

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН САНХҮҮЖИЛТИЙН ТОГТОЛЦОО БА ЦАЛИН ХӨЛСНИЙ СИСТЕМ: ОЛОН УЛСЫН ТУРШЛАГА, ЗӨВЛӨМЖ

*Ц.Норовдондог (Ph.D), Д.Амаржаргал (Ph.D),
О.Нарантуяа, Р.Оргилмаа, Б.Батцэцэг, Р.Нургул*

АГУУЛГА

УДИРТГАЛ

СУДАЛГААНЫ ХУРААНГУЙ

БҮЛЭГ I. ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТОГТОЛЦОО БА САНХҮҮЖИЛТИЙН ОЛОН УЛСЫН
ЗАГВАРУУД, ТЭДГЭЭРИЙН ОНЦЛОГ

- 1.1. Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцоог бүрдүүлэх хүчин зүйлс
- 1.2. Эрүүл мэндийн тогтолцоо ба түүний санхүүжилтийн загварууд
- 1.3. Шилжилтийн эдийн засагтай орнууд дахь эрүүл мэндийн тогтолцоо, шинэчлэлийн асуудал
- 1.4. Эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийн арга, механизмууд
- 1.5. Дэлхийн зарим орнуудын эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцооны онцлог
- 1.6. Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн ялгаатай тогтолцоон дахь эрүүл мэндийн салбарын үр дүнгийн үзүүлэлтүүдийн харьцуулалт
- 1.7. Олон улсын эрүүл мэндийн тогтолцооны үр нөлөөг хэмжих үзүүлэлтүүд
- 1.8. Дэлхийн улс орнуудын эрүүл мэндийн салбарын ерөнхий үзүүлэлт ба Монгол Улсын нөхцөл байдал
- 1.9. Дэлхий дахины эрүүл мэндийн санхүүжилтийн зарцуулалт

БҮЛЭГ II. ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН САНХҮҮЖИЛТИЙН ТОГТОЛЦООНЫ ОЛОН УЛСЫН
ТУРШЛАГА, ЭРХ ЗҮЙН ОРЧИН

2.1. АМЕРИКИЙН НЭГДСЭН УЛС

Хууль эрх зүйн зохицуулалт

Эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийн тогтолцоо

Эрүүл мэндийн даатгал

2.2. ИЗРАИЛ УЛС

Хууль эрх зүйн зохицуулалт:

Эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийн тогтолцоо

Эрүүл мэндийн салбар дахь шинэчлэл

2.3. БҮГД НАЙРАМДАХ СОЛОНГОС УЛС

Хууль эрх зүйн орчин

Эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийн тогтолцоо

Эрүүл мэндийн даатгал

2.4. ШИНЭ ЗЕЛАНД УЛС

Эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийн тогтолцоо

Ковид-19 цар тахлын эсрэг төсөвлөсөн төсөв

Эрүүл мэндийн даатгал

Эмнэлгийн санхүүжилт

2.5. ЯПОН УЛС

Хууль эрх зүйн зохицуулалт

Эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийн тогтолцоо

Эрүүл мэндийн байгууллагын санхүүжилт

Эрүүл мэндийн даатгал

2.6. ПЕРУ УЛС

Хууль эрх зүйн зохицуулалт

Эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийн тогтолцоо

2.7. БҮГД НАЙРАМДАХ КАЗАХСТАН УЛС

Эрх зүйн зохицуулалт

Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн зарцуулалт

UIH.MN
СУДАЛГААНЫ САН

Ковид-19 үеийн эрүүл мэндийн санхүүжилт

2.8.МОНГОЛ УЛС

Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцоо ба онцлог, хууль эрх зүйн орчин

Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцоо

Монгол улсын эрүүл мэндийн санхүүжилтийн бүрдүүлэлт

Монгол улсын эрүүл мэндийн санхүүжилтийн хуваарилалт

Эрүүл мэндийн байгууллагуудын санхүүжилт

Ковид-19 цар тахлын үед эрүүл мэндийн санхүүжилтийн талаар авч буй арга хэмжээ

БҮЛЭГ III. ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН САЛБАРЫН ЦАЛИН ХӨЛСНИЙ СИСТЕМ, ОЛОН УЛСЫН ЖИШИГ

3.1. Эрүүл мэндийн салбарын цалин хөлсний олон улсын систем, арга хэлбэрүүд ба харьцуулалт

3.2. Шилжилтийн эдийн засагтай зарим орнуудын эмч, эмнэлгийн ажилтнуудын цалин хөлсний систем, шинэчлэлийн явц

3.3. Эрүүл мэндийн байгууллагын цалин, урамшууллын стратеги

3.4. Эрүүл мэндийн салбарын цалин хөлсний системд нөлөөлөх хүчин зүйлс

3.5. ДЭМБ-ын гишүүн орнуудын эрүүл мэндийн салбарын цалин хөлсний байдал

3.6. ДЭМБ-ын эрүүл мэндийн салбарын цалин хөлс, урамшууллын стратеги

3.7. Дэлхийн банкны зөвлөмж: Эрүүл мэндийн ажилтны цалин урамшууллыг нэмэгдүүлэхэд баримтлах зарчим, анхаарах зүйлс

БҮЛЭГ IV. ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН САЛБАРЫН ЦАЛИН ХӨЛСНИЙ СИСТЕМ: БУСАД ОРНУУДЫН ТУРШЛАГА, ЭРХ ЗҮЙН ОРЧИН

4.1. АМЕРИКИЙН НЭГДСЭН УЛС

Цалингийн тогтолцооны эрх зүйн зохицуулалт

Дундаж цалин, шатлал

4.2. ИЗРАИЛ УЛС

Эрүүл мэндийн ажилтан, албан хаагч

Цалин хөлсний систем

4.3. ШИНЭ ЗЕЛАНД УЛС

Эрүүл мэндийн байгууллагын ажилтан, албан хаагч:

Цалин хөлсний систем

4.4. ЯПОН УЛС

Эрх зүйн зохицуулалт

Цалин хөлсний систем

4.5. ПЕРУ УЛС

Эрүүл мэндийн салбарын цалин хөлсний бодлого, эрх зүйн орчин, тогтолцоо

Цалин хөлсний бүтэц

4.6. БҮГД НАЙРАМДАХ КАЗАХСТАН УЛС

Эрүүл мэндийн салбарын цалин хөлсний бодлого, эрх зүйн орчин, тогтолцоо

ЭМС цалин хөлсний бүтэц, бүрэлдэхүүн

4.7. МОНГОЛ УЛС

Эрүүл мэндийн салбарын цалин хөлсний бодлого, тогтолцоо

Цалин хөлсний талаарх эрх зүйн зохицуулалт

Эрүүл мэндийн ажиллагсдын цалингийн дундаж

Эрүүл мэндийн ажиллагсдын дундаж цалингийн хэмжээ

Цалингийн бүрэлдэхүүн

АШИГЛАСАН МАТЕРИАЛ

УДИРТГАЛ

Судалгааны захиалгын дагуу “Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцоо ба цалин хөлсний систем: Олон улсын туршлага, зөвлөмж” сэдэвт харьцуулсан судалгааны ажлыг УИХ-ын Тамгын газрын Парламентын судалгааны хүрээлэнд гүйцэтгэв.

Судалгааны хамрах хүрээ:

Судалгааны ажлыг захиалагчаас ирүүлсэн хүсэлтийн дагуу эрүүл мэндийн салбарын ажилтнуудын цалин, урамшууллыг нэмэх боломжийг судлах зорилгоор гүйцэтгэлээ. Сэдвийн хүрээнд дараах 2 бүлэг асуудлыг гүнзгийрүүлэн судалж, харьцуулсан шинжилгээ хийсэн болно. Үүнд:

- 1) Эрүүл мэндийн тогтолцоон дахь олон улсын санхүүжилтийн загварууд, тэдгээрийн онцлог, давуу болон сул талууд, шилжилтийн эдийн засагтай орнуудын эрүүл мэндийн санхүүжилтийн загвар ба түүний шинэчлэл, олон улсын байгууллагуудаас гаргасан эрүүл мэндийн санхүүжилтийн талаарх зөвлөмж болон бусад орнуудын эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцооны загвар, бодлого-эрх зүйн орчин, санхүүжилтийн арга, механизмын талаарх практик туршлага
- 2) Эрүүл мэндийн тогтолцоон дахь эмч, эрүүл мэндийн ажилтнуудын цалин хөлсний систем, тэдгээрийн онцлог, давуу болон сул талууд, шилжилтийн эдийн засагтай орнуудын эрүүл мэндийн салбарын цалин хөлсний шинэчлэлийн бодлого, эрх зүйн орчин, цалин, урамшууллын механизмын талаарх практик туршлагуудыг харьцуулан судаллаа.

Судалгаанд эрүүл мэндийн санхүүжилтийн олон улсад түгээмэл хэрэглэгдэж байгаа загваруудыг нутагшуулсан орнуудын төлөөллүүд, мөн эрүүл мэндийн ажилтнуудын цалин хөлсний дэвшилтэт системийг нэвтрүүлсэн, манайхтай ижил шилжилтийн эдийн засагтай орнуудын төлөөллүүд болох АНУ, Израил, БНСУ, Шинэ Зеланд, Япон, Перу, ОХУ Казахстан, Монгол зэрэг орнуудыг хамруулав.

Судалгааны тайлан 4 бүлэгтэй:

Нэгдүгээр бүлэгт, дэлхий дахинд бүрэлдэн бий болсон эрүүл мэндийн тогтолцоо ба санхүүжилтийн загварууд, тэдгээрийн онцлог, давуу болон сул талууд, эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцоо бүрдэхэд нөлөөлөх хүчин зүйлс зэрэг асуудлуудыг хамруулснаас гадна дээрх тогтолцооны жишгийг тогтоосон сонгодог загвартай Герман, Канад, Франц, Их Британи, АНУ, Япон орнуудын туршлага, шилжилтийн эдийн засагтай орнуудад явагдаж буй эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцооны шинэчлэл зэрэг асуудлуудыг хөндөн судалсан. Мөн улс орнуудын орлогын түвшинд эрүүл мэндийн салбарын үр нөлөөг хэмжих үзүүлэлтүүд ямар байгааг гарган, Монгол Улстай харьцуулан харуулсан болно.

Хоёрдугаар бүлэгт, эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцооны олон улсын практик туршлагуудыг харьцуулан судалсан. Судалгаанд АНУ, Израил, БНСУ, Шинэ Зеланд, Япон, Перу, Казахстан, Монгол зэрэг орнуудыг хамрууллаа.

Гуравдугаар бүлэгт, дэлхий дахинд бүрэлдэн бий болсон эрүүл мэндийн салбарын цалин хөлсний системийн олон улсын жишиг, аргачлал, давуу болон сул талууд, цалин хөлсний санхүүжилтийн эх үүсвэр ба олгох механизм, ДЭМБ, Дэлхийн банкнаас эрүүл мэндийн салбарын ажилтнуудын цалин хөлстэй холбоотой гаргасан зөвлөмж, олон улсад нийтлэг дагаж мөрдөх стратеги болон баримтлах зарчмуудын талаарх мэдээллийг оруулсан.

Дөрөөдүгээр бүлэгт судалгаанд авагдсан орнуудын эрүүл мэндийн салбарын цалин хөлсний систем, бодлого, эрх зүйн зохицуулалт, цалин хөлсний системийн бүтэц, урамшууллын механизмтай холбоотой практик туршлагуудыг харьцуулан судлав.

Түлхүүр үг: Эрүүл мэндийн тогтолцооны санхүүжилт, эрүүл мэндийн ажилтны цалин, урамшуулал, эмнэлгийн ажилтны цалингийн бодлого, цалингийн стратеги, цалингийн нөхцөл байдал, цалинд нөлөөлөх хүчин зүйлс

Keywords: Healthcare system financing, health workforce remuneration, health workers salary policy, total gross wages of health worker, remuneration and incentive strategy, factors of health workers' salary

СУДАЛГААНЫ ХУРААНГУЙ

1) Эрүүл мэндийн тогтолцооны санхүүжилтийн загварын харьцуулалт

Судлаачид дэлхийн улс орнуудын эрүүл мэндийн тогтолцооны загваруудыг олон ургальч байдлаар ангилсан судалгаа, үзэл хандлагууд түгээмэл байна. Тухайлбал,

Нэг. Нийгэм-улс төрийн тогтолцооны үзэл хандлага талаас нь классик тогтолцоо, плюрал тогтолцоо, даатгалын тогтолцоо, үндэсний тогтолцоо, социалист тогтолцоо гэж ангилахаас гадна утилитар, коммунатор, либерал тогтолцоо ч гэж нэрлэдэг.

Орчин үед ДЭМБ-ын экспертүүдийн¹ тогтоосон эрүүл мэндийн тогтолцооны дараах үндсэн 3 ангиллыг түгээмэл ашиглаж байна.

- Төрийн оролцоотой тогтолцоо (Бевериджийн систем)
- Бүх нийтийг хамарсан эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоо (Бисмаркийн систем)
- Зах зээлийн буюу хувийн эрүүл мэндийн тогтолцоо

Олон улсын судлаачдын ангиллыг өргөн хүрээнд авч үзвэл ерөнхий тогтолцооны шинж байдал, ангиллаас хамааруулан дэлхий дээр эрүүл мэндийн тогтолцооны дараах загварууд бий болсон гэж үздэг:

1. Универсал загвар (Бевериджийн загвар)
2. Нийгмийн даатгалын тогтолцооны загвар (Бисмаркийн загвар)
3. Өмнөдийн загвар (Испани, Португал, Грек, Италийн зарим хэсэг)
4. Скандинавын загвар буюу институциональ загвар (социал демократ загвар)
5. Либераль загвар
6. Корпоратив-консерватив загвар (Япон)
7. Латин-америкийн загвар
8. Зүүн Азийн аж үйлдвэржсэн орнуудын эрүүл мэндийн тогтолцооны загвар
9. Шилжилтийн эдийн засагтай орнуудын эрүүл мэндийн тогтолцооны загвар хэмээн ангилж байна.

Хоёр. Эдийн засаг-санхүүжилтийн арга механизм талаас нь, эрүүл мэндийн салбарын тогтолцоо, үйл ажиллагаанд төрөөс хэрхэн оролцож байгааг чухалчлан авч үздэг бөгөөд орчин үед эрүүл мэндийн тогтолцооны санхүүжилтийн дараах 3 загварыг түгээмэл ашиглаж байна:

1. Зах зээлийн систем буюу хувийн эрүүл мэндийн даатгалын системд суурилсан төлбөртэй эмнэлгийн үйлчилгээний загвар

¹ (S. Hakansson, B. Majnoni, D'Intignano, G.H. Mooney, J.L. Roberts, G.L. Stoddart, K.S. Johansen, H. Zollner)

2. Төсвийн санхүүжилтэнд суурилсан төрийн эрүүл мэндийн үйлчилгээний загвар
3. Нийгмийн даатгал болон зах зээлийн санхүүжилтийн олон сувгуудыг нэгтгэсэн эрүүл мэндийн үйлчилгээний загвар

Дээрх 3 загвар өөрийн гэсэн давуу болон сул талуудтай бөгөөд дэлхийн улс орнууд санхүүжилтийн үндсэн арга механизм болгон ашиглаж байна.

