69
Зураг 53. Эмэгтэйчүүдийн нас баралтын зонхилох 12 шалтгаан, төрөл, 2010-2023 он.....	69
Зураг 54. 1000 хүнд ноогдох нас баралтын түвшин, бүс, аймгаар, 2023 он.....	71
Зураг 55. 10000 хүнд ногдох нас баралтын түвшин, зонхилох 5 шалтгаанаар, 2022-2023 он.....	72
Зураг 56. 10000 хүнд ногдох бусад зүрх судасны тогтолцооны өвчний шалтгаант нас баралтын түвшин, аймгаар, 2023 он.....	72
Зураг 57. 10000 хүнд ногдох зүрхний ишемит өвчний шалтгаант нас баралтын түвшин, аймгаар, 2023 он.....	73
Зураг 58. 10000 хүнд ногдох элэг ба элгэн дэх цэсний сувгийн өмөн шалтгаант нас баралтын түвшин, аймгаар, 2023 он.....	73
Зураг 59. 10000 хүнд ногдох спиртэд санамсаргүй хордох, өртөх шалтгаант нас баралтын түвшин, аймгаар, 2023 он.....	74
Зураг 60. 10000 хүнд ногдох тархины цус харвалтын шалтгаант нас баралтын түвшин, аймгаар, 2023 он.....	74
Зураг 61. Хөдөлмөрийн чадвараа түр алдаж, тэтгэмж авсан иргэдийн тоо, тэтгэмжийн хэмжээ, 2018-2023 он.....	75
Зураг 62. Хөдөлмөрийн чадвараа түр алдаж, тэтгэмж авсан иргэдийн тоо, хүйсээр, 2018-2023 он.....	75
Зураг 63. Хөдөлмөрийн чадвараа түр алдаж, тэтгэмж авсан иргэдийн тоо, мянган хүн, аймгаар, 2023 он.....	76
Зураг 64. Батлагдаагүй эрх зүйн баримт бичгийн зохицуулах харилцаа.....	78
Зураг 65. Захиргааны хэм хэмжээний актын бүртгэлд бүртгэгдээгүй баримт бичгийн судалгааны үр дүнгийн үзүүлэлт.....	79
Зураг 66. Хөгжлийн бодлого, төлөвлөлтийн баримт бичигт эрүүл мэндийн салбарын зорилго, зорилт, арга хэмжээ, шалгуурын туссан байдал.....	80
Зураг 67. Эрүүл мэндийн салбарын стратеги төлөвлөгөөний зорилт, арга хэмжээ.....	84
Зураг 68. Хүн амын дундаж наслалт, 2010-2050 он.....	85
Зураг 69. Үр дүнд суурилсан нэгдсэн удирдлагын тогтолцоо.....	86
Зураг 70. Гүйцэтгэлийн шалгуур үзүүлэлтийн хүрээ.....	87
Зураг 71. Эмнэлгийн мэргэжилтний ажлын бүтээмж, үр дүнг үнэлэх аргачлал.....	88
Зураг 72. Эрүүл мэндийн байгууллагын тогтолцооны бүдүүвч.....	90
Зураг 73. Яамны ерөнхий нийтлэг чиг үүрэг.....	91
Зураг 74. Яамны нийтлэг чиг үүрэг.....	92
Зураг 75. Эрүүл мэндийн яамны чиг үүрэг.....	92
Зураг 76. Хөтөлбөрт тусгагдсан Эрүүл мэндийн яамны зорилт, чиг үүрэг.....	93
Зураг 77. ЭМЯ-ны 2023 оны гүйцэтгэлийн төлөвлөгөөний хэрэгжилт.....	93
Зураг 78. ЭМЯ-ны бодлогын нэгжүүдийн чиг үүргийн хэрэгжилтийн байдал.....	94
Зураг 79. Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвийн бүтэц, зохион байгуулалтын схем.....	96
Зураг 80. Эрүүл мэндийн яамны бүтцийн схем.....	97
Зураг 81. Чиг үүргийн шинжилгээ, RACI.....	99
Зураг 82. Нэн түрүүнд шийдвэрлэх шаардлагатай процесс.....	101
Зураг 83. Магадлан итгэмжлэлийн өнөөгийн тогтолцоо.....	103
Зураг 84. Магадлан итгэмжлэлийн удирдлага зохион байгуулалтын түүх.....	103
Зураг 85. Магадлан итгэмжлэлийн процессын зураглал.....	104
Зураг 86. Үйл ажиллагаа эрхлэх тусгай зөвшөөрлийн процессын зураглал.....	110
Зураг 87. Эрүүл мэндийн салбарын зардлын ДНБ-д эзлэх хувь.....	112
Зураг 88. Эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоо.....	117
Зураг 89. Эрүүл мэндийн даатгалын сангийн хяналт.....	117
Зураг 90. Эрүүл мэндийн даатгалын санхүүжилтийн зарчим.....	118
Зураг 91. Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газрын бүтэц, 2024 оны 04 дүгээр сарын байдлаар.....	119
Зураг 92. Эрүүл мэндийн даатгалын салбарын стратегийн хэсгээс.....	121
Зураг 93. Урт болон дунд хугацааны хөгжлийн бодлогын зорилго, зорилтууд.....	121
Зураг 94. Нэхэмжлэлийн хяналтын процессын зураглал.....	126
Зураг 95. Нэхэмжлэлийн хяналтын процессын зураглал (үргэлжлэл).....	127
Зураг 96. Гүйцэтгэлийн санхүүжилтийн процессын зураглал.....	128
Зураг 97. Гэрээ байгуулах процессын зураг.....	129
Зураг 98. Эрүүл мэндийн даатгалын сангийн зардлын ДНБ-нд эзлэх хувь.....	134

Зураг 99. Даатгалын сангийн зардлын хариуцах хэсэг, графикаар .....	135
Зураг 100. Даатгуулагчийн тоо, эзлэх хувь, графикаар .....	137
Зураг 101. Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний зардал, сая төгрөг, эзлэх хувь.....	138
Зураг 102. Амбулаторийн тусламж, үйлчилгээний тохиолдлын давтамж (насны бүлгээр) .....	139
Зураг 103. Амбулаторийн тусламж, үйлчилгээний дундаж зардал (насны бүлгээр).....	139
Зураг 104. Амбулаторийн тусламж, үйлчилгээний тохиолдлын давтамж /байршлаар/.....	140
Зураг 105. Амбулаторийн тусламж, үйлчилгээний дундаж зардал /байршлаар/ .....	140
Зураг 106. Амбулаторийн өвчлөлийн дундаж зардал болон тохиолдлын давтамжийн хамаарал.....	141
Зураг 107. Хэвтэн эмчлэх тусламж, үйлчилгээний тохиолдлын давтамж, насны бүлгээр .....	141
Зураг 108. Хэвтэн эмчлэх тусламж, үйлчилгээний дундаж зардал, насны бүлгээр.....	142
Зураг 109. Хэвтэн эмчлэх тусламж, үйлчилгээний тохиолдлын давтамж, байршлаар.....	142
Зураг 110. Хэвтэн эмчлэх тусламж, үйлчилгээний дундаж зардал, байршлаар.....	142
Зураг 111. Өндөр өртөгтэй оношилгоо шинжилгээний тохиолдлын давтамж, насны бүлгээр.....	143
Зураг 112. Өндөр өртөгтэй оношилгоо шинжилгээний дундаж зардал, насны бүлгээр.....	143
Зураг 113. Өндөр өртөгтэй оношилгоо шинжилгээний тохиолдлын давтамж, байршлаар .....	144
Зураг 114. Өндөр өртөгтэй оношилгоо шинжилгээний дундаж зардал, байршлаар.....	144
Зураг 115. Яаралтай тусламжийн тохиолдлын давтамж, насны бүлгээр .....	145
Зураг 116. Яаралтай тусламжийн дундаж зардал, насны бүлгээр .....	145
Зураг 117. Яаралтай тусламжийн тохиолдлын давтамж, байршлаар.....	146
Зураг 118. Яаралтай тусламжийн дундаж зардал, байршлаар.....	146
Зураг 119. Түргэн тусламжийн тохиолдлын давтамж, насны бүлгээр.....	147
Зураг 120. Түргэн тусламжийн дундаж зардал /насны бүлгээр/ .....	147
Зураг 121. Түргэн тусламжийн тохиолдлын давтамж /байршлаар/.....	147
Зураг 122. Түргэн тусламжийн дундаж зардал /байршлаар/.....	148
Зураг 123. Дундаж цалин, хөдөлмөрийн хөлсний доод хэмжээ .....	153
Зураг 124. Хүн ам зүйн хэтийн төлөв-2030 он.....	154
Зураг 125. Амбулаторийн тэргүүлэх 5 өвчний тохиолдлын давтамж.....	155
Зураг 126. Хэвтэн эмчлэх тусламж, үйлчилгээний тэргүүлэх 5 өвчний тохиолдлын давтамж .....	155
Зураг 127. Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт зохицуулалтын газрын бүтэц зохион байгуулалт .....	158
Зураг 128. Эмийн бүртгэлийн процессын зураглал .....	162
Зураг 129. Эмнэлгийн тоног төхөөрөмжийн шалгалт тохируулга, шалгалт баталгаажуулалтын процессын зураглал.....	163
Зураг 130. Монгол Улсын эмийн бүртгэлийн мэдээлэл.....	165
Зураг 131. Шаардлага хангаагүй эм, эмийн бүтээгдэхүүний дээжийн эзлэх хувь.....	166
Зураг 132. Монгол Улсын Засгийн газрын 2020-2024 оны үйл ажиллагааны хөтөлбөрт туссан арга хэмжээ.....	166
Зураг 133. Хяналтын тогтолцоо .....	168
Зураг 134. UPTODATE эмнэлзүйн цахим платформын хэрэглэгчийн тоо .....	170
Зураг 135. UPTODATE-д хандсан ТОП 5 сэдэв, хандалтын тоогоор .....	170
Зураг 136. UPTODATE-д хандсан ТОП 5 эмчилгээний сэдэв, хандалтын тоогоор.....	171
Зураг 137. Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ ангилал .....	172
Зураг 138. Хэвтүүлэн эмчлэх тусламж, үйлчилгээний орны тоо .....	174
Зураг 139. Үйлчилгээний сегмент, 2023 он.....	175
Зураг 140. ЭХЭМҮТ-ийн хүний нөөц бүрдүүлэлт.....	176
Зураг 141. ЭХЭМҮТ-ийн төсөвт ор, 2023 он .....	177
Зураг 142. ЭХЭМҮТ-ийн тусламж, үйлчилгээний үзүүлэлт, 2023 он .....	177
Зураг 143. ЭХЭМҮТ-ийн процесс шинжилгээний явцад цугласан асуудлуудын эх сурвалж .....	178
Зураг 144. ЭХЭМҮТ-ийн үйлчилгээнд тулгамдаж буй асуудлын учир шалтгааны дүн шинжилгээ .....	179
Зураг 145. ЭБЭЭ-ийн үйлчлүүлэгчийн сэтгэл ханамжийн үзүүлэлт.....	181
Зураг 146. Хүүхдийн эмнэлгийн үйлчлүүлэгчийн сэтгэл ханамжийн үзүүлэлт.....	182
Зураг 147. Хүүхдийн эмнэлгийн үйлчлүүлэгчийн орчны үнэлгээ.....	182
Зураг 148. Эх барих эмэгтэйчүүдийн эмнэлгийн үйлчлүүлэгчийн орчны үнэлгээ .....	183
Зураг 149. Хүүхдийн эмнэлгийн үйлчилгээний хугацаа .....	184
Зураг 150. Эх барих эмэгтэйчүүдийн эмнэлгийн үйлчилгээний хугацаа.....	185
Зураг 151. Мухар олгой оношлох, эмчлэх үйл явц .....	185
Зураг 152. Эмэгтэйчүүдийн эмгэг оношлох, эмчлэх үйл явц.....	186
Зураг 153. Эх, барих эмэгтэйчүүдийн эмнэлгийн хүлээлгийн хугацааны үзүүлэлт, тасаг нэгжээр .....	186
Зураг 154. Фокус бүлгийн ярилцлагын үр дүн .....	188
Зураг 155. Дэлхийн хэмжээнд бүртгэгдсэн нийт өвчлөлийн дотор сэтгэцийн эмгэгийн эзлэх хувийг 2005 ба 2020 онтой харьцуулсан байдал .....	192
Зураг 156. Амиа хорлож нас барсан тохиолдлыг Номхон далайн баруун эргийн зарим улс орнуудтай харьцуулсан дүн .....	192
Зураг 157. Номхон далайн баруун эргийн улс орнуудын амиа хорлож нас барсан хүмүүсийг насны бүлгээр харьцуулсан дүн .....	193
Зураг 158. Амьдралын чанарыг бууруулдаг тэргүүлэх 10 эмгэг, 2019 он.....	193
Зураг 159. Монгол Улсад хөдөлмөрийн чадвар алдалт тогтоолгож байгаа тэргүүлэх 5 өвчин сүүлийн 5 жилээр .....	194
Зураг 160. Монгол Улсын сэтгэцийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний байдал.....	195
Зураг 161. mhGAP хөтөлбөр хэрэгжихээс өмнөх, дараах онд анхан шатны тусламжид сэтгэцийн эрүүл мэндийн тусламж үзүүлсэн хүний тоо .....	196
Зураг 162. Сэтгэцийн эмгэгийн улмаас хөдөлмөрийн чадвар алдсан хүмүүст үзүүлэх нөхөн сэргээх, дэмжих үйлчилгээ.....	196
Зураг 163. Олон улсын “Сэтгэцийн эрүүл мэндийн нийгэм хамт олонд түшиглэсэн” тусламж, үйлчилгээний зураглал. (ДЭМБ-ийн 2022 он).....	197
Зураг 164. Сэтгэцийн эрүүл мэндийн тусламж үзүүлэх багийн мэргэжилтний бүтэц .....	198
Зураг 165. Сэтгэцийн эрүүл мэндийн салбарт ажиллаж буй мэргэжлийн хүний нөөц .....	198

Зураг 166. Эрүүл мэндийн салбарын ажиллагчид, мянган хүн, 2000-2023 он .....	200
Зураг 167. 10000 хүн амд ноогдох их эмч, сувилагчийн тоо, 2000-2023 он .....	200
Зураг 168. Анагаах ухааны чиглэлээр их, дээд сургууль төгсөгчид 2010-2022 он .....	202
Зураг 169. Төгсөлтийн дараах сургалтын хэлбэр.....	203
Зураг 170. Төгсөлтийн дараах сургалтын хяналтын тоог батлуулах процессын зураглал .....	204
Зураг 171. Судалгаанд хамрагдсан албан хаагчид, байгууллагын төрлөөр, эзлэх хувиар .....	217
Зураг 172. Судалгаанд хамрагдсан албан хаагчид, улсад болон тухайн байгууллагад ажилласан жил, хувиар .....	217
Зураг 173. Судалгаанд хамрагдсан албан хаагчид, алба тушаалаар, хувиар .....	218
Зураг 174. Ач холбогдлын харьцангуй индекс, бүлгээр.....	218
Зураг 175. Ач холбогдлын харьцангуй индекс, хамгийн өндөр үнэлгээтэй 10 үзүүлэлт.....	219
Зураг 176. Ач холбогдлын харьцангуй индекс, хамгийн өндөр үнэлгээтэй 10 үзүүлэлт, байгууллагаар.....	220
Зураг 177. Удирдлагын ур чадвар, манлайлалтай холбоотой хүчин зүйлсэд өгсөн ерөнхий үнэлгээ, хувиар.....	221
Зураг 178. Удирдлагын ур чадвар, манлайлал бүлгийн ач холбогдлын харьцангуй индекс, эрэмбээр.....	221
Зураг 179. Удирдлагын ур чадвар, манлайлал бүлгийн ач холбогдлын харьцангуй индекс, байгууллагаар.....	222
Зураг 180. Ашиглаж буй техник тоног төхөөрөмж, программ хангамжтай холбоотой хүчин зүйлсэд өгсөн ерөнхий үнэлгээ, хувиар.....	222
Зураг 181. Ашиглаж буй техник тоног төхөөрөмж, программ хангамж бүлгийн ач холбогдлын харьцангуй индекс, эрэмбэлэл.....	223
Зураг 182. Ашиглаж буй техник тоног төхөөрөмж, программ хангамж бүлгийн ач холбогдлын харьцангуй индекс, байгууллагаар .....	223
Зураг 183. Ажлын зохион байгуулалт, хуваарилалттай холбоотой хүчин зүйлсэд өгсөн үнэлгээ, хувиар.....	224
Зураг 184. Ажлын зохион байгуулалт, хуваарилалт бүлгийн ач холбогдлын харьцангуй индекс, эрэмбэлэл.....	224
Зураг 185. Ажлын зохион байгуулалт, хуваарилалт бүлгийн ач холбогдлын харьцангуй индекс, байгууллагаар .....	225
Зураг 186. Ашиглаж буй материал, багаж хэрэгсэлтэй холбоотой хүчин зүйлсэд өгсөн ерөнхий үнэлгээ, хувиар .....	225
Зураг 187. Ашиглаж буй материал, багаж хэрэгсэл бүлгийн ач холбогдлын харьцангуй индекс, эрэмбэлэл .....	226
Зураг 188. Ашиглаж буй материал, багаж хэрэгсэл бүлгийн ач холбогдлын харьцангуй индекс, байгууллагаар .....	226
Зураг 189. Ажиллах хүчинтэй холбоотой хүчин зүйлсэд өгсөн ерөнхий үнэлгээ, хувиар .....	227
Зураг 190. Ашиглах хүчинтэй холбоотой бүлгийн ач холбогдлын харьцангуй индекс, эрэмбэлэл .....	227
Зураг 191. Ажиллах хүчинтэй холбоотой бүлгийн ач холбогдлын харьцангуй индекс, байгууллагаар.....	228
Зураг 192. Хөдөлмөрийн аюулгүй байдалтай холбоотой хүчин зүйлсэд өгсөн ерөнхий үнэлгээ, хувиар.....	228
Зураг 193. Хөдөлмөрийн аюулгүй байдалтай холбоотой бүлгийн ач холбогдлын харьцангуй индекс, эрэмбэлэл .....	229
Зураг 194. Хөдөлмөрийн аюулгүй байдалтай холбоотой бүлгийн Ач холбогдлын харьцангуй индекс, байгууллагаар.....	229
Зураг 195. Ажилтны идэвхжилттэй холбоотой хүчин зүйлсэд өгсөн ерөнхий үнэлгээ, хувиар .....	230
Зураг 196. Ажилтны идэвхжилттэй холбоотой бүлгийн ач холбогдлын харьцангуй индекс, эрэмбэлэл.....	230
Зураг 197. Ажилтны идэвхжилттэй холбоотой бүлгийн ач холбогдлын харьцангуй индекс, байгууллагаар .....	231
Зураг 198. Гадаад орчинтой холбоотой хүчин зүйлсэд өгсөн үнэлгээ, хувиар .....	231
Зураг 199. Гадаад орчинтой холбоотой бүлгийн ач холбогдлын харьцангуй индекс, байгууллагаар.....	232
Зураг 200. Бусад хүчин зүйлсэд өгсөн ерөнхий үнэлгээ, хувиар .....	232
Зураг 201. Ач холбогдлын харьцангуй индекс, албан тушаалаар.....	233
Зураг 202. Судалгаанд хамрагдсан аж ахуйн нэгж, байгууллага өмчийн хэлбэрээр, үйл ажиллагааны ангиллаар, эзлэх хувиар .....	235
Зураг 203. Хамгийн сүүлд үйлчилгээ авсан эрүүл мэндийн байгууллага, эзлэх хувиар.....	235
Зураг 204. Эрүүл мэндийн салбараас хамгийн сүүлд авсан үйлчилгээ, эзлэх хувиар .....	236
Зураг 205. Эрүүл мэндийн салбараас үйлчилгээ авахтай холбоотой хүндрэл гарсан эсэх, гарсан хүндрэлийн шалтгаан, эзлэх хувиар.....	236
Зураг 206. Эрүүл мэндийн салбараас үйлчилгээ авахад зарцуулсан зардлын хэмжээ, эзлэх хувиар .....	237
Зураг 207. Үйлчилгээ үзүүлсэн албан хаагчид өгсөн үнэлгээ, эзлэх хувиар.....	238
Зураг 208. Эрүүл мэндийн байгууллагын үйлчилгээнд өгсөн үнэлгээ, эзлэх хувиар .....	238
Зураг 209. Эрүүл мэндийн байгууллагын үйл ажиллагаанд өгсөн үнэлгээ, эзлэх хувиар .....	239
Зураг 210. Эрүүл мэндийн салбарын үйл ажиллагааг сайжруулах санал, эзлэх хувиар .....	243
Зураг 211. Эрүүл мэндийн бүртгэгдсэн асуудал, байгууллагаар.....	244
Зураг 212. ДЭМБ-ын тодорхойлсон эрүүл мэндийн тогтолцооны 6 чиг үүргийн хүрээний хуваарилалт .....	244
Зураг 213. Эрүүл мэндийн салбарын эрсдэлийн түвшин.....	254
Зураг 214. Эрүүл мэндийн салбарын эрсдэлийн төрөл, ДЭМБ-ын зургаан блокоор .....	254
Зураг 215. Эрүүл мэндийн салбарын эрсдэл, голлох ангиллаар .....	255
Зураг 216. Шинэ сэргэлтийн эрүүл мэндийн тогтолцооны хүрээ .....	259

## ХУРААНГУЙ

Засгийн газрын Хяналт хэрэгжүүлэх газар Засгийн газрын 2023 оны 419 дүгээр тогтоолын хэрэгжилтийг хангах хүрээнд Эрүүл мэндийн салбарт процессын дахин инженерчлэлийн судалгаа, шинжилгээний ажлыг Эрүүл мэндийн яам, Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын газар, Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газар, Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн үндэсний төвийг хамруулан хийж гүйцэтгэв.

Судалгаанд хамрагдсан байгууллагуудын алсын хараа, стратеги зорилтууд нь процессын зорилтуудтайгаа уялдаж байгаа эсэхийг шинжилж, тухайн байгууллагын үндэс суурь болсон төрийн чиг үүргийг хэрэгжүүлэн ажиллаж байгаа байдлыг тодорхойлж, процессуудын чанар, уялдаа холбоог үнэлж, үр дүнг Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллагын эрүүл мэндийн тогтолцооны хүрээний 6 чиг үүрэгтэй уялдуулан дүгнэсэн.

Дэлхийн улс орнууд иргэдийнхээ эрүүл мэндийн бодит эрэлт, хэрэгцээнд үндэслэн хүн амынхаа эрүүл мэндийг дэмжих, сайжруулах, эрүүл мэндээс нь үүдэлтэй санхүүгийн эрсдэлээс хамгаалах үндсэн зорилго бүхий бодлогыг баримталж хүрэх үр дүнгээ үнэлдэг эрүүл мэндийн тогтолцоотой байна. Харин манай улсын хувьд эрүүл мэндийн тогтолцооны хүрээгээ тодорхой болгож, зорьж буй үр дүнгийнхээ гүйцэтгэлийг үнэлэх хүрээг боловсруулах шаардлагатай байгаа нь судалгаа, шинжилгээгээр тогтоогдсон.

Иргэдийн нийт өвчлөл, тэр дундаа нас баралтын тэргүүлэх шалтгаан болдог өвчлөлийн тоо буурахгүй байгаа нь эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ нь чанарын шаардлага хангахгүй байгааг нотолсон. Нөгөө талаараа иргэдийнхээ эрүүл мэндийн эрэлт, хэрэгцээнд үндэслэсэн эрүүл мэндийн бодлогоо оновчтой, бодитой тодорхойлж чадахгүй байна.

Эрүүл мэндийн салбарын үйлчилгээ иргэндээ ээлгүй, чирэгдэлтэй байгаа нь процессын зураглалаар тодорхойлогдсон бөгөөд эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний хүлээлгийн хугацаа дунджаар 29 хоног, үйлчлүүлэгчийн сэтгэл ханамж 62 хувь байгаа нь манай улсын эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ “иргэн-төвтэй” бус байгааг харуулсан.

Эрүүл мэндийн тогтолцоог бэхжүүлэх эрүүл мэндийн салбарын үйл ажиллагаа болон эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний чанарыг сайжруулахад мэдээллийн урсгал, түүний үнэн зөв, аюулгүй байдал болон үйл ажиллагааны цахимжуулалт томоохон дэмжлэг үзүүлэх гол хүчин зүйл болдог. Өнөөдрийн байдлаар “цахим эрүүл мэнд” арга хэмжээний хүрээнд иргэд рүү чиглэсэн төрийн үйлчилгээг e-Mongolia системээр дамжин цахимжуулах чухал алхмууд хийгдэж байгаа хэдий ч эрүүл мэндийн үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллагуудын дотоод үйл ажиллагаа бүрэн цахимжаагүй, мэдээллийн дийлэнх нь цахим бус хэлбэртэй байна. Тухайлбал, судалгаанд хамрагдсан 4 байгууллагын үйл ажиллагааны 90 процессыг зураглаж, дүн шинжилгээ хийхэд 50-65 хувь нь гар ажиллагаатай, мэдээлэл нь цаасан хэлбэртэй, 15 хувь нь цаас, цахим хослуулсан хэлбэрээр мэдээллээ бүртгэж байгаа нь эдгээр байгууллагуудын дотоод үйл ажиллагааны дийлэнх хувь нь цахимжаагүй байгааг баталж байгаа төдийгүй төдий хэмжээгээр ажлын бүтээмж алдагдаж байна.

Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн хувьд манай улс 2021 оноос санхүүжилтийн шинэ тогтолцоонд шилжсэнээр эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийн эх үүсвэрүүдийг нэгтгэн, тусламж, үйлчилгээг худалдан авах нэг худалдан авагчийн тогтолцоог бүрдүүлж, стратегийн худалдан авалтыг эхлүүлсэн зэрэг чухал үр дүнд хүрсэн. Гэсэн хэдий ч хүн амын эрүүл мэндийн эрэлт, хэрэгцээнд тулгуурласан эрүүл мэндийг дэмжих, сайжруулахад чиглэсэн эрүүл мэндийн санхүүжилтийн бодлого тодорхойлоход актуар тооцоолол байхгүйн улмаас хуваарилагдаж буй мөнгөн дүнгийн өгөөжийг тооцож чаддаггүйгээс сангийн эх үүсвэрийг нэмэгдүүлэхэд чиглэсэн сангийн менежментийн оновчтой, нотолгоонд суурилсан шийдвэр гаргахад асуудал байсаар байна.

Процессын дахин инженерчлэлийн судалгаа, шинжилгээний ажлын хүрээнд эрүүл мэндийн даатгалын сангийн орлого болон зардалд актуар тооцоолол хийж, дараагийн 3 жилийн таамаглалыг гарган, эрүүл мэндийн даатгалын санг дунд хугацаанд нь тогтвортой, хүрэлцээтэй байлгах тооцоолол хийсэн нь эрүүл мэндийн санхүүжилтийн бодлогын үр нөлөө, үр өгөөжийг хэмжих, цаашид оновчтой шийдвэр гаргахад чухал алхам болсон.

## ТӨСЛИЙН ТАНИЛЦУУЛГА

### Төслийн зорилго, хамрах хүрээ

Монгол Улсын Засгийн газар "Алсын хараа-2050" Монгол Улсын урт хугацааны хөгжлийн бодлого, "Шинэ сэргэлтийн бодлого" дунд хугацааны зорилтот хөтөлбөртөө засаглалыг бэхжүүлэх, төрийн бүтээмжийн сэргэлт хийхээр зорьж, процессын дахин инженерчлэлийн ажлыг хэрэгжүүлж эхэлсэн.

Төрийн байгууллагад хийх процессын дахин инженерчлэлийн зорилго нь төрийн үйлчилгээний чанар, байгууллагын бүтээмжийг дээшлүүлэх, иргэд (үйлчлүүлэгч) болон төрийн албан хаагчдын сэтгэл ханамжийг нэмэгдүүлэх, процесс суурьтай, оновчтой, үр дүн, үр ашигтай засаглалыг бэхжүүлэхэд оршино.

"Процессын дахин инженерчлэлийн талаар авах зарим арга хэмжээний тухай" Монгол Улсын Засгийн газрын 2023 оны 419 дүгээр тогтоолоор процессын дахин инженерчлэлийн судалгаа, шинжилгээг Эрүүл мэндийн яам, Засгийн газрын хэрэгжүүлэгч агентлаг Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газар, Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын газарт хийх шийдвэр гарсан.

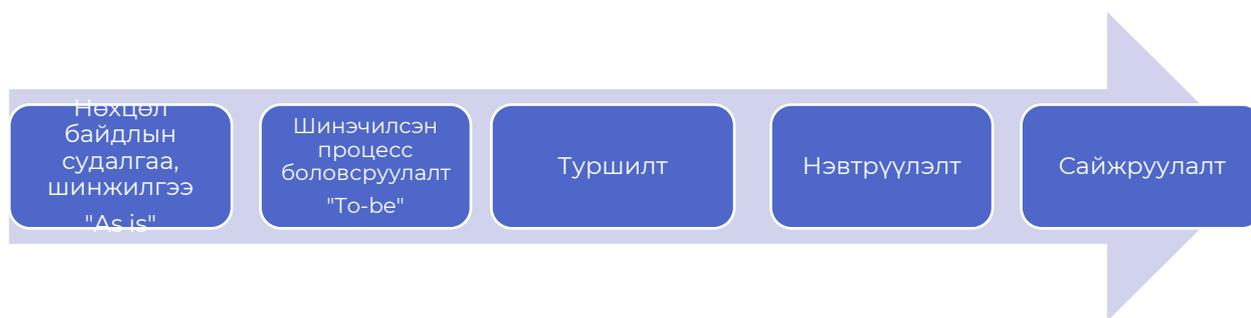
Эрүүл мэндийн салбарт процессын дахин инженерчлэл хийх үндсэн зорилго нь "иргэнтөвтэй" эрүүл мэндийн салбарын тогтолцоог бэхжүүлэхэд чиглэсэн бөгөөд энэхүү процессын дахин инженерчлэлийн судалгаа, шинжилгээний ажлаар иргэдэд Монгол Улсын Үндсэн хуулиар олгосон эрүүл, аюулгүй орчинд амьдрах, орчны бохирдлоос хамгаалуулах, эрүүл мэндээ хамгаалуулах, эмнэлгийн тусламж авах эрхийг хангаж байгаа эрүүл мэндийн бодлого, түүний хэрэгжилтэд нөхцөл байдлын шинжилгээ хийсэн.

Төслийн хамрах хүрээнд дараах байгууллагуудын үйл ажиллагаа багтсан. Үүнд:

- Эрүүл мэндийн яам;
- Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газар;
- Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын газар;
- Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн үндэсний төв.

Процессын дахин инженерчлэлийн ажил нь Нөхцөл байдлын судалгаа, шинжилгээ, Шинэчилсэн процесс боловсруулалт, Туршилт, Нэвтрүүлэлт, Сайжруулалт гэсэн үндсэн 5 үе шаттай байдаг (Зураг 1).

Зураг 1. Процессын дахин инженерчлэлийн үе шат



Процессын дахин инженерчлэл судалгаа, шинжилгээ хийх, санал, дүгнэлт гаргах ажил (цаашид "ПДИ төсөл" гэх) нь дээр дурдсан үндсэн 5 үе шатаас нөхцөл байдлын судалгаа, шинжилгээний үе шатны хүрээнд хэрэгжсэн бөгөөд үр дүнд үндэслэн процесс сайжруулалтын шийдлийг санал болгосон.

### Төслийн удирдлагын баг, зохион байгуулалт

Засгийн газрын 2023 оны 419 дүгээр тогтоолын хэрэгжилтийг хангах зорилгоор Засгийн газрын Хяналт хэрэгжүүлэх газрын даргын 2024 оны 3 дугаар сарын 07-ны өдрийн А/20 дугаар тушаалаар процессын дахин инженерчлэлийн судалгаа, шинжилгээ хийж, санал, дүгнэлт гаргах үүрэг бүхий Төслийн удирдлагын баг байгуулагдсан. Төслийн удирдлагын баг 3 сарын хугацаанд ажиллаж, эрүүл мэндийн салбарт тулгамдаж буй асуудлын нөхцөл байдлыг үнэлсэн.

Төслийн удирдлагын багийн үйл ажиллагаанд дэмжлэг үзүүлэх үүднээс эрүүл мэндийн салбарын 23 албан хаагч өргөтгөсөн багт орж нөхцөл байдлын шинжилгээ хийхэд оролцсон.

Засгийн газрын Хяналт хэрэгжүүлэх газрын дарга, Эрүүл мэндийн яамны Төрийн нарийн бичгийн даргын 2024 оны 02 дугаар сарын 11-ний өдрийн А/11 дүгээр хамтарсан тушаалаар шаардлагатай мэдээ, мэдээлэл, баримт судалгааг нэгтгэн бэлтгэх үүрэг бүхий Ажлын хэсгийг байгуулан хамтран ажилласан.

Түүнчлэн Засгийн газрын Хэрэг эрхлэх газрын даргын 2024 оны 3 дугаар сарын 15-ны өдрийн А/22 дугаар тушаалаар байгуулсан Ажлын хэсэг Төслийн удирдлагын багт мэргэжил, арга зүйн зөвлөгөө, дэмжлэг үзүүлэн ажилласан.

Төслийн удирдлагын багийн гүйцэтгэл болон хэрэгжилтийн үр дүн, үйл явцын алдаа оноог дүгнэх зорилгоор Төслийн удирдлагын баг хаалтын тайланг боловсруулж төслийн захиалагчид хүлээлгэн өгсөн.

### **Төслийн оролцогч талууд**

Төслийн хүрээнд оролцогч талуудыг төрийн, төрийн бус, эрүүл мэндийн, олон улсын байгууллагын, хувийн хэвшлийн болон процессын дахин инженерчлэлийн үйл явцад хамтран оролцох талууд хэмээн дараах зорилгоор бүлэглэн тодорхойлсон. Үүнд:

- Төслийн ерөнхий хамрах хүрээг тодорхойлох;
- Оролцогч талуудын сонирхлын хүрээг тодорхойлох, мэдээлэл цуглуулах;
- Төслийн үйл ажиллагаанд холбогдох оролцогч талуудын бүрэн, үр дүнтэй оролцоог хангах;
- Төслийн хүрээнд бий болгохыг зорьж буй өөрчлөлт, шинэчлэлтийн талаар ойлголт, мэдээлэл өгөх зэрэг болно.

Төслийн үйл ажиллагаанд оролцогч талууд нь өргөн хүрээг хамрах тул оролцогчдыг 9 үндсэн ангилал, 49 бүлэгт хамруулж тодорхойлсон ба үүнээс төрийн болон төрийн өмчит эрүүл мэндийн байгууллагууд 48.8 хувийг бүрдүүлж байна.

Төслийн хүрээнд нийт 126 бүлэг оролцогч талуудыг тодорхойлсон ба ЭМЯ, ЭМДЕГ, ЭЭХХЗГ, ЭХЭМҮТ, ЭМХТ зэрэг үндсэн оролцогч талуудаас бусад хүрээнд ойролцоогоор 97 оролцогч талууд болон тэдгээрийн төлөөллүүдтэй уулзаж, оролцоог удирдан ажилласан.

### **Арга зүй**

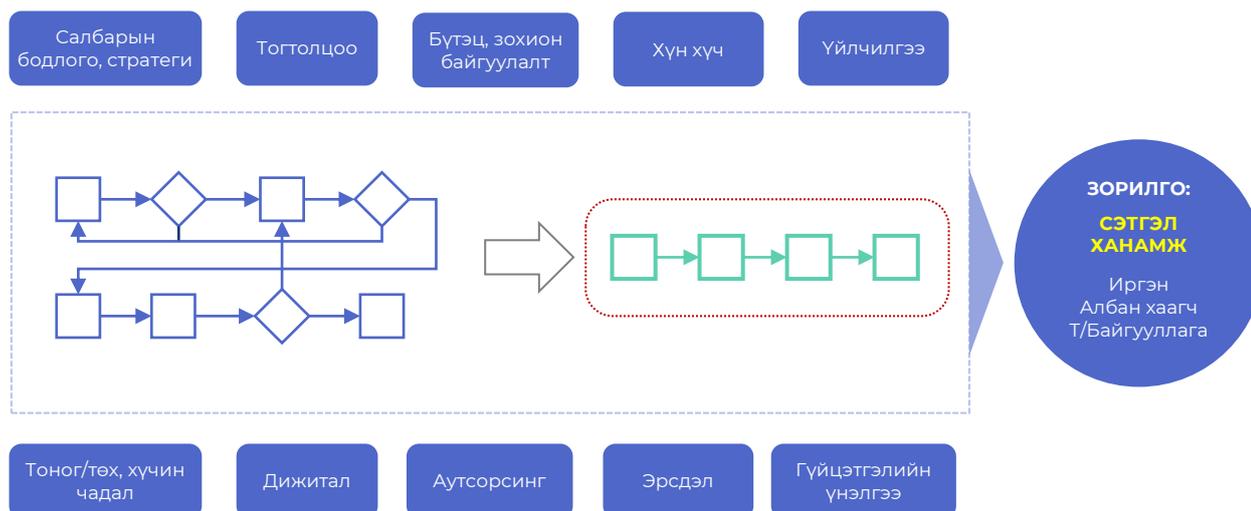
#### **Процессын дахин инженерчлэл**

Процесс гэдэг нь төрийн байгууллагын тодорхой зорилгыг биелүүлэх, үнэ цэн бий болгох үйл явцуудын нийлбэр бөгөөд байнга давтагддаг үйл ажиллагаа юм. Олон ялгаатай функцүүдийн нийлбэрээр процесс тодорхойлогддог тул функц бүр зөвхөн өөрийн хариуцах хэсэгт төвлөрч, бусад үйл ажиллагааг төдийлөн сонирхдоггүй явдал нь процессын чанарт сөргөөр нөлөөлөх талтай байдаг.

Процессын дахин инженерчлэл төрийн үйлчилгээнд шинэчлэл хийх үндсэн аргачлал гэж ойлгож болох бөгөөд хамгийн бага зардлаар (хүний нөөц, санхүү, цаг хугацаа) төрийн үйлчилгээний чанар, хүртээмжийг дээшлүүлэх зорилгоор байгууллагын процессыг дахин загварчилж буй удирдлага зохион байгуулалтын стратеги юм.

Төрийн бодлогын өөрчлөлт, тухайн байгууллагын стратеги, цахим шилжилт, хууль, эрх зүйн орчноос хамаарсан өөрчлөлтүүдийг цогцоор нь уялдуулсан иргэн, байгууллагуудад төрийн үйлчилгээг хүргэх хамгийн тохиромжтой тогтолцоог судалж, суурь сэтгэлгээнээс нь эхлэн өөрчилж эхэлдэг.

Зураг 2. Процессын дахин инженерчлэл схем



Процессын дахин инженерчлэл нь процесс сайжруулалтаас ялгаатай ойлголт юм. Процесс сайжруулалтын хувьд өмнөх байсан нөхцөлөөсөө гүйцэтгэлийг сайжруулах зорилгоор зөвхөн хязгаарлагдмал функцийг хүрээнд тухайн ажлыг хийж хэрэгжүүлдэг төрийн албан хаагчдын өндөр оролцоотойгоор хийгддэг бол ПДИ нь төрийн байгууллагын бүтэц, тогтолцоо, уламжлалт процесс зэргээс үл хамааран технологийн дэвшлийг ашиглан тухайн салбарыг цогцоор харсан шийдэл боловсруулдаг бөгөөд шаардлагатай тохиолдолд тухайн байгууллагын тогтолцоог өөрчилдөг учраас Засгийн газрын түвшний оролцоо маш ихээр шаардагддаг. ПДИ-т тодорхой эсвэл ойлгомжтой гэсэн ойлголт байхгүй.

Төрийн үйл ажиллагаанд процессын дахин инженерчлэлийг хэрэгжүүлэх нь төрийн байгууллагын алсын хараа болон стратегитай уялдуулж технологийн дэвшлийг ашиглан төрийн байгууллагын үйл ажиллагааны үр ашгийг дээшлүүлэх, төрийн албан хаагчийн бүтээмжийг нэмэгдүүлэх, төрөөс иргэдэд үзүүлэх үйлчилгээг сайжруулах боломжийг олгодог. Үүний үр дүнд:

- Иргэдэд төрөөс үзүүлж буй үйлчилгээ нь энгийн бөгөөд ойлгомжтой болж сайжрах;
- Үйл ажиллагааны төвөгтэй байдал, зардал, үйлчилгээ үзүүлэх хугацааг багасгах;
- Ил тод байдлын түвшин нэмэгдэх;
- Төрийн албан хаагчийн ачааллыг тэнцвэржүүлэх;
- Олон улсын шилдэг туршлагыг нэвтрүүлэх зэрэг дэвшил гардаг.

Төрийн байгууллага Монгол Улсын алсын хараа, бодлого, стратегийг хэрэгжүүлэхдээ түүнд нийцсэн процессоор дамжуулан иргэн, байгууллагад, цаашлаад нийгэм, эдийн засагт үнэ цэн бий болгох бүтээгдэхүүн, үйлчилгээг хүргэдэг. ПДИ нь Засгийн газраас хэрэгжүүлж буй бодлогыг тухайн төрийн байгууллагын үндсэн зорилго, алсын хараатай харьцуулах замаар процессын дахин инженерчлэл хийх зайлшгүй шаардлагуудыг тодорхойлдог.

Төрийн байгууллагын үйл ажиллагаанд огцом, үсрэнгүй үр дүн гаргахын тулд ПДИ хийхэд дэвшилтэт технологийн шийдлүүдийг ашигладаг. Технологийн болон дижитал шийдэл нэвтрүүлэх, төрийн албаны суурь сэтгэлгээг өөрчлөхөд байгууллагын сэтгэл зүйг бэлдэх зэрэгт бэрхшээл тулгарах магадлал өндөр байдаг тул процесс сайжруулалттай харьцуулахад ПДИ нь өндөр эрсдэлтэй байдаг. ПДИ-ийн үр дүнд гарах өөрчлөлтүүд нь өргөн цар хүрээтэй байдаг учраас ПДИ-ийн зорилгыг богино хугацаанд, огцом үр дүн гаргахын тухайд төлөвлөх бус, харин урт хугацаанд, төрийн байгууллагын үйл ажиллагааг үр дүнтэй явуулах суурь загварчлалыг бий болгоход анхаарах нь зүйтэй юм.

### ПДИ-ийн нөхцөл байдлын судалгаа, шинжилгээ

Нөхцөл байдлын судалгаа, шинжилгээний үе шат нь ПДИ хийх цар хүрээг тодорхойлох, тулгамдсан асуудлуудыг илрүүлэх үндсэн зорилготой бөгөөд ПДИ төслийн хүрээнд судалгаанд хамрагдсан 4 байгууллагын хууль тогтоомж, бодлого, шийдвэрийг

хэрэгжүүлэх үйл ажиллагаа, албаны чиг үүргээ хэрэгжүүлэх үйл ажиллагаа, төрийн үйлчилгээ үзүүлэх үйл ажиллагаа болон шаардлагатай гэж үзсэн бусад асуудлыг хамааруулан судлав.

Судалгааны 4 баг эдгээр 4 байгууллагад ажиллахдаа байгууллагын алсын хараа, стратеги зорилтууд нь процессын зорилтуудтайгаа уялдаж байгаа эсэхийг шинжилж, тухайн байгууллагын үндэс суурь болсон төрийн чиг үүргийг хэрэгжүүлэн ажиллах байдлыг судалж, төрийн үйлчилгээний гол процессуудыг зураглан, холбогдох оролцогч талуудтай ганцаарчилсан болон фокус бүлгийн ярилцлага хийж ажилласан.

Эрүүл мэндийн тогтолцооны дэлхийн хөгжлийн чиг хандлагыг судалж, нөхцөл байдлын судалгаа, шинжилгээний үр дүнг ДЭМБ-ын эрүүл мэндийн тогтолцооны хүрээний 6 чиг үүрэгтэй уялдуулан дүгнэсэн.

Мөн Монгол Улсын хүн ам зүйн эрүүл мэндийн нөхцөл байдлыг статистикийн албан ёсны мэдээлэлд үндэслэн дүгнэж, эрүүл мэндийн салбарын хууль, эрх зүйн болон бодлогын орчинд шинжилгээ хийсэн.

Эрүүл мэндийн салбарын хүрээнд мөрдөгдөж байгаа эрх зүйн орчны ерөнхий хүрээг тогтоон мөрдөгдөж буй эрх зүйн актуудыг тодорхойлох, хууль тогтоомжоор зайлшгүй батлан мөрдүүлэхээр заасан эрх зүйн актууд хуулийн хүчин төгөлдөр болсон эсэх, мөрдөгдөж байгаа эсэхийг тогтоох зорилгоор эрүүл мэндийн салбарын үйл ажиллагаанд мөрдөгдөж буй нийт 65 хууль, 279 эрх зүйн акт (дүрэм, журам, бусад хэм хэмжээний акт)-д эрх зүйн орчны шинжилгээг хийсэн.

Санхүүжилтийн хувьд эрүүл мэндийн салбарын төсөв, эрүүл мэндийн салбарт хуваарилагдаж буй гадаадын зээл, тусламжийн хөрөнгө оруулалтыг судлахын зэрэгцээ эрүүл мэндийн даатгалын санд актуар тооцооллын аргаар ирэх 3 жилийн таамаглалыг гаргав.

Төрийн албан хаагчийн бүтээмжид сөргөөр нөлөөлөх хүчин зүйлсийг илрүүлэх зорилгоор эрүүл мэндийн салбарын 991 ажилтнаас, эрүүл мэндийн төрийн үйлчилгээ авахтай холбоотой тулгарч буй асуудал, шат дамжлага, хүнд суртал, хүндрэл бэрхшээлийг тогтоох зорилгоор 403 эрүүл мэндийн байгууллагаас цахим асуулга авч, дүнг шинжлэв.

Фокус бүлгийн ярилцлага, ганцаарчилсан ярилцлага, төрийн байгууллагаас эрүүл мэндийн байгууллагуудад хийгдсэн хяналт-шинжилгээ, үнэлгээний тайлан, өргөдөл, гомдол, саналаас эрүүл мэндийн төрийн үйлчилгээ авахтай холбоотой иргэн, төр, хувийн хэвшлийн байгууллагад тулгардаг асуудал, хүндрэлийг тодорхойлохыг зорьсон бол процессын зураглал, судалгааны багуудын хийсэн судалгаанаас эрүүл мэндийн салбарт ажиллаж буй ажилтан, албан хаагчдын ажил үүргээ гүйцэтгэхэд тулгардаг асуудал, хүндрэлийг тодорхойлохыг зорьсон юм.

ПДИ төслийн явцад тулгамдаж буй асуудлыг бүртгэн шинжлэхийн зэрэгцээ, чанарын үнэлгээний арга буюу магадлал, нөлөөллийн харьцаагаар эрүүл мэндийн салбарт үүсэж болзошгүй эрсдэлийн шинжилгээг хийв.

ПДИ төслийн үр дүн, тогтоогдсон нөхцөл байдалд үндэслэн процесс сайжруулалтын шийдлийг санал болгосон.

# 1 ОРШИЛ

## 1.1 ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТОГТОЛЦООНЫ ХӨГЖЛИЙН ДЭЛХИЙН ЧИГ ХАНДЛАГА

### 1.1.1 Эрүүл мэндийн тогтолцоо, хүрээ

Эрүүл мэндийн тогтолцоо нь эрүүл мэндийг сайжруулах үндсэн зорилго бүхий бүх байгууллага, нөөц, хүмүүсээс бүрддэг (ДЭМБ, 2000). Эрүүл мэндийн тогтолцоо нь нийгэмд олон чиг үүргийг гүйцэтгэдэг. Эдгээр чиг үүрэгт эрүүл мэндийг хамгаалах, сайжруулахад чиглэсэн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ болон бусад арга хэмжээ багтахтаас гадна иргэдийг эрүүл мэндээс нь үүдэлтэй санхүүгийн эрсдэлээс хамгаалах болон нийгэмд эдийн засгийн үүрэг гүйцэтгэдэг (Sachs, 2001). Тухайлбал, хүн амын эрүүл мэнд нь эдийн засгийн бүтээмжид шууд нөлөөлдөг бол эрүүл мэндийн салбарын ажилтан болон аж ахуйн нэгжийн хувьд эрүүл мэндийн тогтолцоо нь ажил эрхлэлт, цалин хөлс, бизнесийн боломжоор хангадаг эдийн засгийн салбар байхаас гадна нийгмийн хэм хэмжээ, үнэт зүйлийг илүү өргөн хүрээнд бий болгоход тусалдаг нийгэм, соёлын институт юм (Гилсон, 2003).

Улс орны үндэсний эрүүл мэндийн тогтолцоо нь эрүүл мэндтэй холбоотой иргэдийн эрх, тусламж, үйлчилгээний хамрах хүрээг тодорхойлох замаар Засгийн газар, иргэд хоорондын нийгмийн гэрээний гүн, өргөн цар хүрээний агуулгыг тусгасан байдаг. Мөн нийгмийн янз бүрийн сегментүүдийн хоорондын нийгмийн болон эрүүл мэндийн тэгш бус байдлын ялгааг нэмэгдүүлэх эсвэл багасгах замаар нийгмийн харилцааг бүрдүүлж байдаг. Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний хүртээмжтэй, түргэн шуурхай байх зэрэг нь нийгмийн хөгжлийг тодорхойлох чухал хүчин зүйл болдог<sup>1</sup>.

Эрүүл мэндийн тогтолцооны тодорхой үүрэг бол мэдээж эрүүл мэндийн төрөл бүрийн тусламж, үйлчилгээгээр хангах явдал юм. Эдгээр нь "хувь хүний" үйлчилгээ (хувь хүн эсвэл гэр бүлд үзүүлэх) эсвэл "хувь хүний бус" үйлчилгээ (ихэвчлэн нийт хүн амд чиглэгдсэн эсвэл хүмүүсийн амьдарч буй орчинд чиглэсэн "нийтийн эрүүл мэндийн арга хэмжээ") байж болно.

Эрүүл мэндийн тогтолцооны үйл ажиллагаа нь хүмүүсийн эрэлт, хэрэгцээнд нийцсэн байхын зэрэгцээ санхүүгийн хувьд эрсдэлгүй, шударга байх зарчимд суурилсан байх нь зүйтэй юм. Эрүүл мэндийн тогтолцоог ажиллуулахад хүний нөөц, барилга байгууламж, мэдээлэл, хангамж, тээвэр, харилцаа холбоо, удирдлага, зохион байгуулалт хэрэгтэй.

### Эрүүл мэндийн тогтолцоо дахь санал зөрөлдөөн, оролцогч талуудын ашиг сонирхол

Эрүүл мэндийн тогтолцооны бүтэц, үр дүн, хөгжлийн хувьслыг тодорхойлоход тогтолцооны оролцогч талуудын зөрөлдөөнтэй байдал, ялгаатай ашиг сонирхол онцгой чухал хүчин зүйл байдаг. Эдгээрт эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг хүн бүрд хүргэх, хүртээмжтэй байлгахад төрийн үүрэг, хариуцлагын талаарх янз бүрийн байр суурь, эрүүл мэндийн тогтолцоо дахь зах зээлд өгөгдсөн үүрэг, эрхийн түвшин, мөн түүнчлэн хувь хүний сайн сайхан, эрүүл саруул амьдрахын төлөө өөрийн эрүүл мэндээ хэрхэн хариуцах түвшин зэрэг багтана.

Эрүүл мэндийн бодлогод зардал, үр ашгийг хэрхэн хуваарилах талаар нийгмийн янз бүрийн бүлгүүдийн хоорондын өрсөлдөөн, зөрчилдөөн хамгийн том нөлөөг үзүүлдэг. Үнэн хэрэгтээ эрүүл мэндийн салбарын нөөцийн хуваарилалт, тэргүүлэх чиглэлийг тодорхойлох бодлого нь эрүүл мэндийн салбарын шинэчлэлийн бодлогын улс төрийг агуулж байдаг гэж олон судлаачид үздэг (Баркер, 1996; Гриндл & Томас, 1991; Уолт & Гилсон, 1994). Ийнхүү эрүүл мэндийн тогтолцоо нь өөр өөр хэрэгцээ, сонирхолтой олон төрлийн оролцогчдын эрх ашгаа уралдуулдаг өрсөлдөөний шинжтэй талбар юм. Иймд эрүүл мэндийн салбарын тэргүүлэх чиглэлийг хэрхэн тодорхойлох, эрүүл мэндийн тогтолцоог

<sup>1</sup> McCoy D, Allotey P. An Introduction to Health Systems. In: Martins JoM, Pathmanathan I, Tan DT, Lim SC, Allotey P, eds. Systems Thinking Analyses for Health Policy and Systems Development: A Malaysian Case Study. Cambridge University Press; 2021:3-16

хэрхэн санхүүжүүлэх, эх үүсвэрийг хэрхэн хуваарилах зэрэг маргаантай олон асуудлыг талуудын оролцоог хангаж шийдвэрлэхийг шаарддаг.

### Эрүүл мэндийн тогтолцооны хүрээ

Эрүүл мэндийн тогтолцооны хүрээ нь тогтолцооны чиг үүрэг, зорилго, үр дүнг тодорхойлох, тусламж, үйлчилгээ хүргэх үндсэн чиг үүргийг дэмждэг төрөл бүрийн бүрэлдэхүүн хэсгүүдийг тайлбарлаж, ойлгоход туслах зорилготой байдаг.

Эрүүл мэндийн тогтолцооны янз бүрийн хүрээнүүд байдаг хэдий ч дараах үндсэн 4 хүрээг эрүүл мэндийн бодлого боловсруулагчид илүүтэйгээр авч үздэг. Үүнд:

1. Эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийн үнэлгээний хүрээ;
2. ДЭМБ-ын “Тогтолцоог бүрдүүлэгч блокууд” хүрээ;
3. Дүн шинжилгээний концепцийн хүрээ;
4. ДБ-ны тэргүүлэх хөтөлбөрийн “Хяналтын товчлуур” хүрээ.

Дээрх хүрээ бүхэн эрүүл мэндийн тогтолцооны чиг үүрэг, зорилго, үр дүнг өөр өөрийнхөөрөө тодорхойлсон байдаг.

### ДЭМБ-ын Эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийн үнэлгээний хүрээ<sup>2</sup>

Энэхүү хүрээ нь эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийг ойлгох, хязгаарыг тодорхойлох зорилготой бөгөөд гүйцэтгэлийн агуулга нь гурван суурь зорилгыг хамарна: эрүүл мэндийг сайжруулах, хүн амын эрүүл мэндийн хэрэгцээнд хариу үйлдэл үзүүлэхэд бэлэн байх, санхүүгийн шударга хуваарилалт юм.

Эрүүл мэндийг сайжруулах гэдэг нь эрүүл мэндийн байдлыг сайжруулах, эрүүл мэндийн тэгш бус байдлыг арилгахыг хэлнэ.

Хариу үйлдэл үзүүлэх гэдэг ойлголт нь 2 том бүрэлдэхүүн ойлголтыг багтаадаг:

- 1) хувь хүнийг хүндэтгэх (нэр төр, нууц ба эрүүл мэндийнхээ талаарх шийдвэр гаргах эрх);
- 2) үйлчлүүлэгчид төвлөрсөн байх (үүнд цаг алдалгүй тусламж үзүүлэх, тусламж, үйлчилгээний явцад нийгмийн халамжийн үйлчилгээнд хамрагдах, ая тухтай үйлчлүүлэх, тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгчээ сонгох зэрэг ойлголт багтана).

Санхүүгийн шударга хуваарилалт гэдэг нь улс орны эрүүл мэнддээ зарцуулж буй зардлын тодорхой хувь өрх бүрд ноогддог (нэн ядуу өрхүүд л ямар ч төлбөр төлдөггүй). Өөрөөр хэлбэл өрх бүр эрүүл мэндээс үүдэлтэй санхүүгийн эрсдэлээс хамгаалагдсан байх юм.

Гүйцэтгэлийн хэмжилт нь зорилгодоо хүрэх үр дүнг байгаа нөөцтэй нь холбох бөгөөд эрүүл мэндийн тогтолцооны доорх 4 чиг үүрэг, тэдгээр нь өөр хоорондоо хэрхэн уялдаж байгааг тодорхойлдог (Зураг 5). Үүнд:

- Удирдлага, зохион байгуулалт (зохицуулалтаас илүү өргөн ойлголт);
- Санхүүжилт (орлого цуглуулах, нэгтгэх, худалдан авах ажиллагаа орно);
- Тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх (хувь хүний болон нийтийн);
- Нөөцийг бий болгох (хүний нөөц, тоног төхөөрөмж, мөн мэдлэгийг оролцуулна).

Эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийн үнэлгээ, манай улсын өнөөгийн нөхцөл байдлын талаар 1.1.2 дахь бүлэгт дэлгэрэнгүй тайлбарласан болно.

### ДЭМБ-ын “Тогтолцоог бүрдүүлэгч блокууд” хүрээ<sup>3</sup>

ДЭМБ 2007 онд эрүүл мэндийн тогтолцоог бэхжүүлэх хэрэгцээнд анхаарлаа төвлөрүүлж, эрүүл мэндийн тогтолцоог бэхжүүлэхийн тулд эрүүл мэндийн тогтолцоо гэж юу болох тухай нийтлэг ойлголтыг өгөх зорилгоор ДЭМБ-ын “тогтолцоог бүрдүүлэгч блокууд” гэж нэрлэгддэг хүрээг тодорхойлсон юм (Зураг 3). Энэхүү үзэл баримтлалын дагуу эрүүл

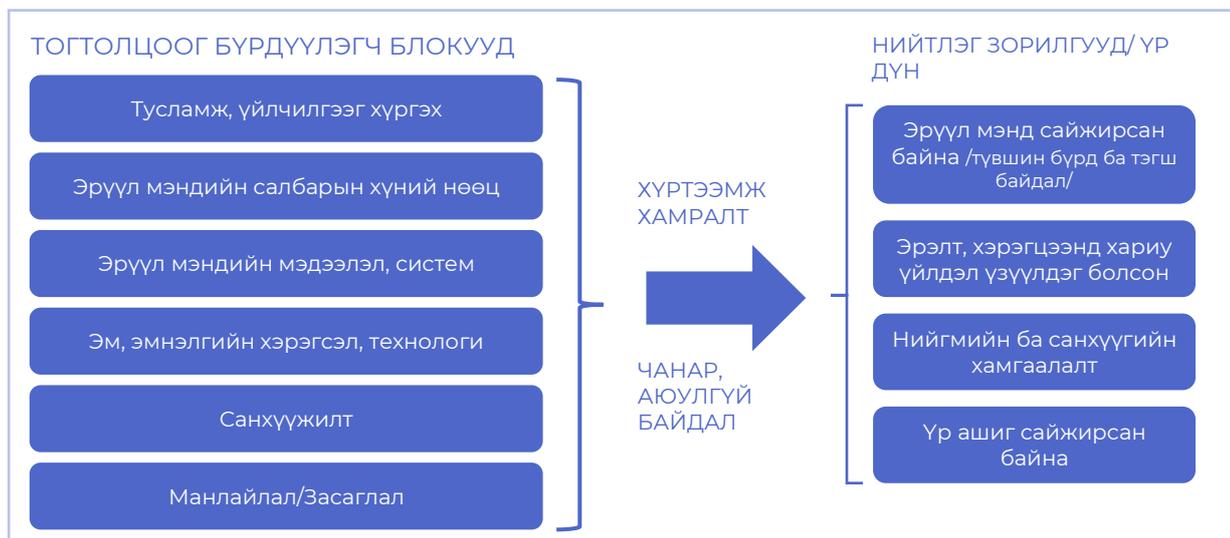
<sup>2</sup> A framework for assessing the performance of health systems. Murray, C. J. & Frenk, J. (2000).

<sup>3</sup> Everybody's business — Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. Geneva, World Health Organization, 2007 ([http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf), accessed 26 April 2010).

мэндийн тогтолцоог бүрдүүлэгч 6 блок букуу эрүүл мэндийн тогтолцооны зайлшгүй 6 чиг үүргийг тодорхойлсон байдаг. Эдгээр блокууд нь:

- Тусламж, үйлчилгээ хүргэх;
- Эрүүл мэндийн салбарын ажилтнууд (хүний нөөц);
- Мэдээлэл (өгөгдөл ба мэдээллийн систем);
- Эм, эмнэлгийн хэрэгсэл, технологи;
- Санхүүжилт;
- Манлайлал ба засаглал.

Зураг 3. ДЭМБ-ын “Тогтолцоог бүрдүүлэгч блокууд” хүрээ



Эх сурвалж: The World Health Organization's “Building Blocks” framework

Эдгээр зургаан блок нь эрүүл мэндийн тогтолцооны нийтлэг зорилгууд болох эрүүл мэндийг сайжруулах, хариу үйлдэл үзүүлдэг байх (өөрөөр хэлбэл тогтолцоо нь эрүүл мэндийн эрэлт, хэрэгцээ эсвэл тогтолцооны бусад өөрчлөлтөд хэр сайн хариу үйлдэл үзүүлж чаддаг байх); нийгмийн болон санхүүгийн эрсдэлээс хамгаалах; үр ашгийг нэмэгдүүлэх зэрэг үр дүнд хүрэх юм. Завсрын зорилтууд нь хүртээмж, хамралт, чанар, аюулгүй байдал юм.

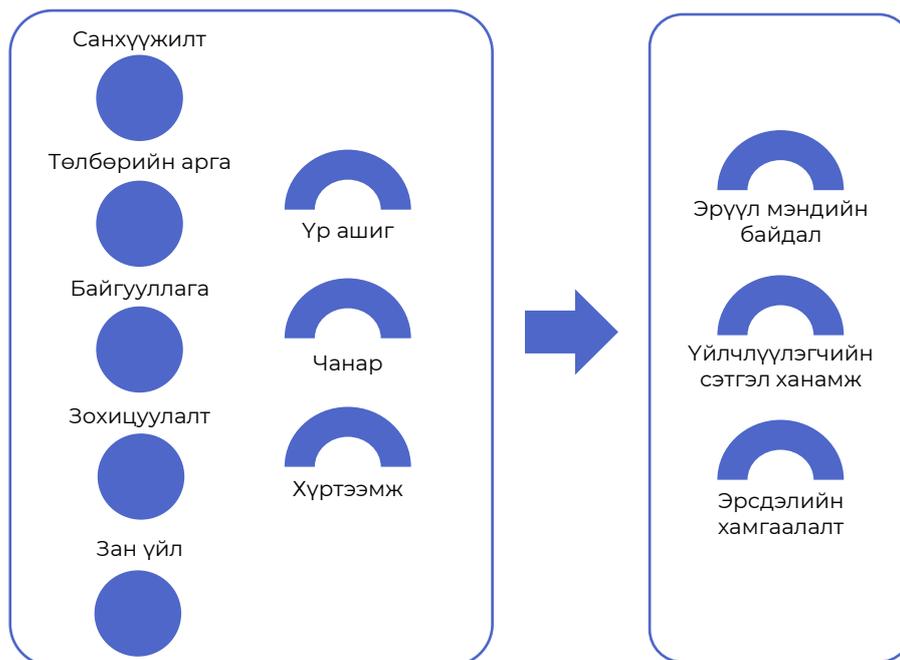
Тогтолцоог бүрдүүлдэг блокийн хүрээ нь хэдийгээр өргөн хэрэглэгддэг боловч эрүүл мэндийн тогтолцооны төвд байгаа хэрэглэгчид, олон нийтийг орхигдуулдаг гэх шүүмжлэлд өртсөн байдаг. Ийнхүү 2009 онд ДЭМБ тогтолцооны сэтгэлгээний талаарх үндсэн нийтлэлдээ тогтолцооны блокуудын тухай сайжруулсан хувилбарыг нийтэлсэн бөгөөд энэ нь “хүмүүс”-ийг төвд нь байрлуулж, блокуудын өөр хоорондын харилцан уялдаатай байдлыг харуулсан. Блокууд нь тогтолцоог бүрдүүлдэггүй. Энэ бол блокууд хоорондын олон төрлийн харилцаа ба харилцан үйлчлэл, эдгээр нь энэхүү блокуудыг тогтолцоо болгож хувиргадаг.

### ДБ-ны тэргүүлэх хөтөлбөрийн “Хяналтын товчлуур” хүрээ<sup>4</sup>

Робертс нар (2008) эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийг үнэлэх, түүнийг бэхжүүлэх хүчин чармайлтыг удирдахад чиглэсэн хүрээг тодорхойлсон бөгөөд зорилго нь эрүүл мэндийн тогтолцоог дахин загварчлах, гүйцэтгэлийг сайжруулах, дээшлүүлэхэд чиглэсэн бодлогыг тодорхойлоход чиглэгдэж эрүүл мэндийн тогтолцоог бэхжүүлэхийн тулд тохируулах/өөрчлөх боломжтой 5 “хяналтын товчлуур”-ыг тодорхойлсон (Зураг 4).

<sup>4</sup> The Control knobs for health sector reform, Roberts, M.J., W.C. Hsiao, P. Berman, and M.R Reich. 2003. Getting Health Reform Right. New York: Oxford University Press, page 27

Зураг 4. “Хяналтын товчлуур” хүрээ (“Control Knobs” framework, Roberts et al. 2008)



Эх сурвалж: Roberts et al. 2008

Дээрх 5 “Хяналтын товчлуур”-ыг товчхон тайлбарлахад:

**Санхүүжилт:** Энэхүү хяналтын товчлуур нь эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг санхүүжүүлэхэд мөнгө төвлөрүүлэх механизм, түүнийг хэрхэн хуваарилахтай холбоотой бөгөөд өөрөөр хэлбэл, хэчнээн хэмжээний мөнгө байгаа, эрүүл мэндийн салбарын үйл ажиллагааг хэн санхүүжүүлж байгаа, хэрхэн хуваарилж байгаа вэ гэдгийг тодорхойлдог.

**Төлбөрийн арга:** Энэхүү хяналтын товчлуур нь эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгчдэд ямар төлбөрийн аргыг ашиглан төлбөр төлж байгаа, энэ нь гүйцэтгэлд нөлөөлөх нөлөөлөл болж байгаа эсэхийг тодорхойлдог.

**Байгууллага:** Энэхүү хяналтын товчлуур нь эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг хүргэж байгаа удирдлага, зохион байгуулалтыг харуулдаг.

**Зохицуулалт:** Эдгээр нь эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгч, байгууллагын зан үйлийг зохицуулахын тулд засгийн газраас тавигддаг зайлшгүй шаардлага юм.

**Зан үйл:** Энэхүү хяналтын товчлуур нь нийгэм, соёл, уламжлалын хүчин зүйлд суурилдаг итгэл үнэмшил, үзэл санаа, хандлага, соёлын хэм хэмжээнээс хамаардаг хүн амд суурилсан арга хэмжээг хэрэгжүүлэхэд тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгч болон хэрэглэгчдийн зан үйлийг тодорхойлдог.

Энэхүү хүрээний дагуу эрүүл мэндийн тогтолцооны зорилго нь эрүүл мэндийг сайжруулах, хэрэглэгчийн сэтгэл ханамжийг бий болгох, эрсдэлээс хамгаалах (ДЭМБ-ын тогтолцоотой маш төстэй) бөгөөд завсрын зорилго нь хүртээмж, чанар, үр ашиг юм.

### 1.1.2 Эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийн үнэлгээ

Эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийн үнэлгээ гэж юуг хэлэх вэ? Эрүүл мэндийн тогтолцооны стратегид суурилсан тогтолцооны өндөр түвшний зорилгын хэрэгжилтэд дүн шинжилгээ хийх, үнэлэх, мэдээлэх улс орны онцлог үйл явц юм. Эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийн үнэлгээ бидэнд яагаад хэрэгтэй вэ? Бодлого боловсруулах, эрүүл мэндийн салбарын шинэчлэл хийх нь юуны өмнө эрүүл мэндийн тогтолцоо хэрхэн ажиллаж байгаа талаар тодорхой ойлголттой байхыг шаарддаг. Эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийг үр дүнтэй үнэлэх нь түүнийг сайжруулах эхний алхам юм. Эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийн үнэлгээ нь дараах 4 үндсэн асуудлыг авч үздэг. Үүнд:

- Эрүүл мэндийн тогтолцоо гэж юу вэ?

- Ямар хүчин зүйлүүд эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлд нөлөөлдөг вэ?
- Эрүүл мэндийн тогтолцооны зорилтууд юу вэ?
- Эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлд нөлөөлдөг хүчин зүйлүүд эрүүл мэндийн тогтолцооны зорилгуудтай хэрхэн холбогддог вэ?

НҮБ-ын Ерөнхий Ассамблейгаас 2015 онд 193 улсын баталсан Тогтвортой хөгжлийн зорилтууд, мөн 2019 онд баталсан Бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтад хүрэх (УНС) улс төрийн тунхаглал (НҮБ, 2019) нь эрүүл мэндийн тогтолцоог бэхжүүлэх нь бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтад хүрэх хамтын зорилтод хүрэх гол арга хэрэгсэл болохыг нотолсон юм. Эрүүл мэндийн тогтолцоог бэхжүүлэхийн ач холбогдлыг 2019 онд дэлхий дахинд дэгдсэн Ковид-19 халдвар зэрэг сүүлийн үеийн үйл явдлууд онцолж, хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалахад эрүүл мэндийн тогтолцооны үүргийг онцолж байна. Бодлого боловсруулагчид эрүүл мэндийн тогтолцоог бэхжүүлэх хүчин чармайлтын үр дүнд анхаарч, эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийг сайжруулахын тулд аль чиглэлд тэргүүлэх ач холбогдол өгөхийг тодорхойлж түүн рүү нөөцийг чиглүүлэх, чадавхжуулах шаардлагатай байна. Энэ хүрээнд эрүүл мэндийн тогтолцооны байнгын хяналт, үнэлгээ, дүн шинжилгээ нь ялангуяа давуу болон сул талуудын талаар тодорхой ойлголттой болоход чухал ач холбогдолтой болж байна<sup>5</sup>.

Олон жилийн туршид эрүүл мэндийн тогтолцоо, түүний гүйцэтгэлийн үнэлгээ нь янз бүрийн нэршилтэй явж ирсэн бөгөөд үүнд "Эрүүл мэндийн тогтолцооны танилцуулга", "Эрүүл мэндийн салбарын нөхцөл байдлын дүн шинжилгээ", "Эрүүл мэндийн тогтолцооны дүн шинжилгээ", "Эрүүл мэндийн тогтолцооны судалгаа", "Эрүүл мэндийн тогтолцооны үнэлгээ" ба "Эрүүл мэндийн тогтолцооны үнэлгээ" (European Observatory, 2010; WHO, 2010; Berman & Bitran, 2011; Wendt, 2012; WHO Regional Office, 2012; Rajan, 2016; USAID, 2018).

Сүүлийн хэдэн арван жилийн хугацаанд эрүүл мэндийн тогтолцоог илүү сайн ойлгоход туслах хэд хэдэн өөр төрлийн эрүүл мэндийн тогтолцооны хүрээнүүдийг боловсруулсан байдаг (Murray & Frenk, 2000; Arah et al., 2003; Aday et al., 2004; Roberts et al., 2004; Commonwealth Fund, 2006; Atun, 2012; Kruk et al., 2018), тэдгээрийн олонх нь эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийг үнэлэхэд онцгойлон анхаарсан. Үүний зэрэгцээ эрүүл мэндийн тогтолцооны үнэлгээний тогтолцоог бүхэлд нь хамарсан, эрүүл мэндийн санхүүжилт, засаглал, хүний нөөц, эрүүл мэндийн хөтөлбөрүүд зэргийг хамарсан иж бүрэн дүн шинжилгээ хийх зорилготой хэд хэдэн арга хэрэгсэл боловсруулагдсан байна (European Observatory, 2010; WHO, 2010; Berman & Bitran, 2011; Wendt, 2012; Rajan, 2016; USAID, 2018). Эдгээр бүх хүчин чармайлт нь эрүүл мэндийн тогтолцооны талаар тодорхой бөгөөд энгийн ойлголтыг бий болгоход чиглэсэн юм.

Эрүүл мэндийн тогтолцооны олон талт шинж чанар болон олон салбарын шууд болон шууд бус үүрэг хариуцлагын хүчин зүйл нь гүйцэтгэлийг хянахад бэрхшээлтэй байдаг. Иймд ДЭМБ болон түүний түншүүд эрүүл мэндийн тогтолцооны чадавх буюу "орц", "үйл явц", "гарц"-ыг үнэлэх үр дүнтэй арга хэрэгсэл, үнэлгээний шалгуур үзүүлэлтийн өргөн агуулгыг тодорхойлох мөн эдгээр шалгуур үзүүлэлтийг "үр дүн"-тэй холбох өргөн хүрээний зөвшилцөлд хүрэхийн тулд ажилласан байдаг билээ<sup>6</sup>.

Эрүүл мэндийн тогтолцоонд олон төрлийн дүн шинжилгээ болон бодлогын хүрээнүүд байгаа нь давхардал, төөрөгдөл үүсгэх талтай. Эдгээр хүрээнүүд нь өөр өөр эхлэлийн цэгтэй байдаг тул хянах шаардлагатай өөр өөр үр дүнд анхаарлаа хандуулдаг. Эрүүл мэндийн тогтолцоог бэхжүүлэх үзэл баримтлалд суурилсан гүйцэтгэлийн үнэлгээний хүрээг боловсруулж, хяналт-шинжилгээ, үнэлгээний үндэс болсон шалгуур үзүүлэлтийг боловсруулах мэдээллийн эх сурвалж, цуглуулах арга, дүн шинжилгээ хийх аргыг тодорхой болгох зорилгыг агуулсан хүрээ хэрэгтэй байгаа нь харагдаж байна. Гэсэн хэдий ч үнэлгээний хүрээг сонгох нь явдал нь хяналт-шинжилгээ, үнэлгээний стратегид нөлөөлөх албагүй. Эрүүл мэндийн тогтолцооны олон хүрээнд ижил төстэй зүйл олон байдаг нь шалгуур үзүүлэлт, хэмжилтийн стратегийг сонгоход тууштай хандах боломжийг олгодог.

<sup>5</sup> Kruk ME et al. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *The Lancet Global Health*, 6.11:e1196–e1252.

<sup>6</sup> <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf>

Аливаа эрүүл мэндийн тогтолцооны хүрээний гол хэсэг нь эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийг тайлбарлах хүчин зүйлсийг тодорхойлох юм. Murray & Frenk (2000) хүрээ нь эдгээр хүчин зүйлсийг эрүүл мэндийн тогтолцооны дөрвөн чиг үүрэг гэж тодорхойлсон. Тухайлбал, санхүүжилт, эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх, хяналт, ба нөөцийг бий болгох. 4 чиг үүрэг тус бүрийн хүрээнд эдгээр чиг үүргийг хэрэгжүүлэхэд хувь нэмэр оруулах стратеги төлөвлөлт, бүтцийн зохицуулалт, хэрэгжилтийн удирдах дэд чиг үүрэг, элементүүдийг тодорхойлсон байна.

Эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийн үнэлгээ нь эрүүл мэндийн тогтолцоо гол зорилгодоо хэрхэн хүрч байгааг хянах, үнэлэх, мэдээлэх зорилготой (Smith et al., 2009). Аливаа гүйцэтгэлийн үнэлгээний эхний алхам бол эрүүл мэндийн тогтолцооны зорилгыг тодорхойлох явдал юм. Завсрын болон эцсийн зорилго гэх мэт нэр томьёо, зорилгуудыг бүлэглэх арга замууд нь зөрүүтэй хэдий ч үнэлгээний хэрэгслүүдийн хооронд харьцангуй ижил шинжүүд байгааг харж болно.

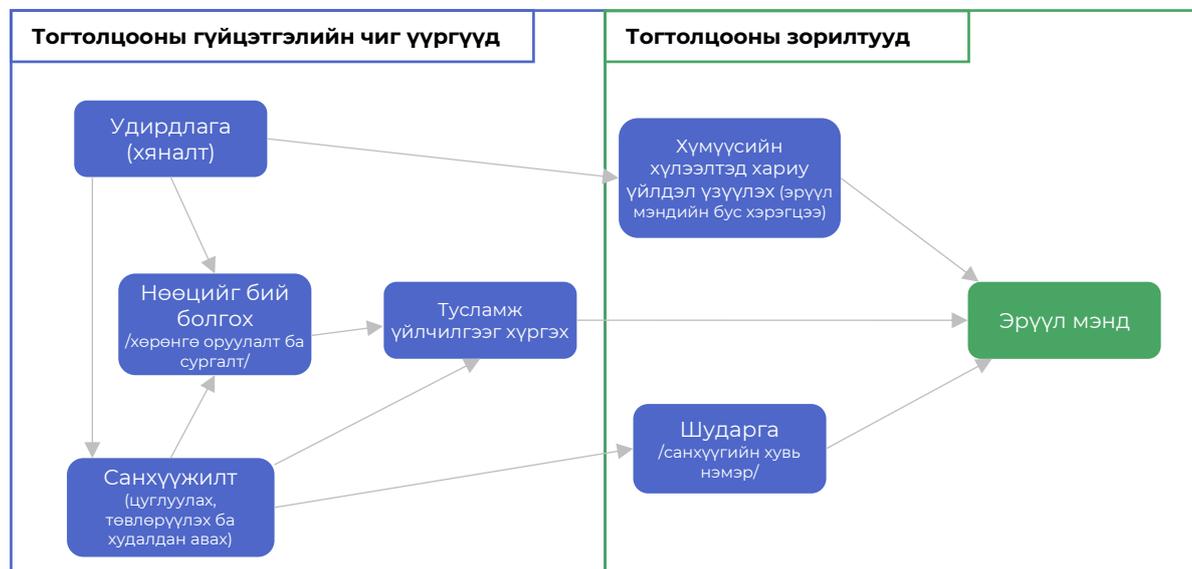
Хүснэгт 1. Эрүүл мэндийн тогтолцооны зорилгууд<sup>7</sup>

Хүрээ/ арга хэрэгсэл	Завсрын зорилтууд	Эцсийн зорилтууд
WHO Performance Framework (2000)	Хүртээмж Хамралт Чанар Аюулгүй байдал	Эрүүл мэндийн түвшин ба тархалт Хариу үйлдэл үзүүлэх түвшин ба тархалт Санхүүжилтийн шударга байдал Үр ашиг
Control Knobs Framework (2003)	Үр ашиг Чанар Хүртээмж	Эрүүл мэндийн байдал Иргэдийн сэтгэл ханамж Эрсдэлийн хамгаалалт
OECD HCQI Framework (2006)		Эрүүл мэндийг сайжруулах Макро түвшний үр ашиг/тогтвортой байдал Микро түвшний үр ашиг/мөнгөний үнэ цэн Тэгш байдал
HQSS High-Quality Health System Framework (2018)	Тусламж, үйлчилгээний үйл явц: • Чадвартай тусламж, үйлчилгээ ба тогтолцоо • Хэрэглэгчийн эерэг туршлага	Чанарын үр нөлөө: - Сайн эрүүл мэнд - Тогтолцоонд итгэх - Эдийн засгийн ач холбогдол
Health System Assessment Approach: A How-To Manual (USAID)	Тэгш байдал Үр ашиг Хүртээмж Чанар Тогтвортой байдал	Сайжирсан эрүүл мэнд Хариу үйлдэл үзүүлэх байдал Эрсдэлийн хамгаалалт
Health System Performance Assessment (WHO/EURO)	Тэгш байдал Үр ашиг	Эрүүл мэнд сайжрах Эрсдэлийн хамгаалалт Хариу үйлдэл үзүүлэх байдал
Health System Analysis for better health system strengthening (World Bank)	Хүртээмж Чанар Үр ашиг	Эрүүл мэндийн байдал Санхүүгийн хамгаалалт Хэрэглэгчийн сэтгэл ханамж
Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies (WHO) (2007)		Сайжирсан эрүүл мэнд Хариу үйлдэл үзүүлэх байдал Нийгмийн болон санхүүгийн хамгаалалт Сайжирсан үр ашиг
Health system reviews (HiTs) (2019)		Хүн амын эрүүл мэнд Чанар Үр ашиг Ил тод байдал ба хариуцлага

<sup>7</sup> Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M, Soucat A, Figueras J, editors. Health system performance assessment: a framework for policy analysis. Geneva: World Health Organization; 2022 (Health Policy Series, No. 57). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

ДЭМБ-ын 2000 оны тайлан дахь томоохон шинэчлэлүүдийн нэг нь эрүүл мэндийн тогтолцооны чиг үүргүүд буюу эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлд нөлөөлдөг хүчин зүйлүүдийг эрүүл мэндийн тогтолцооны зорилтуудтай холбосон явдал байв (Зураг 5). Эрүүл мэндийн тогтолцооны чиг үүргүүдийг олон янзаар ангилж болох бөгөөд тэдгээрийг эрүүл мэндийн тогтолцооны зорилтуудтай олон арга замаар холбож болохыг харуулсан нь гүйцэтгэлийн олон хүрээний суурь болсон юм.

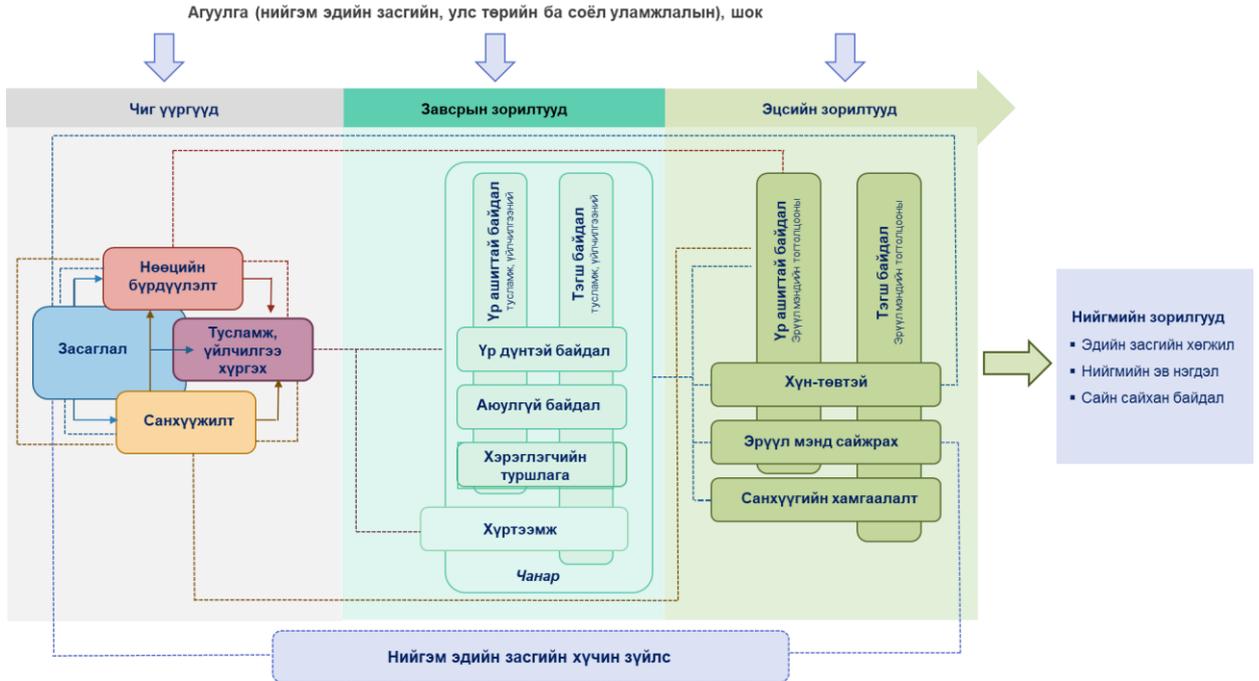
Зураг 5. Эрүүл мэндийн тогтолцооны чиг үүрэг ба зорилтуудын харилцан хамаарал<sup>8</sup>



Үнэн хэрэгтээ улс орнууд, дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллагууд, донор байгууллагууд, иргэний нийгмийн байгууллагуудын 2016 онд эхлүүлсэн УНС 2030-ийн нэг сэдэл нь дэлхийн эрүүл мэндийн тогтолцоог бэхжүүлэхэд чиглэгдсэн нэгдсэн арга барил байхгүй явдал олон талт байдлыг шийдвэрлэх явдал байсан гэж үздэг (УНС2030, 2020). Ийнхүү УНС 2030-ийг эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийн үнэлгээтэй уялдуулах чиг үүрэг бүхий ажлын хэсгийг байгуулахад хүргэсэн бөгөөд эрүүл мэндийн тогтолцооны үнэлгээний янз бүрийн арга барилыг судалж, харьцангуй давуу болон сул талуудыг харьцуулж, эцэст нь энэхүү туршлага дээр үндэслэн бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтад хүрэх эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийн үнэлгээний хүрээг санал болгох явдал байсан бөгөөд энэхүү хүрээг Бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтад хүрэх эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийн үнэлгээний хүрээ (Health system performance assessment framework for UHC) гэж нэрлэсэн байна. Энэхүү хүрээ нь эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийг сайжруулахын тулд одоо байгаа хүрээнүүдийн мэдээллийг дахин ашиглах зорилгыг агуулсан бөгөөд эрүүл мэндийн тогтолцоог бэхжүүлэх хүчин чармайлт гүйцэтгэлийн хэмжилтийг төвд нь тавьсан байна. "УНС-д зориулсан" гэсэн гарчгийг хүрээний нэршилд заасан нь эрүүл мэндийн тогтолцоог бэхжүүлэх нь бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтад хүрэх гол зарчим гэдгийг тодотгож эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлд тогтмол үнэлгээ хийж байх шаардлагыг тусгажээ. Үүний үр дүнд Бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтад хүрэх эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийн үнэлгээний хүрээ нь улс орнуудын эрүүл мэндийн тогтолцоог бэхжүүлэх улс орнуудын хүчин чармайлтыг бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтад алсын хараатай уялдуулан улам хүчтэй болгож байгаа юм.

<sup>8</sup> The World Health Report, Health Systems: Improving Performance, page 25, WHO, Geneva, Switzerland

Зураг 6. Бүх нийтийн хамралтад хүрэх эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийн үнэлгээний хүрээ



Энэхүү хүрээ нь дараах 5-н үндсэн шинж чанартай юм<sup>9</sup>. Үүнд:

1. Эрүүл мэндийн тогтолцооны тодорхой тодорхойлолт, түүний хамрах хүрээний тодорхой хил хязгаарыг тусгасан;
2. Энэ нь эрүүл мэндийн тогтолцооны үндсэн зорилго, үр дүнг тодорхойлсон;
3. Энэ нь эрүүл мэндийн тогтолцооны чиг үүргийг тайлбарласан;
4. Энэ нь чиг үүрэг тус бүрийн гүйцэтгэлийг үнэлэх хүрээг тодорхойлсон;
5. Энэ нь эрүүл мэндийн тогтолцооны чиг үүрэг тус бүрийн гүйцэтгэл нь эрүүл мэндийн тогтолцооны зорилго, үр дүнгийн харилцан хамаарлыг тодорхойлсон.

Хэдийгээр гүйцэтгэлийг үнэлэх бүх хүрээ эрүүл мэндийн тогтолцоог бэхжүүлэх гол түлхүүр нь гүйцэтгэлд нөлөөлж буй хүчин зүйлсийг сайжруулах явдал гэж үздэг ч эдгээрийн хооронд тодорхой холбоо байгааг харуулж чадаагүй. Харин Бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтад хүрэх эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийн үнэлгээний хүрээ нь сайжруулах боломжуудыг тодорхойлох замаар эрүүл мэндийн тогтолцоог бэхжүүлэх хүчин чармайлтад хувь нэмрээ оруулах чухал арга хэрэгсэл болсон бөгөөд эцсийн дүндээ түүний ашиг тус нь эрүүл мэндийн тогтолцооны зохион байгуулалтын бүрэлдэхүүн хэсгүүд, эцсийн зорилгын хоорондын уялдаа холбоог тодруулсан явдал юм. Энэ нь яагаад чухал ач холбогдолтой вэ гэвэл одоо байгаа олон үнэлгээний хүрээнүүд нь эрүүл мэндийн тогтолцооны зохион байгуулалтын бүрэлдэхүүн хэсгүүдийг нарийн үнэлдэг боловч үүнийг эрүүл мэндийн тогтолцооны үр дүнтэй шууд холбодоггүй байна.

2014 онд ДЭМБ болон түүний хамтрагч байгууллагууд зарим улс 600 орчим үзүүлэлтийг донор байгууллага болон олон улсын өвчний хөтөлбөрүүдэд тогтмол тайлагнаж байна гэсэн тооцооллыг гаргасан байдаг. Аливаа улсын үндэсний мэдээллийг багасгах, оновчтой болгохын тулд ДЭМБ нь ажлын хэсгийг ахлан Эрүүл мэндийн 100 үндсэн үзүүлэлтийн дэлхийн лавлах жагсаалтыг гаргасан. Цаашлаад үзүүлэлтүүд нь нийгмийн ямар нэгэн үнэ цэнийг агуулсан үндэсний эрүүл мэндийн чухал сэдвүүдийг тусгасан байх, Засгийн газрын эрүүл мэндийн зорилтод тулгуурласан байх, төрийн бодлого, үйл ажиллагааны санаачилгыг сайжруулах боломжтой асуудлыг шийдвэрлэхэд нийцсэн байна.

Эрүүл мэндийн үзүүлэлтүүд нь хүн амын эрүүл мэндийн байдал, эрүүл мэндийн тогтолцооны үйл ажиллагааны талаар хязгаарлагдмал хэдий ч маш хэрэгтэй мэдээллийг

<sup>9</sup> Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M, Soucat A, Figueras J, editors. Health system performance assessment: a framework for policy analysis. Geneva: World Health Organization; 2022 (Health Policy Series, No. 57). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

өгдөг. Шалгуур үзүүлэлтүүд нь эрүүл мэндийн хөтөлбөрүүдийн бүхий л талыг тодорхойлох боломжгүй. Үзүүлэлтүүд нь цаг хугацаа, улс орон болон хүн ам хоорондын харьцуулах замаар ойлголтыг өгдөг. Зорилтот түвшинд хүрч буй эсэхийг үзүүлэлт ашиглан хэмждэг учир аливаа хөтөлбөрийг чиглүүлэх, хандив, санхүүгийн шийдвэрт чухал нөлөө үзүүлдэг.

Үзүүлэлтүүд нь мэдээлэл цуглуулах, дүн шинжилгээ хийх үйл явцын товч, боловсронгуй дүгнэлт юм. Үзүүлэлт нь тодорхой газар, тодорхой цагт хийгдсэн ажиглалтын нэгтгэн дүгнэдэг бөгөөд статистик эсвэл хүний гаргасан тодорхой бус байдал, алдааг агуулж байдаг.

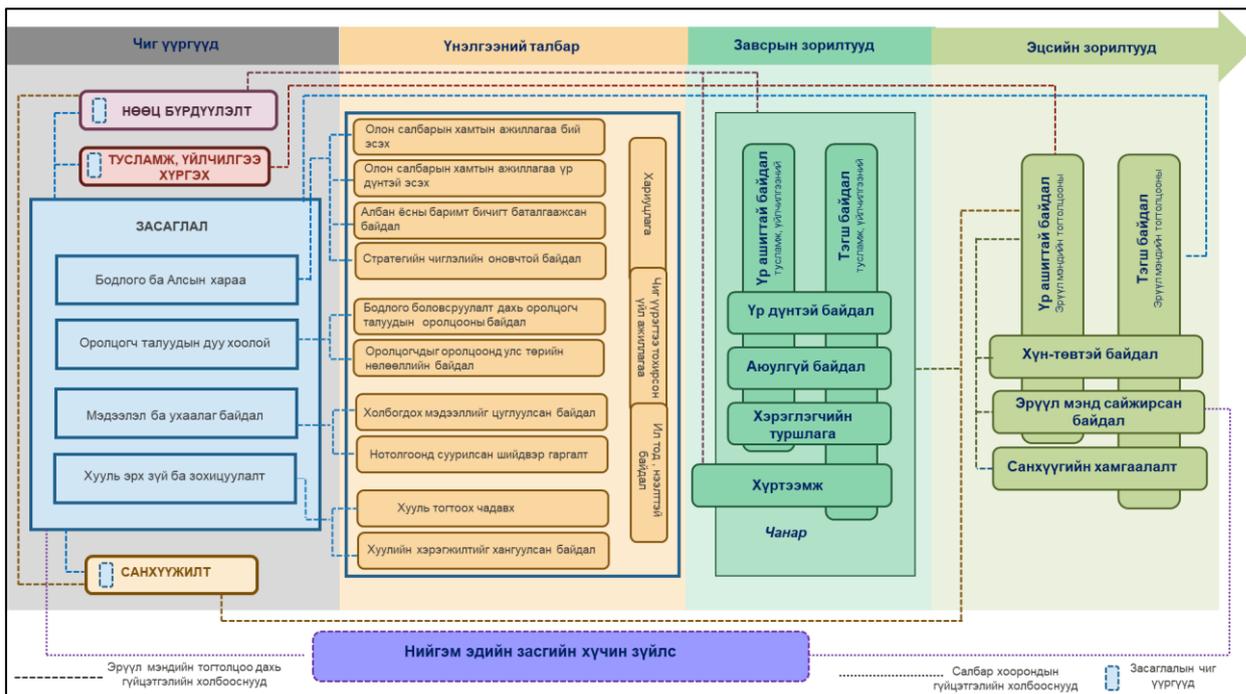
Салбарын мэргэжилтнүүд нь нийтийн эрүүл мэндийн тулгамдаж буй асуудал мөн тэдгээрийг хэрхэн дэвшиж буйг үнэлж, тодорхойлохдоо үзүүлэлтүүдийг ашигласаар ирсэн. Сүүлийн жилүүдэд дэлхийн дахинаа маш олон тунхаглал мөн хөтөлбөрүүд нь тодорхой зорилтот үзүүлэлтүүдийг хангах үүрэг хүлээгээд байна. Тэдгээрээс дурдвал Тогтвортой хөгжлийн зорилтууд, 17 зорилго, 169 зорилт, 232 үзүүлэлтэд 2030 онд хүрэхэд зорьж буй бөгөөд үүнээс 13 зорилт, 26 үзүүлэлт нь эрүүл мэндтэй шууд хамааралтай буюу бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралт нь нэг зорилт юм.

Бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтад хүрэх эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийн үнэлгээний хүрээнд тусгагдсан тогтолцооны үндсэн 4 чиг үүргийн нэг болох засаглалын чиг үүрэг нь нөөц бүрдүүлэх, санхүүжүүлэх, үйлчилгээ үзүүлэх гэсэн бусад 3 чиг үүрэгтэй агуулгын хувьд давхцах хэдий ч засаглалын ямар нэгэн хэлбэр байхгүй бол бусад 3 чиг үүрэг нь “зохицуулалттай” тогтолцоонд бус, тусгаарлагдсан бүтцийн хүрээнд ажиллана гэсэн санааг харуулж байгаа юм<sup>10</sup> (Зураг 7). Засаглал нь эрүүл мэндийн тогтолцооны хамгийн чухал чиг үүрэг бөгөөд нөөц бүрдүүлэх, санхүүжүүлэх, үйлчилгээ үзүүлэх чиг үүргүүдийн үндэс суурь болохоос гадна эдгээр чиг үүргийг хангуулах хөшүүрэг болдог байна. Ийм учраас засаглалыг эрүүл мэндийн тогтолцооны завсрын буюу эцсийн зорилгод шууд хамааралтай гэж үзэхэд нарийн төвөгтэй, ээдрээтэй байдаг учир нь засаглалын чиг үүрэг нь бусад чиг үүрэгтэй харилцан үйлчлэлээр түүний үр нөлөө үндсэндээ илэрдэг байна. Иймд хүрээний зураглал дээр засаглалыг хамгийн зүүн талд байрлуулж, санхүү, үйлчилгээ үзүүлэх, нөөц бүрдүүлэх чиг үүргүүдтэй давхцуулсан байдлаар харуулсан байдаг. Мөн зураг дээр эрүүл мэндийн тогтолцоонд нөлөөлж буй эрүүл мэндийн янз бүрийн тодорхойлогч хүчин зүйлсийг эрүүл мэндийн тогтолцооны хатуу хил хязгаарын гадна талд цэгэн шугамаар дүрсэлсэн. Энэхүү дүрслэл нь засаглалын чиг үүргийн гүйцэтгэлийг дээд зэргээр нэмэгдүүлэх нь зөвхөн эрүүл мэндийн салбараас хамаарахгүй, бусад салбартай (боловсрол, байгаль орчин гэх мэт) хамтран ажиллахыг багтаадаг гэсэн мессежийг хүргэх зорилготой юм. Үндсэндээ засаглал гэдэг ойлголт нь эрүүл мэндийн салбараас давсан буюу эрүүл мэндийн тогтолцооны зорилгод хамаарах эрүүл мэндийн байдалд нөлөөлөх хүчин зүйлсийг агуулсан чиг үүрэг юм. Гол ялгах хүчин зүйл нь засаглалын чиг үүрэг нь эрүүл мэндийн тогтолцоонд бүхэлд нь нөлөөлж байна уу (ерөнхий засаглал) эсхүл энэ нь эрүүл мэндийн тогтолцооны бусад чиг үүргүүдийн зөвхөн аль нэгэнд хамаарч байна уу гэдэгт байгаа юм.

Засаглалын чиг үүргийг бүхэлд нь ойлгохын тулд түүнд хамаарах дэд чиг үүргүүдийг авч үзэх шаардлагатай: 1) бодлого ба алсын хараа; 2) оролцогч талуудын дуу хоолой; 3) мэдээлэл ба ухаалаг байдал; 4) хууль, эрх зүй ба зохицуулалт бөгөөд эдгээр чиг үүргүүдийн гүйцэтгэлийг дараах гүйцэтгэлийн талбаруудаар дамжуулан үнэлснээр тогтолцооны эцсийн зорилгуудаас засаглалын чиг үүрэгт шууд хамаарах “иргэн-төвтэй” байх, эрүүл мэнд сайжирсан байх үр дүнг хангахад чиглэх юм.

<sup>10</sup> Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M, Soucat A, Figueras J, editors. Health system performance assessment: a framework for policy analysis. Geneva: World Health Organization; 2022 (Health Policy Series, No. 57). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, page 44-46

Зураг 7. Эрүүл мэндийн тогтолцооны хүрээний Засаглалыг үнэлэх хүрээ



Эх сурвалж: European Observatory on Health Systems and Policies

### Канад Улс

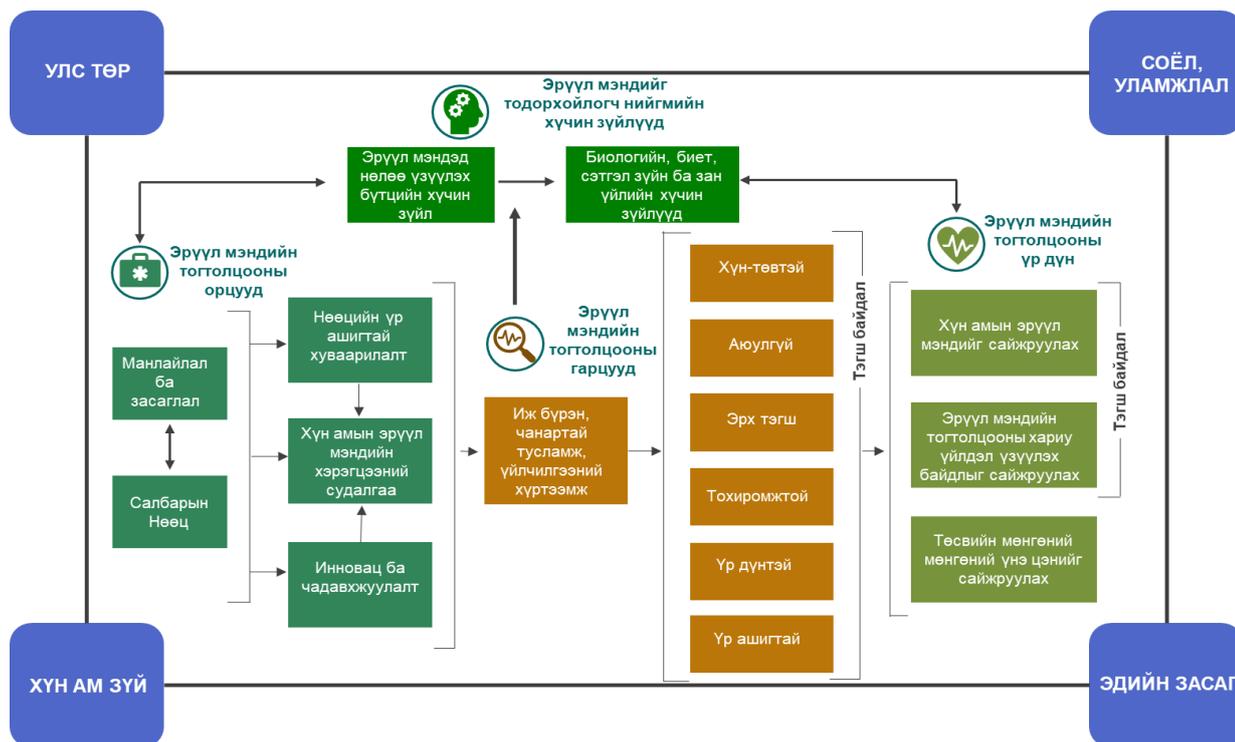
Ийнхүү эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийн үнэлгээний олон төрлийн хүрээнээс улс орнууд өөрийн эрүүл мэндийн тогтолцооны чиг үүрэг, зорилго, үр дүнг харгалзан сонгож эрүүл мэндийн салбарынхаа гүйцэтгэлийн үнэлгээний хүрээг бий болгосон бөгөөд Канад Улсын хувьд эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийн үнэлгээний хүрээг дараах байдлаар тодорхойлсон байна.

Канадын эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийг хэмжих хүрээ нь гүйцэтгэлийг динамик үйл явц гэж үздэг бөгөөд 4 дөрвөлжнөөс бүрддэг:

- Эрүүл мэндийн тогтолцооны үр дүнгүүд (эрүүл мэндийн тогтолцооны эцсийн зорилгууд)
- Эрүүл мэндийн нийгмийн хүчин зүйл (нийгэм-эдийн засгийн байдал, биологийн болон зан үйлийн хүчин зүйлүүд)
- Эрүүл мэндийн тогтолцооны гарцууд (тусламж, үйлчилгээний хүртээмж, чанар ба тусламж, үйлчилгээний үнэ цэн)
- Эрүүл мэндийн тогтолцооны орцууд ба шинжүүд (ямар нөөцийг ашиглаж байгаа, тусламж, үйлчилгээг хэрхэн зохион байгуулсан)

Дөрвөлжин тус бүр нь хүлээгдэж буй шалтгаан-үр дагаврын холбоогоор холбогдсон гүйцэтгэлийн янз бүрийн шалгуур үзүүлэлтүүдээс бүрдэх бөгөөд өндөр гүйцэтгэлтэй эрүүл мэндийн тогтолцоогоор дамжуулан Канадчуудын эрүүл мэндийг сайжруулах эцсийн зорилгод анхаарлаа хандуулдаг. Эдгээр 4 дөрвөлжин нь хүн ам зүй, улс төр, эдийн засаг, соёл, уламжлалын хүрээнд тодорхойлогдоно. Орчны нөлөөллийн хүчин зүйл нь дөрвөлжин тус бүрийн хэмжигдэхүүнүүдийн хоорондын харилцан хамаарал болон тэдгээр нь өөр хоорондоо хэрхэн харилцаж буй байдалд нөлөөлдөг.

Зураг 8. Канадын эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийг хэмжих хүрээ<sup>11</sup>



### Эстони Улс

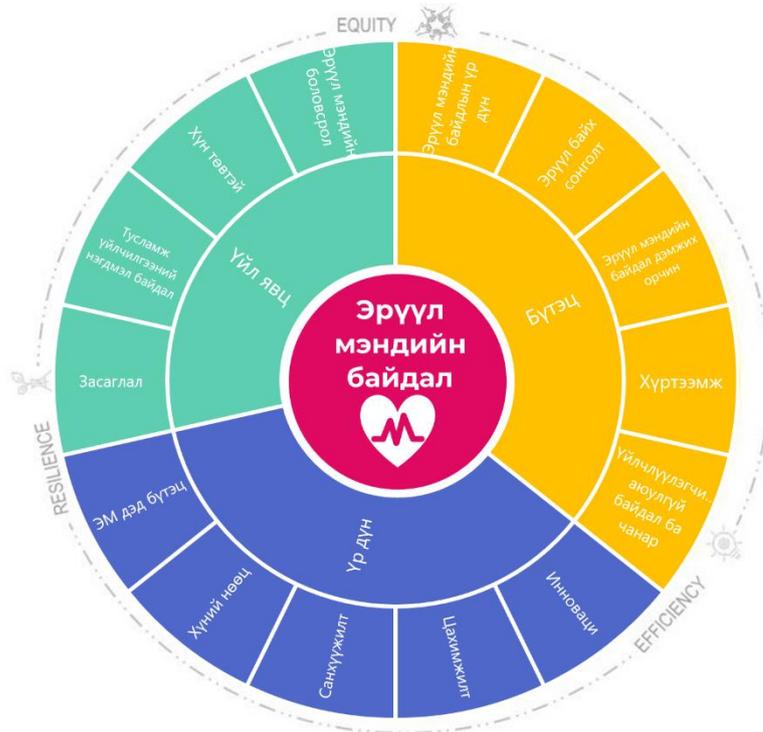
Эстони Улс 2000-аад оны дунд үеэс эхлэн эрүүл мэндийн салбарынхаа гүйцэтгэлийг үнэлж ирсэн (WHO, 2010). Гэсэн хэдий ч өмнөх эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийн үнэлгээний хүрээг 2009 онд хэрэгжүүлсэн боловч сонгосон үзүүлэлтүүдийг тогтмол үнэлгээ хийх, тайлагнаж чадаагүй бөгөөд эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийг үнэлэх цорын ганц тогтмолжсон арга хэмжээ нь Үндэсний эрүүл мэндийн хөтөлбөр (NHP) 2020-30-ийн хэрэгжилттэй холбоотой үнэлгээ байжээ. Ийнхүү эдгээр тулгамдсан асуудлуудыг шийдэхэд эрүүл мэндийн мэдээллийн тогтолцооны засаглалыг маш тодорхой болгох, эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийг үнэлэх шалгуур үзүүлэлтүүдийн системчилсэн жагсаалтыг тохиролцоо шаардлагатай байгааг тодорхойлсон байна. Эстонийн эрүүл мэндийн тогтолцоог шинэчлэх, ил тод байдлыг нэмэгдүүлэх хүчин чармайлт нь Эстонийн эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийн үнэлгээний (HSPA) шинэчилсэн хүрээг боловсруулж, хэрэгжүүлэх санаачилга гаргахад түлхэц болсон юм. Ийнхүү Эдийн Засгийн Хамтын Ажиллагаа болон Хөгжлийн Байгууллагууд (ЭЗХАХБ)-ын техник туслалцаа, Европын холбооны санхүүгийн дэмжлэгтэйгээр Эстонийн Эрүүл мэндийн гүйцэтгэлийн үнэлгээний үндэсний тогтолцоог системтэй хөгжүүлэх төслийг 2021 онд хэрэгжүүлж үнэлгээний хүрээний гол оролцогч талуудтай өргөн хүрээнд зөвлөлдсөний үр дүнд шинэчлэн боловсруулсан байна. Аливаа хүрээ нь байнгын тасралтгүй ажилладаг болон хэрэглэгдэхүйц байх, өөрийн зорилгодоо нийцэж ажиллаж байгаа байдал, мөн шалгуур үзүүлэлтийг сонгохдоо эрүүл мэндийн тогтолцооны үндсэн зорилтуудыг харгалзан үздэг байх суурь зарчим хангахыг энэхүү хүрээ зорьсон байдаг.

Хүрээний шалгуур үзүүлэлтийн 5 талбар нь 18 домэйн хуваагддаг. Хүрээ нь эрүүл мэндийн байдлыг төвдөө байршуулсан учир нь энэ нь Үндэсний эрүүл мэндийн хөтөлбөрийн гол үр дүн мөн эрүүл мэндийн тогтолцооны үндсэн зорилго тул юм. Эрүүл мэндийн байдал нь төвдөө бөгөөд дараах 3-н талбараар хүрээлэгдэнэ: гарц, үйл явц, ба бүтцүүд. 5 дахь талбар нь хөндлөн огтлолын домэйн бөгөөд тойргийг хүрээлж эдгээр домэйнүүд нь эрүүл мэндийн тогтолцоонд бүхэлд нь хэрхэн хөндлөн огтлолын үр нөлөө үзүүлж байгааг харуулдаг байна. Шалгуур үзүүлэлт тус бүрийн талбар нь домэйн ба дэд

<sup>11</sup> Canadian Institute for Health Information. A performance measurement Framework for the Canadian Health system. 2013.

домэйнүүдэд хуваагдана. Хүрээ нь нийтдээ 18 домэйнд хамаарах 64 дэд домэйнээс бүрдэнэ.

Зураг 9. Эстони Улсын эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийн үнэлгээний хүрээ (The Estonian HSPA framework<sup>12</sup>)



Эрүүл мэндийн байдал нь хүн амын эрүүл мэндийн байдлын талаарх ерөнхий ойлголтыг өгдөг бөгөөд субъектив болон объектив шалгуур үзүүлэлтүүд болох дундаж наслалт, эрүүл амьдралын дундаж наслалт, өөрийн эрүүл мэндийн байдлыг үнэлэх үнэлгээ зэрэг шалгуур үзүүлэлтүүдийг ашигладаг. Үр дүнгийн талбаруудад хамаарах домэйнүүд эрүүл мэндийн үр дүн, эрүүл сонголт, эрүүл мэндийг дэмжих орчин, хүртээмж, өвчтөний аюулгүй байдал, чанар зэрэг багтана. Эдгээр үр дүнгийн талбар нь хувь хүн эсвэл хүн амын бүлгийн эрүүл мэнд, сайн сайхан байдал, аюулгүй байдлыг илүү өргөн хүрээнд тусгасан үзүүлэлтүүдэд анхаарлаа хандуулдаг. Хүртээмж, өвчтөний аюулгүй байдал, чанарын бүрэлдэхүүн хэсгүүд нь илүүтэйгээр эрүүл мэндийн тогтолцооны үүднээс тэдгээрийг хэмждэг.

Домэйнд хамаарах үйл явц нь хүн амын суурь боловсролын түвшин буюу бичиг үсэг тайлагдсан байдал, хүн - төвтэй тусламж, үйлчилгээ, нэгдмэл (интеграцчилсан) тусламж, үйлчилгээ, засаглалтай холбож нарийвчлагдсан байдаг. Домэйн нь тогтолцоо нь хүмүүсийг хэрхэн дэмждэг, тогтолцооны засаглал нь ямар вэ гэдэг дээр төвлөрдөг. Суурь боловсролын түвшин буюу бичиг үсэг тайлагдсан байдал нь нь хүмүүс эрүүл мэндийн мэдээллийг хэрхэн ойлгодог болон эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ авахдаа хэрхэн ашигладаг тухай ойлголтыг агуулдаг.

Бүтцийн талбар нь эрүүл мэндийн дэд бүтэц, хүний нөөц, санхүүжилт, дижитал технологи, инновац гэсэн домэйнүүдийг багтаадаг. Энэхүү бүрэлдэхүүн хэсэг нь эрүүл мэндийн тогтолцооны чадавхыг тодорхойлж, тусламж, үйлчилгээ үзүүлэхэд гарч болзошгүй цоорхойг үнэлдэг. Эдгээр нь мөн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэхэд хэрэгтэй инновацын шинэлэг шийдлүүдийг ашиглах, эрүүл мэндийн дижитал технологи, эрүүл мэндийн программ хангамжийг хөгжүүлэх, ашиглахад үнэлгээ өгөх зорилготой.

Эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийн үнэлгээний хүрээний үндсэн тойргийг хүрээлж байгаа хөндлөн огтлолын 3 домэйн байгаа: тэгш байдал, үр ашиг, хариуцлага. Эдгээр бүрэлдэхүүн хэсгүүд нь тусламж, үйлчилгээний тасралтгүй байдал, чанарыг ойлгож, хангахын тулд нийгэм, эдийн засгийн хүчин зүйлс, нөөцийн ашиглалт, эрүүл

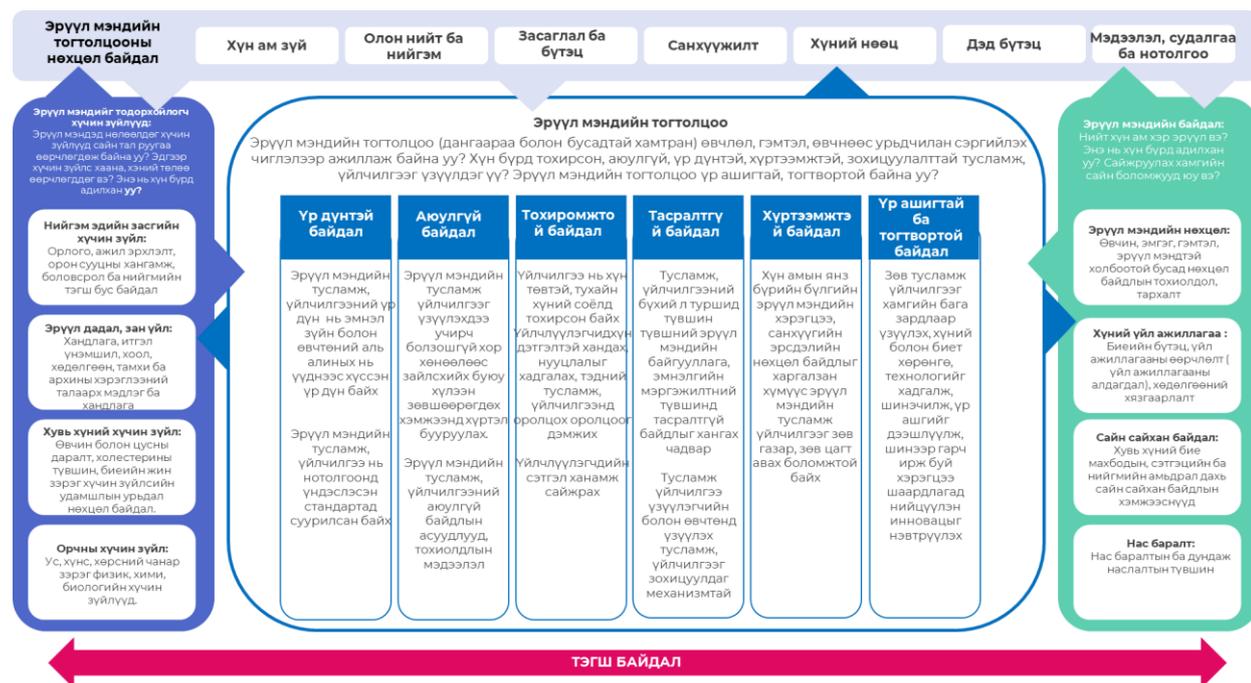
<sup>12</sup> OECD (2023), Health System Performance Assessment Framework for Estonia, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/e67df802-en>.

мэндийн тогтолцооны янз бүрийн түвшний чадавх, түүний дасан зохицох чадварыг харгалзан үздэг байна. Эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийн үнэлгээний хүрээг зурагласан харагдах байдал нь хөндлөн огтлолын бусад хүчин зүйлүүдийг багтаасан бөгөөд Эстонийн эрүүл мэндийн тогтолцооны үндсэн бодлогын чиг хандлагыг илүү хүнд төвлөрсөн болгох, хүн амын эрүүл мэндийг байдлыг төвд байрлуулснаараа онцлог юм.

### Австрали Улс

Австралийн эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийн үнэлгээний хүрээ (The Australian Health Performance Framework (AHPF)) нь Австраличуудын эрүүл мэндийн байдал болон эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийг үнэлэх, мэдээлэх арга хэрэгсэл юм. Энэхүү хүрээн дэх шалгуур үзүүлэлтүүдийг хүн амын сонгосон бүлгүүдээр дамжуулан задлан шинжилж, эдгээр нь үндэсний, муж, нутаг дэвсгэр, орон нутгийн түвшинд мэдээллийн арвин эх сурвалж болдог<sup>13</sup>.

Зураг 10. Австралийн эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийн үнэлгээний хүрээ



### 1.1.3 Улс орнуудын эрүүл мэндийн тогтолцооны удирдлага, зохион байгуулалт, онцлог шинж

Эрүүл мэндийн тусламжийн зохион байгуулалт, эрүүл мэндийн тусламжийг бусдад хүргэх, шинэ хандлага аргачлалд суралцах боломжийн хувьд ямар ч улс орон хоорондоо адил байдаггүй<sup>14</sup>. Олон улсын Хамтын Нөхөрлөлийн Сан<sup>15</sup>-аас хийж гүйцэтгэсэн эрүүл мэндийн тусламжийн тогтолцооны гүйцэтгэлийн харьцуулалтыг 71 гүйцэтгэлийн хэмжүүр, 5 ерөнхий бүлэглэл болох тусламж, үйлчилгээ авах боломж, тусламж, үйлчилгээний үйл явц, захиргааны үр ашигтай, тэгш байдал болон эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний үр дүнгийн ДЭМБ болон бусад байгууллагын судалгаанд үндэслэн гаргадаг. Мөн олон улсын CEOWORLD хэвлэлээс эмхлэн гаргадаг судалгаанаас дурдахад дэлхийн хамгийн шилдэг эрүүл мэндийн тусламжийн тогтолцоог эмнэлгийн дэд бүтэц болон мэргэжилтнүүд, эмийн хүртээмж болон зардал, засгийн газрын бэлэн байдал болон эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний индекс шалгуур үзүүлэлтийг харгалзан тодорхойлон улс орнуудыг эрэмбэлсэн байна. Тус судалгаанд 2024 оны байдлаар нийт 110 улсыг хамруулжээ (Хүснэгт 2).

<sup>13</sup> <https://www.aihw.gov.au/getmedia/fc3986e1-782d-4759-ad2d-24elb649e4c4/map-and-descriptions-of-the-ahpf-framework.pdf.aspx>  
<sup>14</sup> Eric C. Schneider, Arnab Shah, Michelle M. Doty, Roosa Tikkanen, Katharine Fields, Reginald D. Williams II, Commonwealth Fund  
<sup>15</sup> Commonwealth Fund

Хүснэгт 2. Дэлхийн улс орнуудын эрүүл мэндийн тогтолцооны шилдэг байдлын эрэмбэ, 2024 он<sup>16</sup>

Эрэмбэ	Улс	Эмнэлгийн дэд бүтэц болон мэргэжилтнүүд	Эмийн хүртээмж болон зардал	Засгийн газрын бэлэн байдал	Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний индекс
1	Тайван	87.16	83.59	82.30	78.72
2	БНСУ	79.05	78.39	78.99	77.70
10	Израил	88.63	75.61	90.25	61.73
13	Япон	98.70	94.99	98.74	59.52
14	Сингапур	76.39	67.47	71.33	57.96
29	Энэтхэг	75.20	60.99	66.54	45.84
34	Эстони	64.17	54.94	52.11	45.10
46	БНХАУ	69.67	55.99	65.36	41.40
56	Иордан	90.55	79.67	97.21	38.13
64	Узбекистан	64.57	50.87	59.31	36.26
87	Филиппин	73.74	53.81	57.45	32.55
88	Малайз	73.36	53.59	58.14	32.52

Дэлхий дахинаа эрүүл мэндийн салбарын тогтолцооны удирдлага, зохион байгуулалт, тэдгээрийг бодлогоор хангаж, зохицуулж буй Эрүүл мэндийн яам, Засгийн газар болон бусад оролцогч талууд хоорондын харилцаа, хамаарал, онцлог шинжийг тодорхойлох зорилгоор бусад улс орнуудын онцлогийг судлав.

Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээгээр дэлхийд тэргүүлэгч улс болон нийт хүн амын тоо, санхүүжилт, газар зүй, уламжлалт эм, эмчилгээ, эдийн засгийн өсөлт хөгжил зэрэгт үндэслэн Филиппин, Армени, Эстони, БНХАУ, Япон, БНСУ, Сингапур, Малайз, Ботсвана, Их Британи, Австрали, Ямайк, Руанда зэрэг улсын эрүүл мэндийн тогтолцооны удирдлага, зохион байгуулалт, эрүүл мэндийн яамны бүтцийг судалсан (Хүснэгт 3)<sup>17</sup>.

Хүснэгт 3. Судалгаанд түүвэрлэгдсэн улсын хүн ам, засаглал, түүний хэлбэрийн мэдээлэл, 2023 он

№	Улс	Хүн амын тоо	Хүн амын дундаж наслалт <sup>18</sup>	Эрүүл мэндийн тусламжийн индекс <sup>19</sup>	Засаглалын хэлбэр
	<b>Дэлхийн дундаж</b>	<b>7.951 тэрбум</b>	<b>73.4</b>		
1	Монгол	3.4 сая	73.28	46.03	Парламентын засаглал
2	Япон	125.1 сая	85.08	55.73	Үндсэн хуульт хаант засагтай парламентын засаглал
3	БНСУ	51.63 сая	84.26	53.28	Холимог буюу хагас ерөнхийлөгчийн засаглал
4	БНХАУ	1.412 тэрбум	78.99	46.15	Социалист засаглал
5	Сингапур	5.637 сая	84.39	67.22	Парламентын засаглал
6	Малайз	33.94 сая	76.58	50.59	Холбооны парламентын үндсэн хуульт хаант засаглал
7	Филиппин	119 сая	72.40	46.21	Ерөнхийлөгчийн засаглал
8	Эстони	1,349 сая	79.48	51.41	Парламентын засаглал
9	Армени	2.7 сая	75.41	48.71	Парламентын засаглал
10	Их Британи	66,94 сая	82.45	78.31	Үндсэн хуульт хаант засагтай парламентын засаглал

<sup>16</sup> <https://ceoworld.biz/2024/04/02/countries-with-the-best-health-care-systems-2024/>

<sup>17</sup> Судалгааны эмхэтгэл, XXI боть, Р.Хатанбаатар, А.Пагма

<sup>18</sup> <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/life-expectancy-by-country>

<sup>19</sup> <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/best-healthcare-in-the-world>

11	Ямайк	2,87 сая	72.51	-	Үндсэн хуульт хаант засагтай парламентын засаглал
12	Бразил	215,3 сая	76.38	51.85	Ерөнхийлөгчийн засаглал
13	Руанда	13,4 сая	67.56	-	Нэгдмэл ерөнхийлөгчийн Бүгд найрамдах улс (тоталитар дарангуйлал)

## Сингапур Улс<sup>20</sup>

Сингапур Улс 5.6 сая хүн амтай, хүн амын дундаж наслалт нь 84.39 бол Эрүүл мэндийн тусламжийн индексийг 86.69 оноогоор дэлхийг тэргүүлж байна.

**Эрхэм зорилго:** “Эрүүл мэндийг сайжруулж өвчлөлийг бууруулах, сайн, боломжийн үнэтэй эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ авах боломжийг хангах, эмчилгээний төгөлдөршилд хүрэх”

**Алсын хараа:** “Ард түмнээрээ эрүүл саруул байж улсаа хөгжүүлэх - сайхан, урт удаан, сэтгэл амар амьдрахын төлөө”

Сингапур Улсын Эрүүл мэндийн яамны эрхэм зорилго, алсын хараа нь эрүүл мэндийн тогтолцоо нь инновацыг дэмжсэн, иргэн-төвтэй байгаа нь харагдаж байна.

ЭМЯ нь нийтийн эрүүл мэндийн тогтолцоо болон эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний тогтолцоог зохицуулах үүргийг хүлээдэг. Жишээлбэл, Сингапур Улсын ЭМЯ нь эрүүл мэндийн мэргэжилтнүүдийн шаардлагатай нөөцийг төлөвлөх, хүчин чадлыг тооцоолох, эмнэлэг болон бусад эрүүл мэндийн байгууллагын хөгжилд зориулсан хүртээмжийг албажуулах зэрэг үйл ажиллагааг явуулдаг.

Сингапур Улсад хуульд заасны дагуу улсын эмнэлэг нь төрийн өмчит хувь нийлүүлсэн корпорацууд байдаг. Улсын эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ нь тухайн өвчтөний хөнгөлөлт, татаасны төлөв байдлаас илүүтэй эрүүл мэндийн нөхцөл байдлаас хамааран олгогддог. Тус улс нь өвчтөн болон өвчтөний гэр бүлийн төлбөрийн чадварт тулгуурлан төлбөрийн ялгаатай системийг нэвтрүүлсэн. Өндөр орлоготой өвчтөн татаастай үйлчилгээнд хамрагдахдаа татаас авдаг (хэдий тийм ч тэдгээр нь бага орлоготой өвчтөнөөс илүү төлдөг). 2011 оноос хойш Сингапур нь үндэсний эрүүл мэндийн цахим бүртгэлийг (EHR) эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний улсын болон хувийн байгууллагуудад үе шаттайгаар ашиглаж эхэлсэн бөгөөд энэ нь “Нэг өвчтөн, нэг эрүүл мэндийн бүртгэл”-ийг дэмжих зорилготой юм. Энэхүү бүртгэлийн системийг Сингапурын ЭМЯ нь эзэмшдэг ба Эрүүл мэндийн мэдээллийн үйлчилгээний газар зохицуулалт хийдэг. Сингапур Улсын иргэд болон тус улсын байнгын оршин суугчид HealthHub-аар дамжуулан өөрсдийн эрүүл мэндийн түүх, бүртгэлд хандах боломжтойгоос гадна эмнэлгийн цаг товлох, эм авах, төлбөр харах, төлөх зэрэг үйлчилгээг давхар ашиглах боломжтой. Сингапурын хүн амд эрүүл амьдралын хэв маягийг төлөвшүүлж, эрүүл мэнддээ хариуцлагатай хандахыг уриалж мөн Сингапурын нэг ч иргэн мөнгөгүйн улмаас эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ авах боломжгүй болох эсвэл улсын эмнэлгүүдээр үйлчлүүлэх боломжгүй болохгүйн тулд аюулгүй байдлын сүлжээг бий болгож чадсан. Нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний тогтолцоо нь газарзүйн хувьд босоо нэгдсэн хүргэлтийн сүлжээ хэлбэрээр бүтэцлэгдсэн байдаг.

Сингапурын ЭМЯ ажлыг гурван үндсэн бүлгээр хэрэгжүүлдэг. Тэдгээр нь Бодлого болон Корпорацын бүлэг, Үйл ажиллагааны бүлэг болон Мэргэжлийн кластер. Мэргэжлийн кластер нь эмнэлэг, сувилал, клиникийн лаборатори, эмнэлгийн болон шүдний үйл ажиллагаа эрхлэх тусгай зөвшөөрлийг олгож, зохицуулалтыг Эрүүл мэндийн яам хариуцан гүйцэтгэдэг.

## Филиппин Улс<sup>21</sup>

<sup>20</sup> <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/singapore>

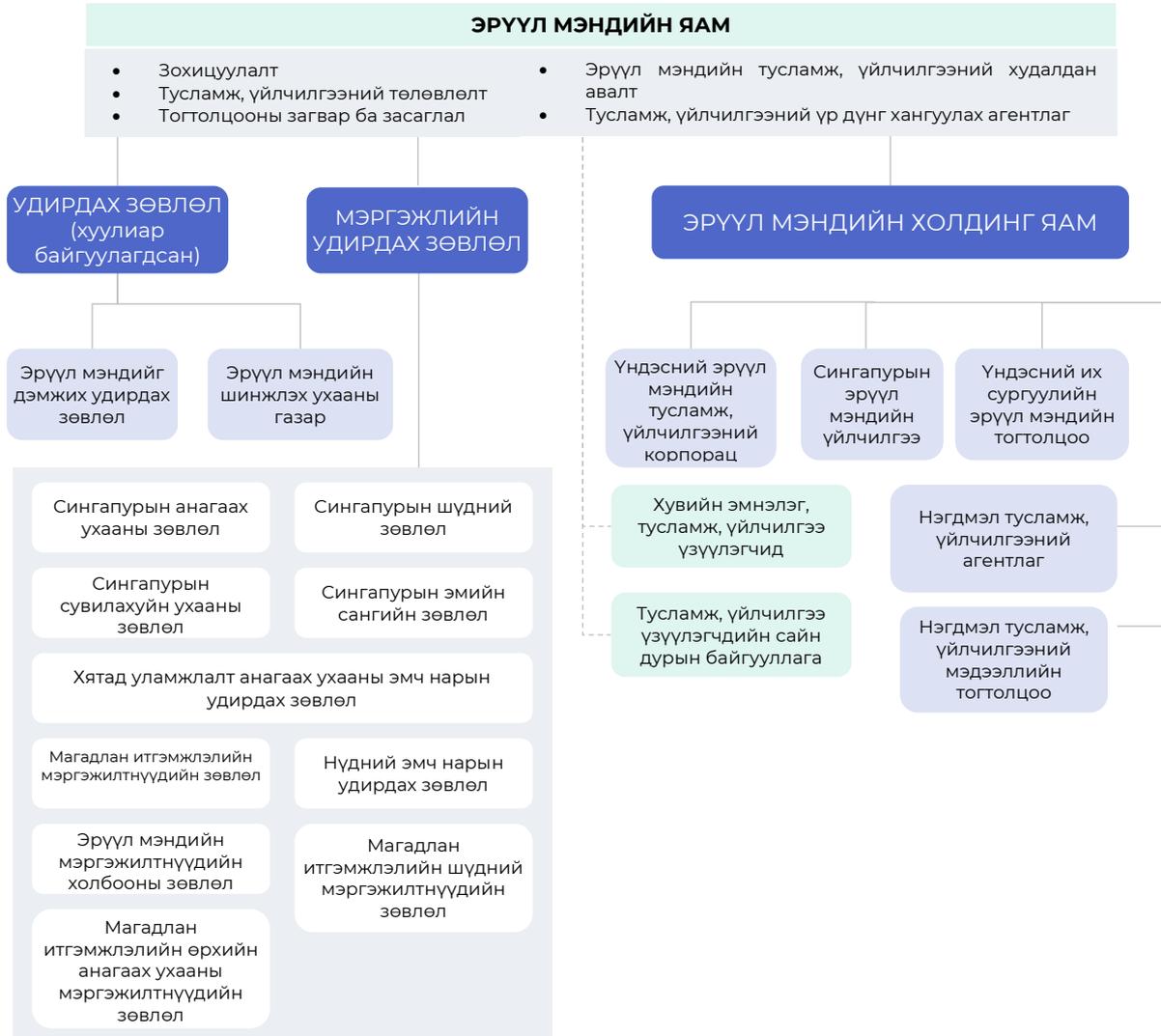
<sup>21</sup> <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274579/9789290226734-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=5>

Филиппин Улс нь 1991 онд төвлөрсөн эрүүл мэндийн засаглалын тогтолцоог бүрдүүлсэн ба эрүүл мэндийн тогтолцооны удирдах дээд байгууллага нь Эрүүл мэндийн газар (Department of Health) юм. Газар нь үндсэн 3-н чиг үүргийг хэрэгжүүлдэг:

1. Эрүүл мэндийн салбарын манлайлал;
2. Чадавх бүрдүүлэлт ба хөгжүүлэлт;
3. Өвөрмөц тусламж, үйлчилгээний удирдлага, зохион байгуулалт.

1995 онд үндэсний эрүүл мэндийн даатгалын хөтөлбөрийг баталж “PhilHealth” эрүүл мэндийн даатгалын корпорацыг байгуулсан. 2010 оноос хойш бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтад хүрэх зорилгын хүрээнд идэвхтэй үйл ажиллагааг хэрэгжүүлж байна.

Зураг 11. Сингапур Улсын эрүүл мэндийн тогтолцооны удирдлага, зохион байгуулалт



Эх сурвалж: Lee Chien Earn, National University of Singapore, 2020

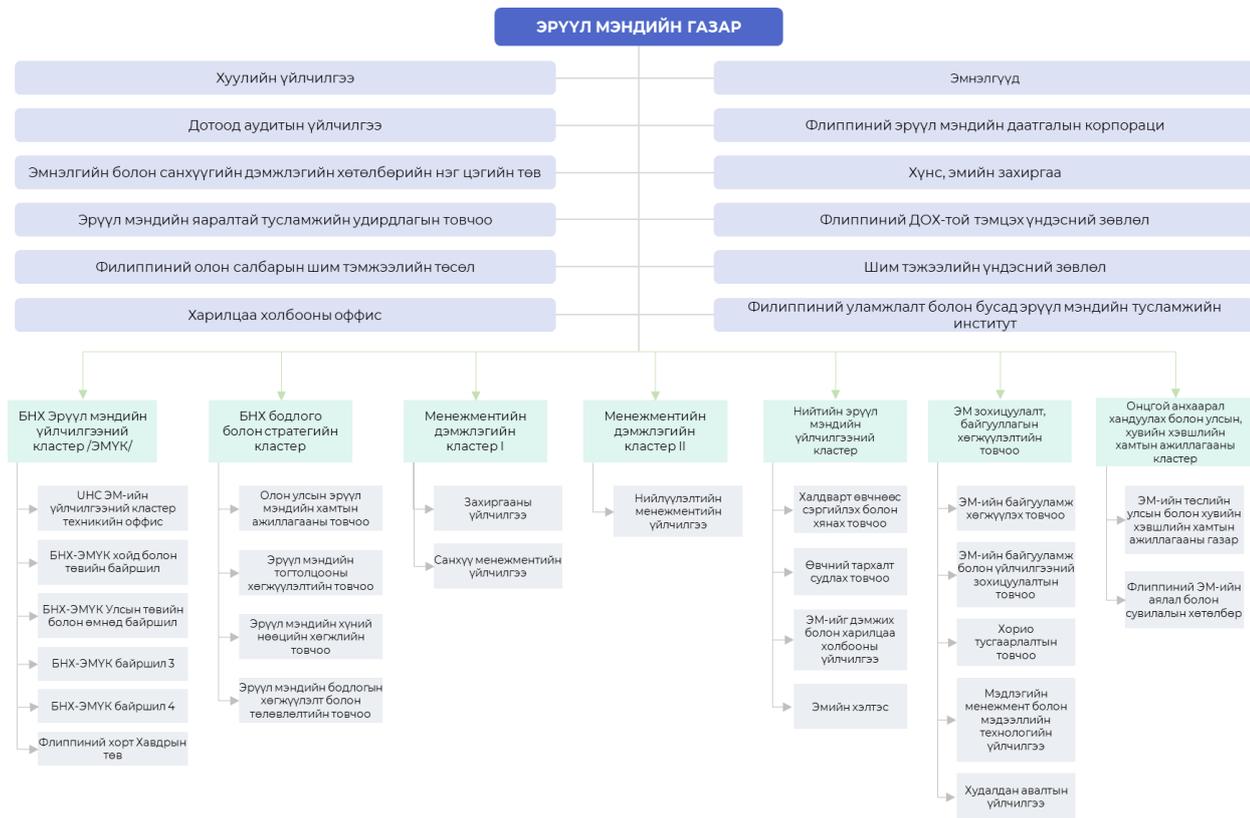
Филиппин Улсын эрүүл мэндийн тогтолцоо нь тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх хос тогтолцоотой буюу төрийн болон хувийн хэвшлээс бүрддэг. Үндэсний болон орон нутгийн засаг захиргаанаас удирддаг эрүүл мэндийн байгууллагууд нь төрийн эрүүл мэндийн үйлчилгээг үзүүлдэг бол тэдгээр нь татварт суурилсан төсвөөр голчлон санхүүждэг. Хувийн хэвшил нь зах зээлд суурилсан арилжааны зорилготой бөгөөд тусламж, үйлчилгээний ихэнх зардлыг иргэд халааснаасаа төлдөг хэдий ч Филиппиний эрүүл мэндийн даатгалын корпорац (PhilHealth) нь төрийн болон хувийн хэвшлийн аль алиных нь тусламж, үйлчилгээг худалдан авдаг. Хувийн хэвшил нь улам өргөжиж ашгийн төлөө хувийн хэвшлийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллагыг зохицуулах үр дүнтэй механизм байхгүй байсаар л байна.

Эрүүл мэндийн зардлын 50 хувиас дээш хувь нь хувь хүнээс гарч байна. Эрүүл мэндийн даатгалын хамрагдалт нэмэгдэж байгаа хэдий ч түүний ашиг тусын талаарх ойлголт төдийлөн танигдаагүй бөгөөд энэ мэт тулгамдаж буй асуудлыг шийдвэрлэх үүднээс Эрүүл мэндийн газар болон Үндэсний эрүүл мэндийн даатгал (PhilHealth) нь улсын болон хувийн хэвшлийн байгууллагын хамтран тусламж, үйлчилгээ хүргэх сүлжээг бий болгон хэрэгжүүлж байна.

Эрүүл мэндийн салбар нь хэд хэдэн засгийн газрын агентлагтай. Эрүүл мэндийн хэлтсийн Эрүүл мэндийн байгууламж болон үйлчилгээ зохицуулалтын товчоо (Зураг 12) нь эмнэлэг, клиник зэрэг эрүүл мэндийн байгууламж лаборатори, эмнэлгүүд, төрөлжсөн амбулатори, диализийн эмнэлэг, амбулаторийн мэс заслын эмнэлэг зэрэг газруудыг зохицуулдаг бол Хүнс, эмийн захиргааны газар нь эм, уламжлалт эм зэрэг эрүүл мэндийн бүтээгдэхүүн, эмнэлгийн хэрэгсэл, хүнсний нэмэлт болон боловсруулсан хүнсний бүтээгдэхүүн, гоо сайхны бүтээгдэхүүн болон ахуйн аюултай бодисын зохицуулалтыг хариуцан ажилладаг.

Мэргэжлийн зохицуулах хороо нь Филиппин дэх эмч, сувилагч, эх баригч, шүдний эмч, эм зүйч зэрэг бүхий л мэргэжилтнүүдийн бүртгэл, тусгай зөвшөөрлийн бүртгэл, лицензийг хариуцдаг. Дээд боловсролын комисс нь анагаах ухаан, эрүүл мэндийн боловсрол олгож буй улсын болон хувийн хэвшлийн коллеж, их дээд сургуулиудыг зохицуулдаг. Түүнчлэн Даатгалын комисс (IC) нь хувийн эрүүл мэндийн даатгалын компаниудыг зохицуулж, хяналт тавьдаг ба эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний байгууллагуудын санхүүгийн чадавхад хяналт тавьдаг.

Зураг 12. Филиппин улсын эрүүл мэндийн газар



Эх сурвалж: <https://doh.gov.ph/about-doh/organizations/>

Филиппин Улсын эрүүл мэндийн тогтолцоонд ДЭМБ-аас 2018 онд хийсэн судалгаанаас үзэхэд Филиппинчүүдийн дундаж наслалт нь 1980 онд 62 байснаас 2016 онд 69 болж нэмэгдсэн байна. Энэ нь сүүлийн жилүүдэд иргэдийн амьдрах орчин сайжирсантай холбоотой гэж дүгнэсэн байна.

Филиппиний Эрүүл мэндийн газар нь эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээг сайжруулах зорилгоор эмнэлгийн үйл ажиллагааны болон удирдлагын мэдээллийн систем (HOMIS)-ийг өргөнөөр нэвтрүүлээд байна. Энэхүү мэдээллийн систем нь яаралтай тусламжийн хэсэг болон амбулатори, өвчний түүх, лаборатори болон эмийн сан зэргийн эмнэл зүйн

модулийг хамардаг бөгөөд хүний нөөцийн, ханган нийлүүлэлтийн түгээлтийн, санхүүгийн болон эмнэлгийн тоног төхөөрөмжийн систем зэрэг удирдлагын дэмжих системтэй холбоотой модуль нь эмнэлгийн үйл ажиллагааны болон менежментийн мэдээллийн систем (HOMIS)-д агуулагддаг.

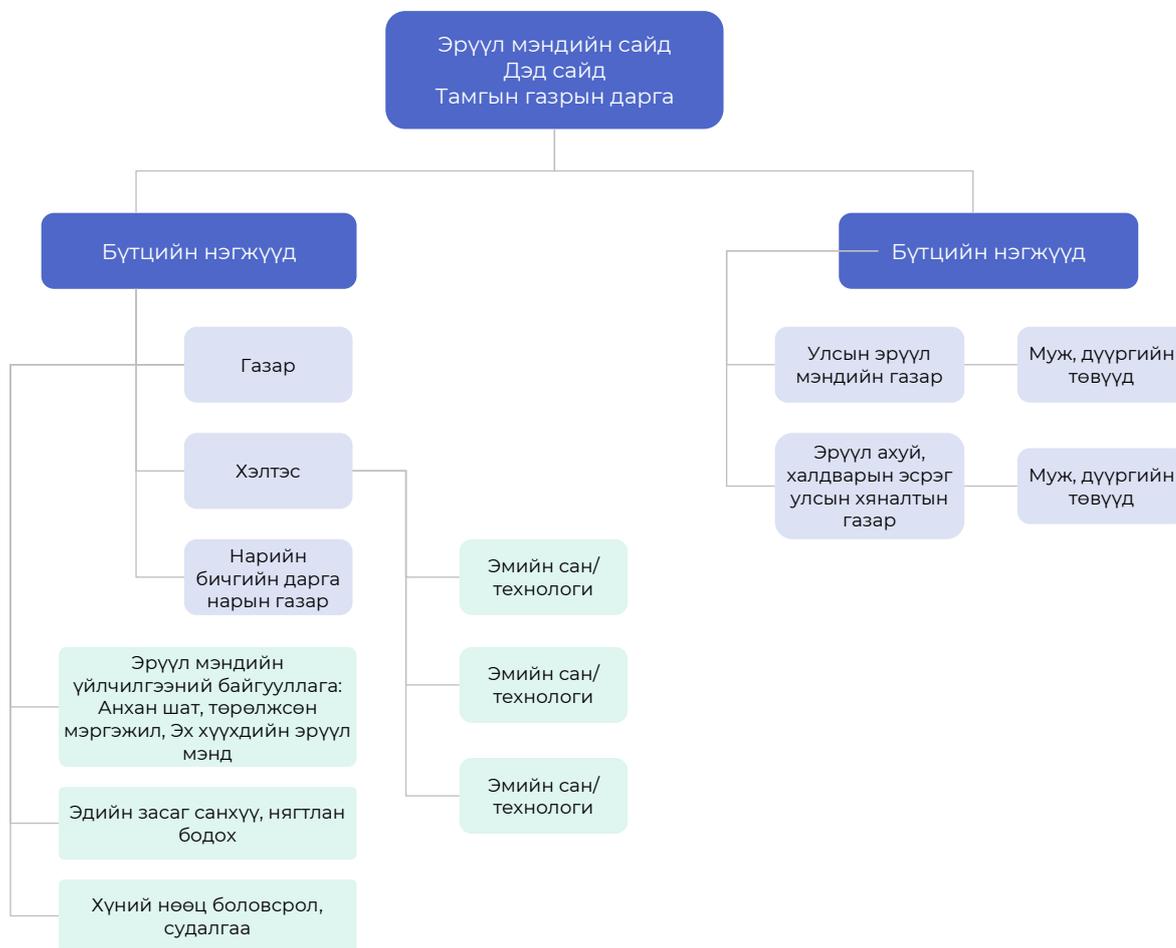
### Армени Улс

Армени Улс төрийн үйлчилгээний төвлөрлийг сааруулж, шинэчилсэн зохион байгуулалтын хүрээнд анхан шатны тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг эрүүл мэндийн байгууллага болон эмнэлгүүдийн өмчлөлийг бүс нутгийн болон орон нутгийн засаг захиргаанд шилжүүлсэн. Эмнэлэг нь санхүүгийн хувьд бие дааж төсөв, санхүү, менежментийг өөрсдөө хариуцан ажилладаг болсон байна.

Арменид ЭМЯ нь зохицуулалтын чиг үүрэгтэй ба бүс нутгийн засаг захиргаа нь үзүүлж буй тусламж, үйлчилгээний тоо хэмжээг албан ёсоор хянадаг.

Улсын эрүүл мэндийн агентлаг нь төрийн өмнөөс Үндсэн тэтгэмжийн багц (BPP)-д хамаардаг үйлчилгээг худалдан авч, төлбөрийг нь төлдөг. Дийлэнх эмийн сан, шүдний эмнэлгийн үйлчилгээ болон эмнэлгийн хэрэгсэл нь хувийн өмчийнх ба мөн тодорхой хэмжээний эмнэлгүүд нь хувийн өмчийнх (Зураг 13).

Зураг 13. Армени Улсын эрүүл мэндийн яамны бүтэц



Эх сурвалж: [https://www.researchgate.net/figure/Organizational-structure-of-the-Ministry-of-Health\\_fig3\\_285059335](https://www.researchgate.net/figure/Organizational-structure-of-the-Ministry-of-Health_fig3_285059335)

### Эстони Улс

Эстони Улсын Эрүүл мэндийн яам, Нийгмийн хамгааллын яам болон Хөдөлмөрийн яам зэрэг гурван яам нэгдэж 1993 онд Нийгмийн асуудал хариуцсан яам нэртэйгээр үүсгэн байгуулагдаж байсан онцлогтой.

Эстони Нийгмийн хөгжлийн яам нь Эрүүл мэндийн, Нийгмийн хамгааллын хоёр сайдтай ба эрүүл мэндийн бодлого боловсруулах, стратеги төлөвлөлт, зохицуулалт, удирдлага, зохион байгуулалтыг хариуцдаг (Зураг 14).

**Алсын хараа:** “Эстони ард түмэн урт насалж, өөрсдийн амьдралын мөчлөг бүрд аль болох эрүүл байж, эрүүл мэндийн болон амьдрах орчны хөгжлийг төрийн, гуравдагч болон хувийн хэвшлийн хамтын ажиллагаагаар амьдрах орчин, эрүүл мэндийн тогтолцоог сайжруулах”

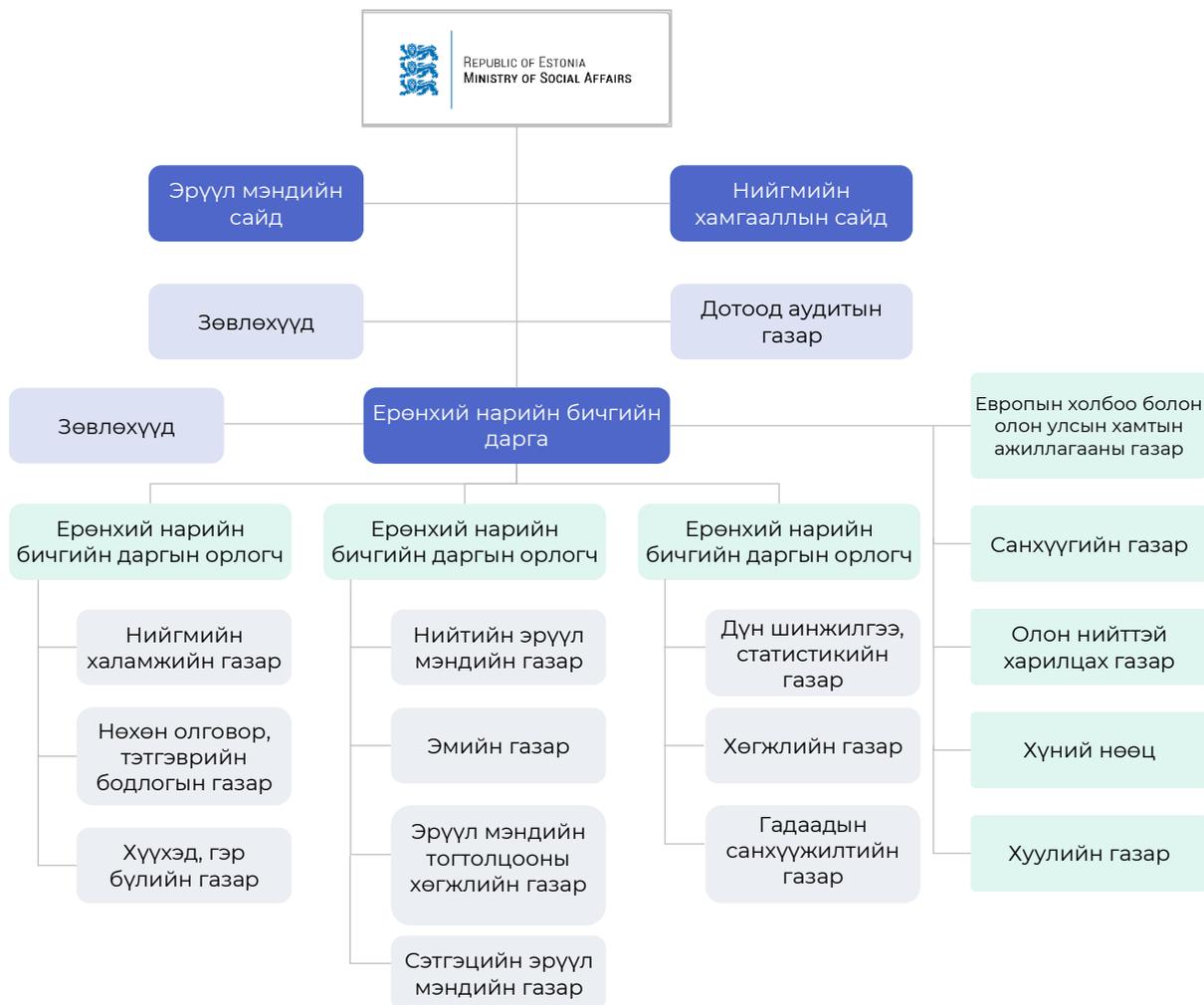
**Эрхэм зорилго:** “Хүн бүр нэр төртэй амьдрах тэгш боломж бүхий орчныг бий болгох”

Эстони Улсын уг яам нь 2030 гэхэд Эстоничуудын дундаж наслалтыг эрэгтэйчүүд 78.0 жил, эмэгтэйчүүд 84 жил, эрүүл амьдралын насыг эрэгтэйчүүд 62.0, эмэгтэйчүүд 63.0 жил болгож нэмэгдүүлэх зорилготой.

Эрүүл амьдрах жилүүд дундаж наслалтаас илүү хурдан нэмэгдэж байна. Өөрөөр хэлбэл хүмүүс амьдралынхаа ихэнх хугацаанд эрүүл мэндээс үүдэх ямарваа хязгаарлалтгүй амьдарч байна гэсэн үг. Мужийн дундаж наслалтыг Эстони дундаж наслалтаас 2 жилээс ихгүй байлгах, дээд боловсролтой болон дунд боловсролтой хүмүүс хоорондын дундаж наслалтын зөрүүг 8 жилээс ихгүй байлгахад эрүүл мэндийн тэгш бус байдлыг (хүйс, бүс нутаг, боловсролын түвшин) 2030 гэхэд багасгах зэрэг зорилтуудыг дэвшүүлэн ажиллаж байна.

Орон нутгийн засаг захиргаа нь нийтийн эрүүл мэндийг хариуцдаг бөгөөд зарим нь эмнэлгүүдийг эзэмшдэг хэдий ч эмнэлгийн удирдлагын, санхүүгийн үйл ажиллагаанд оролцох тэдний үүрэг маш бага байдаг.

Зураг 14. Эстони Улсын Нийгмийн хөгжлийн яам



Эх сурвалж: <https://www.sm.ee/en/ministry-and-contacts/organization-and-contacts/introduction-ministry-and-our-structure>

Улсын томоохон эмнэлгүүд хэвтэн эмчлүүлэх болон төрөлжсөн мэргэжлийн амбулаторийн тусламж, үйлчилгээг үзүүлдэг бол хувийн хэвшлийн эрүүл мэндийн байгууллагуудын дийлэнх нь анхан шатны болон шүдний, мөн зарим нарийн мэргэжлийн амбулаторийн болон урт хугацааны тусламж, үйлчилгээг үзүүлдэг.

Дэлхийн улс орнуудын эрүүл мэндийн салбарын тогтолцооны удирдлага, зохион байгуулалт харилцан адилгүй байгаатай адил тэдгээрийн холбогдох яам, агентлаг, нэгжүүд мөн ялгаатай байна. Судалгаанд хамрагдсан улсын туршлагаас авч үзэхэд Эрүүл мэндийн яам, Эрүүл мэнд, халамжийн яам эсвэл Эрүүл мэнд, нийгмийн хамгааллын яам зэрэг үйл ажиллагааны өргөн цар хүрээтэй, бусдаас онцлог бүтэц, зохион байгуулалттай байна. Жишээлбэл, Иордан Улсын Эрүүл мэндийн яам нь хоёр төрийн нарийн бичгийн даргатай байна: Анхан шатны тусламж, үйлчилгээ, халдварын дэгдэлт хариуцсан болон Захиргаа техникийн асуудал хариуцсан.

Эрүүл мэндийн салбарын гол оролцогч талуудын нэг Эрүүл мэндийн даатгалын байгууллага нь улс орон бүрд нэршлийн хувьд ялгаатай бол бүтцийн хувьд Франц, БНХАУ, ХБНГУ, Израил зэрэг улсуудад бие даасан, хөндлөнгийн зөвлөх, чиглүүлэх чиг үүрэгтэй ба тогтолцооны хувьд Эрүүл мэндийн яамтай зэрэгцээ байдлаар оршиж байна<sup>22</sup>. Энэтхэг Улсад Эрүүл мэндийн яамны шууд харьяалалд байдаг бол Японд Эрүүл мэндийн даатгалын товчоо нэршилтэйгээр Эрүүл мэнд, хөдөлмөр халамжийн яамны бүтцийн нэг хэсэг болон ажиллаж байна. Эдгээрээс дүгнэхэд улс бүр өөрийн онцлог, эмчилгээний арга барил, хүн ам, бүсчлэлээс хамааран ялгаатай тогтолцоотой буюу нийтлэг хэв шинж байхгүй юм.

#### **1.1.4 Эрүүл мэндийн эрэлт, хэрэгцээ ба эрүүл мэндийн бодлого**

##### **1.1.4.1 Эрүүл мэндийн эрэлт, хэрэгцээний үнэлгээ**

Улс орны эрүүл мэндийн бодлого нь хүн амын эрүүл мэндийг сайжруулах, эрүүл мэндийн тэгш бус байдлыг бууруулахад чиглэгддэг. Эрүүл мэндэд нөлөөлдөг олон хүчин зүйлс байдаг: эрүүл амьдралын хэв маяг, орлого, боловсрол, орчин, орон байрны нөхцөл зэрэг. Иймд хүн амын эрүүл мэндийг сайжруулах, тэгш бус байдлыг бууруулах, тэргүүлэх чиглэлийг тодорхойлох, нөөцийг хуваарилахад чиглэх эрүүл мэндийн бодлого хүн амын эрүүл мэндийн бодит эрэлт хэрэгцээг тодорхойлж, түүнийг шийдвэрлэхэд чиглэх нь зүйтэй<sup>23</sup>. Ингэснээр эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг бодитой төлөвлөх, эрүүл мэндийн тэгш бус байдлыг арилгахад чиглэсэн нийгмийн эрүүл мэндийн арга хэмжээг тодорхойлох, нөөцийн үр ашигтай хуваарилалтыг хийх, салбар дундын бүтээлч, үр дүнтэй хамтын ажиллагаа, түншлэлд суурилсан олон нийтэд чиглэсэн арга хэмжээг төлөвлөж, хэрэгжүүлэх боломжийг олгодог.

Эрүүл мэндийн эрэлт, хэрэгцээг үнэлснээр хүн амын эрүүл мэндэд тулгамдаж буй эрүүл мэндийн тогтолцооны хүрээнд цогцоор нь, системтэйгээр авч үздэг эрүүл мэндийг дэмжих, сайжруулах шинжлэх ухаанд суурилсан төлөвлөлтийн үйл явц хүн амаа судлахаас эхэлдэг<sup>24</sup>. Энэ нь хүмүүсийг өөрсдийг нь оролцуулан эрүүл мэндийн асуудлыг нь тодорхойлох, эрүүл мэндэд үзүүлж буй хор хөнөөлийг тогтоох, эрүүл мэндийг сайжруулах бүх боломжуудыг судлах ач холбогдолтой. Энэхүү үйл явц нь дараах механизмаар дамжуулан эрүүл мэндийн бодлого болоход тусалдаг:

- 1) хүн амд үзүүлэх эрүүл, мэндийн тусламж, үйлчилгээний үр өгөөжийг нэмэгдүүлэх, эрүүл мэндэд сөргөөр нөлөөлж буй хүчин зүйлсийг тодорхойлох төлөвлөлтийг хийх, төлөвлөлтийн аливаа шийдвэр нь хүн амын эрүүл мэндийг дордуулахгүй байхыг баталгаажуулах нь чухал;
- 2) Эрүүл мэндийг дэмжих таатай орчныг бүрдүүлэх: нийгэм, эдийн засаг, соёлыг бүрдүүлж, хүний эрхийн мэдрэмжтэй байх;

<sup>22</sup> Хамтын Нөхөрлөлийн Сан, Олон улсын эрүүл мэндийн тусламжийн тогтолцооны товч танилцуулга <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/system-profiles>

<sup>23</sup> Jordan J, Wright J, Ayres P, Hawkins M, Thompson R, Wilkinson J, Williams R. Health needs assessment and needs led health service change: a survey of projects involving public health doctors. J Health Serv Res Policy 2002;7(2):71-80.

<sup>24</sup> Peckham, S. and Spanton, J. (1994) Community development approaches to HNA. Health Visitor Journal 67: 124-5

- 3) Эрүүл зан үйлийг төлөвшүүлэх нийгэм, соёлын хэм хэмжээг өөрчлөхөд олон нийтийн оролцоог хангасан үйл ажиллагааг хөгжүүлэх;
- 4) Хүмүүсийн эрүүл мэнддээ хяналт тавих, эрүүл мэндийн асуудлаа даван туулах чадварыг сайжруулах боломжуудыг бий болгох;
- 5) Эрүүл мэндийн бодлого боловсруулагч болон тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгчид эрүүл мэндийн бодлогыг боловсруулахдаа аливаа асуудлыг цогцоор нь, бүхлээр нь хардаг байх<sup>25</sup>.

Эрүүл мэндийн бодлого боловсруулагчид болон шийдвэр гаргагчдын эцсийн зорилго нь хүн амын эрүүл, сайн сайхан байдал, эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг бүх нийтээр хүртээмжтэй авах, хязгаарлагдмал нөөцийг оновчтой хуваарилах замаар илүү сайн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх явдал билээ.

Дэлхий дахинд эрүүл мэндийн тулгамдаж нийтлэг асуудлууд нь чихрийн шижин, сэтгэцийн эрүүл мэнд, уур амьсгалын өөрчлөлтийн нөлөөлөл, амьсгалын доод замын өвчлөл, ХДХВ/ДОХ, зүрх судасны өвчлөл зэрэг байна (Хүснэгт 4). Иймд улс орнуудын эрүүл мэндийн бодлого энэхүү асуудлуудыг шийдвэрлэхэд чиглэгдэж байгаа нь ойлгомжтой юм.

Хүснэгт 4. Дэлхий дахинд тулгамдаж буй эрүүл мэндийн асуудлууд

Institute for health metrics and evaluation <sup>25</sup>	University of Rochester Medical Center <sup>27</sup>	American University of the Caribbean School of Medicine <sup>28</sup>
Чихрийн шижин	ХДХВ/ДОХ	Хүрээлэн буй орчны эрүүл байдал
Сэтгэцийн эрүүл мэнд	Сэтгэцийн эрүүл мэнд	Зүрх судасны өвчлөл
Уур амьсгалын өөрчлөлтийн нөлөөлөл	Хүрээлэн буй орчны чанар	Амьсгалын замын өвчлөл
Зүрхний судасны өвчлөл	Дархлаажуулалт	Чихрийн шижин
Амьсгалын доод замын халдвар	Эрүүл мэндийн тусламжийн хүртээмж	ХДХВ/ДОХ
Ядуурал	Биеийн хөдөлгөөн, шим тэжээл	Сэтгэцийн эрүүл мэнд
Эрүүл мэндийг тогтолцоог бэхжүүлэх	Илүүдэл жин болон таргалалт	Сүрьеэ
Зам тээврийн осол	Тамхи	Гепатит
Оюуны хомсдол	Мансууруулах бодис	Томуу
Хүн амын насжилт	Гэмтэл болон хүчирхийлэл	Хүнсний аюулгүй байдал болон шим тэжээл
Урт хугацааны Ковид		Хорт хавдар
		Эрүүл мэндийн тэгш бус байдал
		БЗХӨ

Эрүүл мэндийн эрэлт, хэрэгцээний үнэлгээг янз янзаар тодорхойлсон байдаг бөгөөд “хүн амын эрүүл мэндийн хэрэгцээг тодорхойлох системчлэгдсэн арга”<sup>29</sup> гэсэн бол “эрүүл мэндийг сайжруулах, тэгш бус байдлыг бууруулахын тулд тохиролцсон тэргүүлэх чиглэл, нөөцийг зохистой хуваарилах үүднээс хүн амын өмнө тулгарч буй эрүүл мэндийн асуудлуудыг нарийвчлан үзэх системтэй арга”<sup>30</sup> гэж дэлгэрэнгүй тодорхойлжээ. Мөн “Орон нутгийн хүн амын эрүүл мэндийн тэргүүлэх чиглэлийг шийдвэрлэхийн тулд төлөвлөх, нөөцийг байршуулах шийдвэр гаргахад шаардлагатай мэдээллээр хангахад

<sup>25</sup> Quigley, R., Cavanagh, S., Harrison, D., Taylor, L., and Pottle, M. (2005) Clarifying approaches to assessment: health needs assessment, health impact assessment, integrated impact assessment, health equity audit, and race equality impact assessment, London: Health Development Agency.

<sup>26</sup> <https://www.healthdata.org/news-events/insights-blog/acting-data/11-global-health-issues-watch-2023-according-ihme-experts>

<sup>27</sup> <https://www.urmc.rochester.edu/senior-health/common-issues/top-ten.aspx>

<sup>28</sup> <https://www.aucmed.edu/about/blog/global-health-issues>

<sup>29</sup> <https://www.gov.uk/government/publications/commissioning-of-public-health-services-for-children/population-health-needs-assessment-a-guide-for-0-to-19-health-visiting-and-school-nursing-services>

<sup>30</sup> [https://ihub.scot/media/1841/health\\_needs\\_assessment\\_a\\_practical\\_guide.pdf](https://ihub.scot/media/1841/health_needs_assessment_a_practical_guide.pdf)

ашигладаг арга<sup>31</sup> гэсэн байдаг. Эрүүл мэндийн хэрэгцээ үнэлгээнд үндэслэн эрүүл мэндийн тусламж хамгийн их хэрэгтэй хүн амын бүлэг болох сургууль, нийгмийн цөөнх, алслагдмал газар амьдарч буй суурин газрын хүмүүст хамгийн үр дүнтэй тусламжийг төлөвлөж, хүргэх боломжтой<sup>32</sup>.

Хязгаарлагдмал нөөцийг хамгийн хэрэгцээтэй байгаа хүн, нийгмийн бүлэгт хүргэхэд дараах дөрвөн хүчин зүйлсийг тодорхойлсон байх шаардлагатай:

1. Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ авдаггүй хүмүүс (хангагдаагүй хэрэгцээ)
2. Үр дүнгүй эрүүл мэндийн үйлчилгээ авагчид (хангагдаагүй хэрэгцээний төлөө зарцуулсан нөөц)
3. Үр ашиггүй эрүүл мэндийн үйлчилгээ авагчид (хангагдаагүй хэрэгцээний төлөө зарцуулсан нөөц)
4. Тохиромжгүй эрүүл мэндийн үйлчилгээ авагчид (үр дүнг сайжруулах боломжтой хүмүүс)<sup>33</sup>

Зураг 15. Эрүүл мэндийн эрэлт хэрэгцээний цикл



Хүн амын эрүүл мэндийн хангагдаагүй хэрэгцээг тодорхойлох нь эдгээр хэрэгцээг хангахад тохиромжтой, үр дүнтэй хөтөлбөрүүдийг төлөвлөхийг эрэлхийлж буй эрх баригчдад чухал юм. Хэрэв эрүүл мэндийн хэрэгцээг үл тоомсорловол эрүүл мэндийн үйлчилгээ үзүүлэхдээ дээрээс доошоо чиглэсэн хандлага бий болж, цөөнхийн эрүүл мэндийн хэрэгцээ нь нийт хүн амын эрүүл мэндийн хэрэгцээг тодорхойлоход хүрдэг. Эрүүл мэндийн хэрэгцээний үнэлгээ нь одоогийн нөхцөл байдал болон хүссэн үр

<sup>31</sup> Tobi, P. (2016). Health Needs Assessment. In: Regmi, K., Gee, I. (eds) Public Health Intelligence. Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-28326-5\\_9](https://doi.org/10.1007/978-3-319-28326-5_9)

<sup>32</sup> <https://www.gov.uk/government/publications/commissioning-of-public-health-services-for-children/population-health-needs-assessment-a-guide-for-0-to-19-health-visiting-and-school-nursing-services>

<sup>33</sup> Tobi, P. (2016). Health Needs Assessment. In: Regmi, K., Gee, I. (eds) Public Health Intelligence. Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-28326-5\\_9](https://doi.org/10.1007/978-3-319-28326-5_9)

дүнгийн хоорондын зөрүүг үнэлэх, дутагдлыг арилгах боломжит шийдлүүдийг үнэлэхэд зориулагдсан<sup>34</sup>.

Хүн амынхаа эрүүл мэндийн эрэлт, хэрэгцээг бодитой тодорхойлох нь дараах давуу талуудтай гэж эрүүл мэндийн бодлогын судлаачид үздэг байна<sup>35</sup>. Үүнд:

- Шийдвэр гаргахад олон нийтийн оролцоог бэхжүүлэх;
- Салбар хоорондын хамтын ажиллагаа сайжрах;
- Ур чадвар, туршлагыг мэргэжлийн түвшинд хөгжүүлэх;
- Нөөцийг илүү үр ашигтай ашиглах зэрэг юм.

Хэдийгээр ийм давуу талуудтай ч гэсэн эрүүл мэндийн эрэлт, хэрэгцээг үнэлэхэд улс орнуудад дараах бэрхшээлүүд тулгарч байсныг судлаачид онцолсон байна<sup>36</sup>:

- Мэдээлэл солилцоход саад болох эрх мэдлийн хил хязгаарыг даван туулах;
- Салбар хоорондын үйл ажиллагаа;
- “Дээрээс” шууд тушаах;
- Үнэлгээнд хамрагдах хүн амын бүлгийн оновчтой төлөөлөл;
- Үр дүнг оновчтой арга хэмжээ болгон хувиргах зэрэг юм.

Иймд хүн амын эрэлт, хэрэгцээг тодорхойлох үнэлгээг цогцоор нь, үр дүнтэй хийдэг тогтолцоог бүрдүүлэх нь нотолгоонд суурилсан эрүүл мэндийн бодлогын үндэс юм.

#### **1.1.4.2 Улс орнуудын эрүүл мэндийн бодлого, стратеги, хөтөлбөр**

Улс орнууд эрүүл мэндийн салбарын бодлогыг дунд-урт хугацааны үндэсний хөгжлийн бодлогын баримт бичигт эсхүл дийлэнхдээ салбарын бие даасан бодлогын баримт бичигт тусгадаг байна.

Улс орнуудын эрүүл мэндийн бодлогын баримт бичгүүдийг судлан үзэхэд Хорват<sup>37</sup>, Ямайка<sup>38</sup>, Ботсвана<sup>39</sup> Улсуудын Эрүүл мэндийн стратеги 2030<sup>40</sup> нь “удирдлага, манлайлал, засаглал”, “эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөц”, “хүртээмж”, “санхүүжилт”, “дэд бүтэц”, “цахимжилт, мэдээллийн сан” зэрэгт голчлон анхаарал хандуулсан бол АНУ<sup>41</sup>, БНСУ<sup>42</sup>, Эстони<sup>43</sup>, Япон<sup>44</sup> Улсууд нь эрүүл амьдралын хэв маяг, халдварт болон халдварт бус өвчин, нийгмийн бүлгүүдийн эрүүл мэндэд шууд чиглэсэн зорилт, арга хэмжээг эрүүл мэндийн бодлогын баримт бичигт тусган хэрэгжүүлж байна. Эдгээр улсуудын эрүүл мэндийн бодлогын баримт бичгийн үргэлжлэх дундаж хугацаа 10 жил байна.

Ямайка, Эстони, БНСУ, Ботсвана зэрэг улсуудын эрүүл мэндийн бодлого, стратеги, хөтөлбөрүүдийг авч үзэхэд эрүүл мэндийн бодлогын баримт бичгүүд нь алсын хараа, зарчим, зорилт, хүрэх үр дүн, арга хэмжээ, шалгуур үзүүлэлт гэсэн нийтлэг бүтэцтэйгээр бодлогын уялдааг хангаж боловсруулжээ. Эдгээр бодлогын баримт бичгүүд нь хүний дундаж наслалтыг нэмэгдүүлэхэд чиглэсэнээс гадна “Эрүүл, чанартай амьдралын жил”, “Эрүүл мэндийн тэгш бус байдал”, “Эрүүл, аюулгүй орчин”, “Бодлого бүрд эрүүл мэнд хандлага”-ыг онцлон тэмдэглэсэн байна.

Эрүүл мэндийн тэгш бус байдалд улс орнууд нийтлэг байдлаар анхаарлаа хандуулж байгаа боловч хүйс, газар нутгийн эрүүл мэндийн тэгш бус байдлаас гадна Эстони Улс боловсролоос шалтгаалсан эрүүл мэндийн тэгш бус байдалд, БНСУ хүн амаа орлогын түвшингээр нь 5 ангилан тэдний эрүүл мэндийн тэгш бус байдлын ялгааг бууруулахад онцлон анхаарчээ.

<sup>34</sup> Hamid Ravaghi, Ann-Lise Guisset, Samar Elfeky, Naima Nasir, Sedigheh Khani, Elham Ahmadnezhad & Zhaleh Abdi, A scoping review of community health needs and assets assessment: concepts, rationale, tools and uses, Article number:44 (2023)

<sup>35</sup> Stevens, A. and Rafferty, J. (1994, 1997) Health care needs assessment: the epidemiologically based needs assessment reviews, Vols 1 and 2. Oxford: Radcliffe Medical Press.

<sup>36</sup> Wanless, D. et al. (2004) Securing good health for the whole population. London/Norwich: HM Treasury/Stationery Office.

<sup>37</sup> <https://www.pozeska-bolnica.hr/dokumenti/National%20Health%20Care%20Strategy%202012-2020.pdf>

<sup>38</sup> <https://www.moh.gov.jm/wp-content/uploads/2019/05/MOHV-Vision-for-Health-2030-Final.pdf>

<sup>39</sup> [https://www.moh.gov.bw/Publications/policies/revise\\_National\\_Health\\_Policy.pdf](https://www.moh.gov.bw/Publications/policies/revise_National_Health_Policy.pdf)

<sup>40</sup> <https://www.adb.org/sites/default/files/institutional-document/798371/carec-health-strategy-2030.pdf>

<sup>41</sup> <https://health.gov/healthypeople>

<sup>42</sup> <https://www.khepi.or.kr/healthplaneng>

<sup>43</sup> <https://www.sm.ee/media/3054/download>

<sup>44</sup> <https://www.nibiohn.go.jp/eiken/kenkounippon21/en/>

Ботсвана Улс хүрээлэн буй орчны эрүүл мэндэд үзүүлэх нөлөө, ажлын байр, орчны аюулгүй байдалд, БНСУ хүрээлэн буй орчны эрүүл мэндэд үзүүлэх сөрөг нөлөө болох хэт халалт, хүйтрэлт, шар шороо, тоос зэргийг онцолсон. Эстони Улс Үндэсний эрүүл мэндийн хөтөлбөр 2030-ын гурван үндсэн хүрэх үр дүнгийн нэгийг “Эрүүл мэндийг дэмжих орчин” гэж тодорхойлон ундны ус, гадаад, дотоод орчны агаарын бохирдол, чимээ, шуугиан, химийн бодисын хэрэглээнээс эрүүл мэндэд үзүүлэх сөрөг нөлөөнд ач холбогдол өгчээ.

Хүний эрүүл мэндийн асуудал нь нэг салбарын хариуцах асуудал биш төдийгүй дан ганц эрүүл мэндийн салбарын бодлогоор хүний эрүүл мэндийг хамгаалах боломжгүй. АНУ-ын профессор Нэнси Майллио 1981 онд хэвлүүлсэн “Төрийн бодлогоор эрүүл мэндийг хөхиүлэн дэмжих нь” бүтээлээрээ хөдөө аж ахуй, нийгмийн халамж, батлан хамгаалах салбарууд хүний эрүүл мэндэд нөлөөлдөг, эрүүл мэндийн салбарын бодлогыг бусад салбарын бодлогод тусгах нь хүний эрүүл мэндийг хамгаалахад чухал хувь нэмэр оруулдаг талаар цогц байдлаар нотлох баримт, тохиолдолд үндэслэн системтэйгээр танилцуулсан. Тэрээр эрүүл мэндийн салбарын бодлогыг салбар дундын төрийн бодлого болгон нэгтгэж, хэрэгжүүлж чадаагүйгээс эрүүл мэндийн бодлогын хэрэгжилт хангалтгүй байгааг анзаарч Эрүүл мэндийн талаарх салбар дундын төрийн бодлого нийгмийн эрүүл мэндэд хамгийн үр дүнтэй нөлөө үзүүлж чадна гэж үзэн “БОДЛОГО БҮРД ЭРҮҮЛ МЭНД” хандлагыг томъёолсон байна.<sup>45</sup> Түүнээс хойш улс орнууд, тухайлбал, БНСУ, Эстони, Ямайка Улсууд өөрсдийн бодлогод энэхүү хандлагыг тусгаж иржээ.

### Ямайка Улс

Ямайка Улсын “Эрүүл мэндийн Алсын хараа 2030” бодлогын баримт бичиг нь алсын хараагаа “Эрүүл хүмүүс, эрүүл орчин”, эрхэм зорилгоо “Эрүүл мэндийн чанартай үйлчилгээгээр хангах, эрүүл амьдралын хэв маяг, хүрээлэн буй орчны дадлыг хөхиүлэн дэмжих” гэж тодорхойлон зургаан стратегийн зорилтуудыг дэвшүүлсэн (Зураг 16).

Зураг 16. Ямайка Улсын Эрүүл мэндийн “Алсын хараа 2050”-ийн ерөнхий бүтэц



Эх сурвалж: <https://www.moh.gov.jm/wp-content/uploads/2019/05/MOHV-Vision-for-Health-2030-Final.pdf>

Эдгээр зургаан стратегийн зорилтууд нь тус бүр өөрийн хүрэх үр дүнгүүдтэй бөгөөд тухайлбал, “Нийгмийн оролцоо, эрүүл мэнд” зорилтын хүрэх үр дүнгүүд нь “Хүн, гэр бүлүүд өөрсдийн эрүүл мэндийг удирдахад оролцоогоор хангах, урамшуулах”, “Бүх салбарын бодлого бүрд эрүүл мэнд хандлагыг хэрэгжүүлэх талаар сурталчилж, эрүүл мэндийн тогтолцоог бэхжүүлэх” гэж заажээ.

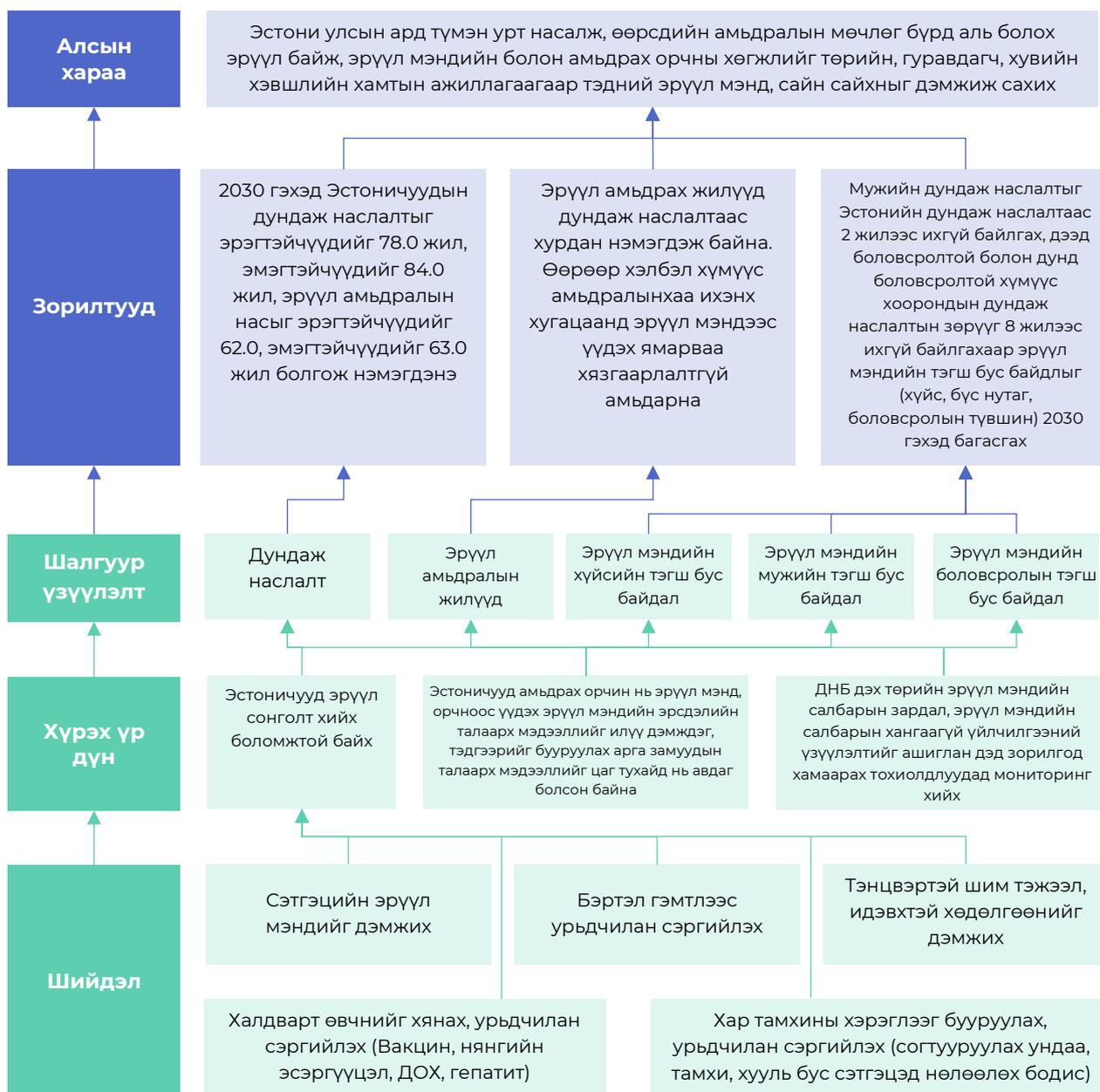
### Эстони Улс

<sup>45</sup> [https://academic.oup.com/heapro/article/26/suppl\\_2/ii237/580788](https://academic.oup.com/heapro/article/26/suppl_2/ii237/580788), <https://www.who.int/activities/promoting-health-in-all-policies-and-intersectoral-action-capacities>

Эстони Улсын “Үндэсний эрүүл мэндийн хөтөлбөр 2030” бодлогын баримт бичгийн алсын харааг “Эстони ард түмэн урт насалж, өөрсдийн амьдралын мөчлөг бүрд аль болох эрүүл байж, эрүүл мэндийн болон амьдрах орчны хөгжлийг төрийн, гуравдагч, хувийн хэвшлийн хамтын ажиллагаагаар тэдний эрүүл мэнд, сайн сайхныг дэмжиж сахих” гэж томъёолон, зорилтыг “дундаж насалт, чанартай амьдралын жилүүдийг нэмэгдүүлнэ, эрүүл мэндийн тэгш бус байдлыг багасгана” гэж тодорхойлсон (Зураг 17).

Энэхүү баримт бичиг нь гурван хүрэх үр дүнтэй. Онцолбол, эхний хүрэх үр дүн нь “Эстоничууд эрүүл сонголт хийх боломжтой байх”, түүний шалгуур нь “Халдварт бус архаг өвчнөөр 39-69 насны хүмүүсийн нас барах түвшин”, үр дүнд хүрэх шийдэл буюу арга хэмжээнүүд нь Сэтгэцийн эрүүл мэндийг дэмжих, Бэртэл гэмтлээс урьдчилан сэргийлэх, Тэнцвэртэй шим тэжээл, идэвхтэй хөдөлгөөнийг дэмжих, Хар тамхины хэрэглээг бууруулах, урьдчилан сэргийлэх (согтууруулах ундаа, тамхи, хууль бус сэтгэцэд нөлөөлөх бодис), Халдварт өвчнийг хянах, урьдчилан сэргийлэх (Вакцин, нянгийн эсэргүүцэл, ДОХ, гепатит) гэж заасан байна.

Зураг 17. Эстони Улсын “Үндэсний эрүүл мэндийн хөтөлбөр 2030” бодлогын баримт бичгийн бүтэц



Эх сурвалж: <https://www.sm.ee/media/3054/download>

Бүгд Найрамдах Солонгос Улс (БНСУ) Үндэсний эрүүл мэндийг хөхиүлэн дэмжих тухай хуулийг 1995 онд баталж, хуульд заасны дагуу Үндэсний эрүүл мэндийг дэмжих санг 1997 онд байгуулсны үндсэн дээр БНСУ-ын Засгийн газар өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, нийгмийн эрүүл мэндийг дэмжих зорилготой дунд-урт хугацааны үндэсний бодлого болох “Эрүүл мэндийн үндэсний хөтөлбөр”-ийг 2002 оноос хэрэгжүүлж эхэлсэн. Эрүүл мэндийн үндэсний хөтөлбөр (ЭМҮХ) нь 10 жилийн хугацаатай, хуульд заасны дагуу 5 жил тутамд үнэлгээ хийж, зорилго, чиглэлээ дахин тохируулан хэрэгжүүлдэг (Хүснэгт 5). 2020 оноос эхлэн гуравдугаар арван жилийн тав дахь 5 жилийн ЭМҮХ хэрэгжиж байна<sup>46</sup>. Тав дахь 5 жилийн хөтөлбөрийн хэрэгжилтэд үнэлгээ хийснээ дараа зургаа дахь 5 жилийн төлөвлөгөө 2026-2030 онд хэрэгжинэ<sup>47</sup>.

Нэгдүгээр, хоёрдугаар 5 жилүүдийн зорилго, салбар, төслийн тоо, хэмжээ, төсвийг өндөр хэмжээгээр тавьж өгсөн боловч тус 5 жилүүдийн төгсгөлд хийсэн үнэлгээний дүнд үндэслэж өөдрөгөөр төсөөлсөн, хэрэгжих боломжгүй, хэрэгжилт хангалтгүй салбар, төслийн тоог хасаж, илүү хүрч болох бодитой, үр дүнтэй зорилгыг дэвшүүлж хоёрдугаар, дөрөвдүгээр 5 жилүүдийн хөтөлбөрийг хэрэгжүүлсэн. 2010 оны ЭМҮХ ерөнхий зорилгыг “эрүүл амьдралын дундаж наслалтыг 2002 онд 66 жил байгааг 2010 онд 75.1 жил болгоно” гэж тодорхойлсон боловч хөтөлбөрийн нэгдүгээр 5 жилийн хэрэгжилтэд үнэлгээ хийсний үндсэн дээр 75.1 жилийг 72 жил гэж өөрчилсөн (Хүснэгт 5).

Хүснэгт 5. БНСУ-ын Эрүүл мэндийн үндэсний хөтөлбөрийн цагалбар

Үе шат	ЭМҮХ 2010		ЭМҮХ 2020		ЭМҮХ 2030
	1 дүгээр 5-н жил (2002-2010)	2 дугаар 5 жил (2006-2010)	3 дугаар (2011-2020) болон 4 дүгээр 5 жил (2016-2020)		5 дугаар 5 жил (2021-2030)
<b>Алсын хараа</b>	75 наснаас дээш эрүүл урт насалдаг нийгмийг бий болгох	Хүн бүр баясах эрүүл ертөнц	Бүх хүмүүс хамтдаа баясдаг эрүүл ертөнц		Хүн бүр насан туршдаа эрүүл байж сайн сайхан нийгэм
<b>Ерөнхий зорилгууд</b>	Эрүүл амьдралын дундаж наслалтыг уртасгах (2002 онд 66.0 жил → 2010 онд 75.1 жил)	Эрүүл амьдралын дундаж наслалтыг уртасгах (2005 онд 67.8 жил → 2010 онд 72.0 жил)	Эрүүл амьдралын дундаж наслалтыг уртасгах (2010 онд 71.4 жил → 2020 онд 75.0 жил)		Эрүүл амьдралын дундаж наслалтыг уртасгах, эрүүл мэндийн тэгш байдлыг хөхиүлэн дэмжих
	-	Эрүүл мэндийн эрх тэгш байдлыг сайжруулах	Эрүүл мэндийн эрх тэгш байдлыг сайжруулах		
<b>Эрүүл мэндийн тэргүүлэх шалгуурууд</b>	-	12	16	19	64
<b>Салбар/Сэдэв/Төслүүд</b>	6 салбар 39 сэдэв	4 салбар 24 сэдэв 108 төслүүд	6 салбар 32 сэдэв 140 төсөл	6 салбар 27 сэдэв 140 төсөл	6 салбар 28 сэдэв 83 төслүүд
<b>Гүйцэтгэлийн шалгуурууд</b>	40	244	405	369	400

ЭМҮХ 2030-ыг 2017-2020 онууд өмнөх төслийн үр дүн, үнэлгээ, дүн шинжилгээ, төсөл хөтөлбөрийн хэрэгжилт, НҮБ, Тогтвортой хөгжлийн зорилтууд, ДЭМБ-ын бодлогын баримт бичиг, үндэсний болон орон нутгийн төсөл, хөтөлбөр, АНУ-ын “Healthy People 2020”, Япон Улсын “Healthy Japan 2021”-д тулгуурлан боловсруулсан. БНСУ-ын Эрүүл мэнд, нийгмийн халамжийн яамны Эрүүл мэндийг хөхиүлэн дэмжих бодлогын хяналтын хороо 2020 оны 12 дугаар сард ЭМҮХ 2030-ын төслийг сайшааж, 2021 оны нэгдүгээр сард болсон

<sup>46</sup> Dong-jin Kim, Health Plan 2030 for National Health Promotion, Research in Brief, 2021-9

<sup>47</sup> Yumi Oh, The National Health Plan 2030: Its Purpose and Directions of Development, J Prev Med Public Health 2021;54:173-181

Эрүүл мэнд, Соёл, Боловсролын сайд нарын хоёрдугаар хуралдаанаар эрүүл дундаж наслалтыг нэмэгдүүлэх, эрүүл мэндийн тэгш бус байдлыг бууруулах зорилгын хүрээнд ЭМҮХ 2030-ыг баталсан<sup>48</sup>.

ЭМҮХ-ийн хамрах хүрээг тэлэх, үндэсний мастер төлөвлөгөө болгох үүднээс эрүүл мэндэд ээлтэй орчныг байгуулах, салбар хоорондын хамтын ажиллагаанд анхаарлаа хандуулан “БОДЛОГО БҮРД ЭРҮҮЛ МЭНД” хандлагыг тусгахад ЭМҮХ 2030 зорьсон байна. Өмнөх хоёр удаагийн ЭМҮХ-ийн гол зорилго нь эрүүл амьдралын дундаж наслалтыг нэмэгдүүлэхэд чиглэж байсан бол олон нийтийн зүгээс шаардах болсон эрүүл мэндийн тэгш бус байдлыг арилгахад анхаарлаа хандуулан ЭМҮХ 2030 нь эрүүл мэндийн тэгш бус байдлын зөрүүг багасгахад чиглэсэн. Урьд нь тунхаглалын шинжтэй зорилт тавьж байна гэсэн шүүмжлэл гарч байсан тул эрэгтэй, эмэгтэй хүмүүс хоорондын, бүс нутгийн болон орлогын тэгш бус байдлаас үүдэн гарах эрүүл мэндийн тэгш бус байдлын ялгааг багасгах төсөл, арга хэмжээг тухайлан заан өгч, шалгуур үзүүлэлтийг хүйсээр, бүс нутгаар, орлогын түвшнээр гарган, хүрэх үр дүнг тодорхойлсон.

ЭМҮХ 2030-ын Ерөнхий зорилгыг “Эрүүл амьдралын дундаж наслалтыг уртасгах, эрүүл мэндийн тэгш байдлыг хөхиүлэн дэмжих” гэж тодорхойлон хөтөлбөрийг 6 салбар, 28 сэдвийн хүрээнд 83 төслийг 214 арга хэмжээний дагуу хэрэгжүүлж, хэрэгжилтийг үндсэн 64, туслах 400 шалгуур үзүүлэлтээр хэмжихээр төлөвлөсөн. Мөн шалгуур үзүүлэлтийг тодорхойлохдоо тухайн өвчнөөс үүдэх эндэгдлийн эрэгтэй, эмэгтэй хүмүүсийн хүйсийн харьцуулалт, бүс нутаг хоорондын ялгаа, мөн орлогын түвшнээр харуулсан (Хүснэгт 6).

Сонирхолтой нь Эдийн засгийн хамтын ажиллагаа, хөгжлийн байгууллагын гишүүн орнуудын дунд тухайн өвчний өвчлөлт, эндэгдлээр БНСУ ямар түвшинд байгааг онцолсон<sup>49</sup> нь шинэлэг. ЭМҮХ нь сэдэвт, сэдэв нь төсөлд, төсөл нь арга хэмжээнүүдэд хуваагдах ба төслийг үндсэн шалгууруудаар, арга хэмжээг гүйцэтгэлийн шалгуураар хэмжихээр бодлогын уялдаа, холбоог ханган боловсруулсан.

ЭМҮХ-ийг Эрүүл мэндийн үндэсний сангийн орлогоос санхүүжүүлдэг. БНСУ-ын Үндэсний эрүүл мэндийг хөхиүлэн дэмжих тухай хуулийн 23 дугаар зүйлд заасны дагуу “Үндэсний эрүүл мэндийг хөхиүлэн дэмжих хураамж” буюу тамхины борлуулалтын татварын орлого болон хандивын орлогоос Эрүүл мэндийн үндэсний сангийн хөрөнгө бүрддэг. ЭМҮХ 2030-ыг хэрэгжүүлэхэд 2.5 их наяд вон төсөвлөсөн<sup>50</sup>.

Хүснэгт 6. БНСУ-ын ЭМҮХ 2030-ны салбар, сэдвүүд

1. Эрүүл амьдралын хэв маяг	2. Сэтгэцийн эрүүл мэндийн менежмент	3. Халдварт бус өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, менежмент
1. Тамхины хэрэглээ	6. Амиа хорлолт	10. Хорт хавдар
2. Согтууруулах ундааны хэрэглээ	7. Тэнэгрэл	11. Зүрх судасны өвчлөлт
3. Хоол тэжээл	8. Донтолт	12. Таргалалт
4. Идэвхтэй хөдөлгөөн	9. Нийгмийн бүлгийн сэтгэцийн эрүүл мэнд	13. Гэмтлээс сэргийлэх урьдчилан
5. Амны хөндийн эрүүл мэнд		
<b>4. Халдварт урьдчилан менежмент ба хүрээлэн буй орчны өөрчлөлтийн эрүүл мэндэд үзүүлэх нөлөө</b>	<b>5. Хүн амын бүлгийн эрүүл мэндийн менежмент</b>	<b>6. Эрүүл мэндэд ээлтэй орчныг бий болгох</b>

<sup>48</sup> Yumi Oh, The National Health Plan 2030: Its Purpose and Directions of Development, J Prev Med Public Health 2021;54:173-181

<sup>49</sup> <https://www.khepi.or.kr/healthplaneng>

<sup>50</sup> Yumi Oh, The National Health Plan 2030: Its Purpose and Directions of Development, J Prev Med Public Health 2021;54:173-181

14.Халдварт урьдчилан менежмент	өвчнөөс сэргийлэх,	17.Нялх хүүхэд 18.Хүүхэд, өсвөр насныхан 19.Эмэгтэйчүүд	24.Эрүүл мэндэд ээлтэй хууль зүйн орчныг бий болгох 25.Эрүүл мэндийн бичиг үсгийн тайлагдалт
15.Халдварт байдалд бэлтгэх, хариу үйлдэл үзүүлэх	өвчний онцгой	20.Ахмад настан 21.Хөгжлийн бэрхшээлтэй хүмүүс	26.Инновацийн мэдээллийн технологийн хэрэглээ
16.Хүрээлэн өөрчлөлтийн үзүүлэх нөлөө	буй орчны эрүүл мэндэд	22.Хөдөлмөр эрхэлж буй хүн ам 23.Цэрэг	27.Санхүүгийн менежмент, үйл ажиллагаа 28.Нөөцийг тэлэх, хангах, нийгмийн бүлгүүдэд засаглалыг бий болгох

Эх сурвалж: <https://www.khepi.or.kr/healthplaneng>

БНСУ-ын ЭМҮХ нь бусад улс орнуудын эрүүл мэндийн бодлогын баримт бичгийн адил барилга байшин, тогтолцоо, систем, санхүү, хүний нөөц зэрэг асуудлууд руу голлон анхаараагүй. Харин тухайн улсын хүн амын зонхилон өвдөж буй өвчин, зонхилон нас баралтад хүргэж буй өвчин, нийгмийн эрүүл мэнд, нийгмийн сэтгэцийн эрүүл мэнд, хүн амын бүлгийн эрүүл мэндэд голлон анхаарлаа хандуулан, тухайн өвчин, асуудлыг шийдвэрлэх арга хэмжээг тодорхойлон, арга хэмжээ бүрийн хэрэгжилтийг хэмжих шалгуур үзүүлэлтийг 2018 болон 2020 оны түвшнийг суурь түвшин болгон хүрэх зорилтод түвшнийг 2030 оноор тогтоосон.

Хүснэгт 7. БНСУ-ын ЭМҮХ 2030-ны Эрүүл амьдралын хэв маяг салбар, Тамхины хэрэглээ сэдэв, түүний төсөл, арга хэмжээ, шалгуур

Салбар	Сэдэв	Дэд зорилт	Төсөл	Арга хэмжээ	Шалгуур үзүүлэлтийн тоо
1. Эрүүл амьдралын хэв маяг	Тамхины хэрэглээ	Тамхины хэрэглээнд тавих хяналтыг чангатгаж, өсвөр насны болон залуусын тамхины хэрэглээнд хязгаарлалт хийх	Зах зээлд шинэ төрлийн янжуурын ялгаваргүй нэвтрэхэд хаалт хийх	Шинэ төрлийн тамхи зах зээлд нэвтрэхээс сэргийлэх, удирдлагаар хангах үүднээс тамхины тухай тодорхойлолтыг өргөсгөж, эрүүл мэндийг дэмжих санд төвлөрүүлэх хураамжийн хэмжээний шинэчлэлийг дэмжинэ	36
			Тамхины бүтээгдэхүүний хэрэглээг бууруулах үүднээс үнийн ба үнийн бус бодлого, зохицуулалтыг чангатгах	Тамхины борлуулалтын татварыг нэмэгдүүлж ДЭМБ-ын дунджид ойртуулна Тамхинд амт оруулахыг хориглох, никотин агуулсан янжуурыг хэрэглээг зохицуулах, тамхины хууль бус худалдаатай тэмцэх үүднээс тамхи түгээх хяналтын системийг нэвтрүүлнэ Тамхийг жижиглэн худалдааны дэлгүүрт үзүүлэнгээр тавих, сурталчлахыг хориглох, тамхины хайрцаг дээрх анхааруулга зургийн хэмжээг ихэсгэх, хайрцаг дээрээ сурталчилгааны зүйлгүй тамхины хайрцгийг нэвтрүүлэх, электрон тамхины сурталчилгааг хориглоно Тамхи, түүнийг татахад ялгардаг бодисын хэмжээг ил болгож, мэдээлнэ Тамхийг бүх байшин дотор татахыг хориглоно	
			Өсвөр насныхан, оюутнууд, цэргийн бие бүрэлдэхүүн	Тамхины хор хөнөөлийн талаар үнэн зөв мэдээллийг олон нийтийн оролцоонд тулгуурласан, туршлагажсан боловсрол олгох замаар	

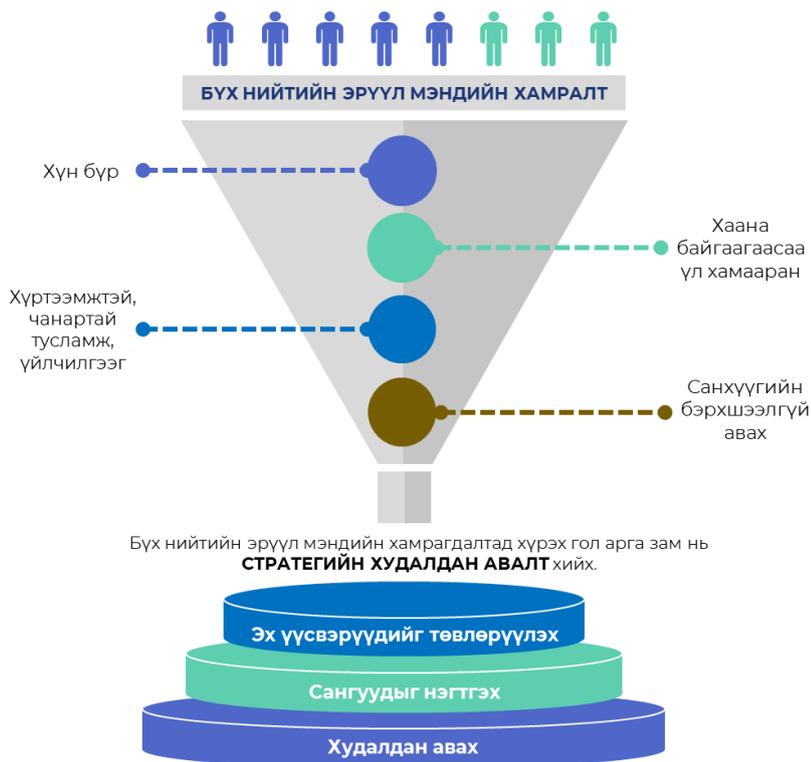
	зэрэг эрсдэл өндөр бүлгийг тамхины хэрэглээнээс урьдчилан сэргийлэх хөтөлбөрийг чангатгах,	шинээр тамхинд орогчдын тоог бууруулж, тамхи татах насыг хойшлуулна Тамхинаас гарахад дэмжлэг үзүүлэх үр ашигтай бизнесийг төгөлдөршүүлэх, эмзэг бүлгийн хүмүүст зориулсан тамхинаас гарахад дэмжлэг үзүүлэх төрөлжсөн үйлчилгээг өргөжүүлнэ
--	--	---

БНСУ-ын Эрүүл мэндийг хөхиүлэн дэмжих хүрээлэн эрүүл мэндийн талаарх бодлого боловсруулалт, түүний хэрэгжилтэд нь хяналт-шинжилгээ хийдэг. Хагас жил тутамд ЭМҮХ 2030-ны хэрэгжилтэд хяналт-шинжилгээ, үнэлгээ хийдэг байна.

### 1.1.5 Бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралт ба тэгш байдал

Эрүүл мэндийн бүх нийтийн хамралт (УНС) гэдэг нь хүн бүр хаана амьдарч байгаагаас үл хамааран өөрт шаардлагатай чанартай эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг хэрэгтэй үедээ, хэрэгтэй цагтаа санхүүгийн эрсдэлгүйгээр авах тухай юм (Зураг 18). Энэ нь эрүүл мэндийг дэмжихээс авхуулаад урьдчилан сэргийлэх, эмчлэх, нөхөн сэргээх, хөнгөвчлөх зэрэг бүх төрлийн нэн шаардлагатай эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээнд амьдралынхаа туршид тасралтгүйгээр хамрагдах тухай билээ. Эдгээр тусламж, үйлчилгээг хүргэхийн тулд эрүүл мэндийн тогтолцооны бүх түвшинд ур чадвар бүхий эрүүл мэндийн ажилтнуудыг тэгш хуваарилах, тэдгээрт хангалттай дэмжлэг үзүүлэх, чанарын баталгаатай бүтээгдэхүүн хэрэглэх боломжийг олгох, ажлын байрны зохистой нөхцөлөөр хангасан байх шаардлагатай байдаг.

Зураг 18. Бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралт



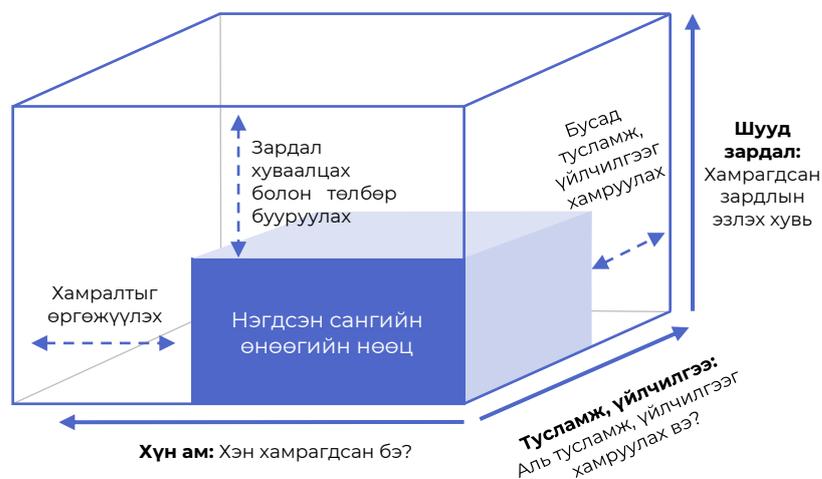
Иргэд эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний зардлыг халааснаасаа төлөх нь ядууралд хүргэх үндсэн шалтгаан болдог бөгөөд гэр бүлүүд өрхийн орлогын ихэнх хэсгийг эрүүл мэндэд зарцуулснаар бусад зайлшгүй хэрэгцээтэй зардал болох орон байр, хоол хүнсэндээ зарцуулах хөрөнгөгүй болж ядууралд өртөх мөн хадгалж хуримтлуулсан хөрөнгөө үрснээс үр хүүхдэдээ өр өвлүүлж санхүүгийн хүндрэл учруулах нөхцөл болдог нь нийгэм, эдийн засагт сөрөг нөлөө үзүүлдэг.

2015 оны Тогтвортой хөгжлийн зорилго (ТХЗ) 2030-ын хүрээнд дэлхийн улс орнууд Эрүүл мэндийн бүх нийтийн хамралтад хүрэх зорилт тавин ажиллаж байна. НҮБ-ын Ерөнхий

Ассамблейн 2019 онд болсон бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтад хүрэх дээд түвшний уулзалтаар улс орнууд эрүүл мэнд бол тогтвортой хөгжлийн нийгэм, эдийн засаг, байгаль орчны хэмжүүрүүдийн утгар нөхцөл, үр дүн гэдгийг дахин тодорхойлсон.

Гэсэн хэдий ч бүх нийтийг эрүүл мэндийн хамралтад хүрэхийн тулд улс орон бүр дор хаяж гурван хэмжүүрийн түвшинд ахиц дэвшил гаргах ёстой бөгөөд өөрийн эрүүл мэндийн тогтолцоо дахь тэргүүлэх ач холбогдол бүхий эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээгээ өргөжүүлж, илүү олон хүнд хүргэх, халаасны төлбөрийг багасгах шаардлагатай гэж үздэг<sup>51</sup>. Эдгээр гурван хэмжүүрийг санхүүжилтийн агуулгын хүрээнд “Бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралт”-ын хайрцагар тодорхойлдог (Зураг 19)<sup>52</sup>. Хайрцагт бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралт руу шилжихэд анхаарах гурван асуудлыг харуулдаг: (а) хамрагдах ёстой хүн амын эзлэх хувь, (б) үзүүлэх ёстой тусламж, үйлчилгээний хүрээ (в) хамрагдах ёстой нийт зардлын эзлэх хувь. Тодруулбал, эхний хэмжүүр нь нэгдсэн сангаас санхүүжих тусламж, үйлчилгээнд хамрагдсан хүмүүсийн эзлэх хувьтай холбоотой бол гурав дахь хэмжүүр нь нэгдсэн сангаас гарах ёстой нийт зардлын эзлэх хувийг илэрхийлдэг.

Зураг 19. Бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтад хүрэхэд анхаарч үзэх ёстой 3 хэмжүүр



Эх сурвалж: *The UHC Cube, WHO*

Бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтад хүрэхэд гарч буй ахиц дэвшлээс гол баримтууд баримтууд<sup>53</sup> дурдвал,

- Дэлхий нийтээр 2030 он гэхэд бүх нийтийг эрүүл мэндийн хамралтад хүрэх (ТХЗ 3.8 зорилт) зорилтын хэрэгжүүлэлтэд мэдэгдэхүйц ахиц дэвшил гараагүй. 2000 оноос хойш эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний зардал байнга нэмэгдэж, энэ чиг хандлага дэлхийн бүх бүс нутаг, ихэнх улс оронд ижил байна.
- Бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтын индекс 2000-2021 оны хооронд 45-аас 68 болж өссөн хэдий ч хамрах хүрээг өргөжүүлэх сүүлийн үеийн ахиц дэвшил 2015 оноос өмнөх өсөлттэй харьцуулахад удааширч, 2015-2021 оны хооронд ердөө 3 индексээр нэмэгдэж, 2019 оноос хойш өөрчлөгдөөгүй.
- Эрүүл мэндийн нэн шаардлагатай тусламж, үйлчилгээнд хамрагдаагүй хүн амын эзлэх хувь 2000-2021 оны хооронд 15 орчим хувиар буурч, 2015 оноос хойш ахиц дэвшил хамгийн бага түвшинд хүрсэн. Энэ нь 2021 онд 4.5 тэрбум орчим хүн эрүүл мэндийн зайлшгүй шаардлагатай тусламж, үйлчилгээнд бүрэн хамрагдаагүй байгааг харуулж байна.
- 2 тэрбум орчим хүн эрүүл мэндээс үүдэлтэй санхүүгийн бэрхшээлтэй тулгараад байгаа бөгөөд үүний 1 тэрбум нь халааснаасаа гаргасан эрүүл мэндийн зардлаас

<sup>51</sup> World Health Organization. Making fair choices on the path to universal health coverage. Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage, Geneva, 2014.

<sup>52</sup> WHO. The World Health Report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization; 2010.

<sup>53</sup> [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

(ТХЗ үзүүлэлт 3.8.2), 344 сая хүн эрүүл мэндийн зардлаас болж нэн ядууралд нэрвэгдэж байна.

Ковид-19 цар тахлаас өмнө бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтад хүрэх ахиц дэвшил удааширсан. 2015 он хүртэл тусламж, үйлчилгээний хамрах хүрээг тэлэх үйл явцад ахиц дэвшил гарсангүй, учир нь бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтын индекс (ТХЗ шалгуур үзүүлэлт 3.8.1) 2019 он гэхэд ердөө 3 индексээр нэмэгдэж 68 болсон бол 2021 он хүртэл энэ түвшиндээ хэвээр байсан байна. Энэ нь 2021 онд 4.5 тэрбум орчим хүн эрүүл мэндийн зайлшгүй шаардлагатай тусламж, үйлчилгээнд бүрэн хамрагдаагүй байгааг харуулж байгаа юм.

Эрүүл мэндээс үүдэлтэй иргэдийн халааснаасаа гаргадаг сүйрлийн зардлыг (ТХЗ 3.8.2) үүрч буй хүн амын эзлэх хувь 2000 онд 9.6 хувь байсан бол 2019 онд 1 тэрбум хүнээс давж 13.5 хувь болж энэхүү үзүүлэлт тогтвортой өсөж байна. Түүнчлэн 2019 онд халааснаасаа гаргасан эрүүл мэндийн зардал 344 сая хүнийг нэн ядуурал руу, 1.3 тэрбум хүнийг харьцангуй ядуурал руу түлхсэн. 2019 онд нийтдээ 2 тэрбум хүн санхүүгийн ямар нэгэн бэрхшээлийг (эрүүл мэндээс үүдэлтэй сүйрлийн зардал, ядуурал эсвэл хоёуланд нь) туулсан байна. Эрүүл мэндээс үүдэлтэй сүйрлийн зардал байнга нэмэгдэж байгаа нь бүх бүс нутаг, улс орнуудын нийгмийн бүлгүүд болон орлогоороо ялгаатай бүх түвшний улс орнуудад адилхан байгаа юм.

Тэгш бус байдал нь бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтад хүрэх үндсэн сорилт хэвээр. Улс орнуудад эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний багцыг өргөтгөх асуудал дээр үндэсний хэмжээнд ахиц дэвшил гарч байгаа хэдий ч тэгш бус байдал дагалдсаар байгааг мэдээллийн өгөгдөл харуулсаар байна. Жишээлбэл, бага орлоготой улс орнуудад нөхөн үржихүй, эх, хүүхэд, өсвөр үеийнхний эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний хамрах хүрээ нь илүү чинээлэг, боловсролтой, хотод амьдардаг, хүн амд илүү өндөр. Санхүүгийн эрсдэлийн хувьд өндөр настай (60 ба түүнээс дээш насны) гишүүн амьдардаг өрхүүд халааснаасаа эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээнд маш өндөр зардал төлж байгаа эрүүл мэндээс үүдэлтэй сүйрлийн зардалд хүргэж байна.

Ядуу, хөдөө орон нутагт амьдардаг, ахмад настантай өрхүүд (60 ба түүнээс дээш насны) эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний зардлаас болж ядууралд орох магадлал өндөр байдаг. Шийдвэр гаргагчдад бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтад хүрэх зорилтыг үе шаттайгаар хэрэгжүүлэхэд чиглэсэн тэгш байдалд суурилсан бодлого, хөтөлбөрийг боловсруулахад шаардагдах нотлох баримтаар хангахын тулд эрүүл мэндийн тэгш бус байдалд үргэлж дүн шинжилгээ хийж байх нь ядуу хүн амд хэрхэн нөлөөлж байгааг тодорхойлоход чухал ач холбогдолтой юм. Мөн жендерийн тэгш бус байдал, нийгэм-эдийн засгийн тэгш бус байдал, байгаль орчны гамшгийн улмаас хөдөө орон нутгаас шилжигсдэд тулгарч буй тодорхой сорилтуудын талаарх илүү сайн нотолгоотой мэдээлэл шаардлагатай байсаар байна.

Ковид-19 цар тахлын үеэр дэлхийн улс орнуудын 92 хувьд зайлшгүй шаардлагатай эрүүл мэндийн үндсэн тусламж, үйлчилгээ алдагдсан. 2022 онд энэхүү байдал хадгалагдсаар байсан бөгөөд дэлхийн улс орнуудын 84 хувьд энэхүү нөхцөл байдал хэвээр байсан байна. 2021 онд 5 хүртэлх насны 25 сая хүүхэд товлот дархлаажуулалтад хамрагдаж чадаагүй. Ялангуяа Ковид-19 халдварын вакцинжуулалтын хүртээмжийн тухайд улс орнуудын эрс ялгаатай байсан бөгөөд 2023 оны 6 дугаар сарын байдлаар бага орлоготой улс орнуудын хүн амын дөнгөж 34 хувь вакцинжуулалтад хамрагдсан байсан бол өндөр хөгжилтэй улс орнуудын хүн амын 73 хувь хамрагдсан байсан нь тэгш бус байдлын нэг тод илрэл юм. Ялангуяа яаралтай, мэс заслын, эрчимт эмчилгээний тусламж, үйлчилгээнд тасалдал үүссэнээр эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний үр дүнд нөлөөлөх сөрөг үр дагаварт хүргэсэн.

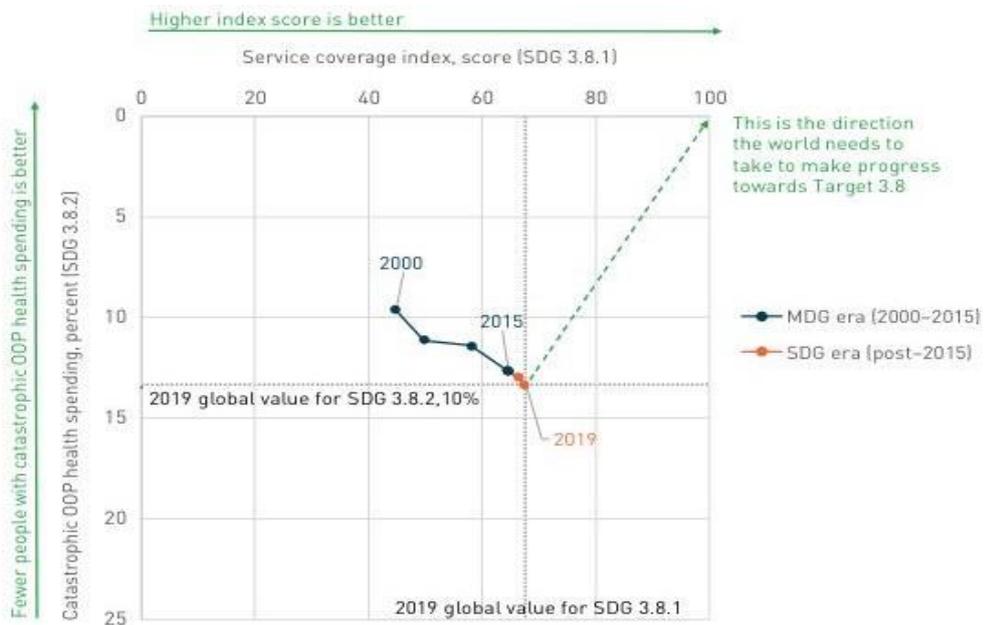
Иймд бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтад хүрэх үндсэн арга зам нь анхан шатны эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг бэхжүүлэх явдал гэж ДЭМБ-аас зөвлөдөг. Хүмүүсийн бие сэтгэлийн эрүүл мэндийг хангах, сайн сайхан байлгахад чиглэсэн хамгийн хүртээмжтэй, тэгш байдлыг хангасан, зардал багатай, үр ашигтай арга бол анхан шатны эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ юм. Энэ нь хүмүүсийн амьдарч буй орчинд нь хамгийн ойр эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг хүртэх боломжийг олгодог бөгөөд хүмүүсийн эрүүл мэндийг сайжруулахад шаардлагатай бүх төрлийн чанартай тусламж, үйлчилгээг санхүүгийн эрсдэлгүйгээр авахад чиглэгддэг. Эрүүл мэндийн зардлын хувьд ихээхэн үр

ашигтай байх боломжтой бөгөөд бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтад хүрэх гол арга хэмжээний ихэнхийг (90 хувь) анхан шатны эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээгээр дамжуулан хэрэгжүүлэх боломжтой. 2030 он гэхэд 60 сая гаруй хүний амь насыг аврах, дэлхийн дундаж наслалтыг 3.7 жилээр нэмэгдүүлэх зэрэг ТХЗ-д хүрэхээр төлөвлөж буй эрүүл мэндийн ололт амжилтын 75 орчим хувийг эрүүл мэндийн анхан шатны тусламж, үйлчилгээгээр дамжуулан хэрэгжүүлэх боломжтой. Эрүүл мэндийн анхан шатны тусламж, үйлчилгээнд суурилсан эрүүл мэндийн тогтолцоог бэхжүүлэх нь улс орнуудын эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийг хэмжих гол үндсэн хэмжүүр юм.

Бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтыг хэмжих нь маш чухал. Энэ нь хүн бүр хаана амьдарч байгаагаасаа үл хамааран өөрт хэрэгтэй чанартай эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг хэрэгтэй үедээ, хэрэгтэй цагт нь санхүүгийн эрсдэлгүйгээр авах боломжийг хэмждэг. Бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтыг хоёр шалгуур үзүүлэлтээр үнэлдэг (Зураг 20):

- Эрүүл мэндийн зайлшгүй шаардлагатай тусламж, үйлчилгээний хамрах хүрээ (ТХЗ 3.8.1);
- Эрүүл мэндээс үүдэлтэй сүйрлийн зардал (болон холбогдох үзүүлэлтүүд) (ТХЗ 3.8.2).

Зураг 20. Бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтын индекс (SDG 3.8.1) болон эрүүл мэндийн халаасны зардлын тооцоо (SDG 3.8.2, 10 хувийн босго), 2000–2019 он<sup>54</sup>



Эх сурвалж: Estimates of UHC service coverage index (SDG 3.8.1) and catastrophic out-of-pocket health spending (SDG 3.8.2, 10% threshold), 2000–2019

2024 оны 5 дугаар сард болсон Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Ассамблейн (ДЭМБ) 77 дугаар чуулганы хэлэлцэх хамгийн чухал асуудал нь бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтад хүрэх, эрүүл мэнд ба сайн сайхан байдалд нийгмийн оролцооны тухай тогтоол батлах тухай байсан<sup>55</sup>. “Хүн-төвтэй” эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг хүргэх, хүн амын болон нийгмийн бүлгүүд болон ялангуяа эмзэг бүлгийн гадуурхагдсан нөхцөлд байгаа хүмүүсийн эрэлт хэрэгцээнд суурилсан эрх тэгш, хариуцлагатай эрүүл мэндийн тогтолцоог бий болгоход олон нийтийн оролцоо чухал гэдгийг онцолж олон нийтийн оролцоог дэмжсэн эрүүл мэндийн засаглал нь хүн амын эрүүл мэндийн бодлогод итгэх итгэлийг бий болгох үндэс суурийг бүрдүүлэх улс төрийн ач холбогдолтой бөгөөд Ковид-19 цар тахлын дараах тогтолцооны сайн үр дүнд хүрэхэд шаардлагатай хүчин зүйл юм гэж тодорхойлсон.

Хэдийгээр улс орнуудын Засгийн газар хүмүүсийн эрүүл мэндийг сайжруулах үндсэн үүрэг хүлээдэг ч нийгмийн оролцоо, дэмжлэггүйгээр дангаараа хүн бүрийн эрүүл

<sup>54</sup> Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report. Geneva: World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2023.

<sup>55</sup> [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB154/B154\\_CONF10-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB154/B154_CONF10-en.pdf)

мэндийг сайжруулах зорилгод хүрэх боломжгүй юм. Нийгмийг бүхлээр нь оролцуулах хандлагыг нэвтрүүлэх, олон талын хамтын ажиллагааг дэмжих нь эрүүл мэндийн тогтолцоог бэхжүүлэх, бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтад хүрэх хүчин чармайлтыг хариуцлагатай болгож, хууль ёсны болгодог. Ийм ч учраас 2023 оны 9 дүгээр сард НҮБ-ын Дээд түвшний уулзалтаар батлагдсан "Бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтад хүрэх тухай улс төрийн тунхаглал"-д шийдвэр гаргах үйл явцад нийгмийн бүх төлөөллийн оролцоог хангах, бүх оролцогч талуудын оролцоог дэмжих тухай тусгасан нь онцгой үйл явдал болсон бөгөөд анхан шатны эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг бэхжүүлэх замаар эрүүл мэндийн тогтолцоог илүү хариуцлагатай болгох улс төрийн алхмуудыг бодит болгох цаг ирсэн гэдгийг энэхүү Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Ассамблейн (ДЭМБ) 77 дугаар чуулганаас онцолж улс орнуудын эрүүл мэндийн манлайлагч нарт уриалж дараах тогтоолыг баталсан. Үүнд:

- Нийгмийн оролцоог хангах үйл явцыг бий болгоход чиглэсэн төрийн салбарын чадавхыг бэхжүүлэх;
- Шударга, олон талт, хүртээмжтэй оролцоог хангах, ялангуяа эмзэг болон/эсвэл гадуурхагдсан хүмүүсийг хамгаалахад онцгой анхаарал хандуулах;
- Улс төрийн бодлогын мөчлөгийн туршид, тогтолцооны бүх түвшинд эрүүл мэндийн талаар гаргаж буй шийдвэр ил тод, олон нийтийн оролцоог хангана гэдгийг баталгаажуулах;
- Төрийн бодлого, хууль тогтоомжийн хүрээний олон төрлийн механизмыг ашиглан нийгмийн ил тод, тогтмол оролцоог хангах;
- Олон нийтийн үр дүнтэй оролцоог хангах төрийн салбарын хангалттай, тогтвортой нөөцийг хуваарилах;
- Нийгмийн олон талт, тэгш, ил тод, хүртээмжтэй оролцоог хангах иргэний нийгмийн чадавхыг бэхжүүлэхэд хувь нэмэр оруулах;
- Нийгмийн оролцоог хангах үйл ажиллагааг хэрэгжүүлэхэд дэмжлэг үзүүлэх зорилгоор холбогдох судалгаа, туршилтын төсөл/хөтөлбөр, түүнчлэн тэдгээрийн хяналт-шинжилгээ, үнэлгээг дэмжих.

### 1.1.6 Эрүүл мэндийн санхүүжилт

Бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтад (УНС) хүрэх ахиц дэвшлийг хурдасгахад чиглэсэн эрүүл мэндийн санхүүжилтийн шинэчлэл нь өргөн утгатай гурван зарчмыг баримталдаг. Нэгдүгээрт, төсвийн буюу хуульд заавал санхүүжүүлэхээр заасан эх үүсвэрээр сангийн дийлэнх хэсгийг бүрдүүлэх. Хоёрдугаарт, эдгээр сангуудыг дахин хуваарилах, чадавхыг нэмэгдүүлэхийн тулд сангуудын хуваагдлыг багасгах аль болох нэгтгэх шаардлагатай. Гуравдугаарт, санхүүжилтийн хөшүүргийг санхүүжүүлэхээр амласан эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээтэй уялдуулах зорилготой стратегийн худалдан авалтад шилжих явдал юм.

Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцоог эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний загварын нэрээр ихэнхдээ ангилдаг (Тухайлбал, Беверидж<sup>56</sup>, Бисмарк<sup>57</sup>, Семашко<sup>58</sup>). Ингэж нэрлэх нь улс төрийн чухал утгыг илэрхийлдэг бөгөөд тухайн улс орны эрүүл мэндийн тогтолцооны уламжлал, соёлын агуулгыг тусгасан байдаг (Saltman and Dubois 2004). Жишээлбэл, шилжилтийн үеийн олон оронд санхүүжилтийн шинэчлэлийг "даатгалын тогтолцоо"-ны өөрчлөлт гэж тэмдэглэж, өмнөх шаталсан хяналттай эрүүл мэндийн тогтолцоо, эдийн засагт гарсан өөрчлөлт гэсэн агуулгыг дамжуулахад ашигладаг байв. Ийнхүү эрүүл мэндийн санхүүжилтийн бодлогын үүднээс илүү нарийвчилсан байдлаар авч үзвэл эдгээр ангилал нь одоо байгаа тогтолцоог ойлгох, шинэчлэлийг үнэлэх, эрүүл мэндийн салбарын шинэчлэлийн шинэ санааг туршихад тийм ч чухал биш юм. Загваруудыг голчлон гаргаж буй хөрөнгийн эх үүсвэрээр нь (жишээ нь цалинд ноогдох татварын орлогоос бүрдэх татвар) тодорхойлдог боловч улс орнууд эх үүсвэрээ өөрчлөхгүйгээр санхүүгийн тогтолцоондоо томоохон шинэчлэл хийх (хийж байгаа) боломжтой гэдгийг хүлээн зөвшөөрч байна.

<sup>56</sup> Health Care Systems - Four Basic Models | Physicians for a National Health Program

<sup>57</sup> Health Care Systems - Four Basic Models | Physicians for a National Health Program

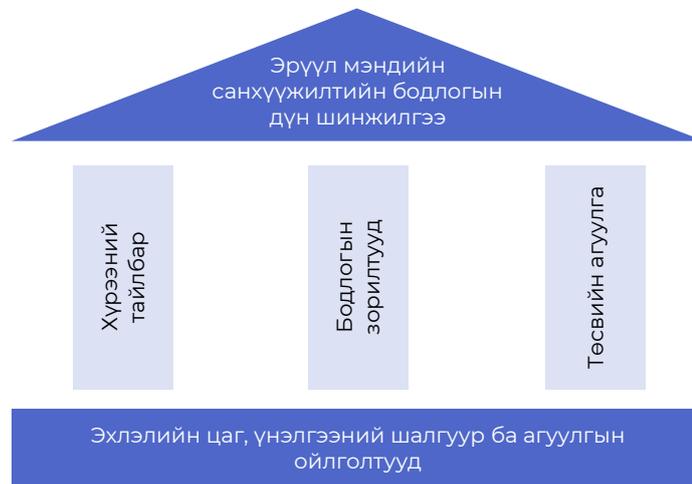
<sup>58</sup> Rocky road from the Semashko to a new health model, Bull World Health Organ 2013;91:320–321 | doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.030513>

Агуулгын хувьд хөрөнгийн эх үүсвэр нь тухайн салбарын зохион байгуулалт, нөөцийг хуваарилах механизм, тусламж, үйлчилгээнд хамрагдах эсэхийг тодорхойлох ёсгүй юм. Иймээс "татвараас санхүүждэг тогтолцоо" эсвэл "нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоо" гэх мэт нэр шошго нь бодлогын том агуулгын хувьд зохимжгүй төдийгүй эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцооны талаарх ийм үзэл санаа нь эрүүл мэндийн тогтолцоо, хүн амын эрүүл мэндэд үзүүлэх нөлөөлөлд төвлөрөхөөс илүүтэйгээр ямар ч хамаагүй амжилт олох эсвэл бүтэлгүйтлээс айхад анхаарлаа төвлөрүүлснээр эрүүл мэндийн санхүүжилтийн бодлогын боломжит хувилбаруудыг авч үзэхийг хязгаарладаг гэж үздэг (Kutzin 2001).

Иймд улс орон бүр эрүүл мэндийн санхүүжилтийн шинэчлэлийг хэрэгжүүлсэн туршлагаасаа сургамж авах зорилгоор хэрхэн хэрэгжүүлсэн үйл явцдаа дүн шинжилгээ хийхдээ тогтолцооны агуулгаар нь авч үзэх шаардлагатай болсон.

Эхнийх нь агуулгынх нь хувьд хандсан хандлагад суурилсан арга: (1) бодлогын тодорхой зорилтуудыг нийтлэг байдлаар нь нэгтгэж үнэлгээний шалгуур болгох; (2) эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцоо, шинэчлэлийг тайлбарлах чиг үүрэгт суурилсан хүрээг суурь болгох; (3) шинэчлэлийн тодорхой хувилбарууд болон тэдгээрийн үр дүнгийн үр дагавартай холбоотой нөхцөл байдлын гол хүчин зүйлсийг тодорхойлж, дүн шинжилгээ хийх. Энэхүү арга<sup>59</sup> нь (Зураг 21) 3-н зарчмаас бүрддэг.

Зураг 21. Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн бодлогын дүн шинжилгээний үндсэн гурван зарчим

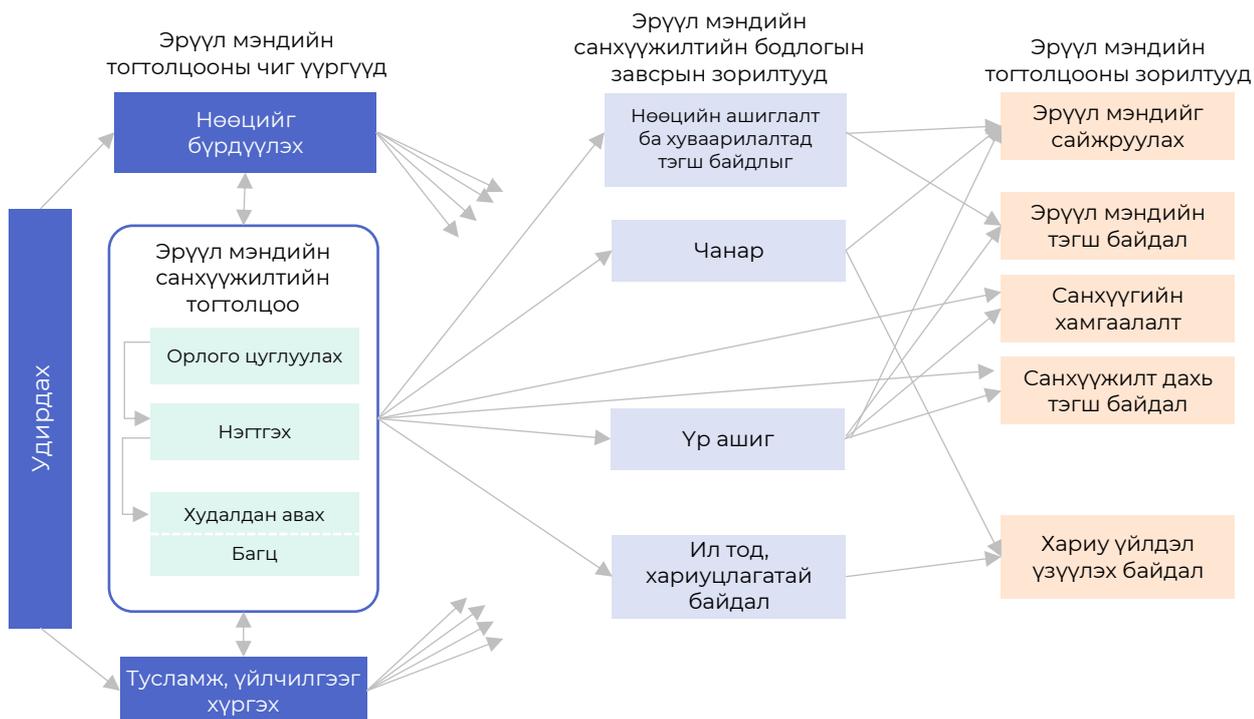


Эх сурвалж: Adapted from Kutzin 2008

2 дахь нь эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцоотой холбоотой чиг үүрэг, бодлогыг тайлбарлах стандарт арга юм (adapted from Kutzin 2001). Дэлхийн эрүүл мэндийн 2000 оны тайланд эрүүл мэндийн санхүүжилтийг эрүүл мэндийн тогтолцооны дөрвөн чиг үүргийн нэг гэж тодорхойлсон бөгөөд эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцоо нь тодорхой дэд чиг үүрэг, ба бодлогууд – орлого цуглуулах, сан бүрдүүлэх, тусламж, үйлчилгээ худалдан авах ба тусламж, үйлчилгээ авах эрхийг тодорхойлох, зохицуулах бодлого (ихэнхдээ өвчтөний зардал хуваалцах үүргээр дамжуулан) гэсэн хэсгээс бүрддэг. Үүнийг эрүүл мэндийн санхүүжилтийн шинэчлэлийн эхлэлийн цэг буюу "эхлэх цэг", мөн улс орнуудын эрүүл мэндийн тогтолцоондоо хэрэглэж байсан загваруудаас (жишээ нь, Беверидж, Бисмарк) үл хамааран тэдний тууштай хэрэгжүүлсэн янз бүрийн шинэчлэлийг тайлбарлаж, дүн шинжилгээ хийхэд ашигладаг. Санхүүжилтийн эрүүл мэндийн тогтолцооны бусад чиг үүрэг, эрүүл мэндийн санхүүжилтийн бодлогын зорилго, мөн эрүүл мэндийн тогтолцооны эцсийн зорилтуудын хоорондын харилцан хамаарлыг (Зураг 22)-д үзүүлэв.

<sup>59</sup> Adapted from Kutzin 2008.

Зураг 22. Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцоо ба бодлогын зорилго, эрүүл мэндийн тогтолцооны бусад чиг үүрэг хоорондын уялдаа холбоо



Эх сурвалж: Adapted from Kutzin 2001

Гурав дахь нь тухайн улсын бодлогын зорилгодоо хүрэх боломжийг хязгаарлаж байгаа мөн шинэчлэлийн тодорхой хувилбаруудын хэрэгжүүлэлтэд мэдэгдэхүйц нөлөөлөл үзүүлэх нөхцөл байдлын гол хүчин зүйлсэд дүн шинжилгээ хийх ба хүлээн зөвшөөрөх аргаас бүрдэнэ. Эдгээрээс хамгийн чухал нь төсвийн нөхцөл байдал юм. Энэ нь засгийн газрын татвар болон бусад төсвийн орлогыг төвлөрүүлэх чадамж, эдгээр орлогыг улсын нийт зарлагатай тэнцвэржүүлэх шаардлагатай байгааг харуулдаг.

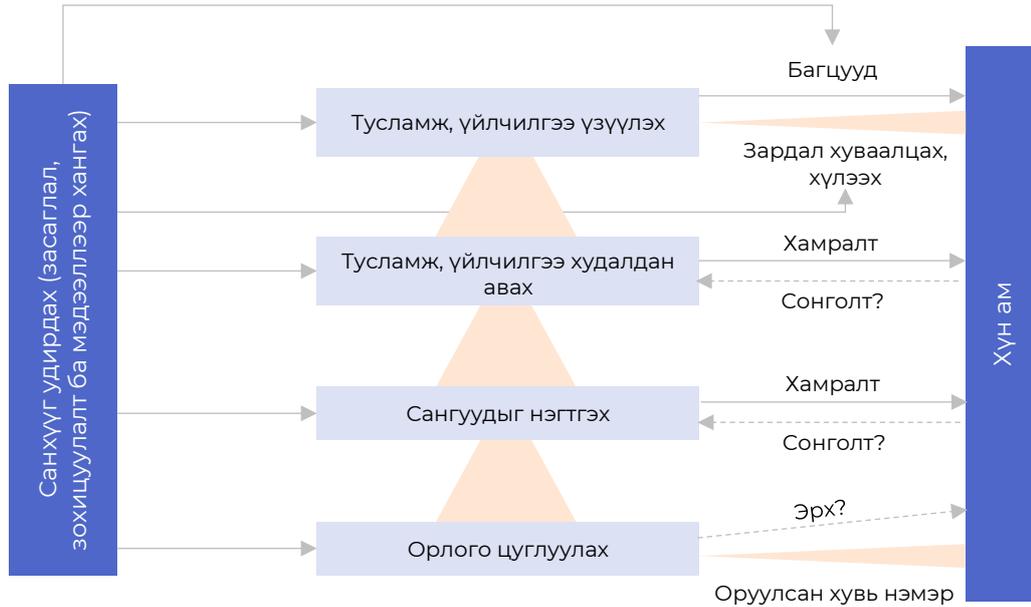
Шилжилтийн эдийн засагтай орнуудын дунд төсвийн нөхцөл байдлын хувьд асар ялгаатай байдал байдаг бөгөөд энэ нь санхүүгийн хамгаалалт, санхүүжилтийн тэгш байдал, ашиглалтын тэгш байдал зэрэг гол зорилтуудыг хэрхэн биелүүлж байгаагаар илэрдэг. Үүний учир шалтгаан нь засгийн газраас санхүүждэг тогтолцоонууд нь эдгээр зорилгодоо илүү хялбар хүрэх хандлагатай байдаг бөгөөд засгийн газар хэдий чинээ их мөнгөтэй байна, тэр хэмжээгээр эрүүл мэндийн салбарт илүү их зарцуулдаг. Иймд төсвийн тогтвортой байдлын үзэл баримтлал нь бодлогын зорилго биш, харин эрүүл мэндийн тогтолцоонд тулгарч буй төсвийн хязгаарлалттай тэнцэх зүйл юм. Иймд, ялангуяа санхүүгийн тэс өөр нөхцөл байдалтай улс орнуудыг харьцуулахдаа эрүүл мэндийн санхүүжилтийн шинэчлэлийн үр нөлөөг үнэлэхдээ эрүүл мэндийн санхүүжилтийн бодлогын зорилтод хүрэхийн тулд төсвийн тогтвортой байдлын шаардлагыг хэр хангаснаар нь харьцуулж үнэлэх шаардлагатай байдаг<sup>60</sup>. Хэдийгээр эрүүл мэндийн тогтолцоог алдагдалд оруулахгүйн тулд илт тодорхой болон далд зохицуулалтыг хийх ёстой байдаг ч энэ нь эргээд эрүүл мэндийн санхүүжилтийн бодлогын зорилтыг алдагдуулах эрсдэл болдог гэдгийг анхаарах шаардлагатай юм. Төсвийн орчин хязгаарлагдмал байх тусам дээрх тогтвортой хөгжлийг бий болгох орчны нөхцөл байдал улам хүндэрдэг.

Иймд улс оронд хэрэгжүүлсэн эрүүл мэндийн санхүүжилтийн янз бүрийн тогтолцоо, шинэчлэлийг тодорхойлохдоо эрүүл мэндийн санхүүжилтийн бодлого ба дэд чиг үүрэг (Зураг 23)-д дүрсэлснээр: орлого цуглуулах, нэгтгэх, худалдан авах, багцын бодлого, мөн тэдний эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх болон "санхүүг удирдах" чиг үүрэг нь

<sup>60</sup> Chawla M (2006). Controlling health expenditures. In: Laursen T, ed. Current issues in fiscal reform in central Europe and the Baltic states 2005. Washington, DC, World Bank:99–134.

хүн ам болон эрүүл мэндийн тогтолцооны чиг үүрэгтэй хэрхэн холбогдож байгааг нарийвчлан тусгасан хүрээгээр тодорхойлогдоно<sup>61</sup>.

Зураг 23. Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн засаглалыг ойлгох үзэл баримтлалын хүрээ



Эх сурвалж: *European Observatory on Health Systems and Policies*

Энэхүү концепц нь санхүүжилтийн дэд чиг үүргийг хэрэгжүүлдэг агентлагуудын засаглал мөн тогтолцоог илүү сайн үр дүнд хүргэх мэдээллээр хангах механизмаар хэрэгждэг. Энэ утгаараа санхүүгийн дэд чиг үүрэг бүрийг нийгэмд хүсэн хүлээсэн үр дүнд (өөрөөр хэлбэл бодлогын зорилтууд) нийцүүлэхийн тулд засаглал, зохицуулалт, мэдээлэл шаардлагатай зах зээл гэж үздэг. Энэхүү хүрээнд авч үзсэн агуулга нь эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцоог цогцоор нь авч үзэхэд түлхэц болж, шинэчлэлийг тодорхой арга хэрэгсэл рүү явцуу чиглүүлэхээс илүүтэйгээр тогтолцооны өөр өөр хэсгүүдийн хоорондын харилцан үйлчлэлд анхаарлаа хандуулдгаараа давуу юм. Беверидж, Бисмарк, Семашко эсвэл тэдгээрийг хольсон хувилбараас үл хамааран дээр дүрсэлсэн дэд чиг үүрэг, бодлого, харилцан үйлчлэл бүх загварт нийтлэг байдаг (зарим дээр нь илт харагдахгүй байсан ч). Аливаа улс орны эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцоог ойлгох, эрүүл мэндийн бодлогын зорилтуудыг хангах үүднээс тогтолцооны үр нөлөөг үнэлэхтэй хослуулан шинэчлэлийг нарийвчлан тайлбарлах, үнэлэхэд зураг дээрх "хайрцаг ба сум" бүрийн талаарх нарийвчилсан мэдлэг шаардлагатай болдог.

### 1.1.6.1 Эх үүсвэрүүдийг нэгтгэх, нэг худалдан авагчийн тогтолцоо

Эх үүсвэрийг нэгтгэх нь эрүүл мэндийн санхүүжилтийн бодлогын үндсэн чиг үүрэг юм. Нэгтгэх зорилго нь хүн амын дундах санхүүгийн эрсдэлийг хуваарилж, хэн ч эрүүл мэндээс нь үүдэлтэй санхүүгийн хүнд нөхцөлд орохгүй байх явдал. Эх үүсвэр хуваагдмал тохиолдолд энэ нь урьдчилан төлсөн мөнгийг дахин хуваарилах хэмжээ болон эрүүл мэндтэй холбоотой санхүүгийн эрсдэлд хязгаарлалт бий болгож энэхүү байдал нь эрүүл мэндийн тогтолцооны үр ашиггүй байдлын шалтгаан болдог.

ДЭМБ-аас эрүүл мэндийн санхүүжилтийн бодлого, тэр дундаа эх үүсвэрийг нэгтгэх чиглэлээр дараах зөвлөмжийг өгдөг: Урьдчилан төлсөн төлбөрөөс бүрдсэн сангийн нөөцийн түвшин ямар байхаас үл хамааран бүх нийтийг эрүүл мэндийн хамралтад хүрэхэд ахиц дэвшил гаргахын тулд дараах зарчмуудыг баримтлахыг уриалдаг<sup>62</sup>. Үүнд:

- a) олон жижиг сангуудыг аль болох нэгтгэж томруулах;
- b) сангаас аль болох олон төрлийн эрсдэлүүдийг хуваалцах;
- c) сайн дурын сангаас илүүтэйгээр албан журмын сантай байх.

<sup>61</sup> Implementing Health Financing Reform Lessons from countries in transition Edited by Joseph Kutzin, Cheryl Cashin, Melitta Jakab, World Health Organization 2010, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies

<sup>62</sup> Adapted WHO, 2024

Эх үүсвэрийг нэгтгэх нь бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтад хүрэх чухал хүчин зүйл бөгөөд хэн ч төлбөрийн чадваргүйгээсээ болж хэрэгцээтэй тусламж, үйлчилгээ хүртэж чадахгүй байж болохгүй. Иймд эрсдэлийг хуваалцахын тулд сангуудыг нэгтгэж чадамжийг нь сайжруулах дараах арга замууд их чухал: энэ нь тухайн санд хамрагдах даатгуулагчийн тоог нэмэгдүүлэх, сангийн өөрийн хэмжээг нэмэгдүүлэх, хуваагдмал жижиг сангуудыг нэгтгэх буюу татаас олгох, эсвэл албан журмын даатгалын шимтгэлийн хэмжээг нэмэгдүүлэх гэх мэт юм<sup>63</sup>.

Эх үүсвэрийн хуваагдмал байдал нь бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтад хүрэхэд учирдаг нэг том саад бэрхшээл. Эх үүсвэрийн хуваагдмал байдал нь дараах хэлбэрүүдтэй байдаг ба үүнээс аль болохоор зайлсхийх хэрэгтэй<sup>64</sup>:

- Газарзүйн байршлаар нь тогтоосон жижиг сангууд;
- Төвлөрсөн бус, орон нутгийн босоо удирдлагатай эрүүл мэндийн даатгалын байгууллагууд;
- Эрүүл мэндийн яам, орон нутгийн засаг захиргаа, эрүүл мэндийн даатгалын сангууд гэх мэт өөр өөр санхүүжилтийн байгууллагууд дунд хүн ам, тусламж, үйлчилгээ хүргэх чиг үүрэг давхцаж, ямар нэгэн зохицуулалтгүй байх;
- Тодорхой нэг өвчинд суурилсан хөтөлбөрүүд, гадна сангуудаас санхүүждэг хөтөлбөрүүд.

Иймд аливаа нэгтгэсэн сангийн бүтцийг (архитектур) сайжруулахын тулд сангийн загварыг сайтар тодорхойлж, зохицуулалтын механизмуудыг маш сайн боловсруулах, уялдуулах, нөөцийг сайн ашиглахын тулд шударга, тогтвортой, үр дүнтэй хуваарилах зарчмаар үр ашигтай байлгах нь чухал юм.

Нэгтгэсэн сангаас эх үүсвэрийг шударга, үр дүнтэй хуваарилах асуудал нь ёс суртахууны үнэлэмжийн хувьд нийгмийн бүлгүүдийн хоорондын маргааныг дагуулдаг. Өөрөөр хэлбэл хэн нэгний эрүүл мэндийн нөхцөл байдлаас үүдэн өндөр зардал гаргахыг шаардаж, тохиолдолд түүнд санхүүгийн чадвар байхгүй тохиолдолд иргэн халаасны өндөр төлбөр төлнө. Хэрэв түүнд санхүүгийн чадамж байхгүй бол эрүүл мэндээ эрсдэлд оруулахаас өөр аргагүй болдог. Энэхүү ёс суртахууны үнэлэмжийн зөрчилдөөнийг багасгах аргууд байдаг: зарим эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээнд хамтын төлбөр тогтоох замаар эрүүл мэнддээ хариуцлагатай хандах хөшүүргийг бий болгох, хүмүүсийн эрүүл байх зан үйлийг дэмжсэн янз бүрийн урамшууллын механизмууд эсвэл эрүүл мэндээ санаатай хохироосон тохиолдолд төлбөрийн хариуцлага ногдуулах, мөн эрүүл мэндэд хор хөнөөлтэй зан үйлийн талаарх мэдээллээр олон нийтийг хангах гэх мэт.

Мөн нэгтгэсэн сангийн эх үүсвэр нь хүн амыг эрүүл мэндээс нь үүдэлтэй санхүүгийн эрсдэлээс бүрэн хуваалцахад хүрэлцэхүйц нөөцтэй юу гэдэг асуудал нь хамгийн чухал хүчин зүйл нь юм. Энэхүү чадамжийн үнэлгээг актуар тооцооллоор хийдэг бөгөөд энэ нь эрсдэл, тодорхойгүй байдлыг хэмжих, удирдахад оролцдог бизнесийн аргачлал юм. Актуарчид математик, статистик, эдийн засаг, санхүүгийн мэдлэгээ ашиглан нас баралт, гэмтэл, өвчин эмгэг, байгалийн гамшиг зэрэг үйл явдлын магадлал, хүлээгдэж буй зардлыг тооцдог. Актуарын мэргэжилтэн харьцангуй ховор боловч эх үүсвэрийг нэгтгэж сангийн чадамжийг тодорхойлоход зайлшгүй шаардлагатай юм.

Эх үүсвэрүүдийг нэгтгэх нь хувь хүн болон өрхийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээнд төлөх санхүүгийн ачааллыг бууруулахад туслах замаар эдийн засагт эерэг нөлөө үзүүлдэг. Энэ нь эргээд өрхийн бусад бараа, үйлчилгээндээ зарцуулж болох мөнгийг чөлөөлж, эдийн засгийн өсөлтийг өдөөж өгдөг. Мөн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний хүртээмжийг сайжруулснаар эрүүл мэндийн сайн үр дүн гарах болон бүтээмжийг дээшлүүлэхэд хүргэдэг.

Эцэст нь эх үүсвэрүүдийг нэгтгэх нь тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгчдэд судалгаа, хөгжилд хөрөнгө оруулалт хийх замаар тусламж, үйлчилгээний чанараа сайжруулах хөшүүрэг болдог байна.

Ийнхүү эх үүсвэрүүдийг нэгтгэн нэгдсэн сангаас зөвхөн нэг байгууллага ихэвчлэн засгийн газар эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг нийт хүн амын өмнөөс худалдан авахыг нэг

<sup>63</sup> Pooling financial resources for universal health coverage: options for reform, Inke Mathauer, Lluís Vinyals Torres, Joseph Kutzin, Melitta Jakabc, Kara Hansond, Bull World Health Organ 2020;98:132–139

<sup>64</sup> Adapted WHO, 2024

худалдан авагчийн санхүүжилтийн тогтолцоо гэж нэрлэдэг. Нэг худалдан авагчийн тогтолцоо нь орлого бүрдүүлэлтийн үр ашиг, нийт зардлын хяналт, бага орлоготой хүмүүсийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээнд татаас өгөх чадвараараа олон худалдан авагчийн тогтолцооноос давуу талтай<sup>65</sup>.

Улс орнууд эрүүл мэндийн санхүүжилтийн дараах бодлогын зорилтын хүрээнд: сангийн эх үүсвэрийн тэгш шударга хуваарилалт, нөөцийн үр ашигтай ашиглалт, сангийн үр ашигтай байдал, нийгмийн эв санааны зарчим, санхүүгийн эрсдэлийг хуваалцах байдал зэргээс хамааран худалдан авагчийн янз бүрийн тогтолцоотой байна (Хүснэгт 8).

Хүснэгт 8. Худалдан авагчийн тогтолцооны төрлүүд, эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгчийн засаглал: улс орнуудын харьцуулалт

Улсууд	Худалдан авагчийн тогтолцооны төрөл	Тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгчийн засаглал, өмчийн хэлбэр
<b>Франц</b>	Нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоо, олон худалдан авагч	Бие даасан төрийн болон хувийн
<b>Австри</b>	Нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоо, нэг худалдан авагч	Бие даасан төрийн болон хувийн
<b>Япон</b>	Үндэсний эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоо, олон худалдан авагч	84 хувь нь хувийнх
<b>Нидерланд</b>	Нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоо, олон худалдан авагч	Бие даасан төрийн болон хувийн
<b>Их Британи</b>	Улсын төсөв, нэг худалдан авагч	Хувийн
<b>Бельги</b>	Нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоо, нэг худалдан авагч	Бие даасан төрийн болон хувийн
<b>Герман</b>	Нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоо, нэг худалдан авагч	Бие даасан төрийн болон хувийн
<b>АНУ</b>	Хувийн даатгалын тогтолцоо, төрөөс санхүүждэг зарим сан (Medicaid and Medicare), салангид олон худалдан авагч	Хувийн
<b>Тайланд</b>	Үндэсний эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоо, нэг худалдан авагч	Хувийн
<b>Филиппин</b>	Үндэсний эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоо, нэг худалдан авагч	Хувийн
<b>БНХАУ</b>	Салангид 3 эх үүсвэр /нэгтгэж байгаа/-ээс санхүүждэг	Бие даасан төрийн болон хувийн
<b>Монгол</b>	Улсын төсөв, эрүүл мэндийн даатгалын нэгдсэн сан, нэг худалдан авагч	Хагас бие даасан төрийн, төрийн болон хувийн
<b>Вьетнам</b>	Нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоо, нэг худалдан авагч	Бие даасан төрийн болон хувийн

Нэг худалдан авагчийн тогтолцоонд зөвхөн нэг худалдан авагч нь худалдан авах илүү хүчтэй байр суурьтай байдаг. Энэхүү эрх мэдэл нь олон худалдан авагчийн тогтолцоонд боломжгүй бөгөөд дараах давуу талуудтай: нэг иргэнээр тооцсон төлбөрийн арга тогтоох, төлбөрийн хувь хэмжээг шууд тогтоох зэрэг юм. Жишээ нь нэг худалдан авагч нь эмнэлгүүдтэй төлбөрийн хэмжээгээ зөвшилцөх, эмийг бөөнөөр нь худалдан авах боломжтой байдаг. Хэдийгээр зарим шүүмжлэгчид сангийн хэмнэлтийг тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгч болон эмийн компаниудаас бий болгодог гэж үздэг ч энэ нь эргээд эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг бага зардлаар эсвэл хямд үзүүлэх хөшүүргийг бий болгодог<sup>66</sup>.

Нэг худалдан авагчийн тогтолцоо нь олон худалдан авагчийн тогтолцоотой харьцуулахад санхүүжилтийг удаан ч гэсэн нэмэгдүүлээд яваад байдаг. Энэхүү эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний санхүүгийн ачааллыг хуваалцах байдал нь хүн амын баян, ядуу хэсгийн дундах эв санааны нэгдлийн түвшнийг нэмэгдүүлэх боломжтой болгодог. Нэг худалдан авагчтай тогтолцоо нь засгийн газрын зүгээс иргэдийнхээ сайн сайхан байдлыг хангах чадварт итгэх иргэдийн итгэлийг бэхжүүлж, засгийн газрын хууль ёсны байдлын талаарх олон нийтийн ойлголтыг нэмэгдүүлэхэд тусалдаг. Ийнхүү нэг худалдан авагчийн тогтолцоо нь үндэсний нөөцийг дахин хуваарилах замаар засгийн газрыг хууль ёсны

<sup>65</sup> A comparison of single- and multi-payer health insurance systems and options for reform, P. Hussey\*, G.F. Anderson, Health Policy and Management, John Hopkins University, 624 N Broadway, Baltimore, MD 21205, USA.

<sup>66</sup> Pauly MV. Managed care, market power, and monopsony. Health Services Research 1998;33(5):1439 /60.

хувьд хүлээн зөвшөөрөх, үндэсний эв санааны нэгдлийн үзэл санааг бий болгох магадлалыг хөшүүрэгддэг<sup>67</sup>.

### 1.1.6.2 Тусламж, үйлчилгээний худалдан авалт буюу стратегийн худалдан авалт

Худалдан авалт нь эрүүл мэндийн санхүүжилтийн үндсэн чиг үүрэг бөгөөд төрийн болон хувийн хэвшлийн эрүүл мэндийн байгууллагуудын үзүүлсэн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээнд зориулж нэгдсэн сангаас хуваарилах явдал юм. Улс орнууд бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтад хүрэхэд эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний худалдан авалт нь илүү идэвхтэй буюу стратегийн байх ёстой гэдэгтэй санал нэгдэж байна. Зардлын өсөлтийг зохицуулахад тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгчдийн үйл ажиллагааны гүйцэтгэл болон хүн амын эрүүл мэндийн эрэлт хэрэгцээний талаарх мэдээлэлтэй бага ч гэсэн эсвэл хэсэгчлэн холбодог байвал түүнийг стратегийн худалдан авалт гэж үздэг. Стратегийн худалдан авалт нь харилцан тохиролцож, хамтран шийдвэрлэх хэд хэдэн үндсэн асуудлыг хамардаг. Үүнд:

- Тусламж, үйлчилгээний арга хэмжээ, багцыг тодорхойлолт ("юу худалдаж авах");
- Тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгчийг сонгох ("хэнээс худалдаж авах");
- Санхүүгийн болон санхүүгийн бус хөшүүргийг бий болгох ("хэрхэн худалдаж авах вэ") - энэ нь тусламж, үйлчилгээг худалдан авах төлбөрийн механизм болон гэрээтэй холбоотой.

Стратегийн худалдан авалтад эрүүл мэндийн эрэлт хэрэгцээг системтэйгээр үнэлэх, тусламж, үйлчилгээний багцыг боловсруулах, тохирох, тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгчийг сонгох, тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгчдийг санхүүгийн төлбөрийн аргаар хөшүүрэгдэх, сайн гүйцэтгэлийг урамшуулах зорилгоор хянах зэрэг үйл ажиллагаа багтдаг.

Үр дүнтэй стратегийн худалдан авалт нь дараах үндсэн чиг үүргүүдийн нийлбэрийг (багц тодорхойлох, гэрээ байгуулах, төлбөрийн арга, ба гүйцэтгэлийн үнэлгээ) агуулдаг бөгөөд эдгээр чиг үүргийн зохицуулалт, хяналт, хариуцлагын засаглалын бүтэц, үр дүнтэй байдлыг хангах институтийн тодорхой механизм мөн оролцогч талуудын үр дүнтэй оролцоог хангах механизмаар дэмжигдсэн байхыг хэлнэ. Эдгээр чиг үүргүүдэд худалдан авах чадварыг нэмэгдүүлэх эсвэл хязгаарлаж болох гадна хүчин зүйлс нөлөөлдөг. Үүнд эрүүл мэндийн тогтолцооны бусад талын асуудал, тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгчдийн үзүүлж буй тусламж, үйлчилгээг хүртэж хүн амын хувь хэмжээ, түүний удирддаг эрүүл мэндийн зардлын хувь хэмжээ, төсвийн санхүүжилтийн удирдлагын зохицуулалтууд, худалдан авагч ба тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгчийн зах зээлийн бүтцийг зохицуулж буй хууль эрх зүй, бодлогын орчин юм. Худалдан авах чадавх нь чиг үүрэг тус бүрийг хэр сайн гүйцэтгэж ба мөн нөөцийн хуваарилалт, хөшүүрэг, хариуцлагын боломжуудыг сайжруулахад тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгчдийг хэр хөшүүрэгдсэнээр эрүүл мэндийн тогтолцооны хүсэж буй завсрын үр дүнд хүрэхэд нөлөөлдөг.

Ийнхүү стратегийн худалдан авалтыг үнэлж байх нь стратегийн худалдан авалт зорилгодоо хүрч байна уу, чиг үүргүүд нь хэрхэн хэрэгжиж байгаа, үр дүнтэй байж чадаж байна уу гэдгийг тодорхойлох ач холбогдолтой. Иймд зарим улс орнууд Африкийн стратегийн худалдан авалтын нөөцийн төв (Strategic Purchasing Africa Resource Center (SPARC))-өөр дамжуулан эрүүл мэндийн санхүүжилтийн олон улсын судлаач, эрдэмтдийн хамтран боловсруулсан "Стратегийн худалдан авалтын явцыг үнэлэх хүрээ" (Strategic Health Purchasing Progress Tracking Framework<sup>68</sup>) -г үнэлгээндээ ашигладаг. Энэ нь одоогийн байгаа хүрээнд суурилж, багц тодорхойлох, гэрээ байгуулах, төлбөрийн арга, гүйцэтгэлийн хяналт зэрэг худалдан авалтын үндсэн чиг үүрэгт төвлөрдөг бөгөөд худалдан авагчийн нөөцийн хуваарилалт, тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгчдийн зан үйлд шууд нөлөөлөх чадавхыг нэмэгдүүлэх эсвэл сулруулах хүчин зүйлүүдийг хамардаг (Зураг 24). Энэхүү хүрээ нь эрүүл мэндийн үр дүнг сайжруулахын тулд стратегийн худалдан авалтад шаардагдах худалдан авалтын чиг үүрэг, чадавх, орчныг тодорхойлдог.

<sup>67</sup> Ashcroft RE, Campbell AV, Jones S. Solidarity, society and the welfare state in the United Kingdom. Health Care Analysis 2000;8:377 /94.

<sup>68</sup> The Strategic Health Purchasing Progress Tracking Framework: A Practical Approach to Describing, Assessing, and Improving Strategic Purchasing for Universal Health Coverage, Cheryl Cashin and Agnes Gatome-Munyua, Results for Development, Washington, DC, USA; Results for Development, Kenya, 2021

Зураг 24. Стратегийн худалдан авалтын явцыг үнэлэх хүрээ



Эх сурвалж: Adapted Cheryl Cashin and Agnes Gatome-Munyua, 2021

Худалдан авалтын үндсэн чиг үүрэг (багц тодорхойлох, гэрээ хэлэлцээр хийх, төлбөрийн арга, гүйцэтгэлд хяналт тавих) нь худалдан авалтын хөшүүргийг сайжруулахад хэрхэн нөлөөлдөг тухай нотолгоо юу вэ: нөөцийн хуваарилалт, хөшүүрэг, хариуцлага уу; завсрын үр дүн үү (хуваарилалтын болон техникийн үр ашиг); болон эрүүл мэндийн тогтолцооны үр дүн үү (тэгш байдал, хүртээмж, чанар, санхүүгийн хамгаалалт)<sup>69</sup>.

Худалдан авалтыг сайжруулах нь хүний нөөц, мэдээллийн технологи, удирдлага, тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгчийн нийлүүлэлтийн сүлжээ, зохицуулалтын тогтолцооны давуу болон сул тал зэрэг олон хүчин зүйлээс шалтгаална. Эдгээр нь харилцан хяналт, хариуцлагын засаглалын тогтолцоо, тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгч, худалдан авагчийн удирдлагын бие даасан байдал зэрэг гадна хүчин зүйлээс хамаардаг.

Эрүүл мэндийн тогтолцооны зорилго, худалдан авагчийн үүрэг, хүлээж буй үр дүнг тодорхой болгох стратеги нь маш чухал юм. Багцын тодорхойлолт, гэрээний зохицуулалт, төлбөрийн арга зэрэг зорилго дээрх оролцогч талуудын зөвшилцөл нь эрүүл мэндийн тогтолцооны зорилгод оролцогч талуудыг уялдуулах урьдчилсан нөхцөл болох үндэслэл юм.

Худалдан авагчийн иргэн, даатгуулагчийн өмнө хүлээх хариуцлагыг сайжруулахын тулд ил тод байдал, иргэдийн оролцоог дэмжих, нийгмийн оролцооны шударга ёсны механизм шаардлагатай болдог. Үр дүнтэй харилцаа нь тэдний эрх, үүргийн талаар олон нийтэд мэдээлэх амин чухал юм хэрэгсэл бөгөөд иргэн даатгуулагчийн мэдэх эрхийг хангах, ялангуяа эмзэг бүлгүүдийн үзүүлсэн тусламж, үйлчилгээний нэхэмжлэлийг илүүтэйгээр хүлээн авах, тэдэнд чиглэсэн тусламж, үйлчилгээний нөөцийн ашиглалтыг сайжруулах; эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний хүртээмжийн ялгааг багасгах юм.

Стратегийн худалдан авалт руу чиглэсэн арга хэмжээнүүдийг хангахад улс төрийн өндөр албан тушаалтнуудын оролцоо, түүнчлэн хүчирхэг бодлогын, техникийн багийг татан оролцуулах нь худалдан авалтын үйл ажиллагааг сайжруулахад амжилтын үндэс болдог. Стратегийн худалдан авалт нь орлогын бүх түвшний улс орнуудын хувьд эрүүл мэндийн хязгаарлагдмал нөөцийг эрүүл мэндийн тогтолцооны үр дүнг сайжруулахад хамгийн үр дүнтэй чиглүүлэх чухал бодлого юм.

<sup>69</sup> Cashin C, Gatome-Munyua A. The strategic health purchasing progress tracking framework: a practical approach to describing, assessing, and improving strategic purchasing for universal health coverage. Health System Reform. 2022;8(2):e2051794. 23288604.2022.2051794.

## Стратегийн худалдан авалтын мэдээллийн удирдлагын тогтолцоо<sup>70</sup>

Мэдээлэл нь дээрх асуудлуудад хариулахад шаардлагатай стратегийн худалдан авалтын салшгүй хэсэг бөгөөд бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтад хүрэх зорилтыг хангах стратегийн худалдан авалтыг үр дүнтэй удирдах гол хүчин зүйл юм. Стратегийн худалдан авалт нь эрүүл мэндийн зардлын үр ашгийг дээшлүүлэх, эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний хүртээмжийг нэмэгдүүлэх, тэгш байдлыг хангах, эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний чанарыг сайжруулах, бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралт (УНС) руу хүрэхэд ахиц дэвшил гаргахад туслах арга зам гэдгийг тодорхойлсон байдаг.

Стратегийн худалдан авалт, түүний засаглалын чухал үндэс суурь нь төлбөрийн өгөгдөл, мэдээллийн удирдлагын систем юм. Үүний нэгэн адил төлбөрийн арга нь хүн амын эрүүл мэндийн эрэлт хэрэгцээг үнэлэх, төлөвлөхөд шаардлагатай мэдээллийг үүсгэх, хангахад чухал түлхэц болохоос гадна эрүүл мэндийн ямар үйлчилгээ үзүүлж, хаана, ямар үр дүнд хүрч байгааг илүү сайн ойлгох боломжийг олгодог. Гэсэн хэдий ч өгөгдөл болон мэдээллийн удирдлагын системүүд нь олон тооны сорилтуудтай тулгардаг<sup>71</sup>.

Гол бэрхшээлүүдийн нэг нь өгөгдөл үүсгэх, түүнийг ашиглалттай холбоотой юм. Стратегийн худалдан авалт руу шилжихийн тулд холбогдох нарийвчилсан өгөгдөл, мэдээллийн удирдлагын цогц систем шаардлагатай ч ямар өгөгдөл хэрэгтэй, хэрэггүй (юу нь хэрэггүй) болон эдгээр өгөгдлийг стратегийн худалдан авалтыг бэхжүүлэхэд хэрхэн ашиглах нь тодорхойгүй байсаар байна. Түүнчлэн зарим мэдээллийн системийг тогтмол ашиглах нь институтийн чадавх хязгаарлагдмал зарим орны хувьд бэрхшээлтэй байдаг. Жишээлбэл, Олон улсын өвчний ангилал (ICD)-ийн кодчиллын системийг хэрэгжүүлэх нь бага, дунд орлоготой хэд хэдэн оронд хүндрэлтэй байгаа нь батлагдсан бөгөөд үүнийг хялбарчлах шаардлагатай байгаа нь харагддаг<sup>72</sup>. Гэсэн хэдий ч тусламж, үйлчилгээ худалдан авах төлбөрийн арга нь илүү сайн өгөгдөл шаарддаг тул мэдээллийн системийг сайжруулахад түлхэц болдог өгөгдөл/мэдээллийн систем болон худалдан авалтын хооронд харилцан ашигтай харилцаа бий болох асар их боломжийг бүрдүүлдэг. Жишээлбэл, Эстони зэрэг өндөр орлоготой орнуудад "Гүйцэтгэлд суурилсан төлбөрийн арга"-ын санаачилгууд нь өгөгдөлд анхаарлаа хандуулж, тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгчдэд төлөх төлбөр нь үнэн зөв, цаг хугацаандаа хийгдэхтэй шууд холбоотой. Үүнтэй төстэй хандлага Бурунди зэрэг бага орлоготой улс орнуудад ажиглагдсан: тэд эрүүл мэндийн мэдээллийн системээ шинэчилж, нарийвчлал, ил тод, шилэн байдлын түвшнийг нэмэгдүүлсэн байна.

## 1.2 Монгол Улсын эрүүл мэндийн салбар

### 1.2.1 Эрүүл мэндийн тогтолцоо, бодлого

1990-ээд он хүртэл Монгол Улсын эрүүл мэндийн тогтолцоо нь төвлөрсөн төлөвлөгөөт эдийн засгийн Семашко загварт суурилж эрүүл мэндийн үйлчилгээг бүхэлд нь улсын төсвийн орлогоос санхүүжүүлдэг байсан. Хувийн хэвшил гэж байгаагүй бөгөөд ерөнхий татварын эх үүсвэрийг ашиглан эрүүл мэндийн зардлыг санхүүжүүлдэг байсан.

1990-ээд оны эхээр Монгол Улс төвлөрсөн төлөвлөгөөт эдийн засгаас зах зээлийн эдийн засагт шилжиж эхлэх үед Семашко загварын эрүүл мэндийн салбар бие дааж чадахгүй байсан. Ийнхүү 1993 онд санхүүжилтийн шинэчлэлийн хүрээнд Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хууль батлагдсанаар нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоо үүссэн. Үүнээс хойш өнөөг хүртэл эрүүл мэндийн салбарт олон төрлийн шинэчлэл явагдсан бөгөөд 2021 оноос эхлэн хийгдсэн эрүүл мэндийн тогтолцооны санхүүжилтийн шинэчлэлийн хүрээнд эрүүл мэндийн салбар нэг худалдан авагчийн тогтолцоонд шилжин стратегийн худалдан авалтыг хэрэгжүүлж эхэлсэн.

Аливаа эрүүл мэндийн тогтолцооны эцсийн зорилго нь тухайн улсынхаа хүн амын эрүүл мэндийг дэмжих, сайжруулах ДЭМБ, 2000) чиглэдэг. Иймд аливаа улс орон өөрийн

<sup>70</sup> Mathauer I, Dale E, Meessen B. Strategic purchasing for Universal Health Coverage: key policy issues and questions. A summary from expert and practitioners' discussions Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

<sup>71</sup> Savedoff W, Gottret P. Governing mandatory health insurance. Washington DC: World Bank; 2008.

<sup>72</sup> WHO. WHO Application of ICD-10 for low-resource settings initial cause of death collection. The Startup Mortality List (ICD-10-SMoL) V2.0. Geneva: World Health Organization; 2014.

нийгэм, эдийн засгийн нөхцөл байдал, түүх соёл, нийгмийн харилцааны онцлог зэргээс хамааран эрүүл мэндийн тогтолцооны хүрээгээ тодорхойлдог. 2013 оны ДЭМБ-ын Эрүүл мэндийн тогтолцооны тойм (WHO, Health system Review (HIT))-д манай улсын эрүүл мэндийн тогтолцооны талаар иж бүрэн дүн шинжилгээ тайлан нийтлэгдсэн.

Эрүүл мэндийн салбарын хэмжээнд хэрэгжүүлэх бодлогыг Нэгдсэн Үндэсний Байгууллагын Тогтвортой Хөгжлийн Зорилт, “Алсын хараа 2050” Монгол Улсын урт хугацааны хөгжлийн бодлогын баримт бичиг, Монгол Улсыг 2021-2025 онд хөгжүүлэх таван жилийн үндсэн чиглэл, Засгийн газрын 2020-2024 оны үйл ажиллагааны хөтөлбөр, Монгол Улсын хөгжлийн жилийн төлөвлөгөө болон Эрүүл мэндийн сайдын 2022 оны 12 дугаар сарын 15-ны өдрийн А/609 дүгээр тушаалаар “Эрүүл мэндийн салбарын 2022-2025 оны стратеги төлөвлөгөө”<sup>73</sup>-нд тулгуурлан хэрэгжүүлж байна.

### 1.2.2 Бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралт

Монгол Улс сүүлийн 10 жил бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтад хүрэх хүчин чармайлтыг тасралтгүй гарган ажиллаж байна. Монгол Улсын статистик мэдээлэл дээр тулгуурлан хийгдсэн ДЭМБ-ын судалгаанаас<sup>74</sup> үзэхэд 2000 онд Бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтын индекс үзүүлэлтээр 46/100 байснаас 2021 онд 65/100 болж 19 оноогоор нэмэгдсэн эерэг үзүүлэлттэй байгаа хэдий ч дэлхийн дундаж 68 онооноос доогуур үзүүлэлттэй байна. 2021 онд Канад 91/100, Сингапур 89/100, Австрали 87/100, АНУ 86/100, БНХАУ 81/100, БНСУ 89/100, БНАСАУ 68/100, Казакстан 80/100, Армени 68/100, Эстони 79/100, Япон 83/100 зэрэг үзүүлэлттэй байна. Монгол Улсын Бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтын индекс 65 хувь болсон нь Ковид-19 цар тахлын эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний хамрах хүрээнд үзүүлсэн сөрөг үр дагавар байсан гэж үзэж болох юм.

Бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтын үзүүлэлт бүрийг бусад бага дунд орлоготой, дунд орлоготой, дундаж дээгүүр болон өндөр орлоготой орнуудтай харьцуулан үзэхэд дараах үзүүлэлттэй байна. Монгол Улсад бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтын нийт 4 бүлгийн 14 үзүүлэлт байдгаас Хумхаа өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх буюу шавж устгах үйлчилгээний хамралтын үзүүлэлт байдаггүй энэ нь газарзүйн байршилтай шууд холбоотой юм (Хүснэгт 9).

Хүснэгт 9. Бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтын индекс, улсаар

Улс	Орлогын ангилал	Гэр бүл төлөвлөлтийн аргачлал нь орчин үеийн аргачлалд нийцсэн байдал	Төрөөс өмнө 4-с дээш удаа эмнэлэгт үзүүлсэн байдал	Хүүхдийн дархлаажуулалт <sup>3</sup> тунт	Хүүхдийн амьсгалын замын цочмог өвчлөлд тусламж эрэлхийлдэг аан байдал	Сурьээгийн эмчилгээний хамрагдалт	ХДХВ-ийн эмчилгээний хамрагдалт	Шавьж устгах	Хүн ам дахь эрүүл ахуйн байгууламжид нэвтрэх боломж	Цусны даралтын эмчилгээ	Мацаг барих	Тамхины хэрэглээ	Эмнэлэгийн орны нягтрал	Эрүүл мэндийн салбарт ажиллагсдын нягтрал	Эрүүл мэндийн салбарын зохицуулалтын үндсэн хүчин чадлын индекс	УНС-SCI
<b>Монгол</b>		<b>71</b>	<b>≥80</b>	<b>≥80</b>	<b>76</b>	<b>19</b>	<b>38</b>		<b>70</b>	<b>55</b>	<b>≥80</b>	<b>58</b>	<b>≥80</b>	<b>≥80</b>	<b>79</b>	<b>65</b>
Бангладеш		73	37	≥80	46	≥80	31		59	38	69	50	49	26	68	52
Гана		48	≥80	≥80	56	30	71	55	25	37	≥80	≥80	38	10	46	48
Непал		62	78	≥80	≥80	41	72		≥80	19	≥80	57	22	54	44	54
Филиппин		58	≥80	57	66	43	41		≥80	36	≥80	67	53	44	63	58
Энэтхэг		76	58	≥80	56	67	65		74	30	≥80	61	≥80	35	≥80	63
Вьетнам		77	≥80	≥80	73	46	72		≥80	30	≥80	65	≥80	53	64	68
Нигери		37	57	56	39	44	≥80	45	45	29	≥80	≥80	28	2	63	38
Киргизстан		66	≥80	≥80	60	54	50		≥80	42	≥80	64	≥80	≥80	42	69
Узбекистан		≥80	≥80	≥80	68	64	51		≥80	44	77	75	≥80	≥80	65	75
Иордан		57	≥80	77	61	47	53		≥80	58	67	50	76	≥80	52	65
Руанда		75	47	≥80	65	69	≥80	57	66	11	≥80	≥80	41	7	67	49
Малайз		57	≥80	≥80	≥80	65	55		≥80	43	76	68	≥80	≥80	≥80	76
Армени		44	≥80	≥80	≥80	52	42		≥80	28	71	64	≥80	≥80	≥80	68
Ботсвана	ДДО	≥80	73	≥80	14	39	≥80		≥80	41	73	72	≥80	24	34	55

<sup>73</sup> <https://moh.gov.mn/news/6133>

<sup>74</sup> <https://data.who.int/indicators/i/9A706FD>

Эрүүл мэндийн салбар дахь процессын дахин инженерчлэлийн судалгаа, шинжилгээ

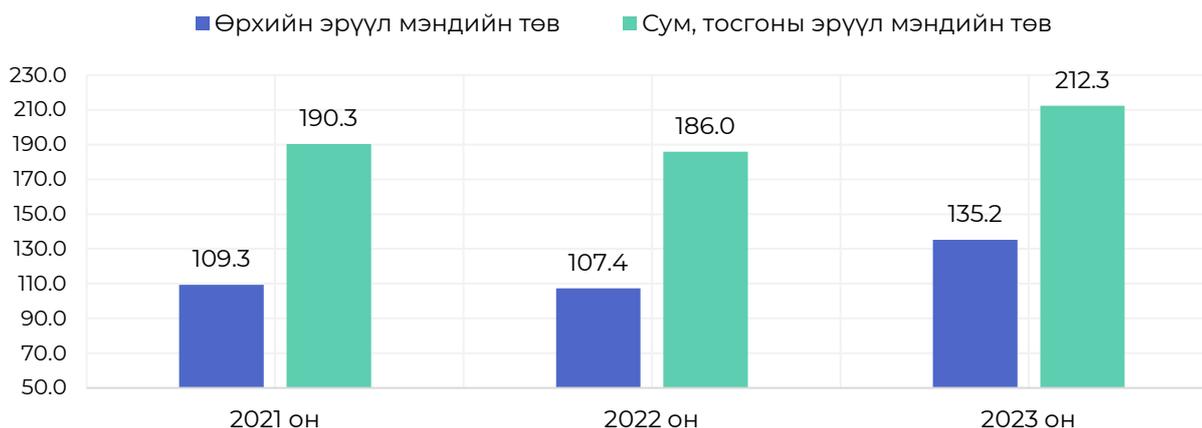
БНХАУ	≥80	≥80	≥80	≥80	75	≥80	≥80	39	72	63	≥80	≥80	≥80	≥80
Сингапур	78	≥80	≥80	≥80	≥80	80	≥80	61	≥80	76	≥80	≥80	≥80	≥80
БНСУ	≥80	≥80	≥80	≥80	≥80	76	≥80	71	≥80	70	≥80	≥80	≥80	≥80
Япон	59	≥80	≥80	≥80	≥80	67	≥80	48	≥80	71	≥80	≥80	≥80	≥80
Эстони	77	≥80	≥80	≥80	≥80	68	≥80	39	≥80	58	≥80	≥80	74	79
Израил	69	≥80	≥80	≥80	≥80	79	≥80	53	≥80	70	≥80	≥80	≥80	≥80

Эх сурвалж: ДЭМБ Хуудас 88, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374059/9789240080379-eng.pdf?sequence=1>

Монгол Улсын Засгийн газрын 2020-2024 оны үйл ажиллагааны хүрээнд хэрэгжүүлсэн төсвийн гарц, үр дүнд чиглүүлсэн төсвийн бодлогын хүрээнд эрүүл мэндийн санхүүжилтийн шинэчлэлийг бодлогыг дэвшүүлэн нэг худалдан авагчийн тогтолцоонд шилжиж, стратегийн худалдан авалтыг хэрэгжүүлснээр хүн амд үзүүлэх эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний багцыг өргөжүүлж, тус тусдаа сангаас санхүүждэг байсан эх үүсвэрүүдийг нэгтгэж, эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг санхүүжүүлэх төсвийн хэмжээг нэмэгдүүлэн, анхан шатны эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний нэг иргэнээр тооцох санхүүжилтийн хэмжээг 2020 онд 15.000 төгрөг байсныг 30.000 төгрөг болгосон бол 2022 онд 60.000 төгрөг болгож нэмэгдүүлж гүйцэтгэлд суурилсан санхүүжилтэд шилжүүлсэн.

Анхан шатны эрүүл мэндийн байгууллагуудад 2021-2023 онд олгосон санхүүжилтийг хэмжээ тасралтгүй нэмэгдэж байгаа нь эрүүл мэндийн тогтолцоо дахь анхан шатны эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг бэхжүүлэх замаар бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтад хүрэхэд чиглэсэн чухал үзүүлэлт юм.

Зураг 25. Анхан шатны эрүүл мэндийн байгууллагуудад олгосон санхүүжилтийн гүйцэтгэл, тэрбум төгрөгөөр



Эх сурвалж: ЭМДЕГ, 2024

Санхүүжилтийн шинэчлэлийн хүрээнд эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний багцыг өргөжүүлээд зогсохгүй хүн амыг эрүүл мэндээс үүдэлтэй санхүүгийн эрсдэлээс хамгаалах зорилгоор хүн амын дунд зонхилон тохиолддог өвчин, эмгэгийг эмчлэх тусламж, үйлчилгээний багцыг хамтын төлбөрөөс бүрэн чөлөөлж, 100 хувь нэгдсэн сангаас санхүүжүүлдэг болсон. Мөн 7 бүлэг (0-18 насны хүүхэд, тэтгэврээс өөр мөнгөн орлогогүй иргэн, нийгмийн халамжийн дэмжлэг, туслалцаа зайлшгүй шаардлагатай иргэн, хугацаат цэргийн жинхэнэ албан хаагч, хүүхдээ 2 (ихэр бол 3) нас хүртэл нь өсгөн бойжуулж байгаа эх (эцэг), хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэн, ял эдэлж байгаа иргэн)-ийн хүн амын эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний багцыг нэгдсэн сангаас 100 хувь санхүүжүүлж, хамтын төлбөрөөс чөлөөлсөн нь бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтын санхүүгийн эрсдэлээс хамгаалахад чиглэсэн чухал арга хэмжээ болжээ (Хүснэгт 10).

Хүснэгт 10. Хамтын төлбөрийн чөлөөлөлт, бүтцээр

№	Хамтын төлбөрөөс чөлөөлөх бүлэг	Хамтын төлбөрөөс чөлөөлсөн дүн	
		2022 он	2023 он
<b>Нийт</b>		<b>47.2</b>	<b>62.8</b>
1	Нийгмийн халамжийн дэмжлэг, туслалцаа зайлшгүй шаардлагатай өрхийн гишүүн-иргэн	3.3	6.3
2	Тэтгэврээс өөр мөнгөн орлогогүй иргэн	30.7	39.4
3	Ял эдэлж байгаа ялтан	0.1	0.0
4	0-18 насны хүүхэд	10.1	15.1
5	Хугацаат цэргийн албан хаагч	0.0	0.1
6	Хүүхдээ хоёр /ихэр бол гурав/ нас хүртэл өгсөн бойжуулж буй эх, эцэг	3.0	1.9

Эх сурвалж: ЭМДЕГ, 2024

Бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтын тэгш байдлыг хангах хүрээнд эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний багцыг санхүүжүүлэхэд газар зүйн бүсчлэлийн коэффициент тогтоож уг арга хэмжээнд шаардлагатай 31.2 тэрбум төгрөгийн санхүүжилтийг шийдвэрлэж нэгдсэн сангаас санхүүждэг эрүүл мэндийн байгууллагуудыг газар зүйн бүсчлэлээр ангилж, нэмэгдсэн тарифаар санхүүжүүлж байна (Хүснэгт 11).

Хүснэгт 11. Газар зүйн бүсчлэлийн коэффициент тогтоосон байдал

№	Бүсчлэл	Байгууллагын тоо	Үүнээс:		Бүсчлэлийн коэффициент
			Төрийн ЭМБ-ын тоо	Хувийн хэвшлийн ЭМБ-ын тоо	
<b>Нийт</b>		<b>314</b>	<b>84</b>	<b>230</b>	
1	Баруун бүс	31	11	20	1.15
2	Хангайн бүс	53	7	46	1.10
3	Төвийн бүс	215	59	156	1.05
4	Зүүн бүс	15	7	8	1.05

Эх сурвалж: ЭМДЕГ, 2024

**1.2.3 Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн шинэчлэл**

Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг хүртээмжтэй хүргэх, түүнийг санхүүжүүлэх санхүүжилтийн тогтолцоог бүрдүүлэхэд тулгарч буй бэрхшээлийг даван туулахын тулд 2008 онд Монгол Улсын Засгийн газар АХБ-аас эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоог бэхжүүлэхэд дэмжлэг үзүүлэхийг хүссэн<sup>75</sup>. Энэ хүрээнд хэрэгжсэн төслийн (ЭМСХХ-3) нэг бүрэлдэхүүн хэсэг нь эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийн эх үүсвэрийн хуваагдмал байдлыг арилгах замаар “Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний санхүүжилт, эрүүл мэндийн даатгалыг сайжруулах” зорилгыг агуулсан байдаг<sup>76</sup>.

Төслийн хүрээнд Монгол Улсын эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний санхүүжилтийн шинэ загварыг санал болгосон нь улсын төсвийн, эрүүл мэндийн даатгалын эх үүсвэрийг нэгтгэх, тусламж, үйлчилгээний багцыг нэвтрүүлэх, нэг худалдан авагчийн тогтолцооны загварын концепцийн үндэс суурийг тавьсан байдаг<sup>77</sup>. Үр дүнд эрүүл мэндийн даатгалын санг нийгмийн даатгалын сангаас салгаж 2018 оны 1 дүгээр сарын 01-ээс эрүүл мэндийн даатгалын үйл ажиллагааг удирдлага, зохион байгуулалтаар хангах ЭМЯ-ны харьяа хэрэгжүүлэгч агентлаг ЭМДЕГ-ыг шинээр байгуулсан<sup>78</sup>.

<sup>75</sup> ADB Support in the Health Sector Reform in Mongolia, Supporting Health-Care Financing Reform in Mongolia: Experiences, Lessons Learned, and Future Directions, Altantuya Jigjidsuren, Bayar Oyun, No. 55 | December 2022.

<sup>76</sup> ADB. 2007. Report and Recommendation of the President to the Board of Directors: Proposed Grant to Mongolia for the Third Health Sector Development Project. Manila.

<sup>77</sup> Government of Mongolia, Ministry of Health. 2010. Third Health Sector Development Program. Health Financing Model for Mongolia. Ulaanbaatar.

<sup>78</sup> Монгол Улсын Засгийн газрын 2017 оны “Агентлаг байгуулах тухай” 344 дугаар тогтоол

Үүний зэрэгцээ бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтад хүрэхэд санхүүжилтийн тогтолцоог сайжруулах, эх үүсвэрүүдийн хуваагдмал байдлыг арилгаж нэг худалдан авагчийн тогтолцоонд шилжих, шинээр байгуулагдсан ЭМДЕГ-т стратегийн худалдан авалт хийх чадавхыг бий болгох, эрүүл мэндийн тогтолцооны үр ашгийг дээшлүүлэх зорилготой Сангийн яамны удирдлага дор хэрэгжсэн “Эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийг сайжруулах” техникийн туслалцааны МОН 9701 төсөл хэрэгжсэн. Уг төсөл хэрэгжсэнээр эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийн шинэчлэлд дэмжлэг үзүүлж, хуваагдмал эх үүсвэрүүдийг нэгтгэх, нэг худалдан авагчийн тогтолцоонд шилжих, стратегийн худалдан авалтыг хийх, төрийн эрүүл мэндийн байгууллагуудыг гарц, үр дүнд суурилсан төсвийн санхүүжилтэд шилжүүлэх, төрөлжсөн мэргэшлийн төв эмнэлэг, нэгдсэн эмнэлгүүдийг хагас бие даалгахад чиглэгдсэн өөрчлөлтүүдийг Төсвийн тухай, Төрийн албаны тухай, Эрүүл мэндийн тухай, Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуульд нэмэлт, өөрчлөлт оруулах тухай хуулиудад оруулж эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийн шинэчлэлийн эрх зүйн орчныг бүрдүүлсэн<sup>79</sup>.

Ийнхүү Монгол Улсын эрүүл мэндийн салбар 2021 оноос эхлэн орцод суурилсан санхүүжилтийн загвараас (Зураг 26) гарц, үр дүнд суурилсан загварт шилжсэн нь зах зээлийн эдийн засгийн бодит байдалд илүү нийцсэн шинэчлэл болжээ. Санхүүжилтийн шинэчлэлийн хууль, эрх зүйн өөрчлөлтүүдийн хүрээнд ЭМДЕГ нь нэг худалдан авагч болж стратегийн худалдан авалтыг 2021 оны 01 дүгээр сарын 01-ээс хэрэгжүүлж эхэлсэн. Санхүүжилтийн шинэ тогтолцоонд шилжсэнээр хэд хэдэн чухал үр дүнд хүрсэн бөгөөд үүнд:

- a) эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийн үндсэн эх үүсвэр болох улсын төсөв, эрүүл мэндийн даатгалын сангийн эх үүсвэрүүдийг нэгтгэсэн;
  - b) тусламж, үйлчилгээг худалдан авах нэг худалдан авагчийн тогтолцоог бий болгосон;
- стратегийн худалдан авалтыг эхлүүлсэн.

Зураг 26. Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний санхүүжилтийн загвар, Монгол улс, 1994-2020 он



Эх сурвалж: ADB Support in the Health Sector Reform in Mongolia, Supporting Health-Care Financing Reform in Mongolia: Experiences, Lessons Learned, and Future Directions, Altantuya Jigjidsuren, Bayar Oyun, No. 55 | December 2022

Улсын төсвөөс төрийн хариуцах тусламж, үйлчилгээг худалдан авахад шаардагдах хөрөнгийг Эрүүл мэндийн даатгалын санд шилжүүлэн, энэхүү нэгдсэн сангаас тусламж, үйлчилгээ худалдан авах чиг үүргийг ЭМДЕГ-т, эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний багц, үнэ тариф, төлбөрийн хэмжээ тогтоох, тусламж, үйлчилгээ худалдан авах гэрээ,

<sup>79</sup> ADB. 2018. Technical Assistance to Mongolia for Improving Health Care Financing for Universal Health Coverage. Manila (TA 9701-MON)

тусламж, үйлчилгээний чанарын хяналттай холбоотой шийдвэрүүдийг гаргах эрхийг Эрүүл мэндийн даатгалын үндэсний зөвлөлд олгосон хууль, эрх зүйн зохицуулалтын хүрээнд эрүүл мэндийн санхүүжилтийн шинэ тогтолцоо бүрдсэн (Зураг 27).

Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн эх үүсвэрүүдийг нэгтгэж, тусламж, үйлчилгээний багцыг тодорхойлох зорилго нь хүн амд хэрэгцээтэй тусламж, үйлчилгээг үзүүлэх, эрүүл мэндээс үүдэлтэй санхүүгийн эрсдэлээс хамгаалах юм. Энэхүү шинэчлэлийн үр дүнд эрүүл мэндийн зардалд эзлэх халаасны төлбөрийн хэмжээ (хувиар) 2019 онд 43.2 хувь, 2020 онд 43.4 хувь байсан бол 2021 онд 33.5 хувь болж буурсан.

ДЭМБ-аас Монгол Улсын эрүүл мэндийн санхүүжилтийн шинэчлэлийн судалгааг хийж үр дүнгээ 2024 оны 04 дүгээр сарын 05-ний өдөр танилцуулсан<sup>80</sup>. Судалгааны тайланд дурдсан гол үр дүнг Хүснэгт 12-т харууллаа.

*Хүснэгт 12. Монгол Улсын эрүүл мэндийн санхүүжилтийн шинэчлэлийн судалгаа, ДЭМБ, 2024.04*

<p>Эрүүл мэндийн үр дүн</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дундаж наслалт болон амь нас нь аврагдсан хүмүүс нэмэгдсэн (жишээ нь хорт хавдрын эмчилгээ)</li> <li>• Төлбөрийн арга өөрчлөгдсөнтэй холбоотой өвчлөлийн бүтцийн өөрчлөлт гарсан</li> <li>• Гэхдээ хэрвээ батлагдвал, төлбөрийн аргатай холбоогүй өөр олон хүчин зүйлс нөлөөлсөн байх магадлалтай</li> </ul>
<p>Санхүүгийн хамгаалалт сайжирсан, гэхдээ хүлээгдэж буй хурдаараа байна уу?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Хувь хүний төлбөр (OOPs) 32 хувиас 25 хувь хүртэл буурсан (гэхдээ номинал өсөлт хЗ)</li> <li>• Гэсэн хэдий ч нэгийг нэгээр орлуулах нь төгс биш</li> <li>• Хувь хүний төлбөр нь даатгалтай гэрээт бус байгууллага болон бүтээгдэхүүнээс үүдэлтэй байх магадлалтай             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 4500 эрүүл мэндийн үйлчилгээ үзүүлэгчээс 2300 үйлчилгээ үзүүлэгчтэй гэрээ байгуулсан (2022)</li> <li>- 5,000 зөвшөөрөгдсөн эмээс 800 эм нь нэн шаардлагатай эмийн жагсаалтад байгаа</li> </ul> </li> </ul>
<p>Тусламж, үйлчилгээний хүртээмж</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Илүү нэмэгдсэн санхүүгийн хөрөнгө оруулалт болон газарзүйн хувьд хүртээмж нэмэгдсэн нь тодорхой байна (гэрийн тусламж, үйлчилгээний багц, алсын болон түргэн тусламжийн үйлчилгээ)</li> <li>• Тусламж, үйлчилгээний хэрэглээний үзүүлэлтүүд нэмэгдсэн</li> </ul>
<p>Тэгш байдал</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Төлбөрийн аргуудын загвар (design) зэрэг тэгш байдал руу чиглэсэн шинэчлэл</li> <li>• Загвар /Design/ vs. Бодит байдал ямар байгаа вэ?</li> </ul>

<sup>80</sup> WHO, Review of Mongolia's health financing reforms, June 22, 2024

Зураг 27. Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний санхүүжилтийн загвар, Монгол Улс, 2021 оноос хойш



Эх сурвалж: ADB Support in the Health Sector Reform in Mongolia, Supporting Health-Care Financing Reform in Mongolia: Experiences, Lessons Learned, and Future Directions, Altantuya Jigjidsuren, Bayar Oyun, No. 55 | December 2022

Манай улс эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтоолд шинэчлэлт хийсэн ч эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцооны үр ашиг, үр өгөөжийг сайжруулахын тулд шийдвэрлэх шаардлагатай асуудлууд байсаар байна, тухайлбал (а) эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний дутуу санхүүжилтийн сангийн эх үүсвэрийг нэмэгдүүлэх; (б) халаасны төлбөрийн хэмжээг бууруулах; (в) анхан шатны тусламж, үйлчилгээнд хуваарилах санхүүжилтийг тогтвортой нэмэгдүүлэх; (г) эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний хэт нүсэр тогтолцоог санхүүжүүлж буй зардлыг бууруулж, санхүүгийн үр ашигтай нь уялдуулах; (д) оношийн хамааралтай бүлгээр тохиолдолд суурилсан төлбөрийн аргаар гүйцэтгэлээр нь санхүүжүүлэх арга хэмжээг тооноос чанар руу шилжүүлэх, тусламж, үйлчилгээ худалдан авах гэрээний гүйцэтгэлийг шалгуур үзүүлэлтээр үнэлж эрүүл мэндийн байгууллагуудад тусламж, үйлчилгээний чанараа сайжруулах хүсэл эрмэлзлийг хөшүүрэгдэх зэрэг юм.

Дэлхийн улс орнууд бүх нийтийн хамралтад хүрэх зорилгоор хэрэгжүүлсэн стратегийн худалдан авалтын үйл ажиллагаандаа явцын дүн шинжилгээг олон улсад хүлээн зөвшөөрөгдсөн аргачлал, хүрээ (The strategic health purchasing progress tracking framework) ашиглан хийж, санхүүжилтийн шинэчлэлийн зорилгодоо хүрэх тохируулгуудыг цаг тухайд нь хийснээр амжилтад хүрснийг судалсан олон эх сурвалжууд байна.

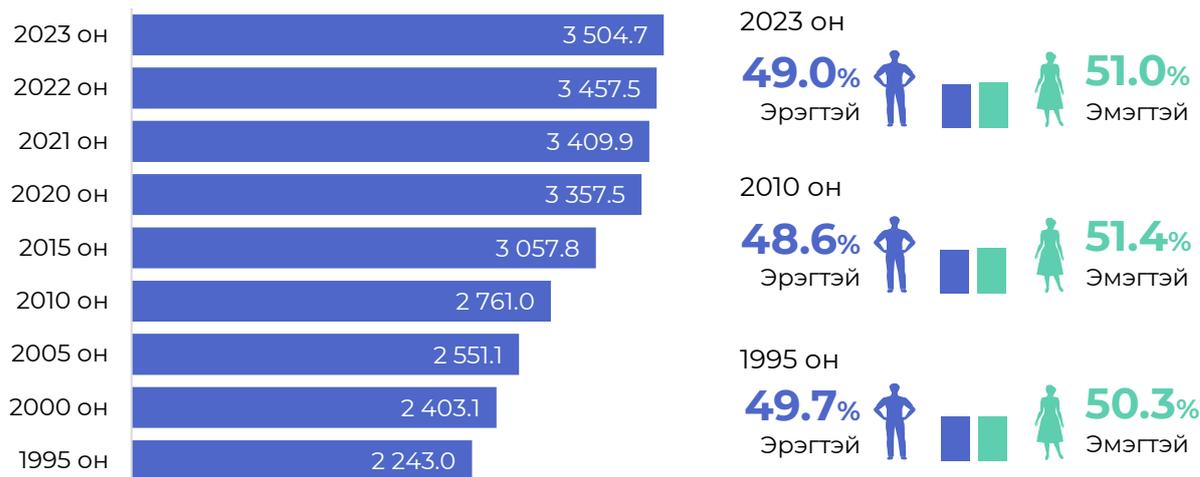
### 1.3 Хүн ам зүйн эрүүл мэндийн нөхцөл байдал

#### 1.3.1 Хүн ам зүйн үзүүлэлт

Хүн амын тооны өөрчлөлт нь улс орны тухайн үеийн нийгэм, эдийн засгийн хөгжил, ард түмний аж байдлын түвшин, эрүүл мэндийн үйлчилгээний чанар, хүртээмж зэрэг олон хүчин зүйлтэй уялддаг.

Хүн амын тоо 2023 оны жилийн эцсийн байдлаар 3504.7 мянга болж өмнөх оноос 47.2 мянга буюу 1.3 хувиар нэмэгдсэн. Хүн амын 1718.3 мянга (49.0 хувь) нь эрэгтэйчүүд, 1786.5 мянга (51.0 хувь) нь эмэгтэйчүүд байна (Зураг 28).

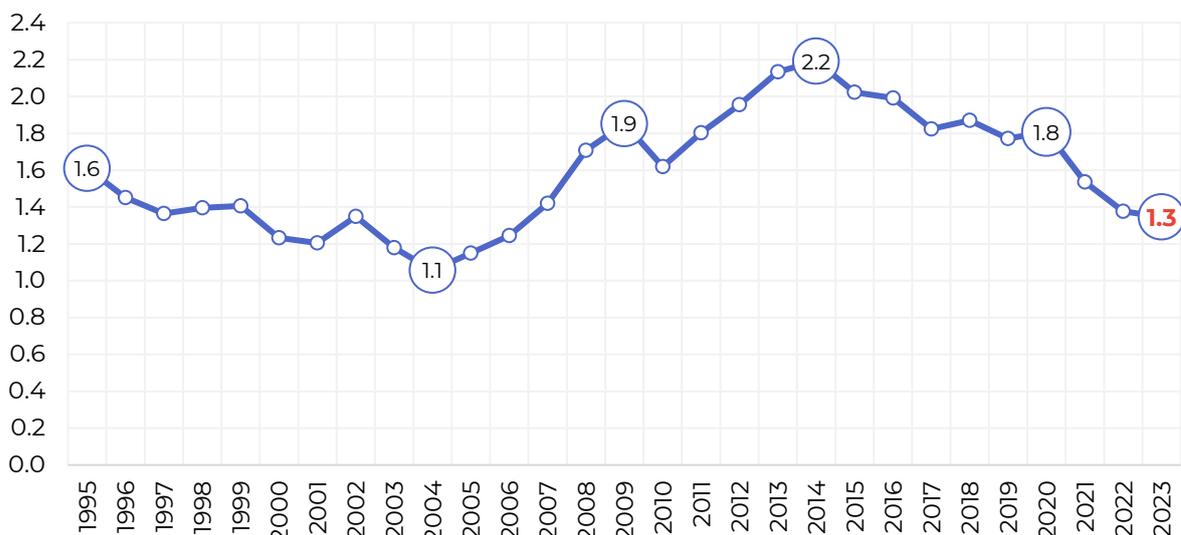
Зураг 28. Хүн амын тоо, хүйсээр, мянган хүн, 1995-2023 он



Эх сурвалж: [www.1212.mn](http://www.1212.mn)

Хүн амын өсөлтийн хувь 2014 онд 2.2 хувь болж хамгийн өндөр түвшинд хүрсэн бол 2014 оноос хойш аажмаар жилд дунджаар 0.1 пунктээр буурсаар 2023 онд 1.3 хувьд хүрсэн.

Зураг 29. Хүн амын өсөлт, хувиар, 1995-2023 он

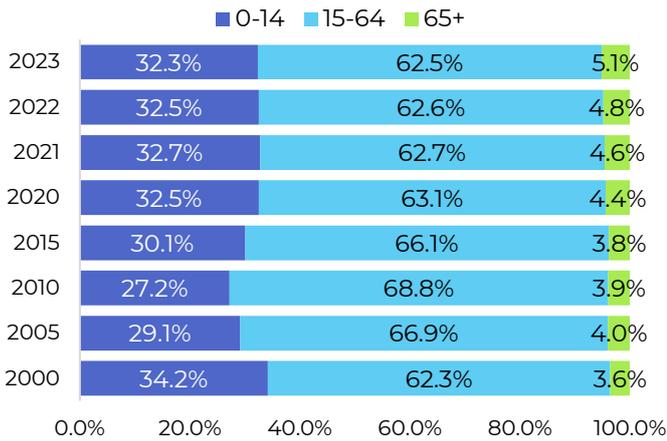


Эх сурвалж: [www.1212.mn](http://www.1212.mn)

2023 оны нийт хүн амын 32.3 хувь нь 15 хүртэлх насны хүүхэд, 62.5 хувь нь 15-64 насныхан, 5.1 хувь нь 65, түүнээс дээш насныхан байна. Хүн амын дунд хөдөлмөрийн насны хүн амын эзлэх хувь сүүлийн 4 жилийн хугацаанд аажмаар буурсан төлөвтэй байна. 0-14 насны хүн амын эзлэх хувийн жин 2010 оноос 4.3 пунктээр өссөн нь 2010 оноос хойш төрөлт нэмэгдсэнтэй холбоотой.

Хүн амын насны бүтцийн өөрчлөлтийг илүү харуулж чадах, эдийн засгийн тодорхой ач холбогдолтой үзүүлэлт болох хүн ам зүйн ачаалал нь хөдөлмөрийн насны 100 хүнд ногдох хүүхэд, хөгшдийн харьцаагаар илэрхийлдэг.

Зураг 30. Хүн ам насны бүлэг дэх хувийн жин, 2000-2023 он



Хүн ам зүйн ачаалал



Эх сурвалж: [www.1212.mn](http://www.1212.mn)

Түүнчлэн хүн ам зүйн ачаалал нь хөдөлмөрийн насны 100 хүнд ногдох тэжээлгэгчийн тоо (15-аас доош, 65 ба түүнээс дээш насны хүн амын тоо) буюу хөдөлмөрийн бус насны хүн амын нийгэмд үзүүлж буй ачааллыг хүн амын насны бүлгээр илэрхийлдэг. 2023 онд жилийн эцсийн байдлаар хүн ам зүйн ачаалал 60.0 болж, 2022 оноос 0.1 нэгж хувиар буурчээ.

Хүснэгт 13. Хүн амын тоо, насны бүлгээр, 2000-2023 он

Насны бүлэг	2000	2005	2010	2015	2020	2021	2022	2023
<b>Бүгд</b>	<b>2403.1</b>	<b>2551.1</b>	<b>2761.0</b>	<b>3057.8</b>	<b>3357.5</b>	<b>3409.9</b>	<b>3457.5</b>	<b>3504.7</b>
0-4	230.3	235.9	276.3	386.9	381.6	375.5	366.4	354.3
5-9	267.5	273.8	228.2	298.8	388.9	396.1	396.0	393.0
10-14	314.3	322.9	248.2	219.3	299.5	323.7	342.4	359.3
15-19	276.1	298.6	275.8	239.9	219.5	220.8	233.2	253.4
20-24	249.0	271.1	305.9	267.8	236.8	233.8	231.1	227.1
25-29	219.4	235.6	260.6	313.7	264.3	251.6	241.7	241.5
30-34	190.3	202.6	234.4	263.5	310.1	310.7	306.1	290.0
35-39	172.3	185.1	213.0	232.6	260.4	270.8	280.0	291.4
40-44	139.1	151.5	188.4	208.4	228.4	232.2	236.7	239.6
45-49	90.1	103.8	164.6	178.4	202.7	208.3	211.5	215.7
50-54	66.9	70.8	126.7	152.6	171.4	174.1	179.2	184.2
55-59	57.1	59.3	77.4	115.1	144.0	150.1	152.1	155.2
60-64	46.2	50.4	52.4	65.5	106.1	110.5	118.8	125.4
65-69	35.1	37.3	41.2	43.1	58.4	65.8	71.3	78.5
70+	49.6	52.4	67.7	72.0	85.3	86.0	90.9	96.0

Эх сурвалж: [www.1212.mn](http://www.1212.mn)

2000 онд хүн амын 42.7 хувь нь хөдөө, 57.2 хувь нь хот суурин газарт байсан бол 2023 онд 29.2 хувь хөдөө, 70.8 хувь нь хот суурин газарт байна. Хот суурин газрын хүн амын эзлэх хувь 2000 оноос 44.5 пунктээр өссөн бол хөдөө орон нутгийн хүн амын эзлэх хувь 0.2 пунктээр буурчээ.

2023 оны жилийн эцсийн байдлаар хүн амын 12.0 хувь нь Баруун бүс, 17.2 хувь нь Хангайн бүс, 14.8 Төвийн бүс, 6.5 хувь нь Зүүн бүс, 49.5 хувь нь Улаанбаатар хотод байна. Харин 2000 онд хүн амын 17.2 хувь нь Баруун бүс, 22.9 хувь нь Хангайн бүс, 18.5 Төвийн бүс, 8.3 хувь нь Зүүн бүс, 33.1 хувь нь Улаанбаатар хотод байсан.

Баруун бүсийн хүн амын эзлэх хувь 2000 оноос 5.2 пунктээр, Хангайн бүсийн хүн амын эзлэх хувь 5.7 пунктээр, Төвийн бүсийн хүн амын эзлэх хувь 3.7 пунктээр, Зүүн бүсийн хүн амын эзлэх хувь 1.8 пунктээр буурсан бол Улаанбаатар хотын хүн амын эзлэх хувь 16.4

пунктээр өссөн. Улаанбаатар хот руу шилжих хөдөлгөөн 1995 оноос хойш аажмаар нэмэгдэж эхэлсэн бөгөөд цаашид ч нэмэгдэх хандлагатай.

Зураг 31. Хүн амын тоо, бүс, хувиар, 2023 он



Хүснэгт 14. Хүн амын тоо, аймгаар, 2000-2023 он

Аймаг/Нийслэл	2000	2005	2010	2015	2020	2021	2022	2023
<b>Улсын дүн</b>	<b>2403.1</b>	<b>2551.1</b>	<b>2761.0</b>	<b>3057.8</b>	<b>3357.5</b>	<b>3409.9</b>	<b>3457.5</b>	<b>3504.7</b>
Хот	1375.7	1579.4	1910.7	2096.2	2316.5	2367.6	2424.8	2479.9
Хөдөө	1027.0	971.7	850.2	961.6	1041.0	1042.3	1032.8	1024.8
<b>Баруун бүс</b>	<b>413.6</b>	<b>383.9</b>	<b>357.1</b>	<b>390.6</b>	<b>415.1</b>	<b>418.6</b>	<b>418.7</b>	<b>419.9</b>
Баян-Өлгий	91.6	92.8	88.2	100.2	110.6	112.8	114.8	116.6
Говь-Алтай	63.1	57.8	53.5	56.2	57.7	57.8	57.1	56.8
Завхан	86.2	73.9	65.4	69.9	72.8	72.7	71.8	71.1
Увс	86.4	77.9	73.2	80.8	83.5	84.1	84.0	83.9
Ховд	86.4	81.6	76.8	83.5	90.5	91.1	91.1	91.5
<b>Хангайн бүс</b>	<b>550.2</b>	<b>526.9</b>	<b>521.7</b>	<b>577.3</b>	<b>604.2</b>	<b>606.4</b>	<b>603.4</b>	<b>603.0</b>
Архангай	96.9	90.0	84.6	92.1	94.1	94.2	93.1	92.3
Баянхонгор	84.5	78.7	76.2	83.9	89.0	89.0	88.4	88.2
Булган	61.8	55.0	53.7	60.0	62.0	61.9	61.2	60.5
Орхон	76.5	81.8	90.9	100.7	107.8	108.7	109.1	110.4
Өвөрхангай	111.6	105.0	101.4	112.4	115.7	115.7	115.0	114.6
Хөвсгөл	118.9	116.4	114.9	128.2	135.7	136.8	136.6	136.8
<b>Төвийн бүс</b>	<b>444.3</b>	<b>431.5</b>	<b>450.7</b>	<b>485.5</b>	<b>515.9</b>	<b>518.3</b>	<b>515.8</b>	<b>518.2</b>
Говьсүмбэр	12.3	12.0	13.3	16.5	18.0	18.2	18.0	18.0
Дархан-Уул	85.0	89.4	94.9	100.9	106.9	107.8	107.9	109.2
Дорноговь	51.0	52.9	58.9	65.3	71.2	71.5	71.1	71.5
Дундговь	50.6	45.5	38.7	44.4	47.0	46.9	46.4	46.1
Өмнөговь	47.9	51.9	61.6	61.7	70.4	71.7	72.9	75.2
Сэлэнгэ	100.1	95.1	97.9	106.3	109.3	108.9	107.3	106.7
Төв	97.5	84.7	85.4	90.4	93.2	93.5	92.0	91.5
<b>Зүүн бүс</b>	<b>200.2</b>	<b>192.8</b>	<b>186.9</b>	<b>208.1</b>	<b>225.1</b>	<b>227.4</b>	<b>227.9</b>	<b>228.8</b>
Дорнод	73.8	71.2	69.6	76.5	83.1	83.8	83.7	84.1
Сүхбаатар	55.5	54.0	51.4	59.0	63.8	64.7	65.2	65.7
Хэнтий	70.9	67.6	65.9	72.6	78.2	79.0	79.0	79.1
<b>Улаанбаатар</b>	<b>794.7</b>	<b>1016.0</b>	<b>1244.4</b>	<b>1396.3</b>	<b>1597.3</b>	<b>1639.2</b>	<b>1691.8</b>	<b>1734.8</b>

Эх сурвалж: [www.1212.mn](http://www.1212.mn)

Дундаж наслалт нь шинээр төрсөн хүүхдийн эрүүл мэнд, амьдрах нөхцөл нь цаашид хэвээр хадгалагдана гэж үзвэл түүний үргэлжлэн амьдрах жилээр тооцсон дундаж хугацааг хэлнэ<sup>81</sup>.

Дундаж наслалтын үзүүлэлт нь аливаа улс орны эрүүл мэндийн салбарын хөгжлийн хүрсэн түвшнийг харуулдаг чухал үзүүлэлт бөгөөд хүний хөгжлийн индексийн тооцоо, тэтгэврийн нас тогтоох, даатгалын байгууллагуудын эрсдэлийн тооцоо хийх зэрэг төлөвлөлтүүдийг хийхэд хэрэглэгддэг<sup>82</sup>.

2023 оны төрөлтөөс тооцсон дундаж наслалт нь 71.5 болж, өмнөх оноос 0.2 нэгжээр нэмэгдсэн. Өөрөөр хэлбэл шинээр төрсөн хүүхэд дунджаар 71.5 жил амьдрах магадлалтай байгаа юм. Дундаж наслалтыг хүйсээр авч үзвэл шинээр төрсөн эрэгтэй хүүхэд 67.6 жил, эмэгтэй хүүхэд 76.9 жил амьдрах магадлалтай.

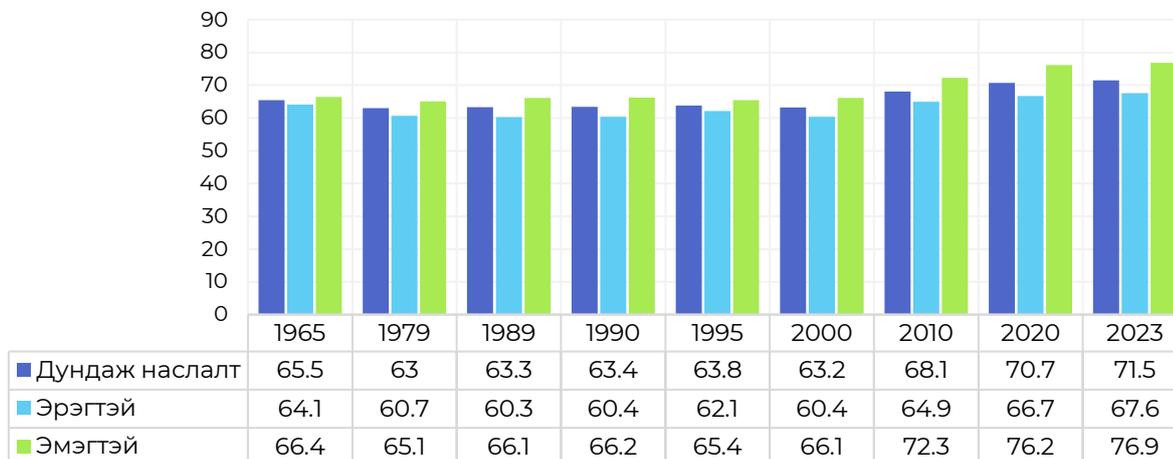
<sup>81</sup> Артур Хаупт ба Томас Т.Кэйн, Хүн ам зүйн гарын авлага (IV дэх хэвлэл)

<sup>82</sup> Хүн амын үзүүлэлтийг тооцох аргачлал, түүнийг ашиглах гарын авлага, 2015 он

Эрэгтэй, эмэгтэй хүмүүсийн дундаж наслалтын зөрүү 1965 онд 2.3 байсан бол 2023 онд 9.2 болж, 6.93 нэгжээр нэмэгдсэн.

Үндэсний статистикийн хорооноос 2021 онд хийсэн “Хүн амын шинэчилсэн хэтийн тооцоо, 2020-2025”<sup>83</sup> харахад 2050 он хүртэл дундаж наслалтын зөрүү 7.0-9.3 нэгжийн зөрүүтэй байхаар таамагласан байна. Иймд дундаж наслалтын зөрүүг багасах, эрэгтэйчүүдийн эрүүл мэндийг бодлогын түвшинд анхаарах зайлшгүй шаардлагатай байна.

Зураг 32. Дундаж наслалт, хүйсээр, 1965-2023 он



Эх сурвалж: [www.1212.mn](http://www.1212.mn)

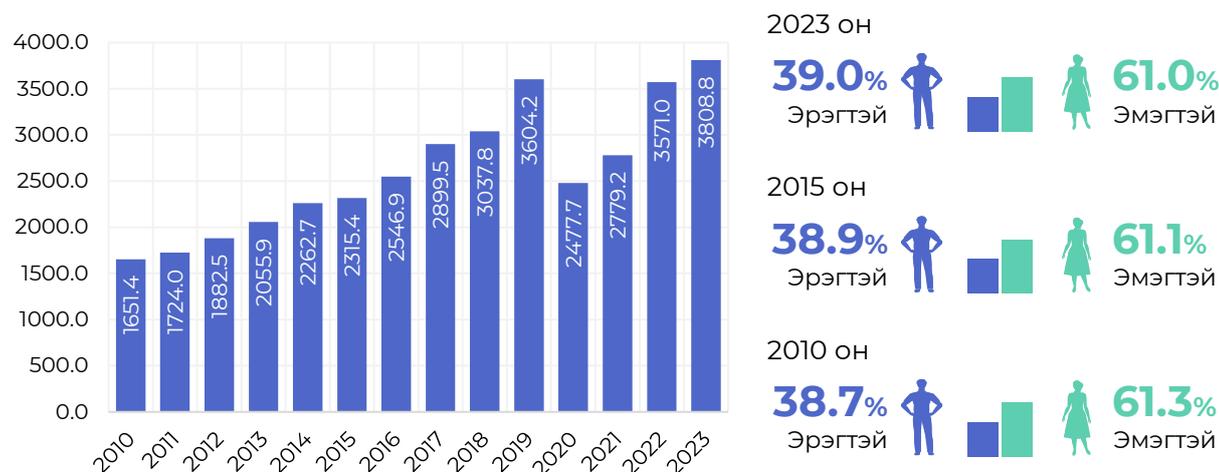
### 1.3.2 Эрүүл мэндийн үзүүлэлт

#### 1.3.2.1 Хүн амын өвчлөл

Халдварт бус өвчлөл нь хүн амын зан үйл, нийгмийн хүчин зүйлээс ихээхэн шалтгаалдаг бөгөөд урьдчилсан сэргийлж, эрт үед нь илрүүлж эмчлэх боломжтой байдаг.

2023 оны жилий эцсийн байдлаар давхардсан тоогоор 3808.8 мянган өвчлөл бүртгэгдсэн бөгөөд өмнөх оноос 6.7 хувиар, 2010 оноос 130.6 хувиар нэмэгдсэн дүнтэй байна. Бүртгэгдсэн өвчлөлийн 39.0 хувь нь эрэгтэйчүүд, 61.0 хувь нь эмэгтэйчүүд байгаа бол бүртгэгдсэн өвчлөлийн 27.4 хувь нь стационарт бүртгэгдсэн, 72.6 хувь нь амбулаторид бүртгэгдсэн өвчлөл байна.

Зураг 33. Бүртгэгдсэн өвчлөл, хүйсээр, мянга, 2010-2023 он



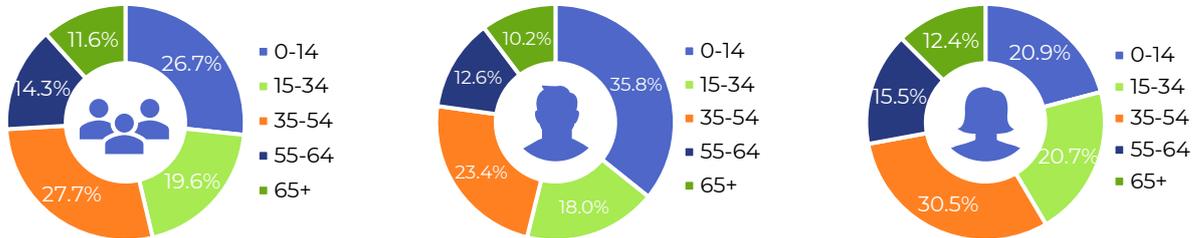
Эх сурвалж: Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв

Бүртгэгдсэн өвчлөлийн 26.7 хувь нь 0-14 насны, 19.6 хувь нь 15-34 насны, 27.7 хувь нь 35-54 насны, 14.3 хувь нь 55-64 насны, 11.6 хувь нь 65, түүнээс дээш насныхан байна. Хүйсээр авч

<sup>83</sup> <https://www.1212.mn/mn/statistic/statcate/48171306/report/48171306>

үзвэл эрэгтэйчүүдийн 35.8 хувь нь 0-14 насны, 18.0 хувь нь 15-34 насны, 23.4 хувь нь 35-54 насны, 12.6 хувь нь 55-64 насны, 10.2 хувь нь 65, түүнээс дээш насныхан байна. Харин эмэгтэйчүүдийн 20.9 хувь нь 0-14 насны, 20.7 хувь нь 15-34 насны, 30.5 хувь нь 35-54 насны, 15.5 хувь нь 55-64 насны, 12.4 хувь нь 65, түүнээс дээш насныхан байна.

Зураг 34. Бүртгэгдсэн өвчлөл, хүйс, насны бүлгийн эзлэх хувиар, 2023 он



Эх сурвалж: Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв

Бүртгэгдсэн өвчлөлийн 18.5 хувь нь Хоол боловсруулах тогтолцооны өвчин /K00-K93/, 17.1 хувь нь Амьсгалын тогтолцооны өвчин /J00-J98/, 12.2 хувь нь зүрх-судасны тогтолцооны өвчин /I00-I99/, 10.2 хувь шээс бэлгийн тогтолцооны эмгэг /N00-N99/, 6.8 хувь нь гэмтэл, хордлого ба гаднын шалтгаант бусад тодорхой эмгэг /S00-T98/, үлдсэн 35.1 хувь нь бусад шалтгаант өвчлөл байна.

Хүйсээр бүртгэгдсэн өвчлөлийг авч үзэхэд эрэгтэйчүүдийн 20.7 хувь нь амьсгалын тогтолцооны өвчин /J00-J98/, 18.0 хувь нь хоол боловсруулах тогтолцооны өвчин /K00-K93/, 11.4 хувь нь зүрх-судасны тогтолцооны өвчин /I00-I99/, 10.2 хувь нь гэмтэл, хордлого ба гаднын шалтгаант бусад тодорхой эмгэг /S00-T98/, 6.4 хувь нь Шээс бэлгийн тогтолцооны эмгэг /N00-N99/, үлдсэн 33.3 хувь нь бусад шалтгаант өвчлөл байна.

Харин эмэгтэйчүүдийн 18.8 хувь нь хоол боловсруулах тогтолцооны өвчин /K00-K93/, 14.8 хувь нь амьсгалын тогтолцооны өвчин /J00-J98/, 12.7 хувь нь зүрх-судасны тогтолцооны өвчин /I00-I99/, 12.6 хувь нь шээс бэлгийн тогтолцооны эмгэг /N00-N99/, 5.9 хувь нь Мэдрэлийн тогтолцооны өвчин /G00-G99/, үлдсэн 35.1 хувь нь бусад шалтгаант өвчлөл байна.

Зураг 35. Бүртгэгдсэн өвчлөл, хүйс, насны бүлгийн эзлэх хувиар, 2023 он

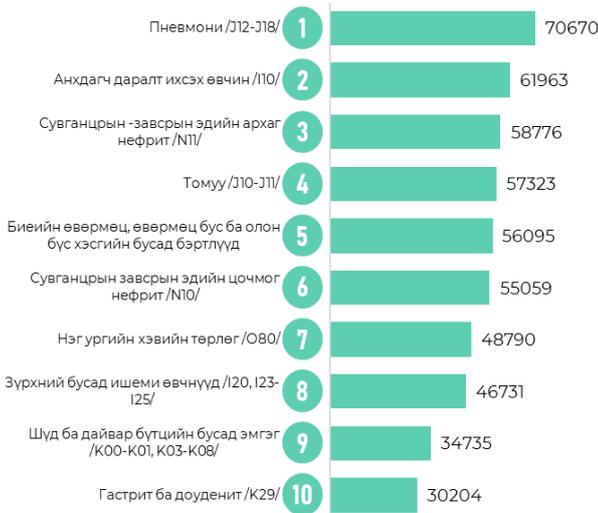


Эх сурвалж: Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв

2023 онд бүртгэгдсэн өвчлөлийг зонхилох шалтгааныг оношийн эрэмбээр авч үзэхэд шүд ба дайвар бүтцийн бусад эмгэг /K00-K01, K03-K08/ 1 дүгээрт, шүд цоорох, кариес /K02/ 2 дугаарт, сувганцрын-завсрын эдийн архаг нефрит /N11/ 3 дугаарт эрэмбэлэгдэж байна.

Зураг 36. Бүртгэгдсэн өвчлөл зонхилох 10 шалтгаан, 2010-2023 он

2010 он



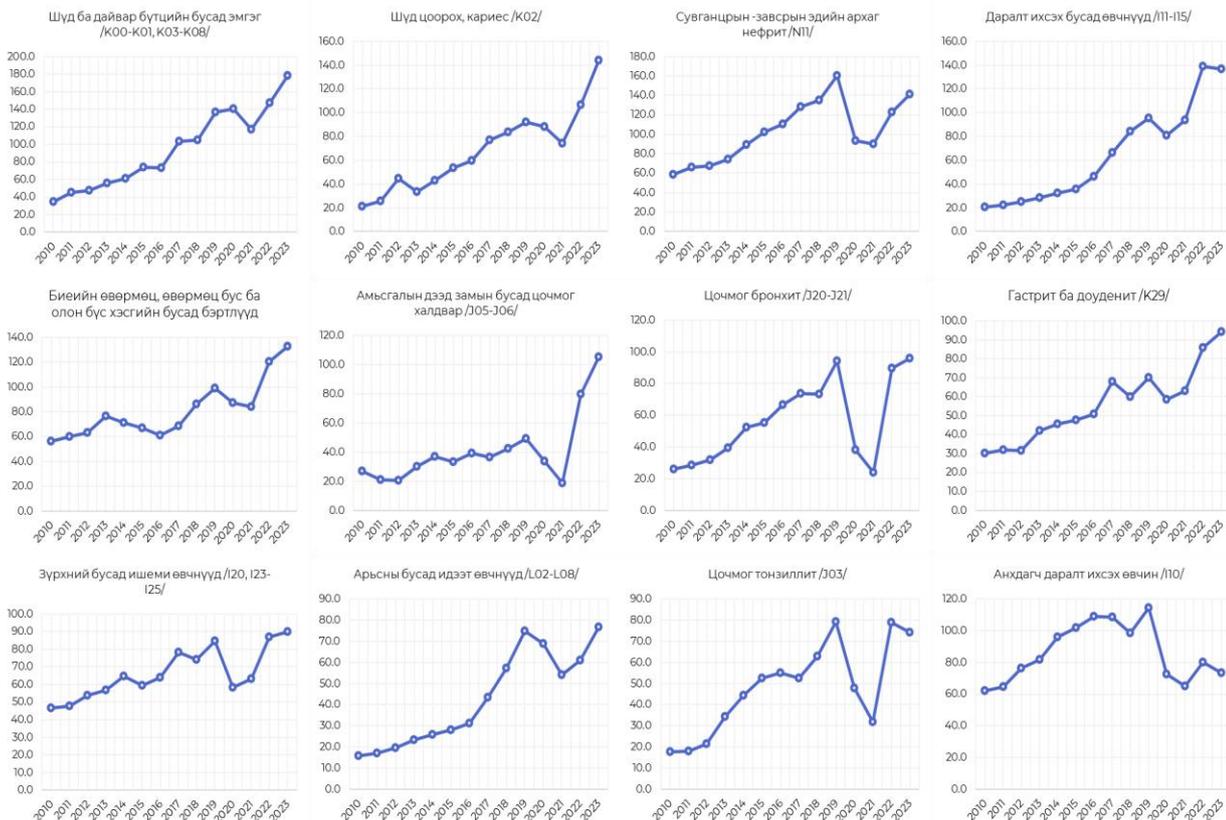
2023 он



Эх сурвалж: Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв

Графикаас харахад шүд ба дайвар бүтцийн бусад эмгэг /K00-K01, K03-K08/, даралт ихсэх бусад өвчнүүд /I11-I15/, гастрит ба доуденит /K29/ шалтгаант өвчлөл 14 жилийн хугацаанд өссөн дүнтэй байна.

Зураг 37. Бүртгэгдсэн өвчлөл зонхилох 12 шалтгаан, төрлөөр, 2010-2023 он

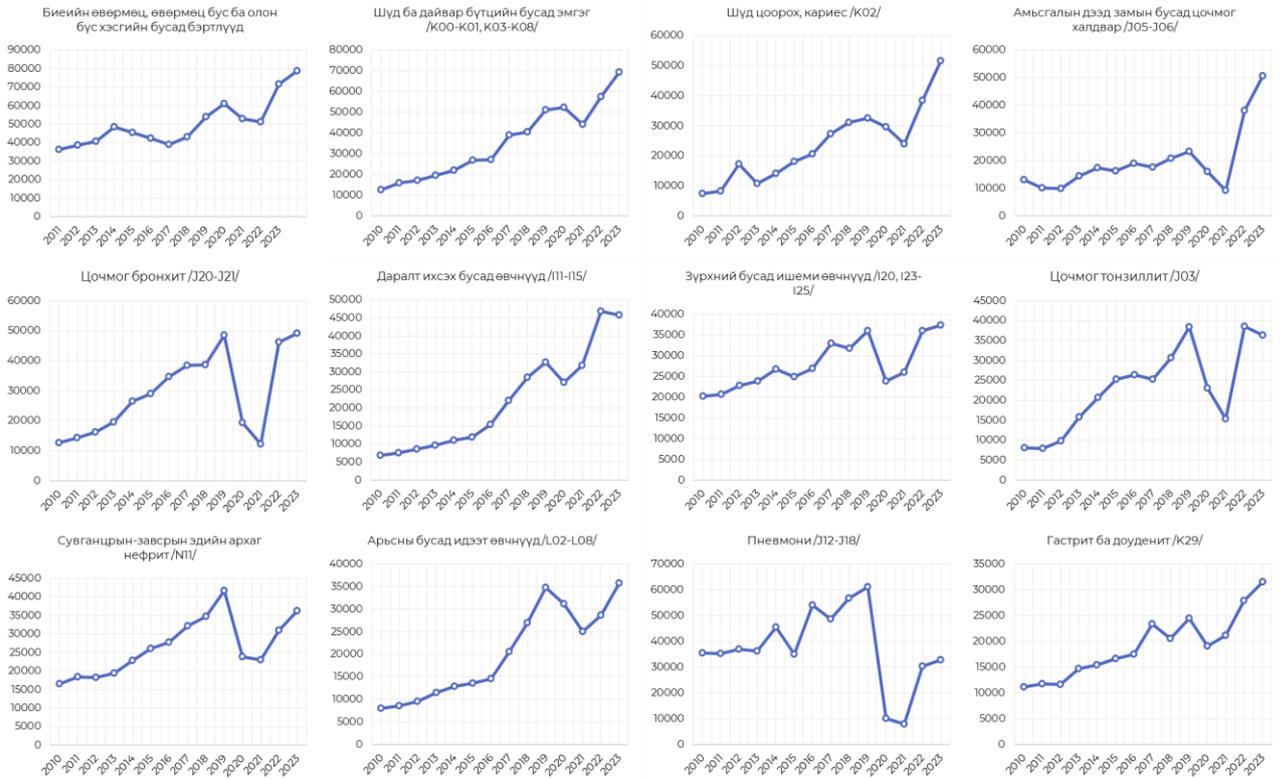


Эх сурвалж: Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв

2023 онд бүртгэгдсэн эрэгтэйчүүдийн зонхилох өвчлөлийг илүү дэлгэрэнгүй авч үзвэл 5.3 хувь нь биеийн өвөрмөц, өвөрмөц бус ба олон бүс хэсгийн бусад бэртлүүд, 4.7 хувь нь шүд ба дайвар бүтцийн бусад эмгэг /K00-K01, K03-K08/, 3.5 хувь нь шүд цоорох, кариес /K02/, 3.4 хувь нь амьсгалын дээд замын бусад цочмог халдвар /J05-J06/, 3.3 хувь нь цочмог бронхит /J20-J21/ шалтгаант өвчлөл байна.

2023 онд бүртгэгдсэн эмэгтэйчүүдийн зонхилох өвчлөлийг илүү дэлгэрэнгүй авч үзвэл 4.7 хувь нь шүд ба дайвар бүтцийн бусад эмгэг /K00-K01, K03-K08/, 4.5 хувь нь сувганцрын-завсрын эдийн архаг нефрит /N11/, 4.0 хувь нь шүд цоорох, кариес /K02/, 3.9 хувь нь даралт ихсэх бусад өвчнүүд /I11-I15/, 3.9 хувь нь гастрит ба доуденит /K29/ шалтгаант өвчлөл байна.

Зураг 38. Эрэгтэйчүүдийн өвчлөлийн зонхилох 12 шалтгаан, төрөл, 2010-2023 он



Эх сурвалж: Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв

Зураг 39. Эмэгтэйчүүдийн өвчлөлийн зонхилох 12 шалтгаан, төрөл, 2010-2023 он



Эх сурвалж: Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв

2023 онд улсын хэмжээнд бүртгэгдсэн өвчлөлийг 1000 хүнд ногдохоор тооцоход давхардсан тоогоор 1094 хүн, бүсээр тооцоход Баруун бүс 1283, Хангайн бүс 930, Төвийн бүс 1061, Зүүн бүс 109, Улаанбаатар 1114 хүн өвчилсөн нь Хангайн бүсээс бусад бүс нутагт өвчлөл маш их байгаагийн илэрхийлэл.

Давхардсан тоон мэдээллээс 1000 хүнд ногдох өвчлөл бага байгаа аймгуудыг авч үзвэл Говьсүмбэр аймагт 428, Өвөрхангай аймагт 539, Дархан-Уул аймагт 613, Орхон 707 хүн өвчилсөн бол Дорноговь аймагт 1621, Булган аймагт 1507, Өмнөговь аймагт 1480 хүн өвчилсөн байна.

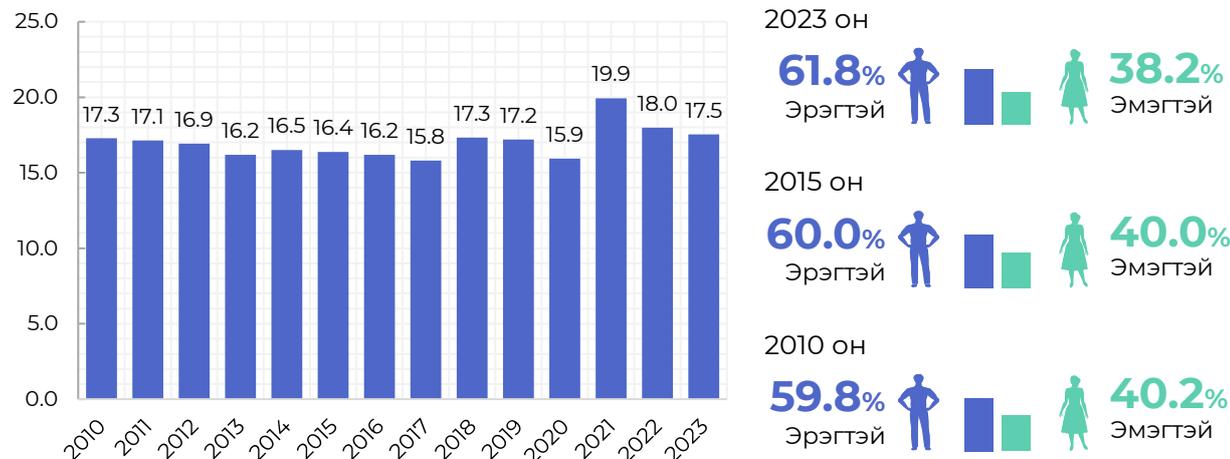
Зураг 40. 1000 хүнд ногдох бүртгэгдсэн өвчлөл, аймгаар, 2023 он



### 1.3.2.2 Нас баралт

1990 оноос өмнө Монгол Улсад хүн амын өвчлөл, эндэгдлийн шалтгаанд амьсгалын тогтолцооны өвчин тэргүүлж байсан бол 1990 оноос хойш зүрх судасны шалтгаант өвчин тогтмол тэргүүлэн улмаар есөх хандлагатай болсон.<sup>84</sup>

Зураг 41. Нас баралтын тоо, хүйсээр, 2010-2023 он



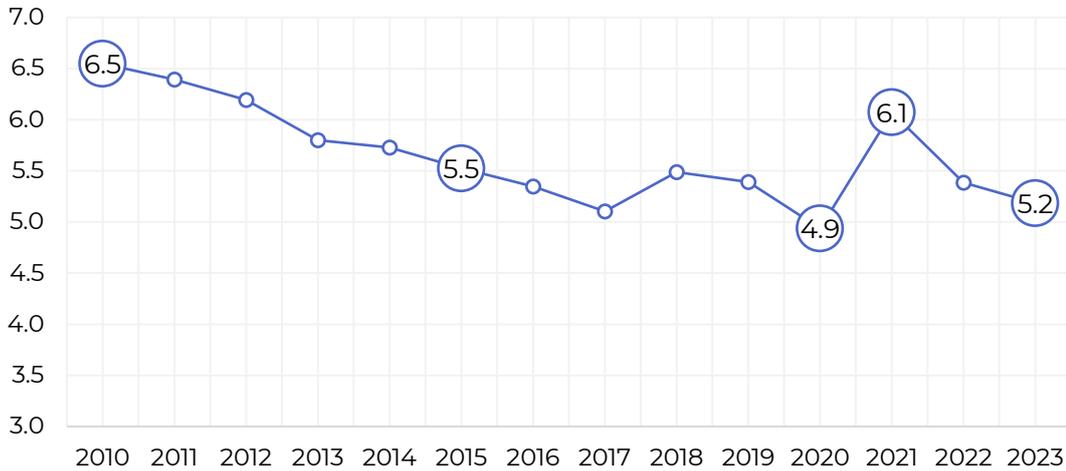
Эх сурвалж: Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв

<sup>84</sup> ЭМХТ, “Эрүүл мэндийн үзүүлэлт”, 2022 он

2023 оны жилий эцсийн байдлаар 17.5 мянган нас баралт бүртгэгдсэн бөгөөд өмнөх оноос 2.6 хувиар буурсан дүнтэй байна. Бүртгэгдсэн нас баралтын 61.8 хувь нь эрэгтэйчүүд, 38.2 хувь нь эмэгтэйчүүд байна. Сүүлийн 14 жилийн хугацаанд жилд дунджаар 17.0 мянган нас баралт бүртгэгдсэн байна. Тоон мэдээллээс харахад нас баралтад эзлэх эрэгтэйчүүдийн хувь аажим өссөөр байна.

Нас баралтын ерөнхий коэффициент 5.2 болж өмнөх оноос 0.2 нэгжээр, эрэгтэйчүүдийнх 6.5 болж өмнөх оноос 0.4 нэгжээр буурсан бол эмэгтэйчүүдийнх өөрчлөгдөөгүй.

Зураг 42. Нас баралтын ерөнхий коэффициент, 2010-2023 он

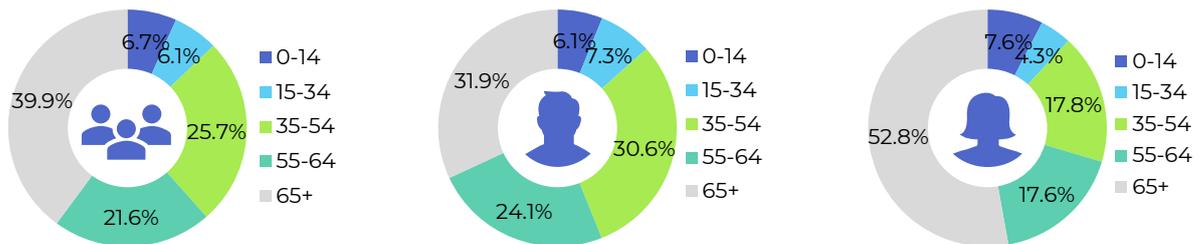


Эх сурвалж: Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв

Бүртгэгдсэн нас баралтын 6.7 хувь нь 0-14 насны, 6.1 хувь нь 15-34 насны, 25.7 хувь нь 35-54 насны, 21.6 хувь нь 55-64 насны, 39.9 хувь нь 65, түүнээс дээш насныхан байна. Хүйсээр авч үзвэл эрэгтэйчүүдийн 6.1 хувь нь 0-14 насны, 7.3 хувь нь 15-34 насны, 30.6 хувь нь 35-54 насны, 24.1 хувь нь 55-64 насны, 31.9 хувь нь 65, түүнээс дээш насныхан байна. Харин эмэгтэйчүүдийн 7.6 хувь нь 0-14 насны, 4.3 хувь нь 15-34 насны, 17.8 хувь нь 35-54 насны, 17.6 хувь нь 55-64 насны, 52.8 хувь нь 65, түүнээс дээш насныхан байна.

Насны бүлэг бүрд эрэгтэйчүүдийн нас баралтын хувь эмэгтэйчүүдийнхээс өндөр байна.

Зураг 43. Нас баралт, хүйс, насны бүлгийн эзлэх хувиар, 2023 он



Хүснэгт 15. Нас баралт, насны бүлгээр, 2023 он

Насны бүлэг	Нас баралт			Насны бүлэг дэх нас баралтын коэффициент		
	Нийт	Эрэгтэй	Эмэгтэй	Нийт	Эрэгтэй	Эмэгтэй
<b>Нийт</b>	<b>17533</b>	<b>10842</b>	<b>6691</b>	<b>5.2</b>	<b>6.5</b>	<b>3.9</b>
0-1	793	434	359	12.1	12.9	11.3
1-4	168	101	67	0.6	0.7	0.5
5-9	103	61	42	0.3	0.3	0.2
10-14	105	67	38	0.3	0.4	0.2
15-19	144	104	40	0.6	0.8	0.3
20-24	175	134	41	0.8	1.2	0.4
25-29	267	189	78	1.2	1.7	0.7
30-34	489	361	128	1.8	2.6	0.9
35-39	744	536	208	2.7	3.9	1.5

Эрүүл мэндийн салбар дахь процессын дахин инженерчлэлийн судалгаа, шинжилгээ

40-44	966	726	240	4.2	6.4	2.1
45-49	1253	937	316	6.0	9.3	3.0
50-54	1540	1116	424	8.6	13.1	4.5
55-59	1795	1248	547	11.8	17.9	6.6
60-64	1996	1366	630	16.1	25.4	8.9
65+	6995	3462	3533	40.1	51.3	33.0

Эх сурвалж: Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв

Бүртгэгдсэн нас баралтыг шалтгаанаар авч үзвэл 33.0 хувь нь зүрх, судасны тогтолцооны өвчин, 24.9 хувь нь хорт хавдар, 17.6 хувь нь өвчлөл ба нас баралтын гаднын шалтгаан, 6.9 хувь нь хоол боловсруулах тогтолцооны өвчин, 5.1 хувь нь амьсгалын тогтолцооны өвчин, үлдсэн 12.4 хувь нь бусад шалтгааны улмаас нас барсан байна.

Өөрөөр хэлбэл нас барсан 3 хүн тутмын нэг (33.0 хувь) нь зүрх судасны тогтолцооны өвчний улмаас нас барсан байна.

Зураг 44. Нас баралтын тоо, тэргүүлэх шалтгаанаар, 2023 он



Эх сурвалж: Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв

Зүрх судасны тогтолцооны өвчний шалтгаанаар нас барсан хүний тоо 2010 оноос хойш 12.4 хувиар, хоол боловсруулах тогтолцооны өвчин 21.5 хувиар буурсан. Харин хавдрын шалтгаанаар нас барсан хүний тоо 17.8 хувиар, амьсгалын тогтолцооны өвчин 16.1 хувиар, өвчлөл ба нас баралтын гаднын шалтгаант өвчин 9.9 хувиар өссөн дүнтэй байна.

Нас баралтын тэргүүлэх шалтгааны нэг зүрх судасны өвчний шалтгаант нас баралтын хувь 1950-аад онд 7.1 хувь, 1985 онд 23.4 хувь, 1995 онд 30.8 хувийг эзэлж байсан байна. Зүрх судасны өвчний шалтгаант өвчнөөр нас барсан хүний тоо буураад байгаа хэдий ч, нас баралтад эзлэх хувь нь бараг өөрчлөгдөөгүй байна. Иймд зүрх судасны өвчний шалтгаант нас баралтыг бууруулахад анхаарах, урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээ зайлшгүй авах шаардлагатайг илэрхийлж байгаа юм.

Мөн хавдрын шалтгаанаар нас баралт аажмаар тасралтгүй нэмэгдэж байгаа нь урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээ авах шаардлагатайг илэрхийлж байна.

Хүснэгт 16. Нас баралтын тоо, шалтгаанаар, 2010-2023 он

Шалтгаан	2010	Эзлэх хувь	2015	Эзлэх хувь	2020	Эзлэх хувь	2023	Эзлэх хувь
	<b>БҮГД</b>	<b>17276</b>	<b>100.0%</b>	<b>16374</b>	<b>100.0%</b>	<b>15922</b>	<b>100.0%</b>	<b>17533</b>
Зүрх судасны тогтолцооны өвчин	6512	37.7%	5591	34.1%	5221	32.8%	5794	33.0%
Хавдар	3591	20.8%	4028	24.6%	4159	26.1%	4369	24.9%
Өвчлөл ба нас баралтын гадны шалтгаан	2788	16.1%	2563	15.7%	2736	17.2%	3094	17.6%
Хоол боловсруулах тогтолцооны өвчин	1463	8.5%	1311	8.0%	1076	6.8%	1204	6.9%
Амьсгалын тогтолцооны өвчин	749	4.3%	613	3.7%	593	3.7%	893	5.1%
Бусад	2173	12.6%	2268	13.9%	2137	13.4%	2179	12.4%

Эх сурвалж: Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв

Нас баралтын тэргүүлэх шалтгааныг хүйсээр өмнөх онуудтай харьцуулж авч үзэхэд зүрх судасны тогтолцооны өвчин, хавдрын өвчин, хоол боловсруулах тогтолцооны өвчин, амьсгалын тогтолцооны өвчний шалтгаант нас баралтад эрэгтэйчүүдийн эзлэх хувь аажмаар өссөн байна.

Эрэгтэйчүүдийн нас баралтын тэргүүлэх шалтгаанаар авч үзвэл 32.1 хувь нь зүрх судасны тогтолцооны өвчин, 22.9 хувь нь хавдар, 22.4 хувь нь гаднын шалтгаант, 6.3 хувь нь хоол

боловсруулах тогтолцооны өвчний, 5.1 хувь нь амьсгалын тогтолцооны өвчний, үлдсэн 11.2 хувь нь бусад шалтгааны улмаас нас барсан байна.

Харин эмэгтэйчүүдийн нас баралтыг тэргүүлэх шалтгаанаар авч үзвэл 34.5 хувь нь зүрх судасны тогтолцооны өвчин, 28.2 хувь нь хавдар, 10.0 хувь нь гаднын шалтгаант, 7.9 хувь нь хоол боловсруулах тогтолцооны өвчний, 5.1 хувь нь амьсгалын тогтолцооны өвчний, үлдсэн 14.4 хувь нь бусад шалтгааны улмаас нас барсан байна.

- **Зүрх судасны тогтолцооны өвчний** шалтгаант нас баралтад эрэгтэйчүүдийн эзлэх хувь 2010 онд 56.0 хувь нь байсан бол 2023 онд 60.1 хувь болж 4.1 пунктээр өссөн байна.
- **Хавдрын** шалтгаант нас баралтад эрэгтэйчүүдийн эзлэх хувь 2010 онд 56.1 хувь нь байсан бол 2023 онд 56.9 хувь болж 0.8 пунктээр өссөн байна.
- **Хоол боловсруулах тогтолцооны өвчний** шалтгаант нас баралтад эрэгтэйчүүдийн эзлэх хувь 2010 онд 54.1 хувь нь байсан бол 2023 онд 56.3 хувь болж 2.2 пунктээр өссөн байна.
- **Амьсгалын тогтолцооны өвчний** шалтгаант нас баралтад эрэгтэйчүүдийн эзлэх хувь 2010 онд 58.3 хувь нь байсан бол 2023 онд 61.8 хувь болж 3.5 пунктээр өссөн байна.
- **Гадны** шалтгаант нас баралтад эрэгтэйчүүдийн эзлэх хувь 2010 онд 79.4 хувь нь байсан бол 2023 онд 78.4 хувь болж 0.9 пунктээр буурсан байна.

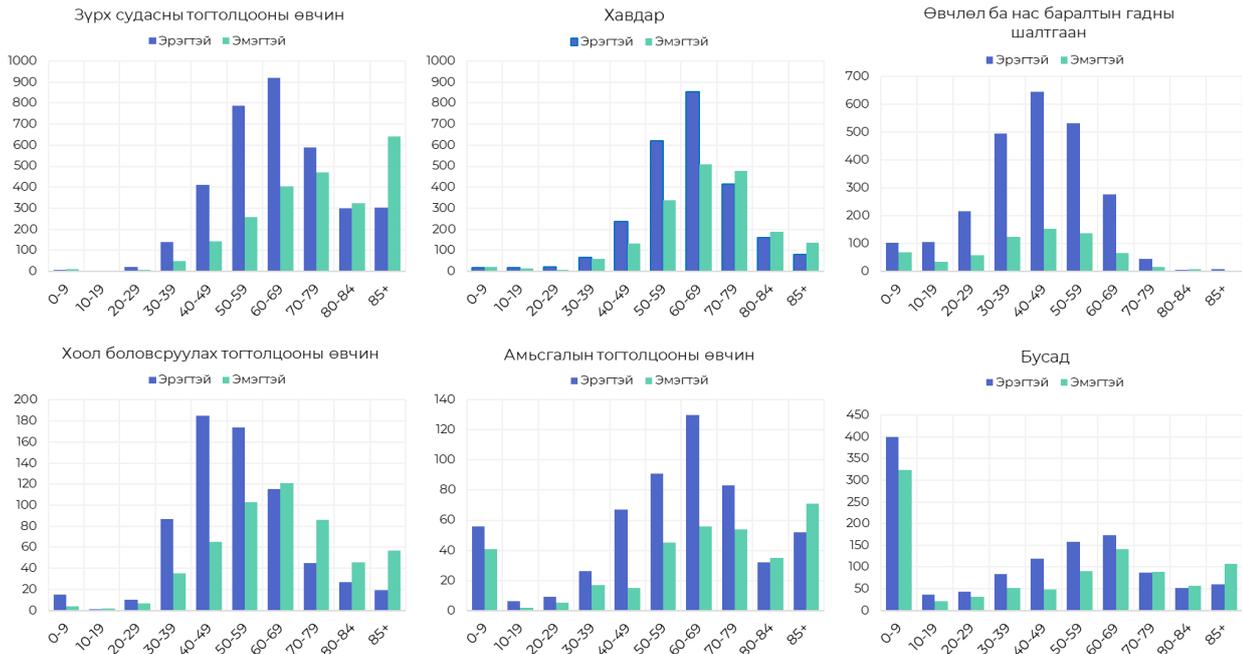
Хүснэгт 17. Нас баралтын тэргүүлэх шалтгаан, хүйсээр, 2023 он

Шалтгаан	2010	Эмэгтэй	2015	Эмэгтэй	2020	Эмэгтэй	2023	Эмэгтэй
	<b>БҮГД</b>	<b>17276</b>	<b>6951</b>	<b>16374</b>	<b>6552</b>	<b>15922</b>	<b>6217</b>	<b>17533</b>
Зүрх судасны тогтолцооны өвчин	6512	2865	5591	2374	5221	2098	5794	2310
Хавдар	3591	1575	4028	1807	4159	1837	4369	1884
Өвчлөл ба нас баралтын гадны шалтгаан	2788	575	2563	493	2736	592	3094	667
Хоол боловсруулах тогтолцооны өвчин	1463	671	1311	630	1076	471	1204	526
Амьсгалын тогтолцооны өвчин	749	312	613	244	593	230	893	341
Бусад	2173	953	2268	1004	2137	989	2179	963

Эх сурвалж: Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв

2023 онд бүртгэгдсэн нас баралтыг тэргүүлэх 5 чиглэлээр харахад шалтгаан бүрийн насны бүлэгт эрэгтэйчүүдийн хувь давамгайлж байна.

Зураг 45. Нас баралт тэргүүлэх шалтгаан, насны бүлгээр, 2023 он



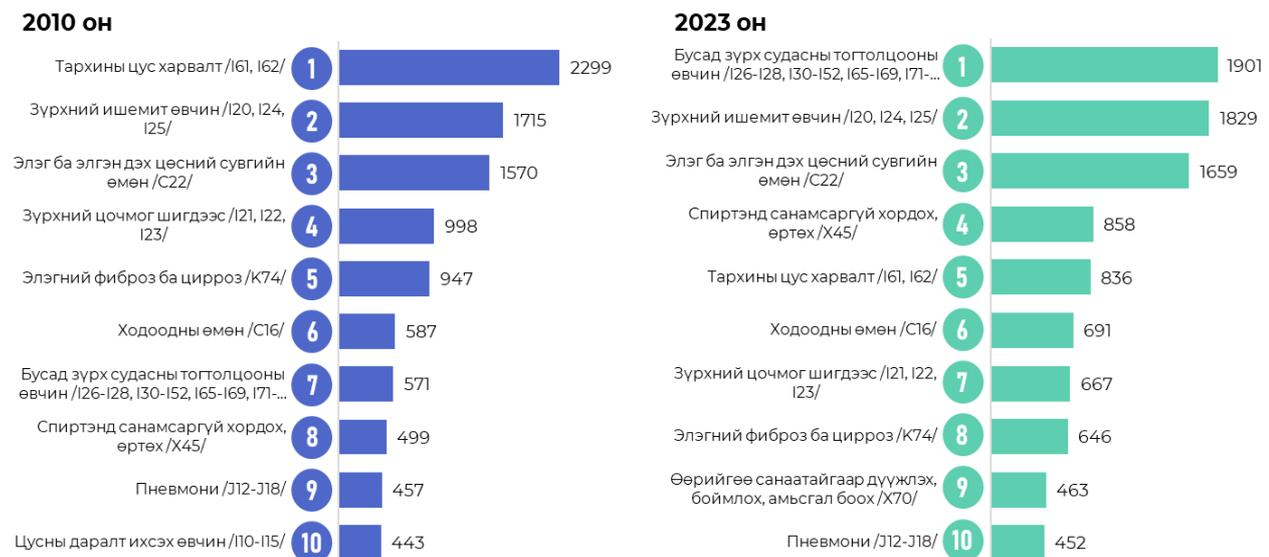
Эх сурвалж: Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв

2023 онд бүртгэгдсэн нас баралтын шалтгааныг оношийн эрэмбээр бусад зүрх судасны тогтолцооны өвчин /I26-I28, I30-I52, I65-I69, I71-I89, I95-I99/ 1 дүгээрт, Зүрхний ишемит өвчин /I20, I24, I25/ 2 дугаарт, элэг ба элгэн дэх цэсний сувгийн өмөн /C22/ 3 дугаарт эрэмбэлэгдэж байна.

Тархины цус харвалт /I61, I62/ оношоор 2010 онд 2299 хүн нас барсан бол 2023 онд 836 болж 63.6 хувиар, зүрхний цочмог шигдээс /I21, I22, I23/ 33.2 хувиар, элэгний фиброз ба цирроз /K74/ 31.8 хувиар буурсан байна.

Харин бусад зүрх судасны тогтолцооны өвчин /I26-I28, I30-I52, I65-I69, I71-I89, I95-I99/ оношоор 2010 онд 571 хүн нас барсан бол 2023 онд 1901 болж 232.9 хувиар, спиртэд санамсаргүй хордох, өртөх /X45/ оношоор 2010 онд 499 хүн нас барсан бол 2023 онд 1901 болж 71.9 хувиар, өөрийгөө санаатайгаар дүүжлэх, боймлох, амьсгал боох /X70/ 17.8 хувиар, ходоодны өмөн /C16/ 17.7 хувиар, зүрхний ишемит өвчин /I20, I24, I25/ 6.6 хувиар өссөн байна.

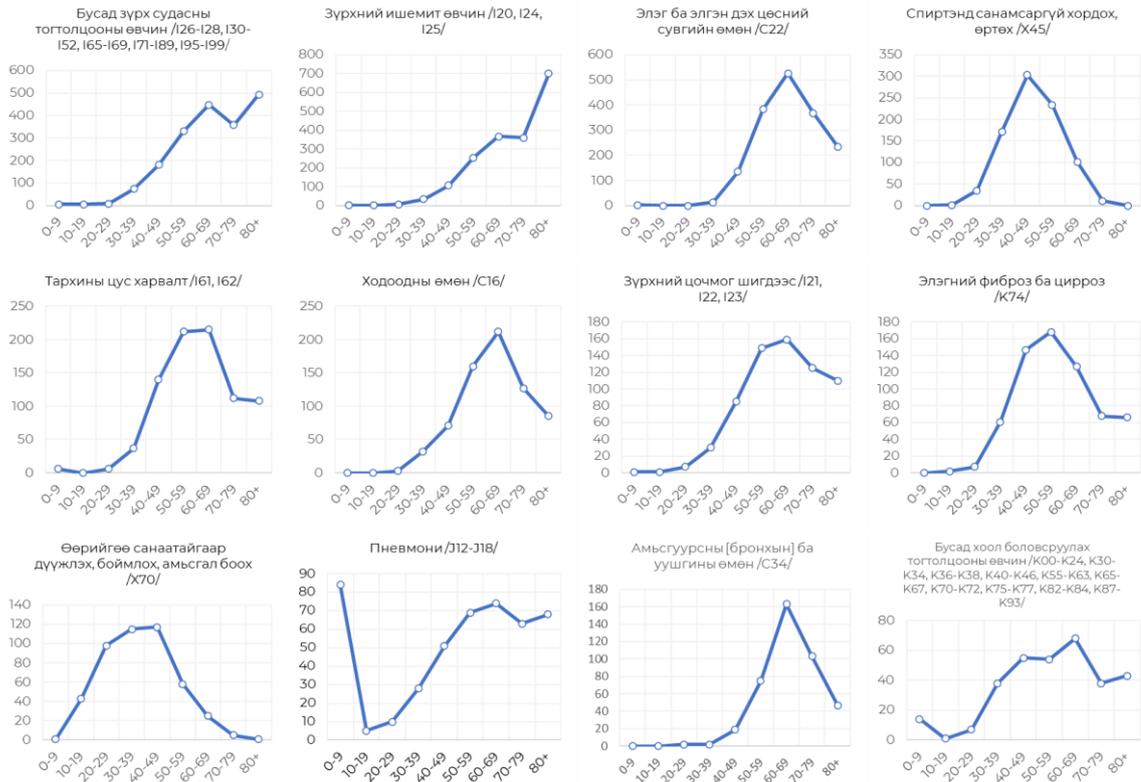
Зураг 46. Нас баралтын зонхилох 10 шалтгаан, 2010-2023 он



Эх сурвалж: Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв

Графикаас харахад тархины цус харвалт /I61, I62/, зүрхний цочмог шигдээс /I21, I22, I23/, элэгний фиброз ба цирроз /K74/ шалтгаант нас баралт 14 жилийн хугацаанд буурсан төлөвтэй харагдаж байна. Харин бусад тэргүүлэх шалтгаант нас баралтын хувьд өсчээ.

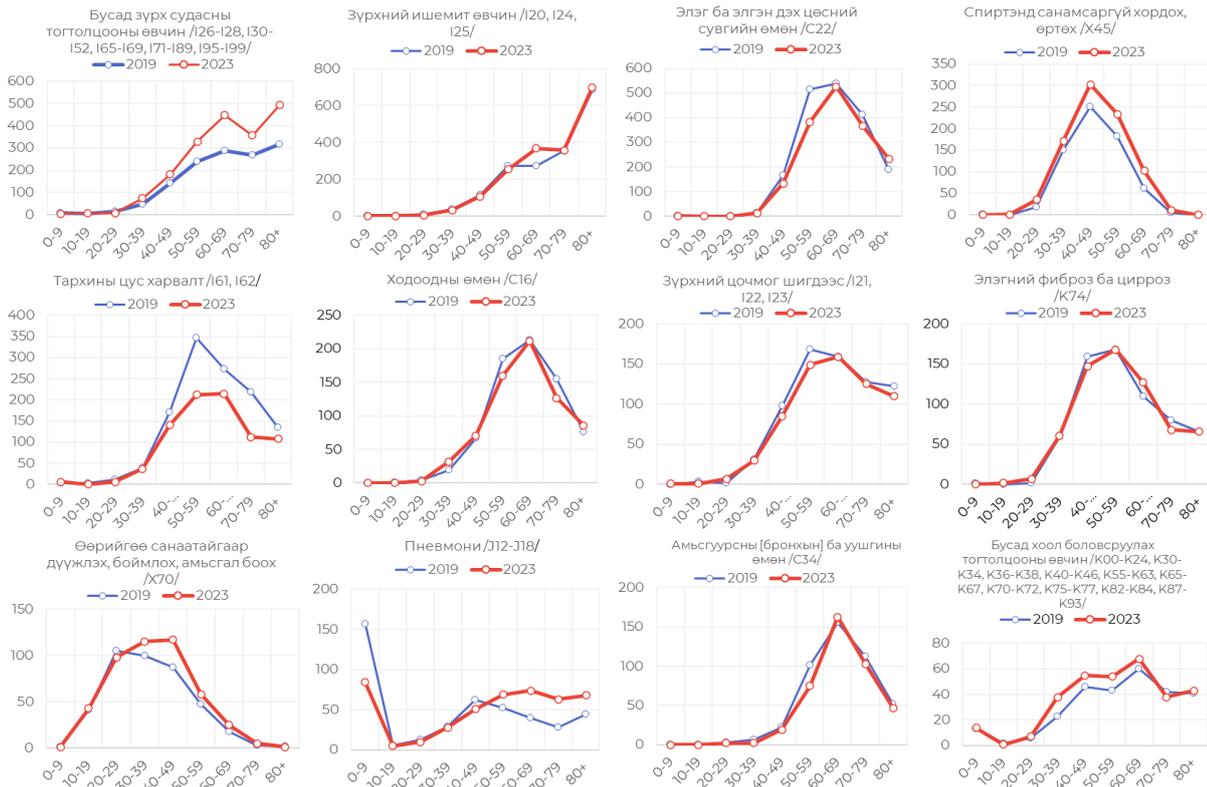
Зураг 47. Нас баралтын зонхилох 12 шалтгаан, төрлөөр, 2010-2023 он



Эх сурвалж: Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв

Спиртэд санамсаргүй хордох, өртөх /X45/, Өөрийгөө санаатайгаар дүүжлэх, боймлох, амьсгал боох /X70/ шалтгаант нас баралт дунд насныханд зонхилж байгаа бол пневмони /J12-J18/ шалтгаант нас баралт 0-9 насны, 50, түүнээс дээш насныханд зонхилж байна.

Зураг 48. Нас баралтын зонхилох 12 шалтгаан, төрөл, насны бүлгээр, 2023 он

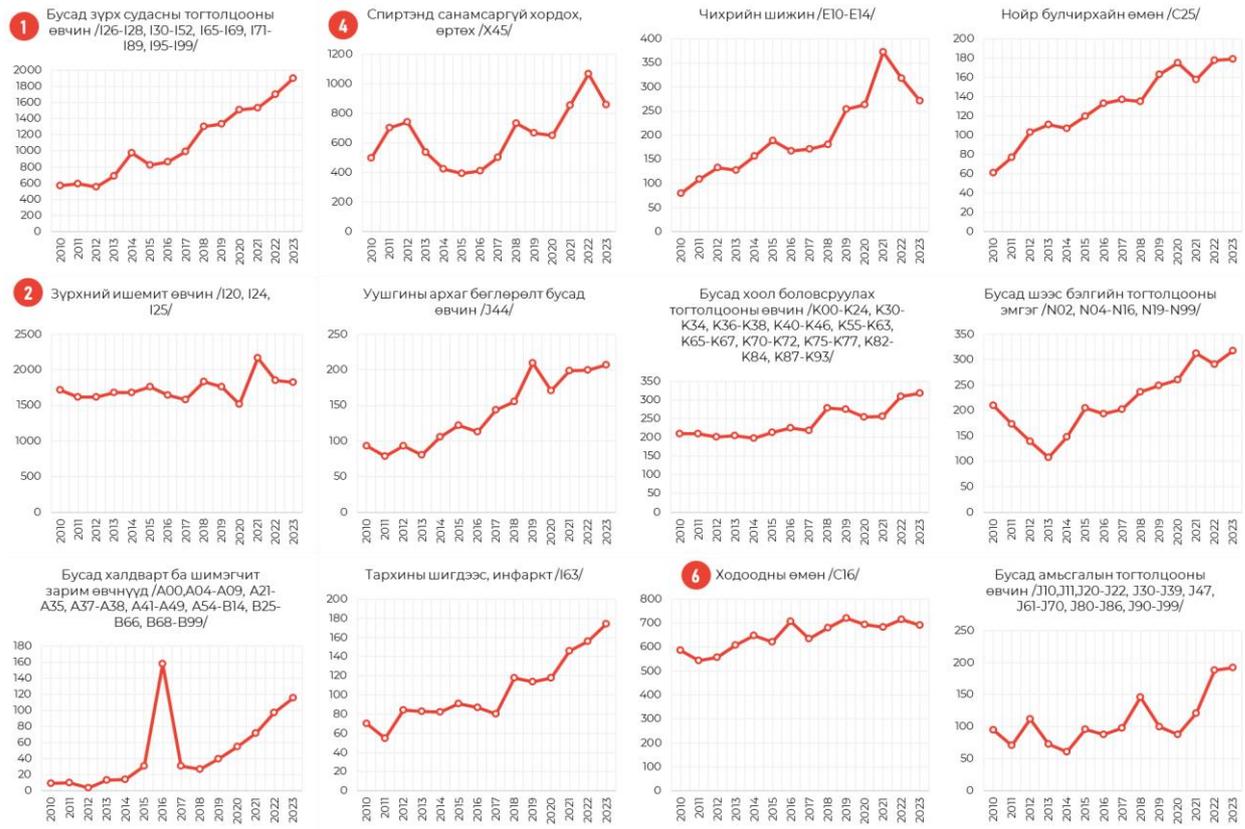


Эх сурвалж: Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв

Сүүлийн 14 жилд дунджаар хамгийн их буурсан нас баралтын зонхилох шалтгааныг авч үзвэл, Тархины цус харвалт /I61, I62/ шалтгаант нас баралт жилд дунджаар 113 тохиолдлоор, Зүрхний цочмог шигдээс /I21, I22, I23/ шалтгаант нас баралт 25 тохиолдлоор, Элэгний фиброз ба цирроз /K74/ шалтгаант нас баралт 23 тохиолдлоор, Цусны даралт ихсэх өвчин /I10-I15/ шалтгаант нас баралт дунджаар 22 тохиолдлоор буурчээ.

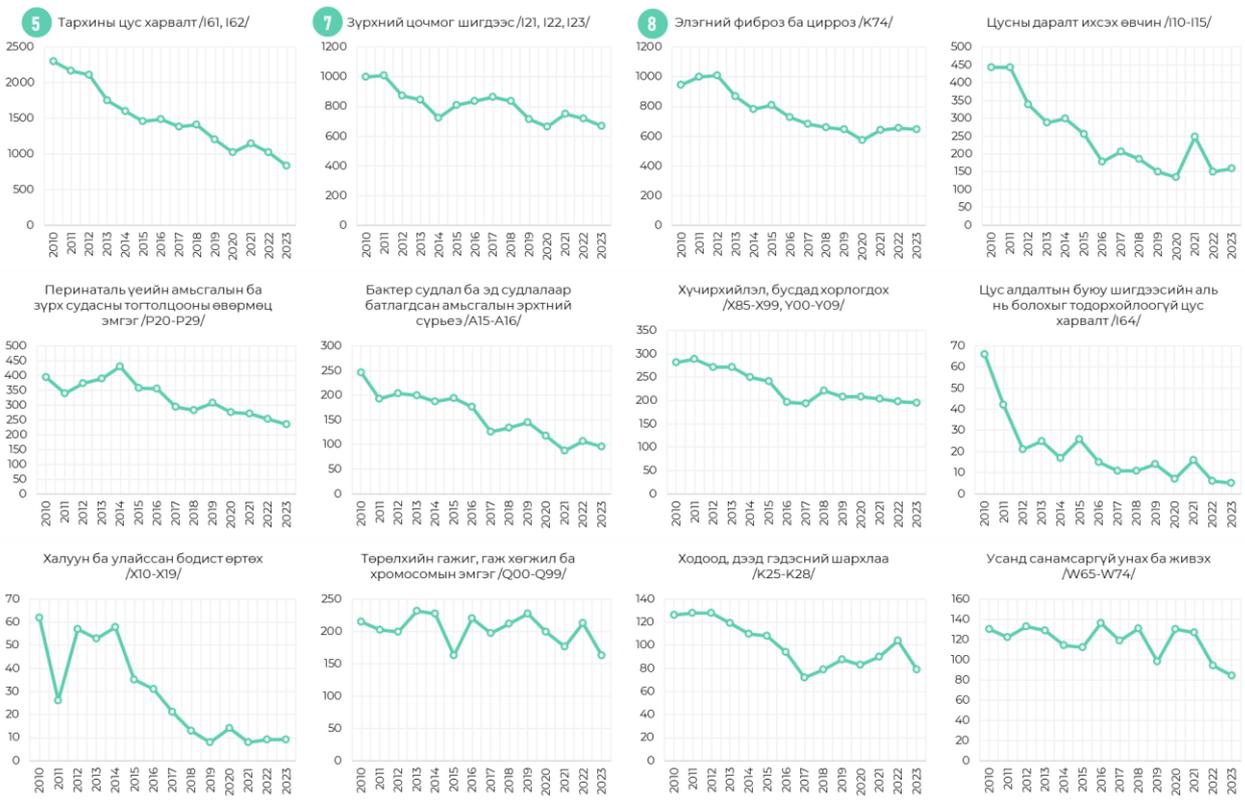
Харин сүүлийн 14 жилд дунджаар хамгийн их өссөн нас баралтын зонхилох шалтгааныг авч үзвэл, бусад зүрх судасны тогтолцооны өвчин /I26-I28, I30-I52, I65-169, I71-189, I95-199/ шалтгаант нас баралт жилд дунджаар 102 тохиолдлоор, спиртэд санамсаргүй хордох, өртөх /X45/ шалтгаант нас баралт 28 тохиолдлоор, чихрийн шижин /E10-E14/ шалтгаант нас баралт 15 тохиолдлоор, нойр булчирхайн өмөн /C25/, зүрхний ишемит өвчин /I20, I24, I25/, уушгины архаг бөглөрөлт бусад өвчин /J44/ шалтгаант нас баралт дунджаар 8 тохиолдлоор нэмэгдэж байна.

Зураг 49. Сүүлийн 14 жилд дунджаар хамгийн их өссөн нас баралтын зонхилох 12 шалтгаанаар, 2010-2023 он



Эх сурвалж: Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв

Зураг 50. Сүүлийн 14 жилд дунджаар хамгийн их буурсан нас баралтын зонхилох 12 шалтгаанаар, 2010-2023 он



Эх сурвалж: Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв

2023 онд бүртгэгдсэн эрэгтэйчүүдийн нас баралтын тэргүүлэх шалтгаанаар авч үзвэл 32.1 хувь нь зүрх судасны тогтолцооны өвчин, 22.9 хувь нь хавдар, 22.4 хувь нь гаднын шалтгаант, 6.3 хувь нь хоол боловсруулах тогтолцооны өвчний, 5.1 хувь нь амьсгалын тогтолцооны өвчний, үлдсэн 11.2 хувь нь бусад шалтгааны улмаас нас барчээ. Өөрөөр хэлбэл нас барсан 10 эрэгтэй тутмын гурав (32.1 хувь) нь Зүрх судасны тогтолцооны өвчний шалтгаант нас баралт байна.