Загвар 1-ийн хувьд, төрийн эрүүл мэндийн даатгалын нэгдсэн тогтолцоо үйлчлэхгүй бөгөөд эмнэлгийн үйлчилгээний төлбөрийг иргэд хувиасаа гаргадаг. (*сонгодог жишээ АНУ*)

Загвар 2-ын хувьд, төрийн оролцоо чухал үүрэгтэй. Эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийг үндсэндээ улсын төсвөөс бүрэн санхүүжүүлэх бөгөөд иргэд эрүүл мэндийн үйлчилгээг үнэ төлбөргүй авах эрхтэй. (*сонгодог жишээ Куба, Их британи*)

Загвар 3-ын хувьд, нийгмийн даатгал буюу эрүүл мэндийн даатгалын систем чухал үүрэгтэй. Эрүүл мэндийн тогтолцооны энэхүү загвар нь эдийн засгийн холимог тогтолцоон дээр тулгуурлана. Өөрөөр хэлбэл, нийгмийн янз бүрийн бүлгийн хүн амыг эрүүл мэндийн үйлчилгээнд бүрэн хамруулах зорилготой, эрүүл мэндийн үйлчилгээний зах зээлийн тогтолцоо болон нийгмийн даатгалын баталгааг хослуулсан, төрийн зохицуулалтын хөгжингүй систем буюу холимог загвар юм.

Энэхүү загварыг орчин үед дэлхийн улс орнууд түгээмэл ашиглаж байгаа бөгөөд тогтолцооны гол онцлог нь хүн амыг эрүүл мэндийн заавал даатгалд бүрэн хамруулах, эрүүл мэндийн даатгалын сангийн санхүүжилтэнд төрөөс тодорхой хэмжээгээр оролцох шаардлагатай болдог. Учир нь төрийн үүрэг нь эрүүл мэндийн салбарын зах зээлийн төлбөртэй зарчмыг хөндөхгүйгээр, иргэдийн амьжиргааны ялгаатай байдлыг харгалзан эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнд бүрэн хамруулах баталгааг хангахад чиглэгдэнэ. Түүнчлэн эрүүл мэндийн салбарын үүрэг нь иргэд эрүүл мэндийн үйлчилгээ авах байгууллагаа бие даасан байдлаар сонгох, эмнэлгийн тусламж үйлчилгээг баталгаат түвшинд чанартай авах боломжийг бүрдүүлэхэд чиглэнэ.

Санхүүжилтийн олон урсгал бүхий энэхүү загвар нь (хөрөнгийн эх үүсвэрийг Улсын төсөв, ЭМД-ийн шимтгэл, Даатгалын сангийн ашгаас бүрдүүлдэг) эрүүл мэндийн салбарын нийгмийн даатгалд суурилсан, уян хатан, тогтвортой систем гэдгээрээ давуу талтай. Энэ загварыг хэрэгжүүлсэн орнуудын сонгодог жишээ нь, Финланд, Франц, Нидерланд, Австри, Бельги, Голланд, Швейцар, Канад, Япон зэрэг орнууд юм. Монгол улсын эрүүл мэндийн тогтолцооны хувьд төрийн оролцоо чухал үүрэгтэй боловч эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоо системийн онцлогоос шалтгаалж байгаа тул холимог загвартай байна.

Нийгмийн даатгалын санхүүжилтийн гол шинж нь төрийн оролцоо болон зах зээлийн загварыг хослуулснаараа онцлогтой. Аль параметр нь илүү давамгайлж байгаагаас шалтгаалан төрийн оролцоо давамгайлсан, зах зээлийн загвар давамгайлсан гэж тодорхойлогдоно. Жишээ нь, Скандинавын орнууд болон Канадад төрийн оролцоо түлхүү байдаг бол Францад зах зээлийн загвар давамгайлдаг байна.

Эрүүл мэндийн тогтолцоог үйлчилгээний нийгмийн шинж чанар талаас нь авч үзвэл, иргэдэд эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг тэгш, хүртээмжтэй үзүүлэх нь төрийн бодлогын гол асуудал учраас төрөөс заавал оролцох шаардлагатай болдог.

Иймд төрөөс эрүүл мэндийн салбарыг нэгдсэн удирдлагаар хангаж, хяналт тавих тогтолцоо буюу улсын төсвөөс давамгайлсан санхүүжүүлэх зарчим (Беверидж систем) бий болсон. Жишээ нь, Их Британид Үндэсний эрүүлийг хамгаалах систем үйлчлэх бөгөөд гол үзэл санаа нь эв санааны нэгдлийн зарчим буюу баян нь ядуудаа, эрүүл нь өвчтэй хүмүүстээ туслах зарчим буюу төвлөрсөн тогтолцоо бүхий төлөвлөлт-хуваарилалтын шинжийг агуулна. Энэ загвар нь өөрийн гэсэн давуу болон сул талтай. Тухайлбал,

- өрсөлдөөн үгүй тул эрүүл мэндийн салбарын жам ёсны хөгжлийг идэвхжүүлэх хөшүүрэг бага, улмаар энэ нь эрүүл мэндийн үйлчилгээний чанарт нөлөөлөх сөрөг талтай, түүнчлэн салбарын бүтэц тогтолцоо уян хатан биш байдгаас шалтгаалж удирдлагын үр ашиггүй стратеги баримтлах, техник технологийн шинэчлэл удаашрах зэрэг сул талтай бол өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх бодлого, тогтолцоо сайн учраас өвчлөл харьцангуй буурах, өртөг зардал багасах давуу талтай.

Эрүүл мэндийн үйлчилгээний нийгмийн даатгалын (Бисмарк) загварын үед хүний эрүүл мэндийг “капитал” гэж авч үздэг. Энэ загварын гол зарчим нь эрүүл мэнд бол хөдөлмөрийн бүтээмжийг нэмэгдүүлэх нийгмийн үнэт капитал гэх үзэлд тулгуурласан.

Энэ загварын онцлог нь төрийн эрүүл мэндийн даатгалын системээр дамжуулан орлогын дахин хуваарилалт хийдэгт оршино. Даатгалын тогтолцоо нь ядуу иргэд, хөдөлмөрийн чадвар алдсан хүмүүсийн нийгмийн тулгамдсан асуудлыг шийдвэрлэхэд ихээхэн дэм болж байдгаараа онцлогтой.

Шилжилтийн эдийн засагтай орнуудад хүн амын эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний эрэлт хэрэгцээ их байгаа хэдий ч эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний байгууллагууд хэвийн ажиллахын тулд юуны өмнө санхүүжилтийн уян хатан, тасралтгүй механизмыг бүрдүүлэх шаардлага тулгамдсан асуудал болж байна.

Гэвч төсвийн хомсдолд байнга орж байдаг эдгээр орнуудын хувьд эрүүл мэндийн тогтолцооны төрийн санхүүжилтийн загварт найдахад хэцүү. Нөгөө талаас иргэдийн орлогын түвшин, төлбөрийн чадвар муу байх тул эмнэлгийн үйлчилгээг төлбөртэй үзүүлэх боломж хязгаарлагдмал байдаг.

Ийм учраас шилжилтийн эдийн засагтай орнуудад эрүүл мэндийн тогтолцооны зах зээлийн санхүүжилтийн загвар дангаараа төдийлөн тохиромжтой биш бөгөөд нийгмийн эмзэг бүлгийн гишүүдийн эрүүл мэндийн үйлчилгээний хэрэгцээг хангахад төрийн оролцоо чухал хэвээр байсаар байна. Шилжилтийн эдийн засгийн хүндрэл бэрхшээл, улс төр-эдийн засгийн нөхцөл байдал, нийгмийн бүлгүүдийн орлогын ялгаа улам нэмэгдсэнтэй холбогдуулан шилжилтийн эдийн засагтай орнууд хүн амыг эрүүл мэндийн үйлчилгээнд тэгш хамруулах боломжийг хангасан оновчтой тогтолцоог бүрдүүлэх шаардлагатай тулгарч байна. Өнөө цаг үед шилжилтийн эдийн засагтай орнуудын хувьд хөрөнгийн боломжит эх үүсвэрүүдийг эрүүл мэндийн салбарт татан төвлөрүүлэх бүх боломжуудыг судлан ашиглах ёстой гэж экспертүүд зөвлөж байна.

Шилжилтийн эдийн засагтай орнуудад дээрх загваруудаас хамгийн тохиромжтой нь **санхүүжилтийн олон сувгууд бүхий нийгмийн даатгалын тогтолцооны загвар** байх болно. Өөрөөр хэлбэл, эрүүл мэндийн салбарыг санхүүжилтийн олон эх үүсвэрт тогтолцоонд шилжүүлж, улсын төсвийн хөрөнгө, нийгмийн даатгалын шимтгэл болон даатгалын компанийн ашгийн хувиар санхүүжилтийн эх үүсвэрийг бүрдүүлэх нь оновчтой гэж олон улсын шинжээчид зөвлөж байна.

2) Эрүүл мэндийн салбарын цалин хөлсний системийн харьцуулалт

Дэлхийн эрүүл мэндийн салбарт тулгамдаж буй гол асуудал бол санхүүжилтийн асуудал. Санхүүжилтийн хүндрэлтэй нөхцөлд эрүүл мэндийн салбарын ажилтнуудын цалин хөлсний системийг оновчтой тогтоох, хязгаарлагдмал нөөц боломжийг үр ашигтай ашиглах асуудал эрүүл мэндийн цалин хөлсний системийн тулгамдсан асуудал болж байна.

Судалгаанаас үзэхэд, эрүүл мэндийн салбарын ажилтнуудын цалин хөлсний нийтэд хүлээн зөвшөөрөгдсөн тогтолцоо дэлхийн практикт үгүй боловч сайн туршлага бүхий орнуудын жишгээр аль болох бага зардлаар чанартай эмнэлгийн үйлчилгээ үзүүлэхийн тулд улс орон бүр өөр өөрийн орны онцлогт тохирсон үр ашигтай цалин хөлсний систем бий болгосон байна.

Эрүүл мэндийн үйлчилгээний чанар, үр нөлөө нь эрүүл мэндийн салбарын эмч ажилтнуудын цалингаас шууд хамааралтай тул 1) эмнэлгийн байгууллагуудын бие даасан байдал, эрх мэдлийг нэмэгдүүлэх, 2) санхүүжилтийг нэмэгдүүлэхэд анхаарах шаардлагатай болж байна. Өөрөөр хэлбэл, эрүүл мэндийн байгууллага эмч, ажилтнуудынхаа цалин хөлсийг ажлын гүйцэтгэл болон чанарт тулгуурлан коэффициентоор өсгөх боломжтой байх, мөн шийдвэр гаргах бие даасан байдлаа хадгалах явдал чухал юм.

Эдийн засгийн өндөр хөгжилтэй орнууд, тухайлбал, Шведэд эмч нарын цалин бусад салбарын цалингийн дунджаас 1,65 дахин, АНУ-д 7,2 дахин, Германд 6 дахин өндөр байдаг гэсэн судалгаа байна. Баруун Европын ихэнх орнуудад, тухайлбал, Герман, Бельги, Люксембург, Голланд, Швейцар, Франц зэрэг орнуудад эрүүл мэндийн даатгалын систем өндөр хөгжсөн байдаг учраас урамшуулалт (гонорар) цалингийн системийг хэрэглэдэг бол, төсвийн санхүүжилтийн загварыг ашиглаж байгаа орнуудад энэхүү системийг хэрэглэх боломжгүй ба зөвхөн амбулаторын эмч нарт нэмэгдэл олгоход ашигладаг байна.

Их Британи, Испани, Ирланд, Итали гэх мэтийн орнуудад нэг хүнээр тооцсон цалингийн системийг хэрэглэдэг бөгөөд энэ аргыг хэрэглэх үед эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнд зарцуулах зардлын өсөлт хязгаарлагддаг учраас эмч, эмнэлгийн ажилтнууд аль болохоор өвчтөнд үзлэг, эмчилгээ хийхээс зайлсхийж урьдчилан сэргийлэх үзлэг олноор хийхийг илүүд үздэг сөрөг талтай.

Нэг иргэнээр тооцсон цалин хөлсний систем нь дараах 2 хэлбэртэй байна.

- 1) Ерөнхий нормативт цалингийн систем (Дани, Нидерланд)
- 2) Харьяаллын хүрээний хүн амын нас, хүйсэнд суурилсан нормативт цалингийн систем (Их Британи, Итали)

Дани, Их Британи, Норвеги, Герман зэрэг орнуудад нэг иргэнээр тооцсон тогтмол цалингийн систем давамгайлах боловч урамшуулалт цалингийн систем мөн үйлчилдэг тул холимог системтэй. Энэхүү холимог систем нь эмнэлгийн тусламж үйлчилгээг идэвхжүүлэх хөшүүрэг болдог байна.

Иргэд нь эмнэлгийн үйлчилгээнд сэтгэл хангалуун байдаг гэж судалгаагаар тогтоогдсон зарим орнуудад, тухайлбал, Нидерланд, Франц, Германд – урамшуулалт цалингийн систем үйлчилдэг. Иргэдийн сэтгэл ханамж муутай Испани гэх мэтийн улс орнууд нэгжийн нормативт суурилсан цалингийн системтэй байна.

Олон улсын туршлагаас үзэхэд, эрүүл мэндийн цалин хөлсний дараах үндсэн системүүд бүрэлдэн бий болсон байна. Үүнд:

- Тогтмол цалингийн систем - шилжилтийн эдийн засагтай ихэнх орнууд энэ хэлбэрийг ашиглаж байгаа бөгөөд эмч, эмнэлгийн ажилтны ажлын үр дүнг үнэлэх шалгуур үзүүлэлт байхгүй учраас ажил үйлчилгээний чанарыг сайжруулах, идэвхжүүлэх хөшүүрэг болж чаддаггүй. Нэгжийн үнэлгээнд суурилсан цалин хөлсний системийн үед эмнэлгийн ажилтнууд зөвхөн өөрийн хариуцсан бүртгэлтэй хүмүүст эмнэлгийн үйлчилгээ үзүүлэх бөгөөд тоон болон чанарын үзүүлэлтэнд онцгойлон ач холбогдол өгдөггүйгээрээ сул талтай.
- Урамшуулалт цалингийн систем -энэ систем нь ихэвчлэн гэр бүлийн буюу өрхийн эмнэлэг давамгайлсан сайн тогтолцоотой орнуудад үйлчлэх бөгөөд эмч, эмнэлгийн ажилтнуудын ажлын үр дүнг тоон болон чанарын шалгуур үзүүлэлтээр үнэлж олгодог, санхүүгийн нэмэлт эх үүсвэр татан төвлөрүүлэх боломжтой дэвшилтэт урамшууллын цалин хөлсний системд тооцогддог. Энэ системийн үед эмч, эмнэлгийн ажилтнууд тооны араас хөөцөлдөж аль болох өндөр үнэтэй эм тариа, үйлчилгээг өвчтөнүүдэд санал болгох сонирхол бий болдогоороо сул талтай.

Урамшуулалт цалин хөлсний системийг нэвтрүүлэхэд тодорхой хүндрэл бэрхшээлүүд тулгарч байна. Тухайлбал, хуучин социалист орнууд буюу шилжилтийн эдийн засагтай орнуудад 1) төсөв-санхүүгийн нөөц хүрэлцээгүй, 2) эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцооны тасралтгүй, уян хатан байдал хангагдаагүй зэрэг шалтгаануудын улмаас энэ системийг нэвтрүүлэхэд хүндрэлтэй байна гэж олон улсын экспертүүд үзсэн байна. Тиймээс одоогийн цалин хөлсний систем нь эмч, эмнэлгийн ажилтнуудын ажлын үр дүнг бодитой үнэлэх, ажил үйлчилгээний чанар, стандартыг сайжруулах хөшүүрэг болж чадахгүй байгаа учраас шилжилтийн эдийн засагтай олон улс орнууд эмч нарын ажлын үр дүн болон эдийн засгийн хөшүүргийн тэнцвэрийг хадгалсан байдлаар дэвшилтэт системийг нэвтрүүлэхийг зорьж байна.

Дэлхийн банкнаас, цар тахал гэх мэт эрүүл мэндийн ажилтнууд ачаалалтай ажилладаг онцгой нөхцөл байдлын үед эрүүл мэндийн ажилчдыг Засгийн газраас дэмжих үндсэн хэлбэр бол тэдний цалин, урамшууллыг нэмэгдүүлэх хэлбэр гэж үзсэн. Тиймээс эхний ээлжинд нэмэлт цалингийн хэмжээг зөв тодорхойлж, эрүүл мэндийн ажилтны цалингийн түвшин, бүтцийг сайтар үнэлэх шаардлагатай хэмээн зөвлөсөн.