Харин эмэгтэйчүүдийн нас баралтыг тэргүүлэх шалтгаанаар авч үзвэл 34.5 хувь нь зүрх судасны тогтолцооны өвчин, 28.2 хувь нь хавдар, 10.0 хувь нь гаднын шалтгаант, 7.9 хувь нь хоол боловсруулах тогтолцооны өвчний, 5.1 хувь нь амьсгалын тогтолцооны өвчний, үлдсэн 14.4 хувь нь бусад шалтгааны улмаас нас барсан байна. Өөрөөр хэлбэл нас барсан 3 эмэгтэй тутмын нэг (34.5 хувь) нь Зүрх судасны тогтолцооны өвчний шалтгаант нас баралт байна.

Дараах нас баралтын зонхилох 10 шалтгаан нь эрэгтэйчүүд, эмэгтэйчүүдийн нийт нас баралтын 60.0 орчин хувийг эзэлж байна.

Зураг 51. Нас баралтын зонхилох 10 шалтгаан, хүйсээр, 2023 он



Эх сурвалж: Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв

Бүртгэгдсэн эрэгтэйчүүдийн нас баралтын тэргүүлэх шалтгааныг илүү дэлгэрэнгүй авч үзвэл, 2023 онд 10.7 хувь нь бусад зүрх судасны тогтолцооны өвчин /126-128, 130-152, 165-169, 171-189, 195-199/, 9.8 хувь нь зүрхний ишемит өвчин /120, 124, 125/, 8.9 хувь нь элэг ба элгэн дэх цөсний сувгийн өмөн /C22/ шалтгаант нас баралт зонхилж байна.

Сүүлийн 14 жилийн эрэгтэйчүүдийн нас баралтын зонхилох шалтгааныг авч үзвэл бусад зүрх судасны тогтолцооны өвчин /126-128, 130-152, 165-169, 171-189, 195-199/ шалтгаант нас баралт жилд дунджаар 66 тохиолдлоор өссөн бол тархины цус харвалт /161, 162/ шалтгаант нас баралт жилд дунджаар 56 тохиолдлоор буурсан байна.

2023 онд бүртгэгдсэн эмэгтэйчүүдийн нас баралтын тэргүүлэх шалтгааныг илүү дэлгэрэнгүй авч үзвэл 11.5 хувь нь нь зүрхний ишемит өвчин /120, 124, 125/, 11.1 хувь нь бусад зүрх судасны тогтолцооны өвчин /126-128, 130-152, 165-169, 171-189, 195-199/, 10.4 хувь нь элэг ба элгэн дэх цөсний сувгийн өмөн /C22/ шалтгаант нас баралт зонхилж байна.

Сүүлийн 14 жилийн эмэгтэйчүүдийн нас баралтын зонхилох шалтгааныг авч үзвэл бусад зүрх судасны тогтолцооны өвчин /126-128, 130-152, 165-169, 171-189, 195-199/ шалтгаант нас баралт жилд дунджаар 36 тохиолдлоор өссөн бол тархины цус харвалт /161, 162/ шалтгаант нас баралт жилд дунджаар 56 тохиолдлоор буурсан байна.



2023 онд бүртгэгдсэн нас баралтыг бүсээр авч үзэхэд 11.1 хувь нь Баруун бүс, 18.0 хувь нь Хангайн бүс, 14.2 хувь нь Төвийн бүс, 5.8 хувь нь Зүүн бүс, 50.9 хувь нь Улаанбаатар хотод байна. Орхон аймагт бүртгэгдсэн нас баралт өмнөх оноос 10.0 хувиар, Говь-Алтай аймагт бүртгэгдсэн нас баралт өмнөх оноос 9.5 хувиар, Дорнод аймагт бүртгэгдсэн нас баралт өмнөх оноос 6.8 хувиар, Дархан-Уул аймагт бүртгэгдсэн нас баралт өмнөх оноос 5.0 хувиар буурсан байна.

Харин Архангай аймагт бүртгэгдсэн нас баралт өмнөх оноос 6.8 хувиар, Баянхонгор аймагт бүртгэгдсэн нас баралт өмнөх оноос 6.7 хувиар, Булган аймагт бүртгэгдсэн нас баралт өмнөх оноос 4.7 хувиар өсчээ.

Хүснэгт 18. Нас баралт, аймгаар, 2019-2023 он

Аймаг/Нийслэл	2019	2020	2021	2022	2023	Эзлэх хувь
<b>Улсын дүн</b>	<b>17205</b>	<b>15922</b>	<b>19931</b>	<b>17981</b>	<b>17533</b>	<b>100.0%</b>
<b>Баруун бүс</b>	<b>2039</b>	<b>1883</b>	<b>2138</b>	<b>1948</b>	<b>1939</b>	<b>11.1%</b>
Баян-Өлгий	558	467	501	501	504	2.9%
Говь-Алтай	303	282	319	295	267	1.5%
Завхан	379	349	422	351	360	2.1%
Увс	432	412	480	402	413	2.4%
Ховд	367	373	416	399	395	2.3%
<b>Хангайн бүс</b>	<b>3237</b>	<b>2918</b>	<b>3410</b>	<b>3163</b>	<b>3148</b>	<b>18.0%</b>
Архангай	542	480	513	488	521	3.0%
Баянхонгор	483	399	506	446	476	2.7%
Булган	315	291	337	338	354	2.0%
Орхон	522	490	624	541	487	2.8%
Өвөрхангай	587	483	631	585	572	3.3%
Хөвсгөл	788	775	799	765	738	4.2%
<b>Төвийн бүс</b>	<b>2562</b>	<b>2238</b>	<b>2775</b>	<b>2596</b>	<b>2495</b>	<b>14.2%</b>
Говьсүмбэр	58	76	97	84	79	0.5%
Дархан-Уул	524	424	537	517	491	2.8%
Дорноговь	399	333	399	387	379	2.2%
Дундговь	256	233	270	237	224	1.3%
Өмнөговь	347	290	349	327	309	1.8%
Сэлэнгэ	502	491	601	525	503	2.9%
Төв	476	391	522	519	510	2.9%
<b>Зүүн бүс</b>	<b>1156</b>	<b>1088</b>	<b>1275</b>	<b>1044</b>	<b>1023</b>	<b>5.8%</b>
Дорнод	435	404	499	399	372	2.1%
Сүхбаатар	351	365	380	294	298	1.7%
Хэнтий	370	319	396	351	353	2.0%
<b>Улаанбаатар</b>	<b>8211</b>	<b>7795</b>	<b>10333</b>	<b>9230</b>	<b>8928</b>	<b>50.9%</b>

Эх сурвалж: Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв

1000 хүнд ногдох нас баралтын түвшинг бүсээр авч үзэхэд Баруун бүс 4.7, Хангайн бүс 5.2, Төвийн бүс 4.9, Зүүн бүс 4.5, Улаанбаатар хот 5.4 нэгж байна. Булган (5.9), Архангай (5.6), Төв (5.6) аймгуудын 1000 хүнд ногдох нас баралтын түвшин улсын дунджаас 0.4-0.7 нэгжээр өндөр байна.

Харин Ховд (4.4), Дорнод (4.4), Говьсүмбэр (4.4), Өмнөговь (4.1) аймгуудын 1000 хүнд ногдох нас баралтын түвшин улсын дунджаас 0.8-1.1 нэгжээр бага байна.

- **Булган** аймагт бүртгэгдсэн нас баралтыг зонхилох 3 шалтгаанаар авч үзэхэд 26.0 хувь зүрхний ишемит өвчин /120, 124, 125/, 12.4 хувь нь элэг ба элгэн дэх цөсний сувгийн өмөн /С22/, 12.4 хувь нь тархины цус харвалт /161, 162/ байна.
- **Архангай** аймагт бүртгэгдсэн нас баралтыг зонхилох 3 шалтгаанаар авч үзэхэд 12.3 хувь бусад зүрх судасны тогтолцооны өвчин /126-128, 130-152, 165-169, 171-189, 195-199/, 11.9 хувь нь элэг ба элгэн дэх цөсний сувгийн өмөн /С22/, 11.3 хувь нь зүрхний ишемит өвчин /120, 124, 125/ байна.

- **Төв** аймагт бүртгэгдсэн нас баралтыг зонхилох 3 шалтгаанаар авч үзэхэд 12.4 хувь зүрхний ишемит өвчин /120, 124, 125/, 10.2 хувь нь бусад зүрх судасны тогтолцооны өвчин /126-128, 130-152, 165-169, 171-189, 195-199/, 7.8 хувь нь элэг ба элгэн дэх цэсний сувгийн өмөн /C22/ байна
- **Улаанбаатар** хотод бүртгэгдсэн нас баралтыг зонхилох 3 шалтгаанаар авч үзэхэд 9.9 хувь бусад зүрх судасны тогтолцооны өвчин /126-128, 130-152, 165-169, 171-189, 195-199/, 9.1 хувь нь зүрхний ишемит өвчин /120, 124, 125/, 9.0 хувь нь элэг ба элгэн дэх цэсний сувгийн өмөн /C22/ байна.

Зураг 54. 1000 хүнд ноогдох нас баралтын түвшин<sup>85</sup>, бүс, аймгаар, 2023 он



- **Зүрх судасны тогтолцооны өвчин:** 10000 хүнд ногдох зүрх судасны тогтолцооны өвчний шалтгаант нас баралтын түвшин 16.6 болж өмнөх оноос 0.4 нэгжээр буурсан.
- **Хавдар:** 10000 хүнд ногдох хавдрын шалтгаант нас баралтын түвшинг 12.5 болж өмнөх оноос 0.1 нэгжээр нэмэгдсэн.
- **Өвчлөл ба нас баралтын гаднын шалтгаан:** 10000 хүнд ногдох өвчлөл ба нас баралтын гаднын шалтгаант нас баралтын түвшинг 8.9 болж өмнөх оноос 0.9 нэгжээр буурсан.
- **Хоол боловсруулах тогтолцооны өвчин:** 10000 хүнд ногдох хоол боловсруулах тогтолцооны өвчний шалтгаант нас баралтын түвшинг 3.5 болж өмнөх оноос 0.1 нэгжээр буурсан байна.
- **Амьсгалын тогтолцооны өвчин:** 10000 хүнд ногдох амьсгалын тогтолцооны өвчний шалтгаант нас баралтын түвшинг 2.6 болж өмнөх оноос өөрчлөгдөөгүй.

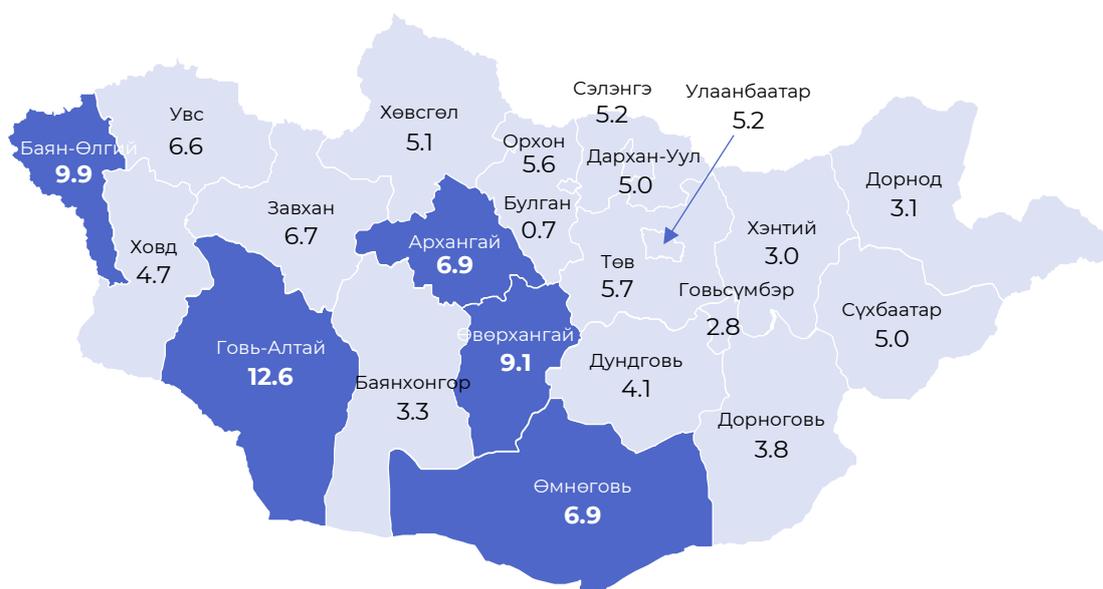
<sup>85</sup> ЭМХТөв, Нас баралтаас тооцсон

Зураг 55. 10000 хүнд ногдох нас баралтын түвшин, зонхилох 5 шалтгаанаар, 2022-2023 он



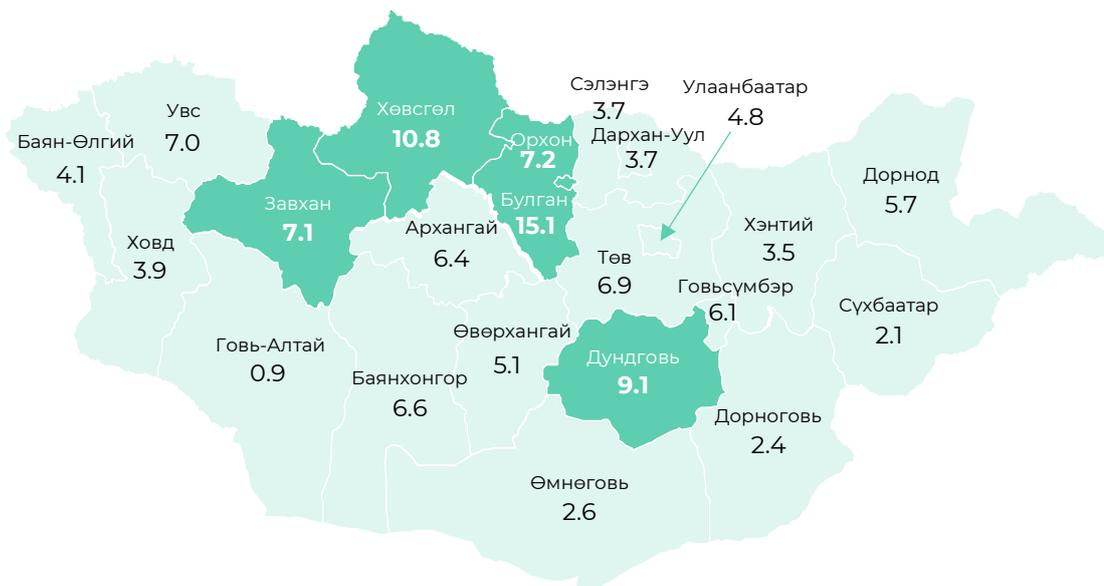
10000 хүнд ногдох нас баралтын түвшинг Бусад зүрх судасны тогтолцооны өвчин /I26-I28, I30-I52, I65-I69, I71-I89, I95-I99/, Зүрхний ишемит өвчин /I20, I24, I25/, Элэг ба элгэн дэх цөсний сувгийн өмөн /C22/, Спиртэд санамсаргүй хордох, өртөх /X45/, Тархины цус харвалт /I61, I62/ гэх мэт зонхилох 5 шалтгаан, аймгаар авч үзэхэд 10000 хүнд ногдох бусад зүрх судасны тогтолцооны өвчний шалтгаант нас баралтын түвшин 2023 онд 5.5 болж өмнөх оноос 0.5 пунктээр нэмэгдсэн байна. Үүнээс Говь-Алтай (12.6), Баян-Өлгий (9.9), Өвөрхангай (9.1), Өмнөговь (6.9), Архангай (6.9) аймгуудад Бусад зүрх судасны тогтолцооны өвчний шалтгаант нас баралт илүү өндөр байна. Тус аймгуудын 10000 хүнд ногдох нас баралтын түвшин улсын дүнгээс 1.4-7.2 нэгжээр их байна.

Зураг 56. 10000 хүнд ногдох бусад зүрх судасны тогтолцооны өвчний шалтгаант нас баралтын түвшин, аймгаар, 2023 он



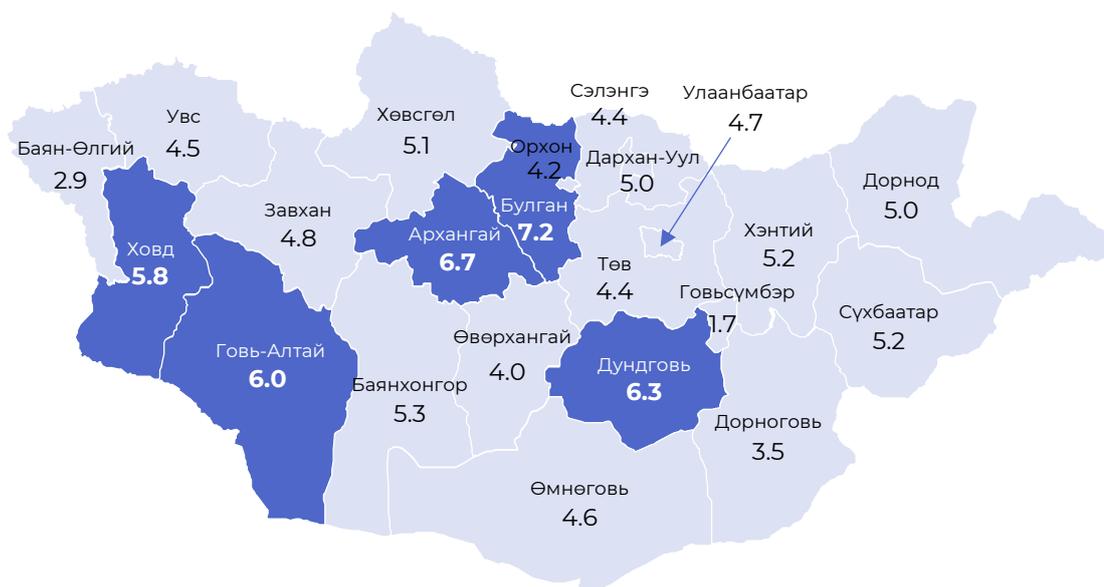
10000 хүнд ногдох зүрхний ишемит өвчний шалтгаант /I20, I24, I25/ нас баралтын түвшин 2023 онд 5.3 болж өмнөх оноос 0.1 нэгжээр буурсан байна. Үүнээс Булган (15.1), Хөвсгөл (10.8), Дундговь (9.1), Орхон (7.2), Завхан (7.1) аймгуудад зүрхний ишемит өвчнөөр /I20, I24, I25 нас баралт илүү өндөр байна. Тус аймгуудын 10000 хүнд ногдох нас баралтын түвшин улсын дүнгээс 1.9-9.9 нэгжээр их байна.

Зураг 57. 10000 хүнд ногдох зүрхний ишемит өвчний шалтгаант нас баралтын түвшин, аймгаар, 2023 он



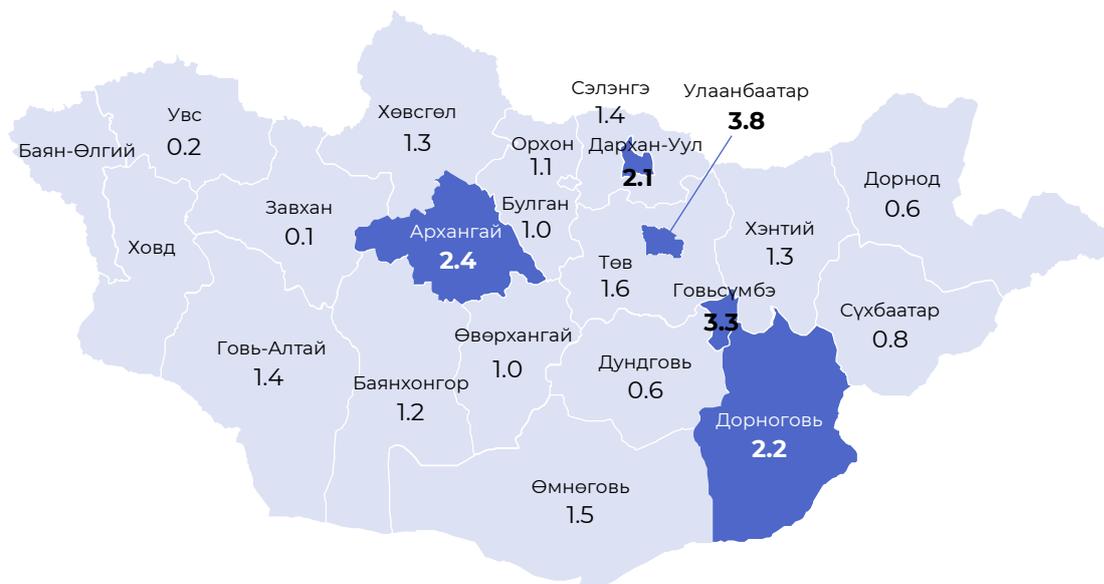
10000 хүнд ногдох элэг ба элгэн дэх цэсний сувгийн өмөн шалтгаант /C22/ нас баралтын түвшин 2023 онд 4.8 болж өмнөх оноос өөрчлөгдөөгүй байна. Булган (7.2), Архангай (6.7), Дундговь (6.3), Говь-Алтай (6.0), Ховд (5.8) аймгуудад элэг ба элгэн дэх цэсний сувгийн өмөн /C22/ өвчний нас баралт илүү өндөр. Тус аймгуудын 10000 хүнд ногдох нас баралтын түвшин улсын дүнгээс 1.0-2.5 нэгжээр их байна.

Зураг 58. 10000 хүнд ногдох элэг ба элгэн дэх цэсний сувгийн өмөн шалтгаант нас баралтын түвшин, аймгаар, 2023 он



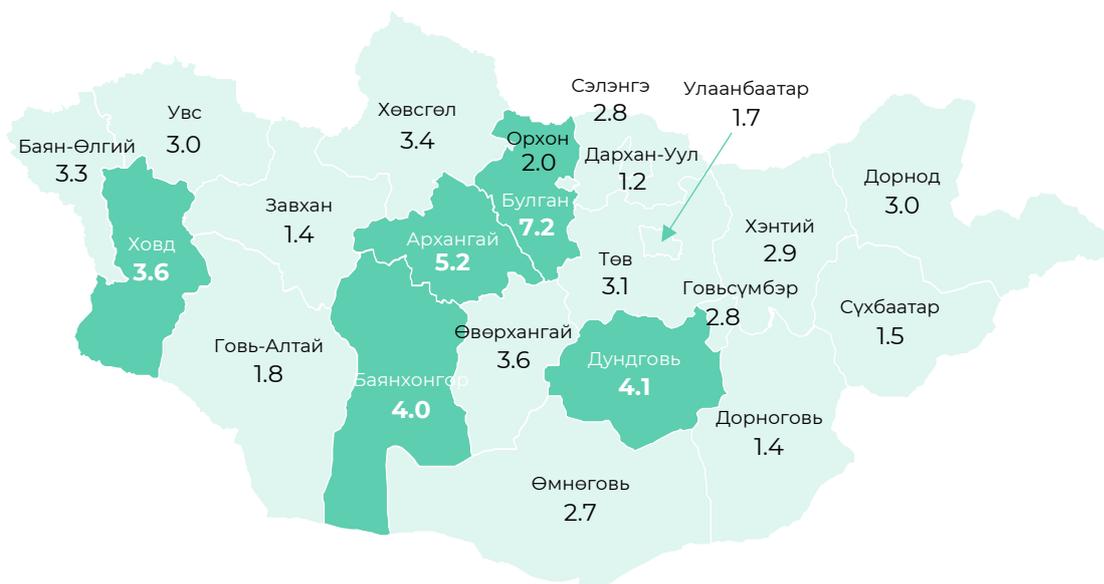
10000 хүнд ногдох спиртэд санамсаргүй хордох, өртөх /X45/ шалтгаант нас баралтын түвшин 2023 онд 2.5 болж өмнөх оноос 0.7 нэгжээр буурсан. Улаанбаатар хот (3.8) болон Говьсүмбэр (3.3) аймагт спиртэд санамсаргүй хордох, өртөх /X45/ шалтгаант нас баралт илүү өндөр байна. Тус аймгуудын 10000 хүнд ногдох нас баралтын түвшин улсын дүнгээс 0.9-1.4 нэгжээр их байна.

Зураг 59. 10000 хүнд ногдох спиртэд санамсаргүй хордох, өртөх шалтгаант нас баралтын түвшин, аймгаар, 2023 он



10000 хүнд ногдох тархины цус харвалтын /161, 162/ шалтгаант нас баралтын түвшин 2023 онд 2.4 болж өмнөх оноос 0.6 нэгжээр буурсан. Булган (7.2), Архангай (5.2), Дундговь (4.5), Баянхонгор (4.0), Ховд (3.6) аймагт тархины цус харвалтын /161, 162/ шалтгаант нас баралт илүү өндөр байгаа бол тус аймгуудын 10000 хүнд ногдох нас баралтын түвшин улсын дүнгээс 1.2-4.8 нэгжээр их байна.

Зураг 60. 10000 хүнд ногдох тархины цус харвалтын шалтгаант нас баралтын түвшин, аймгаар, 2023 он



### 1.3.2.3 Хөдөлмөрийн чадвар алдалт

Хөдөлмөрийн чадвараа түр алдаж, тэтгэмж авсан иргэдийн тоо 2023 онд 147.1 мянга болж өмнөх оноос 16.3 мянга буюу 10.0 хувиар буурсан хэдий ч, тэтгэмжийн хэмжээ 5754.1 сая буюу 20.0 хувиар өсчээ.

Хөдөлмөрийн чадвараа түр алдаж, тэтгэмж авсан иргэдийн 99.0 хувь нь нийгмийн даатгалын сангаас, 1.0 хувь нь үйлдвэрлэлийн осол мэргэжлээс шалтгаалсан өвчний даатгалын сангаас тэтгэмж авсан байна. Харин тэтгэмжийн 94.7 хувь нь нийгмийн даатгалын сангаас, 5.3 хувь нь үйлдвэрлэлийн осол мэргэжлээс шалтгаалсан өвчний даатгалын сангаас олгосон.

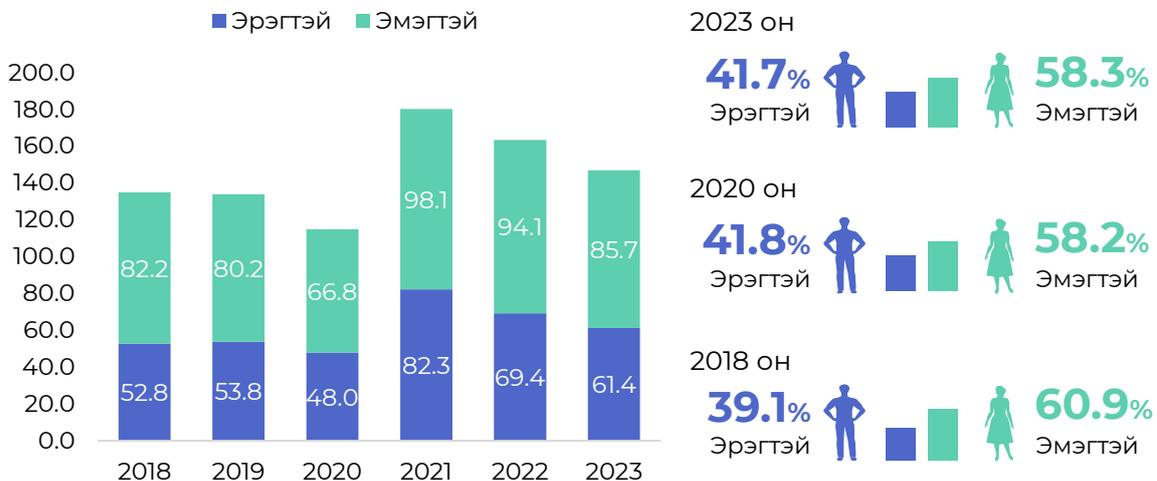
Зураг 61. Хөдөлмөрийн чадвараа түр алдаж, тэтгэмж авсан иргэдийн тоо, тэтгэмжийн хэмжээ, 2018-2023 он



Эх сурвалж: [www.1212.mn](http://www.1212.mn)

Хөдөлмөрийн чадвараа түр алдаж, тэтгэмж авсан иргэдийн 41.7 хувь нь эрэгтэйчүүд, 58.3 хувь нь эмэгтэйчүүд байгаа бол насны бүлгээр 4.9 хувь нь 15-24 насныхан, 27.4 хувь нь 25-34 насныхан, 31.2 хувь нь 35-44 насныхан, 28.4 хувь нь 45-54 насныхан, 7.7 хувь нь 55-64 насныхан, 0.3 хувь нь 65, түүнээс дээш насныхан байна.

Зураг 62. Хөдөлмөрийн чадвараа түр алдаж, тэтгэмж авсан иргэдийн тоо, хүйсээр, 2018-2023 он



Хөдөлмөрийн чадвараа түр алдаж, тэтгэмж авсан иргэдийн 61.1 хувь нь Улаанбаатар хот, 3.0 хувь нь Баруун бүс, 12.1 хувь нь Хангайн бүс, 18.8 хувь нь Төвийн бүс, 4.9 хувь нь Зүүн бүсээс хамрагдсан байна.

Олгосон тэтгэмжийн хэмжээг бүсээр авч үзвэл 2.1 хувь нь Баруун бүс, 11.5 хувь нь Хангайн бүс, 16.9 хувь нь Төвийн бүс, 4.5 хувь нь Зүүн бүс, 65.1 хувь нь Улаанбаатар хотод олгогджээ.

Зураг 63. Хөдөлмөрийн чадвараа түр алдаж, тэтгэмж авсан иргэдийн тоо, мянган хүн, аймгаар, 2023 он



## 2 ӨНӨӨГИЙН НӨХЦӨЛ БАЙДАЛ (AS-IS)

### 2.1 ЗАСАГЛАЛ, МАНЛАЙЛАЛ

#### 2.1.1 Эрүүл мэндийн салбарын хууль, эрх зүйн орчин

Эрүүл мэндийн салбарын хүрээнд мөрдөгдөж байгаа эрх зүйн орчны ерөнхий хүрээг тогтоон, мөрдөгдөж буй эрх зүйн актуудыг тодорхойлох, хууль тогтоомжоор зайлшгүй батлан мөрдүүлэхээр заасан эрх зүйн актууд хуулийн хүчин төгөлдөр болсон эсэх, мөрдөгдөж байгаа эсэхийг тогтоох зорилгоор хууль эрх зүйн орчны шинжилгээг хийсэн.

Судалгаанд нийт хүчин төгөлдөр мөрдөгдөж буй хуулиас эрүүл мэндийн салбарын хуулийг ангилах, салбарын хуулиуд болон хүчин төгөлдөр нийт хуульд эрүүл мэндийн салбартай холбоотой журам, заавар, бусад эрх зүйн акт батлах талаарх заалтын судалгаа, эдгээр эрх зүйн актууд батлагдсан эсэх, түүнчлэн салбарт мөрдөгдөж буй хууль тогтоомжоос бусад эрх зүйн актууд хуулийн дагуу хүчин төгөлдөр болсон эсэхийг дүгнэхийг зорьсон.

Эрүүл мэндийн салбарын үйл ажиллагаанд нийт 65 хууль, 279 эрх зүйн акт (дүрэм, журам, бусад хэм хэмжээний акт) мөрдөгдөж байна.

- Монгол Улсын Үндсэн хууль, Эрүүл мэндийн салбарын хууль **12**
- Бусад нийтлэг харилцааг зохицуулсан хууль **16**
- Эрүүл мэндийн салбарын үйл ажиллагаатай уялдах бусад салбарын хууль **37**
- Эрх зүйн акт (дүрэм, журам, бусад хэм хэмжээний акт) **279**

Төслийн хүрээнд эрүүл мэндийн салбарын хууль тогтоомжид хийсэн судалгааны үр дүнгийн талаарх мэдээлэлд дүн шинжилгээ хийж, нөхцөл байдлыг тодорхойлоход:

1. Монгол Улсын хууль тогтоомжийг 2024 он хүртэл боловсронгуй болгох үндсэн чиглэлийн биелэлтийг судалж үзэхэд 2021 онд өргөн мэдүүлэх 2, 2022 онд өргөн мэдүүлэх 5, үүнээс тогтоосон хугацаанд өргөн мэдүүлээгүй 4, өргөн мэдүүлсэн боловч батлагдаагүй 1, батлагдсан 2 хууль;
2. Эрүүл мэндийн салбарт мөрдөгдөж байгаа 12 хуульд эрх зүйн акт /дүрэм, журам/-ыг батлахаар эрх олгосон 253 заалт байгаагаас холбогдох эрх зүйн акт /дүрэм, журам/-ыг баталсан 216, батлаагүй 37;
3. Бусад салбарын 37 хуульд Засгийн газар 2, Эрүүл мэндийн сайд дангаараа болон бусад салбарын сайдтай хамтран 80 эрх зүйн акт /дүрэм, журам/-ыг батлахаар эрх олгогдсоноос 63 эрх зүйн акт /дүрэм, журам/-ыг баталсан, 19 эрх зүйн акт /дүрэм, журам/-ыг батлаагүй байна.

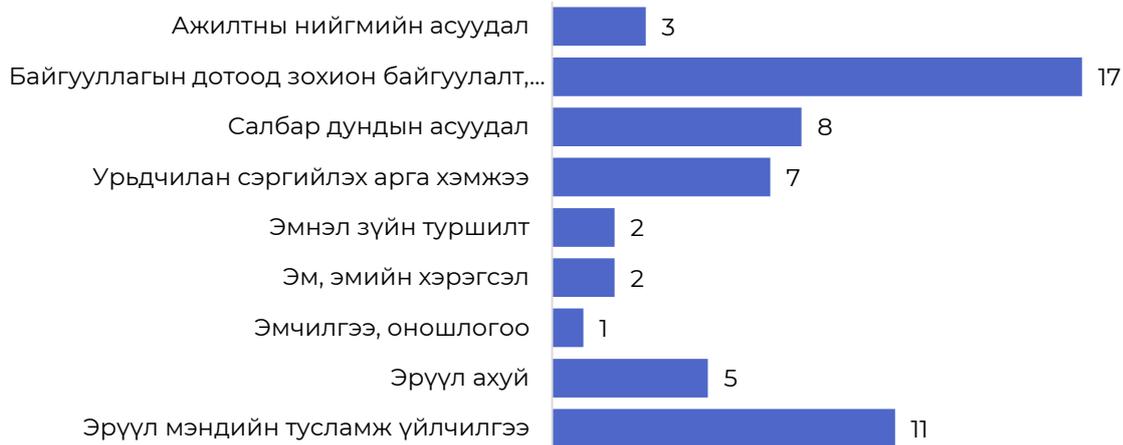
*Хүснэгт 19. Хуулиар эрх олгогдсон боловч батлагдаагүй эрх зүйн актын төрөл, зохицуулах харилцааны харьцуулалт, 2024 оны 04 дүгээр сарын байдлаар*

№	Зохицуулах харилцаа	Нийт	Дүрэм	Журам	Заавар	Жагсаалт	Загвар	Аргачлал	Хөтөлбөр	Дэглэм	Бусад хэм хэмжээний акт
	<b>Нийт дүн</b>	<b>56</b>	<b>10</b>	<b>29</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>7</b>
1	Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ	11		11							
2	Эрүүл ахуй	5		2		1					2
3	Эмчилгээ, оношилгоо	1		1							
4	Эм, эмийн хэрэгсэл	2									2
5	Эмнэлзүйн туршилт	2					1	1			
6	Өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээ	7		3		1	1			1	1
7	Салбар дундын асуудал	8	2	2	1	1			1		1

8	Байгууллагын дотоод зохион байгуулалт, үйл ажиллагаа	17	8	8	1
9	Ажилтны нийгмийн асуудал	3		2	1

Дээрх судалгааны үр дүнгээс үзэхэд эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээтэй холбоотой 11, байгууллагын дотоод зохион байгуулалт, үйл ажиллагаатай холбоотой 17 асуудлыг холбогдох дүрэм, журмаар нарийвчлан зохицуулаагүй нь тухайн үйл ажиллагаа, эрх зүйн харилцаанд зөрчил, дутагдал үүсгэж, эрүүл мэндийн байгууллагын үйл ажиллагаанд сөрөг нөлөө үзүүлж байж болзошгүй байна.

Зураг 64. Батлагдаагүй эрх зүйн баримт бичгийн зохицуулах харилцаа



Хүснэгт 20. Хуулиар эрх олгогдсон боловч батлагдаагүй эрх зүйн актын төрөл, батлах субъектийн харьцуулалт

Батлах субъект	Нийт	Дүрэм	Журам	Заавар	Жагсаалт	Загвар	Аргачлал	Хөтөлбөр	Дэглэм	Бусад хэм хэмжээний акт
<b>Нийт дүн</b>	<b>56</b>	<b>10</b>	<b>29</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>7</b>
Улсын Их Хурал	2	1								1
Засгийн газар	3	1	1							1
Эрүүл мэндийн сайд	25	4	15		1	3			1	1
Эрүүл мэндийн сайд бусад салбарын сайдтай хамтарсан	19	3	10	1	2		1			2
Иргэдийн төлөөлөгчдийн хурал	1									1
Нийслэлийн эрүүл мэндийн газар	1									1
Эрүүл мэндийн даатгалын үндэсний зөвлөл	3		3							
Эрдмийн зөвлөл	1						1			
Нийгмийн даатгалын ерөнхий газар	1	1								

Эрүүл мэндийн үйл ажиллагаатай холбоотой салбар дундын асуудлыг зохицуулсан 8 эрх зүйн баримт бичиг /дүрэм, журам, заавар гэх мэт/ батлагдаагүй, мөн Эрүүл мэндийн сайд бусад салбарын сайдтай хамтран батлахаар холбогдох хууль, тогтоомжид тусгагдсан 19 эрх зүйн баримт бичиг /дүрэм, журам, заавар, жагсаалт, хөтөлбөр, бусад хэм хэмжээний акт/-ийг холбогдох субъекттэй хамтран батлаагүй нь эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ, үйл ажиллагаатай уялдах бусад салбарын хамтын ажиллагаанд хүндрэл учруулах, оролцогчдын үйл ажиллагааг зохицуулах боломжгүйд хүрэх нөхцөл бүрдсэн байж болзошгүйг харуулж байна.

Мөн эрүүл мэндийн салбарын үйл ажиллагаанд мөрдөгдөж байгаа **32** эрх зүйн акт /дүрэм, журам/-ыг хууль зүйн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллагаар шаардлага хангаж байгаа эсэхийг хянуулж, захиргааны хэм хэмжээний актын бүртгэлд бүртгүүлээгүй.

Захиргааны ерөнхий хуулийн 65 дугаар зүйлийн 65.1 дэх хэсэгт “Хууль зүйн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллага захиргааны хэм хэмжээний актыг бүртгэхдээ энэ хуулийн 60, 61, 62 дугаар зүйлд заасан шаардлагыг хангасан эсэхийг хянаж, улсын нэгдсэн бүртгэлд бүртгэнэ.” гэж заасан, мөн хуулийн 67 дугаар зүйлийн 67.2 дахь хэсэгт зааснаар хүчин төгөлдөр болохоор заасан тул хэм хэмжээний актын бүртгэлд бүртгэгдээгүй дээрх 32 актыг хүчин төгөлдөр гэж үзэх үндэслэлгүй юм.

Зураг 65. Захиргааны хэм хэмжээний актын бүртгэлд бүртгэгдээгүй баримт бичгийн судалгааны үр дүнгийн үзүүлэлт



Нөгөөтээгүүр эрх зүйн баримт бичгийг захиргааны хэм, хэмжээний актын бүртгэлд бүртгүүлээгүй нь тухайн эрх зүйн актаар зохицуулагдах үйл ажиллагаа, эрх зүйн харилцаанд зөрчил үүсгэх, зөрчил үүссэн тохиолдолд холбогдох асуудлыг шийдвэрлэх, зохицуулахад хүндрэлтэй нөхцөл байдлыг үүсгэж, цаашлаад холбогдох эрүүл мэндийн байгууллагын хэвийн үйл ажиллагаа алдагдахад хүргэж болзошгүй байна.

Хүснэгт 21. Хэм хэмжээний актын бүртгэлд бүртгэгдээгүй эрх зүйн актын төрөл, 2024 оны 04 дүгээр сарын байдлаар

Зохицуулах харилцаа		Нийт	Эрүүл мэндийн тусламж, Эрүүл ахуй	Эм, эмийн хэрэгсэл	Өвчнөөс урьдчилан	Салбар дундын үйл ажиллагаа	Эрүүл мэндийн даатгалын үйл ажиллагаа	Ёс зүйн хэм хэмжээ
Баталсан субъект								
<b>Нийт дүн</b>		<b>32</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>14</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>1</b>
Эрүүл мэндийн сайд	Дүрэм	1						1
	Журам	6	3		1	2		
	Заавар	1		1				
	Жагсаалт	6			6			
	Бусад хэм хэмжээний акт	2	2					
Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газар	Журам	1			1			
Эрүүл мэндийн даатгалын үндэсний зөвлөл	Журам	2	2					
Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хянан зохицуулах газар	Журам	5			5			
	Журам	6			1		4	1

ЭМС бусад салбарын сайдтай хамтарсан	Жагсаалт	2	2
--------------------------------------	----------	---	---

Дээрх судалгааны үр дүнгээс эрүүл мэндийн салбарын хууль, эрх зүй орчны бүрдлийн хувьд 27 хувь зөрчил, дутагдал үүссэн гэж дүгнэж болохоор байх бөгөөд энэ нь цаашлаад Эрүүл мэндийн яам, Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газар, Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын газар болон эрүүл мэндийн холбогдох бусад байгууллагын үйл ажиллагаатай холбоотой зарим үйлчилгээ, үйл ажиллагааны чанар, хүртээмжтэй байдалд сөргөөр нөлөөлж, доголдол үүсгэх нөхцөл, шалтгаан болох боломжтой.

Иймд Эрүүл мэндийн салбарын хэмжээнд мөрдөгдөж байгаа хууль тогтоомж, дүрэм, журам болон бусад эрх зүйн хэм, хэмжээний актыг боловсронгуй болгох, мөн хууль, журмаар зохицуулаагүй үйл ажиллагаа, эрх зүйн харилцааг журамлах замаар тус салбарын хууль, эрх зүйн тогтолцоог бэхжүүлэх арга хэмжээ авч хэрэгжүүлэх шаардлагатай.

### 2.1.2 Эрүүл мэндийн салбарын бодлого, стратеги

Монгол Улсын Их Хурлаас 2020 оны 5 дугаар сарын 07-ны өдөр баталсан Хөгжлийн бодлого, төлөвлөлт, түүний удирдлагын тухай хуулиар үндэсний урт хугацааны хөгжлийн бодлогын баримт бичигт-Алсын хараа, дунд хугацааны бодлогын баримт бичигт Хөгжлийн зорилтот хөтөлбөр, Монгол Улсыг хөгжүүлэх таван жилийн үндсэн чиглэл, Засгийн газрын үйл ажиллагааны хөтөлбөрийг, богино хугацааны буюу нэг жилийн хугацаанд хэрэгжүүлэх төлөвлөлтийн баримт бичигт Улсын хөгжлийн жилийн төлөвлөгөө, улсын төсөв гэж заасан. Хөгжлийн зорилтот хөтөлбөрөөс бусад хөгжлийн бодлого, төлөвлөлтийн баримт бичгүүд батлагдсан.

Зураг 66. Хөгжлийн бодлого, төлөвлөлтийн баримт бичигт эрүүл мэндийн салбарын зорилго, зорилт, арга хэмжээ, шалгуурын туссан байдал



### “Алсын хараа-2050” Монгол Улсын урт хугацааны хөгжлийн бодлогын баримт бичиг

Монгол Улсын Их Хурлын 2020 оны 5 дугаар сарын 13-ны өдрийн 52 дугаар тогтоолын 1 дүгээр хавсралтаар “Алсын хараа-2050” Монгол Улсын урт хугацааны хөгжлийн бодлогын баримт бичиг /цаашид “Алсын хараа” гэх/, 2 дугаар хавсралтаар хөгжлийн бодлогын хүрээнд 2021-2030 онд хэрэгжүүлэх үйл ажиллагаа, 3 дугаар хавсралтаар хөгжлийн бодлогын хяналт-шинжилгээ, үнэлгээний шалгуур үзүүлэлт, хүрэх түвшнийг баталсан. Тогтоолын 1 дүгээр хавсралтын Зорилт 2.2-оор эрүүл мэндийн салбарын зорилтыг “Эрүүл дадал хэвшилтэй, идэвхтэй амьдралын хэв маягтай иргэнийг төлөвшүүлэн эрүүл мэндийн чанар, хүртээмж, үр дүнтэй тогтолцоог хөгжүүлнэ” гэж тодорхойлон I үе шат буюу 2021-2030 онд 9 хүрэх үр дүн, 2 дугаар хавсралтаар мөн хугацаанд хэрэгжүүлэх 39 үйл ажиллагаа, 3 дугаар хавсралтаар 8 шалгуур үзүүлэлт, хүрэх түвшнийг баталсан.

Хүснэгт 22. “Алсын хараа 2050” бодлогын баримт бичигт туссан эрүүл мэндийн талаарх зорилт

Үе шат	Зорилго	Хүрэх үр дүн
I үе шат (2021-2030)	Эрүүл мэндийн чанар, хүртээмжтэй тогтолцооны шинэчлэлийн үе	2030 онд дундаж наслалтыг 78-д хүргэнэ
II үе шат (2031-2040)	Амьдралын зөв дадал, хэвшилтэй иргэнийг төлөвшүүлэх үе	
III үе шат (2041-2050)	Эрүүл амьдралын хэв маягийг дэмжих үе	2050 онд дундаж наслалтыг 82-д хүргэнэ

Алсын хараанд туссан эрүүл мэндийн салбарын хүрэх үр дүн, хэрэгжүүлэх үйл ажиллагаа, шалгуур үзүүлэлтийн хоорондын уялдаа холбоо, хамаарал, төлөвлөлтийн байдалд дүн шинжилгээ хийхэд 9 хүрэх үр дүнг төрөлжүүлж, системчлээгүй байна. ДЭМБ-аас зөвлөдөг эрүүл мэндийн тогтолцооны 6 блокоор төрөлжүүлэн хүрэх үр дүнг тодорхойлоогүй.

Жишээ нь, 6 дугаар хүрэх үр дүнг **“Эрүүл мэндийн үйлчилгээнд даатгалын, улсын төсвийн болон хувь хүний санхүүжилтийн зохистой харьцааг бий болгож, хүн амын эрүүл амьдралын хэвшлийг төлөвшүүлж, иргэн бүрийг эрүүл мэндийн анхан шатны тусламж, үйлчилгээнд бүрэн хамруулж, нийт сумыг хамарсан алсын зайн үндэсний сүлжээг бий болгож, хүн амын дундаж наслалт уртассан байна”** гэж тодорхойлсон. “Даатгал” нь эрүүл мэндийн системийн санхүүжилт, “эрүүл амьдралын хэвшил” нь нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ, “анхан шатны тусламж, үйлчилгээ” нь эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ, “үндэсний сүлжээ” нь техник технологид хамаарах бол “хүн амын дундаж наслалт” нь эрүүл мэндийн салбарын бодлогын баримт бичгийн үндсэн зорилго болох ойлголт бөгөөд улс орнуудын эрүүл мэндийн бодлогын баримт бичгүүд хүний дундаж наслалтыг нэмэгдүүлэхэд голлон анхаардаг. Олон төрлийн тусдаа бие даасан ойлголтуудыг нэг өгүүлбэрт оруулан нэг хүрэх үр дүн болгосон нь уншиж ойлгон, биелүүлэхэд төвөгтэй төдийгүй түүнийг хэрэгжүүлэх, хүрэх үр дүнг үнэлэхэд хүндрэл учруулж болзошгүй.

Алсын хараанд хүрэх үр дүн, түүнд хүрэх үйл ажиллагааг тогтоолын 1, 2 дугаар хавсралтаар тусад нь салгаж зааж өгсөн ч эрүүл мэндийн салбарын зорилтод хүрэх үр дүн, түүнд хүрэх үйл ажиллагааг нэг өгүүлбэрт багтаан тогтоолын 1, 2 дугаар хавсралтад хүрэх үр дүн, арга хэмжээ гэж ялгалгүй, системчлэлгүй тусгасан. Тухайлбал, “эх, нялхсын болон 5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдлийн түвшин буурсан байна” гэдэг нь хүрэх үр дүн, “Сэргийлж болох эх, хүүхдийн эндэгдэлд нөлөөлөх хүчин зүйлийг багасгаж” гэдэг нь хэрэгжүүлэх үйл ажиллагаа байтал “Сэргийлж болох эх, хүүхдийн эндэгдэлд нөлөөлөх хүчин зүйлийг багасгаж, эх, нялхсын болон 5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдлийн түвшин буурсан байна” гэж томъёолон тогтоолын 1 дүгээр хавсралтын эрүүл мэндийн салбарын 9 дүгээр хүрэх үр дүн болгон тусгасан. Үүнтэй адил хүрэх үр дүн, үйл ажиллагааг нэг өгүүлбэрт оруулан томъёолон тогтоолын 2 дугаар хавсралтад заасан байна. Өөрөөр хэлбэл, Алсын харааны хүрэх үр дүн болох 1 дүгээр хавсралтад хүрэх үр дүн, хэрэгжүүлэх үйл ажиллагааг, түүний хэрэгжүүлэх үйл ажиллагаа болох 2 дугаар хавсралтад дээрхтэй мөн адил хүрэх үр дүн, хэрэгжүүлэх үйл ажиллагааг тусгасан нь системтэй төрөлжүүлэн томъёолоогүйн илрэл юм. Тиймээс 9 хүрэх үр дүн, 39 хэрэгжүүлэх үйл ажиллагаанд дүн шинжилгээ хийн агуулгаар нь ангилахад хүрэх үр дүн 23, хэрэгжүүлэх арга хэмжээ 60 байгаа нь тогтоогдсон. Гэвч зарим хүрэх үр дүнг хэрэгжүүлэх үйл ажиллагаа байхгүй бол зарим үйл ажиллагааны хүрэх үр дүнг томъёолон тусгаагүй байна.

Тодорхойлсон зорилтод хүрэхийн тулд үйл ажиллагаа буюу тодорхой тооны арга хэмжээг хэрэгжүүлсний үр дүнд шалгуур үзүүлэлтээр зорилтод үр дүнд хүрч, зорилт биелсэн эсэхийг хэмждэг. Алсын харааны эрүүл мэндийн салбарын хүрэх үр дүнг системтэй төрөлжүүлэн томъёолоогүйгээс гадна хүрэх үр дүнд харгалзуулан хэрэгжүүлэх үйл ажиллагааг тодорхойлон заалгүй 39 үйл ажиллагааг цувуулан дурдсан. Тухайлбал, “Эрүүл мэндийн салбарт цахим үйлчилгээг өргөжүүлэн үндэсний эрүүл мэндийн мэдээллийн сан бүрдсэн байна” гэх хүрэх үр дүнд харгалзах үйл ажиллагаа тогтоолын 2 дугаар хавсралтад байхгүйгээс гадна бусад 8 хүрэх үр дүн тус бүрд харгалзах үйл ажиллагааг 39 үйл ажиллагаанаас олж тогтооход хүндрэлтэй. Мөн эрүүл мэндийн салбар 9 хүрэх үр дүнтэй боловч түүнд хүрсэн эсэхийг хэмжих шалгуур үзүүлэлт 8. Гэвч эдгээр 8 шалгуур үзүүлэлт нь 9 хүрэх үр дүнгийн бүгдийнх нь шалгуур үзүүлэлт биш төдийгүй “төрөлтийн нийлбэр коэффициент”, “тухайн жилийн товлот дархлаажуулалтад хамрагдсан хүүхдийн

эзлэх хувь” гэсэн шалгуур үзүүлэлтүүдэд харгалзах хүрэх үр дүн, хэрэгжүүлэх арга хэмжээ байхгүй.

Засгийн газрын 2020 оны 206 дугаар тогтоолоор баталсан “Бодлогын баримт бичгийн хэрэгжилт болон захиргааны байгууллагын үйл ажиллагаанд хяналт-шинжилгээ, үнэлгээ хийх нийтлэг журам”-ын 1 дүгээр хавсралтад заасны дагуу Алсын харааны явцын хэрэгжилтийн тайланг тогтоолын 2 дугаар хавсралтаар баталсан хүснэгтийн дагуу тайлагнах ёстой. Гэвч программ хангамжийн хязгаарлагдмал байдлаас үүдэн шалгуур үзүүлэлт, зорилтод түвшнийг тайлагнадаггүйгээс 2023 онд Эрүүл мэндийн яам Алсын хараанд туссан салбарын 39 хэрэгжүүлэх үйл ажиллагааны тайланг тайлагнасан. Түүний үндсэн 9 хүрэх үр дүн, 8 шалгуур үзүүлэлтийг хэмжиж салбарын зорилт болох “Эрүүл дадал хэвшилтэй, идэвхтэй амьдралын хэв маягтай иргэнийг төлөвшүүлэн эрүүл мэндийн чанар, хүртээмж, үр дүнтэй тогтолцоог хөгжүүлнэ” гэсэн зорилтын биелэлтийг тайлагнаагүй.

Эрүүл мэндийн салбарын бодлогыг Эрүүл мэндийн яам дангаараа хэрэгжүүлэх боломжгүй, эрүүл мэндийг хамгаалах нь салбар дундын ойлголт, түүнийг хэрэгжүүлэхэд бусад салбаруудын оролцоо зайлшгүй тул нийгмийн бусад салбарын бодлогын баримт бичигт эрүүл мэндийг хамгаалах талаар бодлогыг тусгаж өгдөг “Бодлого бүрд эрүүл мэнд” буюу “Health in All Policies” хандлага дэлгэрч улс орнууд өөрсдийн бүх бодлогын баримт бичигт нийгмийн эрүүл мэндийн талаарх бодлогыг тусгаж өгдөг болсон. Алсын хараанд Хүнд ээлтэй амьдрах орчин, Эрүүл, идэвхтэй амьдралын хэв маяг, Тогтвортой хөдөө аж ахуй, Хүн төвтэй хот зэрэг чиглэлүүдэд эрүүл мэндийн салбар хоорондын хүрэх үр дүн туссан. Хэдийгээр Хүнд ээлтэй амьдрах орчин чиглэлийн Зорилт 2.5-ын 3-т “Эрүүл мэндийн болон орчны тандалт, нөлөөллийн үнэлгээ хийх тогтолцоог бий болгож бэхжүүлнэ” гэсэн боловч тогтолцоог бий болгоход чиглэсэн арга хэмжээ байхгүй. Тогтвортой хөдөө аж ахуй чиглэлийн Зорилт 8.3-ын 5-ыг “Мал, амьтны эрүүл мэндийг хамгаалах, мал, амьтны гаралтай түүхий эд, бүтээгдэхүүний ариун цэвэр, эрүүл ахуйн шаардлагыг хангах, нийтийн эрүүл мэндийг хамгаалах, худалдааны чөлөөт байдлыг дэмжинэ” гэж томъёолсон боловч ариун цэвэр, эрүүл ахуйн шаардлага хангах, нийгмийн эрүүл мэндийг хамгаалахад чиглэсэн арга хэмжээг тусгаагүй байна.

### Монгол Улсыг 2021-2025 онд хөгжүүлэх таван жилийн үндсэн чиглэл

Монгол Улсын Их Хурал 2020 оны 8 дугаар сарын 28-ны өдрийн 23 дугаар тогтоолоор “Монгол Улсыг 2021-2025 онд хөгжүүлэх таван жилийн үндсэн чиглэл”-ийг баталсан. Эрүүл мэндийн салбарын зорилтыг “Эрүүл мэндийн чанар, хүртээмжтэй, үр дүнтэй тогтолцооны шинэчлэл хийнэ” гэж тодорхойлон 8 арга хэмжээ, 15 хяналт-шинжилгээ, үнэлгээний шалгуур үзүүлэлт, хүрэх түвшнийг томъёолсон. Хөгжлийн бодлого, төлөвлөлт, түүний удирдлагын тухай хуулийн 6 дугаар зүйлийн 6.7-д таван жилийн хугацаанд хэрэгжүүлэх хөгжлийн төлөвлөлтийн баримт бичиг нь урт хугацааны хөгжлийн бодлогын зорилго, зорилтын тухайн таван жилд хүрэх үр дүн, тоон болон чанарын шалгуур үзүүлэлт, тухайн шалгуур үзүүлэлтээр хэмжигдэх зорилтот түвшнийг тодорхойлсон байхыг шаарддаг. “Монгол Улсыг 2021-2025 онд хөгжүүлэх таван жилийн үндсэн чиглэл”-ийн /цаашид “Үндсэн чиглэл” гэх/ 8 арга хэмжээг Алсын харааны 2021-2030 онд эрүүл мэндийн салбарын 9-н хүрэх үр дүн, 39 арга хэмжээтэй тулгахад Алсын харааны хүрэх үр дүн болох “4. Эрүүл мэндийн хүний нөөцийн хангалт, ур чадвар, нийгмийн хамгааллыг сайжруулсан байна” гэснийг Үндсэн чиглэлд “2.2.8. Эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцийн ур чадвар, нийгмийн хамгааллыг сайжруулна” гэж арга хэмжээ болгосон нь зохисгүй. Үндсэн чиглэлийн 2.2.1, 2.2.2 дугаартай арга хэмжээ нь Алсын хараанд байхгүй бол 2.2.3-2.2.7 дугаартай арга хэмжээнүүд нь Алсын харааны үйл ажиллагаатай нийцсэн.

Алсын хараатай адил Үндсэн чиглэлийн эрүүл мэндийн салбарын хэрэгжүүлэх зарим арга хэмжээнд хэд хэдэн өөр утга агуулгатай арга хэмжээг нэг арга хэмжээ болгон томъёолсон, зорьсон үр дүнд хүрэхэд эдгээр арга хэмжээнүүд хамааралгүй байгаа нь Үндсэн чиглэлийг практикт хэрэгжүүлэх, түүний хэрэгжилтийг үндэслэлтэйгээр үнэлж, дүгнэхэд хүндрэл учруулж болзошгүй. Онцолбол, Үндсэн чиглэлийн 2.2.5-ын гүйцэтгэлийн санхүүжилт, эмнэлгийн хагас бие даасан байдал, нэг худалдан авагчийн тогтолцоо, улсын төсөв, даатгалын үр ашиг нь иргэдийн эрүүл мэндээс шалтгаалсан санхүүгийн бэрхшээлийг бууруулахгүй.

Үндсэн чиглэлийн эрүүл мэндийн шалгуур үзүүлэлтүүд нь зорилтот түвшнийг хэмжих боломжгүй байдлаар тодорхойлсон. Шалгуурууд нь эх, нялхсын эндэгдэл, дархлаажуулалт, эрт илрүүлэг зэрэг асуудлууд руу чиглэсэн тул “Эрүүл мэндийн чанар, хүртээмжтэй, үр дүнтэй тогтолцооны шинэчлэл хийнэ” гэсэн зорилтыг шууд хэмжих боломжгүй юм. Гагцхүү иргэдийн эрүүл мэндээс шалтгаалсан санхүүгийн бэрхшээлийг бууруулах 2.2.5 дахь заалтыг хэмжихээр “Иргэдийн эрүүл мэндээс шалтгаалсан санхүүгийн бэрхшээл, ядууралд өртөх эрсдэлийг” 50 хувиар бууруулсан байна гэж тусгажээ. Бусад шалгуур үзүүлэлтүүд нь үлдэх 7 арга хэмжээг шууд хэмжих боломжгүй.

### Монгол Улсын Засгийн газрын 2020-2024 оны үйл ажиллагааны хөтөлбөр

Монгол Улсын Их Хурал 2020 оны 8 дугаар сарын 28-ны өдрийн 24 дүгээр тогтоолоор “Монгол Улсын Засгийн газрын 2020-2024 оны үйл ажиллагааны хөтөлбөр”-ийг /цаашид “Үйл ажиллагааны хөтөлбөр” гэх/ баталсан. Эрүүл мэндийн салбарын зорилгыг “Өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, эрт илрүүлэх тогтолцоог бэхжүүлж, орчин үеийн оношилгоо, эмчилгээний технологийг өргөжүүлж, эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний чанар, хүртээмжийг сайжруулна” гэж тодорхойлон, түүнд хүрэх 14 зорилт, 18 хэрэгжүүлэх арга хэмжээтэй.

Монгол Улсын Засгийн газрын 2020 оны 203 дугаар тогтоолоор баталсан “Монгол Улсын Засгийн газрын 2020-2024 оны үйл ажиллагааны хөтөлбөрийг хэрэгжүүлэх төлөвлөгөө”-нд эрүүл мэндийн салбарын хэрэгжүүлэх арга хэмжээг 82 болгож 14 зорилтод нийцүүлэн томъёолсон.

Хөгжлийн бодлого, төлөвлөлт, түүний удирдлагын тухай хуулийн 6 дугаар зүйлийн 6.8.1-т Засгийн газрын үйл ажиллагааны хөтөлбөр нь Монгол Улсыг хөгжүүлэх таван жилийн үндсэн чиглэлд тусгасан зорилго, зорилт, хүрэх үр дүнд хүрэхээр чиглэсэн байх, хөгжлийн зорилтот хөтөлбөрт заасан төсөл, арга хэмжээтэй уялдсан байхыг шаарддаг. Үндсэн чиглэлийн эрүүл мэндийн салбарын 8 зорилт Үйл ажиллагааны хөтөлбөрийн эрүүл мэндийн салбарын 2.1.1-2.1.9 зорилттой нийцсэн. Үлдэх 2.1.10-2.1.14-т заасан үйлчлүүлэгч, эмчлүүлэгчийн эрүүл мэндийн эрхийг хамгаалах хууль; бүсийн эмнэлэг, оношилгооны төвийг байгуулах; аймаг, сумын эрүүл мэндийн төвүүдийн барилга, дэд бүтцийг сайжруулах; өрхийн эмнэлгийн статус, санхүүжилт; нүхэн жорлон зэрэг арга хэмжээний шинжтэй зүйлсийг зорилт болгон Үйл ажиллагааны хөтөлбөрт тусгасан байна.

### Монгол Улсын хөгжлийн 2024 оны төлөвлөгөө

Монгол Улсын Их Хурал 2023 оны 5 дугаар сарын 30-ны өдрийн 39 дүгээр тогтоолын 1 дүгээр хавсралтаар “Монгол Улсын 2024 онд баримтлах бодлогын тэргүүлэх чиглэл”, 2 дугаар хавсралтаар “Монгол Улсын 2024 оны хөгжлийн төлөвлөгөө”, 3 дугаар хавсралтаар “Монгол Улсын 2024 оны хөгжлийн төлөвлөгөөний хяналт-шинжилгээ, үнэлгээний үзүүлэлт”-ийг баталсан. Монгол Улсын хөгжлийн 2024 оны төлөвлөгөө /цаашид “Хөгжлийн төлөвлөгөө” гэх/-ний Эрүүл мэндийн төсвийн ерөнхийлөн захирагчийн хүрэх үр дүнг “Өвчлөл, нас баралтыг бууруулна” гэж, хөтөлбөрийн үр дүнг “Дотоодод худалдаалж байгаа эмийн чанарыг олон улсын стандартад нийцүүлнэ”, “Эрүүл мэндийн салбарын үйлчилгээний чанар, хүртээмжийг нэмэгдүүлнэ” гэж томъёолсон. Хөгжлийн хөтөлбөрийг үр дүнд хүргэх 8 арга хэмжээг төлөвлөжээ.

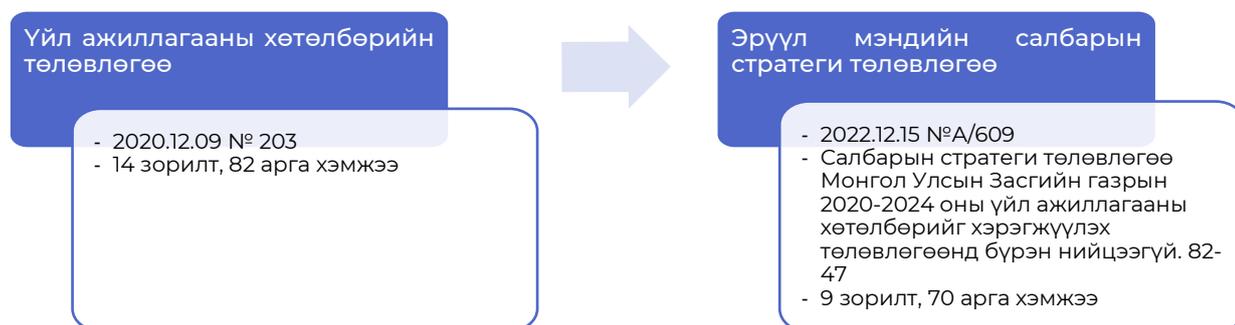
Хөгжлийн бодлого, төлөвлөлт, түүний удирдлагын тухай хуулийн 6 дугаар зүйлийн 6.10 дахь хэсэг нэг жилийн хугацаанд хэрэгжих хөгжлийн баримт бичиг нь Үндсэн чиглэл, Үйл ажиллагааны хөтөлбөрт туссан зорилт, арга хэмжээг хэрэгжүүлэхээр боловсруулагдсан байхыг шаарддаг. Хөгжлийн төлөвлөгөөний арга хэмжээ тус бүрийн бодлогын үндэслэлд Алсын хараа, Үндсэн чиглэл, Үйл ажиллагааны хөтөлбөрийг хэрэгжүүлэх төлөвлөгөө тус бүрийн холбогдох заалтыг иш татсан. Гэвч Алсын харааны 2 дугаар хавсралтын 9 дүгээр зорилго “Улаанбаатар ба дагуул хот”, “Хүн төвтэй хот” чиглэлийн “Иргэдийнхээ хөгжих боломжийг хангасан хөдөлмөрийн үнэлэмж өндөртэй эрүүл чийрэг, бүтээгч, оюунлаг иргэдтэй хот болно” гэсэн 9.1 дэх зорилтын 9.1.9, 9.1.10, 9.1.13, 9.1.16 дахь заалтуудыг иш татжээ. Эдгээр заалтууд нь Улаанбаатар хотоос эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний чиглэлээр хэрэгжүүлэх үйл ажиллагаа бөгөөд Эрүүл мэндийн яам хариуцах арга хэмжээнд иш татсан нь оновчгүй. Зүй нь “Алсын хараа-2050”-ын эрүүл мэндийн салбарын үйл ажиллагаанаас иш татах байсан.

Хөгжлийн бодлого төлөвлөлтийн тухай хуулийн 6 дугаар зүйлийн 6.10 дахь хэсэгт зааснаар улсын төсөв нь Улсын хөгжлийн жилийн төлөвлөгөөг хэрэгжүүлэхэд чиглэсэн байхыг шаарддаг. Гэвч Хөгжлийн төлөвлөгөөний 8 арга хэмжээнээс хоёр нь Монгол Улсын 2024 оны төсвийн тухай хуульд тусаж бусад нь тусгагдаагүй.

### Эрүүл мэндийн салбарын 2022-2025 оны стратеги төлөвлөгөө

Төрийн албаны тухай хуулийн 53 дугаар зүйлд заасны дагуу төсвийн ерөнхийлөн захирагч харьяа байгууллагын дөрвөн жилийн стратеги төлөвлөгөө боловсруулан баталж, хэрэгжилтийг хариуцсан зохион байгуулна гэж, стратеги төлөвлөгөө боловсруулах, батлах, хэрэгжилтийг хангах журмыг Төрийн албаны зөвлөлийн саналыг үндэслэж Засгийн газар батална гэж заасан. Засгийн газрын 2020 оны 216 дугаар тогтоолоор баталсан “Стратеги төлөвлөгөө боловсруулах, батлах, хэрэгжилтийг хангах журам”-ын 2.1-т заасны дагуу стратеги төлөвлөгөө нь Засгийн газрын үйл ажиллагааны хөтөлбөрийг хэрэгжүүлэх арга хэмжээний төлөвлөгөө батлагдсанаас хойш хоёр сарын дотор дөрвөн жилийн хугацаатайгаар боловсруулна гэж заасан.

Зураг 67. Эрүүл мэндийн салбарын стратеги төлөвлөгөөний зорилт, арга хэмжээ



Эрүүл мэндийн сайд Эрүүл мэндийн салбарын 2022-2025 оны стратеги төлөвлөгөөг 2022 оны 12 дугаар сарын 15-ны өдөр А/609 дүгээр тушаалаар баталсан. Засгийн газрын 2020 оны 216 дугаар тогтоолоор баталсан “Стратеги төлөвлөгөө боловсруулах, батлах, хэрэгжилтийг хангах журам”-ын 2.1-т стратеги төлөвлөгөө нь Засгийн газрын үйл ажиллагааны хөтөлбөрийг хэрэгжүүлэх арга хэмжээний төлөвлөгөөнд туссан зорилт, арга хэмжээг хэрэгжүүлэхэд чиглэсэн байна гэж заасан.

Монгол Улсын Засгийн газрын 2020-2024 оны үйл ажиллагааны хөтөлбөрийг хэрэгжүүлэх төлөвлөгөө”-өөр эрүүл мэндийн салбар 14 зорилт, 82 хэрэгжүүлэх арга хэмжээтэй бол Эрүүл мэндийн салбарын стратеги төлөвлөгөө /цаашид “стратеги төлөвлөгөө” гэх/ 9 зорилт, 70 арга хэмжээтэйгээр батлагдсан. Стратеги төлөвлөгөөг Ковид-19-ийн дараа буюу 2022 оны 12 дугаар 25-нд баталсан, Үйл ажиллагааны хөтөлбөрийн Ковид-19 халдварт цар тахлаас үүдэлтэй нийгэм, эдийн засгийн хүндрэлийг даван туулах бодлогын зорилт, арга хэмжээг бүрэн тусгаагүй, зөвхөн өвчний хяналт сэргийлэлтийн төв байгуулах, хилийн боомтуудад тандалтын нэгж байгуулах гэсэн 2 арга хэмжээ стратеги төлөвлөгөөнд туссан. Стратеги төлөвлөгөөнд Засгийн газрын үйл ажиллагааны хөтөлбөрийг хэрэгжүүлэх төлөвлөгөөний 82 арга хэмжээний 47 нь туссан нь дээрх журмын Засгийн газрын үйл ажиллагааны хөтөлбөрийг хэрэгжүүлэх арга хэмжээний төлөвлөгөөнд туссан зорилт, арга хэмжээг хэрэгжүүлэхэд чиглэсэн байна гэж заасантай нийцээгүй.

Эрүүл мэндийн яамны цахим хуудсанд тавигдсан стратеги төлөвлөгөөний арга хэмжээний тоо мөн цахим хуудсанд байршсан Эрүүл мэндийн сайдын 2022 оны 12 дугаар сарын 15-ны өдөр А/609 дүгээр тушаалын стратеги төлөвлөгөөний арга хэмжээний тооноос зөрсөн.

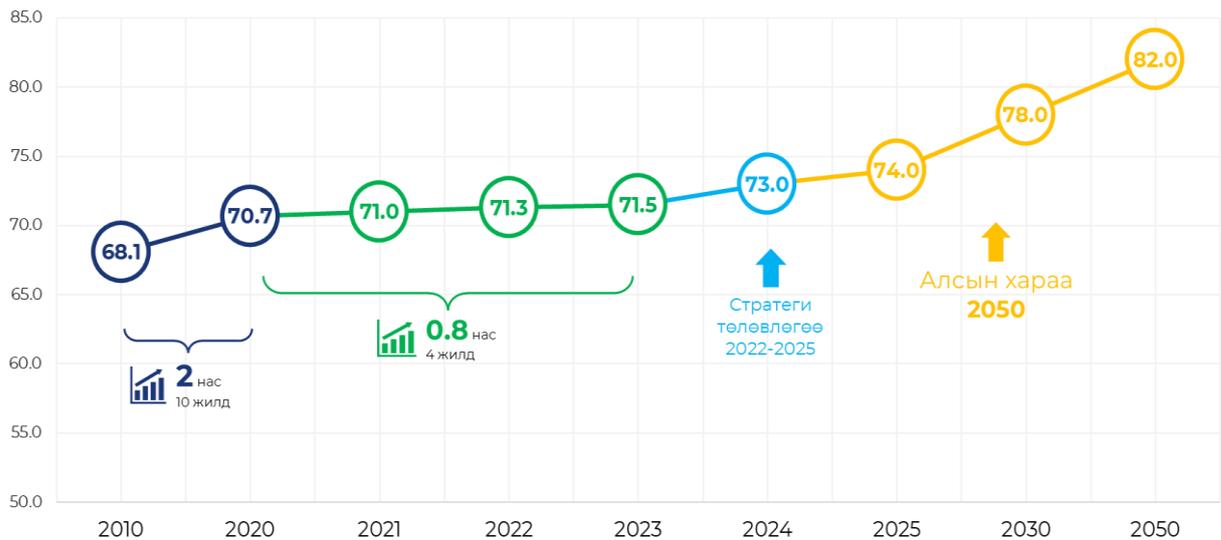
Мөн Монгол Улсын олон улсын хамтын нийгэмлэгийн өмнө хүлээсэн үүрэг болох Тогтвортой хөгжлийн зорилгын Эрүүл мэндийг дэмжих зорилгын 17 зорилтод нийцүүлэн эрүүл мэндийн салбарын бодлогын баримт бичгүүдийг төлөвлөөгүй нь анхаарал татаж байна.

Алсын хараанд эрүүл мэндийн салбарын бодлого төрөлжүүлэн, системтэйгээр төлөвлөгдөөгүй, хэрэгжүүлэх арга хэмжээ, шалгуур үзүүлэлт нь зорилт, хүрэх үр дүндээ чиглээгүй, зорилт, хүрэх үр дүнд арга хэмжээ, шалгуур үзүүлэлт байхгүй, хүрэх үр дүн

хэрэгжүүлэх арга хэмжээг хооронд нь хольж нэг өгүүлбэрт багтаан системгүйгээр тусгажээ. Алсын харааны хүрэх үр дүн Үндсэн чиглэлд хэрэгжүүлэх арга хэмжээ болж туссан, хэд хэдэн өөр утга агуулгатай арга хэмжээг нэг арга хэмжээ болгон томъёолсон, зорьсон үр дүнд хүрэхэд эдгээр арга хэмжээнүүд хамааралгүй, зорилтыг шууд хэмжих шалгуур үзүүлэлт байхгүй байна. Үйл ажиллагааны хөтөлбөрт арга хэмжээний шинжтэй зүйлсийг зорилт болгон тусгасан. Хөгжлийн төлөвлөгөөнд Алсын харааны холбогдох заалтыг буруу иш татсан, холбогдох арга хэмжээний санхүүжилт 2024 оны улсын төсөвт суугаагүй. Салбарын стратеги төлөвлөгөө Монгол Улсын Засгийн газрын 2020-2024 оны үйл ажиллагааны хөтөлбөрийг хэрэгжүүлэх төлөвлөгөөнд бүрэн нийцэхгүй байгаагаас дүгнэхэд салбарын бодлогыг тодорхойлж чаддаггүй, бодлогыг зөв тодорхойлоогүйгээс эрүүл мэндийн салбарт хэрэгжүүлж арга хэмжээ буюу интервенцийг оновчгүй тодорхойлжээ.

Хөгжлийн бодлого, төлөвлөлт, түүний удирдлагын тухай хуулийн 11 дүгээр зүйлд хөгжлийн бодлого, төлөвлөлтийн баримт бичиг боловсруулахад хуулийн 5 дугаар зүйлд заасан зарчмуудыг баримтлахыг шаарддаг. Гэвч салбарын бодлого, төлөвлөлтийн баримт бичгүүдийг боловсруулахдаа "тогтвортой, тасралтгүй, залгамж чанартай байх", "зорилго, зорилт хэмжигдэхүйц байх", "шалгуур үзүүлэлт нь зорилготой нийцэж байх", "төлөвлөлт нь үр дүнд чиглэсэн байх", "төлөвлөлтөд суурилсан төсөвлөлтийн" зарчмуудыг баримтлаагүйн илэрхий байна. Тухайлбал, "Алсын хараа-2050" урт хугацааны бодлогын баримт бичиг, Эрүүл мэндийн салбарын 2022-2025 оны стратегийн төлөвлөгөөнд дундаж наслалтыг 2024 онд 73-т, 2025 онд 74-т, 2030 онд 78-д, 2050 онд 82-т хүргэхээр зорилт дэвшүүлсэн.

Зураг 68. Хүн амын дундаж наслалт, 2010-2050 он



Эх сурвалж: Үндэсний статистикийн мэдээлэл, Алсын хараа-2050 бодлогын баримт бичиг, Эрүүл мэндийн салбарын стратеги төлөвлөгөө

### 2.1.3 Эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийн үнэлгээ

Манай улсын хувьд эрүүл мэндийн салбарын гүйцэтгэлийн үнэлгээг Засгийн газрын үйл ажиллагааны хөтөлбөр, эрүүл мэндийн арга хэмжээний бусад хөтөлбөрүүд (Жишээлбэл: Халдварт бус өвчинтэй тэмцэх, Элэг бүтэн Монгол, Эх, хүүхэд, нөхөн үржихүйн эрүүл мэнд г.м. ), үндэсний стратегиудын зорилго, зорилтыг хангах арга хэмжээний хэрэгжилтийн байдал, зарим нэгэн хэмжигдэхүйц шалгуур үзүүлэлтийн хүрээнд үнэлгээ хийж тайлагнадаг. Монгол Улсын Үндэсний аудитын газраас дээрх хөтөлбөр, стратегиудын хэрэгжилтэд мөн хөндлөнгийн үнэлгээ хийж дүгнэлт гаргадаг. Эрүүл мэндийн яамыг эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллагын хувьд Засгийн газраас “Бодлогын баримт бичгийн хэрэгжилт болон захиргааны байгууллагын үйл ажиллагаанд хяналт-шинжилгээ, үнэлгээ хийх журам<sup>86</sup>”-ын дагуу үнэлдэг, мөн ЭМЯ-ны харьяа агентлаг, байгууллагуудын үйл ажиллагааг мөн дээрх журмыг үндэслэн Эрүүл

<sup>86</sup> Монгол Улсын Засгийн газрын 2020 оны 206 дугаар тогтоол, 2021 оны 374 дугаар тогтоол

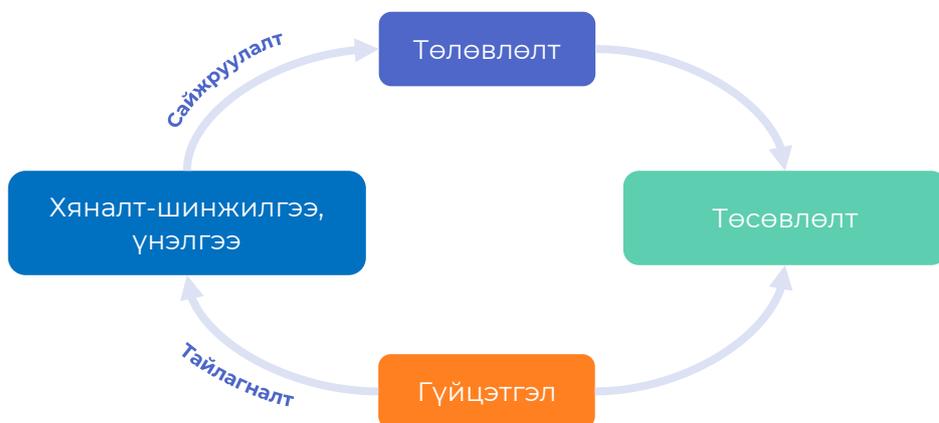
мэндийн сайдын тушаалаар<sup>87</sup> баталсан журмын дагуу тус тус үнэлгээ хийдэг. Эдгээр үнэлгээний агуулга нь ЭМЯ-ыг байгууллагынх нь хувьд үйл ажиллагааных нь гүйцэтгэлийг илүүтэйгээр үнэлэхэд чиглэгдсэн болохоос эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийн үнэлгээ гэж үзэх боломжгүй юм. Учир нь эрүүл мэндийн тогтолцооны хүрээнд тухайн тогтолцооны гүйцэтгэл, үр дүнг хэмжилтийг тодорхой хүрээгээр тодорхойлдог гэдгийг дээр дурдагдсан өмнөх хэсгүүдэд дурдсан.

Мөн өмнөх хэсэгт Канад, Эстони, Австрали Улсын эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийн үнэлгээний хүрээг жишээ болгон авч аливаа улс орон эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлээ үнэлдэг үнэлгээний хүрээг боловсруулж, хэрэгжүүлдэг. Иймд манай улсын хувьд эрүүл мэндийн тогтолцооны хүрэх гэж зорьж буй үр дүнгүүдээ тодорхойлж түүний гүйцэтгэлийг үнэлэх хүрээг боловсруулах шаардлагатай байгаа нь харагдаж байна. Эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлээ хэрхэн үнэлэх бодлогыг тодорхойлж, олон улсад амжилттай хэрэгжиж байгаа аль хүрээг авч ашиглах тухай шийдвэр чухал. Эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийн үнэлгээний маш чухал үндсэн бүрэлдэхүүн хэсэг нь мэдээллийн тогтолцоо, өгөгдлийн бааз, цахимжилт байдаг. Иймд эрүүл мэндийн гүйцэтгэлийн үнэлгээний урьдал нөхцөл болох мэдээллийн тогтолцооны засаглалыг маш тодорхой болгох, эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийг үнэлэх шалгуур үзүүлэлтүүдийн жагсаалтыг тохиролцох шаардлага тулгарч байгаа нь тодорхой байна.

### 2.1.3.1 Монгол Улсын эрүүл мэндийн салбарын гүйцэтгэлийн шалгуур үзүүлэлт

Үр дүнд суурилсан ХШҮ нь тухайн төсөл, хөтөлбөр, бодлогын үйл явцыг хянах, бий болсон үр нөлөөг харуулахад бодлого боловсруулагчид, шийдвэр гаргагчдад туслах төрийн захиргааны удирдлагын хүчирхэг арга хэрэгсэл юм. Үр дүнд суурилсан ХШҮ нь хэрэгжилтэд чиглэсэн уламжлалт ХШҮ-ээс орц, гарцаар хязгаарлалгүй үр дагавар, үр нөлөөний асуудалд анхаардгаараа ялгаатай<sup>88</sup>.

Зураг 69. Үр дүнд суурилсан нэгдсэн удирдлагын тогтолцоо



Иймд үр дүнд суурилсан ХШҮ-ний хамгийн гол хэрэгсэл нь гүйцэтгэлийн шалгуур үзүүлэлт юм. Гүйцэтгэлийн шалгуур үзүүлэлт гэж аливаа этгээдийн (хувь хүн, байгууллага) хэрэгжилтийн үйл явцын гүйцэтгэлийг хэмжих энгийн, нотлох боломжтой, найдвартай хэрэгслийг бий болгодог тоон эсвэл чанарын хүчин зүйлс эсвэл хувьсагчийг хэлнэ<sup>89</sup>. Хэрэгжилтийн үйл явцын гүйцэтгэлийг хэмжих гүйцэтгэлийн шалгуур үзүүлэлтийг үндэсний, салбарын, ТЕЗ-ийн, хөтөлбөрийн болон байгууллагын цаашлаад албан хаагчийн гэж ангилж үзнэ.

Эрүүл мэндийн салбарт гүйцэтгэлийг хэмжих шалгуур үзүүлэлт иж бүрэн бус буюу зарим шатлалын шалгуур үзүүлэлтгүй байна. Тухайлбал, ЗГ-ын 2020 оны 203 дугаар тогтоолын 2 дугаар хавсралтаар баталсан “Монгол Улсын Засгийн газрын 2020-2024 оны үйл ажиллагааны хөтөлбөрийн хэрэгжилтийн хяналт-шинжилгээ, үнэлгээний шалгуур үзүүлэлт, хүрэх түвшин”, Эрүүл мэндийн сайдын 2022 оны А/346 дүгээр тушаалаар

<sup>87</sup> Эрүүл мэндийн сайдын 2022 оны А/346 дугаар тушаал

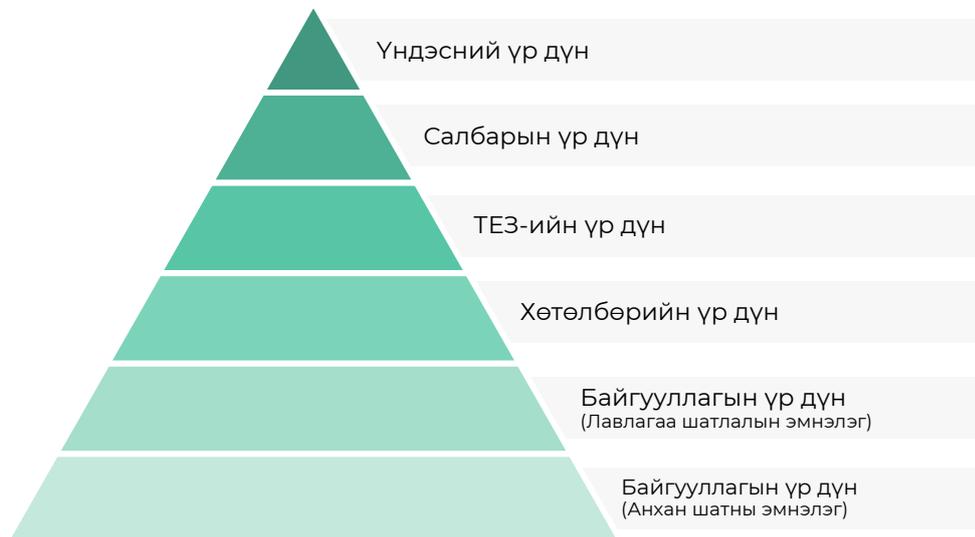
<sup>88</sup> Дэлхийн банк, Үр дүнд суурилсан Хяналт-шинжилгээ, үнэлгээний тогтолцоог хөгжүүлэх 10 алхам

<sup>89</sup> ЭЗХАХБ, Тогтвортой хөгжлийн үнэлгээ, үр дүнд суурилсан удирдлагын үндсэн нэр томъёоны тайлбар толь

баталсан “Эрүүл мэндийн салбарын үйл ажиллагаанд хяналт-шинжилгээ, үнэлгээ хийх нийтлэг журам” дахь шалгуур үзүүлэлт болон эрүүл мэндийн зарим дотооддоо ашиглаж буй байгууллагын гүйцэтгэлийг хэмжих шалгуур үзүүлэлтүүд байдаг.

Эрүүл мэндийн салбарын үндэсний, салбарын, ТЕЗ-ийн, хөтөлбөрийн болон байгууллагын үр дүнгийн гүйцэтгэлийн шалгуур үзүүлэлтийн саналыг дэвшүүлж, тэдгээрийг хавсралтаар харуулав (Хавсралт 2).

Зураг 70. Гүйцэтгэлийн шалгуур үзүүлэлтийн хүрээ



Дээрх гүйцэтгэлийн шалгуур үзүүлэлтийн хүрээнээс эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний нийлүүлэлтийн сүлжээг төлөөлүүлэн ЭХЭМҮТ-д ПДИ-ийн судалгаа, шинжилгээний ажлыг гүйцэтгэхдээ байгууллагын үр дүнгийн шалгуур үзүүлэлтийн тухай судалсан.

### Лавлагаа шатлалын эмнэлэг (ЭХЭМҮТ)-ийн гүйцэтгэлийн шалгуур үзүүлэлт

ЭМЯ-ны харьяа байгууллагуудын гүйцэтгэлийг Эрүүл мэндийн сайдын 2022 оны А/346 дугаар тушаалаар баталсан загварын дагуу хагас, бүтэн жилээр үнэлдэг. Энэхүү тушаалын хавсралтаар ЭМБ-ын онцлог үйл ажиллагааны гүйцэтгэлийг үнэлэх өвөрмөц шалгуур үзүүлэлттэй ба ЭХЭМҮТ-ийн тухайд 10 чанарын шалгуур үзүүлэлтээр өвөрмөц үзүүлдэг тусламж, үйлчилгээний үр дүнг үнэлүүлдэг байна.

Эрүүл мэндийн салбарын шинэчлэлийн хүрээнд лавлагаа шатлалын ЭМБ-уудыг оношийн хамааралтай бүлгээр тохиолдолд суурилсан төлбөрийн аргаар гүйцэтгэлээр нь санхүүжүүлэх болсонтой холбоотойгоор ЭХЭМҮТ нь эмнэлгийн ажилтны ажлын бүтээмж, үр дүнтэй уялдсан цалингийн системийг бий болгож, эмч, эмнэлгийн ажилтны ажлын бүтээмж, үр дүнг хэмжиж үнэлэх гүйцэтгэлийг шалгуур үзүүлэлт (KPI)-ийг “Эмч, эмнэлгийн мэргэжилтний ажлын бүтээмж, үр дүнд суурилсан урамшуулал олгох журам” батлах тухай ЭХЭМҮТ-ийн захирлын 2023 оны А/80 дугаар тушаалыг баталжээ.

Эмч, эмнэлгийн мэргэжилтний ажлын бүтээмж, үр дүнд суурилсан урамшуулал олгохдоо дараах шалгуур үзүүлэлтээр дүгнэдэг. Үүнд:

1. Эмчийн 17 шалгуур (тоо хэмжээ, нэхэмжлэлийн хяналтын хувь)-ыг эмчийн ажиллаж буй тасаг, нэгжээс хамааруулан сонголтоор;
2. Сувилагч, эх баригчийн 16 шалгуур (тоо хэмжээ);
3. Дүрс оношилгооны техникчийн 7 шалгуур (тоо хэмжээ);
4. Хөдөлгөөн засалчийн 3 шалгуур (тоо хэмжээ);
5. Ахлах сувилагчийн 3 шалгуур (тоо хэмжээ, нэхэмжлэлийн хяналтын хувь).

Нийт 5 төрлийн, 46 шалгуур үзүүлэлтээр бүтээмжийг дүгнэж байгаагаас 2 шалгуур үзүүлэлт /цахим түүхийн хяналт, нэхэмжлэлийн хувь/ чанарын үзүүлэлт бол бусад 44 шалгуур үзүүлэлт үйлчилгээний хүртээмжийг илэрхийлсэн тоон үзүүлэлт байна.

Мөн журмаар эмнэлгийн мэргэжилтний ажлын бүтээмж, үр дүнг үнэлэх аргачлалыг баталж, тус аргачлалаар ажилтны бүтээмж, ажлын үр дүнг тооцдог.

Зураг 71. Эмнэлгийн мэргэжилтний ажлын бүтээмж, үр дүнг үнэлэх аргачлал

$$\text{Бүтээмжийн оноо} = \frac{\text{Тухайн эмнэлгийн мэргэжилтний үнэлгээний хугацаанд гүйцэтгэсэн ажлыг минутад шилжүүлэн тооцсон нийт хугацаа (журмын 3.2.1)}}{\text{Тухайн эмнэлгийн мэргэжилтний үнэлгээний хугацаанд ажилласан нийт хугацаа, минутаар (журмын 3.2.2)}}$$

Эх сурвалж: ЭХЭМҮТ-ийн захирлын 2023 оны А/80 дугаар тушаал

Эмнэлгийн нийт ажилтны ажлын бүтээмж, үр дүнгийн урамшуулалд олгох нийт мөнгөн үнэлгээнд:

1. Бүтээмжийн оноо;
2. Тухайн ажилтны үзүүлж буй тусламж, үйлчилгээний эрсдэлийн коэффициент;
3. Ажилласан сард ногдох тохируулга коэффициент;
4. Суурь мөнгөн үнэлгээ хамаардаг.

Хүснэгт 23. Эмнэлгийн ажилтны эмнэлзүйд мэргэшсэн байдлын урамшуулал, бүтээмжийн урамшуулал тооцоолол

Ажилчин, албан хаагч	Хүний тоо	Эмнэлзүйд мэргэшсэн байдлын урамшуулал /сараар/			Хүний тоо	KPI-Бүтээмж /улирлаар/		
		Дээд	Доод	Дундаж		Дээд	Доод	Дундаж
Эмч	202	702,960	52,200	266,968	217	4,284,500	184,500	1,204,987
Сувилагч	361	493,000	34,800	168,576	360	1,820,000	80,000	472,115

Эмнэлгийн ажилтны фокус бүлгийн ярилцлага, судалгаагаар ЭХЭМҮТ-ийн ажилтнуудын ажлын байрны сэтгэл ханамж бага байна. Иймд сэтгэл ханамжийг бууруулж байгаа хүчин зүйлүүдийг судлан шийдвэрлэх шаардлагатай.

ЭХЭМҮТ-ийн 57 тасаг, нэгжийн 1200 гаруй ажилтны ажлын бүтээмж, үр дүнг үнэлэх 46 шалгуур үзүүлэлтийг тасаг, нэгжийн онцлог, албан тушаалын чиг үүрэгтэй уялдуулан өөрчлөх, чанарын болон тоон үзүүлэлтийг харгалзан нарийвчлан тодорхойлох шаардлагатай.

Харин Journal of Health management and informatics сэтгүүлд Hamed Rahimi нарын судлаачдын 2017 онд нийтлүүлсэн “Key performance indicators in hospital based on balanced scorecard model” судалгаанд эрүүл мэндийн чиглэлээр ашиглагдаж буй 218 шалгуур үзүүлэлтүүдэд 2 үе шаттай дүн шинжилгээ хийсний дүнд эмнэлгүүдэд тохиромжтой нийтлэг 22 шалгуур үзүүлэлтийг санал болгосныг<sup>90</sup> доорх хүснэгтээр харуулав.

Хүснэгт 24. Эмнэлгийн гүйцэтгэлийн үндсэн үзүүлэлтүүд

Хэтийн төлөв		Үзүүлэлтүүд		Үзүүлэлтүүд	
Санхүү (F)	F1	Нийт орлого, зарлагын харьцаа		F8	Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн өртөг
	F2	Эмнэлгийн суутгалын хувь		F9	Нийт боловсон хүчний зардлын хувь
	F5	Өдөрт нэг оронд ногдох дундаж зардал			
Дотоод үйл явц (P)	P1	Эмнэлэгт хэвтэх дундаж хугацаа		P8	Эмнэлгээс гарсан өвчтөний сэтгэх ханамж
	P3	Орны хэрэглээ		P9	Эмнэлгийн дотоод халдварын түвшин

<sup>90</sup>[https://www.researchgate.net/publication/312032295\\_Key\\_performance\\_indicators\\_in\\_hospital\\_based\\_on\\_balanced\\_scorecard\\_model](https://www.researchgate.net/publication/312032295_Key_performance_indicators_in_hospital_based_on_balanced_scorecard_model)

	P4	Орны эргэлт	P10	Эмнэлзүйн алдаа
	P5	Нас баралтын түвшин	P26	Яаралтай тусламжийн тасагт байх дундаж хугацаа
	P6	Цуцлагдсан мэс ажилбар	P27	Яаралтай тусламж авахад хүлээх хугацаа
Сурах, хөгжих (G)	G1	Ажилтнуудын сэтгэл ханамжийн түвшин	G3	Нэг хүнд ногдох сургалтын зардал
	G2	Хүний нөөцийн өөрчлөлт	G8	Ажилчдын ажил таслалтын түвшин
Хэрэглэгч (C)	C1	Гэр бүл, үйлчлүүлэгчдэд зориулсан байгууламж	C3	Өвчтөнүүдийн гомдлын түвшин
	C2	Өвчтөнүүдийн сэтгэл ханамжийн хувь		

Дээрх шалгуур үзүүлэлтүүдийг эмнэлгүүд нийтлэг хэлбэрээр ашиглаж болох бөгөөд өөрсдийн онцлог үйл ажиллагаанд нийцүүлэн ашиглахыг судлаачид зөвлөсөн. Эдгээрээс ажилтны ажлын бүтээмж, үр дүнтэй холбоотой дараах шалгуур үзүүлэлтийг ашиглах боломжтой.

Дотоод үйл ажиллагаатай холбоотой:

- Цуцлагдсан мэс ажилбарууд P6
- Эмнэлгээс гарсан өвчтөний сэтгэх ханамж P8
- Эмнэлзүйн алдаа P10

Сурах, өсөлт хөгжилтэй холбоотой:

- Ажилтны сэтгэл ханамжийн түвшин
- Хүний нөөцийн өөрчлөлт
- Нэг хүнд ногдох сургалтын зардал
- Ажилтны ажил таслалтын түвшин

Хэрэглэгчтэй холбоотой:

- Өвчтөнүүдийн сэтгэл ханамжийн түвшин
- Өвчтөнүүдийн гомдол гаргалтын түвшин зэргийг харгалзан үзэх шаардлагатай.

#### 2.1.4 Эрүүл мэндийн удирдлагын тогтолцоо

Эрүүл мэндийн тухай хуульд эрүүл мэндийн байгууллагын тогтолцоо нь нийгмийн эрүүл мэндийн, эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний, эм хангамжийн, анагаах ухааны боловсрол, эрдэм шинжилгээ, сургалтын үйл ажиллагаа хариуцсан төрийн, хувийн хэвшлийн, холимог өмчийн эрүүл мэндийн байгууллагаас бүрдэнэ (Зураг 72) гэж заасан.

Түүнчлэн Монгол Улсын Их Хурал, Монгол Улсын Засгийн газар, Эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллага, нутгийн захиргааны болон нутгийн өөрөө удирдах байгууллага, эрүүл мэндийн байгууллагын удирдлагаас эрүүл мэндийн удирдлагын тогтолцоо бүрддэг.

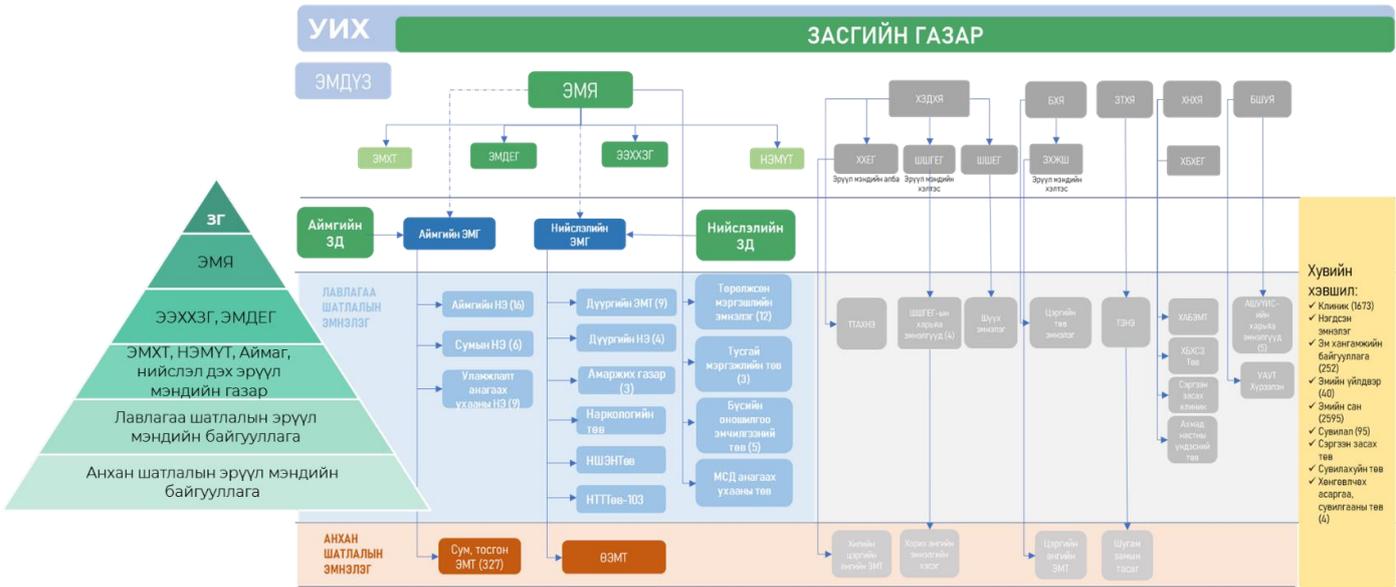
Эрүүл мэндийн яамны харьяа Засгийн газрын хэрэгжүүлэгч агентлаг: Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газар, Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт зохицуулалтын газар; (2), төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг (10), тусгай мэргэжлийн төв (6), бусад төв (2) болон аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газрын харьяа нэгдсэн эмнэлэг, бүсийн оношилгоо эмчилгээний төвүүд хамаарна. Нийслэлийн эрүүл мэндийн газарт 9 дүүргийн эрүүл мэндийн төв, 4 нэгдсэн эмнэлэг харьяалагдана. 21 аймгийн Эрүүл мэндийн газар, Аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, 5 бүсийн оношилгоо эмчилгээний төвтэй.

Эрүүл мэндийн сайд нь Төрийн болон орон нутгийн өмчийн тухай хуульд зааснаас бусад төрөлжсөн мэргэшлийн төв эмнэлэг, тусгай мэргэжлийн төв, бусад төв (ЭМХТ, НЭМҮТ)-ийн даргыг томилж, чөлөөлдөг бол аймаг нийслэлийн Засаг дарга нь аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газрын даргыг Эрүүл мэндийн сайдтай зөвшилцөн Төрийн албаны тухай хуулийн дагуу томилж, чөлөөлдөг.

Мөн Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний тухай хуулийн 16 дугаар зүйлийн 16.1-д “Төрийн болон орон нутгийн өмчит төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, нэгдсэн эмнэлгийн гүйцэтгэх удирдлагыг тухайн эмнэлгийн төлөөлөн удирдах зөвлөл (ТУЗ)-өөс сонгон шалгаруулж томилсон эмнэлгийн захирал хэрэгжүүлнэ.” гэж заасан. Энэ дагуу төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, орон нутгийн нэгдсэн эмнэлгийн захирлыг ТУЗ-аас

томилж чөлөөлдөг. Харин тусгай мэргэжлийн төвүүдийн захирлыг Эрүүл мэндийн сайдын тушаалаар томилж, чөлөөлдөг.

Зураг 72. Эрүүл мэндийн байгууллагын тогтолцооны бүдүүвч



**Төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг:** Улсын 1, 2, 3 дугаар төв эмнэлэг, Эх хүүхдийн эрүүл мэндийн үндэсний төв, Эх нярай эмэгтэйчүүдийн төв-2, Халдварт өвчин судлалын үндэсний төв, Гэмтэл, согог судлалын үндэсний төв, Хавдар судлалын үндэсний төв, Сэтгэцийн эрүүл мэндийн үндэсний төв, Арьсны өвчин судлалын үндэсний төв, Геронтологийн үндэсний төв, Хүүхдийн төв сувидал.

**Тусгай мэргэжлийн төв:** Цус сэлбэлт судлалын үндэсний төв, Зоонозын өвчин судлалын үндэсний төв, Эмгэг судлалын үндэсний төв;

**Өргөө, Хүрээ, Амгалан амаржих газрууд** нь 2021 оны Засгийн газрын 352 дугаар тогтоолоор Эрүүл мэндийн яамны харьяанд ажиллуулахаар шийдвэрлэсэн ч Нийслэлийн Засаг даргын ирүүлсэн хүсэлтийн дагуу Нийслэлийн Засаг даргын Тамгын газрын харьяалалд Засгийн газрын 2023 оны 460 дугаар тогтоолоор шилжүүлсэн.

**Бусад төвүүд:** Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв, Нийгмийн эрүүл мэндийн үндэсний төв;

**Бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төв:** Дорнод, Орхон, Өвөрхангай, Өмнөговь, Ховд аймаг дахь БОЭТ.

Хувийн хэвшлийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг байгууллагын хувьд:

- Өрхийн эрүүл мэндийн төв;
- Хувийн эмнэлэг, хувийн клиник.

## 2.1.5 Эрүүл мэндийн яам

### 2.1.5.1 Чиг үүргийн талаар

Эрүүл мэндийн яамны чиг үүргийг хууль, эрх зүйн хүрээнд тодорхойлон шинжлэх зорилгоор “Монгол Улсын яам” буюу аливаа яам ямар чиг үүрэгтэйгээр ажиллах ёстой болон тухайлан Эрүүл мэндийн яаманд хууль тогтоомжоор “нийтлэг яам”-ны хэмжээнд ажиллах чиг үүрэг олгосон эсэхийг харьцуулах байдлаар судлав.

Монгол Улсын Үндсэн хууль, Монгол Улсын Засгийн газрын тухай хууль, Монгол Улсын яамны эрх зүйн байдлын тухай хууль болон салбарын нийтлэг харилцааг зохицуулсан хуулиуд болох Эрүүл мэндийн тухай хууль, Нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний тухай хууль, Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хууль, Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн тухай хууль, Монгол Улсын Засгийн газрын 2023 оны 478 дугаар тогтоолоор баталсан Эрүүл мэндийн яамны стратеги, зохион байгуулалтын бүтцийн өөрчлөлтийн хөтөлбөрийн хүрээнд судалгааг хийв.

Уг судалгаагаар яамны тухайлсан чиг үүргийн нийцэл, зөрчил, уялдааг энэ судалгаагаар тодорхойлохыг зориогүй болно.

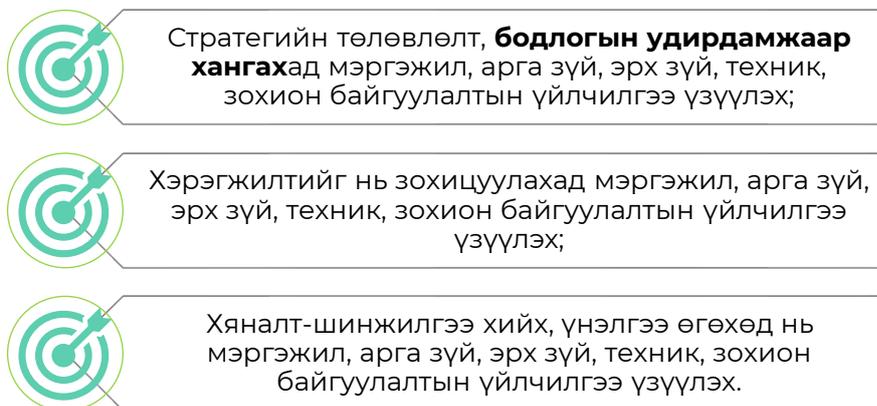
Монгол Улсын яамны эрх зүйн байдлыг Монгол Улсын Үндсэн хууль, Монгол Улсын Засгийн газрын тухай хууль, Монгол Улсын яамны эрх зүйн байдлын тухай хуулиар тодорхойлдог.

Монгол Улсын Засгийн газрын тухай хууль болон Монгол Улсын яамны эрх зүйн байдлын тухай хуульд яамыг “Засгийн газрын үйл ажиллагааны зохих хүрээ, тодорхой чиг үүргийг дагнан эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллага” гэж тодорхойлсон.

Монгол Улсын иргэнд Монгол Улсын Үндсэн хуулиар олгогдсон эрүүл, аюулгүй орчинд амьдрах, орчны бохирдлоос хамгаалуулах, эрүүл мэндээ хамгаалуулах, эмнэлгийн тусламж авах эрхийг хангах чиг үүргийг дагнан хэрэгжүүлэх төрийн захиргааны төв байгууллага нь Эрүүл мэндийн яам юм.

Монгол Улсын яамны эрх зүйн байдлын тухай хуулийн 3 дугаар зүйлийн 3.3 дахь хэсэгт Засгийн газрын гишүүн-Монгол Улсын сайдын эрхлэх асуудлынхаа хүрээнд хэрэгжүүлэх ерөнхий чиг үүргийг дараах байдлаар тодорхойлсон (Зураг 73). Яамны ерөнхий чиг үүргийн хүрээнд эрхлэх нийтлэг ажлыг Монгол Улсын яамны эрх зүйн байдлын тухай хуулийн 7 дугаар зүйлээр зохицуулсан бөгөөд эдгээр чиг үүрэг, эрхлэх ажил нь Монгол Улсын аливаа яамны нийтлэг ажил, чиг үүрэг юм.

Зураг 73. Яамны ерөнхий нийтлэг чиг үүрэг



Монгол Улсын Засгийн газрын тухай хуулиар эрүүл мэндийн сайд доор дурдсан хүрээний **бодлогын төлөвлөлт, боловсруулалт, удирдлага, зохицуулалт** болон **дүн шинжилгээ хийх, үнэлгээ өгөх** ажлыг эрхлэхийг заасан. Үүнд:

- хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах, нөхөн сэргээх бодлого;
- эм, эмнэлгийн хэрэгсэл, техникийн үйлдвэрлэл, хангамжийн талаарх бодлого;
- эмнэлгийн үйлчилгээ, эрүүл ахуй, халдвар судлалын хүрээний бодлого;
- хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах, нийгмийн болон мэргэжлийн арга хэмжээ;
- салбарын үйлдвэрлэл, үйлчилгээ, ажлын байрыг нэмэгдүүлэх асуудал;
- эрүүл мэндийн даатгалын бодлого, зохицуулалт;
- агаарын бохирдлын эсрэг үйл ажиллагаа хэрэгжүүлэх асуудал;
- салбарын мэргэжлийн хяналтын асуудал.

Эндээс үзэхэд эрүүл мэндийн сайд үндсэн 4 бодлого, 2 асуудал, 1 арга хэмжээний хүрээнд бодлогын төлөвлөлт, боловсруулалт, удирдлага, зохицуулалт болон дүн шинжилгээ хийх, үнэлгээ өгөх ажлыг эрхлэхээр байна.

Эрүүл мэндийн сайдаас гадна бусад салбарын сайдын эрхлэх асуудалд хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах чиглэлээр дараах ажлыг эрхлэхийг хуулиар тогтоосон.

- Монгол Улсын Шадар сайд бөгөөд Эдийн засаг, хөгжлийн сайд: хүн амын өсөлтийг дэмжих, хүний хөгжлийг хангах нэгдсэн бодлого;
- Байгаль орчин, аялал жуулчлалын сайд: ногоон хөгжлийн бодлого, усны нэгдсэн бодлого, био аюулгүй байдлын бодлогын асуудал;

- Монгол Улсын сайд, Олимп, нийтийн биеийн тамир, спортын Үндэсний хорооны дарга: нийтийн биеийн тамир, спортыг хөгжүүлэх бодлого
- Боловсрол, шинжлэх ухааны сайд: боловсролын тогтолцоог хөгжүүлэх асуудал;
- Хөдөлмөр, нийгмийн хамгааллын сайд: хүүхэд, залуучууд, эмэгтэйчүүд, ахмадын болон гэр бүлийн хөгжлийн асуудал
- Хүнс, хөдөө аж ахуй, хөнгөн үйлдвэрийн сайд: хүн амын хүнсний хангамжийн бодлого; хүнсний аюулгүй байдлын асуудал;

Түүнчлэн Эрүүл мэндийн яамны эрхлэх асуудлын хүрээнд хамаарах чиг үүргийг салбарын нийтлэг асуудлыг зохицуулсан 4 хуулиар тодорхойлсон бөгөөд эдгээр нийтлэг чиг үүргийн хүрээнд нарийвчилсан чиг үүргийг салбарын бусад 8 хуулиар тодорхойлсон байна. Яамны чиг үүргийг харьцуулахын тулд чиг үүрэг нэг бүрийг дараах 3 ангилалд хуваасан:

- бодлого боловсруулах, тодорхойлох, нэгдсэн удирдлагаар хангах;
- хууль тогтоомж, бодлого хэрэгжүүлэх;
- хяналт тавих.

Монгол Улсын яамны эрх зүйн байдлын тухай хуулиар яаманд хуулийн 13 заалтаар 28 нийтлэг чиг үүрэг оноосон байна. Эдгээр 28 чиг үүргийг яамны нийтлэг хэрэгжүүлэх ажил үүрэг гэж авч үзвэл, нийт чиг үүргийн 78.6 хувь нь бодлого боловсруулах, тодорхойлох, нэгдсэн удирдлагаар хангах, 14.2 хувь нь хууль тогтоомж, бодлогыг хэрэгжүүлэх, 7.1 хувь нь хяналт тавих үйл ажиллагааг хэрэгжүүлэхээр байна.

Зураг 74. Яамны нийтлэг чиг үүрэг



Яам нийтлэг ямар ажил үүрэг гүйцэтгэхийг Монгол Улсын яамны эрх зүйн байдлын тухай хуулиар тогтооходоо нийт үйл ажиллагааныхаа 80 орчим хувийг бодлого боловсруулах, бодлого тодорхойлоход зарцуулахаар тусгасан байна.

Харин Эрүүл мэндийн яаманд салбарын нийтлэг харилцааг зохицуулсан хуулиуд /Эрүүл мэндийн тухай хууль, Нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний тухай хууль, Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хууль, Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн тухай хууль/-аар давхардсан тоогоор 132 чиг үүргийг олгосон байна.

Зураг 75. Эрүүл мэндийн яамны чиг үүрэг



Эдгээр чиг үүргийг дээрхийн адилаар тооцож үзэхэд нийт чиг үүргийн 63.6 хувь нь бодлого боловсруулах, батлах, 20.4 хувь нь хууль тогтоомж, бодлогыг хэрэгжүүлэх, 12.1 хувь нь хяналт тавих, үлдсэн нь бусад чиг үүрэг байна.

**Эрүүл мэндийн яамны стратеги, зохион байгуулалтын бүтцийн өөрчлөлтийн хөтөлбөрт заасан яамны зорилт**

Монгол Улсын Засгийн газрын 2023 оны 478 дугаар тогтоолоор баталсан Эрүүл мэндийн яамны стратеги, зохион байгуулалтын бүтцийн өөрчлөлтийн хөтөлбөрт яамны зорилтыг хэрхэн тусгасныг чиг үүрэг бүрээр доор дурдсанаар ангилан авч үзлээ.

- Судлах, боловсруулах, батлах
- Нэгдсэн удирдлага, зохион байгуулалтаар хангах
- Хэрэгжүүлэх
- Хянах

Хөтөлбөрт “зорилт” гэдэг нэр томъёогоор тодорхойлогдсон боловч агуулгын хувьд яамны өдөр тутмын хэрэгжүүлэх ажил үүрэг байгаа тул эдгээр зорилтыг чиг үүрэгт хамааруулж тооцсон болно.

Шинжилгээгээр хөтөлбөрт яамны нийт 124 зорилт /чиг үүрэг/-ыг зааснаас 64 хувь нь хэрэгжүүлэх чиг үүрэг, 18.5 хувь нь бодлого боловсруулах, батлах чиг үүрэгтэй. Түүнчлэн нэгдсэн удирдлага, зохион байгуулалтаар хангах чиг үүрэг 16.9 хувийг эзэлж байна.

Зураг 76. Хөтөлбөрт тусгагдсан Эрүүл мэндийн яамны зорилт, чиг үүрэг



Монгол Улсын яамны эрх зүйн байдлын тухай хуулиар яамны дийлэнх чиг үүргийг бодлого боловсруулах, бодлогыг тодорхойлохоор тогтоосон бөгөөд Эрүүл мэндийн яамны хувьд салбарын хуулиудаар чиг үүрэг олгохдоо энэхүү зарчмыг харьцангуй хадгалсан байна. Эрүүл мэндийн яамны чиг үүргийн гуравны хоёр хувийг бодлого боловсруулах, тодорхойлох чиг үүрэг эзэлж байна. Мөн хэрэгжүүлэх, хяналт тавих чиг үүргийн харьцаа нь яамны нийтлэг чиг үүргийн харьцаатай харьцангуй тэнцвэртэй байна.

Эндээс үзэхэд эрүүл мэндийн салбарын нийтлэг харилцааг зохицуулсан хуулиудад Эрүүл мэндийн яамны чиг үүргийг тусгахдаа яаманд салбарын бодлогын хүрээнд үйл ажиллагаагаа төвлөрүүлэн явуулах нөхцөлийг бүрдүүлсэн байна.

Харин Эрүүл мэндийн яамны стратеги, зохион байгуулалтын бүтцийн өөрчлөлтийн хөтөлбөрт нийт чиг үүргийн 64 хувь нь хэрэгжүүлэх чиг үүрэг байгаа нь яамны чиг үүргийн 70 хувь орчим бодлого тодорхойлох, боловсруулах, нэгдсэн удирдлагаар хангах чиг үүрэг байхаар тогтоосон хуулийн үзэл баримтлалтай уялдахгүй байна гэж дүгнэж болохоор байна.

Эрүүл мэндийн яамны 2023 оны гүйцэтгэлийн төлөвлөгөөний хэрэгжилтийг харахад 207 арга хэмжээний хэрэгжилтийн хувь 71.7 ба үүнээс бодлого боловсруулах чиглэлийн 58 арга хэмжээний хэрэгжилтийн хувь 58.0 байна.

Зураг 77. ЭМЯ-ны 2023 оны гүйцэтгэлийн төлөвлөгөөний хэрэгжилт



Эрүүл мэндийн яамны 89 албан хаагчийн 65 буюу 73.0 хувийг хамруулсан чиг үүргийн шинжилгээний дүнгээс авч дүгнэхэд, тус яамны салбарын гүйцэтгэлийн төлөвлөгөөнд хөгжлийн бодлогын хэмжээний арга хэмжээг хангалтгүй тодорхойлж, хэрэгжилтийг 60.0

орчим хувьтай биелүүлж байгаа нь бодлогын чиг үүргээ хангалттай биелүүлэхгүй байгааг харуулж байна.

Нөгөө талаас байгууллагын гүйцэтгэлийн төлөвлөгөөний дийлэнхийг үндсэн үйл ажиллагаа (өдөр тутмын шинж чанартай), захиргааны арга хэмжээ (нийт 62 хувь) эзэлж байгаа нь салбарын нөөцийг бодлого боловсруулах, хэрэгжүүлэх чиглэлээр ажиллах бололцоогоор бүрэн хангахгүй байна.

Зураг 78. ЭМЯ-ны бодлогын нэгжүүдийн чиг үүргийн хэрэгжилтийн байдал



Бүтэц зохион байгуулалт, оролцогч талуудын уялдаа холбоог хангасан хариуцлагын тогтолцоо, эрх үүргийн хуваарилалт, гүйцэтгэлийг үнэлэх бодитой шалгуур үзүүлэлт байхгүй. Мөн эрүүл мэндийн бодлого нь хүн амын эрүүл мэндийг сайжруулах, эрүүл мэндийн тэгш бус байдлыг бууруулахад чиглэгдээгүй байна. Энэ нь нийт хүн амын эрүүл мэндийн эрэлт, хэрэгцээг цогцоор нь үнэлж байгаагүйтэй холбоотой.

### Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв

ЭМЯ-ны бодлого боловсруулах, зохицуулах чиг үүргийг хэрэгжүүлэхэд шаардлагатай бодлогын судалгаа хийх, сургалт явуулах, шийдвэр гаргагчдыг нотолгоо, статистик тоо, мэдээллээр хангах, холбогдох хууль, тогтоомж, сайдын тушаал, шийдвэрийг хэрэгжүүлэх, эм, эмнэлгийн хэрэгсэл, эмнэлгийн тоног, төхөөрөмж, тусламж, үйлчилгээний чанар, магадлан итгэмжлэл, эрүүл мэндийн ажилтны хөгжил, мэргэжлийн үйл ажиллагаа эрхлэх зөвшөөрөл, салбарын зайн анагаах ухаан, мэдээллийн технологи, эрүүл мэндийн удирдлага, хөгжлийн асуудалтай холбоотой бодлогын хэрэгжилтийг салбарын хэмжээнд зохион байгуулах чиг үүргийг хэрэгжүүлдэг байгууллага болох Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв үйл ажиллагаа явуулдаг.

Монгол Улсын Засгийн газар 1996 онд Эрүүл мэнд, нийгмийн хамгааллын сайдын эрхлэх асуудлын хүрээнд Эрүүл мэндийн удирдлага мэдээллийн төвийг байгуулж, 1997 онд Эрүүл мэндийн удирдлага мэдээлэл, боловсролын төв, 2000 онд Үндэсний эрүүл мэндийн газар, 2000 онд Эрүүл мэндийн хөгжлийн үндэсний төв, 2003 онд Засгийн газрын хэрэгжүүлэгч агентлаг-Эмнэлгийн тусламжийг удирдах газар, 2005 онд Эрүүл мэндийн хөгжлийн үндэсний төв, 2009 онд Засгийн газрын хэрэгжүүлэгч агентлаг-Эрүүл мэндийн газар гэж өөрчлөн зохион байгуулсан. 2012 оноос хойш Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв гэснээр нэрээр үйл ажиллагаа явуулж байна.

“Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвийн дүрэм, бүтцийг шинэчлэн батлах тухай” Эрүүл мэндийн сайдын 2016 оны 12 дугаар сарын 26-ны өдрийн А/203 дугаар тушаалаар Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв нь “эрүүл мэндийн салбарын хууль, бодлого, хөтөлбөр, стратеги, дүрэм, журам, стандарт, удирдамжийг боловсруулахад шаардлагатай бодлогын судалгаа хийх, сургалт явуулах, шийдвэр гаргагчдыг нотолгоо, статистик тоо, мэдээллээр хангах, холбогдох хууль, тогтоомж, сайдын тушаал, шийдвэрийг хэрэгжүүлэх, эм, эмнэлгийн хэрэгсэл, эмнэлгийн тоног, төхөөрөмж, тусламж, үйлчилгээний чанар, магадлан итгэмжлэл, эрүүл мэндийн ажилтны хөгжил, мэргэжлийн үйл ажиллагаа эрхлэх зөвшөөрөл, салбарын зайн анагаах ухаан, мэдээллийн технологи, эрүүл мэндийн удирдлага, хөгжлийн асуудалтай холбоотой бодлогын хэрэгжилтийг салбарын хэмжээнд зохион байгуулах” чиг үүргийг олгосон.

Захиргааны ерөнхий хуулийг 2016 оны 7 дугаар сарын 01-ний өдрөөс эхлэн дагаж мөрдөж эхэлсэн. Хуулийн 8 дугаар зүйлийн 8.1-т “Хуульд зааснаас бусад тохиолдолд захиргааны байгууллага хуулиар тусгайлан заасан бүрэн эрхийг бусдад шилжүүлэхийг хориглоно” гэж заасан. Гэвч Эрүүл мэндийн тухай хуулиар Эрүүл мэндийн яаманд олгогдсон бүрэн

эрх болох бодлогын судалгаа хийх, статистикийн мэдээллийг нэгтгэн гаргах, мэдээлэх, эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний чанарын хөгжил, магадлан итгэмжлэлийн үйл ажиллагаа, Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн тухай хуулиар эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны байгууллагын эмийн бүртгэл хийх үйл ажиллагааг Захиргааны ерөнхий хуулийг зөрчин Эрүүл мэндийн сайдын тушаалаар Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд шилжүүлжээ.

Засгийн газрын “Агентлаг байгуулах тухай” 2020 оны 12 дугаар сарын 16-ны өдрийн 222 дугаар тогтоолоор Засгийн газрын хэрэгжүүлэгч агентлаг-Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт зохицуулалтын газрыг байгуулсантай холбогдуулан Эрүүл мэндийн сайдын “Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвийн дүрэм, зохион байгуулалтын бүтцийг шинэчлэн батлах тухай” 2021 оны 1 дүгээр сарын 20-ны өдрийн А/26 дугаар тушаалаар Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвийн “эм, эмнэлгийн хэрэгсэл, эмнэлгийн тоног төхөөрөмжийн бүртгэл, мэдээний санг бүрдүүлэх, сургалт, судалгаа, хяналт хийх, зөвшөөрөл олгох, шалгалт болон засвар тохируулгын үйл ажиллагааг өргөжүүлэх” чиг үүргийг хасаж, Захиргааны ерөнхий хуулийг зөрчин Донорын тухай хуулийн 7.1.1-т заасан Эрүүл мэндийн яамны хуулийн хэрэгжилтийг хангах үүргийг Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд шилжүүлсэн.

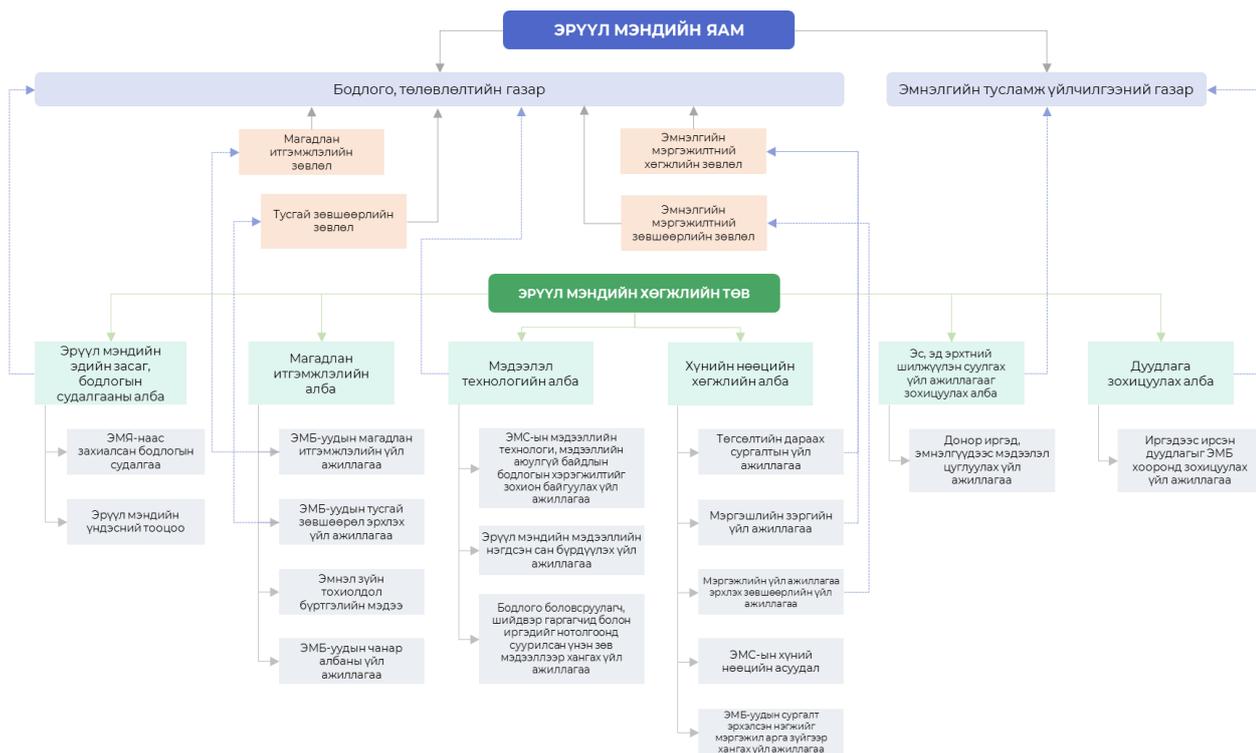
Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 22.4-т заасан магадлан итгэмжлэх үйлчилгээний төлбөрийн хэмжээг Эрүүл мэндийн сайдын 2013 оны 7 дугаар сарын 07-ны өдрийн 247 дугаар тушаалын дөрөвдүгээр хавсралтаар баталсан. 2016 оны 4 дүгээр сарын 22-ны өдрийн Эрүүл мэндийн тухай хуульд нэмэлт, өөрчлөлт оруулах тухай хуулиар дээрх заалтыг магадлан итгэмжлэх үйлчилгээний төлбөрийн хэмжээг санхүү, төсвийн болон эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн Засгийн газрын гишүүд хамтран батална гэж өөрчлөн найруулсан. Хуульд орсон нэмэлт, өөрчлөлтийн дагуу санхүү, төсвийн болон эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн Засгийн газрын гишүүд магадлан итгэмжлэх үйлчилгээний төлбөрийн хэмжээг шинэчлэн батлаагүй, Эрүүл мэндийн сайдын 2013 оны 247 дугаар тушаалын дөрөвдүгээр хавсралт хүчинтэй, нийтээр даган мөрдөж байна.

Эрүүл мэндийн сайдын “Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвийн дүрэм, зохион байгуулалтын бүтцийг шинэчлэн батлах тухай” 2021 оны 1 дүгээр сарын 20-ны өдрийн А/26 дугаар тушаалаар Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв нь “эрүүл мэндийн салбарын хөгжлийн бодлого, хууль эрх зүйн баримт бичиг, стандарт, удирдамжийг боловсруулахад шаардлагатай судалгаа хийх, шийдвэр гаргагчдыг нотолгоо, статистик тоо мэдээллээр хангах, эмнэлгийн мэргэжилтний хөгжил, үйл ажиллагаа эрхлэх зөвшөөрөл, эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний чанар, магадлан итгэмжлэл, эс, эд, эрхтнийг шилжүүлэн суулгах үйл ажиллагаа болон амбулаторийн цаг товлох үйлчилгээг үндэсний хэмжээнд зохицуулах” чиг үүрэгтэйгээр баталсан. “Тушаалд нэмэлт, өөрчлөлт оруулах тухай” Эрүүл мэндийн сайдын 2024 оны 3 дугаар сарын 05-ны өдрийн тушаалаар Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвийн Эрүүл мэндийн мэдээллийн албыг Мэдээллийн технологийн алба болгон өргөжүүлж, “Эрүүл мэндийн салбарын мэдээллийн технологи, мэдээллийн аюулгүй байдлын бодлогын хэрэгжилтийг зохион байгуулах, эрүүл мэндийн мэдээллийн нэгдсэн сан бүрдүүлэх, бодлого боловсруулагч, шийдвэр гаргагчид болон иргэдийг нотолгоонд суурилсан үнэн, зөв мэдээллээр хангах” чиг үүргийг Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд нэмсэн.

Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв 8 албатай, орон тооны дээд хязгаар 96. Санхүүжилтийн эх үүсвэр нь улсын төсөв, үндсэн болон туслах үйл ажиллагааны орлого, олон улсын байгууллагын төсөл, хөтөлбөрийн санхүүжилт, хууль тогтоомжоор хориглоогүй бусад эх үүсвэр<sup>91</sup> байна.

<sup>91</sup> Эрүүл мэндийн сайдын “Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвийн дүрэм, зохион байгуулалтын бүтцийг шинэчлэн батлах тухай” 2021 оны 1 дүгээр сарын 20-ны өдрийн А/26 дугаар тушаал

Зураг 79. Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвийн бүтэц, зохион байгуулалтын схем



### 2.1.5.2 ЭМЯ-ны албан хаагчдын чиг үүргийн дүн шинжилгээ

Чиг үүргийн дүн шинжилгээг хүчин төгөлдөр үйлчилж байгаа хууль тогтоомжид яамны чиг үүргийг хэрхэн тогтоосон, түүнд хамаарах стратеги буюу Засгийн газрын 212 дугаар сарын 27-ны өдрийн 478 дугаар тогтоолоор<sup>92</sup> баталсан яамны үйл ажиллагааны стратегийн зорилтуудыг хэрэгжүүлэхэд албан тушаалтнуудын оролцоог тодорхойлон, тулгамдаж буй асуудлуудыг хариуцан хэрэгжүүлэгч албан хаагчдын зүгээс хэрхэн харж байгааг ярилцлагын аргаар тодорхойлж гаргасан.

Засгийн газрын 2023 оны 478 дугаар тогтоолоор Эрүүл мэндийн яамны үйл ажиллагааны стратеги, зохион байгуулалтын бүтцийн өөрчлөлтийн хөтөлбөр, зохион байгуулалтын бүтцийг шинэчилж, орон тооны хязгаарыг 114 байхаар тогтоосон. Эрүүл мэндийн яам 7 газар, 8 хэлтэс бүхий зохион байгуулалтын нэгжийн схемийг Зураг 80-д харуулав.

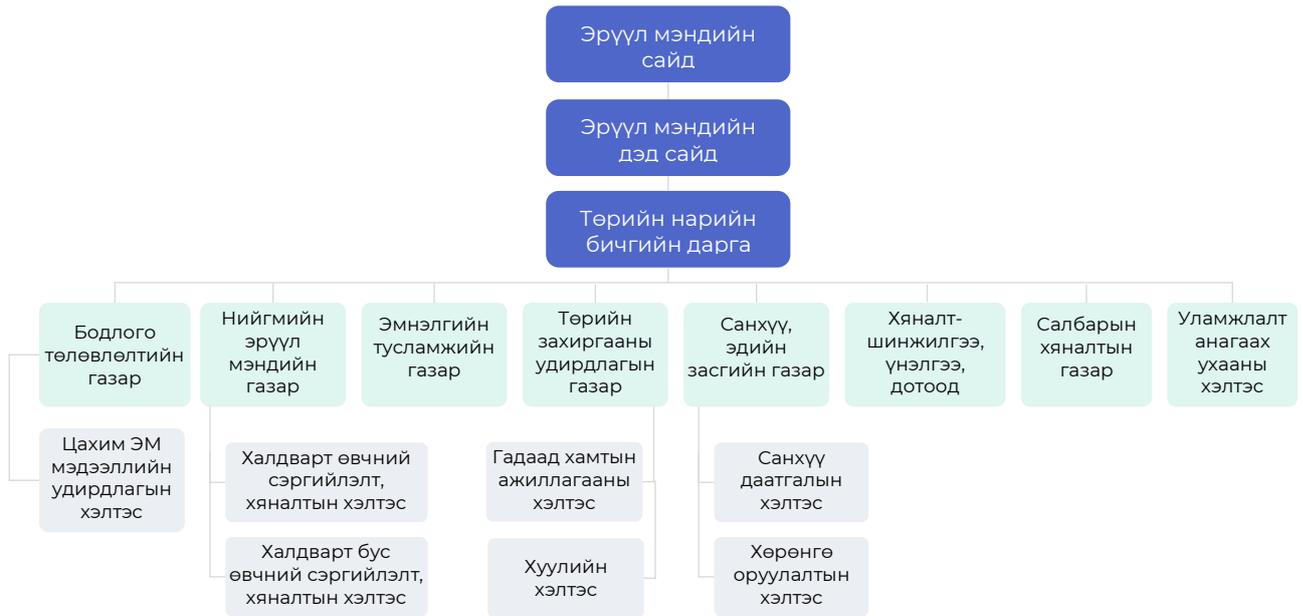
Засгийн газрын 2021 оны 231 дүгээр тогтоолоор<sup>93</sup> батлагдсан 6 газар, 12 хэлтэстэй, 100 орон тооны хязгаартай байсан бол Засгийн газрын 2022 оны 469 дүгээр тогтоолоор<sup>94</sup> Салбарын хяналтын газар нэмэгдэж, орон тоог 14-өөр нэмж нийт 114 байхаар тогтоосон.

<sup>92</sup> <https://legalinfo.mn/mn/detail?lawid=17048142229221>

<sup>93</sup> <https://legalinfo.mn/mn/detail?lawid=16231083881541>

<sup>94</sup> <https://legalinfo.mn/mn/detail?lawid=16532259091861>

Зураг 80. Эрүүл мэндийн яамны бүтцийн схем



Хүснэгт 25. Эрүүл мэндийн яамны стратегийн чиг үүрэг

№	Газар/хэлтэс	Стратегийн чиг үүрэг
1.	Бодлого, төлөвлөлтийн газар	Эрүүл мэндийн талаарх хууль тогтоомж, урт, дунд, богино хугацааны хөгжлийн бодлого, хөтөлбөр, стратегийг боловсруулах, төлөвлөх үйл ажиллагааг нэгдсэн удирдлагаар хангах, бодлогын инновацыг дэмжих, нэвтрүүлэх, эрүүл мэндийн салбарт мэдээллийн технологийг хөгжүүлэх цахим эрүүл мэндийн бодлогыг боловсруулах, төлөвлөх ажлыг салбарын хэмжээнд нэгдсэн бодлого, удирдлага, зохицуулалтаар хангах;
2.	Нийгмийн эрүүл мэндийн газар	Нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг тэргүүлэх чиглэл болгон хөгжүүлэх бодлогын болон хууль тогтоомжийн хэрэгжилтийг зохицуулах, иргэний эрүүл мэндийн боловсролыг дээшлүүлэх, өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, эрт илрүүлгийн арга хэмжээг нэгдсэн удирдлага, зохион байгуулалтаар хангах;
3.	Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний газар	Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний бодлогын болон хууль тогтоомжийн хэрэгжилтийг зохицуулах, анагаах ухааны оношилгоо, эмчилгээний дэвшилтэт технологийг нэвтрүүлэх, тусламж, үйлчилгээний хүртээмж, чанар, аюулгүй байдлыг тасралтгүй сайжруулах арга хэмжээг нэгдсэн удирдлага, зохион байгуулалтаар хангах;
4.	Төрийн захиргаа удирдлагын газар	Төрийн захиргааны болон хүний нөөцийн удирдлага, зохион байгуулалтыг хэрэгжүүлэх, эрх зүйн зөвлөгөө, дэмжлэг үзүүлэх, сайдын эрхлэх асуудлын хүрээнд гадаад хамтын ажиллагааг хөгжүүлэх;
5.	Санхүү, эдийн засгийн газар	Төсвийн ерөнхийлөн захирагчийн жендерт суурилсан төсөв, хөрөнгө оруулалтыг төлөвлөх, санхүүгийн үйл ажиллагааг нэгдсэн удирдлага, зохион байгуулалтаар хангах;
6.	Хяналт-шинжилгээ, үнэлгээ дотоод аудитын газар	Бодлого, хууль тогтоомжийн хэрэгжилт, сайдын эрхлэх асуудлын хүрээний байгууллагуудын үйл ажиллагаанд хяналт-шинжилгээ, үнэлгээ, дотоод аудит хийж, дүгнэлт, зөвлөмж өгч, хэрэгжилтийг хангуулах;
7.	Салбарын хяналтын газар	Эрүүл мэндийн байгууллага болон бусад байгууллага, аж ахуйн нэгжүүдэд сайдын эрхлэх асуудлын хүрээнд хяналт шалгалт хийх, эрсдэлийн түвшин тогтоох, бууруулах арга хэмжээг нэгдсэн удирдлага, зохион байгуулалтаар хангах;
8.	Уламжлалт анагаах ухааны хэлтэс	Уламжлалт анагаах ухааныг хөгжүүлэх бодлогын болон хууль тогтоомжийн хэрэгжилтийг зохицуулах, орчин үеийн анагаах ухааныг уламжлалт анагаах ухаантай хослуулан хөгжүүлэх, уламжлалт анагаах ухааны хүртээмжийг нэмэгдүүлэх, чанарыг сайжруулах, гадаад улсад Монголын уламжлалт анагаах ухааныг сурталчлах, уламжлалт эмийн бүтээгдэхүүнийг экспортод гаргах арга хэмжээг нэгдсэн удирдлага, зохион байгуулалтаар хангах.

Хүснэгт 26. Чиг үүргийн шинжилгээнд хамрагдсан албан хаагчдын мэдээлэл (2024 оны 04 дүгээр сарын 17-ны өдрийн байдлаар)

№	Албан тушаал	Ажил-лавал зохих	Ажил-лаж байгаа	Тайлбар
<b>Төрийн захиргааны удирдлагын газар</b>				
1.	Газрын дарга	1	1	<b>Сул орон тоо - 3</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Салбарын шагнал, протокол, ёслолын арга хэмжээ хариуцсан мэргэжилтэн</li> <li>Хоёр талт хамтын ажиллагааны бодлогын хэрэгжилтийн асуудал хариуцсан мэргэжилтэн</li> <li>Олон талт хамтын ажиллагааны асуудал хариуцсан мэргэжилтэн</li> </ul> <b>Түр орлон-1</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Салбарын хүний нөөцийн мэргэшил, сургалт, мэргэжлийн үйл ажиллагаа эрхлэх зөвшөөрлийн асуудал хариуцсан мэргэжилтэн</li> </ul>
2.	Хэлтсийн дарга	2	2	
3.	ТЗУГ-ын мэргэжилтэн	10	9	
4.	Хуулийн хэлтсийн мэргэжилтэн	3	3	
5.	Гадаад харилцааны хэлтсийн мэргэжилтэн	3	1	
<b>Бодлого, төлөвлөлтийн газар</b>				
1.	Газрын дарга	1	1	<b>Сул орон тоо - 4</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Стратеги удирдлагын хэлтсийн дарга</li> <li>Засгийн газрын үйл ажиллагаа, үндсэн чиглэлийн төлөвлөлт, хэрэгжилт хариуцсан ахлах шинжээч</li> <li>Салбарын хүний нөөцийн бодлого, төлөвлөлт, нийгмийн баталгааны асуудал хариуцсан ахлах шинжээч</li> <li>Салбарын статистик эрүүл мэндийн мэдээлэл хариуцсан шинжээч</li> </ul>
2.	Хэлтсийн дарга	2	1	
3.	Стратеги удирдлагын хэлтсийн мэргэжилтэн	8	6	
4.	Судалгаа төлөвлөлтийн хэлтсийн мэргэжилтэн	5	4	
<b>Нийгмийн эрүүл мэндийн газар</b>				
1.	Газрын дарга	1	1	<b>Сул орон тоо-6</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Халдварт бус өвчний хэлтсийн дарга</li> <li>Нийтийн эрүүл мэндийн ноцтой байдлын үеийн бэлэн байдал, хариу арга хэмжээ, эрсдэлийн удирдлага хариуцсан ахлах мэргэжилтэн</li> <li>Сэтгэцийн эрүүл мэндийн асуудал хариуцсан мэргэжилтэн</li> <li>Халдварт бус өвчний хяналт, сэргийлэлт, эрт илрүүлэг хариуцсан шинжээч</li> <li>Хоол тэжээл, хүнсний аюулгүй байдал хариуцсан ахлах мэргэжилтэн</li> <li>Амны хөндийн эрүүл мэндийн асуудал хариуцсан мэргэжилтэн</li> </ul>
2.	Хэлтсийн дарга	3	2	
3.	Шинжээч	2	1	
4.	Мэргэжилтэн	11	7	
<b>Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний газар</b>				
1.	Газрын дарга	1	1	<b>Сул орон тоо-6</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Хэлтсийн дарга-2</li> <li>Хүүхэд, өсвөр үеийн эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ хариуцсан ахлах шинжээч,</li> <li>Лавлагаа шатлалын үндсэн тусламж хариуцсан мэргэжилтэн,</li> <li>Сувилахуйн тусламж, үйлчилгээний чанар, аюулгүй байдал хариуцсан мэргэжилтэн,</li> <li>УАУ-ны тусламж, үйлчилгээ хариуцсан ахлах шинжээч</li> </ul>
2.	Хэлтсийн дарга	3	1	
3.	Анхан лавлагаа шатлалын тусламжийн хэлтсийн мэргэжилтэн	8	6	
4.	ЭТҮЧАБХ хэлтсийн мэргэжилтэн	5	4	

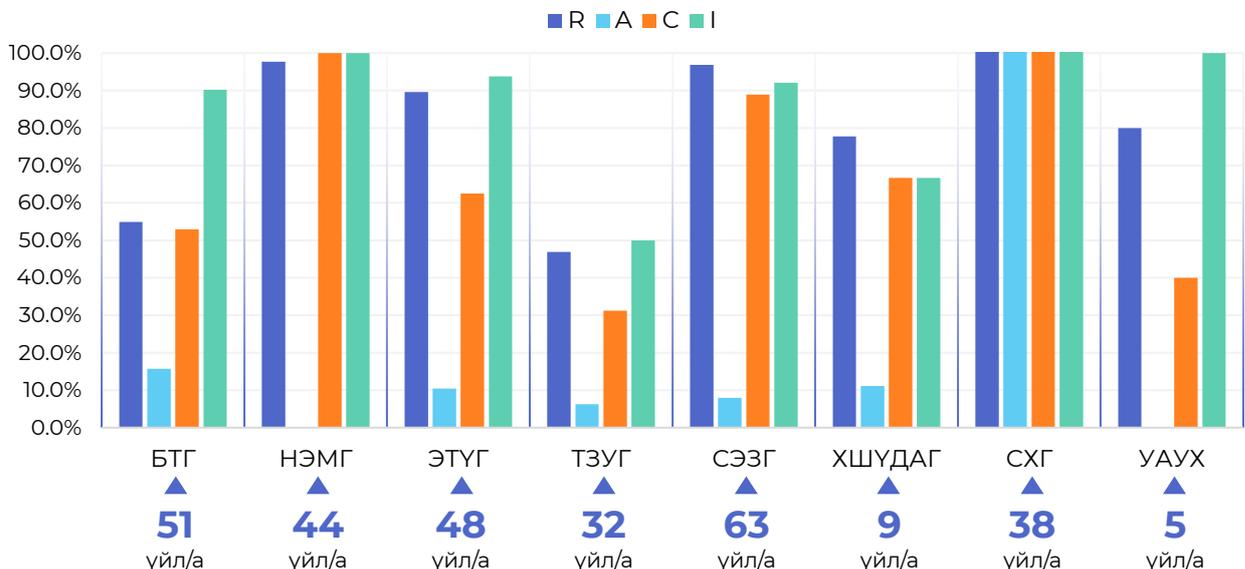
5.	УАУ-ны хэлтэс	2	1	
<b>Санхүү, эдийн засгийн газар</b>				
1.	Газрын дарга	1	1	
2.	Хэлтсийн дарга	2	2	
3.	Ахлах шинжээч	1	1	
4.	Мэргэжилтэн	11	11	
5.	Нягтлан бодогч	3	3	
6.	Нярав	1	1	
<b>Хяналт-шинжилгээ, үнэлгээ, дотоод аудитын газар</b>				
1.	Газрын дарга	1	1	<b>Сул орон тоо-2</b> • Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ, Хууль тогтоомжийн хэрэгжилтийн ХШҮ хариуцсан мэргэжилтэн
2.	Мэргэжилтэн	7	5	
<b>Салбарын хяналтын газар</b>				
1.	Газрын дарга	1	1	<b>Сул орон тоо-2</b> • Эрүүл ахуй, халдвар хамгааллын чиглэлээр байцаагч-2
2.	Мэргэжилтэн	13	11	
<b>Нийт дүн</b>		<b>112</b>	<b>89</b>	<b>Сул орон тоо - 23</b>

Яамны нийт орон тоо **112**, үүнээс сул орон тоо **23**, одоо ажиллаж байгаа **89** албан хаагчийн **65** (73.0 хувь)-ийг чиг үүргийн шинжилгээнд хамруулсан.

Яамны стратегийн гол зорилтуудын хэрэгжилтийг хангах ажлын байрууд ажилтангүй, 23 сул орон тооны чиг үүргийг Төрийн нарийн бичгийн даргын 2023 оны А/25 тоот “Албан үүргийг түр орлон гүйцэтгүүлэх тухай” тушаалын хүрээнд бусад албан хаагчид орлон гүйцэтгэж байна. Зарим албан хаагч 2 сул орон тооны чиг үүргийг цалингүй орлон гүйцэтгэж чиг үүргийн нягтрал ихтэй ажиллаж байв. Тухайлбал: Лавлагаа шатлалын тусламж, үйлчилгээ хариуцсан мэргэжилтэн нь лавлагаа шатлалын үндсэн тусламжийн асуудал, хүүхэд, өсвөр үеийн эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний асуудлуудыг орлон 3 орон тооны чиг үүргийг хэрэгжүүлж байна. Орлон ажиллаж байгаа дийлэнх албан хаагч цалингийн нэмэгдэлгүй, дөрвөн албан хаагч тодорхой хэмжээний нэмэгдэл цалинтай орлон ажиллаж байна. Төрийн албаны зөвлөлийн цахим хуудаснаас харахад 2024 оны 01 дүгээр сарын 25-аас хойш сул ажлын байрны сонгон шалгаруулалт зарлаагүй.

Яамны стратегийн 7 үндсэн зорилтод хамаарах 47 чиг үүрэгт албан хаагчдын оролцоог RACI матрицын аргаар тодорхойлсон.

Зураг 81. Чиг үүргийн шинжилгээ, RACI



Хүснэгт 27. Чиг үүргийн шинжилгээ

	Нийт	БТГ	НЭМГ	ЭТҮГ	ТЗУГ	СЭЭГ	ХШУДАГ	СХГ	УАУХ
Бодлого боловсруулах	9.2	17.4	13.1	9.0	9.9	5.9	0.0	5.2	0.0
Зохицуулалт хийх	15.0	14.1	15.6	21.8	18.3	13.6	21.7	11.2	7.7
Зохион байгуулалт	14.5	10.1	15.3	16.0	12.7	14.7	21.7	14.7	15.4
Санхүүжүүлэх	3.5	4.0	0.0	0.0	1.4	12.8	0.0	0.0	0.0
Хариуцан гүйцэтгэх	13.3	7.4	12.0	21.2	12.7	15.0	13.0	10.8	30.8
Хяналт тавих (дотоод)	3.3	2.0	0.4	1.9	8.5	4.4	0.0	6.0	0.0
Санал өгөх	18.9	30.2	15.6	26.3	22.5	15.0	13.0	13.9	38.5
Хяналт-шинжилгээ, үнэлгээ хийх	8.8	6.0	11.3	0.0	2.8	8.8	21.7	13.9	0.0
Хяналт шалгалт явуулах	5.4	4.0	6.5	1.3	4.2	2.9	4.3	10.4	7.7
Шийдвэрлэх	8.2	4.7	10.2	2.6	7.0	7.0	4.3	13.9	0.0

Эрүүл мэндийн яамны үйл ажиллагааны стратегийн зорилтууд, Төрийн нарийн бичгийн даргын 2021 оны А/130 тушаалаар батлагдсан ажлын байрны үндсэн чиг үүрэг, албан тушаалын тодорхойлолтын дагуу чиг үүргийн ярилцлага хийгдсэн. Ярилцлагаар дараах тулгамдсан асуудлууд тодорхойлогдсон. Үүнд:

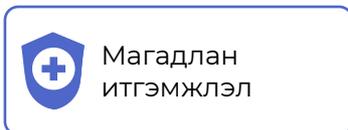
- Албан тушаалын тодорхойлолтгүй ажиллаж байгаа 15 албан хаагчид.
- Хөгжлийн бэрхшээлтэй хүүхэд, иргэний асуудлыг дангаар нь хариуцсан мэргэжилтэнгүй, 2-3 мэргэжилтний дунд чиг үүргийн тодорхой хуваарилалтгүй.
- Ахмад, хөнгөвчлөх тусламж, үйлчилгээний зохицуулалт нь лавлагаа шатлалын тусламж хариуцсан хоёр мэргэжилтэн, сувилахуйн тусламж хариуцсан 1 мэргэжилтний чиг үүргийн дунд тодорхой хуваарилалтгүй байна.
- Мэргэжилтнүүдэд төрийн албаны дунд, богино хугацааны кредит сургалтуудад хамрагдах шаардлага тавигддаг ч сургалтад хамрагдах квот хэт цөөхөн, сургалтад хамрагдахад баримтлах журамгүй.
- Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний чанар, аюулгүй байдлын хэлтсийн 3 мэргэжилтний чиг үүрэг давхцаж байна (Анхан, лавлагаа шатлалын тусламжийн чанар, сувилахуйн тусламжийн чанар хариуцсан мэргэжилтнүүд).
- Лавлагаа шатлалын тусламж, үйлчилгээний чанар, аюулгүй байдал хариуцсан мэргэжилтний чиг үүрэгт лавлагаа тусламжийн чанар, аюулгүй байдал, халдварын сэргийлэлт, хяналтын асуудал, эмнэлгийн мэргэжилтний ёс зүйн асуудал, өргөдөл гомдол гэсэн олон чиг үүргийн нягтралтай.
- Уламжлалт анагаах ухааны эм, эмийн үйлдвэрлэл хариуцсан мэргэжилтний чиг үүргийн асуудлууд ЭЭХХЗГ-ын Эм үйлдвэрлэлийн хэлтэс, Эмийн бүртгэлийн хэлтсийн чиг үүрэгтэй давхцсан. Уламжлалт анагаах ухааны тусламж, үйлчилгээ хариуцсан мэргэжилтний сул орон тоонд мэргэжилтэнгүй нэг мэргэжилтэн хэлтсийн бүх чиг үүргийг хэрэгжүүлсээр ирсэн.
- Оношилгооны маш чухал хэсэг нь эмнэлгийн тоног төхөөрөмжтэй уялддаг бөгөөд эмчилгээний чанарын хяналтын байцаагч нар эмчилгээний тоног төхөөрөмжийн чанар, аюулгүй байдал, засвар үйлчилгээнд хяналт тавих мэдлэг чадвар дутагдалтай.
- Байцаагч нарын орон нутагт томилолтоор ажиллах томилолт, унааны зардал байхгүй, шийдэгдээгүй, төлөвлөгөөт хяналт, шалгалтын томилолт, унааны зардалгүйгээс 2023 онд 56 объектын хяналт шалгалт хийгдээгүй, гэнэтийн шалгалт, төлөвлөгөөт бус шалгалтын үед унаа тээврийн аюулгүй байдлыг хангахгүй байгаагаас төрийн албаны мэдээлэл задрах, хяналт шалгалтын үйл ажиллагаанд саад учрах, шалгуулах хүмүүс зугтах гэх мэт асуудлууд тулгардаг.

- Удирдлагаас өгсөн шуурхай үүрэг даалгаврууд, яаралтай дуусгах хяналт шалгалтын үйл ажиллагаатай холбоотой илүү цагаар ажилладаг ч илүү цагийн хөлс олгогддоггүй.
- Аймгуудын хүний нөөцийн дутагдлаас өргөдөл гомдлын дагуух хяналт, шалгалт яамны байцаагч нарын чиг үүрэгт нэмэлтээр ирж байна. 18 аймагт 79 улсын байцаагчийн орон тоо дутагдалтай, тухайлбал 9 аймагт (Төв, Булган, Сэлэнгэ, Дархан-Уул, Өмнөговь, Өвөрхангай, Завхан, Дорнод) эмчилгээний чанарын хяналтын байцаагчгүй, хүнсний эрүүл ахуйн чиглэлээр Дундговь, Өвөрхангай, Архангай аймгууд байцаагчгүй байна. Ажлын ачааллаас үүдэн дээрх байцаагчгүй аймаг, дүүргүүдэд хяналт шалгалтын төлөвлөлт хийгдэхгүй, төлөвлөгөөт бус асуудалд суурилсан хяналт шалгалт зонхилж байна.
- Албан тушаалын тодорхойлолтод заасан мэргэжлийн дагуу сонгон шалгаруулалтаар төрийн захиргааны албан тушаалд томилогдон ажилладаг. Гэтэл АТТ-д заасан мэргэжлийн чиглэлийн зэрэг, дэвийг төрийн албаны зэрэг, дэвтэй адилтгадаггүй. Олон жилийн судалгаа, шинжилгээ, оюуны бүтээл, онол, дадлага туршлагаар хамгаалсан магистр, мэргэжлийн зэрэг, цол (хүний их эмчээр ахлах, тэргүүлэх, зөвлөх зэрэг, клиникийн профессор, мэргэшсэн нягтлан бодогч, зөвлөх инженер гэх мэт)
- Эргэн мэдээлэлгүй сар бүр биелэлт шаарддаг тайлан ихтэйгээс үндсэн ажлууд орхигдон харьяа байгууллагуудаас тайлан, мэдээ сар бүр авч нэгтгэдэг.

### 2.1.5.3 Эрүүл мэндийн яамны процессын зураглал

Эрүүл мэндийн яам чиг үүргийнхээ хүрээнд хариуцан хэрэгжүүлж буй 23 процессын оролцогч талууд, үе шат, бүрдүүлэх бичиг баримт, тулгардаг асуудал зэргийг бүртгэж, процессын зураглалыг гаргасан. Эдгээр процесст хийсэн дүн шинжилгээгээр магадлан итгэмжлэл, үйл ажиллагаа эрхлэх тусгай зөвшөөрөл болон эрүүл мэндийн салбарын төгсөлтийн дараах сургалтын процессын хүндрэлтэй асуудлуудыг хамгийн түрүүнд шийдвэрлэх шаардлагатай гэж үзсэн.

Зураг 82. Нэн түрүүнд шийдвэрлэх шаардлагатай процесс



Магадлан  
итгэмжлэл



Үйл ажиллагаа  
эрхлэх тусгай  
зөвшөөрөл



ЭМ-ийн салбарын  
төгсөлтийн дараах  
сургалт

Дээрх процессын зураглалыг боловсруулах явцад хариуцсан мэргэжилтнүүдийн зүгээс дараах тулгамдаж буй асуудлыг тавьж байсан. Үүнд:

**Программ хангамжтай холбоотой** процессын тулгамдаж буй асуудал:



**Гадаад оронд зайлшгүй шаардлагаар эмчлүүлэх:** Материалын бүрдүүлэлт цахим мэдээллийн санг бүрэн цахимжуулах учир нь давхардах магадлалтай шүүх боломж байдаггүй.

**Тусгай зөвшөөрөл:** 2022 04 сараас [tz.moh.mn](http://tz.moh.mn) программыг ашиглаж байна. Энэ программ нь ойлгомжгүй. Маш олон алхамтай. Цаасаа pdf болгож цахим хэлбэрт шилжүүлэх хүндрэлтэй байдаг.

Орон нутаг цахим системгүй цаасаар явж байгаа. Тусгай зөвшөөрөл шинээр авахдаа адил асуудал тулгамдаж байна.

Импортлох тамхи, тамхин бүтээгдэхүүний хорт бодис аюулгүй байдалд эрүүл мэндийн дүгнэлт гаргах үйл ажиллагаа цахимжаагүй цаасан хэлбэрээр байна.

Үйл ажиллагаатай холбоотой процессын тулгамдаж буй асуудал:



**Мэргэжлийн үйл ажиллагаа эрхлэх зөвшөөрөл:** Механик ажил ихтэй, хүн нэг бүрчлэн материалыг нь тулгаж хянадаг учраас цаг хугацаа их зарцуулдаг. Формат, хянагдсанаас шаардлага хангаагүй хүмүүсээ хасах, форматаа өөрчлөх, хуулийн нэр нэршилд оруулах, сайдын тушаалын үндэслэл зэргийг судлах

**Өргөдөл, гомдлын шийдвэрлэлт:** Өргөдөл, гомдлын агуулга, хамрах хүрээ тодорхойгүй. Ангилахад хүндрэлтэй, цаг хугацаа их зарцуулдаг.

**Эмнэлгийн ажилтны төгсөлтийн дараах сургалт:** АШУУИС төгсөлтийн дараах сургалтад ЭМХТ-өөс хамааралгүй бэлдэж байгаа нь ачаалал хэтрэх нөхцөл үүсэж байна.

**Хүний эмийн зөвлөл:** Хүний эмийн зөвлөл нь ЭМЯ-ны дэргэд байдаг нь эмийн зохицуулалтын ажлыг удаашруулахад хүргэж байна.

**Төлөөлөн удирдах зөвлөлийн үйл ажиллагаа:** Эмнэлгүүдийн төлөөлөн удирдах зөвлөл нь ТУЗ-ын аж ахуйн асуудлаа шийдэх хэрэгтэй байдаг байтал тогтмол алдагдалтай байгаагаа илэрхийлж ЭМЯ-аас санхүүжилт хүсдэг. Ер нь цаашдаа ТУЗ-тай байх тал дээр дахин судалгаа хийж шийдвэр гаргах хэрэгтэй. ТУЗ-гүй байхдаа ямар байсан, Ижил төстэй эмнэлгээс хэр ахицтай байна гэдгийг үнэлгээ хийлгэж байгаа.

**Ёс зүйн хяналтын хороо:** Цалин, урамшуулал, томилолтын зардал байхгүй үндсэн ажлын хажуугаар хийдэг, архивын үйл ажиллагаа цаасаар байдаг. Үүнийг цахимжуулан хадгалах хэрэгтэй байна.

**Магадлан итгэмжлэл:** Байгууллагууд өөрийн хүсэлтээ илгээхдээ хугацаа хоцрох, баримт бичиг дутуу өгөх асуудлууд гардаг.

Бусад үйл ажиллагаатай холбоотой процессын тулгамдаж буй асуудал:



**Санхүүжилт:** Эрүүл мэндийн дэмжих сангийн нийт хөрөнгийн 10 тэрбумыг төгрөгийг шинэ технологийг нэвтрүүлэх үйл ажиллагаанд зарцуулахаар төсөлд оруулсан боловч зөвхөн эмнэлгийн тусламж үйлчилгээнд зориулахаар тусгагдсан. Үүнд: НЭМ, урьдчилсан сэргийлэх, цахимжуулалтын ажил орхигдсон. Мөн шинэ технологийн бүртгэлийн тогтолцоо байхгүй. Шинжлэх ухааны технологийн хуульд заагдаагүй байдаг.

**Хүний эрүүл мэндэд сөргөөр нөлөөлж болзошгүй, өндөр эрсдэлтэй мал, амьтны гаралтайгаас бусад түүхий эд, бараа бүтээгдэхүүн, бодис, бэлдмэлийг экспортлох, импортлоход эрүүл ахуйн дүгнэлт гаргах үйл ажиллагаа:** Хилээр сорьц гарахад аюулгүй байдлыг шалгах, тодорхойлох хэсэг байхгүй байна. Материал бүрдүүлэлтийн жагсаалт байхгүй. Материалаа давтамжтай өгч бүрдүүлээд сурчихсан байгууллага бол асуудал багатай байдаг. Жишээ нь: Допингийн эсрэг байгууллага.

Байгууллагууд төлбөртэй тусламж үйлчилгээний тушаал гаргаж байгаа.

Хүний нөөцтэй холбоотой процессын тулгамдаж буй асуудал:



**Тайлагналт, үнэлгээ:** Тайлант хугацаандаа ирэхгүй удах, чанар хангалтгүй байх, ХШҮДА хийх хүний нөөц дутмаг, ажлын ачаалал их, нийт 8 орон тооноос 5 албан хаагч ажиллаж байгаа. Тайлангуудын тайлагнах хугацаа давхарддаг.

**Төрийн болон орон нутгийн өмчийн хөрөнгөөр бараа ажил үйлчилгээ худалдан авах үйл ажиллагааг зохион байгуулах, гэрээлэх:** УИХ-ын гишүүд төсөл арга хэмжээг давхцуулж оруулаад төсвийг авдаг, бодлогын газраас нэгдсэн төлөвлөлт байхгүй, дүн шинжилгээ хийхэд хүний нөөц дутагдалтай байдаг. Сангийн яамнаас нэг чиглэлээр ажиллах хүнийг бэлтгэх шаардлагатай байна гэсэн санал ирсэн.

**Арга хэмжээний төлөвлөгөөний хэрэгжилтийг хангахад чиглэсэн зохион байгуулалтын үйл ажиллагаа:** Хүний нөөцийн тогтворгүй байдал, Чиглэл хариуцсан мэргэжилтний ажлын байр тогтворгүй, Шаардлагагүй үйл ажиллагааг төлөвлөдөг, Нэмэлтээр ажлын хэсэг байгуулах тушаал гардаг. Үйл ажиллагааны цахимжилтийг сайжруулах шаардлагатай.

**Ахуйн шавж, мэрэгч устгах, ариутгах, халдваргүйжүүлэх:** ХӨСҮТ-ийн нэг л биологич мэргэжилтэй ажилтан ажилладаг. Жилд дунджаар 15-20 байгууллагаас 50-100 бодис шинээр бүртгүүлэх болон хугацааг сунгуулах хүсэлтийг ирүүлдэг.

Шинжээч ажиллахад ажлын хөлс байдаггүй тул шинжээч олддоггүй. Дүгнэлт гаргах эрхтэй шинжээч нарын бүртгэл судалгаа байхгүй, батлагдсан жагсаалт, тушаал шийдвэр байдаггүй. Шинжээчийн дүгнэлт гаргах журамласан хугацаа байхгүйгээс тогтмол хугацаанд дүгнэлт гардаг тов байхгүй. Шинжээчээр ажиллах мэргэжилтэн олддоггүй учраас яамны зөвлөлийн гишүүд өөрсдөө шинжээчийн дүгнэлт гаргах тохиолдол байдаг.

### Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэл

1998 онд Эрүүл мэндийн тухай Монгол Улсын хууль, Засгийн газрын 181 дүгээр тогтоол, Иргэний эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуульд эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэлийн анхны заалтууд тусгагдсанаар эрүүл мэндийн байгууллагуудад магадлан итгэмжлэгдэх давуу тал бий болжээ.

Энэ цаг үеэс эхлэн магадлан итгэмжлэлтэй холбоотой заалтуудад 2002, 2006, 2008, 2011, 2012, 2016 онуудад өөрчлөлт орж, 2016 онд “Эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэх, шинжээч сонгон шалгаруулах, ажиллуулах журам, магадлан шинжлэх шалгуурыг эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн Засгийн газрын гишүүн, үйлчилгээний төлбөрийн хэмжээ, холбогдох зардлын жишгийг санхүү, төсвийн болон эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн Засгийн газрын гишүүд хамтран батална гэж өөрчлөн найруулсан нь мөрдөгдөж байна.

Зураг 83. Магадлан итгэмжлэлийн өнөөгийн тогтолцоо



Эрүүл мэндийн сайдын 1999 оны 3 дугаар сарын 01-ний өдрийн А/42 тушаалаар Эрүүл мэндийн удирдлага, мэдээлэл, боловсролын төвийн (одоогийн ЭМХТ) бүрэлдэхүүнд Магадлан итгэмжлэл лицензийн алба нэртэйгээр эрүүл мэндийн байгууллагыг магадлан итгэмжлэлийн анхны бүтэц бий болсон. Он цагийн дарааллаар тогтолцоог харуулбал:

Зураг 84. Магадлан итгэмжлэлийн удирдлага зохион байгуулалтын түүх



Эх сурвалж:

Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 5 удаагийн шинэчилсэн найруулга, нэмэлт өөрчлөлтөөр эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлтэй холбоотой заалтууд удаа дараалан өөрчлөгдөж ирсэн ч эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэлийг эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллага болон төрийн байгууллага олгохоор зүйлчилсэн нь хадгалагдсаар ирсэн ба дараах чиг үүргийг гүйцэтгэдэг. Үүнд:

Эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн Төрийн захиргааны төв байгууллага: Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 8.1.18-д зааснаар “Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний чанарын

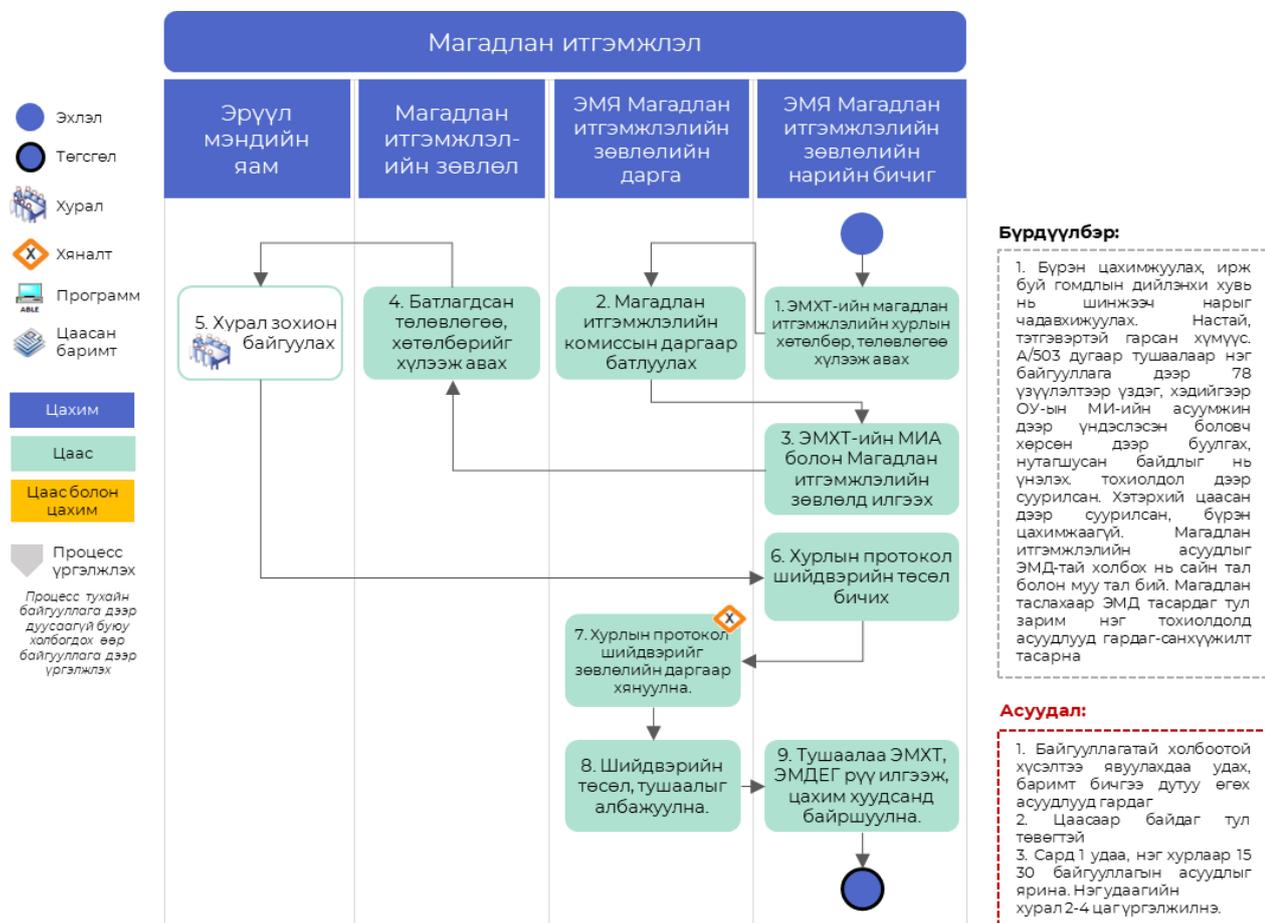
бодлогын хэрэгжилтэд хяналт тавьж, эрүүл мэндийн байгууллагад магадлан итгэмжлэл олгох үйл ажиллагааг зохион байгуулах”, 22.2-д зааснаар “Эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэлийг эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллага олгоно”, “Эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэх, шинжээч сонгон шалгаруулах, ажиллуулах журам, магадлан шинжлэх шалгуурыг эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн Засгийн газрын гишүүн, үйлчилгээний төлбөрийн хэмжээ, холбогдох зардлын жишгийг санхүү, төсвийн болон эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн Засгийн газрын гишүүд хамтран батална” гэсэн хуулийн зохицуулалтын хүрээнд магадлан итгэмжлэлийн үйл ажиллагааны зохицуулалтыг хийж байна. Харин Магадлан итгэмжлэлийн зөвлөл ажиллуулах хуулийн зохицуулалт байхгүй бөгөөд энэхүү зөвлөлийн хурлаар магадлан итгэмжлэл олгох шийдвэр гаргаж байгаа нь хууль зүйн үндэслэлгүй гэж дүгнэхээр байна.

Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвийн Магадлан итгэмжлэлийн алба: Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний чанар, технологи, стандартын хэрэгжилтийг үндэслэн эрүүл мэндийн байгууллагад магадлан итгэмжлэл, хяналт, үнэлгээ хийх, магадлан итгэмжлэлийн өдөр тутмын үйл ажиллагааг зохион байгуулах, зохицуулах чиг үүргийг гүйцэтгэдэг. Өдөр тутамдаа эрүүл мэндийн байгууллагын баримт, бичиг хүлээн авах, дүн шинжилгээ хийх, баримт бичигт зөвлөгөө өгөх, шинжээчийн баг томилох, чадавхжуулах, бэлтгэл ажлыг хангах, шинжээчийн багт эрүүл мэндийн байгууллагын баримт бичгийг хүлээлгэн өгөх, үнэлгээний дүгнэлт, танилцуулга хүргүүлдэг.

Аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газар: Харьяалах нутаг дэвсгэртээ магадлан итгэмжлэх үйл ажиллагааг удирдлага, зохицуулалт, мэргэжил арга зүйгээр хангадаг.

Магадлан итгэмжлэх хүсэлт гаргасан эрүүл мэндийн байгууллага: Тусламж, үйлчилгээний технологи, чанарын баталгаажилтыг тасралтгүй байдлыг хангаж, магадлан итгэмжлэх шалгуурын дагуу өөртөө үнэлгээ хийх, шаардлагатай материалыг бүрдүүлэх, ажлын албанд магадлан итгэмжлүүлэх хүсэлт хүргүүлэх, чанарын хөтөлбөр боловсруулан хэрэгжилтийг хангаж, магадлан итгэмжлэлээр өгсөн зөвлөмжийг хэрэгжүүлдэг.

Зураг 85. Магадлан итгэмжлэлийн процессын зураглал



Одоогийн бүтэц, зохион байгуулалтаар ЭМЯ, ЭМХТ-ийн ажлын алба нь улсын хэмжээнд магадлан итгэмжлэлийг нэгдсэн удирдлага, зохион байгуулалт, өдөр тутмын зохицуулалтаар хангаж, эрүүл мэндийн байгууллагыг магадлан итгэмжлэх зөвлөл, орон тооны бус шинжээч, аймаг, нийслэлийн ЭМГ, төрийн бус байгууллага, нийгэмлэг, холбоод, мэргэжлийн салбар зөвлөл, магадлан итгэмжлүүлэх хүсэлт гаргасан эрүүл мэндийн байгууллагатай хамтран ажиллаж байна.

### **Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн хууль эрх зүйн зохицуулалтын дүн шинжилгээ**

#### Монгол Улсын үрт хугацааны хөгжлийн бодлого – “Алсын хараа-2050”

Зорилт 2.2. Эрүүл дадал хэвшилтэй, идэвхтэй амьдралын хэв маягтай иргэн төлөвшүүлэн эрүүл мэндийн чанар, хүртээмж, үр дүнтэй тогтолцоог хөгжүүлнэ.

Зорилтыг хүрээнд хэрэгжүүлэх үйл ажиллагаа:

2.2.21. Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний чанар, аюулгүй байдлыг сайжруулах зорилгоор төрөөс хараат бус бие даасан магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоог бүрдүүлнэ.

2.2.30. Эрүүл мэндийн чиглэлээр сургалт, эрхэлж байгаа байгууллагад олгох тусгай зөвшөөрөл, магадлан итгэмжлэлд тавигдах шаардлагыг шинэчлэх, үйл ажиллагааг боловсронгуй болгоно

#### Эрүүл мэндийн тухай хууль (2011 он):

3 дугаар зүйл. Хуулийн нэр томъёоны тодорхойлолт:

3.1.17. “Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэл” гэж эрүүл мэндийн байгууллагын бүтэц, үйл ажиллагаа, эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний технологи, чанарт хөндлөнгийн үнэлгээ хийж, дүгнэлт гаргахыг,

8 дугаар зүйл. Эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны бүрэн эрх:

8.1.18-д “Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний чанарын бодлогын хэрэгжилтэд хяналт тавьж, эрүүл мэндийн байгууллагад магадлан итгэмжлэл олгох үйл ажиллагааг зохион байгуулах”,

22 дугаар зүйл. Эрүүл мэндийн байгууллагын үйл ажиллагааг магадлан итгэмжлэх:

22.1. Эрүүл мэндийн байгууллага сайн дурын үндсэн дээр өөрийн байгууллагын үйл ажиллагааг болон хүн амд үзүүлж байгаа тусламж, үйлчилгээний технологи, чанарыг үнэлүүлж, магадлан итгэмжлэл авна.,

22.2. Эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэлийг эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллага олгоно (2012 оны 8 дугаар сарын 17-ны өдрийн хуулиар нэмэлт оруулсан),

22.3. Энэ хуулийн 22.2-т заасан магадлан итгэмжлэх байгууллага нь эрүүл мэндийн байгууллагын бүтэц, үйл ажиллагаа, эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний технологи, чанарыг орон тооны бус шинжээчдээр үнэлүүлж, дүгнэлт гаргана.,

22.4. Эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэх, шинжээч сонгон шалгаруулах, ажиллуулах журам, магадлан шинжлэх шалгуурыг эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн Засгийн газрын гишүүн, үйлчилгээний төлбөрийн хэмжээ, холбогдох зардлын жишгийг санхүү, төсвийн болон эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн Засгийн газрын гишүүд хамтран батална (2016 оны 4 дүгээр сарын 22-ны өдрийн хуулиар нэмсэн) гэж хуульчилсан.

Шинэчлэгдсэн хуулийн нэр томъёонд магадлан итгэмжлэлийг тодорхойлон, магадлан итгэмжлэл олгодог байгууллагын чиг үүргийн талаар нэмэлт өөрчлөлтүүд хийгджээ.

#### Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний тухай хууль

23 дугаар зүйл “Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээг магадлан итгэмжлэх”:

23.1. Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлж байгаа эрүүл мэндийн байгууллага тусламж, үйлчилгээний төрөл, технологи, чанар, гүйцэтгэлийг үнэлүүлж, сайн дурын үндсэн дээр магадлан итгэмжлэл авна.,

23.2. Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлж эрүүл мэндийн байгууллагыг магадлан итгэмжлэхтэй холбоотой харилцааг Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 22 дугаар зүйлд заасны дагуу зохион байгуулна.

Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хууль:

16 дугаар зүйл. “Эрүүл мэндийн даатгалын байгууллагын чиг үүрэг”:

16.1.4-т Монгол Улсын нутаг дэвсгэрт үйл ажиллагаа явуулж байгаа, тусгай зөвшөөрөлтэй, магадлан итгэмжлэгдсэн өмчийн бүх хэлбэрийн эмийн сангаас бусад эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллагаас тусламж, үйлчилгээний чанар, аюулгүй байдал, хүртээмжийг харгалзан сонгон шалгаруулах үйл ажиллагааг энэ хуулийн 14.9.11-д заасан журмын дагуу зохион байгуулах.,

14.9.11 Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх байгууллагыг сонгон шалгаруулах журмыг санхүү, төсвийн болон эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллагын саналыг үндэслэн (Энэ заалтыг 2016 оны 11 дүгээр сарын 10-ны өдрийн хуулиар нэмсэн) батлах.,

Засгийн газрын тогтоол:

Магадлан итгэмжлэлийн суурь тавигдсан 1998 оноос эхлэн Засгийн газрын 5 тогтоол батлагдан хэрэгжсэн байна. Тухайлбал: 1998 оны 181 дүгээр анхны тогтоол, 2002 оны 246, эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэх байгууллагын дүрэм, шинжээч сонгон шалгаруулах журам, магадлан итгэмжлэл олгох, сунгах журам, магадлан шинжлэх ажлын шалгуурыг батлан, магадлан итгэмжлэл сайн дурын үндсэн дээр явагдах ба санхүүгийн дэмжлэг авах баталгаа болно гэж заасан.

2005 оны 72 дугаар тогтоолоор “Эрүүл мэндийн салбарын мастер төлөвлөгөө”-г баталсан. Мастер төлөвлөгөөнд магадлан итгэмжлэх бие даасан байгууллага, бүтэцтэй болох, мэргэжлийн нийгэмлэгүүдийн чадамжийг нэмэгдүүлэн, ажмаар магадлан итгэмжлэлийг шилжүүлэх бодлого баримтлахаар тусгасан боловч бодлогын энэ зорилт хэрэгжээгүй, хугацаа дууссан.

Хамгийн сүүлд 2017 оны 24 дүгээр тогтоолоор баталсан “Төрөөс эрүүл мэндийн талаар баримтлах бодлогод тусламж, үйлчилгээний төрөл, гүйцэтгэлтэй уялдсан бие даасан магадлан итгэмжлэл бүхий чанарын удирдлагыг нэвтрүүлэхээр заасан ба тогтоол хүчингүй болсон.

Эндээс харахад үе үеийн тогтоолд магадлан итгэмжлэх бие даасан тогтолцоог бүрдүүлэхийг зорьж байсан боловч хэрэгжээгүй байна.

Эрүүл мэндийн сайдын тушаал:

Эрүүл мэндийн сайдын 2002 оны 12 дугаар сарын 06-ны өдөр 284 дугаартай “Төрийн өмчийн эрүүл мэндийн байгууллагад магадлан итгэмжлэл олгох тухай” анхны тушаал батлагдсан бол 2003 оны 3 дугаар сарын 31-ний өдрийн 63 дугаар тушаалаар “Тусламж, үйлчилгээний чанарыг сайжруулах хөтөлбөрийн үлгэрчилсэн загвар”-ыг анх удаа баталж байжээ.

- 2013 оны А/247 Эрүүл мэндийн байгууллагыг магадлан итгэмжлэх үйлчилгээний төлбөр, зардлын жишиг батлах тухай (4 дүгээр хавсралт),
- 2015 оны А/363 Үнэлгээний хуудас, аргачлал батлах тухай,
- 2017 оны А/503 Эрүүл мэндийн байгууллагыг магадлан итгэмжлэх журам батлах тухай,
- 2017 оны А/118 Магадлан итгэмжлэлийн шинжээч сонгон шалгаруулж, томилох, чөлөөлөх журам батлах тухай,
- 2019 оны А/554 Эрүүл мэндийн байгууллагыг магадлан шинжлэх шалгуур батлах тухай,
- 2020 оны А/179 Өрх, сум тосгоны эрүүл мэндийн төвийг магадлан шинжлэх шалгуур батлах тухай,
- 2020 оны А/180 Сувилал, сувилахуйн болон сэргээн засах төвийг магадлан шинжлэх шалгуур үзүүлэлт батлах тухай.

Дээрх тушаал, журмуудын ерөнхий агуулгыг тус бүрээр задлан шинжилж үзвэл:

ЭМС-ын 2013 оны 247 дугаар тушаалын дөрөвдүгээр хавсралт: “Эрүүл мэндийн байгууллагыг магадлан итгэмжлэх үйлчилгээний төлбөрийн хэмжээ, холбогдох зардлын жишиг” өнөөг хүртэл буюу 10 жил мөрдөгдсөн.

Энэхүү тушаалаар эрүүл мэндийн байгууллагыг магадлан итгэмжлэх төлбөр тусламж, үйлчилгээний онцлог, шатлал, орны тооноос хамаарч хамааран 400,000-1,000,000, магадлан итгэмжлэлд бэлтгэх үйл ажиллагаа 200,000, арга зүйн зөвлөгөө өгөх, явцын үнэлгээ хийх 1 байгууллагад 15000, зөвлөлийн хурлын зардал 1 удаа 50000, нэг гишүүний ажлын хөлс нэг цагт 10000, зөвлөлийн гишүүн бичгээр санал өгөх 20000, шинжээчийн багийн ахлагч 1 байгууллагад 55000, гишүүн 45000 төгрөг гэж заасан.

Магадлан итгэмжлэлийн албаны 2022 оны тайланд дурдсанаар өнөөгийн нөхцөлд бодит зардал нь төлбөрийн хэмжээнээс давсан, ажлын үнэлэмжээс шалтгаалан шинжээчид ажиллах сонирхол муутай байгаа нь тулгамдсан асуудлын нэг болжээ.

ЭМС-ын 2015 оны 363 дугаар тушаал: Магадлан итгэмжлэгдсэн эрүүл мэндийн байгууллагад явцын үнэлгээ хийх үнэлгээний хуудас, аргачлалыг баталсан. Үнэлгээний хуудас нь эрүүл мэндийн байгууллагын мэдээлэл, шалгуур үзүүлэлтүүд (ерөнхий шалгуур үзүүлэлт, тусгай шалгуур үзүүлэлт), нийт 37 шалгуур үзүүлэлтээс бүрдсэн, 2-0 оноогоор үнэлгээ өгөх зарчимтай.

Шалгуур үзүүлэлт нь тусламж, үйлчилгээний технологи, чанар, аюулгүй байдал хүний нөөцийн хөгжил, эмнэлгийн мэргэжилтний ёс зүй, үйлчлүүлэгчдийн сэтгэл ханамж, шинжээчдийн багийн өгсөн зөвлөмжийн биелэлтэд чиглэсэн. Үнэлгээний аргачлалд шалгуур үзүүлэлтийг дүгнэх оноо болон хувиар тооцсон үзүүлэлтийг дүгнэсэн тайлбарыг оруулсан.

Мэдээллийн ил тод байдлыг хангах, ёс зүйн хариуцлагыг сайжруулах, аюулгүй байдлыг хангах шалгуур үзүүлэлтүүдийг шинэчлэн боловсруулсан. Энэхүү шалгуур үзүүлэлтийг өнөөгийн нөхцөл байдал, шинэ эрх зүйн орчинтой уялдуулан шинэчлэх шаардлагатай.

ЭМС-ын 2017 оны 503 дугаар тушаалаар Эрүүл мэндийн байгууллагыг магадлан итгэмжлэх журмыг баталсан. Энэхүү журмыг шинэчлэн, сайжруулахаар ажиллаж байгаа бөгөөд гол үзэл баримтлал нь шинэ эрх зүйн (Алсын хараа-2050, бусад) орчин, төрийн захиргааны төв байгууллагын болон ажлын албаны (ЭМХТ) чиг үүргийн өөрчлөлт, бусад байгууллага, мэргэжлийн салбар зөвлөл, нийгэмлэг, холбоодын оролцоо, магадлан итгэмжлэлийн үйл явцын шинэчлэлтэд чиглэж байна.

ЭМС-ын 2023 оны А/412 дугаар тушаалаар “Магадлан итгэмжлэлийн шинжээч сонгон шалгаруулах, ажиллуулах, хяналт-шинжилгээ, үнэлгээ хийх журам шинэчлэн батлах тухай” баталж хэрэгжүүлж байна.

ЭМС-ын 2019 оны 554 дугаар тушаалаар “Эрүүл мэндийн байгууллагыг магадлан шинжлэх шалгуур, үнэлгээ хийх аргачлал”, 2020 оны 179 дугаар тушаалаар “Өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийг магадлан шинжлэх шалгуур”, 2020 оны 180 дүгээр тушаалаар “Сувилал, сэргээн засах болон сувилахуйн төвийг магадлан шинжлэх шалгуурыг тус тус баталсан.

ЭМХТ-өөс жил бүр эрхлэн гаргадаг “Бүтээлийн товчоо” 2023-д “Замын зураглал: Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоог бэхжүүлэх” бүтээлд магадлан итгэмжлэлийн өнөөгийн нөхцөл байдлыг олон улсын магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоотой харьцуулан дүн шинжилгээ хийж, үндэсний эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн тогтолцооны 2025-2028 замын зураглалд магадлан итгэмжлэлийг дараах байдлаар дүгнэсэн байна<sup>95</sup>. Үүнд:

*“Магадлан итгэмжлэл нь зүгээр нэг үнэлгээ биш харин нийгмийн харилцааны, зохицуулалтын, зохион байгуулалтын цогц арга хэмжээ юм гэдгийг олон судалгаа, нотолгоо тодорхойлсон байдаг. Эрүүл мэндийн системүүд эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний үйл явцыг сайжруулах, чанар, үр ашгийг нэмэгдүүлэх зорилго, зорилтуудыг дэвшүүлж байгаа энэ цаг үед магадлан итгэмжлэлийг үйл ажиллагааг тогтвортой сайжруулах бат бэх суурь шаардлагатай байна. 20 гаруй жилийн түүхтэй манай улсын эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоо нь чанарыг сайжруулах, аюулгүй байдлыг хангах зорилтыг дэвшүүлж, түүнийг амжилттай*

<sup>95</sup> Бүтээлийн товчоо 2023, ЭМХТ, 2024, хуудас 366-367

хэрэгжүүлэх бүх талын арга хэмжээнүүдийг авч хэрэгжүүлж байсан хэдий ч олон сорилт, бэрхшээлтэй тулгарч ирсэн билээ. 20 жилийн өмнөхтэй харьцуулахад улс орнуудын эрүүл мэндийн тогтолцооны хөгжил, хууль эрх зүйн орчин, бодлого, стратеги, зорилго, зорилтууд нь гадна, дотно талдаа ч тэр маш их хувьсан өөрчлөгдөж байна. Үүний нөлөөлөл нь улс орнуудын эрүүл мэндийн салбарт тусламж, үйлчилгээний чанарыг сайжруулах, үйлчлүүлэгчийн аюулгүй байдлыг хангах, үр, эрүүл мэндийн байгууллагын үр ашигт суурилсан гүйцэтгэлийг нэмэгдүүлэх зорилтуудыг хэрэгжүүлэх механизм болсон магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоог (засаглал, стандарт, шалгуур, үнэлгээ, түүний үйл ажиллагааны зохион байгуулалт, магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээний мэргэжилтэн, шинжээчдийг мэдлэг, ур чадвар, чадавх, ёс зүйн асуудал) цаашид хэрхэн хөгжүүлэх, бэхжүүлэх, олон улсын жишигт хэрхэн нийцүүлэх вэ гэсэн сорилтуудын өмнө ирээд байна.

Тийм ч учраас улс орнууд дараах 4-н үндсэн зарчим дээр суурилсан магадлан итгэмжлэлийн тогтолцооны “бизнес загвар”-ыг бий болгох зорилтыг дэвшүүлэн ажиллаж байна. Үүнд: 1) Магадлан итгэмжлүүлэх хүсэл сонирхол бүхий эрүүл мэндийн байгууллагуудыг бодлогоор дэмжих; 2) Үйл явцыг тасралтгүй сайжруулахад чиглэгдсэн шалгуураас бүрдсэн нотолгоонд суурилсан магадлан итгэмжлэлийн стандартыг боловсруулах; 3) Магадлан итгэмжлэлийн үнэлгээний үйл явцыг боловсронгуй болгох, үнэлгээний мэргэжилтэн, шинжээчийг бэлтгэх, тасралтгүй чадавхжуулах, мэргэшүүлэх сургалтын тогтвортой тогтолцоог бий болгох; 4) Гүйцэтгэлээ тасралтгүй сайжруулж буй эрүүл мэндийн байгууллагыг урамшуулах механизм, зохицуулалтуудыг бий болгох. Магадлан итгэмжлэлийн тогтолцооны энэхүү “бизнес загвар”-ын гол зүйл нь яах аргагүй засаглалын асуудал бөгөөд шийдвэр гаргалт, удирдлагын үйл ажиллагааны хувьд хараат бус, бие даасан субъектийг бий болгох, бүх талуудын (эмч, эмнэлгийн мэргэжилтний мэргэжлийн байгууллагын төлөөлөл, тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгчийн төлөөлөл, бодлого боловсруулагчдын төлөөлөл, худалдан авагч байгууллагын төлөөлөл, төрийн өмчийн төлөөлөл, иргэний байгууллагын төлөөлөл) оролцоог хангах явдал юм. Магадлан итгэмжлэлийн тогтолцоог тогтвортой хөгжүүлэх бас нэг чухал хүчин зүйл бол санхүүжилт, иймд хараат бус, бие даасан үйл ажиллагааны үндэс нь санхүүжилтийн найдвартай эх үүсвэрийн асуудал юм.

Эрүүл мэндийн салбар дахь чанарын тухай үзэл баримтлал, түүн дотроо магадлан итгэмжлэл нь сайн дурын шинж чанартай, “тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгч-төвтэй” зарчим дээр суурилсан чанарыг сайжруулах үйл ажиллагаа байсан бол одоо үед олон нийт, худалдан авагчид хамаатай тэдэнд чиглэгдсэн “үйлчлүүлэгч-төвтэй” зарчим дээр суурилсан хөгжлийн өөр шатанд гарч байгааг анхаарахгүй байх аргагүй юм” гэжээ.

### **Эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн үйл ажиллагаанд тулгамдаж буй асуудал**

- ЭМБ нь “сайн дурын” үндсэн дээр магадлан итгэмжлэлд хамрагдах хүсэлт гаргах Эрүүл мэндийн тухай хуулийн зохицуулалт нь Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуулийн 16.1.4-д заасан “Монгол Улсын нутаг дэвсгэрт үйл ажиллагаа явуулж байгаа, тусгай зөвшөөрөлтэй, магадлан итгэмжлэгдсэн өмчийн бүх хэлбэрийн эмийн сангаас бусад эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллагаас тусламж, үйлчилгээний чанар, аюулгүй байдал, хүртээмжийг нь харгалзан сонгон шалгаруулах үйл ажиллагааг энэ хуулийн 14.9.11-д заасан журмын дагуу зохион байгуулах” гэж заасан нь магадлан итгэмжлэлийг гэрээний зайлшгүй биелүүлэх урьдчилсан нөхцөл болгосноор “сайн дурын” байх зарчмыг алдагдуулж “албан журмын” шинжтэй болгож хуулийн зөрчил үүсээд байгааг арилгаж олон улсад байдаг “сайн дурын” байх сонгомол шинжийг нь хуулиар баталгаажуулах шаардлагатай байна.
- Магадлан итгэмжлэл нь хараат бус, бие даасан байх төрийн бодлого хэрэгжих нөхцөлийг бүрдүүлж магадлан итгэмжлэлийн байгууллагын эрх зүйн орчныг бүрдүүлэх шаардлагатай байна.
- Хуульд заагдаагүй субъект болох Магадлан итгэмжлэлийн зөвлөлийн асуудлыг эрүүл мэндийн магадлан итгэмжлэлийн тогтолцооны засаглалын хүрээнд авч үзэн тус зөвлөлийн гишүүдэд яамны албан тушаалтнууд дийлэнх болж хараат бус шийдвэр гаргалтад нөлөөлж байгааг засах (олон улсын болон бусад салбарын туршлагыг хэрэгжүүлэх, тухайлбал боловсролын салбарын магадлан итгэмжлэлийн үйл явцаас суралцах)

- ЭМБ-ыг магадлан шинжлэх шалгуурыг олон улсын магадлан итгэмжлэлийн стандартад нийцүүлэх, чанарыг сайжруулах хөшүүрэг болгох
- Магадлан итгэмжлэлийн шинжээч нарыг сургаж, шинжлэн магадлах ур чадварыг нь хөгжүүлэх, арга зүйгээр хангадаг сургалтын хөтөлбөр, нэгдсэн тогтолцоотой болох.
- ЭМБ-ын магадлан шинжлэх хөлсийг гэрээний хүрээнд гарах зардалтайгаа уялдуулан төлбөрийн хэмжээгээ бие даан тогтоодог санхүүгийн эрх мэдлийг магадлан итгэмжлэлийн байгууллагад хуулиар олгох.

## Үйл ажиллагаа эрхлэх тусгай зөвшөөрөл

### Эрх зүйн орчин

Монгол Улсын хэмжээнд эрүүл мэндийн чиглэлээр үйл ажиллагаа эрхлэх тусгай зөвшөөрөл олгох, сунгах, түдгэлзүүлэх, сэргээх, хүчингүй болгоход дараах хууль, эрхзүйн орчны хүрээнд үйл ажиллагаагаа хэрэгжүүлж ажиллаж байна. Үүнд:

- Зөвшөөрлийн тухай хууль;
- Эрүүл мэндийн тухай хууль;
- Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн тухай хууль;
- Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний тухай хууль болон холбогдох бусад хууль тогтоомж.

Дээрх хуулиудын зохицуулалтаар ЭМЯ улсын хэмжээнд тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг төв эмнэлэг, тусгай мэргэжлийн төв, гадаадын хөрөнгө оруулалттай болон эмнэлгийн тоног төхөөрөмж, дагалдах хэрэгсэл протез, засвар үйлчилгээ эрхлэх тусгай зөвшөөрлийг олгодог.

Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын газар ахуйн шавж, мэрэгч устгах, ариутгах, халдваргүйжүүлэх бодис худалдах, үйлчилгээ эрхлэх, мансууруулах, сэтгэцэд нөлөөлөх эм, эмийн бодис, угтвар бодис болон эм үйлдвэрлэх, импортлох, экспортлох, ханган нийлүүлэх, худалдах, хүний эм, эмнэлгийн хэрэгслийг үйлдвэрлэх, импортлох, экспортлох, ханган нийлүүлэх тусгай зөвшөөрлийг олгож байна.

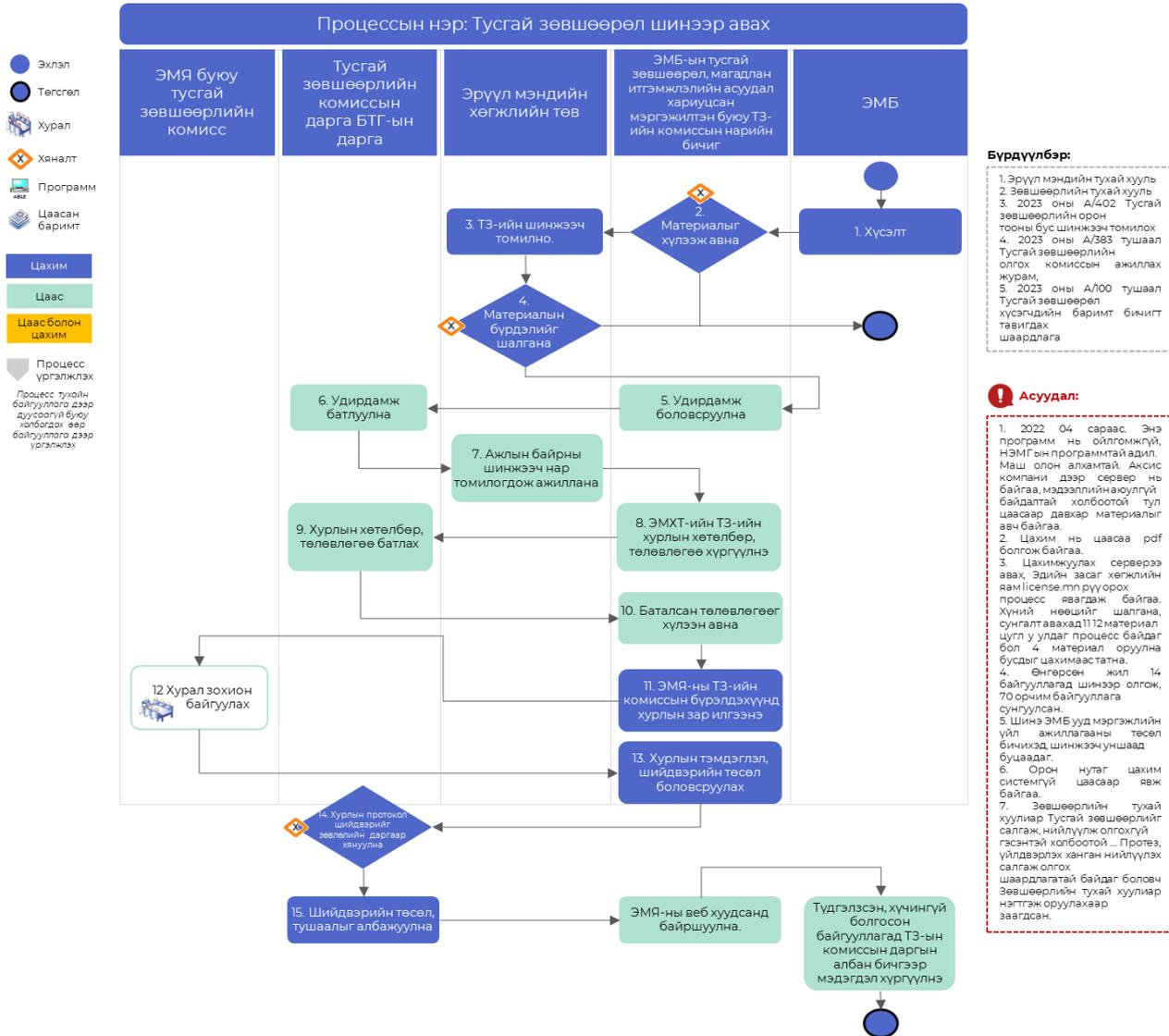
Бусад эрүүл мэндийн байгууллагын тусгай зөвшөөрлийг тухайн аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газраас олгодог.

Эрүүл мэндийн чиглэлээр үйл ажиллагаа эрхлэхэд Эрүүл мэндийн сайдын 2023 оны А/383, А/100, А/123, 2022 оны А/125, 2018 оны А/421, 2015 оны А/264, 2014 оны А/203, А/17 зэрэг тушаалуудыг хэрэгжүүлж байна.

### Тусгай зөвшөөрлийн зохион байгуулалт, оролцогч талууд

- Эрүүл мэндийн байгууллага,
- ЭМБ-ын тусгай зөвшөөрөл, магадлан итгэмжлэлийн асуудал хариуцсан мэргэжилтэн уюу ТЗ-ийн комиссын нарийн бичиг,
- Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв,
- Тусгай зөвшөөрлийн комиссын дарга- БТГ-ын дарга
- ЭМЯ буюу тусгай зөвшөөрлийн комисс.

Зураг 86. Үйл ажиллагаа эрхлэх тусгай зөвшөөрлийн процессын зураглал



**Тусгай зөвшөөрлийн үйл ажиллагаанд тулгамдаж буй асуудал**

Хууль эрх зүйн зохицуулалтыг боловсронгуй болгох

- Зөвшөөрлийн тухай хуулийн 8 дугаар бүлгийн 13-т “Эрүүл мэндийн чиглэлээр доор дурдсан үйл ажиллагааг тусгай зөвшөөрөлтэйгээр эрхлэх бөгөөд дараах этгээд олгоно” гэж заасан эрүүл мэндийн байгууллагад олгох тусгай зөвшөөрлийн чиглэлийг өөрчлөх боломжтой болгох.
- Зөвшөөрлийн тухай хуулийн эмнэлгийн тоног төхөөрөмж, багаж, хэрэгсэл, протез үйлдвэрлэх, импортлох, ханган нийлүүлэх, засвар үйлчилгээ хийх зөвшөөрлийг салгахгүй байх нь зөв.

Хууль дагаж гарах дүрэм журмыг боловсронгуй болгох шийдэл

- Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээг үзүүлж буй байгууллагад мөрдөгдөх Монгол Улсын үндэсний стандартуудыг яаралтай шинэчлэх, стандарт байхгүй
- Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 8.1.2. “Хүн амын эрүүл мэндийн байдлыг судлах, хянах, үнэлэх, эрэлт хэрэгцээг үндэслэн эрүүл мэндийн салбарын бодлого, хөгжлийн чиг хандлагыг тодорхойлох” гэж заасан тусгай зөвшөөрлийн хэрэгцээний тодорхойлолтыг мөрдүүлэх
- Тусгай зөвшөөрөл хүсэгч нь түдгэлзсэн хариу авсан үед 6 сарын дараа дахин хүсэлт гаргах эрх нь нээгддэг. Иймд байгууллагууд нь дахин шинэ компани үүсгэн, тусгай зөвшөөрлийг дахин хүсэж ААН-ын тоог зохиомлоор өсгөх хүчин зүйл болдог
- Тусгай зөвшөөрөл олгох журмыг энгийн хялбар болгон мөрдүүлэх журам, стандартын шаардлагыг өндөр болгох

- Тусгай зөвшөөрөл олгох журам, шинжээч ажиллах журам дээр бүрдүүлбэр, шаардлага зэргийг нэгтгэж нэг журам болгох /ЭМС 2023 оны А/100, ЭМС 2023 оны А/383/. Эмнэлгийн тоног төхөөрөмжтэй холбоотой Монгол Улсын стандартыг шинэчлэх шаардлагатай.
- Шинжээчдийн ажиллах аргачлалтай болгох.

## 2.2 САНХҮҮЖИЛТ

### 2.2.1 Эрүүл мэндийн салбарын төсөв

Хүн амын эрүүл мэндийн эрэлт хэрэгцээний мэдээлэлд тулгуурласан тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгчдийн санхүүжилт буюу стратегийн худалдан авалтын асуудал нь эрүүл мэндийн тогтолцооны чухал хэсэг.

Монгол Улс 1924 онд батлагдсан анх дугаар Үндсэн хуулиар хүн амаа үнэ төлбөргүй эрүүл мэндийн тусламжид бүрэн хамруулахаар шийдвэрлэж, улмаар 1930 онд анхны чиглэлийн яамыг өргөтгөн байгуулсан түүхтэй. Тухай үед ЗХУ-ын загвар дээр суурилсан, хэвтүүлэн эмчлэхэд голлон анхаардаг олон эмнэлэг бүхий нүсэр тогтолцоотой байсан<sup>96</sup>.

Төвлөрсөн төлөвлөгөөт эдийн засгаас чөлөөт зах зээлд шилжих явцад Монгол Улс хэрэглэгчийн хэрэгцээ шаардлагад тулгуурласан, өндөр чанартай тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх, тогтвортой бөгөөд үр дүнтэй эрүүл мэндийн тогтолцоог бүтээн байгуулж эхэлсэн юм.

2008 оноос улсын төсвийн, эрүүл мэндийн даатгалын эх үүсвэрийг нэгтгэх, тусламж, үйлчилгээний багцыг нэвтрүүлэх, нэг худалдан авагчийн тогтолцооны загварын концепцийн үндэс суурийг тавьж, 2020 оноос манай улс хууль эрх зүйн орчны шинэчлэл хийх замаар орцод суурилсан санхүүжилтийн загвараас гарц, үр дүнд суурилсан загварт шилжжээ.

Өнөөдрийн байдлаар эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилт 4 төрлийн эх үүсвэрээс бүрдэж байна. Үүнд:

1. Улсын төсөв;
2. Эрүүл мэндийн даатгалын сан;
3. Орон нутгийн төсөв;
4. Гадаадын зээл, тусламж.

Энэ бүлэгт эрүүл мэндийн салбарын нийт санхүүжилт болон гадаадын зээл, тусламжийн хөрөнгө оруулалтын талаар товч авч үзлээ. Эрүүл мэндийн даатгалын сантай холбоотой асуудлыг 2.2.3 дахь бүлгээр дэлгэрэнгүй тайлбарласан.

*Хүснэгт 28. Эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилт, гүйцэтгэлээр, тэрбум төгрөг, 2018-2023 он*

Он	Нийт	Эрүүл мэндийн сайд	Орон нутаг	Эрүүл мэндийн даатгалын сан	Гадаад зээл тусламж
2018	1085736.1	609124.2	113713.0	311736.4	51162.5
2019	1250192.2	694137.3	142757.3	350958.0	62339.6
2020	1558354.1	827271.5	176190.0	426384.4	128508.2
2021	2089732.9	564952.0	216472.9	1002218.7	306089.4
2022	1784079.0	244269.1	12004.0	1480083.5	47722.4
2023	2021117.0	387303.2	13764.1	1602800.8	17248.9

*Эх сурвалж: Сангийн яам*

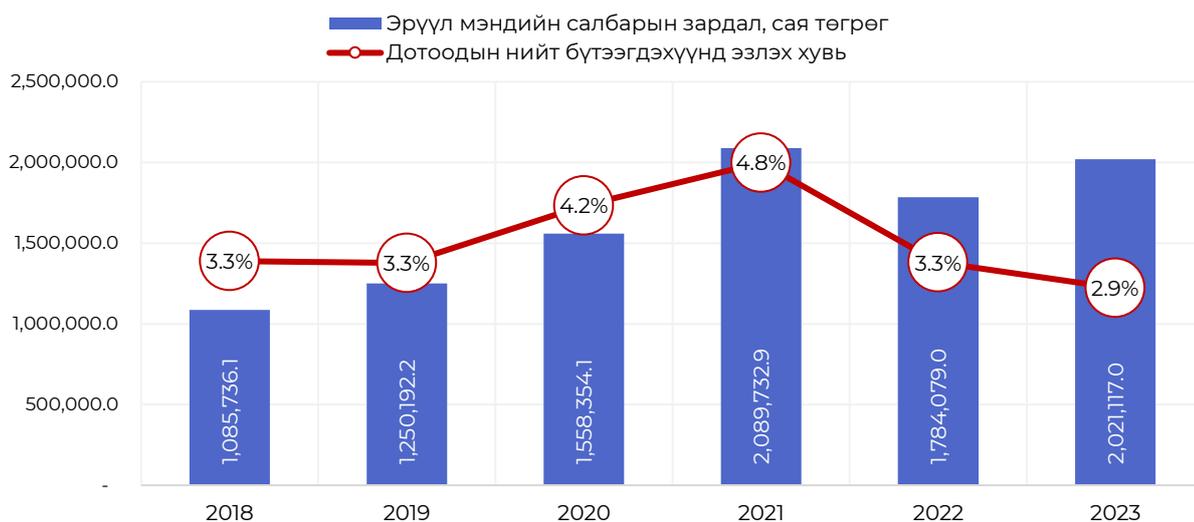
2018-2023 онд эрүүл мэндийн салбарт нийт 9.4 их наяд төгрөгийн төсөв батлагдсанаас 97.8 хувийн гүйцэтгэлтэй байна. 2022 оноос эхлэн эрүүл мэндийн салбар гүйцэтгэлийн санхүүжилтэд бүрэн шилжиж, эрүүл мэндийн даатгалын сангийн эх үүсвэрт төрөөс эрүүл мэндийн даатгалын шимтгэлийг нь хариуцах иргэдийн улсын төсвөөс төлөх шимтгэл, төр хариуцах тусламж, үйлчилгээний санхүүжилтийн хэмжээ нэмэгдэж, 2022-2023 онд

<sup>96</sup> И.Ядамсүрэн, 2021, Иргэний эрүүл мэндийн даатгалын үүсэл хөгжил, түүхэн замнал, хэтийн төлөв 1993-2021

нийтдээ 3,084.9 тэрбум төгрөгийн төсвийг эмнэлгийн байгууллагуудын үзүүлсэн тусламж, үйлчилгээг санхүүжүүлэх, хөнгөлөлттэй эмийн зардал, үйл ажиллагааны зардалд зарцуулах, эрсдэлийн сан байгуулж эрүүл мэндийн даатгалын сангийн алдагдлыг нөхөхөд тус тус зарцуулсан байна.

2020 оны санхүүжилтийн шинэчлэлийн нэг зорилт нь Монгол Улсын төрөөс Эрүүл мэндийн талаар баримтлах бодлогод эрүүл мэндийн салбарын зардлыг ДНБ-ий 5 хувьд хүргэх байв. Эрүүл мэндийн салбарын зардал нь тогтолцооны шинэчлэлээс өмнө буюу 2021 оноос өмнө ДНБ-д эзлэх хувь дунджаар 3.6 байсан бол 2023 онд 2.9 хувьд хүрсэн үзүүлэлтэй байна (Зураг 87). Энэ нь эрүүл мэндийн салбарын зардал жил бүр өсөж байгаа ч ДНБ-ний өсөлтийг гүйцэж чадахгүй байгаатай холбоотой.

Зураг 87. Эрүүл мэндийн салбарын зардлын ДНБ-д эзлэх хувь



Эх сурвалж: Сангийн яам, 1212.mn

Энэ шинэчлэлтэй холбоотойгоор орон нутгийн эмнэлгүүдэд олгох засгийн газрын тусгай шилжүүлгийг зогсоож, Монгол Улсын засаг захиргаа, нутаг дэвсгэрийн нэгж, түүний удирдлагын тухай хуулийн 20.1.18, 21.1.16, 22.1.17-д заасны дагуу эмнэлгийн барилга байгууламж, хөдлөх хөрөнгийн ашиглалт, засварын зардлыг орон нутгийн суурь зардалд тусгаж эхэлсэнтэй холбоотойгоор орон нутгийн төсөв болон гүйцэтгэлийн хэмжээ огцом буурсан байна.

Эрүүл мэндийн салбарт зарцуулахаар батлагдсан төсвийг хөтөлбөрөөр нь ангилж харуулбал:

Хүснэгт 29. Эрүүл мэндийн салбарын төсвийн шууд захирагчийн 2018-2023 онд батлагдсан төсөв, тэрбум төгрөг

Хөтөлбөрийн нэр	2018	2019	2020	2021	2022	2023
702070 Гадаадын зээл, тусламжаар хэрэгжүүлэх төсөл хөтөлбөр	74.6	-	-	-	-	-
716010 Нийгмийн эрүүл мэнд	61.3	73.3	212.1	111.2	24.8	28.4
716020 Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ	520.6	616.2	667.7	412.0	102.5	91.3
716030 Эрүүл мэндийн бодлого, удирдлага	45.9	46.3	58.9	70.2	72.0	104.5
716050 Эрүүл мэндийн даатгал	341.3	407.7	494.5	1,012.0	1,481.4	1,603.5
718030 Дээд боловсрол	3.2	-	-	-	-	-
723010 Ангилагдаагүй бусад /Хөрөнгө оруулалт/	60.8	104.2	120.0	188.0	72.9	172.1
<b>Бүгд</b>	<b>1,107.7</b>	<b>1,247.7</b>	<b>1,553.2</b>	<b>1,793.4</b>	<b>1,753.6</b>	<b>1,999.8</b>

Эх сурвалж: Сангийн яам, Төсвийн төлөвлөлтийн программ

Эрүүл мэндийн салбарын 2018 онд батлагдсан төсвийн 47.0 хувь нь эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээнд, 30.8 хувь нь эрүүл мэндийн даатгалын санд, үлдсэн буюу 27.7 хувь нь эрүүл

мэндийн бодлого, удирдлага, нийгмийн эрүүл мэнд, гадаадын зээл тусламж, дээд боловсрол, хөрөнгө оруулалтын зардалд зарцуулахаар төлөвлөгдсөн. Харин 2023 оны хувьд тус салбарт хэрэгжүүлсэн санхүүгийн шинэчлэлтийн хүрээнд нийт зардлын 80.2 хувь нь эрүүл мэндийн даатгалын сангаас эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний санхүүжилтэд зарцуулахаар батлагдсан байна.

2018-2021 онд эрүүл мэндийн анхан шатны тусламж, үйлчилгээний тусгай зориулалтын шилжүүлгийн зарим хэсгийг нийгмийн эрүүл мэнд хөтөлбөрт төлөвлөдөг байсантай холбоотойгоор тус хөтөлбөрийн төсөв өндөр байсан. Харин 2022-2023 оны төсвийн тухайд нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлж байгаа ЗӨСҮТ, ЭСҮТ, НЭМҮТ, ЦССҮТ зэрэг байгууллагуудын үндсэн үйл ажиллагааны төсөв л батлагдсан байна.

Үүнтэй адилаар, эдгээр онуудад эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ хөтөлбөрт лавлагаа шатлалын болон анхан шатны эмнэлгүүдийн үндсэн үйл ажиллагааны зардлууд болон эмнэлгүүдэд олгох тусгай зориулалтын шилжүүлгүүд тусгагдан батлагддаг байсан. 2022 оноос эхлэн Эрүүл мэндийн даатгалын санд төр даатгалыг нь хариуцах иргэдэд улсын төсвөөс олгох шимтгэл, төр төлбөрийг нь хариуцах эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний санхүүжилтэд улсын төсвөөс олгох хөрөнгийг шилжүүлсэн учраас тус хөтөлбөрийн зардал буурч харагдаж байна.

Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуулийн 19 дүгээр зүйлийн 19.1.1 дэх заалтад эрүүл мэндийн даатгалын сангийн эх үүсвэрийг тодорхойлсон байдаг. Эдгээрээс төр даатгалыг нь хариуцах иргэдэд улсын төсвөөс олгох шимтгэл, төр төлбөрийг нь хариуцах эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний санхүүжилтэд улсын төсвөөс олгох хөрөнгийн хэмжээ 2022 онд 704.1 тэрбум төгрөг, 2023 онд 939.5 тэрбум төгрөгөөр батлагдаж, эрүүл мэндийн даатгалын санд иргэдийн эмнэлэгт үзүүлсэн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний төлбөрт эрүүл мэндийн даатгалын байгууллагаар дамжуулан санхүүжүүлжээ.

### 2.2.1.1 Гадаадын зээл, тусламж

Эрүүл мэндийн салбарт 2019-2023 онд гадаадын зээл, тусламжийн давхардсан тоогоор 182, давхардаагүй дүнгээр 140 төсөл, арга хэмжээ хэрэгжсэн байна. Нийт 140 төслийн 13 буюу 8.57 хувь нь зээлийн хөрөнгийн, 123 буюу 88.5 хувь нь тусламжийн, 4 буюу 2.8 хувь нь зээл, тусламжийн хөрөнгийн санхүүжилттэй байна. Эдгээр 140 төслийн үргэлжлэх хугацаа 1-9 жил. Төслийн үргэлжлэх хугацааг Хүснэгт 30-д дэлгэрэнгүй харуулав.

Хүснэгт 30. Төслийн үргэлжлэх хугацаа, төслийн тоогоор, 2019-2023 он

Үргэлжлэх хугацаа	Төслийн тоо			Нийт	Эзлэх хувь
	Зээл	Тусламж	Зээл, тусламж		
<b>Нийт дүн</b>	<b>13</b>	<b>123</b>	<b>4</b>	<b>140</b>	<b>100%</b>
1 жил хүртэл	1	99	1	101	72%
2 жил	1	8	-	9	6%
3 жил	5	13	1	19	14%
4 жил	2	1		3	2%
5 жил	-	2	1	3	2%
6 жил	-	-	-	-	-
7 жил	1	-	1	2	2%
8 жил	1	-	-	1	1%
9 жил	2	-	-	2	1%

Тайлбар: ЭМЯ-ны хяналт шинжилгээ үнэлгээнд хамрагдсан төслийн хувьд авч үзэв.

Эх сурвалж: Эрүүл мэндийн яам

Эрүүл мэндийн салбарт 2019-2023 онд бүртгэлтэй 140 төслийг хэрэгжүүлэхээр 29 санхүүжүүлэгч хэлэлцээр хийснээс Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллага 43 төсөл буюу 30 хувь, НҮБ-ын Хүүхдийн сан 23 төсөл буюу 16 хувь, Азийн хөгжлийн банк 14 төсөл буюу 10 хувь, НҮБ-ын Хүн амын сан 11 төсөл буюу 8 хувийг тус тус санхүүжүүлсэн байна. Үлдсэн 49 төсөл буюу 35 хувийг бусад 24 байгууллага санхүүжүүлсэн байна.

Хүснэгт 31. ЭМЯ-ны Хяналт-шинжилгээ, үнэлгээнд хамрагдсан төсөл, хөтөлбөрийг санхүүжүүлэгч байгууллага, санхүүжилтийн дүн, гэрээний дүн валютаар, 2019-2023 он

№	Санхүүжүүлэгч тал	Төсөл арга хэмжээний тоо	Үүнээс			Санхүүжилтийн дүн гэрээний үндсэн Валютаар
			Тусламж	Зээл	Тусламж/зээл	
<b>Нийт</b>		<b>140</b>	<b>123</b>	<b>13</b>	<b>4</b>	<b>2,693,292,249,490.5</b>
1	Азийн хөгжлийн банк	14	9	3	2	SDR - 19,483,000.00 MNT - 201,494,712.00 USD - 220,270,112.86
2	Дэлхийн банк	2		2		USD - 77,600,000.00 SDR - 12,700,000.00
3	Глобал сан	7	7			USD - 121,487,041.00 MNT - 747,365,370.00
4	Кувейтийн сан	1	1			USD - 8,000,000.00
5	НҮБ-ын Хүүхдийн сан	23	23			MNT - 1,558,817,438.00 USD - 15,858,205.98
6	НҮБ-ын Хүн амын сан	11	11			MNT - 712,074,854.00 USD - 38,383.20
7	Олон улсын атомын энергийн агентлаг	7	6		1	EUR - 2,680,565.00
8	Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллага	43	43			MNT- 3,668,918,390.00 USD - 414,887.00
9	Люксембургийн Их Гүнт Улс	2	2			EUR - 3,852,150.00
10	Даян дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллага	3	3			USD - 192,310,953.30
11	Вакцинити ХХК, АНУ	1	1			USD - 171,900,000.00
12	Австри улс					EUR - 31,000,000.00
13	Америкийн Нэгдсэн Улсын Нью-Йорк хотод байрлах Орбис Интернэшнл ашгийн бус корпораци	5	5			MNT- 58,239,500.00 USD - 102,611.00
14	Дэлхийн Диабетын Сан	1	1			USD - 106,280.00
15	Канадын Олон Улсын Судалгааны Хөгжлийн Төв	2	2			USD - 42,105.26 MNT - 120,000,000.00
16	Японы ЖАЙКА Олон улсын байгууллага, Японы Засгийн газар	2	2			MNT - 1,870,625,184.00
17	Жорж Масоны Их Сургууль болон Тайланд дах Зэвсэгт хүчний харьяа Анагаахын шинжлэх ухааны хүрээлэн, АНУ	1	1			MNT - 22,912,873.00
18	Бельгийн Вант улсын Засгийн газар	1		1		EUR - 6,462,745.00
19	БНХАУ-ын Засгийн газар	1		1		USD - 18,950,000.00
20	Польш улсын Засгийн газар	1		1		EUR - 3,800,000.00
21	БНСУ	1		1		USD - 55,457,000.00
22	Австрали Улс	6	2	4		USD - 19,562.01
23	Нарлаг Улаанбаатар Ротари клуб	1	1			USD - 10,765.00
24	Испанийн "Пробитас сан"	1	1			USD - 62,500.00
25	Дэлхийн сорилтын судалгааны сан (Global challenge research fund)	1	1			GBP - 26,000.00
26	Европын сэргээн босголт, хөгжлийн банк	1			1	USD - 51,200,000.00
27	Кувейтийн Засгийн газар	1	1			USD - 8,000,000.00
28	Их Британийн эрүүл мэндийн судалгаа шинжилгээний үндэсний хүрээлэн (NIHR)	1	1			GBP - 93,487.41
29	МУЗГ					USD - 10,486,675.61

Эх сурвалж: Эрүүл мэндийн яам

Санхүүжүүлсэн хөрөнгийн хувьд 140 төслийн гэрээний дүн 2.6 их наяд төгрөг, 84 орчим хувийг Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллага, Азийн хөгжлийн банк, АНУ, Глобал сан гадаадын улс болон олон улсын байгууллага санхүүжүүлсэн байна. Үүнд: Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллага 24.7 хувь буюу 0.66 орчим их наяд, Азийн хөгжлийн банк 23 хувь буюу 0.62 орчим их наяд төгрөгийн, Вакцинити ХХК, АНУ 22 буюу 0.59 их наяд, Глобал сан 15.4 хувь 0.4 их наяд төгрөгийн гэрээ хийсэн байна.

Хүснэгт 32. Эрүүл мэндийн салбарт 2019-2023 онд хэрэгжсэн төсөл хөтөлбөрийн санхүүжилтийн дүн

Он	Төслийн тоо			Нийт
	Зээл	Тусламж	Зээл тусламж	
Төслийн тоо	12	124	4	140
Санхүүжилтийн дүн, сая төгрөг	594,695.6	1,763,881.5	334,715.1	2,693,292.2

Эх сурвалж: Эрүүл мэндийн яам

Эрүүл мэндийн салбарт 2019-2023 онд хэрэгжсэн 140 төсөл хөтөлбөрөөс дараах 17 чиглэлд 104 төсөл хөтөлбөрийн 2,420,491,885.33 мянган төгрөгийн санхүүжилт хийгдэж нийт төслийн санхүүжилтийн 89.8 хувийг эзэлж байна. Ковид-19-ийн 15 төсөлд 1,451,186,658.42 мянган төгрөгийн санхүүжилт хийгдсэн нь нийт санхүүжилтийн 53.9 хувийг эзэлж байна. Эрүүл мэндийн салбарын Хөгжлийн хөтөлбөрийн 4, 5, 6 төслийн дүнгүүд ороогүй болно.

Хүснэгт 33. Эрүүл мэндийн салбарт 2019-2023 онд хэрэгжсэн гадаадын зээл, төсөл хөтөлбөрийн зориулалт

Төслийн зориулалт	Төслийн тоо	Санхүүжилтийн дүн мян.төг	Санхүүжилтийн эзлэх хувь
<b>Нийт дүн</b>	<b>104</b>	<b>2,420,491,885.33</b>	<b>89.8</b>
Сүрьеэ	5	74,169,263.74	2.75
ХДХВ, ДОХ	3	58,043,104.28	2.16
Зүрх	2	12,797,218.30	0.48
Хорт хавдар	8	35,265,219.41	1.31
Ковид	15	1,451,186,658.42	53.88
Халдварт, халдварт бус өвчин	3	1,067,133.21	0.04
Сэтгэцийн эрүүл мэнд	9	572,463.23	0.02
Түлэнхийн, оношилгоо, баруун бүсийн төв байгуулах, шинэчлэх	3	110,280,132.47	4.09
Тоног төхөөрөмж	2	21,726,429.19	0.81
Сургалт	22	1,912,978.17	0.07
Чуулган	1	85,465.00	0.003
Судалгаа	14	593,359,716.09	22.03
Тандалт	3	164,901.14	0.01
Хэлэлцүүлэг	3	65,316.75	0.002
Бодлогын баримт бичиг, төлөвлөгөө, удирдамж	4	634,505.90	0.02
Тамхи	3	157,439.74	0.01
Цахим	4	59,003,940.30	2.19

Эх сурвалж: Эрүүл мэндийн яам

Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын газар 2021-2023 онд Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллага болон Нэгдсэн үндэстний байгууллагын хүүхдийн сангаас нийт \$170,423.67 буюу 567,565,047 төгрөгийн санхүүжилтээр 40 төсөл хөтөлбөрийг (буцалтгүй тусламж-40) хэрэгжүүлэн ажилласан байна. Төсөл, арга хэмжээг санхүүжүүлэгч байгууллагаар нь авч үзвэл ДЭМБ-39, НҮБ-ын Хүүхдийн сан-1 төслийг санхүүжүүлсэн.

Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв 2019-2023 онд нийт 3,102,250,665.50 төгрөгийн 68 төсөл хэрэгжүүлсэн бөгөөд санхүүжүүлэгч байгууллагын хувьд ДЭМБ-41, НҮБ-ын хүүхдийн сан-16, Азийн хөгжлийн банк-4, ЭМДС-6, Австралийн элчин сайдын яам-1 байна.

Эрүүл мэндийн сайдын 2019 онд батлагдсан төсвийн гүйцэтгэл 100 хувь, 5 жилийн дундаж гүйцэтгэл 93 хувь байна. Харин 2023 онд батлагдсан төсвийн 57.4 хувийг ашиглаж батлагдсан төсвийг бүрэн ашиглаж чадаагүй.

Хүснэгт 34. Эрүүл мэндийн салбарын гадаадын зээл, тусламжийн төсвийн төлөвлөгөө, гүйцэтгэл

Он	Нийт ( сая.төг)		
	Төсвийн төлөвлөгөө	Төсвийн гүйцэтгэл	Гүйцэтгэл%

Нийт дүн	658,408.78	613,071.1	93 %
2019	60,553.80	62,339.58	100%
2020	153,980.17	128,508.22	83%
2021	320,720.87	306,089.39	95%
2022	48,763.18	47,722.41	97%
2023	30,003.74	17,248.92	57.4%

Тайлбар: Сангийн яамаар дамжин санхүүжилт хийгдсэн төсөл хөтөлбөр

Эх сурвалж: Сангийн яам

ПДИ төслийн хүрээнд эрүүл мэндийн салбарт орсон санхүүжилт, түүний үр дүнд шинжилгээ хийхээр зорин ажилласан хэдий ч дараах асуудлууд тулгамдсаны улсаас санхүүгийн шинжилгээг хийгээгүй болно.

- Эрүүл мэндийн яаманд салбарт оруулсан нийт хөрөнгө оруулалтын талаарх нэгдсэн мэдээлэл байхгүй.
- Засгийн газрын гадаад зээл, тусламжийн төслүүдийн удирдлагын нэгдсэн цахим систем (ODAMIS)-д гадаадын зээл, тусламжийн хөрөнгөөр хэрэгжсэн болон хэрэгжиж буй нийт төсөл хөтөлбөрийн бүртгэл бүрэн бус. Хоорондын уялдаа холбоо байхгүй.
- Гадаадын зээл, тусламжийн хөрөнгөөр хэрэгжсэн төсөл, хөтөлбөрүүдийн тайлан, холбогдох мэдээ, материал нээлттэй бус, Эрүүл мэндийн яамны холбогдох нэгжид болон байгууллагын архивд байдаггүй. Төсөл, хөтөлбөрийг санхүүжүүлсэн олон улсын байгууллагатай холбогдож авах л боломжтой.
- “Засгийн газрын гадаад зээлийн хөрөнгийг ашиглах, эдгээр хөрөнгөөр санхүүжүүлэх, төсөл, хөтөлбөрийг хэрэгжүүлэх, зохион байгуулах, санхүүжүүлэх, хяналт тавих, үнэлэх журам”-ын дагуу төсөл, арга хэмжээний үр нөлөөний үнэлгээг бүрэн хийдэггүй, төсөл хөтөлбөртэй холбоотой мэдээлэл бүрэн бус.

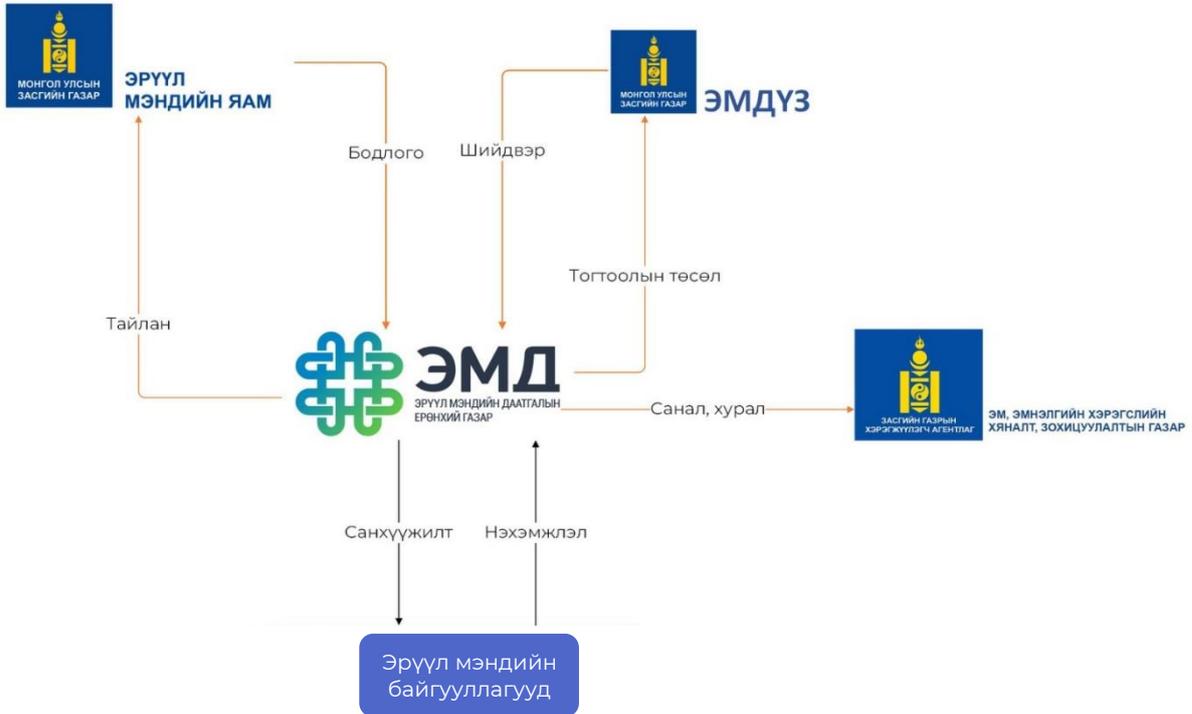
## 2.2.2 Тусламж, үйлчилгээний санхүүжилт

### 2.2.2.1 Эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоо

Эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоог Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуулиар тусгайлан зохицуулдаг. Хуулийн 5 дугаар бүлэгт эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоо нь Үндэсний зөвлөл, эрүүл мэндийн даатгалын асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв болон төрийн захиргааны байгууллага, аймаг, дүүргийн нийгмийн даатгалын хэлтэс, сумын эрүүл мэндийн даатгал хариуцсан байцаагчаас бүрдэнэ гэж заасан. Эрүүл мэндийн даатгалын удирдах дээд байгууллага нь Үндэсний зөвлөл байна.

Эрүүл мэндийн даатгалын үндэсний зөвлөл нь ЭМД-ын үйл ажиллагаанд даатгагч, даатгуулагч, ажил олгогч, Засгийн газрын тэгш оролцоог хангах, төрийн бодлого, эрүүл мэндийн даатгалын байгууллагын алсын хараа, хэтийн зорилгыг хууль эрх зүйн хүрээнд хэрэгжүүлэхэд засаглалын дэмжлэг үзүүлэх сангийн орлого, зарлагын төсвийн төсөл, төсөөлөл боловсруулах, санхүүгийн тайланг хэлэлцэн үнэлэлт, дүгнэлт өгөх, тусламж, үйлчилгээний жагсаалтыг батлах, нэр төрлийг тогтоох, эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоо, үйл ажиллагааг боловсронгуй болгох санал боловсруулах, эрүүл мэндийн даатгалтай холбогдох хууль тогтоомжийн биелэлтэд хяналт тавих зэрэг хуулиар тогтоосон чиг үүргийн хэрэгжилтийг хангуулах чиг үүрэгтэй.

Зураг 88. Эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоо



Эрүүл мэндийн даатгалын байгууллага нь Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хууль тогтоомжийн биелэлтийг зохион байгуулах, эрүүл мэндийн даатгалын санг бүрдүүлэн орлого, зарлагын гүйцэтгэлийг хангаж, хяналт тавих, даатгалын сангаас эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний төлбөрийн зардлыг санхүүжүүлэх, хууль тогтоомжоор тогтоосон хугацаанд олгох, эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоо, үйл ажиллагаа түүний арга хэлбэрийг боловсронгуй болгох талаар судалгаа хийх, санал боловсруулж шийдвэрлүүлэх, иргэд, даатгуулагчид эрүүл мэндийн даатгалын хууль тогтоомжийг сурталчлах ач холбогдлыг нь ойлгуулан таниулах, замаар хамралтыг нэмэгдүүлэх, эрүүл мэндийн даатгалын ажилтнуудын мэргэшлийг дээшлүүлэх хүний нөөцийг чадавхжуулах, эрүүл мэндийн даатгалын байгууллагын үйл ажиллагааг удирдан зохион байгуулах харилцааг зохицуулах чиг үүрэгтэй.

Зураг 89. Эрүүл мэндийн даатгалын сангийн хяналт

Үндэсний зөвлөл	ЭМЯ, Аудитын байгууллага	ЭМДЕГ Дотоод хяналтын нэгж	Иргэн, хуулийн этгээд
Эрүүл мэндийн даатгалын байгууллагын үйл ажиллагааны тайланг жил бүр, эрүүл мэндийн даатгалын сангийн санхүүгийн тайланг улирал бүр хэлэлцэн холбогдох асуудлаар шийдвэр гаргана	Эрүүл мэндийн даатгалын байгууллагын үйл ажиллагаанд төрийн болон хөндлөнгийн аудитын байгууллага, эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллага хяналт тавина	Эрүүл мэндийн даатгалын байгууллага нь дотоод хяналтын нэгжтэй байх ба дотоод хяналтын нэгжийн дүрмийг Нийгмийн даатгалын байгууллага баталж мөрдөнө	Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хууль тогтоомжийн биелэлтэд иргэн, хуулийн этгээд хяналт тавих, илэрсэн зөрчлийг арилгахыг шаардах, уг асуудлыг эрх бүхий байгууллагад тавьж шийдвэрлүүлж болно

Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 24 дүгээр зүйлээс

Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуулийн 24 дүгээр зүйлийн 24.3 дахь хэсэгт эрүүл мэндийн даатгалын байгууллагын үйл ажиллагаанд төрийн болон хөндлөнгийн аудитын байгууллага, эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллага хяналт тавина гэсэн.

Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуулиар Эрүүл мэндийн даатгалын үндэсний зөвлөлийг удирдах дээд байгууллага гэж заасан бол эрүүл мэндийн даатгалын байгууллагын үйл ажиллагаанд төрийн болон хөндлөнгийн аудитын байгууллага, эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллага хяналт тавина гэсэн хуулийн зохицуулсан.

Зураг 90. Эрүүл мэндийн даатгалын санхүүжилтийн зарчим



### 2.2.2.2 Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газар

#### Зохион байгуулалтын бүтцийн нэгжүүдэд хийсэн чиг үүргийн шинжилгээ

Эрүүл мэндийн даатгалын харилцааг зохицуулсан анхны хууль болох “Иргэний эрүүл мэндийн даатгалын тухай хууль” 4 бүлэг, 16 зүйлтэйгээр 1993 онд батлагдан, 1994 оноос мөрдөж эхэлсэн үеэс хойш 2 удаа шинэчилсэн найруулга хийгдэж, 22 удаа нэмэлт өөрчлөлт орж, даатгалын хөгжлийн явцад тулгамдсан, шийдвэрлэвэл зохих асуудалд тодотгол хийж ирсэн байна.

Иргэний эрүүл мэндийн даатгалын тухай анхны хууль батлагдсантай холбогдуулан “Монгол Улсын Иргэний эрүүл мэндийн даатгалын хуулийг хэрэгжүүлэх арга хэмжээний тухай” Улсын Их Хурлын 1993 оны 07 дугаар сарын 15-ны өдрийн 64 дүгээр тогтоол гарч “Засгийн газрын дэргэд Эрүүл мэндийн даатгалын үндэсний зөвлөл байгуулах, даатгалыг эрхлэх байгууллагыг тогтоож, эрх олгох, холбогдох журам, заавар, жагсаалтыг батлан гаргах, даатгалын гэрээ, гэрчилгээний маягтыг хэвлүүлэх, хууль тогтоомжийг сурталчлах зэрэг ажлыг 1993 оны 10 дугаар сард зохион байгуулах, шаардагдах зардлыг улсын төсөв, гадаад орнуудын зээл тусламжийн хөрөнгөнөөс гаргах, 1994 оны даатгалын хураамжийн хувь хэмжээг 11 дүгээр сард багтаан тогтоох арга хэмжээ авах”-ыг Хүн ам зүй, эрүүл мэнд, хөдөлмөр, нийгэм хангамжийн байнгын хороо, Төсөв, санхүү, мөнгө, зээлийн бодлогын байнгын хороонд даалгажээ.

Засгийн газрын 1993 оны 08 дугаар сарын 18-ны өдрийн 133 дугаар тогтоолоор Засгийн газрын дэргэдэх Эрүүл мэндийн даатгалын үндэсний дүрмийг баталж, зөвлөлийн дарга болон зөвлөлд төрийн байгууллагыг төлөөлөн ажиллах ажиллах 3 албан тушаалтныг томилж, холбогдох байгууллагуудтай тохиролцсоны үндсэн дээр даатгагч, даатгуулагчийн төлөөллөөс тус бүр 3 төлөөллийг 1993 оны 08 дугаар сард томилуулах үүргийг Эрүүл мэндийн сайдад, дэргэдээ ЭМД-ын салбар зөвлөлийг байгуулахыг аймаг, нийслэлийн Засаг дарга нарт даалгасан байна.

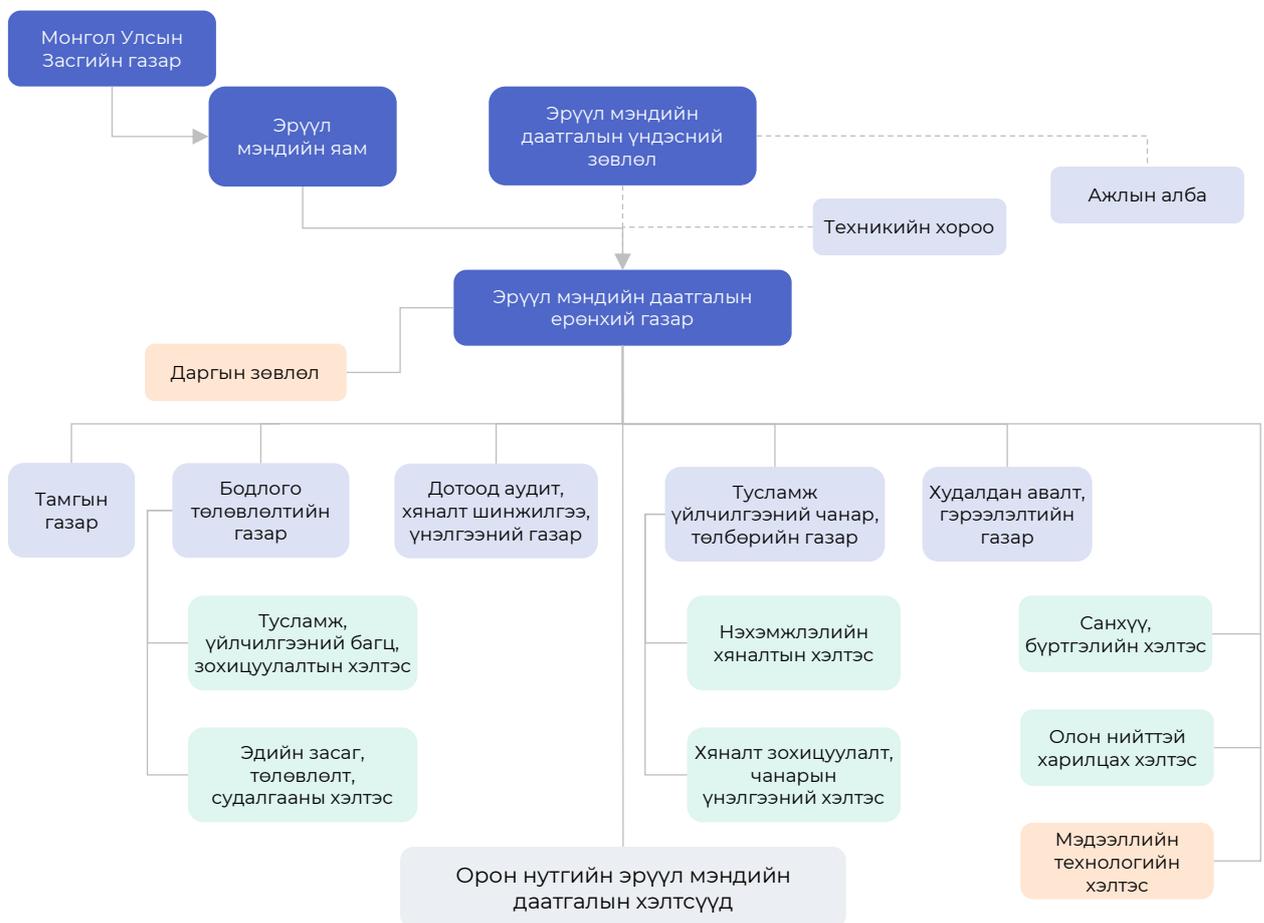
Түүнчлэн дээрх тогтоолд Эрүүл мэндийн даатгалыг “Монгол даатгал” компаниар эрхлүүлж, зохион байгуулалтын холбогдох арга хэмжээ авч ажиллахыг тус компанид, төлбөргүй тусламж үзүүлсний нөхөх төлбөр гаргуулах болон эмнэлгийн төлбөргүй тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх заавар, даатгалтай иргэний эмчилгээний төлбөрийн тарифыг баталж мөрдүүлэхийг Сангийн сайд, Эрүүл мэндийн сайд нарт даалгажээ.

Эрүүл мэндийн даатгалыг Монгол даатгал компани эрхлэн явуулах хугацаанд Нийгмийн даатгалын багц хууль 1995 онд батлагдсан тул эрүүл мэндийн даатгалын болон нийгмийн даатгалын үйл ажиллагааг уялдуулан зохицуулах, даатгалын сангуудын бүрдүүлэлт, зарцуулалтад тавих хяналтыг сайжруулах үүднээс Засгийн газрын 1995 оны 11 дүгээр сарын 01-ний өдрийн 195 дугаар тогтоол гарч “Иргэний эрүүл мэндийн даатгалыг 1996 оны 01 дүгээр сарын 01-ний өдрөөр Улсын нийгмийн даатгалын ерөнхий газарт шилжүүлэх” арга хэмжээ авсан байна.

Энэхүү зохицуулалт 2017 оныг хүртэл хугацаанд үргэлжилсэн бөгөөд Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуульд 2017 оны 11 дүгээр сарын 10-ны өдөр орсон нэмэлт өөрчлөлтөөр Эрүүл мэндийн даатгалын асуудал хариуцсан төрийн захиргааны байгууллага бие даасан статустай ажиллахаар тогтож, Засгийн газрын 2017 оны 12 дугаар сарын 13-ны өдрийн “Агентлаг байгуулах тухай” 344 дүгээр тогтоолоор Эрүүл мэндийн сайдын эрхлэх асуудлын хүрээнд Засгийн газрын хэрэгжүүлэгч агентлаг-Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газар байгуулагдаж, 2018 оны 01 дүгээр сарын 01-ний өдрөөс үйл ажиллагаагаа явуулж эхэлсэн байна.

Улсын Их Хурлын 2020 оны 08 дугаар сарын 28-ны өдрийн чуулганаар Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуульд нэмэлт, өөрчлөлт орсноор тус агентлагийн үйл ажиллагаа нэг худалдан авагчийн тогтолцоонд шилжиж, ЭМДЕГ нь нэг худалдан авагч болж түүний хэрэгжүүлэх стратегийн худалдан авалтын үйл ажиллагаатай уялдуулан бүтэц, зохион байгуулалтыг нь шинэчлэн баталсан байна (Зураг 91). Ийнхүү хүн амд эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг хүртээмжтэй хүргэх, тусламж, үйлчилгээг санхүүжүүлэх, тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг эрүүл мэндийн байгууллагын гүйцэтгэлийг үнэлэх боломж бүхий хууль, эрх зүйн таатай орчин нөхцөл бүрджээ.

Зураг 91. Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газрын бүтэц, 2024 оны 04 дүгээр сарын байдлаар



Дээрх нэмэлт өөрчлөлтөөр жирэмсэн, төрөлт, төрсний дараах үетэй холбоотой эх барихын тусламж, үйлчилгээ, төрийн өмчийн эрүүл мэндийн байгууллагаас хүүхдэд үзүүлэх эмнэлгийн зарим тусламж, үйлчилгээ, аргагүй хамгаалалт, гарцаагүй байдалд хүний амь нас аврахаар яваад гэмтсэн, өвчилсөн хүний эмчилгээ, сүрьеэ, хорт хавдар, сэтгэцийн эмгэгийн зарим эмчилгээ, удаан хугацааны нөхөх эмчилгээ шаардах эмгэгийн болон хөнгөвчлөх эмчилгээний зарим эмийн зардал, бие махбодын ба бэлгийн хүчирхийлэл, мөлжлөгийн хохирогчид үзүүлэх эрүүл мэндийн болон сэтгэцийн сэргээн засах тусламж, үйлчилгээ, эмнэлгийн яаралтай болон түргэн тусламж, халдварт өвчний оношилгоо, эмчилгээ, өрх, сум, тосгоны хэмжээнд үзүүлэх зарим тусламж, үйлчилгээний төлбөрийг эдийн засгийн ангиллаар төсвөөс хариуцаж байсныг болиулж, Эрүүл мэндийн даатгалын санд хариуцуулахаар болсон байна.

Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуульд орсон нэмэлт, өөрчлөлтийн хүрээнд “Тогтоолд өөрчлөлт оруулах тухай” Монгол Улсын Засгийн газрын 2020 оны 11 дүгээр сарын 11-ний өдрийн 176 дугаар тогтоолоор Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газрын орон тооны дээд хязгаарыг нэмэгдүүлж, ЭМДҮЗ-ийн 2020 оны 17 дугаар тогтоолоор “Агентлагийн бүтэц”-ийг, Эрүүл мэндийн сайдын 2020 оны А/556 дугаар тушаалаар “Үйл ажиллагааны стратеги, зохион байгуулалтын бүтцийн өөрчлөлтийн хөтөлбөр, бүтэц зохион байгуулалт”-ыг тус тус шинэчлэн баталж, эрүүл мэндийн салбар дахь санхүүжилтийн тогтолцооны шинэчлэлийг эхлүүлсэн байна.

Өнөөдрийн байдлаар Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газар нь 285 төсөвт орон тоотойгоор, Тамгын газар (хэлтэсгүй), Бодлого төлөвлөлтийн газар (Эдийн засаг төлөвлөлт судалгааны хэлтэс, Тусламж, үйлчилгээний багц зохицуулалтын хэлтэстэй), Тусламж, үйлчилгээний чанар, төлбөрийн хяналтын газар (Нэхэмжлэлийн хяналтын хэлтэс, Хяналтын зохицуулалт, чанарын үнэлгээний хэлтэстэй), Худалдан авалт, гэрээлэлтийн газар (хэлтэсгүй), Дотоод аудит хяналт, шинжилгээ үнэлгээний газар (хэлтэсгүй), Санхүү бүртгэлийн хэлтэс, Мэдээллийн технологийн хэлтэс, Олон нийттэй харилцах хэлтэс, 21 аймгийн болон Багануур, Налайх дүүргийн Эрүүл мэндийн даатгалын хэлтсийн зохион байгуулалттай ажиллаж байна.

### Баримт бичигт суурилсан судалгаа

Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний санхүүжилтийн тогтолцоонд хамаарах хууль эрх зүйн орчин, бодлого стратеги, хөтөлбөр, бүтэц зохион байгуулалтын холбогдох баримт бичигт дүн шинжилгээ хийв.

Эрүүл мэндийн даатгалын харилцааг зохицуулсан “Иргэний эрүүл мэндийн даатгалын тухай хууль” 1993 онд батлагдан, 1994 оноос мөрдөж эхэлсэн үеэс хойш 2 удаа шинэчилсэн найруулга хийгдэж, 18 удаа нэмэлт өөрчлөлт орж, даатгалын хөгжлийн явцад тулгамдсан, шийдвэрлэвэл зохих асуудалд тодотгол хийж ирсэн байна.

Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуульд 2017 оны 11 дүгээр сарын 10-ны өдөр орсон нэмэлт өөрчлөлтөөр Эрүүл мэндийн даатгалын асуудал хариуцсан төрийн захиргааны байгууллага бие даасан статустай ажиллахаар тогтож, Монгол Улсын Засгийн газрын 2017 оны 12 дугаар сарын 13-ны өдрийн “Агентлаг байгуулах тухай” 344 дүгээр тогтоолоор Эрүүл мэндийн сайдын эрхлэх асуудлын хүрээнд Засгийн газрын хэрэгжүүлэгч агентлаг-Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газрыг байгуулсан байна.

Улсын Их хурлын 2020 оны 8 дугаар сарын 28-ны өдрийн чуулганаар Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуульд нэмэлт, өөрчлөлт орсноор тус агентлагийн үйл ажиллагаа нэг худалдан авагчийн тогтолцоонд шилжин, эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний чанарын хяналтын болон төлбөрийн хяналтын тогтолцоог цахимжуулан эрүүл мэндийн байгууллагын гүйцэтгэлийг үнэлэх нөхцөл бүрдсэн.

Энэ цагаас эхлэн эрүүл мэндийн даатгалын сангаас санхүүжүүлэх тусламж, үйлчилгээний багцуудыг тодорхойлж, төлбөрийн арга, өртөг тарифыг шинэчлэн, эрүүл мэндийн байгууллагыг сонгон шалгаруулах, тусламж, үйлчилгээний чанарын хяналтын эрх зүйн орчныг шинэчлэн баталсан байна.

Түүнчлэн Монгол Улсыг 2021-2025 онд хөгжүүлэх таван жилийн үндсэн чиглэлийн 2.2.5. дахь хэсэгт гүйцэтгэлд суурилсан санхүүжилтийн арга хэлбэрийг нэвтрүүлж, эмнэлгийн хагас бие даасан байдлыг ханган, нэг худалдан авагчийн тогтолцоонд шилжүүлэх замаар улсын төсөв, эрүүл мэндийн даатгалын үр ашгийг дээшлүүлж, иргэдийн эрүүл мэндээс шалтгаалсан санхүүгийн бэрхшээлийг бууруулна.” гэж Монгол Улсын Засгийн газрын 2020-2024 оны үйл ажиллагааны хөтөлбөр болон тус хөтөлбөрийг хэрэгжүүлэх арга хэмжээний төлөвлөгөөнд хүн төвтэй эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээг дэмжихэд чиглэн эрүүл мэндийн анхан шатны эрүүл мэндийн байгууллагаас үзүүлэх тусламж, үйлчилгээг оновчтой болгох, урт хугацааны тусламж, үйлчилгээний санхүүжилтийг тодорхой болгох, төр, хувийн хэвшлийн эрүүл мэндийн байгууллагын санхүүжилтийн ялгааг арилгах арга хэмжээнүүд тусгагдсан.

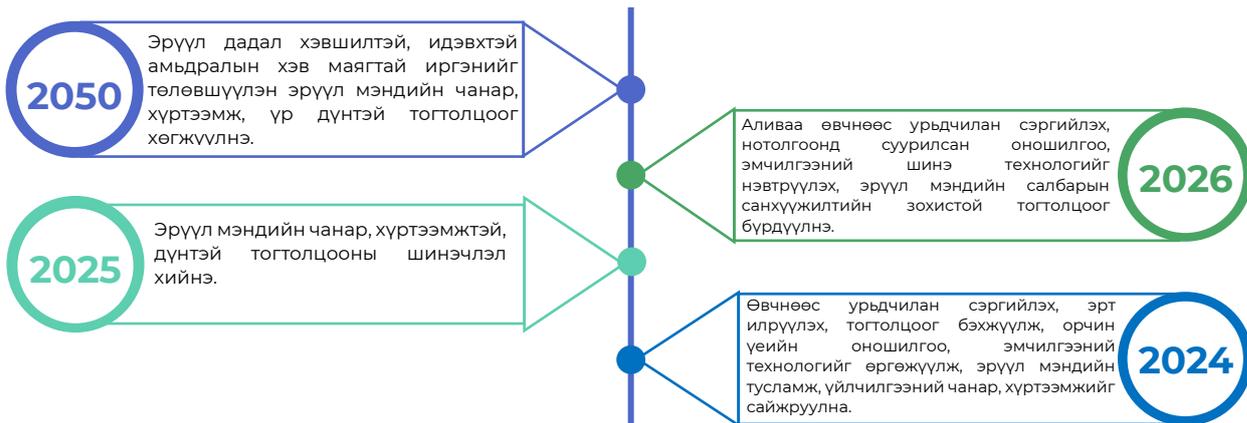
Монгол Улсын Их Хурлын 2010 оны 48 дугаар тогтоолоор батлагдсан “Үндэсний аюулгүй байдлын үзэл баримтлалын 3.4 дэх хэсэг Хүний аюулгүй байдал бүлгийн 1.9 дэх хэсэгт “Эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоог боловсронгуй болгож иргэдийг эмнэлгийн

тусламж, үйлчилгээний улмаас үүсэх санхүүгийн эрсдэлээс хамгаална.” гэж онцгойлон тусгаж, “Эрүүл мэндийн тухай” хуулийн 23 дугаар зүйлийн 23.1 дэх хэсэгт “Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцоо нь хүн амын эрүүл мэндийг сайжруулах, хүн амд тэгш, хүртээмжтэй, чанартай эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх, үр ашгийг нэмэгдүүлэхэд чиглэгдэнэ.” гэж хуульчилсан.

Мөн тус хуулийн 8 дугаар зүйлийн 8.1.2 дахь хэсэгт “хүн амын эрүүл мэндийн байдлыг судлах, хянах, үнэлэх, **эрэлт хэрэгцээг үндэслэн эрүүл мэндийн салбарын бодлого, хөгжлийн чиг хандлагыг тодорхойлох,**” хэмээн эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны байгууллагын бүрэн эрхийг тодорхойлсон.

Тус салбарт Монгол Улсын хөгжлийн бодлогын баримт бичигт дараах зорилтыг дэвшүүлэн тавьсан.

Зураг 92. Эрүүл мэндийн даатгалын салбарын стратегийн хэсгээс



Зураг 93. Урт болон дунд хугацааны хөгжлийн бодлогын зорилго, зорилтууд

**УРТ БОЛОН ДУНД ХУГАЦААНЫ ХӨГЖЛИЙН БОДЛОГЫН ЗОРИЛГО, ЗОРИЛТУУД**

<p><b>Алсын хараа 2050</b></p> <p>2. Нотолгоонд суурилсан орчин үеийн оношилгоо, эмчилгээний техник, технологийн дэвшлийг нэвтрүүлж, эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний чанар, гүйцэтгэлд тулгуурласан санхүүжилт, даатгалын тогтолцоотой болсон байна.</p>	<p>МУ-ын 2021-2025 онд хэрэгжүүлэх 5 жилийн үндсэн чиглэл</p> <p>2.2.5 Гүйцэтгэлд суурилсан санхүүжилтийн арга хэлбэрийг нэвтрүүлж, эмнэлгийн хагас бие даасан байдлыг ханган, нэг худалдан авагчийн тогтолцоонд шилжүүлэх замаар улсын төсөв, эрүүл мэндийн даатгалын үр ашгийг дээшлүүлж, иргэдийн эрүүл мэндээс шалтгаалсан санхүүгийн бэрхшээлийг бууруулна.</p>	<p>Эрүүл мэндийн даатгалын хамралт, орлогыг нэмэгдүүлж, үзүүлэх тусламж, үйлчилгээний тоо хэмжээ, хүрээг өргөтгөнө.</p> <p>Тусламж үйлчилгээний чанар, хүртээмжийг сайжруулах, худалдан аван үйл ажиллагааг хялбарчилна.</p>	<p>Эрүүл мэндийн даатгалын хамралт, орлого, үйлчилгээний тоо хэмжээг нэмэгдүүлнэ.</p> <p>Даатгалын сангийн тогтвортой байдлыг хангаж, эрсдэлээс хамгаална:</p> <p>Тусламж, үйлчилгээний чанарт, холбогдох стандарт, эмнэлзүйн удирдамж, журмын дагуу хяналт тавьж тусламж, үйлчилгээний чанарыг тасралтгүй сайжруулна.:</p> <p>Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгчийн чанарт үндэслэн сонгох эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ худалдан авч чанарын хяналтыг сайжруулна.</p>
<p>3. Эрүүл мэндийн салбарт цахим үйлчилгээг өргөжүүлэн үндэсний эрүүл мэндийн мэдээллийн сан бүрдсэн байна.</p>	<p>Эрүүл мэндийн даатгалын сангийн гүйцэтгэлийг үнэлэх тогтолцоо бий болгох</p>	<p>Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газрын стратеги</p> <p>Даатгуулагчийн эрэлт хэрэгцээ шаардлагад нийцсэн цахим тогтолцоог бэхжүүлэх</p>	<p>Тооцоолол нотолгоот дүн шинжилгээ, судалгаанд тулгуурласан төлөвлөлтийг хэрэгжүүлж, даатгуулагчийн эрэлт хэрэгцээг хангана.</p> <p>Салбарын эрхзүйн орчныг боловсронгуй болгоно.</p> <p>Цахим шилжилтэд бүрэн шилжинэ.</p> <p>Хөндлөнгийн хяналтад тулгуурласан хамтын ажиллагааг бэхжүүлнэ.</p>
<p>6. Эрүүл мэндийн үйлчилгээнд даатгалын, улсын төсвийн болон хувь хүний санхүүжилтийн зохистой харьцааг бий болгох.</p>	<p>3Г-ын 2020-2024 оны үйл ажиллагааны хөтөлбөр</p> <p>2.1.7 Гүйцэтгэлд суурилсан санхүүжилтийн оновчтой арга, хэлбэрийг нэвтрүүлж, эрүүл мэндийн даатгалын тусламж, үйлчилгээний нэр, төрлийг нэмэгдүүлж, эрсдэлийн сан байгуулна. Иргэдийн эрүүл мэндээс шалтгаалсан санхүүгийн бэрхшээлийг бууруулна.</p>	<p>Эрүүл мэндийн салбарын 2022-2025 оны стратеги</p> <p>Даатгалын сангийн бие даасан байдлыг хангах зорилгоор орлогын шинэ эх үүсвэрийг бий болгох хэрэгцээний үнэлгээ хийх.</p>	<p>Төр шимтгэлийг нь хариуцах иргэдийн шимтгэлийн хувь хэмжээг нэмэгдүүлэх (ажил олгогч, ажилтны хувь хэмжээнд хүргэх)</p> <p>Урт хугацааны даатгал нэвтрүүлэх эрх зүйн орчныг бүрдүүлэх нөхцөл байдлын дүн шинжилгээ, актуар тооцоо хийх.</p>

Эрүүл мэндийн даатгалын газрын 2023-2026 оны стратеги төлөвлөгөөг Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хууль болон бодлогын баримт бичигт тусгагдсан зорилт, арга хэмжээний хэрэгжилтийг зохион байгуулах, тулгамдсан асуудлыг шийдвэрлэхийн тулд үе шаттайгаар хэрэгжүүлэхээр баталсан байна.

Алсын хараа 2050 урт хугацааны хөгжлийн бодлогын зорилтыг хэрэгжүүлэх хүрээнд Эрүүл мэндийн салбарын стратеги төлөвлөгөө эрүүл мэндийн үйлчилгээнд даатгалын болон улсын төсвийн хувь хүний санхүүжилтийн зохистой харьцааг бүрдүүлэхэд чиглэн даатгалын сангийн бие даасан байдлыг хангах зорилгоор орлогын шинэ эх үүсвэрийг бий болгох хэрэгцээний үнэлгээ, төр шимтгэлийг нь хариуцах иргэдийн шимтгэлийн хувь хэмжээг нэмэгдүүлэхэд түлхүү чиглэсэн бол Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газрын 2023-2026 оны стратегид эрүүл мэндийн салбарт цахим үйлчилгээг өргөжүүлэх зорилтыг хэрэгжүүлэх, даатгалын хамрагдалт, орлогыг нэмэгдүүлэх, тусламж, үйлчилгээний тоо, хэмжээ хүрээг өргөтгөхөд чиглэсэн зорилго, зорилтыг тодорхойлсон байна.

## Эрх зүйн актад хийсэн шинжилгээ

“Эрүүл мэндийн даатгалын тухай” хуулиар эрх олгосон заалтын хэрэгжилт:

### 1. Засгийн газар батлах эрх олгосон заалт:

Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуулийн 22 дугаар зүйлийн 22.1 дэх хэсэгт заасан Эрүүл мэндийн даатгалын байгууллага нь даатгуулагч, шимтгэл төлөлт, даатгуулагчид үзүүлсэн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний зардлын төлбөрийн бүртгэл, мэдээллийн нэгдсэн цахим сан /цаашид "мэдээллийн цахим сан" гэх/-тай байх бөгөөд мэдээллийн цахим сангийн дүрмийг Засгийн газар батална." гэж эрх олгосон заалт тусгагдсан.

Тус хуулийн 8 дугаар зүйлийн 8.4 дэх хэсэгт “Эрүүл мэндийн мэдээллийг цуглуулах, боловсруулах, ашиглах, хадгалах, аюулгүй байдлыг хангах журмыг эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллага, цахим хөгжил, харилцаа холбооны асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллагатай хамтран боловсруулж Засгийн газар батална.” гэж заасны дагуу Эрүүл мэндийн яам, Цахим хөгжил, харилцаа холбооны яамтай хамтран Монгол Улсын Засгийн газрын 2024 оны 3 дугаар сарын 06-ны өдрийн “Журам батлах тухай” 100 дугаар тогтоолоор “Эрүүл мэндийн мэдээллийг цуглуулах, боловсруулах, ашиглах, хадгалах, аюулгүй байдлыг хангах журам” -ыг боловсруулан батлуулсан байна.

Энэхүү журамд эрүүл мэндийн мэдээллийг “Эрүүл мэндийн салбарын мэдээлэл солилцооны систем”-ээр дамжуулан солилцох бөгөөд энэ систем нь төрийн мэдээлэл солилцооны үндсэн (ХУР) системийн бүрэлдэхүүн хэсэг байна гэж тодорхойлсон. Эрүүл мэндийн мэдээллийн нэгдсэн сан нь нэгдсэн ангилал, код, тайлбарын сан, эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний мэдээллийн сан, салбарын нөөц, хүчин чадлын мэдээллийн сан, эрүүл мэндийн лавлагаа мэдээллийн сан, бусад төрөлжсөн сангаас бүрдэх бөгөөд Нийтийн мэдээллийн ил тод байдлын тухай хуулийн 27 дугаар зүйлийн 27.1.2 дахь хэсэгт заасан санд хамаарахаар тусгагдсан.

Мөн мэдээлэл хариуцагч нь Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 8 дугаар зүйлийн 8.10 дахь хэсэгт заасан журмаар тогтоосон эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний программ хангамжийг үйл ажиллагаандаа ашиглана гэж заасан.

Түүнчлэн тус журмын 2.1-д “Эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллага, түүний харьяа төрийн захиргааны байгууллага, мэдээлэл хариуцагч нь “Эрүүл мэндийн тухай хууль”, “Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хууль”-д заасан чиг үүргээ хэрэгжүүлэхдээ энэ журамд заасан нэгдсэн санг мэдээлэл солилцооны системээр дамжуулан ашиглана” гэж заасан. Мөн Эрүүл мэндийн сайд, Цахим хөгжил, харилцаа холбооны сайдын хамтарсан 2024 оны “Журам, шаардлага батлах тухай” А/138, А/37 дугаар тушаалаар Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний программ хангамжид тавигдах шаардлага”, “Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний программ хангамжид үнэлгээ хийх, шаардлагад нийцсэн программ хангамжийг мэдээлэх журам”-ыг баталсан.

Иймд Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуулийн 22.1 дэх хэсгээр эрх олгосон цахим сангийн дүрмийг батлах эсэхийг нягталж, үзэх шаардлагатай гэж үзэж байна.

### 2. Эрүүл мэндийн даатгалын үндэсний зөвлөлд эрх олгосон заалт:

Хуулиар Эрүүл мэндийн даатгалын зөвлөлд Эрүүл мэндийн даатгалын үйл ажиллагааг зохицуулах дүрэм, журам, жагсаалт боловсруулан батлах эрх олгосон 8 хуулийн заалт тусгагдсан бөгөөд 10 тогтоолоор батлагдаж, хэрэгжилтийг хангаж байна.

Хуулийн 18 дугаар зүйлийн 18.3 дахь хэсэгт заасан “Эрүүл мэндийн даатгалын улсын байцаагч мэргэшлийн зэрэгтэй байх бөгөөд мэргэшлийн зэрэг тогтоох, зэргийн нэмэгдэл олгох журам”-ыг Эрүүл мэндийн даатгалын үндэсний зөвлөлийн 2024 оны 02 дугаар сарын 06-ны өдрийн 02 дугаар хуралдаанаар төслийг хэлэлцэж, дахин сайжруулан боловсруулах чиглэл өгсөн байна.

**3. Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газарт эрх олгосон заалт:**

Эрүүл мэндийн даатгалын хуулийн 16 дугаар зүйлийн 16.1.16 дахь хэсэгт ЭМДЕГ-ын даргын тушаалаар эрүүл мэндийн даатгалын сангийн үйл ажиллагааг зохицуулахаар заасны дагуу 41 тушаалаар журам, заавар, аргачлал боловсруулан баталж, хэрэгжилтэд хяналт тавьж, мэргэжил арга зүйгээр ханган ажиллаж байна.

Эрүүл мэндийн даатгалын хуулийн 14 дүгээр зүйлийн 14.9.8-14.9.11 дэх заалтуудад эрх олгосон “Эрүүл мэндийн даатгалын сангаас зардлын төлбөрийг нь хариуцах тусламж, үйлчилгээний нэгж тохиолдлыг тооцох, санхүүжүүлэх журам”, “Төрөөс төлбөрийг нь хариуцах эмийн зардлыг эрүүл мэндийн даатгалын сангаас санхүүжүүлэх журам”, “Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх байгууллагыг сонгон шалгаруулах журмыг боловсруулан ЭМДҮЗ-өөр хэлэлцүүлж тогтоолоор албажуулж хэрэгжилтийг хангаж байна.

Тусгайлан эрх олгосон 6 журам, зааврыг боловсруулах хуулийн заалтын хэрэгжилтийг хангаж, холбогдох эрхзүйн орчин батлан бүрдүүлсэн байна.

**4. Тус баримт бичгийн шинжилгээний хүрээнд “Үндэсний аюулгүй байдлын үзэл баримтлал” болон эрүүл мэндийн салбарын хуулиуд болох “Эрүүл мэндийн тухай”, “Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн тухай”, “Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний тухай”, Эрүүл мэндийн даатгалын тухай” хуулиудад эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний санхүүжилт болон эрүүл мэндийн даатгалын байгууллагын үйл ажиллагааг зохицуулсан заалтыг түүж шинжилгээ хийсэн.**

Дээрх хуулийн зохицуулалтын уялдаа холбоог судалж, өнөөгийн салбарын хуулиудын шинэчлэлийн хүрээнд дараах хуулийн заалтын зохицуулалтыг нягтлан судлах, хэрэгжилтийн үр дагаврын дүн шинжилгээг хийх шаардлагатай гэж үзлээ. Тодруулбал,

- a. Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуулийн “14.1.1. Эрүүл мэндийн даатгалын удирдах дээд байгууллага нь Үндэсний зөвлөл байна.”,
- b. Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 8 дугаар зүйл. Эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллагын бүрэн эрх
  - Хуулийн 8.1.2. дахь хэсэгт хүн амын эрүүл мэндийн байдлыг судлах, хянах, үнэлэх, эрэлт хэрэгцээг үндэслэн эрүүл мэндийн салбарын бодлого, хөгжлийн чиг хандлагыг тодорхойлох;”
  - 8.1.3. дахь хэсэгт төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, тусгай мэргэжлийн төв, нэгдсэн болон тусгай эмнэлэг, эрүүл мэндийн асуудал хариуцсан төрийн захиргааны төв байгууллагын харьяанд ажилладаг бусад төрийн байгууллагыг мэргэжил, арга зүйн удирдлагаар хангах;
  - 8.1.12 дахь хэсэгт эрүүл мэндийн даатгалын санхүүжилтийн бодлогыг холбогдох байгууллагатай хамтран тодорхойлох;
  - 17.1. дэх хэсэгт төрийн болон орон нутгийн өмчит төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, нэгдсэн эмнэлгийн өмчтэй холбогдох харилцааг Төрийн болон орон нутгийн өмчийн тухай хуулиар, удирдлага, зохион байгуулалт, санхүүжилт, хүний нөөцтэй холбогдох харилцааг энэ хууль болон Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний тухай хуулиар зохицуулна.
- c. Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний тухай хуулийн

- Хуулийн 21.2. дахь хэсэгт төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, нэгдсэн болон тусгай эмнэлэг, амаржих газар, клиник нь энэ хуулийн 18.1, 18.2 дахь хэсэгт заасан тусламж, үйлчилгээг гэрээний дагуу урьдчилсан санхүүжилт авч гүйцэтгэх бөгөөд санхүүжилт авах журам, гүйцэтгэлийг үнэлэх шалгуурыг санхүү, төсвийн болон эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн Засгийн газрын гишүүд хамтран батална
- 21.6. дахь хэсэгт хувийн хэвшлийн төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, нэгдсэн эмнэлэг, клиник, түргэн тусламжийн төвөөр гэрээний үндсэн дээр гүйцэтгүүлэх энэ хуулийн 18.1 дэх хэсэгт заасан улсын төсвөөс санхүүжүүлэх тусламж, үйлчилгээний жагсаалт, сонгон шалгаруулах болон гэрээ байгуулах, хэрэгжилтийг дүгнэх, хяналт тавих, гэрээг сунгах, дуусгавар болгох журам, гэрээний загвар, гүйцэтгэлийн шалгуур үзүүлэлтийг Засгийн газар батална.
- 21.7. дахь хэсэгт энэ хуулийн 21.6. дахь хэсэгт заасан үйл ажиллагааг эрүүл мэндийн асуудал хариуцсан төрийн захиргааны төв байгууллага дангаар болон аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газартай хамтран хэрэгжүүлнэ.

21.8.дахь хэсэгт хувийн хэвшлийн төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, нэгдсэн эмнэлэг, клиник, түргэн тусламжийн төвөөр гэрээний үндсэн дээр гүйцэтгүүлэх энэ хуулийн 18.1 дахь хэсэгт заасан тусламж, үйлчилгээг үе шаттайгаар хэрэгжүүлнэ.

Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газрын зарим албан хаагчтай ярилцлага хийж, салбарын үйл ажиллагааг зохицуулсан холбогдох байгууллагуудын шийдвэрээр батлагдсан хүчин төгөлдөр мөрдөгдөж байгаа эрх зүйн баримт бичгийн судалгаа, холбогдох дүрэм, журмыг цаасаар болон цахимаар гаргуулан авч, Захиргааны ерөнхий хууль, Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хууль, Монгол Улсын Их Хурлын байнгын хорооны 2017 оны 27 дугаар тогтоолоор баталсан “Эрүүл мэндийн даатгалын Үндэсний зөвлөлийн дүрэм”-д нийцэж байгаа эсэхийг шалгахад:

Хүснэгт 35. Эрх зүйн актын бүртгэл, төрлөөр, 2024 оны 04 дүгээр сарын байдлаар

Д/д	Эрх зүйн актын төрөл	УИХБХ тогтоол	ЗГ-ын тогтоол	ЭМС тушаал	ЭМДҮЗ тогтоол	ЭМДЕГ тушаал
1	Дүрэм, нэмэлт, өөрчлөлт оруулсан	Хуулиар эрх олгогдсон, ЗХХА-бүртгүүлсэн		1		
		Хуулиар эрх олгогдсон, ЗХХА-бүртгүүлээгүй			1	
		Хуулиар эрх олгогдсон, Бүртгүүлэх шаардлагагүй	2			1
2	Журам	Хуулиар эрх олгогдсон, ЗХХА-бүртгүүлсэн			6	
		Хуулиар эрх олгогдсон, ЗХХА-бүртгүүлээгүй			4	2
		Хуулиар эрх олгогдсон, Дотогшоо чиглэсэн			2	
		Хуулийн нийтлэг заалтаар эрх олгогдсон, ЗХХА-бүртгүүлээгүй			1	5
		Хуулийн нийтлэг заалтаар эрх олгогдсон, Дотогшоо чиглэсэн				1
		Хуулиар эрх олгогдсон, батлагдаагүй			1	
		Хуулиар эрх олгогдоогүй				1
3	Загвар, нэмэлт, өөрчлөлт (гэрээний)	Хуулиар эрх олгогдсон, ЗХХА-бүртгүүлээгүй			2	
		Хуулийн нийтлэг заалтаар эрх олгогдсон, Дотогшоо чиглэсэн				1
		Хүчингүй болсон				

4	Аргачлал	Хуулиар эрх олгогдсон, ЗХХА-бүртгүүлээгүй					
		Хуулийн нийтлэг заалтаар эрх олгогдсон, ЗХХА-бүртгүүлээгүй				1	
		Хуулийн нийтлэг заалтаар эрх олгогдсон, Дотогшоо чиглэсэн				4	
		Эрх олгосон заалтыг үндэслээгүй				1	
5	Жагсаалт	Хуулиар эрх олгогдсон, ЗХХА-бүртгүүлсэн			1		
		Хуулиар эрх олгогдоогүй				2	
6	Тусгай шаардлага	Хуулиар эрх олгогдоогүй				1	
7	Шалгуур үзүүлэлт	Хуулиар эрх олгогдоогүй				1	
<b>Нийт</b>			<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>18</b>	<b>23</b>

Эрүүл мэндийн даатгалын үйл ажиллагааг зохицуулсан УИХ-ын байнгын хорооны тогтоолоор батлагдсан 1 дүрэм, нэмэлт өөрчлөлт оруулсан тогтоол, Засгийн газрын тогтоолоор батлагдсан 1 дүрэм, Эрүүл мэндийн сайдын тушаалаар батлагдсан 1 журам, Эрүүл мэндийн даатгалын Үндэсний зөвлөлийн тогтоолоор батлагдсан 15 журам, жагсаалт, гэрээний загвар 1, нэмэлт, өөрчлөлт оруулсан 1, Засгийн газрын хэрэгжүүлэгч агентлаг Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газрын даргын тушаалаар батлагдсан дүрэм 1, журам 11, заавар 1, хүчингүй болгосон 1, аргачлал 6, жагсаалт-2, тусгай шаардлага 1, Шалгуур үзүүлэлт 1, нийт 44 эрх зүйн баримт бичгийг шалгахад дараах нөхцөл байдал тогтоогдлоо. Илэрсэн нөхцөл байдлыг төрлөөр нь ангилбал:

- Эрүүл мэндийн даатгалын Үндэсний зөвлөл нь Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий хуулийн 10 дугаар зүйлийн 10.3 дахь хэсэг, 14 дүгээр зүйлийн 14.8.2, 14.8.6 дахь заалтаар олгогдсон эрхийн дагуу 2021 оны 09 дүгээр тогтоолоор “Эрүүл мэндийн даатгалын эрсдэлийн сангийн хөрөнгийг тооцох, төрийн санд байршуулах, зарцуулах журам”, 2021 оны 11 дүгээр тогтоолоор “Эрүүл мэндийн даатгалын сангийн авлагад үл хөдлөх хөрөнгийг хүлээн авах, хадгалах, хамгаалах, түрээслүүлэх, худалдан борлуулах журам батлах тухай”, 2021 оны 13 дугаар тогтоолоор “Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ худалдан авах гэрээний үлгэрчилсэн загварыг шинэчлэн батлах тухай” 2024 оны 03 дугаар тогтоолоор “Техникийн хорооны бүрэлдэхүүн, журам батлах тухай”;
- Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газар нь Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий хуулийн 16 дугаар зүйлийн 16.1.13, 16.1.14, 16.1.15, 16.1.16 дахь заалт, 17 дугаар зүйлийн 17.2 дахь хэсэгт заасан эрхийн дагуу баталсан журмуудыг Захиргааны хэм хэмжээний актын нэгдсэн бүртгэлд бүртгүүлээгүй нь Захиргааны ерөнхий хуулийн 64 дүгээр зүйлийн 64.3, 64.4 дэх хэсэгт;
- Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газар нь Эрүүл мэндийн даатгалын хуулийн 16 дугаар зүйлийн 16.1.16 дахь заалтаар батлах эрх олгоогүй жагсаалт, тусгай шаардлага, шалгуур үзүүлэлт, журам батлах эрх хуулиар олгогдсон байхад үндэслээгүй баталсан нь Захиргааны ерөнхий хуулийн 60 дугаар зүйлийн 60.1.3 дахь заалтад нийцүүлээгүй байна.

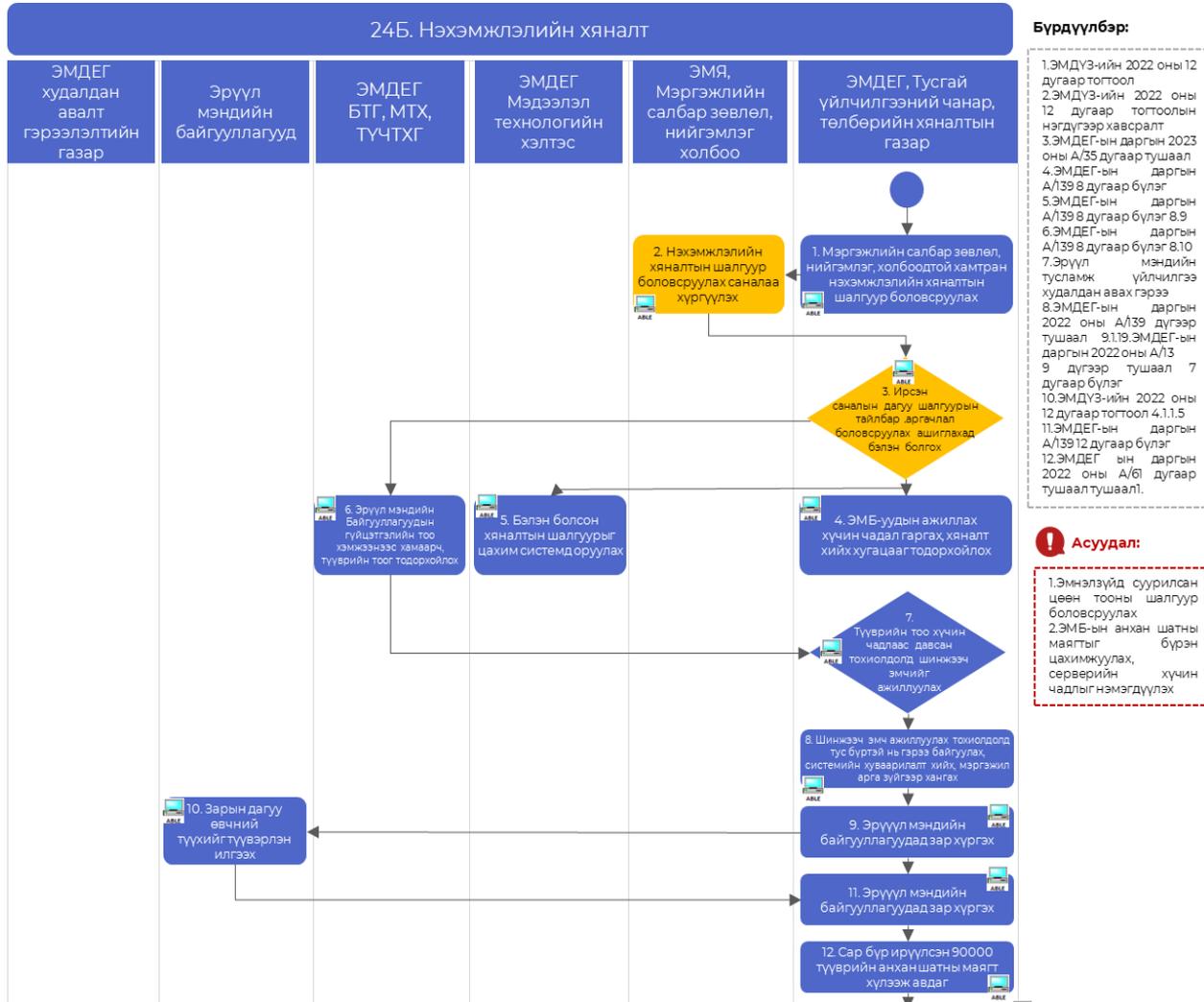
### Процессын зураглал

Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газрын чиг үүргийнхээ хүрээнд хариуцан хэрэгжүүлж буй 29 процессын оролцогч талууд, үе шат, бүрдүүлэх бичиг баримт, тулгардаг асуудал зэргийг бүртгэж, процессын зураглалыг гаргасан. Эдгээр процесст хийсэн дүн шинжилгээгээр нэхэмжлэлийн хяналт, гүйцэтгэлийн санхүүжилт олгох, гэрээ байгуулах процессын хүндрэлтэй асуудлуудыг хамгийн түрүүнд шийдвэрлэх шаардлагатай гэж үзсэн.

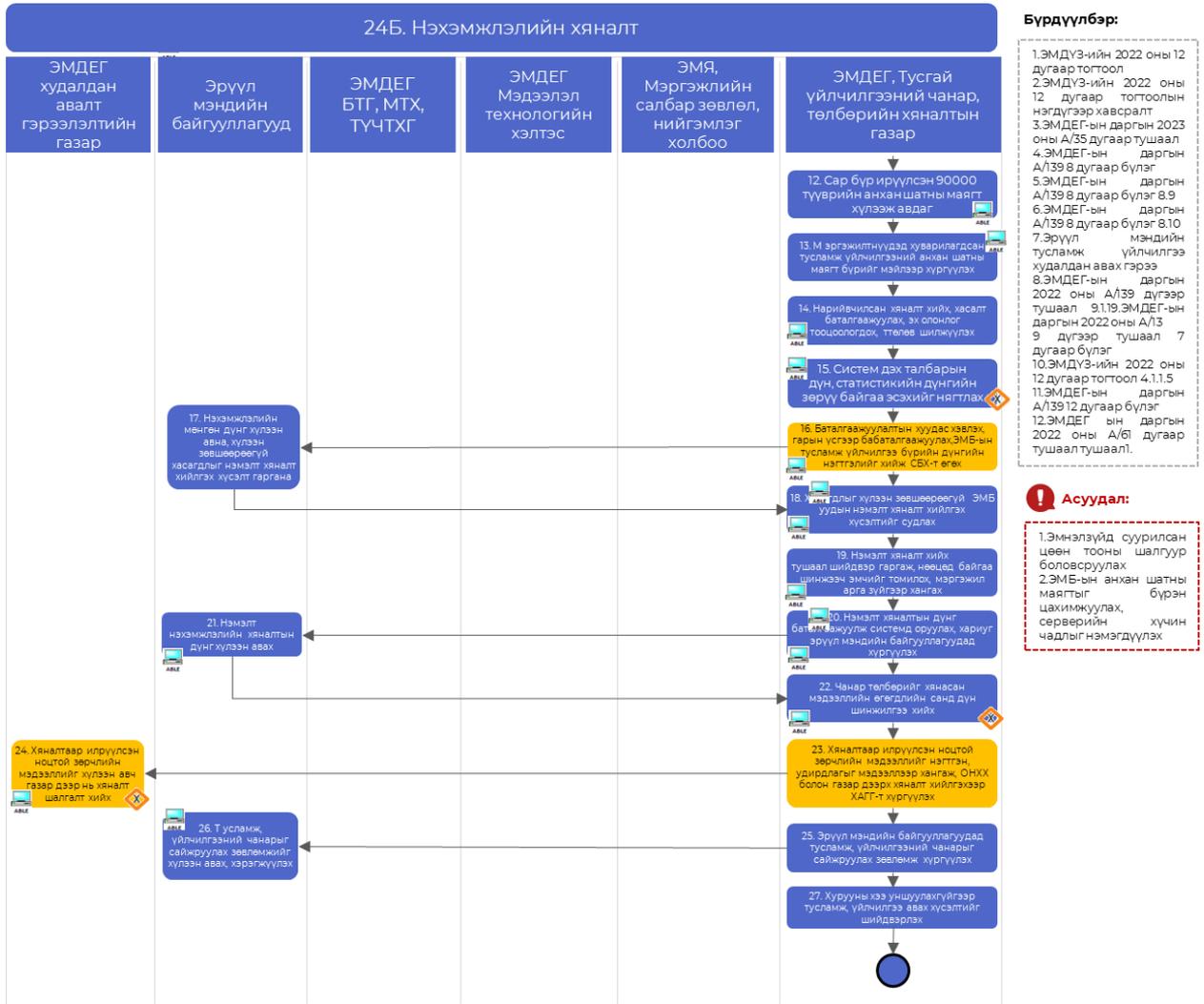
**Нэхэмжлэлийн хяналт:** Гэрээт 2500 орчим эрүүл мэндийн байгууллагаас сар бүр 1 сая орчим нэхэмжлэл ирдэг. Үүнээс дунджаар 50-60 мянгыг түүвэрт авч нарийвчилсан хяналт хийдэг. Нэхэмжлэлийг хянахад хэт их хүн хүч болоод зардал зарцуулагддаг хэдий ч

гүйцэтгэлийг харахад сүүлийн 6 сарын хугацаанд нийт ирж буй нэхэмжлэлийн хамгийн ихдээ 7 хувьд хяналт хийж чадсан байна. Энэхүү хяналтын түүвэр нь багц болоод үйлчилгээний стандарт хангаж буй эсэхийг бүрэн илэрхийлэх боломжгүй бөгөөд үр дүнгүй байна. Нэхэмжлэлийн хяналтаар маш өндөр дүнгээр хасалт хийгддэг гэсэн гомдлыг эрүүл мэндийн байгууллагууд онцолж байсан боловч энэ нь тоо баримтын хувьд батлагдахгүйн дээр эсрэг байр суурийг илэрхийлж байна.

Зураг 94. Нэхэмжлэлийн хяналтын процессын зураглал

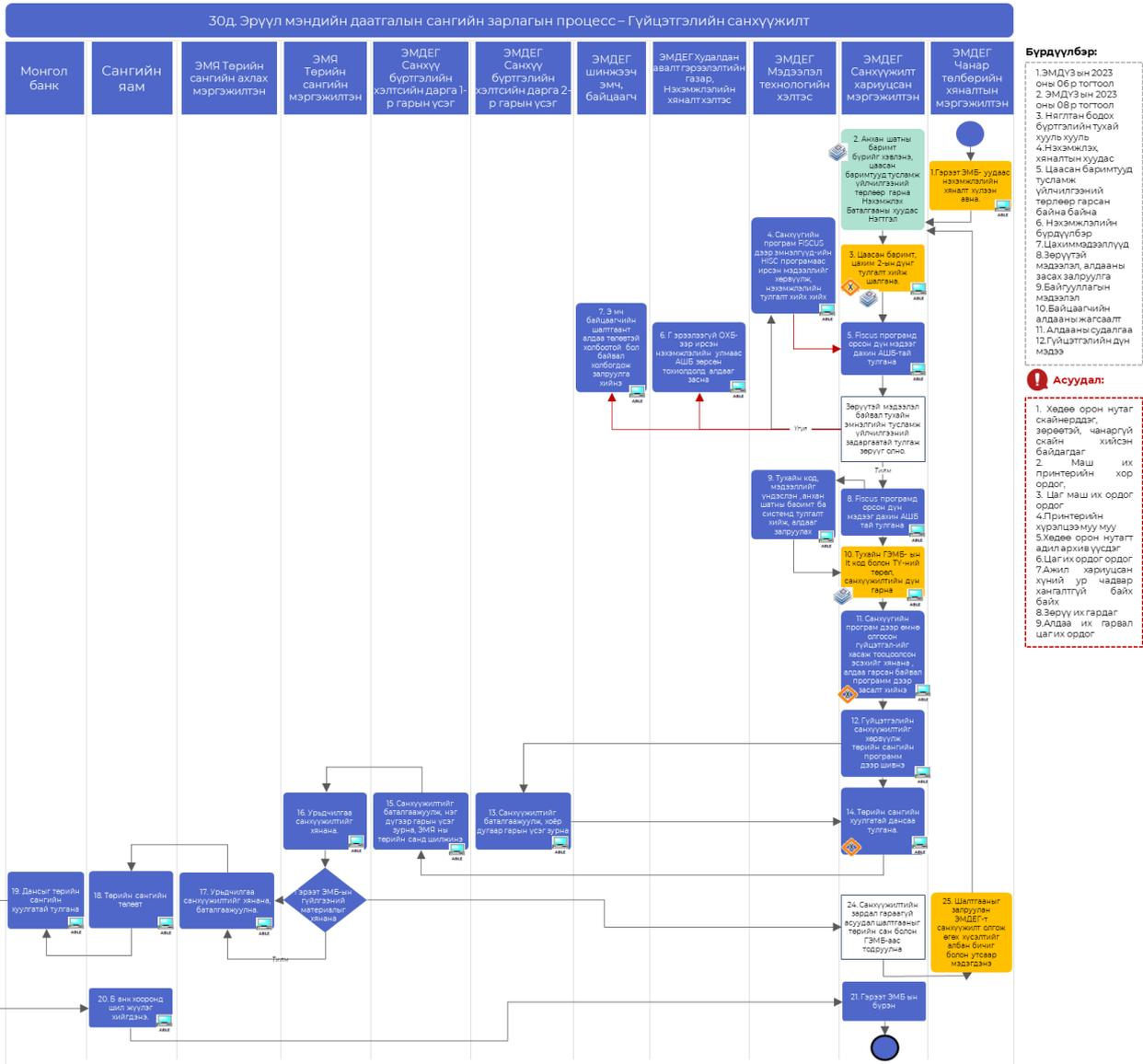


Зураг 95. Нэхэмжлэлийн хяналтын процессын зураглал (үргэлжлэл)



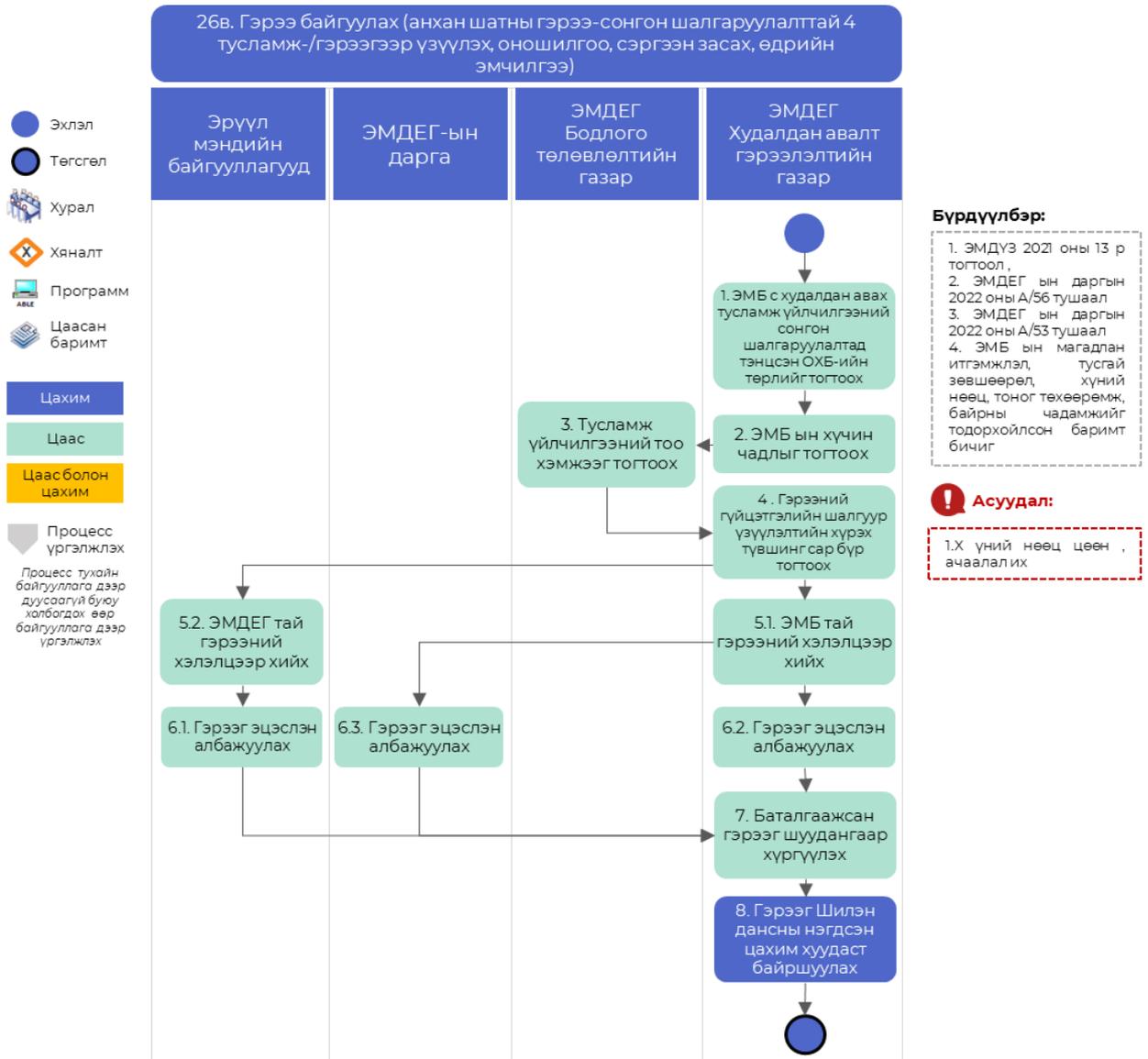
**Гүйцэтгэлийн санхүүжилт олгох:** Зарлагын үйл ажиллагаа нь урьдчилсан, гүйцэтгэлийн гэсэн 2 хэлбэртэйгээр сард 2 удаа санхүүжилт явагдана. Уг процессын 19 алхам цахимаар, 1 алхам цаасаар, 5 алхам цахим болон цаасаар буюу нийт 24 алхамтай. Хөдөө орон нутгаас ирүүлдэг скайнердсан файл нь зөрүүтэй, чанаргүй бүрдүүлбэр байдгаас гадна маш их цаас, хугацаа шаарддаг, орон нутаг болон ЭМДЕГ-т адил архив үүсдэг байна.

Зураг 96. Гүйцэтгэлийн санхүүжилтийн процессын зураглал



**Гэрээ байгуулах:** Уг процесс нь 6 төрөл байх бөгөөд нийт 67 алхамтай. Чиг үүргийн судалгаагаар албан тушаалтны хэрэгжүүлж байгаа чиг үүргийн хүрээнд гэрээ байгуулах хэлэлцээр хийх үйл ажиллагаа харилцан зөвшилцөх биш тухайн байгууллагын хүчин чадал болон үзүүлж байгаа тусламж, үйлчилгээний статистик мэдээлэлд үндэслэн гэрээ байгуулах тусламж, үйлчилгээний төрөл, тоо, санхүүжүүлэх мөнгөн дүнгийн хязгаарыг гарган гэрээ байгуулах эрх бүхий байгууллагад мэдэгдэх, тухайн байгууллагаар хүлээн зөвшөөрүүлэх үйл ажиллагаа болсон байна.

Зураг 97. Гэрээ байгуулах процессын зураг



Баримтын судалгаанаас үзэхэд Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуулийн 10.2-т заасан эрүүл мэндийн байгууллагатай байгуулж байгаа гэрээнд тусламж, үйлчилгээний чанарын шалгуурыг тодорхой тусгаж, үр дүнг тооцох үйл ажиллагаа дутмаг байна. Худалдан авалт гэрээлэлтийн газрын ачааллыг нэмсэн, ашиг сонирхлын зөрчилтэй гэж үзэж болох нэг чиг үүрэг бол зөрчил хянан шалгах процесс байна. Өөрөөр хэлбэл, Худалдан авалт гэрээлэлтийн газар нь гэрээ байгуулах эрүүл мэндийн байгууллагуудыг сонгон шалгаруулах, гэрээ байгуулах, гэрээг дүгнэх, зөрчил хянан шалгаруулах чиг үүргийг давхар хэрэгжүүлдэг.

### 2.2.3 Эрүүл мэндийн даатгалын санд хийсэн актуар тооцооллын үр дүн

Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуулийн 14 дүгээр зүйлийн 14.9.1 дэх заалтаар "эрүүл мэндийн даатгалын сангийн болон эрүүл мэндийн даатгалын байгууллагын үйл ажиллагааны зардлын төсвийн төсөл, төсөөлөл, төсвийн хүрээний мэдэгдлийг **актуар тооцоололд үндэслэн** боловсруулах, батлагдсан төсвийн нарийвчилсан хуваарийг батлах, гүйцэтгэлд нь хяналт тавих" үүргийн Үндэсний зөвлөлд хариуцуулсан байдаг.

Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хууль 2015 онд шинэчлэн батлагдсанаас хойш эрүүл мэндийн даатгалтай холбоотой өгөгдөл бүрэн бус, хангалтгүй мөн актуар тооцоолол хийх мэргэжилтэн байхгүй зэрэг шалтгаанаар эрүүл мэндийн даатгалын сангийн актуар тооцоолол хийгдэж байгаагүй байна.

Актуар тооцооллыг хийснээр ЭМД-ын сангийн бодит зардлын хэмжээг нарийвчлан таамаглах, шимтгэлийн хувь хэмжээг үнэлэх болон цар тахал, хууль эрх зүйн орчны өөрчлөлт зэрэг онцгой тохиолдол болохгүй бол сангийн зардалд жил дотроо тохируулга хийх шаардлага багасах зэрэг давуу талтай.

ПДИ төслийн хүрээнд ЭМД-ын сангийн боломжит өгөгдөлд суурилсан актуар загварчлалыг мэргэжлийн актуарчдаар гүйцэтгүүлж, ЭМД-ын сангийн 2024-2026 оны зардлын таамаглалыг 3 хувилбараар гаргасан. Энэ тайланд “Монгол Улсын эрүүл мэндийн даатгалын сангийн актуар загварчлал” тайланд дурдсан үр дүнг товч орууллаа.

### 2.2.3.1 Актуар загвар

Актуар загварчлалыг гаргахдаа ЭМД-ын сангийн үндсэн бүрдэл хэсгүүд болох орлого болон зардлын хэсэг тус бүрд ялгаатай загваруудыг гаргасан. Орлогын хэсгийг дараах загварыг ашиглан таамагласан. Үүнд:

$$I = 12 \times c(t) \times \left[ s(t) \times r \times \sum_{i=1}^2 \sum_{j=1}^{14} n_{ij}(t) \times b_{ij} + \min(t) \times \sum_{k=1}^{10} \sum_{i=1}^2 \sum_{j=1}^{14} r_k \times n_{ij}(t) \times b_{kij} \right]$$

- $C(t)$ - $t$  хугацаан дахь хамрагдалтын хувь
- $S(t)$ - $t$  хугацаан дахь дундаж цалин
- $s(t+1) = s(t) \times (1 + \mu_t)$
- $Min(t)$ - $t$  хугацаан дахь ХХДХ
- $\min(t+1) = \min(t) \times (1 + \gamma_t)$
- $r_k$  -  $k$  – төрлийн даатгуулагчийн төлөх шимтгэлийн хувь
- $n_{ij}(t)$  -  $t$  хугацаан дахь эрэгтэй/эмэгтэй  $j$ -р насны бүлгийн хүн амын тоо
- $b_{kij}(t)$  -  $k$ -р төрлийн даатгуулагчийн эрэгтэй/эмэгтэй  $j$ -р насны бүлгийн нийт хүн амд эзлэх хувь

Ажилтан/ажил олгогч нь тухайн ажилтны сарын цалингаас хамаарсан хувиар шимтгэл төлдөг бол бусад төрлийн даатгуулагч нар хуулиар тогтоосон хөдөлмөрийн хөлсний доод хэмжээний хувиас хамааруулж шимтгэл төлдөг. Иймээс орлогын хэсгийг ажилтны дундаж цалингаас хамаарсан болон хөдөлмөрийн хөлсний доод хэмжээнээс хамааруулан ялгаатай байдлаар загварт оруулсан.

Орлого талыг таамаглахад суурь буюу одоогийн мөрдөгдөж буй хөдөлмөрийн хөлсний доод хэмжээ, дундаж цалин, хүн ам зүйн бүтэц ашигласан ба эдгээрийн өөрчлөлтийг Үндэсний статистикийн хорооны сүүлийн 10 жилийн мэдээллийг ашиглан тренд гаргаж тооцоолсон.

ЭМД-ын сангийн зардлын загварыг доорх байдлаар томъёолсон. Үүнд:

$$E = P(t) \times \left[ \sum_{i=1}^4 \sum_{j=1}^m u_{ij}(t) \times c_{ij}(t) + \sum_{i=1}^7 \sum_{k=1}^n u_{ik}(t) \times c_{ik}(t) \right] + \sum_{q=1}^2 \sum_{r=1}^s u_{qr}(t) \times c_{qr}(t) \times P_r(t) \\ + \sum_{l=1}^4 u_l(t) \times c_l(t) \times P_{l(t)} + \sum_{z=1}^{42} u_z(t) \times c_z(t) \times P(t)$$

- $P(t)$ - $t$  хугацаан дахь хүн амын тоо
- $P_r(t)$  -  $t$  хугацаан дахь  $r$  дүгээр сумын хүн амын тоо
- $P_l(t)$  -  $t$  хугацаан дахь  $l$  дүгээр насны бүлгийн хүн амын тоо
- $u_{ij}(t)$ - $t$  хугацаан дахь  $i$ -р тусламж, үйлчилгээний төрлийн  $j$ -р өвчний давтамж
- $u_{ij}(t+1) = u_{ij}(t) \times (1 + \mu_{ijt})$
- $c_{ij}(t)$ - $t$  хугацаан дахь  $i$ -р тусламж, үйлчилгээний төрлийн  $j$ -р өвчний дундаж зардал
- $c_{ij}(t+1) = c_{ij}(t) \times (1 + \gamma_{ijt})$

Зардал лавлагаа шатлалын тусламж, үйлчилгээ, анхан шатны тусламж, үйлчилгээ, эмийн үнийн хөнгөлөлт болон урьдчилан сэргийлэх зардал гэсэн үндсэн 4 хэсгээс бүрдэх бөгөөд лавлагаа шатлалын тусламж, үйлчилгээ дотроо хэвтэн эмчлүүлэх, амбулатори,

яаралтай тусламж, өндөр өртөгтэй оношилгоо шинжилгээ гэсэн 4 төрөл нь тухайн төрлийн тохиолдлуудын 90 хувийг эзэлдэг өвчний ангиллаар тооцоолол хийсэн.

Бусад 7 төрлийн тусламж, үйлчилгээний хувьд илүү ерөнхий байдлаар загварт тусгагдсан.

Анхан шатны тусламж, үйлчилгээний хувьд өрх болон сумын эмнэлгийн зардлууд тусдаа тооцоологдсон ба тус бүр дээр нь 312 сумын хувьд ирээдүйд гарч болзошгүй зардлыг таамагласан.

Урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн зардлыг 4 насны бүлэг бүрт гаргасан бол эмийн үнийн хөнгөлөлтийг үндсэн 42 төрлийн өвчний ангилал тус бүр дээр тооцоолсон.

Зардлыг таамаглахдаа хоорондоо үл хамаарах шинж чанартай тохиолдлын давтамж болон дундаж зардал гэсэн метрикүүдийг ашигласан ба тус бүр дээр дараагийн 2 жилийн өсөлтийн трендийг таамаглан загварын үр дүнг илүү нарийвчлан боловсруулсан.

Олон улсад ЭМД-ын актуар тооцоололд ашигладаг туслах загварууд буюу ерөнхий шугаман загваруудыг энэ удаа ашиглаагүй. Дийлэнх өвчлөлүүд болон тусламж, үйлчилгээний төрлүүд дээр тохиолдлын давтамж, дундаж зардал нь насны бүлэг, хүйс, газарзүйн байршлаас хүчтэй хамаарч байсан ба эдгээрийн нөлөөллийг ерөнхий шугаман загвар ашиглан үнэлэхэд өвчлөл тус бүр дээр өгөгдөл хангалтгүй байсан тул таамаглал бодит биш байх магадлалтай байсан.

### Ашигласан мэдээлэл

ЭМДЕГ, ЭМХТ болон ҮСХ гэсэн 3 үндсэн эх сурвалжаас мэдээллийг авч ашигласан. ЭМД-ын мэдээлэл нь 2021 оны 3 сараас 2023 оны жилийн эцэс хүртэл байсан ба үүнээс 2022 болон 2023 онуудын мэдээллийг авч ашигласан (Хүснэгт 36).

ЭМДЕГ-ын мэдээллийг ашиглан суурь төсөөллүүдийг гаргасан ба өвчний тохиолдлын давтамж, дундаж зардалд нөлөөлөх насны бүлэг, хүйс, газарзүйн байршлуудын нөлөөллийг гаргахад голчлон ашигласан.

ЭМХТ-өөс амбулаторийн тусламж, үйлчилгээний 1,688 өвчний төрлийн 2002-2023 оны, хэвтэн эмчлүүлэх тусламж, үйлчилгээний 1,665 өвчний 2010-2023 он хүртэлх мэдээллийг авсан бөгөөд өвчнүүдийн тохиолдох давтамжийн ирээдүйн трендийг гаргахад чухал ач холбогдолтой байсан. Ковид-19 цар тахалтай холбоотойгоор 2020-2021 онуудад эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ авах хүмүүсийн тоо огцом буурсан ба 2022 оноос эхлэн хэвийн байдалдаа орж өсөлтийг үзүүлсэн тул тренд гаргахдаа 2020-2022 оны өсөлтүүдийг ашиглаагүй.

Хүснэгт 36. Актуар тооцоололд ашигласан мэдээлэл

Эх сурвалж	Мэдээллийн төрөл	Хугацаа	Зорилго
ЭМДЕГ	Даатгуулагчдын тоо, төлсөн шимтгэл	2021 - 2023	Хамрагдалтын хувь, давтамж
	Лавлагаа шатны ЭМ -ийн тусламж, үйлчилгээний зардал	2021 - 2023	Суурь давтамж, суурь зардал, зардлын өсөлт
	Анхан шатны ЭМ -ийн тусламж, үйлчилгээний мэдээлэл	2021 - 2023	Суурь давтамж, суурь зардал, зардлын өсөлт
	Эмийн үнийн хөнгөлөлт	2021 - 2023	Суурь давтамж, суурь зардал, зардлын өсөлт
	Урьдчилан сэргийлэх үзлэг	2021 - 2023	Суурь давтамж, суурь зардал, зардлын өсөлт
ЭМХТ	Амбулаторийн тусламж, үйлчилгээ (1,688)	2002 - 2023	Өвчний тренд
	Хэвтүүлэн эмчлүүлэх тусламж, үйлчилгээ (1,665)	2010 - 2023	Өвчний тренд
ҮСХ, бусад эх сурвалж	Хүн ам зүйн мэдээлэл	2021 - 2023	Хамрагдалтын хувь
	Инфляц, дундаж цалин, ХХДХ	2013 - 2023	Орлого талын таамаглалууд, зардлын дундаж өсөлт

### 2.2.3.2 Эрүүл мэндийн даатгалын сангийн нөхцөл байдлын шинжилгээ

#### Хууль эрх зүйн хүрээний зохицуулалт

Эрүүл мэндийн албан журмын даатгалын зарчим, хамрах хүрээ, даатгуулагчийн төлөх шимтгэл, даатгуулагчид эрүүл мэндийн улмаас учирч болзошгүй санхүүгийн эрсдэлийг хуваалцах зорилгоор сан бүрдүүлэх, уг сангийн хөрөнгийг хуваарилах, зарцуулах, эрүүл мэндийн даатгалын байгууллага болон эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллага, төр, иргэний хооронд үүсэх харилцааг Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хууль зохицуулдаг.

Монгол Улсын иргэн эрүүл мэндийн улмаас учирч болзошгүй санхүүгийн эрсдэлээ хуваалцах зорилгоор эрүүл мэндийн албан журмын даатгалд заавал даатгуулна.

Улсын эрүүл мэндийн даатгал нь даатгуулагчийн төлсөн шимтгэлийн хэмжээнээс үл хамааран эрүүл мэндийн улмаас даатгуулагчид үүссэн санхүүгийн эрсдэлийг хуваалцах эв санааны нэгдлийн зарчимд тулгуурлана.

Эрүүл мэндийн даатгалын тухайн хуулийн 6 дугаар зүйлд заасны дагуу эрүүл мэндийн даатгалд хамрагдах хүн амын бүлгийг шимтгэлийг хариуцагч болон шимтгэлийн хувь хэмжээнээс хамааруулан Хүснэгт 37-д харуулсан байдлаар ангилдаг.

Хүснэгт 37. Даатгуулагчийн ангилал

Даатгуулагчийн ангилал	Шимтгэлийн хувь	Хариуцагч	Шимтгэл тооцох цалин
Ажилтан	4%	Даатгуулагч	Цалин
Хувиараа хөдөлмөр эрхлэгч иргэн	1%	Даатгуулагч	ХХДХ
Малчин	1%	Даатгуулагч	ХХДХ
Их, дээд сургууль, коллеж, мэргэжлийн сургалт үйлдвэрлэлийн төвийн суралцагч	1%	Даатгуулагч	ХХДХ
Гадаадын иргэн	2%	Даатгуулагч	ХХДХ
0-18 насны хүүхэд	1%	Төр	ХХДХ
Тэтгэврээс өөр тогтмол мөнгөн орлогогүй иргэн	2%	Төр	ХХДХ
Нийгмийн халамжийн дэмжлэг, туслалцаа зайлшгүй шаардлагатай өрхийн гишүүн - иргэн	2%	Төр	ХХДХ
Хүүхдээ хоёр /ихэр бол гурав/ нас хүртэл нь өсгөн бойжуулж байгаа эх /эцэг/	2%	Төр	ХХДХ
Хугацаат цэргийн жинхэнэ албан хаагч	2%	Төр	ХХДХ
Ял эдэлж байгаа ялтан	2%	Төр	ХХДХ

Эх сурвалж: Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хууль

Энд ажил эрхлэгчдээс бусад даатгуулагчийн бүлгийн шимтгэлийг хөдөлмөрийн хөлсний доод хэмжээний тодорхой хувиар тооцдог бол ажилтнуудын эрүүл мэндийн даатгалын шимтгэлийг цалингийн орлогоос тооцох ба хуулийн дагуу ажил олгогч 2 хувийг, ажилтан өөрөө 2 хувийг хариуцдаг.

Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуулийн 9 дүгээр зүйлд заасны дагуу даатгуулагч дараах төрлийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг эрүүл мэндийн даатгалын сангаас авах боломжтой.

- Хэвтүүлэн эмчлэх тусламж, үйлчилгээ;
- Амбулаторийн үзлэг, хяналт, оношилгоо, шинжилгээ, эмчилгээ;
- Өдрийн эмчилгээ, үйлчилгээ;
- Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 15.1.3, 15.1.8, 15.1.10, 15.1.14-т заасан эрүүл мэндийн байгууллагаас үзүүлэх тусламж, үйлчилгээ;
- Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 15.1.1, 15.1.2, 15.1.4, 15.1.5, 15.1.7, 15.1.9, 15.1.11, 15.1.13 -т заасан эрүүл мэндийн байгууллагын эмчийн бичсэн жороор олгох эмийн үнийн хөнгөлөлт;
- Өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төвөөс үзүүлэх зарим сэргээн засах үйлчилгээ, гэрээг үзүүлэх тусламж, үйлчилгээ, өдрийн эмчилгээ, оношилгоо, шинжилгээ;

- Хорт хавдрын химийн болон туяаны өдрийн эмчилгээ;
- Жирэмсний 37 долоо хоногоос өмнөх ба төрсний дараах үеийн хавсарсан эмгэгийн эмчилгээ;
- Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуулийн 24.6.1, 24.6.2, 24.6.5-24.6.8, 24.6.10, 35.3-т заасан эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ;
- Шүүх эмнэлгийн амбулаторийн үзлэг шинжилгээ;
- Шүүх эмнэлгийн цогцост хийх шинжилгээ.

Эрүүл мэндийн даатгалын сангийн орлого дараах эх үүсвэрээс бүрдэнэ:

- Даатгуулагчийн төлсөн эрүүл мэндийн даатгалын шимтгэл;
- Ажил олгогчийн төлсөн эрүүл мэндийн даатгалын шимтгэл;
- Төр даатгалыг нь хариуцах иргэдэд улсын төсвөөс төлсөн шимтгэл;
- Төр төлбөрийг нь хариуцах эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний зардлыг эрүүл мэндийн даатгалын байгууллагаар дамжуулан санхүүжүүлэхэд улсын төсвөөс олгох хөрөнгө;
- Сангийн чөлөөт үлдэгдлийн хүү;
- Эрсдэлийн нөөцийг хадгалуулсны хүү;
- Эрүүл мэндийн даатгалын шимтгэл төлөх хугацаа хэтрүүлсэнд ногдуулсан алданги;
- Бусад эх үүсвэр.

Эрүүл мэндийн даатгалын сангийн хөрөнгийг доор дурдсан зориулалтаар зарцуулна.

- Хуулийн 9 дүгээр зүйлд заасан эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг худалдан авах;
- Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний чанар, үр дүнг харгалзан даатгалын гэрээтэй эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллагад олгох урамшууллын зардал;
- Хуулийн 9.4 -т заасан зардал;
- Эрүүл мэндийн даатгалын байгууллагын хөрөнгө оруулалтаар хэрэгжүүлэх арга хэмжээний зардал;
- Эрүүл мэндийн даатгалын байгууллагын үйл ажиллагааны зардал;
- Нийгмийн даатгалын байгууллагын энэ хуулийн 19.3-т заасан үйл ажиллагааны зардал;
- Иргэнийг эрүүл мэндийн даатгалд хамруулахтай холбоотой мэдээлэл, сурталчилгааны зардал;
- Үндэсний зөвлөлийн гишүүний урамшуулал болон ажлын албаны үйл ажиллагааны зардал.

### Санхүүгийн шинжилгээ

ЭМД-ын сангийн 2021-2023 оны тайлангаас харахад ЭМД-ын сангийн алдагдал 2021 оны жилийн эцэст 546.5 тэрбум төгрөг байсан нь жил бүр буурсаар 2023 оны жилийн эцэс гэхэд 192.3 тэрбум болсон байна (Хүснэгт 38). Үүний шалтгаан нь сүүлийн 2 жилийн байдлаар сангийн орлого жилд дунджаар 26.4 хувиар өссөн ба зардал жил дунджаар 7.5 хувиар өссөн байна.

Хүснэгт 38. Эрүүл мэндийн даатгалын сангийн тайлан 2021-2023 (сая төг.)

	2021	2022	2023
<b>1. Орлогын төрөл</b>			
1.1 Даатгуулагчийн/Ажил олгогчийн төлсөн ЭМД -ын шимтгэл	388,469	487,150	618,183
1.2 Төр даатгалыг нь хариуцах иргэдэд улсын төсвөөс төлсөн шимтгэл	83,951	163,709	252,060
1.3 Бусад даатгуулагчаас төлөх шимтгэл	17,001	25,171	29,141
1.4 Төр төлбөрийг нь хариуцах ЭМ -ийн тусламж, үйлчилгээний зардлыг эрүүл мэндийн байгууллагаар дамжуулан санхүүжүүлэхэд улсын төсвөөс олгох хөрөнгө	496,465	540,430	687,445
1.5 Бусад орлого	10,066	2,615	1,884
<b>Нийт орлогын эх үүсвэрийн дүн</b>	<b>995,952</b>	<b>1,219,075</b>	<b>1,588,714</b>

## 2. Зарлагын төрөл

2.1 Лавлагаа шатны тусламж, үйлчилгээ	1,148,345	1,169,528	1,272,839
2.2 Анхан шатны тусламж, үйлчилгээ	260,674	294,198	359,299
2.2.1 Нэг иргэний санхүүжилт	198,673	242,795	274,924
2.2.2 Өрх, сумын эмнэлгийн санхүүжилт	62,001	51,403	84,375
2.3 Эмийн үнийн хөнгөлөлтөд олгох зардал	65,388	84,252	95,685
2.4 Урьдчилан сэргийлэх үзлэг	7,802	17,573	42,609
2.5 ЭМ -ийн тусламж, үйлчилгээний чанар, үр дүнг харгалзан даатгалын гэрээтэй ЭМ-ийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллагад олгох урамшууллын зардал	-	-	-
2.6 ЭМД -ын байгууллага болон үндэсний зөвлөлийн үйл ажиллагааны зардал	7,538	13,282	10,286
2.7 Нийгмийн даатгалын байгууллагад олгох орлого цуглуулах үйл ажиллагааны зардал	1,100	1,100	-
2.8 Бусад	51,646	40,349	314
<b>Нийт зарлагын дүн</b>	<b>1,542,492</b>	<b>1,620,280</b>	<b>1,781,031</b>

## 3. Ашиг, алдагдал

<b>Сангийн тэнцэл</b>	<b>(546,540)</b>	<b>(401,205)</b>	<b>(192,317)</b>
-----------------------	------------------	------------------	------------------

Хөдөлмөрийн хөлсний доод хэмжээ 2021 онд 420,000 төгрөг байсан нь 2023 онд 550,000 төгрөг болсонтой холбоотой төр даатгалыг нь хариуцах иргэдэд улсын төсвөөс төлсөн шимтгэл жилд дунджаар 74 хувь, бусад даатгуулагчаас төлөх шимтгэл 32 хувиар өссөн ба ажилтны дундаж цалин улсын хэмжээнд дунджаар 13 хувиар өссөн нь даатгуулагч болон ажил олгогчийн төлсөн шимтгэлийг жилд дунджаар 26 хувиар өсгөсөн байна. Мөн Төр төлбөрийг нь хариуцах эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний зардлыг эрүүл мэндийн байгууллагаар дамжуулан санхүүжүүлэхэд улсын төсвөөс олгох хөрөнгө нь жил бүр өсөлтийг үзүүлсэн ба 2021-2022 онд 9 хувиар, 2022-2023 онд 27 хувиар өссөн нь мөн сангийн орлогын өсөлтөд чухал нөлөө үзүүлсэн байна.

Зураг 98. Эрүүл мэндийн даатгалын сангийн зардлын ДНБ-нд эзлэх хувь



Сангийн зардал хэсэгт тусламж, үйлчилгээний бүх төрөл дээр өсөлт үзүүлсэн ба сүүлийн 2 жилийн дунджаар хамгийн өндөр өсөлтийг урьдчилан сэргийлэх үзлэг 134 хувиар, эмийн үнийн хөнгөлөлт 21 хувиар өссөн нь нөлөө үзүүлсэн байна.

Сангийн нийт зардлыг төр ба иргэн хариуцдаг хэсгээр задалбал, төрийн хувьд доорх 3 төрлөөр эрүүл мэндийн даатгалын сангийн зардлыг хариуцна:

- Төр даатгалыг нь хариуцах иргэдэд улсын төсвөөс төлсөн шимтгэл;

- Төр төлбөрийг нь хариуцах эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний зардлыг эрүүл мэндийн байгууллагаар дамжуулан санхүүжүүлэхэд улсын төсвөөс олгох хөрөнгө;
- Даатгалын сангийн алдагдал.

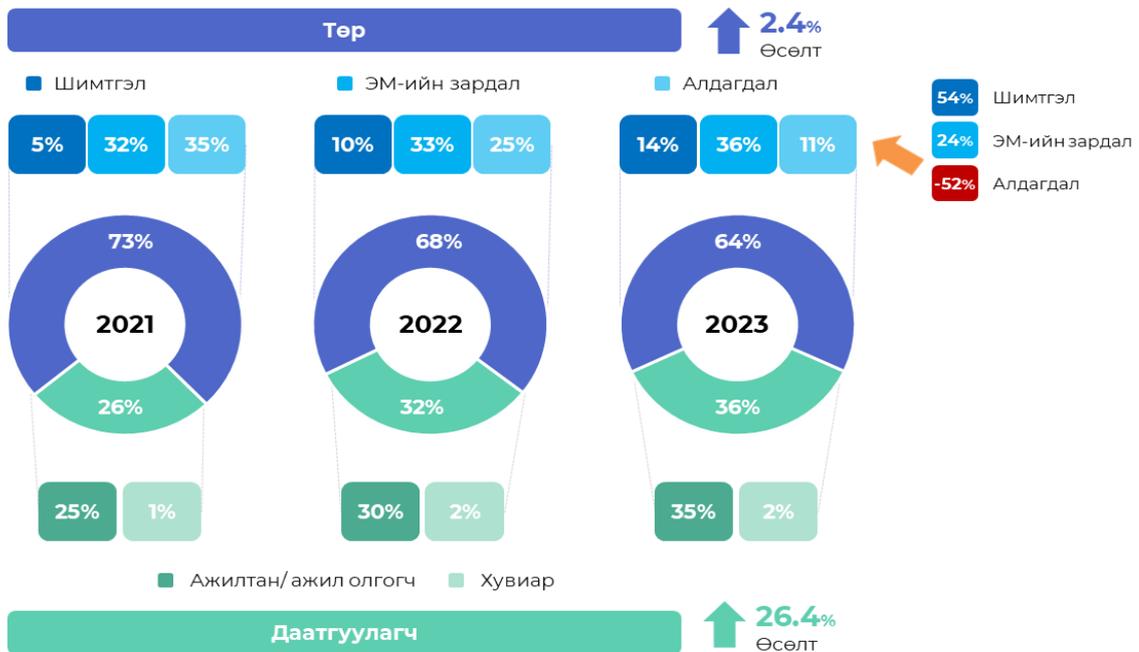
Иргэн хариуцдаг хэсэг нь ажилтан/ажил олгогчийн төлсөн шимтгэл болон хувиараа хөдөлмөр эрхлэгч, малчин, оюутан, гадаадын иргэдийн төлсөн шимтгэлээс бүрдэнэ.

Хүснэгт 39. Даатгалын сангийн зардлын хариуцах хэсэг

	2021		2022		2023	
	Сая.төг	Хувь	Сая.төг	Хувь	Сая.төг	Хувь
<b>Даатгуулагчийн хариуцах</b>	<b>405,470</b>	<b>26.3%</b>	<b>512,321</b>	<b>31.6%</b>	<b>647,324</b>	<b>36.3%</b>
Ажилтан/ажил олгогчийн төлсөн шимтгэл	388,469	25.2%	487,150	30.1%	618,183	34.7%
Шимтгэлээ өөрөө хариуцдаг бусад даатгуулагчдын төлсөн шимтгэл	17,001	1.1%	25,171	1.6%	29,141	1.6%
<b>Төрийн хариуцах</b>	<b>1,126,957</b>	<b>73.1%</b>	<b>1,105,344</b>	<b>68.2%</b>	<b>1,131,823</b>	<b>63.5%</b>
Төр даатгалыг нь хариуцах иргэдэд улсын төсвөөс төлсөн шимтгэл;	83,951	5.4%	163,709	10.1%	252,060	14.2%
Төр төлбөрийг нь хариуцах ЭМ - ийн тусламж, үйлчилгээний зардлыг эрүүл мэндийн байгууллагаар дамжуулан санхүүжүүлэхэд улсын төсвөөс олгох хөрөнгө	496,465	32.2%	540,430	33.4%	687,445	38.6%
Алдагдал	546,540	35.4%	401,205	24.8%	192,317	10.8%

Хүснэгт 39-өөс харахад жил бүр эрүүл мэндийн даатгалын сангийн зардлын даатгуулагчийн хариуцах хэсэг өсөж, төрийн хариуцах хэсэг буурч байгаа нь цалингаасаа шимтгэл төлдөг даатгуулагчийн тооны өсөлт болон дундаж цалингийн өсөлттэй шууд холбоотой ба нөгөө талаас төр даатгалыг нь хариуцдаг иргэдийн хүүхдээс бусад бүлэгт буурсантай холбоотой байна.

Зураг 99. Даатгалын сангийн зардлын хариуцах хэсэг, графикаар



Эрүүл мэндийн даатгалын сангийн алданги буурч, төр төлбөрийг нь хариуцдаг иргэдийн төлсөн шимтгэл болон төрөөс зардлыг нь санхүүжүүлдэг эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний төсөв нэмэгдсэн нь даатгалын сан зарчмын дагуу ажиллаж байгааг илтгэж байна. Цаашид төр шимтгэл хэлбэрээр хариуцах хэсгээ нэмэгдүүлэх нь сангийн алдагдлыг бууруулж тогтвортой байлгахад чухал ач холбогдолтой.

Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуулийн 20.2 дах хэсэгт “эрсдэлийн санг тухайн жилийн орлогын 10 хүртэлх хувьтай тэнцүү хэмжээгээр байгуулна” гэж заасан байдаг. 2021-2023 онуудад эрсдэлийн сан байгуулагдаагүй хэдий ч эрүүл мэндийн даатгалын үйл ажиллагааны зардал нь тухайн жилийн орлогын 5 хувиас илүүгүй байна гэдгийг хангаж ажилласан байна.

Хөрөнгө оруулалтын орлого жил бүр буурсан үзүүлэлттэй байгаа ба эрүүл мэндийн даатгал нь богино буюу нэг жилийн хугацаатай тул хөрөнгө оруулалтын орлого нь төдийлөн ач холбогдолгүй. Үүнээс илүү сангийн зардлыг илүү оновчтой, эрүүл мэндийн байгууллагын үйл ажиллагааг хүртээмжтэй байхад анхаарсан нь зохимжтой юм.

### Даатгуулагчдын бүтэц, шимтгэлийн орлого

Төр шимтгэлийг нь хариуцдаг даатгуулагчдын бүлгийн төлсөн шимтгэл нийт шимтгэлийн орлогын 28 хувийг эзэлж байгаа боловч эдгээр бүлгийн даатгуулагчдын тоо нь нийт даатгуулагчдын 70 хувийг эзэлж байна (Хүснэгт 40). Нөгөө талд даатгуулагч шимтгэлээ өөрөө хариуцдаг хэсгийн нийт даатгуулагчдын тоонд эзлэх хувь 30 хувь байгаа боловч нийт шимтгэлийн орлогын 72 хувийг бүрдүүлдэг байна.

Хүснэгт 40. Даатгуулагчийн тоо, эзлэх хувь

	2021		2022		2023	
	Тоо	%	Тоо	%	Тоо	%
<b>Даатгуулагч хариуцдаг</b>	<b>753,243</b>	<b>25%</b>	<b>950,114</b>	<b>30%</b>	<b>1,011,452</b>	<b>31%</b>
Ажилтан	565,910	19%	749,326	23%	788,986	24%
Шимтгэлээ өөрөө хариуцдаг бусад даатгуулагч	187,333	6%	200,788	6%	222,466	7%
<b>Төр хариуцдаг</b>	<b>2,228,931</b>	<b>75%</b>	<b>2,250,388</b>	<b>70%</b>	<b>2,228,767</b>	<b>69%</b>
0-18 насны хүүхэд	1,275,854	43%	1,312,073	41%	1,329,131	41%
Тэтгэврээс өөр тогтмол мөнгөн орлогогүй иргэн	564,886	19%	561,008	18%	538,558	17%
Нийгмийн халамжийн дэмжлэг, туслалцаа зайлшгүй шаардлагатай өрхийн гишүүн - иргэн	285,103	10%	268,884	8%	263,645	8%
Хүүхдээ хоёр /ихэр бол гурав/ нас хүртэл нь өсгөн бойжуулж байгаа эх /эцэг/	93,137	3%	97,033	3%	86,357	3%
Хугацаат цэргийн жинхэнэ албан хаагч	6,817	0%	6,809	0%	6,021	0%
Ял эдэлж байгаа иргэн	3,134	0%	4,581	0%	5,055	0%

Хүснэгт 41. Даатгуулагчийн төлөх дундаж шимтгэл

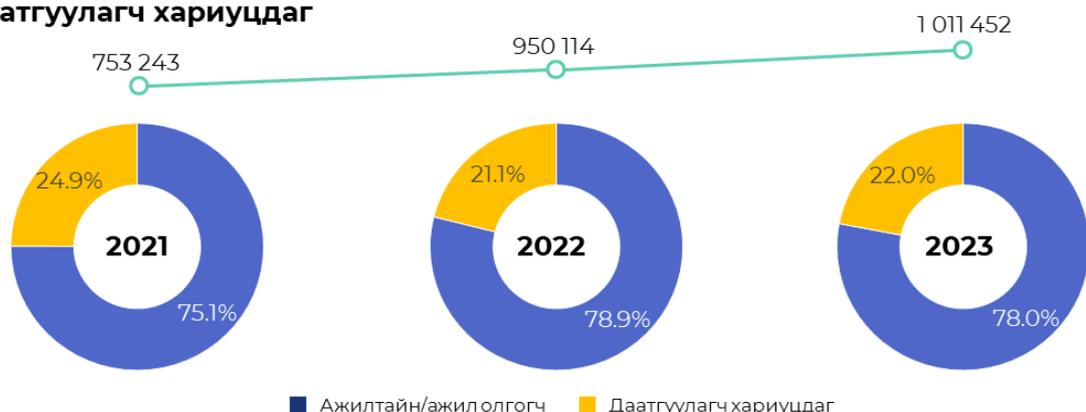
	2021	2022	2023
<b>Даатгуулагч хариуцдаг</b>			
Ажилтан	1,430,104	1,354,412	1,632,324
Шимтгэлээ өөрөө хариуцдаг бусад даатгуулагч	90,754	125,361	130,993
<b>Төр хариуцдаг</b>			
0-18 насны хүүхэд	50,400	50,400	66,000
Тэтгэврээс өөр тогтмол мөнгөн орлогогүй иргэн	100,800	100,800	132,000
Нийгмийн халамжийн дэмжлэг, туслалцаа зайлшгүй шаардлагатай өрхийн гишүүн - иргэн	100,800	100,800	132,000
Хүүхдээ хоёр /ихэр бол гурав/ нас хүртэл нь өсгөн бойжуулж байгаа эх /эцэг/	100,800	100,800	132,000
Хугацаат цэргийн жинхэнэ албан хаагч	100,800	100,800	132,000
Ял эдэлж байгаа ялтан	100,800	100,800	132,000

Зураг 100. Даатгуулагчийн тоо, эзлэх хувь, графикаар

**Төр хариуцдаг**



**Даатгуулагч хариуцдаг**



2022-2023 онд шимтгэлээ өөрөө хариуцдаг даатгуулагчийн тоо 6 хувиар өссөн нь ажил эрхэлдэг, цалингаасаа эрүүл мэндийн даатгалын шимтгэлээ төлдөг даатгуулагчийн тоо 5 хувиар, бусад даатгуулагчийн тоо 11 хувиар өссөнтэй шууд холбоотой байна. Төр шимтгэлийг нь хариуцдаг даатгуулагчдын тоо 2022-2023 онд 1 хувиар буурсан нь тэтгэврээс өөр тогтмол мөнгөн орлогогүй даатгуулагчдын тоо 4 хувиар, нийгмийн халамжийн дэмжлэг туслалцаа зайлшгүй шаардлагатай өрхийн даатгуулагчдын тоо 2 хувиар буурсантай холбоотой.

Ажилтны төлж байгаа жилийн дундаж шимтгэл нь төр хариуцдаг бусад даатгуулагч нарын төлж байгаа шимтгэлээс 12-14 дахин өндөр байна. Шимтгэлээ өөрөө хариуцдаг даатгуулагчийн тоо нийт даатгуулагчийн тоонд эзлэх хувьд бага байгаа ч төлсөн шимтгэл нь өндөр байна.

Цалингийн дундаж өсөлтийн тренд нь сүүлийн 10 жилийн дунджаар 9.5 хувь байгаа бол хөдөлмөрийн хөлсний доод хэмжээний өсөлтийн тренд нь сүүлийн 10 жилийн дунджаар 12.1 хувь байна.

**Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний зардал**

Эрүүл мэндийн даатгалын сангаас санхүүждэг эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ нь лавлагаа шатлалын эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ, анхан шатны эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ, эмийн үнийн хөнгөлөлт болон урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн зардал гэсэн үндсэн 4 бүлэгт хуваагддаг. Үүнээс нийт зардлын 75 хувийг лавлагаа шатлалын эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ, 20 хувийг анхан шатны эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ эзэлж байна. 2022-2023 онд тусламж, үйлчилгээний бүх төрөл дээр өсөж, үүнээс хамгийн өндөр өсөлтийг урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн зардал 142 хувиар өсжээ.

Тусламж, үйлчилгээний төрөл тус бүр дээр тохиолдлын тоо өссөн ба лавлагаа шатлалын эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний тохиолдлын тоо 37 хувь, анхан шатны эмнэлгийн

тусламж, үйлчилгээний тохиолдлын тоо 2.2 дахин, эмийн үнийн хөнгөлөлт 8 хувь, урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн тоо 42 хувиар тус тус өссөн байна.

Зураг 101. Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний зардал, сая төгрөг, эзлэх хувь



Хүснэгт 42. Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний зардал (сая төг.)

	2022	2023	Өсөлт
<b>Нийт</b>	<b>1,565,550</b>	<b>1,770,432</b>	<b>13%</b>
Лавлагаа шат	1,169,528	1,272,839	9%
Анхан шат	294,198	359,299	22%
Эмийн үнийн хөнгөлөлт	84,252	95,685	14%
Урьдчилан сэргийлэх үзлэг	17,573	42,609	142%

Хүснэгт 43. Тусламж, үйлчилгээний төрлөөр тохиолдлын тоо

	2022	2023	Өсөлт
<b>Лавлагаа шат</b>	<b>8,010,772</b>	<b>10,968,922</b>	<b>37%</b>
Хэвтүүлэн эмчлэх тусламж, үйлчилгээ	686,702	718,695	5%
Амбулаторийн тусламж, үйлчилгээ	5,239,755	7,340,512	40%
Яаралтай тусламж	643,433	806,194	25%
Уламжлалт анагаах ухааны тусламж, үйлчилгээ	175,699	318,047	81%
Сэргээн засах тусламж, үйлчилгээ	230,611	298,549	29%
Өндөр өртөгтэй оношилгоо, шинжилгээ	268,707	609,214	127%
Өдрийн эмчилгээ	79,294	124,571	57%
Диализын тусламж, үйлчилгээ	195,855	221,394	13%
Түргэн тусламж	483,799	523,064	8%
Хөнгөвчлөх тусламж, үйлчилгээ	6,356	7,963	25%
Телемедициний тусламж, үйлчилгээ	561	719	28%
<b>Анхан шат</b>	<b>614,321</b>	<b>1,350,355</b>	<b>120%</b>
Сумын эмнэлэг	287,846	721,736	151%
Өрхийн эмнэлэг	326,475	628,619	93%
<b>Эмийн үнийн хөнгөлөлт</b>	<b>3,987,498</b>	<b>4,315,030</b>	<b>8%</b>
<b>Урьдчилан сэргийлэх үзлэг</b>	<b>262,217</b>	<b>371,678</b>	<b>42%</b>

Лавлагаа шатлалын эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний зардлын шинжилгээний үр дүнг төрөл тус бүрээр тайлагналаа.

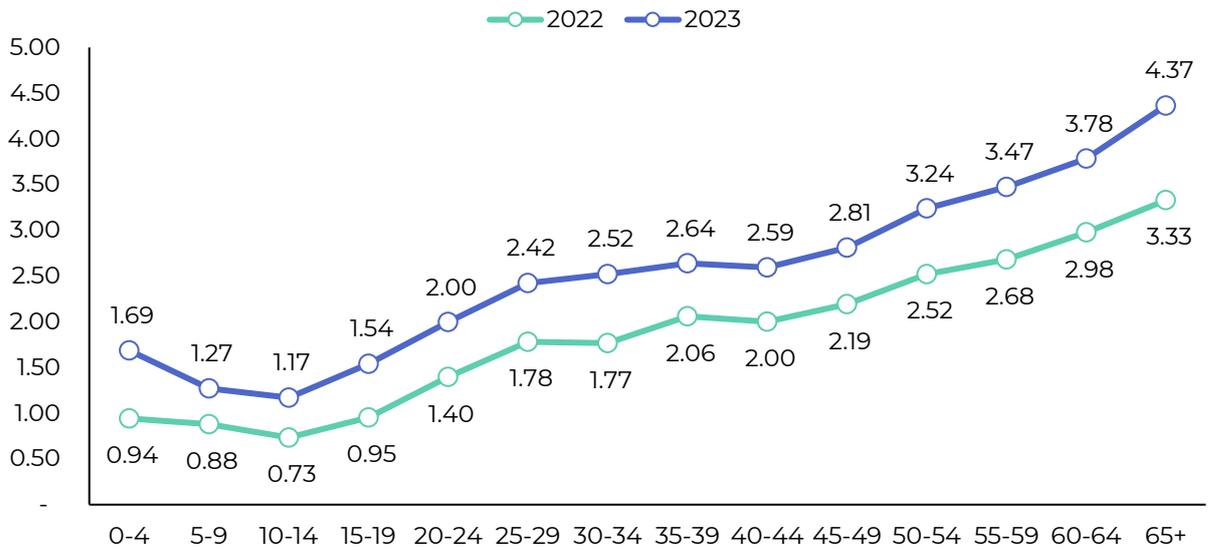
Тохиолдлын давтамж гэдгээр тухайн өвчний тусламж, үйлчилгээний төрлийн нэг даатгуулагчид ногдох тоог, дундаж зардал гэдгээр тухайн өвчний тусламжийн үйлчилгээний төрлийн нэг тохиолдолд ногдох дундаж зардлыг ойлгоно.

**Амбулаторийн тусламж, үйлчилгээ**

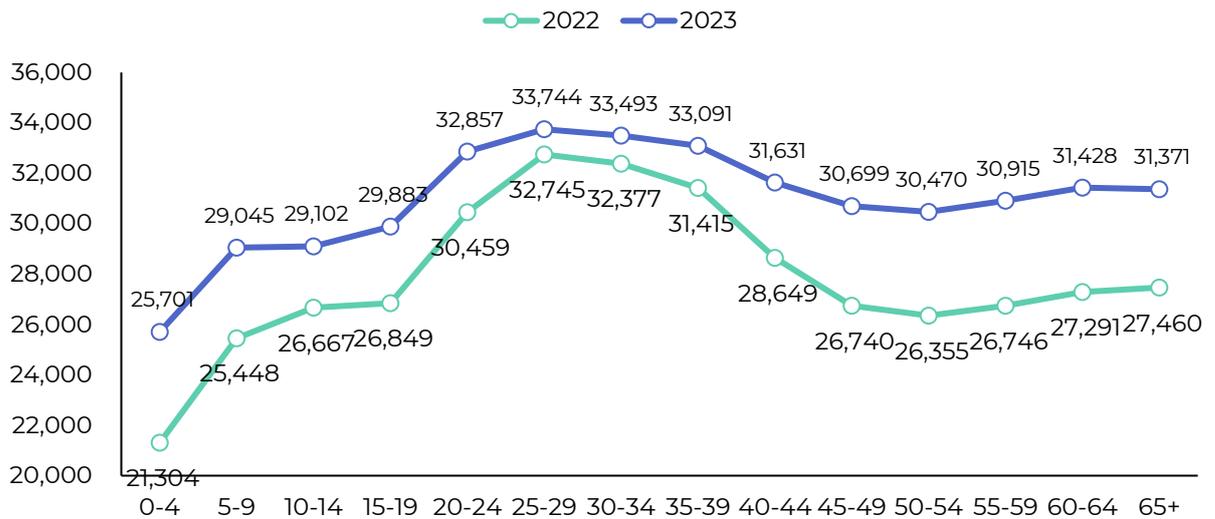
2022-2023 онд амбулаторийн тусламж, үйлчилгээний нийт зардал 80.6 тэрбум төгрөгөөр өссөн ба нийт тохиолдлын тоо 40 хувиар, нэг үйлчилгээнд ногдох дундаж зардал 11 хувиар өссөн байна. Актуар загварчлалд амбулаторийн тусламж, үйлчилгээний нийт тохиолдлын тооны 90 хувийг эзэлдэг 240 өвчин тус бүр дээр зардлын таамаглалыг гаргасан.

Амбулаторийн тусламж, үйлчилгээний тохиолдох магадлал болон нэг үйлчилгээний дундаж зардалд даатгуулагчийн нас болон газарзүйн байршил хүчтэй нөлөө үзүүлдэг болохыг доорх графикуудаас харж болно.

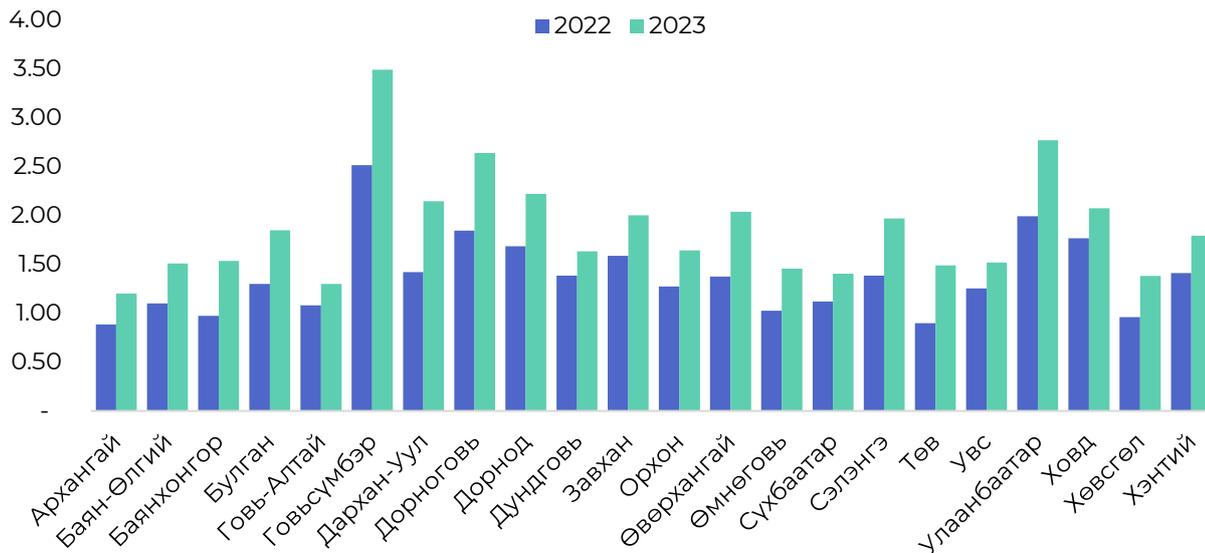
Зураг 102. Амбулаторийн тусламж, үйлчилгээний тохиолдлын давтамж (насны бүлгээр)



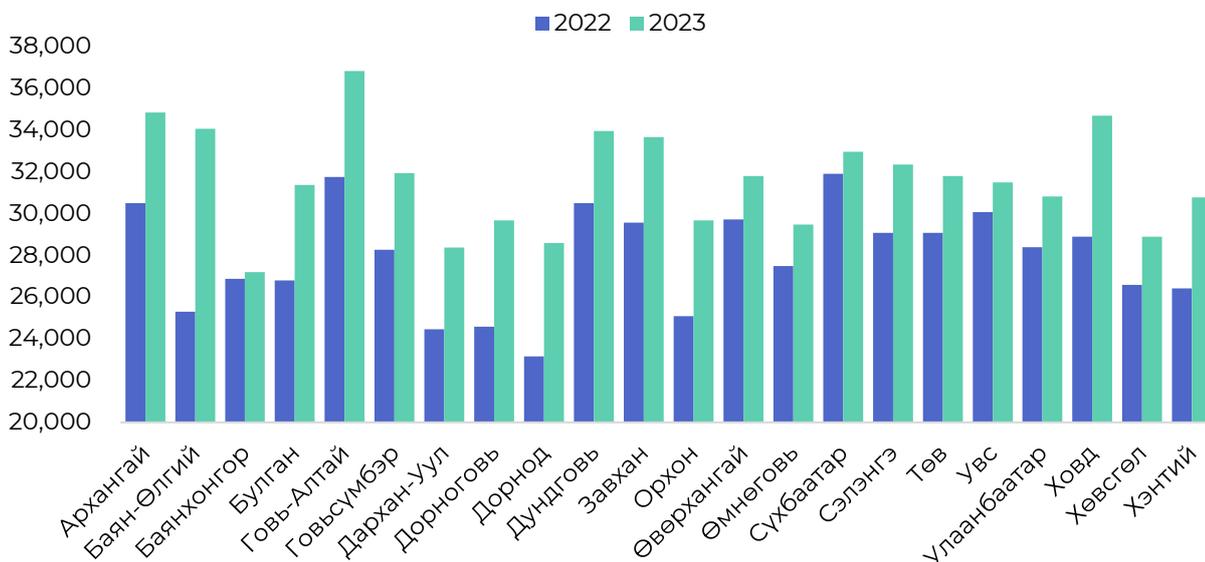
Зураг 103. Амбулаторийн тусламж, үйлчилгээний дундаж зардал (насны бүлгээр)



Зураг 104. Амбулаторийн тусламж, үйлчилгээний тохиолдлын давтамж /байршлаар/



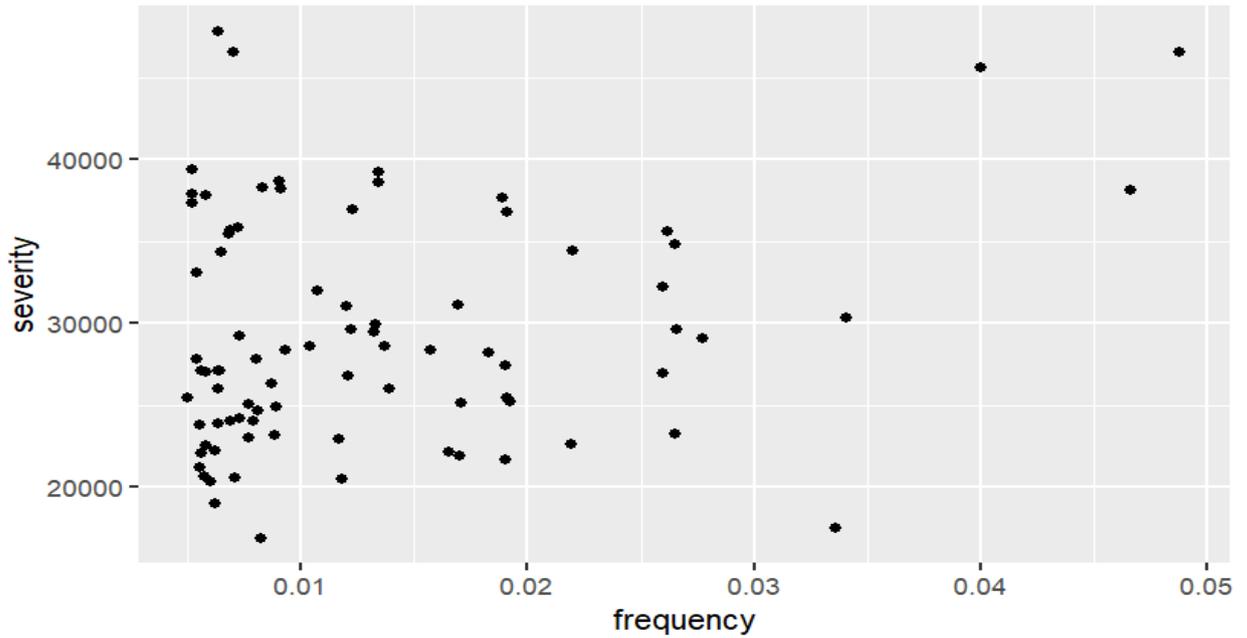
Зураг 105. Амбулаторийн тусламж, үйлчилгээний дундаж зардал /байршлаар/



Амбулаторийн тусламж, үйлчилгээний тохиолдлын давтамж нь наснаас хамаарсан магадлалаа хадгалан 2022-2023 онд жигд өсөлтийг үзүүлсэн ба үүний шалтгаан нь хууль эрх зүйн хүрээний өөрчлөлт, сангийн удирдлага, өвчний трендтэй шууд холбоотой байх магадлалтай.

Амбулаторийн тусламж, үйлчилгээний хувьд тохиолдох магадлал нь 0.5 хувиас дээш байдаг 88 өвчин байдаг ба эдгээр өвчнүүдийг хоорондоо үл хамаарах тохиолдлын давтамж болон дундаж зардал гэсэн 2 тэнхлэгт тархаахад дараах дүгнэлтүүдийг хийх боломжтой. Тухайлбал, хавтгайн зүүн доод хэсэгт байгаа өвчнүүдийг давтамж багатай, дундаж зардал багатай гэж үзэн лавлагаа шатны тусламж, үйлчилгээнээс хасах, зүүн дээд хэсэгт орших буюу давтамж багатай, дундаж зардал ихтэй өвчнүүдийг нарийвчлан судлах, баруун доод хэсэгт орших давтамж ихтэй, дундаж зардал багатай өвчнүүд дээр даатгалын багцаа нэмэх, баруун дээд хэсэгт орших давтамж ихтэй, дундаж зардал ихтэй бүтээгдэхүүнүүдийг нарийвчлан судлах шаардлагатай.

Зураг 106. Амбулаторийн өвчлөлийн дундаж зардал болон тохиолдлын давтамжийн хамаарал

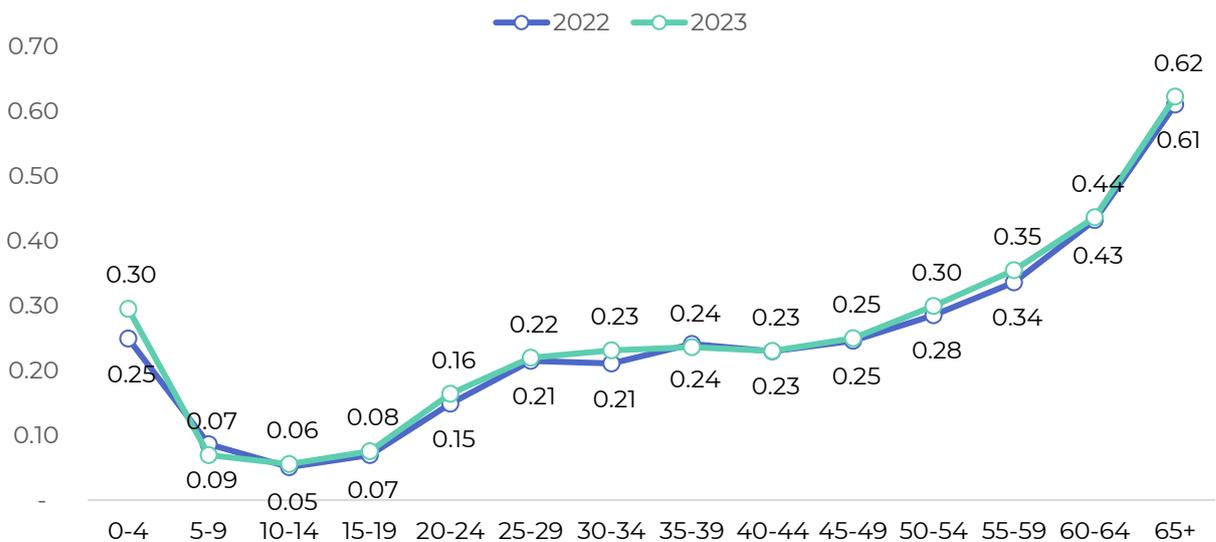


Амбулаторийн тусламж, үйлчилгээний дийлэнх хувийг мэс заслын дараах бусад тусламж, үйлчилгээ, өвчний зовуурьгүй, оношгүй хүмүүсийн бусад тусгай үзлэг, шинжилгээ, шүд цоорох, сувганцрын завсрын эдийн архаг нефрит, шүдний зөөлц ба сурвалжийн орой тойрны эдийн өвчин зэрэг эзэлж байна.

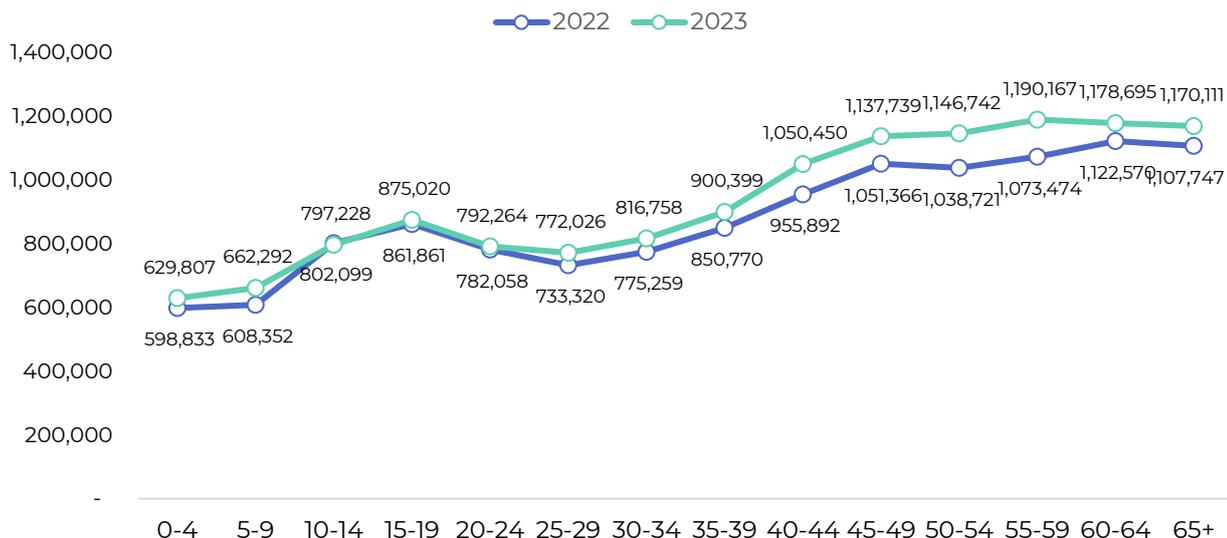
**Хэвтэн эмчлэх тусламж, үйлчилгээ**

2022-2023 онд хэвтэн эмчлэх тусламж, үйлчилгээний нийт зардал 69.3 тэрбум төгрөгөөр өссөн ба нийт тохиолдлын тоо 5 хувиар, нэг үйлчилгээнд ногдох дундаж зардал 6 хувиар өссөн байна. Актуар загварчлалд хэвтэн эмчлэх тусламж, үйлчилгээний нийт тохиолдлын тооны 90 хувийг эзэлдэг 216 өвчин тус бүр дээр зардлын таамаглалыг гаргасан. Түгээмэл тохиолдох өвчлөл дотроос 165 өвчин дээр тохиолдлын давтамж өссөн бол 138 өвчин дээр нэг тохиолдолд ногдох дундаж зардал өссөн байна.

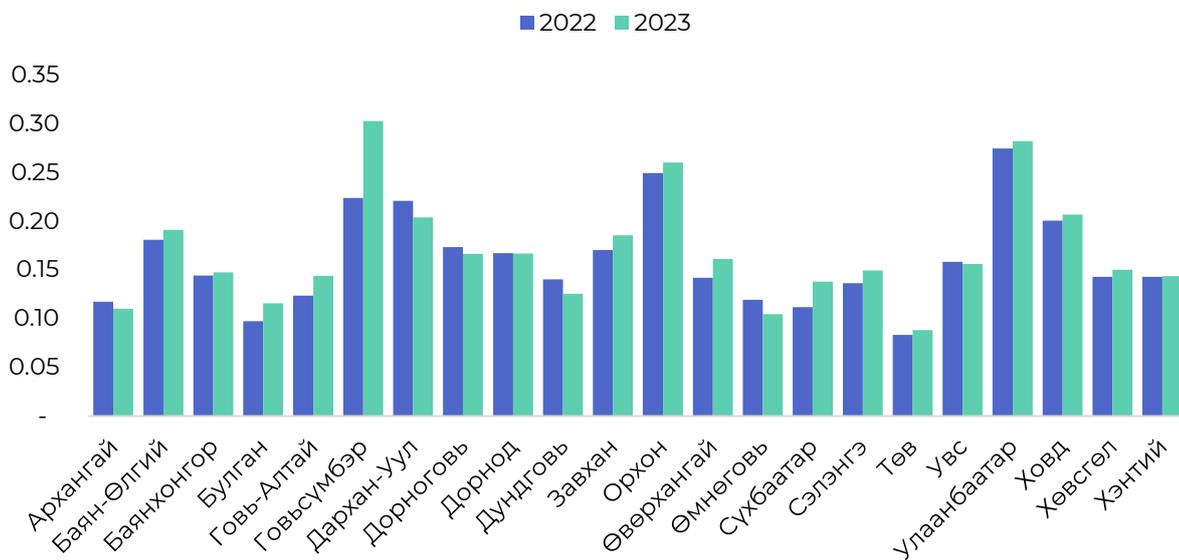
Зураг 107. Хэвтэн эмчлэх тусламж, үйлчилгээний тохиолдлын давтамж, насны бүлгээр



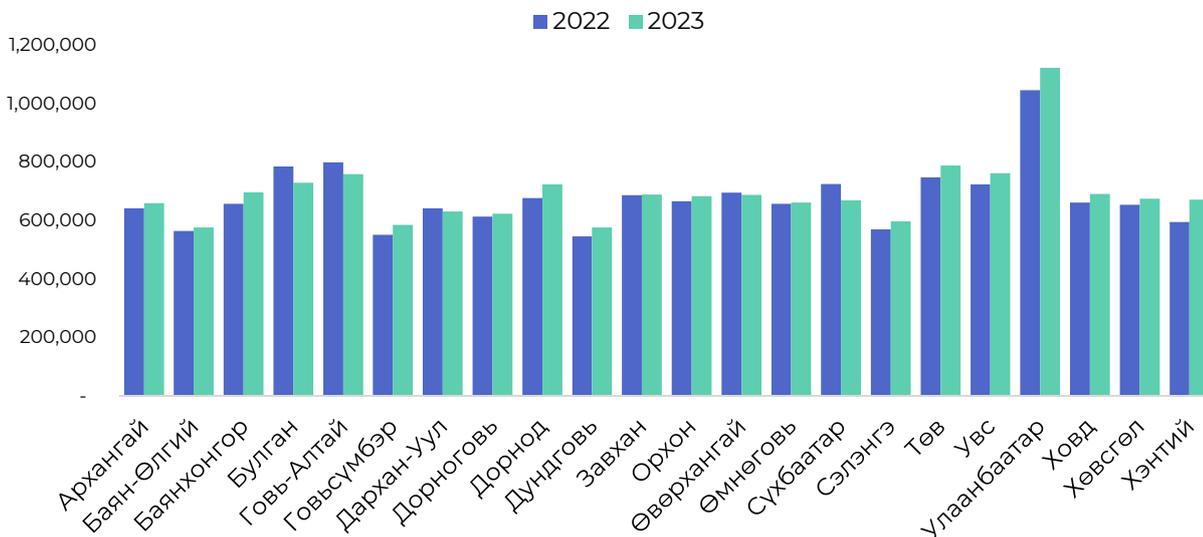
Зураг 108. Хэвтэн эмчлэх тусламж, үйлчилгээний дундаж зардал, насны бүлгээр



Зураг 109. Хэвтэн эмчлэх тусламж, үйлчилгээний тохиолдлын давтамж, байршлаар



Зураг 110. Хэвтэн эмчлэх тусламж, үйлчилгээний дундаж зардал, байршлаар

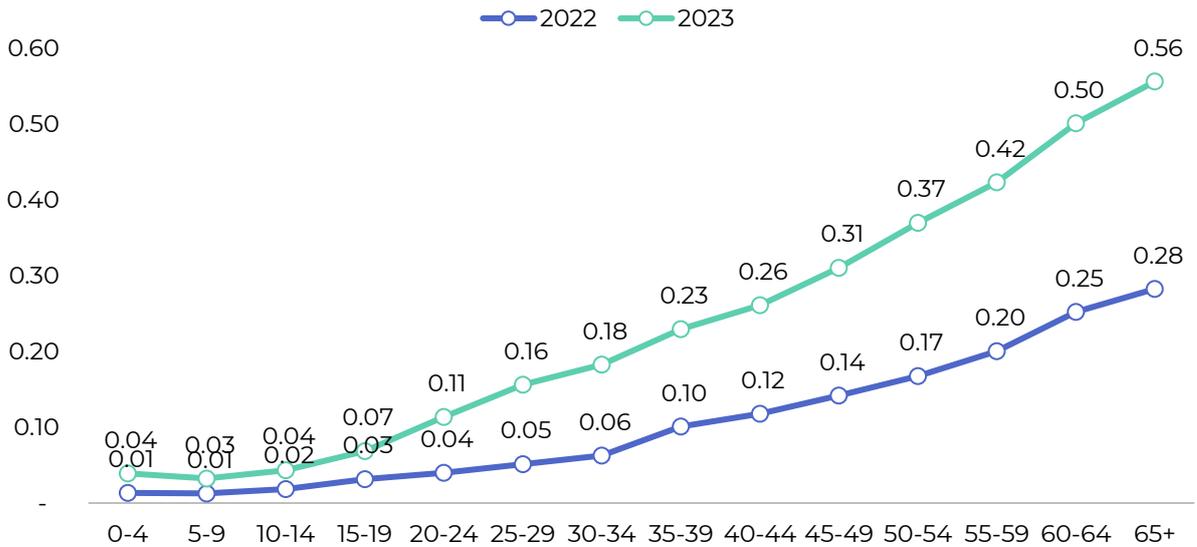


Хэвтэн эмчлэх тусламж, үйлчилгээний дийлэнх хувийг үүсгэгч нь тодорхойгүй пневмони, нэг ургийн хэвийн төрлөг, кесар хагалгаагаар нэг ургийг төрүүлэх, сувганцрын завсрын эдийн архаг нефрит, цочмог бронхит эзэлж байна.

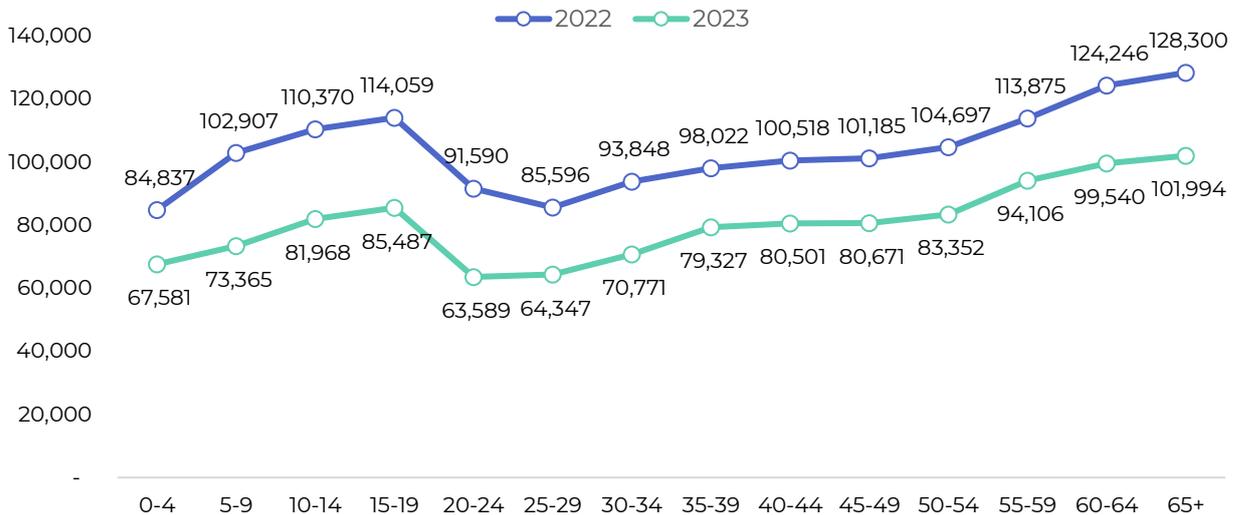
**Өндөр өртөгтэй оношилгоо шинжилгээ**

2022-2023 онд өндөр өртөгтэй оношилгоо шинжилгээний нийт зардал 22.5 тэрбум төгрөгөөр өссөн ба нийт тохиолдлын тоо 127 хувиар өссөн бол, нэг шинжилгээнд ногдох дундаж зардал 22 хувиар буурсан байна. Актуар загварчлалд өндөр өртөгтэй оношилгоо шинжилгээний нийт тохиолдлын тооны 90 хувийг эзэлдэг 153 өвчин тус бүр дээр зардлын таамаглалыг гаргасан. Түгээмэл тохиолдох өвчлөлүүд дотроос 141 өвчин дээр тохиолдлын давтамж өссөн бол 50 өвчин дээр нэг тохиолдолд ногдох дундаж зардал өссөн байна.