Дэлхийн банкны гишүүн орнуудад эрүүл мэндийн ажилчдын цалин хөлс нийтлэг байдлаар дараах бүтэцтэй байна:

- Үндсэн цалин. Үүнийг төрийн албаны цалин хөлсний тухай хууль, тогтоомж болон эрүүл мэндийн ажилтны цалингийн шатлалд үндэслэн тогтооно.
- Илүү цагийн нэмэгдэл. Үүнийг хуулиар тогтоосон ажлын цагаас хэтрүүлэн ажилласан тохиолдолд нэмэгдүүлж олгоно.
- Хөдөлмөрийн хортон нөхцөлийн нэмэгдэл. Энэ нь эрсдэлтэй гэж тооцогдох хөдөлмөрийн нөхцөлд ажилласан тохиолдолд нэмж олгодог нөхөн олговор юм.
- Бусад нэмэгдэл. Үүнд ихэвчлэн ажилласан жилийн, үр чадварын, боловсролын, мэргэшлийн зэргийн, орон нутагт буюу алслагдсан газарт ажилласны нэмэгдэл гэх мэт нэмэгдлүүд орно.
- Гүйцэтгэлийн үр дүнгээр цалинжуулах. Энэ нь орц (ажлын цаг гэх мэт), гарц (эмчлүүлсэн өвчтөний тоо гэх мэт), үр дүн (өвчтөний сэтгэл ханамж) гэх мэт үзүүлэлтээр тодорхойлогддог нэмэлт төлбөр юм.

- Томилолтын мөнгө. Энэ нь ихэвчлэн сургалт, семинарт хамрагдахад зориулан олгогддог.

Дэлхийн банкнаас, эмнэлгийн ажилтны цалин хөлсийг нэмэгдүүлэхдээ дараах нөхцөл байдлуудыг анхаарах шаардлагатай гэж зөвлөсөн.²

- Эрүүл мэндийн салбарын ажилчид нь төрийн үйлчилгээний албан хаагчдын томоохон хэсгийг бүрдүүлдэг. Тиймээс хөгжиж буй орнуудад эрүүл мэндийн ажилчдын цалинг нэмэх нь эм, эмнэлгийн хэрэгсэл зэрэг бусад чухал зардлын санхүүжилтийг бууруулж болзошгүй.
- Үйлдвэрчний эвлэл нь идэвх сайтай орнуудад нэг салбарын ажилчдын цалинг нэмэхэд нөгөө салбарын ажилчид цалингийн өсөлтийг шаардах явдлыг эрчимжүүлэх магадлалтай.
- Цалинг түр хугацаанд нэмсэн ч энэ өсөлт цаашид хадгалагдан үлдсэнээс үүдэн төсвийн тогтвортой байдалд нөлөөлөх, урт хугацааны гажуудал, бэрхшээлийг үүсгэх эрсдэлтэй байж болзошгүй.

Түүнчлэн хямралын болон цар тахлын идэвхтэй тархалтын үед эмнэлгийн ажилтнуудын цалинг нэмэгдүүлэхэд дараах зарчмуудыг баримтлахыг зөвлөсөн:

- 1) Засгийн газраас энэ асуудалд албан ёсоор анхаарал хандуулах. Засгийн газрын зүгээс цалинг нэмэх шаардлага хангасан эрүүл мэндийн ажилтны ангиллыг гаргаж, илүү цагаар ажиллаж, нэмэлт эрсдэлд орох магадлалтай бүх ажилтнуудыг хамруулах шаардлагатай.
- 2) Онцгой байдлын үеийн түр хугацааны нэмэгдэл олгох. Энэхүү нэмэгдэл нь нэг удаагийн “тусгай тэтгэмж” хэлбэртэй байх ба хямрал дуусахад цуцлагдана. Нэмэгдлийг цалингийн хувиар бус тогтсон хэмжээгээр олгох, ингэснээр хянаж, удирдах, нэр бүхий эрүүл мэндийн бүх ажилчдыг хамруулах боломжтой болно. Засгийн газрууд төрийн албан хаагчдын цалингийн тухай хууль тогтоомжид өөрчлөлт оруулахаас аль болох зайлсхийх хэрэгтэй. Онцгой байдлын үеийн нэмэлт цалин хөлсийг сар бүр эсвэл улирал тутамд нөхцөл байдалтай уялдуулан олгож, уян хатан хандах ёстой.
- 3) Хяналтыг хэрэгжүүлэхэд төвөг багатай байх. Цар тахал гэх мэт хүнд нөхцөл үүссэн үед өндөр өртөгтэй хяналт, шалгалт шаардах цалингийн нэмэгдлээс аль болох зайлсхийх хэрэгтэй. Тухайлбал, гүйцэтгэлд суурилсан урамшууллыг олгох тохиолдолд гүйцэтгэлийн орц, гарц, үр дүнг хянаж шалгах нүсэр ажиллагаа шаардлагатай болно.
- 4) Тэгш хандах. Цалин хөлсийг субъектив шалгуураар олгодог, ижил ур чадвар, туршлагатай эмнэлгийн ажилтнуудад ялгавартай цалин олгодог тэгш бус практикийг аль болох багасгах, цалингийн нэмэгдлийг тооцоо судалгаанд үндэслэн тогтоох, ил тод болгох шаардлагатай. Бусад орнуудын практикаас харахад Ковидын хямралын үеийн эмч нарын нэмэгдэл цалинг үндсэн цалингийн 20-иос доошгүй хувиар тогтоох нь тохиромжтой байх тул нэмэгдлийн хэмжээ хязгаарыг тухайн орон өөрийн орны төсвийн боломжиндоо тулгуурлан тогтоох ёстой хэмээн зөвлөсөн байна.

² <https://blogs.worldbank.org/governance/how-increase-compensation-health-workers-during-Ковид-19>

Судалгаанд авагдсан зарим орнуудын туршлага:Израил Улс

- Израил Улс бүх нийтийн үндэсний эрүүл мэндийн даатгалын системтэй бөгөөд төрийн оролцоо ихтэй. Үндэсний эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуульд зааснаар тус улсад оршин суугаа хүн бүр эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ авах эрхтэй. Эрүүл мэндийн даатгалын зардлын 63 хувийг төсвийн хөрөнгөөр, 37 хувийг хувийн даатгалын эх үүсвэрээс санхүүжүүлдэг. Эрүүл мэндийн зардал нь улсын нэгдсэн төсвийн зардлын 12.1%-ийг эзэлдэг. Харин Засгийн газраас гаргаж буй зардал нь эрүүл мэндийн нийт зардлын 64.7 хувийг эзэлдэг бол хувь хүнээс гарч буй зардал 21.1% байна. Хувийн даатгалын эх үүсвэрт хувь хүнээс гарах зардал, сайн дурын эрүүл мэндийн даатгал болон бусад гадны тусламж, дэмжлэг хамаарна.
- Израил Улсад эрүүл мэндийн ажилтнууд нэг эмчид ногдох өвчтөний тооноос хамаарч цалинждаг. Энэ нь 2 янз байх бөгөөд идэвхтэй болон идэвхгүй өвчтөн буюу үйлчилгээ авсан, аваагүйгээс хамаарч нэг даатгуулагчид ногдох төлбөрийг улирал тутам авдаг. Харин улсын болон ашгийн бус эмнэлгийн эмч нар тогтмол цалинтай байх ба цалин хөлсийг хамтын гэрээгээр зохицуулдаг. Илүү цагийн хөлс олгож болох бөгөөд цагаар эсвэл ажилбарын процесс бүрээр тооцож олгоно. Хөдөө, орон нутагт ажиллаж, амьдарч байгаа эмч нарыг урамшуулах, дэмжих зорилгоор хязгаар нутгийн нэмэгдлийг 25 хувиар олгож байна. Мөн мэргэшлийн болон бусад нэмэгдлүүдийг тогтсон журмын дагуу олгодог.

БНСУ

- Солонгос Улс нь хөгжиж буй орноос өндөр хөгжилтэй орон руу шилжиж буй улс бөгөөд нийгмийн эрүүл мэндийн заавал даатгалын тогтолцоотой. Эрүүл мэндийн санхүүжилтэд хувийн хэвшил давамгайлдаг. Солонгос Улс 1989 онд Үндэсний эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоонд шилжсэн. 2018 оны байдлаар дотоодын нийт бүтээгдэхүүний 8 орчим хувийг эрүүл мэндийн салбарт зарцуулж байна. Жилд нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн үйлчилгээний зардал 2542 ам доллар байна. Солонгосын үндэсний эрүүл мэндийн даатгалын санхүүжилт нь эрүүл мэндийн даатгалын шимтгэл (83%), засгийн газрын татаас (12%) болон бусад эх үүсвэр буюу тамхины татвар (5%)-аас бүрддэг. Зардлын санхүүжилт нь Нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалаас 42.8%, татвар, төсвөөс 11.5%, хувь хүнээс 35.2%, хувийн эрүүл мэндийн даатгалаас 6.2%, бусад эх үүсвэрээс 4.3% байна. Солонгосын эрүүл мэндийн санхүүжилтэнд хувь хүнээс гарах зардал өндөр тул хүн амын 70-аас дээш хувь нь хувийн эрүүл мэндийн даатгалд хамрагддаг байна.

Япон Улс

- Япон Улсын эрүүл мэндийн Беверидж загварын тогтолцоотой. 2020 оны байдлаар улсын төсвөөс 84%-ийг санхүүжүүлсэн. Үүнээс³ 42%-ийг татварын орлогоор, 42%-ийг эрүүл мэндийн даатгалын шимтгэлээс, 16%-ийг өвчтөний үйлчилгээний төлбөрөөс бүрдүүлсэн. Эрүүл мэндийн салбарт ДНБ-ний 11%-ийг зарцуулдаг. Тодруулбал, жилд нэг хүнд ногдох эмнэлгийн үйлчилгээний дундаж зардал нь 4,267 ам.доллар байна. Япон Улсын дундаж наслалт 84,21 байгаа нь эрүүл мэндийн зардлын өсөлтөд нөлөөлж байна.

Шинэ Зеланд

- Шинэ Зеланд Улс төсвийн санхүүжилтэнд суурилсан төрийн эрүүл мэндийн үйлчилгээний загвартай. Тус улсад эрүүл мэндийн үйлчилгээг улс орон даяар байгуулсан 20 дүүргийн эрүүл мэндийн төвүүдээр дамжуулан үзүүлж байна.

³ <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/japan>

Эрүүл мэндийн зардлын 80 орчим хувийг улсын төсвөөс, 5 хувийг хувийн даатгалаас, 15 орчим хувийг төлбөр хуваах болон хувь хүн, айл өрхөөс гарч байгаа зардал эзэлсэн байна. Дүүргийн эрүүл мэндийн зөвлөлд хуваарилагдсан төсөвт эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний зардлаас гадна эмч, эмнэлгийн ажилтнуудын цалин хөлс багтдаг. 2021 оны төсөвт эрүүл мэндийн санхүүжилт нэлээдгүй хувь (24 тэрбум ам доллар)-ийг эзлээд байна.

АНУ

- АНУ нь эрүүл мэндийн санхүүжилтийн зах зээлийн буюу хувийн эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоотой. Тиймээс эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний өртөг тэр хэрээр өндөр байна. Эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилт нь хувийн даатгал, засгийн газрын санхүүжилт, хувь хүнээс гарч буй зардлаас бүрдэж байна. Хувь хүнээс гарч буй зардал нь Холбооны засгийн газрын санхүүжилттэй бараг тэнцүү байна. Нийт иргэдийн 92 орчим хувь нь эрүүл мэндийн даатгалд хамрагдсанаас 2019 оны байдлаар иргэдийн 67.2% нь хувийн сайн дурын эрүүл мэндийн даатгалд хамрагдсан байна. Үүнээс 55.7% нь ажил олгогчоос төлж буй даатгалд, 11.3% нь хувиараа даатгалд хамрагдсан байна. Нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн үйлчилгээний зардлаараа дэлхийд тэргүүлж буй орнуудын нэгд ордог.
- Холбооны засгийн газрын харьяа Хөдөлмөрийн статистикийн товчоо улсын болон хувийн хэвшлийн байгууллагад ажиллагсдын цалинг улсын хэмжээнд жил бүр харьцуулан гаргадаг. Үндэсний цалин хөлсний судалгаанд суурилан улсын байгууллагад ажиллаж буй ажилтанд тухайн жилийн цалингийн зөрүүгийн дунджаар үндсэн цалин дээр нэмэгдлийг тооцон олгодог онцлогтой байна.

Монгол Улс

- Монгол Улсын ДНБ-д эрүүл мэндийн зардлын эзлэх хувь бусад бага дунд орлоготой орнуудтай (4.2 хувь) харьцуулахад маш бага буюу 2.2 хувь байна. Гэсэн хэдий ч эрүүл мэндийн үйлчилгээний хүртээмж бусад бага дунд орлоготой орнуудтай харьцуулахад илүү сайн үзүүлэлттэй байгаа ба их эмчийн 10 мянган хүнд ногдох тоогоор (36.8) өндөр орлоготой орнуудаас (28.7) ч илүү үзүүлэлттэй байна. Мөн хүн амын эрүүл мэндийн үзүүлэлтээр бага дунд орлоготой орнуудыг бодвол харьцангуй сайн байгаа ч өндөр орлоготой оронтой харьцуулахад их эмчийн тооноос бусад бүх үзүүлэлтээр дор байна. Эрүүл мэндийн санхүүжилтийг бүрдүүлж буй үндсэн гурван эх үүсвэрийг авч үзвэл 1) улсын төсөв, 2) заавал төлөх эрүүл мэндийн даатгалын шимтгэл, 3) иргэдээс шууд төлөх төлбөр багтаж байна. Эдгээр эх үүсвэрээс улсын төсөв хэмжээний хувьд давамгайлж байна. Одоогоор эрүүл мэндийн салбарын үндсэн санхүүжилтийг улсын төсөв, ЭМДС гэсэн хоёр эх үүсвэрээр тусдаа хоёр санд төвлөрүүлж байгаа бөгөөд эрүүл мэндийн салбарт улсын бүх эх үүсвэрийг нэг санд төвлөрүүлэх тогтолцоог хараахан бий болгож чадаагүй байна.
- Манай улсын цалин хөлсний системийн хувьд нэгжийн үнэлгээнд суурилсан нормативт цалингийн систем буюу тогтмол цалингийн систем зонхилж байна. Харин 2021 оноос гүйцэтгэлд суурилсан цалингийн тогтолцоог аажмаар нэвтрүүлж эхэлсэн. Үүнтэй холбоотойгоор салбарт нөөцийг хуваарилахдаа микро удирдлагын хандлагыг халж стратегийн хувьд нөөцийг тогтвортой байлгах арга зам руу шилжин, эрүүл мэндийн байгууллагуудын төлбөрийн механизм ба эрүүл мэндийн ажилтнуудын цалин хөлсний тогтолцооны заагийг арилгаж, гүйцэтгэлийг сайжруулах нэгдмэл сонирхлыг аль аль түвшинд бий болгох хэрэгтэй байна гэж Азийн Хөгжлийн Банкнаас гаргасан судалгаанд зөвлөсөн байна.