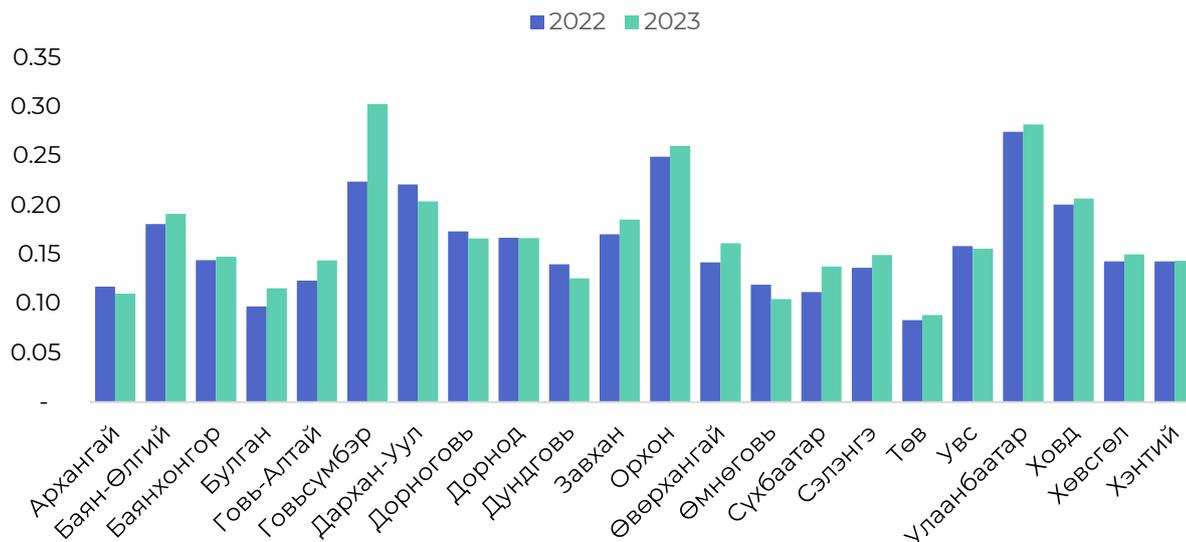
Зураг 111. Өндөр өртөгтэй оношилгоо шинжилгээний тохиолдлын давтамж, насны бүлгээр



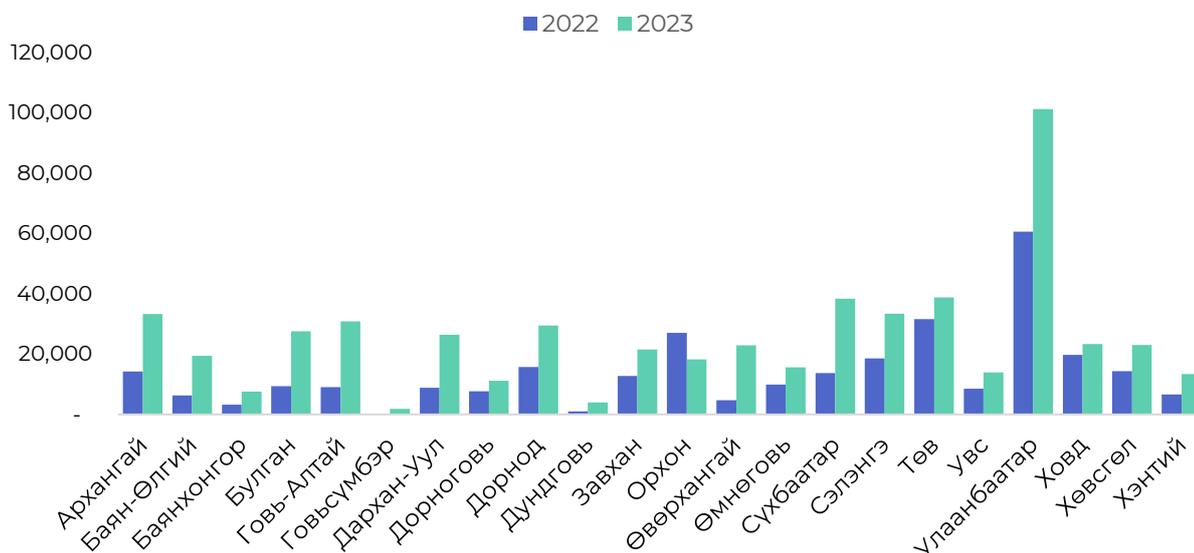
Зураг 112. Өндөр өртөгтэй оношилгоо шинжилгээний дундаж зардал, насны бүлгээр



Зураг 113. Өндөр өртөгтэй оношилгоо шинжилгээний тохиолдлын давтамж, байршлаар



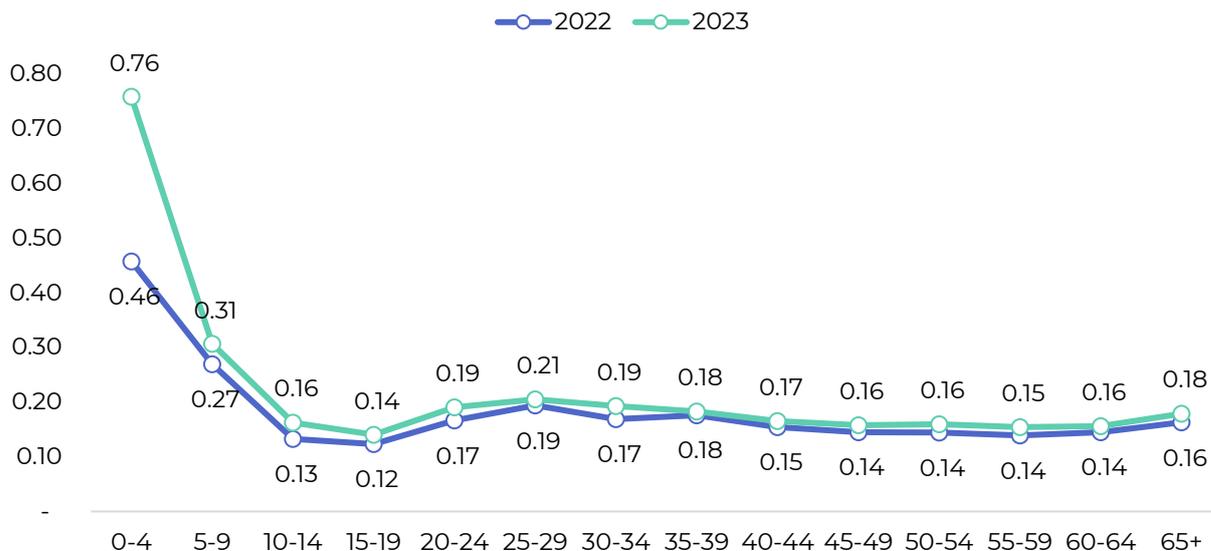
Зураг 114. Өндөр өртөгтэй оношилгоо шинжилгээний дундаж зардал, байршлаар



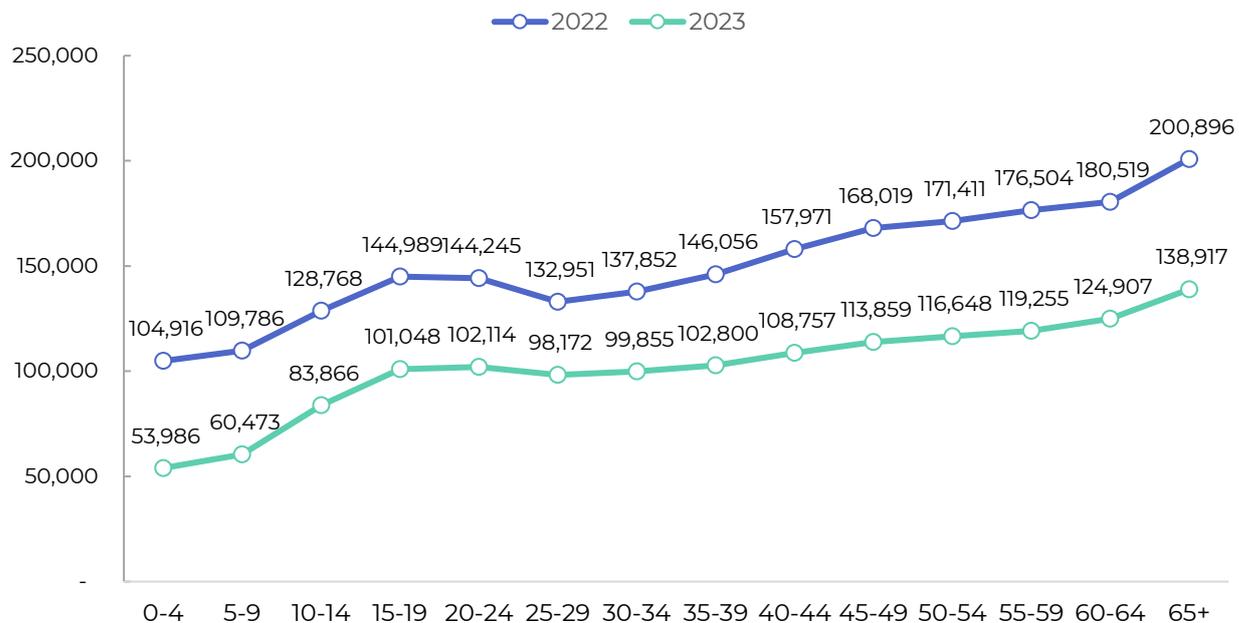
**Яаралтай тусламж**

Яаралтай тусламжийн нийт зардал 2022-2023 онд 19.7 тэрбум төгрөгөөр буурсан ба нийт тохиолдлын тоо 25 хувиар өссөн бол, нэг тохиолдолд ногдох дундаж зардал 38 хувиар буурсан байна. Актуар загварчлалд яаралтай тусламжийн нийт тохиолдлын тооны 90 хувийг эзэлдэг 50 өвчин тус бүр дээр зардлын таамаглалыг гаргасан. Түгээмэл тохиолдох өвчлөлүүд дотроос 36 өвчин дээр тохиолдлын давтамж өссөн бол 50 өвчин дээр нэг тохиолдолд ногдох дундаж зардал буурсан байна.

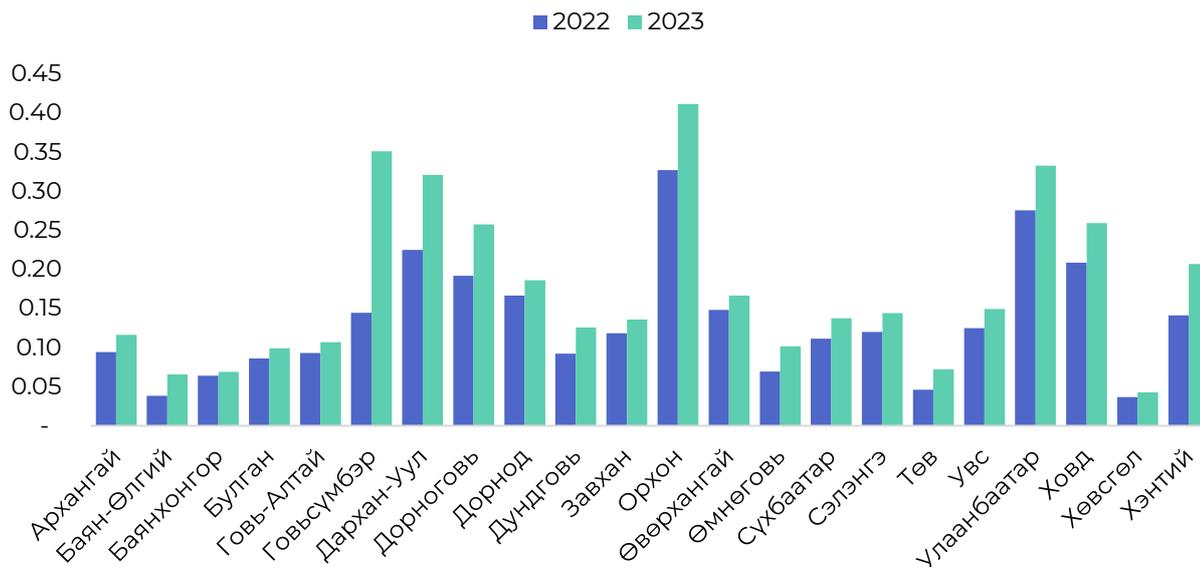
Зураг 115. Яаралтай тусламжийн тохиолдлын давтамж, насны бүлгээр



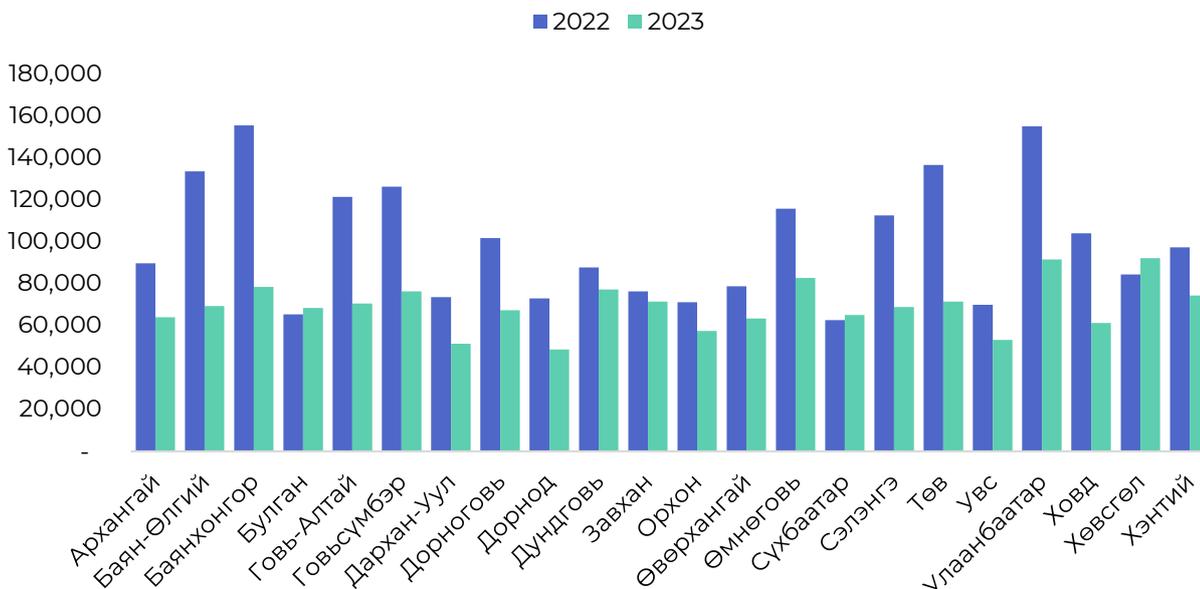
Зураг 116. Яаралтай тусламжийн дундаж зардал, насны бүлгээр



Зураг 117. Яаралтай тусламжийн тохиолдлын давтамж, байршлаар



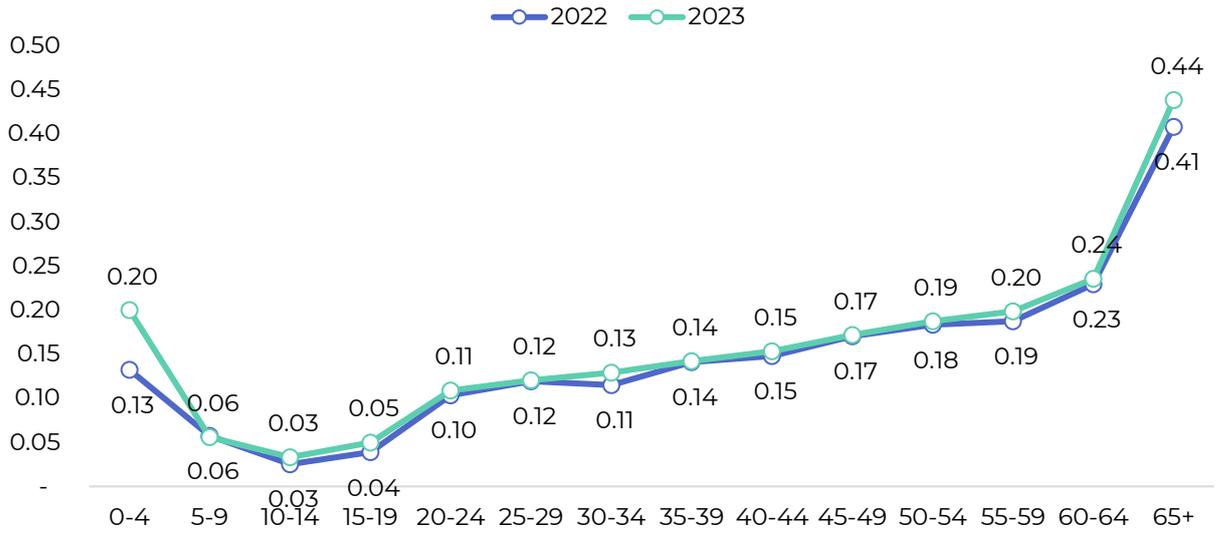
Зураг 118. Яаралтай тусламжийн дундаж зардал, байршлаар



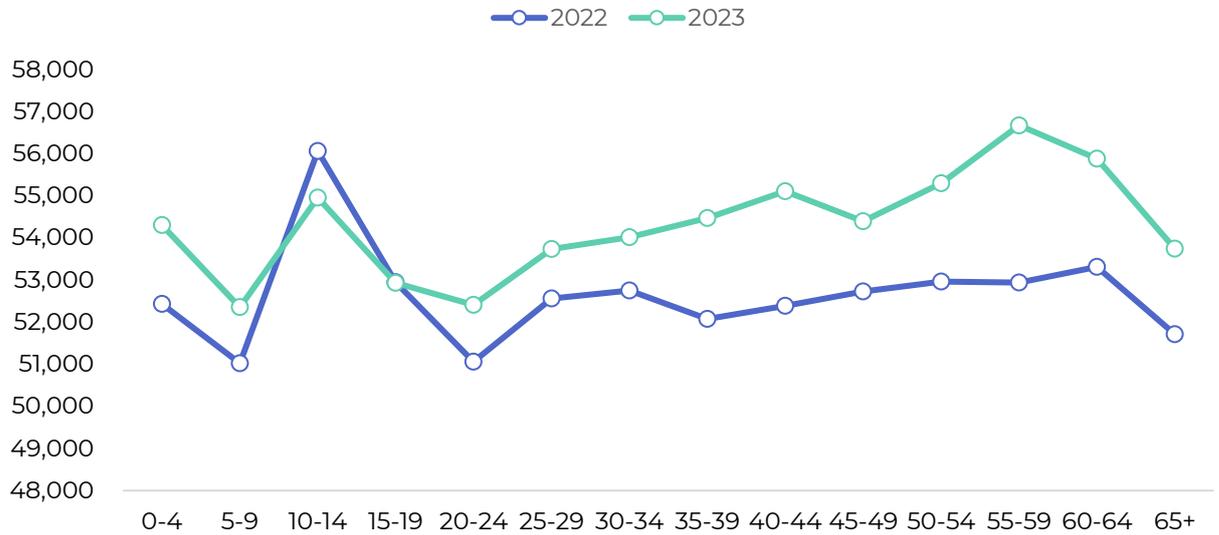
**Түргэн тусламж**

Түргэн тусламжийн нийт зардал 2022-2023 онд 3.0 тэрбум төгрөгөөр өссөн ба нийт тохиолдлын тоо 8 хувиар өссөн бол, нэг тохиолдолд ногдох дундаж зардал 4 хувиар өссөн байна. Актуар загварчлалд түргэн тусламжийн зайнаас хамаарсан 5 төрөл тус бүр дээр зардлын таамаглалыг гаргасан ба 25-70 км хүртэлх ойрын дуудлагаас бусад тохиолдолд давтамж өссөн бол бүх төрөлд дундаж зардал өссөн байна.

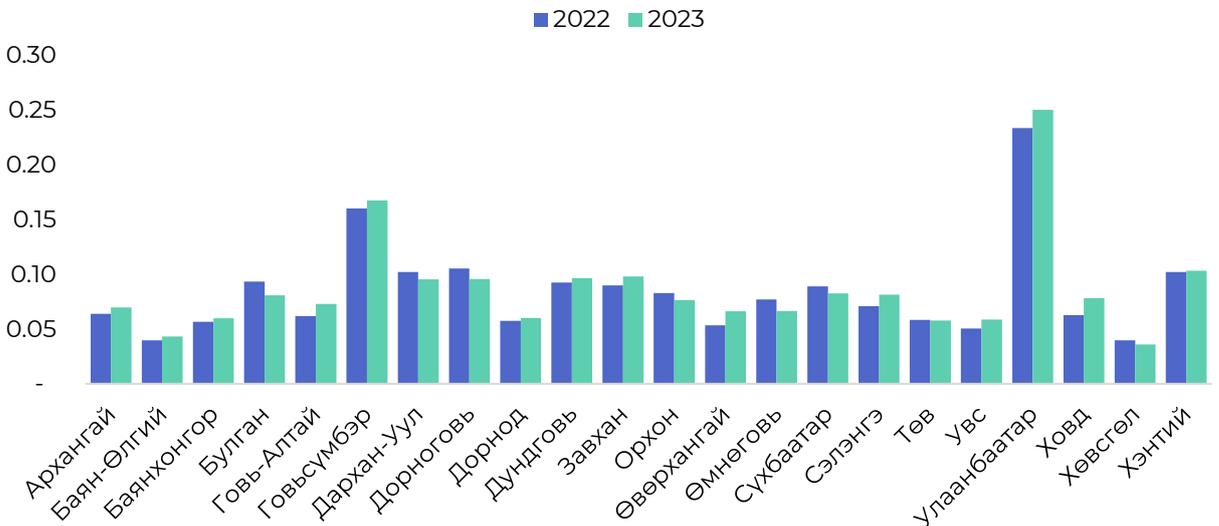
Зураг 119. Түргэн тусламжийн тохиолдлын давтамж, насны бүлгээр



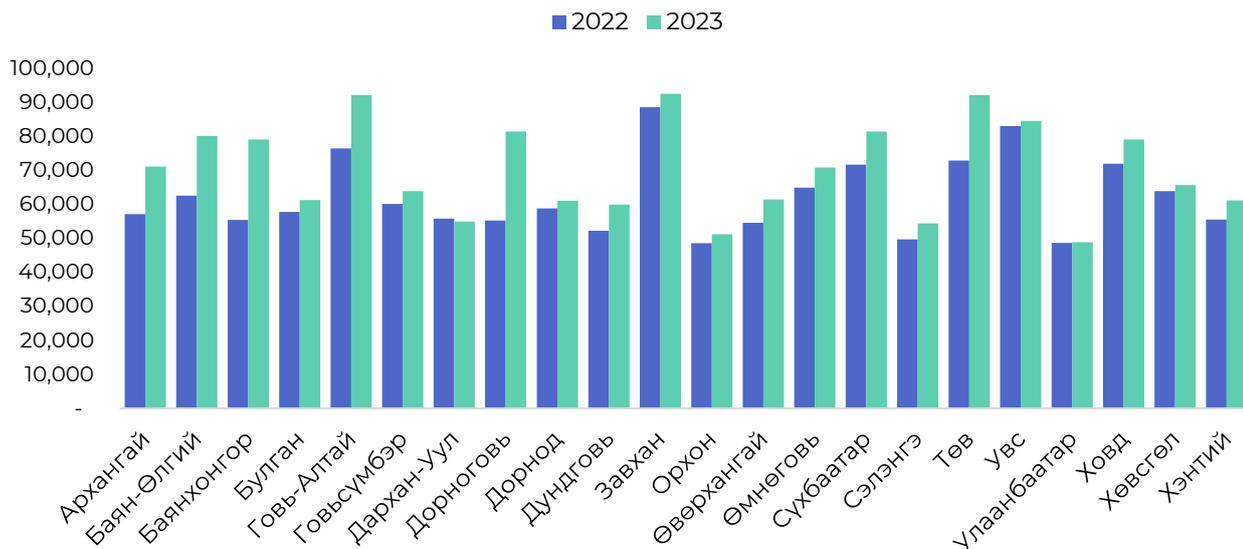
Зураг 120. Түргэн тусламжийн дундаж зардал /насны бүлгээр/



Зураг 121. Түргэн тусламжийн тохиолдлын давтамж /байршлаар/



Зураг 122. Түргэн тусламжийн дундаж зардал /байршлаар/



Лавлагаа шатны бусад 6 төрлийн тусламж, үйлчилгээнд нийт зардал 2022-2023 онд 70.0 тэрбум төгрөгөөр өссөн ба уламжлалт анагаах ухааны тусламж, үйлчилгээ 20.7 тэрбум төгрөг, сэргээн засах тусламж, үйлчилгээ 25.8 тэрбум төгрөг, өдрийн эмчилгээ 16.2 тэрбум төгрөгөөр өссөн нь хамгийн өндөр өсөлтүүдийг үзүүлсэн байна.

Актуар загварчлалд уламжлалт анагаах ухааны тусламж, үйлчилгээ болон сэргээн засах тусламж, үйлчилгээнүүд дээр дараах 3 төрөл тус бүр дээр зардлыг таамагласан:

- Амбулаторийн тусламж, үйлчилгээ;
- Хэвтэн эмчлэх тусламж, үйлчилгээ;
- Өдрийн эмчилгээ.

Өдрийн эмчилгээнд дараах 4 төрөл тус бүр дээр зардлыг таамагласан:

- Өдрийн мэс засал;
- Өдрийн эмийн эмчилгээ;
- Хорт хавдрын туяаны өдрийн эмчилгээ;
- Хорт хавдрын химийн өдрийн эмчилгээ

### 2.2.3.3 Актуар загварчлал, үр дүн

#### Актуар төсөөллүүд

Дээр дурдагдсан эх сурвалжуудаас авсан мэдээллүүд дээр үндэслэн эрүүл мэндийн даатгалын сангийн ирээдүйд орлого болон зардлын төлөвлөгөөг гаргахын тулд актуар төсөөллүүдийг таамаглан гаргасан. Тухайлбал, сангийн орлого талд нөлөөлөх дундаж цалин, хөдөлмөрийн хөлсний доод хэмжээ, хүн ам зүйн бүтэц, хамрагдалтын хувь, болон инфляцын өсөлт зэрэг төсөөллүүдийг гаргасан ба тэдгээрийн нөлөөллийг үнэлсэн. Сангийн зардалд нөлөөлөх тусламж, үйлчилгээний төрөл бүрд өвчний суурь тохиолдлын давтамж, дундаж зардал болон трендүүдийг тодорхойлж нөлөөллүүдийг үнэлсэн.

Хүснэгт 44. Орлогын төсөөллүүдийн нөлөө

	Суурь	Өөрчлөлт	Шимтгэлийн орлогын өөрчлөлт	Зардлын өөрчлөлт
Дундаж цалин	1,835,063	10%	6.8%	1.6%
Цалингийн өсөлт	9.5%	10%	0.6%	0.3%
ХХДХ	660,000	10%	3.2%	0.8%
ХХДХ -ийн дундаж өсөлт	12.1%	10%	0.4%	0.2%
ЭМД-д хамрагдалтын хувь	95.0%	10%	1.1%	0.9%

Дундаж цалин 10 хувь өсөхөд сангийн шимтгэлийн орлого 6.8 хувь өсөх ба цалингийн өсөлттэй уялдсан инфляцын өөрчлөлтийн улмаас сангийн зардал 1.6 хувиар өсөхөөр байна. Мөн зардал талын төсөөллүүдийн хувьд амбулаторийн тусламж, үйлчилгээнд өвчний тохиолдлын давтамжийн тренд 10 хувь өсөхөд сангийн нийт зардал 0.30 хувиар, сангийн дундаж зардлын тренд 10 хувь өсөхөд сангийн нийт зардал 0.38 хувиар өсөхөөр нөлөө үзүүлж байна.

Хүснэгт 45. Зардлын төсөөллүүдийн нөлөө

	Давтамжийн тренд	Дундаж зардлын өсөлт
<b>Лавлагаа шат</b>		
Амбулатори	0.30%	0.38%
Хэвтүүлэн эмчлэх тусламж, үйлчилгээ	0.34%	0.67%
Өндөр өртөгтэй оношилгоо, шинжилгээ	0.08%	0.03%
Түргэн тусламж	0.03%	0.00%
Яаралтай тусламж	0.23%	0.05%
Уламжлалт анагаах ухааны тусламж, үйлчилгээ	0.01%	0.00%
Сэргээн засах тусламж, үйлчилгээ	0.01%	0.02%
Диализын тусламж, үйлчилгээ (Насны бүлгээр)	0.04%	0.02%
Өдрийн эмчилгээ	0.18%	0.05%
Хөнгөвчлөх тусламж, үйлчилгээ	0.01%	0.01%
Телемедициний тусламж, үйлчилгээ	0.00%	0.00%
<b>Анхан шат</b>		
Өрх	0.02%	0.04%
Сум	0.07%	0.07%
<b>Урьдчилан сэргийлэх</b>	0.05%	0.05%
<b>Эмийн үнийн хөнгөлөлт</b>	0.10%	0.10%

### Үр дүн

Сангийн үйл ажиллагааг загварчлахдаа орлого болон зардал хэсгүүдэд хувааж тооцоолсон ба орлогын таамаглалыг хийхдээ хүн ам зүйн бүтэц, даатгуулагчийн төрлийн нас болон хүйсийн тархалт, дундаж цалин, инфляц гэх мэт 14 төрлийн таамаглал ашигласан бол зардлын хэсгийг тооцоолоход тусламж, үйлчилгээний төрөл доторх түгээмэл тохиолддог буюу нийт тохиолдлын 90 хувиас доошгүй хувийг эзэлдэг өвчний ангилал тус бүр дээр тухайн өвчний тренд болон дундаж зардлын өөрчлөлтийн нөлөөллийг оруулж тооцоолол хийсэн. Тухайлбал, амбулаторийн тусламж, үйлчилгээний 241, хэвтүүлэн эмчлүүлэх тусламж, үйлчилгээний 217, өндөр өртөгтэй оношилгоо шинжилгээний 151, яаралтай тусламжийн 51 өвчин тус бүр дээр 2024-2026 оны хүлээгдэж буй нийт зардлын хэмжээний таамаглалыг гаргасан. Анхан шатны эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний хувьд 312 сум тус бүр дээрх зардлын тооцооллыг хийсэн.

Хүснэгт 46. Сангийн зардлын үр дүн

Тусламж, үйлчилгээний төрөл	Зардлын таамаглал	Төрөл
<b>Лавлагаа шат</b>		
Амбулаторийн тусламж, үйлчилгээ	ICD 10 code	241
Хэвтэн эмчлэх тусламж, үйлчилгээ	ICD 10 code	217
Өндөр өртөгтэй оношилгоо, шинжилгээ	ICD 10 code	151
Түргэн тусламж	Дуудлагын зай	5
Яаралтай тусламж	ICD 10 code	51
Уламжлалт анагаах ухааны тусламж, үйлчилгээ	Тусламж, үйлчилгээний төрөл	3
Сэргээн засах тусламж, үйлчилгээ	Тусламж, үйлчилгээний төрөл	3
Диализын тусламж, үйлчилгээ	Насны бүлэг	12
Өдрийн эмчилгээ	Эмчилгээний төрөл	4

Хөнгөвчлөх тусламж, үйлчилгээ	Нийт	1
Телемедициний тусламж, үйлчилгээ	Нийт	1
<b>Анхан шат</b>		
Өрх	Аймаг (сум)	34
Сум	Сум	312
Урьдчилан сэргийлэх үзлэг	Насны бүлэг	4
Эмийн үнийн хөнгөлөлт	Өвчний төрөл	42

Үүний үр дүнд доорх 3 хувилбараар үр дүн гарсан ба эхний хувилбар нь өвчний тренд, зардал болон инфляц өндөр байх үед, хоёрдох хувилбар нь одоогийн нөхцөл байдал хэвээрээ үргэлжлэх тохиолдол бол гуравдах хувилбар нь өвчний тренд, дундаж зардал болон инфляцын түвшин бага байх гэсэн тохиолдлуудыг ашигласан.

Тухайлбал,

- Инфляцын жилийн өсөлт өмнөх оны мөн үеэс 10 хувь, үүнтэй уялдан цалингийн дундаж өсөлт болон хөдөлмөрийн хөлсний доод хэмжээ, нэг тохиолдлын дундаж зардал болон эмийн үнэ дунджаар 8-15 хувийн өсөлттэй. Өвчний тренд болон бусад тусламж, үйлчилгээ авах магадлал жил бүр өнгөрсөн оны мөн үетэй харьцуулахад 5-10 хувиар өссөн. Хүн амын бүтэц сүүлийн 5 жилийн трендээ хадгалсан, даатгуулагчийн нас хүйсийн тархалт сүүлийн 3 жилийн дунджаар гэж үзвэл эрүүл мэндийн даатгалын сангийн нийт зардал 2024 онд 2.04 их наяд, 2025 онд 2.33 их наяд, 2026 онд 2.66 их наяд байхаар гарсан.
- Инфляцын жилийн өсөлт өмнөх оны мөн үеэс 5 хувь, үүнтэй уялдан цалингийн дундаж өсөлт болон хөдөлмөрийн хөлсний доод хэмжээ, нэг тохиолдлын дундаж зардал болон эмийн үнэ дунджаар 4-10 хувийн өсөлттэй. Өвчний тренд болон бусад тусламж, үйлчилгээ авах магадлал жил бүр өнгөрсөн оны мөн үетэй харьцуулахад 3-5 хувиар өссөн. Хүн амын бүтэц сүүлийн 5 жилийн трендээ хадгалсан, даатгуулагчийн нас хүйсийн тархалт сүүлийн 3 жилийн дунджаар гэж үзвэл эрүүл мэндийн даатгалын сангийн нийт зардал 2024 онд 1.97 их наяд, 2025 онд 2.15 их наяд, 2.36 их наяд байхаар гарсан.
- Инфляцын жилийн өсөлт тогтмол, үүнтэй уялдан цалингийн дундаж өсөлт болон хөдөлмөрийн хөлсний доод хэмжээ, нэг тохиолдлын дундаж зардал болон эмийн үнийн өөрчлөлт тогтмол 5 хувийн өсөлттэй. Өвчний тренд болон бусад тусламж, үйлчилгээ авах магадлал жил бүр өнгөрсөн оны мөн үетэй харьцуулахад өсөөгүй. Энэ тохиолдолд нийт эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний тоо хүн амын өсөлтөө дагаж өснө гэж үзвэл эрүүл мэндийн даатгалын сангийн нийт зардал 2024 онд 1.86 их наяд, 2025 онд 1.92 их наяд, 1.98 их наяд байхаар гарсан.

Энд төр төлбөрийг нь хариуцах эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний зардлыг эрүүл мэндийн байгууллагаар дамжуулан санхүүжүүлэхэд улсын төсвөөс олгох хөрөнгийн хэмжээг тооцоонд оруулаагүй. Учир нь төр сангийн зардлын ачааллыг төр даатгалыг нь хариуцах иргэдэд улсын төсвөөс төлсөн шимтгэл, эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний зардлыг төрөөс олгох санхүүжилт, сангийн алдагдал гэсэн 3 үндсэн төрлөөр хувааж үүрч байгаа юм.

Хүснэгт 47. Эрсдэлтэй хувилбарын үр дүн, сая төгрөг

	2024	2025	2026
<b>1. Орлогын төрөл</b>			
1.1 Даатгуулагчийн/Ажил олгогчийн төлсөн ЭМД -ын шимтгэл	926,475	1,046,934	1,184,071
1.2 Төр даатгалыг нь хариуцах иргэдэд улсын төсвөөс төлсөн шимтгэл	791,680	916,263	1,058,825
1.3 Бусад даатгуулагчаас төлөх шимтгэл	28,835	33,800	39,621
1.4 Төр төлбөрийг нь хариуцах ЭМ -ийн тусламж, үйлчилгээний зардлыг эрүүл мэндийн байгууллагаар дамжуулан санхүүжүүлэхэд улсын төсвөөс олгох хөрөнгө	-	-	-
1.5 Бусад орлого	2,073	2,280	2,508
<b>Нийт орлогын эх үүсвэрийн дүн</b>	<b>1,749,064</b>	<b>1,999,278</b>	<b>2,285,025</b>

<b>2. Зарлагын төрөл</b>			
2.1 Лавлагаа шатны тусламж, үйлчилгээ	1,456,790	1,648,122	1,872,230
2.2 Анхан шатны тусламж, үйлчилгээ	403,468	453,342	510,354
2.2.1 Нэг иргэний санхүүжилт	302,416	332,658	365,924
2.2.2 Өрх, сумын эмнэлгийн санхүүжилт	101,052	120,684	144,431
2.3 Эмийн үнийн хөнгөлөлтөд олгох зардал	114,674	142,435	176,792
2.4 Урьдчилан сэргийлэх үзлэг	56,585	70,357	87,457
2.5 ЭМ -ийн тусламж, үйлчилгээний чанар, үр дүнг харгалзан даатгалын гэрээтэй ЭМ-ийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллагад олгох урамшууллын зардал	-	-	-
2.6 ЭМД -ын байгууллага болон үндэсний зөвлөлийн үйл ажиллагааны зардал	11,314	12,446	13,690
2.7 Нийгмийн даатгалын байгууллагад олгох орлого цуглуулах үйл ажиллагааны зардал	-	-	-
2.8 Бусад	345	380	418
<b>Нийт зарлагын дүн</b>	<b>2,043,176</b>	<b>2,327,082</b>	<b>2,660,941</b>
3. Ашиг, алдагдал			
<b>Сангийн тэнцэл</b>	<b>(294,112)</b>	<b>(327,804)</b>	<b>(375,916)</b>

Хүснэгт 48. Дундаж хувилбарын үр дүн, сая төгрөг

	2024	2025	2026
<b>1. Орлогын төрөл</b>			
1.1 Даатгуулагчийн/Ажил олгогчийн төлсөн ЭМД -ын шимтгэл	884,363	990,802	1,111,006
1.2 Төр даатгалыг нь хариуцах иргэдэд улсын төсвөөс төлсөн шимтгэл	791,680	916,263	1,058,825
1.3 Бусад даатгуулагчаас төлөх шимтгэл	28,835	33,442	38,787
1.4 Төр төлбөрийг нь хариуцах ЭМ -ийн тусламж, үйлчилгээний зардлыг эрүүл мэндийн байгууллагаар дамжуулан санхүүжүүлэхэд улсын төсвөөс олгох хөрөнгө	-	-	-
1.5 Бусад орлого	2,073	2,280	2,508
<b>Нийт орлогын эх үүсвэрийн дүн</b>	<b>1,706,951</b>	<b>1,942,788</b>	<b>2,211,126</b>
<b>2. Зарлагын төрөл</b>			
2.1 Лавлагаа шатны тусламж, үйлчилгээ	1,404,964	1,528,837	1,665,941
2.2 Анхан шатны тусламж, үйлчилгээ	395,832	435,679	479,662
2.2.1 Нэг иргэний санхүүжилт	302,416	332,658	365,924
2.2.2 Өрх, сумын эмнэлгийн санхүүжилт	93,415	103,020	113,738
2.3 Эмийн үнийн хөнгөлөлтөд олгох зардал	104,486	118,251	133,734
2.4 Урьдчилан сэргийлэх үзлэг	51,557	58,411	66,156
2.5 ЭМ -ийн тусламж, үйлчилгээний чанар, үр дүнг харгалзан даатгалын гэрээтэй ЭМ-ийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллагад олгох урамшууллын зардал	-	-	-
2.6 ЭМД -ын байгууллага болон үндэсний зөвлөлийн үйл ажиллагааны зардал	11,314	12,446	13,690
2.7 Нийгмийн даатгалын байгууллагад олгох орлого цуглуулах үйл ажиллагааны зардал	-	-	-
2.8 Бусад	345	380	418
<b>Нийт зарлагын дүн</b>	<b>1,968,499</b>	<b>2,154,003</b>	<b>2,359,602</b>
3. Ашиг, алдагдал			
<b>Сангийн тэнцэл</b>	<b>(261,548)</b>	<b>(211,215)</b>	<b>(148,476)</b>

Хүснэгт 49. Эрсдэл багатай хувилбарын үр дүн, сая төгрөг

	2024	2025	2026
<b>1. Орлогын төрөл</b>			
1.1 Даатгуулагчийн/Ажил олгогчийн төлсөн ЭМД -ын шимтгэл	842,250	939,553	1,048,996
1.2 Төр даатгалыг нь хариуцах иргэдэд улсын төсвөөс төлсөн шимтгэл	791,680	916,263	1,058,825
1.3 Бусад даатгуулагчаас төлөх шимтгэл	28,835	33,263	38,373

1.4 Төр төлбөрийг нь хариуцах ЭМ -ийн тусламж, үйлчилгээний зардлыг эрүүл мэндийн байгууллагаар дамжуулан санхүүжүүлэхэд улсын төсвөөс олгох хөрөнгө	-	-	-
1.5 Бусад орлого	2,073	2,280	2,508
<b>Нийт орлогын эх үүсвэрийн дүн</b>	<b>1,664,839</b>	<b>1,891,360</b>	<b>2,148,703</b>
<b>2. Зарлагын төрөл</b>			
2.1 Лавлагаа шатны тусламж, үйлчилгээ	1,316,051	1,339,757	1,364,156
2.2 Анхан шатны тусламж, үйлчилгээ	387,861	418,794	452,804
2.2.1 Нэг иргэний санхүүжилт	302,416	332,658	365,924
2.2.2 Өрх, сумын эмнэлгийн санхүүжилт	85,445	86,136	86,880
2.3 Эмийн үнийн хөнгөлөлтөд олгох зардал	94,772	97,285	99,795
2.4 Урьдчилан сэргийлэх үзлэг	46,764	48,055	49,367
2.5 ЭМ -ийн тусламж, үйлчилгээний чанар, үр дүнг харгалзан даатгалын гэрээтэй ЭМ-ийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллагад олгох урамшууллын зардал	-	-	-
2.6 ЭМД -ын байгууллага болон үндэсний зөвлөлийн үйл ажиллагааны зардал	11,314	12,446	13,690
2.7 Нийгмийн даатгалын байгууллагад олгох орлого цуглуулах үйл ажиллагааны зардал	-	-	-
2.8 Бусад	345	380	418
<b>Нийт зарлагын дүн</b>	<b>1,857,108</b>	<b>1,916,716</b>	<b>1,980,231</b>
<b>3. Ашиг, алдагдал</b>			
<b>Сангийн тэнцэл</b>	<b>(192,269)</b>	<b>(25,357)</b>	<b>168,472</b>

Хүснэгт 50. Үр дүнгийн хувилбарууд, тэрбум төгрөг

	Он	Даатгуулагчийн төлөх шимтгэл	ЭМДС-ийн нийт зардал	Төр хариуцах хэсэг
<b>Хувилбар 1</b>	2024	955.3	2043.2	1085.8
	2025	1080.7	2327.1	1244.1
	2026	1223.7	2660.9	1434.7
<b>Хувилбар 2</b>	2024	913.2	1968.5	1053.2
	2025	1024.2	2154	1127.5
	2026	1149.8	2359.6	1207.3
<b>Хувилбар 3</b>	2024	871.1	1857.1	983.9
	2025	972.8	1916.7	941.6
	2026	1087.4	1980.2	890.4

### Хүчин зүйлсийн шинжилгээ

Эрүүл мэндийн даатгалын санд дараах хүчин зүйлс нөлөө үзүүлнэ. Үүнд:

- Эдийн засгийн нөхцөл байдал;
- Хүн ам зүйн бүтэц;
- Өвчний тренд;
- Даатгуулагч болон эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллагын ажилчдын зан төлөв;
- Цар тахал;
- Хууль эрх зүйн хүрээний өөрчлөлт
- Сангийн менежмент.

Эдгээрээс актуар загварчлалд эдийн засгийн нөхцөл байдал, хүн ам зүйн бүтэц, өвчний тренд гэсэн хүчин зүйлсийг оруулсан. Харин оролцогч талуудын зан төлөв, цар тахал, хууль эрх зүйн хүрээний өөрчлөлт, сангийн менежмент зэрэг хүчин зүйлсийн нөлөөллийг оруулаагүй.

### Эдийн засгийн нөхцөл байдал

Эдийн засгийн орчин нөхцөл сайжирвал дундаж цалин, хөдөлмөрийн хөлсний доод хэмжээ өндөр байх ба эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний зардал тогтвортой, даатгуулагчдын бүтэц доторх ажил эрхэлдэг хэсгийн эзлэх хувь өндөр, амьжиргааны түвшин доогуур даатгуулагчдын тоо бага зэрэг эерэг нөлөөллүүд гарах учраас сангийн орлого өсөлттэй, зардал тогтвортой байна.

Эсрэгээрээ эдийн засгийн нөхцөл байдал муудвал инфляцын өсөлттэй холбоотой эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний дундаж зардал өсөж, даатгуулагчдын бүтэц доторх ажилгүй эсвэл амьжиргааны түвшин доогуур иргэдийн эзлэх хувь ихэссэнээр даатгалын сангийн шимтгэлийн орлого буурч сангийн алдагдал ихсэх эрсдэлтэй.

Актуар загварчлалд эдийн засгийн нөхцөл байдлыг илэрхийлэх, дундаж цалин, хөдөлмөрийн хөлсний доод хэмжээ, инфляц, даатгуулагчдын бүтэц зэрэг актуар төсөөллүүд орсон ба эдгээрийн нөлөөлөл тус бүрд үнэлгээ хийсэн.

Зураг 123. Дундаж цалин, хөдөлмөрийн хөлсний доод хэмжээ



Хүснэгт 51. Даатгуулагчийн бүтэц

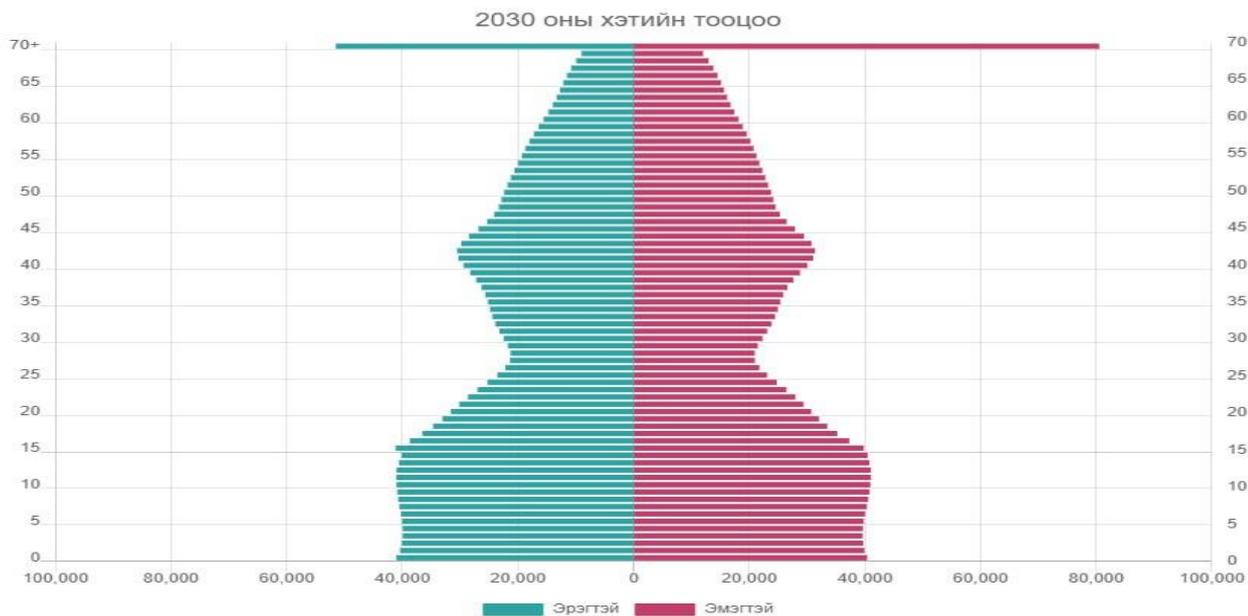
Даатгуулагчийн төрөл	2021	2022	2023
Хүүхэд	41.7%	41.0%	41.0%
Цалин	20.7%	23.4%	24.3%
Тэтгэвэр	18.5%	17.5%	16.6%
Амьжиргаа түвшин доогуур	9.3%	8.4%	8.1%
Сайн дур	4.2%	4.2%	4.5%
Ээж	3.0%	3.0%	2.7%
Малчин	1.7%	1.6%	1.8%
Оюутан	0.5%	0.4%	0.6%
Цэрэг хугацаат	0.2%	0.2%	0.2%
Хорих	0.1%	0.1%	0.2%
Гадаадын иргэн	0.0%	0.0%	0.0%

### Хүн ам зүйн бүтэц

Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуулийн дагуу 0-18 насны хүүхэд болон тэтгэврээс өөр орлогогүй иргэдийн эрүүл мэндийн даатгалын шимтгэлийг төрөөс даана гэж заасан байдаг ба хэрвээ энэ хуулийн заалт хэвээрээ үргэлжилнэ гэж үзвэл хүн ам зүйн бүтэц сангийн орлогод чухал ач холбогдолтой. Учир нь хүүхэд болон тэтгэврийн насны иргэдийн нийт хүн амд эзлэх хувь ихэсвэл төлж байгаа шимтгэл нь ажил хийдэг, цалингийн орлогоосоо шимтгэл төлдөг даатгуулагчийн төлдөг шимтгэлээс 12-14 дахин бага тул сангийн орлого буурах эрсдэлтэй.

Сангийн зардал талаас харвал тэтгэврийн насны болон хүүхдүүд эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ илүүтэй авах хандлагатай байдаг тул эдгээр бүлгийн нийт хүн амд эзлэх хувь ихэсвэл сангийн зардал өсөх эрсдэлтэй. Ийм учраас хүн ам зүйн бүтэц болон ирээдүйн хандлагын нөлөөллийг үнэлэх нь чухал ач холбогдолтой.

Зураг 124. Хүн ам зүйн хэтийн төлөв-2030 он



Хүснэгт 52. Даатгуулагчийн бүтэц, төрлөөр

Насны бүлэг	Ажилтан		Сайн дурын		Малчин		Тэтгэвэр	
	Эрэгтэй	Эмэгтэй	Эрэгтэй	Эмэгтэй	Эрэгтэй	Эмэгтэй	Эрэгтэй	Эмэгтэй
0-4	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
5-9	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
10-14	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
15-19	7%	5%	0%	1%	0%	0%	0%	0%
20-24	64%	53%	5%	6%	2%	1%	0%	0%
25-29	74%	59%	6%	6%	2%	1%	0%	0%
30-34	73%	58%	7%	8%	2%	2%	0%	0%
35-39	69%	57%	9%	9%	4%	3%	0%	0%
40-44	52%	48%	10%	11%	6%	6%	11%	10%
45-49	46%	48%	12%	14%	8%	8%	15%	12%
50-54	42%	37%	13%	14%	8%	2%	21%	38%
55-59	30%	6%	12%	2%	2%	0%	45%	90%
60-64	4%	0%	2%	0%	0%	0%	92%	99%
65+	0%	0%	0%	0%	0%	0%	98%	98%

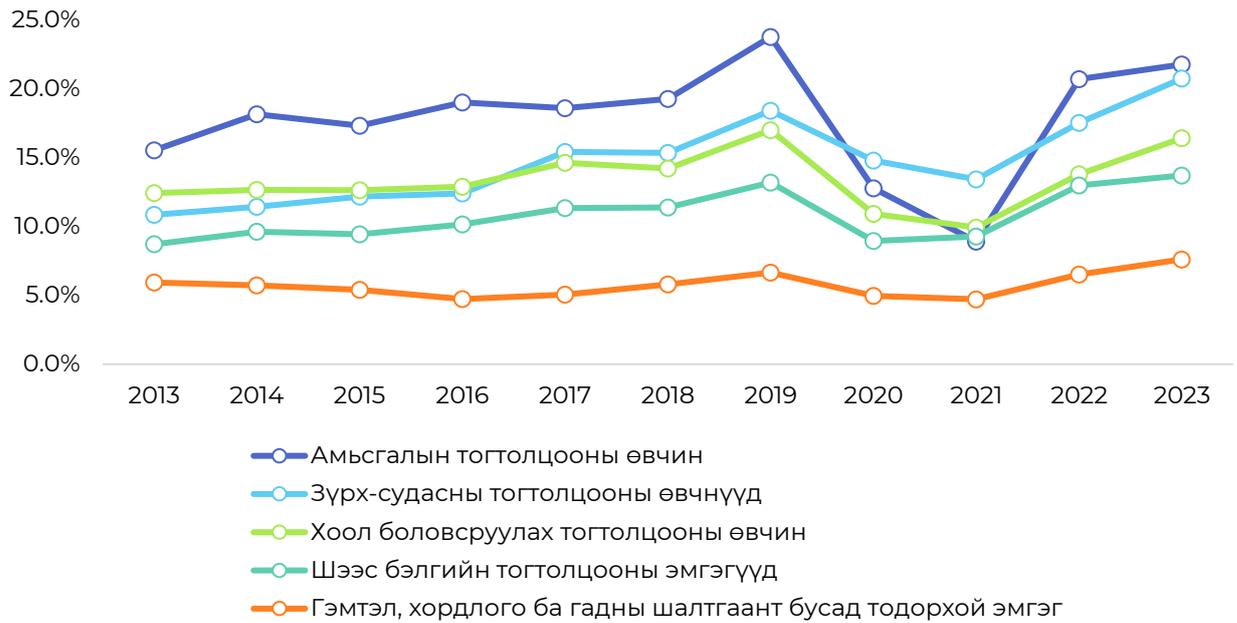
### Өвчний тренд

Монгол Улсын хэмжээнд нийт өвчлөлийн давтамж 2013 оноос хойш тасралтгүй өссөн трендтэй байгаа ба ковидын цар тахалтай холбоотой хөл хорионы улмаас эмнэлгийн байгууллагаар үйлчлүүлэх хүмүүсийн тоо буурсантай холбоотой 2019-2021 онд бууралт харагдаж байгаа бол 2021-2023 онд буцаад өсөх трендүүд ажиглагдаж байна.

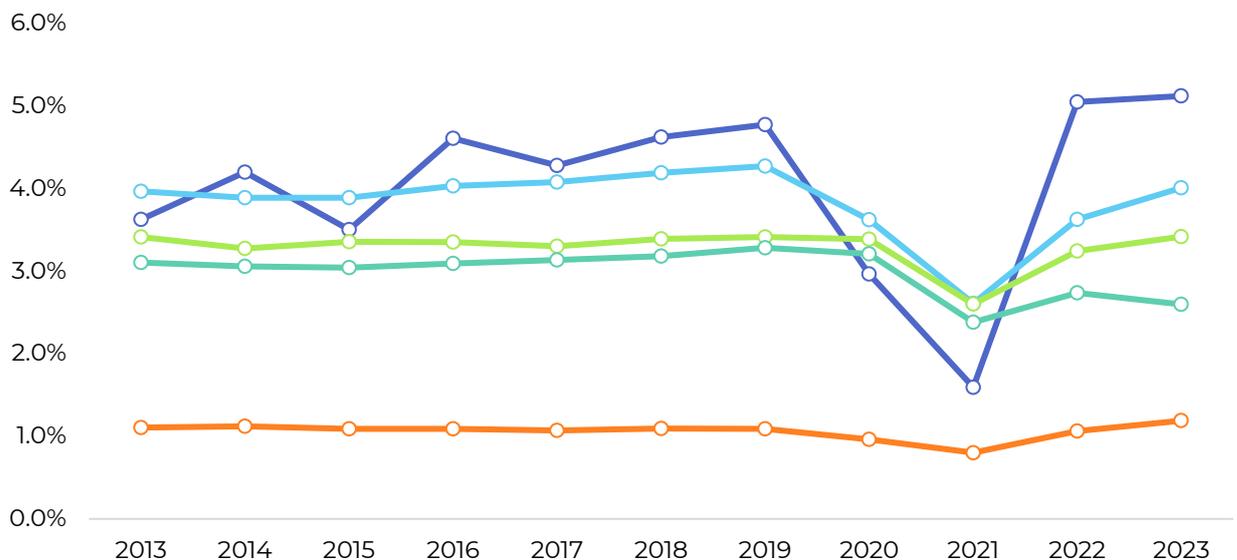
Актуар загварчлал дээр эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний голлох төрлүүд дээр дийлэнх тохиолдлыг эзэлдэг өвчин тус бүр дээр зардлын таамаглал гарч байгаа тул эдгээр өвчнүүдийн трендийг тооцож харуулах нь чухал ач холбогдолтой.

Доорх графикуудад амбулатори болон хэвтэн эмчлэх тусламж, үйлчилгээний эрхтэн тогтолцооны ангиллаарх тэргүүлэх 5 өвчний трендийг харуулав.

Зураг 125. Амбулаторийн тэргүүлэх 5 өвчний тохиолдлын давтамж



Зураг 126. Хэвтэн эмчлэх тусламж, үйлчилгээний тэргүүлэх 5 өвчний тохиолдлын давтамж



#### 2.2.3.4 Дүгнэлт

Эрүүл мэндийн даатгалын сангийн зардлын дийлэнх хувийг эзэлдэг лавлагаа шатлалын эмнэлгийн амбулатори, хэвтэн эмчлэх, өндөр өртөгтэй оношилгоо, шинжилгээ, яаралтай тусламж гэсэн тэргүүлэх тусламж, үйлчилгээний төрлүүд дээр ICD 10 кодын ангиллаарх өвчин тус бүр дээр зардлын таамаглал гаргасан нь нийт зардлын төсөөллийг нарийвчлалтай болгосон. Мөн санд нөлөөлөх эдийн засгийн нөхцөл байдал, хүн ам зүйн бүтэц, өвчний трендүүдийг бүрэн төлөөлөх боломжтой актуар төсөөллүүдийг гаргаж загварт ашигласан нь давуу талтай.

Актуар загварчлалын үр дүнг илүү бодитой, сайжруулахын тулд загварт ашиглах өгөгдлийн чанар болон хэмжээг анхаарах шаардлагатай. Энэ удаа Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газрын 2021-2023 оны мэдээлэл дээр суурилж ажилласан нь өгөгдлийн хэмжээний хувьд хязгаарлагдмал нөхцөл байдалтай байсан. Мөн ЭМДЕГ-ын өгөгдөл нь зөвхөн эрүүл мэндийн даатгалаар санхүүжүүлэх эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний мэдээлэл тул энэ нь Монгол улсын хэмжээн дэх нийт өвчлөлийн мэдээллийг бүрэн төлөөлж чадахгүй. Иймээс цаашид илүү өргөн хүрээнд буюу улсын

хэмжээний өвчлөлийн тохиолдол, зардлын мэдээлэл дээр суурилсан нийт эрүүл мэндийн зардлын судалгааг хийх хэрэгтэй.

Актуар загварчлалын хувьд харьцангуй тогтвортой хүчин зүйлс буюу эдийн засгийн орчин, хүн ам зүйн бүтэц, өвчний трендүүдийн сангийн зардалд нөлөөлөх нөлөөллийг хангалттай тооцсон ба тогтворгүй буюу урьдчилан таамаглахад хэцүү хүчин зүйлс буюу цар тахал, хууль эрхзүйн орчны өөрчлөлт, эрүүл мэндийн даатгалын сангийн менежмент ба үүнтэй холбоотой даатгуулагч болон эрүүл мэндийн байгууллагын ажилчдын зан төлөвийн өөрчлөлтийн нөлөөллийг хангалттай хэмжээнд оруулж чадаагүй. Иймээс эдгээр хүчин зүйлс дээр нэмэлт судалгаануудыг хийх шаардлагатай.

Цаашид ЭМДЕГ-ын мэдээллийн сан нэмэгдэж, чанар сайжирсан тохиолдолд тохиолдлын давтамж дээр Пуассоны загвар, дундаж зардал дээр Гамма эсвэл Парето загваруудыг ашиглан хүчин зүйлсээс хамаарсан коэффициентүүдийг үнэлж, загварын үр дүнг илүү бодитой нарийвчлалтай гаргах шаардлагатай.

## 2.3 Эм, эмнэлгийн хэрэгсэл, технологи

### 2.3.1 Эмийн бодлого

Эм нь тусгай зохицуулалт шаарддаг өвөрмөц бүтээгдэхүүн бөгөөд хүний амь насыг аврах хэдий ч ямар ч нөлөөгүй, эсхүл бүр амь насанд аюул учруулж ч болдог. Хүн ам чанаргүй, үйлчлэл муутай, баталгаагүй эмийг таньж мэдэх боломжгүй байдаг тул төрийн оролцоо, зохицуулалт шаардлагатай байдаг. Мөн нөгөө талаар эмнэлгийн мэргэжилтэн болон эмчилгээ хийлгэж буй үйлчлүүлэгчид эмийн талаарх бодит мэдээллээр хангагдах хэрэгцээ байдаг. Бие даасан, шинжлэх ухаанч, хараат бус байдлаар эмийн эрсдэл, үр ашгийн үнэлгээг хийх нь хамгийн чухал юм. Зохицуулалт сайтай зах зээлд үйлдвэрлэгч, ханган нийлүүлэгчдэд тэгш өрсөлдөх нөхцөл бүрддэг ба энэ нь илүү чанартай эм бодит үнэтэй байх боломжийг бий болгодог<sup>97</sup>.

Эмийн үндэсний бодлого гэдэг нь эмийн талаар төрөөс дэвшүүлж буй дунд, урт хугацааны зорилтуудыг илэрхийлж, эрэмбэлэх, түүнд хүрэх үндэсний стратегийг тодорхойлсон, үр дүнд хүрэх амлалт байдаг. Энэ нь эмийн салбарын үйл ажиллагааг зохицуулах тогтолцоог бүрдүүлдэг бөгөөд төрийн болон хувийн хэвшлийн эмийн үйлдвэрлэлийн бүх томоохон талуудыг хамардаг байна<sup>98</sup>.

Эмийн үндэсний бодлого нь эрүүл мэндийн бодлогын салшгүй хэсэг ба эмийн бодлогыг эрүүл мэндийн тогтолцооны хүрээнд авч үзэхгүйгээр өрөөсгөл байдлаар, тусдаа бие даасан бодлого байдлаар боловсруулах боломжгүй. Учир нь эрүүл мэндийн тогтолцоо, үндэсний эрүүл мэндийн бодлого, цаашлаад эрүүл мэндийн салбарын шинэчлэлийн зорилгын хүрээнд багтах ёстой байдаг. Үндэсний эмийн бодлогын зорилго нь нийтийн эрүүл мэндийн өргөн хүрээний зорилтуудтай үргэлж нийцэж байх ёстой бөгөөд бодлогын хэрэгжилт нь эдгээр өргөн хүрээний зорилтуудыг хэрэгжүүлэхэд хувь нэмэр оруулахад оршдог. Тухайн улс орны эрүүл мэндийн бодлого, тусламж, үйлчилгээний түвшин нь эмийн бодлогыг тодорхойлох чухал хүчин зүйл бөгөөд сонголтын хүрээг тодорхойлдог. Нөгөөтээгүүр, эмийн нөхцөл байдал нь эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний үнэлгээнд нөлөөлдөг. Тухайлбал, чанартай эмийн хүрэлцээ муу тохиолдолд үйлчилгээ нь нэр хүндээ алдах нөхцөл болдог.

Тиймээс эмийн үр дүнтэй бодлогыг хэрэгжүүлэх нь эрүүл мэндийн үйлчилгээнд итгэх итгэл, зохистой хэрэглээг нэмэгдүүлэхэд тусалдаг. Мөн эдийн засгийн үндэслэлүүд бий. Тухайлбал, олон улсад эрүүл мэндийн салбарын зардлын дийлэнх хувийг эмд зарцуулдаг. Тиймээс эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний санхүүжилт нь эмийн санхүүжилттэй нягт холбоотой бөгөөд эмийн бодлогогүйгээр эрүүл мэндийн бодлогыг хэрэгжүүлэхэд хүндрэлтэй.

Өргөн утгаараа эмийн үндэсний бодлого нь эмийн салбарын тэгш, тогтвортой байдлыг дэмжих ёстой. Эмийн үндэсний бодлогын зорилтууд дараах зүйлийг хангахад чиглэдэг. Үүнд: хангамж буюу шаардлагатай эмийн тэгш, хүртээмжтэй байдал, чанар, аюулгүй

<sup>97</sup> Монгол улсад эмийн зохицуулалтыг хэрхэн бэхжүүлэх вэ?, Вильберт Банненберг, З. Зузаан, АХБ-ны ТА6652 төсөл, 2023.

<sup>98</sup> How to develop and implement a national drug policy, 2nd edition, World Health Organization, 2001.

байдал, үр дүнтэй үйлчлэл, зохистой хэрэглээ буюу эрүүл мэндийн мэргэжилтнүүд болон хэрэглэгчдийн эмийн эмчилгээний үр дүнтэй, зохистой хэрэглээг дэмжих юм.

Эмийн хангамжийн суурь шалтгаан нь улс орон өөрийн хүн амын эрэлт, хэрэгцээнд суурилсан эмийн жагсаалт буюу “формулари”-ийг боловсруулж, хэрэгжүүлэх байдаг. Формулари нь жороор олгодог, эмчид эмнэл зүйн цогц шийдвэр гаргахад шаардлагатай эмийг сонгоход ашигладаг анагаах ухааны нотолгооны эх сурвалжийг агуулсан эмийн жагсаалт бөгөөд тухайн улс орны эмийн хангамжийн бодлогын эх сурвалж болдог. Улс орон бүхэн өөрийн улсын (үндэсний) жороор олгодог эмийн жагсаалтаа боловсруулж, гаргахыг эрмэлздэг хэдий ч өөрсдийн нөөц бололцоо, чадавхаас хамаарч олон улсын формулари, өндөр хөгжилтэй орнуудын (Олон улсын формулари 2008, Австралийн эмийн формулари, Австрийн үндэсний формулари, Их Британийн үндэсний формулари, Германы үндэсний формулари, АНУ-ын үндэсний формулари гэх мэт) бэлэн боловсруулан формуларийг шууд авч ашиглах нь бий.

Яагаад формулари заавал хэрэгтэй байдаг вэ? 1) Улс орнууд өөрсдийн хүн амд тохиолддог өвчин, эмгэгүүдийг бүртгэлжүүлж, тухайн улсын хүн амын эрүүл мэндийн хэрэгцээ шаардлага, эмчилгээний чанар, үр дүнд чиглэсэн эмийн жагсаалтыг бий болгохыг зорьдог; 2) Нөгөө талдаа эрүүл мэндийн хэрэгцээнд хэдий хэрэгтэй ч улс орныхоо худалдан авах чадварыг бас давхар авч үздэг бөгөөд жишээ нь ижил төрлийн эмнэл зүйн үйлчилгээ, үр дүнтэй эмийн бүлгүүдээс аль эмийг сонгож, жагсаалтдаа оруулах вэ гэдгээ шийдвэрлэдэг; 3) Эмч нар цаг тутамд эмчилгээний эмийн сонголтын шийдвэрийг гаргаж байдаг гэтэл эмч бүх эмийн тухай мэдээллийг цээжээр мэдэх боломжгүй байдаг. Иймээс эмнэл зүйн ангилалд суурилсан үндэсний эмийн эмхэтгэл (national formulary)-тэй тохиолдолд эмчид эмийн сонголт хийх, эмнэл зүйн шийдвэр гаргахад хялбар болж, эмчилгээний үр дүн, чанарт шууд нөлөөлдөг хүчин зүйл болдог байна<sup>99</sup>. Нөгөө талдаа эмийг бүртгэдэг шат дамжлага байдаггүй учир нь үндэсний формулари нь тухайн улсын эмнэл зүйн практикт хэрэглэж болох эмийн жагсаалтыг ерөнхий нэршлээр нь тодорхойлсон байдаг. Формуларид орсон эмийг худалдаалах лицензийг олгодог зохицуулалттай байдаг юм.

Эмийн чанарын тухайд эм, түүний агууламж дахь бодисын чанар, үйлчлэлийг үнэлдэг фармакопей стандартын тухай ойлголт байдаг. Олон улсын фармакопей (Ph. Int.) нь эмийн бодис, тунгийн хэлбэрийг тодорхойлох шинжилгээ, техникийн нөхцөлийг заасан эмхэтгэл бөгөөд ДЭМБ-ын аль ч гишүүн ашиглаж болдог. Хэрэв тухайн улс орон өөрийн хууль тогтоомждоо фармакопейг тодорхойлсон тохиолдолд тэр шууд хууль зүйн агуулгатай юм. Дэлхийд 25 орон өөрийн фармакопейтэй бөгөөд өөрийн улсын фармакопейг бий болгоход эмэнд агуулагддаг бодисуудыг нарийвчлан судлах өндөр хүчин чадал бүхий лаборатори, мэргэжлийн хүний нөөц, эмнэл зүйн судалгааны лабораториудын сүлжээ, санхүүгийн их нөөц шаардлагатай. Иймд ихэнх улс олон улсын бэлэн фармакопейг авч ашигладаг.

Эмийн үндэсний бодлогын зорилго, зорилтууд нь улс орны нөхцөл байдал, үндэсний эрүүл мэндийн бодлого, Засгийн газраас тогтоосон бодлогын тэргүүлэх чиглэлээс хамаарна. Эрүүл мэндтэй холбоотой зорилгоос гадна эдийн засгийн зорилго гэх мэт бусад зорилтууд байж болно. Тухайлбал, үндэсний эмийн үйлдвэрлэлийн хүчин чадлыг нэмэгдүүлэх нэмэлт зорилго байж болно. Төрийн болон хувийн хэвшлийн байгууллагууд, түүнчлэн яамд (эрүүл мэнд, санхүү, худалдаа, аж үйлдвэр) болон засгийн газрын агентлагууд (жишээлбэл, эмийн зохицуулалтын байгууллага)-ын үүргийг тодорхойлохын тулд эмийн бодлогын бүх зорилтууд тодорхой байх нь чухал юм<sup>100</sup>.

### 2.3.2 Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын газар

#### Бүтэц, зохион байгуулалт

Монгол Улсын Их хурлын 2020 оны 22 дугаар тогтоол, Засгийн газрын 2020 оны 12 дугаар сарын 16-ны өдрийн “Агентлаг байгуулах тухай” 222 дугаар тогтоолоор Эрүүл мэндийн сайдын эрхлэх асуудлын хүрээнд Засгийн газрын хэрэгжүүлэгч агентлаг-Эм, эмнэлгийн

<sup>99</sup> Koch WF, Hauck WW, de Mars SS, Williams RL. Measurement science for food and drug monographs: toward a global system. Pharm Res. 2010;27:1203-1207.

<sup>100</sup> How to develop and implement a national drug policy, 2nd edition, World Health Organization, 2001.

хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын газрыг 80 хүний орон тоотой байгуулсан. 2021 оны 12 дугаар сарын 14-нд Засгийн газрын 378 дугаар тогтоолоор мэргэжлийн хяналтын байгууллагаас улсын байцаагч 28, Хүнсний аюулгүй байдлын үндэсний лавлагаа лабораторийн Эмийн хяналтын лабораторийн 24 шинжээч, нийт 52 албан хаагчийг тус газарт шилжүүлж орон тооны дээд хязгаар 132 болсон.

Тус байгууллага нь 6 газар, 2 хэлтэс, эм шинжлэх лаборатори гэсэн 9 нэгж, 132 орон тоотойгоор улсын хэмжээнд эм, эмнэлгийн хэрэгсэл, биологийн идэвхт бүтээгдэхүүний үйлдвэрлэл, импорт, экспорт, худалдаа, түгээлт, хяналтын талаарх төрийн зохицуулалтыг хэрэгжүүлэх чиг үүрэгтэйгээр үйл ажиллагаа явуулж байна.

Зураг 127. Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт зохицуулалтын газрын бүтэц зохион байгуулалт



“Төрөөс эм, эмнэлгийн хэрэгслийн талаар баримтлах бодлогын хэрэгжилтийг хангах”, “Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн чанарын баталгааг хангах”, “Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн аюулгүй байдлыг хангах”, “Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн чанар шалгах лабораторийн үйл ажиллагааг эрхлэх”, “Эм зүйн үйл ажиллагаанд улсын хэмжээнд мэргэжлийн хяналт тавих” гэсэн ерөнхий 5 чиг үүргийн хүрээнд стратегийн 11 зорилт, 34 арга хэмжээг тодорхойлжээ.

Үүнээс: Лиценз зөвшөөрөл зохицуулалтын газар-8, Эмийн аюулгүй байдал тандалт судалгааны газар-14, Эмнэлгийн тоног төхөөрөмжийн газар-5, Эм хангамжийн газар-6, Чанарын хяналтын газар-7, Эм шинжлэх лаборатори-5, Захиргаа удирдлагын газар-8 арга хэмжээг дангаараа болон хамтран хэрэгжүүлж байна.

Стратегийн зорилгоо хэрэгжүүлэхээр дэвшүүлсэн 11 зорилтыг хэрэгжүүлэх бүтцийн нэгжээр авч үзвэл:

Хүснэгт 53. Стратегийн зорилт, хариуцах бүтцийн нэгж тэдгээрийн хүний нөөц

№	Нэгжийн нэр	Стратегийн зорилт	Хүний нөөцийн мэдээлэл
1.	Лиценз зөвшөөрөл зохицуулалтын газар	<b>Зорилт 5:</b> Эм эмийн түүхий эд оношлуурын бүртгэлийн үйл ажиллагаанд олон улсын сайн туршлагыг хэрэгжүүлнэ. <b>Зорилт 4:</b> Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн үйлдвэр, ханган нийлүүлэх байгууллагад тусгай зөвшөөрөл олгох үйл ажиллагаанд тавих стандартын шаардлага, импорт, экспортын лиценз олгох шалгуурыг шинэчилж, Эмийн эмнэлзүйн туршилтын эрх зүйн орчныг бүрдүүлнэ.	Орон тоо-17 Ажиллаж байгаа - 16 Үүнд 1 дарга 7 албан хаагч нь ЛЗЗГ, 1 дарга 8 албан хаагч Эмийн бүртгэлийн хэлтэст харьяалагддаг.

2. Чанарын хяналтын газар	<p><b>Зорилт 7:</b> Зах зээл дэх эм, эмнэлгийн хэрэгслийн чанар, аюулгүй байдлын тандалтыг эрсдэлд суурилан явуулж, хуурамч, стандартын бус эм зах зээлд нэвтрэхээс сэргийлнэ.</p> <p><b>Зорилт 8:</b> Зар сурталчилгааны зөвшөөрөлд тавигдах шаардлагыг тодорхой болгож, хэрэгжилтэд тогтмол хяналт тавина.</p> <p><b>Зорилт 11:</b> Эм зүйн тусламж, үйлчилгээнд олон улсын стандарт (GMP, GLP, GDP, GSP, GCP, GPP)-ын шалгуурыг ашиглан эрсдэлд суурилсан хөндлөнгийн хяналтыг хэрэгжүүлнэ.</p>	Орон тоо -36 Ажиллаж байгаа- 28 Эмийн үйлдвэрийн хэлтэст 1 дарга 2 албан хаагч, 7 албан хаагч болон орон нутгийн 18 байцаагч тус газарт харьяалагддаг.
3. Эмийн аюулгүй байдлын тандалт, судалгааны газар	<p><b>Зорилт 6:</b> Эрүүл мэндийн байгууллагын мэргэжилтнүүдийг чадавхжуулж фармаковижилансын үндэсний сүлжээг хөгжүүлнэ.</p> <p><b>Зорилт 8:</b> Зар сурталчилгааны зөвшөөрөлд тавигдах шаардлагыг тодорхой болгож, хэрэгжилтэд тогтмол хяналт тавина.</p> <p><b>Зорилт 9:</b> Эмийн мэдээллийн хараат бус, бодит байдлыг хангаж, эм, оношлуурын хэрэглэх зааврыг баталгаажуулан эмнэлгийн мэргэжилтэн болон иргэдэд түгээнэ.</p>	12 орон тоо батлагдсан 10 албан хаагч ажиллаж байна. 1 дарга 11 албан хаагч ажилладаг
4. Эм хангамжийн газар	<p><b>Зорилт 2:</b> Зайлшгүй шаардлагатай эмийн үнийн ил тод байдлыг хангаж, эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хангамж, хүртээмжид нөөцийн мэдээний санг ашиглан дүн шинжилгээ хийнэ.</p>	Орон тоо-8 Одоо ажиллаж байгаа-5
5. Эмнэлгийн тоног төхөөрөмжийн газар	<p><b>Зорилт 3:</b> Эмнэлгийн тоног төхөөрөмжийн ашиглалт, аюулгүй байдлыг хангана.</p>	Орон тоо-9 Одоо ажиллаж байгаа-4

Тус агентлаг нь үйл ажиллагаандаа Монгол Улсын хууль-43, Олон улсын гэрээ-3, УИХ-ын тогтоол-4, Засгийн газрын тогтоол-20, тушаал-39 (Шадар сайдын тушаал-2, Эрүүл мэндийн сайдын тушаал-20, УЕП-ын тушаал-1, ЭЭХХЗГ-ын даргын тушаал-15, СХЗГ-ын даргын тушаал-1) нийт 111 эрх зүйн баримт бичгийг мөрдөж ажиллаж байна.

Үүнээс: ЭЭХХЗГ-ын үндсэн үйл ажиллагаанд хэрэглэдэг 62 эрх зүйн баримт бичиг байгаагаас Лиценз зөвшөөрөл зохицуулалтын газар-12, Эмийн аюулгүй байдал тандалт судалгааны газар-14, Эмнэлгийн тоног төхөөрөмжийн газар-10, Эм хангамжийн газар-3, Чанарын хяналтын газар-13, Эм шинжлэх лаборатори-2, Захиргаа удирдлагын газар-12 дүрэм журмыг тус тус мөрдөн ажиллаж байна.

ДЭМБ-аас 2022 онд Монгол Улсын “Эмийн зохицуулалтын төлөвшил”-ийг 9 чиглэл, 62 үндсэн шалгуур, 268 дэд шалгуураар үнэлж, 4 түвшнээс 1 дүгээр түвшинд буюу “системтэй зохицуулалт байхгүй” байна гэж дүгнэжээ.

Тус үнэлгээнд үндэслэн яаралтай хариу арга хэмжээний төлөвлөгөө боловсруулан ажиллах шаардлагатай хэвээр байгаа бөгөөд дараах зохицуулалтыг хийх шаардлагатай байна. Үүнд:

- Тогтолцооны байгууллагуудын чиг үүрэг, эрх хэмжээ нарийвчлан зохицуулах (Хүний эмийн зөвлөл, ЭЭХХЗГ);
- Зарим үйл ажиллагаанууд буюу процесс, шалгууруудыг нарийвчлан зохицуулах (Жишээ нь: Эмийн бүртгэл хийх, ЗШЭЖ, ЭМДС-аас хөнгөлөлт олгох эмийн жагсаалт батлах);
- Зохицуулалтгүй харилцаанууд (монополь, онцгой эрхт гэрээ, хангамжийн байгууллага, эмийн сан, үйлдвэрийн үйл ажиллагааг хамаарал бүхий хуулийн этгээдүүд эрхэлж байгаа)-ыг эмхлэх;
- Хүний нөөцтэй холбоотой буюу томилгоо тогтворгүй, чадвартай хүний нөөц дутмаг, харилцан хамаарлын хянах;
- Хилийн боомт дахь хяналт шалгалт суларсан, хорио цээрийн хяналт хийгдэхгүй төлөв үүсэж эхэлсэн учраас эмийн чанар аюулгүй байдлын тогтолцоог төлөвшүүлэхэд анхаарах шаардлагатай байна.

## Чиг үүргийн шинжилгээ

Чиг үүргийн шинжилгээг салбарын хэмжээнд мөрдөж буй хууль тогтоомж, тогтоол шийдвэр, холбогдох дүрэм, журам зэрэг баримт бичгүүдэд үндэслэж, албан хаагчдын албан тушаалын тодорхойлолт, нэгжийн чиг үүргийн хуваарилалтын талаар тухайн нэгжийн албан хаагчтай ярилцлага хийх аргачлалаар хийсэн.

Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн тухай хуулиар Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт зохицуулалтын газарт дараах чиг үүргүүдийг хэрэгжүүлэхийг хуульчилсан байна. Үүнд:

- 4.4.Эмийн үндэсний бодлогыг хэрэгжүүлэх;
- 6.4.Хууль тогтоомжийн хэрэгжилтэд хяналт тавих үүрэг бүхий улсын байцаагчтай байж, хяналт шалгалт хийх;
- 7.1. Хүний эм, тэдгээрийн угтвар бодис, үйлдвэрлэх, импортлох, экспортлох, худалдах, ханган нийлүүлэх тусгай зөвшөөрөл олгох;
- 7.3. Эм, оношлуурыг тусгай зөвшөөрлийн дагуу нийлүүлж байгаа эсэхэд хяналт тавих;
- 7.4. Ахуйн шавж, мэрэгч устгах, ариутгах, халдваргүйжүүлэх бодис худалдах зөвшөөрлийг олгох
- 12.3. Эмийн үйлдвэрт стандартын шаардлагыг хангасан тухай батламжийг олгох;
- 15.1. Эм ханган нийлүүлэх байгууллага эм импортлох, экспортлоход зөвшөөрөл олгох;
- 15.4. хуулийн 22.7.1-22.7.9-д заасан эмийг бүртгэх;
- 27.2. Эм, БИБ-ний зар сурталчилгааны агуулгыг хянах.

Хуулиар олгосон чиг үүргүүдээс 7.4-т заасан чиг үүргийг хэрэгжүүлдэггүй бөгөөд үүнд нэмэлт эрх зүйн зохицуулалт шаардлагатай, зөрчилдөөнтэй байна.

Үйл ажиллагааны үндсэн чиг үүргийг эм, эмнэлгийн хэрэгслээр хангах, бодлогыг хэрэгжүүлэх, үйл ажиллагааг зохицуулах болон үйл ажиллагааг хянах гэсэн 4 хүрээгээр авч үзэхэд давхардсан тоогоор хангах чиг үүрэг-2, зохицуулах чиг үүрэг-12, хэрэгжүүлэх чиг үүрэг-17, хянах чиг үүрэг-6 зэргээр тусгагдсан байна. Үйл ажиллагааны үндсэн 29 чиг үүргийн 22 нь нэг агуулга, 6 чиг үүрэг 2 агуулга, 1 чиг үүрэг 3 агуулга багтаасан.

Харин бүтцийн нэгжүүдийн чиг үүргийн хэрэгжилт, хүний нөөцийн хүрэлцээг судалж үзэхэд дараах байдалтай байна.

### Хүснэгт 54. Нэгжийн чиг үүргийн хэрэгжүүлэлтийн үр дүн, хувиар

№	Нэгжийн нэр	Үндсэн чиг үүргийн тоо	Хэрэгжүүлж буй чиг үүргийн асуумжийн үр дүн	Хэрэгжүүлж буй чиг үүргийн ярилцлагын үр дүн	Ажиллаж буй хүний нөөцийн хүрэлцээ
	<b>Дүн</b>	<b>29</b>	<b>82%</b>	<b>61.5%</b>	<b>77%</b>
1	ЛЗЗГ	5	80%	80%	94%
2	ЭХГ	6	83%	83%	61%
3	ЭТТГ	5	80%	56%	44%
4	ЭАБТСГ	5	100%	50%	91%
5	ЧХГ	4	100%	50%	83%
6	Эм шинжлэх лаб	4	50%	50%	88%

Эх сурвалж: Төслийн удирдлагын багийн Судалгааны баг-2

Дээрх үр дүнгээс харахад тус агентлагийн үндсэн чиг үүргийг хэрэгжүүлж буй бүтцийн нэгж болох 6 газар хууль болон стратеги зорилтод тусгасан чиг үүргийг 82 хувьтай хэрэгжүүлж байгаа талаар асуумж бөглөсөн хэдий ч бүтцийн нэгж бүрийн тухайн ажил хариуцсан албан хаагч тус бүртэй ярилцлага хийж, нарийвчлан судлахад үндсэн чиг үүргээ 61.5 хувьтай хэрэгжүүлэн ажиллаж байна.

Судалгаанаас дүгнэвэл тус агентлагийн бүтцийн нэгжүүд болох Эмнэлгийн тоног төхөөрөмжийн газар, Эмийн аюулгүй байдлын тандалт судалгааны газар, Чанарын хяналтын газар, Эм шинжлэх лаборатори зэрэг бүтцийн нэгжүүдийн 66 хувь нь үндсэн чиг

үүргээ 50-56 хувьтай хэрэгжүүлж байгаа нь газар хэлтсүүдийг чиг үүргийг оновчтой тодорхойлох, удирдлага зохион байгуулалтыг сайжруулах, хоорондын уялдаа холбоог хангах, хуулиар эрх олгож үүрэгжүүлсэн чиг үүргийг зайлшгүй хэрэгжүүлэх шаардлагатай байгааг харуулж байна.



**Эм шинжлэх лабораторид**  
тулгамдаж  
буй асуудал:



Химийн бодис ашиглах тусгай зөвшөөрөлгүйн улмаас нэгдсэн худалдан авалт хийх, их хэмжээгээр нөөцлөх, үйл ажиллагааг тасралтгүй явуулах зэрэгт эрсдэл үүсдэг. Багаж, тоног төхөөрөмжийн хувьд үйл ажиллагаандаа 124-ийг ашиглаж байгаагаас 14 нь эвдэрсэн. Үүнээс: 2 аппарат (эмийн бат тодорхойлох, ус нэрэгч аппарат)-ыг өөрсдөө засварласан. Эвдэрсэн бусад багаж, тоног төхөөрөмжийг засварлагдах боломжгүй гэж дүгнэсэн. Багаж, тоног төхөөрөмж дутагдалтайн улмаас дээжийг хугацаанд нь шинжлэх боломжгүй, хугацаа хэтрэх асуудал байнга үүсдэг бөгөөд хугацаа хэтэрсэн дээжтэй холбоотой бүртгэл, жагсаалт хөтөлдөггүй.

Хүний нөөцийн ажлын ачааллын хувьд ирүүлж байгаа дээж, хэрэглэгддэг багаж тоног төхөөрөмжөөсөө хамаарч ажлын ачаалал их байна. Мөн төсөв бага, дээр нь түүнээ хэрэгтэй үедээ захиран зарцуулах эрх байхгүй, оны эцэст тулгаж худалдан авалт, зарцуулалт хийхийг шаарддаг. Шинжилгээний төлбөр төрийн сан дансанд ордог, лабораторид ямар ч наалдац байхгүй. Шинжилгээний төлбөрийн хэмжээг Сангийн сайдын 2018 оны 253-р тушаалаар тогтоосон, инфляц, урвалж, бодисын үнийн өсөлттэй уялдуулан өөрчлөх санал өгдөг ч батлагддаггүй.

### Албан хаагчийн чиг үүргийн шинжилгээ

Нийт 53 албан хаагчтай албан тушаалын тодорхойлолтын дагуу үндсэн чиг үүргийг хэрэгжүүлэн ажиллаж буй байдлыг тодорхойлох зорилгоор ганцаарчилсан ярилцлага хийж, тулгамдаж буй асуудлыг илрүүлсэн. Ярилцлагад 7 нэгжийн дарга, Захиргаа удирдлагын газар болон Эм шинжлэх лабораторийн албан хаагчдыг хамруулаагүй болно.

Ганцаарчилсан ярилцлага хийсэн 53 албан хаагч нийт 291 чиг үүрэг хэрэгжүүлэхээс 266 буюу 89 хувийг хэрэгжүүлж байна. Албан хаагчдын үндсэн чиг үүрэг хэрэгжихгүй байгаа гол шалтгаан нь эрх зүйн зохицуулалтгүй, программ хангамжгүй, лабораторийн үйл ажиллагаанаас хамаардаг байна.

Мөн зарим чиг үүрэг нэгж хоорондын албан хаагчдын АТТ-д уялдаа хамааралгүй тусгагдсан байна. Тухайлбал, шинэ эмийн хэрэглэх зааврыг баталгаажуулах чиг үүрэг АТТ-д тусаагүй, бүртгэлийн асуудал нь ЛЗЗГ-т хамаардаг ч энэ асуудлыг ЭАБТСХГ-ийн мэргэжилтэн хэрэгжүүлдэг. Харин АТТ-д заасан мэргэжлийн индекс тохирохгүй албан хаагч байхгүй боловч АТТ-д заасан мэргэжлийг нарийвчлан үзэх шаардлагатай хэд хэдэн ажлын байр байна.

**Албан хаагчдад**  
тулгамдаж  
буй асуудал:



Хууль эрх зүйн орчин дутагдалтай, зохицуулалтын байгууллагын чиг үүрэг бүрэн тусгагдаагүй, үйл ажиллагаа журамлагдаагүй. Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн тухай хуулийн шинэчилсэн найруулга одоог хүртэл батлагдаагүй ЭМЯ-аас хэт хараат. Тухайлбал: хуурамч, стандартын бус эмтэй хэрхэн тэмцэх бодлого, арга зам, арга хэмжээ (буцаан татах, устгах зэрэг) тодорхойгүй.

Биологийн идэвхт бүтээгдэхүүний ангилал тодорхойгүй буюу биологийн идэвхт бүтээгдэхүүн нь эм биш гэх боловч эмтэй хамт нэг хуулиар зохицуулахаар байгаа иргэдийг эм шиг ойлгуулж төөрөгдүүлдэг.

Лабораторийн үйл ажиллагаа менежментийн уналтад орсноос зогсонги байдалд орсон, нөөц бололцоогоо ашиглаж чаддаггүй.

Хүний нөөцийн дутагдалтай, чадавхжуулах үйл ажиллагаа сул, төрийн залгамж халаа алдагдсан. Албан хаагчдын нийгмийн баталгааны хөтөлбөр, дэмжлэг дутмаг. Төрийн албаны зөвлөлөөр батлуулсан ажлын байрны шаардлага хэт ерөнхий сул.

Цахимжилт удаан. Ашиглаж байгаа цахим системүүд хоорондоо уялдаагүй. Маш их мэдээллийг хүлээн авах, боловсруулах, дамжуулах, ашиглахад дутагдалтай.

Үйл ажиллагаанд оролцож байгаа орон тооны нарийн мэргэжлийн шинжээч нар дутмаг, чадвар хангалтгүй.

### Процессын зураглал

Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын газар чиг үүргийнхээ хүрээнд хариуцан хэрэгжүүлж буй 25 процессын оролцогч талууд, үе шат, бүрдүүлэх бичиг баримт, тулгардаг асуудал зэргийг бүртгэж, процессын зураглалыг гаргасан. Эдгээр процесст хийсэн дүн шинжилгээгээр эмийн бүртгэл, эмнэлгийн тоног төхөөрөмжийн шалгалт тохируулга, шалгалт баталгаажуулалтын процессын хүндрэлтэй асуудлуудыг хамгийн түрүүнд шийдвэрлэх шаардлагатай гэж үзсэн.

**Эмийн бүртгэл:** Нэг эмийг бүртгүүлэх хүсэлтэд 300-1000 хуудас материал ирдэг бөгөөд ажлын ачаалал ихтэйгээс хамаараад материалыг бүрэн судлахаасаа илүү бүрдэл шалгах ажил хийгддэг. Үйлдвэрлэгчээс ирүүлсэн шинжилгээний аргачлал дээрх үзүүлэлтийг бүрэн шинжлэхэд байгууллагын хүчин чадал хүрэлцдэггүй. Байгууллага хоорондын санхүүгийн харилцаа цахимжаагүй нь ачаалал нэмэх нэг шалтгаан болдог байна.

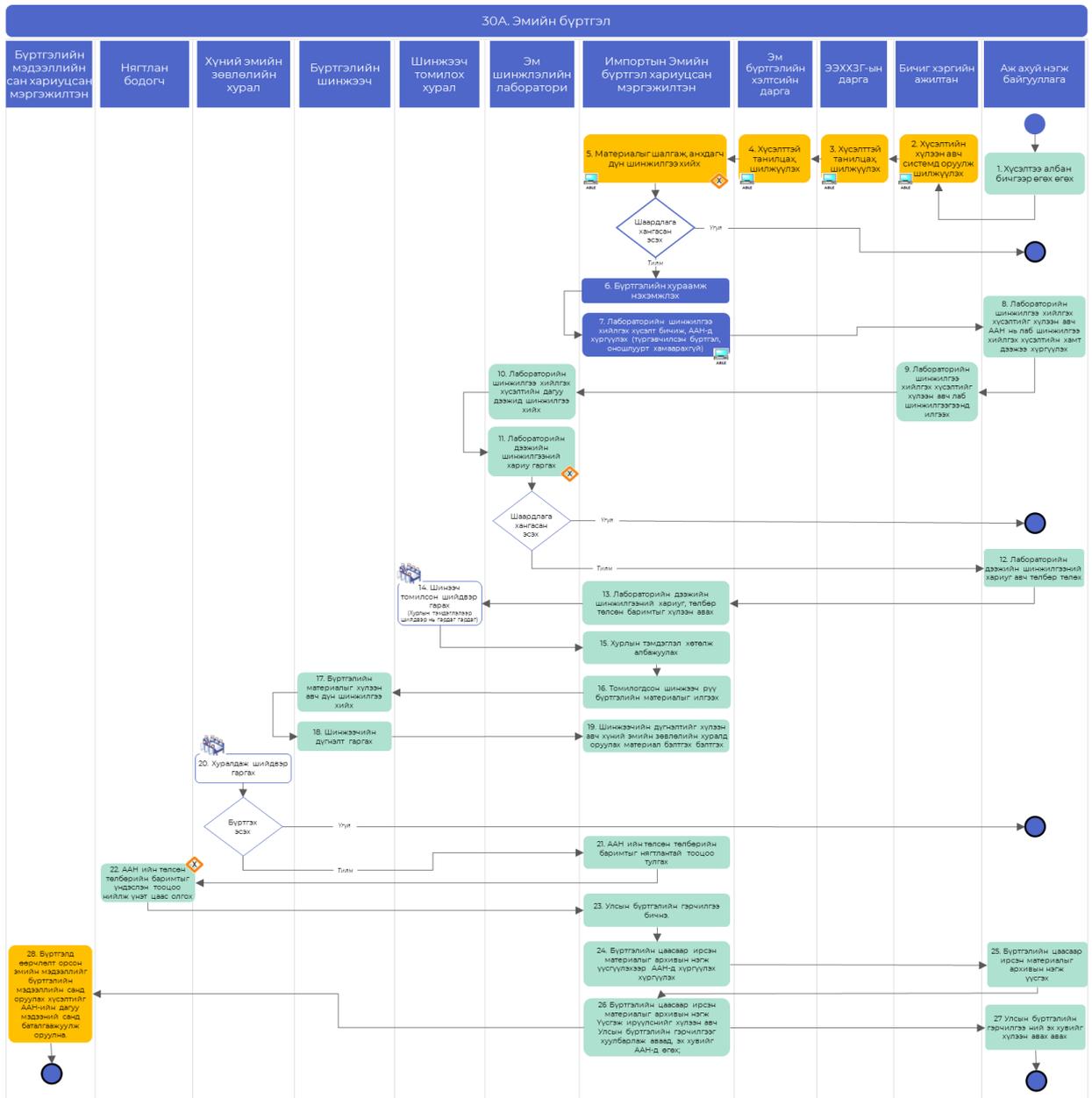
Зураг 128. Эмийн бүртгэлийн процессын зураглал

**Бүрдүүлбэр:**

1. Эм бүртгүүлэх байгууллагын албан хүсэлт, эмийн хэрэглээний явцад гарах чанар, аюулгүй байдлын баталгааны дүгнэлт, зах зээли йн дараах тандарт судалгаа хийх ажлын төлөвлөгөө;
2. Үйлдвэрлэгчийн Монгол Улсад тухайн бүтээгдэхүүнийг бүртгүүлэх өргөдлийн эх хувь;
3. Бүртгүүлэгч болон үйлдвэрлэгчийн байгуулсан эм бүртгүүлэх гэрээний хуулбар хувь (Үндэсний эмийн үйлдвэрт хамаарахгүй);
4. GMP-ын гэрчилгээ;
5. Эмийн бүтээгдэхүүний сертификат (Үндэсний эмийн үйлдвэрт хамаарахгүй);
6. Үйлдвэрлэгч улсаа бүртгэгдсэн бүртгэлийн гэрчилгээ (Үндэсний эмийн үйлдвэрт хамаарахгүй);
7. Эмийн хяналтын хатуу зохицуулалттай эрх бүхий байгууллагатай улсад бүртгэгдсэн эсхүл бусад 5 улсад бүртгэгдсэн бүртгэлийн гэрчилгээ (Үндэсний эмийн үйлдвэрт хамаарахгүй);
8. Үйлдвэрийн танилцуулга;
9. Үйлдвэрлэгчийн эцсийн бүтээгдэхүүнд хийсэн шинжилгээний дүн, шинжилгээний аргачлал;
10. Үйлдвэрлэгчийн үндсэн үйлчлэгч болон туслах бодисыг шинжилсэн шинжилгээний дүн;
11. Бүтээгдэхүүний хадгалах хугацааг баталсан тогтвортой чанарын судалгааны дүн;
12. Үйлдвэрлэлийн процесс, схем;
13. Ерөнхий нэршлийн эмийн хувьд биоохүрэхүйн чанарыг тогтоосон судалгааны дүн (Үндэсний эмийн үйлдвэрт хамаарахгүй);
14. Вакцины хувьд олон улсад зөвшөөрөгдсөн лабораторийн шинжилгээний дүн болон тухайн улсын эрх бүхий байгууллагаас олгосон цувралыг чөлөөлсөн сертификат эсхүл тухайн улсын эрх бүхий байгууллагаас олгосон түүнтэй дүйцэхүйц баримт бичгийн баталгаажсан хувь;
15. Эмийн хорон чанарыг судалсан судалгааны дүгнэлт (Үндэсний эмийн үйлдвэрт хамаарахгүй);
16. Нийлмэл найрлагатай эмийн хувьд дан найрлагатай эмээс үйлдлийн идэвхээр илүү, аюулгүй болохыг тогтоосон судалгааны дүн (Үндэсний эмийн үйлдвэрт хамаарахгүй);
17. Эмийн гадаад хэрэглэх заавар, Эм судлалын салбар зөвлөлөөр батлуулсан Монгол хувийн хамт;
18. Эмийн анхдагч болон хоёрдогч савлалтын өнгөт дэлгэмэл зураг, загвар дээж;
19. Ажлын албатай гэрээ бүхий итгэмжлэгдсэн лабораторийн шинжилгээний дүн;
20. Бүртгүүлэх эмийн үнийг дотоодын бөөний болон жижиглэнгийн үнэтэй харьцуулсан судалгаа;
21. Бүртгүүлэгч байгууллагаас үндэсний үйлдвэрт үйлдвэрлэгддэг эмэнд хийсэн зах зээлийн эрэлт хэрэгцээ, хүртээмжийн судалгаа (Үндэсний эмийн үйлдвэрт);
22. Шаардлагатай тохиолдолд гаднын итгэмжлэгдсэн лабораторийн шинжилгээний болон тээврийн төлбөрийн баримт, Зөвхөн Үндэсний үйлдвэрийн эмийн бүртгэлд;
23. Генетикийн нөөц ашигласан тохиолдолд эрх бүхий байгууллагаас олгосон зөвшөөрлийн баталгаажуулсан хуулбар (Импортын эмийн бүртгэлд хамаарахгүй);
24. Фармакопейн хороогоор батлуулсан, хүчинтэй хугацаатай фармакопейн өгүүллийн баталгаажсан хуулбар (тухайн эм МУ-ын ҮФ-д ороогүй тохиолдолд) (Импортын эмийн бүртгэлд хамаарахгүй);
25. Эмийн фармакологи үйлдэл, идэвхийг эмнэлзүйн өмнөх болон эмнэлзүйн судалгаагаар судалсан дүн (ерөнхий нэршлийн эмнэд хамаарахгүй) (Импортын эмийн бүртгэлд хамаарахгүй);

**Асуудал:**

1. Өдөр бүр 10 аас доошгүй ААН-ийн 12 эмийн материал ирдэг бөгөөд үйлдвэрлэгчийн материал англи, орос хэл дээр ирдэг.
2. Нэг эмийн хүсэлтэд 300-1000 хуудас материал ирдэг бөгөөд ажлын ачаалал ихтэйгээс хамаараад материалыг бүрэн судлахаасаа илүү бүрдэл шалгах ажил хийгдэж байна.
3. Үйлдвэрлэгчээс ирүүлсэн шинжилгээний аргачлал дээрх үзүүлэлтийг бүрэн шинжлэхэд хүчин чадал дутагдалтай.
4. Эмнэлзүйн нарийн мэргэжлийн шинжээч дутагдалтай.
5. E-business системээр нэг л шинжээч рүү материал илгээж боломжтой тул 1 ээс дээш шинжээч томилогдсон тохиолдолд нөгөө шинжээч рүү цаасаар материалыг өгдөг.
6. Шинжээчийн ачаалал, хариуцлагаас хамаараад журамд заасан хугацаа хэтэрдэг.
7. Зарим үед ажлын цаг дуусаад, бүх бүртгэлийн асуудал хурлаар орж амжихгүй байх тохиолдол гардаг. Мөн мэргэжилтэн дээр хянаг дсан бүрдлийг зөвлөлийн гишүүд дахин үзэж, хугацаа их алддаг.
8. ААН-ийн төлсөн төлбөрийн баримтаас гүйлгээний дугаар, төлбөр хийсэн хугацааг мэргэжилтэн түүж бичиж нягтланд өгөх ажил хийдэг.
9. Төлбөр төлүүлэх асуудлаар ААН рүү мэргэжилтэн холбогдох асуудал төвөгтэй.



**Эмнэлгийн тоног төхөөрөмжийн шалгалт тохируулга, шалгалт баталгаажуулалт:**

Харилцагч талаас жагсаалтаа дутуу ирүүлэх асуудал үүсэж, тухайн хүсэлт гаргасан байгууллагаас гэрээнд гарын үсэг зурахгүй удах, цаг хугацаа алдахаас гадна тоног, төхөөрөмж 10 жил болсон анализатор, симулятор нь хуучирсан, зөөврийн компьютерын хүрэлцээ, үзүүлэлт муу, программ гацах асуудал их тулгардаг байна.

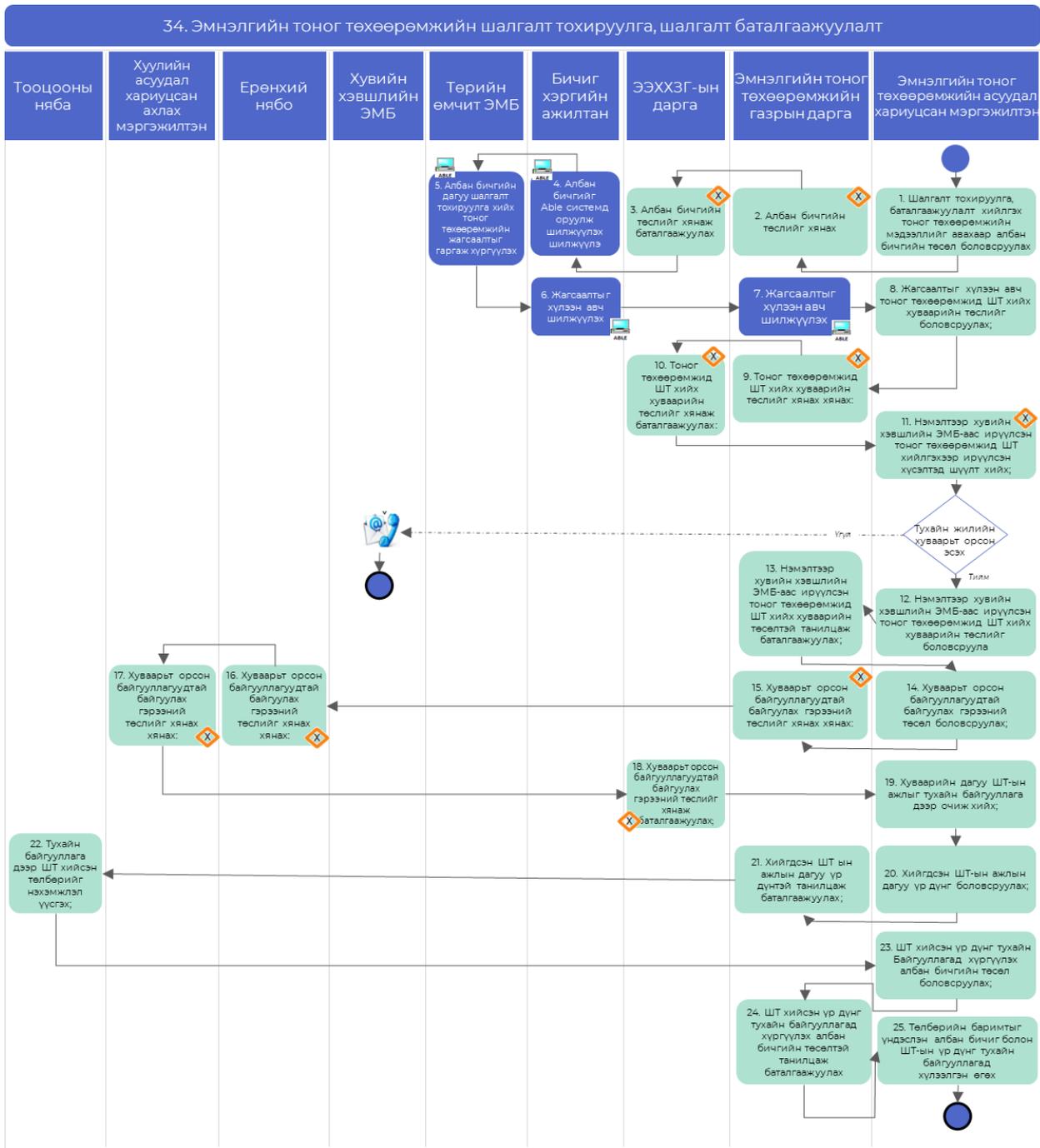
Зураг 129. Эмнэлгийн тоног төхөөрөмжийн шалгалт тохируулга, шалгалт баталгаажуулалтын процессын зураглал

**Бүрдүүлбэр:**

- 1. Албан бичгийн төсөл, судалгаа авах маягт
- 2. Гэрээний төсөл, Жагсаалт

**Асуудал:**

- 1. Асуудал хугацаа хоцрох, хугацаа хойшилж мэргэжилтэнд ирдэг
- 2. Зарим газруудаас жагсаалтаа дутуу ирүүлэх асуудал үүсдэг
- 3. Тухайн хүсэлт гаргасан байгууллагаас гэрээнд гарын үсэг зурахгүй удах, цаг хугацаа алдах
- 4. Шалгалт хийлгэж байгаа байгууллагын зохион байгуулалт бэлтгэл ажил муу байх
- 5. Одоо ашиглаж байгаа төхөөрөмж 10 жил болсон анализатор, симулятор нь хуучирсан, нөүтбүүк буюу зөөврийн компьютерын хүрэлцээ муу, үзүүлэлт муу
- 6. Программ гацдаг
- 7. Шалгалт хийхэд автомашины хүрэлцээ муу
- 8. Томилолтын мөнгөний төсөв хүрэлцдэггүй,



**Эмийн бодлогыг хэрэгжүүлж буй нөхцөл байдал**

Төрөөс эмийн талаар баримтлах бодлого нь Монгол Улсын Үндсэн хууль, Үндэсний аюулгүй байдлын үзэл баримтлалын салшгүй хэсэг бөгөөд эрх зүйн үндэс нь эмийн талаарх Монгол Улсын нэгдэн орсон олон улсын гэрээ, конвенц, Монгол Улсын холбогдох хууль, эрх зүйн бусад актаас бүрдэж байна. Төрөөс эмийн талаар баримтлах бодлогод:

- 1.Хэрэглэгчийн эрүүл мэндийн хэрэгцээнд нийцсэн эмчилгээний өндөр идэвхтэй, аюулгүй, чанарын баталгаатай эмээр хангах;
- 2.Хүн ам, эрүүл мэндийн байгууллага, мал эмнэлгийг эмчилгээний өндөр идэвхтэй, аюулгүй, чанарын баталгаатай, сонголт хийх боломж бүхий эмээр тасралтгүй, жигд, хүртээмжтэй хангаж, эмийн зохистой хэрэглээг төлөвшүүлэх гэж заасан ба УИХ-ын 2014 оны 57 дугаар тогтоолоор “Төрөөс эмийн талаар баримтлах бодлого”-ыг (цаашид “бодлого” гэх) хүн ам, эрүүл мэндийн байгууллага, мал эмнэлгийг эмчилгээний өндөр идэвхтэй, аюулгүй, чанарын баталгаатай, сонголт хийх боломж бүхий эмээр тасралтгүй, жигд, хүртээмжтэй хангаж, эмийн зохистой хэрэглээг төлөвшүүлэх зорилго дэвшүүлэн

2014-2018 онд хэрэгжүүлэхээр баталж, хэрэгжилтэд хяналт тавихыг Нийгмийн бодлого, боловсрол, соёл, шинжлэх ухааны байнгын хороонд үүрэг болгон 8 зорилтын хүрээнд 76 дэд зорилтыг үе шаттайгаар хэрэгжүүлэхээр төлөвлөсөн байна.

Түүнчлэн төрөөс эмийн талаар баримтлах бодлогын 12.4-т заасны дагуу “... бодлогын хэрэгжилтэд төгсгөлийн үнэлгээг салбар дундын хороо хийж, үр дүнг нь эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллага хийж, Төрөөс эмийн талаар баримтлах бодлогыг шинэчлэх үндэслэл болгоно” гэж заасан ч бодлогын хэрэгжилтэд төгсгөлийн үнэлгээ хийгээгүй байх ба 2014-2018 онд хэрэгжих хугацаатай, энэхүү бодлогын баримт бичгийг хүчин төгөлдөр байхад ЭМС-ын 2017 оны А/81 дүгээр тушаалаар Төрөөс эмийн талаар баримтлах бодлогыг хэрэгжүүлэх төлөвлөгөөг хүчингүй болгосон байна.

ЭМЯ-ны Удирдлагын зөвлөлийн 2018 оны 4 дүгээр сарын 02-ны өдрийн хурлын шийдвэрийн 1-т “Эрүүл мэндийн салбарт хэрэгжиж байгаа Төрөөс баримтлах бодлогын хэрэгжилтэд 2017 оны жилийн эцсийн байдлаар хяналт-шинжилгээ, үнэлгээний дүнг гаргах боломжгүй гэж үзсүгэй”, гэх зэрэг шийдвэрүүдийг гаргаж, өнөөдөр Монгол Улс эмийн талаар баримтлах хүчин төгөлдөр баримталж буй бодлого, бодлогын баримт бичиггүй байна.

**Урт хугацааны бодлого:** “Алсын хараа-2050” Монгол Улсын урт хугацааны хөгжлийн бодлогын Зорилт 2.2-т “Эрүүл дадал хэвшилтэй, идэвхтэй амьдралын хэв маягтай иргэнийг төлөвшүүлэн эрүүл мэндийн чанар, хүртээмж, үр дүнтэй тогтолцоог хөгжүүлнэ” гэсэн зорилтын I үе шат Эрүүл мэндийн чанар, хүртээмжтэй тогтолцооны шинэчлэлийн үеийн 7 дугаар заалт Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний чанар, хүртээмжийг сайжруулах ажлын хүрээнд:

- Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн шинэчилсэн найруулгын төслийн 7 дугаар бүлэг, 47 дугаар зүйлд эм, эмнэлгийн хэрэгслийн үнэ, худалдан авах ажиллагааны зохицуулалтыг хангамжийн шатлал бүрд үнийн мэдээлэл солилцох төрийн байгууллага хоорондын цахим тогтолцоотой байх, үнийн ил тод байдлыг хангах, гамшиг, нийгмийн эрүүл мэндийн ноцтой байдлын үед хэрэглэх эм, эмнэлгийн хэрэгсэлд татварын хөнгөлөлт, чөлөөлөлт үзүүлэх, импортыг орлох, экспортыг дэмжих, инновац шингэсэн үндэсний үйлдвэрийн шинэ бүтээгдэхүүний үйлдвэрлэлд төрөөс хөнгөлөлттэй зээл, санхүүгийн дэмжлэг олгох, өндөр өртөгтэй эм, эмнэлгийн хэрэгсэлд үнийн хэлцэл хийх, гадаад, дотоодын жишиг үнэ, эм, эмнэлгийн хэрэгслийн худалдан авах ажиллагааны зохицуулалтад нэг эх үүсвэрээс худалдан авах аргыг тусгасан ч бэлтгэл ажил, төлөвлөлт хангагдаагүй.

### Дунд хугацааны бодлого:

- Монгол Улсыг 2021-2025 онд хөгжүүлэх таван жилийн үндсэн чиглэлийн 2.2.7-д Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн чанар аюулгүй байдлыг хангах, хангамж хүртээмжийг нэмэгдүүлэх зорилтын хэрэгжилт.

Баримт бичигт хийсэн судалгаагаар 2017-2023 онд Монгол Улсын эмийн бүртгэлд бүртгэгдээгүй 5 нэр төрлийн 305 эм, хэрэглэх хүчинтэй хугацаа дууссан 397 нэр төрлийн 5932 эм, хаяг шошгын зөрчилтэй 2 нэр төрлийн 132 эм илэрсэн бөгөөд импортын эмийн 6.1 хувь нь стандартын шаардлага хангахгүй байгаа нь зах зээл дэх эмийг бүрэн хянах хууль эрх зүйн орчин бүрдээгүйг харуулж байна.

Зураг 130. Монгол Улсын эмийн бүртгэлийн мэдээлэл



**305 ширхэг**

Эмийн бүртгэлд  
бүртгэгдээгүй  
/5 нэр төрөл/



**5932 ширхэг**

Хэрэглэх хүчинтэй  
хугацаа дууссан  
/397 нэр төрөл/



**132 ширхэг**

Эм, хаяг шошгын  
зөрчилтэй  
/2 нэр төрөл/

Шаардлага хангаагүй эм, эмийн бүтээгдэхүүний дээж 2017 онд 13.2 хувь байсан бол буурсаар 2020 онд 5.5 хувьд хүрсэн хэдий ч 2022 онд 9.0 хувь болж өсөж, 2023 онд дахин буурч 5.3 хувь болжээ.

Зураг 131. Шаардлага хангаагүй эм, эмийн бүтээгдэхүүний дээжийн эзлэх хувь



Мөн хуурамч, стандартын бус эмтэй тэмцэх үүрэг, хариуцлагыг тодорхойлсон хууль, журам, стандартын бус эмийг буцаан татах, хадгалах, устгах журам, зааваргүй, илэрсэн стандартын бус, хуурамч эмийг олон нийтэд мэдээлэх баримтжуулсан удирдамж, заавар байхгүй байна. Эндээс үзэхэд, эмийн чанар аюулгүй байдлыг хангах, эмийн хүртээмж хангамжийг сайжруулах дунд хугацааны бодлого хангалтгүй хэрэгжиж байна.

- Монгол Улсын Засгийн газрын 2020-2024 оны үйл ажиллагааны хөтөлбөрт туссан арга хэмжээний хэрэгжилт.

Хүний хөгжил бодлогын “Өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, эрт илрүүлэх тогтолцоог бэхжүүлж, орчин үеийн оношилгоо, эмчилгээний технологийг өргөжүүлж, эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний чанар, хүртээмжийг сайжруулна” зорилтын 2.1.8. буюу эм, эмнэлгийн хэрэгслийн чанар, аюулгүй байдлыг хангаж, хүртээмжийг нэмэгдүүлэн бүртгэл, хяналтын цахим тогтолцоог бүрдүүлэх арга хэмжээний хүрээнд 6 арга хэмжээг хэрэгжүүлсэн байна. Үүнд:

Зураг 132. Монгол Улсын Засгийн газрын 2020-2024 оны үйл ажиллагааны хөтөлбөрт туссан арга хэмжээ

2.1.8.1 Эмийн аюулгүй байдлын цахим бүртгэл хяналтыг нэвтрүүлнэ.	2.1.8.3 Эмийн чанар, аюулгүй байдлыг хангах арга хэмжээ боловсруулж, хэрэгжүүлнэ.
2.1.8.5 Эмийн зохицуулалтын төрийн захиргааны байгууллага байгуулна.	2.1.8.6 Төрийн хувийн хэвшлийн түншлэлийн хүрээнд тэргүүлэх чиглэлийг үндэслэн эмнэлгийн хэрэгслийн үйлдвэрлэлийг бодлогоор дамжин.
2.1.8.7 Биобэлдмэлийн үйлдвэрлэлийг эрчимжүүлнэ.	2.1.8.8 Үндэсний аюулгүй байдлын үндэсний лавлагаа лаборатори байгуулна.

Стратеги төлөвлөлт: ЭЭХХЗГ-ын 2024-2027 оны стратеги төлөвлөгөөнд “Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн чанар, аюулгүй байдал, хүртээмжийг нэмэгдүүлэх зорилгоор хүн амыг олон улсын стандартын шаардлагад нийцсэн чанартай, аюулгүй, эмчилгээний өндөр идэвхтэй эм, эмнэлгийн хэрэгслээр хангаж, нотолгоонд суурилсан хараат бус мэдээллийг баталгаажуулан түгээж, үйл ажиллагаандаа дэвшилтэт техник технологи ашиглан олон талт, тогтвортой хамтын ажиллагааг хэрэгжүүлнэ” гэсэн стратегийн зорилгыг дэвшүүлсэн нь тус агентлагийн хөгжлийн стратегийн зорилго оновчтой тодорхойлогдоогүй байх ба харин Стратеги зорилт 1-д Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт зохицуулалтын үйл ажиллагааг нэгдсэн зохицуулалтаар хангаж, төрөөс баримтлах бодлогыг хэрэгжүүлнэ гэж бодлогын зорилгыг зорилт болгон тодорхойлсон зэрэг нь зарчмын хувьд зөрүүтэй байна.

### 2.3.2.1 Стандартын хэрэгжилт ба хяналт

Эрүүл мэндийн салбарт 702 үндэсний стандарт мөрдөж байгаагаас эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт зохицуулалтын газрын үйл ажиллагаатай холбоотой 56 стандарт байна. Үүнээс 17 буюу 30.3 хувь нь эмийн үйлдвэр, биологийн идэвхт бүтээгдэхүүний үйлдвэр, эмийн чанарын лабораторид тавигдах шаардлага гэх мэт үйл ажиллагааг зохицуулсан техникийн шаардлагууд байна. Харин 62.5% нь дотоодын эмийн үйлдвэрт үйлдвэрлэгдсэн бүтээгдэхүүнүүд, 7.1 хувь нь эмнэлгийн хэрэгсэл буюу малгай, маск, улавч зэргийн стандартууд. Үүнээс үзэхэд, Монгол Улсын эмийн салбарт стандарт боловсруулах, стандартыг мөрдөх, олон улсын түвшний эмийн салбарын үйл ажиллагааны болон менежментийн стандартуудын эрх зүйн орчин хангалтгүй бөгөөд хувийн хэвшлийн

байгууллагууд үйлдвэрлэж буй бүтээгдэхүүндээ стандарт батлуулдаг байдал судлагдаж байна.

Эм шинжлэх лаборатори нь MNS ISO/IEC 17025:2018 "Сорилтын болон шалгалт тохируулгын лабораторийн чадавхад тавих ерөнхий шаардлага" стандартаар үйл ажиллагаагаа итгэмжлүүлэн, ЭЭХХЗГ-ын даргын 2023 оны 01 дүгээр сарын 26-ны өдрийн А/14 дүгээр тушаалын 2-р хавсралтаар баталсан 25 бүлэг бүхий чанарын гарын авлага болон менежментийн тогтолцооны журмуудыг мөрдөж хэвшсэн байна.

Мөн эм, эмийн түүхий эд, уламжлалт эм, био бэлдмэл, оношлуур, эмнэлгийн хэрэгсэл, биологийн идэвхт бүтээгдэхүүний чанар, аюулгүй байдлын шинжилгээг үндэсний болон олон улсын фармакопей, стандарт арга, аргачлалын дагуу хийж гүйцэтгэж хэвшсэн ба лабораторийн өдөр тутмын үйл ажиллагааг хэвийн явуулахын тулд 152 стандарт ажлын зааврыг боловсруулан мөрдөн ажиллаж байна.

Харин фармакопейн өгүүлэл гэж эмэнд тавих шаардлага, чанарын үзүүлэлт болон тэдгээрийг шинжлэх аргыг заасан зайлшгүй мөрдөх стандартыг (одоогийн хуульд байгаа тодорхойлолт) ойлгоно.

Монгол Улсын Үндэсний Фармакопей нь хүний эмэнд тавих шаардлага, чанарын үзүүлэлт болон тэдгээрийг шинжлэх арга, аргачлалыг заасан зайлшгүй мөрдөгдөх стандарт болон тэдгээрийн эмхэтгэл юм. Фармакопейд орсон шаардлагуудыг эм үйлдвэрлэгч, эм ханган нийлүүлэгч байгууллага, эмийн хяналт, шалгалт хийдэг бүх байгууллагууд мөрдөн ажиллах үүрэгтэй байдаг ба манай улсын хувьд ч адил мөрдөгддөг.

Эмийн хяналтын лаборатори нь шинжилгээнд нийт 8 орны 24 фармакопейг ашиглаж байгаа ба 18 эмийн хэлбэрийн 3500 гаруй бүртгэлийн материал үүнээс 3000 файлаар, уламжлалт эм, эмийн ургамлын 245 стандартыг шинжилгээнд ашиглаж, хамгийн сүүлийн үеийн фармакопей, арга аргачлалыг ашиглахыг зорьж ажилладаг ба 2013 онд АНУ-ын фармакопей 36, Их Британийн фармакопей 2013 зэргийг авч шинжилгээнд ашиглаж байна. Үүнд:

- АНУ-ын фармакопей USP36/NF31 (3 боть, 2 нэмэлт, 3 флаш);
- Их Британийн фармакопей 2013 (5 боть, 1 нэмэлт, 1 CD);
- Европын фармакопей 8.0, 8.1, 8.2 (2 боть, 2 нэмэлт, 3 флаш);
- БНХАУ-ын фармакопей 2013.

Монгол Улсын Үндэсний Фармакопейн анхдугаар хэвлэл 2011 онд хэвлэгдэн гарсан. Эрүүл мэндийн сайдын 2014 оны 132 дугаар тушаалын 3 дугаар хавсралтаар баталсан "Фармакопей боловсруулах, батлах, дугаар өгөх журам"-ын 1.3-т "Үндэсний болон үйлдвэрлэгчийн фармакопейн өгүүлэлд Эрүүл мэндийн сайдын тушаалаар зөвшөөрсөн бусад орны фармакопейн шаардлага, олон улсын байгууллагын зөвлөмж, шинжлэх ухаан, технологийн түвшинд нийцүүлэн 5 жил тутам үзлэг хийнэ" гэж заасан байдаг ба орчин үеийн техник технологийн хөгжил, эмийн шинжилгээний арга, аргачлалын шинэчлэлтэй уялдаж, үйлдвэрлэгчийн болон үндэсний фармакопейн өгүүлэлд тогтмол шинэчлэл, сайжруулалт хийх зайлшгүй шаардлага гарсан байна. Өөрийн улсын фармакопейг бий болгоход эмэнд агуулагддаг бодисуудыг нарийвчлан судлах, өндөр хүчин чадал бүхий лаборатори, мэргэжлийн хүний нөөц, эмнэлзүйн судалгааны лабораториудын сүлжээ, санхүүгийн их нөөц шаардлагатай учраас эм шинжлэх лаборатори нь олон улсын бэлэн фармакопейг авч ашигласаар ирсэн байна. Үүнд:

- "Эм эмнэлгийн хэрэгслийн тухай хууль"-ийн 23.2 дахь заалт "Эмийн чанарыг фармакопей ба түүнтэй дүйцэхүйц баримт бичгийг үндэслэн баталгаажуулна." (2010 оны 05 сарын 27-ны шинэчилсэн найруулга)
- "Төрийн хяналт шалгалтын тухай хууль"-ийн 4.1.7-д "хяналт шалгалтыг давхардуулахгүй бөгөөд төрийн эрх бүхий байгууллагаас хийсэн шинжилгээний дүн, дүгнэлтийг хяналт шалгалтыг хэрэгжүүлэх эрх бүхий байгууллага харилцан хүлээн зөвшөөрөх", 5.5-д "Хяналт шалгалтын бүрэлдэхүүнд төрийн болон төрийн бус мэргэжлийн бусад байгууллага, шинжээч, шинжилгээний байгууллага, иргэнийг татан оролцуулж болно."
- "Стандартчилал тохирлын үнэлгээний тухай хууль"-ийн 3.1.5-д Тохирлын үнэлгээг хэрэгжүүлэгч байгууллага-сорилтын лаборатори, 14 дүгээр зүйл "Сорилтын лаборатори"-д тавигдах шаардлага, 16 дугаар зүйл "Баталгаажуулалт"

- Сорилтын болон шалгалт тохируулгын лабораторийн чадавхад тавих ерөнхий шаардлага MNS ISO/IEC 17025:2018
- “Эмийн хяналтын лабораторийн зохистой дадал GLP” WHO Technical Report Series, No. 957, 2010, Annex 1
- Эмийн микробиологийн лабораторийн зохистой дадал GLP” WHO Technical Report Series, No. 961, 2011, Annex 2
- Эмийн үйлдвэрийн зохистой дадал Good Manufacturing Practices for pharmaceutical products: main principles” WHO Technical Report Series, No. 961, 2011, Annex 3

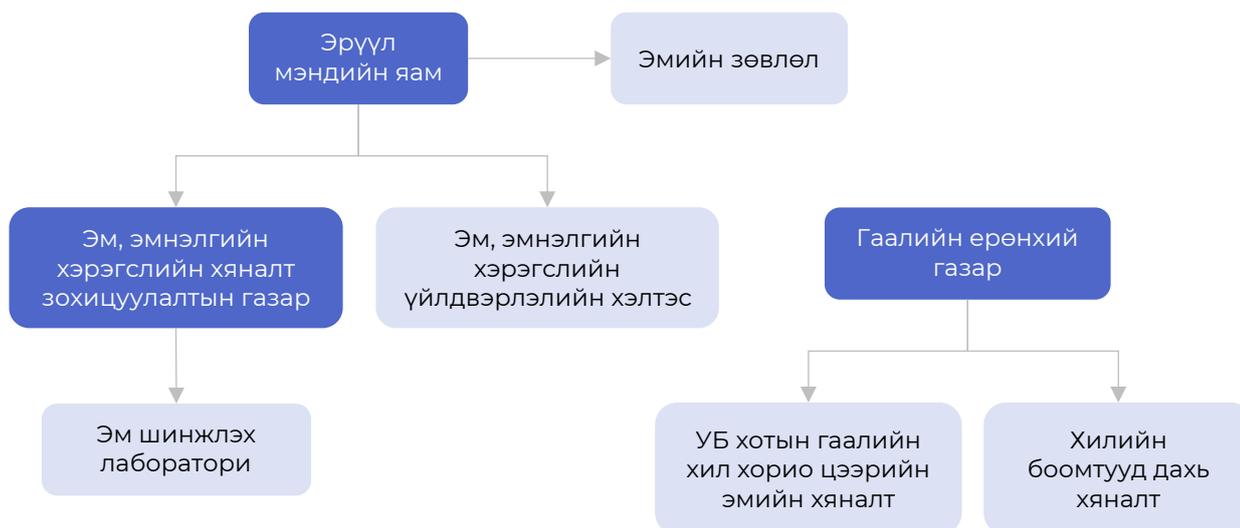
Стандартын тохирлын шинжилгээг дараах байдлаар хийж байна. Үүнд:

- Хяналтын дээж буюу улсын байцаагч нарын хяналт шалгалтын явцад авсан дээжид;
- Монгол Улсын хүний эм, биологийн идэвхт бүтээгдэхүүний шинэ бүртгэлийн дээж болон бүртгэл сунгалтын дээжид;
- Үндэсний эмийн үйлдвэрүүдийн шинээр зохион бүтээж үйлдвэрлэх, эм биологийн идэвхт бүтээгдэхүүн, уламжлалт эмийн стандарт фармакопейн өгүүллийн төслийн дээжид үндэсний болон олон улсын арга аргачлалаар шинжилгээг хийж байна.

Судалгааны шинжилгээг дараах байдлаар хийж байна. Үүнд:

- Цагдаа, тагнуулын байгууллага, хил гаалийн байгууллагаас ирсэн хууль бус, сэжигтэй, хуурамч эмийн дээжид;
- Эмийг зах зээлд гаргасны дараах тандалт судалгааны авсан дээжид шинжилгээг хийж байна.

Зураг 133. Хяналтын тогтолцоо



Хяналтын тогтолцооны хүрээнд эм, эмнэлгийн хэрэгслийн чанар, аюулгүй байдал, химийн, микробиологи болон уламжлалт эмийн шинжилгээг хийж байна.

Эдгээрээс эмийн чанар аюулгүй байдлын хяналтын тогтолцооны хувьд Монгол Улс эм, эмнэлгийн хэрэгслийн 20 хувийг дотоодын үйлдвэрээс, 80 хувийг импортоор нийлүүлдэг ба хилээр нэвтэрч буй эм, эмнэлгийн хэрэгсэл, оношлуур вакцин, биологийн идэвхт бүтээгдэхүүний хяналт гаалийн байгууллагад, харин дотоодын хяналт Эрүүл мэндийн яам болон Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт зохицуулалтын газрын чиг үүрэгт хамаарч байна. Гаалийн байгууллагын хорио цээрийн хяналтын хувьд эм, эмнэлгийн хэрэгсэл, оношлуур вакцин, биологийн идэвхт бүтээгдэхүүн манай улсын хилийн 6 боомтоор нэвтэрч, гаалийн хяналтыг шуудан илгээмжийн хэсэгт 1, бусад боомтод 12 эмийн байцаагч төрийн хяналт шалгалтыг улсын хэмжээнд хэрэгжүүлэн ажиллаж байна.

Хүснэгт 55. Эмийн байцаагчийн тоо, боомтоор

Боомтын нэр	Улсын байцаагч тоо
Сэлэнгэ- Алтанбулагийн боомт	1
Замын үүд боомт	2
Гашуун сухайт боомт	1
Чингис хаан боомт	5

Гаалийн ерөнхий газрын хяналт шалгалт Шадар сайдын 60 дугаар тогтоолоор баталсан түр журмын дагуу дараах дарааллаар хийгдэж байна:

- Гаалийн хянан шалгалт;
- Бичиг баримтын үзлэг (Боомт дээр);
- Биет үзлэг (Гүний гааль дээр);
- Их, дунд, бага эрсдэлтэйг тогтоох.

Их эрсдэлтэй гэж үнэлэгдсэн эм, эмнэлгийн хэрэгсэл, оношлуур, вакцин биологийн идэвхт бүтээгдэхүүнийг зөвхөн Чингис хаан олон улсын хилийн хяналт дээрээс дээж авч ЭЭХХЗГ-ын лабораторийн шинжилгээнд хамруулах зохицуулалттай хяналт тавьж байна. Гаалийн ерөнхий газар үйл ажиллагаандаа Гаалийн хорио, цээрийн цахим үйлчилгээний систем (<https://caps.gaali.mn/>) ашигладаг ч энэ нь ЭЭХХЗГ-ын холбогдох цахим системтэй мэдээлэл солилцдоггүй.

### 2.3.3 Эрүүл мэндийн салбарын стандартын орчин

ЭМЯ, СХЗГ хамтран 2022 онд эрүүл мэндийн салбарын 768 стандартад үзлэг хийж, 134 стандартыг хэвээр үлдээх, 219 стандартыг шинэчлэх, 84 стандартыг хүчингүй болгох, 329 стандартыг дараа хүчингүй болгох буюу орлох эрх зүйн баримт бичиг гарсны дараагаар хүчингүй болгох боломжтой гэж дүгнэсэн байна.

Энэхүү дүгнэлт гарснаас хойш авсан арга хэмжээний үр дүнд эмчилгээ, оношилгооны 71 стандартыг хүчингүй болгож, 5 стандартыг шинэчлэн боловсруулсан бөгөөд 2024 оны 5 дугаар сарын байдлаар эрүүл мэндийн салбарт нийт 702 стандарт мөрдөж байна.

Стандартуудыг зориулалтын ангилал болон 2022 оны үзлэгийн үр дүнгээрх ангилалтай уялдуулж дараах хүснэгтээр харуулав (Хүснэгт 56).

Хүснэгт 56. Эрүүл мэндийн салбарт мөрдөж буй стандарт, зориулалтын ангиллаар

Стандартын ангилал	Нийт	Хэвээр үлдээх	Шинэчлэх шаардлагатай	Хүчингүй болгох	Дараа хүчингүй болгох
<b>Нийт</b>	<b>702</b>	<b>134</b>	<b>225</b>	<b>30</b>	<b>313</b>
Эмчилгээ, оношилгоо	675	133	200	29	313
Чанар	2	1	1	-	-
Эрүүл мэндийн байгууллагын бүтэц, үйл ажиллагаа	25	-	24	1	-

Эх сурвалж: Эрүүл мэндийн яам

Мөрдөж буй 702 стандартыг насжилтаар буюу батлагдсан оноор авч үзвэл, хамгийн олон жил буюу 53 жил мөрдөж буй хамгаалах хувцас хэрэглэл, ариутгал халдваргүйжүүлгийн бодис гэх мэт ангилалд хамаарах хүж болон хүжний түүхий эдийн стандарт (MNS 1167:1971, MNS 1168:1971) байна (Хүснэгт 57).

Хүснэгт 57. Эрүүл мэндийн салбарт мөрдөж буй стандартын тоо, батлагдсан хугацаагаар

Стандартын ангилал	Нийт	1971-1989	1990-2000	2001-2010	2011-2020	2021-2023
<b>Нийт</b>	<b>702</b>	<b>73</b>	<b>83</b>	<b>277</b>	<b>227</b>	<b>42</b>
Эмчилгээ, оношилгоо	675	73	83	275	203	41
Чанар	2	-	-	-	1	1
Эрүүл мэндийн байгууллагын бүтэц, үйл ажиллагаа	25	-	-	2	23	-

Эх сурвалж: Эрүүл мэндийн яам

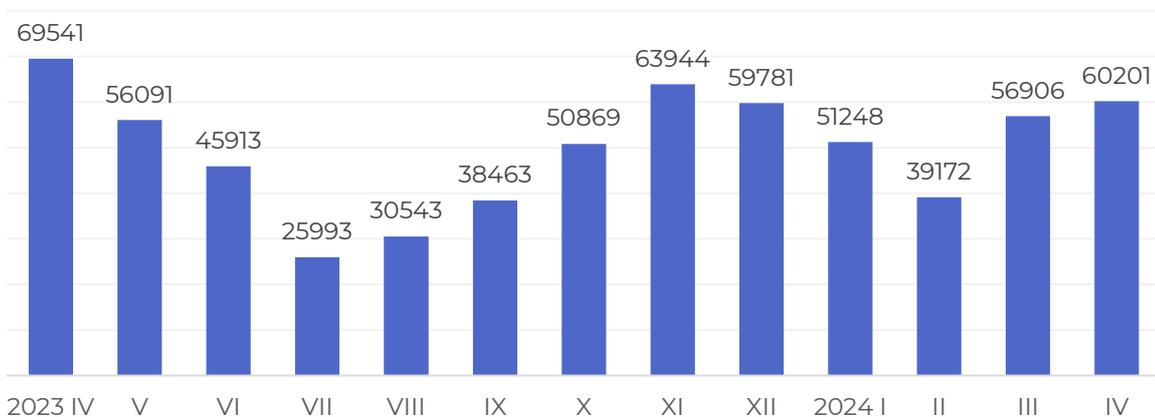
Дээрх стандартууд болон эмнэлзүйн заавар, удирдамжаар Монгол Улсад “Өвчний олон улсын ангилал ICD-10”-аар бүртгэгддэг нийт 10000 орчим өвчний оношийг эмчилж байгаа нь 10 орчим хувьтай байна.

Харин эрүүл мэндийн байгууллагын бүтэц, үйл ажиллагааны стандартын хувьд 2024 оны 5 дугаар сарын байдлаар 25 стандарт мөрдөж байгаа бөгөөд дээрх үзлэгийн үр дүнгээр 24 стандартыг шинэчлэх, 1 стандартыг хүчингүй болгохоор дүгнэжээ.

Цаашид эмчилгээ, оношилгооны стандарт болон эмнэлзүйн заавар удирдамж боловсруулагдаагүй үлдсэн өвчний оношинд хамаарах стандартыг эмнэлзүйн заавар хэлбэрээр боловсруулан Эрүүл мэндийн сайдаар батлуулах шаардлагатай.

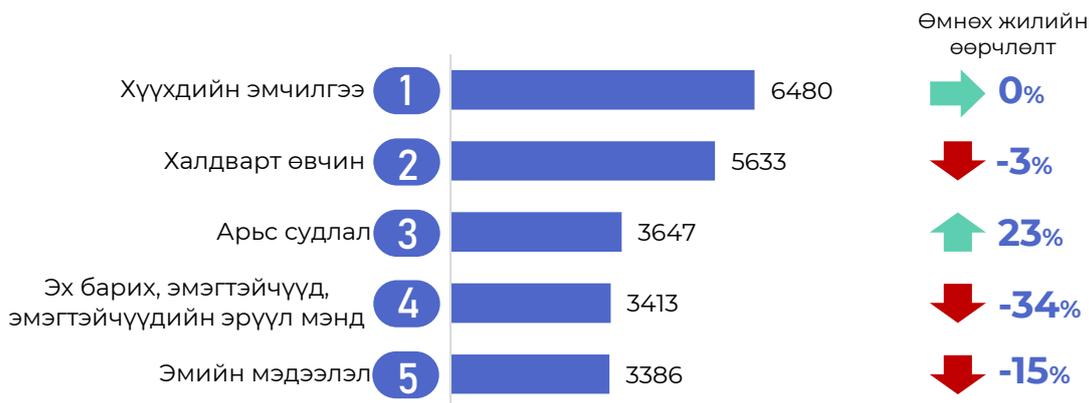
Манай улс тусламж, үйлчилгээний чанарыг сайжруулах зорилгоор 2020 оны 12 дугаар сараас эхлэн UpToDate эмнэлзүйн цахим платформыг нэвтрүүлсэн. Тус цахим платформыг 2024 оны 4 дүгээр сард 60.2 мянга хэрэглэгч ашигласан байна. Сүүлийн 12 сарын ашиглалтаас харахад цахим платформын ашиглалт тогтворжоогүй нь ажиглагдаж байна (Зураг 134).

Зураг 134. UPTODATE эмнэлзүйн цахим платформын хэрэглэгчийн тоо



UpToDate эмнэлзүйн цахим платформын ашиглалтаас үзэхэд, 2024 оны 4 дүгээр сард, хүүхдийн эмчилгээ, халдварт өвчин, арьс судлал, эх барих, эмэгтэйчүүд болон эмийн мэдээлэл ТОП 5 сэдэв байжээ.

Зураг 135. UPTODATE-д хандсан ТОП 5 сэдэв, хандалтын тоогоор



Харин хөхний үрэвсэл, насан хүрэгчдийн цусны даралт ихсэх өвчин, яаралтай эмчилгээ, цочмог нойр булчирхайн үрэвслийн эмчилгээ болон батга, идээд үрэвслийн эмчилгээ ТОП 5 эмчилгээний сэдэв байжээ.

Зураг 136. UPTODATE-д хандсан ТОП 5 эмчилгээний сэдэв, хандалтын тоогоор

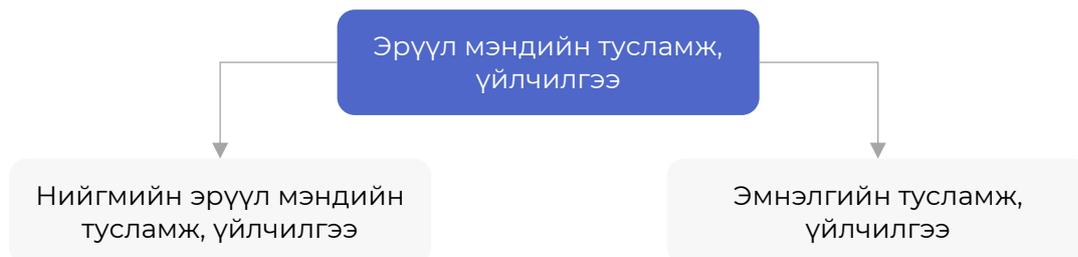


## 2.4 Тусламж, үйлчилгээ ба эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний нийлүүлэлтийн сүлжээ

Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ (Healthcare) нь нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ (Public health) болон эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ (Medical care)-ээс бүрддэг.

Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг хүргэх нь эрүүл мэндийн тогтолцооны нэг чиг үүрэг. Тусламж, үйлчилгээ хүргэх чиг үүрэг нь эрүүл мэндийн тогтолцооны завсрын зорилгод шууд үр нөлөө үзүүлэх цаашлаад эцсийн зорилгод хүрэх бөгөөд арга хэмжээ гэхээсээ илүү үр дүнд хүргэдэг бүтээгдэхүүн нийлүүлэлтийн сүлжээний тухай юм (эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний зохион байгуулалт).

Зураг 137. Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ ангилал



Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 3 дугаар зүйлийн 3.1.3-т “эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ гэж нийгмийн эрүүл мэндийн болон эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээг” гэж эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээнд нэр томъёоны тодорхойлолт хийгээгүй. Мөн хуулийн 13 дугаар зүйлийн 13.2-т “Нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээнд хүн амын эрүүл мэндийн байдал, түүнд нөлөөлөх хүчин зүйлийг тандах, судлах, хянах, эрүүл мэндийг дэмжих, хамгаалах, өвчин, эмгэгээс урьдчилан сэргийлэх, хүн амд эрүүл мэндийн боловсрол олгох үйл ажиллагаа хамаарна” гэжээ. Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний тухай хуулийн 3 дугаар зүйлийн 3.1.1-т эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ гэж “өвчин эмгэг, гэмтэл бэртэл, хүний биеийн үйл ажиллагааны алдагдлыг орчин үеийн болон уламжлалт анагаах ухаанд тулгуурлан оношлох, эмчлэх, сувилах, хөнгөвчлөх, сэргээн засах цогц үйл ажиллагааг” гэж тодорхойлжээ.

Бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтад хүрэх эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийг үнэлэх тусламж, үйлчилгээ хүргэх чиг үүргийг дараах 3-н дэд чиг үүрэгт хуваасан байдаг. Үүнд: нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ, анхан шатны эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ, төрөлжсөн мэргэжлийн тусламж, үйлчилгээ юм. Хэдийгээр ингэж ялгаж ангилахад хүндрэлтэй ч аль ч улс орны эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний зохион байгуулалт, дэд бүтцэд нийцүүлэх уян хатан байдлыг хангадаг гэдгээрээ энэхүү ангилал нь өргөн хэрэглэгддэг.

Нөгөөтээгүүр тухайн улс орны эсвэл тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллагын нөхцөл байдлыг харгалзахгүйгээр дэд чиг үүргүүдэд хуваахад хэцүү байдаг. “Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ” гэсэн нэр томъёо нь тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг байгууллага болон нийлүүлж буй тодорхой бүтээгдэхүүнийг аль алиныг нь хэлж болох тул ялгахад улам төвөгтэй байдаг (Van Olmen et al., 2010). Мюррей, Фрэнк (2000) нар хувь хүний болон нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний ялган харуулсан ба хувь хүний эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ гэдэг нь урьдчилан сэргийлэх, оношлох, эмчлэх, нөхөн сэргээх зорилгоор гадна нөлөөнөөс үл хамааран хувь хүн шууд авч хэрэглэдэг” гэж үзсэн бол нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг “нийтийг хамарсан үйл ажиллагаа” гэж тодорхойлсон.

Тусламж, үйлчилгээ хүргэх чиг үүрэг нь эрүүл мэндийн тогтолцооны завсрын зорилгуудыг хангахад чиглэдэг бөгөөд гүйцэтгэлийн үнэлгээний талбар нь шийдвэр гаргах эрх мэдэл, тусламж, үйлчилгээний нэгдмэл байдал, ба чанарын үнэлгээний механизмуудыг хамардаг.

Чанар нь эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний үр дүнд чухал үүрэг гүйцэтгэдэг бөгөөд чанарын үнэлгээний олон арга хэрэгсэл, механизмыг бүрдүүлэх нь маш чухал хүчин зүйл байдаг.

Эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийн үнэлгээний тусламж, үйлчилгээ хүргэх чиг үүргийн дараагийн бас нэг чухал үр дүн нь хүртээмж ба хүртээмжийг шууд тодорхойлдог шалгуур үзүүлэлтүүд болох хангагдаагүй хэрэгцээ, тусламж, үйлчилгээ хэрэгтэй боловч авч чадахгүй байгаа, тусламж, үйлчилгээний зардлаас шалтгаалсан санхүүгийн бэрхшээл, газар зүйн хүчин зүйлс, зам, тээврийн нөхцөл байдал зэрэг юм. Мөн хүртээмжийг шууд бусаар илэрхийлэх шалгуур үзүүлэлтүүд байдаг. Жишээ нь: чихрийн шижин өвчтэй хүмүүсийн дунд хөлөө тайруулсан тохиолдлын түвшин эсвэл хожуу оношлогдсоны улмаас амьд үлдэх магадлал буурах зэрэг цаг тухайд нь тусламж, үйлчилгээ аваагүйгээс үүдэлтэй эрүүл мэндийн үр дагаврыг агуулдаг шалгуур үзүүлэлтүүд юм. Өөр нэг шалгуур үзүүлэлт тусламж, үйлчилгээний ашиглалтын үзүүлэлт бөгөөд хэт ашиглалт, дутуу ашиглалтын түвшнийг тайлбарлах юм (Elshaug et al., 2017).

#### 2.4.1 Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний нийлүүлэлтийн сүлжээ

Анхан шатны тусламж, үйлчилгээ гэж юу болох тухай тодорхойлолтууд нь маш олон янз байдаг ч ерөнхий ойлголт нь анхан шатны тусламж, үйлчилгээ нь шалтгаан нь тодорхойгүй, эрүүл мэндийн нийтлэг асуудлыг шийдвэрлүүлэх хамгийн түрүүнд хандах цэг болдог (Van Olmen et al, 2010). Өөрөөр хэлбэл хүмүүсийн амьдардаг байршилд хамгийн ойр, хүн бүрд хүртээмжтэй, хүртээмжтэй тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх цэг гэж үздэг байна. Нөгөөтээгүүр, анхан шатны тусламж, үйлчилгээ, төрөлжсөн мэргэжлийн тусламж, үйлчилгээний шатлал хоорондын зааг ялгааг тогтоох, нэг шатлалаас нөгөө шатлалд шилжүүлэх зарчим зэрэг асуудал маргаан дагуулсан олон янзын байр суурийг илэрхийлсэн хэвээр байна. Гэхдээ нэг тодорхой зүйл нь хүн амын эрүүл мэндийн наад захын суурь хэрэгцээг анхан шатны тусламж, үйлчилгээний байгууллагаар дамжуулан хүргэх нь эрүүл мэндийн тогтолцооны зардлын хувьд үр ашигтай, нөгөө талаар бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтад хүрэх хамгийн оновчтой арга зам гэж судлаачид, бодлого боловсруулагчид үзсээр байна. Нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний гүйцэтгэдэг өргөн чиг үүргийг анхан шатны тусламж, үйлчилгээний байгууллагаар дамжуулан үзүүлэх нь (жишээ нь, вакцинжуулалт, гэр бүл төлөвлөлт) эрүүл мэндийн тогтолцооны хувьд хамгийн үр ашигтай зохион байгуулалт юм.

Төрөлжсөн мэргэжлийн тусламж, үйлчилгээ нь хоёрдогч болон гуравдагч шатлалын тусламж, үйлчилгээ гэж хуваагддаг. Хоёрдогч шатлалын тусламж, үйлчилгээг ихэвчлэн орон нутгийн эмнэлгүүд үзүүлдэг бол гуравдагч шатлалын тусламж, үйлчилгээ нь мэргэжлийн нарийн ур чадвартай мэргэжилтнүүдээр, өндөр өртөгтэй нөөцөөр бүс нутгийн болон үндэсний хэмжээнд үзүүлэх нарийн мэргэжлийн тусламж, үйлчилгээг хамардаг (Black & Gruen, 2005). Төрөлжсөн мэргэжлийн тусламж, үйлчилгээний хэрэгцээ, шаардлага улам өөрчлөгдсөөр байна. Тухайлбал, эрүүл мэндийн технологийн хурдацтай хөгжил, тэр дундаа алсын зайн оношилгоо, мэдээллийн технологийн шинэ дэвшлүүд нь тусламж, үйлчилгээг хүнд илүү ойртуулах боломжуудыг бий болгож байна. Энэ нь эмнэлгийн орчин шаардлагатай байсан оношилгоо, эмчилгээг хүмүүсийн гэрт, эсхүл амбулаторийн нөхцөлд хийх боломжийг олгож байгаа бөгөөд цаашлаад халдварт бус архаг өвчний өсөн нэмэгдэж буй эрэлт, хэрэгцээ нь эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээг хүргэх өөр загвар шаардаж байгааг олон улс орон хүлээн зөвшөөрч, эмнэлэгт хэвтүүлэхээс татгалзаж, нарийн мэргэжлийн тусламж, үйлчилгээг хүмүүст таатай, тухтай байх орчинд нь үзүүлдэг загвар руу шилжиж байна. Энэ нь тусламж, үйлчилгээний хүртээмжийг нэмэгдүүлэх, тасралтгүй байдал, хариу арга хэмжээг сайжруулах, зардлыг бууруулах боломж гэж үзэж байна (ДЭМБ, 2016а).

Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ гэж өвчин эмгэг, бэртэл гэмтэл, хүний биеийн үйл ажиллагааны алдагдлыг орчин үеийн болон уламжлалт анагаах ухаанд тулгуурлан оношлох, эмчлэх, сувилах, хөнгөвчлөх, сэргээн засах цогц үйл ажиллагаа гэж Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний тухай хуульд заажээ.

Хүснэгт 58. Эрүүл мэндийн байгууллагын тоо, 2024 оны 4 дүгээр сарын байдлаар

Эрүүл мэндийн байгууллага	Улсын дүн	Аймгийн дүн	Улаанбаатар
<b>Нийт</b>	<b>4746</b>	<b>2206</b>	<b>2540</b>
Өрхийн эрүүл мэндийн төв	224	76	148
Тосгоны эрүүл мэндийн төв	20	16	4

Эрүүл мэндийн байгууллага	Улсын дүн	Аймгийн дүн	Улаанбаатар
Сумын эрүүл мэндийн төв	А зэрэглэл	53	53
	Б зэрэглэл	113	113
	С зэрэглэл	141	141
Хөдөөгийн нэгдсэн эмнэлэг	6	6	
Аймгийн нэгдсэн эмнэлэг	16	16	
Дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг	4		4
Дүүргийн нийгмийн эрүүл мэндийн төв, НЭМУТ	10		10
Бүсийн оношилгоо эмчилгээний төв	5	5	
Тусгай мэргэжлийн төв	3		3
Төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг	14	1	13
Амаржих газар	3		3
Түргэн тусламжийн төв	1		1
Клиник /хувийн/	1466	494	972
Ортой хувийн эмнэлэг	216	102	114
Сувилал	97	52	45
Эм ханган нийлүүлэх байгууллага	128	79	49
Эмийн сан	2097	955	1142
Тусгай эмнэлэг	29	23	6
Бусад	100	74	26

Эх сурвалж: Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв

Эрүүл мэндийн тухай хуульд заасны дагуу Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ нь анхан болон лавлагаа шатлалтай байна.

Анхан шатны тусламж, үйлчилгээг өрхийн эрүүл мэндийн төв (ӨЭМТ), тосгоны эрүүл мэндийн төв (ТЭМТ), сумын эрүүл мэндийн төв (СЭМТ) үзүүлнэ. Лавлагаа шатлалын тусламж, үйлчилгээг аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг, төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг (ТМЭ), тусгай мэргэжлийн төвүүд (ТМТ) үзүүлнэ.

Эмнэлгийн тоо, орны нягтралын үзүүлэлтээр Улаанбаатар хот нь Эдийн засгийн хамтын ажиллагаа, хөгжлийн байгууллагын гишүүн орнууд болон дундаж орлоготой орнуудаас дунджаар 2 дахин их байгаа юм.

Зураг 138. Хэвтүүлэн эмчлэх тусламж, үйлчилгээний орны тоо



Эх сурвалж: Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв

Эрүүл мэндийн тухай хуульд 2024 онд оруулсан нэмэлт өөрчлөлтөөр *Нийгмийн эрүүл мэндийн төв* нь нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний хууль тогтоомжийг хэрэгжүүлэх, эрүүл мэндийг дэмжих орчин бүрдүүлэх үйл ажиллагааг аймаг, дүүргийн түвшинд зохион байгуулна гэж тусгагдсан. Одоогийн дүүргийн эрүүл мэндийн төвүүд нь

эмнэлгийн болон нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг хамт явуулж байгаа ба нийт тусламж, үйлчилгээний дийлэнх хувийг эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ эзэлж байна.

Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 11 дүгээр зүйлд зааснаар бүх шатны Засаг дарга нь аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газрын даргыг эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн Засгийн газрын гишүүнтэй зөвшилцөн Төрийн албаны тухай хуулийн дагуу томилох, чөлөөлөх үүрэгтэй боловч аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газрын бүтэц, орон тоо, үйл ажиллагааны чиг үүргийг баталсан тушаалын 76 хувь нь Засаг даргын захирамжаар, 24 хувийг Эрүүл мэндийн газрын тушаалаар баталсан байна.



Албан хаагч:

Цаашлаад нэгдсэн эмнэлэг болон төрөлжсөн мэргэжлийн эмнэлэг, тусгай мэргэшлийн төвүүд лавлагаа шатлалын эмнэлэг гэх нэг статус дор үйл ажиллагаа явуулж буй нь учир дутагдалтай байна.

Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний зохион байгуулалт зохистой бус байгааг өмнө хийгдэж байсан бодлогын судалгаануудаас харж болно. Бусад улс орнуудтай харьцуулахад Монгол Улсын эмнэлгийн дэд бүтэц, үйлчилгээ нь илүүдэлтэй байгаа. Тухайлбал орны нягтралын үзүүлэлт хувийн эмнэлгийг оруулаад УБ хотод 1000 хүн амд 6.7 байгаа нь бусад хөгжиж байгаа болон хөгжсөн орнуудтай харьцуулахад харьцангуй өндөр байна.

### 2.4.1.1 Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн үндэсний төв

#### Ерөнхий мэдээлэл

ПДИ төслийн хүрээнд иргэнд үзүүлж буй эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний нөхцөл байдлын дүн шинжилгээг Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн үндэсний төв дээр хийсэн.

Эх хүүхдийн эрүүл мэндийн үндэсний төв (ЭХЭМҮТ) нь “Эх, хүүхдэд эмнэлгийн төрөлжсөн мэргэжлийн тусламжийг чанарын өндөр түвшинд, үйлчлүүлэгчийн эрэлт хэрэгцээнд нийцсэн, тав тухтай орчинд үзүүлж, дэлхийн жишигт хүрсэн үйлчилгээг эрхэмлэх” зорилгоор үйл ажиллагаагаа явуулдаг 100 хувь төрийн өмчийн эмнэлэг бөгөөд Эрүүл мэндийн сайдын 2013 оны 11 дүгээр сарын 07-ны өдрийн “Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн үндэсний төвийн дүрэм, бүтэц батлах тухай” 413 дугаар тушаалаар **“Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн үндэсний төв нь улсын хэмжээнд эх, эмэгтэйчүүд, ураг-нярай, хүүхдэд төрөлжсөн мэргэжлийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх, мэргэжил, арга зүйгээр хангах, мэргэжлийн дүгнэлт гаргах лавлагаа төв мөн.”**<sup>101</sup> гэж тодорхойлсон байна.

1930 он байгуулагдсан тус төв нь нөхөн үржихүйн эрүүл мэнд, эх барих, эмэгтэйчүүд, ураг-нярай, хүүхдийн анагаах, хүүхдийн мэс заслын чиглэлээр лавлагаа тусламж үзүүлэх, оношилгоо, эмчилгээний удирдамж, стандарт, арга зүйн зөвлөмж боловсруулах, эх, хүүхдийн чиглэлээр мэргэжилтэн бэлтгэх, давтан сургах, эх хүүхдийн өвчлөл, эндэгдлийн тархалт, нас баралтын тандалтын тогтолцоог бүрдүүлэх, судалгаа, шинжилгээний ажлыг үндэсний хэмжээнд зохион байгуулах чиг үүрэг бүхий эрүүл мэндийн байгууллага юм. ЭХЭМҮТ нь Монгол Улсын нийт эх, эмэгтэйчүүд, хүүхдэд лавлагаа тусламж, үйлчилгээг үзүүлэх эрх бүхий субъект байх бөгөөд Үндэсний статистикийн хорооны 2023 оны мэдээгээр мэдээлсэн дүнтэй харьцуулан тооцоход нийт хүн амын 70 орчим хувьд нь үйлчилгээ үзүүлэх боломжтой байна.

Зураг 139. Үйлчилгээний сегмент, 2023 он



Эх сурвалж: [www.1212.mn](http://www.1212.mn)

<sup>101</sup> Эрүүл мэндийн сайдын 2013 оны “Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн үндэсний төвийн дүрэм, бүтэц батлах тухай” 413 дугаар тушаал

ЭХЭМҮТ-ийн Эх, хүүхэд, эмэгтэйчүүдийн тусламж, үйлчилгээний чиглэлээр олгосон тусгай зөвшөөрлийн дагуу төрөлжсөн мэргэжлийн тусламж, үйлчилгээг амбулатори, яаралтай түргэн тусламж, хэвтүүлэн эмчлэх хэлбэрээр үзүүлдэг<sup>102</sup> бөгөөд нийт 57 тасаг нэгжтэй, тусламж, үйлчилгээг үзүүлэх 680 ортой (Хүснэгт 59).

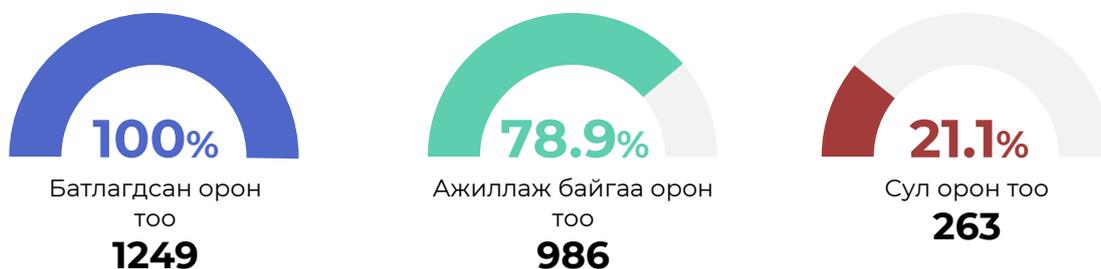
Хүснэгт 59. ЭХЭМҮТ-ийн орны тоо

Төрөл	ЭМД-аас санхүүждэг орны тоо	Төлбөртэй орны тоо
Эх барих эмэгтэйчүүдийн эмнэлэг	256	30
Хүүхдийн эмнэлэг	424	32

Эх сурвалж: ЭХЭМҮ

ЭХЭМҮТ-ийн захирлын 2024 оны Төвийн ор, орон тоо, цалин нэмэгдлийг батлах тухай А/01 дүгээр тушаалаар нийт 1249 орон тоо, баталсан<sup>103</sup> бөгөөд 2024 оны 04 дүгээр сарын 09-ний өдрийн байдлаар нийт 986 эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэн тус төвд ажиллаж байгаа бол дутуу орон тоо 263<sup>104</sup>.

Зураг 140. ЭХЭМҮТ-ийн хүний нөөц бүрдүүлэлт



Хүснэгт 60-д үзүүлсэн үндсэн 13 төрлөөр, 431 оношийн хамааралтай бүлгээр Эрүүл мэндийн даатгалаас санхүүжих тусламж, үйлчилгээг үзүүлдэг бол ЭХЭМҮТ-ийн ерөнхий захирлын тушаалаар батлагдсан хүүхдийн эмнэлгийн эмчлэгдэх өвчний жагсаалт 709, Эх барих, эмэгтэйчүүдийн эмнэлгийн эмчлэгдэх өвчний жагсаалт 504 байдаг байна<sup>105</sup>.

Хүснэгт 60. Эрүүл мэндийн даатгалаас санхүүждэг тусламж, үйлчилгээний төрөл<sup>106</sup>

№	Тусламж, үйлчилгээний төрөл
1	Хэвтүүлэн эмчлэх
	Эмийн эмчилгээ
	Мэс засал
	Эрчимт эмчилгээ
2	Амбулаторийн тусламж, үйлчилгээ
	Хавдрын хими эмчилгээ
	Амбулаторийн оношилгоо, шинжилгээ
	Амбулаторийн үзлэг
	Амбулаторийн хяналтын үзлэгийн багц
	Жирэмсний хяналтын багц
3	Өндөр өртөгтэй оношилгоо, шинжилгээ
	Мэс засал
4	Өдрийн мэс засал
5	Хорт хавдрын химийн өдрийн эмчилгээ
6	Диализын тусламж, үйлчилгээ

<sup>102</sup> ЭХЭМҮТ. “Магадлан итгэмжлүүлэх хүсэлт гаргаж буй эрүүл мэндийн байгууллагын танилцуулга. (Маягт №1)

<sup>103</sup> ЭХЭМҮТ-ийн захирлын 2024 оны “Төвийн төсөвт ор, орон тоо, цалин, нэмэгдлийг батлах тухай” А/01 дүгээр тушаал

<sup>104</sup> ЭХЭМҮТ-ийн хүний нөөцийн жагсаалт 2024 оны 4 сар

<sup>105</sup> ЭХЭМҮТ-ийн тасаг нэгжүүд

<sup>106</sup> ЭХЭМҮТ, Эрүүл мэндийн даатгалын санхүүжилт төрлөөр

7	Яаралтай тусламж
8	Телемедициний тусламж, үйлчилгээ
9	Сэргээн засах амбулаторийн үзлэг
10	Сэргээн засах өдрийн эмчилгээ
11	Алсын дуудлага
12	Төр хариуцах эм
13	Урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн багц

### Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний мэдээлэл

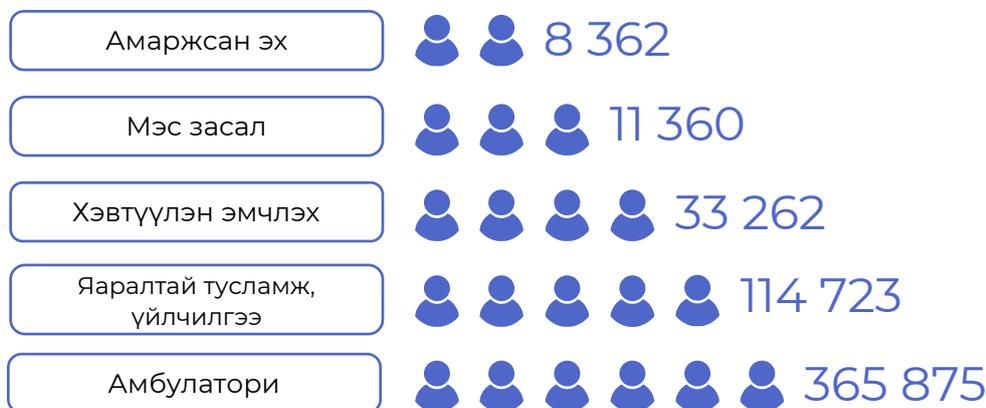
ЭХЭМҮТ-ийн хэвтүүлэн эмчлэх тусламж, үйлчилгээг авч үзвэл 2023 онд 216,337 ор ашиглан, 33,262 эх, эмэгтэйчүүд, хүүхэд хэвтэн эмчлүүлжээ. 2023 онд ЭХЭМҮТ нь 680 төсөвт ортой ажилласан ба нийт төсөвт орны 37.6 хувийг Эх барих эмэгтэйчүүдийн эмнэлэг (ЭБЭЭ), 62.4 хувийг Хүүхдийн эмнэлэг (ХЭ), үүний 64.4 хувийг хүүхдийн дотрын тасгууд, 35.6 хувийг хүүхдийн мэс заслын тасгууд эзэлж байна<sup>107</sup>.

Зураг 141. ЭХЭМҮТ-ийн төсөвт ор, 2023 он



2023 онд ЭХЭМҮТ-ийн орны фонд ашиглалт 318.1, орны эргэлт 48.9, дундаж ор хоног 6.5, ор хоногийн төлөвлөгөөний биелэлтийн хувь 2023 онд 96.4 хувь байна.

Зураг 142. ЭХЭМҮТ-ийн тусламж, үйлчилгээний үзүүлэлт, 2023 он



ЭХЭМҮТ-ээс үзүүлж буй мэргэжлийн тусламж, үйлчилгээнээс хамгийн түгээмэл нь амбулатори, яаралтай түргэн тусламжийн үйлчилгээ үйлчилгээ байна. Мөн ПДИ төсөл хэрэгжиж эхлэх үед Эх барих эмэгтэйчүүдийн эмнэлгийн Нөхөн үржихүйн зөвлөх поликлиник шинээр ашиглалтад орж, Хүүхдийн эмнэлгийн Яаралтай түргэн тусламж (ЯТТ)-ийн тасагт бүрэн засвар хийгдэж шинэчлэгдэж байсан тул тухайн эмнэлэгт процессын зураглал хийх ажлыг Хүүхдийн эмнэлгийн Яаралтай түргэн тусламжийн тасаг, Эх барих эмэгтэйчүүдийн эмнэлгийн Нөхөн үржихүйн зөвлөх поликлиник хэсэгт хийхээр сонгосон.

### Процесс зураглал, шинжилгээ

<sup>107</sup> ЭХЭМҮТ, Эрүүл мэндийн үзүүлэлт 2023

ЭХЭМҮТ-ийн Хүүхдийн эмнэлгийн ЯТТ-ийн үйлчилгээ болон Эх барих, эмэгтэйчүүдийн эмнэлгийн амбулаторын үйлчилгээнд тулгуурлан нийт 13 процессыг сонгож зураглав.

ЭХЭМҮТ нь оношийн хамааралтай 431 бүлгийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг бөгөөд Хүүхдийн эмнэлгийн ЯТТ-ийн үйлчилгээ болон Эх барих, эмэгтэйчүүдийн эмнэлгийн амбулаторийн үйлчилгээгээр нийт үйлчлүүлэгчдийн 36.6 хувь нь үйлчлүүлдэг байна.

Хүснэгт 61. ЭХЭМҮТ-ийн үйл ажиллагаанаас сонгон зурагласан процесс зураглалын мэдээлэл

№	Тасаг	Сонгосон процесс	Оролцогч буюу хариуцагч талын тоо	Процессын алхмын тоо	Эмнэлэг тал /Хугацаа минутаар/
1	ХЯТТ	47. ЭХЭМҮТ-Процессын нэр (Ногоон эрэмбэ)	4	10	<b>42</b>
2	ХЯТТ	48. ЭХЭМҮТ-Процессын нэр Шар эрэмбэ-Мухар олгой	18	41	<b>500</b>
3	ХЯТТ	49. ЭХЭМҮТ-Процессын нэр Шар эрэмбэ-Буглаа	12	30	<b>320</b>
4	ХЯТТ	50. ЭХЭМҮТ-Процессын нэр Шар эрэмбэ-Угаарын хордлого	11	45	<b>230</b>
5	ХЯТТ	51. ЭХЭМҮТ-Процессын нэр Улаан эрэмбэ-Шар эрэмбэ рүү шилжсэн-Таталт	16	30	<b>498</b>
6	ХЯТТ	52. ЭХЭМҮТ-Процессын нэр Улаан эрэмбэ-Мэс засал	24	58	<b>320</b>
7	ХЯТТ	53. ЭХЭМҮТ-Процессын нэр Улаан эрэмбэ-Дотор	17	37	<b>594</b>
8	НҮЗП	54а. ЭХЭМҮТ-Процессын нэр Ургийн гажиг илрүүлэх	8	18	<b>1756</b>
9	НҮЗП	54б. ЭХЭМҮТ-Процессын нэр Ургийн гажиг батлагдсан жирэмслэлтийг хожуу хугацаанд таслах	9	23	<b>230</b>
10	НҮЗП	55а. ЭХЭМҮТ-Процессын нэр Дутуу тээлт судлалын хяналт, төрөлт	21	58	<b>1495</b>
11	НҮЗП	55б. ЭХЭМҮТ-Процессын нэр Зуршмал дутуу төрсөн нярай нас барах	7	21	<b>1541</b>
12	НҮЗП	56. ЭХЭМҮТ-Процессын нэр Зүрхний эмгэгтэй эмэгтэй хяналт, кесров хагалгаа	24	55	<b>1129</b>
13	НҮЗП	57. ЭХЭМҮТ-Процессын нэр Эмэгтэйчүүдийн эмгэг судлал, хавдрын мэс засал	18	38	<b>1083</b>

ЭХЭМҮТ-ийн сонгон зурагласан процесс зураглал, шинжилгээний хүрээнд дараах эх сурвалжуудаас, нийт 731 асуудлыг цуглуулж, дүн шинжилгээ хийлээ.

Зураг 143. ЭХЭМҮТ-ийн процесс шинжилгээний явцад цугласан асуудлуудын эх сурвалж



ЭХЭМҮТ-ийн сонгон зурагласан процесс зураглал, шинжилгээний цуглуулсан асуудлуудаас тусламж, үйлчилгээтэй холбоотой нь 47 хувь, процесс үйл ажиллагаатай холбоотой асуудал 46 хувийг эзэлж байгаа нь тухайн эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний үйл ажиллагаанд зайлшгүй процессын дахин инженерчлэлийн судалгаа хийх шаардлагатай гэж дүгнэсэн.

Тусламж, үйлчилгээний асуудлуудаас хамгийн олон давтагдсан асуудлыг ихээс бага руу нь эрэмбэлбэл: зохион байгуулалт 31 хувь, дотоод орчин тохижилттой холбоотой 20 хувь, хүлээгдэл, ачаалал 19 хувь, үйлчилгээний чанар 16 хувь, цаг авалт 13 хувийг эзэлж байна.

Процесс үйл ажиллагаатай холбоотой олон давтагдсан асуудлыг ихээхэн бага руу нь эрэмбэлбэл: зохион байгуулалт 17 хувь, мэдээллийн дутмаг байдал 16 хувь, дотоод орчин тохижилттой холбоотой 11 хувь, хүлээгдэл, ачаалал 11 хувь, үйлчилгээний чанар 9 хувийг эзэлж байна.

*Дээрх нөхцөл байдлаас харгалзан дүгнэхэд хэд хэдэн төрлийн асуудлууд тодорхой чиглэлүүдээр давхардаж байгаа бөгөөд нийт асуудлын төрлөөр ангилан авч үзвэл хамгийн олон хувилбараар давтагдах магадлалтай эхний 8 асуудал нь нийт асуудлуудын 84 хувийг бүрдүүлж байна. Үүнд: зохион байгуулалт 14.8 хувь, мэдээллийн дутмаг байдал 14.2 хувь, хангамж, тоног төхөөрөмжтэй холбоотой 11.4 хувь, хүний нөөц 11.1 хувь, дотоод орчин, тохижилттой холбоотой 9.6 хувь, хүлээгдэл, ачаалал 9.2 хувь, үйлчилгээний чанар 7.8 хувь, цаг авалттай холбоотой асуудал 6 хувийг тус тус эзэлж байна.*

Мөн процессын зураг зурах, фокус ярилцлага хийх болон иргэний үйлчилгээ авах үйл явцыг ажиглах хүрээнд цугласан нийт 731 асуудлыг зурагласан процессын төрлөөр харгалзуулж, хамгийн их асуудал тулгардаг, эхний 8 процессыг тодорхойлоход дараах үр дүн гарав.

*Хүснэгт 62. ЭХЭМҮТ-ийн хамгийн их асуудал тулгардаг процессын жагсаалт*

Процессын үйл ажиллагаа	Асуудлын тоо	Хувь
55а. ЭХЭМҮТ-Процессын нэр Дутуу тээлт судлалын хяналт, төрөлт	160	13.4%
53. ЭХЭМҮТ-Процессын нэр Улаан эрэмбэ-Дотор	140	11.7%
54а. ЭХЭМҮТ-Процессын нэр Ургийн гажиг илрүүлэх	120	10.0%
49. ЭХЭМҮТ-Процессын нэр Шар эрэмбэ-Буглаа	112	9.4%
56. ЭХЭМҮТ-Процессын нэр Зүрхний эмгэгтэй эмэгтэй хяналт, кесар хагалгаа	106	8.9%
57. ЭХЭМҮТ-Процессын нэр Эмэгтэйчүүдийн эмгэг судлал, хавдрын мэс засал	99	8.3%
54б. ЭХЭМҮТ-Процессын нэр Ургийн гажиг батлагдсан жирэмслэлтийг хожуу хугацаанд таслах	88	7.4%
48. ЭХЭМҮТ-Процессын нэр Шар эрэмбэ-Мухар олгой	87	7.3%

ЭХЭМҮТ-ийн эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээг үзүүлэхэд тулгардаг бэрхшээлүүдийн гол шалтгааныг олж тодорхойлох, шийдвэрлэх зорилгоор учир шалтгааны шинжилгээний арга (RCA)-ыг ашиглан асуудал үүсгэж буй бодит шалтгааныг илрүүлэхээр зорьсон. Тус шинжилгээгээр ЭХЭМҮТ-ийн цахим систем, тоног төхөөрөмжийн асуудал болон процесс урсгал, дотоод зохион байгуулалтын асуудал, хүлээгдэл ачаалалтай холбоотой хүндрэлүүдийг нэн тэргүүнд шийдвэрлэх шаардлагатай гэж тодорхойлсон.

*Зураг 144. ЭХЭМҮТ-ийн үйлчилгээнд тулгамдаж буй асуудлын учир шалтгааны дүн шинжилгээ*



### Иргэний эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ авах процессын шинжилгээ

Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн үндэсний төвийн үйл ажиллагаатай уялдуулан зурагласан процесс зураглалын дагуу иргэний тус төвөөс үйлчилгээ авч буй үйл ажиллагааг дагаж, хөндлөнгийн ажиглалтыг ЗГХХГ, ЭМЯ, ЭМДЕГ, ЭЭХХЗГ-ын төлөөлөл бүхий Судалгааны баг-4 ийн 5 гишүүн болон ЭХЭМҮТ-ийн төгсөлтийн дараах сургалтад хамрагдаж буй 6 резидент эмч хамтран гүйцэтгэлээ.

ЭХЭМҮТ-ээс үйлчилгээ авагч иргэн дагаж, процесс ажигласан баг бүрэлдэхүүн давхардсан тоогоор нийт 149 иргэний процесс ажиглалтыг хийсэн.

- Үйлчилгээ хүлээсэн хугацаа
- Үйлчлүүлсэн хугацаа
- Тухайн үйлчилгээг авахад тулгарсан үйлчлүүлэгчийн сэтгэл ханамж
- Тулгамдаж буй асуудал, шийдвэрлэх шаардлагатай санал хүсэлт
- Эмнэлгийн орчны үнэлгээ зэргийг үйлчлүүлэгчтэй харилцан ярилцах, асууж тодруулах хэлбэрээр ажиглаж, тэмдэглэсэн.

Хүүхдийн эмнэлгийн 7 процесс зураглалын хүрээнд 53 хүүхэд, Эх барих эмэгтэйчүүдийн эмнэлгийн 6 процесс зураглалтай холбоотой давхардсан тоогоор 96 үйлчлүүлэгчийг ажигласан бөгөөд дээрх эмнэлгүүдийн мэс заслын болон хэвтүүлэн эмчлүүлэх тасгуудад ажигласан ажиглалтын түүврийн хэмжээ хангалттай бүрдээгүй, ажиглалтын тэмдэглэл бүрэн бус байгаагаас шалтгаалан бүрэн зураглалаар, дэлгэрэнгүй шинжилгээ хийх боломжгүй байв.

Иймд тухайн процесс зураглал тус бүрээр өвчний онош, төрлөөр ангилахад хүндрэл тулгарсан тул тухайн тасаг нэгжээс үйлчилгээ авсан иргэний шилжин эмчлүүлж буй тасаг нэгжийн ажиглалтын дундаж үзүүлэлтээр шинжилгээ хийв. Шинжилгээг үйлчлүүлэгчийн сэтгэл ханамж, орчны үнэлгээ, үйлчилгээний хугацаа, хүлээлгийн үзүүлэлтээр харуулав.

Хүснэгт 63. ЭХЭМҮТ-ээс үйлчилгээ авч буй иргэний процессын ажиглалтын шинжилгээ

Тасаг нэгж	Дагасан хүний тоо	Дундаж хүлээлгийн хугацаа /мин/	Дундаж үйлчлүүлсэн хугацаа /мин/	Сэтгэл ханамжийн түвшин /оноо/	Эмнэлгээс гаднах хүлээлэг /цаг/	Эмнэлгийн үнэлгээ дундаж /оноо/	Цахим гацаж хүлээсэн дундаж хугацаа /мин/
<b>ХЭ</b>	<b>53</b>	<b>91</b>	<b>74</b>	<b>3.9</b>	<b>3.7</b>	<b>24</b>	<b>31</b>
АЭЭСТ	4	35	134	4.8	4.5		
ЕМЗТ	4	183	81	3.7	3.3		
МЗЭЭТ	1				4.0		

Засгийн газрын Хяналт хэрэгжүүлэх газар

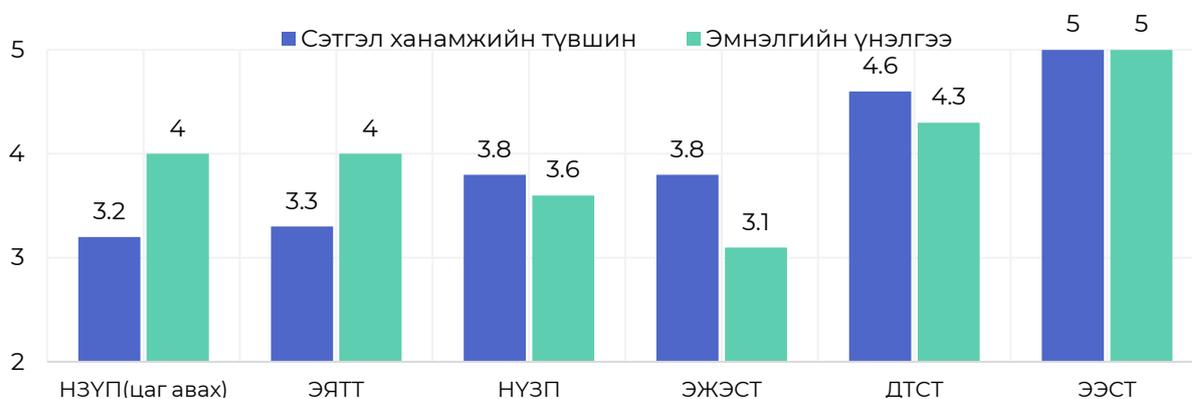
МХНТ	7	144	103	3.7	3.0		
МЭСТ	2	90	43	4.5	4.0		
ХБЭЭСТ	2	20	276	4.7	4.7		
ХЯТТ	32	84	50	3.7	3.8	24	31
ЦХМЗТ	1	0	12	5.0	4.0		
<b>ЭБЭЭ</b>	<b>96</b>	<b>66</b>	<b>26</b>	<b>3.5</b>	<b>3.7</b>	<b>155</b>	<b>40</b>
ДТСТ	4	58	71	4.6	4.3		
МХНТ	1	120	34				
НЗҮП (цаг авах)	42	7	2	3.2	4.0	48	
НҮЗП	42	106	37	3.8	3.6	170	40
ЭЖЭСТ	1	20	80	3.8	3.1		
ЭЭСТ	1	120	110	5.0	5.0		
ЭЯТТ	5	205	67	3.3	4.0	24	40
<b>Нийт</b>	<b>149</b>	<b>74</b>	<b>42</b>	<b>3.7</b>	<b>3.7</b>	<b>148</b>	<b>34</b>

**Үйлчилгээний сэтгэл ханамж:**

Хүүхдийн эмнэлгийн яаралтай тусламжийн тасгаар үйлчлүүлэн, холбогдох тасаг нэгжүүдэд шилжсэн үйлчлүүлэгчийн сэтгэл ханамжийн түвшин дунджаар 3.9, Эх барих эмэгтэйчүүдийн эмнэлгийн Нөхөн үржихүйн зөвлөх поликлиникээс үйлчилгээ авч, дамжин өөр тасгуудад шилжин эмчлүүлж буй үйлчлүүлэгчийн сэтгэл ханамжийн түвшин дунджаар 3.5 байна.

Харин эмнэлгийн гадаад орчныг үнэлсэн сэтгэл ханамжийн түвшин Хүүхдийн эмнэлэг болон Эх барих эмэгтэйчүүдийн эмнэлгээр үйлчлүүлсэн үйлчлүүлэгчийн эмнэлгийн орчны сэтгэл ханамжийн үнэлгээ ижил буюу дунджаар 3.7 байна.

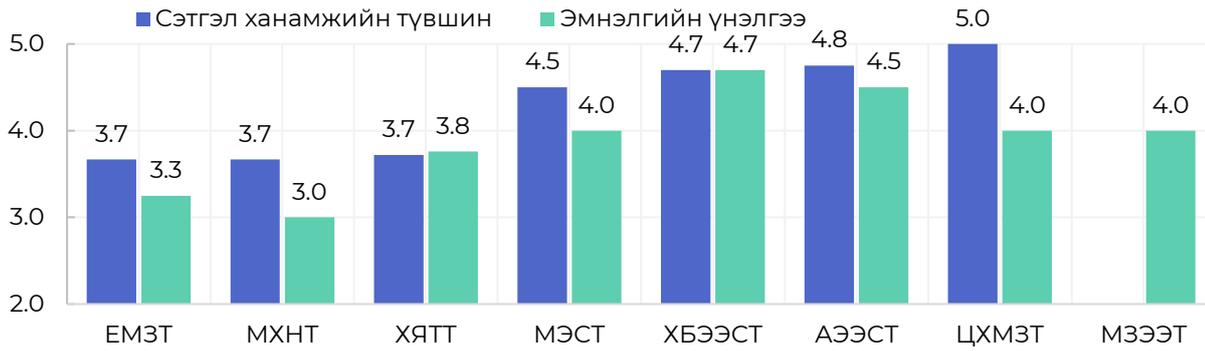
Зураг 145. ЭБЭЭ-ийн үйлчлүүлэгчийн сэтгэл ханамжийн үзүүлэлт



Эх барих эмэгтэйчүүдийн эмнэлгийн үйлчлүүлэгчийн сэтгэл ханамжийн түвшин эмнэлэгт хэвтэхээс өмнөх тасаг нэгжүүдэд хамгийн бага байлаа. Тухайлбал Нөхөн үржихүйн зөвлөх поликлиникээс үзлэгийн цаг авч буй үйлчлүүлэгчийн сэтгэл ханамжийн түвшин хамгийн бага байх бөгөөд үзлэгийн хүлээгдэл, үйлчилгээний зохион байгуулалттай холбоотой хүндрэлүүдээс шалтгаалдаг байна. Мөн Эмэгтэйчүүдийн эмнэлгийн яаралтай тусламжийн үйлчилгээ болон амбулаторийн тусламж, үйлчилгээний үйлчлүүлэгчийн сэтгэл ханамж бусад хэвтэн эмчлүүлж, буй тасаг нэгжийн сэтгэл ханамжийн үзүүлэлтээс бага.

Хүүхдийн эмнэлгээр үйлчлүүлэгчдийн Ерөнхий мэс заслын тасаг болон мэдээгүйжүүлэг хагалгааны нэгдсэн тасгийн үйлчлүүлэгчдийн сэтгэл ханамжийн түвшин хамгийн бага байх бөгөөд орчны үнэлгээ мөн муу байна. Дээрх хагалгааны тасгуудын дараа хүүхдийн яаралтай түргэн тусламжийн тасгийн орчны болон сэтгэл ханамжийн үнэлгээ бага гарсан.

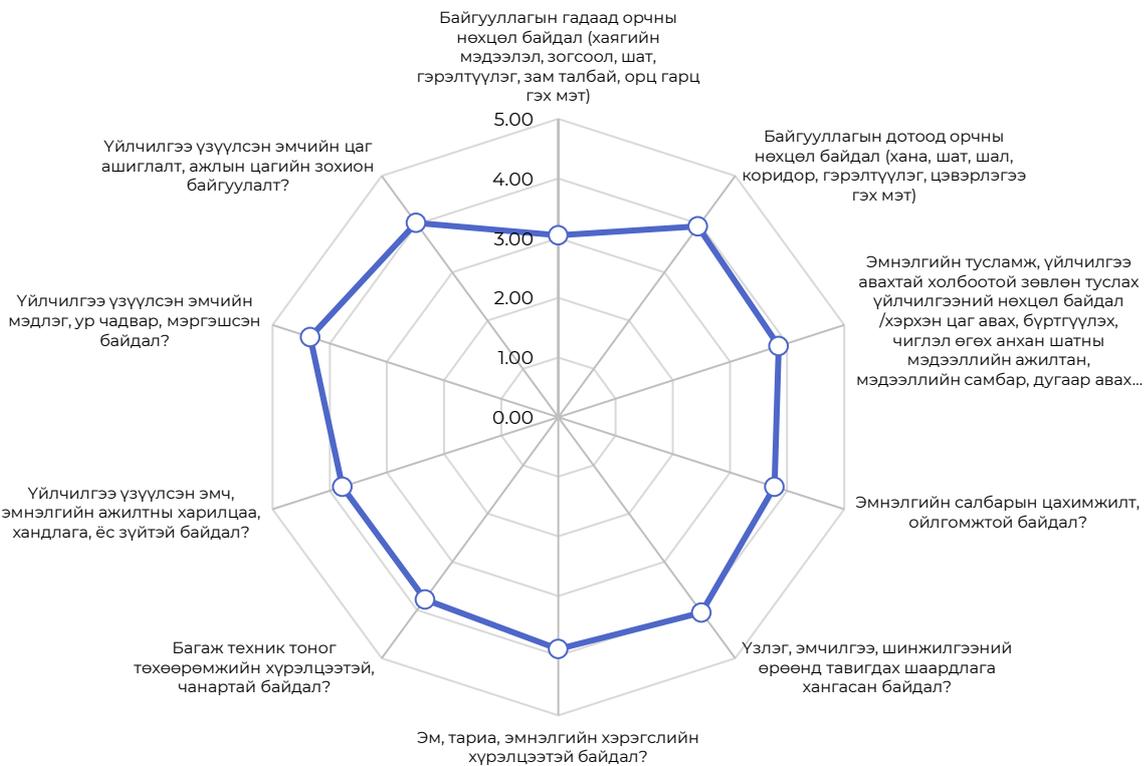
Зураг 146. Хүүхдийн эмнэлгийн үйлчлүүлэгчийн сэтгэл ханамжийн үзүүлэлт



Сэтгэл ханамжийн судалгааг иргэдийн үйлчилгээг ажиглах явцад мэдээлэл цуглуулж, дүн шинжилгээ хийсэн нь тухайн иргэдийн үйлчилгээ авах цаг мөч дэх сэтгэл ханамжийг илэрхийлж байгаа бөгөөд үр дагавар, үр нөлөөг үнэлсэн үнэлгээ биш юм. Түүнчлэн үйлчилгээний дараах, үйлчилгээнд хамрагдаж чадаагүй иргэдийн сэтгэл ханамжийн үзүүлэлтийн түвшинг тусгаагүй тул нийт иргэдийн дунд өөр сувгаар, нарийвчлан тодорхойлсон аргачлалаар үйлчилгээний сэтгэл ханамжийг дэлгэрүүлэн судалж, тус шинжилгээний үр дүнтэй тулган нягтлах шаардлагатай.

Иргэний үйлчилгээ авах процесс ажиглалтын хүрээнд эмнэлгийн үнэлгээг байгууллагын гадаад, дотоод орчин, нөхцөл болон эмч ажилтны харилцаа, мэдлэг ур чадвартай холбоотой асуултуудаар үйлчлүүлсэн иргэнээс асуулт асууж, 1-5 онооны зарчмаар 10 асуултаар үнэлсэн. Иргэний эмнэлгийн үнэлгээний дүнгээр иргэд ЭХЭМҮТ-ийн үйлчилгээ үзүүлсэн эмчийн мэдлэг, ур чадвар, мэргэшсэн байдлыг өндрөөр үнэлсэн бол байгууллагын гадаад орчны нөхцөл байдал (хаягийн мэдээлэл, зогсоол, шат...) -ыг хамгийн багаар үнэлсэн.

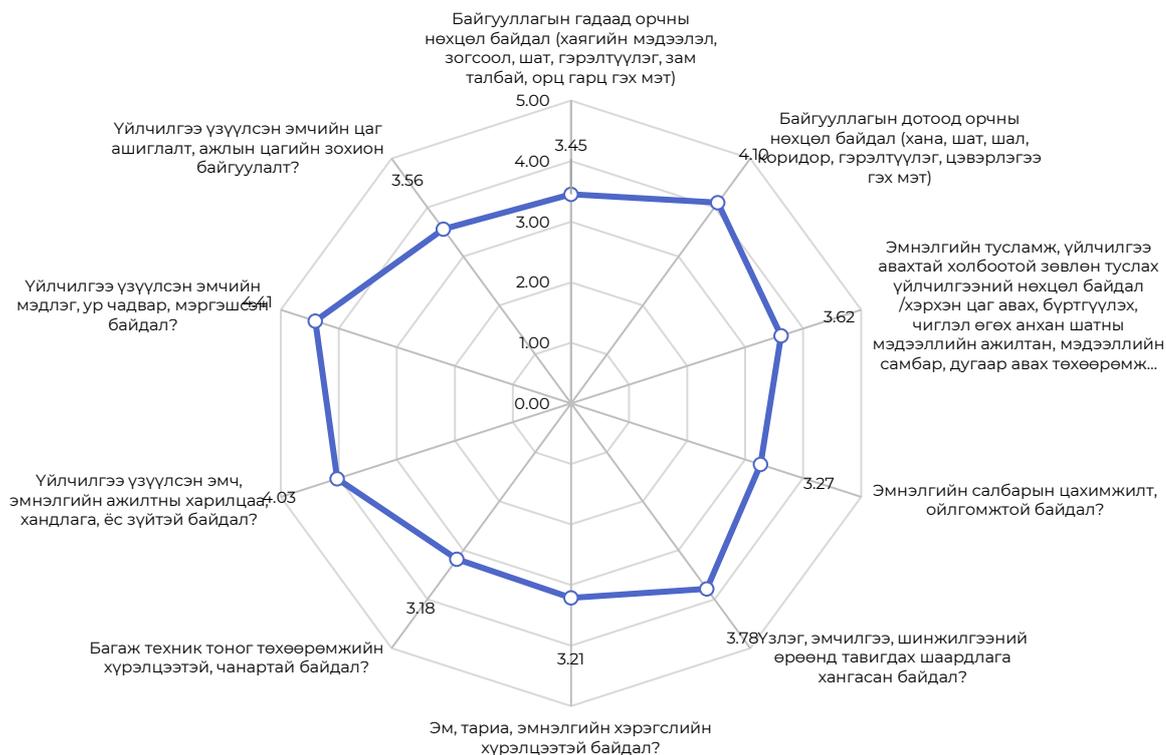
Зураг 147. Хүүхдийн эмнэлгийн үйлчлүүлэгчийн орчны үнэлгээ



Хүүхдийн эмнэлгээр үйлчлүүлж буй үйлчлүүлэгчдийн орчны үнэлгээний асуулгын үр дүнд эмч, ажилтны мэдлэг, ур чадвар, мэргэшсэн байдлыг үйлчлүүлэгч иргэд хамгийн өндрөөр үнэлсэн бол байгууллагын гадна орчны нөхцөл байдал, хаягжилт, зогсоол, шат зэргийг хамгийн бага /дундаж/-аар үнэлсэн. Мөн эмнэлгийн багаж тоног төхөөрөмжийн хүрэлцээ, чанартай байдал, эмнэлгийн цахимжилт, ойлгомжтой байдал болон үйлчилгээ

үзүүлсэн эмч, ажилтны харилцаа хандлагад бусад үзүүлэлттэй харьцуулахад бага үнэлгээ өгсөн.

Зураг 148. Эх барих эмэгтэйчүүдийн эмнэлгийн үйлчлүүлэгчийн орчны үнэлгээ



Эх барих эмэгтэйчүүдийн эмнэлгээр үйлчлүүлж буй үйлчлүүлэгчдийн орчны үнэлгээний асуулгын үр дүнд эмч, ажилтны мэдлэг, ур чадвар, мэргэшсэн байдлыг үйлчлүүлэгч иргэд хамгийн өндрөөр үнэлсэн бол эмнэлгийн багаж тоног төхөөрөмжийн хүрэлцээ, чанартай байдал, эм тариа, эмийн хэрэгслийн хүрэлцээтэй байдал болон байгууллагын гадна орчны нөхцөл байдал, хаягжилт, зогсоол, шат зэргийг хангалтгүй үнэлсэн.

Мөн эмнэлгийн цахимжилт, ойлгомжтой байдал болон үйлчилгээ үзүүлсэн эмч, ажилтны ажлын цагийн зохион байгуулалт, тусламж, үйлчилгээ авахтай холбоотой зөвлөн туслах үйлчилгээг бусад үнэлгээтэй харьцуулахад бага үнэлгээ өгсөн байна.

**Үзлэгийн хүлээгдэл, хугацаа:**

Иргэн дагасан процессын хүлээгдэл, хугацааг нийт тухайн тасгаас үйлчилгээ авсан хүний дундаж үзүүлэлтээр тооцоолж гаргасан бөгөөд нийт 13 процессоос 55б. ЭХЭМҮТ-Зуршмал дутуу төрсөн нярай нас барах процесс-ын ажиглалт хийгдээгүй.

Бусад 12 процесст ажиглалт хийснээс Хүүхдийн эмнэлгийн 52. ЭХЭМҮТ-Процессын нэр Улаан эрэмбэ-Мэс засал, 53. ЭХЭМҮТ-Процессын нэр Улаан эрэмбэ-Дотор процессууд эрчимт эмчилгээний тасаг дахь ажиглалт дутуу, хугацаа дутуу бичигдсэн бөгөөд тодорхой үр ашиггүй хүлээлгийн хугацаа бага байна.

Эх барих эмэгтэйчүүдийн эмнэлгийн 55а. ЭХЭМҮТ-Процессын нэр Дутуу тээлт судлалын хяналт, төрөлтийн процесс төрөх тасаг дахь ажиглалт үйлдэл бүртгэгдсэн бөгөөд хугацаа тодорхойгүй, нярай судлалын тасаг дахь үйл ажиллагааг бүрэн хугацаагаар тооцож бүртгээгүй.

Хүснэгт 64. ЭХЭМҮТ-ээс үйлчилгээ авч буй иргэний процессын ажиглалтын хугацаа, хүлээгдэл

№	Тасаг	Сонгосон процесс	Эмнэлэг тал /Хугацаа минут/	Иргэн дагасан процесс /Хугацаа минут/	Иргэн дагасан процесс /Эмнэлгээс гадна хүлээх хугацаа цаг/
---	-------	------------------	-----------------------------	---------------------------------------	--

Эрүүл мэндийн салбар дахь процессын дахин инженерчлэлийн судалгаа, шинжилгээ

1	ХЭ	47. ЭХЭМҮТ-Процессын нэр (Ногоон эрэмбэ)	42	<b>134</b>	
2	ХЭ	48. ЭХЭМҮТ-Процессын нэр Шар эрэмбэ-Мухар олгой	500	<b>763</b>	24
3	ХЭ	49. ЭХЭМҮТ-Процессын нэр Шар эрэмбэ-Буглаа	320	<b>763</b>	
4	ХЭ	50. ЭХЭМҮТ-Процессын нэр Шар эрэмбэ-Угаарын хордлого	230	<b>303-430</b>	
5	ХЭ	51. ЭХЭМҮТ-Процессын нэр Улаан эрэмбэ-Шар эрэмбэ рүү шилжсэн-Таталт	498	<b>267</b>	
6	ХЭ	52. ЭХЭМҮТ-Процессын нэр Улаан эрэмбэ-Мэс засал	473	<b>679</b>	
7	ХЭ	53. ЭХЭМҮТ-Процессын нэр Улаан эрэмбэ-Дотор	594	364-527	
8	ЭБЭЭ	54а. ЭХЭМҮТ-Процессын нэр Ургийн гажиг илрүүлэх	1756	152	<b>384</b>
9	ЭБЭЭ	54б. ЭХЭМҮТ-Процессын нэр Ургийн гажиг батлагдсан жирэмслэлтийг хожуу хугацаанд таслах	230	553	<b>242</b>
10	ЭБЭЭ	55а. ЭХЭМҮТ-Процессын нэр Дутуу тээлт судлалын хяналт, төрөлт	1495	836	<b>242</b>
11	ЭБЭЭ	55б. ЭХЭМҮТ-Процессын нэр Зуршмал дутуу төрсөн нярай нас барах	1541	Ажиглалт	хийгдээгүй
12	ЭБЭЭ	56. ЭХЭМҮТ-Процессын нэр Зүрхний эмгэгтэй эмэгтэй хяналт, кесров хагалгаа	1129	1376	<b>436</b>
13	ЭБЭЭ	57. ЭХЭМҮТ-Процессын нэр Эмэгтэйчүүдийн эмгэг судлал, хавдрын мэс засал	1083	808	<b>242</b>

ЭХЭМҮТ-д зурагласан процессуудын дагуу иргэний үйлчилгээ авч байгаа процесст зарцуулж буй хугацааны шинжилгээг хийхэд хамгийн их хугацаа зарцуулж, хүлээгдэл үүсгэж байсан үйлчилгээ нь Эх барих эмэгтэйчүүдийн эмнэлгийн үйлчилгээнүүд байсан.

Хүлээгдлийн хугацааг эмнэлэг талаас зураглахад минутаар илэрхийлсэн бол иргэн үйлчилгээ авах процесс хүлээгдэл ихтэйгээс шалтгаалан хугацааг минутаар илэрхийлэхэд хүндрэлтэй байсан тул, эмнэлэгт байрлан хүлээхгүй, эмнэлгээс гадна хоногоор хүлээх хугацааг цагаар тооцож илэрхийлсэн.

Тус хүлээгдлийг үйлчилгээ үзүүлэх боломжит /эмнэлэг талаас зурагласан хугацаа/-тай харьцуулан эмнэлэг тус бүрээр харьцуулан үзвэл, хүүхдийн эмнэлгийн процесс эмнэлэг талын үйлчилгээний хүлээгдэл мухар олгойн үйлчилгээнд хамгийн өндөр байгаа бол Эх барих эмэгтэйчүүдийн эмнэлгийн ажиглалт хийсэн процессууд бүгд боломжит хугацаа /эмнэлэг талаас зурагласан хугацаа/-тай харьцуулахад 10-60 дахин их буюу, дунджаар 24 дахин их хугацааны хүлээгдэл үүсгэж байна.

Зураг 149. Хүүхдийн эмнэлгийн үйлчилгээний хугацаа



Зураг 150. Эх барих эмэгтэйчүүдийн эмнэлгийн үйлчилгээний хугацаа



Хүүхдийн эмнэлгийн яаралтай түргэн тусламжийн тасгаас дамжин үйлчлүүлж буй иргэдийн хүлээлгийн хугацаа төдийлөн хол ялгаатай гараагүй бөгөөд мухар олгой үйлчилгээний хугацааг ангилан үзвэл хагалгааны өмнөх хүлээлэг болон мэдээгүйжүүлэг хагалгааны өрөөн дэх хүлээгдэлтэй холбоотойгоор хүлээгдлийн утга өндөр гарсан байх боломжтой бөгөөд to be шинжилгээний хүрээнд нарийвчлан судлах шаардлагатай.

Зураг 151. Мухар олгой оношлох, эмчлэх үйл явц



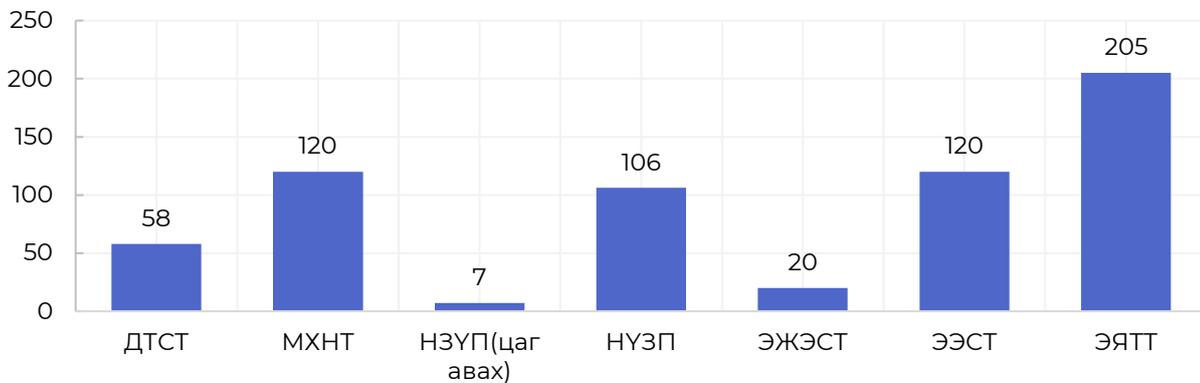
Зураг 152. Эмэгтэйчүүдийн эмгэг оношлох, эмчлэх үйл явц



ЭХЭМҮТ-ийн Хүүхдийн эмнэлгийн яаралтай түргэн тусламжийн тасаг болон Эх барих эмэгтэйчүүдийн эмнэлгийн амбулаторийн үйлчилгээгээр үйлчлүүлэгчийн үйлчилгээний хугацааг харьцуулан авч үзэх зорилгоор үйлчилгээний хугацаа бодсон аргачлалын дагуу шилжих тасаг нэгжээр үйл ажиллагааг зураглан тооцвол дээрх үр дүн гарч байна.

Харин хүлээлгийн хугацаа бүх үйлчилгээний хувьд өндөр байгаа эх барих эмэгтэйчүүдийн эмнэлгийн хүлээлгийн нөхцөл байдлыг тасаг, нэгжийн зохион байгуулалттай уялдуулан авч үзвэл Эмэгтэйчүүдийн яаралтай түргэн тусламжийн тасаг болон мэдээгүйжүүлэг хагалгааны нэгдсэн тасаг, нөхөн үржихүйн зөвлөх поликлиникийн хүлээгдэл хамгийн өндөр.

Зураг 153. Эх, барих эмэгтэйчүүдийн эмнэлгийн хүлээлгийн хугацааны үзүүлэлт, тасаг нэгжээр



Процессын дахин инженерчлэлийн үйл ажиллагааны хүрээнд цугласан мэдээлэл, асуудлуудад хийсэн шинжилгээний үр дүнгээр иргэдэд эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ авахад тулгарч буй бэрхшээлүүдийн эхний эрэмбэд эрэмбэлэгдэж байгаа нь зохион байгуулалтын асуудлууд, мэдээлэл ил тод байдлын асуудлууд, хүлээгдэл, ачааллын асуудлууд, үйлчилгээний чанар, цаг авахад гарах хүндрэл, битүүмж, эрүүл мэндийн даатгалтай холбоотой асуудлууд, цахим шилжилттэй холбоотой асуудлууд хамгийн элбэг дурдагдсан байгаа нь иргэд эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг авахад түргэн шуурхай, хялбар байх, хүртээмжтэй байх хэрэгцээг хангаж чадахгүй байна.

ЭХЭМҮТ-ээс үйлчилгээ авсан иргэдийн эмнэлгийн үнэлгээний шинжилгээний дүнгээр үйлчилгээ үзүүлсэн эмчийн мэдлэг, ур чадвар, мэргэшсэн байдлыг өндрөөр үнэлсэн бол байгууллагын гадаад орчны нөхцөл байдал (хаягийн мэдээлэл, зогсоол, шат...)-ыг хамгийн багаар үнэлсэн.

Иргэний үйлчилгээний процесс ажиглалтын хүрээд цугласан мэдээлэлд үндэслэн дүгнэхэд ЭХЭМҮТ-ийн эмэгтэйчүүдийн зөвлөх поликлиникээр дамжуулан үзүүлж буй Эх барих эмэгтэйчүүдийн эмнэлгийн үйлчилгээний хүлээгдлийн хугацаа маш өндөр, иргэдийн орчны үнэлгээний үр дүнд үндэслэн дүгнэхэд мэдээлэл, зөвлөгөө дутмаг

байдал нь иргэнд үзүүлж буй тусламж, үйлчилгээний процесс нь иргэдийн оролцоотой, ил тод, ойлгомжтой, хэрэгцээнд суурилсан байж чаддаггүй.

### Фокус бүлгийн ярилцлага зохион байгуулсан мэдээлэл, үр дүн

ЭХЭМҮТ-ийн чиг үүргийн хүрээнд хэрэгжүүлж буй үйл ажиллагааны процессын зураглал, холбогдох судалгаануудын мэдээлэлд үндэслэн тодорхойлсон тулгамдаж буй асуудлын учир шалтгааныг нарийвчлан тодорхойлох зорилгоор ЭХЭМҮТ-ийн эмч, эмнэлгийн мэргэжилтнүүдийн төлөөлөлтэй дараах хуваарийн дагуу 10 бичил фокус бүлгийн ярилцлага зохион байгуулав.

Фокус бүлгийн ярилцлагыг Төслийн удирдлагын баг болон өргөтгөсөн багийн гишүүдээс 10 хүний бүрэлдэхүүнтэй, 5 багаар зохион байгуулж нийт 57 эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэн, 2 удаагийн ганцаарчилсан ярилцлагаар Хүүхдийн яаралтай тусламжийн тасгийн 2 эмчийг оролцуулан зохион байгуулж, нийт 59 хүнийг (түүврийг) хамруулсан.

Ярилцлага хийх түүвэр бүрдүүлэлтийг ЭХЭМҮТ-д зурагласан процесс зураглалын оролцогч тал болох тасаг нэгжийн эмч, эмнэлгийн ажилтныг оролцуулан тухайн өдрийн ээлж, тасаг нэгжийн үйл ажиллагаатай уялдуулан санамсаргүй түүврээр сонгон зохион байгуулсан.

Хүснэгт 65. ЭХЭМҮТ-ийн албан хаагчидтай хийх фокус бүлгийн ярилцлагын зохион байгуулалт

Тасаг/нэгж	Ангилал	Төрөл	Ярилцлага хийх хүний тоо
Хүүхдийн яаралтай тусламжийн төв	Эмч	Ганцаарчилсан	2
	Сувилагч	Фокус	5
Хэвтэн (ХЭ, мэс болон дотор)	Эмч	Фокус	6
	Сувилагч	Фокус	6
Эрчимт (ХЭ)	Эмч	Фокус	4
	Сувилагч	Фокус	5
Хэвтэн (ЭБЭЭ, мэс болон дотор)	Эмч	Фокус	5
	Сувилагч	Фокус	5
НҮЗП	Эмч	Фокус	5
	Сувилагч	Фокус	5
Дэмжих үйлчилгээ	11 тасаг	Фокус	11
Эцэг эх (Хүүхдийн эмнэлэг тасаг, эрчимт эмчилгээний тасаг)	Эцэг эх, сахиур	Ганцаарчилсан	4

Фокус бүлгийн ярилцлагыг ажилтны ажлын байрны сэтгэл ханамж, ажлын бүтээмжийг илрүүлэх зорилгоор дараах 7 асуултын хүрээнд явуулсан.

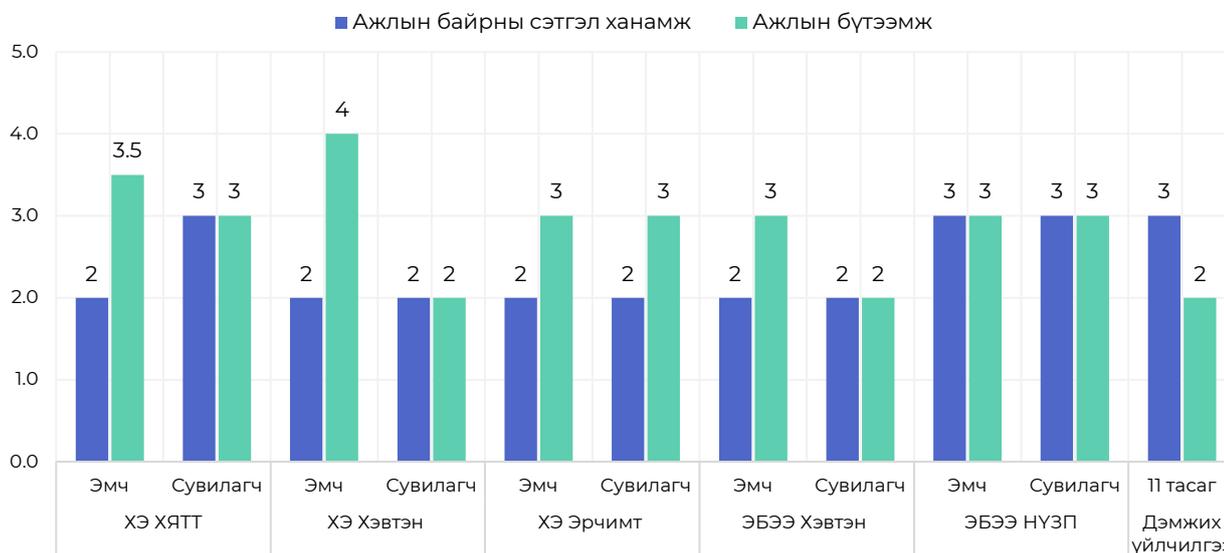
Хүснэгт 66. ЭХЭМҮТ-ийн албан хаагчидтай хийх фокус бүлгийн ярилцлагын үр дүн, шинжилгээ

Тасаг/нэгж	Ангилал	Ажлын байрны сэтгэл ханамж	Ажлын бүтээмж	Хүний нөөц	Үйлчилгээний статистик	Ажилтны үйлчилгээний тоо	Нэг хүнд үзүүлсэн үйлчилгээний тоо
ХЭ ХЯТТ	Эмч	Бага	Дундаж+	6	85813	14302	14302
	Сувилагч	Дундаж	Дундаж	20		4291	4291
ХЭ Хэвтэн (мэс болон дотор)	Эмч	Бага	Сайн	79	18722	237	1849
	Сувилагч	Бага	Бага	179		105	816
ХЭ Эрчимт	Эмч	Бага	Дундаж	10	2670	267	2083
	Сувилагч	Бага	Дундаж	40			521
ЭБЭЭ Хэвтэн (мэс болон дотор)	Эмч	Бага	Дундаж	38	14475	381	1867
	Сувилагч	Бага	Бага	118		123	601
ЭБЭЭ НҮЗП	Эмч	Дундаж	Дундаж	11	109857	9987	9987
	Сувилагч	Дундаж	Дундаж	13		8451	8451

Дэмжих үйлчилгээ	11 тасаг	Дундаж	Бага	256
------------------	----------	--------	------	-----

Фокус бүлгийн ярилцлагыг ажилтны ажлын байрны сэтгэл ханамж, ажлын бүтээмжийг үнэлэх ач холбогдлын шалгуурыг 5 онооны системээр үнэлсэн. (Маш их-5, их-4, дунд-3, бага-2, маш бага-1 оноо)

Зураг 154. Фокус бүлгийн ярилцлагын үр дүн



Фокус бүлгүүдийн ярилцлагад оролцсон нийт ажилтны дундаж үзүүлэлтийг тооцвол сэтгэл ханамж бага буюу 2.4, ажлын бүтээмж дундаж буюу 2.9 гарсан.

Асуулгын аргаар зохион байгуулсан ажилтны ажлын бүтээмж, сэтгэл ханамжийн үзүүлэлтийг үнэлэх судалгаанд ЭХЭМҮТ-ээс нийт 40 ажилтан хамрагдсан бөгөөд уг судалгаагаар бүтээмжтэй холбоотой 18 асуултын дундаж үзүүлэлт дундаж буюу 2.9, сэтгэл ханамжийг үнэлэх 29 асуултын дундаж үзүүлэлт 2.1 буюу бага гарсан нь тус байгууллагын албан хаагчдын хувьд ажлын бүтээмж дундаж, ажлын сэтгэл ханамж бага гэсэн нийтлэг үр дүнг харуулж байна.

Фокус бүлгийн ярилцлагаар ажилтнуудын ажлын сэтгэл ханамжийг бууруулдаг гол хүчин зүйл нь:

- Цахим систем хөгжүүлэлт, гацалт /100%/
- Ажлын ачаалал их /76.9%/
- Ажилтнуудаа дэмжих арга хэмжээ сул, нэмэгдүүлэх шаардлагатай /63.6%/
- Тоног төхөөрөмж, хангамж муу /45.4%/
- Хүний нөөцийн дутагдал /42.3%/ гэж тодорхойлсон бол,

Ажилтнуудын ажлын бүтээмжийг сайжруулах үр дүнтэй аргыг:

- Цахим, цаас хосолсон үйл ажиллагаанд анхаарах /90.9%/
- Ажилтны KPI-ыг үнэлэхдээ тухайн тасгийн онцлогтой уялдуулан боловсруулах чанарын үзүүлэлтийг харгалзан авч үзэх /81.8%/
- Цалин хөлс нэмэх, илүү цагийн хөлс болон KPI урамшууллыг тогтмол олгох /63.6%/
- Ажилтны ажлын гүйцэтгэлийг шударга үнэлэх /54.5%/
- Чиг үүргийн дагуу давхардалгүй ажиллах /27%/ зэргээр тодорхойлсон байна.

### ЭХЭМҮТ-ийн судалгааны дүгнэлт

ЭХЭМҮТ-ийн процесст хийсэн судалгааны дүгнэлтийг иргэн, ажилтан, байгууллагын түвшинд ангилан дараах байдлаар дүгнэлээ дүгнэж үзлээ. Үүнд:

Иргэн:

- Иргэдэд эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээг үзүүлэхэд эрүүл мэндийн даатгалын битүүмж үүсэх, үзлэгийн цаг олгогдохгүй байх, харьяалал харгалзах зэрэг хаалт

тулгардаг нь эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг хялбар авах боломжийг хязгаарладаг;

- Иргэн эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ авахаар хандан, оношлох тасгууд /эмнэлэгт хэвтэхээс өмнөх тасаг нэгжүүд/-ын үйлчилгээний сэтгэл ханамжийн үзүүлэлт хамгийн бага байгаа бол үйлчлүүлэгчийн хэвтэн эмчлүүлэх тасгийн сэтгэл ханамжийн үзүүлэлт дээшилдэг;
- Иргэний үйлчилгээ авах процесс ажиглалтын хүрээнд эмнэлгийн үнэлгээний дүнгээр иргэд ЭХЭМҮТ-ийн үйлчилгээ үзүүлсэн эмчийн мэдлэг, ур чадвар, мэргэшсэн байдлыг өндрөөр үнэлсэн;
- Иргэний үйлчилгээ авч байгаа процесст зарцуулж буй хугацааны шинжилгээгээр хамгийн их хугацаа зарцуулж, хүлээгдэл үүсгэж байсан үйлчилгээ нь Эх барих эмэгтэйчүүдийн эмнэлгийн үйлчилгээнүүд байна;
- Иргэдэд чиглэсэн мэдээлэл цөөн, мэдээллийн самбар, хөтөч байхгүйгээс үйлчилгээ авахад хүндрэл учирдаг;
- Хүүхдийн эмнэлгийн яаралтай тусламжийн тасгаар үйлчлүүлэн, холбогдох тасаг нэгжүүдэд шилжсэн үйлчлүүлэгчийн сэтгэл ханамжийн түвшин дунджаар 3.9, Эх барих эмэгтэйчүүдийн эмнэлгийн Нөхөн үржихүйн зөвлөх поликлиникээс үйлчилгээ авч, дамжин өөр тасгуудад шилжин эмчлүүлж буй үйлчлүүлэгчийн сэтгэл ханамжийн түвшин дунджаар 3.5 байна.

Хүүхдийн эмнэлгээр үйлчлүүлж буй үйлчлүүлэгчдийн орчны үнэлгээний асуулгын үр дүнд хангалтгүй үнэлсэн үзүүлэлтэд:

- Байгууллагын гадна орчны нөхцөл байдал (хаягжилт, зогсоол, шат...);
- Эмнэлгийн багаж тоног төхөөрөмжийн хүрэлцээ;
- Цахимжилт;
- Үйлчилгээ үзүүлсэн эмч, ажилтны харилцаа хандлагад бусад үзүүлэлттэй харьцуулахад бага үнэлгээ өгсөн байна.

Эх барих эмэгтэйчүүдийн эмнэлгээр үйлчлүүлж буй үйлчлүүлэгчдийн орчны үнэлгээний асуулгын үр дүнд хангалтгүй үнэлсэн үзүүлэлтэд:

- Эмнэлгийн багаж тоног төхөөрөмжийн хүрэлцээ;
- Эм тариа, эмийн хэрэгслийн хүрэлцээтэй байдал;
- Байгууллагын гадна орчны нөхцөл байдал (хаягжилт, зогсоол, шат...);
- Цахимжилт;
- Үйлчилгээ үзүүлсэн эмч, ажилтны ажлын цагийн зохион байгуулалт;
- Тусламж, үйлчилгээ авахтай холбоотой зөвлөн туслах үйлчилгээ багтжээ;
- Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ авахад олон дахин буцаах, уялдаагүй нөхцөл байдал үүсдэг;
- Амбулаторийн тусламж, үйлчилгээний үзлэгийн хүлээгдэл их байгаа нь иргэдэд үзүүлэх эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний хүртээмжийг бууруулж байна;
- Амбулаторийн тусламж, үйлчилгээний цаг олголтыг зөвхөн биечлэн болон утсаар олгож байгаа нь уян хатан бус, цахим шийдэл ашиглан хялбаршуулах шаардлагатай;
- Амбулаторийн үзлэгийн цагаар эмч, ажилтны хурал, уулзалт зохион байгуулдгаас хүлээгдэл үүсгэдэг;
- Амбулаторийн үзлэгийг олгосон цагаар үздэггүй;
- Хүүхдийн эмнэлгийн багажийн (эхо) шинжилгээг яаралтай түргэн тусламж болон амбулаторийн тусламж, үйлчилгээтэй хамтатган үзэж байгаагаас үзлэгийн хүлээгдэл ачаалал үүсгэдэг байна;
- Эмч ажилтны харилцаа, хандлага муу;
- Иргэдийн эмнэлгийн үнэлгээгээр эмнэлгийн гадаад, дотоод орчны тохижилт муу, хаягжилт ойлгомжгүй байдал нь үйлчилгээ авахад хүндрэл бэрхшээл үүсгэдэг байна.

Ажилтан:

- Цахим системийн гацалтаас шалтгаалан эмч, ажилтны ажилд хүндрэл тулгардгаас ажлын бүтээмж, ажлын байрны сэтгэл ханамжийг бууруулдаг;
- Хүний нөөцийн дутагдлаас шалтгаалан ажилтнуудын ажлын ачаалал ихэсдэг;

- Ажилтнуудад чиглэсэн дэмжих арга хэмжээ сул;
- Ажилтанд ажлын байрны орчин нөхцөл муу, шаардлагатай үйлчилгээ байхгүй;
- ЭХЭМҮТ нь “Эмч, эмнэлгийн мэргэжилтний ажлын бүтээмж, үр дүнд суурилсан урамшуулал олгох журам”-ыг баталж, ажилтны бүтээмжид суурилсан үр дүнг тооцон ажиллаж байгаа нь ажилтнуудын ажлын бүтээмжид тодорхой хөшүүрэг болох сайн талтай;
- Гэсэн хэдий ч ажилтны бүтээмж үр дүнг тасаг нэгжийн онцлог, албан тушаалын чиг үүрэгтэй уялдуулан чанарын болон тоон үзүүлэлтийг харгалзан үнэлэх, төгөлдөржүүлэх шаардлагатай.

Байгууллага:

- Цахим системүүдийн уялдаагүй байдал, цахим цаас хосолсон үйлдлүүд нь ажилтан, үйлчлүүлэгчид хүндрэл учруулж, байгууллагын зохион байгуулалтад томоохон асуудал үүсгэдэг;
- Тоног төхөөрөмжийн дутагдал, засвар үйлчилгээ муу байгаа нь байгууллага, ажилтны хэвийн үйл ажиллагаанд хүндрэл учруулдаг;
- Эрүүл мэндийн даатгалаас эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээг санхүүжүүлэх, нэхэмжлэлийн хяналт шалгах шаардлага нь ажилтны ажлын ачааллыг нэмэгдүүлдэг;
- Хүний нөөцийн дутагдалтай байдал нь ажилтнуудын ажлын ачааллыг нэмэгдүүлдэг;
- Байгууллагын нүсэр бүтцээс шалтгаалсан дотоод зохион байгуулалт, уялдаа холбоо сул байдал нь үйлчилгээний сэтгэл ханамжийг бууруулдаг;
- Иргэн эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ авахад хүндрэлтэй, хүлээгдэл ихтэй хүртээмжгүй, ойлгомжгүй байгаа нь иргэнд чиглэсэн эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээг үзүүлж чаддаггүй;
- Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний процесс нь иргэдийн оролцоотой, ил тод, ойлгомжтой, хэрэгцээнд суурилсан байж чадахгүй, иргэн төвтэй бус байна.

ЭХЭМҮТ-ийн процесс судалгааг иргэн, ажилтан, байгууллагын түвшинд ялган дүгнэхэд дараах нэн шаардлагатай асуудлыг дэлгэрүүлэн судалж, шийдвэрлэх шаардлагатайг судалгааны дүгнэлтэд үндэслэн санал болгож байна. Үүнд:

- Иргэд эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ авахад хялбар (ойлгомжтой), хүртээмжтэй, оролцоог хангасан байх боломжийг бүрдүүлэх чиглэлээр ТО ВЕ шинжилгээний хэсгийг дэлгэрүүлэн судлах шаардлагатай. То be шинжилгээний хэсэгт асуудал хамгийн их тулгардаг 8 процессыг сонгон дэлгэрүүлэх боломжтой юм.
- Байгууллагын цахим системийн асуудлыг нэн тэргүүнд шийдвэрлэх. Цахим системийн асуудлыг шийдвэрлэснээр иргэний хүлээлгийн хугацаа багасах, ажилтны бүтээмж дээшлэн, ачаалал багасна, байгууллагын дотоод зохион байгуулалт сайжрах нөхцөл бүрдэнэ.
- Байгууллагын дотоод зохион байгуулалт уялдаа ЭХЭМҮТ-ийн Хүүхдийн эмнэлэг болон Эх барих эмэгтэйчүүдийн эмнэлэгт харилцан ялгаатай байна. Иймд нэгдсэн зохион байгуулалт, дотоод менежментийн үйл ажиллагааг сайжруулснаар иргэнд тулгардаг асуудлуудыг шийдвэрлэх боломж бүрдэнэ.

#### **2.4.2 Нийтийн эрүүл мэнд буюу нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний нийлүүлэлтийн сүлжээ**

Нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний нийтлэг ойлголтыг “бүх хүн амын эрүүл мэндийг сайжруулах, амьдралыг уртасгах, амьдралын чанарыг сайжруулахад чиглэсэн хамтын буюу олон нийтийн арга барил” гэж үздэг (ДЭМБ, 1998). Нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ нь тодорхой өвчнийг арилгахаас эхлээд (ДЭМБ Европ, 2020) эрүүл мэндэд болон нийгмийн тэгш бус байдалд нөлөөлөх улс төр, эдийн засаг, нийгэм, байгаль орчны тодорхойлогч хүчин зүйлсийн хүрээг хамардаг (Lomazzi, Jemkins, & Borisch, 2016). Энэхүү иж бүрэн ойлголтыг хэрэгжүүлэхэд бэрхшээлтэй хэвээр байгаа бөгөөд нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээнд ач холбогдол өгөх байдал дэлхий даяар улс орнуудын хувьд ихээхэн ялгаатай байсаар байна (Martin-Moreno et al., 2016). Нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний нийтлэг бүрэлдэхүүн хэсгүүд нь тандалт судалгаа, засаглал, санхүүжилт, эрүүл мэндийг дэмжих, эрүүл мэндийг хамгаалах ба хууль тогтоомж,

хүний нөөц, судалгаа зэргүүд юм (ДЭМБ, 2018). Улс орнуудын хувьд эдийн засгийн нөхцөл байдлаас шалтгаалан өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, тусламж, үйлчилгээ, онцгой байдлын бэлэн байдал, олон нийтийн оролцоо, харилцаа зэрэг үйл ажиллагааны хувьд ихээхэн ялгаатай байна. Энэ нь нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг юу бүрдүүлдэг тухай, ялангуяа бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралттай холбоотой үзэл бодлын ялгааг, нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг олон нийтийн эрүүл мэндийн үйл ажиллагаа гэж үзэх ёстойг голчлон харуулж байна. Үүний нэгэн адил нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний үндсэн чиг үүргийг тодорхойлох зорилтууд нь чадавхыг бэхжүүлэх замаар эрүүл мэндийн тогтолцооны ерөнхий гүйцэтгэлийг сайжруулах стратеги хүртэл харилцан адилгүй байгааг авч үзэх нь их чухал.

Манай улсад Нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний тухай хууль батлагдсан нь нийгмийн эрүүл мэндийг хамгаалах чиглэлээр авч хэрэгжүүлсэн чухал алхам болсон. Дараагийн хамгийн чухал алхам нь хэрэгжилтийг хангах, эрүүл мэндийн эрэлт, хэрэгцээнд нийцсэн бодлогын арга хэмжээ авах юм.

#### **2.4.2.1 Сэтгэцийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний өнөөгийн байдал**

ПДИ төслийн хүрээнд нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний нөхцөл байдлыг үнэлэх хүрээ багтаагүй хэдий ч төслийн удирдлагын багийн зүгээс Сэтгэцийн эрүүл мэндийн үндэсний төв (СЭМҮТ)-ийн судлаачидтай хамтран сэтгэцийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний нөхцөл байдалд дүн шинжилгээ хийсэн.

#### **Сэтгэцийн эрүүл мэндийн ерөнхий ойлголт**

Сэтгэцийн эрүүл мэнд нь хүн бүрийн сайн сайхан байдлын салшгүй чухал хэсэг. Хүн бүр амьдралынхаа турш ямар нэгэн стресст өртсөнөөс сэтгэцийн тулгамдсан асуудалд орж байдаг. Нийгэм-эдийн засгийн тогтворгүй байдал, ажилгүйдэл, ядуурал, хүчирхийлэл, архидалт, мансуурал, түгжрэл зэрэг нийгмийн сөрөг үзэгдлүүд ихсэж буй энэ цаг үед стресс, уур бухимдал, гомдол цөхрөл гэх мэт сөрөг хариу урвалыг зөв зохицуулж сурах, хувь хүн өөрийн сэтгэцийн эрүүл мэндээ хамгаалах, дасан зохицох аргад багаасаа суралцах нь сэтгэцийн эрүүл мэндийн байдлаа хадгалж, сэтгэцийн эмгэгээс урьдчилан сэргийлэх шаардлага бид бүхний өмнө тулгарч байна.

Сэтгэцийн эрүүл байдал нь хүнд өөрийн төрмөл чадварыг бүрэн ашиглаж, тасралтгүй хөгжих, үр бүтээлтэй хөдөлмөрлөх, амьдралын сайн, муу, хүнд хэцүү ямар ч нөхцөлд дасан зохицох, эергээр даван туулж, утга учиртай харилцаа тогтоон, өөрийн гэсэн зорилготой амьдарч нийгэмд хувь нэмрээ оруулах боломжийг олгодог. Өнөөдөр хүн амыг сэтгэцийн эрүүл мэндийн байдлаар нь 4 бүлэгт хуваан авч үздэг. Үүнд:

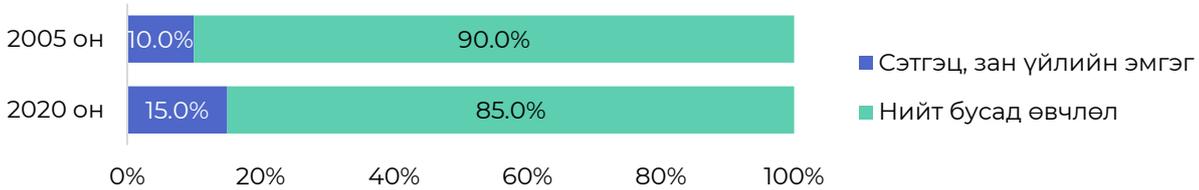
1. "Сэтгэцийн хувьд эрүүл хүн" гэж хүн сэтгэцийн эмгэггүй байхын зэрэгцээ нийгэм болон хүрээлэн байгаа орчинтойгоо дасан зохицож хэвийн ажиллах, амьдрах, суралцах, нийгэмд зохих байр сууриа эзлэн хувь нэмрээ оруулж чадахуйц байдлыг хэлдэг.
2. "Сэтгэцийн хувьд тулгамдсан асуудалтай хүн" гэж нийгэм, сэтгэл зүйн гаралтай стрессийн улмаас хүний сэтгэхүй, сэтгэл хөдлөл, зан үйл түр хямарсан байдлыг хэлнэ.
3. "Сэтгэцийн эмгэгтэй хүн" гэж өвчний олон улсын ангиллуудын "сэтгэц, зан үйлийн эмгэгүүд" бүлэгт заасан оношилгооны шалгуурын дагуу бүрэн оношлогдож өвчтэй нь батлагдсан байхыг хэлнэ.
4. "Нийгэм-сэтгэцийн хөдөлмөрийн чадвар алдсан буюу урт хугацааны (насан туршийн) тусламж шаардлагатай хүн" гэж сэтгэцийн эмгэгийн улмаас удаан хугацааны турш хөдөлмөр эрхлэх чадвараа алдагдаж, нийгэмд ялгаварлан гадуурхагдаж, ад шоо үзэгдсэний улмаас нийгэмд зохих байр сууриа алдаж, өөрийн гэсэн хувь нэмэр оруулж чадахгүй байгаа хүнийг хэлнэ.

Аливаа хүн сайн сайхан, эрүүл аюулгүй, чанартай амьдрахад тухайн хүний сэтгэцийн эрүүл байдлаас ихээхэн хамаардаг тул дэлхий нийт сэтгэцийн эрүүл байдлыг хамгаалахын тулд бүх нийтийн оролцоо, салбар хоорондын хамтын ажиллагаа, түншлэлтэй байхаас гадна сэтгэцийн эрүүл мэндийн бодлоготой засаглал нь хамгийн чухал юм.

**Сэтгэцийн эрүүл мэндийн байдал дэлхий дахинд нийгмийн эрүүл мэндийн тулгамдсан асуудал болсоор байна.**

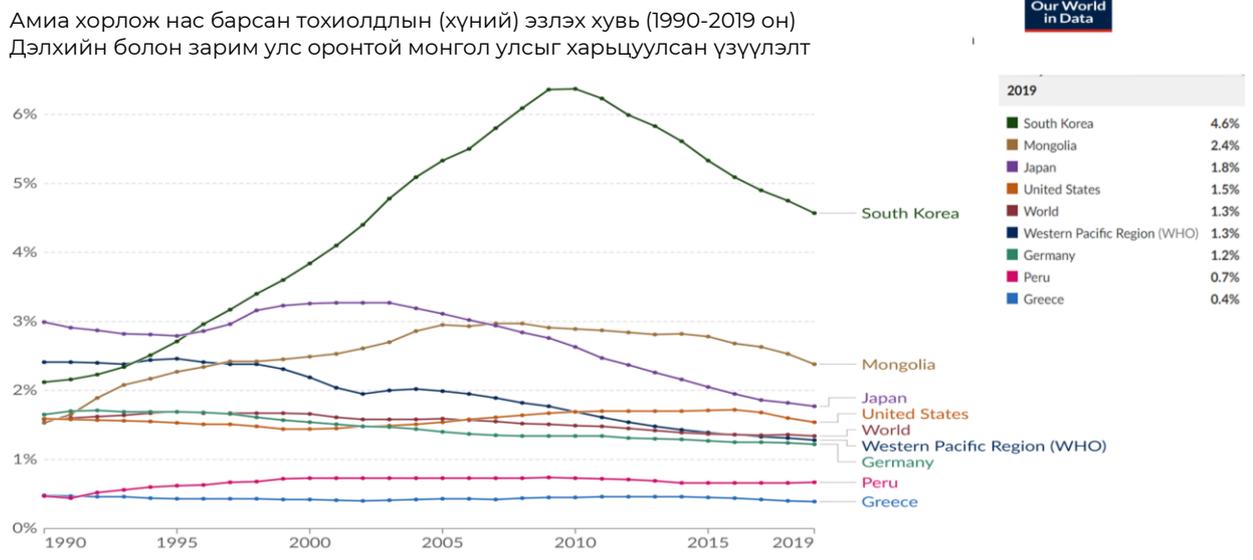
Өнөөгийн байдлаар дэлхий дээр 970 сая буюу 8 хүн тутмын 1 нь сэтгэцийн эмгэгтэй, үүний 80 хувь нь хөгжиж буй оронд амьдарч байгаагаас гадна хөдөлмөрийн чадвар алдалтын 2 тохиолдол бүрийн 1 нь сэтгэцийн эмгэг байна. Дэлхийн хэмжээнд 2005 онд бүртгэгдсэн нийт өвчлөлийн 10 хувийг сэтгэц, зан үйлийн эмгэг эзэлж байсан бол 2020 онд 15 хувь болж нэмэгдсэнийг ДЭМБ мэдээлсэн<sup>108</sup>.

Зураг 155. Дэлхийн хэмжээнд бүртгэгдсэн нийт өвчлөлийн дотор сэтгэцийн эмгэгийн эзлэх хувийг 2005 ба 2020 онтой харьцуулсан байдал



Олон улсын судалгаанд 2019 оны нас баралтын тэргүүлэх 3 шалтгааны 1 нь амиа хорлолт гэж мэдээлсэн бол тус мэдээнд Монгол Улс (2019 онд) амиа хорлож нас барсан тохиолдлын тоогоороо дэлхийн дунджаас 2 дахин өндөр буюу 100 000 хүн амд 17.9, бүсдээ 2 дугаар байранд буюу Өмнөд Солонгос Улсын ард орж байна<sup>109</sup>.

Зураг 156. Амиа хорлож нас барсан тохиолдлыг Номхон далайн баруун эргийн зарим улс орнуудтай харьцуулсан дүн



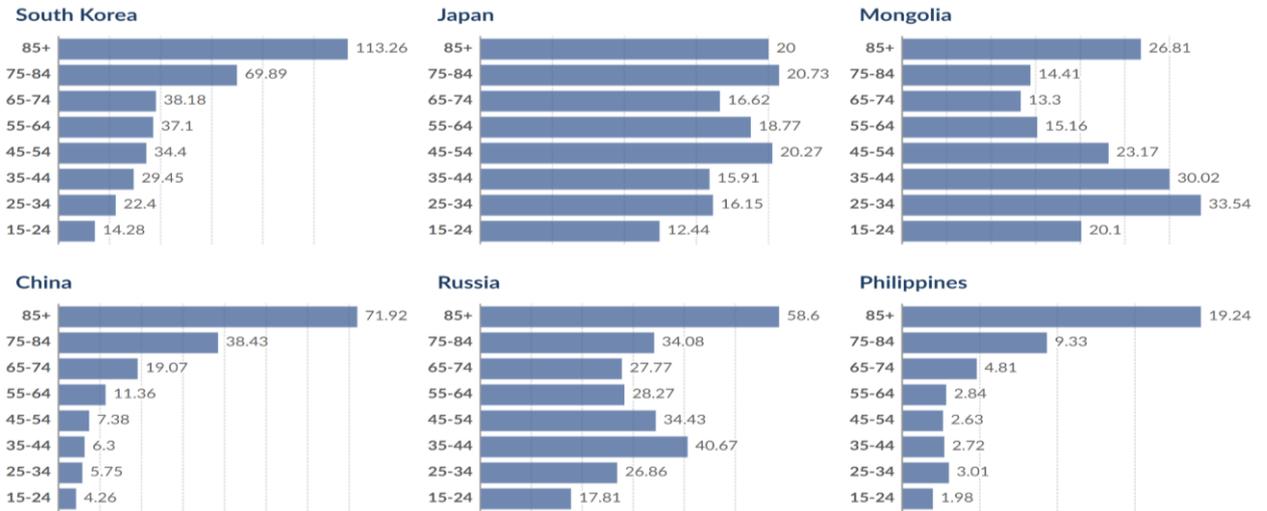
Эх сурвалж: IHME, Global Burden of Disease (2019)

<sup>108</sup> <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

<sup>109</sup> <https://ourworldindata.org/grapher/suicide-death-rates?time=2009&region=Asia&country=~MNG>

Зураг 157. Номхон далайн баруун эргийн улс орнуудын амиа хорлож нас барсан хүмүүсийг насны бүлгээр харьцуулсан дүн

Насны бүлэг бүрээр амиа хорлож нас барсан тохиолдлын тоо (100,000 хүн амд) (ДЭМБ -2019 он) Зарим улс оронтой харьцуулсан үзүүлэлт

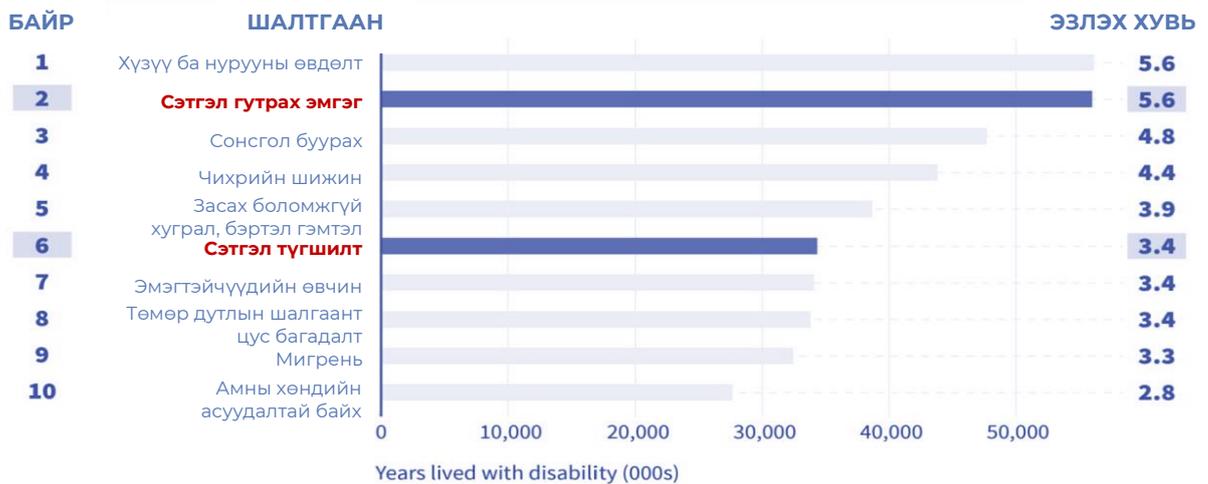


Эх сурвалж: WHO, Global Health Observatory (2022)

Амиа хорлож нас барсан хүмүүсийг насны бүлгээр харьцуулсан дүнгээс харахад бусад улс орнуудад амиа хорлож нас барах тохиолдол нь нас ахих тутам нэмэгдэж байгаа бол Монгол Улсад 15-34 насны буюу хүүхэд өсвөр үе, ид залуу насанд (сурч боловсрох, ажил хөдөлмөр эрхлэх, албан тушаал ахих, гэр бүл зохиох гэх мэт) хамгийн их тохиолдож байгаа нь тухайн насны бүлгийн хүн ам уруу чиглэсэн СЭМ-ийн бодлого, төлөвлөгөө, урьдчилан сэргийлэх үйл ажиллагааг боловсруулж, онцгой анхаарч ажиллах цаг болсон.

ДЭМБ-ын 2019 оны тайланд амьдралын чанарыг бууруулдаг тэргүүлэх 10 эмгэгт сэтгэл гутрах, сэтгэл түгших сэтгэцийн эмгэгүүд ордог<sup>110</sup>. Харин манай улсад сэтгэл гутрах, сэтгэл түгших эмгэг нь ойролцоогоор 5 хүн тутмын 1-д илэрч байгаа нь 2013 оны тархалтын судалгаагаар тогтоогдсон нь уг эмгэгийн тархалт өндөр байгааг харуулж байна<sup>111</sup>.

Зураг 158. Амьдралын чанарыг бууруулдаг тэргүүлэх 10 эмгэг, 2019 он



Эх сурвалж: WHO, 2019 (129)

Сүүлийн жилүүдэд Монгол Улсад хөдөлмөрийн чадвар алдалтын тэргүүлэх өвчний 2 дугаар байрыг сэтгэцийн эмгэг тогтмол эзэлж байна. Хөдөлмөрийн чадвар алдагдуулдаг сэтгэцийн архаг эмгэгүүд нь бүрэн эрүүл байдалд ордоггүй тул насан туршдаа эмийн

<sup>110</sup> <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y><https://ourworldindata.org/grapher/suicide-death-rates?time=>

<sup>111</sup> Зонхилон тохиолдох сэтгэцийн эмгэгийн тархалтын судалгаа, 2013 он

эмчилгээ болон бусад урт хугацааны тусламж, сэтгэц нийгмийн сэргээн засах үйлчилгээ, нийгмийн дэмжлэг шаардлагатай байдаг.

Зураг 159. Монгол Улсад хөдөлмөрийн чадвар алдалт тогтоолгож байгаа тэргүүлэх 5 өвчин сүүлийн 5 жилээр



Хүүхэд өсвөр үеийнхний сэтгэцийн эрүүл мэнд нь анхаарах ёстой асуудлын нэг болоод байна. Дэлхий дахинд 10-19 насны 7 хүүхэд тутмын 1 нь сэтгэцийн эмгэгтэй байгаа ч дийлэнх хувь нь эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ авдаггүй, өөрийгөө сэтгэцийн эмгэгтэй гэж мэддэггүй гэж мэдээлсэн байдаг<sup>112</sup>. Хүүхэд, өсвөр үеийнхний дунд сэтгэл хөдлөлийн эмгэг (сэтгэл гутрал, сэтгэл түгшилт), төрх үйлийн эмгэг (өөрийгөө гэмтээх, архи, тамхи, мансууруулах бодис хэрэглэх, амиа егүүтгэх, цахим донтолт) зонхилж, энгийн эмийг мансууруулах зорилгоор урвуулан хэрэглэх тохиолдол ихсэж, эрүүл мэнд, амь насаараа хохирох гэмт хэрэг улам бүр нэмэгдсэн<sup>113</sup>. ДЭМБ-аас улс орнуудын ЕБС-д хийсэн судалгаануудаас харахад сурагчдын ойролцоогоор 85 хувь нь эрүүл, 12 хувь нь сэтгэцийн тулгамдсан асуудалтай, 3 хувь нь сэтгэцийн эмгэгтэй гэсэн тооцоо байдаг<sup>114</sup>. Харин манай улсад хийсэн судалгаануудаас харахад сурагчдын 61 хувь нь эрүүл, 30 хувь нь сэтгэцийн ямар нэгэн тулгамдсан асуудалтай, 9 хувь нь сэтгэл хөдлөл, зан үйлийн эмгэгтэй байх эрсдэлтэй гэж тогтоосон. Үүнээс харахад 3 хүүхэд тутмын нэг нь сэтгэцийн ямар нэг тулгамдсан асуудалтай байна. Үүгээр ч зогсохгүй Монгол Улсын сурагчдын 4 хүүхэд тутмын 1 нь амиа хорлох бодолтой, 10 хүүхэд тутмын 1 нь амиа хорлох оролдлого хийсэн гэж хариулсан байна<sup>115</sup>.

Ковид-19 цар тахал нь нийгмийн харилцааг хумьж, ажилгүйдэл, ядуурлыг нэмэгдүүлж, эдийн засагт нөлөөлсөн нь сэтгэцийн эрүүл мэндийн тулгамдсан асуудлыг огцом нэмэхэд хүргэсэн. Ялангуяа манай улсад архи, мансууруулах бодисын хэтрүүлэн хэрэглээ, цахим донтолт, мөрийтэй тоглоом зэрэг асуудлууд огцом ихсэж, үүнтэй холбоотой гэмт хэргийн тоо жилээс жилд өсөж байна. Тухайлбал: мансууруулах эм, сэтгэцэд нөлөөт бодисыг хууль бусаар ашиглах, гэмт хэрэгт холбогдогчдод хийгдсэн СЭМҮТ-ийн шүүх-сэтгэцийн шинжилгээ хийлгэж байгаа тохиолдлын тоо 2013 оныг 2023 онтой харьцуулахад 5 дахин өссөн<sup>116</sup>. Мөн 1980-1990 оны архинд донтох эмгэг тархалтын судалгааг 2013 онтой харьцуулахад 40 дахин өссөн буюу ойролцоогоор 140 мянга гаруй хүн архинд донтох эмгэгтэй байна. Улс орон хөгжихийн хирээр хөгжлөө даган сэтгэцийн эрүүл мэндийн асуудлууд улам нэмэгдэж, бидний өмнө тусламж, үйлчилгээний тогтолцоог эргэн харж, хүн амын хэрэгцээнд суурилсан үйл ажиллагааг зураглах шаардлага тулгарч байна.

**Манай улсад Сэтгэцийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээнд зарцуулах санхүүжилт бусад улс оронтой харьцуулахад хангалтгүй байсаар байна.**

<sup>112</sup> WHO report child and adolescent  
<sup>113</sup> ЦЕГ, Хар тамхитай тэмцэх газрын статистикийн мэдээ, 2023 он  
<sup>114</sup> WHO School mental Health program  
<sup>115</sup> WHO, 2013. Global School-based Student Health Survey. Mongolia  
<sup>116</sup> СЭМҮТ-ийн статистикийн мэдээ, 2023 он

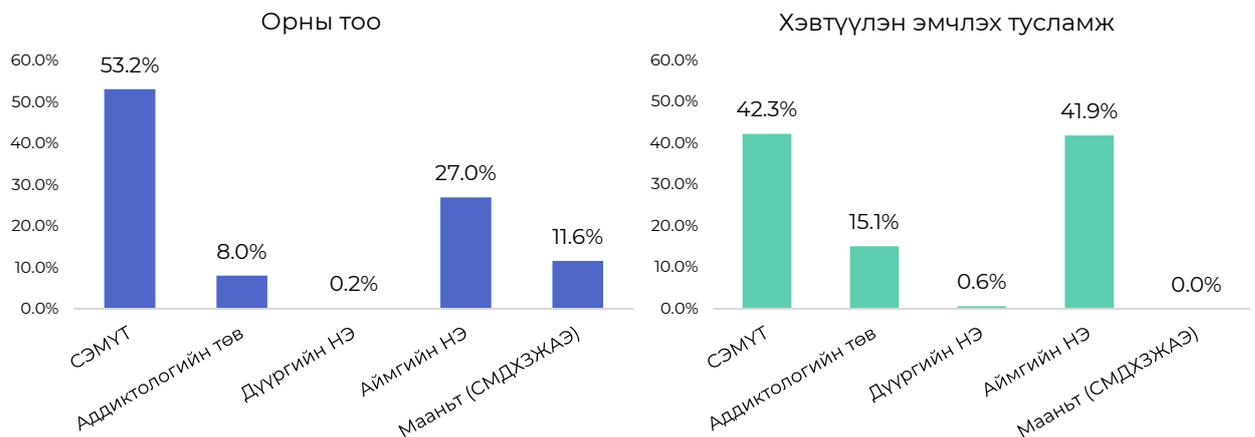
ДЭМБ-ийн зөвлөмжөөр ЭМ-ийн салбарт зарцуулах нийт төсвийн хэмжээг ДНБ-ий 5.0-аас доошгүй хувь байхыг зөвлөдөг. Монгол Улсын ЭМ-ийн салбарт зарцуулж буй нийт төсөв нь 2023 оны гүйцэтгэлээр 1,983.1 тэрбум төгрөг буюу ДНБ-ний 2.9 хувь байна. Цар тахал, ЭМ-ийн салбарын шинэчлэлийн хүрээнд ЭМ-ийн салбарт зарцуулж буй санхүүжилт сүүлийн жилүүдэд нэмэгдсэн боловч инфляцын нөлөө, цалингийн өсөлт, ДНБ-ний эзлэх хувиар нь авч үзэхэд буурах хандлагатай байна.

Манай улсын 2023 онд эрүүл мэндийн салбарт зарцуулсан нийт төсвийн 1.2 хувийг (22.9 тэрбум төгрөг) сэтгэцийн эрүүл мэндэд зарцуулсан байна. Энэхүү сэтгэцийн эрүүл мэндэд зарцуулж буй нийт зардлын 93.2 хувь (21.3 тэрбум төгрөг) зөвхөн сэтгэцийн эмгэгтэй хүмүүсийг эмчлэх эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээнд, 6.8 хувь (1.6 тэрбум) нь НЭМ-эд чиглэсэн үйлчилгээнд зарцуулагдсан байна. Өөрөөр хэлбэл, сэтгэцийн болон архинд донтох өвчний эмчилгээ, нөхөн сэргээлт, нийгмийн халамжийн зориулалтаар төрийн зүгээс жилд зарцуулж буй хөрөнгийн 90 орчим хувь нь зөвхөн ор бүхий эмнэлгийн үйл ажиллагааг санхүүжүүлэхэд зарцуулагдаж байна. Энэ нь сэтгэцийн эрүүл болон тулгамдсан асуудалтай бүлэг, урт хугацааны тусламж шаардлагатай хүмүүст чиглэсэн тусламж, үйлчилгээний санхүүжилт маш хангалтгүй байгааг харуулж байна.

**Сэтгэцийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний тогтолцоо боловсронгуй бус байна.**

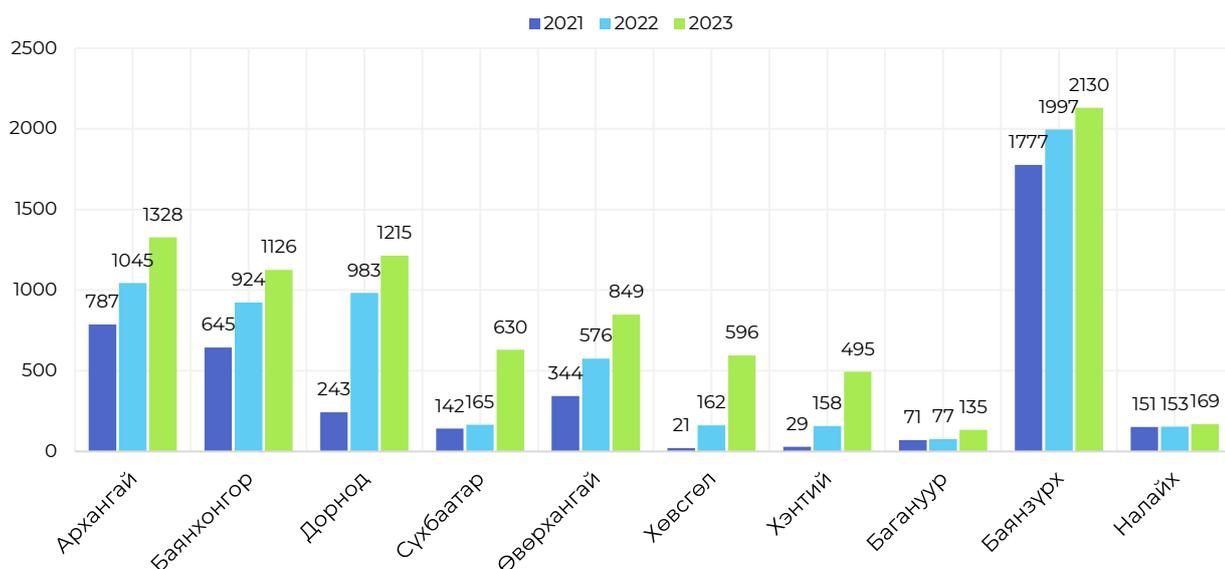
Манай улсын өнөөгийн сэтгэцийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ нь анхан болон төрөлжсөн мэргэжлийн, лавлагаа шатлалын тусламж хэлбэрээр үзүүлдэг. Тусламж үзүүлж буй байгууллагуудыг дурдвал: Лавлагаа шатанд тусгай мэргэжлийн төв болох СЭМҮТ, аймаг дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг, Аддиктологийн төв, Мааньт дахь согтуурах, мансуурах донтой хүнийг захиргааны журмаар албадан эмчлэх төв (Мааньт СМДХЗЖАЭ) тус тус үзүүлж байна. Доорх зургаас харахад улсын хэмжээнд байгаа нийт орны тооны талаас илүү хувийг СЭМҮТ эзэлж, дүүргийн эмнэлэгт хэвтүүлэн эмчлэх нэгж огт байхгүй байна. Үүнээс харахад манай улсын сэтгэцийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний 50 орчим хувь нь лавлагаа шатлалын тусламж буюу СЭМҮТ дээр илүү төвлөрсөн байдалтай үзүүлж байна. Энэ нь эмнэлэгт суурилсан буюу сэтгэцийн эмгэгээр өвдсөн хүнийг эмчлэхэд чиглэсэн тусламж, үйлчилгээ давамгайлж, орон нутагт нь байх нийгэм хамт олонд түшиглэсэн сэтгэцийн эрүүл мэндийн тусламжийн тогтолцоо тодорхой бус байна.

Зураг 160. Монгол Улсын сэтгэцийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний байдал



Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллагаас сэтгэцийн эмгэгтэй нийт хүмүүсийн 60–95 хувь нь өрхийн эмнэлгээр үйлчлүүлж байгааг тогтоосон бөгөөд сэтгэцийн эрүүл мэндийн анхан шатны тусламжийг өрхийн эмнэлгээр үзүүлэх асуудалд онцгой анхаардаг юм. Манай улс 2021 оноос эхлэн ДЭМБ-тай хамтран анхан ба үндсэн тусламж, үйлчилгээнд ажиллаж буй эмч, эмнэлгийн мэргэжилтнүүдэд зориулсан mhGAP буюу Сэтгэц мэдрэл донтолтын үеийн нэн шаардлагатай тусламж, үйлчилгээний удирдамжийг боловсруулан гаргасан. Монгол Улсын хэмжээнд mhGAP хөтөлбөрийн хүрээнд нийслэлийн 3 дүүрэг, 7 аймгийн нийт 418 эмч эмнэлгийн мэргэжилтнүүд хамрагдсан байна.

Зураг 161. mhGAP хөтөлбөр хэрэгжихээс өмнөх, дараах онд анхан шатны тусламжид сэтгэцийн эрүүл мэндийн тусламж үзүүлсэн хүний тоо



Манай улсад хөдөлмөрийн чадвар алдсан сэтгэцийн эмгэгтэй иргэдэд зориулсан Мааньт дахь “Сэтгэцийн өвчтөний хөдөлмөр эмчилгээ, асрамжийн газар” нэртэй урт хугацааны тусламж, үйлчилгээг 2003 онд татан буулгасантай холбоотойгоор өнөөдөр СЭМҮТ-ийн нийт орны 43 хувийг (n=237) урт хугацааны тусламж, үйлчилгээ шаардлагатай өвчтөнүүд нь эмнэлгээс огт гарахгүйгээр байршин хэвтэн эмчлүүлж байна. Энэ нь яаралтайгаар болон тусламж авах нэн шаардлагатай сэтгэцийн эмгэгтэй иргэдэд хэвтэн эмчлүүлэх боломжийг хязгаарласаар байна.

Монгол Улсад сэтгэцийн өвчнөөр анх удаа өвдсөний дараа үйлчлүүлэгчдийн 40 хувь нь шашны, 16.5 хувь нь өрхийн эмч, 17.2 хувь нь бусад мэргэжлийн эмчид, ердөө 26.25 хувь нь сэтгэцийн эмчид үзүүлж тусламж авч байгаа бөгөөд дунджаар 47 долоо хоногийн дараа оношлогддог буюу тусламж, үйлчилгээг хожуу авдаг. Сэтгэцийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг эдгээр мэргэжлийн байгууллагын бүтэц, зохион байгуулалт боловсронгуй бус сумын болон өрхийн эрүүл мэндийн төв, аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлгийн мэргэжлийн кабинетууд, холбогдох уялдаа холбоо сул, эрүүл мэндийн бус бусад салбаруудын үүрэг бүхий байгууллагатай ажиллах хамтын ажиллагаа хангалтгүй байна.

Олон улсад хөдөлмөрийн чадвар алдсан сэтгэцийн архаг эмгэгтэй иргэдэд зориулсан насан туршийн буюу урт хугацааны тусламж, үйлчилгээ, нийгмийн дэмжлэгийг дараах байдлаар 6 хэлбэрээр зохион байгуулдаг.

Зураг 162. Сэтгэцийн эмгэгийн улмаас хөдөлмөрийн чадвар алдсан хүмүүст үзүүлэх нөхөн сэргээх, дэмжих үйлчилгээ

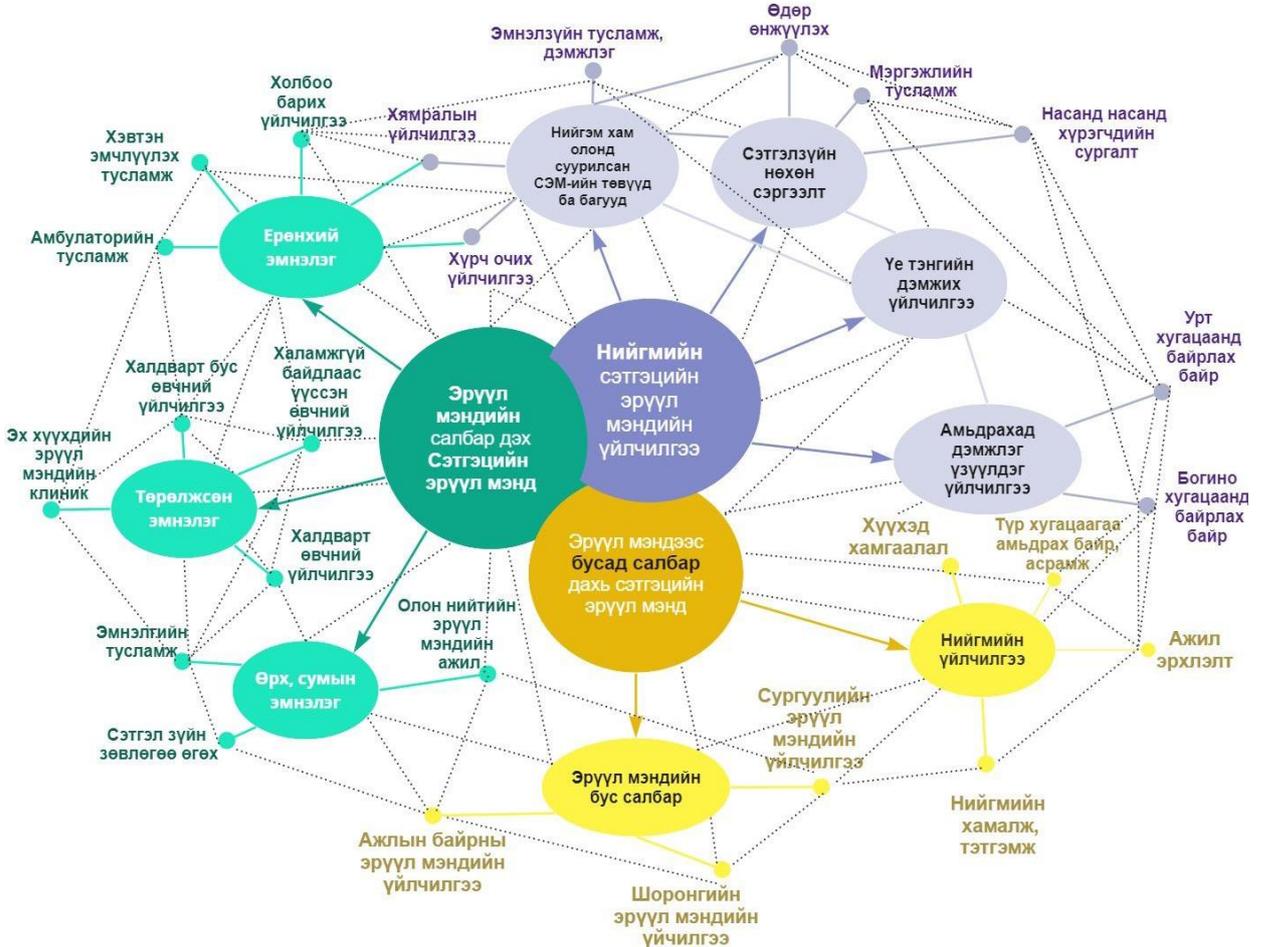


Манай улсад сэтгэцийн эмгэгийн улмаас хөдөлмөрийн чадвар алдсан хүмүүст гэрт оронгүй сэтгэцийн эмгэгтэй хүмүүст зориулсан асрамжийн газар огт байхгүй байгаа нь сэтгэцийн архаг эмгэгтэй иргэдийн асрамжийн газрыг орон нутагт нь бүсчилж байгуулах хэрэгтэй байна.

Олон улсад “Сэтгэцийн эрүүл мэндийн” тусламж, үйлчилгээ нь “нийгэм хамт олонд түшиглэсэн” тусламж хэлбэрээр дараах зохион байгуулалттай хүн амд үзүүлдэг байна

(Зураг 9). Энэ тусламж нь эрүүл мэндийн салбар, нийгмийн эрүүл мэнд, эрүүл мэндийн бус салбарын гэсэн 3 том чиглэлээр хоорондоо нягт уялдаа холбоотой тасралтгүй үзүүлдэг юм байна. Харин манай улсад олон улсад хэрэгжиж байгаа энэ тусламж, үйлчилгээний загварын нийгмийн болон эрүүл мэндийн бус салбаруудын оролцоог сэтгэцийн эрүүл мэндийн тусламжийг үнэлэх боломжгүй, тоо баримт байхгүй байгаа нь салбар дундын уялдаа холбоо муу, нэгдсэн нэг удирдлага зохион байгуулалт байхгүй байна.

Зураг 163. Олон улсын “Сэтгэцийн эрүүл мэндийн нийгэм хамт олонд түшиглэсэн” тусламж, үйлчилгээний зураглал. (ДЭМБ-ийн 2022 он)



Нийгэм, ахуйн орчноос хүн амын сэтгэцийн эрүүл мэндэд нөлөөлөгч сөрөг хүчин зүйлсийн нөлөөллийг багасгах, удаан хугацаанд давамгайлсан ор бүхий эмнэлэгт суурилсан тусламж, үйлчилгээнээс нийгэм, хамт олон, гэр бүл болон хувь хүнд тулгуурласан сэтгэцийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээнд шилжих, түүнийг дэмжих орчин бүрдүүлэх нь манай улсын хувьд тулгамдсан асуудал болсоор л байна.

**Сэтгэцийн эрүүл мэндийг дэмжих орчин бүрдээгүй байна.**

Байгууллага, хамт олон, гэр бүл гэх мэт нийгмийн бүхий л хүрээнд гишүүдийнхээ сэтгэцийн эрүүл мэндийг дэмжих, стрессээ (сэтгэц нийгмийн тулгамдсан асуудлаа) зөв зохистой шийдвэрлэх талаарх мэдлэг, ойлголт хангалтгүй, ерөнхий боловсролын сургуулиудад сэтгэцийн эрүүл мэндийн боловсрол олгох хичээлийн хөтөлбөрийг оруулсан боловч, уг хичээлийг заах багш нь мэргэжил арга зүйгээр бэлтгэгдээгүй байна. БШУЯ нь сургуулийн орчинд ажиллах 150 гаруй сэтгэл зүйч нарыг мэргэшүүлэн бэлтгэсэн боловч өнөөдөр улсын хэмжээнд байгаа сургуулиудын 10 хувь нь ч сэтгэл зүйн эрүүл мэндийн тусламжийг сурагчдад үзүүлж чадахгүй байна. Иймд одоо байгаа нөөцийг илүү үр дүнтэй ашиглаж, хэрэгцээтэй хүн амд хүртээмжтэй зохион байгуулах, нийгэм, хамт олон, гэр бүл болон хувь хүнд тулгуурласан сэтгэцийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээнд шилжих, түүнийг дэмжих орчин бүрдүүлэх нь манай улсын хувьд тулгамдсан асуудал болоод байна.

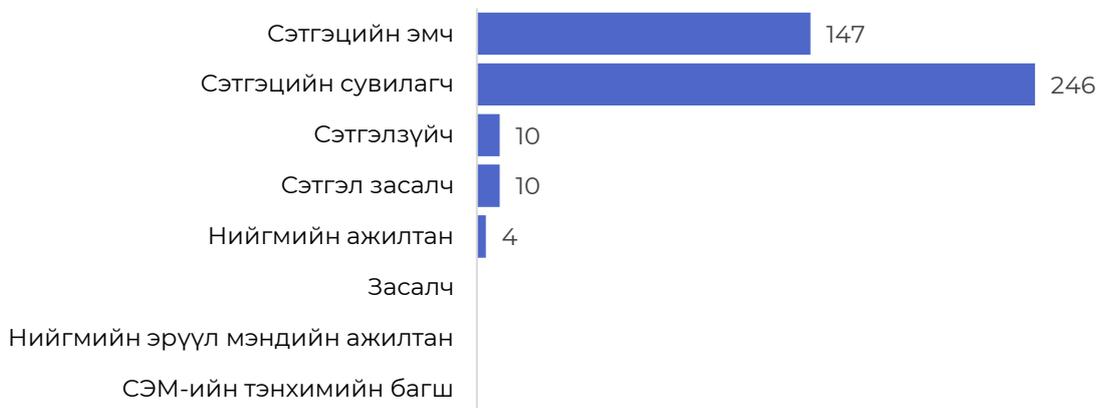
**Мэргэжлийн боловсон хүчний нөөц тэнцвэргүй, тэдний мэдлэг, чадварыг тасралтгүй хөгжүүлэх шаардлагатай байна.**

Сэтгэцийн эрүүл мэндийн тусламжийг сэтгэцийн эмч, сэтгэл засалч, сувилагч, сэтгэл зүйч, нийгмийн эрүүл мэндийн мэргэжилтэн, нийгмийн ажилтан, хөдөлгөөн засалч, хөдөлмөр засалч болон бусад засалч зэрэг мэргэжилтнүүд багаар ажиллах шаардлагатай байдаг.

Зураг 164. Сэтгэцийн эрүүл мэндийн тусламж үзүүлэх багийн мэргэжилтний бүтэц



Зураг 165. Сэтгэцийн эрүүл мэндийн салбарт ажиллаж буй мэргэжлийн хүний нөөц



2023 оны байдлаар Монгол Улсын 21 аймаг, 9 дүүрэгт сэтгэцийн эмч 147, сэтгэцийн сувилагч 247 ажиллаж байна. Сэтгэц-нийгмийн сэргээн засах тусламж, үйлчилгээг үзүүлэх багийн бусад мэргэжилтнүүд одоогоор улсын хэмжээнд сэтгэл зүйч 12, нийгмийн ажилтан 6, хөдөлгөөн засалч, хөдөлмөр засалч огт байхгүй (Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв, 2023). Жил бүр сэтгэл зүйч, нийгмийн ажилтан, хөдөлгөөн засалч зэрэг мэргэжилтнүүд бэлтгэгдэж байгаа боловч салбар хоорондын уялдаа холбоо сул, хүний нөөц бэлтгэх нэгдсэн бодлогогүй байна. Архины эмгэгтэй холбоотой тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг төрийн бус байгууллага улсын хэмжээнд 80, өөртөө туслах бүлэг 33 бүртгэгдсэн байна.

Хүснэгт 67. Монгол Улсын хэмжээнд 2023 онд сэтгэцийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг эрүүл мэндийн төвүүд, эмнэлгүүд болон байгууллагуудын тоо

№	Нийслэл	Тоо	Аймаг	Тоо
---	---------	-----	-------	-----

1	Өрхийн эрүүл мэндийн төв	131	Тосгоны эмнэлэг	15
2	Тусгай зөвшөөрөл бүхий хувийн хэвшил		АА төрийн бус байгууллага	9
3	АА төрийн бус байгууллага	24	Сумын эмнэлэг	308
4	Тосгоны эмнэлэг	4	Өрхийн эрүүл мэндийн төв	76

**Архины хордлого тайлах эмчилгээ**

1	Дүүргийн эмнэлгүүд	9	Бүсийн оношилгооны төв	5
2	Тосгоны эмнэлэг	4	Аймгийн нэгдсэн эмнэлэг	16
3	Аддиктологийн төв	1	Тосгоны эмнэлэг	15
4	Хордлогын яаралтай тусламжийн үндэсний төв	1	Сумын эмнэлэг	308
5	Нийслэлийн нэгдсэн эмнэлэг	1		

**Донтох эмгэгийн тусламж, үйлчилгээ**

1	Сэтгэцийн эрүүл мэндийн үндэсний төв	1	Аймгийн нэгдсэн эмнэлэг	16
2	Албадан эмчилгээ	1	Бүсийн оношилгооны төв	5
3	Энэрэл эмнэлэг			

**Сэтгэцийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг эмч, эрүүл мэндийн ажиллагсдын тоо**

1	Сэтгэцийн эмч	147	Сэтгэцийн эмч	42
2	Сэтгэцийн сувилагч	247	Сэтгэл засалч	13
3	Архины чиглэлээр ажилладаг ТББ	37	Архины чиглэлээр ажилладаг ТББ	43

Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллагын 2019 оны ээлжит 7 дугаар чуулганаар сэтгэцийн эрүүл мэндийн асуудлыг онцлон авч үзэж, 2019-2030 оны үйл ажиллагааныхаа гол чиглэл болгохыг зөвлөсөн уриалгыг гишүүн орнууддаа хандан гаргаснаас гадна 2022 онд Номхон далайн баруун бүсийн хорооны чуулганаас тус бүсийн 2023-2030 онд хийгдэх үйл ажиллагааны төлөвлөгөөг баталсан байна.

Нийгмийн эрүүл мэндийн талаар төрөөс баримтлах бодлого, Сэтгэцийн эрүүл мэндийн тухай хуулийн хэрэгжилтийг эрчимжүүлэх, Монгол Улсын Засгийн газрын үйл ажиллагааны хөтөлбөрт эрүүл мэндийн үйлчилгээ, урьдчилан сэргийлэх ажлын чанарыг олон улсын жишигт хүргэхээр дэвшүүлсэн зорилтыг хангахын тулд сэтгэцийн эрүүл мэндийн дэлхий нийтийн шинэ чиглэл, хандлагад нийцүүлэн манай улсын сэтгэцийн эрүүл мэндийн байдлыг сайжруулах, тулгамдсан асуудлуудыг шийдвэрлэх зорилгоор сэтгэцийн эрүүл мэнд нэгдсэн стратеги шаардлагатай байна.

**Технологи, мэдээлэл харилцаа**

Манай улсад иргэний болоод эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний талаарх мэдээллийг Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвийн эрүүл мэндийн статистикийн нэгдсэн сан - [www.1313.mn](http://www.1313.mn), Үндэсний статистикийн хорооны статистикийн мэдээллийн нэгдсэн сан - [www.1212.mn](http://www.1212.mn)-д нэгтгэдэг. Улсын хэмжээний амиа хорлохтой холбоотой тохиолдлын тоо, нийт сэтгэцийн эрүүл мэндийн тусламж үзүүлсэн хүний тоо, тусламж үзүүлсэн мэргэжилтнүүдийн тоо, хүн амд боловсрол олгосон тоо гэх мэт ЭМЯ, БШУЯ, ХНХЯ, ХЗДХЯ зэрэг бусад салбаруудын сэтгэцийн эрүүл мэндийн чиглэлээр хийж буй үйл ажиллагааны үндсэн тоо, мэдээллийн сан огт байхгүй байна. Иймээс салбарын статистикийн мэдээлэлд шинжилгээ хийн, үр дүнг тооцож, байгууллагууд хоорондын холбоог сайжруулж, мэдээллийн нэгдсэн тогтолцоотой болж, нотолгоонд суурилсан бодлого боловсруулж, хэрэгжүүлэх шаардлагатай байна.

**2.5 ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН САЛБАРЫН ХҮНИЙ НӨӨЦ**

Төслийн хамрах хүрээнд салбарын хүний нөөцийн судалгаа багтаагүй хэдий ч салбарын хүний нөөцийн талаарх тодорхой асуудлыг энэхүү бүлэгт дурдлаа.

Эрүүл мэндийн тухай хуульд “эмнэлгийн мэргэжилтэн” гэж анагаах ухааны боловсрол олгох их, дээд сургууль, коллежийг төгссөн, мэргэжлийн үйл ажиллагаа эрхлэх зөвшөөрөл бүхий хүний их, бага эмч, шүдний их эмч, уламжлалт анагаах ухааны их эмч, сувилагч, эх баригч, эм зүйч, эм найруулагч, сэргээн засах чиглэлийн мэргэжилтэн; “эмнэлгийн бусад мэргэжилтэн” гэж анагаах ухааны боловсрол олгох их, дээд сургууль,

коллеж төгссөн, мэргэжлийн үйл ажиллагаа эрхлэх зөвшөөрөл шаардагдахгүй бусад мэргэжилтнийг хэлнэ гэж тус тус тодорхойлсон байна.

Статистик судалгаанаас харахад улсын хэмжээнд 2023 оны жилийн эцсийн байдлаар нийт 66.3 мянган эрүүл мэндийн ажилтан Монгол Улсад суугаа 3396.8 мянган хүн амд эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлж байна. Эрүүл мэндийн байгууллагын ажилчид өмнөх оноос 2.9 мянга буюу 4.6 хувиар өсжээ.

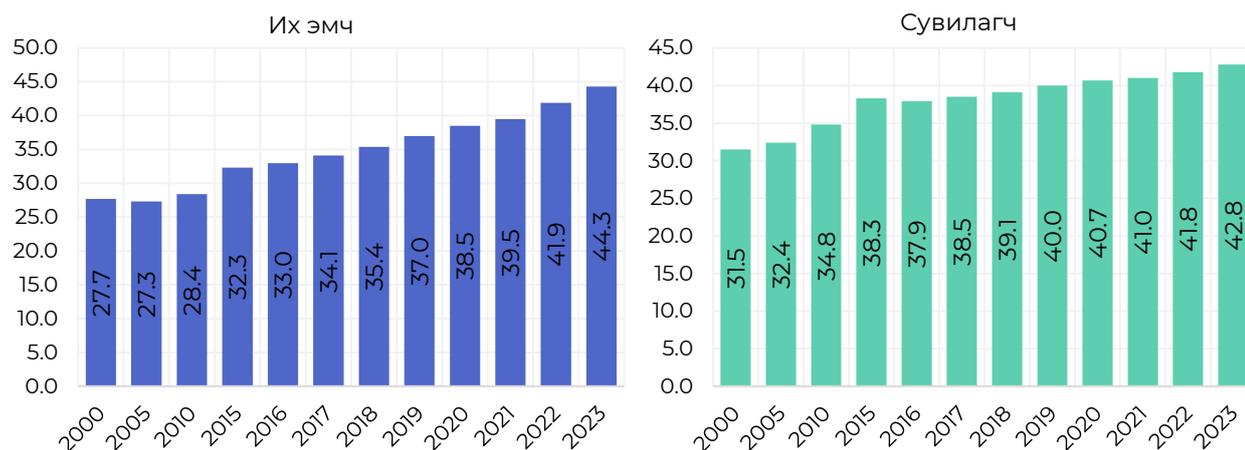
Албан хаагчдын 17.9 хувь нь эрэгтэйчүүд, 82.1 хувь нь эмэгтэйчүүд байна. Насны бүлгээр авч үзвэл 23.0 хувь нь 30 хүртэлх насны, 32.6 хувь нь 30-39 насныхан, 21.1 хувь нь 40-49 насныхан, 11.3 хувь нь 50-54 насныхан, 12.0 хувь нь 55, түүнээс дээш насныхан байна.

Зураг 166. Эрүүл мэндийн салбарын ажиллагчид, мянган хүн, 2000-2023 он



2022 онд нийт эмчийн тоо 13983 буюу 1000 хүн амд 4.1 их эмч ноогдож байна. Үүнээс хүний их эмч 10873 байгаагаас 78 хувь нь үндсэн болон төрөлжсөн мэргэшлийн чиглэлээр ажиллаж байна. Мөн эрүүл мэндийн салбарт 2022 оны байдлаар 13947 сувилагч нийт хүн амд сувилахуйн тусламж, үйлчилгээ үзүүлж байгаа ба 1000 хүн амд 4.1 сувилагч ноогддог.

Зураг 167. 10000 хүн амд ноогдох их эмч, сувилагчийн тоо, 2000-2023 он



Эх сурвалж: Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв

Улсын түвшинд эмч сувилагчийн харьцаа 1:1 байна. Ази-Номхон далайн бүсийн улс орнуудын хувьд 1000 хүн амд ноогдох сувилагчийн тоо ихээхэн ялгаатай байх ба Эдийн засгийн хамтын ажиллагаа ба Хөгжлийн байгууллагын гишүүн орнуудын хувьд

сувилагчийн тоо дунджаар 1000 хүн амд 10 сувилагч ноогдож байна.<sup>117</sup> Энэ нь эрүүл мэндийн салбар сувилагчийн дутагдалд орсныг илтгэнэ.

Засгийн газрын 2023 оны 115 дугаар тогтоолоор Дээд боловсролын эрэлттэй мэргэжил батлагдсан нийт 38 мэргэжил зарлагдсанаас эрүүл мэндийн чиглэлээрх 11 мэргэжил багтсан байна. Бакалаврын түвшинд сувилахуй, нийгмийн эрүүл мэнд, хөдөлмөрийн эрүүл ахуй, аюулгүй байдал; хөдөлмөр засал, хөдөлгөөн засал, эх барихуй багтсан бол дипломын түвшинд нүүр амны эрүүл ахуйч, дүрс оношилгоо, сувилахуй, эм найруулагч, бага эмч, эх барихуй, лабораторийн техникч багтжээ.<sup>118</sup>

Засгийн газрын 2020 оны 70 дугаар тогтоолоор<sup>119</sup> Төрийн өмчийн дээд боловсролын сургалтын байгууллагад сувилагч мэргэжлээр дээд боловсролын дипломын болон бакалаврын хөтөлбөрт элсэгч элсэлтийн ерөнхий шалгалтын 501-ээс дээш оноо авсан бол суралцагчдад сургалтын төлбөрийн буцалтгүй тусламж олгох, цаашлаад үргэлжлүүлэн сурч байгаа тохиолдолд голч онооноос хамааран 70-100 хувийн тэтгэлэг олгохоор заагдсан. Тус тогтоол 2024 оны 102 дугаар тогтоолоор<sup>120</sup> хүчингүй болж шинэчлэн батлагдсан ба сувилагчид тэтгэлэг олгох заалт хэвээр үлджээ.

Зөвхөн сургалтын төлбөрийн буцалтгүй тусламж олгохоос гадна сувилагчдын ажиллах орчин нөхцөлийг сайжруулах, ажлын ачааллыг тэнцвэржүүлэх гэх зэрэг асуудлыг судалгаа, нотолгоотойгоор гаргаж бодлого боловсруулах шаардлагатай байна.

“Алсын хараа 2050” урт хугацааны хөгжлийн бодлогын I үе шат буюу 2021-2030 оны хүрэх үр дүн 4-т Эрүүл мэндийн хүний нөөцийн хангалт, ур чадвар нийгмийн хамгааллын сайжруулсан байна гэж тусгагдсан<sup>121</sup>. Цаашлаад Хөгжлийн бодлогын I үе шатанд эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцийн чиглэлээр дараах үйл ажиллагаануудыг хэрэгжүүлэхээр тусгажээ. Үүнд:

- 2.2.7. Урьдчилан сэргийлэх анагаах ухааны чиглэлээр мэргэжилтэн бэлтгэх, төгсөлтийн өмнөх болон дараах онолын, дадлага сургалтын чанарыг олон улсын жишигт нийцүүлэн боловсронгуй болгож хөгжүүлнэ.
- 2.2.11. Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг хүн амын нягтрал, газар зүйн байршил, хүн ам зүйн бүтэц, өвчлөл, шилжилт хөдөлгөөн, хүн амын эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний эрэлт хэрэгцээтэй уялдуулан зохион байгуулна.
- 2.2.15. Хүн амын дунд зонхилон тохиолдож байгаа халдварт бус өвчний үеийн тусламж, үйлчилгээг сайжруулах зорилгоор олон улсын жишигт нийцсэн төвийг төрөлжүүлэн байгуулна (Зүрх судасны төв, Эрхтэн шилжүүлэн суулгах төв, Яаралтай тусламжийн үндэсний төв гэх мэт).
- 2.2.16. Нөхөн үржихүйн тусламж, үйлчилгээний чанар, хүртээмжийг дэмжих замаар сэргийлж болох эх, хүүхдийн эндэгдэлд нөлөөлөх хүчин зүйлийг багасгаж, эх, хүүхдийн эндэгдэл, хоол тэжээлийн дутагдлыг тогтвортой бууруулна.
- 2.2.17. Яаралтай түргэн тусламжийн үндэсний тогтолцоог шинэчлэн өөрчилж, онгоц, агаарын тээврийн үйлчилгээг тусламж, үйлчилгээнд нэвтрүүлнэ.
- 2.2.23. Монголын уламжлалт анагаах ухааныг орчин үеийн анагаах ухаантай хослуулан хөгжүүлж экспортод гарах гарцыг дэмжин “брэнд” болгоно.
- 2.2.29. Хүн амын хэрэгцээ, тусламж, үйлчилгээний зохион байгуулалт төлөвлөлттэй уялдуулан хүний нөөцийг бэлтгэж, орон нутгийн хэрэгцээг хангаж, эмч, эмнэлгийн ажилтны цалин хөлс, урамшууллын тогтолцоог боловсронгуй болгон бодит цалингийн хэмжээг улсын дунджаас дээш байлгана.
- 2.2.30. Эрүүл мэндийн чиглэлээр сургалт эрхэлж байгаа байгууллагад олгох тусгай зөвшөөрөл, магадлан итгэмжлэлд тавигдах шаардлагыг шинэчилж, үйл ажиллагааг боловсронгуй болгоно.
- 2.2.38. Анагаах ухаан, эрүүл мэндийн салбарын тусламж, үйлчилгээг хиймэл оюун ухаанд тулгуурлан хөгжүүлж аливаа өвчин эмгэгийг эрт илрүүлж, эмчлэх боломжийг бүрдүүлнэ.

<sup>117</sup> <http://hdc.gov.mn/media/files/2022.pdf>

<sup>118</sup> <https://legalinfo.mn/mn/detail?lawId=16758861338751&showType=1>

<sup>119</sup> <https://legalinfo.mn/mn/detail/2736>

<sup>120</sup> <https://legalinfo.mn/mn/detail?lawId=17089882308271&showType=1>

<sup>121</sup> <https://legalinfo.mn/mn/detail/15406>

Эрүүл мэндийн салбарын 2022-2025 оны стратеги төлөвлөгөөнд<sup>122</sup>:

- Зорилт 4 Яаралтай тусламжийн чанар, хүртээмж, чадавхыг үндэсний түвшинд сайжруулж, парк шинэчлэл хийнэ.
  - Арга хэмжээ-5: Эмнэлгийн яаралтай болон түргэн тусламжийн чиглэлээр олон нийтийн эрүүл мэндийн ажилтан бэлтгэх тогтолцоо бүрдүүлэх
- Зорилт 8 Эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцийн ур чадвар, нийгмийн хамгааллыг сайжруулж, сувилагч мэргэжилтэнг жил бүр 1000-с доошгүйг бэлтгэсэн байна.
  - Арга хэмжээ 1: Салбарын хүний нөөцийн хэрэгцээний судалгаа хийж, хүний нөөц бэлтгэх тэргүүлэх чиглэл тогтоох;
  - Арга хэмжээ 2: Салбарын хүний нөөцийн 2022-2025 оны төлөвлөгөө боловсруулж хэрэгжүүлэх;
  - Арга хэмжээ 3: Сувилагч бэлтгэх зорилтот үйл ажиллагааг хэрэгжүүлэх;
  - Арга хэмжээ 4: Эрүүл мэндийн салбарт олон нийтийн эрүүл мэндийн ажилтан ажиллах эрх зүйн орчин бүрдүүлж, хэрэгжүүлэх;
  - Арга хэмжээ 5: Салбарын хүний нөөцийн нэгдсэн сан бүрдүүлэх;
  - Арга хэмжээ 6: Эмнэлгийн мэргэжилтний төгсөлтийн дараах сургалтын сүлжээг Бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төвд бий болгох;
  - Арга хэмжээ 7: Анагаахын шинжлэх ухаан, технологийн дэвшил, инновацын тэргүүлэх чиглэлээр эмнэлгийн мэргэжилтэнг гадаад улсад урт хугацааны сургалтад хамруулах;
  - Арга хэмжээ 8: Эмнэлгийн мэргэжилтний ажиллан суралцах арга хэмжээг хэрэгжүүлэх;
  - Арга хэмжээ 9: Эрүүл мэндийн ажилтны нийгмийн хамгааллыг хэрэгжүүлэх;

Дээр дурдсанчлан “Алсын хараа 2050” урт хугацааны бодлогын баримт бичгийг хэрэгжүүлэх I үе шатад эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэнг амын хэрэгцээ, тусламж, үйлчилгээний зохион байгуулалт төлөвлөлттэй уялдуулан бэлтгэж, орон нутгийн хэрэгцээг хангах зорилт тавигдсан. Цаашлаад “Эрүүл мэндийн салбарын 2022-2025 оны стратеги төлөвлөгөө”-ний Зорилт 8 арга хэмжээ 1-т “Салбарын хүний нөөцийн хэрэгцээний судалгаа хийж, хүний нөөц бэлтгэх тэргүүлэх чиглэл тогтоох”; арга хэмжээ 2-рт “Салбарын хүний нөөцийн 2022-2025 оны төлөвлөгөө боловсруулж хэрэгжүүлэх” гэж заасан боловч тус арга хэмжээнүүд хэрэгжээгүйн улмаас эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэнг хөдөлмөрийн зах зээлийн хэрэгцээ шаардлагад нийцүүлэн бэлтгэж чадахгүй байна.

### 2.5.1 Эрүүл мэндийн салбарын төгсөлтийн дараах сургалт

Эрүүл мэндийн салбарт ажиллах хүний нөөцийг 2022 оны байдлаар Боловсрол, Шинжлэх Ухааны Яамнаас анагаах ухааны хөтөлбөрөөр сургалт явуулдаг 14 их дээд сургууль бэлтгэн гаргаж байна. Сүүлийн 10 жилийн хугацаанд анагаах ухааны чиглэлээр жилд дунджаар 3634 эмнэлгийн мэргэжилтэн бэлтгэгдэн гарсан.

Зураг 168. Анагаах ухааны чиглэлээр их, дээд сургууль төгсөгчид 2010-2022 он



Эх сурвалж: [www.1212.mn](http://www.1212.mn)

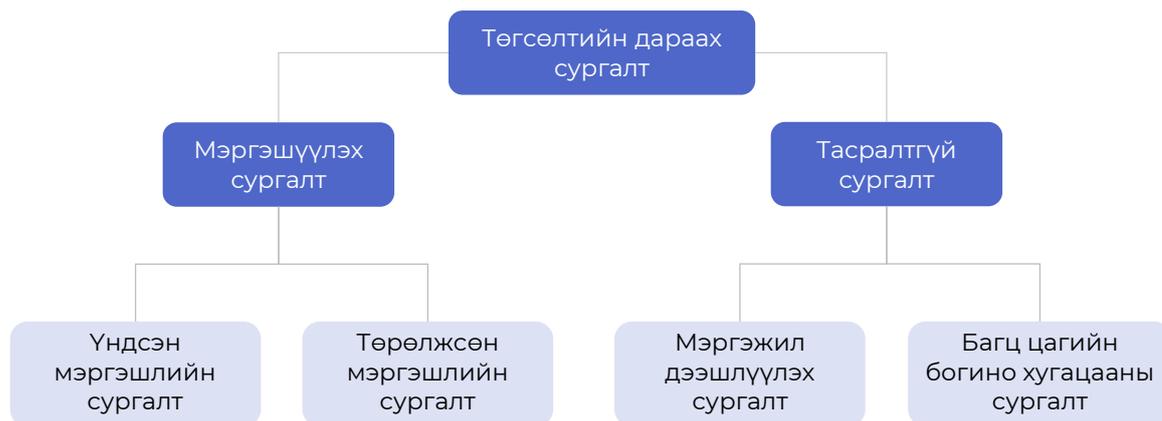
<sup>122</sup> <https://moh.gov.mn/news/6133>

Иймд улсын болон хувийн их дээд сургуулиудад анагаах ухааны чиглэлээр суралцах суралцагчдын тоог хянах, их дээд сургуулиудын бүтэц, үйл ажиллагаа, сургалтын хөтөлбөрийг магадлан итгэмжлэх асуудалд ЭМЯ-ны оролцоог нэмэгдүүлэх, цаашлаад чанартай чанаргүй эмнэлгийн мэргэжилтэн бэлтгэж буй хувийн их дээд сургуулиудын тооноос илүү чанарт анхаарах шаардлагатай байна.

### 2.5.1.1 Төгсөлтийн дараах сургалтын удирдлага, зохион байгуулалт

Эмнэлгийн мэргэжилтний төгсөлтийн дараах сургалтад мэргэшүүлэх болон тасралтгүй сургалт хамаарна. Мэргэшүүлэх сургалтад үндсэн ба төрөлжсөн мэргэшлийн сургалт багтах бол тасралтгүй сургалтад мэргэжил дээшлүүлэх болон багц цагийн богино хугацааны сургалт хамаарна.

Зураг 169. Төгсөлтийн дараах сургалтын хэлбэр



Төгсөлтийн дараах сургалтыг Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 25 дугаар зүйлийн 25.12 дугаар хэсэгт “Эмнэлгийн мэргэжилтний мэргэжлийн үйл ажиллагаа эрхлэх зөвшөөрлийн болон төгсөлтийн дараах сургалттай холбогдсон үйл ажиллагааны удирдлагыг эрүүл мэндийн асуудал хариуцсан төрийн захиргааны төв байгууллага хэрэгжүүлнэ<sup>123</sup>” гэж заасан. Мөн хуулийн 25 дугаар зүйлийн 25.13 дахь хэсэгт “Эрүүл мэндийн асуудал хариуцсан төрийн захиргааны төв байгууллагаас эрх олгосон төрийн байгууллага /ЭМЯ-ны харьяа Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв/ эмнэлгийн мэргэжилтэнд мэргэжлийн үйл ажиллагаа эрхлэх зөвшөөрөл олгох, сунгах, нөхөн олгох, хүчингүй болгох болон төгсөлтийн дараах сургалт, мэргэшлийн зэрэг олгох үйл ажиллагааг зохион байгуулах бөгөөд мэргэжлийн нийгэмлэг, холбооны оролцоог хангана” гэж заажээ. Төгсөлтийн дараах сургалт нь ЭМС-ын 2017 оны “Мэргэшүүлэх болон тасралтгүй сургалт зохион байгуулах, сургалт эрхлэх байгууллагыг сонгох, зөвшөөрөл олгох, сунгах, хүчингүй болгох журам”<sup>124</sup>-аар зохицуулдаг. Журмаар сургалтын төрөл, хэлбэр, хугацаа, удирдлага, зохион байгуулалт, чиглэл, хяналтын тоо, хөтөлбөрт тавигдах нийтлэг шаардлага, сургалт эрхлэх зөвшөөрөл хүсэхэд бүрдүүлэх баримт бичиг, сургалт эрхлэх байгууллага, сургагч багш, суралцагчид тавигдах шаардлага, эмнэлзүйн сургагч багш бэлтгэх зохион байгуулалт, сургалтын тов, явц, элсэлт, төгсөлтийн шалгалтын зохион байгуулалт, сургалт дүүргэсэн төгсөгчид олгох баримт бичигтэй холбоотой харилцааг зохицуулсан.

Харин 2002 оны Дээд боловсролын тухай хуульд:

- 10.2.2.төрийн захиргааны бусад төв байгууллагатай тухайн салбарт мэргэжилтэн бэлтгэх асуудлаар хамтран ажиллах;
- 12.1.14.дээд боловсролтой хүмүүсийг дахин мэргэшүүлэх, мэргэжил дээшлүүлэх, ерөнхий боловсролын болон богино хугацааны сургалт эрхлэх гэж заасан.

Дээд боловсролын тухай хуулийг 2023 онд шинэчлэн найруулсан ба тус хуулийн 24 дүгээр зүйлийн 24.2.1 дэх заалтад Дээд боловсролын удирдлагыг “төрийн захиргааны бусад байгууллагатай тухайн салбарт мэргэжилтэн бэлтгэх асуудлаар хамтран ажиллах” гэж

<sup>123</sup> <https://legalinfo.mn/mn/detail/49>

<sup>124</sup> <https://moh.gov.mn/uploads/files/337.pdf>

тусгасан нь өмнөх хуулийн 10.2.2 заалт бөгөөд өмнөх хуулийн 12.1.14 дэх заалт хасагдсан байна.<sup>125</sup> (Хүснэгт 68)

Хүснэгт 68. Дээд боловсролын тухай хуулинд тухайн салбарт мэргэжилтэн бэлтгэх асуудлаар орсон заалт 2002, 2023

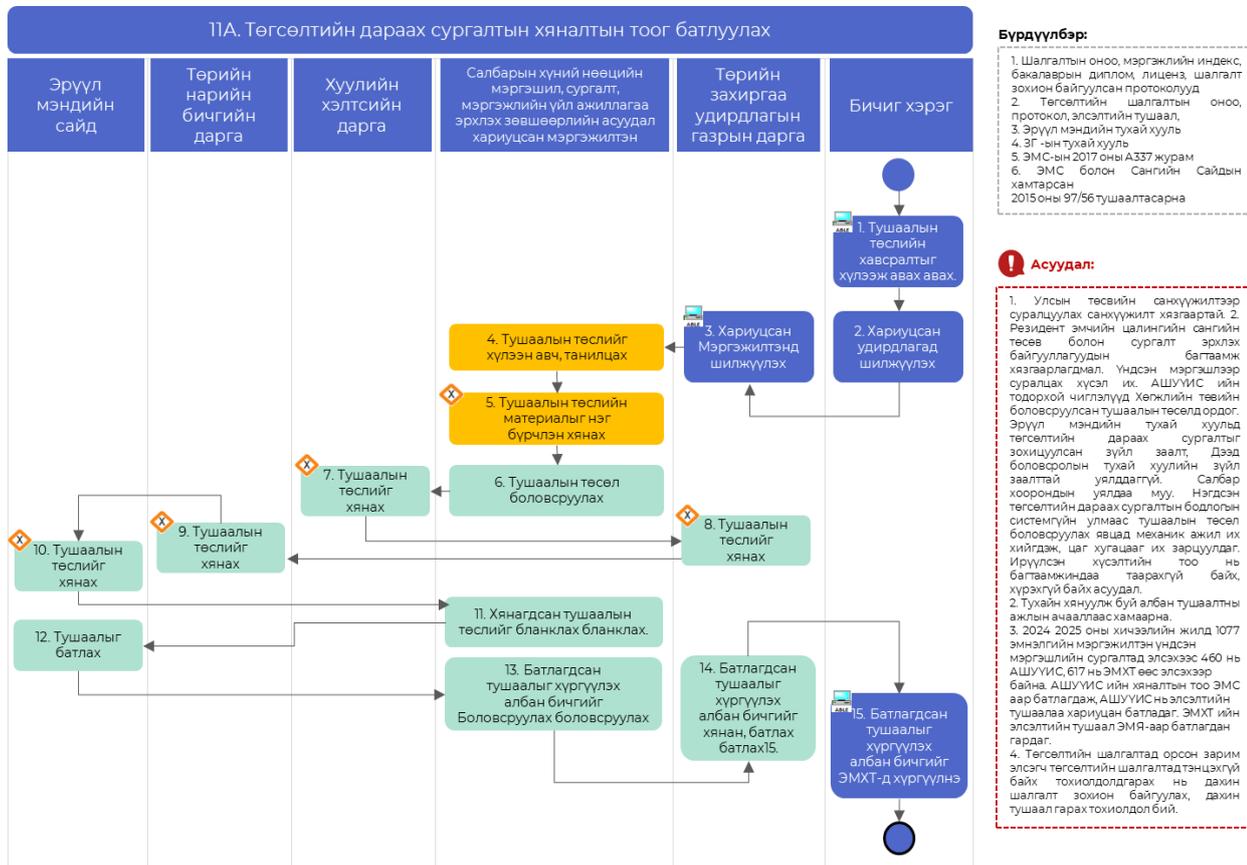
№	Дээд боловсролын тухай хууль (2002)	Дээд боловсролын тухай хууль (2023)
1.	10.2.2.төрийн захиргааны бусад төв байгууллагатай тухайн салбарт мэргэжилтэн бэлтгэх асуудлаар хамтран ажиллах.	24.1.2.төрийн захиргааны бусад байгууллагатай тухайн салбарт мэргэжилтэн бэлтгэх асуудлаар хамтран ажиллах
2.	12.1.14.дээд боловсролтой хүмүүсийг дахин мэргэшүүлэх, мэргэжил дээшлүүлэх, ерөнхий боловсролын болон богино хугацааны сургалт эрхлэх;	

Өмнөх хуулийн 10 дугаар зүйлийн 10.2.2 дахь заалт, 12 дугаар зүйлийн 12.1.14 дэх заалтыг үндэслэн Анагаахын Шинжлэх Ухааны Үндэсний Их сургууль (АШУУИС) нь мэргэжилтний төгсөлтийн дараах сургалтыг ЭМХТ-тэй зэрэгцэн элсэлтийг тусдаа авч зохион байгуулсаар ирсэн ба ЭМС-ын төгсөлтийн дараах сургалтад хамрагдах элсэлтийн хяналтын тооны тушаал тус тусдаа батлагддаг байсан. Харин 2023 оны Дээд боловсролын тухай хуулийн шинэчилсэн найруулгад өмнөх хуулиас зөвхөн “төрийн захиргааны бусад байгууллагатай тухайн салбарт мэргэжилтэн бэлтгэх асуудлаар хамтран ажиллах” гэх заалт хэвээр үлдсэн байна.

**Хяналтын тоо**

Төгсөлтийн дараах мэргэшүүлэх сургалтыг эрүүл мэндийн салбарын хэрэгцээ, төлөвлөлт, сургалт эрхлэх байгууллагын хүчин чадал, багтаамж, сургалт удирдах эмнэлзүйн сургагч багш болон аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газраас ирүүлсэн захиалгыг үндэслэн мэргэшүүлэх сургалтын хяналтын тоог баталдаг<sup>126</sup>.

Зураг 170. Төгсөлтийн дараах сургалтын хяналтын тоог батлуулах процессын зураглал



<sup>125</sup> <https://legalinfo.mn/mn/detail?lawId=16759959041191>

<sup>126</sup> <https://legalinfo.mn/mn/detail?lawId=208067&showType=1>

ЭМС-ын 2024 оны “Эрүүл мэндийн ажилтны 2024-2025 оны төгсөлтийн дараах сургалтын чиглэл, элсэлтийн хяналтын тоо, сургалтын зардал батлах тухай” А/125 дугаар тушаалаар 2024 онд төгсөлтийн дараах сургалтад хамрагдах эмнэлгийн мэргэжилтний хяналтын тоо батлагдсан ба тушаал дотроо ЭМХТ, АШУУИС-ийн сургалтад хамрагдах хяналтын тоо нь тус тусдаа заагдсан байна. Мөн тус тушаалын 4 дүгээр заалтад Төгсөлтийн дараах сургалтын элсэлтийн тушаалыг албажуулан Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвд хүргүүлэхийг Анагаахын шинжлэх ухааны үндэсний их сургуульд үүрэг болгосон. Хэдийгээр эмнэлгийн мэргэжилтний төгсөлтийн дараах сургалтад хамрагдах хяналтын тооны тушаал ЭМС-аар нэгдсэн нэг батлагдсан нь төгсөлтийн дараах сургалтын элсэлтийн үйл ажиллагаа нэг зохион байгуулалтад орсон мэт харагдаж байгаа боловч хяналтын тоог ЭМХТ, АШУУИС гэж салгасан бөгөөд АШУУИС элсэлтийн тушаалыг албажуулан ЭМХТ-д хүргүүлэхээр үүрэг болгосон нь төгсөлтийн дараах сургалтын зохион байгуулалт салангид хэвээр байгааг харж болно.

Хүснэгт 69. Төгсөлтийн дараах сургалтын удирдлага, зохион байгуулалт

№	Агуулга	Хариуцах нэгж	
1	Төгсөлтийн дараах сургалтыг зохион байгуулах нэгж	ЭМЯ-ны харьяа ЭМХТ	БШУЯ-ны харьяа АШУУИС
2	Төгсөлтийн дараах сургалтын журам	Эрүүл мэндийн сайдын 2017 оны А/337 дугаар журам	АШУУИС-ийн захирлын 2017 оны А/96 дугаар журам
3	Төгсөлтийн дараах сургалтын бодлого	ЭМЯ-ны хүний нөөцийн асуудал хариуцсан нэгж	АШУУИС-ийн Боловсролын асуудал эрхэлсэн дэд захирал
4	Сургалтын зохион байгуулалт	ЭМЯ-ны харьяа ЭМХТ	АШУУИС-ийн МДИ
5	Төгсөлтийн дараах сургалт явагдах бааз эмнэлэг	ЭМЯ-ны дэргэдэх Эмнэлгийн мэргэжилтний Хөгжлийн зөвлөлөөс зөвшөөрөл авсан сургалт эрхлэх байгууллагууд (УНТЭ, УХТЭ, УГТЭ г.мэт)	- АШУУИС-ийн төв эмнэлэг - Монгол Японы эмнэлэг - Нүүр ам судлын төв эмнэлэг - МУАУ-ны төв эмнэлэг болон ЭМЯ-ны Эмнэлгийн мэргэжилтний хөгжлийн зөвлөлөөс эрх авсан сургалт эрхлэх байгууллагууд
6	Элсэлт, төгсөлтийн шалгалтын зохион байгуулалт	ЭМС-ын тушаалаар батлагдана.	АШУУИС-ийн захирлын тушаалаар батлагдана.

Цаашлаад АШУУИС-ийн захирлын 2017 оны А/96 дугаар тушаалын дөрөвдүгээр хавсралтаар Төгсөлтийн дараах үйл ажиллагааг зохицуулах журам батлагдсан.<sup>127</sup> Тус журмаар төгсөлтийн дараах сургалтыг Сургалт бодлого зохицуулалтын газар нэгдсэн удирдлагаар ханган, Эрдмийн болон Мэргэжлийн сургалтын алба нь сургалтын үйл ажиллагааг хэрэгжүүлнэ гэж заажээ.



Оролцогч 2:

Төгсөлтийн дараах сургалтын зохицуулалт нэг байж чадахгүй байгаа, бүрэн зохицуулалт байхгүй. Үндсэн мэргэшлийн сургалт нь эмнэлэг дээр суурилсан төгсөлтийн дараах эмнэлзүйн сургалт. Зохицуулалтыг нэгдсэн болгох шаардлагатай. Монгол улсад жил бүр эмч нарын суралцах квотыг баталдаг, тэр хяналтын тоон дотор АШУУИС-ийн квот хамт явж байгаа, энийгээ нэг зохицуулалт гэж бодоод байж магадгүй, гэтэл тийм биш. Хэрвээ шалгалт авч элсүүлж байгаа бол нэг шалгалтын системтэй байх ёстой. АШУУИС бол зөвхөн нэг сургалт эрхлэг байгууллага. Гэтэл тэд нар өөрсдийгөө Дээд боловсролын тухай хуулиар сургалт эрхлэх эрхтэй гэж тайлбарладаг. Гэтэл ЭМЯ-ны хийх гээд байгаа сургалт нь эмнэлзүйн төгсөлтийн дараах сургалт, өвчтөний орны дэргэд явагддаг, танхимд явагддаггүй сургалт. Хуулийн нэр томъёоны тоглолт юм уу, үгэн дээр тоглолт хийгээд байна. Энэ асуудлаар маш олон удаа санал зөрөлдөж байсан. Элсэлтийн шалгалт 2 тусдаа авч байгаа нь нэг байгаасай.

### Сургалт эрхлэх байгууллага

<sup>127</sup> <http://postgraduate.mnums.edu.mn/>

ЭМС-ын А/337 дугаар тушаалд<sup>128</sup> “Эмнэлзүйн мэргэшүүлэх сургалт нь зөвхөн эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний байгууллагад түшиглэн явагдах бөгөөд тухайн сургалтад гол үүрэгтэй эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллагад тулгуурлан явагдана, тус байгууллага нь Эмнэлгийн мэргэжилтний хөгжлийн зөвлөл (ЭМХЗ)-өөс тухайн чиглэлээр зөвшөөрөл авсан эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх байгууллага, анагаах ухааны боловсрол олгох сургуульд түшиглэнэ” гэж заасан. ЭМХЗ-өөс сургалт эрхлэх зөвшөөрөл авсан нийт 20 гаруй байгууллага байдаг. Мөн журамд зааснаар “үндсэн байгууллага нь өөрийн байгууллагад дангаар хэрэгжүүлэх боломжгүй сургалтыг хамтран зохион байгуулах зорилгоор эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний бусад байгууллагатай эмнэлзүйн мэргэшүүлэх сургалт эрхлэх байгууллагын сүлжээ үүсгэж, нэгдэн ажиллана. Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний байгууллага нь эмнэлзүйн мэргэшүүлэх сургалт эрхлэх байгууллагын зөвхөн нэг сүлжээнд нэгдэж ажиллана. Үндсэн ба төрөлжсөн мэргэшлийн зарим чиглэлээр эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний байгууллагын тоо цөөн тохиолдолд тухайн байгууллага нь хоёр ба түүнээс дээш тооны сүлжээнд нэгдэн ажиллаж болно” гэж заасан.

АШУҮИС нь Монгол Японы эмнэлэг, Нүүр ам судлалын төв эмнэлэг, МУАУ-ны төв эмнэлэгт түшиглэн сургалтаа явуулах боловч нийт суралцагчдын дийлэнх хувийг ЭМХТ-ийн сургалт эрхлэх байгууллагууд руу явуулдаг байна. Энэ нь аль хэдийн СЭБ-ын нөөц, ачааллыг тооцон төгсөлтийн дараах сургалтад хамрагдах суралцагчдыг СЭБ-уудад хуваарилдаг бөгөөд энэ нь тухайн сургалт эрхлэх байгууллага дээр нэмэлт ачаалал болдог байна.



Оролцогч 10:

Эмнэлэг, сургуулийн резидент гэдэг ялгаа их байдаг. АШУҮИС, ЭМХТ нэг хөтөлбөртэй уян хатан байх хэрэгтэй. Зарим эмнэлэг дээр очиход сургуулийн резидентийг хагалгаанд оруулахгүй гэдэг хориг тавьдаг.



Оролцогч 10:

АШУҮИС-ийн эмнэлэг олон төрөлжсөн мэргэшлийн чиглэлээр төгсөлтийн дараах сургалтыг хийж чаддаггүй. Сургуулиас ирж байгаа резидентүүдийг ойлгоод хүлээж авдаг гэтэл резидентүүд өөрсдөө ялгаатай хандлага гаргадаг. Сургуулийн резидентүүд эмнэлгийн үйл ажиллагаа нь дуусаагүй байхад эрт гараад явах тохиолдлууд гардаг, эмнэлгийн үйл ажиллагаанд оролцохгүй байгаа учраас эмч нар өвчтнүүдээ тэд нар даатгаж өгөх боломжгүй. Үүнээс үүдэн эмч, резидентүүд дунд ЭМХТ-ийн, АШУҮИС-ийн резидент гэсэн ялгаа гардаг. Сургуулийн резидентүүд судалгаа, шинжилгээний ажилд сайн, эмнэлгийн резидентүүд гардан үйлдэлдээ сайн гэх мэт ялгаа гардаг. Энэ хоёрыг хослуулах шаардлагатай. Сургууль өөрөө бааз эмнэлэгтэй байх ёстой. АШУҮИС-тай манай эмнэлэг гэрээ хийдэг. Гэтэл хэдэн эмч, хэзээ ирэх талаар мэдээллийг ирүүдэггүй гэнэт резидентүүд ямар ч мэдээлэлгүй ирээд тойролт хийе гэх асуудал байдаг.

## Сургагч багш

ЭМС-ын 2017 оны А/337 дугаар тушаалын 10 дугаар бүлэгт Төгсөлтийн дараах эмнэлзүйн сургалт удирдах багшид тавигдах шаардлага, 11 дүгээр бүлэгт Эмнэлзүйн сургагч багш бэлтгэх сургалтын зохион байгуулалт, сургалтын агуулга, эмнэлзүйн сургагч багшид ногдох суралцагчийн тоо тус тус тодорхойлсон.

Эмнэлзүйн сургалтыг сургалт эрхлэх байгууллагын хэрэгцээнд тулгуурлан 3 хоногийн “Эмнэлзүйн багш бэлтгэх сургалт”-ыг ЭМХТ-өөс зохион байгуулдаг байна. Цаашлаад тус журмын 11.13-т зааснаар “Нэг эмнэлзүйн сургагч багшид ногдох мэргэшүүлэх, мэргэжил дээшлүүлэх сургалтанд суралцагчийн нийт тоо нь 4-5-аас ихгүй байна (өөрөөр хэлбэл нэг эмнэлзүйн сургагч багшид 4-5 мэргэшүүлэх болон мэргэжил дээшлүүлэх сургалтад суралцагч ногдоно)” гэж тусгагдсан.

Өмнө дурдаж байсанчлан АШУҮИС-иас мэргэшүүлэх сургалтад хамруулахаар элссэн эмнэлгийн мэргэжилтнүүдийг өөрийн харьяа эмнэлгүүдэд сургахгүй чиглэлээр бусад сургалт эрхлэх байгууллагууд руу хуваарилж явуулдаг нь нэг эмнэлзүйн сургагч багшид ноогдох тоог ихэсгэж, сургалтын чанарт ч мөн нөлөөлдөг байна.

Цаашлаад сургагч багшийн цалин Эрүүл мэндийн болон Сангийн сайдын хамтарсан 2015 оны 97/56 дугаар тушаалаар зохицуулдаг<sup>129</sup>. Төгсөлтийн дараах сургалт эрхлэх байгууллага

<sup>128</sup> <https://legalinfo.mn/mn/detail?lawId=208067&showType=1>

<sup>129</sup> [https://nczd.gov.mn/Training/2015\\_97\\_56\\_EMS.pdf](https://nczd.gov.mn/Training/2015_97_56_EMS.pdf)

нь багшийн ажлын хөлсөнд сургалтын төлбөрийн 45 хувийг зарцуулах ёстой. Гэтэл нэг эмнэлгийн мэргэжилтэнд нэг биш олон сургагч багш хичээл орох тохиолдол гардаг учраас тухайн төлбөр олон хүнд хуваагдаж олгогддог байна. Тус төлбөрийн жишгийг нэмэгдүүлэх шаардлагатай.

### **Зардлын хэлбэр**

Мэргэшүүлэх сургалтад хамрагдаж буй эмнэлгийн мэргэжилтэн нь улсын төсөв болон хувийн зардлаар суралцаж байна.

Улсын төсвийн санхүүжилтээр мэргэшүүлэх сургалтад хамрагдахад: ЭМХТ-өөс аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газраас мэргэшүүлэх сургалтад хамруулах эмнэлгийн мэргэжилтний захиалгыг авч улсын төсвийн санхүүжилтээр сургах хяналтын тооны төслийг боловсруулдаг. Захиалгаар суралцсан эмч, эмнэлгийн мэргэжилтнүүд нь тухайн аймгийн эрүүл мэндийн газар, нэгдсэн эмнэлгийн хүний нөөцийг бүрдүүлдэг. ЭМС-ын А/337 дугаар тушаалаар баталсан журмын 15.17.2<sup>130</sup>-т заасны дагуу үндсэн мэргэшлийн сургалтад суралцах мэргэжилтэн нь элсэлтийн шалгалтад тэнцэж, тус журмын 13.1, 13.2-т заасан шаардлага хангасан тохиолдолд онооны дарааллын дагуу сонгосон аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газартай орон нутагт таваас доошгүй жил ажиллах гэрээ байгуулж, улсын төсвийн санхүүжилтээр суралцана. Бусад (хувийн зардлаар суралцах) мэргэжилтнийг онооны дарааллын дагуу тухайн жилийн элсэлтийн хяналтын тоонд багтаан хувийн зардлаар суралцуулна.

Хувийн зардлаар суралцах эмнэлгийн мэргэжилтэн нь хувийн зардлаар сургалтын төлбөрөө төлөх ба төгссөний дараа ажиллах эрүүл мэндийн байгууллагаа өөрөө сонгон ажилладаг.

Улсын төсвийн санхүүжилтээр суралцуулах сургалтын захиалгыг аймаг, нийслэлээс авах явцад албан бичиг ойр ойрхон солигдох, нөгөө талаас захиалгаар суралцахаар ирж буй эмнэлгийн мэргэжилтнүүд элсэлтийн шалгалтын босго оноонд хүрэхгүй байх тохиолдлууд гардаг.

#### **• Эмнэлгийн мэргэжилтний мэргэжлийн үйл ажиллагаа эрхлэх тусгай зөвшөөрөл**

Эмнэлгийн мэргэжилтэнд мэргэжлийн үйл ажиллагаа эрхлэх тусгай зөвшөөрөл олгох, сунгах, цуцлах үйл ажиллагааг үе шаттайгаар сайжруулах шаардлагатай. Эмнэлгийн мэргэжилтний мэргэжлийн үйл ажиллагаа эрхлэх зөвшөөрөл нь Зөвшөөрлийн тухай хууль, Эрүүл мэндийн тухай хууль, Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний тухай хууль, Эрүүл мэндийн сайдын 2023 оны А/295 дугаар тушаал болон бусад холбогдох хуулиар зохицуулагдаж байна. ЭМЯ-ны харьяа Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв нь Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 25.13 дугаар<sup>131</sup> зүйлд тусгагдсан эрхийн хүрээнд эмнэлгийн мэргэжилтний мэргэжлийн үйл ажиллагаа эрхлэх зөвшөөрөлтэй холбоотой үйл ажиллагааг зохион байгуулж байгаа ба Эрүүл мэндийн ажилтны нэгдсэн бүртгэлийн сан /hr.hdc.gov.mn/ программыг 2022 оны 4 дүгээр сарын 01-ний өдрөөс нэвтрүүлэн мэргэжлийн үйл ажиллагаа эрхлэх тусгай зөвшөөрөл олгох үйл ажиллагаанд ашиглаж байна.

Эмнэлгийн мэргэжилтэн мэргэжлийн үйл ажиллагаа эрхлэх зөвшөөрлийг анх удаа авч байгаа тохиолдолд онолын шалгалтад хамрагдах ба мэргэжлийн үйл ажиллагаа эрхлэх зөвшөөрлөө сунгуулах тохиолдолд мэргэжлээсээ шалтгаалан жил бүр тодорхой тооны (их эмч-6 багц цаг, сувилагч, эх баригч-3 багц цаг) багц цагийн богино хугацааны сургалтад хамрагдсан байх шаардлагатай.

ЭМС-ын 2023 оны А/295 дугаар тушаалд зааснаар зөвшөөрлийн шалгалтыг цахимаар авах ба мэдээллийн дэвшилтэт технологи, техник хэрэгслийг ашиглан зайн хэлбэрээр авч болно гэж тусгагджээ. Зөвшөөрлийн шалгалтыг сард 1 удаа цахимаар зайн хэлбэрээр зохион байгуулж байгаа нь нэг талаасаа эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэн хаана байгаагаасаа үл хамааран чирэгдэл багатай хамрагдах давуу талтай боловч нөгөө талаас хяналтын тогтолцоо сул, цаашлаад тухайн эмнэлгийн мэргэжилтэн шалгалтыг өөрийн биеэр өгч байгаа эсэхийг тодорхойлоход хүндрэлтэй байна.

<sup>130</sup> <https://legalinfo.mn/mn/detail?lawId=103875&showType=1>

<sup>131</sup> <https://legalinfo.mn/mn/detail/49>



Сүүлийн 5 жил АНУ-ын лицензийн шалгалтад бэлдэж байна, бусад улс болон өөрийн улсын лицензийн шалгалт тэнгэр газар шиг ялгаатай байдаг.

Оролцогч 4:

## 2.6 ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН САЛБАРЫН МЭДЭЭЛЭЛ

### 2.6.1 Эрүүл мэндийн салбар дахь цахим шилжилт

Монгол Улсын Ерөнхий сайдын 2023 оны 12 дүгээр сарын 21-ний өдрийн 206 дугаар захирамжаар эрүүл мэндийн салбарын цахим шилжилтийг эрчимжүүлэх зорилгоор систем хоорондын мэдээлэл солилцох боломжийг бүрдүүлэх асуудлыг судалж, санал боловсруулах, танилцуулах үүрэг бүхий Ажлын хэсэг байгуулагдсан. Тус ажлын хэсэг 1) эрүүл мэндийн салбар дахь цахим шилжилтийн нөхцөл байдлын судалгаа хийх, 2) эрүүл мэндийн салбарын мэдээллийн системийг хөгжүүлэх, үндсэн болон дэмжих системтэй холбох, мэдээлэл солилцох нөхцөлийг бүрдүүлэх, 3) эрүүл мэндийн салбарын цахим шилжилттэй холбоотой дүрэм, журам, захиргааны хэм хэмжээний актын өөрчлөлтийн төслийг боловсруулах ажлыг хэрэгжүүлж байсан тул ПДИ төслийн зүгээс эрүүл мэндийн цахим шилжилтийн асуудлыг судалгааны хамрах хүрээнд хамруулаагүй болно.

ПДИ төслийн баг 4 байгууллагад ажилласан нөхцөл байдлын судалгаа, процесс зураглалын үр дүнг энэ бүлэгт дүгнэн бичлээ.

Эрүүл мэндийн тогтолцоог бэхжүүлэх эрүүл мэндийн салбарын үйл ажиллагаа болон эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний чанарыг сайжруулахад мэдээллийн урсгал түүний үнэн зөв, аюулгүй байдал болон үйл ажиллагааны цахимжуулалт томоохон дэмжлэг үзүүлэх гол хүчин зүйл болдог. Одоогийн байдлаар төрийн үйлчилгээг цахимжуулах ажлын хүрээнд лавлагаа шатлалын эмнэлэгт үзүүлэх цаг авах үйлчилгээг E-Mongolia системд оруулснаар иргэдийн цагийг хэмнэх нөгөө талдаа эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлж буй байгууллагуудын ачааллыг тодорхой хэмжээнд багасгах ач холбогдолтой алхам болсон гэж үзэж байна.

Гэсэн хэдий ч эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг үзүүлэгч байгууллагуудын дотоод үйл ажиллагаа бүрэн цахимжаагүй, мэдээллийн дийлэнх нь цахим бус хэлбэртэй (сканнердсан хувилбар) байгаа бөгөөд тус салбарын байгууллагууд хоорондын мэдээлэл солилцоо цаасан суурьтай явагдаж байгаа нь эрүүл мэндийн салбарын үйл ажиллагаанд нэгдсэн цахимжуулалтын архитектур шаардлагатай байгааг харуулж байна.

Төслийн судалгаанд хамрагдсан ЭМЯ, ЭМДЕГ, ЭЭХХЗГ, ЭХЭМҮТ-ийн үйл ажиллагааны нийт 90 процессын зураглал гарган шинжилгээ хийж үзэхэд 50-65 хувь нь гар ажиллагаатай байгаа бөгөөд мэдээлэл нь цаасан хэлбэртэй, 15 хувь нь цаасан болон цахим хослуулсан хэлбэрээр мэдээллээ бүртгэж байгаа нь эдгээр байгууллагуудын дотоод үйл ажиллагааны дийлэнх хувь нь цахимжаагүй байгааг баталж байна. Мөн нийт үйл ажиллагааны 15 хувийг цаасан болон цахим хэлбэрээр давхардуулан хийж байгаа нь судалгаанд хамрагдсан байгууллагуудад энэ хэмжээний ажлын бүтээмж алдагдаж байна гэсэн дүгнэлтэд хүрлээ.

Хүснэгт 70. Процесс зураглалаас гарсан үр дүнгийн нэгтгэл

Байгууллага	Дүн	ЭМЯ	ЭМДЕГ	ЭЭХХЗГ	ЭХЭМҮТ
Зурагдсан процессын тоо	90	23	29	25	13
Процессын алхмын тоо	1658	298	373	523	464
Хурал	42	10	6	24	2
Хяналт	194	47	58	88	1
Цаас, хувь	46.1%	67.8%	50.9%	65.0%	6.9%
Цахим, хувь	28.0%	20.8%	30.0%	8.0%	53.7%
Цаас болон цахим, хувь	15.0%	7.4%	16.9%	21.6%	11.0%
Цаасны хэрэглээ, хувь	61.1%	75.2%	67.8%	86.6%	17.9%
Цахимын хэрэглээ, хувь	43.1%	28.2%	46.9%	29.6%	64.7%
Ямар нэгэн бүртгэлгүй хийгддэг үйлдэл, хувь	8.3%	0.7%	0.5%	0.8%	28.0%
Оролцогч тал	688	136	168	195	189

Хурал, хувь	2.5%	3.4%	1.6%	4.6%	0.4%
-------------	------	------	------	------	------

Дээр дурдсанчлан Засгийн газраас иргэдэд үзүүлж буй төрийн үйлчилгээг цахимжуулах ажил эрчимтэй хийгдэж байгаа хэдий ч түүнтэй уялдсан үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллагуудын дотоод үйл ажиллагаа цахим хэлбэрт бүрэн шилжихгүй байгаа нь үйлчилгээний хурд болоод чанарт нөлөөлөөд зогсохгүй салбарын мэдээллийн нэгдсэн санг үүсгэх нөхцөлийг бүрдүүлэхгүй байна.

Энэ нь бодлого боловсруулах үндсэн чиг үүрэг бүхий төрийн захиргааны төв байгууллагад салбарын бодлого боловсруулах шийдвэр гаргах үйл ажиллагаанд саад учруулж байна. Жишээ нь, ЭМЯ нь бодлого боловсруулах, бодлогын хэрэгжилтийг хангах, эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлж буй байгууллагуудын гүйцэтгэлийг үнэлэх, салбарын хэмжээнд бодит агшны эрүүл мэндийн мэдээллийг цуглуулах, хянах, ажиллагааг цаасан хэлбэрээр явуулдаг.

Мөн Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын газрын үндсэн систем нь хэрэглэгчийн шаардлага хангахгүй, хөгжүүлэлт хийгдэх боломжгүй байгаа нь тус газар үндсэн үйл ажиллагаагаа явуулахад тулгамдаж буй хамгийн гол асуудал юм. Цаасан хэлбэрээр хийгдэж буй процессуудыг цахимжуулснаар төрийн албан хаагчийн бүтээмж дээшлэх, цахим дата мэдээлэл төвлөрөх, үйл ажиллагааны давхардал, эрсдэл буурах зэрэг олон давуу талууд үүсэх боломжтой.

Монгол Улсын Засгийн газрын 2024 оны 100 дугаар тогтоолоор “Эрүүл мэндийн мэдээллийг цуглуулах, боловсруулах, ашиглах, хадгалах, аюулгүй байдлыг хангах” журам баталсан хэдий ч хэрэгжүүлэх технологийн болон хүний нөөцийн чадавх сул байгаагаас шалтгаалан тус журам хэрэгжих боломж, нөхцөл бүрдээгүй.

Мөн эрүүл мэндийн нэгдсэн чанарын удирдлагын систем байдаггүйгээс эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний чанар, стандарт, хэрэгжилтийн дата мэдээлэл дутмаг бөгөөд үйлчилгээний чанартай холбоотой гомдол, санал ЭМЯ-нд цаасан буюу албан бичиг хэлбэртэйгээр ирдэг нь тодорхой зохицуулалт байхгүйн улмаас цаг алдах, төрийн албан хаагчийн үндсэн үйл ажиллагаанд сөргөөр нөлөөлдөг.

Төрийн үйлчилгээний цахим шилжилттэй холбоотой ажлыг ЭМЯ, ЦХХХЯ хамтран эрчимтэй хийж байгаа тул процессын дахин инженерчлэлийн судалгаа, шинжилгээний ажлын хүрээнд Төслийн багийн зүгээс уг асуудал руу нарийвчлан ороогүй боловч эрүүл мэндийн тогтолцоог бүрэн ажиллуулах, гүйцэтгэлийг үнэлэх, бодлогын шийдвэр гаргалтад салбарын мэдээллийн урсгалыг нэгдсэн удирдлага, зохион байгуулалтаар хангах зайлшгүй шаардлагатай нь тогтоогдсон.

ПДИ төслийн хүрээнд эрүүл мэндийн салбарын цахим шилжилтийг хөшүүрэгдэх зорилгоор дижитал технологиор түүчээлэгч хувийн хэвшлийн байгууллагууд (Мобиком корпорац, Голомт банк зэрэг) хамтран ажиллахаар болсон.

## 2.6.2 Цахим эрүүл мэндийн нөхцөл байдлын хөндлөнгийн үнэлгээ

Монгол Улсын Ерөнхий сайдын захирамжаар байгуулагдсан Ажлын хэсгийн үйл ажиллагааны хүрээнд НҮБ-ын Хүүхдийн сангийн санхүүжилтийн тусламжтайгаар Цахим эрүүл мэндийн нөхцөл байдлын хөндлөнгийн үнэлгээг Азийн цахим эрүүл мэндийн мэдээллийн холбоогоор 2024 оны 01 дүгээр сараас эхлэн гүйцэтгүүлжээ.

Уг цахим эрүүл мэндийн нөхцөл байдлын хөндлөнгийн үнэлгээний үр дүнгээс товч дурдвал:

“Үнэлгээгээр цахим эрүүл мэнд улсын хэмжээнд баттай бэхэжсэнийг харуулж байгаа ч стратеги, хөрөнгө оруулалт, бодлого, зохицуулалт зэрэг хүрээнд (засаглал, зохион байгуулалтын хүрээнд үнэлэгддэг) бага зэрэг хоцорсон байдалтай байна. Засгийн газрын өнөөгийн тэргүүлэх чиглэл, төрийн үйлчилгээг цахимжуулж буй хурдаас харвал ойрын хэдэн жилийн дотор дэлхийн дундаж түвшинд хүрэх боломжтой ч мэдээлэл солилцох боломж, дэд бүтэц, засаглал зэрэг бусад чиглэлийг дэлхийн стандартад нийцүүлэхийн тулд илүү их хүчин чармайлт гаргах шаардлагатай. Монгол улс цахим эрүүл мэндийн чиглэлээр проактив алхмууд хийж байгаа нь сайшаалтай хэдий ч эдгээр чиглэлд цаашид гол анхаарлаа хандуулснаар илүү бат бөх, тогтвортой цахим эрүүл

мэндийн экосистемийг бий болгож, эцсийн дүндээ нийт иргэдэд гарах эрүүл мэндийн үр дүнг сайжруулна. Дараах тэргүүлэх чиглэлүүдийг хэрэгжүүлэх нь зүйтэй:

**Стратегийн түвшинд:**

- Засаглалын уялдаа: Цахим эрүүл мэндэд хүрэхийн тулд үүрэг, хариуцлага нь тодорхой удирдлагын нэгдсэн бүтцийг байгуулах. Үндэсний бодлого, олон улсад хүлээсэн үүргүүдтэй нягт уялдсан цахим эрүүл мэндийг цогц стратегийг боловсруулах. Цахим эрүүл мэндийн санаачилгыг эрчимжүүлэхийн тулд ЭМЯ болон ЦХХХЯ, төрийн байгууллагуудын хамтын ажиллагааг нэмэгдүүлэх. Орон нутаг дахь эрүүл мэндийн байгууллагын удирдлагуудтай илүү сайн харилцах сувгийг бий болгох.
- Санхүүжилт, хөрөнгө оруулалт: Цахим эрүүл мэндийн санаачилгад санхүүжилтийн тогтвортой эх үүсвэр олох. Нийгмийн хариуцлагын санаачилгын хүрээнд хөдөө орон нутгийн мэдээлэл харилцаа холбооны технологид хувийн хөрөнгө оруулалтыг хөхиүлэн дэмжих. Хөрөнгийг үр ашигтай зарцуулахын тулд стратегийн худалдан авалтыг хийх. Цахим эрүүл мэндийн төслүүдэд тогтвортой санхүүжилт олохын тулд өртөг зардлыг тооцсон төлөвлөгөө боловсруулж, хөрөнгө оруулалтын замын зураглал гаргах.
- Бодлого, зохицуулалтын хүрээнд: Өгөгдлийн солилцоо, өгөгдлийн хадгалалт, системийн хөгжүүлэлт зэрэг тодорхой бодлого журмуудыг боловсруулж мөрдүүлэх. Цахим эрүүл мэндийн стратегиуд болон төслүүдийн уялдаа, ил тод байдлыг дээшлүүлэхээр мэдлэгийн нэгдсэн платформ байгуулах.

**Менежментийн түвшинд:**

- Хүний чадавхын хөгжил: Урт хугацаанд чадавхыг хөгжүүлэх ажиллах хүчний цогц сургалтад хөрөнгө оруулалт хийх. Хүний нөөцийн төлөвлөлтийг шинэчилж, цахим эрүүл мэндийн үүрэг, ур чадварыг нэмж оруулах. Мэдлэг дадлагыг дамжуулах, чадавхыг бэхжүүлэх зорилгоор дэлхийд тэргүүлэгч түншлэлийг эхлүүлэх. Цахим эрүүл мэндийн санаачилгыг тэргүүлэх бүс нутгийн манлайлагчид, мэргэжилтнүүдийг дэмжих.
- Хувийн хэвшилтэй хамтарч ажиллах: Цахим эрүүл мэндийн системийг хөгжүүлэхэд хувийн хэвшилтэй хамтарч ажиллах. Бүс нутагт тохиромжтой, өргөжүүлж болох, хоорондоо уялдан ажиллах чадвартай цахим эрүүл мэндийн системийн аппуудыг зохион бүтээх. Өгөгдлийн стандартчилал, өгөгдлийн солилцоо, төвөггүй харилцан ажиллах архитектур хөгжүүлэлтийг дэмжих.
- Дэд бүтцийн хөгжил: Хот, хөдөөд технологийн дэд бүтцийн зөрүүтэй байдлыг арилгах. Бүс бүс нутагт цахим хэрэгслүүдийн тэнцвэртэй хүртээмжийг хангах. Цахим эрүүл мэндийн дэд бүтцийн засвар, үйлчилгээнд тодорхой бодлого журмуудыг хэрэгжүүлэх.
- Зохилдлого, өгөгдлийн менежмент: Цахим эрүүл мэндийн мэдээллийн системд харилцан ажиллагааг нэмэгдүүлэх. Мэдээллийн технологийн мэргэжилтнүүдэд өгөгдлийн солилцоо, сургалтыг албан ёсны болгох. Өгөгдлийн чанар, хүртээмжийг дээшлүүлэх менежментийн практик ажиллагааг хэвшүүлэх.

**Үйл ажиллагааны түвшинд:**

- Байгууллагын удирдлага, үйл ажиллагаа: Цахим эрүүл мэндийн технологийг нэвтрүүлэх, хэрэглэхэд эрүүл мэндийн жижиг байгууллагуудын чадавхыг нэмэгдүүлэх зорилгот тусламж, хүч хөрөнгөөр дэмжих. Төрөл бүрийн хэвшлийн байгууллагуудын эрэлт хэрэгцээнд тохирсон шийдлүүдийг хөгжүүлэх.
- Өвчтөнд төвтэй үйлчилгээ: Өвчтөний сэтгэл ханамжийн судалгаа байнга тогтмол авч хэрэглэснээр өвчтөнд төвтэй соёлыг дэмжих. Өвчтөнтэй ажиллах , тэдний оролцоо, асаргааны чанарыг сайжруулах.
- Тасралтгүй дэвшил, инновац: Туршилтын төслүүдийг дэмжих, амжилттай санаачилгуудыг өргөжүүлэх замаар цахим эрүүл мэндийн инновацыг хөхиүлэн дэмжих. Цахим эрүүл мэндийн систем, практикийг сайжруулах, нягтлан үзэх механизмыг бий болгох.
- Өгөгдлийн нэгдсэн системүүд: Хоорондоо үр дүнтэй холбогдон харилцдаг нэгдсэн системийг хөгжүүлж системд өгөгдөл оруулах ажлыг хялбарчлах. Систем

хөгжүүлэгчидтэй хамтарч ажилласнаар ажлын явцыг түргэтгэх, өгөгдлийн оновчтой байдал, үр өгөөжийг нэмэгдүүлэх.

Монгол Улс эрүүл мэндийн салбараа цахимжуулах чиглэлд өдийг хүртэл ихээхэн амжилт олсон хэдий ч зарим чиглэлд Алсын хараа 2050 урт хугацааны хөгжлийн бодлогын баримт бичигт дэвшүүлсэн зорилтуудыг хэрэгжүүлэхэд анхаарах шаардлагатай байна. Голлон анхаарах чиглэлүүдэд тархай бутархай системүүдийг нэгтгэх, дэд бүтцийн, мэдлэгийн, хүний чадавхын тэгш бус байдлыг засах зэрэг багтана. Стратегийн засаглал, тогтвортой санхүүжилт, ажиллах хүчний цогц сургалт, дэд бүтцийг найдвартай хөгжүүлэхэд анхаарснаар Монгол Улс цахим шилжилтийн аянаа амжилттай үргэлжлүүлж, цахим эрүүл мэндийн үр дүнг нийт иргэддээ хүргэх нөхцөлийг бүрдүүлэх боломж бүрдэнэ. Төрийн болон хувийн хэвшлийн хамтын ажиллагаа, олон улсын түншлэлийг бэхжүүлэх нь дээр дурдсан бэрхшээлүүдийг даван туулж, хүчирхэг, үр ашигтай цахим эрүүл мэндийн орчныг бүрдүүлэхэд чухал ач холбогдолтой байна.” гэж дүгнэжээ.

## 3 ОРОЛЦОГЧ ТАЛУУДЫН СУДАЛГАА БА ТУЛГАМДАЖ БУЙ АСУУДЛУУД

### 3.1 Оролцогч талуудын судалгаа

#### 3.1.1 Судалгааны арга зүй

Эрүүл мэндийн салбарын ажилтан, албан хаагчид, эрүүл мэндийн байгууллагуудаас үйлчилгээ авдаг аж ахуйн нэгж, байгууллагаас түүврийн хэмжээг энгийн санамсаргүй түүврийн арга зүйн дагуу дараах томъёоллоор тооцсон.

$$n = \frac{Z^2 \times N \times V}{(N - 1) \times e^2 \times Z^2}, V = \left( \frac{SD}{mean} \right)^2$$

Энд:

- n= түүврийн хэмжээ;
- N= эх олонлогийн тоо;
- z= хүсэж буй ач холбогдлын түвшинг тодорхойлсон статистик утга (95.0 хувь ашигласан);
- SD= стандарт алдаа (Бүсчлэлийн хувьд);
- e= алдааны хязгаар (5.0 хувь).

Хувьсагчдын утгыг дээрх байдлаар тодорхойлж, түүврийн хэмжээг судалгаа тус бүрд нь тооцоход салбарын албан хаагчдаас 841, эрүүл мэндийн байгууллага, аж ахуйн нэгжээс нийт 403 эмнэлэг, аж ахуйн нэгж, байгууллагыг хамруулсан. Дэлгэрэнгүйг Хүснэгт 71-т харуулав.

Хүснэгт 71. Судалгааны түүврийн хэмжээ

Д/д	Судалгааны нэр	Эх олонлог	Түүврийн хэмжээ	Мэдээлэл цуглуулах хэлбэр
1	Удирдах албан тушаалтны асуумж	1 402	150	Цахим, Ганцаарчилсан ярилцлага, Call center
2	Салбарын албан хаагчдын судалгаа	62 мянга	841	Цахим
<b>3 Эрүүл мэндийн байгууллага, аж ахуйн нэгжийн судалгаа</b>				
3.1	Нийт	4 548	403	-
3.2	Төрийн өмчийн ЭМБ	221	33	Цахим
3.3	Өрх, сум, тосгоны ЭМТ	538	70	Цахим
3.4	Аж ахуй нэгж байгууллага, хувийн хэвшил	1 673	120	Цахим
3.5	Аж ахуй нэгж байгууллага, эмийн сан	2 021	160	Цахим
3.6	Сувилал	95	20	Цахим
<b>4 Эрүүл мэндийн салбарын фокус бүлгийн ярилцлага</b>				
4.1	Эрүүл мэндийн яам	-	3 фокус бүлэг	Фокус бүлгийн ярилцлага
4.2	Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газар	-	5 фокус бүлэг	Фокус бүлгийн ярилцлага
4.3	Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын газар	-	5 фокус бүлэг	Фокус бүлгийн ярилцлага
4.4	Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн үндэсний төв	-	10 фокус бүлэг 2 ганцаарчилсан ярилцлага	Үйлчлүүлэгчийн судалгаа, Фокус бүлгийн ярилцлага Ганцаарчилсан ярилцлага

**Тооцооллын арга зүй:** Эрүүл мэндийн салбарын ажилтан, албан хаагчдын бүтээмжид сөргөөр нөлөөлөх хүчин зүйлсийг тодорхойлох судалгааны үр дүнг ач холбогдлын харьцангуй индекс-RII (Relative Importance Index)-ээр тооцож, ач холбогдлын зэргээр эрэмбэлсэн.

$$n = \frac{5n_5 + 4n_4 + 3n_3 + 2n_2 + n_1}{5(n_1 + n_2 + n_3 + n_4 + n_5)} * 100$$

Энд:

- $n_1$ -“нөлөөгүй” гэж хариулсан хариулагчдын тоо;
- $n_2$ -“бага нөлөөтэй” гэж хариулсан хариулагчдын тоо;
- $n_3$ -“дунд зэргийн нөлөөтэй” гэж хариулсан хариулагчдын тоо;
- $n_4$ -“нөлөөтэй” гэж хариулсан хариулагчдын тоо;
- $n_5$ -“маш их нөлөөтэй” гэж хариулсан хариулагчдын тоо

### 3.1.2 Удирдах албан хаагчдын асуумж

Эрүүл мэндийн салбарын удирдах ажилтнуудаас салбарын чиг үүргийн давхардал, хийдэл, төрийн болон орон нутгийн захиргааны байгууллагын бүтэц, зохион байгуулалт болон засаглалын тогтолцоонд дүн шинжилгээ хийх замаар тулгамдаж буй асуудлыг олж, шийдлийг тодорхойлох зорилгоор НҮБ-ын Хөгжлийн хөтөлбөртэй хамтран гүйцэтгэсэн.

Судалгаанд оролцсон эрүүл мэндийн салбарын удирдах ажилтан байгууллагын бүтэц, зохион байгуулалтын тулгамдаж буй асуудлын ерөнхий дүр зураг, асуудлын үр дагаврыг харуулсан хэд хэдэн жишээг гаргаж ирсэн төдийгүй цаашид үргэлжлүүлэн судлах, анхаарал хандуулах зүйлсийг тодорхойлсон байна.

ЭМЯ-ны дотоод бүтэц, зохион байгуулалт, чиг үүргийн хуваарилалт нь бодлого боловсруулах, бодлогын хэрэгжилтэд хяналт тавих чиг үүргээ үр дүнтэй хэрэгжүүлэхэд саад болохоос гадна салбарын бүтцийн болон хүний нөөцийн тулгамдсан асуудал даамжрахад нөлөөлжээ.

Олон улсын байгууллага болон мэргэжлийн зөвлөх багийн тусламжтай хийж гүйцэтгэсэн тус шинэчлэл нь үр дүнд суурилсан удирдлагын дагуу ЭМДЕГ-ын зорилго, зорилт, чиг үүргийг хамгийн түрүүнд тодорхойлж тэдгээрт нийцсэн бүтэц, боловсон хүчнийг бий болгоход чиглэжээ. Тухайн байгууллага ямар зорилгод хүрэх, зорилгодоо хүрэхдээ ямар чиг үүрэг хэрэгжүүлэх, чиг үүргийг үр дүнтэй хөгжүүлэхэд тохирсон ямар бүтэц, зохион байгуулалт байж болохыг тодорхойлох, шаардагдах хүний нөөцийг төлөвлөх гэсэн энэхүү дэс дараалал нь бүтцийн өөрчлөлтийг хийх хамгийн оновчтой аргачлал юм. ЭМДЕГ-ын хүчин чадал, үр нөлөөг нэмэгдүүлэхэд ашигласан энэ аргачлалыг бусад байгууллагын, тэр дундаа ЭМЯ-ны бүтцийг шинэчлэхдээ нэвтрүүлээгүй нь өнөөдөр тулгамдаад буй зарим асуудлын үндэс болсон байна.

Түүнчлэн, эрүүл мэндийн салбарт тулгамдаад буй хүний нөөцийн хомсдолыг бодлогоор хэрхэн шийдэхийг ЭМЯ-ны Төрийн захиргааны удирдлагын газар хэрэгжүүлдэг. Өөрөөр хэлбэл, салбарын бодлогын түвшний асуудлыг яамны буюу нэг институтийн асуудалтай хольж хутгаснаар өргөн цар хүрээ, үр нөлөө бүхий шийдлийг олох боломжийг хааж буй юм. Үүнээс гадна, ЭМЯ нь үр дүнд суурилсан удирдлагын нэг хэсэг болох гүйцэтгэлийн үр дүнг тодорхой шалгуур үзүүлэлтээр хэмждэггүй, ялангуяа эмнэлгүүдийн гүйцэтгэлийг тайлагнах оновчтой аргачлал байхгүйн улмаас бүх эмнэлэг жил бүрийн 12 дугаар сарыг бусад чиг үүргээ орхин зөвхөн тайлан бичихэд зарцуулж байна.

Дээрхээс гадна Эрүүл мэндийн тухай хуульд 2020 онд орсон нэмэлт, өөрчлөлтөөр Засгийн газрын хэрэгжүүлэгч агентлаг ЭЭХХЗГ-ыг шинээр байгуулах УИХ-ын 22 дугаар тогтоол гарсан. Мөн оны 12 дугаар сард ЗГ-ын 222 дугаар тогтоолоор ЭЭХХЗГ-ын орон тооны хязгаарыг агентлагийн үйл ажиллагааны стратеги, зохион байгуулалтын бүтцийн өөрчлөлтийн хөтөлбөрийг боловсруулах үүргийг салбарын сайдад даалгасан. 2020 оны багц хуулийн өөрчлөлтөөр ЭМДЕГ-ыг олон улсын жишигт нийцүүлэхийг зорьж, харин ЭЭХХЗГ-ын бүтцийг хүлээгдэж буй үр дүнд чиглэсэн чиг үүргийг томьёолох замаар нарийн аргачлалаар тодорхойлсон эсэх нь эргэлзээтэй. Энэ хоёр байгууллагын бүтцийн өөрчлөлтийг хийх арга барилын ялгааны сөрөг үр дагавар нь ЭМДЕГ, ЭЭХХЗГ-ын удирдах түвшний албан хаагчдын бөглөсөн асуумж судалгаанаас харагдана.

Судалгаанд хамрагдсан ЭЭХХЗГ, ЭМДЕГ, ЭМХТ, ЭМГ-ын удирдах ажилтан чиг үүргээ хэрэгжүүлэхэд шаардагдах нөөц, боломж хангалттай эсэх, байгууллагын бүтэц, зохион байгуулалт оновчтой бөгөөд чиг үүргийн давхардалтай эсэхэд 1-ээс 5 оноогоор үнэлүүлж

(1 - огт санал нийлэхгүй, 5 - бүрэн санал нийлнэ), өгсөн үнэлгээний дунджийг харьцуулан тооцоход Хүснэгт 72-т үзүүлсэн үр дүн гарсан.

Хүснэгт 72. Удирдах албан хаагчдын чиг үүргийн хэрэгжилтэд үнэлгээ өгсөн байдал, байгууллагаар

Үнэлгээний асуулт	ЭЭХХЗГ	ЭМДЕГ	ЭМХТ	ЭМГ
Миний хариуцаж буй байгууллага эсвэл нэгжийн хэрэгжүүлэх чиг үүрэг тодорхой байдаг.	4.0	4.8	3.5	3.7
Миний хариуцаж буй байгууллага эсвэл нэгжийн хэрэгжүүлдэг чиг үүрэг байгууллагын болон салбарын зорилго, зорилттой бүрэн нийцдэг.	4.3	4.8	2.5	4.0
Миний хариуцаж буй байгууллага эсвэл нэгжийн өдөр тутмын үйл ажиллагаа үндсэн чиг үүргээ хэрэгжүүлэхэд чиглэсэн байдаг.	3.3	4.8	2.8	4.0
Надад хариуцаж буй байгууллага эсвэл нэгжийнхээ чиг үүргийг гүйцэтгэхэд шаардагдах нөөц (хүний нөөц, төсөв санхүү) хангалттай байдаг.	1.3	4.3	2.8	2.4
Надад хариуцаж буй байгууллага эсвэл нэгжийнхээ өдөр тутмын үйл ажиллагаа, хүний нөөц, төсөв санхүүг удирдах, шийдвэр гаргах боломж хангалттай байдаг.	2.0	4.8	2.0	3.2
Надад хариуцаж буй байгууллага эсвэл нэгжийнхээ үр дүн, гүйцэтгэлийг сайжруулахад чиглэсэн шинэ санал санаачилгыг хэрэгжүүлэх боломж хангалттай байдаг.	2.3	4.8	2.0	3.6
Миний хариуцаж буй байгууллага эсвэл нэгжийн үйл ажиллагаа, гүйцэтгэлийг хянах, тайлагнах, хариуцлага тооцох тогтолцоо зохих түвшинд үр дүнтэй хэрэгждэг.	3.7	4.5	2.8	3.3
Миний хариуцаж буй байгууллага эсвэл нэгжийн хэрэгжүүлдэг чиг үүрэг бусад байгууллага, нэгжийн чиг үүрэгтэй давхарддаггүй.	4.0	4.8	3.3	3.8
Миний хариуцаж буй байгууллага эсвэл нэгжийн бүтэц, зохион байгуулалт оновчтой бөгөөд чиг үүргээ үр дүнтэй хэрэгжүүлэхэд чиглэсэн байдаг.	3.0	4.8	2.5	3.9

Хариуцаж буй байгууллага эсвэл нэгжийн хэрэгжүүлэх чиг үүрэг тодорхой байдаг эсэхэд удирдах албан хаагчдын нийт өгсөн үнэлгээний хувьд дундаж нь ЭМДЕГ 4.8, ЭЭХХЗГ 4.0 гэсэн нь агентлагийн түвшний удирдах албан хаагчдын чиг үүрэг тодорхой байгааг харуулсан. Харин ЭМХТ 3.5, ЭМГ 3.7 гэсэн нь чиг үүргээ тодорхой болгох шаардлагатайг харуулж байна.

Хариуцаж буй байгууллага эсвэл нэгжийн хэрэгжүүлдэг чиг үүрэг байгууллагын болон салбарын зорилго, зорилттой бүрэн нийцдэг эсэхэд ЭМХТ 2.5 гэсэн нь байгууллагын үйл ажиллагаа, чиг үүргийн ажил нь салбарын зорилго, зорилттой нийцэж буй эсэхэд эргэлзэж байгааг харуулж байгаа бол ЭМДЕГ, ЭЭХХЗГ, ЭМГ дунджаас дээгүүр үнэлгээ өгсөн.

Хариуцаж буй байгууллага эсвэл нэгжийн өдөр тутмын үйл ажиллагаа үндсэн чиг үүргээ хэрэгжүүлэхэд чиглэсэн байдаг эсэхэд ЭМДЕГ 4.8, ЭМГ 4.0 гэсэн үнэлгээг өгсөн бол ЭЭХХЗГ 3.3, ЭМХТ 2.8 гэсэн нь өдөр тутмын үйл ажиллагаа нь чиг үүргийн бус ажил эрхэлдэг, чиг үүргийн дагуу ажил үүргээ гүйцэтгэж байгааг харуулж байна.

Хариуцаж буй байгууллага эсвэл нэгжийнхээ чиг үүргийг гүйцэтгэхэд шаардагдах нөөц (хүний нөөц, төсөв санхүү) хангалттай байдаг эсэхэд ЭЭХХЗГ 1.3, ЭМХТ 2.8, ЭМГ 2.4 гэсэн үнэлгээ өгсөн байгаа нь тус салбарын санхүүгийн нөөцийн хязгаарлагдмал байдал, хүний нөөцийн хангалтгүй байдал их байгааг харуулж байгаа бол ЭМДЕГ 4.3 гэсэн нь дунджаас дээгүүр үнэлэгдэж, байгууллагын санхүүгийн болоод хүний нөөцийн чадамж хангалттай түвшинд байгааг харуулж байна.

Хариуцаж буй байгууллага эсвэл нэгжийнхээ өдөр тутмын үйл ажиллагаа, хүний нөөц, төсөв санхүүг удирдах, шийдвэр гаргах боломж хангалттай байдаг эсэхэд мөн ЭМДЕГ-аас бусад байгууллага нь хангалтгүй буюу дунджаас доогуур үнэлгээг өгсөн.

Хариуцаж буй байгууллага эсвэл нэгжийнхээ үр дүн, гүйцэтгэлийг сайжруулахад чиглэсэн шинэ санал санаачилгыг хэрэгжүүлэх боломж хангалттай байдаг эсэхэд мөн л ЭМДЕГ-аас бусад байгууллага хангалтгүй буюу дунджаас доогуур үнэлгээг өгсөн.

Хариуцаж буй байгууллага эсвэл нэгжийн үйл ажиллагаа, гүйцэтгэлийг хянах, тайлагнах, хариуцлага тооцох тогтолцоо зохих түвшинд үр дүнтэй хэрэгждэг эсэхэд мөн л ЭМДЕГ 4.5 буюу дунджаас дээгүүр үнэлсэн бол ЭЭХХЗГ 3.4, ЭМГ 3.3, ЭМХТ 2.8 гэсэн үнэлгээг өгсөн нь цаашид гүйцэтгэлийг хянах, тайлагнах, хариуцлага тооцох тогтолцоог үр дүнтэй хэрэгжүүлэх, сайжруулах шаардлагатайг илтгэж байна.

Хариуцаж буй байгууллага эсвэл нэгжийн хэрэгжүүлдэг чиг үүрэг бусад байгууллага, нэгжийн чиг үүрэгтэй давхарддаггүй эсэхэд ЭЭХХЗГ 4.0, ЭМДЕГ 4.8, ЭМГ 3.8 гэсэн үнэлгээг өгсөн бол ЭМХТ 3.3 гэсэн үнэлгээг өгсөн. ЭМХТ-ийн хувьд тухайн байгууллага, нэгжийн явуулж буй үйл ажиллагаа нь ЭМЯ, НЭМГ зэрэг байгууллагуудтай зарим чиг үүргийн давхардал үүсгэж байгааг илтгэж байна.

Хариуцаж буй байгууллага эсвэл нэгжийн бүтэц, зохион байгуулалт оновчтой бөгөөд чиг үүргээ үр дүнтэй хэрэгжүүлэхэд чиглэсэн байдаг эсэхэд ЭМДЕГ 4.8, ЭМГ 3.9 гэсэн үнэлгээг өгсөн бол ЭЭХХЗГ 3.0, ЭМХТ 2.5 гэсэн үнэлгээг тус тус өгсөн.

ЭМДЕГ-ын удирдах албан хаагчдын байгууллага, үйл ажиллагаа, чиг үүрэг, нөхцөл байдлын үнэлгээ нь бусад байгууллагуудаас эерэг буюу дунджаас дээгүүр байгаа бол ЭМГ болон ЭЭХХЗГ-ын удирдах албан хаагчдын үнэлгээ дундаж, дунджаас доогуур байгаа нь еерсдийн хариуцаж буй чиг үүргийг гүйцэтгэхэд шаардагдах нөөц хангалтгүй, нөөц байсан тохиолдолд тэдгээрийг өөрийн эрх мэдлийн хүрээнд удирдах, хуваарилах, үр дүн, гүйцэтгэлийг сайжруулах шинэ санаачилгыг хэрэгжүүлэх боломж хомс байгааг илэрхийлсэн. Мөн ЭМХТ-ийн удирдах албан хаагчдын үнэлгээ дунджаас доогуур үнэлгээтэй байгаа нь анхаарах шаардлагатай байна.

Нийт үнэлгээг ерөнхий байдлаар дүгнэхэд ЭМДЕГ-ийн хувьд бүтэц, зохион байгуулалт, чиг үүргийн хуваарилалт, удирдах түвшний албан хаагчдад олгогдсон эрх үүрэг нь илүү оновчтой бөгөөд салбарын болон байгууллагын зорилттой бүрэн нийцсэн. Харин ЭЭХХЗГ, ЭМГ-ын хувьд үнэлгээ дундаж болон дунджаас доогуур, ЭМХТ-ийн хувьд дийлэх үнэлгээ дунджаас доогуур байгаа нь бүтэц, зохион байгуулалт болон чиг үүргийн эрүүл мэндийн салбарын бодлогыг хэрэгжүүлэх хоёр агентлагийн чиг үүрэг, бүтэц зохион байгуулалтыг тодорхойлсон арга зам, үр дагавар нь харилцан адилгүй байгаа нь агентлагуудын уялдаа холбоо сайтайгаар зэрэгцэн ажиллах боломжгүй болгож байна. Тухайлбал, ЭЭХХЗГ эмийг бүртгэх, харин бүртгэсэн эмийг нь санхүүжүүлэх чиг үүрэг нь ЭМДЕГ-т байдаг. Эмийн чанарыг шинжлэн шаардлага хангасан эмийг бүртгэх процесс удаашралтай байгаа нь даатгуулагчид чанартай эм хэрэглэж байгаа эсэхэд эргэлзээ үүсгэх, даатгуулагчийн зүгээс бүртгэлгүй эм хэрэглэх хүсэлт олшроход нөлөөлж байна. Энэ асуудал даамжирвал зөвхөн хоёр байгууллагын гүйцэтгэлд нөлөөлөөд зогсохгүй нийт эрүүл мэндийн салбарын хөгжлийг хойш татах эрсдэлтэй. Тиймээс ЭЭХХЗГ-ын албан хаагчдаас ирсэн саналын дагуу ЭМЯ-ны зүгээс ЭЭХХЗГ-ын оролцоотойгоор шаардагдах судалгаа шинжилгээг хийж, чиг үүрэгт нийцсэн бүтцийг тодорхойлон хүний нөөц, тоног төхөөрөмжийн хангамж, салбарын бусад байгууллагатай хэрхэн ажлаа уялдуулах зэргийн дахин төлөвлөж, шат дараалалтай хэрэгжүүлэх нь зүйтэй. Ингэснээр ЭЭХХЗГ-т дорвитой өөрчлөлт гарч, гүйцэтгэл болон үр дүн сайжирна.

ЭЭХХЗГ-аас гадна чиг үүрэг нь ойлгомжгүй, бүтэц, зохион байгуулалт нь төдийлөн оновчгүй байх магадлалтай байгууллага нь ЭМХТ байна.

ЭМХТ нь 1) эрүүл мэндийн салбарын бодлого, хууль эрх зүйн орчныг боловсронгуй болгох судалгаа шинжилгээ, үнэлгээ хийх, 2) салбарын статистик, мэдээ, мэдээллийг нэгтгэх, боловсруулах, 3) салбарын хүний нөөцийн хөгжлийн бодлогыг хэрэгжүүлэн сургалт, хөтөлбөр зохион байгуулах, 4) эрүүл мэндийн байгууллагын магадлан итгэмжлэх үйл явцыг зохион байгуулах, 5) донорын тухай хуулийн хэрэгжилтийг хангах, эс, эд, эрхтнийг шилжүүлэн суулгах үйл ажиллагааг үндэсний хэмжээнд зохион байгуулах, 6) эмнэлгийн үзлэгийн цаг товлох үйл ажиллагааг зохион байгуулах гэсэн зургаан чиг үүргийг хэрэгжүүлдэг. Тус төвийн дээр дурдсан эхний гурван чиг үүрэг, тэр дундаа салбарын орон нутагт үйл ажиллагаа явуулдаг байгууллагын тайлан, мэдээллийг нэгтгэн ЭМЯ-д хүргүүлдэг, нэгдсэн мэдээллийн санг бүрдүүлдэг үүрэг нь яамны бодлого боловсруулах

чиг үүргийг дэмжих, бодлогын болон хүний нөөцийн тулгамдсан асуудал, хэрэгцээ, шаардлага, чиглэлийг тодорхойлоход чухал ач холбогдолтой. Харин бусад чиг үүрэг нь ЭМХТ-ийн үндсэн зорилготой нийцэж буй эсэх, дээрх чухал чиг үүргийг хэрэгжүүлэх нөөц боломж нь ЭМХТ-д хангалттай байгаа эсэх нь эргэлзээтэй байгаа нь судалгаанаас харагдаж байна.

ЭМХТ-ийн үнэлгээ судалгаанд оролцсон бусад байгууллагынхаас хамгийн доогуур байгаа нь цаашид энэ талаар үргэлжлүүлэн судалсны үндсэн дээр бүтэц, зохион байгуулалтыг шинэчлэх хэрэгцээ байгааг илэрхийлнэ. Судалгаанд оролцсон ЭМХТ-ийн удирдах түвшний албан хаагч чиг үүргийг нарийвчлан шинжлэх, шинээр тодорхойлсон чиг үүргийг олгогдсон үүрэг хариуцлага, эрх мэдэлтэй уялдуулан дахин хуваарилах, байгууллага хоорондын уялдаа холбоог нэмэгдүүлэх зэрэг нь бүтэц, зохион байгуулалтыг сайжруулахад нэн шаардлагатай гэж онцолжээ. Жишээ нь, эс, эд, эрхтнийг шилжүүлэн суулгах үйл ажиллагааг дэмжих, эмнэлгийн үзлэгийн цаг товлох үйлчилгээний үйл ажиллагааг зохион байгуулах чиг үүргийг шилжүүлэх саналыг гаргасан байна. Эдгээр чиг үүргээс гадна магадлан итгэмжлэх, үйл ажиллагаа эрхлэх зөвшөөрөл олгох чиг үүргийг бусад улс орны адил мэргэжлийн холбоодод шилжүүлэх бодлогыг боловсруулж, хэрэгжүүлэх тухай эргэн харах нь зүйтэй. ЭМХТ нь хэдий төрийн захиргааны байгууллагын статусгүй ч хэрэгжүүлдэг чиг үүргийн цар хүрээ өргөн, албан хаагчдын өдөр тутмын ажил үүрэг нь яамны хэрэгжүүлэгч агентлагийн албан хаагчдаас онц ялгардаггүй, албан хаагчдын ангилал нь төрийн үйлчилгээний ангилалд хамаарч байна. Иймээс ЭМХТ-ийн бүтцийн өөрчлөлтийг хийхдээ байгууллагын ангилал буюу агентлагийн статусгүй байдлыг нь харгалзан шийдвэр гаргах нь оновчтой.

Судалгаанд хамрагдсан албан хаагчид байгууллагынхаа бүтэц, зохион байгуулалт үр дүнтэй эсэхэд эргэлздэгээ илэрхийлсэн. Мөн судалгаанд оролцогчдын 38 хувь нь чиг үүргийн шинжилгээ, бүтцийн өөрчлөлт хийх нь судалгаанд дурдсан бүтэц, зохион байгуулалтын асуудлыг шийдвэрлэх хамгийн оновчтой шийдэл гэж хариулсан байна.

Бүтцийн өөрчлөлтийг хийх үйл явц, практикийг илүү боловсронгуй болгох нь зөвхөн ЭМЯ, эрүүл мэндийн салбарын асуудал биш бөгөөд төрийн захиргаа, орон нутгийн захиргаа, төрийн өмчийн статус, ангилалтай бүх байгууллагад хамаарна. Засгийн газрын бүтцийн олон удаагийн огцом өөрчлөлт, сонгуулийн мөчлөгтэй давхцах холио солио нь төрийн байгууллагуудын чиг үүргийн давхардал, хийдлийг үүсгэж буй. Засгийн газрын зүгээс бүтцийн өөрчлөлтийг хийхэд тодорхой зарчим, шалгуургүйн зэрэгцээ тухайн өөрчлөлтөөс гарах үр дагаврыг бүрэн тооцоололгүй шийдвэр гаргаж ирсэн бөгөөд шийдвэрийг нягтлах, хянах, үнэлэх тогтолцоогүй, практикгүй байна. Ийм нөхцөлд бүрдсэн эрүүл мэндийн салбарын бүтэц нь тухайн байгууллагын чиг үүрэгт нийцээгүй, байгууллага хоорондын хяналт тавих, хариуцлага тооцох механизм нь үр дүнгүй, эсвэл хэрэгждэггүй, үүнээс улбаалан албан хаагчдын сэтгэл ханаж, бүтээмж доогуур байх нь гайхах зүйл биш юм.

Байгууллагын гүйцэтгэлийг сайжруулах, салбарын болон салбар хоорондын уялдаа холбоог нэмэгдүүлэх, нийт иргэдийн эрүүл мэндийн чухал үзүүлэлтүүдийг сайжруулах үр дүнтэй тогтолцоог бэхжүүлэхийн тулд тухайн бүтцийн өөрчлөлтийг ямар аргачлалаар хийх, шийдвэрийг хэрхэн гаргахад нухацтай хандах хэрэгтэй.

### **3.1.3 Албан хаагчдын бүтээмжид сөргөөр нөлөөлж буй хүчин зүйлийн судалгаа**

Эрүүл мэндийн яам, Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газар, Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын газар, Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв, Нийгмийн эрүүл мэндийн үндэсний төв, Төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг, Тусгай мэргэжлийн төв, Бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төв, Аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг, эрүүл мэндийн газар, сум, тосгон, өрхийн эрүүл мэндийн төв, хувийн хэвшлийн төлөөллүүдийг хамруулсан салбарын 841 албан хаагчаас сэтгэл ханамжийн судалгааг авсан. Судалгаанд хамрагдсан албан хаагчдыг байгууллагаар ангилан Зураг 171-т харуулав.

Зураг 171. Судалгаанд хамрагдсан албан хаагчид, байгууллагын төрлөөр, эзлэх хувиар



Судалгаанд хамрагдсан албан хаагчдын 13.8 хувь нь эрэгтэйчүүд, 86.2 хувь нь эмэгтэйчүүд байсан ба дунджаар улсад 14 жил 11 сар, тухайн байгууллагадаа 9 жил 10 сар ажилласан байна.

Судалгаанд хамрагдсан албан хаагчдыг улсад ажилласан жилээр нь авч үзвэл 4.8 хувь нь 1 жил хүртэлх, 12.5 хувь нь 1-5 жил хүртэлх, 17.1 хувь нь 5-10 жил хүртэлх, 19.4 хувь нь 10-15 жил хүртэлх, 14.7 хувь нь 15-20 жил хүртэлх, 31.5 хувь нь 20, түүнээс дээш жил ажилласан туршлагатай байна. Судалгаанд хамрагдсан 3 хүн тутмын нэг (34.4 хувь) нь 10 хүртэлх жил улсад ажилласан туршлагатай.

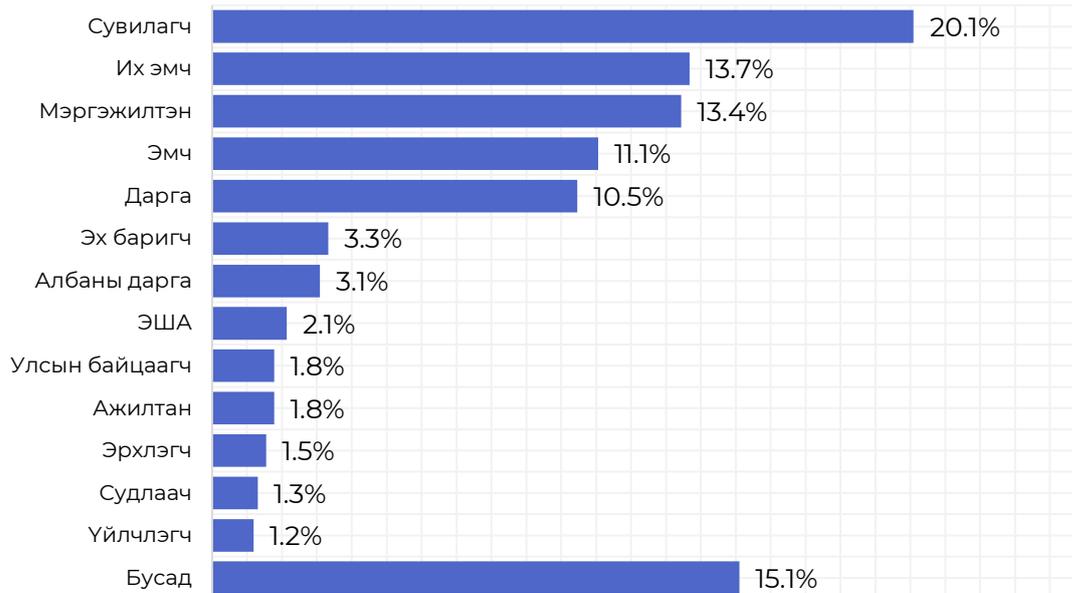
Зураг 172. Судалгаанд хамрагдсан албан хаагчид, улсад болон тухайн байгууллагад ажилласан жил, хувиар



Мөн тухайн байгууллагад ажилласан жилийг бүлгээр авч үзвэл 14.3 хувь нь 1 жил хүртэлх, 25.2 хувь нь 1-5 жил хүртэлх, 19.7 хувь нь 5-10 жил хүртэлх, 13.6 хувь нь 10-15 жил хүртэлх, 11.4 хувь нь 15-20 жил хүртэлх, 15.8 хувь нь 20, түүнээс дээш жил тухайн байгууллагадаа ажилжээ. Өөрөөр хэлбэл, судалгаанд хамрагдсан 5 хүн тутмын гурав (59.2 хувь) нь 10 хүртэлх жил тухайн байгууллагадаа ажилласан байна.

Судалгаанд хамрагдсан албан хаагчдын 17.5 хувь нь алба, хэлтэс, газрын дарга /захирал, эрхлэгч/, 6.4 хувь нь захиргааны албан хаагч, 25.7 хувь нь мэргэжилтэн /ЭША, технологич, лаборант гэх мэт/, 26.3 хувь нь эмч, их эмч, эм зүйч, 24.1 хувь нь сувилагч, эх баригч, асрагч байна. Албан тушаалын ангиллыг нарийвчилж үзвэл 20.1 хувь нь сувилагч, 13.7 хувь нь их эмч, 13.4 хувь нь мэргэжилтэн, 11.1 хувь нь эмч, 10.5 хувь нь дарга нар хамрагдсан байна. Тоон мэдээллээс харахад бүх шатны албан хаагчдыг жигд хамруулж чадсан.

Зураг 173. Судалгаанд хамрагдсан албан хаагчид, алба тушаалаар, хувиар

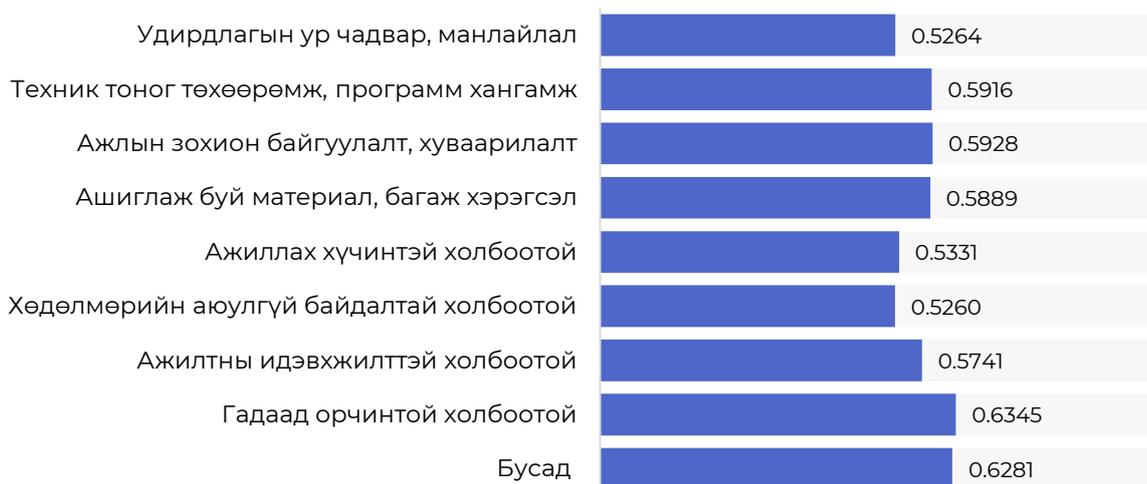


### Сэтгэл ханамжийн үнэлгээ

Судалгаанд хамрагдсан албан хаагчдаар удирдлагын ур чадвар, манлайлал, тоног төхөөрөмж, программ хангамж, ажлын зохион байгуулалт, хуваарилалт, ашиглаж буй материал, багаж хэрэгсэл, ажиллах хүч, аюулгүй байдал, ажилтны идэвхжилт, гадаад орчин, бусад хүчин зүйлстэй холбоотой 9 бүлгийн 47 үзүүлэлтээр сэтгэл ханамжийн үнэлгээ хийлгэж, ач холбогдлын харьцангуй индекс тооцсон.