(Дэлгэрэнгүй мэдээллийг судалгааны хэсгээс үзнэ үү)

СУДАЛГААНЫ ДЭЛГЭРЭНГҮЙ ХЭСЭГ**БҮЛЭГ I. ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТОГТОЛЦОО БА САНХҮҮЖИЛТИЙН ОЛОН УЛСЫН ЗАГВАРУУД, ТЭДГЭЭРИЙН ОНЦЛОГ****1.1. Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцоог бүрдүүлэх хүчин зүйлс**

Дэлхийн улс орнуудын эрүүл мэндийн салбарын тогтолцооны шинж чанарыг тогтолцооны олон хэлбэр, энэ салбар дахь эдийн засгийн харилцааны онцлогоос нь хамааруулан дараах хэд хэдэн параметруудаар тодорхойлдог. Үүнд:

- Өмчийн хэлбэр
- Санхүүжилтийн хэлбэр (эх үүсвэр)
- Эмч, эмнэлгийн ажилтнууд (үйлчилгээ үзүүлэгч) болон иргэд (үйлчилгээ авагч)-ийг урамшуулах механизм
- Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний хүртээмж болон чанарт хяналт тавих арга хэлбэр

Улс орон бүр өөрийн орны нөөц боломж, уламжлалт тогтолцоонд суурилсан эрүүл мэндийн тогтолцоотой. Үүнээс шалтгаалан эрүүл мэндийн салбарт хөрөнгө нөөцийг татан төвлөрүүлэх, эрүүл мэнд хамгааллын бодлого хэрэгжүүлэх аргууд төлөвшин бүрдсэн байдаг. Эрүүл мэндийн салбарт зарцуулж буй хөрөнгийн тоо хэмжээ, чанар, хөрөнгө бүрдүүлэлт, санхүүжилтийн механизм нь тухайн орны улс төр, ёс суртахууны хандлага болон бүрэлдэн бий болсон тогтолцоо, түүний төлөвшлөөс ихээхэн хамааралтай байгааг судлаачид тогтоосон.

1.2. Эрүүл мэндийн тогтолцоо ба түүний санхүүжилтийн загварууд

Судлаачид дэлхийн улс орнуудын эрүүл мэндийн салбарын тогтолцооны загваруудыг олон ургалч байдлаар ангилсан судалгаа, үзэл хандлагууд түгээмэл байдаг. Тухайлбал,

Нэг. Нийгэм-улс төрийн тогтолцооны үзэл хандлага талаас нь авч үзвэл: классик тогтолцоо, плюрал тогтолцоо, даатгалын тогтолцоо, үндэсний тогтолцоо, социалист тогтолцоо гэж ангилдаг бол эрүүл мэндийн системийн мөн чанар талаас нь Оросын эрдэмтэн О.П. Шепин, В.Б.Филатов нар утилитар, коммунатор, либерал гэсэн 3 үндсэн тогтолцоонд ангилж авч үзсэн байдаг.

Орчин үед ДЭМБ-ын экспертүүдийн⁴ тогтоосон эрүүл мэндийн тогтолцооны дараах үндсэн 3 ангиллыг түгээмэл ашиглаж байна.

1. Төрийн оролцооны тогтолцоо (Бевериджийн систем)
2. Бүх нийтийг хамарсан эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоо (Бисмаркийн систем)
3. Төрийн оролцоогүй, зах зээлийн болон хувийн эрүүл мэндийн тогтолцоо

Судлаачдын ангиллыг өргөн хүрээнд авч үзвэл эрүүл мэндийн тогтолцооны дараах загваруудыг тодорхойлсон байдаг. Үүнд:

1. Универсал загвар (Бевериджийн загвар)
2. Нийгмийн даатгалын тогтолцооны загвар (Бисмаркийн загвар)
3. Өмнөдийн загвар (Испани, Португал, Грек, Италийн зарим хэсэг)
4. Скандинавын загвар буюу институциональ загвар (социал демократ загвар)
5. Либераль загвар
6. Корпоратив-консерватив загвар (Япон)

⁴ (S. Hakansson, B. Majnoni, D'Intignano, G.H. Mooney, J.L. Roberts, G.L. Stoddart, K.S. Johansen, H. Zollner)

7. Латин-Америкийн загвар
8. Зүүн Азийн аж үйлдвэржсэн орнуудын эрүүл мэндийн тогтолцооны загвар
9. Шилжилтийн эдийн засагтай орнуудын эрүүл мэндийн тогтолцооны загвар

Хоёр. Эдийн засгийн загвар талаас нь авч үзвэл, дэлхийн улс орнуудад эрүүл мэндийн салбарын үйл ажиллагаа, процесст төр ямар үүрэг роль гүйцэтгэж байгааг чухалчлан авч үздэг.

Орчин үеийн эрүүл мэндийн салбарын тогтолцооны бүх хэлбэрийг бүхэлд нь авч үзээд судлаачид 3 янзын эдийн засгийн загварыг олж тогтоосон. Эдгээр загваруудад оноосон тодорхой нэршил үгүй боловч мэргэжилтнүүд загварыг ангилж болохуйц параметрууд болон шинж байдлыг тодорхойлж дараах 3 загварыг тогтоосон:

1. Зах зээлийн систем буюу хувийн эрүүл мэндийн даатгалын системд суурилсан төлбөртэй эмнэлгийн үйлчилгээний загвар
2. Төсвийн санхүүжилтэд суурилсан төрийн эрүүл мэндийн үйлчилгээний загвар
3. Нийгмийн даатгал болон зах зээлийн санхүүжилтийн сувгуудыг нэгтгэсэн эрүүл мэндийн үйлчилгээний загвар

Загвар 1-ийн хувьд, төрийн эрүүл мэндийн даатгалын нэгдсэн тогтолцоо үйлчлэхгүй бөгөөд эмнэлгийн үйлчилгээний төлбөрийг иргэд хувиасаа гаргадаг. Эрүүл мэндийн үйлчилгээг иргэд зах зээлийн зарчмаар авах ба ийм зарчмаар үйлчилгээ авах боломжгүй иргэд (бага орлоготой иргэд, тэтгэврийн хөгшчүүд, ажилгүйчүүд)-ийн эрүүл мэндийн үйлчилгээг төрөөс Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хөтөлбөр хэрэгжүүлэх замаар шийдвэрлэж, тусгайлан санхүүжүүлдэг. Тухайлбал, АНУ бол энэ загварын сонгодог жишээ юм. АНУ-д эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний чөлөөт зах зээлийн тогтолцоо үйлчилдэг. Нэмэлтээр эмзэг, ядуу бүлэгт зориулсан “Medicaid” хөтөлбөр, тэтгэврийн насныханд зориулсан “Medicare” хөтөлбөрүүдийг төрөөс хэрэгжүүлэх замаар зорилтот бүлгийн эрүүл мэндийн үйлчилгээний төлбөрийг төрөөс зохицуулдаг. Энэхүү загварыг “төлбөртэй”, “зах зээлийн”, “Америкийн” мөн заримдаа “хувийн даатгалын” гэх мэтээр нэрлэдэг.

Загвар 2-ын хувьд, төрийн оролцоо чухал үүрэгтэй. Эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийг үндсэндээ улсын төсвөөс бүрэн санхүүжүүлэх бөгөөд иргэд эрүүл мэндийн үйлчилгээг үнэ төлбөргүй (зарим нэг цөөн тооны үйлчилгээнээс бусад) авах эрхтэй. Энэ тогтолцооны үед эрүүл мэндийн үйлчилгээг худалдан авах, иргэдийн эрүүл мэндийн хэрэгцээг хангах нь төрийн үүрэг байдаг. Эрүүл мэндийн салбарт чөлөөт зах зээлийн асуудал хоёрдогч асуудал байх ба хэрэв зөвшөөрсөн тохиолдолд төрийн хяналтан дор хэрэгжүүлнэ. Энэхүү загварыг 1948 оноос хойш Их Британид хэрэглэж байгаа бол Ирланд (1971), Дани (1973), Португал (1979), Итали(1980), Грек (1983), Испани (1986) зэрэг орнуудад мөн төлөвшин бий болсон загвар юм. Энэ загварыг “төрийн”, “төсвийн”, “улсын төсвийн” гэх мэтээр нэрлэдэг.

Загвар 3-ын хувьд, нийгмийн даатгал буюу эрүүл мэндийн даатгалын систем чухал үүрэгтэй. Эрүүл мэндийн тогтолцооны энэхүү загвар нь эдийн засгийн холимог тогтолцоон дээр тулгуурлана. Өөрөөр хэлбэл, нийгмийн янз бүрийн бүлгийн хүн амыг эрүүл мэндийн үйлчилгээнд бүрэн хамруулах зорилготой, эрүүл мэндийн үйлчилгээний зах зээлийн тогтолцоо болон нийгмийн даатгалын баталгааг хослуулсан, төрийн зохицуулалтын хөгжингүй систем буюу холимог загвар юм. Энэ тогтолцооны үед хүн амыг эрүүл мэндийн заавал даатгалд бүрэн хамруулах бөгөөд эрүүл мэндийн даатгалын сангийн санхүүжилтэд төрөөс тодорхой хэмжээгээр оролцох шаардлагатай болдог. Учир

нь төрийн үүрэг нь эрүүл мэндийн салбарын зах зээлийн төлбөртэй зарчмыг хөндөхгүйгээр, иргэдийн амьжиргааны ялгаатай байдлыг харгалзан эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнд бүрэн хамруулах баталгааг хангахад чиглэгдэнэ. Эрүүл мэндийн салбарын үүрэг нь иргэд эрүүл мэндийн үйлчилгээ авах байгууллагаа бие даасан байдлаар сонгох, эмнэлгийн тусламж үйлчилгээг баталгаат түвшинд чанартай авах боломжийг бүрдүүлэхэд чиглэнэ. Санхүүжилтийн олон урсгал бүхий энэхүү загвар нь (хөрөнгийн эх үүсвэр нь Улсын төсөв, ЭМД-ийн шимтгэл, Даатгалын сангийн ашгаас бүрдэнэ) эрүүл мэндийн салбарын нийгмийн даатгалд суурилсан, уян хатан, тогтвортой систем гэдгээрээ давуу талтай. Энэ загварыг хэрэгжүүлсэн орнуудын сонгодог жишээ нь, Финланд, Франц, Нидерланд, Австри, Бельги, Голланд, Швейцар, Канад, Япон зэрэг орнууд юм.

Нийгмийн даатгалын санхүүжилтийн гол шинж нь төрийн оролцоо болон үйлчилгээний зах зээлийн загварыг хослуулснаараа онцлогтой. Аль параметр нь илүү давамгайлж байгаагаас шалтгаалан төрийн оролцоо давамгайлсан, зах зээлийн загвар давамгайлсан гэж тодорхойлогдоно. Жишээ нь, Скандинавын орнууд болон Канадад төрийн оролцоо түлхүү байдаг бол Францад зах зээлийн загвар давамгайлдаг.

Эрүүл мэндийн тогтолцооны дээрх загваруудын хувьд эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг **“товар”** гэж үзэх үү гэдэг асуудал төрийн оролцоо чухал уу гэдэгтэй адил чухал асуудал юм. Хэрэв товар гэж үзвэл үнэ цэнэ, эрэлт-нийлүүлэлтийг хэрхэн тодорхойлох вэ, бусад товараас юугаараа онцлогтой вэ гэх мэтийн олон асуудал гарч ирэх бөгөөд судлаачид үүн дээр олон ургалч үзэл бодол, тайлбар өгдөг. Жишээ нь, **“зах зээлийн загвар”**-ын үед эрүүл мэндийн үйлчилгээний үнэ өртөг, чанар нь бусад товарын нэгэн адил эрэлт нийлүүлэлт, зах зээлийн зарчмаар тодорхойлогдоно. Жишээ нь, энэ системийн үед хувийн эрүүл мэндийн байгууллагууд болон эрүүл мэндийн даатгалын ашгийн төлөө байгууллагууд хөгжсөн байх ба эмнэлгийн байгууллагууд нь бэлтгэн нийлүүлэгч, үйлчлүүлэгчид худалдан авагчид байна. Гэвч загвар бүхэн давуу болон сул талтай. Жишээ нь, зах зээлийн загварын үед өрсөлдөөн их байх тул эмнэлгийн үйлчилгээний чанар, техник технологи сайжрах, удирдлагын стратеги, байгууллагын үр ашиг сайжрах ч гэлээ дараах сөрөг талууд бий болно. Тухайлбал:

- эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний зардал хяналтгүй өсөх;
- төрөөс үүнд хяналт тавих боломжгүй байх тул эрүүл мэндийн салбарын бодлого бусад салбарын бодлого, төлөвлөлттэй уялдуулах боломжгүй болох;
- үйлчилгээний илүүдэл бий болсноор хууль бус үйлчилгээ бий болох нөхцөлийг бүрдүүлэх;
- шударга бус өрсөлдөөн, үйлчлүүлэгчдийг татах өрсөлдөөн, реклам, зар сурталчилгаа ихээр хийх;
- эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний тэгш бус хүртээмж, ялгавартай байдал бий болох;
- ашгийн төлөө сонирхолтой даатгалын байгууллагууд олноор бий болсноор эрүүл мэндийн үйлчилгээний цар хүрээ, үнэ өртөг буурах, улмаар үйлчлүүлэгч өөрөө төлбөр төлөх хэмжээнд хүргэх гэх мэт.

Зах зээлийн эрүүл мэндийн тогтолцооны үед иргэд мөнгөн хуримтлалаа санхүүгийн хөрөнгө оруулалтад хийх үү, эрүүл мэндийн даатгалын санд оруулах уу гэдэг сонголттой тулгардаг. Энэхүү сонголтыг шийдвэрлэх нь тухайн хүний өвчлөх эрсдэл болон хөрөнгө оруулалтын өгөөжөөс шалтгаална. Энэ тогтолцоо нь эрүүл мэндийн тогтолцооны хамгийн чанартай боловч өртөг өндөртэй загварт тооцогддог учир хамгийн үр ашиг багатай, иргэдэд хүртээмж багатай, ялгавартай тогтолцоонд тооцогддог.

Хэрвээ **эрүүл мэндийн үйлчилгээний нийгмийн шинж чанарыг** онцгойлон авч үзэж байгаа бол иргэдэд эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг тэгш, хүртээмжтэй үзүүлэхэд төрөөс заавал оролцох шаардлагатай болдог. Энэ тохиолдолд төрөөс эрүүл мэндийн салбарыг нэгдсэн удирдлагаар хангаж, хяналт тавих тогтолцоог бүрдүүлэх бөгөөд улсын төсвөөс санхүүжүүлэх зарчим Беверидж систем) үйлчилдэг. Жишээ нь, Их Британийн Үндэсний эрүүлийг хамгаалах систем үйлчлэх бөгөөд гол үзэл санаа нь эв санааны нэгдлийн зарчим буюу баян нь ядуудаа, эрүүл нь өвчтэй хүмүүстээ туслах зарчим үйлчлэх тул төвлөрсөн тогтолцоо бүхий төлөвлөлт-хуваарилалтын шинжийг агуулна. Энэ загвар нь өөрийн гэсэн давуу болон сул талтай. Тухайлбал,

- өрсөлдөөн үгүй тул эрүүл мэндийн салбарын жам ёсны хөгжлийг идэвхжүүлэх хөшүүрэг бага, улмаар энэ нь эрүүл мэндийн үйлчилгээний чанарт нөлөөлөх сөрөг талтай, түүнчлэн салбарын бүтэц тогтолцоо уян хатан биш байдлаас шалтгаалж удирдлагын үр ашиггүй стратеги баримтлах, техник технологийн шинэчлэл удаашрах зэрэг сул талтай бол,
- өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх бодлого, тогтолцоо сайн учраас өвчлөл харьцангуй буурах, өртөг зардал багасах давуу талтай.

Эрүүл мэндийн үйлчилгээний нийгмийн даатгалын (Бисмарк) загварын үед хүний эрүүл мэндийг “капитал” гэж авч үздэг. Энэ загварыг анх хэрэгжүүлсэн Германы канцлер Отто Бисмаркийн үеэс (1883-1889) ажилчин ангийг өвчлөх, золгүй тохиолдолд өртөх, тахир дутуу болох, хөгшрөх энэ бүх таагүй нөхцөлөөс хамгаалах зорилгоор олон янзын даатгалын хуулийг баталж мөрдүүлсэн. Энэ загварын гол зарчим нь эрүүл мэнд бол хөдөлмөрийн бүтээмжийг нэмэгдүүлэх үнэт капитал гэх үзэлд тулгуурласан.