Ач холбогдлын харьцангуй индексийг 9 бүлгээр авч үзэхэд гадаад орчинтой холбоотой бүлэг ( $R=0.6313$ ), ажлын зохион байгуулалт, хуваарилалттай холбоотой бүлэг ( $R=0.5928$ ), техник тоног, төхөөрөмж, программ хангамжтай холбоотой бүлэг ( $R=0.5916$ ) эхний 3 байранд эрэмбэлэгдсэн байна. Бусад (нийтийн тээврийн хүрэлцээ, авто замын түгжрэл, орчны бохирдол) үзүүлэлтүүдийг эрэмбэд оруулаагүй болно.

Зураг 174. Ач холбогдлын харьцангуй индекс, бүлгээр



Ач холбогдлын харьцангуй индексийг 44 үзүүлэлтээр авч үзэхэд хэт ачаалалтай ажиллах ( $R=0.7315$ ), үйлчлүүлэгч иргэний мэдлэг, мэдээллийн дутмаг байдал ( $R=0.6906$ ), илүү цагаар ажиллах ( $R=0.6625$ ) эхний 3 байранд эрэмбэлэгдсэн байна. Албан хаагчид хэт ачаалалтай ажиллах, үйлчлүүлэгч иргэний мэдлэг, мэдээллийн дутмаг байдал, илүү цагаар ажиллах нь хөдөлмөрийн бүтээмжид сөргөөр нөлөө үзүүлж байна гэж үзжээ.

Хөдөлмөрийн бүтээмжид сөргөөр нөлөөлж буй 10 үзүүлэлтийг бүлгээр авч үзэхэд 3 нь ажлын зохион байгуулалт, хуваарилалт, 3 нь ашиглаж буй материал, багаж хэрэгсэл, 2 нь

техник тоног төхөөрөмж, программ хангамж, 2 нь гадаад орчинтой холбоотой үзүүлэлтүүд байна.

Зураг 175. Ач холбогдлын харьцангуй индекс, хамгийн өндөр үнэлгээтэй 10 үзүүлэлт



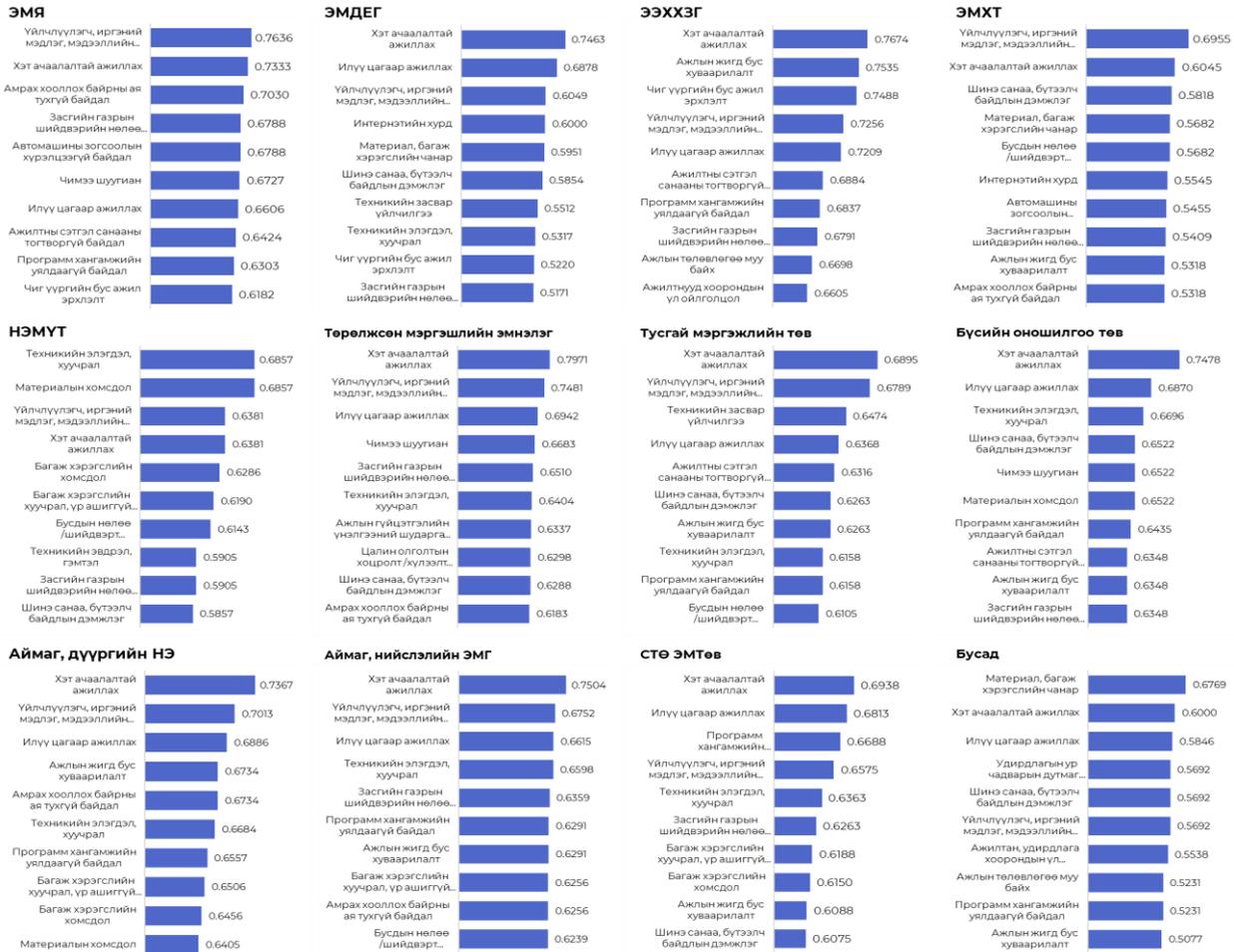
Хөдөлмөрийн бүтээмжид сөргөөр нөлөөлөгч хүчин зүйлсийг байгууллагаар авч үзвэл:

- **Эрүүл мэндийн яамны** албан хаагчдын өгсөн үнэлгээнээс ач холбогдлын харьцангуй индексийг 44 үзүүлэлтээр тооцож үзэхэд Үйлчлүүлэгч, иргэний мэдлэг, мэдээллийн дутмаг байдал ( $R=0.7636$ ), Хэт ачаалалтай ажиллах ( $R=0.7333$ ), Амрах хооллох байрны ая тухгүй байдал ( $R=0.7030$ ) нь эхний гуравт эрэмбэлэгдсэн.
- **Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газрын** албан хаагчдын өгсөн үнэлгээнээс ач холбогдлын харьцангуй индексийг 44 үзүүлэлтээр тооцож үзэхэд Хэт ачаалалтай ажиллах ( $R=0.7463$ ), Илүү цагаар ажиллах ( $R=0.6878$ ), Үйлчлүүлэгч, иргэний мэдлэг, мэдээллийн дутмаг байдал ( $R=0.6049$ ) нь эхний гуравт эрэмбэлэгдсэн.
- **Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын газрын** албан хаагчдын өгсөн үнэлгээнээс ач холбогдлын харьцангуй индексийг 44 үзүүлэлтээр тооцож үзэхэд Хэт ачаалалтай ажиллах ( $R=0.7674$ ), Ажлын жигд бус хуваарилалт ( $R=0.7535$ ), Чиг үүргийн бус ажил эрхлэлт ( $R=0.7488$ ) нь эхний гуравт эрэмбэлэгдсэн.
- **Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвийн** албан хаагчдын өгсөн үнэлгээнээс ач холбогдлын харьцангуй индексийг 44 үзүүлэлтээр тооцож үзэхэд Үйлчлүүлэгч, иргэний мэдлэг, мэдээллийн дутмаг байдал ( $R=0.6955$ ), Хэт ачаалалтай ажиллах ( $R=0.6045$ ), Шинэ санаа, бүтээлч байдлын дэмжлэг ( $R=0.5818$ ) нь эхний гуравт эрэмбэлэгдсэн.
- **Нийгмийн эрүүл мэндийн үндэсний төвийн** албан хаагчдын өгсөн үнэлгээнээс ач холбогдлын харьцангуй индексийг 44 үзүүлэлтээр тооцож үзэхэд Материалын хомсдол ( $R=0.6857$ ), Техникийн элэгдэл, хуучрал ( $R=0.6857$ ), Үйлчлүүлэгч, иргэний мэдлэг, мэдээллийн дутмаг байдал ( $R=0.6381$ ) нь эхний гуравт эрэмбэлэгдсэн.
- **Төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлгийн** албан хаагчдын өгсөн үнэлгээнээс ач холбогдлын харьцангуй индексийг 44 үзүүлэлтээр тооцож үзэхэд Хэт ачаалалтай ажиллах ( $R=0.7971$ ), Үйлчлүүлэгч, иргэний мэдлэг, мэдээллийн дутмаг байдал ( $R=0.7481$ ), Илүү цагаар ажиллах ( $R=0.6942$ ) нь эхний гуравт эрэмбэлэгдсэн.
- **Тусгай мэргэжлийн төвүүдийн** албан хаагчдын өгсөн үнэлгээнээс ач холбогдлын харьцангуй индексийг 44 үзүүлэлтээр тооцож үзэхэд Хэт ачаалалтай ажиллах ( $R=0.6895$ ), Үйлчлүүлэгч, иргэний мэдлэг, мэдээллийн дутмаг байдал ( $R=0.6789$ ), Техникийн засвар үйлчилгээ ( $R=0.6474$ ) нь эхний гуравт эрэмбэлэгдсэн.
- **Бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төвүүдийн** албан хаагчдын өгсөн үнэлгээнээс ач холбогдлын харьцангуй индексийг 44 үзүүлэлтээр тооцож үзэхэд Хэт ачаалалтай ажиллах ( $R=0.7478$ ), Илүү цагаар ажиллах ( $R=0.6870$ ), Техникийн элэгдэл, хуучрал ( $R=0.6696$ ) нь эхний гуравт эрэмбэлэгдсэн.
- **Аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлгүүдийн** албан хаагчдын өгсөн үнэлгээнээс ач холбогдлын харьцангуй индексийг 44 үзүүлэлтээр тооцож үзэхэд Хэт ачаалалтай

ажиллах (R=0.7367), Үйлчлүүлэгч, иргэний мэдлэг, мэдээллийн дутмаг байдал (R=0.7013), Илүү цагаар ажиллах (R=0.6886) нь эхний гуравт эрэмбэлэгдсэн.

- **Аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газруудын** албан хаагчдын өгсөн үнэлгээнээс ач холбогдлын харьцангуй индексийг 44 үзүүлэлтээр тооцож үзэхэд Хэт ачаалалтай ажиллах (R=0.7504), Үйлчлүүлэгч, иргэний мэдлэг, мэдээллийн дутмаг байдал (R=0.6752), Илүү цагаар ажиллах (R=0.6615) нь эхний гуравт эрэмбэлэгдсэн.
- **Сум, тосгон, өрхийн эрүүл мэндийн төвүүдийн** албан хаагчдын өгсөн үнэлгээнээс ач холбогдлын харьцангуй индексийг 44 үзүүлэлтээр тооцож үзэхэд Хэт ачаалалтай ажиллах (R=0.6938), Илүү цагаар ажиллах (R=0.6813), Программ хангамжийн уялдаагүй байдал (R=0.6688) нь эхний гуравт эрэмбэлэгдсэн байна.

Зураг 176. Ач холбогдлын харьцангуй индекс, хамгийн өндөр үнэлгээтэй 10 үзүүлэлт, байгууллагаар

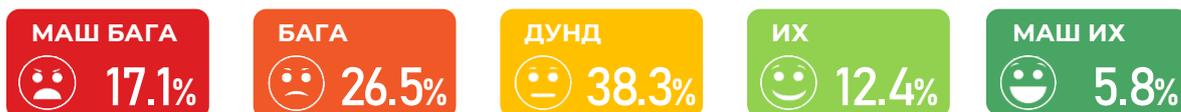


### Удирдлагын үр чадвар, манлайлалтай холбоотой бүлэг

Удирдлагын үр чадвар, манлайлал бүлэгт үр чадварын дутмаг байдал, удирдлагын хяналтын сул байдал, ажилтан, удирдлага хоорондын үл ойлголцол, харилцааны доголдол, ажилтнуудтай уулзах товлосон хугацаа тодорхойгүй байдал гэсэн 5 хүчин зүйлийг авч үзсэн.

Удирдлагын үр чадвар, манлайлалтай холбоотой хүчин зүйлсэд үнэлгээ өгсөн албан хаагчдын 17.1 хувь нь маш бага, 26.5 хувь нь бага, 38.3 хувь нь дунд, 12.4 хувь нь их, 5.8 хувь нь маш их гэж үнэлсэн. Өөрөөр хэлбэл, удирдлагын үр чадвар, манлайлалтай холбоотой хүчин зүйлсийн үнэлгээнд 5 хүн тутмын дөрөв (81.9 хувь) нь дундаас доогуур гэж үнэлжээ.

Зураг 177. Удирдлагын ур чадвар, манлайлалтай холбоотой хүчин зүйлсэд өгсөн ерөнхий үнэлгээ, хувиар

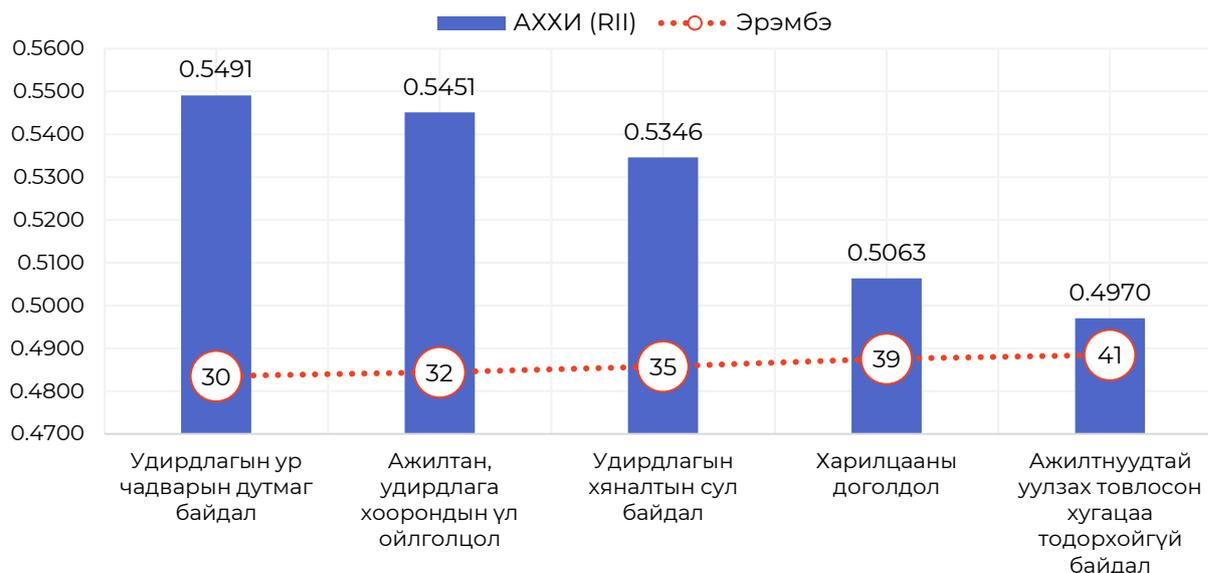


Хүснэгт 73. Удирдлагын ур чадвар, манлайлалтай холбоотой хүчин зүйлсэд өгсөн үнэлгээ, хувиар

Үзүүлэлт	Нийт	Маш бага	Бага	Дунд	Их	Маш их
Удирдлагын ур чадварын дутмаг байдал	100.0%	15.1%	24.0%	39.5%	14.0%	7.4%
Удирдлагын хяналтын сул байдал	100.0%	15.0%	24.4%	43.4%	12.8%	4.4%
Ажилтан, удирдлага хоорондын үл ойлголцол	100.0%	13.6%	27.5%	38.4%	14.0%	6.5%
Харилцааны доголдол	100.0%	18.9%	29.3%	36.4%	10.7%	4.8%
Ажилтнуудтай уулзах товлосон хугацаа тодорхойгүй байдал	100.0%	22.8%	27.5%	33.8%	10.2%	5.7%

Удирдлагын ур чадвар, манлайлал бүлэгт Удирдлагын ур чадварын дутмаг байдал (R=0.5491) 1 дүгээрт эрэмбэлэгдэж, 44 үзүүлэлтийн 30 дугаарт эрэмбэлэгдэж байна.

Зураг 178. Удирдлагын ур чадвар, манлайлал бүлгийн ач холбогдлын харьцангуй индекс, эрэмбээр



Удирдлагын ур чадвар, манлайлал бүлгийн ач холбогдлын харьцангуй индексийг байгууллагаар авч үзэхэд Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын газар (R=0.5665), Аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг (R=0.5519), Эрүүл мэндийн яам (R=0.5503) эхний гуравт эрэмбэлэгдсэн байна.

Зураг 179. Удирдлагын ур чадвар, манлайлал бүлгийн ач холбогдлын харьцангуй индекс, байгууллагаар

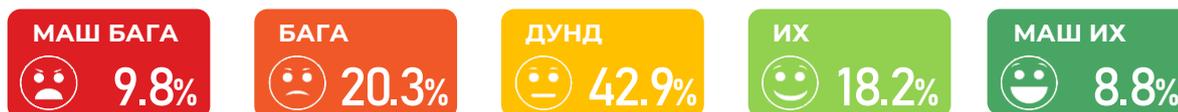


### Техник тоног төхөөрөмж, программ хангамжтай холбоотой бүлэг

Техник тоног төхөөрөмж, программ хангамж бүлэгт техникийн эвдрэл, гэмтэл, элэгдэл, хуучрал, засвар үйлчилгээ, интернэтийн хурд, программ хангамжийн уялдаагүй байдал гэсэн 5 хүчин зүйлийг авч үзсэн.

Техник тоног төхөөрөмж, программ хангамжтай холбоотой хүчин зүйлсэд үнэлгээ өгсөн албан хаагчдын 9.8 хувь нь маш бага, 20.3 хувь нь бага, 42.9 хувь нь дунд, 18.2 хувь нь их, 8.8 хувь нь маш их гэж үнэлсэн. Өөрөөр хэлбэл техник тоног төхөөрөмж, программ хангамжтай холбоотой хүчин зүйлсийн үнэлгээнд 10 хүн тутмын долоо (73.0 хувь) нь дундаас доогуур үнэлжээ.

Зураг 180. Ашиглаж буй техник тоног төхөөрөмж, программ хангамжтай холбоотой хүчин зүйлсэд өгсөн ерөнхий үнэлгээ, хувиар



Хүснэгт 74. Ашиглаж буй техник тоног төхөөрөмж, программ хангамжтай холбоотой хүчин зүйлсэд өгсөн ерөнхий үнэлгээ, хувиар

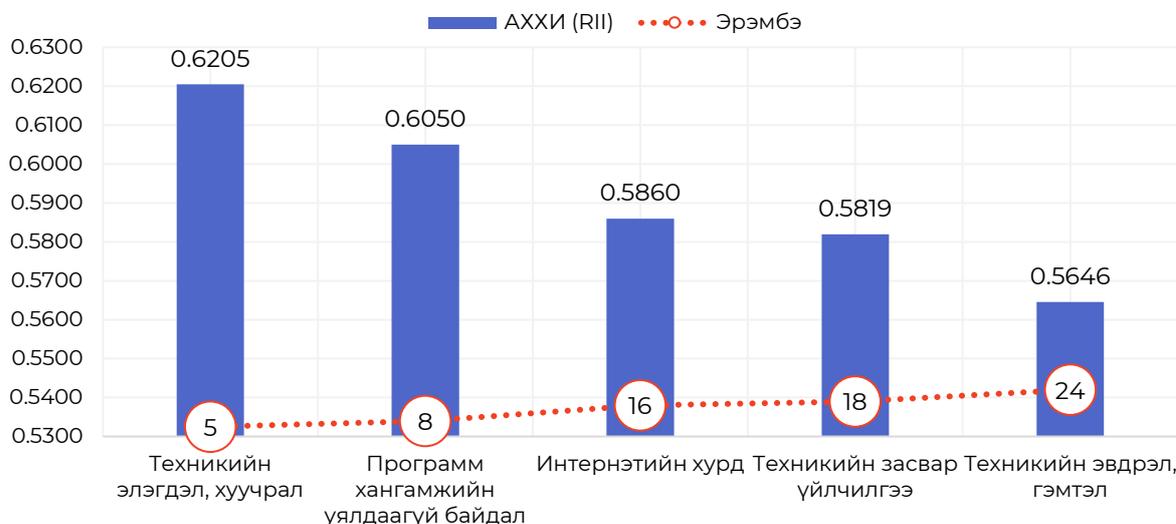
Үзүүлэлт	Нийт	Маш бага	Бага	Дунд	Их	Маш их
Техникийн эвдрэл, гэмтэл	100.0%	11.5%	23.1%	42.2%	18.0%	5.2%
Техникийн элэгдэл, хуучрал	100.0%	9.8%	16.6%	38.3%	24.3%	11.1%
Техникийн засвар үйлчилгээ	100.0%	8.3%	21.6%	47.3%	16.2%	6.5%
Интернэтийн хурд	100.0%	9.3%	20.6%	46.1%	15.9%	8.1%
Программ хангамжийн уялдаагүй байдал	100.0%	10.1%	19.7%	40.5%	16.8%	12.8%

Техник тоног төхөөрөмж, программ хангамж бүлэгт техникийн элэгдэл, хуучрал (R=0.6205) 1 дүгээрт эрэмбэлэгдэж, 44 үзүүлэлтийн 5 дугаарт эрэмбэлэгдэж, программ хангамжийн уялдаагүй байдал (R=0.6205) бүлэгт 2 дугаарт эрэмбэлэгдэж, 44 үзүүлэлтийн 8 дугаарт эрэмбэлэгдсэн.

Техникийн элэгдэл, хуучрал, программ хангамжийн уялдаагүй байдал нь хөдөлмөрийн бүтээмжид сөргөөр нөлөөлөх чухал хүчин зүйл болохыг илэрхийлж байна. Иймд техник

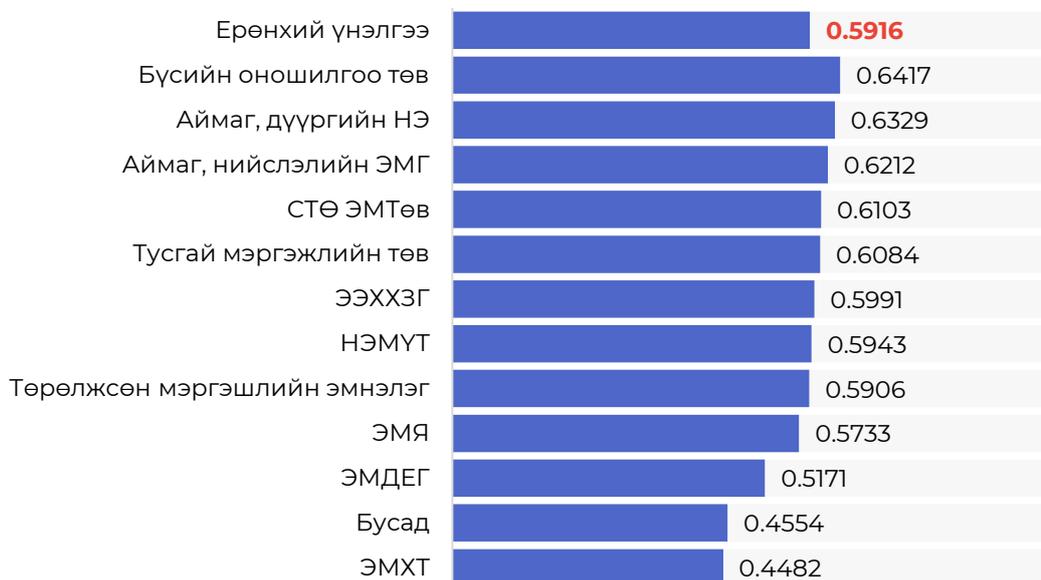
тоног төхөөрөмжийг шинэчлэх, программ хангамжуудын уялдааг сайжруулах шаардлагатай.

Зураг 181. Ашиглаж буй техник тоног төхөөрөмж, программ хангамж бүлгийн ач холбогдлын харьцангуй индекс, эрэмбэлэл



Ашиглаж буй техник тоног төхөөрөмж, программ хангамж бүлгийн ач холбогдлын харьцангуй индексийг байгууллагаар авч үзэхэд Бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төв ( $R=0.6417$ ), Аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг ( $R=0.6329$ ), Аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газар ( $R=0.6212$ ) эхний гуравт эрэмбэлэгдсэн.

Зураг 182. Ашиглаж буй техник тоног төхөөрөмж, программ хангамж бүлгийн ач холбогдлын харьцангуй индекс, байгууллагаар



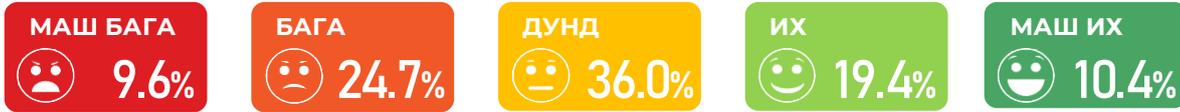
### Ажлын зохион байгуулалт, хуваарилалттай холбоотой бүлэг

Ажлын зохион байгуулалт, хуваарилалт бүлэгт хэт ачаалалтай ажиллах, ажлын төлөвлөгөө муу байх, ажлын цагийг үр ашиггүй өнгөрөөх, ажлын арга барил тодорхойгүй байх, илүү цагаар ажиллах, ажлын жигд бус хуваарилалт, чиг үүргийн бус ажил эрхлэлт гэсэн 7 хүчин зүйлийг авч үзсэн.

Ажлын зохион байгуулалт, хуваарилалттай холбоотой хүчин зүйлсэд үнэлгээ өгсөн албан хаагчдын 9.6 хувь нь маш бага, 24.7 хувь нь бага, 36.0 хувь нь дунд, 19.4 хувь нь их, 10.4 хувь нь маш их гэж үнэлсэн байна. Өөрөөр хэлбэл ажлын зохион байгуулалт, хуваарилалттай

холбоотой хүчин зүйлсийн үнэлгээнд 10 хүн тутмын долоо (70.2 хувь) нь дундаас доогуур гэж үнэлжээ.

Зураг 183. Ажлын зохион байгуулалт, хуваарилалттай холбоотой хүчин зүйлсэд өгсөн үнэлгээ, хувиар



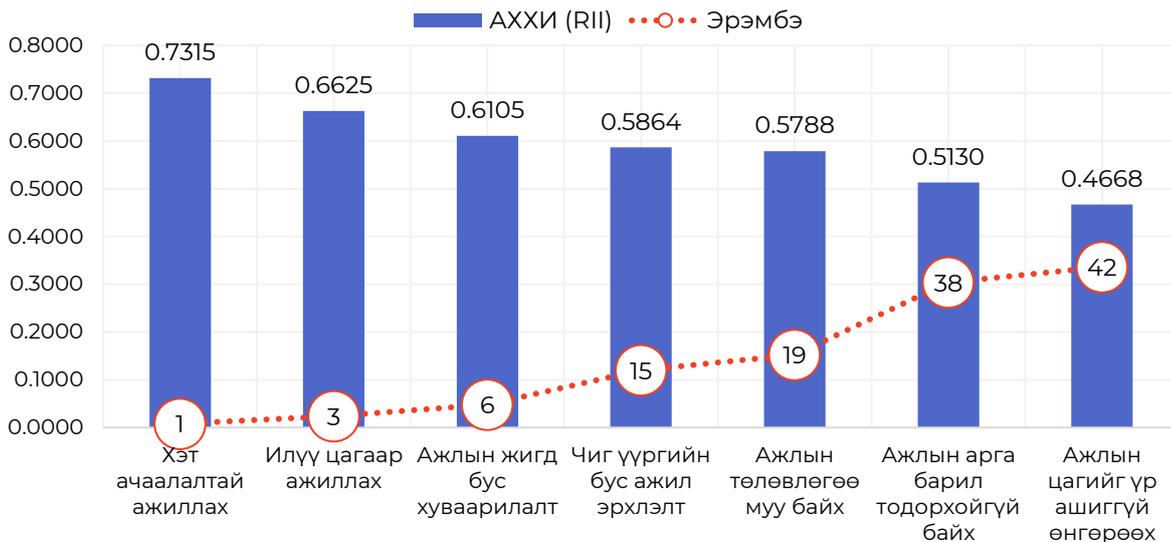
Хүснэгт 75. Ажлын зохион байгуулалт, хуваарилалттай холбоотой хүчин зүйлсэд өгсөн үнэлгээ, хувиар

Үзүүлэлт	Нийт	Маш бага	Бага	Дунд	Их	Маш их
Хэт ачаалалтай ажиллах	100.0%	2.0%	7.6%	35.7%	32.0%	22.7%
Ажлын төлөвлөгөө муу байх	100.0%	7.0%	25.4%	44.2%	17.7%	5.6%
Ажлын цагийг үр ашиггүй өнгөрөөх	100.0%	21.2%	37.5%	30.1%	9.4%	1.9%
Ажлын арга барил тодорхойгүй байх	100.0%	14.1%	33.4%	37.5%	11.8%	3.2%
Илүү цагаар ажиллах	100.0%	4.9%	18.2%	35.2%	24.3%	17.5%
Ажлын жигд бус хуваарилалт	100.0%	7.4%	25.1%	35.1%	19.9%	12.6%
Чиг үүргийн бус ажил эрхлэлт	100.0%	10.5%	25.4%	34.0%	20.6%	9.5%

Хэт ачаалалтай ажиллах (R=0.7315) нь бүлэгт болон 44 үзүүлэлтийн 1 дүгээрт эрэмбэлэгдэж байна. Мөн илүү цагаар ажиллах (R=0.6625) нь бүлэгт 2 дугаарт эрэмбэлэгдэж, 44 үзүүлэлтийн 3 дугаарт эрэмбэлэгдэж, ажлын жигд бус хуваарилалт (R=0.6105) нь бүлэгт 3 дугаарт эрэмбэлэгдэж, 44 үзүүлэлтийн 6 дугаар эрэмбэлэгдэж байна.

Хэт ачаалалтай ажиллах, илүү цагаар ажиллах, ажлын жигд бус хуваарилалт нь хөдөлмөрийн бүтээмжид сөргөөр нөлөөлөх чухал хүчин зүйлүүдийн нэг болохыг илэрхийлж байна. Иймд ажлын ачааллыг багасгах, илүү цагаар ажиллуулахгүй байх, албан хаагчдын ажлыг жигд хуваарилах шаардлагатайг илэрхийлсэн.

Зураг 184. Ажлын зохион байгуулалт, хуваарилалт бүлгийн ач холбогдлын харьцангуй индекс, эрэмбэлэл



Ажлын зохион байгуулалт, хуваарилалт бүлгийн ач холбогдлын харьцангуй индексийг байгууллагаар авч үзэхэд Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын газар (R=0.6890), Бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төв (R=0.6335), Аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг (R=0.6239) эхний гуравт эрэмбэлэгдсэн.

Зураг 185. Ажлын зохион байгуулалт, хуваарилалт бүлгийн ач холбогдлын харьцангуй индекс, байгууллагаар

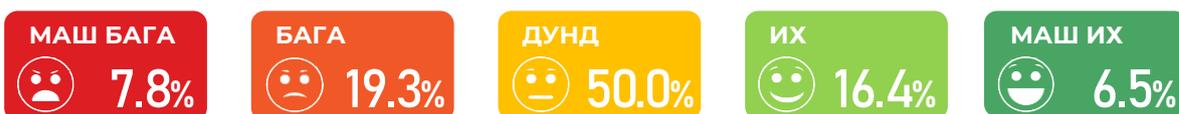


### Ашиглаж буй материал, багаж хэрэгсэлтэй холбоотой бүлэг

Ашиглаж буй материал, багаж хэрэгсэл бүлэгт материал, багаж хэрэгслийн чанар, материалын хомсдол, багаж хэрэгслийн хомсдол, багаж хэрэгслийн хуучрал, үр ашиггүй байдал, нөөцийн агуулахын ашиглалт, хамгаалалт гэсэн 5 хүчин зүйлийг авч үзсэн.

Ашиглаж буй материал, багаж хэрэгсэлтэй холбоотой хүчин зүйлсэд үнэлгээ өгсөн албан хаагчдын 7.8 хувь нь маш бага, 19.3 хувь нь бага, 50.0 хувь нь дунд, 16.4 хувь нь их, 6.5 хувь нь маш их гэж үнэлсэн байна. Өөрөөр хэлбэл ашиглаж буй материал, багаж хэрэгсэлтэй холбоотой хүчин зүйлсийн үнэлгээнд 9 хүн тутмын долоо (77.1 хувь) нь дундаас доогуур гэж үнэлжээ.

Зураг 186. Ашиглаж буй материал, багаж хэрэгсэлтэй холбоотой хүчин зүйлсэд өгсөн ерөнхий үнэлгээ, хувиар



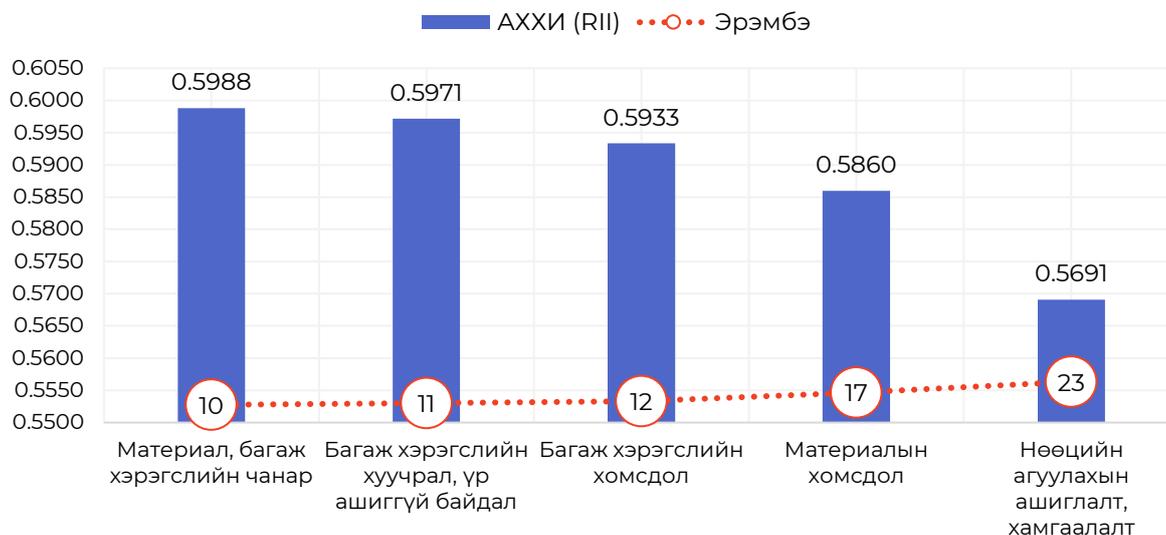
Хүснэгт 76. Ашиглаж буй материал, багаж хэрэгсэлтэй холбоотой хүчин зүйлсэд өгсөн үнэлгээ, хувиар

Үзүүлэлт	Нийт	Маш бага	Бага	Дунд	Их	Маш их
Материал, багаж хэрэгслийн чанар	100.0%	6.1%	13.3%	61.7%	13.0%	5.9%
Материалын хомсдол	100.0%	7.8%	21.8%	45.8%	18.8%	5.8%
Багаж хэрэгслийн хомсдол	100.0%	7.7%	20.9%	45.1%	19.5%	6.8%
Багаж хэрэгслийн хуучрал, үр ашиггүй байдал	100.0%	9.0%	18.9%	44.6%	19.4%	8.1%
Нөөцийн агуулахын ашиглалт, хамгаалалт	100.0%	8.2%	21.8%	53.0%	11.3%	5.7%

Материал, багаж хэрэгслийн чанар (R=0.5988) нь бүлэгт 1 дүгээрт эрэмбэлэгдэж, 44 үзүүлэлтийн 10 дугаарт эрэмбэлэгдэж байна. Мөн Багаж хэрэгслийн хуучрал, үр ашиггүй байдал (R=0.5971) нь бүлэгт 2 дугаарт эрэмбэлэгдэж, 44 үзүүлэлтийн 14-т эрэмбэлэгдэж, Багаж хэрэгслийн хомсдол (R=0.5933) нь бүлэгт 3 дугаарт эрэмбэлэгдэж, 44 үзүүлэлтийн 12-т эрэмбэлэгдсэн.

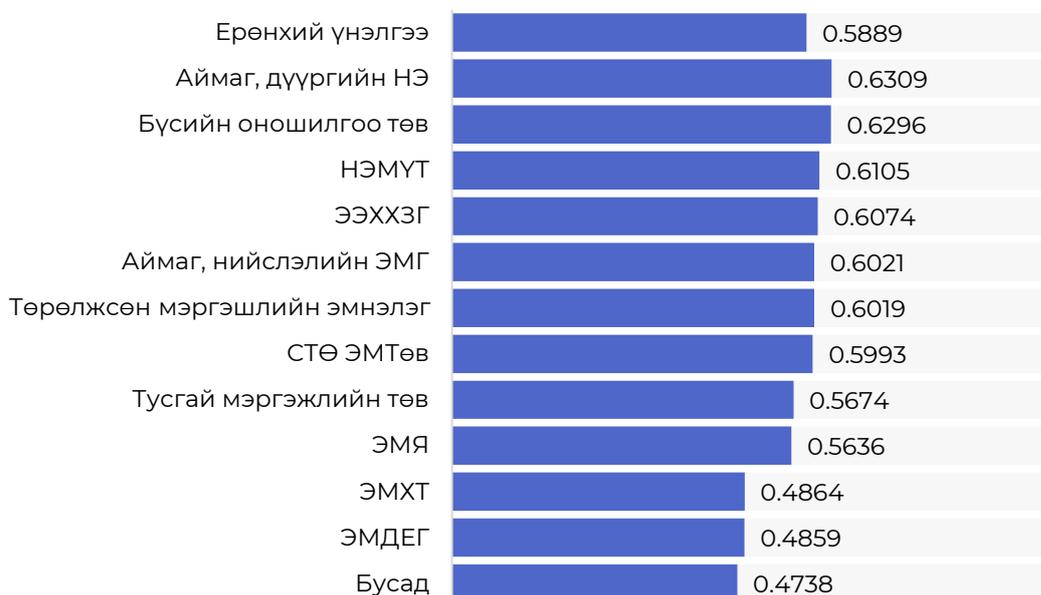
Материал, багаж хэрэгслийн чанар, багаж хэрэгслийн хуучрал, үр ашиггүй байдал, багаж хэрэгслийн хомсдол нь хөдөлмөрийн бүтээмжид чухал нөлөөлж байна.

Зураг 187. Ашиглаж буй материал, багаж хэрэгсэл бүлгийн ач холбогдлын харьцангуй индекс, эрэмбэлэл



Ашиглаж буй материал, багаж хэрэгсэл бүлгийн ач холбогдлын харьцангуй индексийг байгууллагаар авч үзэхэд Аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг (R=0.6309), Бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төв (R=0.6296), Нийгмийн эрүүл мэндийн үндэсний төв (R=0.6105) эхний гуравт эрэмбэлэгдсэн байна.

Зураг 188. Ашиглаж буй материал, багаж хэрэгсэл бүлгийн ач холбогдлын харьцангуй индекс, байгууллагаар

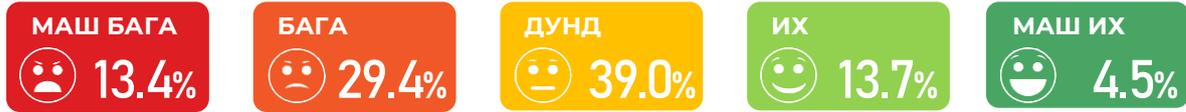


### Ажиллах хүчинтэй холбоотой бүлэг

Ажиллах хүчинтэй холбоотой бүлэгт ажилтнуудын ажилдаа үнэнч бус байдал, ажил таслалт, ажилтнуудын мэдлэг ур чадварын дутмаг байдал, ажилтны сэтгэл санааны тогтворгүй байдал, ажилтнууд хоорондын үл ойлголцол гэсэн 5 хүчин зүйлийг авч үзсэн.

Ашиглаж буй материал, багаж хэрэгсэлтэй холбоотой хүчин зүйлсэд үнэлгээ өгсөн албан хаагчдын 13.4 хувь нь маш бага, 29.4 хувь нь бага, 39.0 хувь нь дунд, 13.7 хувь нь их, 4.5 хувь нь маш их гэж үнэлсэн байна. Өөрөөр хэлбэл ажиллах хүчинтэй холбоотой хүчин зүйлсийн үнэлгээнд 5 хүн тутмын дөрөв (81.8 хувь) нь дундаас доогуур гэж үнэлжээ.

Зураг 189. Ажиллах хүчинтэй холбоотой хүчин зүйлсэд өгсөн ерөнхий үнэлгээ, хувиар

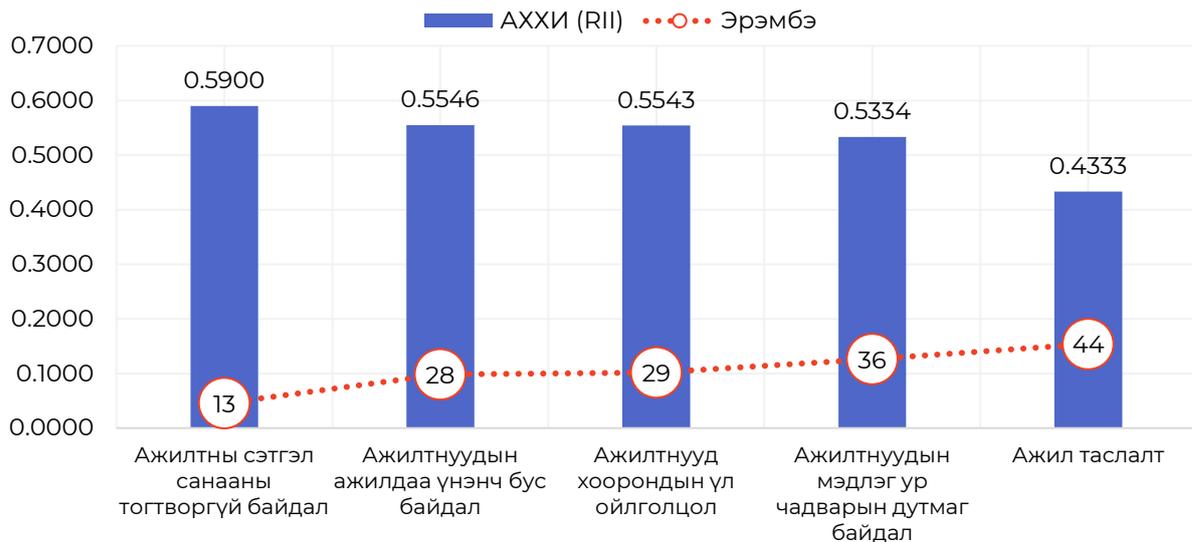


Хүснэгт 77. Ажиллах хүчинтэй холбоотой хүчин зүйлсэд өгсөн үнэлгээ, хувиар

Үзүүлэлт	Нийт	Маш бага	Бага	Дунд	Их	Маш их
Ажилтнуудын ажилдаа үнэнч бус байдал	100.0%	11.4%	25.7%	42.3%	15.3%	5.2%
Ажил таслалт	100.0%	25.1%	41.3%	27.3%	4.5%	1.8%
Ажилтнуудын мэдлэг ур чадварын дутмаг байдал	100.0%	11.4%	29.1%	43.3%	13.7%	2.5%
Ажилтны сэтгэл санааны тогтворгүй байдал	100.0%	7.8%	23.4%	41.7%	19.9%	7.1%
Ажилтнууд хоорондын үл ойлголцол	100.0%	11.1%	27.7%	40.1%	15.3%	5.8%

Ажилтны сэтгэл санааны тогтворгүй байдал (R=0.5900) нь бүлэгт 1 дүгээрт эрэмбэлэгдэж, 44 үзүүлэлтийн 13-т эрэмбэлэгдэж байна. Бусад үзүүлэлтүүдийн хувьд нийт үзүүлэлтэд 28-аас доош эрэмбэлэгдсэн байна.

Зураг 190. Ашиглах хүчинтэй холбоотой бүлгийн ач холбогдлын харьцангуй индекс, эрэмбэлэл



Ажиллах хүчинтэй холбоотой бүлгийн ач холбогдлын харьцангуй индексийг байгууллагаар авч үзэхэд Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын газар (R=0.6251), Аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг (R=0.5732), Эрүүл мэндийн яам (R=0.5709) эхний гуравт эрэмбэлэгдсэн байна.

Зураг 191. Ажиллах хүчинтэй холбоотой бүлгийн ач холбогдлын харьцангуй индекс, байгууллагаар

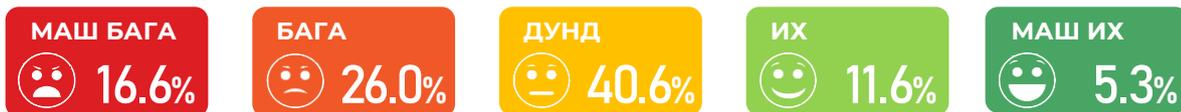


### Хөдөлмөрийн аюулгүй байдалтай холбоотой бүлэг

Хөдөлмөрийн аюулгүй байдалтай холбоотой бүлэгт чимээ шуугиан, агааржуулалтын систем, аюулгүй ажиллагаа хариуцсан албан хаагчийн ажлын туршлага, аюулгүй ажиллагаа хариуцсан албан хаагчийн зааварчилгаа зохион байгуулалт, гэрэлтүүлгийн хангалтгүй байдал, аюулгүй ажиллагааны урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээний зөрчил, үйлдвэрлэлийн осол гэмтэл, хордлого гэсэн 7 хүчин зүйлийг авч үзсэн.

Хөдөлмөрийн аюулгүй байдалтай холбоотой хүчин зүйлсэд үнэлгээ өгсөн албан хаагчдын 16.6 хувь нь маш бага, 26.0 хувь нь бага, 40.6 хувь нь дунд, 11.6 хувь нь их, 5.3 хувь нь маш их гэж үнэлсэн байна. Өөрөөр хэлбэл хөдөлмөрийн аюулгүй байдалтай холбоотой хүчин зүйлсийн үнэлгээнд 5 хүн тутмын дөрөв (83.1 хувь) нь дундаас доогуур гэж үнэлжээ.

Зураг 192. Хөдөлмөрийн аюулгүй байдалтай холбоотой хүчин зүйлсэд өгсөн ерөнхий үнэлгээ, хувиар



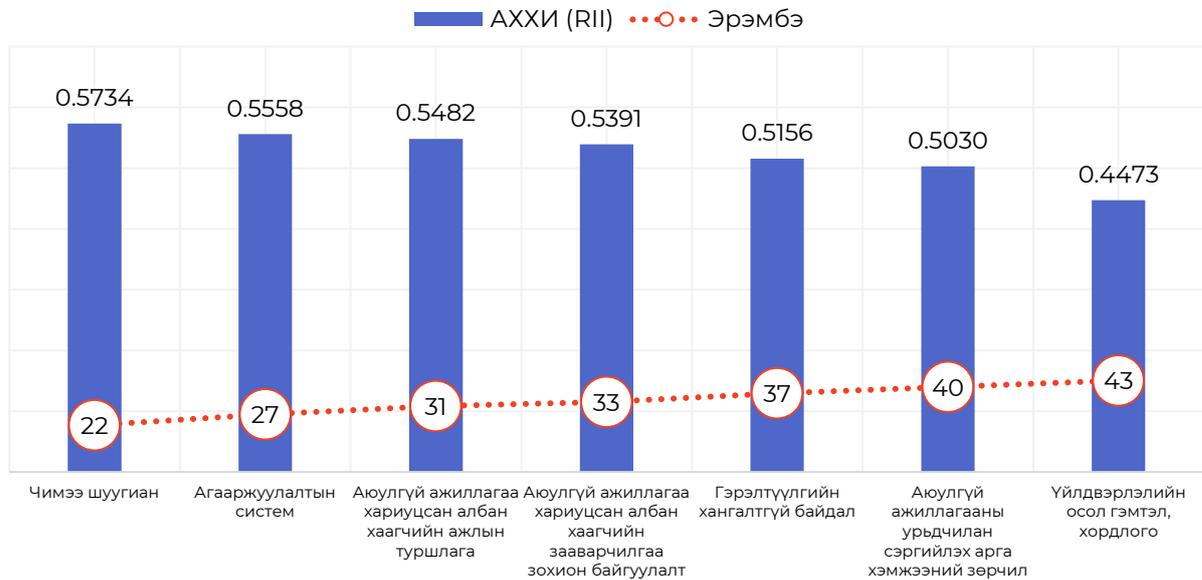
Хүснэгт 78. Хөдөлмөрийн аюулгүй байдалтай холбоотой хүчин зүйлсэд өгсөн үнэлгээ, хувиар

Үзүүлэлт	Нийт	Маш бага	Бага	Дунд	Их	Маш их
Чимээ шуугиан	100.0%	11.8%	27.1%	33.7%	17.6%	9.9%
Үйлдвэрлэлийн осол гэмтэл, хордлого	100.0%	26.0%	35.2%	30.4%	5.7%	2.6%
Агааржуулалтын систем	100.0%	13.7%	22.6%	43.2%	13.3%	7.3%
Гэрэлтүүлгийн хангалтгүй байдал	100.0%	18.4%	24.9%	41.4%	11.2%	4.2%
Аюулгүй ажиллагааны урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээний зөрчил	100.0%	18.1%	28.5%	40.5%	9.5%	3.3%
Аюулгүй ажиллагаа хариуцсан албан хаагчийн зааварчилгаа зохион байгуулалт	100.0%	14.0%	22.4%	48.2%	10.9%	4.5%
Аюулгүй ажиллагаа хариуцсан албан хаагчийн ажлын туршлага	100.0%	14.0%	21.2%	46.6%	13.1%	5.1%

Чимээ шуугиантай байдал (R=0.5734) нь бүлэгт 1 дүгээрт эрэмбэлэгдэж, 44 үзүүлэлтийн 22-т эрэмбэлэгдэж, Агааржуулалтын систем (R=0.5538) нь бүлэгт 2 дугаарт эрэмбэлэгдэж, 44 үзүүлэлтийн 27-д эрэмбэлэгдэж байна. Харин бусад үзүүлэлтүүдийн хувьд нийт

үзүүлэлтэд 31-аас доош эрэмбэлэгдсэн байгаа нь хөдөлмөрийн бүтээмжид сөргөөр нөлөөлөх нөлөө бага гэж үзсэн байна.

Зураг 193. Хөдөлмөрийн аюулгүй байдалтай холбоотой бүлгийн ач холбогдлын харьцангуй индекс, эрэмбэлэл



Хөдөлмөрийн аюулгүй байдалтай холбоотой бүлгийн ач холбогдлын харьцангуй индексийг байгууллагаар авч үзэхэд Бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төв (R=0.5876), Төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг (R=0.5652), Аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг (R=0.5519) эхний гуравт эрэмбэлэгдсэн байна.

Зураг 194. Хөдөлмөрийн аюулгүй байдалтай холбоотой бүлгийн Ач холбогдлын харьцангуй индекс, байгууллагаар

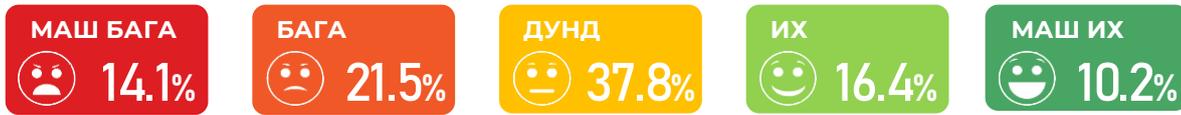


### Ажилтны идэвхжилттэй холбоотой бүлэг

Ажилтны идэвхжилттэй холбоотой бүлэгт шагнал урамшууллын системийн дутагдалтай байдал, амрах хооллох байрны ая тухгүй байдал, шинэ санаа, бүтээлч байдлын дэмжлэг, ажилтнуудыг чадавхжуулах сургалт дутмаг байдал, цалин олголтын хоцролт/хүлээлт үүсгэдэг байдал, ажлын гүйцэтгэлийн үнэлгээний шударга бус байдал, автомашины зогсоолын хүрэлцээгүй байдал гэсэн 7 хүчин зүйлийг авч үзсэн.

Ажилтны идэвхжилттэй холбоотой хүчин зүйлсэд үнэлгээ өгсөн албан хаагчдын 14.1 хувь нь маш бага, 21.5 хувь нь бага, 37.8 хувь нь дунд, 16.4 хувь нь их, 10.2 хувь нь маш их гэж үнэлсэн байна. Өөрөөр хэлбэл хөдөлмөрийн аюулгүй байдалтай холбоотой хүчин зүйлсийн үнэлгээнд 10 хүн тутмын долоо (73.4 хувь) нь дундаас доогуур гэж үнэлжээ.

Зураг 195. Ажилтны идэвхжилттэй холбоотой хүчин зүйлсэд өгсөн ерөнхий үнэлгээ, хувиар

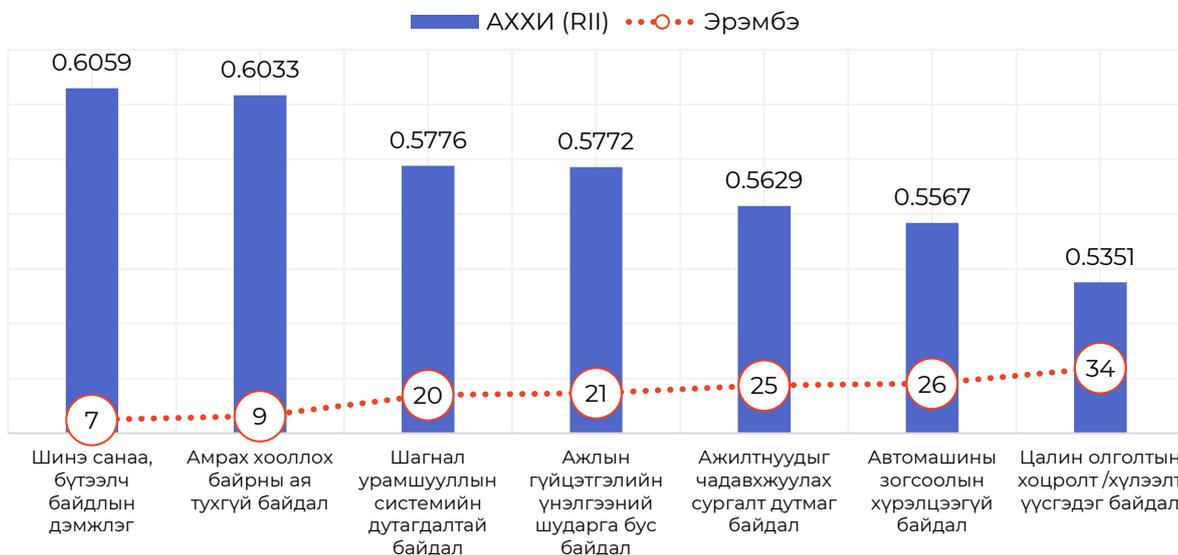


Хүснэгт 79. Ажилтны идэвхжилттэй холбоотой хүчин зүйлсэд өгсөн үнэлгээ, хувиар

Үзүүлэлт	Нийт	Маш бага	Бага	Дунд	Их	Маш их
Шагнал урамшууллын системийн дутагдалтай байдал	100.0%	9.8%	22.8%	44.0%	15.7%	7.7%
Амрах хооллох байрны ая тухгүй байдал	100.0%	13.2%	19.0%	35.4%	17.6%	14.7%
Шинэ санаа, бүтээлч байдлын дэмжлэг	100.0%	7.1%	17.1%	48.5%	20.1%	7.1%
Ажилтнуудыг чадавхжуулах сургалт дутмаг байдал	100.0%	11.9%	22.5%	43.9%	15.8%	5.9%
Цалин олголтын хоцролт /хүлээлт үүсгэдэг байдал	100.0%	23.2%	24.4%	26.4%	13.8%	12.2%
Ажлын гүйцэтгэлийн үнэлгээний шударга бус байдал	100.0%	14.6%	22.0%	34.6%	17.7%	11.1%
Автомашин зогсоолын хүрэлцээгүй байдал	100.0%	19.0%	22.5%	32.0%	14.1%	12.4%

Шинэ санаа, бүтээлч байдлын дэмжлэг (R=0.6059) нь бүлэгт 1 дүгээрт эрэмбэлэгдэж, 44 үзүүлэлтийн 7-д эрэмбэлэгдэж, Амрах хооллох байрны ая тухгүй байдал (R=0.6033) нь бүлэгт 2 дугаарт эрэмбэлэгдэж, 44 үзүүлэлтийн 9-д эрэмбэлэгдсэн.

Зураг 196. Ажилтны идэвхжилттэй холбоотой бүлгийн ач холбогдлын харьцангуй индекс, эрэмбэлэл



Ажилтны идэвхжилттэй холбоотой бүлгийн ач холбогдлын харьцангуй индексийг байгууллагаар авч үзэхэд Бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төв (R=0.6161), Аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг (R=0.6137), Төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг (R=0.6133) эхний гуравт эрэмбэлэгдсэн.

Зураг 197. Ажилтны идэвхжилттэй холбоотой бүлгийн ач холбогдлын харьцангуй индекс, байгууллагаар

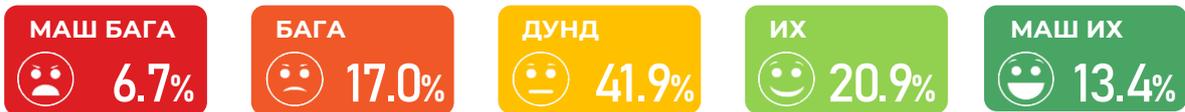


### Гадаад орчинтой холбоотой бүлэг

Гадаад орчинтой холбоотой бүлэгт засгийн газрын шийдвэрийн нөлөө /дүрэм, журмын өөрчлөлт их байх/, үйлчлүүлэгч, иргэний мэдлэг, мэдээллийн дутмаг байдал, бусдын нөлөө /шийдвэрт хөндлөнгөөс нөлөөлөх/ гэсэн 3 хүчин зүйлийг авч үзсэн.

Гадаад орчинтой холбоотой хүчин зүйлсэд үнэлгээ өгсөн албан хаагчдын 6.7 хувь нь маш бага, 17.0 хувь нь бага, 41.9 хувь нь дунд, 20.9 хувь нь их, 13.4 хувь нь маш их гэж үнэлсэн байна. Өөрөөр хэлбэл гадаад орчинтой холбоотой хүчин зүйлсийн үнэлгээнд 4 хүн тутмын гурав (76.3 хувь) нь дундаас доогуур гэж үнэлжээ.

Зураг 198. Гадаад орчинтой холбоотой хүчин зүйлсэд өгсөн үнэлгээ, хувиар



Хүснэгт 80. Гадаад орчинтой холбоотой хүчин зүйлсэд өгсөн үнэлгээ, хувиар

Үзүүлэлт	Нийт	Маш бага	Бага	Дунд	Их	Маш их
Засгийн газрын шийдвэрийн нөлөө /дүрэм, журмын өөрчлөлт их байх/	100.0%	5.2%	17.2%	46.8%	21.8%	8.9%
Үйлчлүүлэгч, иргэний мэдлэг, мэдээллийн дутмаг байдал	100.0%	4.6%	12.8%	36.3%	25.1%	21.2%
Бусдын нөлөө /шийдвэрт хөндлөнгөөс нөлөөлөх/	100.0%	10.3%	20.9%	42.7%	15.9%	10.1%

Үйлчлүүлэгч, иргэний мэдлэг, мэдээллийн дутмаг байдал (R=0.6906) нь бүлэгт 1 дүгээрт эрэмбэлэгдэж, 44 үзүүлэлтийн 2 дугаарт эрэмбэлэгдэж, Засгийн газрын шийдвэрийн нөлөө /дүрэм, журмын өөрчлөлт их байх/ (R=0.6238) нь бүлэгт 2 дугаарт эрэмбэлэгдэж, 44 үзүүлэлтийн 4-т эрэмбэлэгдэж, Бусдын нөлөө /шийдвэрт хөндлөнгөөс нөлөөлөх/ (R=0.5891) нь бүлэгт 3 дугаарт эрэмбэлэгдэж, 44 үзүүлэлтийн 14-т эрэмбэлэгдсэн.

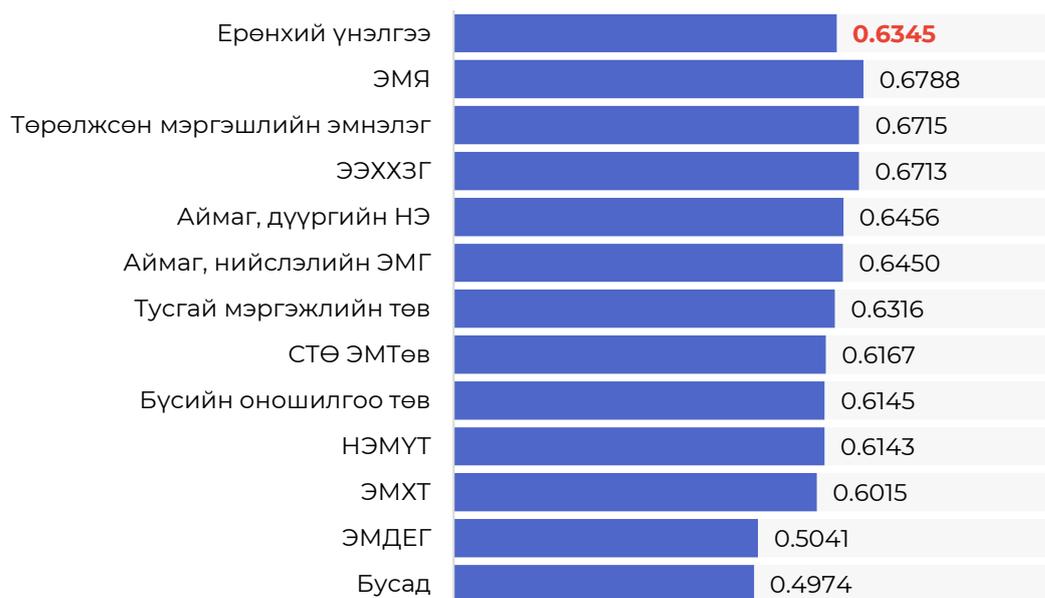
Үйлчлүүлэгч, иргэний мэдлэг, мэдээллийн дутмаг байдал, Засгийн газрын шийдвэрийн нөлөө /дүрэм, журмын өөрчлөлт их байх/ нь хөдөлмөрийн бүтээмжид нөлөөлөх чухал хүчин зүйлүүдийн нэг болохыг илэрхийлсэн. Иймд иргэдийн эрүүл мэндийн мэдлэг, боловсролыг сайжруулах эрүүл мэндийн боловсрол олгоход, иргэдийг өвчлөхөөс нь өмнө урьдчилан сэргийлэх, нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг сайжруулах хэрэгцээ шаардлагатай байгааг илэрхийлж байна.

Хүснэгт 81. Гадаад орчинтой холбоотой бүлгийн ач холбогдлын харьцангуй индекс, эрэмбэлэл

Хүчин зүйлс	АХХИ (RII)	Эрэмбэ
Үйлчлүүлэгч, иргэний мэдлэг, мэдээллийн дутмаг байдал	0.6906	2
Засгийн газрын шийдвэрийн нөлөө /дүрэм, журмын өөрчлөлт их байх/	0.6238	4
Бусдын нөлөө /шийдвэрт хөндлөнгөөс нөлөөлөх/	0.5891	14

Гадаад орчинтой холбоотой бүлгийн ач холбогдлын харьцангуй индексийг байгууллагаар авч үзэхэд Эрүүл мэндийн яам (R=0.7071), Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын газар (R=0.7039), Төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг (R=0.6920) эхний гуравт эрэмбэлэгдсэн.

Зураг 199. Гадаад орчинтой холбоотой бүлгийн ач холбогдлын харьцангуй индекс, байгууллагаар

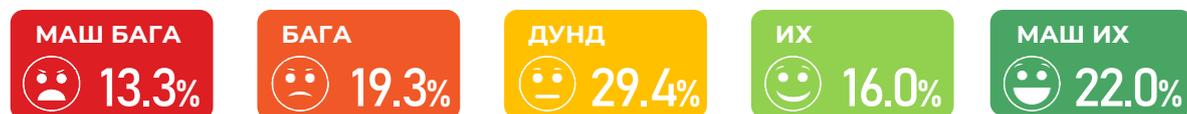


### Бусад хүчин зүйлстэй холбоотой бүлэг

Хөдөлмөрийн бүтээмжид нөлөөлж болохуйц бусад хүчин зүйлсэд нийтийн тээврийн хүрэлцээ, авто замын түгжрэл, орчны бохирдол гэсэн 3 хүчин зүйлийг авч үзсэн.

Бусад зүйлсэд үнэлгээ өгсөн албан хаагчдын 13.3 хувь нь маш бага, 19.3 хувь нь бага, 29.4 хувь нь дунд, 16.0 хувь нь их, 22.0 хувь нь маш их гэж үнэлсэн байна. Өөрөөр хэлбэл бусад хүчин зүйлсийн үнэлгээнд 5 хүн тутмын гурав (62.0 хувь) нь дундаас доогуур гэж үнэлжээ.

Зураг 200. Бусад хүчин зүйлсэд өгсөн ерөнхий үнэлгээ, хувиар



Хүснэгт 82. Бусад хүчин зүйлсэд өгсөн үнэлгээ, хувиар

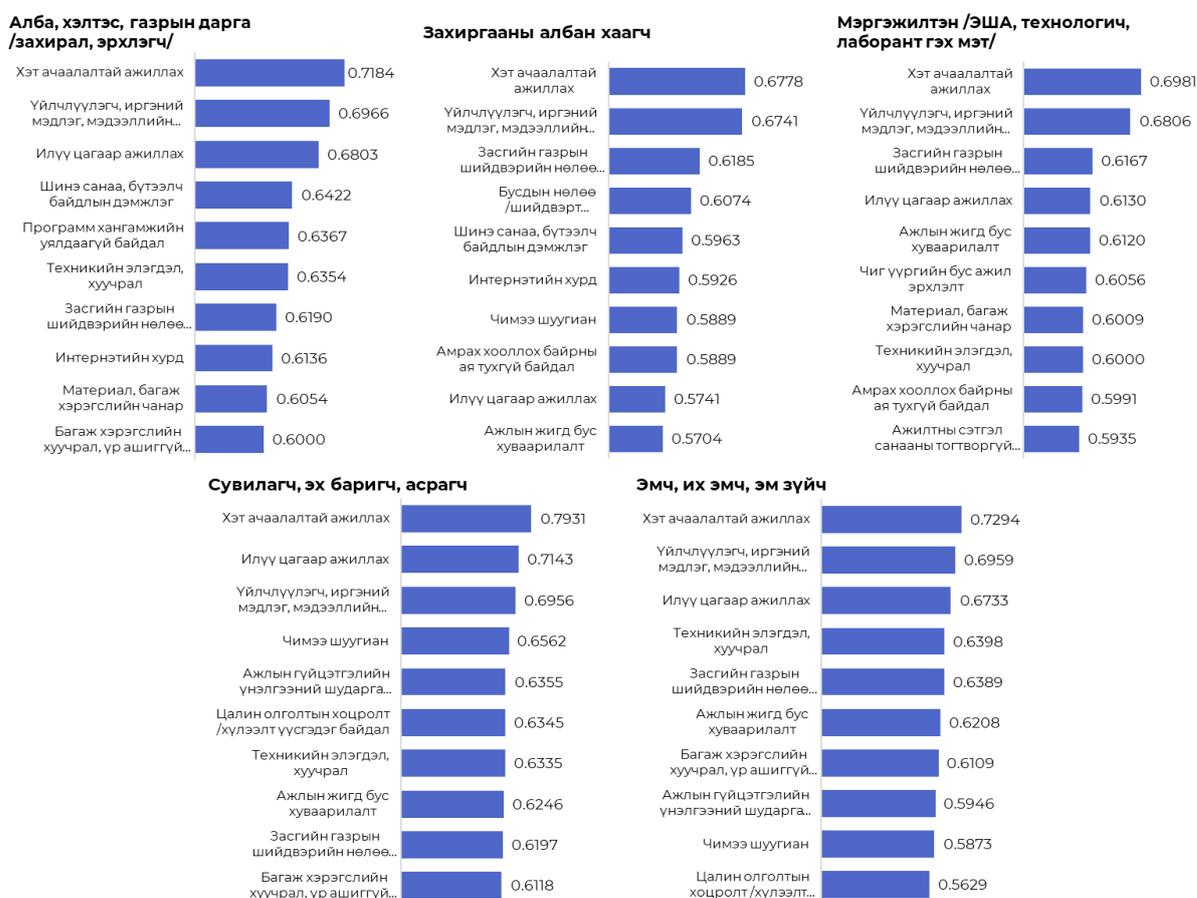
Үзүүлэлт	Нийт	Маш бага	Бага	Дунд	Их	Маш их
Нийтийн тээврийн хүрэлцээ	100.0%	15.6%	26.6%	40.2%	10.0%	7.6%
Авто замын түгжрэл	100.0%	15.1%	16.3%	20.7%	16.4%	31.5%
Орчны бохирдол	100.0%	9.3%	14.9%	27.5%	21.5%	26.9%

### Албан тушаалын ангиллаар

Ач холбогдлын харьцангуй индексийг албан тушаалын ерөнхий ангиллаар авч үзэхэд бүх албан тушаалтанд хэт ачаалалтай ажиллах, үйлчлүүлэгч, иргэний мэдлэг, мэдээллийн дутмаг байдал, илүү цагаар ажиллах нь хөдөлмөрийн бүтээмжид сөргөөр нөлөөлсөн гэж үзжээ.

- **Алба, хэлтэс, газрын дарга /захирал, эрхлэгч/** нарын өгсөн үнэлгээнээс ач холбогдлын харьцангуй индексийг 44 үзүүлэлтээр тооцож үзэхэд Хэт ачаалалтай ажиллах (R=0.7184), Үйлчлүүлэгч, иргэний мэдлэг, мэдээллийн дутмаг байдал (R=0.6966), Илүү цагаар ажиллах (R=0.6803) нь эхний гуравт эрэмбэлэгдсэн.
- **Захиргааны албан хаагчдын** өгсөн үнэлгээнээс ач холбогдлын харьцангуй индексийг 44 үзүүлэлтээр тооцож үзэхэд Хэт ачаалалтай ажиллах (R=0.6778), Үйлчлүүлэгч, иргэний мэдлэг, мэдээллийн дутмаг байдал (R=0.6741), Засгийн газрын шийдвэрийн нөлөө /дүрэм, журмын өөрчлөлт их байх/ (R=0.6185) нь эхний гуравт эрэмбэлэгдсэн.
- **Мэргэжилтэн /эрдэм шинжилгээний ажилтан, технологич, лаборант гэх мэт/** нарын өгсөн үнэлгээнээс ач холбогдлын харьцангуй индексийг 44 үзүүлэлтээр тооцож үзэхэд Хэт ачаалалтай ажиллах (R=0.6981), Үйлчлүүлэгч, иргэний мэдлэг, мэдээллийн дутмаг байдал (R=0.6806), Засгийн газрын шийдвэрийн нөлөө /дүрэм, журмын өөрчлөлт их байх/ (R=0.6167) нь эхний гуравт эрэмбэлэгдсэн.
- **Сувилагч, эх баригч, асрагч** нарын өгсөн үнэлгээнээс ач холбогдлын харьцангуй индексийг 44 үзүүлэлтээр тооцож үзэхэд Хэт ачаалалтай ажиллах (R=0.7931), Илүү цагаар ажиллах (R=0.7143), Үйлчлүүлэгч, иргэний мэдлэг, мэдээллийн дутмаг байдал (R=0.6956) нь эхний гуравт эрэмбэлэгдсэн.
- **Эмч, их эмч, эм зүйч** нарын өгсөн үнэлгээнээс ач холбогдлын харьцангуй индексийг 44 үзүүлэлтээр тооцож үзэхэд Хэт ачаалалтай ажиллах (R=0.7294), Үйлчлүүлэгч, иргэний мэдлэг, мэдээллийн дутмаг байдал (R=0.6959), Илүү цагаар ажиллах (R=0.6733) нь эхний гуравт эрэмбэлэгдсэн байна.

Зураг 201. Ач холбогдлын харьцангуй индекс, албан тушаалаар



Дүгнэлт, санал зөвлөмж

Эрүүл мэндийн салбарт 2023 оны байдлаар 66.2 мянган хүн ажиллаж байгаа бөгөөд 17.9 хувь нь эрэгтэйчүүд, 82.1 хувь нь эмэгтэйчүүд. Харин судалгаанд хамрагдсан албан хаагчдын 13.8 хувь нь эрэгтэйчүүд, 86.2 хувь нь эмэгтэйчүүд байна.

Судалгаанд хамрагдсан албан хаагчид дунджаар улсад 14 жил 11 сар, тухайн байгууллагадаа 9 жил 10 сар ажилласан. Судалгаанд хамрагдсан 3 хүн тутмын нэг (34.4 хувь) нь 10 хүртэлх жил улсад ажилласан харин 5 хүн тутмын гурав (59.2 хувь) нь 10 хүртэлх жил тухайн байгууллагадаа ажилласан туршлагатай албан хаагчид байсан.

Судалгаанд хамрагдсан албан хаагчдын албан тушаалын ангиллаар авч үзвэл 17.5 хувь нь алба, хэлтэс, газрын дарга /захирал, эрхлэгч/, 6.4 хувь нь захиргааны албан хаагч, 25.7 хувь нь мэргэжилтэн /ЭША, технологич, лаборант гэх мэт/, 26.3 хувь нь эмч, их эмч, эм зүйч, 24.1 хувь нь сувилал, эх баригч, асрагч байна. Албан тушаалын ангиллыг нарийвчилж үзвэл 20.1 хувь нь сувилал, 13.7 хувь нь их эмч, 13.4 хувь нь мэргэжилтэн, 11.1 хувь нь эмч, 10.5 хувь нь дарга нар хамрагдсан байна. Тоон мэдээллээс харахад бүх шатны албан хаагчдыг жигд хамруулсан.

Судалгаанд хамрагдсан албан хаагчдаар удирдлагын ур чадвар, манлайлал, тоног төхөөрөмж, программ хангамж, ажлын зохион байгуулалт, хуваарилалт, ашиглаж буй материал, багаж хэрэгсэл, ажиллах хүч, аюулгүй байдал, ажилтны идэвхжилт, гадаад орчин, бусад хүчин зүйлстэй холбоотой 9 бүлгийн 47 үзүүлэлтээр сэтгэл ханамжийн үнэлгээ хийлгэж, ач холбогдлын харьцангуй индекс тооцсон. Бусад хүчин зүйлстэй холбоотой бүлэгт (нийтийн тээврийн хүрэлцээ, авто замын түгжрэл, орчны бохирдол) ач холбогдлын харьцангуй индекс тооцоогүй болно.

Ач холбогдлын харьцангуй индексийг 44 үзүүлэлтээр авч үзэхэд хэт ачаалалтай ажиллах ( $R=0.7315$ ), үйлчлүүлэгч иргэний мэдлэг, мэдээллийн дутмаг байдал ( $R=0.6906$ ), илүү цагаар ажиллах ( $R=0.6625$ ) эхний 3 байранд эрэмбэлэгдсэн байна. Албан хаагчид хэт ачаалалтай ажиллах, үйлчлүүлэгч иргэний мэдлэг, мэдээллийн дутмаг байдал, илүү цагаар ажиллах нь хөдөлмөрийн бүтээмжид сөргөөр нөлөө үзүүлж байна гэж үзжээ. Иймд ажлын ачааллыг багасгах, илүү цагаар ажиллуулахгүй байх, албан хаагчдын ажлыг жигд хуваарилах шаардлагатайг илэрхийлсэн.

Хөдөлмөрийн бүтээмжид сөргөөр нөлөөлж буй 10 үзүүлэлтийг бүлгээр авч үзэхэд 3 нь ажлын зохион байгуулалт, хуваарилалт, 3 нь ашиглаж буй материал, багаж хэрэгсэл, 2 нь техник тоног төхөөрөмж, программ хангамж, 2 нь гадаад орчинтой холбоотой үзүүлэлтүүд байна.

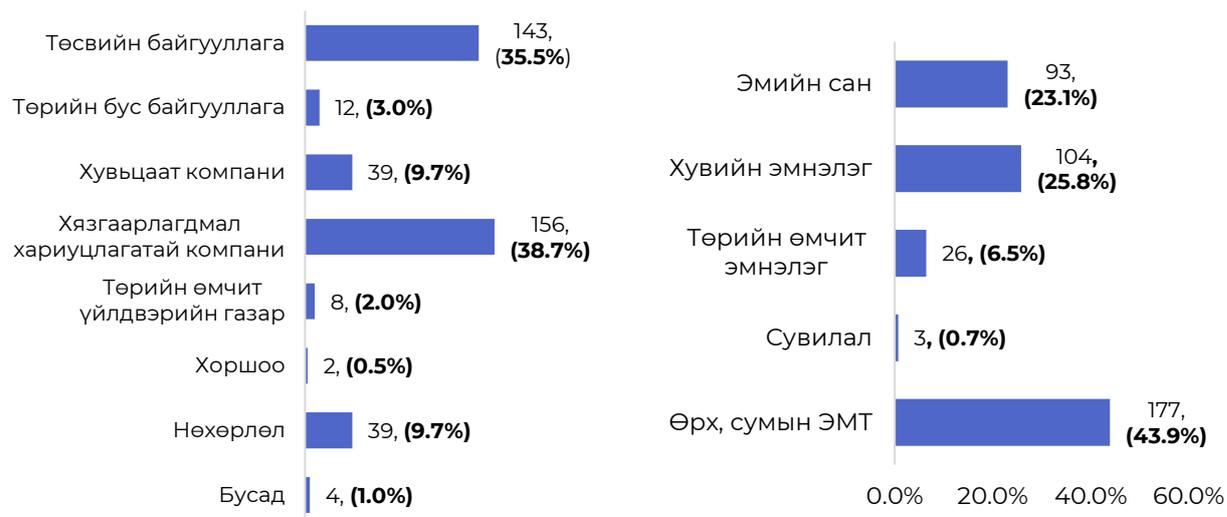
Судалгаанд хамрагдсан албан хаагчид үйлчлүүлэгч, иргэний мэдлэг, мэдээллийн дутмаг байдал, Засгийн газрын шийдвэрийн нөлөө /дүрэм, журмын өөрчлөлт их байх/ нь хөдөлмөрийн бүтээмжид сөргөөр нөлөөлөх чухал хүчин зүйлүүдийн нэг болохыг илэрхийлсэн. Иймд иргэдийн эрүүл мэндийн мэдлэг, боловсролыг сайжруулах эрүүл мэндийн боловсрол олгох, урьдчилан сэргийлэх, нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг сайжруулах хэрэгцээ шаардлагатай.

### **3.1.4 Эрүүл мэндийн байгууллагуудаас авсан судалгаа**

Судалгаанд хамрагдсан аж ахуйн нэгж, байгууллагыг өмчийн хэлбэрээр нь авч үзвэл 38.7 хувь хязгаарлагдмал хариуцлагатай компани, 35.5 хувь нь төсвийн байгууллага, 9.7 хувь нь нөхөрлөл, 9.7 хувь нь хувьцаат компани, 3.0 хувь нь төрийн бус байгууллага, 2.0 хувь нь төрийн өмчит үйлдвэрийн газар, үлдсэн 1.5 хувь нь хоршоо болон бусад хэлбэрийн байгууллага.

Судалгаанд хамрагдсан аж ахуйн нэгж, байгууллагыг 43.9 хувь нь өрх, сумын эрүүл мэндийн төв, 25.8 хувь нь хувийн эмнэлэг, 23.1 хувь нь эмийн сан, 6.5 хувь нь төрийн өмчит эмнэлэг, 0.7 хувь нь сувиллын үйл ажиллагаа эрхэлдэг байгууллага.

Зураг 202. Судалгаанд хамрагдсан аж ахуйн нэгж, байгууллага өмчийн хэлбэрээр, үйл ажиллагааны ангиллаар, эзлэх хувиар



Судалгаанд хамрагдсан аж ахуйн нэгж, байгууллагын хамгийн сүүлд үйлчилгээ авсан эрүүл мэндийн байгууллагын хувьд авч үзвэл 80.9 хувь нь Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газар, 8.4 хувь нь Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв, 3.7 хувь нь Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын газар, 3.0 хувь нь Эрүүл мэндийн яам, 4.0 хувь нь аймаг, нийслэлийн эрүүл мэндийн газар болон бусад байгууллага байна.

Зураг 203. Хамгийн сүүлд үйлчилгээ авсан эрүүл мэндийн байгууллага, эзлэх хувиар



Судалгаанд хамрагдсан аж ахуйн нэгж, байгууллагын хамгийн сүүлд эрүүл мэндийн байгууллагаас авсан үйлчилгээний хувьд авч үзвэл 34.7 хувь нь эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний санхүүжилттэй холбоотой, 18.4 хувь нь эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ худалдан авах гэрээ байгуулах, 15.4 хувь нь хөнгөлөлттэй эмийн санхүүжилттэй холбоотой, 8.2 хувь нь магадлан итгэмжлэлтэй холбоотой, 6.9 хувь нь тусгай зөвшөөрөл сунгуулах, 4.5 хувь нь эм хангамжтай холбоотой, 3.5 хувь нь эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ худалдан авах сонгон шалгаруулалтад оролцсон гэсэн болон 8.4 хувь нь бусад төрлийн үйлчилгээ авсан байна.

Зураг 204. Эрүүл мэндийн салбараас хамгийн сүүлд авсан үйлчилгээ, эзлэх хувиар



Судалгаанд хамрагдсан аж ахуйн нэгж, байгууллагын үйлчилгээ авахтай холбоотой гарсан хүндрэлийг авч үзвэл 79.4 хувь нь хүндрэл учраагүй гэсэн бол 20.6 хувь нь ямар нэгэн хүндрэл учирсан гэжээ. Өөрөөр хэлбэл судалгаанд хамрагдсан 5 хүн тутмын 1-д нь хүндрэл учирсан гэсэн байна.

Зураг 205. Эрүүл мэндийн салбараас үйлчилгээ авахтай холбоотой хүндрэл гарсан эсэх, гарсан хүндрэлийн шалтгаан, эзлэх хувиар



Судалгаанд хамрагдсан аж ахуйн нэгж, байгууллагын үйлчилгээ авахад гарсан хүндрэл, асуудлыг авч үзэхэд 79.4 хувь нь хүндрэл учраагүй гэсэн бол 20.6 хувь нь Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвийн үйл ажиллагаатай холбоотой, Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газрын үйл ажиллагаатай холбоотой, программын гацалт их, хөгжүүлэлт муу, уялддаггүй, байгууллагууд хоорондоо уялддаггүйгээс хүндрэл учирсан гэсэн байна. Нийт гарсан хүндрэл, асуудлаас 79.5 хувь нь Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газрын үйл ажиллагаатай холбоотой хүндрэл учирсан гэжээ.

Судалгаанд хамрагдсан аж ахуйн нэгж, байгууллагын үйлчилгээ авахтай холбоотой гарсан хүндрэлийг ангилж үзвэл 16.4 хувь нь Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газрын үйл ажиллагаатай холбоотой, 3.2 хувь нь программ гацалт их, хөгжүүлэлт муу, уялдаагүй гэсэн бол 0.9 хувь нь эрүүл мэндийн байгууллагууд хоорондоо уялддаггүй мөн Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвийн үйл ажиллагаатай холбоотой хүндрэл гарсан гэсэн байна.

Судалгаанд хамрагдсан аж ахуйн нэгж, байгууллагын үйлчилгээ авахад гарсан хүндрэл, асуудлыг үйл ажиллагааны ангиллаар нь авч үзэхэд өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн 6.9 хувь, сувиллын 0.2 хувь, төрийн өмчит эмнэлгийн 1.0 хувь, хувийн эмнэлгийн 5.2 хувь, эмийн сангийн 3.0 хувь нь Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газрын үйл ажиллагаатай холбоотой хүндрэл учирсан гэсэн байна. Мөн өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн 2.2 хувь,

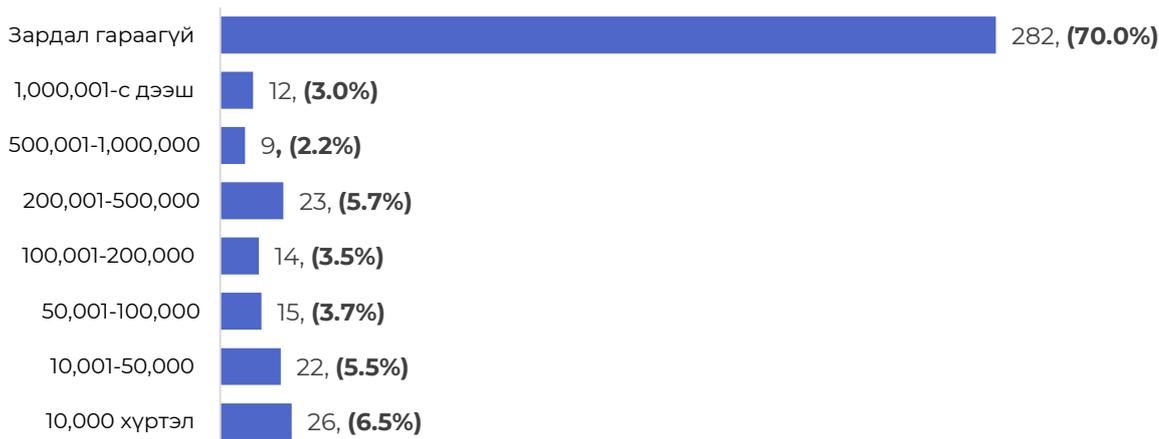
хувийн эмнэлгийн 1.0 хувь нь программ гацалт их, хөгжүүлэлт муу, уялдаагүйгээс хүндрэл учирсан гэсэн байна. Хувийн эмнэлгийн 0.5 хувь, эмийн сангийн 0.2 хувь нь Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвийн үйл ажиллагаатай холбоотой хүндрэл учирсан гэсэн.

Хүснэгт 83. Эрүүл мэндийн байгууллагад учирсан асуудал, хүндрэл байгууллагаар, эзлэх хувиар

Асуудал, хүндрэл	Байгууллагын тоо	Эзлэх хувь
<b>Өрх, сумын эрүүл мэндийн төв</b>	<b>177</b>	<b>43.9%</b>
Байгууллагууд хоорондоо уялддаггүй	1	0.2%
Программ гацалт их, хөгжүүлэлт муу, уялдаагүй	9	2.2%
ЭМДЕГ-ын үйл ажиллагааны хүндрэл	28	6.9%
Хүндрэл учраагүй	139	34.5%
<b>Сувилал</b>	<b>3</b>	<b>0.7%</b>
ЭМДЕГ-ын үйл ажиллагааны хүндрэл	1	0.2%
Хүндрэл учраагүй	2	0.5%
<b>Төрийн өмчит эмнэлэг</b>	<b>26</b>	<b>6.5%</b>
ЭМДЕГ-ын үйл ажиллагааны хүндрэл	4	1.0%
Хүндрэл учраагүй	22	5.5%
<b>Хувийн эмнэлэг</b>	<b>104</b>	<b>25.8%</b>
Программ гацалт их, хөгжүүлэлт муу, уялдаагүй	4	1.0%
ЭМДЕГ-ын үйл ажиллагааны хүндрэл	21	5.2%
ЭМХТ-ийн үйл ажиллагаатай хүндрэл	2	0.5%
Хүндрэл учраагүй	77	19.1%
<b>Эмийн сан</b>	<b>93</b>	<b>23.1%</b>
ЭМДЕГ-ын үйл ажиллагааны хүндрэл	12	3.0%
ЭМХТ-ийн үйл ажиллагаатай хүндрэл	1	0.2%
Хүндрэл учраагүй	80	19.9%

Судалгаанд хамрагдсан аж ахуйн нэгж, байгууллагын тухайн үйлчилгээг авахад зарцуулсан зардлыг авч үзвэл 12.0 хувь нь 50,000 төгрөг хүртэл, 12.9 хувь нь 50,001-500,000 төгрөг хүртэл, 5.2 хувь нь 500,001-с дээш төгрөгийн зардал гаргасан гэсэн бол 70.0 хувь нь зардал гаргаагүй болон цахимаар үйлчилгээг авсан гэсэн байна.

Зураг 206. Эрүүл мэндийн салбараас үйлчилгээ авахад зарцуулсан зардлын хэмжээ, эзлэх хувиар



Судалгаанд хамрагдсан аж ахуйн нэгж, байгууллагад үйлчилгээ үзүүлсэн албан хаагчид өгсөн үнэлгээг авч үзвэл албан хаагчийн мэдлэг, ур чадвар, мэргэшсэн байдалд 84.4 хувь нь сэтгэл ханамжтай буюу маш сайн, сайн, 15.6 хувь нь сэтгэл ханамжгүй буюу дунд болон дундаас доогуур, албан хаагчийн харилцаа, хандлага, ёс зүйтэй байдалд 82.9 хувь нь сэтгэл ханамжтай, 17.1 хувь нь сэтгэл ханамжгүй, албан хаагч танд бүрэн гүйцэт үйлчилгээ үзүүлсэн эсэхэд 80.4 хувь нь сэтгэл ханамжтай, 19.6 хувь нь сэтгэл ханамжгүй, албан

хаагчийн ойлгомжтой, тодорхой мэдээлэл өгч чадсан эсэхэд 78.9 хувь нь сэтгэл ханамжтай, 21.1 хувь нь сэтгэл ханамжгүй гэсэн үнэлгээг тус тус өгсөн.

Зураг 207. Үйлчилгээ үзүүлсэн албан хаагчид өгсөн үнэлгээ, эзлэх хувиар



Судалгаанд хамрагдсан аж ахуйн нэгж, байгууллагын үйлчилгээтэй холбоотой үнэлгээг авч үзвэл бүрдүүлэх бичиг баримтын шаардлага өнөөгийн нөхцөл байдалтай уялдаж буй байдалд 73.7 хувь нь сэтгэл ханамжтай буюу маш сайн, сайн, 26.3 хувь нь сэтгэл ханамжгүй буюу дунд болон дундаас доогуур, асуудал гарсан тохиолдолд үнэн зөв мэдээлэл өгөх байдалд 73.7 хувь нь сэтгэл ханамжтай, 26.3 хувь нь сэтгэл ханамжгүй, үйлчилгээ үзүүлэх цаг хугацааны талаарх мэдээллийн нээлттэй байдалд 73.2 хувь нь сэтгэл ханамжтай, 26.8 хувь нь сэтгэл ханамжгүй, үйлчилгээтэй холбоотой мэдээ, мэдээллийн нээлттэй ил тод байдалд 70.0 хувь нь сэтгэл ханамжтай, 30.0 хувь нь сэтгэл ханамжгүй гэсэн үнэлгээг тус тус өгсөн байна. Мөн шат дамжлага, процесс үйл ажиллагааны талаарх мэдээллийн нээлттэй байдалд 69.7 хувь нь сэтгэл ханамжтай, 30.3 хувь нь сэтгэл ханамжгүй, төрийн байгууллагаас шалтгаалсан асуудал гарсан үед хаана, хэнд гомдол гаргах талаарх мэдээллийн нээлттэй байдал 65.3 хувь сэтгэл ханамжтай, 34.7 хувь нь сэтгэл ханамжгүй, үйлчилгээ авах, хүлээлгийг багасгах, үйлчилгээг шуурхай болгохын тулд танил талаа ашигласан байдалд 60.3 хувь нь сэтгэл ханамжтай, 39.7 хувь нь сэтгэл ханамжгүй гэсэн үнэлгээг тус тус өгчээ.

Зураг 208. Эрүүл мэндийн байгууллагын үйлчилгээнд өгсөн үнэлгээ, эзлэх хувиар



Судалгаанд хамрагдсан аж ахуйн нэгж, байгууллагын үйлчилгээ үзүүлж буй төрийн байгууллагын үйл ажиллагаанд өгсөн үнэлгээг авч үзвэл байгууллага, албан хаагчийн асуудал шийдвэрлэж буй байдалд 68.2 хувь нь сэтгэл ханамжтай буюу маш сайн, сайн, 31.8 хувь нь сэтгэл ханамжгүй буюу дунд болон дундаас доогуур, одоогийн мөрдөж буй хууль, дүрэм, журам практикт нийцэж буй байдалд 64.8 хувь нь сэтгэл ханамжтай, 35.2 хувь нь сэтгэл ханамжгүй, одоогийн мөрдөж буй стандарт практикт нийцэж буй байдалд 60.5 хувь нь сэтгэл ханамжтай, 39.5 хувь нь сэтгэл ханамжгүй, программ, хангамж тэдгээрийн

хоорондын уялдаатай байдалд 56.3 хувь нь сэтгэл ханамжтай, 43.7 хувь нь сэтгэл ханамжгүй, эрүүл мэндийн салбарын байгууллагуудын хоорондын мэдээлэл солилцож буй байдалд 56.1 хувь нь сэтгэл ханамжтай, 43.9 хувь нь сэтгэл ханамжгүй гэсэн үнэлгээг тус тус өгсөн байна.

Зураг 209. Эрүүл мэндийн байгууллагын үйл ажиллагаанд өгсөн үнэлгээ, эзлэх хувиар



Судалгаанд хамрагдсан аж ахуйн нэгж, байгууллагын үйлчилгээ үзүүлсэн албан хаагчид өгсөн үнэлгээг үйл ажиллагааны ангиллаар нь харьцуулан авч үзэхэд албан хаагчийн мэдлэг, ур чадвар, мэргэшсэн байдалд өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн 17.0 хувь, төрийн өмчит эмнэлгийн 19.1 хувь, хувийн эмнэлгийн 13.4 хувь, эмийн сангийн 15.1 хувь нь дунд болон дундаас доогуур үнэлгээг өгсөн байна.

Албан хаагчийн харилцаа, хандлага, ёс зүйтэй байдалд өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн 17.6 хувь, төрийн өмчит эмнэлгийн 19.1 хувь, хувийн эмнэлгийн 13.5 хувь, эмийн сангийн 20.5 хувь нь дунд болон дундаас доогуур үнэлгээг өгчээ.

Албан хаагчийн ойлгомжтой, тодорхой мэдээлэл өгч чадсан эсэхэд өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн 24.2 хувь, төрийн өмчит эмнэлгийн 19.2 хувь, хувийн эмнэлгийн 17.3 хувь, эмийн сангийн 19.4 хувь нь дунд болон дундаас доогуур үнэлгээг өгсөн байна.

Албан хаагчийн бүрэн гүйцэт үйлчилгээ үзүүлсэн байдалд өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн 21.0 хувь, сувиллын 33.3 хувь, төрийн өмчит эмнэлгийн 19.1 хувь, хувийн эмнэлгийн 19.2 хувь, эмийн сангийн 17.3 хувь нь дунд болон дундаас доогуур үнэлгээг өгчээ.

Хүснэгт 84. Үйлчилгээ үзүүлсэн албан хаагчид өгсөн үнэлгээ, үйл ажиллагааны ангиллаар, дунд эзлэх хувиар

Байгууллага	Үнэлгээ	Албан хаагчийн мэдлэг, ур чадвар, мэргэшсэн байдал	Албан хаагчийн харилцаа, хандлага, ёс зүйтэй байдал	Албан хаагч танд ойлгомжтой, тодорхой мэдээлэл өгч чадсан эсэх	Албан хаагч танд бүрэн гүйцэт үйлчилгээ үзүүлсэн эсэх
Өрх, сумын ЭМТ	Маш муу	0.0%	0.6%	0.0%	0.6%
	Муу	2.3%	3.4%	5.6%	4.0%
	Дунд	14.7%	13.6%	18.6%	16.4%
	Сайн	55.9%	50.8%	47.5%	49.2%
	Маш сайн	27.1%	31.6%	28.2%	29.9%
Сувилал	Маш муу	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	Муу	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	Дунд	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%
	Сайн	33.3%	66.7%	66.7%	33.3%

Эрүүл мэндийн салбар дахь процессын дахин инженерчлэлийн судалгаа, шинжилгээ

	Маш сайн	66.7%	33.3%	33.3%	33.3%
Төрийн өмчит эмнэлэг	Маш муу	3.8%	3.8%	7.7%	3.8%
	Муу	3.8%	3.8%	3.8%	3.8%
	Дунд	11.5%	11.5%	7.7%	11.5%
	Сайн	50.0%	50.0%	46.2%	50.0%
	Маш сайн	30.8%	30.8%	34.6%	30.8%
Хувийн эмнэлэг	Маш муу	0.0%	0.0%	1.0%	1.0%
	Муу	1.9%	2.9%	1.9%	1.9%
	Дунд	11.5%	10.6%	15.4%	16.3%
	Сайн	68.3%	65.4%	59.6%	57.7%
	Маш сайн	18.3%	21.2%	22.1%	23.1%
Эмийн сан	Маш муу	0.0%	2.2%	1.1%	1.1%
	Муу	0.0%	2.2%	2.2%	1.1%
	Дунд	15.1%	16.1%	16.1%	15.1%
	Сайн	60.2%	55.9%	50.5%	53.8%
	Маш сайн	24.7%	23.7%	30.1%	29.0%

Хүснэгт 85. Эрүүл мэндийн байгууллагын үйлчилгээнд өгсөн үнэлгээ, үйл ажиллагааны ангиллаар, дүнд эзлэх хувиар

Байгууллага	Үнэлгээ	Бүрдүүлэх бичиг баримтын шаардлага өнөөгийн нөхцөл байдалтай уялдаж буй байдал	Шат дамжлага, процесс үйл ажиллагааны талаарх мэдээллийн нээлттэй байдал	Үйлчилгээ үзүүлэх цаг хугацааны талаарх мэдээллийн нээлттэй байдал	Асуудал гарсан тохиолдолд үнэн зөв, мэдээлэл өгөх байдал	Төрийн байгууллагаас шалтгаалсан асуудал гарсан үед хаана, хэнд гомдол гаргах талаарх мэдээллийн нээлттэй байдал	Үйлчилгээтэй холбоотой мэдээ, мэдээллийн нээлттэй илтөд байдал	Үйлчилгээ авах, хүлээлгийг багасгах, үйлчилгээг шуурхай болгохын тулд танил талаа ашигласан байдал
Өрх, сумын ЭМТ	Маш муу	0.0%	0.6%	0.0%	0.6%	0.0%	0.6%	0.0%
	Муу	5.6%	4.0%	2.3%	3.4%	5.6%	4.0%	2.3%
	Дунд	18.6%	16.4%	14.7%	13.6%	18.6%	16.4%	14.7%
	Сайн	47.5%	49.2%	55.9%	50.8%	47.5%	49.2%	55.9%
	Маш сайн	28.2%	29.9%	27.1%	31.6%	28.2%	29.9%	27.1%
Сувилал	Маш муу	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	Муу	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	Дунд	0.0%	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	0.0%
	Сайн	66.7%	33.3%	33.3%	66.7%	66.7%	33.3%	33.3%
	Маш сайн	33.3%	33.3%	66.7%	33.3%	33.3%	33.3%	66.7%
Төрийн өмчит эмнэлэг	Маш муу	7.7%	3.8%	3.8%	3.8%	7.7%	3.8%	3.8%
	Муу	3.8%	3.8%	3.8%	3.8%	3.8%	3.8%	3.8%
	Дунд	7.7%	11.5%	11.5%	11.5%	7.7%	11.5%	11.5%
	Сайн	46.2%	50.0%	50.0%	50.0%	46.2%	50.0%	50.0%
	Маш сайн	34.6%	30.8%	30.8%	30.8%	34.6%	30.8%	30.8%
Хувийн эмнэлэг	Маш муу	1.0%	1.0%	0.0%	0.0%	1.0%	1.0%	0.0%
	Муу	1.9%	1.9%	1.9%	2.9%	1.9%	1.9%	1.9%
	Дунд	15.4%	16.3%	11.5%	10.6%	15.4%	16.3%	11.5%
	Сайн	59.6%	57.7%	68.3%	65.4%	59.6%	57.7%	68.3%
	Маш сайн	22.1%	23.1%	18.3%	21.2%	22.1%	23.1%	18.3%
Эмийн сан	Маш муу	1.1%	1.1%	0.0%	2.2%	1.1%	1.1%	0.0%
	Муу	2.2%	1.1%	0.0%	2.2%	2.2%	1.1%	0.0%
	Дунд	16.1%	15.1%	15.1%	16.1%	16.1%	15.1%	15.1%
	Сайн	50.5%	53.8%	60.2%	55.9%	50.5%	53.8%	60.2%
	Маш сайн	30.1%	29.0%	24.7%	23.7%	30.1%	29.0%	24.7%

Хүснэгт 86. Эрүүл мэндийн байгууллагын үйл ажиллагаанд өгсөн үнэлгээ үйл ажиллагааны ангиллаар, дүнд эзлэх хувиар

Байгууллага	Үнэлгээ	Одоогийн мөрдөж буй хууль, дүрэм, журам практикт нийцэж буй байдал	Одоогийн мөрдөж буй стандартын практикт нийцэж буй байдал	Программ, хангамж тэдгээрийн хоорондын уялдаатай байдал	Эрүүл мэндийн салбарын байгууллагуудын хоорондын мэдээлэл солилцож буй байдал	Байгууллага, албан хаагчийн асуудал шийдвэрлэж буй байдал	Эрүүл мэндийн салбарын байгууллагуудын хоорондын уялдаатай ажиллаж буй байдал
Өрх, сумын ЭМТ	Маш муу	0.6%	0.0%	0.6%	0.0%	0.6%	0.0%
	Муу	4.0%	2.3%	3.4%	5.6%	4.0%	2.3%
	Дунд	16.4%	14.7%	13.6%	18.6%	16.4%	14.7%
	Сайн	49.2%	55.9%	50.8%	47.5%	49.2%	55.9%
	Маш сайн	29.9%	27.1%	31.6%	28.2%	29.9%	27.1%

Сувилал	Маш муу	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	Муу	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	Дунд	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	0.0%
	Сайн	33.3%	33.3%	66.7%	66.7%	33.3%	33.3%
	Маш сайн	33.3%	66.7%	33.3%	33.3%	33.3%	66.7%
Төрийн өмчит эмнэлэг	Маш муу	3.8%	3.8%	3.8%	7.7%	3.8%	3.8%
	Муу	3.8%	3.8%	3.8%	3.8%	3.8%	3.8%
	Дунд	11.5%	11.5%	11.5%	7.7%	11.5%	11.5%
	Сайн	50.0%	50.0%	50.0%	46.2%	50.0%	50.0%
	Маш сайн	30.8%	30.8%	30.8%	34.6%	30.8%	30.8%
Хувийн эмнэлэг	Маш муу	1.0%	0.0%	0.0%	1.0%	1.0%	0.0%
	Муу	1.9%	1.9%	2.9%	1.9%	1.9%	1.9%
	Дунд	16.3%	11.5%	10.6%	15.4%	16.3%	11.5%
	Сайн	57.7%	68.3%	65.4%	59.6%	57.7%	68.3%
	Маш сайн	23.1%	18.3%	21.2%	22.1%	23.1%	18.3%
Эмийн сан	Маш муу	1.1%	0.0%	2.2%	1.1%	1.1%	0.0%
	Муу	1.1%	0.0%	2.2%	2.2%	1.1%	0.0%
	Дунд	15.1%	15.1%	16.1%	16.1%	15.1%	15.1%
	Сайн	53.8%	60.2%	55.9%	50.5%	53.8%	60.2%
	Маш сайн	29.0%	24.7%	23.7%	30.1%	29.0%	24.7%

Эрүүл мэндийн байгууллагын үйлчилгээнд өгсөн үнэлгээг үйл ажиллагааны ангиллаар нь харьцуулан авч үзэхэд бүрдүүлэх бичиг баримтын шаардлага өнөөгийн нөхцөл байдалтай уялдаж буй байдалд өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн 24.2 хувь, төрийн өмчит эмнэлгийн 19.2 хувь, хувийн эмнэлгийн 18.3 хувь, эмийн сангийн 19.4 хувь нь дунд болон дундаас доогуур үнэлсэн.

Шат дамжлага, процесс үйл ажиллагааны талаарх мэдээллийн нээлттэй байдалд өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн 21.0 хувь, сувиллын 33.3 хувь, төрийн өмчит эмнэлгийн 19.1 хувь, хувийн эмнэлгийн 19.2 хувь, эмийн сангийн 17.3 хувь нь дунд болон дундаас доогуур үнэлгээг өгсөн.

Үйлчилгээ үзүүлэх цаг хугацааны талаарх мэдээллийн нээлттэй байдалд өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн 17.5 хувь, төрийн өмчит эмнэлгийн 19.2 хувь, хувийн эмнэлгийн 13.5 хувь, эмийн сангийн 15.1 хувь нь дунд болон дундаас доогуур үнэлсэн.

Асуудал гарсан тохиолдолд үнэн зөв, мэдээлэл өгөх байдалд өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн 17.0 хувь, төрийн өмчит эмнэлгийн 19.2 хувь, хувийн эмнэлгийн 13.5 хувь, эмийн сангийн 20.4 хувь нь дунд болон дундаас доогуур үнэлгээг өгсөн байна.

Төрийн байгууллагаас шалтгаалсан асуудал гарсан үед хаана, хэнд гомдол гаргах талаарх мэдээллийн нээлттэй байдалд өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн 24.3 хувь, төрийн өмчит эмнэлгийн 19.2 хувь, хувийн эмнэлгийн 18.3 хувь, эмийн сангийн 19.4 хувь нь дунд болон дундаас доогуур үнэлгээг өгчээ.

Үйлчилгээтэй холбоотой мэдээ, мэдээллийн нээлттэй ил тод байдалд өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн 20.9 хувь, сувиллын 33.3 хувь, төрийн өмчит эмнэлгийн 19.2 хувь, хувийн эмнэлгийн 19.2 хувь, эмийн сангийн 17.2 хувь нь дунд болон дундаас доогуур үнэлгээг өгсөн байна.

Үйлчилгээ авах, хүлээлгийг багасгах, үйлчилгээг шуурхай болгохын тулд танил талаа ашигласан байдалд өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн 16.9 хувь, төрийн өмчит эмнэлгийн 19.2 хувь, хувийн эмнэлгийн 13.5 хувь, эмийн сангийн 15.1 хувь нь дунд болон дундаас доогуур үнэлгээг өгсөн.

Эрүүл мэндийн байгууллагын үйл ажиллагаанд өгсөн үнэлгээг үйл ажиллагааны ангиллаар нь харьцуулан авч үзэхэд одоогийн мөрдөж буй хууль, дүрэм, журам практикт нийцэж буй байдалд өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн 20.9 хувь, сувиллын 33.3 хувь, төрийн өмчит эмнэлгийн 19.2 хувь, хувийн эмнэлгийн 19.2 хувь, эмийн сангийн 17.2 хувь нь дунд болон дундаас доогуур үнэлсэн.

Одоогийн мөрдөж буй стандартын практикт нийцэж буй байдалд өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн 16.9 хувь, төрийн өмчит эмнэлгийн 19.2 хувь, хувийн эмнэлгийн 13.5 хувь, эмийн сангийн 15.1 хувь нь дунд болон дундаас доогуур үнэлгээ өгсөн байна.

Программ, хангамж тэдгээрийн хоорондын уялдаатай байдалд өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн 17.5 хувь, төрийн өмчит эмнэлгийн 19.2 хувь, хувийн эмнэлгийн 13.5 хувь, эмийн сангийн 20.4 хувь нь дунд болон дундаас доогуур үнэлгээ өгсөн байна.

Эрүүл мэндийн салбарын байгууллагуудын хоорондын мэдээлэл солилцож буй байдалд өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн 24.3 хувь, төрийн өмчит эмнэлгийн 19.2 хувь, хувийн эмнэлгийн 18.3 хувь, эмийн сангийн 19.4 хувь нь дунд болон дундаас доогуур үнэлжээ.

Байгууллага, албан хаагчийн асуудал шийдвэрлэж буй байдалд өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн 20.9 хувь, сувиллын 33.3 хувь, төрийн өмчит эмнэлгийн 19.2 хувь, хувийн эмнэлгийн 19.2 хувь, эмийн сангийн 17.2 хувь нь дунд болон дундаас доогуур үнэлгээ өгсөн байна.

Эрүүл мэндийн салбарын байгууллагуудын хоорондын уялдаатай ажиллаж буй байдалд өрх, сумын эрүүл мэндийн төвийн 16.9 хувь, төрийн өмчит эмнэлгийн 19.2 хувь, хувийн эмнэлгийн 13.5 хувь, эмийн сангийн 15.1 хувь нь дунд болон дундаас доогуур үнэлжээ.

Судалгаанд хамрагдсан аж ахуйн нэгж, байгууллагын эрүүл мэндийн салбарын үйл ажиллагааг сайжруулах талаар өгсөн саналыг авч үзвэл 20.8 хувь нь нэгдсэн программ хангамжийг нэвтрүүлж, хөгжүүлэх, 15.6 хувь нь эрүүл мэндийн даатгалыг шинэчлэх, 10.0 хувь нь албан хаагчдыг чадавхжуулах, 7.6 хувь нь байгууллага хоорондын уялдаа холбоог сайжруулах, 6.5 хувь нь бодлого, шийдвэрийг оновчтой уялдаатай хийх, 5.8 хувь нь үйлчилгээний чанарыг сайжруулах, 5.6 хувь нь мэдээллийн ил тод байдлыг сайжруулах, 4.7 хувь нь хүний нөөцийг нэмэгдүүлэх болон нийгмийн баталгааг сайжруулах гэсэн бол 23.4 хувь нь санал өгөөгүй байна.

Зураг 210. Эрүүл мэндийн салбарын үйл ажиллагааг сайжруулах санал, эзлэх хувиар



## 3.2 Нөхцөл байдлын судалгаа, шинжилгээнд хамрагдсан талуудаас дэвшүүлсэн асуудал

### 3.2.1 Асуудлын шинжилгээ

Эрүүл мэндийн салбарт хийгдэж буй процессын дахин инженерчлэлийн судалгаа, шинжилгээний ажлын гол зорилго нь төр, хувийн хэвшлийн эрүүл мэндийн байгууллага, иргэдэд эрүүл мэндийн төрийн үйлчилгээ авахтай холбоотой тулгарч буй асуудал, шат дамжлага, хүнд суртал, хүндрэл бэрхшээлийг илрүүлэх юм.

Энэ хүрээнд давхардсан тоогоор нийт 1124 тулгамдаж буй асуудал, хүндрэл бэрхшээлийг дараах эх сурвалжийн мэдээлэлд үндэслэн тодорхойлсон. Үүнд:

- 2018-2023 онд хийгдсэн АТГ-ын эрсдэлийн үнэлгээ, шударга байдлын үнэлгээ;
- 2021-2023 онд хийгдсэн төрийн аудитын байгууллагын тайлан;
- 2023 онд Засгийн газрын 11-11 төвд бүртгэгдсэн өргөдөл, гомдол, санал;
- Эрүүл мэндийн яамны 2021-2023 оны хяналт-шинжилгээ, үнэлгээний тайлан;
- Эрүүл мэндийн салбарын төр, хувийн хэвшлийн байгууллагыг хамруулан зохион байгуулсан фокус бүлгийн ярилцлага;
- Эрүүл мэндийн салбарын албан хаагчидтай хийсэн ганцаарчилсан ярилцлага;
- Салбарын статистикийн мэдээлэл, судалгааны материал зэрэг орно.

Тулгамдаж буй асуудлуудын 34.1 хувь нь фокус бүлгийн ярилцлага, 20.7 хувь нь ганцаарчилсан ярилцлага, хэлэлцүүлэг, 10.5 хувь нь ЭМЯ, ЭМДЕГ, ЭЭХХЗГ-т ажилласан багийн судалгааны тайлан, 9.9 хувь нь ЭМЯ болон бусад төрийн байгууллагаас хийгдсэн хяналт-шинжилгээ, үнэлгээний тайлан, 4.4 хувь нь өргөдөл, гомдол, санал, 20.4 хувь нь ЭМЯ, ЭМДЕГ, ЭЭХХЗГ, ЭХЭМҮТ-ийн үйл ажиллагааны процессын зураглалаас тодорхойлогдсон.

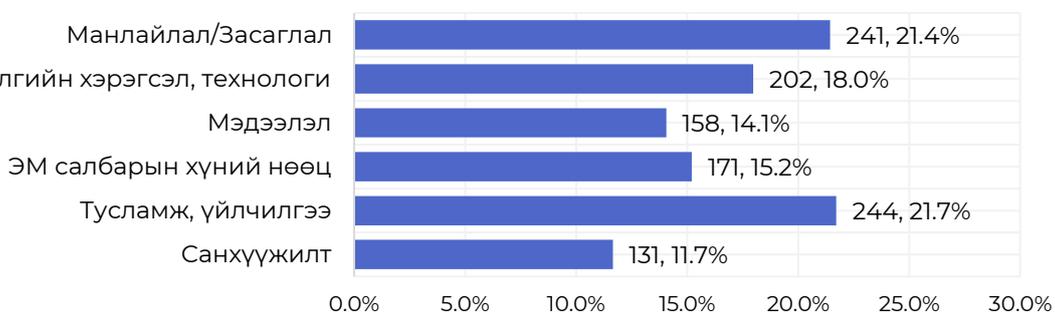
Бүртгэгдсэн асуудлуудыг байгууллагаар авч үзэхэд 32.3 хувь нь ЭМЯ, 23.7 хувь нь ЭЭХХЗГ, 20.7 хувь нь ЭМДЕГ, 20.6 хувь нь ЭХЭМҮТ, 2.7 хувь нь ЭМДҮЗ, УНТЭ зэрэг бусад төрийн байгууллагатай холбогдолтой. Нийт бүртгэгдсэн 3 асуудал тус бүрийн 1 нь ЭМЯ-тай холбоотой байгаа бол 5 асуудал тус бүрийн 1 нь ЭМДЕГ болон ЭЭХХЗГ-тай холбоотой байна.

Зураг 211. Эрүүл мэндийн бүртгэгдсэн асуудал, байгууллагаар



Нийт бүртгэгдсэн асуудлыг ДЭМБ-ын тодорхойлсон эрүүл мэндийн тогтолцооны 6 чиг үүргийн хүрээнд хуваарилахад 21.7 хувь нь тусламж, үйлчилгээтэй, 21.4 хувь нь манлайлал, засаглалтай, 18.0 хувь нь эм, эмнэлгийн хэрэгсэл, технологитой, 15.2 хувь нь эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцтэй, 14.1 хувь нь мэдээлэлтэй, 11.7 хувь нь санхүүжилттэй холбоотой байна.

Зураг 212. ДЭМБ-ын тодорхойлсон эрүүл мэндийн тогтолцооны 6 чиг үүргийн хүрээний хуваарилалт



**1. Тусламж, үйлчилгээний** чиг үүрэгтэй холбоотой асуудлуудад иргэдийн хувьд эрүүл мэндийн анхан, лавлагаа, төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлгүүдээс үйлчилгээ авахад үзлэгийн цагийн бүртгэл, хүлээгдэлтэй холбоотой гардаг хүндрэл бэрхшээл, угтах үйлчилгээ, мэдээллийн ажилтны чиглүүлэх болон зөвлөх үйлчилгээ хангалтгүй, эрүүл мэндийн байгууллагад тавигдах стандарт хангалтгүй зэрэг асуудлууд бүртгэгдсэн. Мөн хувийн хэвшлийн эрүүл мэндийн байгууллагын хувьд эмийн бүртгэл, магадлан итгэмжлэл, тусгай зөвшөөрөл, лиценз авахтай холбоотой эрүүл мэндийн төрийн

захиргааны байгууллагатай харилцахад гардаг асуудлууд, хүндрэл бэрхшээлүүд бүртгэгдсэн байна.



Фокус бүлгийн  
ярилцлагын  
оролцогч:

Яаралтай хагалгаанд орох заалттай болон эрүүл мэндийн байдал нь хүндэрсэн өвчтөн цаг авч, өвчин нь хүндэрч байна. (Засгийн газрын 11-11 дуудлагын төвийн дуудлагаас)

Мэс заслын бус аргаар эмчилсэн нь үнэлгээнд ордоггүй.



Фокус бүлгийн  
ярилцлагын  
оролцогч:

Хүний эмийн зөвлөл хуралдах цаг нь дуусахаар зар сурталчилгааны асуудлыг хойшлуулдаг дараагийн хурлаар оруулдаг. Мөн Эхлээд видео бичлэг биш цаасаар агуулгын аваад хянавал биднээс зардал бага гарна. Дахин засвар хийхээр видеогоо дахин хийх шаардлага үүсдэг.

Бүртгэлийн асуудал өмнө нь ЭМЯ, ЭМХТ дээр байхад 3 сарын дотор шийдэгддэг байсан бол агентлагтай болсноор 1 жил хүртэл хүлээдэг болсон.



Фокус бүлгийн  
ярилцлагын  
оролцогч:

Лиценз авахад packing list, invoice дагалдуулдаг. Агаарын ачааны хувьд ачилт хийгдсэний дараа дээрх баримт бичиг гардаг тул ачилтын дараа аваад л хавсаргаад хүсэлтээ өгөхөд онгоц буучихдаг. Тэгээд учраа хэлээд лицензээ гаргаад өгөөч гэж хандахад заавал ажлын 5 хоногт шийдэх ёстой, 5 хоног болоогүй гээд дээд хугацаагаа барих гээд байдаг.

Тусламж, үйлчилгээг үзүүлэхэд эрүүл мэндийн салбарын ажилтан, албан хаагчдын хувьд иргэдийн эрүүл мэндийн талаарх мэдлэг, ойлголт хангалтгүй байх, иргэдийн харилцаа, хандлага нь эмч, ажилтныг буруутгадаг байдал, төрийн байгууллагуудын хоорондын уялдаа холбоогүй байдал, үйлчилгээ үзүүлэхтэй холбоотой техник, тоног төхөөрөмжийн хангалтгүй байдал, төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлгийн амбулатори, яаралтай тусламжийн тасгийн ачаалал их, салбарын албан хаагчид өөрсдийн танил талаа үзүүлэх байдал, мөн иргэд анхан, лавлагаа шатлалд үзүүлсэн ч төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэгт үзүүлэх зэргээр ачаалал нэмэгдүүлж, хүндрэл үүсгэдэг гэсэн байна.



Фокус бүлгийн  
ярилцлагын  
оролцогч:

Олон улсын практикт тусламж, үйлчилгээгээ салгаж магадлан итгэмжлэл хийдэг. Ингэхээр байгууллагын засаглал, чанар, эрсдэл, барилга байгууламж гээд бүх асуудал руу ордог учраас одоохондоо тусад нь тусламж үйлчилгээг магадлах. Хамгийн түрүүнд байгууллага, засаглалаа магадалбал доторх тусламж үйлчилгээг засаад явах боломжтой гэж үзэж байна.



Фокус бүлгийн  
ярилцлагын  
оролцогч:

Яаралтай тусламж үйлчилгээ үзүүлэхэд алсын дуудлагын тээвэрлэлт хийхэд хүндрэл учирдаг. Шаардлагатай бол лавлагаа шатлалын эмнэлэг тээвэрлэдэг болмоор байна.

Дүүргийн эмч нар хяналтын үзлэг гээд явуулахдаа шинжилгээг нь хийгээд явуулдаггүй. Үүнээс шалтгаалж шинжилгээ төлөвлөн хариу авах гэсээр байтал 4-5 удаа буцаж ирдэг.

**2.Манлайлал, засаглалын** чиг үүрэгтэй холбоотой асуудлуудад тухайн салбарт мөрдөгдөж буй хууль, дүрэм, журам, сайдын тушаал болон ЭМДЕГ, ЭМДҮЗ-ийн гаргаж буй шийдвэрүүд нь хоорондоо зөрчилддөг, ЭМЯ, НЭМГ-ын шийдвэрүүд нь хоорондоо зөрчилддөг, ЭМЯ, ЭМДЕГ-ын бодлого, шийдвэр хоорондоо зөрчилддөг, эрүүл мэндийн төрийн захиргааны байгууллагуудын хоорондын уялдаа холбоо байдаггүй, уламжлалт анагаах ухаан, хувийн хэвшлийг төрөөс дэмжих дэмжлэг бага зэрэг асуудал бүртгэгджээ.



Фокус бүлгийн ярилцлагын оролцогч:

Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хууль, ЭМДҮЗ-ийн шийдвэр зөрчилтэй. Хууль давсан журамтай.

ЭМДЕГ үнийн дээд хязгаарыг барьдаг, гэтэл бөөний үнээс доогуур үнээр баталдаг, зардлыг бүрэн тооцдоггүй, дандаа оруулж ирсэн үнээс доош үнэ тогтоодог, дэлхий дээр байдаггүй нэг юм байна, нэг тунтай нэг найрлагатай эмийн үнийг янз янзаар тогтоодог, аргачлалдаа буруу байгаад байна. Энэ аргачлалыг яаралтай солихгүй бол даатгал мөнгөгүй болсон, энэ жагсаалт, түүний сонгон шалгаруулалтыг маш тодорхой болгохгүй бол ийм жагсаалт байж болохгүй.



Фокус бүлгийн ярилцлагын оролцогч:

Үндэсний үйлдвэрийг дэмжих засаг төрийн бодлогод эмийн үйлдвэрийг дэмжих асуудал огт тусгагдаагүй, ЭМЯ, агентлаг нь бодлогоор үйлдвэрүүдийг дэмждэггүй, оновчтой бодлого боловсруулах, үндэсний аюулгүй байдалд нөлөөлөхүйц зүйлүүдийг дотооддоо дэмжих тал дээр анхаардаггүй.



Фокус бүлгийн ярилцлагын оролцогч:

Магадлан итгэмжлэл гэдэг дээр бүгд нэгдсэн ойлголттой болох ёстой. Даатгалын санхүүжилттэй уяж байгаа нь тогтолцооны хувьд буруу. Магадлан итгэмжлэл бол чанарын шаардлагыг ямар түвшинд хангаж байгааг магадалдаг процесс. Олон улсын түвшний стандартыг хангавал санхүүжилт өөр түвшинд хүргэх замаар уялдуулах ёстой. Шинжээч нарын асуудал дээр мэргэжлийн нийгэмлэгүүдээс мэргэшсэн хүмүүс шинжээчээр очиж ажиллах ёстой. Чанарын чиглэлээр ажиллаж байгаа хүмүүст магадлан итгэмжлэл хангахдаа ийм түвшинд ажилладаг гэсэн сургалт, мэдлэг мэдээллийг өгөх ёстой.

ЭМД-тай гэрээ байгуулахад харилцан санал солилцдоггүй, маш олон шалгуурыг давж тэнцэн гэрээ хийдэг.

Мөн эрүүл мэндийн салбарын удирдах ажилтнуудаас авсан судалгаанаас манлайлал, засаглалтай холбоотой хэд хэдэн дүгнэлтүүд гарсан юм. Тухайлбал, Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 2020 оны нэмэлт, өөрчлөлт болон дагалдах Засгийн газрын тогтоолоор ЭМЯ-ны чиг үүргийн чухал зохицуулалтуудыг тусгаагүйгээс ЭМЯ салбарын нэгдсэн бодлогыг тодорхойлох, боловсруулах чиг үүргийг хэрэгжүүлэх бус, харин орны тоо, бүтцийг батлах зэргээр эмнэлгүүдийн дотоод үйл ажиллагаанд хэт их оролцох, шаардлагагүй зүйлсэд үр ашиггүй нөөц зарцуулах практик үүсчээ.

**3.Эм, эмнэлгийн хэрэгсэл, технологийн** чиг үүрэгтэй холбоотой асуудлуудад төр, хувийн хэвшлийн эмнэлэг, эм ханган нийлүүлэх байгууллага, эмийн үйлдвэр, эмийн сан зэрэг аж ахуйн нэгж байгууллагад эрүүл мэндийн төрийн захиргааны байгууллагатай харилцахад гардаг асуудал, хүндрэл бэрхшээл бүртгэгдсэн байна. Үүнд, Монгол Улсад мөрдөгдөж буй эм, эмнэлгийн хэрэгсэл, тоног төхөөрөмжтэй холбоотой хууль, дүрэм, журам зэрэг нь олон улсын стандарттай зөрчилддөг, эмийн бүртгэл хийлгэхэд заавал шинжилгээ шаарддаг ч лаборатори, хүний нөөц, техник технологийн хүчин чадал муу, биологийн идэвхт бэлдмэл болон эмийн бүртгэл, сунгалт зэрэгт хугацаа их шаарддаг, эмийн чанар, аюулгүй байдалд тавих хяналт сул, хатуу зохицуулалттай улс орны эмийг шууд бүртгэх боломжгүй байдаг зэрэг.

Мөн эрүүл мэндийн салбарын ажилтан, албан хаагчдын хувьд олон улсад дэлгэрч буй эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ технологи, техник хэрэгсэл зэргийн талаарх сургалт, хөгжүүлэлт хангалтгүй байдаг, техник, багаж хэрэгслийг шинэчилдэггүй, засвар үйлчилгээ хангалтгүй зэрэг асуудал байгааг дурдсан.



Фокус бүлгийн ярилцлагын оролцогч:

Тоног төхөөрөмжийг хяналт тавьж, хязгаарлалттай байх ёстой, тендерт ороход хямд үнэтэй гэдэг учраас хямдыг сонгодог, гэтэл урт хугацаанд ашиглах чанартайг оруулж ирэхэд үнэтэй байдаг учраас чанартай бүтээгдэхүүнээр хангах сонирхолтой байлаа ч авдаггүй асуудал байна.

Шинэ эмийн дээж өгөхөд 7-9 сард хариу нь гардаг, энэ хооронд бүртгэлийн хугацаа алддаг. Лабораторийн хүчин чадлыг нэмэгдүүлэх шаардлагатай.



ЭМС-ын хэлэлцүүлгийн оролцогч:

Тоног төхөөрөмж ихсэж байгаа нь сайн хэдий ч араас нь гарах тогтмол зардал их, эдийн засгийн үр өгөөжийг нь тооцож байж зөв хуваарилалт хийх хэрэгтэй, бүх эмнэлэгт өндөр хүчин чадалтай тоног төхөөрөмж шаардлагагүй, ажиллуулж чадахгүй, засварлаж чадахгүй, хэрэглэж чадахгүй үр дүнг нь үзэж чадахгүй бол үр ашиггүй зарцуулалт болно. Үүний оронд сэтгэл ханамж бий болгох, хүртээмжид чиглэсэн үйлчилгээг санал болгох хэрэгтэй. Ер нь бүх эмнэлгүүд өндөр өртөгтэй үйлчилгээ рүү чиглэсэн бодлого төлөвлөөд байгаа нь нэг талаараа сөрөг зүйл.



Фокус бүлгийн ярилцлагын оролцогч:

Өдөрт дунджаар 20 дээж хүлээж авдаг. Дээжийг хүлээн авах дагалдах баримт бичгийн нэг бүрчлэн шалгана 20 орчим хуудастай байдаг. Механик ажиллагаа их. Дээжийн хариуг тухайн байгууллагад хүлээлгэж өгнө. Загвар дээжийг шаардлага хангаагүй дээжийг шинжээч рүү гаргадаг.

Цацраг идэвхт эмийн үйлдвэрлэлийн талаар ЭЭХХЗГ-ын мэргэжилтэн, шинжээч нарыг сургах.

**4. Эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцтэй** холбоотой асуудлуудад нарийн мэргэжлийн эмч, мэргэжилтний дутмаг байдал, сувилагч, асрагч нарын хомсдол, хүний нөөцийг давтан сургах, ажлын байран дахь сургалт хөгжүүлэлт хангалтгүй, хүний нөөцийн эрэлт, нийлүүлэлтийн бодлого уялдаагүй, хувийн хэвшлийн сургуулиудын эмч, эрүүл мэндийн салбарын мэргэжилтэн бэлтгэх байдал, сургалтын чанар муу, төр, хувийн хэвшлийн нийгмийн баталгаа ялгаатай, бүх шатны эмнэлгийн цалин хөлсний ялгаа багатайгаас төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг хүний нөөцийн дутагдалд орох эрсдэл үүссэн, хөдөлмөрийн бүтээмжийн үнэлгээг ажил мэргэжлийн онцлогтой уялдуулан тогтоодоггүй, хүний нөөцийн дутагдлаас үүсэн нэг эмчид ирэх ажлын ачаалал хэт их болсон, үүнтэй холбоотойгоор ажлаас халшрах хам шинж нэмэгдэж байгаа талаар дурдсан юм.

Мөн эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцийг бэлтгэдэг АШУУИС нь БШУЯ-д харьяалагдаж байгаа нь бодлогын хувьд зөрчил үүсгэдэг, төгсөлтийн дараах сургалттай холбоотой асуудал, хүндрэл үүсгэдэг талаар дурдсан.



Фокус бүлгийн ярилцлагын оролцогч:

Шинжээчийн цалин хөлсийг Эрүүл мэндийн сайд, Сангийн сайдын хамтарсан тушаалаар зохицуулна гэж заасан байдаг ч түүнийг дагалдан хэрэгжүүлэх журам гараагүй. Иймээс шинжээчдэд цалин, хөлсийг нь олгож чадахгүй нөхцөл байдалтай байна. Тус зардлыг нийслэлийн эрүүл мэндийн газрын жилийн төсөвтөө суулган олгож байхаар одоо зохицуулж байгаа ч энэ нь буруу юм. Урьдчилан тооцоолоод төсөв гаргах, хувийн хэвшлээс хамаарсан асуудлыг төрөөс цалинждаг шинжээч ажиллуулах нь буруу. 2 сайдын хамтарсан тушаалыг хурдан гаргах хэрэгтэй.

Эмийн мэргэжлээр төгсөж байгаа хүмүүсийн мэргэжлийн чадвар их муу байна, хувийн дээд сургуулиудын түвшинг тогтоож өгөх, үндсэн мэргэжилдээ шаардлага хангахгүй орж ирж байна.



ҮА-ны процесс зураглалаас:

Шинжээч ажиллахад ажлын хөлс байдаггүй тул шинжээч олддоггүй. Дүгнэлт гаргах эрхтэй шинжээч нарын бүртгэл судалгаа байхгүй, батлагдсан жагсаалт, тушаал шийдвэр байдаггүй. Шинжээчийн дүгнэлт гаргах журамласан хугацаа байхгүйгээс тогтмол хугацаанд дүгнэлт гардаг тов байхгүй. Шинжээчээр ажиллах мэргэжилтэн олддоггүй учраас яамны зөвлөлийн гишүүд өөрсдөө шинжээчийн дүгнэлт гаргах тохиолдол байдаг.



Фокус бүлгийн ярилцлагын оролцогч:

Эм, эмнэлгийн хэрэгсэл, тоног төхөөрөмжөөр зэрэг мэргэших боломжгүй гэтэл энэ 3 том асуудлыг 1 хүн хариуцаж байна.

Ажил мэргэжлийн онцлогийг тусган KPI-ийг ялгаатай байдлаар үнэлдэггүй.



Фокус бүлгийн ярилцлагын оролцогч: Элсэлт

Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв нь сургалт эрхлэх байгууллагын багтаамж, нөөц, сургагч багшийн ачаалал, чадамжид суурилж үндсэн болон төрөлжсөн мэргэшлийн сургалтад хамрагдах эмч нарын хяналтын тооны тушаалд санал өгдөг. Гэтэл АШУҮИС-ийн Монгол Японы Эмнэлэг болон Нүүр амны Их сургуулийн эмнэлгүүд нь өөрсдийн эмнэлэг дээр явагддаггүй олон чиглэлээр улсын (ЭМХТ-ийн сургалт эрхлэх байгууллагууд) болон хувийн эмнэлгүүдтэй хамтын ажиллагааны гэрээ байгуулан мөн резидент эмч нараа хуваарилдаг. Сургалт эрхлэх байгууллагын багтаамжийг тооцоод явуулчихсан байтал АШУҮИС-ийн резидентүүд нэмэгддэг. Цаашлаад сургалт эрхлэх байгууллагууд дээр АШУҮИС-ийн болон ЭМХТ-ийн резидент гэсэн ялгаатай байдал гардаг байна.



Фокус бүлгийн ярилцлагын оролцогч: Төгсөлт

АШУҮИС-аас төгсөж буй үндсэн төрөлжсөн мэргэшлийн суралцагч нарын мэдээлэл ЭМХТ-д ирдэггүй. ЭМХТ-д Эрүүл мэндийн ажилтны хүний нөөцийн нэгдсэн программ хангамж /hr.hdc.gov.mn/ -ийг ашиглалтад оруулсан боловч АШУҮИС-аас үндсэн, төрөлжсөн мэргэшлийн сургалтаар төгсөж буй эмч нарын мэдээлэл албан ёсоор нэгтгэгддэггүй байна.



Фокус бүлгийн ярилцлагын оролцогч:

Ажлын ачаалал их байх хамгийн гол шалтгаан нь хүний нөөцийн хомсдол байна. Үүнээс хамаарч жижүүрт их хонодог хоносны дараа цагтаа буудаггүй. Цахим программын гацалт ажлын бүтээмжийг бууруулдаг. Үүнээс шалтгаалж ЭМД-аас санхүүжилт авч чадахгүй болдог. Эмч нарын үзлэгийн цаг их байдаг нэмэлт цаг их өгөх, ажилчид танил хүмүүсээ дагуулан орж ирэх зэргээс шалтгаалж хүлээгдэл, иргэд гомдол гаргах шалтгаан болдог.

**5. Эрүүл мэндийн салбарын мэдээллийн** чиг үүрэгтэй холбоотой асуудлуудад тус салбарт ашиглаж буй программ хангамжийн уялдаагүй байдал, төрийн байгууллага болон эрүүл мэндийн салбар хоорондын мэдээллийн уялдаагүй байдал, техник, тоног төхөөрөмжийн хангалтгүй байдал, программ хангамжийн гацалт их, хөгжүүлэлт муу, эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний талаарх нэгдсэн мэдээллийн сан байхгүйгээс гардаг хүндрэл бэрхшээлийг дурдсан байна.



Ганцаарчилсан ярилцлагын оролцогч:

Техник тоног төхөөрөмжийн хүчин чадал муу, хэлтэс хоорондын уялдаа холбоо байхгүй, гэнэтийн тогтоолын өөрчлөлттэй холбоотой шахуу цагаар ажиллахыг шаарддаг. Хамгийн том эрсдэл нь мэдээллийн аюулгүй байдал алдагдах эрсдэлтэй байдаг.



Фокус бүлгийн ярилцлагын оролцогч:

Зөвшөөрлийн тухай шинэ хууль гарснаар тусгай зөвшөөрөл олгох асуудалд хүндрэл гарч ирсэн 45 хоногийн өмнө хүсэлтээ өгнө, сунгалт дээр шинээр ТЗ авах гэж байгаа юм шиг шаардлага шалгуурууд орж ирсэн, магадлан итгэмжлэл хийлгэдэг болсон. Одоо бол агентлаг, ЭМГ-аас хүмүүс ирж хуудас бөглөөд 70 оноонд хүрэхгүй бол сунгахгүй болсон. Энэ сунгалтын процесс нь жижиг эмийн сангуудад хүндрэлтэй болсон.



Ганцаарчилсан ярилцлагын оролцогч:

ЭМДЕГ-ын хяналтын түүвэрлэлт, хяналтын хуваарилалт нууц, цахимжуулалт тааруу. Хяналтыг хийхдээ эрүүл мэндийн байгууллагуудаас мэдээлэл баримтыг PDF-ээр авч хянадаг, PDF-ийг засварласан байх боломжтой. Иймээс нэг өгөгдлийн сангаас мэдээлэл татдаг байх хэрэгтэй.

E-Health программаас өвчний түүх хэвлэхэд бичвэр бага хоосон зай ихтэй байдаг тул маш их цаас хэрэглэдэг.



Фокус бүлгийн  
ярилцлагын  
оролцогч:

*E-mongolia* руу шивүүлнэ бас *licemed* дээр давхар шивдэг түүнийгээ дахиад хэвлэдэг. *E-mongolia* руу шивүүлнэ. Ажлын 5-7 хонодог заримдаа шаардлага нь өөрчлөгддөг одоогоос л жаахан жигдэрч байна. Эцсийн гарсан лицензийг цахимд буцааж оруулахдаа бүдэгхэн, далий муруй, өөр байгууллагын лицензийг андуурч оруулах зэрэг алдаа гаргадаг. Энэ нь гааль дээр очоод хүндрэл үүсгэдэг. Буцаад утасдахаар утсаа авдаггүй, вайберын групп чатаар хараад өгөөч, үзээд өгөөч гээд бичдэг.



Фокус бүлгийн  
ярилцлагын  
оролцогч:

Эмийн бүртгэлийн хүсэлт, материал зэргийг өгөөд хүлээх хугацаанд ямар шатанд, хана байгааг мэдэх ямар ч боломжгүй заавал албан бичиг өгнө. Процесс мэргэжилтэн судалж байна, лабораторид шилжүүлсэн гэх зэрэг процессын үйл ажиллагааг харах цахим систем хийх хэрэгтэй.

**6. Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн** чиг үүрэгтэй холбоотой асуудалд эрүүл мэндийн даатгалын “Нэг худалдан авагчийн тогтолцоо” буюу гүйцэтгэлийн санхүүжилтийн тогтолцоог хэрэгжүүлэхэд гарч буй хүндрэл бэрхшээл тодорхойлогдсон.

ЭМД-ын сангаас санхүүжиж буй төр, хувийн хэвшлийн эмнэлэг, эмийн сан зэрэг байгууллагуудын хувьд эх олонлогоос хасалт их хийгддэг, оношийн бүлгийн санхүүжилттэй холбоотой хүндрэл, ЭМД-ын программын гацалт их, хөгжүүлэлт муу, нэг талын санал, хүсэлтэд үндэслэсэн гэрээ хийгддэг, дарамт, шахалт их, айлган сүрдүүлэлт их, эрүүл мэндийн үйлчилгээний битүүмжийн асуудал, хөнгөлөлттэй эм, эмийн үнийн дээд хязгаар тогтоохтой холбоотой гардаг асуудал, хүндрэл бэрхшээлийг дурдсан байна.

### Процесс зураглал

Нийт тодорхойлогдсон асуудлыг ЭМЯ, ЭМДЕГ, ЭЭХХЗГ, ЭХЭМҮТ-ийн 90 процесстэй холбон шинжилсэн.

ЭМЯ-ны үйлчилгээ, үйл ажиллагаатай холбоотой нийт 23 процесс үйл ажиллагааны зураглал хийгдсэнээс дээрх 10 процесс үйл ажиллагаанд хамгийн олон асуудал давхардсан тоогоор буюу хамгийн өндөр хувиар бүртгэгдсэн байна. Эдгээр процесс үйл ажиллагааны 6 нь үндсэн үйл ажиллагаатай холбоотой байгаа бол 4 нь дэмжих үйл ажиллагаатай холбоотой процесс.

*Хүснэгт 87. ЭМЯ-ны хамгийн их асуудал бүртгэгдсэн 10 процесс, үйл ажиллагаагаар*

Үйл ажиллагаа	Процессын дугаар	Асуудлын тоо	Эзлэх хувь
Арга хэмжээний төлөвлөгөөний хэрэгжилтийг хангахад чиглэсэн зохион байгуулалтын үйл ажиллагаа	19	84	14.7%
Тусгай зөвшөөрөл олгох	3	81	14.1%
Тусгай зөвшөөрөл сунгуулах, хаягийн өөрчлөлт хийх	4	67	11.7%
Магадлан итгэмжлэл олгох	2	66	11.5%
Үндсэн төрөлжсөн мэргэшлийн сургалтын элсэлт	11б	42	7.3%
Үндсэн төрөлжсөн мэргэшлийн сургалтын төгсөлт	11в	28	4.9%
Мэргэжлийн үйл ажиллагаа эрхлэх зөвшөөрөл	7	20	3.5%
Төлөөлөн удирдах зөвлөлийн үйл ажиллагаа, ЭМЯ-ны оролцоо	14	18	3.1%
Тайлагналт, үнэлгээний процесс	9	14	2.4%
ЭМЯ-ны дэргэдэх ШУТ-ийн зөвлөл, эрүүл мэндийн салбарт "Оношилгоо, эмчилгээний зориулалтаар шинээр гарч байгаа болон био технологи, нано технологи, инновацын технологид суурилсан бүтээгдэхүүн, үйлчилгээнд судалгаа, шинжилгээ явуулах, турших, баталгаажуулах, бүртгэх, мэдээлэх, тусламж, үйлчилгээнд нэвтрүүлэх үйл ажиллагааг зохицуулах	13	13	2.3%

Хүснэгт 88. ЭМДЕГ-ын хамгийн их асуудал бүртгэгдсэн 10 процесс, үйл ажиллагаагаар

Үйл ажиллагаа	Процессын дугаар	Асуудлын тоо	Эзлэх хувь
Нэхэмжлэлийн хяналтын шалгуур боловсруулах	24а	55	16.0%
Нэхэмжлэлийн хяналт	24б	39	11.4%
ЭМД-ын сангийн зарлагын процесс-гүйцэтгэлийн санхүүжилт	30д	37	10.8%
Хөнгөлөлттэй эмийн жагсаалт боловсруулж, батлуулах	22	33	9.6%
Тусламж, үйлчилгээний багц тодорхойлох	25	28	8.2%
Гэрээ байгуулах	26	26	7.6%
Арга хэмжээний төлөвлөгөөний хэрэгжилтийг хангахад чиглэсэн зохион байгуулалтын үйл ажиллагаа	19	18	5.2%
Гэрээ дүгнэлт	29	13	3.8%
Тайлагналт, үнэлгээний процесс	9	8	2.3%
Даатгуулагч иргэдэд үйлчлэх “Хэрэглэгчтэй харилцах төв”	27	8	2.3%

ЭМДЕГ-ын үйлчилгээ, үйл ажиллагаатай холбоотой нийт 16 процесс үйл ажиллагааны зураглал хийгдсэнээс дээрх 10 процесс үйл ажиллагаанд хамгийн олон асуудал давхардсан тоогоор буюу хамгийн өндөр хувиар бүртгэгдсэн. Эдгээр процесс үйл ажиллагааны 3 нь үндсэн үйл ажиллагаатай холбоотой байгаа бол 7 нь дэмжих үйл ажиллагаатай холбоотой процесс байна.

Хүснэгт 89. ЭЭХХЗГ-ын хамгийн их асуудал бүртгэгдсэн 10 процесс, үйл ажиллагаагаар

Үйл ажиллагаа	Процессын дугаар	Асуудлын тоо	Эзлэх хувь
Эмийн бүртгэл	31а	88	19.1%
Бүртгэлийн дээж хүлээн авч шинжлэх	45	49	10.6%
Импортлох бүртгэл	33а	38	8.2%
Биологийн идэвхт бүтээгдэхүүний бүртгэл	31б	38	8.2%
Тусгай зөвшөөрөл шинээр олгох (30 хоног+30 хоног)	32а	20	4.3%
Эмнэлгийн тоног төхөөрөмжийн шалгалт тохируулга, шалгалт баталгаажуулалт	34	17	3.7%
Бүртгэлийн өөрчлөлт	31в	16	3.5%
Хүний эмийн зөвлөлийн хурал хуралдах процесс	46	15	3.3%
Бүртгэлийн сунгалт	31г	14	3.0%
Тусгай зөвшөөрлийн сунгалт, өөрчлөлт (30 хоног)	32б	13	2.8%

ЭЭХХЗГ-ын үйлчилгээ, үйл ажиллагаатай холбоотой нийт 25 процесс үйл ажиллагааны зураглал хийгдсэнээс дээрх 10 процесс үйл ажиллагаанд хамгийн олон асуудал давхардсан тоогоор буюу хамгийн өндөр хувиар бүртгэгдсэн. Эдгээр процесс үйл ажиллагааны 9 нь үндсэн үйл ажиллагаатай холбоотой байгаа бол 1 нь дэмжих үйл ажиллагаатай холбоотой процесс байна.

Хүснэгт 90. ЭХЭМҮТ-ийн хамгийн их асуудал бүртгэгдсэн 10 процесс, үйл ажиллагаагаар

Үйл ажиллагаа	Процессын дугаар	Асуудлын тоо	Эзлэх хувь
Ургийн гажиг илрүүлэх	54а	69	13.5%
Дутуу тээлт судлалын хяналт, төрөлт	55а	66	12.9%
Зүрхний эмгэгтэй эмэгтэй хяналт, кесров хагалгаа	56	56	10.9%
Эмэгтэйчүүдийн эмгэг судлал, хавдрын мэс засал	57	55	10.7%

Зуршмал дутуу төрсөн нярай нас барах	556	50	9.7%
Ургийн гажиг батлагдсан жирэмслэлтийг хожуу хугацаанд таслах	546	47	9.2%
Эрүүл мэндийн байгууллагын удирдлагуудтай байгуулах гүйцэтгэлийн гэрээ	10	35	6.8%
Мухар олгой	48	25	4.9%
Яаралтай түргэн тусламж	47	22	4.3%
Дотор	53	18	3.5%

ЭХЭМҮТ-ийн үйлчилгээ, үйл ажиллагаатай холбоотой нийт 13 процесс үйл ажиллагааны зураглал хийгдсэнээс дээрх 10 процесс үйл ажиллагаанд хамгийн олон асуудал давхардсан тоогоор буюу хамгийн өндөр хувиар бүртгэгдсэн бөгөөд бүгд үндсэн үйл ажиллагаатай холбоотой процесс байна.

Эрүүл мэндийн салбарын нийт бүртгэгдсэн асуудлыг ЭМЯ, ЭМДЕГ, ЭЭХХЗГ, ЭХЭМҮТ-ийн 90 процесс үйл ажиллагаанд хуваарилахад хамгийн олон асуудалтайгаар бүртгэгдсэн төрийн захиргааны байгууллагын процесс үйл ажиллагааг эрэмбэлэхэд дараах үр дүн гарсан. Үүнд:

1. Арга хэмжээний төлөвлөгөөний хэрэгжилтийг хангахад чиглэсэн зохион байгуулалтын үйл ажиллагаа /ЭМЯ, процессын дугаар 19/
2. Эмийн бүртгэл / ЭЭХХЗГ, процессын дугаар 31a/
3. Тусгай зөвшөөрөл олгох /ЭМЯ, процессын дугаар 3/
4. Магадлан итгэмжлэл олгох /ЭМЯ процессын дугаар 2/
5. Эрүүл мэндийн чиглэлээр үйл ажиллагаа эрхлэх тусгай зөвшөөрөл сунгуулах, хаягийн өөрчлөлт хийх /ЭМЯ, процессын дугаар 4/
6. Нэхэмжлэлийн хяналт /ЭМДЕГ, процессын дугаар 24б/
7. ЭМД-ын сангийн зарлагын процесс-гүйцэтгэлийн санхүүжилт /ЭМДЕГ, процессын дугаар 30д/

Дээрх хамгийн олон асуудалтайгаар бүртгэгдсэн процесс үйл ажиллагааны 4 нь ЭМЯ, 2 нь ЭМДЕГ, 1 нь ЭЭХХЗГ-ын үйл ажиллагаатай холбоотой.

Эдгээр бүртгэгдсэн асуудлыг процесс үйл ажиллагааны хувьд авч үзэхэд ЭМЯ-ны хувьд арга хэмжээний төлөвлөгөөний хэрэгжилтийг хангахад чиглэсэн зохион байгуулалтын үйл ажиллагаа, тусгай зөвшөөрөл олгох болон тусгай зөвшөөрөл сунгуулах, хаягийн өөрчлөлт хийх, магадлан итгэмжлэл олгох үйл ажиллагаа хамгийн өндөр хувиар давтагдсан бол ЭМДЕГ-ын хувьд нэхэмжлэлийн хяналт, ЭМД-ын сангийн зарлагын процесс-гүйцэтгэлийн санхүүжилтийн үйл ажиллагаа хамгийн өндөр хувиар давтагдсан байна. ЭЭХХЗГ-ын хувьд эмийн бүртгэлийн үйл ажиллагаа хамгийн өндөр хувиар давтагдсан.

Эрүүл мэндийн санхүүжилттэй холбоотой процесс үйл ажиллагааны хувьд ЭМДЕГ-ын үндсэн үйл ажиллагаанд хамаарах ЭМД-ын сангийн зарлагын процесс-гүйцэтгэлийн санхүүжилт, нэхэмжлэлийн хяналтын шалгуур боловсруулах, нэхэмжлэлийн хяналт, хөнгөлөлттэй эмийн жагсаалт боловсруулж, батлуулах болон тусламж, үйлчилгээний багц тодорхойлох үйл ажиллагаа хамгийн өндөр давтагдсан.

Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээтэй холбоотой процесс үйл ажиллагааны хувьд ЭХЭМҮТ-ийн үндсэн үйл ажиллагаанд хамаарах ургийн гажиг илрүүлэх, дутуу тээлт судлалын хяналт, төрөлт, зүрхний эмгэгтэй эмэгтэй хяналт, кесров хагалгаа, эмэгтэйчүүдийн эмгэг судлал, хавдрын мэс заслын үйл ажиллагаа хамгийн өндөр давтагдсан.

Эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцтэй холбоотой процесс үйл ажиллагааны хувьд ЭМЯ-ны үндсэн үйл ажиллагаанд хамаарах үндсэн төрөлжсөн мэргэшлийн сургалтын элсэлт, арга хэмжээний төлөвлөгөөний хэрэгжилтийг хангахад чиглэсэн зохион байгуулалтын үйл ажиллагаа болон үндсэн төрөлжсөн мэргэшлийн сургалтын төгсөлтийн үйл ажиллагаа хамгийн өндөр давтагдсан бол ЭХЭМҮТ-ийн үндсэн үйл ажиллагаанд хамаарах дутуу тээлт судлалын хяналт, төрөлт, ургийн гажиг илрүүлэх үйл ажиллагаа хамгийн өндөр давтагдсан байна.

Эрүүл мэндийн салбарын мэдээлэлтэй холбоотой процесс үйл ажиллагааны хувьд арга хэмжээний төлөвлөгөөний хэрэгжилтийг хангахад чиглэсэн зохион байгуулалтын үйл ажиллагаа, нэхэмжлэлийн хяналт, нэхэмжлэлийн хяналтын шалгуур боловсруулах, эмийн бүртгэлийн үйл ажиллагаа хамгийн өндөр давтагдсан байна.

Эм, эмнэлгийн хэрэгсэл, технологитой холбоотой процесс үйл ажиллагааны хувьд ЭЭХХЗГ-ын үндсэн үйл ажиллагаанд хамаарах эмийн бүртгэл, бүртгэлийн дээж хүлээн авч шинжлэх, импортлох бүртгэл, биологийн идэвхт бүтээгдэхүүний бүртгэлийн үйл ажиллагаа хамгийн өндөр хувиар давтагдсан бол ЭМДЕГ-ын үндсэн үйл ажиллагаанд хамаарах хөнгөлөлттэй эмийн жагсаалт боловсруулж, батлуулах үйл ажиллагаа хамгийн өндөр хувиар давтагдсан байна.

Эрүүл мэндийн салбарын манлайлал, засаглалтай холбоотой процесс үйл ажиллагааны хувьд ЭМЯ-ны үндсэн үйл ажиллагаанд хамаарах арга хэмжээний төлөвлөгөөний хэрэгжилтийг хангахад чиглэсэн зохион байгуулалтын үйл ажиллагаа, тусгай зөвшөөрөл олгох, магадлан итгэмжлэл олгох, тусгай зөвшөөрөл сунгуулах, хаягийн өөрчлөлт хийх, төлөөлөн удирдах зөвлөлийн үйл ажиллагаа, ЭМЯ-ны оролцоотой холбоотой үйл ажиллагаа хамгийн өндөр хувиар давтагджээ.

### 3.2.2 Эрсдэлийн шинжилгээ

Тулгамдаж буй асуудлуудаас салбарт үүсэж болзошгүй эрсдэлийг тогтоох, бүртгэх, үнэлэх зорилгоор эрсдэлийн шинжилгээг хийв. Эрсдэлийн үнэлгээний түвшинг чанарын үнэлгээний арга буюу магадлал, нөлөөллийн харьцаагаар үнэлгээний матрицын дагуу үнэлсэн. Эрсдэлийн үнэлгээг мөнгөн дүнгээр тооцоогүй буюу эрсдэл бүрийн хохирлын хэмжээг тодорхойлж үнэлээгүй. Эрсдэл тохиолдох магадлалын үнэлгээг дараах хүснэгт ашиглан тодорхойлсон ба үнэлгээний түвшинг тоон болон чанарын 5 түвшинд тодорхойлов.

Хүснэгт 91. Эрсдэл тохиолдох магадлалын үнэлгээ

Түвшин	Тодорхойлолт	Тайлбар	Магадлалын хувь	Магадлалын давтамж
5	Өндөр магадлалтай	Тохиолдож болзошгүй эсвэл байнга тохиолддог	Тохиолдох магадлал 91%, түүнээс их	Долоо хоногт 1 удаа
4	Тодорхой	Тогтмол тохиолддог	Тохиолдох магадлал 71%-90%	Сард 1 удаа
3	Магадлалтай	Зарим үе шатанд тохиолддог	Тохиолдох магадлал 31%-70%	Улиралд 1-2 удаа
2	Ховор	Бараг тохиолдож байгаагүй	Тохиолдох магадлал 10%-30%	Хагас жилд 1-2 удаа
1	Маш ховор	Хэзээ ч тохиолдоогүй	Тохиолдох магадлал 9% түүнээс бага	Жилд 2-доош удаа

Харин эрсдэлийн нөлөөлөл, үр дагавар, учрах хохирлын түвшингийн үнэлгээний тайлбарыг дараах хүснэгтээр тодорхойлсон.

Хүснэгт 92. Эрсдэлийн нөлөөлөл, үр дагавар, учрах хохирлын түвшин

Түвшин	Үр дагавар	Тайлбар
1	Нөлөөгүй	-Тухайн процесст нөлөөлөлгүй -Бүтэц зохион байгуулалтад өөрчлөлт орохгүй -Тоног төхөөрөмжид нөлөөлөл үүсэхгүй -Холбогдох хууль, журам тогтвортой -Санхүүгийн алдагдалгүй
2	Бага зэрэг	Холбогдох процесс, бүтэц зохион байгуулалт, тоног төхөөрөмжид нөлөөлөл нөлөөлөл бага зэрэг, санхүүгийн алдагдал бага, холбогдох хууль, журамд бага хэмжээний өөрчлөлт орох, хүлээгдэл чирэгдэл үүсэх
3	Дунд зэрэг	Тухайн процесс, бүтэц зохион байгуулалт, тоног төхөөрөмжид дунд зэргийн үр дагавартай, санхүүгийн алдагдал үүсэхээр, холбогдох хууль, журамд нэлээд хэмжээний өөрчлөлт орох
4	Өндөр	Тухайн процесс, бүтэц зохион байгуулалт, тоног төхөөрөмжид хор нөлөө ихтэй, санхүүгийн хор нөлөө их, холбогдох хууль, журамд нэлээд өөрчлөлт орж шинэчлэгдэх

5	Ноцтой	-Холбогдох процесс удаан хугацаанд доголдох, үндсээрээ өөрчлөгдөх -Бүтэц зохион байгуулалтад томоохон хэмжээний өөрчлөлт гарах, аюултай үр дагавар үүсэх -Тоног төхөөрөмжийг үндсээр нь өөрчлөх -Холбогдох хууль, журам хүчингүй болсон, байнга өөрчлөгдөх -Санхүүгийн асар их алдагдал үүсэх
---	--------	---

Эрсдэлийн дулааны матриц буюу эрсдэлийн түвшинг тогтоох матрицыг магадлал, нөлөөллийн харьцаагаар нийт 4 түвшинд тодорхойлсон.

Хүснэгт 93. Эрсдэлийн дулааны матриц

Сөрөг эрсдэлийн матриц		Нөлөөлөл				
		1 Ач холбогдолгүй	2 Бага	3 Дунд зэрэг	4 Их хэмжээний	5 Аюултай
<b>Магадлал</b>	5 Өндөр магадлалтай	<b>Дунд</b>		<b>Өндөр</b>	<b>Аюултай</b>	
	4 Тодорхой	<b>Бага</b>				
	3 Магадлалтай					
	2 Ховор					
	1 Маш ховор					

Эрсдэлийн ангиллыг гадаад, дотоод гэсэн 2 үндсэн хэсэгт хувааж, нийт бүртгэгдсэн эрсдэлүүдэд тулгуурлан эрүүл мэндийн салбарын онцлогийг харгалзан дараах ангиллуудыг тодорхойлов.

Хүснэгт 94. Эрсдэлийн гадаад, дотоод ангилал

№	Гадаад	Дотоод
1	Хууль тогтоомж	Байгууллагын дүрэм, журам
2	Салбарын дүрэм, журам	Тоног төхөөрөмж
3	Гадаад ажиллах орчин	Дотоод ажиллах орчин
4	Дээд байгууллага, удирдлага	Удирдлагын арга барил
5	Санхүү	Дотоод үйл ажиллагаа
6	Уялдаа холбоо	Албан хаагчийн мэдлэг, мэдээлэл
7	Иргэдийн мэдлэг, мэдээлэл	Хүний нөөц
8	Иргэдийн харилцаа, ёс зүй	Албан хаагчийн харилцаа, ёс зүй
9	ААН удирдлагын үйл ажиллагаа	Цахим, программ хангамж
10		Чанар, аюулгүй байдал

Эрсдэлийн ангиллын “дотоод” гэдэгт тухайн байгууллага, албан тушаалтан өөрийн эрх хэмжээний хүрээнд арга хэмжээ авч, шийдвэр гаргаж хэрэгжүүлж болохуйц бол, “гадаад” гэдэгт тухайн байгууллагаас хамааралгүй, шийдвэр, үйл ажиллагааг дээд шатны болон, бусад салбарын, хувийн хэвшлийн байгууллага дангаараа, эсхүл хамтран гаргаж, хэрэгжүүлдэг, тухайн нэгж, албан тушаалтан дангаараа арга хэмжээ авах боломжгүй байх нөхцөлийг ойлгоно.

ПДИ төслийн хүрээнд бүртгэгдсэн тулгамдаж буй асуудалд үндэслэн нийт 1060 эрсдэл тодорхойлсноос 951 эрсдэлд үнэлгээ хийсэн. Үүнээс 44.8 хувийг дундаж түвшний эрсдэл эзэлж байна. Хэдий дийлэнх эрсдэл дундаж түвшнийх боловч эрсдэлийн дулааны матрицын тархалт (Хүснэгт 95)-аас харахад Аюултай болон Өндөр түвшний эрсдэлүүдийн эзлэх жин 32.9 хувийг хамарч байна.

Хүснэгт 95. Эрүүл мэндийн салбарын эрсдэлийн дулааны матриц

Сөрөг эрсдэлийн матриц		Нөлөөлөл				
		1 Ач холбогдолгүй	2 Бага	3 Дунд зэрэг	4 Их хэмжээний	5 Аюултай
<b>Дундаж түвшин</b>	Дунд (9.0)					

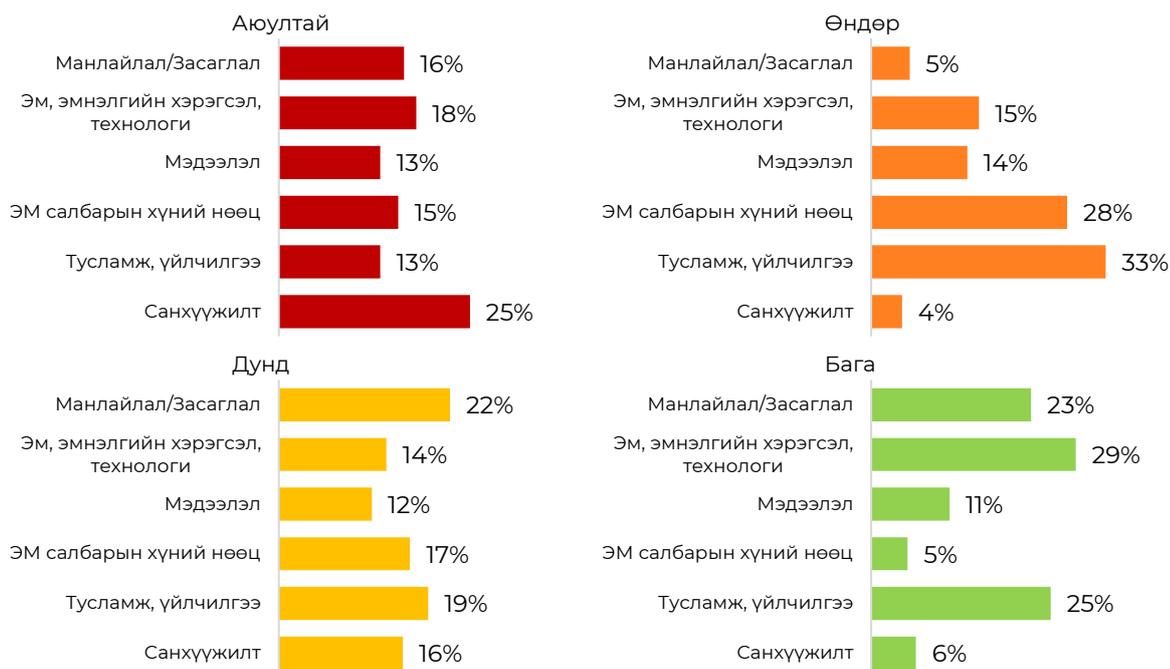
Магадлал	5	Өндөр магадлалтай	0.1%	2.0%	6.9%	1.8%	3.0%
	4	Тодорхой	0.2%	1.2%	3.3%	8.3%	0.5%
	3	Магадлалтай	0.6%	4.7%	24.7%	3.6%	5.5%
	2	Ховор	0.7%	9.3%	4.9%	3.7%	2.8%
	1	Маш ховор	4.5%	5.7%	3.5%	1.9%	0.6%

Зураг 213. Эрүүл мэндийн салбарын эрсдэлийн түвшин



Эрсдэлийн төрлүүдийг ДЭМБ-аас тодорхойлсон эрүүл мэндийн тогтолцооны зургаан тулгуур баганыг суурь болгон шинжлэхэд Зураг 214-т харуулсан байдалтай байна.

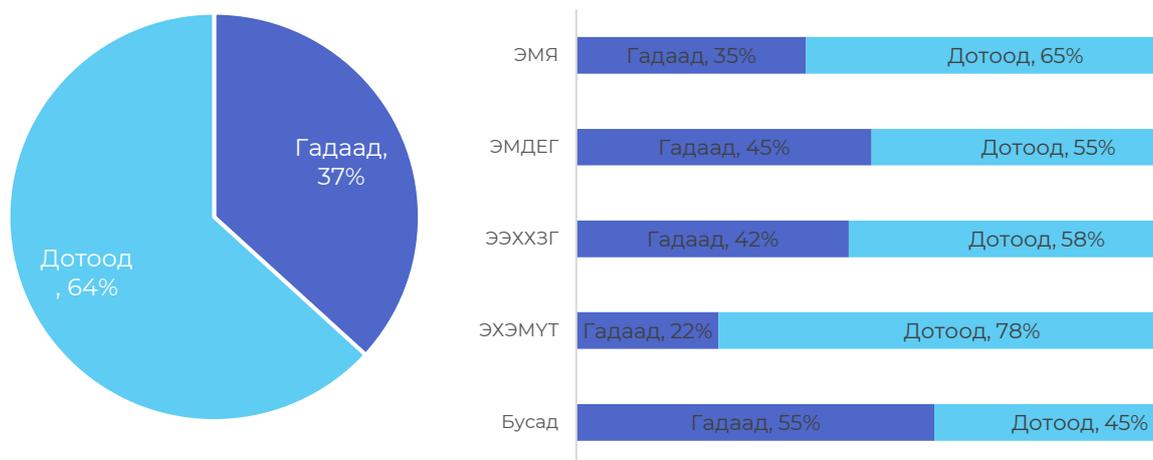
Зураг 214. Эрүүл мэндийн салбарын эрсдэлийн төрөл, ДЭМБ-ын зургаан блокоор



Зураг 215. Эрүүл мэндийн салбарын эрсдэл, голлох ангиллаар



Эрсдэлийн бүх түвшинд хамгийн их давамгайлсан эрсдэлийн ангилал нь дотоод үйл ажиллагаатай холбоотой байсан ба аюултай түвшний 22 хувийг, өндөр түвшний 35 хувийг, дунд түвшний 28 хувийг, бага түвшний 22 хувийг тус тус эзэлж байна.



Нийт тодорхойлогдсон 951 эрсдэлээс 44.8 хувь нь дундаж түвшний буюу тэсэж болохуйц эрсдэлүүд боловч тухайн эрсдэлүүдийн үр нөлөөллийг бууруулах, шилжүүлэх арга хэмжээг авах, эдгээр эрсдэлүүдийн нөлөөлөл өөрчлөгдсөн эсэхийг тогтмол хянах шаардлагатай.

Аюултай болон өндөр түвшний эрсдэлүүдийн эзлэх жин 32.9 хувийг хамарч байгаа тул тухайн эрсдэлүүд учрахаас урьдчилан сэргийлэх, эрсдэл үүсгэж буй асуудлыг шийдвэрлэх, эрсдэлээс зайлсхийх төлөвлөгөө боловсруулах зэрэг эрсдэлийн стратегиудыг баримтлах шаардлагатай.

## 4 ДҮГНЭЛТ

### 4.1 Нэгдсэн дүгнэлт

Монгол Улсын иргэний эрүүл, аюулгүй орчинд амьдрах, орчны бохирдлоос хамгаалуулах, эрүүл мэндээ хамгаалуулах, эмнэлгийн тусламж авах эрх Монгол Үндсэн хуулиар баталгаажсан. Эдгээр эрхийг хангах болон эрүүл мэндийн талаар төрөөс баримтлах бодлого, үндсэн зарчим, хүн амын эрүүл мэнд, түүнд нөлөөлөх хүчин зүйлийг тандан судлах, үнэлэх, хариу арга хэмжээг авах, өвчин эмгэгээс урьдчилан сэргийлэх, эрүүл мэндийн боловсрол олгох, эрүүл мэндийг дэмжих үйл ажиллагааг Эрүүл мэндийн тухай хууль (2011), Нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний тухай хууль (2024) зэрэг хуулиар зохицуулдаг.

Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 8 дугаар зүйлийн 8.1.2 дахь заалтад “хүн амын эрүүл мэндийн байдлыг судлах, хянах, үнэлэх, эрэлт хэрэгцээг үндэслэн эрүүл мэндийн салбарын бодлого, хөгжлийн чиг хандлагыг тодорхойлох” гэж заасан байх ба өнөөдрийн байдлаар тодорхой өвчний бүлгээр болон хүн амын тодорхой сегментээр эрүүл мэндийн хэрэгцээний үнэлгээ хийж, түүнд зориулагдсан салангид арга хэмжээнүүдийг авч ирсэн байна. Харин нийт хүн амын эрүүл мэндийн эрэлт, хэрэгцээг цогцоор нь үнэлж байгаагүй, эрүүл мэндийн эрэлт, хэрэгцээг үр дүнтэй тодорхойлдог тогтолцоо бүрдээгүй байгаа нь нотолгоонд суурилсан “Иргэн-төвтэй” эрүүл мэндийн бодлого байхгүй байгааг илтгэж байна.

“Иргэн-төвтэй” эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх, хүн амын болон нийгмийн бүлгүүдийн, тэр дундаа эмзэг бүлгийн иргэдийн эрэлт, хэрэгцээнд суурилсан, эрх тэгш, хариуцлагатай эрүүл мэндийн тогтолцоог бий болгоход олон нийтийн оролцоо чухал.

Иргэдийн бие, сэтгэлийн эрүүл мэндийг хангах, сайн сайхан байлгахад чиглэсэн хамгийн хүртээмжтэй, тэгш байдлыг хангасан, зардал багатай, үр ашигтай арга бол анхан шатны эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ гэж олон улсад үздэг ба анхан шатны эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг бэхжүүлснээр бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтад хүрч чадах тул манай улс анхан шатны тусламж, үйлчилгээг буюу өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төвүүдийн чадавхыг бэхжүүлэх менежментийн өөрчлөлт хийх нь зүйтэй.

Дэлхийн бусад улс орнуудын адилаар бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтад хүрэхэд чиглэсэн системтэй, уялдаа холбоотой, хамтын ажиллагаа, оролцоог дэмжсэн бодлого хангалтгүй байхын зэрэгцээ Монгол Улсын эрүүл мэндийн тогтолцоо засаглалын хувьд төлөвшөөгүй буюу алсын хараа, бодлого, стратегийг хэмжих гүйцэтгэлийн хэмжүүр байхгүй байна.

Дэлхийн улс орнуудын эрүүл мэндийн салбар нь бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтад хүрэхэд чиглэсэн тогтолцооны гүйцэтгэлийн үнэлгээний хүрээг хэрэгжүүлж, түүнд чиглэсэн тодорхой арга хэмжээнүүдийг авч байна. Иймд Монгол Улс ч мөн адил бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтад хүрэх ахиц дэвшлийг бататгахад чиглэсэн эрүүл мэндийн салбарын бодлогыг иргэдийнхээ эрүүл мэндийн эрэлт, хэрэгцээнд тулгуурлан оновчтой тодорхойлох, бусад салбарын оролцоо болон хүрэх үр дүнгүүдээ хэмжигдэхүйц болгож, үнэлдэг болох шаардлагатай.

Монгол Улсын Их Хурлын 2020 оны 52 дугаар тогтоолоор баталсан ““Алсын хараа-2050” Монгол Улсын урт хугацааны хөгжлийн бодлого”-ын “Хүний хөгжил” бүлэгт монгол хүний эрүүл мэндийг сайжруулахад чиглэсэн зорилго, зорилтуудыг тодорхойлон хэрэгжүүлэх 3 үе шатад хуваасан байдаг. Ийнхүү дээрх баримт бичгийг эрүүл мэндийн салбарт төрөөс баримтлах бодлогын үндсэн баримт бичиг гэж тооцон зорилгодоо хүрэх стратегийн зорилтуудыг хэрэгжүүлэх эрүүл мэндийн тогтолцооны чиг үүргүүдийг олон улсын эрүүл мэндийн тогтолцооны чиг үүргүүдтэй харьцуулан үзэхэд зорилгыг системтэйгээр тодорхойлоогүй байна. Мөн энэхүү баримт бичгийн хүрээн дэх зорилго, зорилтуудыг хэрэгжүүлэх бодлогыг эрүүл мэндийн тогтолцооны орц (чиг үүрэг), үйл явц (зохицуулалт), гарц (output), үр дүн (outcome)-гийн хүрээнд тодорхойлоогүй байна.

Эрүүл мэндийн тогтолцооны тодорхой үндсэн үүрэг бол хүн амыг эрүүл мэндийн төрөл бүрийн тусламж, үйлчилгээгээр хангах явдал тул хүн амын эрүүл мэндийн эрэлт, хэрэгцээний үнэлгээний үр дүнд суурилсан байхыг шаарддаг Гэтэл манай улсын хувьд

асуудалд хөтлөгдсөн бодлого боловсруулах, бодлогын мөчлөг маш богино, тогтвортой биш, өмнөх бодлогын хэрэгжилтийг үнэлж, дүгнэхгүйгээр дараачийн шинэ зорилго, зорилтуудыг тодорхойлдог нөхцөл байдалтай байна.

Эрүүл мэндийн бодлогын баримт бичгүүдэд туссан эрүүл мэндийн чиглэлээрх зорилго, зорилтууд уялдаа холбоогүй, шалгуур үзүүлэлт, хүрэх түвшинг оновчтой тодорхойлоогүй нь бодлогын суурь болсон эрүүл мэндийн эрэлт, хэрэгцээг тодорхойлдоггүйтэй холбоотой.

Манай улсын хувьд эрүүл мэндийн тогтолцооны загвараа улс орныхоо эдийн засаг, санхүү, нийгэм, соёл, уламжлалын нөхцөл байдалтай уялдуулан, тогтолцооны оролцогч талуудын өргөн хүрээний зөвшилцлүүдийг хийх замаар дүн шинжилгээ хийх, дахин инженерчилж, “иргэн-төвтэй” болох шаардлагатай байна.

“Алсын хараа-2050” урт хугацааны бодлогын баримт бичиг, эрүүл мэндийн салбарын 2022-2025 оны стратегийн төлөвлөгөөнд дундаж наслалтыг 2024 онд 73-т, 2025 онд 74-т, 2030 онд 78-д, 2050 онд 82-т хүргэхээр зорилт дэвшүүлсэн боловч өвчлөлийн тоо нэмэгдсээр байна.

Нас баралтын тэргүүлэх шалтгаан болсон өвчлөлийн тоо буурахгүй байгаа нь эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ чанарын шаардлага хангахгүй байгааг нотолж байна. Цаашид сүүлийн жилүүдэд тогтмол нэмэгдэж байгаа нас баралтын шалтгаант өвчлөлүүдэд анхаарал хандуулах шаардлага тулгарч байна. Мөн эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний хүлээлгийн хугацаа дунджаар 29 хоног, үйлчлүүлэгчийн сэтгэл ханамж 62 хувь байгаа нь манай улсын эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ “иргэн-төвтэй” бус байгааг харуулж байна.

Эрүүл мэндийн салбарын хэмжээнд мөрдөгдөж байгаа хууль тогтоомж, дүрэм, журам болон бусад эрх зүйн хэм хэмжээний актыг боловсронгуй болгох, мөн хууль, журам зохихуулаагүй үйл ажиллагаа, эрх зүйн харилцааг журамлах замаар тус салбарын хууль, эрх зүйн тогтолцоог бэхжүүлэх арга хэмжээг авч хэрэгжүүлэх шаардлагатай.

Санхүүжилтийн шинэ тогтолцоонд шилжиж эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийн эх үүсвэрүүдийг нэгтгэсэн, тусламж, үйлчилгээг худалдан авах нэг худалдан авагчийн тогтолцоог бий болгосон, стратегийн худалдан авалтыг эхлүүлсэн зэрэг чухал үр дүнд хүрсэн нь эрүүл мэндийн салбарын хөгжлийн чухал алхам болсон байна. Гэсэн хэдий ч иргэн, олон нийтийн эрүүл мэндийн эрэлт, хэрэгцээнд тулгуурласан, эрүүл мэндийг хамгаалахад чиглэсэн эрүүл мэндийн санхүүжилтийн бодлого тодорхойлоход актуар тооцоолол байхгүйн улмаас хуваарилагдаж буй мөнгөн дүнгийн өгөөжийг тооцож чадахгүй байгаа төдийгүй иргэний эрүүл мэндийг хамгаалахад чиглэсэн оновчтой шийдвэр гаргахад асуудал байсаар байна.

Хэдийгээр ДЭМБ-аас санхүүжилтийн шинэчлэлд дүн шинжилгээ хийж байгаа ч ЭМЯ-ны хувьд 2021 оноос хойш хэрэгжүүлсэн стратегийн худалдан авалтын үйл ажиллагаандаа стратегийн худалдан авалтын үйл явцыг үнэлдэг олон улсын аргачлалыг ашиглан дүн шинжилгээ хийж, үнэлгээ дүгнэлт хийх шаардлага байгааг эрүүл мэндийн салбарын дахин инженерчлэлийн хүрээнд ЭМДЕГ газар дээр хийсэн нөхцөл байдлын дүн шинжилгээний үр дүн, санхүүжилтийн тогтолцооны талуудтай хийсэн фокус групп ярилцлагаас бататгаж болно.

Процессын дахин инженерчлэлийн ажлын хүрээнд эрүүл мэндийн даатгалын сангийн орлого болон зардалд актуар шинжилгээ хийж, дараагийн 3 жилийн таамаглалыг гарган, эрүүл мэндийн даатгалын санг дунд хугацаанд тогтвортой, хүрэлцээтэй байлгах тооцоолол хийсэн нь эрүүл мэндийн санхүүжилтийн бодлогын үр нөлөө, үр өгөөжийг хэмжих, цаашид оновчтой шийдвэр гаргахад чухал алхам болов.

Сүүлийн 5 жилийн хугацаанд эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилт 2 дахин буюу 1.1 их наяд төгрөгөөс 2.2 их наяд төгрөг болж өссөн, эрүүл мэндийн даатгалын сангийн зардал сүүлийн 3 жилд өссөн хэдий ч эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ авсан иргэдийн тоо давхардсан тоогоор 11 саяд хүрсэн, энэ нь өмнөх оны мөн үетэй харьцуулахад 37 хувиар өссөн байна. Сүүлийн 3 жилийн мэдээллээс харахад эрүүл мэндийн салбарт төрөөс зарцуулж буй санхүүжилтийн хэмжээ нэмэгдэж байгаа боловч ДНБ-нд эзлэх хувь 3.5-аас 2.6 болж буурсан нь ДНБ-ний өсөлтийг дагаж эрүүл мэндийн санхүүжилт нэмэгдэж чадахгүй байгааг илтгэнэ.

Мөн манай улсын хувьд нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардал ойролцоогоор 525 мянган төгрөг байгаа нь эдийн засгийн хөгжлийн хувьд манай улстай ижил төвшний улс орнуудын дундажтай харьцуулахад 2 дахин бага байна.

Лавлагаа шатлалын эмнэлгүүдэд олгож буй санхүүжилтийн хэмжээ нь 1.2 их наяд төгрөг буюу нийт эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийн 72 хувийг дангаар эзэлж байгаа нь анхан шатны болон нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээнд зарцуулагдаж буй санхүүжилтээс 3 дахин их байна. Энэ нь эрүүл мэндийн тогтолцоо иргэнийг өвдсөний дараа эмчлэхэд чиглэж байгааг илтгэх нотолгоо болов.

Нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний багцыг бүрэн тодорхойлоогүй бөгөөд санхүүжилтийн хэмжээг тооцоолох боломжгүй байгаа нь эрүүл мэндийн салбарын стратегийн худалдан авалтын бодлого “Алсын хараа-2050” урт хугацааны хөгжлийн бодлогын баримт бичигт туссан зорилттой нийцэхгүй байна.

Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн бодлогын үр нөлөө, үр өгөөжийг хэмжиж чадахгүй байгаа нь эрүүл мэндийн даатгалын сангийн орлого, зарлагад актуар тооцоолол хийдэггүйтэй холбоотой. Энэ нь эрүүл мэндийн даатгалын санг дунд хугацаанд тогтвортой, хүрэлцээтэй байлгах бодлогын шийдвэр гаргалтад сөргөөр нөлөөлж байна.

Эрүүл мэндийн даатгалын үйл ажиллагаанд оролцогч талуудын эрх ашиг хуулийн дагуу тэгш хангагдахгүй байна. Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуулийн 10 дугаар зүйлийн 10.2-т “Гэрээнд энэ хуулийн 9 дүгээр зүйлд заасан эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний зардлын төсөв, нэр төрөл, тоо хэмжээ, чанарын шалгуур үзүүлэлт, төлбөрийн арга, төлбөрийн хэмжээ болон гэрээний хугацаа, талуудын хүлээх үүрэг, хариуцлага, гэрээг цуцлах нөхцөлийг тодорхой тусгасан байна.” гэж заасан хэдий ч эрүүл мэндийн байгууллагатай байгуулж байгаа гэрээнд тусламж, үйлчилгээний чанарын шалгуурыг тодорхой тусгаж, үр дүнг тооцох үйл ажиллагаа дутмаг байна.

Хүн амын эрүүл мэндийн хэрэгцээнд суурилсан эмийн ерөнхий нэршлийн формулари жагсаалт байхгүй нь эм хангамжийн бодлого байхгүйг илэрхийлж байна. Эмэнд тавих шаардлага, чанарын үзүүлэлт болон тэдгээрийг шинжлэх дэд бүтэц, хүний нөөцийн чадавх сул байгаа нь манай улсад хэрэглэгдэж буй эмийн чанарыг тодорхойлох боломжгүй нөхцөл байдлыг үүсгэж байна. Үндэсний фармакопейг олон улсын жишигт нийцүүлэн шинэчлэх, эмийн чанарыг нарийвчлан судлахад өндөр хүчин чадал бүхий лаборатори, мэргэжлийн хүний нөөц, эмнэл зүйн судалгааны лабораториудын сүлжээ, санхүүгийн асар их нөөц шаардлагатай тул олон улсын фармакопейг авч ашиглах нь зүйтэй.

Түүнчлэн, 2020 онд байгуулагдсан Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын газарт 31 удаа буюу 1.3 сар тутамд 1 хяналт шалгалт орсон нь тус газрыг хууль тогтоомжоор олгогдсон чиг үүргээ хэрэгжүүлэх боломжийг олгохгүй, нөгөө талаас, тус газрын үйл ажиллагаа нээлттэй, ил тод бус байгааг харуулж байна.

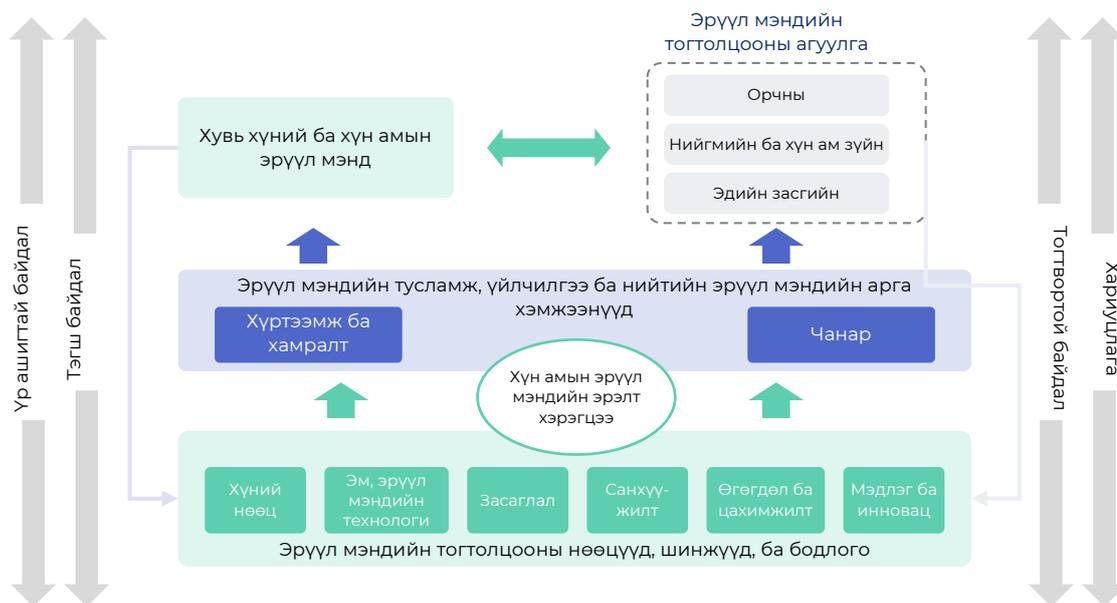
Эрүүл мэндийн салбарт тулгарч буй олон асуудлуудыг мэдээллийн технологийн шийдлүүд ашиглан шийдвэрлэх боломжтой байна. Энэ ч утгаараа ЭМЯ, ЦХХХЯ хамтран эрүүл мэндийн цахим шилжилтийн санаачилгын хүрээнд тодорхой арга хэмжээг эрчимтэй авч, төрийн цахим үйлчилгээний нэгдсэн платформ e-Mongolia-аар дамжуулан эрүүл мэндийн үйлчилгээг иргэдэд ойртуулж байна. Харин салбарын дотоод үйл ажиллагаа, хоорондын мэдээлэл солилцооны урсгал, тайлагнал, гүйцэтгэлийг үнэлэх, бодлогын шийдвэр гаргалтад мэдээллийн технологийн шийдлүүдийг нэвтрүүлэх шаардлагатай.