Энэ загварын бас нэг онцлог нь төрийн эрүүл мэндийн даатгалын системээр дамжуулан орлогын дахин хуваарилалт хийдэгт оршино. Даатгалын тогтолцоо нь ядуу буурай иргэд, хөдөлмөрийн чадвар алдсан хүмүүсийн нийгмийн тулгамдсан асуудлыг шийдвэрлэхэд ихээхэн дэм болж байдгаараа онцлогтой.

Дээр дурдсан зах зээлийн, төрийн, нийгмийн даатгалын эрүүл мэндийн тогтолцооны үр нөлөө, тэдгээрийн давуу болон сул талуудыг тодорхой орнуудын жишээн дээр харьцуулан үзүүлэв.

Нийгмийн даатгалын санхүүжилтийн загвар бүхий зарим орнуудын харьцуулалт

Загварын төрөл Орнууд	Нийгмийн даатгалын Герман	Нийгмийн даатгалын Япон	Нийгмийн даатгалын Канад
Загварын үндсэн зарчим	Эрүүл мэнд бол “хүний капитал”-ын чанарыг тодорхойлох үндсэн фактор. Эмнэлгийн үйлчилгээ- хүний эрүүл мэндийг хэвийн хэмжээнд байлгах зардлаар хэмжигдэнэ.	Эрүүл мэндийн үйлчилгээ нь квази нийгмийн баялаг мөн. Эрүүл мэндийн заавал даатгал (ЭМЗД)-ын хөтөлбөр нь эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний тодорхой хэсгийг санхүүжүүлнэ.	Эрүүл мэндийн үйлчилгээ нь нийгмийн баялагт чиглэнэ. Эрүүл мэндийн системийг төрөөс хянах ёстой.
ДНБ-д эрүүл мэндийн зардлын эзлэх хувь	8.1%	6.6%	8.7%
Санхүүжилтийн эх үүсвэр	Эрүүл мэндийн заавал даатгал-60% Эрүүл мэндийн сайн дурын даатгал-10% Улсын төсвийн санхүүжилт-15% Хувийн эх үүсвэр-15%	Эрүүл мэндийн заавал даатгал-60% Улсын төсвийн санхүүжилт-10% Олон нийтийн сангууд-10% Хувийн эх үүсвэр-20%	Холбооны улс болон муж улсуудын төсвийн санхүүжилт-90% Хувийн даатгалын сангууд болон сайн дурын хандив-10%

Хөрөнгийн зарцуулалтын үр ашгийг хянах	Хяналтыг хувийн болон улсын даатгалын сангууд хэрэгжүүлнэ.	Хяналтыг даатгалын фирмүүд болон хувийн даатгагчид хэрэгжүүлнэ.	Хяналтыг төрөөс хэрэгжүүлнэ.
Эрүүл мэндийн үйлчилгээнд хамрагдалт	Хүн амын 90% нь ЭМЗД-д, 10% нь ЭМСДД-д хамрагдах ба үүнээс ЭМЗД-д хамрагдсан иргэдийн 3% нь ЭМСДД-д давхар хамрагдсан.	Хүн амын 40% нь Үндэсний даатгалд, 60% нь мэргэжлийн үйлдвэрлэлийн даатгалд хамрагдсан.	Хүн амын 98-99% нь Эрүүл мэндийн заавал даатгал (ЭМЗД)-д хамрагдсан.
Боломжит эмнэлгийн үйлчилгээний төрлүүд	ЭМЗД, ЭМСДД-ийг хослуулах хөтөлбөр хэрэгжүүлснээр өргөн хүрээтэй эмнэлгийн үйлчилгээ авах боломжтой болсон.	ЭМЗД, ЭМСДД-ийг хослуулах хөтөлбөр хэрэгжүүлснээр өргөн хүрээтэй эмнэлгийн үйлчилгээ авах боломжтой болсон.	ЭМЗД-ийн хөтөлбөрийн хүрээнд зайлшгүй үзүүлэх үйлчилгээгээр хязгаарлаж, шинэ арга технологи нэвтрүүлэх боломж хязгаарлагдсан.
Шинэ технологи нэвтрүүлэлт	Эрүүл мэндийн төрөл бүрийн үйлчилгээ үзүүлэх шаардлага нь шинэ техник, технологи нэвтрүүлэх хөшүүрэг болдог.	Эрүүл мэндийн төрөл бүрийн үйлчилгээ үзүүлэх шаардлага нь шинэ техник, технологи нэвтрүүлэх хөшүүрэг болдог.	Шинэ техник, технологи нэвтрүүлэхэд маш их саад тотгор учирдаг.
Эрүүл мэндийн үйлчилгээний үнийн зохицуулалт	“нүдний шил” зарчмаар үнэ тогтоно. Эдийн засгийн нөхцөл байдал өөрчлөгдвөл үнийг дахин авч үзнэ.	Эрүүл мэнд, нийгмийн хамгааллын яамнаас үнэ тогтооно.	Үнийг Засгийн газраас зохицуулна, жил бүр хянана, гэвч өөрчлөлт оруулах нь удаан.

Төрийн болон зах зээлийн санхүүжилтийн загвар бүхий зарим орнуудын харьцуулалт

Загварын төрөл	Төрийн	Төрийн	Зах зээлийн
Орнууд	Франц	Их Британи	АНУ
Загварын үндсэн зарчим	Эрүүл мэндийн үйлчилгээ нь квази нийгмийн баялаг мөн. ЭМЗД-ийн хөтөлбөр нь эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний тодорхой хэсгийг санхүүжүүлнэ.	Эрүүл мэндийн үйлчилгээ нь нийгмийн баялаг чиглэнэ. Баян нь ядуу, эрүүл нь өвчтэй хүмүүсийнхээ өмнөөс төлнө.	Эрүүл мэндийн үйлчилгээ нь хүний хувийн баялаг чиглэнэ. Өөрөөр хэлбэл, ЭМҮ бол худалдаж, худалдан авч болдог товар юм.
ДНБ-д эрүүл мэндийн зардлын эзлэх хувь	8.5%	6.0%	14%
Санхүүжилтийн эх үүсвэр	Эрүүл мэндийн заавал даатгал-50% Эрүүл мэндийн сайн дурын даатгал-20% Улсын төсвийн санхүүжилт-10% Хувийн эх үүсвэр-20%	Улсын төсвийн санхүүжилт-100%	Хувийн даатгал-40% Хувийн эх үүсвэр-20% Өндөр настан болон баг орлоготой иргэдийн хөтөлбөрүүд- 40%
Хөрөнгийн зарцуулалтын үр ашгийг хянах	Хяналтыг даатгалын сангууд, хувийн даатгалын фирмүүд, улсын даатгалын байгууллага хэрэгжүүлнэ.	Хяналтыг төрийг төлөөлж Эрүүл мэндийн яам хэрэгжүүлнэ.	Хяналтыг даатгалын фирмүүд, хувийн даатгалын сангууд хэрэгжүүлнэ.
Эрүүл мэндийн үйлчилгээнд хамрагдалт	Хүн амын 80% нь ЭМЗД-д хамрагдаж өргөн хүрээтэй эрүүл мэндийн үйлчилгээ авна	Бүх нийтээрээ эрүүл мэндийн үйлчилгээнд хамрагдана.	Үйлчлүүлэгчийн төлбөрийн чадвараар хязгаарлана. Өндөр настан болон бага орлоготой хүссэн хүн бүхэн хөтөлбөрт хамрагдах боломжгүй.
Боломжит эмнэлгийн үйлчилгээний төрлүүд	ЭМЗД, ЭМСДД-ийг хослуулснаар өргөн хүрээтэй эмнэлгийн үйлчилгээ авах боломжтой.	Урьдчилан сэргийлэх өргөн хүрээтэй үйл ажиллагаа, эмчилгээний багц нь үйлчилгээний боломжоор хязгаарлагдана.	Хамгийн олон янзын эмчилгээ болон урьдчилан сэргийлэх үйлчилгээ авах боломжтой.

Шинэ технологи нэвтрүүлэлт	Эрүүл мэндийн төрөл бүрийн үйлчилгээ үзүүлэх шаардлага нь шинэ техник, технологи нэвтрүүлэх хөшүүрэг болдог	Урамшууллын хөшүүрэг байхгүй учраас шинэ техник, технологи нэвтрүүлэхэд удаан	Эрүүл мэндийн салбарт хамгийн өндөр техник, технологи нэвтрүүлэх боломжтой
Эрүүл мэндийн үйлчилгээний үнийн зохицуулалт	Засгийн газраас үнийг зохицуулна, жилд 2 удаа хянаж үзнэ.	Хүн амын хүйс, насны ангиллаас хамааруулан тогтоосон нормативт суурилан төсөв хөрөнгийг хуваарилна	Үнийн зохицуулалт байхгүй. Үнийг үйлчлүүлэгч, даатгалын компани болон эрүүл мэндийн байгууллага 3 зөвшилцөж тохирно.

1.3. Шилжилтийн эдийн засагтай орнууд дахь эрүүл мэндийн тогтолцоо, шинэчлэлийн асуудал

Дээрх эрүүл мэндийн тогтолцооны сонгодог загваруудыг шилжилтийн эдийн засагтай орнуудад нэвтрүүлэхэд дараах хүндрэл бэрхшээлүүд тулгарч байна.

- 1) Төсвийн хомсдол
- 2) Үйлдвэрлэлийн салбарын уналт
- 3) Ажилгүйдэл, ядуурал, хүн амын орлого
- 4) Өндөр инфляц

Шилжилтийн үеийн эдийн засгийн хүндрэл бэрхшээлүүд нийт хүн амын амьдралын чанарт нөлөөлж эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний эрэлт хэрэгцээг нэмэгдүүлж байна. Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний байгууллагууд хэвийн ажиллахын тулд юуны өмнө тасралтгүй санхүүжилтийн механизмыг бүрдүүлэх шаардлагатай тулгарч байна.

Гэвч төсвийн хомсдолд байнга орж байгаа шилжилтийн эдийн засагтай улс орнуудын хувьд эрүүл мэндийн тогтолцооны төрийн санхүүжилтийн загварт найдахад хэцүү. Нөгөө талаас иргэдийн орлогын түвшин доогуур, инфляцын хурд өндөр байгаа тохиолдолд иргэдийн төлбөрийн чадвар муу байх тул эмнэлгийн үйлчилгээний төлбөрийн чадвар хязгаарлагдмал байна. Ийм учраас шилжилтийн эдийн засагтай орнуудад эрүүл мэндийн тогтолцооны зах зээлийн санхүүжилтийн загвар төдийлөн тохиромжтой биш бөгөөд нийгмийн эмзэг бүлгийн гишүүд харьцангуй эрүүл мэндийн үйлчилгээний эрэлт ихтэй боловч эрүүл мэндийн үйлчилгээнд төдийлөн хамрагдах боломжгүй нөхцөл байдал үүсдэг байна. Шилжилтийн эдийн засгийн хүндрэл бэрхшээл, улс төр-эдийн засгийн шинэчлэл, нийгмийн бүлгүүдийн орлогын ялгаатай байдал зэрэг олон нөхцөл байдлын улмаас эрүүл мэндийн үйлчилгээтэй холбоотой маш их бэрхшээлүүд тулгарч байна. Тэр тусмаа эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хэрэгцээ улам бүр өсөн нэмэгдэж байгаа өнөө цаг үед шилжилтийн эдийн засагтай орнуудын хувьд хөрөнгийн боломжит эх үүсвэрүүдийг эрүүл мэндийн салбарт татан төвлөрүүлэх бүх боломжийг ашиглах ёстой гэж судлаачид зөвлөж байна.

Иймээс төсвийн хөрөнгө хүрэлцээгүй, төрөөс эрүүл мэндийн салбарыг бүрэн санхүүжүүлэх боломжгүй шилжилтийн эдийн засагтай орнуудад дээрх загваруудаас хамгийн тохиромжтой нь **санхүүжилтийн олон сувагууд бүхий нийгмийн даатгалын тогтолцооны загвар** байх болно. Өөрөөр хэлбэл, эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийг олон эх үүсвэрт тогтолцоонд шилжүүлж, улсын төсвийн хөрөнгө, нийгмийн даатгалын шимтгэл болон даатгалын компанийн ашгийн хувиар санхүүжилтийн эх үүсвэрийг бүрдүүлэх нь зүйтэй гэж олон улсын шинжээчид зөвлөсөн байна.

1.4.Эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийн арга, механизмууд

Эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилттэй холбоотой хүндрэл бэрхшээл нь хөгжингүй болон хөгжиж буй орнуудад аль алинд нь түгээмэл тулгардаг асуудал боловч эрүүл мэндийн салбарын тогтолцоо, санхүүжилтийн арга, тухайн орны хөгжлийн түвшингээс хамаарч эдийн засгийн үр дагавар нь улс орон бүрд харилцан адилгүй байдаг.

Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний санхүүжилтийн **шууд ба шууд бус** санхүүжилтийн 2 арга байдаг.

Шууд санхүүжилтийн арга гэдэг нь эрүүл мэндийн үйлчилгээний төлбөрийг үйлчилгээг худалдан авагч хувиасаа төлөхийг хэлнэ.

Шууд бус санхүүжилтийн арга гэдэг нь эрүүл мэндийн үйлчилгээ үзүүлэгч болон үйлчилгээг худалдан авагчийн дунд гуравдагч этгээд оролцох хэлбэрийг хэлнэ.

Эрүүл мэндийн тогтолцоог **улсын төсвийн эх үүсвэр, даатгалын сангийн эх үүсвэр** (заавал даатгал болон сайн дурын даатгал), **үйлчлүүлэгчийн төлбөр** болон **хандивын** эх үүсвэрээр санхүүжүүлдэг гэдгийг өмнөх хэсгүүдэд тайлбарласан.

АНУ, Их Британи, Герман, Франц, Куба, Турк улсуудын эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний санхүүжилтийн загвар, эдгээр орнуудын эрүүл мэндийн тогтолцооны ялгаатай байдлыг дараах судалгаагаар харьцуулан харуулсан байна. ⁵

Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний санхүүжилтийн Beveridge загвар, Bismarck загвар болон Хувийн эрүүл мэндийн даатгалд суурилсан загварууд нь санхүүгийн эх үүсвэр, шийдвэр гаргах механизм, үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллагуудын хувьд зарчмын ялгаатай болохыг энэхүү судалгаанаас харж болно.

Зарим орны эрүүл мэндийн тогтолцооны загварууд

Санхүүжилтийн загвар	Бевеиджийн загвар (Англи)	Бисмарк загвар (Герман)	Хувийн эрүүл мэндийн даатгалын загвар (АНУ)	Социалист загвар (Куба)
Шийдвэр гаргах механизм	ЗГ шийдвэр гаргаж, менежмент хийнэ.	Даатгалын сан болон Эмч нарын холбоо шийдвэр гаргаж менежмент хийнэ.	Хувийн бизнесийн зарчмаар ажиллана.	ЗГ шийдвэр гаргаж, менежмент хийнэ.
Эх үүсвэр (нөөц)	Төсөв(татвар)	Ажилтан ба ажил олгогчийн шимтгэл	Хувийн санхүүжилт	Улсын төсөв
Эрүүл мэндийн үйлчилгээ үзүүлэгч	Улсын	Улсын/хувийн	Хувийн	Улсын

Эх сурвалж: Isik 2015

Санхүүжилтийн зарчим, арга механизмаас хамааруулан эрүүл мэндийн тогтолцоог дараах түгээмэл 4 ангилалд хуваан авч үзсэн байна.⁶

1. Бизнесийн буюу чөлөөт эрүүл мэндийн тогтолцоо

Чөлөөт зах зээлийн эрүүл мэндийн тогтолцоотой орнуудад хувийн хэвшлийн зүгээс эрүүл мэндийн үйлчилгээний эрэлт, нийлүүлэлтийн аль алинд оролцдог, тогтолцооны

⁵ Mustafa, I. S. İ. K., Fikriye, I. S. İ. K., & Kiyak, M. (2015). Analyzing financial structure of Turkish healthcare system in comparison with us, German, British, French and Cuban healthcare systems. Journal of Economics Finance and Accounting, 2(4).

⁶ Milton I. Roemer-ийн арга

үндсэн хэсэг нь болдог. Эрүүл мэндийн үйлчилгээний төлбөрийг хувь хүн өөрөө гаргах, эсхүл хувийн даатгалаас санхүүжүүлэх боломжтой байдаг тул ихэвчлэн чинээлэг давхаргын хүмүүс эрүүл мэндийн үйлчилгээнд бүрэн хамрагдах, чанартай үйлчилгээ авах боломжтой байдаг байна. Энэхүү загварыг нэвтрүүлсэн орнуудын сонгодог жишээ нь АНУ болон Бразил улс юм.

2. Нийгмийн хамгаалалд суурилсан эрүүл мэндийн тогтолцоо

Энэ тогтолцооны санхүүжилтийн механизм нь Бисмарк загвартай дүйцдэг. Бисмарк загварыг анх Германд нэвтрүүлсэн бөгөөд Австри, Бельги, Франц, Нидерланд зэрэг Европын орнууд, түүнчлэн дэлхийн хөгжингүй ба хөгжиж буй орнуудад түгээмэл ашиглаж байна. Энэхүү загвар нь 1990 оноос хойш хэрэгжүүлсэн Дэлхийн банкны эрүүл мэндийн бодлогын шинэчлэлийн хүрээнд эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний санхүүжилтийн хамгийн түгээмэл хэрэглэгддэг арга болсон байна. Энэ тогтолцооны санхүүжилтийн эх үүсвэр нь шимтгэлийн орлого байх ба эрүүл мэндийн үйлчилгээнд төрийн болон хувийн хэвшлийн эрүүл мэндийн байгууллагууд аль аль нь оролцдог. Санхүүжилтийн үндсэн зарчим нь бүх иргэдийг эрүүл мэндийн даатгалд заавал хамруулахад оршдог.

3. Ерөнхий ба хүртээмжтэй эрүүл мэндийн тогтолцоо

Энэ тогтолцооны санхүүжилтийн механизм нь Бевериджийн загвартай дүйцдэг ба төрөөс удирдлагыг хэрэгжүүлнэ. Бевериджийн загвар нь Их Британид анх үүссэн бөгөөд өнөөдөр энэхүү загварыг Дани, Финланд, Ирланд, Испани, Швед, Итали, Норвеги, Португал, Грект ашиглаж байна. Эрүүл мэндийн үйлчилгээний санхүүжилтийн гол эх үүсвэр нь татвар (төсөв)-ын эх үүсвэр байна. Засгийн газрын зүгээс эрүүл мэндийн тогтолцооны санхүүжилтийг төсвөөр дамжуулан хянах ба бүх иргэд даатгалын шимтгэл төлснөөр эрүүл мэндийн үйлчилгээнд үнэ төлбөргүй хамрагддаг. Эмч нарыг нэг өвчтөнийг эмчлэх үнэлгээний системээр (fee per patient) цалинжуулдаг ба эрүүл мэндийн асуудал хариуцсан төрийн захиргааны төв байгууллагаас эрүүл мэндийн салбарт зарцуулах төсвийг тогтоодог. Хувийн хэвшлийнхэн эрүүл мэндийн үйлчилгээнд оролцож болох ба үүнээс үүдэн гарах сөрөг үр дагаврыг сайтар хянан зохицуулах аудитын системтэй байдаг.

4. Социалист буюу төвлөрсөн төлөвлөгөөт эрүүл мэндийн тогтолцоо

Социалист хэлбэрийн эрүүл мэндийн тогтолцоо нь урьдчилан сэргийлэх үзлэг болон эрүүл мэндийн үйлчилгээ, эмчилгээг бүх иргэнд үнэ төлбөргүй үзүүлдгээрээ онцлогтой юм. Эрүүл мэндийн үйлчилгээнд хувийн хэвшил оролцдоггүй бөгөөд төрөөс бүрэн хянаж зохицуулдаг. Куба Улс нь энэ системийн гол төлөөлөгч болдог.

1.5. Дэлхийн зарим орнуудын эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцооны онцлог

Америкийн Нэгдсэн Улс

АНУ-ын эрүүл мэндийн тогтолцоо хувийн хэвшлийн эрүүл мэндийн даатгалын байгууллагууд дээр суурилсан байдаг. Ихэнх иргэд хувийн эрүүл мэндийн даатгалтай байдаг. Үйлчилгээг ихэвчлэн хувийн эрүүл мэндийн байгууллагууд болон хувийн эмнэлэгтэй эмч нар үзүүлдэг. Эрүүл мэндийн анхан шатны тусламж үзүүлэгч байгууллага төдийлөн хүчтэй биш бөгөөд нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардал ихээхэн өндөр байна. Эрүүл мэндийн салбарын зардлын ҮНБ-д эзлэх хувь өндөр буюу 16.5 хувьтай байдаг. Энэ хэмжээ нь OECD орнуудын дундаж түвшнээс ойролцоогоор хоёр дахин илүү байна. Ийнхүү эрүүл мэндэд зарцуулах зардал нь их боловч эрүүл мэндийн үзүүлэлтүүд нь сайн биш, дэлхийн нэр хүнд бүхий оношилогоо, эмчилгээний төвүүд, судалгааны байгууллагууддаа маш их ач холбогдол өгч, хөрөнгө оруулдаг. Мөн хүн амын

нэлээд хэсэг нь эрүүл мэндийн даатгалд хамрагдаагүйн улмаас эрүүл мэндийн анхан шатны зохих тусламж үйлчилгээг авч чаддаггүй. Энэ бэрхшээлийг даван туулахын тулд АНУ-ын засгийн газар Medicare, Medicaid хөтөлбөрүүдийг хэрэгжүүлж эхэлсэн ба тэтгэврийн насныхан болон бага орлоготой иргэдийн эрүүл мэндийн зардлыг нөхөх зорилготой юм. Эдгээр хөтөлбөрийн сул тал нь эрүүл мэндийн бүх зардлыг хамруулж чадаагүйд оршино.

АНУ-ын загварын онцлог бол туйлын өндөр өртөгтэй боловч эрүүл мэндийн үзүүлэлтүүд нь тэр хэмжээгээрээ сайн байж чадахгүй байгаа явдал юм. Эрүүл мэндийн зардлыг өндөр өртөг бүхий хоёрдогч, гуравдугаар шатлалын эмчилгээ, үйлчилгээнд хуваарилдаг тул ашиг багатай анхан шатны тусламж үйлчилгээний байгууллагууд хувийн хэвшлийн сонирхлыг төдийлөн татаж чаддаггүй байна. Эрүүл мэндийн анхан шатны тусламж үйлчилгээний удирдлагыг төрийн байгууллагууд нь сайтар зохион байгуулж чаддаггүй тул өндөр өртөг бүхий хоёрдогч, гуравдагч шатны эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ авах боломж муутай иргэд эрүүл мэндийн үйлчилгээг хангалттай хэмжээнд авч чадахгүй байгаа нь асуудал болж байна.

Их Британи

NHS нь Их Британид амьдардаг бүх хүмүүст үнэ төлбөргүй эрүүл мэндийн үйлчилгээ үзүүлдэг. NHS-ийн санхүүгийн гол эх үүсвэр нь татварын орлого бөгөөд улсын төсвөөс эрүүл мэндийн үйлчилгээнд ихээхэн зардал гаргадаг. Эрүүл мэндийн салбарын нийт санхүүжилтийн 82.2% нь төсвөөс, 10% нь өргөн хэрэглээний барааны татварын эх үүсвэрээс, 7.8% нь өвчтөний зүгээс төлөх шимтгэлийн эх үүсвэрээс тус тус бүрддэг. Эрүүл мэндийн энэ тогтолцооны талаарх иргэдийн хүлээлт болон сөрөг хандлага их байдаг ч Их Британийн эрүүл мэндийн зардал Европын Холбоо болон OECD-ийн гишүүн бусад орнуудын дунджаас доогуур, хэмнэлт сайтай байж чаддаг байна.

Герман Улс

Германы эрүүл мэндийн систем нь иргэдэд хамгийн өргөн хүрээтэй эрүүл мэндийн үйлчилгээ үзүүлдгээрээ онцлогтой. Эрүүл мэндийн үйлчилгээг ихэвчлэн төрийн эрүүл мэндийн байгууллагууд үзүүлдэг ба нийгмийн даатгалын тогтолцоогоор санхүүжүүлдэг. Одоогоор дэлхийн 100 гаруй улс эрүүл мэндийн тогтолцоондоо энэ системийг нэвтрүүлээд байна.

Энэ тогтолцоонд иргэдээс эрүүл мэндийн даатгалын шимтгэл авдаг ба иргэдийн орлогын байдалтай шууд хамааралтай байна. Ажил олгогч нь мөн давхар шимтгэл төлдөг. Эрүүл мэндийн суурь үйлчилгээний хамрах хүрээ хязгаарлагдмал ба нэмэлт даатгалын багцыг худалдаж авах боломжтой байдаг.

Герман Улс эрүүл мэндийн холимог санхүүжилтийн тогтолцоотой бөгөөд өвчний даатгалын санг хараат бус бие даасан байгууллагууд удирддаг. Германд бараг бүх иргэд эрүүл мэндийн даатгалд хамрагддаг.

Герман Улс нь дэлхийд хамгийн хүчтэй эрүүл мэндийн тогтолцоотой орнуудын тоонд ордог бөгөөд нийтийн эрүүл мэндийн даатгалын бизнес сайн хөгжсөн байдаг. Хүн бүр эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ авах боломжтой. Нийт иргэдийн 90 хувь нь нийгмийн даатгалд хамрагдсан байдаг ба сар бүр тогтмол шимтгэл төлдөг. Хүн амын зарим хэсэг нь улсын даатгалын хөтөлбөрөөс гадна хувийн даатгалд нэмж хамрагддаг. Гэхдээ Германы эрүүл мэндийн санхүүжилтийн өрийн хэмжээ насжиж буй хүн амын бүтэцтэй холбоотойгоор нэмэгдэж байна.

Герман Улс эрүүл мэндийн зардалдаа ҮНБ-ний 10.8%-ийг зарцуулдаг ба энэ нь OECD орнуудын дунджаас дээгүүр (7.9%) байна. Эрүүл мэндийн нийт зардлын улсын төсвөөс

(public share) гаргах хувь 74.9% ба 16.6 хувийг төвлөрсөн төсвөөс (central share), үлдсэн хэсгийг нийгмийн хамгааллын сангаас (social security fund) санхүүжүүлдэг. Нийт эрүүл мэндийн зардлын 97 хувийг урсгал зардалд зарцуулах ба зөвхөн 3%-ийг хөрөнгө оруулалтад зориулдаг. Тиймээс төрөөс эрүүл мэндийн салбарт томоохон хөрөнгө оруулалт бараг хийдэггүй. Хувийн салбарын зардал нийт эрүүл мэндийн зардлын 25.1%-ийг эзлэх ба хувь хүнээс гарч буй зардал нь хувийн салбарын эрүүл мэндийн зардлын 42.4%-ийг эзэлж байна. Эрүүл мэндийн нийт зардалд хувийн эрүүл мэндийн даатгалын зардал 7%, хувь хүнээс гарах зардал 7%, нийгмийн хамгааллын хөтөлбөрийн зардал 3%-ийг эзэлж байна.

Франц Улс

Францын эрүүл мэндийн тогтолцооны зардал нь улсын нийгмийн даатгалаас гардаг ба өвчний сайн дурын даатгал нэмэгддэг. Францад оршин суух зөвшөөрөлтэй бүх хүн нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалд хамрагддаг. Хүн амын 74% нь эрүүл мэндийн даатгалын үндэсний сан, 7% нь хөдөө аж ахуйн ажилчдын даатгалын сан, 9% нь ажил олгогчдын сан, 6% нь ЭМЯ-ны сан, 2% нь хувийн байгууллагын санд хамрагддаг. Эхлээд эрүүл мэндийн үйлчилгээ авагч нь бүх төлбөрөө төлсний дараа төлбөрийн 75%-ийг холбогдох сангаас нөхөн олгодог.

Үндсэн зарчим нь нийгмийн даатгалд хамрагдсан иргэний эрүүл мэндийн бүх зардлыг Нийгмийн хамгааллын алба ба Эрүүл мэндийн үндэсний даатгалын хөтөлбөрийн дагуу нөхөн төлдөг явдал юм. Эрүүл мэндийн тогтолцоон дахь даатгалын сангууд нийтлэг зарчимтай бөгөөд даатгуулагч ажилтан, ажил олгогчийн заавал төлөх шимтгэлд үндэслэн нөөцөө бүрдүүлдэг. Энэхүү заавал төлөх шимтгэлийн хэмжээ нь даатгуулагч ажилтны сонгосон үйлчилгээний хүрээгээр шийдэгдэнэ.

Эрүүл мэндэд зарцуулж буй ҮНБ-ний эзлэх хувь хэмжээ 9% байна. Европын Холбооны бусад орнуудаас ялгаатай нь эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэх зардалд их зардал, урьдчилан сэргийлэх эмчилгээнд бага зардал хуваарилдгаараа онцлог. ДЭМБ-аас Францын эрүүл мэндийн системийг 2000 оны шилдэг эрүүл мэндийн системээр шалгаруулсан байна. Либерализм ба үүрэг хариуцлага, аудит ба хүлээцтэй байдал, төвлөрөл ба бие даасан байдлууд нь тэнцвэртэй, дэлхийн сайн жишиг хэмээн тодорхойлсон байна. Засгийн газар нь жил бүр Нийгмийн хамгааллын санхүүгийн тухай хуулийн төслийг парламентад өргөн барьдаг ба ирэх жилийн эрүүл мэндийн даатгалын зардлынхаа зорилтыг тодорхойлдог байна. Энэхүү зохицуулалтад Эрүүл мэндийн яам ихээхэн үүрэг гүйцэтгэдэг.

ДЭМБ ба Дэлхийн банкны мэдээллээр Францын нийт эрүүл мэндийн зардлын 79% нь улсын төсвөөс гарч байгаа нь Герман, Бельги улсын эрүүл мэндийн зардлаас дээгүүр үзүүлэлт юм.

Куба Улс

Эрүүл мэндийн социалист, төвлөрсөн төлөвлөгөөт тогтолцоотой орнуудад дараах зарчмуудыг голчлон баримталдаг. Эрүүл мэндийн үйлчилгээний тэргүүлэх чиглэл нь нийтийн эрх ашигт суурилдаг ба хүн бүр нийгмийн даатгалд хамрагдан үнэ төлбөргүй эрүүл мэндийн үйлчилгээ авах боломжтой.

Эрүүл мэндийн зардалд хуваарилсан ҮНБ-ний хувь 10.1% буюу харьцангуй өндөр байна. Эрүүл мэндийн үйлчилгээг зөвхөн төрийн эрүүл мэндийн байгууллага хариуцах ба хувийн хэвшлийн оролцоо байхгүй. Эрүүл мэндийн анхан шатны тусламж үйлчилгээнд суурилсан байдаг ба урьдчилан сэргийлэх тусламж үйлчилгээнд тэргүүлэх ач холбогдол өгч бүх түвшний эмчилгээ үйлчилгээг нэгдсэн байдлаар зохион байгуулдаг.