## 4.2 Зөвлөмж ба процесс сайжруулалтын шийдэл (ТО-ВЕ)

ПДИ төслийн үр дүн, тогтоогдсон нөхцөл байдалд үндэслэн процесс сайжруулалтын шийдлийг дараах чиглэлүүдээр санал болгож байна. Эдгээр дурдсан процесс сайжруулалтуудыг туршиж, нэвтрүүлснээр “иргэн-төвтэй” эрүүл мэндийн тогтолцоо, гүйцэтгэлийг үнэлэх загварыг олон улсын хөгжлийн жишиг (Зураг 216)-т нийцүүлэн боловсруулах, салбар дундын бүтээлч, үр дүнтэй хамтын ажиллагаа, түншлэлд суурилсан эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг бодитой төлөвлөх, эрүүл мэндийн тэгш бус байдлыг арилгах, нөөцийн үр ашигтай хуваарилалтыг хийх, актуар тооцоололд суурилсан эрүүл мэндийн даатгалын санг удирдах, автоматжуулах, салбарын тайлагналтын тогтолцоог

бүрдүүлэх, эрүүл мэндийн салбарын цахим шилжилтийг хурдасгах зэрэг үр дүн хүлээгдэж байна.

Зураг 216. Шинэ сэргэлтийн эрүүл мэндийн тогтолцооны хүрээ



## Эрүүл мэндийн бодлого, стратегийн шинэчлэлийн хүрээнд

### ✓ Эрүүл мэндийн эрэлт, хэрэгцээний үнэлгээ

Улс орны эрүүл мэндийн бодлого нь хүн амын эрүүл мэндийг сайжруулах, эрүүл мэндийн тэгш бус байдлыг бууруулахад чиглэдэг. Хүн амын эрүүл мэндэд нөлөөлдөг эрүүл амьдралын хэв маяг, орлого, боловсрол, орчин, орон байрны нөхцөл зэрэг олон хүчин зүйлс байдаг. Манай улс хүн амын эрүүл мэндийн эрэлт, хэрэгцээний үнэлгээ хийж, түүний үндсэн дээр бодлогоо тодорхойлдоггүй бөгөөд дараах асуудлыг тодорхойлж, бүрдүүлэх зайлшгүй шаардлага үүсэж байна. Үүнд:

- Хүн амын эрүүл мэндэд нөлөөлдөг эрүүл амьдралын хэв маяг, орлого, боловсрол, орчин, амьдралын нөхцөл, зан үйл зэрэг олон хүчин зүйлсийг тодорхойлох.
- Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг бодитой төлөвлөх, эрүүл мэндийн тэгш бус байдлыг арилгахад чиглэсэн нийгмийн эрүүл мэндийн арга хэмжээг тодорхойлох, нөөцийн үр ашигтай хуваарилалтыг хийх боломжийг бүрдүүлэх.
- Салбар дундын бүтээлч, үр дүнтэй хамтын ажиллагаа, түншлэлд суурилсан, олон нийтэд чиглэсэн арга хэмжээг төлөвлөх боломжийг бүрдүүлэх.

### ✓ “Иргэн-төвтэй” эрүүл мэндийн тогтолцооны хүрээг боловсруулж, засаглалыг оновчлох

Алсын хараа-2050 болон эрүүл мэндийн стратеги, бодлогыг хэрэгжүүлэх, хэмжих, стратегийн чиглэлийг оновчтой болгох зорилгоор салбар хоорондын хамтын ажиллагааг тусгасан, үр дүнд суурилсан бүтэц зохион байгуулалт, хууль, эрх зүйн орчин, оролцогч талуудын оролцоог бүрэн хангасан ил тод, хариуцлагатай, хэмжигдэхүйц засаглалын механизмыг боловсруулах шаардлагатай. Үүнд:

- Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ (нийгмийн болон эмнэлгийн)-г хүргэх нийлүүлэлтийн сүлжээг дахин загварчлах;
- Эрүүл мэндийн салбарын хууль, эрх зүйн орчны шинэчлэл;
- Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллагын дэд бүтцийн стандарт;
- Эрүүл мэндийн салбарын санхүүгийн үр ашгийн шинжилгээ, актуар тооцоолол дээр суурилсан эрүүл мэндийн даатгалын сан;
- Эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийн үнэлгээний шалгуур үзүүлэлт (KPI)-ийг тодорхойлж, зохион байгуулалтын бүтэц, нэгж хоорондын уялдаа холбоог сайжруулах.

Эрүүл мэндийн бүх нийтийн хамралт (УНС) гэдэг нь хаана амьдарч байгаагаас нь үл хамааран Монгол Улсын иргэнд чанартай эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг хүргэхийн

тулд эрүүл мэндийн тогтолцооны бүх түвшинд ур чадвар бүхий эрүүл мэндийн ажилтнуудыг тэгш хуваарилах, тэдгээрт хангалттай дэмжлэг үзүүлэх, чанарын баталгаатай бүтээгдэхүүн хэрэглэх боломжийг олгох, ажлын байрны зохистой нөхцөлөөр хангасан байхыг ойлгоно..

### Эрүүл мэндийн яам

- ✓ **Эрүүл мэндийн салбарын мэдээллийн урсгалын шийдэл /дата төвийн шийдэл/.** Монгол Улсын Засгийн газрын 2024 оны 100 дугаар тогтоолоор “Эрүүл мэндийн мэдээллийг цуглуулах, боловсруулах, ашиглах, хадгалах, аюулгүй байдлыг хангах” журам батлагдсан хэдий ч хэрэгжүүлэх технологийн болон хүний нөөцийн чадавх сул байгаагаас шалтгаалан тус журам хэрэгжих боломж, нөхцөл бүрдээгүй байна. Эрүүл мэндийн салбарын мэдээллийн урсгалын шийдэл болон дата төвийн үйл ажиллагааг цогцоор шийдвэрлэхийн тулд олон улсын болон дотоодын мэргэшсэн байгууллагуудтай хамтран төсөл хэлбэрээр ажиллах шаардлагатай.
- ✓ **ЭМЯ-ны тайлагналтын тогтолцоо Эрүүл мэндийн яамны докумэнт менежмент системийн шийдэл.** ЭМЯ-ны дотоод үйл ажиллагаа цахим хэлбэрт бүрэн шилжихгүй байгаа нь үйлчилгээний хурд болоод чанарт нөлөөлөөд зогсохгүй салбарын мэдээллийн нэгдсэн санг үүсгэх нөхцөлийг бүрдүүлэхгүй байна. Ирсэн, явсан бичиг баримтуудыг хэзээ, хаанаас, ямар төрлийн бичиг баримт хэнд ирснийг дэлгэрэнгүй бүртгэж, хэрхэн шийдвэрлэсэн талаар хянах боломжтой докумэнт менежмент систем нэвтрүүлэх шаардлагатай. Энэхүү систем нь ЭМЯ-ны үйл ажиллагаанд хэрэгцээтэй бүхий л төрлийн хэвлэмэл (physical) болон цахим (electronic) баримт бичгүүдийг бүртгэж, удирдан зохион байгуулах боломжийг олгосноор процессын олон алхмуудыг багасгах, мэдээллийн нэгдсэн санг үүсгэх зэрэг олон давуу талуудыг бий болгоно.
- ✓ **Эрүүл мэндийн салбарын хэрэглэгчийн өргөдөл, гомдол шийдвэрлэх шийдэл.** Эрүүл мэндийн салбарын чанарын нэгдсэн удирдлагын систем байдаггүйгээс эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний чанар, стандарт, хэрэгжилтийн дата мэдээлэл дутмаг бөгөөд үйлчилгээний чанартай холбоотой гомдол, санал ЭМЯ-нд цаасан буюу албан бичиг хэлбэртэйгээр ирдэг, тодорхой зохицуулалт байхгүйн улмаас цаг алдах, төрийн албан хаагчийн үндсэн үйл ажиллагаанд сөргөөр нөлөөлж байна. Иймээс эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлж буй байгууллагуудын үйлчилгээний чанар, аюулгүй байдлыг үнэлэх (скоринг) цогц дижитал шийдэл нэвтрүүлж, нийт оролцогч талуудыг мэдээллээр хангах нь “иргэн төвтэй” эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх, хэрэглэгчийн өргөдөл, гомдол шийдвэрлэх шийдэл болох юм.

### Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын газар

- ✓ **Үндэсний формулари, фармакопей стандартыг олон улсын стандартад нийцүүлэх.**
- ✓ **Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын газрын үндсэн системийн шинэчлэл.** ЭЭХХЗГ-ын үйл ажиллагааны процессын 65 хувь нь гар ажиллагаатай байгаа бөгөөд нийт 8 төрлийн программ хангамж ашиглаж байгаа боловч хоорондын уялдаа холбоо байхгүй, үндсэн систем нь хэрэглэгчийн шаардлага хангахгүй, хөгжүүлэлт хийгдэх боломжгүй зэрэг нь тус газрын үндсэн үйл ажиллагаагаанд тулгамдаж буй хамгийн гол асуудал болсон байна. Цаасан хэлбэрээр хийгдэж буй процессуудыг цахимжуулснаар төрийн албан хаагчийн бүтээмж дээшлэх, цахим дата мэдээлэл төвлөрөх, үйл ажиллагааны давхардал, эрсдэл буурах зэрэг олон давуу талууд үүсэх боломжтой юм. Эмийн үндэсний бодлого нь Монгол Улсын үндэсний аюулгүй байдлыг хангах нэгдсэн бодлогын салшгүй хэсэг тул тус байгууллагын үндсэн программ хангамжийг олон улсын стандарт шаардлагад нийцүүлэн шинэчлэх зайлшгүй шаардлагатай байна.

### Эрүүл мэндийн даатгал ерөнхий газар

- ✓ **Тусламж, үйлчилгээний нэхэмжлэлийн хяналтын процессыг бүрэн автоматжуулах.** Нэхэмжлэлийн хяналт 28 алхам үйлдэлтэйгээс 22 алхам цахимаар,

5 алхам цаасаар хэрэгжиж, нийт 2500 орчим гэрээт эрүүл мэндийн байгууллагаас сар бүр 1 сая гаруй нэхэмжлэл хүлээн авдаг. Үүнээс 5-7 хувьд нь буюу 50-60 мянган нэхэмжлэлийн түүвэр авч, нарийвчилсан хяналт хийдэг. Нийт ирүүлсэн нэхэмжлэлд хяналт хийх хүн хүч болон технологийн боломжгүй байдлаас шалтгаалан түүвэр нь нийт багц болон үйлчилгээний стандарт хангаж буй эсэхийг бүрэн илэрхийлэх боломжгүй байдал үүсгэж байна. Энэ нь төрийн албан хаагчийн ачааллыг нэмэгдүүлэх, процессын алдаа гарах, оролцогч талуудад ил тод бус байдал үүсгэх зэрэг ноцтой үр дагавартай байна.

- ✓ **Гэрээ байгуулах процессыг дахин загварчлах.** Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэн ажиллаж буй байгууллагуудтай ЭМДЕГ-аас хамтран ажиллах гэрээ байгуулах процесс 6 төрөлтэй, нийт 67 алхам үйлдэлтэй. Гэрээ байгуулахдаа ЭМДЕГ-ын даргын А/56 дугаар тушаалын нэгдүгээр хавсралтын 2.1.8 дахь хэсэгт эрүүл мэндийн байгууллагатай гэрээний хэлэлцээр хийх гэж заасан хэдий ч оролцогч талуудаас ирүүлсэн санал, хүсэлт гэрээнд тусгагдахгүй байгаа нь эмнэлэгүүдийн үзүүлж буй тусламж, үйлчилгээг хязгаарлах, бүрэн хүчин чадлаараа ажиллах боломжгүй нөхцөл байдал үүсгэж байна. Мөн гэрээнд тусламж, үйлчилгээний чанар, хүртээмжтэй холбоотой заалтууд орсон байдаг хэдий ч үнэлгээ хийгдэхгүй байгаа нь анхаарал хандуулах асуудал тул энэхүү гэрээ байгуулах процессыг дахин загварчилж, оролцогч талуудын эрх, тэгш байдлыг хангах, тусламж, үйлчилгээний чанарыг дээшлүүлэхэд анхаарах хэрэгтэй.
- ✓ **Эрүүл мэндийн даатгалын санг актуар тооцоололд үндэслэн удирдах, шийдвэр гаргах ажлыг үйл ажиллагаандаа хэвшүүлэх, шаардлагатай тохиолдолд холбогдох эрх зүйн зохицуулалт хийх.**

**Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн үндэсний төв**

- ✓ **ЭХЭМҮТ Дижитал шилжилт /программ хангамж, дэд бүтэц/** Программ хангамж, тэдгээрийн хоорондын уялдаагүй байдал, системийн гацалтаас шалтгаалан эмч, ажилтны ажилд хүндрэл тулгардаг ажлын бүтээмж, ажлын байрны сэтгэл ханамжийг бууруулж байна. Иймээс ЭХЭМҮТ-д дижитал шилжилтийг мэргэжлийн байгууллагатай хамтран хэрэгжүүлэх.
- ✓ **Харилцагчийн үйлчилгээний стандарт:** Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ нь иргэдийн оролцоотой, ил тод, ойлгомжтой, хэрэгцээнд суурилсан байж чадахгүй байгаа тул олон улсын стандартын дагуу харилцагчийн үйлчилгээний стандартыг нэвтрүүлэх.

Эрүүл мэндийн салбарт хийсэн процессын дахин инженерчлэлийн судалгаа, шинжилгээний санал, дүгнэлтийн дагуу цаашид уг салбарт ашиглах шинэ загвар, түүнийг турших, нэвтрүүлэх асуудлыг олон талын оролцоо, хамтын ажиллагаа, салбарын манлайлал, өөрчлөлтийн менежментээр хөшүүрэгдэн хэрэгжүүлэх нь зүйтэй.



## АШИГЛАСАН МАТЕРИАЛ

- Артур Хаупт ба Томас Т.Кэйн, Хүн ам зүйн гарын авлага (IV дэх хэвлэл)
- Вильберт Банненнберг, З.Зузаан. (2023). Монгол Улсад эмийн зохицуулалтыг хэрхэн бэхжүүлэх вэ?, АХБ-ны ТА6652 төсөл.
- Д.Оюунтуяа (2021). Эмнэлэг гэж юу вэ? Сургагч багшийн гарын авлага. Сангийн яам, Эрүүл мэндийн яам, Эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийг сайжруулах төсөл.
- Жодм Золл Кусек, Рей С.Рист (2004). Дэлхийн банк, Үр дүнд суурилсан Хяналт-шинжилгээ, үнэлгээний тогтолцоог хөгжүүлэх 10 алхам. *Дэлхийн банк*.
- З.Батсайхан (2013). Сангийн яаманд байгууллагын эрсдэлийн удирдлагын тогтолцоог нэвтрүүлэх боломжууд, олон улсын зарчим ба туршлагауд. Монгол улсын Сангийн яам
- Монгол Улсын Засгийн газрын гадаад зээл, тусламжийн хөрөнгөөр 2023 онд хэрэгжүүлсэн төсөл, арга хэмжээний хяналт-шинжилгээ, үнэлгээний тайлан- ЗГХХГ, Сангийн яам
- Н.Ядамсүрэн (2021). Иргэний эрүүл мэндийн даатгалын үүсэл хөгжил, түүхэн замнал, хэтийн төлөв 1993-2021.
- Ольга Хардаева, Б.Энхжин, Б.Гэрэлцэцэг. (2019). Бизнес Процесс дахин загварчлал. Швейцарын Хөгжлийн Агентлаг, Нийслэлийн Засаг даргын Тамгын газар.
- Р.Хатанбаатар, А.Пагма. (2015). Судалгааны эмхэтгэл, XXI боть,
- Сангийн яам. Монгол Улсын Нэгдсэн төсвийн гүйцэтгэл 2018-2023 он
- Санхүүгийн хяналт, эрсдэлийн удирдлагын газар (2020). Эрсдэлийн удирдлагын бодлого, дүрэм, журам, гарын авлага.
- ҮСХ, Хүн амын үзүүлэлтийг тооцох аргачлал, түүнийг ашиглах гарын авлага, 2015 он
- Хүн амын үзүүлэлтийг тооцох аргачлал, түүнийг ашиглах гарын авлага (2015).
- ЭЗХАХБ, Тогтвортой хөгжлийн үнэлгээ, үр дүнд суурилсан удирдлагын үндсэн нэр томъёоны тайлбар толь
- Эрүүл мэндийн яам, Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газар, Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын газрын танилцуулгууд, 2024 оны 03 дугаар сар.
- Эмнэлгийн үйл ажиллагааны зураглал хийх аргачлал, чиг үүргийн дүн шинжилгээ хийх, 2021 он, Сангийн яам, Эрүүл мэндийн яам, Эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийг сайжруулах төсөл.
- ЭМХТ, “Эрүүл мэндийн үзүүлэлт”, 2022-2023 он.
- ЭМЯ, Эрүүл мэндийн салбарт 2019, 2020, 2021, 2022, 2023 онд гадаадын зээл тусламжаар хэрэгжиж байгаа нийт төсөл арга хэмжээнүүдэд хийсэн хяналт шинжилгээ-үнэлгээний танилцуулга.
- ЭХЭМҮТ, Магадлан итгэмжлүүлэх хүсэлт гаргаж буй эрүүл мэндийн байгууллагын танилцуулга.
- ЭХЭМҮТ-ийн Эмнэлзүйд мэргэшсэн байдал, бүтээмжийн судалгаа.

### Гадаад хэл дээрх эх сурвалж

- 11 global health issues to watch in (2023) according to IHME experts. *Institute for Health Metrics and Evaluation*. <https://www.healthdata.org/news-events/insights-blog/acting-data/11-global-health-issues-watch-2023-according-ihme-experts>
- ADB. 2007. Report and Recommendation of the President to the Board of Directors: Proposed Grant to Mongolia for the Third Health Sector Development Project.
- ADB. 2013. *Technical Assistance to Mongolia for Strengthening the Health Insurance System*. Manila (TA 8466-MON).
- ADB. 2018. *Technical Assistance to Mongolia for Improving Health Care Financing for Universal Health Coverage*. Manila (TA 9701-MON)
- Altantuya Jigjidsuren, Bayar Oyun. (December 2022). Experiences, Lessons Learned, and Future Directions. *ADB East Asia Working Paper Series*. <https://dx.doi.org/10.22617/WPS220609-3>
- Armenia: Health system review - Scientific Figure on ResearchGate. Available from: [https://www.researchgate.net/figure/Organizational-structure-of-the-Ministry-of-Health\\_fig3\\_285059335](https://www.researchgate.net/figure/Organizational-structure-of-the-Ministry-of-Health_fig3_285059335) [accessed 1 Jul, 2024]
- Ashcroft, R. E., Campbell, A. V., & Jones, S. (2000). Solidarity, society and the welfare state in the United Kingdom. *Health care analysis : HCA : journal of health philosophy and policy*, 8(4), 377–394. <https://doi.org/10.1023/A:1026595216507>
- Asian Development Bank. (May, 2022). *Carec Health Strategy 2030*. Asian Development Bank. <https://www.adb.org/sites/default/files/institutional-document/798371/carec-health-strategy-2030.pdf>
- Borghi, J., & Brown, G. W. (2022). Taking Systems Thinking to the Global Level: Using the WHO Building Blocks to Describe and Appraise the Global Health System in Relation to COVID-19. *Global policy*, 13(2), 193–207. <https://doi.org/10.1111/1758-5899.13081>
- Brazil, Colombia, Croatia, Ecuador, Finland, France, Guatemala, Norway, Qatar, Slovakia, Slovenia, Sri Lanka, Thailand, Tunisia and USA. (22 January 2024). *World Health Organization Executive Board 154<sup>th</sup> session Agenda item 6*. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB154/B154\\_CONF10-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB154/B154_CONF10-en.pdf)
- Cashin, C., & Gatome-Munyua, A. (2022). The Strategic Health Purchasing Progress Tracking Framework: A Practical Approach to Describing, Assessing, and Improving Strategic Purchasing for Universal Health Coverage. *Health Systems & Reform*, 8(2). <https://doi.org/10.1080/23288604.2022.2051794>
- Cashin, Cheryl & Fidler, Armin & Jakab, Melitta & Kutzin, Joseph & Menabde, Nata. (2010). *Implementing Health Financing Reform: Synthesis and Lessons Learned*. WHO - EURO European Observatory on Health Systems and Policies
- Chawla M. (2006). Controlling health expenditures. In: Laursen T, ed. Current issues in fiscal reform in central Europe and the Baltic states 2005. *Washington, DC, World Bank*:99–134.

- Chimeddagva Dashzeveg, Inke Mathauer, Erdenechimeg Enkhee, Bayarsaikhan Dorjsuren, Tsoimongere Tsilaajav, Chuluunzagd Batbayar. (August, 2011). A HEALTH FINANCING REVIEW OF MONGOLIA WITH A FOCUS ON SOCIAL HEALTH INSURANCE. *World Health Organization*
- Corporate Risk Management: evolution in governance and strategy. (2020). Brazilian Institute of Corporate Governance (IBGC).
- *DB Support in the Health Sector Reform in Mongolia, Supporting Health-Care Financing Reform in Mongolia:*
- De Leeuw, E., & Clavier, C. (2011b). Healthy public in all policies. *Health Promotion International*, 26(suppl 2), ii237–ii244. <https://doi.org/10.1093/heapro/dar071>
- Eric C. Schneider, Arnav Shah, Michelle M. Doty, Roosa Tikkanen, Katharine Fields, Reginald D. Williams II. (2021). Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries. *Commonwealth Fund*. <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2021/aug/mirror-mirror-2021-reflecting-poorly>
- Everybody's business (2007)—Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. Geneva, World Health Organization. ([http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf), accessed 26 April 2010).
- Gambhir Bhatta. (2008). Public Sector Governance and Risks: A Proposed Methodology to do Risk Assessments at the Program Level. *Asian Development Bank*
- Global health issues, challenges and trends. (2023, August 28). *AUC School of Medicine*. <https://www.aucmed.edu/about/blog/global-health-issues>
- Government of Mongolia, Ministry of Health. 2010. *Third Health Sector Development Program. Health Financing Model for Mongolia*. Ulaanbaatar.
- Government of the Republic of Croatia. Ministry of Health of the Republic of Croatia. (September, 2012). National Health Care Strategy 2012-2020. <https://www.pozeska-bolnica.hr/dokumenti/National%20Health%20Care%20Strategy%202012-2020.pdf>
- Hamid Ravaghi, Ann-Lise Guisset, Samar Elfeky, Naima Nasir, Sedigheh Khani, Elham Ahmadnezhad & Zhaleh Abdi. (2023). A scoping review of community health needs and assets assessment: concepts, rationale, tools and uses, *Article number:44*
- Hussey, P., & Anderson, G. F. (2003). A comparison of single- and multi-payer health insurance systems and options for reform. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 66(3), 215–228. [https://doi.org/10.1016/s0168-8510\(03\)00050-2](https://doi.org/10.1016/s0168-8510(03)00050-2)
- Jean-Claude Hennicot. (September, 2019). Actuarial Review of the National Health Insurance Fund. *WHO for the Health Insurance General Agency (HIGA), Mongolia*.
- John E Caidwell, CPA, CA. (2022). A Framework for Board Oversight of Enterprise Risk. *Chartered Professional Accountants Canada*.
- Jordan J, Wright J, Ayres P, Hawkins M, Thompson R, Wilkinson J, Williams R. (2002;7(2)). Health needs assessment and needs led health service change: a survey of projects involving public health doctors. *J Health Serv Res Policy*: p71-80.
- Koch WF, Hauck WW, de Mars SS, Williams RL. Measurement science for food and drug monographs: toward a global system. *Pharm Res*. 2010;27:1203-1207.
- Kutzin, J. (2013). Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(8). 602–611. <https://doi.org/10.2471/blt.12.113985>
- M.J., W.C. Hsiao, P. Berman, and M.R Reich. (2003). The Control knobs for health sector reform, Roberts, Getting Health Reform Right. *New York: Oxford University Press*, page 27
- Manuel M.Dayrit, Liezel P.Lagrada, F.Picazo, C.Pons, C.Villaverde, Mario C.Villaverde. (2018). The Philippines Health System Review. *European Union, Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274579/9789290226734-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Mathauer I, Dale E, Meessen B. (2017). Strategic purchasing for Universal Health Coverage: key policy issues and questions. A summary from expert and practitioners' discussion. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Mathauer, I., Vinyals Torres, L., Kutzin, J., Jakab, M., & Hanson, K. (2020). Pooling financial resources for universal health coverage: options for reform. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(2), 132–139. <https://doi.org/10.2471/BLT.19.234153>
- Mazhar Ahmar, Alf Olav Uldal, Martin Stevens. (2022). An Introduction to Operational Risk Management. *IIA Norway*
- McCoy D, Allotey P. (2021:3-16). An Introduction to Health Systems. In: Martins JoM, Pathmanathan I, Tan DT, Lim SC, Allotey P, eds. *Systems Thinking Analyses for Health Policy and Systems Development: A Malaysian Case Study*. Cambridge University Press;
- Ministry of Health and Wellness. Vision for Health 2030, Ten-year Strategic plan 2019-2030. <https://www.moh.gov.jm/wp-content/uploads/2019/05/MOHV-Vision-for-Health-2030-Final.pdf>
- Ministry of Health, Gaborone. (2011). National Health Policy, Towards a Healthier Botswana. *Ministry of Health*. [https://www.moh.gov.bw/Publications/policies/revised\\_National\\_Health\\_Policy.pdf](https://www.moh.gov.bw/Publications/policies/revised_National_Health_Policy.pdf)
- Murray, C. J., & Frenk, J. (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6), 717–731..
- Naod Mekonnen. (2019). Implementing Business Process Reengineering (BPR) in Government Organization. *International Journal of Advanced Research (IJAR)*.

- Nikoo, Nooshin & Frank, Anastasia & Nikoo, Mohammad & Jang, Kerry & Abrahams, Ron & Krausz, Michael. (2015). Health of Pregnant Women with Substance-related Disorder, A Neglected Global Health Issue Requiring Combined Maternity Care Units. *Mental Health in Family Medicine*. 11. 10.25149/1756-8358.1102006.
- Oh Y. (2021). The National Health Plan 2030: Its Purpose and Directions of Development. *Journal of preventive medicine and public health = Yebang Uihakhoe chi*, 54(3), 173–181. <https://doi.org/10.3961/jpmph.21.198>
- Pauly M. V. (1998). Managed care, market power, and monopsony. *Health services research*, 33(5 Pt 2), 1439–1460.
- Peckham, S. and Spanton, J. (1994). Community development approaches to HNA. *Health Visitor Journal* 67: 124–5
- Population health needs assessment: a guide for 0 to 19 health visiting and school nursing services. (2021, May 19). GOV.UK. <https://www.gov.uk/government/publications/commissioning-of-public-health-services-for-children/population-health-needs-assessment-a-guide-for-0-to-19-health-visiting-and-school-nursing-services>
- Promoting Health in All Policies and intersectoral action capacities. (n.d.). <https://www.who.int/activities/promoting-health-in-all-policies-and-intersectoral-action-capacities>
- Public Services Agency under the Ministry of Justice of the Republic of Uzbekistan, UNDP, EU. (2021). Business Process Re-engineering Manual.
- Quigley, R., Cavanagh, S., Harrison, D., Taylor, L., and Pottle, M. (2005). Clarifying approaches to assessment: health needs assessment, health impact assessment, integrated impact assessment, health equity audit, and race equality impact assessment. *London: Health Development Agency*.
- Rahimi, H., Kavosi, Z., Shojaei, P., & Kharazmi, E. (2017). Key performance indicators in hospital based on balanced scorecard model. *ResearchGate*. [https://www.researchgate.net/publication/312032295\\_Key\\_performance\\_indicators\\_in\\_hospital\\_based\\_on\\_balanced\\_scorecard\\_model](https://www.researchgate.net/publication/312032295_Key_performance_indicators_in_hospital_based_on_balanced_scorecard_model)
- Rocky road from the Semashko to a new health model. (2013). *Bulletin of the World Health Organization*, 91(5), 320–321. <https://doi.org/10.2471/blt.13.030513>
- Stevens, A. and Rafferty, J. (1994, 1997). Health care needs assessment: the epidemiologically based needs assessment reviews, Vols 1 and 2. *Oxford: Radcliffe Medical Press*.
- Sue Cavanagh and Keith Chadwick. (2005). Summary: Health needs assessment at a glance. *Health development agency*. [https://ihub.scot/media/1841/health\\_needs\\_assessment\\_a\\_practical\\_guide.pdf](https://ihub.scot/media/1841/health_needs_assessment_a_practical_guide.pdf)
- The Institute of Internal Auditors. (August, 2023). An Integrated Governance Model. *White Paper*
- The World Bank. (2023). Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report. *Geneva: World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development*
- Tobi, P. (2016). Health Needs Assessment. In: Regmi, K., Gee, I. (eds) *Public Health Intelligence*. Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-28326-5\\_9](https://doi.org/10.1007/978-3-319-28326-5_9)
- Top 10 Most comment Health issues - Common senior health issues - Senior health - *University of Rochester Medical Center*. (n.d.). <https://www.urmc.rochester.edu/senior-health/common-issues/top-ten.aspx>
- Walley J, Wright J, Hubley J. (2004). Assessing Health Needs in: *Public Health: an action guide to improving health in developing countries*.
- Wanless, D. et al. (2004). *Securing good health for the whole population*. London/Norwich: HM Treasury/Stationery Office.
- WHO. The World Health Report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage. *Geneva: World Health Organization*.
- WHO. WHO Application of ICD-10 for low-resource settings initial cause of death collection. *The Startup Mortality List (ICD-10-SMoL) V2.0*. Geneva: World Health Organization; 2014.
- William D. Savedoff & Pablo Gottret. (2008). Governing Mandatory Health Insurance: Learning from Experience. *World Bank Publications - Books, The World Bank Group, number 6526, December*.
- World Health Organization. (2001). *How to develop and implement a national drug policy, 2nd edition*.
- World Health Organization. (2023, October 5). Universal health coverage (UHC). WHO. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
- World Health Organization. Making fair choices on the path to universal health coverage. Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage. *Geneva, 2014*.
- Yumi Oh. The National Health Plan 2030: Its Purpose and Directions of Development. *J Prev Med Public Health* 2021;54:173-181

### Цахим эх сурвалж

- Монгол Улсын Засгийн газрын гадаад зээл, тусламжийн удирдлагын мэдээллийн систем| <https://odamis.mof.gov.mn>
- Эрх зүйн мэдээллийн нэгдсэн систем| <https://legalinfo.mn/mn>
- Эрүүл мэндийн яам| <https://moh.gov.mn>
- Эрүүл Мэндийн Хөгжлийн Төв| <http://hdc.gov.mn>
- Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газар| <https://emd.gov.mn/>
- Эм эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын газар| <https://mmra.gov.mn/>
- Эх хүүхдийн эрүүл мэндийн үндэсний төв| <https://www.ehemut.mn/>
- Сэтгэцийн эрүүл мэндийн үндэсний төв| <https://ncmh.gov.mn/>
- Статистикийн мэдээллийн нэгдсэн сан| <https://www.1212.mn/mn>
- Эрүүл мэндийн статистикийн нэгдсэн сан| <https://1313.mn/>
- Экспорт, импорт хилийн хорио цээрийн гэрчилгээ мэдэгдэл| <https://caps.gaali.mn/>
- World population review| <https://worldpopulationreview.com>

- The Commonwealth Fund| <https://www.commonwealthfund.org>
- World Health Organization, Institutional Repository for Information Sharing|<https://iris.who.int>
- The Pozega County General Hospital| <https://www.pozeska-bolnica.hr>
- Government of Jamaica, Ministry of Health & Wellness| <https://www.moh.gov.jm>
- U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion| <https://health.gov>
- Korean Health Promotion Institute| <https://www.khepi.or.kr>
- Ministry of Social Affairs, Esotnia| <https://www.sm.ee>
- National Institutes of Biomedical Innovation, Health and Nutrition| <https://www.nibiohn.go.jp>
- Government of the United Kingdom| <https://www.gov.uk>
- World Health Organization, Data| <https://data.who.int>
- Institute for Health Metrics and Evaluation| <https://www.healthdata.org>
- University of Rochester Medical Center| <https://www.urmc.rochester.edu>
- American University of the Caribbean School of Medicine| <https://www.aucmed.edu>
- World Bank Group| <https://blogs.worldbank.org/en>
- Australian Government, Australian Institute of Health and Welfare| <https://www.aihw.gov.au>
- Universal health coverage (UHC) service coverage index 9A706FD. (n.d.). Datadot. <https://data.who.int/indicators/i/9A706FD>



# ХАВСРАЛТ



## 1. Төслийн удирдлагын багийн бүрэлдэхүүн

Засгийн газрын Хяналт хэрэгжүүлэх газрын Төслийн удирдлагын багийн бүрэлдэхүүн

Д/д	Албан хаагчдын нэрс	Албан тушаал	Үүрэг
1.	Э.Баярмаа	Тандалт судалгааны багийн Эрсдэлийн удирдлагын багийн Ахлах судлаачийн албан үүргийг түр орлон гүйцэтгэгч	Ахлагч
2.	У.Хосжаргал	Бизнес процессын дахин инженерчлэлийн зөвлөх	Зөвлөх
3.	Б.Отгонсүрэн	Тандалт судалгааны багийн Үр дүнгийн шинжилгээний багийн Ахлах судлаач	Координатор
4.	Н.Баясгалан	Тандалт судалгааны багийн Төлөвлөлт зохицуулалтын багийн Ахлах судлаачийн албан үүргийг түр орлон гүйцэтгэгч	Координатор
5.	Т.Энхбаатар	Менежментийн багийн Хүний нөөцийн асуудал хариуцсан Ахлах шинжээч	Процесс зураглал
6.	Ц.Одсүрэн	Хяналт шалгалтын багийн Ахлах шинжээч	Координатор
7.	Х.Оюунчимэг	Тандалт судалгааны багийн Эрсдэлийн удирдлагын багийн Судлаач-ахлах шинжээч	ПМО админ, Санхүүгийн шинжилгээ
8.	Б.Хонгорзул	Хуулийн багийн Зөвлөх	Хуулийн шинжилгээ
9.	Ю.Батзоригт	Үнэлгээ мониторингийн багийн Референт	Координатор, Судалгаа, шинжилгээ
10.	М.Энхмөнх	Тандалт судалгааны багийн Үр дүнгийн шинжилгээний багийн Судлаач-ахлах шинжээч	Судалгаа, шинжилгээ
11.	М.Энхзориг	Тандалт судалгааны багийн Төлөвлөлт, зохицуулалтын багийн Судлаач-ахлах шинжээч	Судалгаа, шинжилгээ
12.	Г.Ганбат	Тандалт судалгааны багийн Төлөвлөлт, зохицуулалтын багийн Судлаач-ахлах шинжээч	Судалгаа, шинжилгээ
13.	М.Анхзаяа	Тандалт судалгааны багийн Төлөвлөлт, зохицуулалтын багийн Судлаач-ахлах шинжээч	Судалгаа, шинжилгээ
14.	М.Марал	Менежментийн багийн Дотоод ажил хариуцсан Ахлах мэргэжилтэн	ПМО админ, Судалгаа, шинжилгээ
15.	Л.Баярцэцэг	Чанарын хяналт, үнэлгээний зөвлөх	Зөвлөх
16.	Ч.Ариунхур	Хуулийн багийн Ахлах зөвлөх	Хуулийн шинжилгээ
17.	Б.Жавхаа	Тандалт судалгааны багийн Эрсдэлийн удирдлагын багийн судлаач	ПМО админ
18.	С.Энхжаргал	Төлөвлөлт, зохицуулалтын багийн Судлаач-ахлах шинжээч	Процесс зураглал
19.	Ё.Отгонжаргал	Хяналт шалгалтын багийн Ахлах шинжээч	Хуулийн шинжилгээ
20.	Б.Алтантуяа	Үнэлгээ, мониторингийн багийн Ахлагчийн албан үүргийг түр орлон гүйцэтгэгч	Координатор, Судалгаа, шинжилгээ
21.	Д.Хүрэлтогоо	Процесс зураглалын зөвлөх	Процесс зураглал
22.	М.Маргад-Эрдэнэ	Зөвлөх	Актуар тооцоолол
23.	М.Од	Зөвлөх	Актуар тооцоолол
24.	Б.Өсөхбаяр	Мэдээллийн технологийн зөвлөх	Мэдээллийн технологи

Эрүүл мэндийн салбарын нөхцөл байдлын шинжилгээ хийхэд 2024 оны 3 дугаар сарын 18-ны өдрөөс 4 дүгээр сарын 19-ний өдрийг хүртэлх хугацаанд ажилласан өргөтгөсөн багийн гишүүдийн бүрэлдэхүүн

Д/д	Овог, нэр	Албан тушаал	Судалгааны баг
1.	М.Оюунчимэг	Эрүүл мэндийн яам, Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний газар, Уламжлалт анагаах ухааны хэлтсийн дарга	Судалгааны баг 3 буюу ЭМДЕГ-т нөхцөл байдлын шинжилгээ хийх баг
2.	С.Жаргалсайхан	Эрүүл мэндийн яам, Бодлого, төлөвлөлтийн газар, Стратеги удирдлагын хэлтсийн Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний бодлого, төлөвлөлт хариуцсан шинжээч	Судалгааны баг 1 буюу ЭМЯ-д нөхцөл байдлын шинжилгээ хийх баг
3.	Э.Мөнгөнчимэг	Эрүүл мэндийн яам, Бодлого, төлөвлөлтийн газар, Судалгаа төлөвлөлтийн хэлтсийн Эрүүл мэндийн салбарын программ хангамж хариуцсан мэргэжилтэн	Судалгааны баг 3 буюу ЭМДЕГ-т нөхцөл байдлын шинжилгээ хийх баг
4.	Н.Дашдондов	Эрүүл мэндийн яам, Төрийн захиргааны удирдлагын газар, Салбарын хүний нөөцийн мэргэшлийн сургалт, мэргэжлийн үйл ажиллагаа эрхлэх зөвшөөрлийн асуудал хариуцсан мэргэжилтэн	Судалгааны баг 2 буюу ЭЭХХЗГ-т нөхцөл байдлын шинжилгээ хийх баг
5.	Л.Пүрэвдулам	Эрүүл мэндийн яам, Нийтийн эрүүл мэндийн газар, Урьдчилан сэргийлэлт, хяналт, зохицуулалтын хэлтсийн Орчны эрүүл мэндийн асуудал хариуцсан мэргэжилтэн	Судалгааны баг 4 буюу ЭХЭМҮТ-д нөхцөл байдлын шинжилгээ хийх баг
6.	Д.Батдулам	Эрүүл мэндийн яам, Салбарын хяналтын газар, Эрүүл ахуй, халдвар хамгааллын хяналтын улсын ахлах байцаагч	Судалгааны баг 2 буюу ЭЭХХЗГ-т нөхцөл байдлын шинжилгээ хийх баг
7.	Д.Баярмаа	Эрүүл мэндийн яам, Санхүү, эдийн засгийн газар, Санхүү, даатгалын хэлтсийн Гүйцэтгэлийн санхүүжилтийн төлөвлөлт, хэрэгжилт хариуцсан мэргэжилтэн	Судалгааны баг 3 буюу ЭМДЕГ-т нөхцөл байдлын шинжилгээ хийх баг
8.	Э.Баасандорж	Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын газар, Биологийн идэвхт бүтээгдэхүүн, протез, эмнэлгийн хэрэгслийн үйлдвэрийн асуудал хариуцсан мэргэжилтэн	Судалгааны баг 1 буюу ЭМЯ-д нөхцөл байдлын шинжилгээ хийх баг
9.	Б.Дарьбум	Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын газар, Төсөл, хөтөлбөр хариуцсан мэргэжилтэн	Судалгааны баг 2 буюу ЭЭХХЗГ-т нөхцөл байдлын шинжилгээ хийх баг
10.	Д.Өлзийдулам	Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын газар, Эмийн бүртгэлийн зохицуулалтын асуудал хариуцсан ахлах мэргэжилтэн	Судалгааны баг 3 буюу ЭМДЕГ-т нөхцөл байдлын шинжилгээ хийх баг
11.	Ж.Халиунаа	Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын газар, Нийслэлийн эрүүл мэндийн байгууллагын эмнэлгийн тоног төхөөрөмжийн шалгалт, тохируулгын асуудал хариуцсан мэргэжилтэн	Судалгааны баг 4 буюу ЭХЭМҮТ-д нөхцөл байдлын шинжилгээ хийх баг
12.	Ц.Өнөржаргал	Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн хяналт, зохицуулалтын газар, Биологийн идэвхт бүтээгдэхүүн, эмнэлгийн хэрэгслийн чанар, аюулгүй байдлын тандалт судалгааны асуудал хариуцсан мэргэжилтэн	Судалгааны баг 3 буюу ЭМДЕГ-т нөхцөл байдлын шинжилгээ хийх баг
13.	Д.Булгантамир	Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газар, Бодлого төлөвлөлтийн газар, Тусламж, үйлчилгээний багц хариуцсан ахлах мэргэжилтэн	Судалгааны баг 1 буюу ЭМЯ-д нөхцөл байдлын шинжилгээ хийх баг
14.	Б.Солонго	Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газар, Худалдан авалт, гэрээлэлтийн газар, Сонгон шалгаруулалт, гэрээлэлт, гэрээний хэрэгжилт хариуцсан мэргэжилтэн	Судалгааны баг 4 буюу ЭХЭМҮТ-д нөхцөл байдлын шинжилгээ хийх баг
15.	Д.Мөнх-Эрдэнэ	Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газар, Тусламж, үйлчилгээний чанар, төлбөрийн хяналтын газар, Хяналтын зохицуулалт, чанарын үнэлгээний мэргэжилтэн	Судалгааны баг 2 буюу ЭЭХХЗГ-т нөхцөл байдлын шинжилгээ хийх баг
16.	Б.Отгончимэг	Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв, Эрүүл мэндийн эдийн засаг, бодлогын судалгааны албаны мэргэжилтэн	Судалгааны баг 3 буюу ЭМДЕГ-т нөхцөл байдлын шинжилгээ хийх баг

17.	Ч.Мичидмаа	Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв, Эрүүл мэндийн эдийн засаг, бодлогын судалгааны албаны мэргэжилтэн	Судалгааны баг 1 буюу ЭМЯ-д нөхцөл байдлын шинжилгээ хийх баг
18.	Б.Батчимэг	Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг, Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний чанар, аюулгүй байдлын албаны Эрсдэл хариуцсан менежер	Судалгааны баг 1 буюу ЭМЯ-д нөхцөл байдлын шинжилгээ хийх баг
19.	Б.Энхтуул	Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг, Захирлын ажлын албаны Дотоод хяналт, хяналт-шинжилгээ, үнэлгээний мэргэжилтэн	Процесс зураглал
20.	Б.Номин	Улсын хоёрдугаар төв эмнэлэг, Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний чанар, аюулгүй байдлын албаны Эрсдэл, аюулгүй байдлын хариуцсан менежер	Судалгааны баг 3 буюу ЭМДЕГ-т нөхцөл байдлын шинжилгээ хийх баг
21.	Д.Бямбадолгор	Улсын хоёрдугаар төв эмнэлэг, Уушги судлалын тасгийн их эмч	Судалгааны баг 2 буюу ЭЭХХЗГ-т нөхцөл байдлын шинжилгээ хийх баг
22.	Т.Гэрэлчимэг	Улсын гуравдугаар төв эмнэлэг, Сургалт, хөгжил, хамтын ажиллагааны албаны дарга	Судалгааны баг 1 буюу ЭМЯ-д нөхцөл байдлын шинжилгээ хийх баг
23.	Ц.Оюунчимэг	Улсын гуравдугаар төв эмнэлэг, Чанар, аюулгүй байдлын албаны Эрсдэлийн менежер	Судалгааны баг 2 буюу ЭЭХХЗГ-т нөхцөл байдлын шинжилгээ хийх баг

## 2. Эрүүл мэндийн бодлогын үр дүн

Код	Бодлогын үндэслэл	Үр дүн	Шалгуур үзүүлэлт	Хэмжих нэгж
<b>Үндэсний үр дүн (Y1):</b>				
Y1	АХ-2.2	Хүний хөгжлийн үзүүлэлтээр эхний 70 орны нэг болно	Хүний хөгжлийн индекс	Эрэмбэ
<b>Салбарын үр дүн-Эрүүл мэнд (C5):</b>				
Y1C5	АХ-2.2	Өвчлөл, нас баралтыг 20 хувиар бууруулна	5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдлийн түвшин (1000 амьд төрөлтөд ногдох)	Промиль
			Нярайн эндэгдлийн түвшин (1000 амьд төрөлтөд ногдох)	Промиль
			Зүрх судасны өвчин, хорт хавдар, чихрийн шижин болон амьсгалын замын архаг өвчний шалтгаант нас баралтын түвшин (1000 хүн амд ногдох) 1000 хүн амд ногдох халдварт өвчний тоо	Промиль
Y1C5	АХ-2.2	Эмийн зохицуулалт, хяналтын үйл ажиллагааг оролцогч талуудтай хамтран цахимжуулна.	Цахимжуулалт	Хувь
Y1C5	АХ-2.2	Эрүүл мэндийн эрсдэлгүй хүн амын хувийг нэмэгдүүлнэ.	Нийт хүн ам дахь эрүүл мэндийн эрсдэлгүй хүн ам	хувь
<b>Төсвийн ерөнхийлөн захирагчийн үр дүн-Эрүүл мэндийн сайд (T1):</b>				
Y1C5T1	АХ-2.2	Эрүүл амьдралын хэв маяг, дадлыг хэвшүүлж хадгалсан иргэдийн тоог 30 хувиар нэмэгдүүлнэ.	Эрсдэлт хүчин зүйлийн нөлөөнд автаагүй хүн ам	Хувь
			Эрт илрүүлэг, урьдчилан сэргийлэх үзлэг, оношилгоо, шинжилгээний хамрагдалт, өссөн дүнгээр	Хувь
			Согтууруулах ундаа хэтрүүлэн хэрэглэгчид	Хувь
<b>Хөтөлбөрийн үр дүн (X):</b>				
Y1C5T1X1	ЗГҮАХ	Иргэдийн эрүүл мэндийн боловсролын түвшинг 20 хувиар нэмэгдүүлнэ.	Иргэдийн эрүүл мэндийн боловсролын түвшин	Хувь
Y1C5T1X2	ЗГҮАХ	Урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн хувийг 30 хувиар нэмэгдүүлнэ.	Урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн хамралт	Хувь
Y1C5T1X3	ЗГҮАХ	Амны хөндийн урьдчилсан сэргийлэх үзлэгт 0-17 насны хүүхдийн хамрагдалтыг 30 хувиар нэмэгдүүлнэ.	Хүүхдийн амны хөндийн урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн хамрагдалт	Хувь
			Урьдчилан сэргийлэх түрхлэгт хамрагдалт	Хувь
Y1C5T1X3	ЗГҮАХ	Амны хөндийн урьдчилсан сэргийлэх үзлэгт 0-17 насны хүүхдийн хамрагдалтыг 30 хувиар нэмэгдүүлнэ.	Хүүхдийн амны хөндийн урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн хамрагдалт	Хувь
Y1C5T1X4	ЗГҮАХ	Товлолт дархлаажуулалтад хамрагдалтыг 2 хувиар нэмэгдүүлнэ.	Тавт вакцины 3 дах тунгийн хамралт Улаанбурхан-Гахайн хавдар-Улаануудын (УГУ) эсрэг	Хувь Хувь

			вакцины 2 дахь тунгийн хамралт	
ҮIC5TIX5	ЗГҮАХ	Гадны шалтгаант нас баралтыг 20 хувиар бууруулна.	Амиа хорлолтын түвшин (10000 хүнд ногдох амиа хорлосон хүний тоо)	Продецимиль
			Санамсаргүй хордох, хорт бодист өртсөнөөс шалтгаалсан нас баралтын түвшин (100000 хүнд ногдох)	Продецимиль
			Зам тээврийн ослын шалтгаант нас баралтын түвшин (100000 хүнд ногдох)	Продецимиль
ҮIC5TIX6	ЗГҮАХ	Бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамрагдалтыг 4 хувиар нэмэгдүүлнэ.	Бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралт	Хувь
ҮIC5TIX7	ЗГҮАХ	Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээнд хувь хүний халааснаас төлөх төлбөрийн хэмжээг 5 хувиар бууруулна.	Хувь хүний халааснаас төлөх төлбөрийн хэмжээ	Хувь
ҮIC5TIX8	ЗГҮАХ	Иргэдэд эмийн зохистой хэрэглээг төлөвшүүлж, нянгийн тэсвэржилтээс сэргийлнэ.	Антибиотикийн хэрэглээ 1000 хүн ам тутамд хоногийн тогтоосон тун	Тоо
ҮIC5TIX9	ЗГҮАХ	Зайлшгүй шаардлагатай эмнэлгийн хэрэгсэл, тоног төхөөрөмжийн хүртээмжийг 20 хувиар нэмэгдүүлнэ.	Зайлшгүй шаардлагатай эмнэлгийн хэрэгсэл, тоног төхөөрөмжийн хүртээмж	Хувь
ҮIC5TIX10	ЗГҮАХ	Бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамрагдалтыг 4 хувиар нэмэгдүүлнэ.	Бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралт	Хувь



### 3. Бүртгэгдсэн өвчлөл, нас баралт

Бүртгэгдсэн өвчлөл-бүгд, мянгаар, 2010-2023 он

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>НИЙТ ДҮН</b>	<b>1651.4</b>	<b>1724.0</b>	<b>1882.5</b>	<b>2055.9</b>	<b>2262.7</b>	<b>2315.4</b>	<b>2546.9</b>	<b>2899.5</b>	<b>3037.8</b>	<b>3604.2</b>	<b>2477.7</b>	<b>2779.2</b>	<b>3571.0</b>	<b>3808.8</b>
I. Халдварт ба шимэгчит зарим өвчин /A00-B99/	46.7	46.8	45.3	38.9	34.0	62.2	103.9	67.4	74.2	71.4	36.7	18.7	26.8	39.3
II. Хавдар /C00-D48/	33.6	35.9	37.9	44.4	52.4	49.0	73.5	79.9	63.7	67.7	37.6	37.8	51.3	74.9
III. Цус, цус төлжүүлэх эрхтэний өвчин ба дархлааны механизм хамарсан зарим эмгэг /D50-D89/	6.7	7.1	7.5	7.1	7.2	7.3	8.2	10.6	10.9	14.1	11.1	12.1	16.8	19.5
IV. Дотоод шүүрэл,тэжээлийн ба бодисын солилцооны өвчнүүд /E00-E90/	20.5	24.2	29.4	34.3	41.5	38.7	49.6	70.7	63.1	82.7	68.6	70.8	104.8	127.3
V. Сэтгэцийн ба зан төрхийн эмгэг /F00-F99/	31.1	28.5	29.0	29.9	30.6	29.4	33.8	34.8	34.2	36.5	19.4	21.7	37.1	35.8
VI. Мэдрэлийн тогтолцооны өвчин /G00-G99/	90.1	104.7	112.9	127.3	134.9	143.5	157.8	181.2	198.3	236.5	170.2	147.7	183.8	216.2
VII. Нүд ба түүний дайврын өвчин /H00-H59/	60.2	59.4	64.7	76.4	81.4	90.5	100.1	124.1	136.3	172.7	148.5	133.7	167.3	187.7
VIII. Чих ба хөхлөг сэртэнгийн өвчин /H60-H95/	29.6	33.9	38.3	37.4	41.4	43.9	50.2	70.9	76.3	97.9	81.3	61.2	83.7	102.5
IX. Зүрх -судасны тогтолцооны өвчин /I00-I99/	195.4	209.6	232.0	245.9	282.8	281.8	311.2	354.9	363.1	421.5	291.3	307.4	437.2	465.7
X. Амьсгалын тогтолцооны өвчин /J00-J98/	319.2	292.1	312.2	388.3	468.1	442.8	508.9	517.7	540.9	669.7	359.8	258.8	608.8	653.1
XI. Хоол боловсруулах тогтолцооны өвчин /K00-K93/	243.2	265.6	291.9	306.4	336.0	364.1	380.4	482.8	489.2	588.5	481.2	444.5	590.1	704.7
XII. Арьс ба арьсан доорх эслэгийн өвчин /L00-L99/	82.4	85.9	87.9	119.9	127.3	130.2	134.5	169.1	188.5	217.1	192.9	142.6	177.5	214.8
XIII. Яс булчингийн тогтолцоо ба холбох эдийн өвчин /M00-M99/	45.8	58.2	62.9	69.8	76.4	84.5	94.0	119.5	143.6	182.6	131.7	113.0	161.0	193.5
XIV. Шээс бэлгийн тогтолцооны эмгэг /N00-N99/	203.4	213.5	217.0	224.1	233.2	237.2	249.5	295.0	294.5	357.2	245.5	224.0	320.5	389.1
XV. Жирэмсэн, төрөх, төрсний дараах үе /O00-O99/	102.9	109.1	115.8	124.6	131.2	130.5	128.1	128.5	129.4	128.5	2.7	2.8	19.5	38.7
XVI. Перинаталь үед үүссэн зарим эмгэг /P00-P96/	3.6	4.0	4.2	4.9	7.2	9.4	8.8	13.8	16.6	18.6	12.1	14.7	16.9	18.4
XVII. Төрөлх гажиг, гаж хөгжил ба хромосомын эмгэг /Q00-Q99/	6.5	7.1	8.3	7.8	8.0	8.0	8.1	13.6	16.7	17.4	12.5	12.9	20.6	26.1
XVIII. Өөр бүлэгт ангилаагүй шинж тэмдэг, зовиур, эмнэлзүйн ба лабораторийн хэвийн бус үзүүлэлтүүд /R00-R99/	0.6	1.5	1.6	0.9	1.1	0.7	1.0	6.4	13.3	11.2	11.6	4.9	1.5	4.8
XIX. Гэмтэл, хордлого ба гадны шалтгаант бусад тодорхой эмгэг /S00-T98/	129.7	137.0	142.8	167.7	168.0	161.8	145.1	158.3	184.9	212.4	161.7	156.2	219.8	258.7
XXI. Эрүүл мэндийн байдал болон эрүүл мэндийн байгууллагад хандахад нөлөөлөх хүчин зүйлс /Z00-Z99/	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.04	0.0	0.0	0.0	0.0
XXII. Шалтгаан нь тодорхойгүй шинэ өвчний урьдчилсан ангилал /U00-U49/	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.2	587.2	302.0	5.0
XXIII. Уламжлалт анагаах ухаанаар оношлогдсон өвчлөл /TM/	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	6.6	23.8	33.1

Бүртгэгдсэн өвчлөл-эрэгтэй, мянгаар, 2010-2023 он

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>НИЙТ ДҮН</b>	<b>638.7</b>	<b>657.1</b>	<b>728.1</b>	<b>784.8</b>	<b>871.0</b>	<b>899.9</b>	<b>992.9</b>	<b>1119.4</b>	<b>1198.8</b>	<b>1419.9</b>	<b>964.5</b>	<b>1116.2</b>	<b>1427.3</b>	<b>1485.8</b>
I. Халдварт ба шимэгчит зарим өвчин /A00-B99/	20.8	22.2	21.5	17.5	14.6	28.3	48.7	31.2	35.3	33.3	16.4	7.4	12.3	19.6
II. Хавдар /C00-D48/	11.2	11.7	13.0	15.9	18.0	16.7	26.7	29.0	23.7	25.3	12.5	13.0	17.7	26.2
III. Цус, цус төлжүүлэх эрхтэний өвчин ба дархлааны механизм хамарсан зарим эмгэг /D50-D89/	2.2	2.3	2.7	2.2	2.3	2.4	2.7	3.6	3.8	4.8	3.4	3.7	4.8	5.9
IV. Дотоод шүүрэл,тэжээлийн ба бодисын солилцооны өвчнүүд /E00-E90/	6.4	7.9	9.8	11.5	14.2	13.6	17.1	23.4	21.8	27.2	19.2	20.8	30.6	34.8
V. Сэтгэцийн ба зан төрхийн эмгэг /F00-F99/	15.9	15.5	16.1	16.3	16.3	15.2	17.7	17.9	18.2	19.4	9.3	10.9	19.0	18.3
VI. Мэдрэлийн тогтолцооны өвчин /G00-G99/	36.6	41.2	43.9	48.8	51.7	55.7	60.1	69.3	74.3	88.5	59.4	53.7	67.3	80.0
VII. Нүд ба түүний дайврын өвчин /H00-H59/	23.3	22.4	23.9	28.3	30.4	35.5	39.7	48.8	53.6	67.1	57.6	52.0	65.0	73.5
VIII. Чих ба хөхлөг сэртэнгийн өвчин /H60-H95/	13.0	14.9	17.1	16.2	18.4	19.7	22.8	31.7	34.3	43.4	35.3	26.1	36.3	44.8
IX. Зүрх -судасны тогтолцооны өвчин /I00-I99/	73.7	79.7	88.8	93.4	106.4	107.0	118.1	135.1	138.3	161.4	105.7	112.6	160.3	169.7
X. Амьсгалын тогтолцооны өвчин /J00-J98/	149.6	136.0	147.4	178.7	219.7	212.6	244.8	247.4	263.1	318.2	165.2	116.7	285.8	308.2
XI. Хоол боловсруулах тогтолцооны өвчин /K00-K93/	98.6	105.4	118.3	120.0	130.7	144.0	149.9	188.2	195.3	233.0	179.7	166.7	224.9	266.8
XII. Арьс ба арьсан доорх эслэгийн өвчин /L00-L99/	36.1	36.7	37.8	50.7	53.5	55.4	57.2	71.2	80.8	92.9	81.1	60.9	77.2	93.4
XIII. Яс булчингийн тогтолцоо ба холбох эдийн өвчин /M00-M99/	16.3	20.4	21.7	23.5	26.0	29.2	32.0	39.3	46.1	58.4	41.5	37.0	51.0	61.3
XIV. Шээс бэлгийн тогтолцооны эмгэг /N00-N99/	47.5	47.8	49.6	49.3	53.2	53.6	54.8	67.3	71.7	92.0	63.0	60.7	84.2	95.8
XV. Жирэмсэн, төрөх, төрсний дараах үе /O00-O99/	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
XVI. Перинаталь үед үүссэн зарим эмгэг /P00-P96/	2.0	2.2	2.3	2.8	4.0	5.4	5.1	7.7	9.0	10.4	6.7	8.1	9.2	10.1
XVII. Төрөлх гажиг, гаж хөгжил ба хромосомын эмгэг /Q00-Q99/	2.8	3.0	3.8	3.3	3.5	3.5	3.6	6.3	7.7	8.2	5.6	5.6	9.2	12.0
XVIII. Өөр бүлэгт ангилаагүй шинж тэмдэг, зовиур, эмнэлзүйн ба лабораторийн хэвийн бус үзүүлэлтүүд /R00-R99/	0.3	0.7	0.7	0.5	0.5	0.3	0.5	3.1	6.5	5.6	5.4	2.0	0.6	2.1
XIX. Гэмтэл, хордлого ба гадны шалтгаант бусад тодорхой эмгэг /S00-T98/	82.4	87.1	90.5	105.9	107.5	101.7	91.3	98.8	115.3	130.7	97.1	93.8	130.2	151.0
XXI. Эрүүл мэндийн байдал болон эрүүл мэндийн байгууллагад хандахад нөлөөлөх хүчин зүйлс /Z00-Z99/	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.02	0.0	0.0	0.0	0.0
XXII. Шалтгаан нь тодорхойгүй шинэ өвчний урьдчилсан ангилал /U00-U49/	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6	262.6	134.8	1.8
XXIII. Уламжлалт анагаах ухаанаар оношлогдсон өвчлөл /TM/	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	7.1	10.3

Бүртгэгдсэн өвчлөл-эмэгтэй, мянгаар, 2010-2023 он

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>НИЙТ ДҮН</b>	<b>1012.6</b>	<b>1066.8</b>	<b>1154.5</b>	<b>1271.1</b>	<b>1391.8</b>	<b>1415.5</b>	<b>1554.0</b>	<b>1780.1</b>	<b>1839.0</b>	<b>2184.3</b>	<b>1513.2</b>	<b>1663.0</b>	<b>2143.6</b>	<b>2323.1</b>
I. Халдварт ба шимэгчит зарим өвчин /A00-B99/	26.0	24.6	23.8	21.4	19.4	33.9	55.2	36.3	38.9	38.1	20.3	11.3	14.6	19.8
II. Хавдар /C00-D48/	22.4	24.2	24.9	28.5	34.4	32.2	46.8	50.9	40.1	42.4	25.0	24.8	33.6	48.7
III. Цус, цус төлжүүлэх эрхтэний өвчин ба дархлааны механизм хамарсан зарим эмгэг /D50-D89/	4.5	4.7	4.8	4.9	4.9	4.9	5.5	7.0	7.1	9.3	7.7	8.4	12.0	13.6
IV. Дотоод шүүрэл,тэжээлийн ба бодисын солилцооны өвчнүүд /E00-E90/	14.0	16.3	19.6	22.8	27.3	25.1	32.5	47.3	41.2	55.5	49.4	50.0	74.3	92.5
V. Сэтгэцийн ба зан төрхийн эмгэг /F00-F99/	15.2	13.0	12.9	13.6	14.3	14.2	16.2	16.9	16.0	17.0	10.1	10.9	18.1	17.5
VI. Мэдрэлийн тогтолцооны өвчин /G00-G99/	53.5	63.5	69.0	78.5	83.2	87.8	97.7	111.9	124.0	148.0	110.8	93.9	116.6	136.2
VII. Нүд ба түүний дайврын өвчин /H00-H59/	37.0	37.0	40.9	48.1	51.0	55.0	60.4	75.4	82.7	105.6	90.9	81.8	102.3	114.2
VIII. Чих ба хөхлөг сэртэнгийн өвчин /H60-H95/	16.6	19.0	21.2	21.2	23.0	24.1	27.4	39.2	42.0	54.5	46.0	35.1	47.4	57.6
IX. Зүрх -судасны тогтолцооны өвчин /I00-I99/	121.7	129.8	143.2	152.5	176.4	174.8	193.1	219.8	224.8	260.1	185.6	194.9	276.9	296.0
X. Амьсгалын тогтолцооны өвчин /J00-J98/	169.6	156.0	164.8	209.6	248.4	230.1	264.0	270.4	277.8	351.5	194.6	142.1	323.1	344.9
XI. Хоол боловсруулах тогтолцооны өвчин /K00-K93/	144.6	160.2	173.6	186.4	205.3	220.1	230.4	294.6	293.9	355.5	301.5	277.8	365.3	437.8
XII. Арьс ба арьсан доорх эслэгийн өвчин /L00-L99/	46.4	49.2	50.2	69.2	73.8	74.8	77.3	97.9	107.7	124.1	111.9	81.7	100.3	121.4
XIII. Яс булчингийн тогтолцоо ба холбох эдийн өвчин /M00-M99/	29.5	37.8	41.3	46.3	50.4	55.3	62.0	80.2	97.5	124.2	90.3	75.9	110.0	132.2
XIV. Шээс бэлгийн тогтолцооны эмгэг /N00-N99/	155.9	165.8	167.4	174.8	180.0	183.6	194.6	227.8	222.8	265.2	182.5	163.3	236.4	293.3
XV. Жирэмсэн, төрөх, төрсний дараах үе /O00-O99/	102.9	109.1	115.8	124.6	131.2	130.5	128.1	128.5	129.4	128.5	2.7	2.8	19.5	38.7
XVI. Перинаталь үед үүссэн зарим эмгэг /P00-P96/	1.6	1.9	1.9	2.1	3.1	4.0	3.8	6.0	7.6	8.2	5.5	6.6	7.7	8.2
XVII. Төрөлх гажиг, гаж хөгжил ба хромосомын эмгэг /Q00-Q99/	3.7	4.1	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5	7.4	9.0	9.2	7.0	7.2	11.4	14.1
XVIII. Өөр бүлэгт ангилаагүй шинж тэмдэг, зовиур, эмнэлзүйн ба лабораторийн хэвийн бус үзүүлэлтүүд /R00-R99/	0.3	0.8	0.9	0.4	0.6	0.4	0.6	3.2	6.8	5.6	6.3	2.9	0.8	2.7
XIX. Гэмтэл, хордлого ба гадны шалтгаант бусад тодорхой эмгэг /S00-T98/	47.3	49.9	52.2	61.7	60.6	60.1	53.9	59.5	69.6	81.7	64.6	62.4	89.6	107.7
XXI. Эрүүл мэндийн байдал болон эрүүл мэндийн байгууллагад хандахад нөлөөлөх хүчин зүйлс /Z00-Z99/	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.02	0.0	0.0	0.0	0.0
XXII. Шалтгаан нь тодорхойгүй шинэ өвчний урьдчилсан ангилал /U00-U49/	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6	324.6	167.2	3.1
XXIII. Уламжлалт анагаах ухаанаар оношлогдсон өвчлөл /TM/	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.6	16.7	22.9

Бүртгэгдсэн өвчлөл-бүгд, насны ангиллаар, 2023 он

Өвчний нэршил	Бүртгэгдсэн өвчлөл (хуучин-шинэ) - Бүгд	Шинэ өвчлөл - Бүгд	Насны ангилал													
			1 хүртэлх	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60+
<b>БҮГД</b>	<b>3808.8</b>	<b>2303.5</b>	<b>168.0</b>	<b>334.1</b>	<b>288.8</b>	<b>225.9</b>	<b>168.5</b>	<b>145.6</b>	<b>185.3</b>	<b>248.7</b>	<b>265.7</b>	<b>251.4</b>	<b>265.2</b>	<b>274.4</b>	<b>280.6</b>	<b>706.6</b>
I. Халдварт ба шимэгчит зарим өвчин /A00-B99/	39.3	39.3	1.5	10.5	6.9	2.5	2.9	3.9	2.9	2.6	1.8	1.1	0.8	0.6	0.5	0.9
II. Хавдар /C00-D48/	74.9	33.9	1.1	1.0	1.2	1.5	1.1	1.2	1.9	3.6	5.3	6.9	8.5	8.6	8.4	24.5
III. Цус, цус төлжүүлэх эрхтэний өвчин ба дархлааны механизм хамарсан зарим эмгэг /D50-D89/	19.5	12.7	1.1	1.9	1.9	1.6	1.2	1.2	1.5	1.7	1.5	1.1	1.0	0.9	0.7	2.1
IV. Дотоод шүүрэл,тэжээлийн ба бодисын солилцооны өвчнүүд /E00-E90/	127.3	52.0	1.9	2.7	3.2	3.6	2.2	2.2	3.4	5.8	7.9	10.9	14.4	15.7	17.2	36.2
V. Сэтгэцийн ба зан төрхийн эмгэг /F00-F99/	35.8	18.9	0.1	1.7	2.0	1.4	1.5	1.5	2.1	3.0	3.6	4.0	3.9	3.6	2.7	4.7
VI. Мэдрэлийн тогтолцооны өвчин /G00-G99/	216.2	100.1	14.0	6.1	7.6	9.9	9.5	8.1	11.8	17.6	19.8	20.2	20.7	19.6	17.1	34.3
VII. Нүд ба түүний дайврын өвчин /H00-H59/	187.7	131.7	6.3	9.4	12.2	10.6	6.9	5.7	7.6	10.2	11.5	12.3	14.5	15.6	15.9	49.0
VIII. Чих ба хөхлөг сэртэнгийн өвчин /H60-H95/	102.5	61.7	9.2	13.7	12.9	8.9	4.4	3.1	3.8	5.3	6.0	5.7	5.9	5.9	5.6	12.1
IX. Зүрх -судасны тогтолцооны өвчин /I00-I99/	465.7	158.6	0.2	0.9	1.4	2.5	5.3	7.2	11.2	17.9	24.3	31.3	42.0	55.6	65.9	200.1
X. Амьсгалын тогтолцооны өвчин /J00-J98/	653.1	498.3	75.5	175.2	88.2	53.1	30.1	18.4	22.4	27.9	26.4	22.6	22.0	21.1	20.8	49.4
XI. Хоол боловсруулах тогтолцооны өвчин /K00-K93/	704.7	452.4	13.0	44.1	86.8	61.2	41.1	25.4	32.9	45.5	51.4	47.2	47.7	48.5	49.9	110.0
XII. Арьс ба арьсан доорх эслэгийн өвчин /L00-L99/	214.8	162.3	11.5	25.7	22.3	21.6	18.1	11.6	12.0	14.5	13.5	11.3	11.0	10.2	9.5	22.0
XIII. Яс булчингийн тогтолцоо ба холбох эдийн өвчин /M00-M99/	193.5	83.7	0.2	2.6	3.6	4.7	4.3	4.3	6.8	11.5	14.6	16.4	19.7	21.8	23.4	59.6
XIV. Шээс бэлгийн тогтолцооны эмгэг /N00-N99/	389.1	211.2	1.5	8.5	11.7	11.4	14.8	24.0	34.0	44.6	45.5	37.4	33.6	29.0	26.8	66.6
XV. Жирэмсэн, төрөх, төрсний дараах үе /O00-O99/	38.7	25.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.4	7.7	9.8	10.5	7.3	2.0	0.1	0.0	0.0	0.0
XVI. Перинаталь үед үүссэн зарим эмгэг /P00-P96/	18.4	15.4	18.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
XVII. Төрөлх гажиг, гаж хөгжил ба хромосомын эмгэг /Q00-Q99/	26.1	16.3	8.1	4.0	3.3	1.9	1.1	0.7	0.9	1.2	1.1	0.9	0.8	0.7	0.5	0.8
XVIII. Өөр бүлэгт ангилаагүй шинж тэмдэг, зовиур, эмнэлзүйн ба лабораторийн хэвийн бус үзүүлэлтүүд /R00-R99/	4.8	3.6	0.6	0.7	0.5	0.4	0.2	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	1.1
XIX. Гэмтэл, хордлого ба гадны шалтгаант бусад тодорхой эмгэг /S00-T98/	258.7	212.0	3.4	24.4	22.1	28.1	21.2	18.0	18.2	22.6	20.8	17.1	15.3	13.5	11.5	22.4
XXII. Шалтгаан нь тодорхойгүй шинэ өвчний урьдчилсан ангилал /U00-U49/	5.0	5.0	0.2	0.2	0.1	0.2	0.2	0.3	0.5	0.6	0.5	0.4	0.4	0.3	0.3	0.8
XXIII. Уламжлалт анагаах ухаанаар оношлогдсон өвчлөл /TM/	33.1	9.5	0.4	0.9	0.9	1.0	0.9	0.9	1.4	2.2	2.5	2.6	2.7	3.1	3.5	10.1

Бүртгэгдсэн өвчлөл-эрэгтэй, насны ангиллаар, 2023 он

Өвчний нэршил	Бүртгэгдсэн өвчлөл (хуучин-шинэ) - Бүгд	Шинэ өвчлөл - Бүгд	Насны ангилал													
			1 хүртэлх	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60+
<b>БҮГД</b>	<b>1485.8</b>	<b>952.9</b>	<b>91.6</b>	<b>177.0</b>	<b>150.3</b>	<b>113.1</b>	<b>78.5</b>	<b>53.8</b>	<b>57.5</b>	<b>78.1</b>	<b>85.6</b>	<b>83.5</b>	<b>87.6</b>	<b>90.5</b>	<b>96.9</b>	<b>241.7</b>
I. Халдварт ба шимэгчит зарим өвчин /A00-B99/	19.6	19.6	0.8	5.6	3.6	1.2	1.5	2.0	1.3	1.1	0.8	0.5	0.4	0.3	0.2	0.4
II. Хавдар /C00-D48/	26.2	10.6	0.4	0.5	0.6	0.7	0.4	0.3	0.5	0.8	1.2	1.7	2.2	2.9	3.6	10.3
III. Цус, цус төлжүүлэх эрхтэний өвчин ба дархлааны механизм хамарсан зарим эмгэг /D50-D89/	5.9	4.4	0.6	1.0	1.0	0.7	0.4	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.6
IV. Дотоод шүүрэл,тэжээлийн ба бодисын солилцооны өвчнүүд /E00-E90/	34.8	14.8	1.0	1.4	1.5	1.6	0.7	0.4	0.5	1.1	1.8	2.8	3.9	4.3	4.7	9.0
V. Сэтгэцийн ба зан төрхийн эмгэг /F00-F99/	18.3	9.9	0.1	1.2	1.4	0.8	1.0	0.8	1.1	1.6	1.8	1.9	1.9	1.6	1.3	1.8
VI. Мэдрэлийн тогтолцооны өвчин /G00-G99/	80.0	38.9	7.9	3.6	4.2	4.8	4.2	3.3	4.1	6.1	6.7	6.6	6.4	6.0	5.7	10.3
VII. Нүд ба түүний дайврын өвчин /H00-H59/	73.5	51.5	3.2	4.8	6.1	4.5	3.0	2.4	2.7	3.7	4.3	4.7	5.4	5.9	6.2	16.5
VIII. Чих ба хөхлөг сэртэнгийн өвчин /H60-H95/	44.8	27.7	5.0	7.1	6.3	4.5	2.3	1.3	1.3	1.7	2.1	1.9	2.1	2.2	2.5	4.6
IX. Зүрх-судасны тогтолцооны өвчин /I00-I99/	169.7	58.8	0.1	0.5	0.7	1.1	2.7	3.0	3.8	6.3	8.8	11.5	15.3	20.0	25.2	70.6
X. Амьсгалын тогтолцооны өвчин /J00-J98/	308.2	240.4	41.2	91.5	46.1	27.2	15.1	8.1	8.3	10.4	10.1	8.5	7.8	7.2	7.6	18.9
XI. Хоол боловсруулах тогтолцооны өвчин /K00-K93/	266.8	177.5	7.2	23.6	42.6	27.5	16.5	8.9	9.5	13.7	16.2	16.0	16.3	15.9	16.0	37.0
XII. Арьс ба арьсан доорх эслэгийн өвчин /L00-L99/	93.4	71.1	6.4	12.9	11.1	10.3	8.6	4.8	4.4	5.3	5.1	4.3	4.0	3.7	3.6	9.0
XIII. Яс булчингийн тогтолцоо ба холбох эдийн өвчин /M00-M99/	61.3	28.6	0.1	1.4	1.9	2.3	2.2	1.9	2.6	4.4	5.3	5.4	5.6	5.9	6.4	15.9
XIV. Шээс бэлгийн тогтолцооны эмгэг /N00-N99/	95.8	50.5	1.1	5.2	6.8	5.0	4.4	4.1	4.5	6.2	7.1	6.4	6.6	6.6	7.3	24.7
XV. Жирэмсэн, төрөх, төрсний дараах үе /O00-O99/	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
XVI. Перинаталь үед үүссэн зарим эмгэг /P00-P96/	10.1	8.5	10.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
XVII. Төрөлх гажиг, гаж хөгжил ба хромосомын эмгэг /Q00-Q99/	12.0	7.9	3.9	2.3	1.9	1.0	0.5	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2	0.3
XVIII. Өөр бүлэгт ангилаагүй шинж тэмдэг, зовиур, эмнэлзүйн ба лабораторийн хэвийн бус үзүүлэлтүүд /R00-R99/	2.1	1.6	0.3	0.4	0.3	0.2	0.1	0.1	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.4
XIX. Гэмтэл, хордлого ба гадны шалтгаант бусад тодорхой эмгэг /S00-T98/	151.0	125.4	1.8	13.4	13.7	19.0	14.5	11.7	11.7	14.1	12.7	10.0	8.4	6.5	5.3	8.3
XXI. Шалтгаан нь тодорхойгүй шинэ өвчний урьдчилсан ангилал /U00-U49/	1.8	1.8	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.3
XXIII. Уламжлалт анагаах ухаанаар оношлогдсон өвчлөл /TM/	10.3	3.4	0.2	0.5	0.5	0.5	0.4	0.3	0.5	0.7	0.7	0.7	0.7	0.8	0.9	2.8

Бүртгэгдсэн өвчлөл-эмэгтэй, насны ангиллаар, 2023 он

Өвчний нэршил	Бүртгэгдсэн өвчлөл (хуучин-шинэ) - Бүгд	Шинэ өвчлөл - Бүгд	Насны ангилал													
			1 хүртэлх	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60+
<b>БҮГД</b>	<b>2323.1</b>	<b>1350.7</b>	<b>76.4</b>	<b>157.1</b>	<b>138.5</b>	<b>112.8</b>	<b>90.0</b>	<b>91.8</b>	<b>127.8</b>	<b>170.6</b>	<b>180.1</b>	<b>167.9</b>	<b>177.6</b>	<b>183.9</b>	<b>183.7</b>	<b>464.9</b>
I. Халдварт ба шимэгчит зарим өвчин /A00-B99/	19.8	19.8	0.7	4.9	3.3	1.2	1.4	1.9	1.6	1.5	1.0	0.7	0.4	0.4	0.2	0.5
II. Хавдар /C00-D48/	48.7	23.3	0.7	0.6	0.6	0.8	0.7	0.9	1.4	2.8	4.1	5.2	6.3	5.7	4.8	14.2
III. Цус, цус төлжүүлэх эрхтэний өвчин ба дархлааны механизм хамарсан зарим эмгэг /D50-D89/	13.6	8.3	0.5	0.8	0.9	0.9	0.9	1.1	1.3	1.5	1.3	0.9	0.8	0.6	0.5	1.5
IV. Дотоод шүүрэл,тэжээлийн ба бодисын солилцооны өвчнүүд /E00-E90/	92.5	37.2	0.8	1.3	1.7	1.9	1.5	1.7	2.9	4.7	6.1	8.1	10.5	11.4	12.6	27.1
V. Сэтгэцийн ба зан төрхийн эмгэг /F00-F99/	17.5	9.0	0.0	0.5	0.5	0.6	0.6	0.7	1.0	1.5	1.8	2.1	2.0	2.0	1.4	3.0
VI. Мэдрэлийн тогтолцооны өвчин /G00-G99/	136.2	61.2	6.1	2.5	3.3	5.0	5.2	4.9	7.8	11.5	13.1	13.5	14.3	13.5	11.4	24.0
VII. Нүд ба түүний дайврын өвчин /H00-H59/	114.2	80.2	3.0	4.5	6.1	6.1	3.9	3.3	4.9	6.5	7.2	7.7	9.1	9.7	9.6	32.5
VIII. Чих ба хөхлөг сэртэнгийн өвчин /H60-H95/	57.6	34.0	4.2	6.6	6.5	4.5	2.1	1.8	2.5	3.6	3.9	3.7	3.9	3.6	3.1	7.5
IX. Зүрх-судасны тогтолцооны өвчин /I00-I99/	296.0	99.9	0.1	0.4	0.8	1.4	2.7	4.2	7.4	11.5	15.5	19.7	26.7	35.5	40.8	129.4
X. Амьсгалын тогтолцооны өвчин /J00-J98/	344.9	257.9	34.3	83.7	42.0	25.9	15.0	10.3	14.1	17.5	16.3	14.1	14.2	13.9	13.2	30.4
XI. Хоол боловсруулах тогтолцооны өвчин /K00-K93/	437.8	274.9	5.8	20.5	44.2	33.7	24.6	16.5	23.4	31.8	35.3	31.2	31.4	32.6	34.0	73.0
XII. Арьс ба арьсан доорх эслэгийн өвчин /L00-L99/	121.4	91.1	5.2	12.8	11.2	11.3	9.5	6.8	7.5	9.2	8.4	7.0	7.0	6.5	5.9	13.0
XIII. Яс булчингийн тогтолцоо ба холбох эдийн өвчин /M00-M99/	132.2	55.1	0.1	1.2	1.7	2.4	2.1	2.5	4.2	7.1	9.3	11.0	14.0	15.9	17.1	43.7
XIV. Шээс бэлгийн тогтолцооны эмгэг /N00-N99/	293.3	160.7	0.4	3.3	4.9	6.4	10.4	19.9	29.5	38.3	38.4	31.1	27.0	22.4	19.6	41.9
XV. Жирэмсэн, төрөх, төрсний дараах үе /O00-O99/	38.7	25.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.4	7.7	9.8	10.5	7.3	2.0	0.1	0.0	0.0	0.0
XVI. Перинаталь үед үүссэн зарим эмгэг /P00-P96/	8.2	6.9	8.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
XVII. Төрөлх гажиг, гаж хөгжил ба хромосомын эмгэг /Q00-Q99/	14.1	8.4	4.1	1.7	1.4	0.9	0.5	0.4	0.7	0.9	0.8	0.7	0.6	0.6	0.3	0.6
XVIII. Өөр бүлэгт ангилаагүй шинж тэмдэг, зовиур, эмнэлзүйн ба лабораторийн хэвийн бус үзүүлэлтүүд /R00-R99/	2.7	2.0	0.3	0.3	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.7
XIX. Гэмтэл, хордлого ба гадны шалтгаант бусад тодорхой эмгэг /S00-T98/	107.7	86.6	1.6	10.9	8.5	9.1	6.8	6.4	6.5	8.5	8.1	7.1	6.9	6.9	6.3	14.1
XXI. Шалтгаан нь тодорхойгүй шинэ өвчний урьдчилсан ангилал /U00-U49/	3.1	3.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.3	0.4	0.4	0.2	0.2	0.2	0.2	0.5
XXIII. Уламжлалт анагаах ухаанаар оношлогдсон өвчлөл /TM/	22.9	6.1	0.2	0.4	0.4	0.5	0.5	0.6	0.9	1.4	1.8	1.8	2.0	2.3	2.7	7.3

Бүртгэгдсэн нас баралт-бүгд, 2010-2023 он

Үзүүлэлт	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>БҮГД</b>	<b>17276</b>	<b>17127</b>	<b>16923</b>	<b>16192</b>	<b>16495</b>	<b>16374</b>	<b>16181</b>	<b>15812</b>	<b>17331</b>	<b>17205</b>	<b>15922</b>	<b>19931</b>	<b>17981</b>	<b>17533</b>
I. Халдварт ба шимэгчит зарим өвчин /A00-B99/	369	300	302	301	312	328	462	276	276	340	290	2280	457	334
II. Хавдар /C00-D48/	3591	3536	3591	3795	4007	4028	4142	4037	4308	4582	4159	4251	4302	4369
III. Цус, цус төлжүүлэх эрхтний өвчин ба дархлааны механизм хамарсан эмгэг /D50-D89/	28	14	23	19	21	26	14	21	25	29	28	24	23	18
IV. Дотоод шүүрэл, тэжээлийн ба бодисын солилцооны өвчнүүд /E00-E90/	120	153	164	167	188	222	204	214	219	294	300	416	354	301
IX. Зүрх-судасны тогтолцооны өвчин /I00-I99/	6512	6291	5939	5682	5663	5591	5390	5405	5963	5531	5221	6213	5843	5794
V. Сэтгэцийн ба зан төрхийн эмгэг /F00-F99/	19	29	17	19	25	27	23	24	21	13	30	29	31	42
VI. Мэдрэлийн тогтолцооны өвчин /G00-G99/	318	279	318	288	317	306	330	267	347	342	258	266	257	256
VII. Нүд ба түүний дайврын өвчин /H00-H59/	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	2	1	1
VIII. Чих ба хөхлөг сэртэнгийн өвчин /H60-H95/	0	5	2	1	0	2	1	3	1	0	2	3	0	1
X. Амьсгалын тогтолцооны өвчин /J00-J99/	749	665	640	551	584	613	699	605	752	803	593	965	891	893
XI. Хоол боловсруулах тогтолцооны өвчин /K00-K93/	1463	1533	1511	1357	1276	1311	1205	1155	1187	1173	1076	1155	1237	1204
XII. Арьс ба арьсан доорх эслэгийн өвчин /L00-L99/	18	16	22	20	17	12	24	32	44	35	43	41	40	46
XIII. Яс булчингийн тогтолцоо ба холбох эдийн өвчнүүд /M00-M99/	24	31	42	48	33	41	52	36	67	44	55	53	49	52
XIV. Шээс бэлгэсийн тогтолцооны эмгэг /N00-N99/	285	250	207	171	209	267	246	245	295	281	288	338	332	351
XIX - XX Өвчлөл ба нас баралтын гадны шалтгаан /V00-Y99/	2788	3128	3195	2788	2769	2563	2431	2630	2923	2827	2736	3029	3360	3094
XV. Жирэмсэн, төрөлт ба төрсний дараах үе /O00-O99/	14	22	22	34	25	21	38	20	21	18	23	68	23	17
XVI. Перинаталь үед үүссэн зарим эмгэг /P00-P96/	652	574	626	617	692	735	583	559	573	552	505	516	443	462
XVII. Төрөлхийн гажиг, гаж хөгжил ба хромосомын эмгэг /Q00-Q99/	215	202	199	232	228	163	220	197	212	228	199	176	213	163
XVIII. Өөр бүлэгт ангилаагүй шинж тэмдэг, зовиур, эмнэлзүйн ба лабораторийн хэвийн бус үзүүлэлтүүд /R00-R99/	111	99	103	102	129	118	117	86	96	111	116	106	125	135

Бүртгэгдсэн нас баралт-эрэгтэй, 2010-2023 он

Үзүүлэлт	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>БҮГД</b>	<b>10325</b>	<b>10571</b>	<b>10452</b>	<b>9733</b>	<b>9937</b>	<b>9822</b>	<b>9662</b>	<b>9608</b>	<b>10437</b>	<b>10514</b>	<b>9705</b>	<b>11757</b>	<b>11360</b>	<b>10842</b>
I. Халдварт ба шимэгчит зарим өвчин /A00-B99/	247	194	201	190	218	223	285	194	186	220	191	1099	301	220
II. Хавдар /C00-D48/	2016	2052	2033	2117	2239	2221	2305	2289	2375	2545	2322	2383	2526	2485
III. Цус, цус төлжүүлэх эрхтний өвчин ба дархлааны механизм хамарсан эмгэг /D50-D89/	19	6	11	6	12	9	3	12	12	16	12	8	15	8
IV. Дотоод шүүрэл, тэжээлийн ба бодисын солилцооны өвчнүүд /E00-E90/	62	76	84	86	88	106	104	104	109	158	155	209	197	172
IX. Зүрх-судасны тогтолцооны өвчин /I00-I99/	3647	3609	3450	3200	3202	3217	3120	3201	3456	3280	3123	3622	3505	3484
V. Сэтгэцийн ба зан төрхийн эмгэг /F00-F99/	13	12	9	8	12	15	12	13	14	7	20	22	18	29
VI. Мэдрэлийн тогтолцооны өвчин /G00-G99/	182	153	184	169	200	195	190	146	167	185	147	137	157	167
VII. Нүд ба түүний дайврын өвчин /H00-H59/	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1
VIII. Чих ба хөхлөг сэртэнгийн өвчин /H60-H95/	0	3	1	1	0	2	1	1	1	0	0	2	0	1
X. Амьсгалын тогтолцооны өвчин /J00-J99/	437	418	384	341	354	369	404	352	455	530	363	554	565	552
XI. Хоол боловсруулах тогтолцооны өвчин /K00-K93/	792	881	854	742	701	681	646	616	659	654	605	691	709	678
XII. Арьс ба арьсан доорх эслэгийн өвчин /L00-L99/	10	6	12	13	10	3	14	10	17	17	24	23	21	22
XIII. Яс булчингийн тогтолцоо ба холбох эдийн өвчнүүд /M00-M99/	7	12	14	20	16	20	16	19	23	17	20	20	17	17
XIV. Шээс бэлгэсийн тогтолцооны эмгэг /N00-N99/	161	129	113	93	112	139	129	119	151	142	147	164	164	185
XIX - XX өвчлөл ба нас баралтын гадны шалтгаан /V00-Y99/	2213	2566	2600	2230	2202	2070	1933	2086	2322	2270	2144	2397	2726	2427
XV. Жирэмсэн, төрөлт ба төрсний дараах үе /O00-O99/	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XVI. Перинаталь үед үүссэн зарим эмгэг /P00-P96/	379	318	349	354	406	425	341	326	346	324	295	289	272	267
XVII. Төрөлхийн гажиг, гаж хөгжил ба хромосомын эмгэг /Q00-Q99/	103	104	119	134	114	91	118	104	114	113	104	97	126	82
XVIII. Өөр бүлэгт ангилаагүй шинж тэмдэг, зовиур, эмнэлзүйн ба лабораторийн хэвийн бус үзүүлэлтүүд /R00-R99/	37	32	34	29	51	36	41	16	30	35	33	39	41	45

Бүртгэгдсэн нас баралт-эмэгтэй, 2010-2023 он

Үзүүлэлт	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>БҮГД</b>	<b>6951</b>	<b>6556</b>	<b>6471</b>	<b>6459</b>	<b>6558</b>	<b>6552</b>	<b>6519</b>	<b>6204</b>	<b>6894</b>	<b>6691</b>	<b>6217</b>	<b>8174</b>	<b>6621</b>	<b>6691</b>
I. Халдварт ба шимэгчит зарим өвчин /A00-B99/	122	106	101	111	94	105	177	82	90	120	99	1181	156	114
II. Хавдар /C00-D48/	1575	1484	1558	1678	1768	1807	1837	1748	1933	2037	1837	1868	1776	1884
III. Цус, цус төлжүүлэх эрхтний өвчин ба дархлааны механизм хамарсан эмгэг /D50-D89/	9	8	12	13	9	17	11	9	13	13	16	16	8	10
IV. Дотоод шүүрэл, тэжээлийн ба бодисын солилцооны өвчнүүд /E00-E90/	58	77	80	81	100	116	100	110	110	136	145	207	157	129
IX. Зүрх-судасны тогтолцооны өвчин /I00-I99/	2865	2682	2489	2482	2461	2374	2270	2204	2507	2251	2098	2591	2338	2310
V. Сэтгэцийн ба зан төрхийн эмгэг /F00-F99/	6	17	8	11	13	12	11	11	7	6	10	7	13	13
VI. Мэдрэлийн тогтолцооны өвчин /G00-G99/	136	126	134	119	117	111	140	121	180	157	111	129	100	89
VII. Нүд ба түүний дайврын өвчин /H00-H59/	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0
VIII. Чих ба хөхлөг сэртэнгийн өвчин /H60-H95/	0	2	1	0	0	0	0	2	0	0	2	1	0	0
X. Амьсгалын тогтолцооны өвчин /J00-J99/	312	247	256	210	230	244	295	253	297	273	230	411	326	341
XI. Хоол боловсруулах тогтолцооны өвчин /K00-K93/	671	652	657	615	575	630	559	539	528	519	471	464	528	526
XII. Арьс ба арьсан доорх эслэгийн өвчин /L00-L99/	8	10	10	7	7	9	10	22	27	18	19	18	19	24
XIII. Яс булчингийн тогтолцоо ба холбох эдийн өвчнүүд /M00-M99/	17	19	28	28	17	21	36	17	44	27	35	33	32	35
XIV. Шээс бэлгэсийн тогтолцооны эмгэг /N00-N99/	124	121	94	78	97	128	117	126	144	139	141	174	168	166
XIX - XX Өвчлөл ба нас баралтын гадны шалтгаан /V00-Y99/	575	562	595	558	567	493	498	544	601	557	592	632	634	667
XV. Жирэмсэн, төрөлт ба төрсний дараах үе /O00-O99/	14	22	22	34	25	21	38	20	21	18	23	68	23	17
XVI. Перинаталь үед үүссэн зарим эмгэг /P00-P96/	273	256	277	263	286	310	242	233	227	228	210	227	171	195
XVII. Төрөлхийн гажиг, гаж хөгжил ба хромосомын эмгэг /Q00-Q99/	112	98	80	98	114	72	102	93	98	115	95	79	87	81
XVIII. Өөр бүлэгт ангилаагүй шинж тэмдэг, зовиур, эмнэлзүйн ба лабораторийн хэвийн бус үзүүлэлтүүд /R00-R99/	74	67	69	73	78	82	76	70	66	76	83	67	84	90

Бүртгэгдсэн нас баралт-бүгд, насны бүлгээр, 2023 он

Өвчний нэршил	Бүгд	0-1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
<b>БҮГД</b>	<b>17533</b>	<b>793</b>	<b>168</b>	<b>103</b>	<b>105</b>	<b>144</b>	<b>175</b>	<b>267</b>	<b>489</b>	<b>744</b>	<b>966</b>	<b>1253</b>	<b>1540</b>	<b>1795</b>	<b>1996</b>	<b>1766</b>	<b>1267</b>	<b>1187</b>	<b>1234</b>	<b>1541</b>
I. Халдварт ба шимэгчит зарим өвчин /A00-B99/	334	12	4	4	4	2	6	17	21	25	25	38	37	32	40	21	14	11	14	7
II. Хавдар /C00-D48/	4369	11	14	13	13	17	10	19	45	81	123	246	408	549	706	656	487	405	348	218
III. Цус, цус төлжүүлэх эрхтний өвчин ба дархлааны механизм хамарсан эмгэг /D50-D89/	18	0	0	2	0	2	1	1	0	0	0	1	0	1	4	1	2	2	0	1
IV. Дотоод шүүрэл, тэжээлийн ба бодисын солилцооны өвчнүүд /E00-E90/	301	1	1	0	0	3	1	3	2	13	16	14	21	40	47	55	33	21	13	17
V. Сэтгэцийн ба зан төрхийн эмгэг /F00-F99/	42	0	0	0	0	0	1	1	0	4	6	6	6	4	2	6	0	1	2	3
VI. Мэдрэлийн тогтолцооны өвчин /G00-G99/	256	13	22	27	15	19	11	17	21	10	14	7	17	11	11	12	5	5	9	10
VII. Нүд ба түүний дайврын өвчин /H00-H59/	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
VIII. Чих ба хөхлөг сэртэнгийн өвчин /H60-H95/	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
IX. Зүрх-судасны тогтолцооны өвчин /I00-I99/	5794	9	3	4	2	8	7	23	62	128	225	329	435	612	683	639	510	547	624	944
X. Амьсгалын тогтолцооны өвчин /J00-J99/	893	63	25	9	7	1	6	8	16	27	35	47	56	80	92	94	65	72	67	123
XI. Хоол боловсруулах тогтолцооны өвчин /K00-K93/	1204	12	4	3	0	3	3	14	28	94	116	134	143	134	138	98	64	67	73	76
XII. Арьс ба арьсан доорх эслэгийн өвчин /L00-L99/	46	1	0	0	0	0	0	2	3	3	0	2	1	1	5	12	4	5	6	1
XIII. Яс булчингийн тогтолцоо ба холбох эдийн өвчнүүд /M00-M99/	52	1	0	0	2	0	1	1	1	2	3	4	3	9	5	7	4	4	3	2
XIV. Шээс бэлгэсийн тогтолцооны эмгэг /N00-N99/	351	1	2	0	2	3	3	2	5	13	11	18	27	34	47	38	32	28	40	45
XV. Жирэмсэн, төрөлт ба төрсний дараах үе /O00-O99/	17	0	0	0	0	0	4	1	7	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
XVI. Перинаталь үед үүссэн зарим эмгэг /P00-P96/	462	462	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
XVII. Төрөлхийн гажиг, гаж хөгжил ба хромосомын эмгэг /Q00-Q99/	163	136	14	1	3	1	1	2	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0
XVIII. Өөр бүлэгт ангилаагүй шинж тэмдэг, зовиур, эмнэлзүйн ба лабораторийн хэвийн бус үзүүлэлтүүд /R00-R99/	135	19	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	2	5	1	21	81
XIX - XX Өвчлөл ба нас баралтын гадны шалтгаан /V00-Y99/	3094	52	78	40	56	85	120	156	277	340	389	406	383	286	216	124	42	18	14	12

Бүртгэгдсэн нас баралт-эмэгтэй, насны бүлгээр, 2023 он

Өвчний нэршил	Бүгд	0-1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
<b>БҮГД</b>	<b>10842</b>	<b>434</b>	<b>101</b>	<b>61</b>	<b>67</b>	<b>104</b>	<b>134</b>	<b>189</b>	<b>361</b>	<b>536</b>	<b>726</b>	<b>937</b>	<b>1116</b>	<b>1248</b>	<b>1366</b>	<b>1101</b>	<b>684</b>	<b>578</b>	<b>576</b>	<b>523</b>
I. Халдварт ба шимэгчит зарим өвчин /A00-B99/	220	5	1	2	2	1	5	10	15	18	22	29	23	26	30	10	9	3	6	3
II. Хавдар /C00-D48/	2485	4	7	6	6	11	10	10	26	40	68	168	271	349	457	397	235	179	160	81
III. Цус, цус төлжүүлэх эрхтний өвчин ба дархлааны механизм хамарсан эмгэг /D50-D89/	8	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0	0	1	0	0
IV. Дотоод шүүрэл, тэжээлийн ба бодисын солилцооны өвчнүүд /E00-E90/	172	1	1	0	0	2	1	1	1	11	13	10	14	21	24	31	16	12	4	9
V. Сэтгэцийн ба зан төрхийн эмгэг /F00-F99/	29	0	0	0	0	0	0	0	0	4	5	4	3	2	1	5	0	1	2	2
VI. Мэдрэлийн тогтолцооны өвчин /G00-G99/	167	7	14	17	10	14	9	12	15	5	9	5	13	9	7	7	3	3	4	4
VII. Нүд ба түүний дайврын өвчин /H00-H59/	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
VIII. Чих ба хөхлөг сэртэнгийн өвчин /H60-H95/	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
IX. Зүрх-судасны тогтолцооны өвчин /I00-I99/	3484	2	2	2	0	5	5	18	47	93	166	246	337	451	488	431	303	285	300	303
X. Амьсгалын тогтолцооны өвчин /J00-J99/	552	35	14	7	5	1	5	4	10	16	30	37	41	50	70	60	40	43	32	52
XI. Хоол боловсруулах тогтолцооны өвчин /K00-K93/	678	9	4	2	0	1	1	9	20	67	95	90	92	82	80	35	26	19	27	19
XII. Арьс ба арьсан доорх эслэгийн өвчин /L00-L99/	22	0	0	0	0	0	0	2	2	2	0	2	0	1	0	5	0	3	5	0
XIII. Яс булчингийн тогтолцоо ба холбох эдийн өвчнүүд /M00-M99/	17	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	2	4	2	2	0	1	1	0
XIV. Шээс бэлгэсийн тогтолцооны эмгэг /N00-N99/	185	0	2	0	1	0	2	0	2	5	8	10	18	19	28	18	17	16	20	19
XV. Жирэмсэн, төрөлт ба төрсний дараах үе /O00-O99/	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
XVI. Перинаталь үед үүссэн зарим эмгэг /P00-P99/	267	267	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
XVII. Төрөлхийн гажиг, гаж хөгжил ба хромосомын эмгэг /Q00-Q99/	82	68	6	1	2	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
XVIII. Өөр бүлэгт ангилаагүй шинж тэмдэг, зовиур, эмнэлзүйн ба лабораторийн хэвийн бус үзүүлэлтүүд /R00-R99/	45	6	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2	3	0	9	22
XIX - XX Өвчлөл ба нас баралтын гадны шалтгаан /V00-Y99/	2427	30	50	22	39	67	95	122	222	272	309	334	299	233	177	98	32	12	6	8

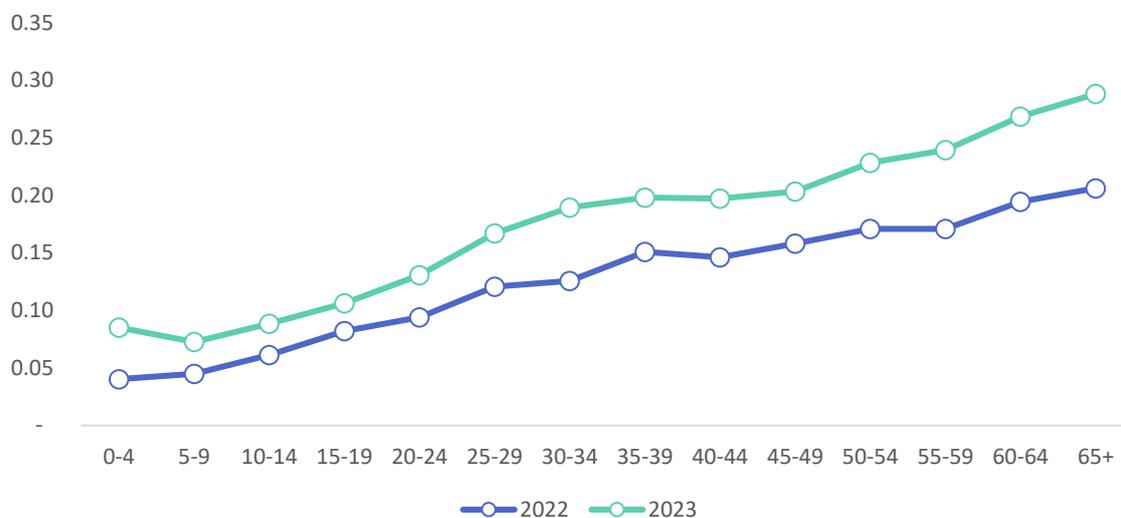
Бүртгэгдсэн нас баралт-эмэгтэй, насны бүлгээр, 2023 он

Өвчний нэршил	Бүгд	0-1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
<b>БҮГД</b>	<b>6691</b>	<b>359</b>	<b>67</b>	<b>42</b>	<b>38</b>	<b>40</b>	<b>41</b>	<b>78</b>	<b>128</b>	<b>208</b>	<b>240</b>	<b>316</b>	<b>424</b>	<b>547</b>	<b>630</b>	<b>665</b>	<b>583</b>	<b>609</b>	<b>658</b>	<b>1018</b>
I. Халдварт ба шимэгчит зарим өвчин /A00-B99/	114	7	3	2	2	1	1	7	6	7	3	9	14	6	10	11	5	8	8	4
II. Хавдар /C00-D48/	1884	7	7	7	7	6	0	9	19	41	55	78	137	200	249	259	252	226	188	137
III. Цус, цус төлжүүлэх эрхтний өвчин ба дархлааны механизм хамарсан эмгэг /D50-D89/	10	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	2	1	2	1	0	1
IV. Дотоод шүүрэл, тэжээлийн ба бодисын солилцооны өвчнүүд /E00-E90/	129	0	0	0	0	1	0	2	1	2	3	4	7	19	23	24	17	9	9	8
V. Сэтгэцийн ба зан төрхийн эмгэг /F00-F99/	13	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	2	3	2	1	1	0	0	0	1
VI. Мэдрэлийн тогтолцооны өвчин /G00-G99/	89	6	8	10	5	5	2	5	6	5	5	2	4	2	4	5	2	2	5	6
VII. Нүд ба түүний дайврын өвчин /H00-H59/	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VIII. Чих ба хөхлөг сэртэнгийн өвчин /H60-H95/	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IX. Зүрх-судасны тогтолцооны өвчин /I00-I99/	2310	7	1	2	2	3	2	5	15	35	59	83	98	161	195	208	207	262	324	641
X. Амьсгалын тогтолцооны өвчин /J00-J99/	341	28	11	2	2	0	1	4	6	11	5	10	15	30	22	34	25	29	35	71
XI. Хоол боловсруулах тогтолцооны өвчин /K00-K93/	526	3	0	1	0	2	2	5	8	27	21	44	51	52	58	63	38	48	46	57
XII. Арьс ба арьсан доорх эслэгийн өвчин /L00-L99/	24	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	5	7	4	2	1	1
XIII. Яс булчингийн тогтолцоо ба холбох эдийн өвчнүүд /M00-M99/	35	1	0	0	1	0	0	1	1	1	2	3	1	5	3	5	4	3	2	2
XIV. Шээс бэлгэсийн тогтолцооны эмгэг /N00-N99/	166	1	0	0	1	3	1	2	3	8	3	8	9	15	19	20	15	12	20	26
XV. Жирэмсэн, төрөлт ба төрсний дараах үе /O00-O99/	17	0	0	0	0	0	4	1	7	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
XVI. Перинаталь үед үүссэн зарим эмгэг /P00-P96/	195	195	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
XVII. Төрөлхийн гажиг, гаж хөгжил ба хромосомын эмгэг /Q00-Q99/	81	68	8	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
XVIII. Өөр бүлэгт ангилаагүй шинж тэмдэг, зовиур, эмнэлзүйн ба лабораторийн хэвийн бус үзүүлэлтүүд /R00-R99/	90	13	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	1	12	59
XIX - XX Өвчлөл ба нас баралтын гадны шалтгаан /V00-У99/	667	22	28	18	17	18	25	34	55	68	80	72	84	53	39	26	10	6	8	4

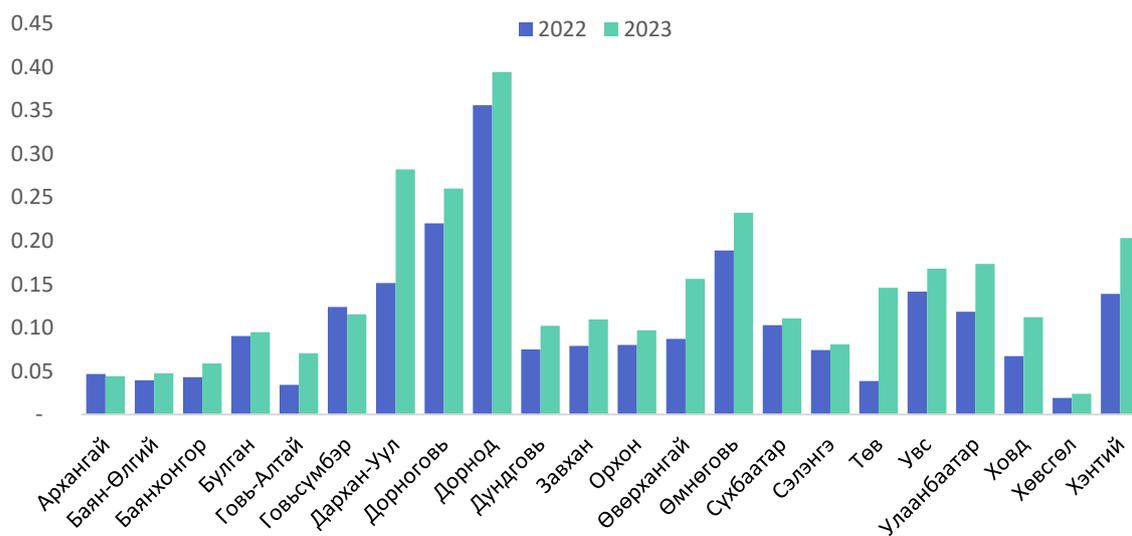
#### 4. Актуар тооцооллын үр дүнгийн хавсралт

АМБУЛАТОРИЙН ТЭРГҮҮЛЭХ ӨВЧНҮҮДИЙН ТОХИОЛДЛЫН ДАВТАМЖИЙН НАС БОЛОН БАЙРШЛААС ХАМААРСАН ХАМААРАЛ

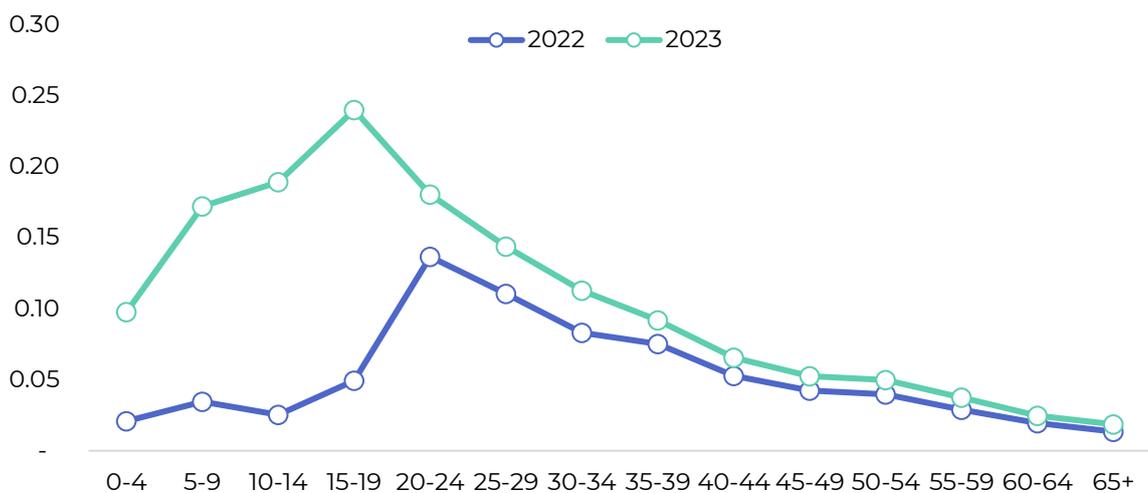
Давтамж - Мэс заслын дараах бусад тусламж үйлчилгээ Z48



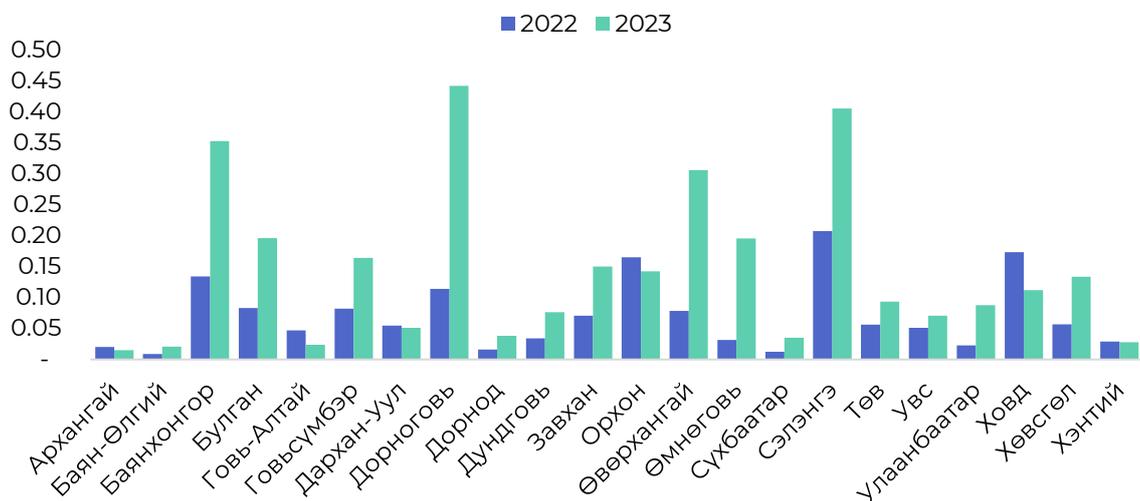
Давтамж - Мэс заслын дараах бусад тусламж үйлчилгээ Z48



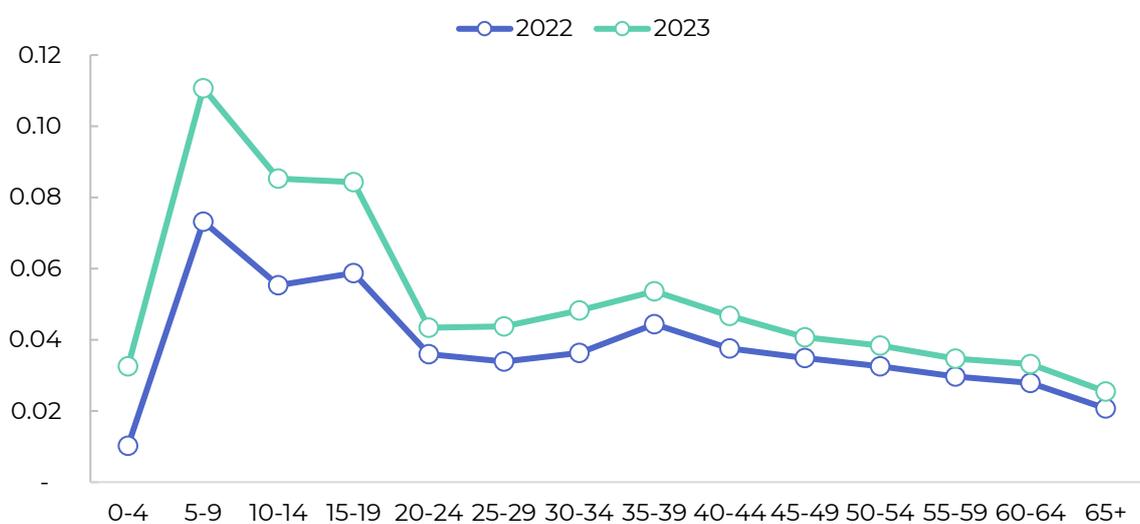
Давтамж - Өвчний зовиургүй, оношгүй хүмүүсийн бусад тусгай үзлэг, шинжилгээ Z01



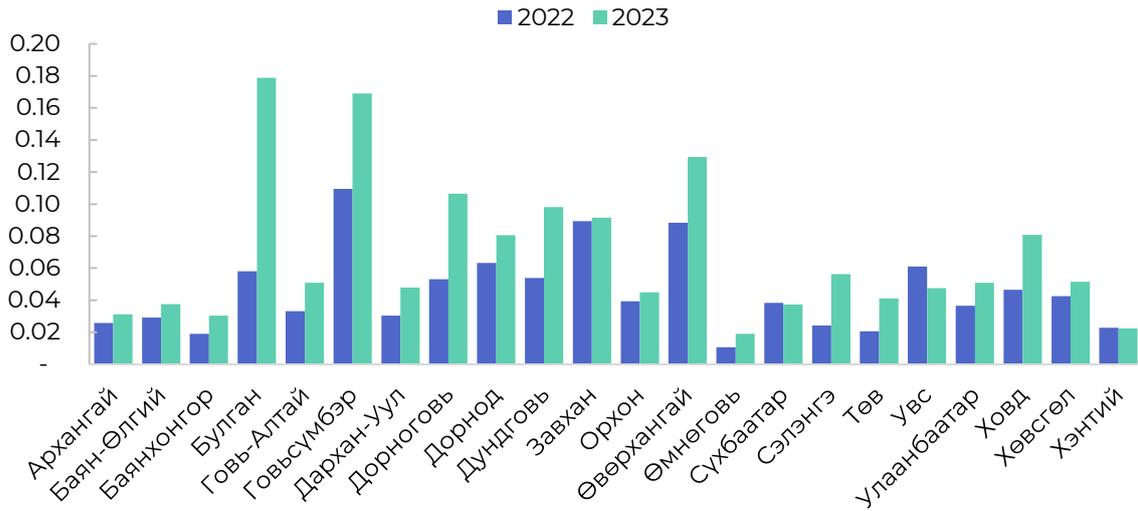
Давтамж - Өвчний зовиургүй, оношгүй хүмүүсийн бусад тусгай үзлэг, шинжилгээ Z01



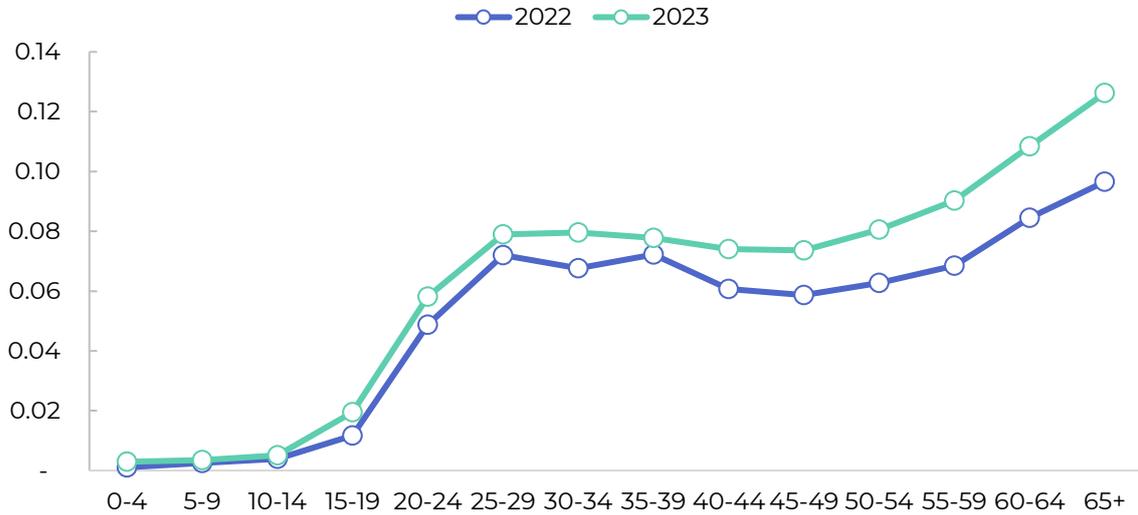
Давтамж - Шүд цоорох K02



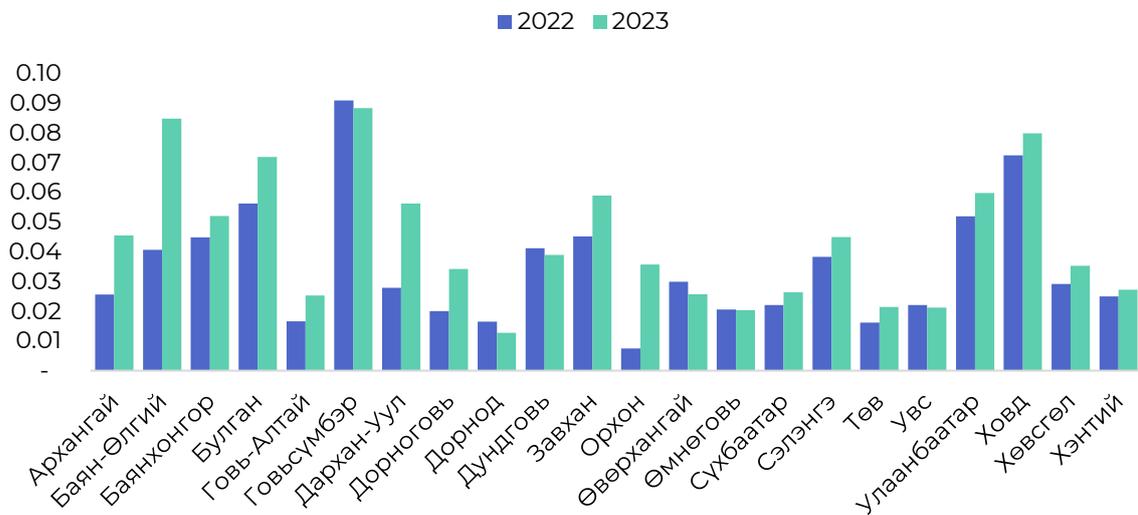
Давтамж - Шүд цоорох K02



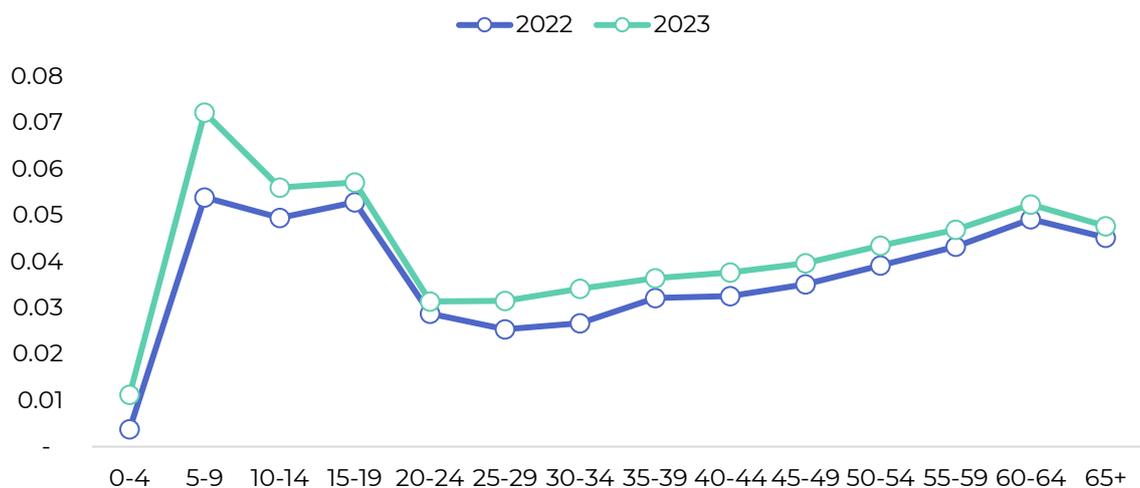
Давтамж - Сувганцрын завсрын эдийн архаг нефрит N11



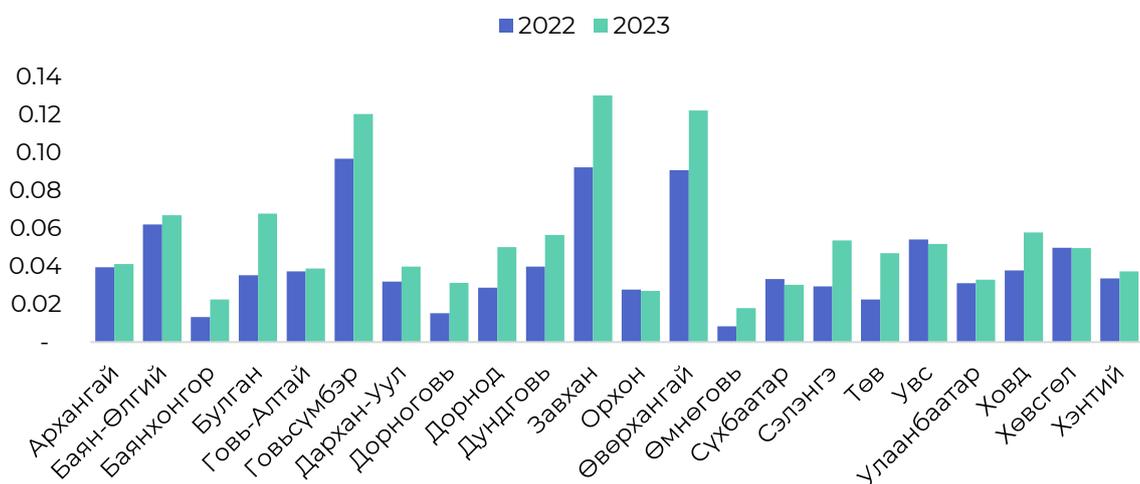
Давтамж - Сувганцрын завсрын эдийн архаг нефрит N11



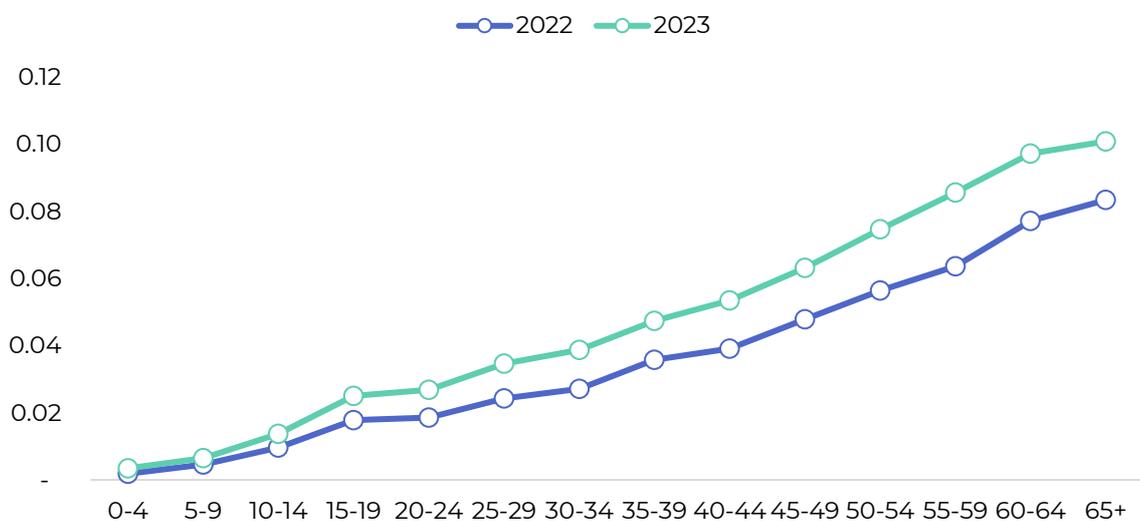
Давтамж - Шүдний зөөлц ба сурвалжийн орой тойрны эдийн өвчин K04



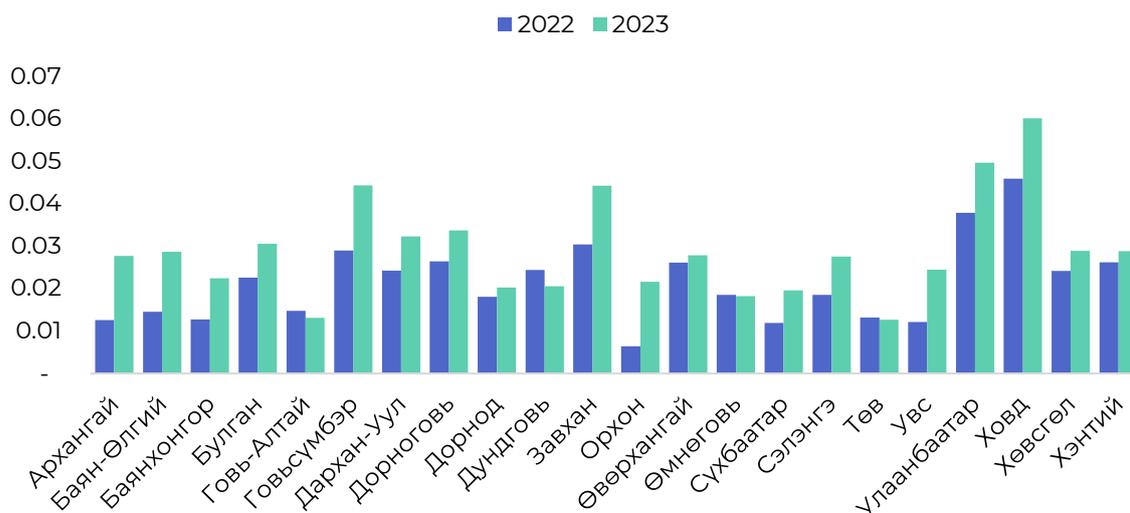
Давтамж - Шүдний зөөлц ба сурвалжийн орой тойрны эдийн өвчин K04



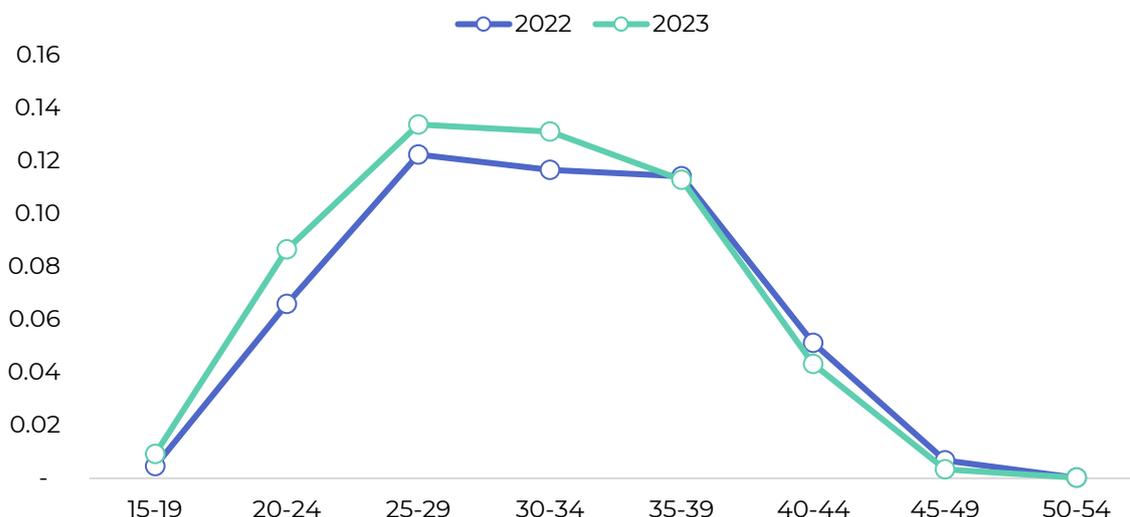
Давтамж - Гастрит ба дуоденит K29



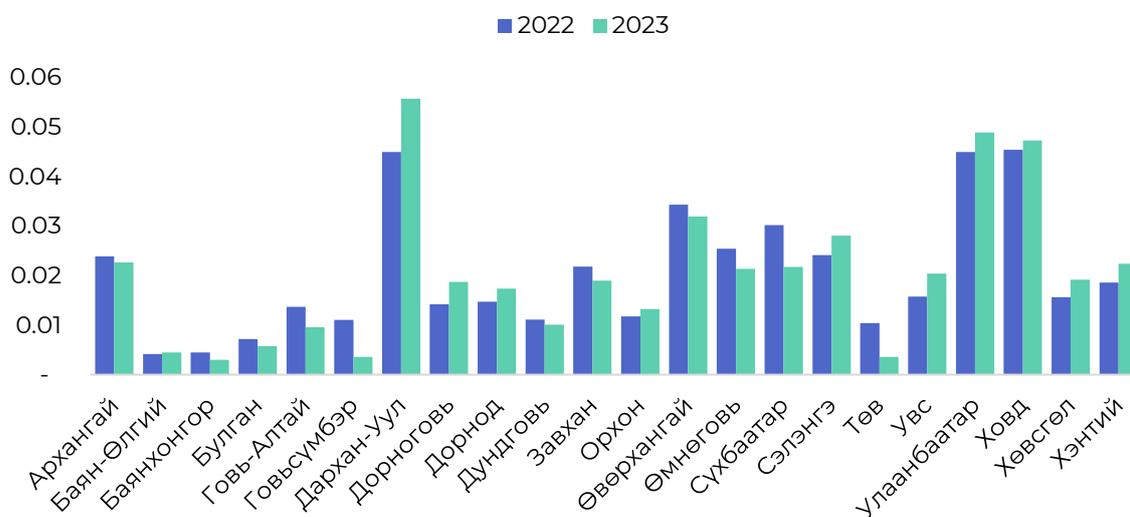
Давтамж - Гастрит ба дуоденит K29



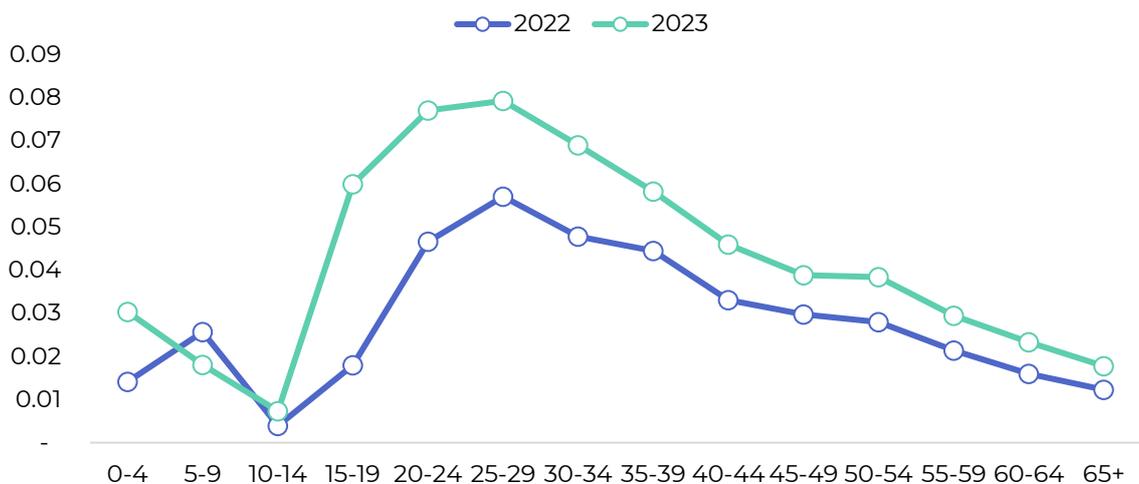
Давтамж - Эрсдэл ихтэй жирэмсний хяналт Z35



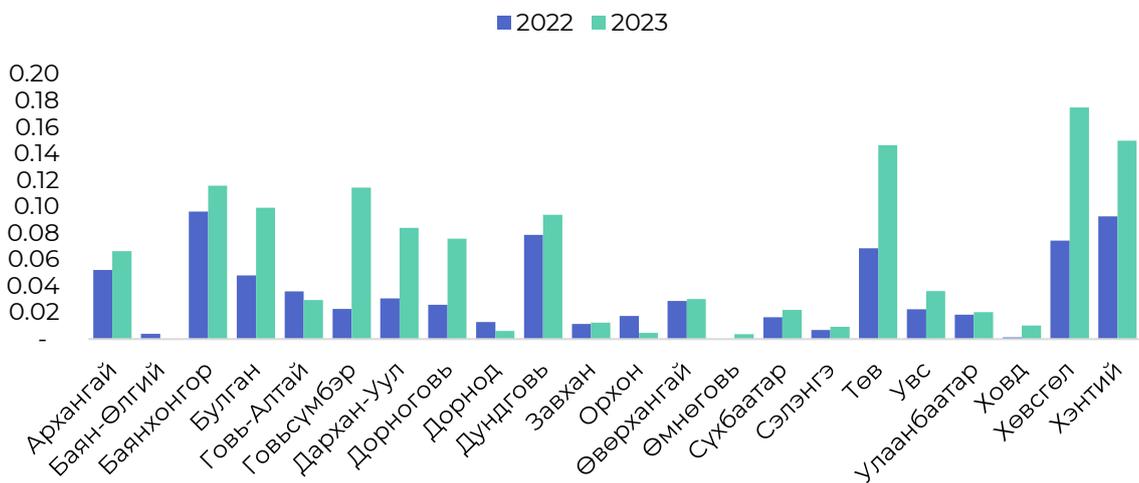
Давтамж - Эрсдэл ихтэй жирэмсний хяналт Z35



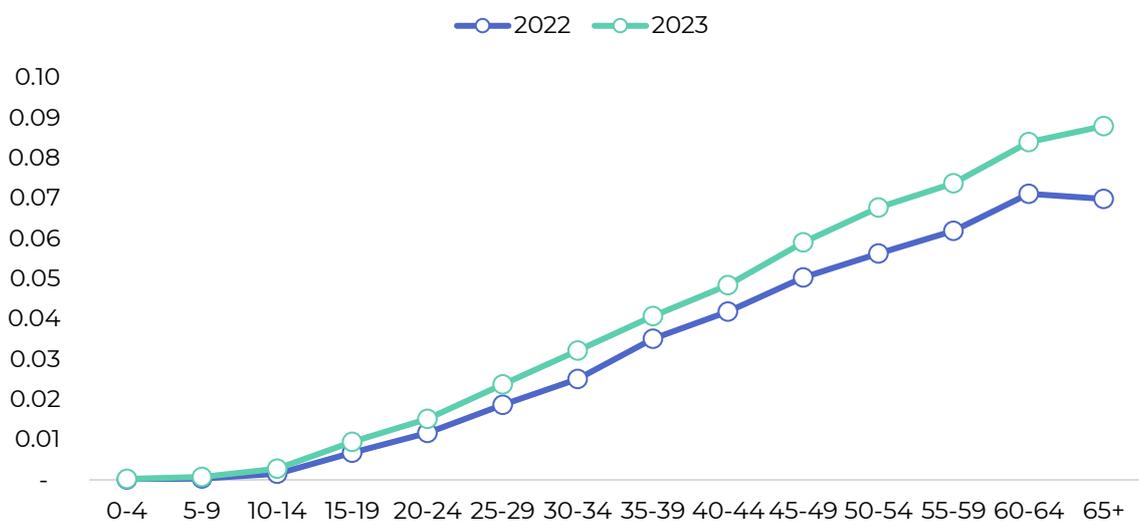
Давтамж - Тодорхой бүлэг хүмүүсийн эрүүл мэндийн хэвшмэл ерөнхий үзлэг Z11



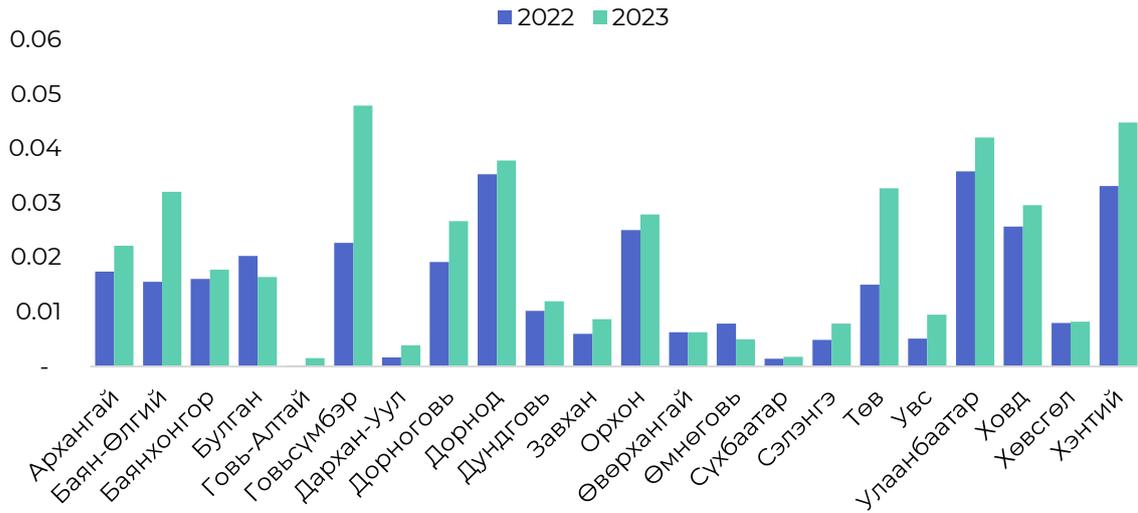
Давтамж - Тодорхой бүлэг хүмүүсийн эрүүл мэндийн хэвшмэл ерөнхий үзлэг Z11



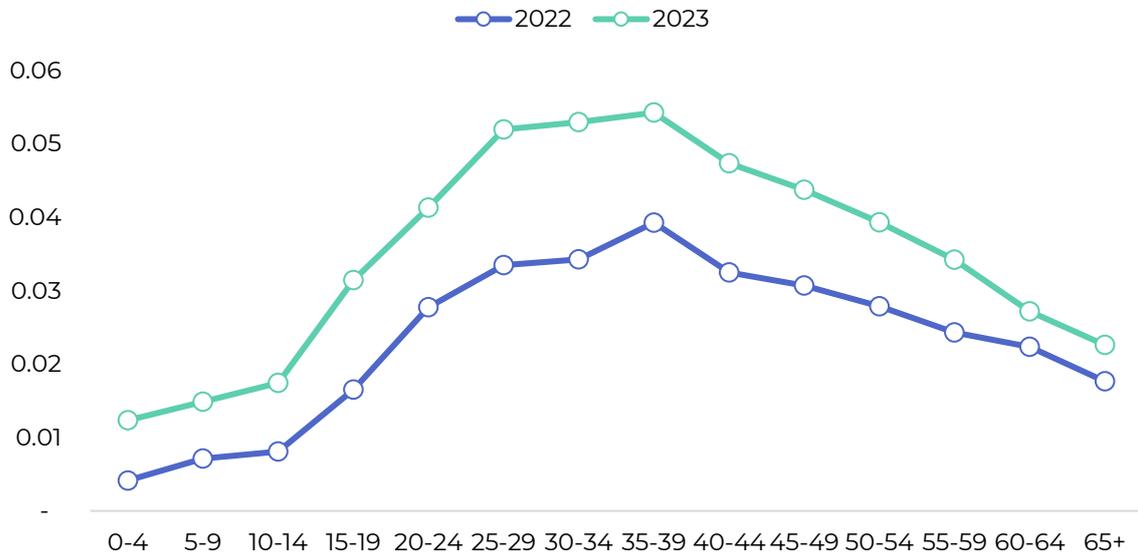
Давтамж - Дорсалги M54



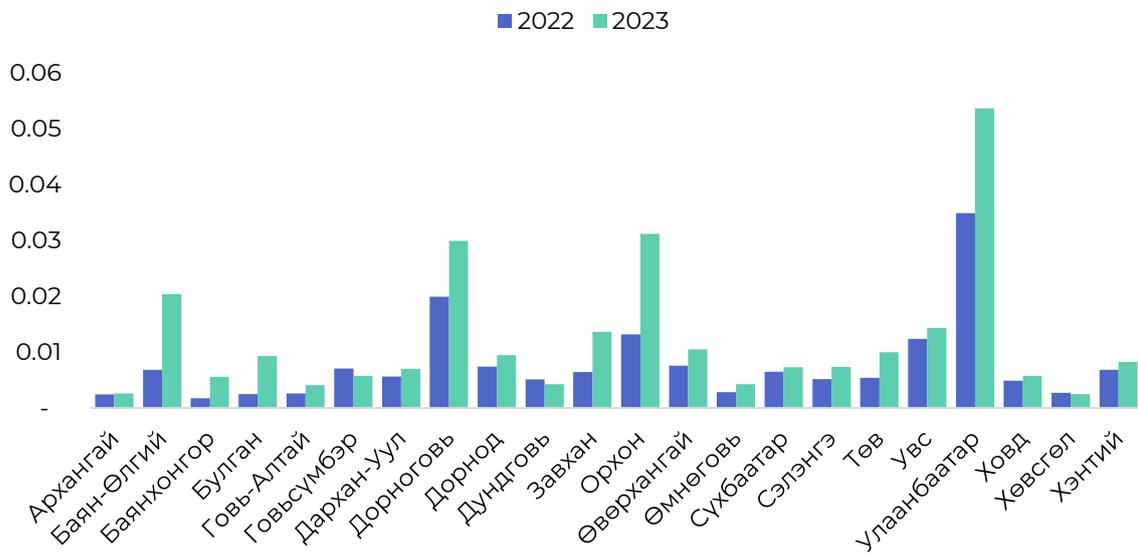
Давтамж - Дорсалги М54



Давтамж - Хамар ба хамрын хөндийн бусад эмгэг J34

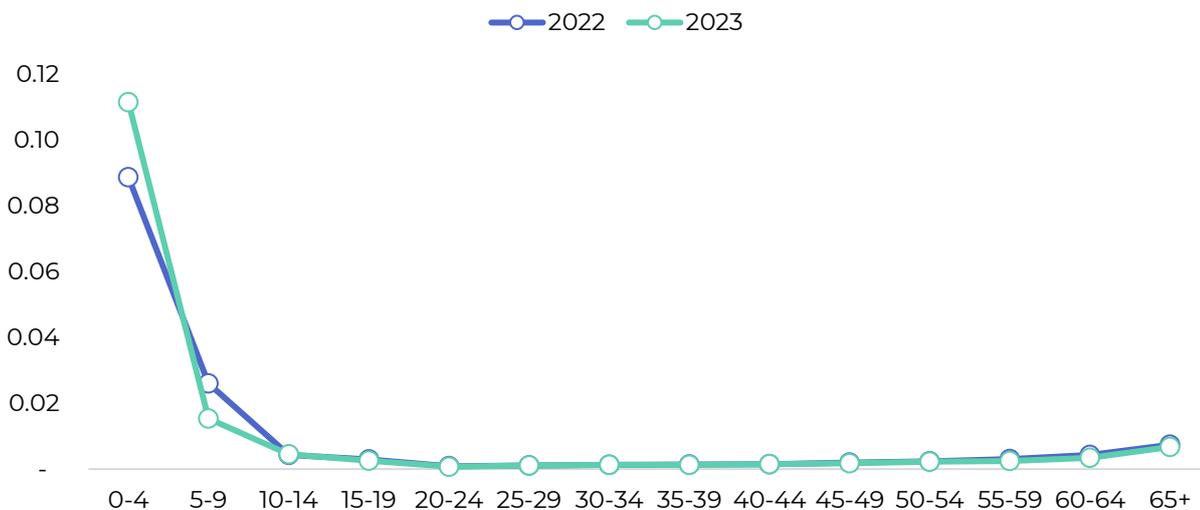


Давтамж - Хамар ба хамрын хөндийн бусад эмгэг J34

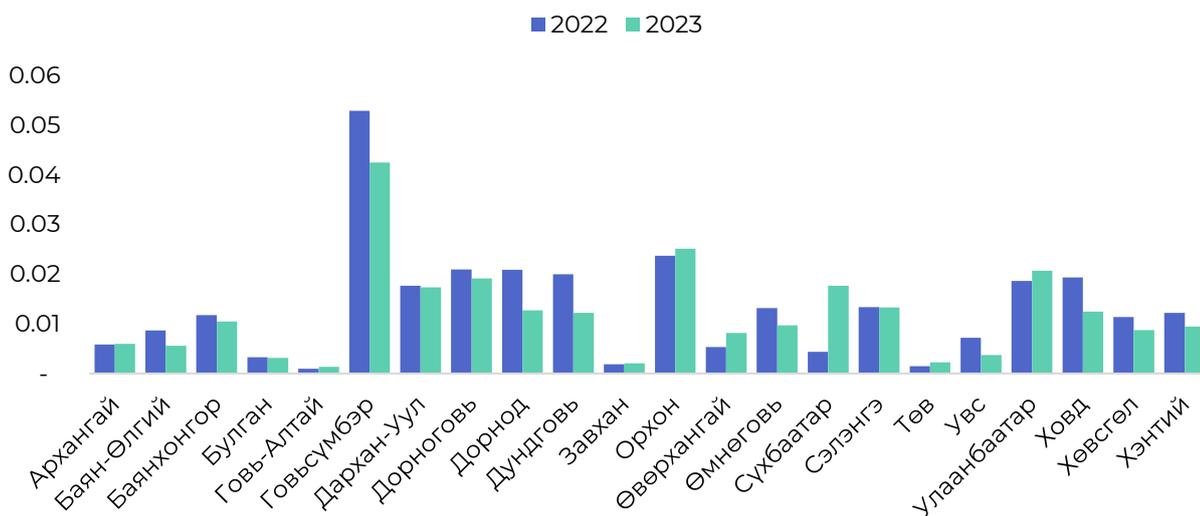


## Хэвтэн эмчлэх тэргүүлэх өвчнүүдийн тохиолдлын давтамжийн нас болон байршлаас хамаарсан хамаарал

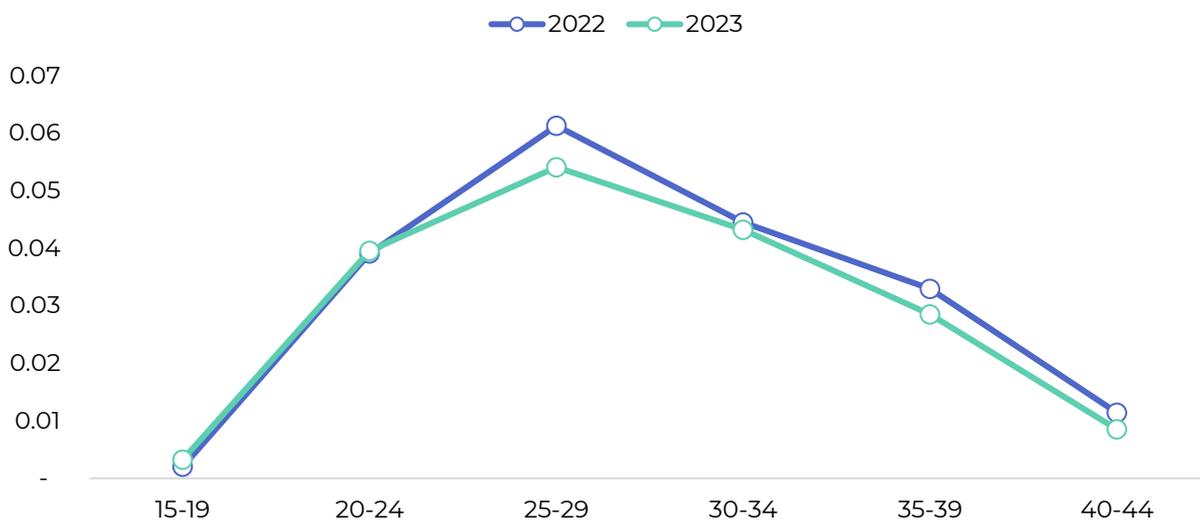
Давтамж - Үүсгэгч нь тодорхойгүй пневмони J18



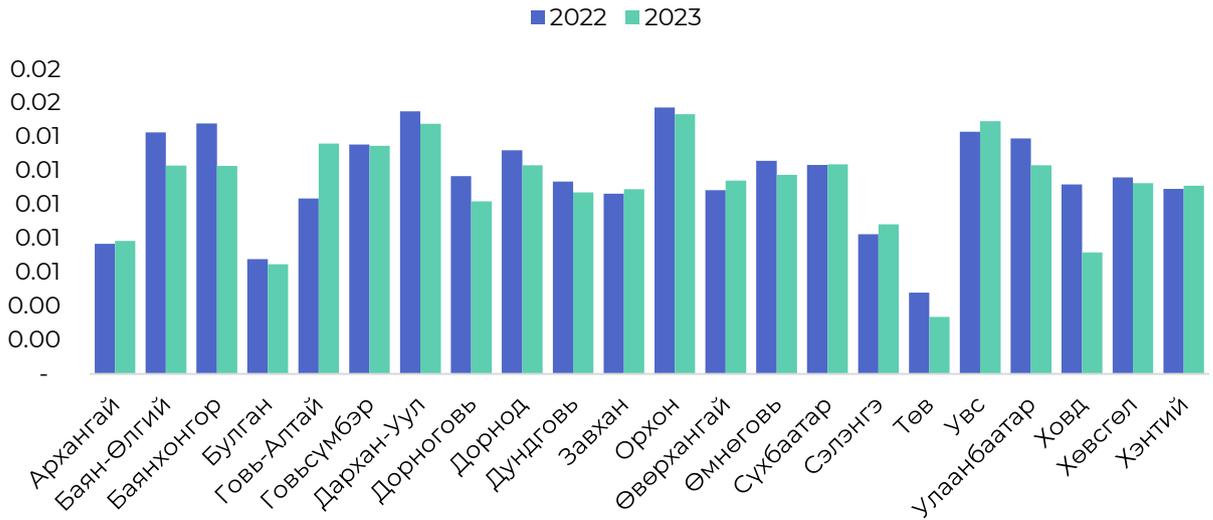
Давтамж - Үүсгэгч нь тодорхойгүй пневмони J18



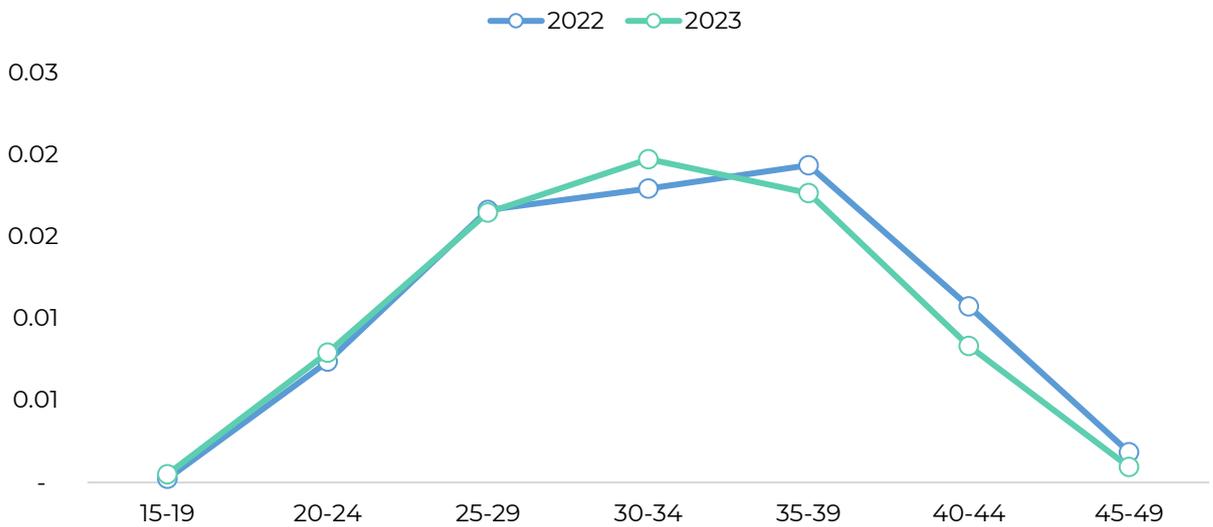
Давтамж - Нэг ургийн хэвийн төрлөг O80



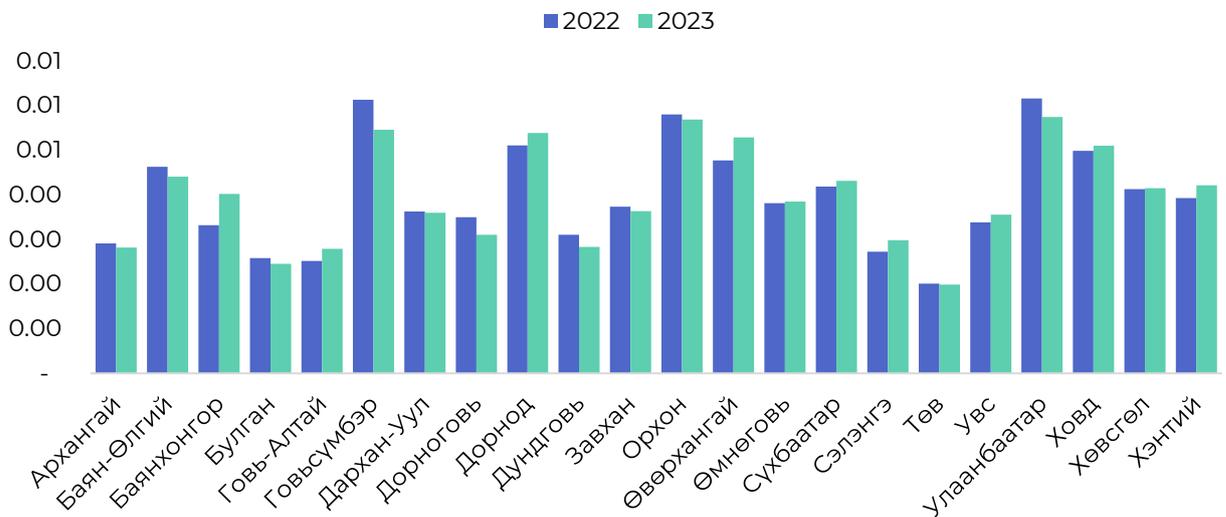
Давтамж - Нэг ургийн хэвийн төрлөг О80



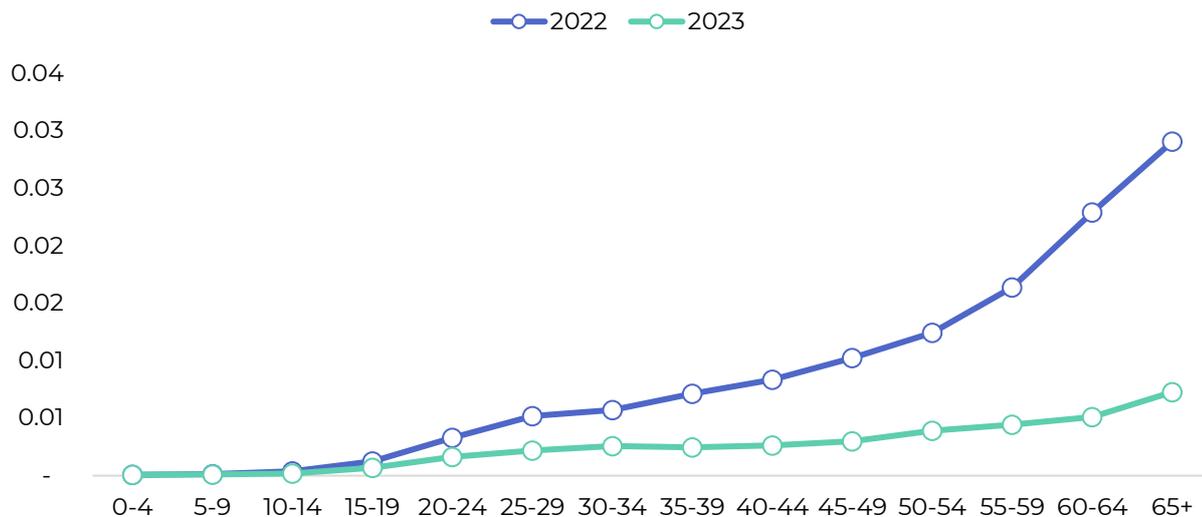
Давтамж - Кесар хагалгаагаар нэг ургийг төрүүлэх О82



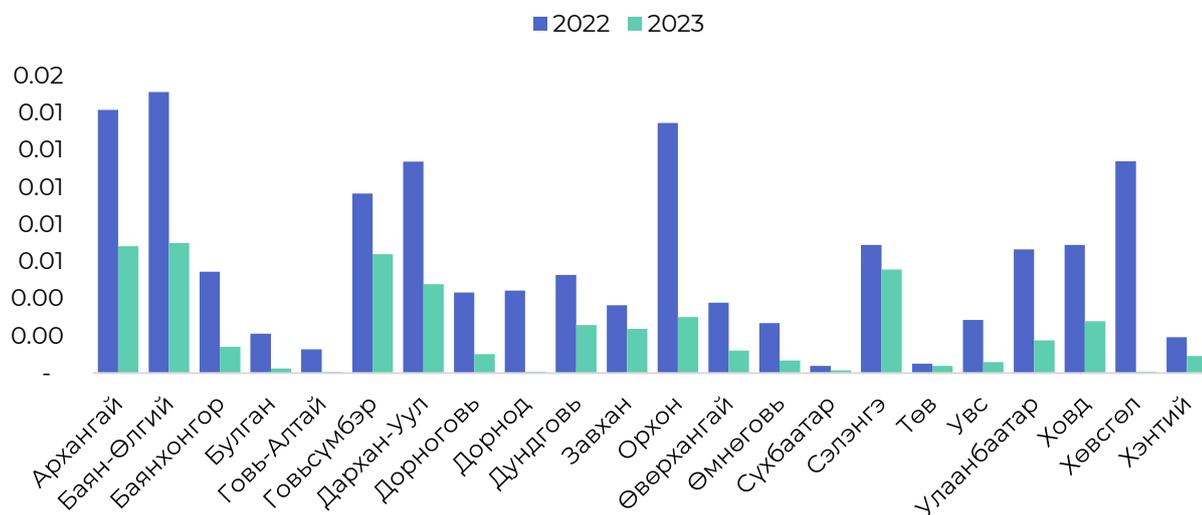
Давтамж - Кесар хагалгаагаар нэг ургийг төрүүлэх О82



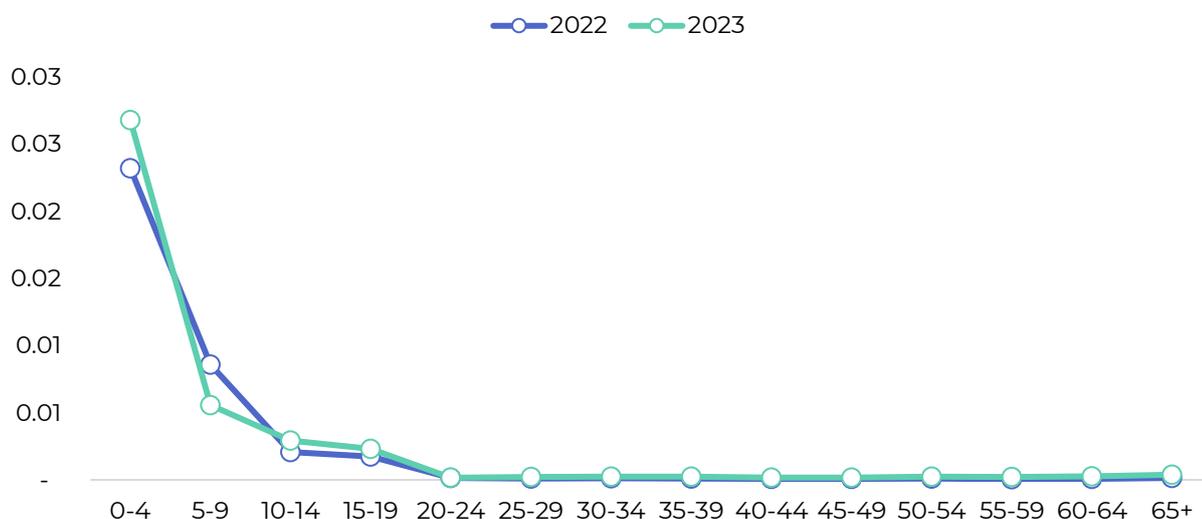
Давтамж - Сувганцрын завсрын эдийн архаг нефрит N11



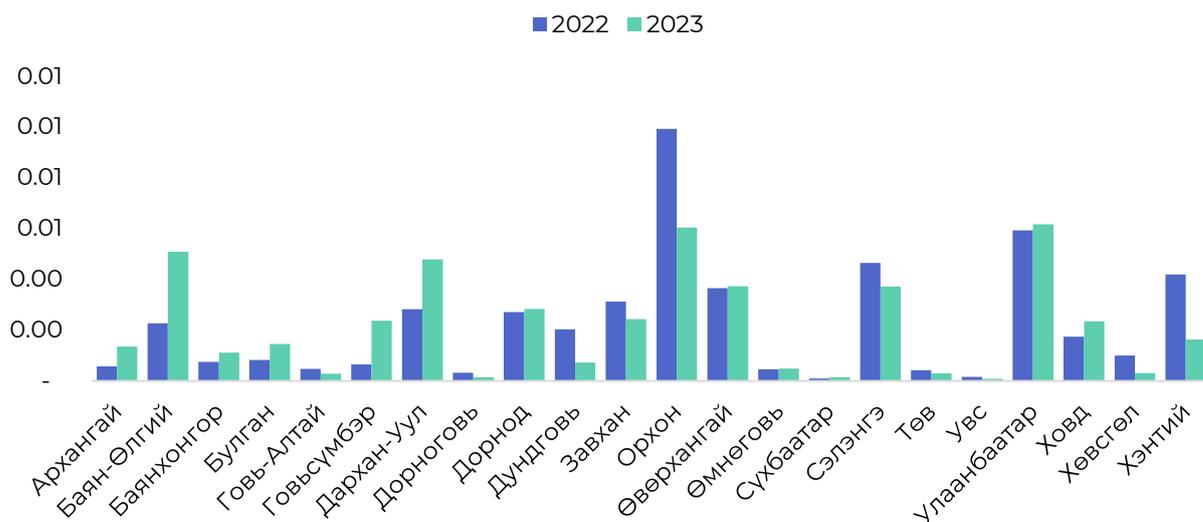
Давтамж - Сувганцрын завсрын эдийн архаг нефрит N11



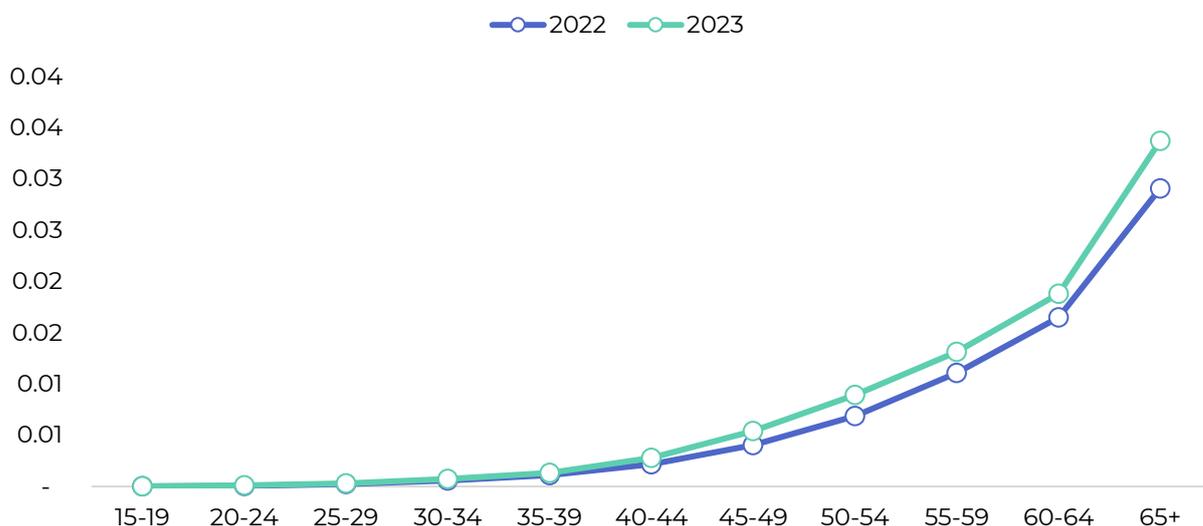
Давтамж - Цочмог бронхит J20



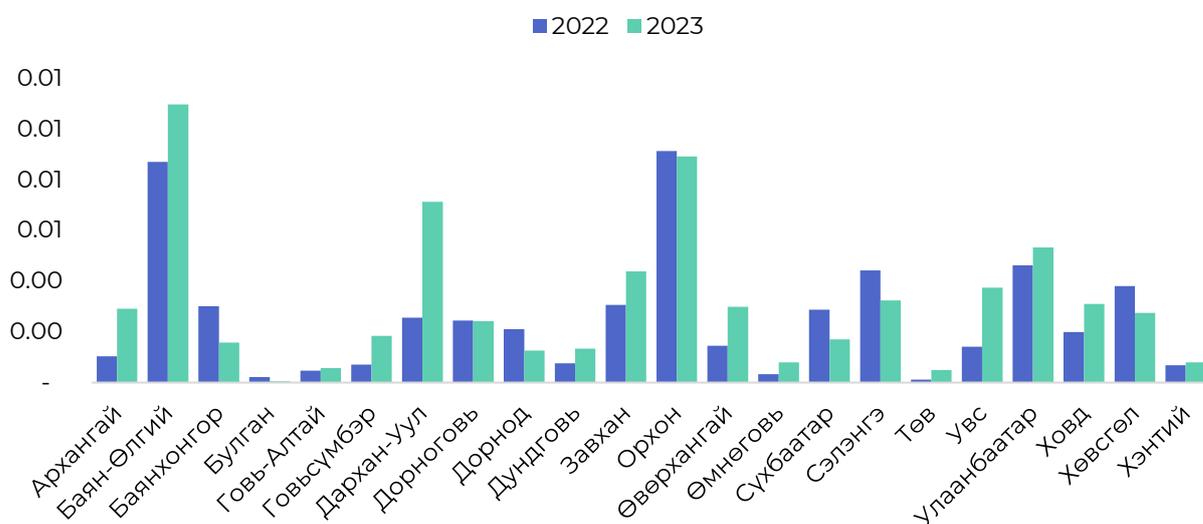
Давтамж - Цочмог бронхит J20



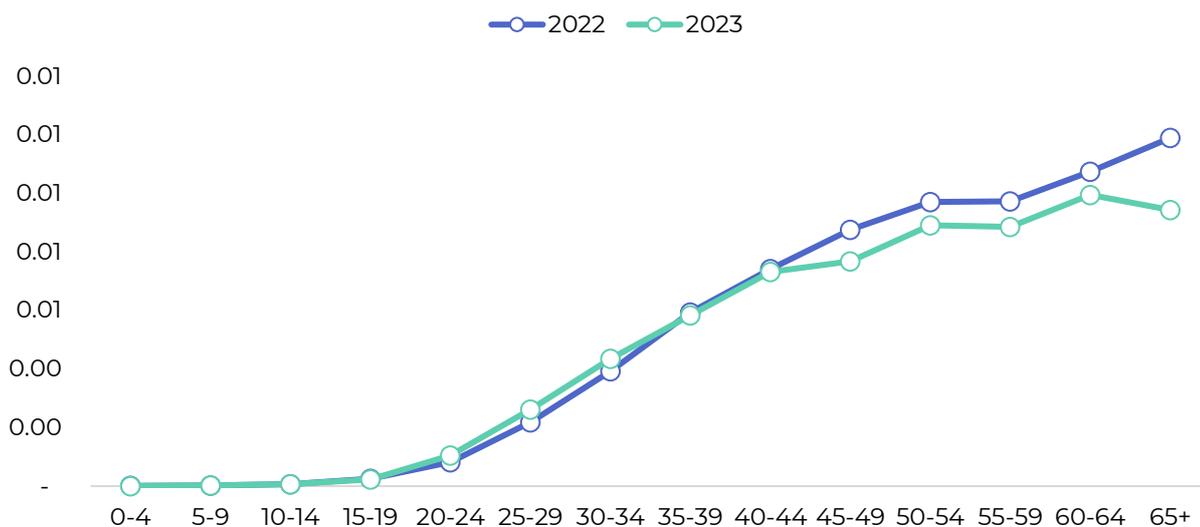
Давтамж - Зүрхний даралт ихсэх өвчин I11



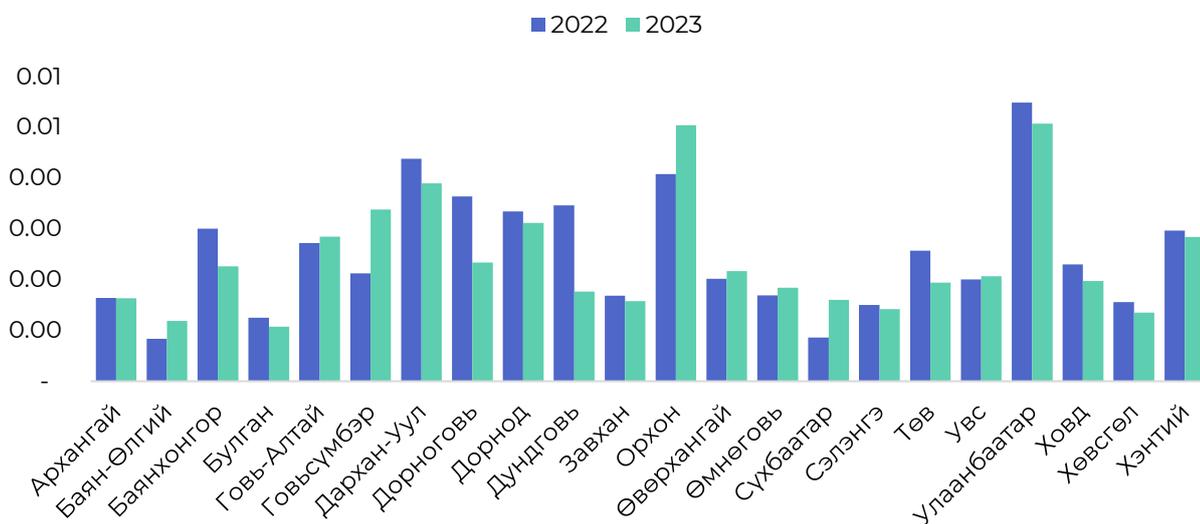
Давтамж - Зүрхний даралт ихсэх өвчин I11



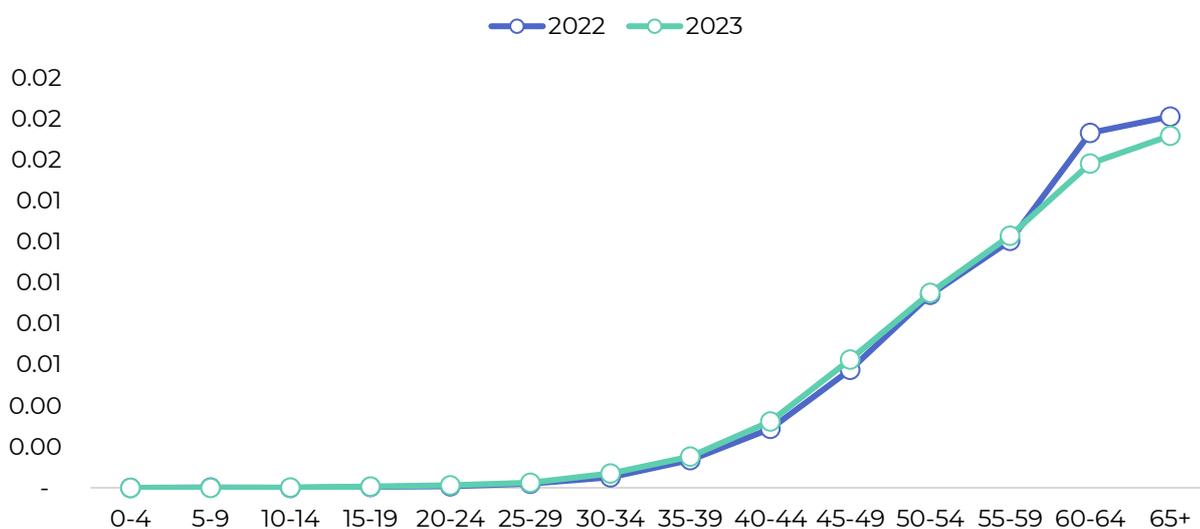
Давтамж - Цөсний чулуу K80



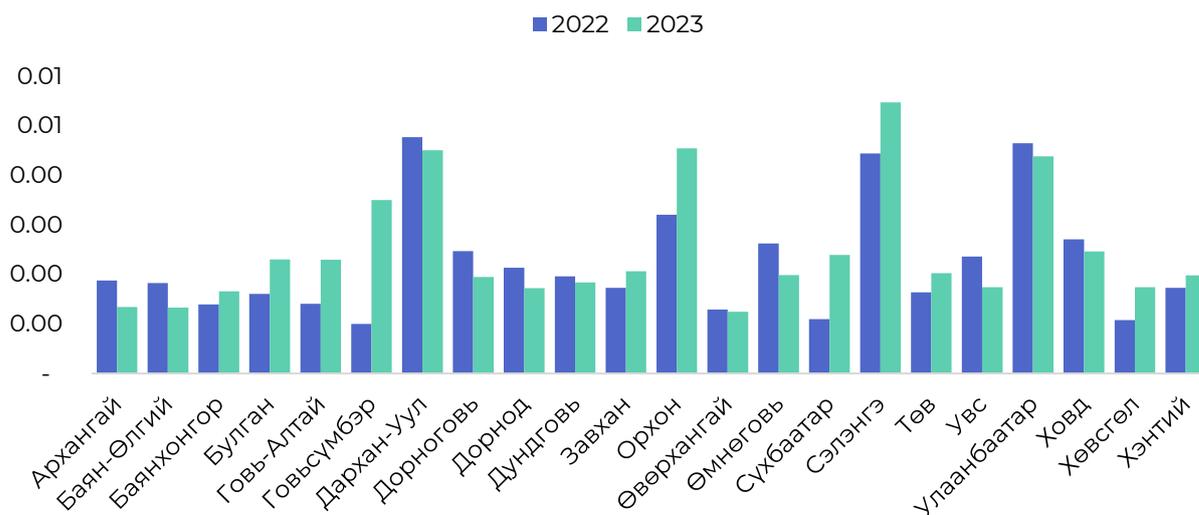
Давтамж - Цөсний чулуу K80



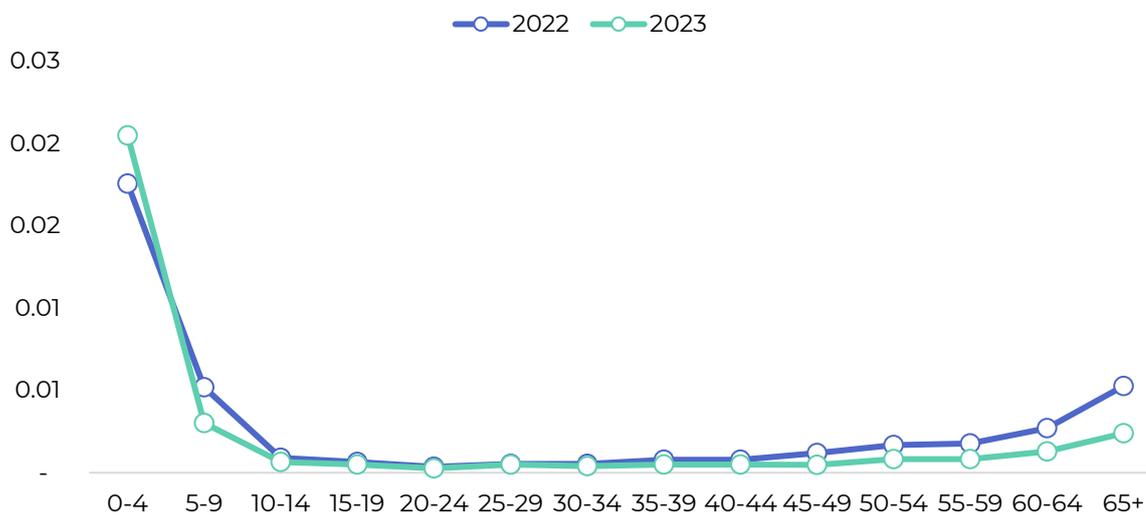
Давтамж - Инсулинээс үл хамаарах чихрийн шижин E11



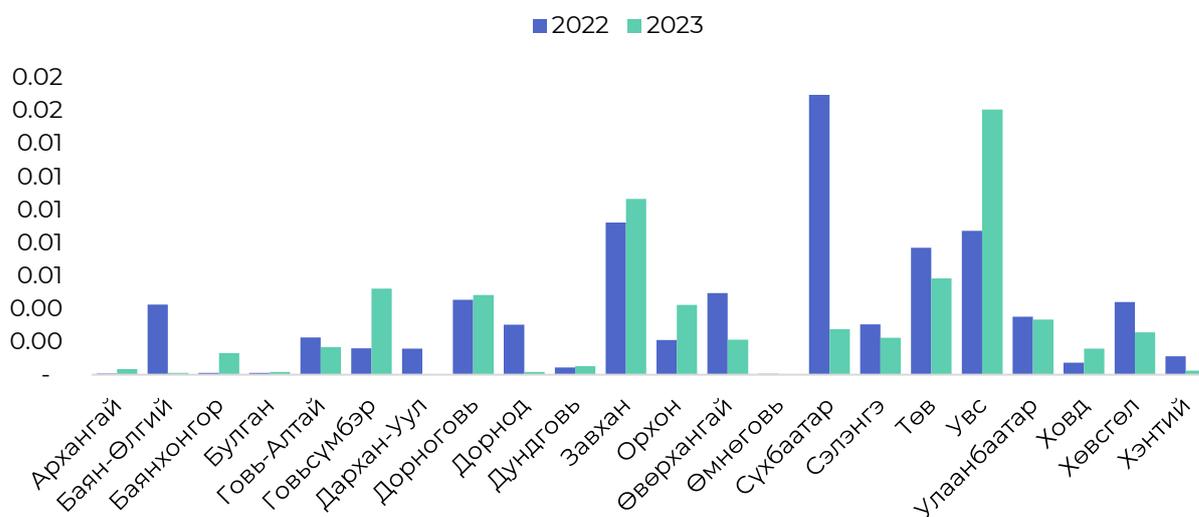
Давтамж - Инсулинээс үл хамаарах чихрийн шижин ЕТ1



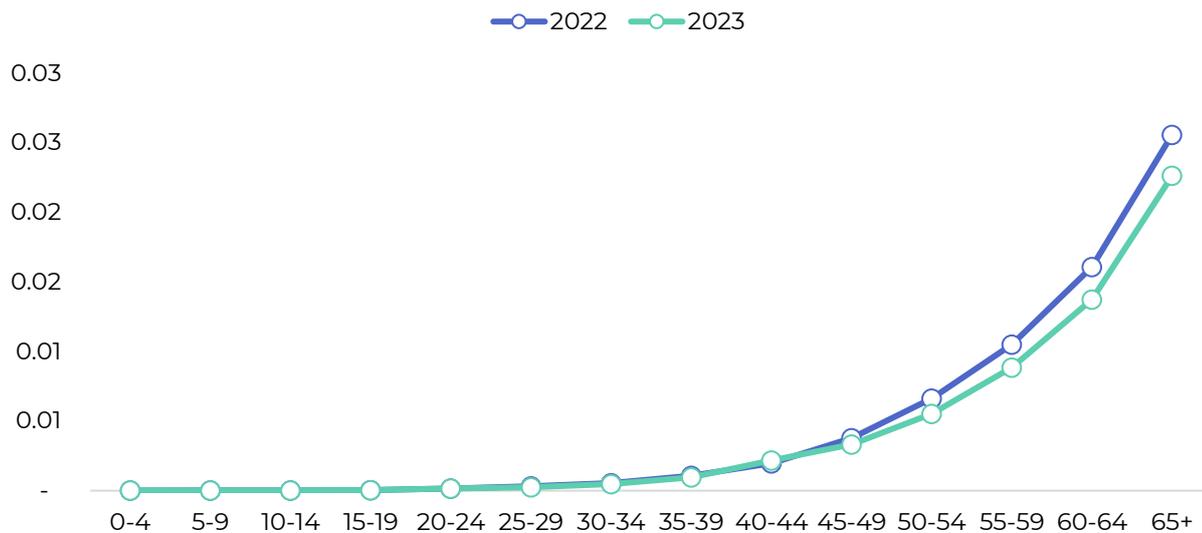
Давтамж - Өөр бүлэгт ангилаагүй вируст пневмони J12



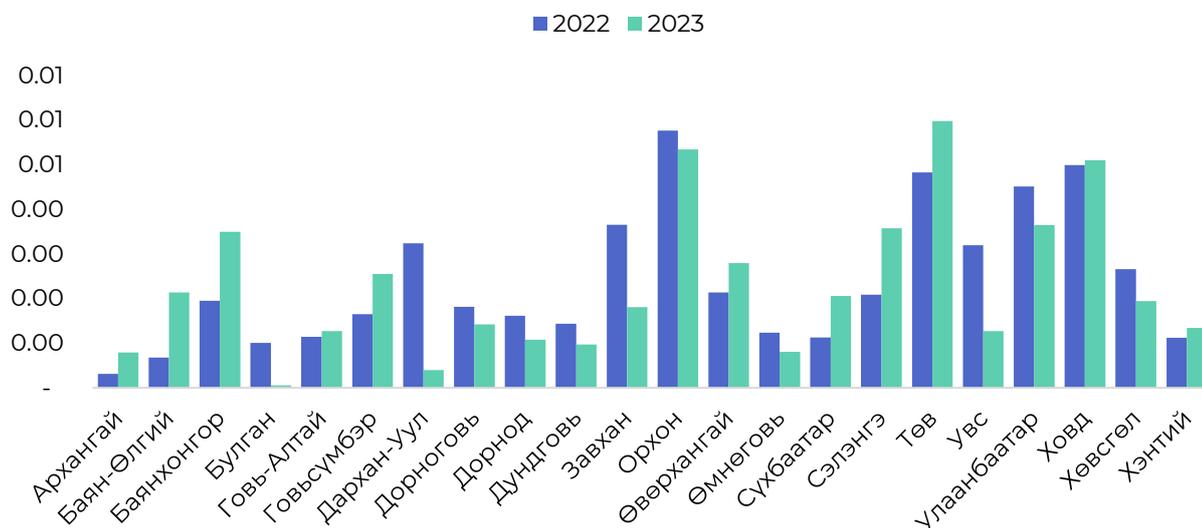
Давтамж - Өөр бүлэгт ангилаагүй вируст пневмони J12



Давтамж - Тархины судасны бусад өвчин I67



Давтамж - Тархины судасны бусад өвчин I67





## **Засгийн газрын Хяналт хэрэгжүүлэх газар**

Утас: +976-51-262046  
Факс: +976-70152046  
Цахим шуудан: [Info@ags.gov.mn](mailto:Info@ags.gov.mn)  
Хаяг: Засгийн газрын II байр, С.Данзангийн гудамж,  
Чингэлтэй дүүрэг, Улаанбаатар хот, 15160