Эрүүл мэндийн нийт зардлын 92.6 хувийг төсвийн хөрөнгөөр санхүүжүүлдэг. Куба бол хөгжиж буй орон боловч эрүүл мэндийн салбарын хөгжил маш сайн байгаа нь ажиглагддаг. Сүрьеэгийн өвчлөл бага, вакцинжуулалт (дархлаажуулалт) өндөр, нялхсын эндэгдэл бага байгаа нь эрүүл мэндийн анхан шатны тусламж үйлчилгээний системийг үр дүнтэй явуулж байгааг илэрхийлэх үндсэн үзүүлэлт юм. Цэвэр ус, ариун цэврийн байгууламжаар хангахад хөрөнгө оруулалт их хийсэн нь халдварт өвчнөөс урьдчилан сэргийлэхэд ихээхэн хувь нэмэр оруулсан. Куба бол дэлхийн 180 орноос эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний үзүүлэлт сайтай эхний 30 орны нэг юм.

Эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийн талаас нь авч үзвэл эрүүл мэндийн ихэнх үйлчилгээ үнэ төлбөргүй бөгөөд бүх нийтийг хамардаг. Засгийн газрын нөөц бололцоо хязгаарлагдмал байдаг ч урьдчилан сэргийлэх эм, оношилгоо, шинжилгээ, хэвтүүлэн эмчлэх эмэнд ямар ч төлбөр авдаггүй. Хувь хүнээс гарах зардал маш бага байна. Тухайлбал амбулаторын эм, сонсголын аппарат, шүд, ортопедийн протез, дугуй сандал зэргийг хувиасаа гаргадаг. Эдгээр үйлчилгээ нь бага орлоготой иргэдийн хувьд үнэгүй байдаг. Эрүүл мэндийн байгууллагууд нь улсынх бөгөөд эрүүл мэндийн бүх ажилчид тогтмолоор цалинждаг.

Турк Улс

Туркийн эрүүл мэндийн үйлчилгээг харилцан уялдаа холбоо муутай санхүүгийн янз бүрийн эх үүсвэрээр удаан хугацаанд санхүүжүүлж ирснийг 2006 оноос эрүүл мэндийн ерөнхий даатгалын тогтолцоо руу шилжүүлснээс хойш санхүүгийн ялгаатай эх үүсвэрүүдийг хянах боломж бүрдсэн. Энэхүү загварт эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг эрүүл мэндийн үйлчилгээний хэрэглэгчдээс шууд болон шууд бусаар авдаг даатгалын шимтгэлээр санхүүжүүлдэг.

Эрүүл мэндийн санхүүжилтэд тодорхой үүрэг гүйцэтгэдэг нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын бүх байгууллагыг Эрүүл мэндийн ерөнхий даатгалын дор удирдан зохион байгуулдаг. Эрүүл мэндийн ерөнхий даатгалын тогтолцооны хүрээнд эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг дараах 4 эх үүсвэрээр санхүүжүүлдэг.

- Нийгэм хамгааллын албанаас хуваарилсан нөөц буюу ажилтан, ажил олгогчдын төлсөн татвар.
- Төсвөөс хуваарилсан нөөц буюу татвар
- Хувь хүнээс гарах зардал
- Эрүүл мэндийн даатгалд хувийн байгууллагаас орж ирэх нөөц буюу хувийн эрүүл мэндийн даатгалын шимтгэл.

Эрүүл мэндийн нийт зардлын төсвөөс гарах хувь 75.5% ба нийт эрүүл мэндийн зардлын зөвхөн 5.9%-ийг эрүүл мэндийн хөрөнгө оруулалтад хуваарилдаг байна. Энэхүү эрүүл мэндийн хөрөнгө оруулалтын зардлын 57.4% нь Эрүүл мэндийн яамнаас, 12% нь их дээд сургуулиас, 7% нь бусад эрүүл мэндийн байгууллагаас, 23.5% нь хувийн эрүүл мэндийн байгууллагуудаас гарч байна.

1.6.Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн ялгаатай тогтолцоон дахь эрүүл мэндийн салбарын үр дүнгийн үзүүлэлтүүдийн харьцуулалт

Эрүүл мэндийн зардал ба эрүүл мэндийн үзүүлэлтүүдийг харьцуулсан байдал

Улс	Нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардал (\$)	ҮНБ-д эрүүл мэндийн зардлын эзлэх хувь (%)	Дундаж наслалт	Нялхсын эндэгдэл	Эмнэлэгт тухайн өдрөө үзүүлэх цаг авч чадахгүй байх хувь (%)	Эрүүл мэндийн үйлчилгээний төлбөрийн чадамжгүй байдал (%)
Беверидж загвартай улс	3401	9,5	79,9	3,2	48,5	9,5
Бисмарк загвартай улс	3345	9,1	80,7	3,4	44,0	15,5
АНУ	8505	17,7	78,6	6,0	70,0	33,0
Турк	984	5,4	74,6	7,4	-	-

Эх сурвалж: OECD 2014

Дээрх хүснэгтэд Беверидж ба Бисмарк загвартай орнуудыг хувийн даатгалын тогтолцоотой АНУ болон холимог тогтолцоотой Турк Улстай харьцуулж үзэхэд:

- Беверидж ба Бисмарк загвартай орнуудын үзүүлэлт ерөнхийдөө аль аль талдаа ачаалал багатай дундаж түвшинд байгаа нь харагдаж байна. 1 хүнд ногдох ЭМ-ийн зардал амьжиргааны түвшинтэй харьцуулахад боломжийн, дундаж наслалт өндөр, нялхсын эндэгдэл бага байхаас гадна эмнэлгийн үйлчилгээ хүртээмжтэй, иргэдэд төлбөрийн хүндрэл харьцангуй бага гардаг нь харагдаж байна.
- тэгвэл зах зээлийн загвартай АНУ-д нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардал өндөр хэдий ч эмнэлгийн үйлчилгээ хүртээмжгүй, иргэдэд төлбөрийн ачаалал их ирдэг нь харагдаж байна.

1.7.Олон улсын эрүүл мэндийн тогтолцооны үр нөлөөг хэмжих үзүүлэлтүүд

Эрүүл мэндийн салбарт шинэчлэл хийж, үр өгөөжийг сайжруулахын тулд эхлээд улс орнуудын эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийн үр дүнг тодорхойлох шаардлагатай болдог. 2000 онд ДЭМБ-аас 191 орныг хамруулан энэ асуудлыг судалж, эрүүл мэндийн салбарын гүйцэтгэлийг үнэлэх аргачлал боловсруулсан байна.

Эрүүл мэндийн тогтолцооны үр нөлөөг үндсэн 5 үзүүлэлтийг багтаасан эрүүл мэндийн үр дүнгийн индекс (health system performance composite index)-ээр тооцоолсон байна.⁷ Эдгээр 5 үзүүлэлт нь:

1. Хүн амын эрүүл мэндийн сайжрах байдлын хүрсэн түвшин
2. Хүн амын эрүүл мэндийн сайжрах байдлын тархалт жигд байх
3. Эрүүл мэндийн тогтолцооны хариу үйлдэл хүн амын хүлээлтийн түвшинд хүрсэн байх
4. Эрүүл мэндийн тогтолцооны хариу үйлдэл жигд хүртээмжтэй байх
5. Эрүүл мэндийн санхүүжилт буюу хүн амыг санхүүгийн эрсдэлээс хамгаалах тэгш зарчим

⁷ Tandon, A., Murray, C. J., Lauer, J. A., & Evans, D. B. (2000). Measuring overall health system performance for 191 countries. Geneva: World Health Organization.

Дээрх 5 үзүүлэлтэд үндэслэн улс орнуудын эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийн индексийг тодорхойлоход 2000 оны байдлаар Франц, Итали тэргүүлж, Япон 10, Норвеги 11, Шинэ Зеланд 41-р байранд тус тус орж байсан ба Монгол Улс эрүүл мэндийн тогтолцооны гүйцэтгэлийн үзүүлэлтээр 145-д жагсаж байжээ. Харин 2021 оны байдлаар эдгээр орнууд тэргүүлэх байр сууриа хадгалсаар байгаа ба Монгол орны үзүүлэлт энэ жилийн тооцоололд судлагдаагүй байна.⁸

Мөн түүнчлэн Жонс-Хопкинсын Их Сургууль болон Олон улсын цөмийн аюулгүй байдлыг хамгаалах байгууллага хамтран 2019 онд дэлхийн 195 орныг хамруулсан Глобал эрүүл мэндийн аюулгүй байдлын индексийг (Global health security index) боловсруулсан ба үүнд доорх үндсэн 6 категор ба түүнээс салбарлах 34 үзүүлэлтийг нэгтгэн тооцоолсон байна.⁹ Үүнд:

1. Урьдчилан сэргийлэлт- антибиотикт тэсвэрт чанар, зоонозын өвчнүүд, биологийн аюулгүй байдал, биологийн аюулгүй байдлын хамгаалалт, хариуцлагатай шинжлэх ухаан, дархлаажуулалт
2. Илрүүлэг-лабораторын тогтолцоо, шуурхай хяналт, мэдээлэл, тархвар судлалын боловсон хүчин, хүн, амьтан, орчны өгөгдлийг нэгтгэж дүгнэх байдал
3. Хариу арга хэмжээ авах-онцгой байдлын үеийн бэлэн байдал, төлөвлөгөөтэй байдал, онцгой байдалд үзүүлэх үйл ажиллагаа, нийгмийн эрүүл мэнд ба аюулгүй байдлын уялдаа холбоо, эрсдэлийг үнэлэх, харилцаа холбооны дэд бүтэц, аялал жуулчлал ба худалдааны хязгаарлалт
4. Эрүүл мэнд- эмнэлгийн хүчин чадал, эрүүл мэндийн ажилчдын хуваарилалт, эрүүл мэндийн хүртээмжтэй байдал, нийгмийн эрүүл мэндийн онцгой байдлын үед эрүүл мэндийн ажилтантай холбоо харилцаатай байх боломж, халдварт өвчнийг хянах туршлага, тоног төхөөрөмжийн хүрэлцээтэй байдал, анагаах ухааны шинэ аргачлалыг турших, зөвшөөрөл гаргах чадамж
5. Нормативууд- нийгмийн эрүүл мэндийн онцгой байдлын үед олон улсад мэдээлэх нийгмийн эрүүл мэндийн онцгой байдлын арга хэмжээг авахдаа олон улсын гэрээнд нэгдэх, олон улсын амлалт, олон улсын хүн ба амьтны эрүүл мэндийн аюулгүй байдлын судалгаанд нэгдэх, уг судалгаанд зориулж төсвөөс санхүүжилт гарсан эсэх, генийн ба биологийн өгөгдөл, дээжээ хуваалцах эсэх
6. Эрсдэл- улс төрийн ба аюулгүй байдлын эрсдэл, нийгэм эдийн засгийн эрсдэл, дэд бүтцийн чадавх, орчны эрсдэл, нийгмийн эрүүл мэндийн эмзэг байдал (дундаж наслалт, эрүүл мэндийн үйлчилгээний чанар, шаардлага хангасан ундны ус, ариун цэврийн байгууламжийн хангамж, нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн төсвийн зарцуулалт)

Дээрх үзүүлэлтүүдийг нэгтгэн Глобал эрүүл мэндийн аюулгүй байдлын индексийг тооцоолон гаргахад АНУ, Их Британи Умард Ирландын Нэгдсэн Хаант улс (ИБУИНХУ) тэргүүлж, Норвеги 16, Япон 21, Шинэ Зеланд 35-д жагссан бол Монгол Улс 46-д жагссан байна.

1.8.Дэлхийн улс орнуудын эрүүл мэндийн салбарын ерөнхий үзүүлэлт ба Монгол Улсын нөхцөл байдал

Дэлхий дахинаа эрүүл мэндийн тогтолцоог үнэлж дүгнэхдээ эрүүл мэндийн үйлчилгээний хүртээмж, эрүүл мэндийн салбарт зарцуулах зардал, хүн амын эрүүл

⁸ <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/best-healthcare-in-the-world>

⁹ <https://www.ghsindex.org>

мэндийн үндсэн үзүүлэлтүүдийг ашигладаг. Өндөр орлоготой орнуудад эрүүл мэндийн зардлын зарцуулалт өндөр байхын хэрээр эрүүл мэндийн тогтолцоо хүртээмж ихтэй, хүн амын үзүүлэлт сайн байна.¹⁰

Эрүүл мэндийн салбарын ерөнхий үзүүлэлтийг Монгол Улстай харьцуулсан байдал

Үзүүлэлт	Дэлхийн дундаж	Өндөр орлоготой орнуудын дундаж	Бага дунд орлоготой орнуудын дундаж	Монгол Улс (2019 оны жилийн эцсийн байдлаар)
Эрүүл мэндийн үйлчилгээний хүртээмжтэй байдал				
Эмнэлгийн ор (1000 хүнд ногдох)	2.8	5.2	0.7	8.0
Их эмч (10000 хүнд)	13.9	28.7	7.9	36.8
Сувилагч, эх баригч (10000 хүнд)	28.6	88.2	18.0	43.2
Эм зүйч (10000 хүнд)	4.5	10.1	4.2	7.8
Шүдний эмч (10000 хүнд)	2.8	6.5	1.2	4.4
Эрүүл мэндийн салбарын зардлын үзүүлэлт				
ДНБ-д эрүүл мэндийн зардлын эзлэх хувь	8.6	11.6	4.1	2.2
Улсын төсөвт эрүүл мэндийн зардлын эзлэх хувь	14.1	16.8	6.2	7.2
Нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардал (ам.доллар)	615	2857	32	92
Хүн амын эрүүл мэндийн үзүүлэлт				
Дундаж наслалт	71	79	68	70
Нялхсын эндэгдэл (1000 амьд төрөлтөнд)	33.6	5.3	44	13.3
5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл (1000 амьд төрөлтөнд)	45.6	6.3	59	16.1
Эхийн эндэгдэл (100000 амьд төрөлтөнд)	210	17	240	23

Эх сурвалж: ДЭМБ 2015, Дэлхийн банк 2021, Үндэсний Статистикийн Хороо 2020

Хүснэгтээс харахад бусад бага дунд орлоготой орнуудтай харьцуулахад Монгол Улсын ДНБ-д эрүүл мэндийн зардлын эзлэх хувь маш бага 2.2 хувь, улсын төсөвт эрүүл мэндийн зардлын эзлэх хувь, нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардлын хувиараа арай өндөр байна. Мөн эрүүл мэндийн үйлчилгээний хүртээмж бусад бага дунд орлоготой орнуудаас илүү, их эмчийн 10 мянган хүнд ногдох тоогоор өндөр орлоготой орнуудаас ч илүү байгаа нь харагдаж байна. Мөн хүн амын эрүүл мэндийн үзүүлэлтээр бага дунд орлоготой орнуудыг бодвол харьцангуй сайн байгаа ч өндөр орлоготой оронтой харьцуулахад их эмчийн тооноос бусад бүх үзүүлэлтээр дор байгаа нь уг хүснэгтээс харагдаж байна.

1.9. Дэлхий дахины эрүүл мэндийн санхүүжилтийн зарцуулалт

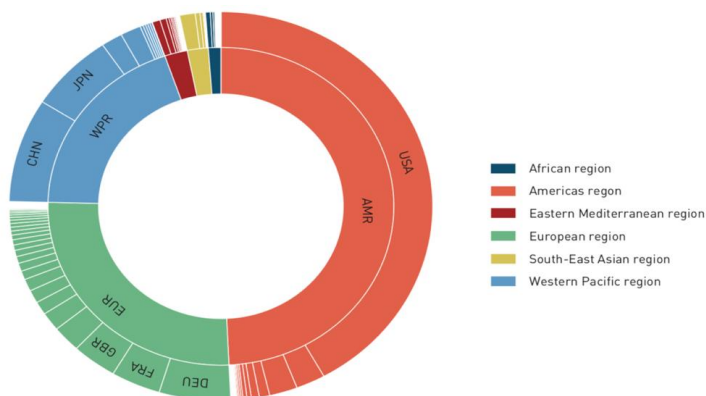
ДЭМБ-аас 2020 онд гаргасан Дэлхий дахины эрүүл мэндийн зарцуулалтын тайланд өндөр, өндөр дунд, бага дунд, бага орлоготой орнуудын эрүүл мэндийн санхүүжилтийн зарцуулалтыг харьцуулсан байна.¹¹ Энэ тайланд дурдсанаар КОВИД-19 цар тахлаас өмнө дэлхийн хэмжээнд эрүүл мэндэд зарцуулах зардал тасралтгүй өссөөр байжээ.

¹⁰ <https://data.worldbank.org/>
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332070/9789240005105-eng.pdf>

¹¹ Vrijburg, K. L., & Hernández-Peña, P. (2020). Global spending on health: Weathering the storm 2020. *World Health Organization Working paper*, (19.4).

2018 онд дэлхий дахинаа эрүүл мэндийн зардал 8.3 их наяд доллар буюу дунджаар улс орнуудын дотоодын нийт бүтээгдэхүүний 10%-ийг эзэлж байв. Гэхдээ энэ нь сүүлийн таван жилд анх удаа эрүүл мэндийн салбарын зарцуулалт ДНБ-ний өсөлтөөс удаашралтай байсныг харуулдаг. 2000-2018 онд улс орнуудын нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зарцуулалт тогтмол өсөж байсан ба 2008-2009 оны эдийн засгийн хямралын дараах эрүүл мэндийн зарцуулалтын өсөлт удаашралтай байжээ.

Дэлхийн эрүүл мэндийн зарцуулалтын дийлэнх хэсгийг эзэлж буй бүсүүд ба орнууд

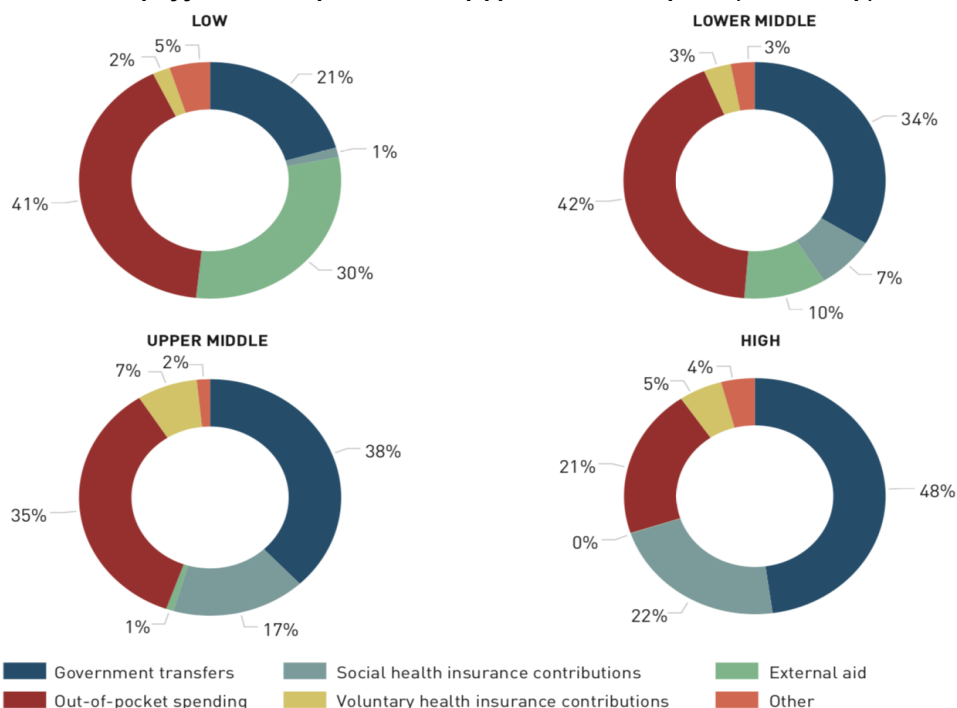


Эх сурвалж: ДЭМБ 2020

Бага, дунд орлоготой орнуудын эрүүл мэндийн нийт зардалд хувь хүнээс гарч буй зардлын эзлэх хувь 40%-иас дээш хэвээр байна. Эдгээр орнуудын эрүүл мэндийн зардалд зориулсан гадны тусламж оргил үедээ хүрч байсан ба сүүлийн жилүүдэд дундаж орлоготой орнуудын хүлээн авсан гадны тусламжийн эзлэх хувь нэмэгдэж, бага орлоготой орнуудынхаас давсан байна. Энэхүү эрүүл мэндэд үзүүлэх гадны тусламж нь бага, дунд орлоготой орнуудад голчлон халдварт ба шимэгчийн өвчний хөтөлбөрийг санхүүжүүлэхэд ашиглагдсан бол эдгээр орнуудын дотоодын төсөв ихэвчлэн халдварт бус өвчинтэй тэмцэхэд төвлөрч байна.

Бага орлоготой орнуудад халдварт өвчинд зарцуулах зардал нийт эрүүл мэндийн зардлын тал хувийг эзэлж байсан бол дунд орлоготой орнуудын гуравны нэгийг эзэлж байна. Харин халдварт бус өвчинд зарцуулах зардал дунд орлоготой орнуудын эрүүл мэндийн зардлын 30 орчим хувийг, бага орлоготой орнуудын 13 орчим хувийг эзэлж байна. Бага, дунд орлоготой орнуудад эрүүл мэндэд чиглэсэн гадны тусламжийн гуравны хоёр нь халдварт өвчинд зарцуулагдаж байгаа ба дундаж орлоготой орнуудад ХДХВ-ийн халдварын эсрэг тэмцэх зардал дангаараа эрүүл мэндийн гадны тусламжийн бараг тэн хагасыг эзэлж байна. Бага орлоготой орнуудад халдварт бус өвчнөөс урьдчилан сэргийлэхэд зарцуулах зардлын 37% нь дотоодын сангаас орж ирдэг бол 15% нь гадны тусламжаар орж ирдэг байна. Дундаж орлоготой орнууд энэ зардлынхаа 59%-ийг дотоодын төсвийн хөрөнгөөс бүрдүүлж, 2% нь гадны тусламжаас бүрдэж байна.

Улс орнуудын нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардал (ам.доллар)



Эх сурвалж: ДЭМБ 2020

Бага орлоготой гэж тооцогддог нийт 32 оронд эрүүл мэндийн санхүүжилт бэрхшээлтэй байдаг тул эрүүл мэндийн аюулгүй байдал, бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтын явц удаашралтай байна. Эдгээр орнуудад нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн жилийн зардал 34 ам.доллар байдаг ба энэ нь ДНБ-ний 4.4% орчим бөгөөд үүнээс бараг 60%-ийг хувь хүн өөрөө төлдөг байна. Үүнээс төсвөөс гаргадаг зардал нь дунджаар 9 ам.доллар л байдаг ба энэ нь ДНБ-ний 1.2%-ийг эзэлж байна. Тиймээс эрүүл мэндийн чиглэлийн гадны тусламж өнгөрсөн арван жилийн хугацаанд хоёр дахин нэмэгдэж байна. Монгол Улсад нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардал 2020 онд 244 мянган төгрөг буюу 87,14 ам.доллар байна. Доорх зурагт өндөр орлоготой байх тусам төсвөөс гарах эрүүл мэндийн зардлын эзлэх хувь ихэсч байгааг харуулж байна.

КОВИД-19 цар тахлаас үүдэлтэй эрүүл мэнд, эдийн засгийн цочрол нь эрүүл мэндийн зардалд шууд болон шууд бус үр дагавар авчирч, бүх нийтийн эрүүл мэндийн хамралтыг улам удаашруулах хандлагатай байна. Бүх улс орон цар тахлаас үүдсэн эдийн засгийн хямралыг даван туулахын тулд төсвийн хуваарилалт хийж байгаа ч үүнээс эрүүл мэндийн салбарт очих хувь харьцангуй бага байна. Энэ дундаа бага орлоготой улс орнуудын цар тахлын эсрэг эрүүл мэндийн хариу арга хэмжээнд хүнд туссан. Дэлхийн эдийн засгийн гүнзгий хямралыг дагаж гарсан эрүүл мэндийн хямрал нь удаан хугацаанд хадгалагдаж болзошгүй байна. Учир нь улс орнууд эдийн засгийн хямралаа бууруулах гэж нэмэлт өр тавьсаар байна. Тиймээс КОВИД-19-ийн хямралын дунд болон урт хугацааны эрүүл мэндийн зардалд үзүүлэх нөлөө нь макро эдийн засгийн үзүүлэлтүүд, эрүүл мэндийн үйлчилгээний эрэлт, нийлүүлэлтийн хэв маягаас хамаарах юм. Мөн түүнчлэн цар тахал гарахаас өмнө үүссэн эрүүл мэндийн санхүүжилтийн эмзэг байдал нь ойрын жилүүдэд хадгалагдсаар байх болно. Ийнхүү өр төлбөрийн сүлжээнд автсаар

байх нь нийгмийн салбарууд, түүн дотор эрүүл мэндэд зарцуулах төсвийн зардлыг бууруулж, эрүүл мэндийн бүх нийтийн хамралтыг удаашруулах эрсдэлтэй байна. Тиймээс эрүүл мэндийн салбарт ихээхэн анхаарч санхүүжүүлэх бодлого хэрэгжүүлэх нь цар тахлаас үүдэлтэй үр дагаврыг хөнгөвчлөх юм. Харин эрүүл мэндийн санхүүжилтийн сул тогтолцоотой улс орнууд цар тахлын хямралыг ашиглан, шинэчлэл хийх замаар эрүүл мэндийн бүх нийтийн хамралтын хүрээг ахиулж болох юм.

Энэхүү цар тахал дэлхий дахинд эрүүл мэндэд илүү их хэмжээгээр тогтвортой төсвийн санхүүжилт шаардлагатай байгааг батлан харуулж байна. ДЭМБ энэ нөхцөл байдалд үндэслэн дараах зөвлөмжийг хүргэж байна. Үүнд:

- 1.Нийгэм-эдийн засгийн тэргүүлэх чиглэлд эрүүл мэндэд зарцуулах төсвийн зардлыг багтаах;
- 2.Нийтийн эрүүл мэндийн хамралтыг сайжруулах, ингэхдээ эхний ээлжид эрүүл мэндийн нийтлэг хэрэглээ болох тархвар судлалын хяналт, лабораторын тогтолцоо, дархлаажуулалтын санхүүжилтийг нэмэгдүүлэх;
- 3.Дэлхий дахин эрүүл мэндийн аюулгүй байдлыг хангах нийтлэг зорилгод тэмүүлж байгаа тул эрүүл мэндийн салбарыг хөрөнгө оруулалтын тэргүүлэх чиглэл болгох;
- 4.Анхан шатны эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хүртээмжийг сайжруулах, тэгш байдлыг хангахад чиглэсэн төсвийн санхүүжилтийг нэн тэргүүнд тавих;
- 5.Орлого багатай улс орнуудад чиглэсэн тусламжийг зохих чиглэлд нэмэгдүүлэх;
- 6.Үндэсний болон дэлхийн түвшинд эрүүл мэндийн зардлын ил тод байдалд хяналт тавих байгууллагуудыг дэмжиж санхүүжүүлэх.

БҮЛЭГ II. ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН САНХҮҮЖИЛТИЙН ТОГТОЛЦООНЫ ОЛОН УЛСЫН ТУРШЛАГА, ЭРХ ЗҮЙН ОРЧИН

2.1.АМЕРИКИЙН НЭГДСЭН УЛС

Хууль эрх зүйн зохицуулалт

АНУ-д эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилт, эрүүл мэндийн даатгалтай холбогдон гарах харилцааг “Нийгмийн халамжийн тухай” (Social Security Act 1965) “Нийтийн эрүүл мэндийн үйлчилгээний тухай” (Public Health Service Act), “Өвчтөнийг хамгаалах, боломжит эрүүл мэндийн үйлчилгээний тухай” (The Patient Protection and Affordable Care Act 2010 (Obamacare))¹² болон холбогдох бусад хууль тогтоомжоор зохицуулж байна.

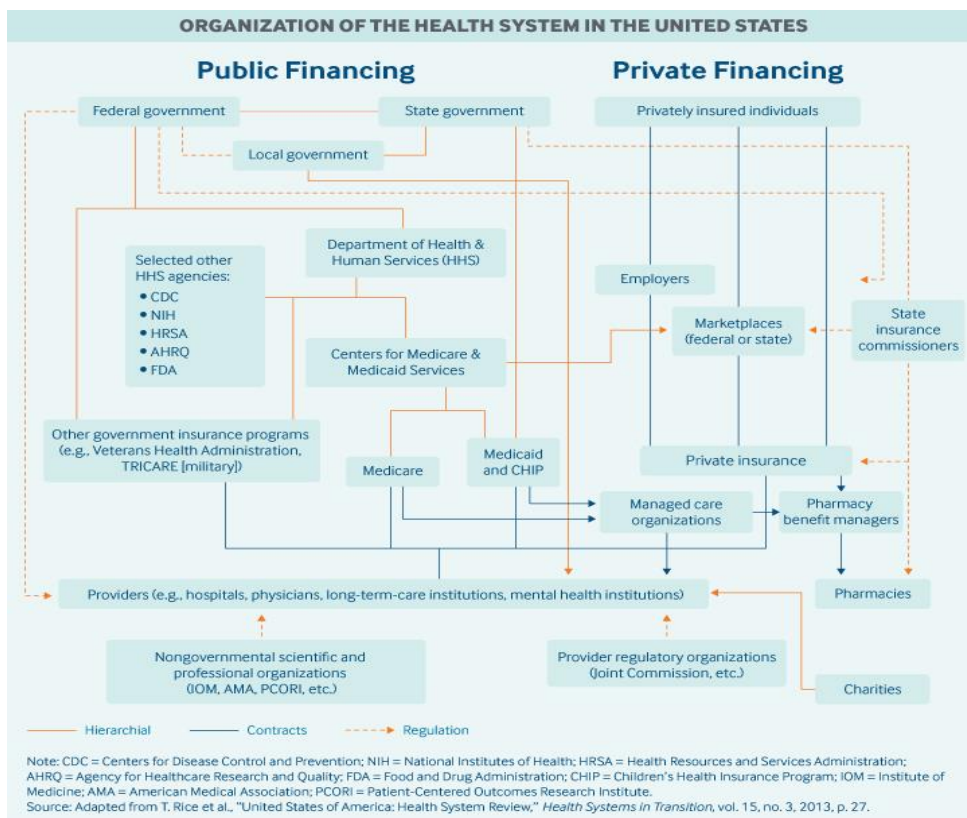
“Өвчтөнийг хамгаалах, боломжит эрүүл мэндийн үйлчилгээний тухай” хууль нь 2010 онд батлагдсан бөгөөд тус хуулиар Америкийн иргэн бүр хямд, чанартай эрүүл мэндийн даатгалд хамрагдахад засгийн газар, ажил олгогчид болон иргэдийн хүлээх үүрэг, хариуцлагыг тус тус заасан байна. Энэхүү хуулиар эрүүл мэндийн даатгалд хамрагдах боломжийг нэмэгдүүлэх, хэрэглэгчдийн эрхийг хамгаалах, өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх үйл ажиллагаанд голлон анхаарах, үйл ажиллагааны гүйцэтгэл, чанарыг нэмэгдүүлэх, эрүүл мэндийн салбарын ажиллах хүчийг нэмэгдүүлэх, өсөн нэмэгдсээр байгаа эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний үнэ төлбөрийг бууруулах зэрэг зорилгыг тавьсан байна. Эрүүл мэндийн яамны харьяа Хэрэглэгчийн мэдээлэл, даатгалын хяналтын төв (Center for Consumer Information and Insurance Oversight) нь тус хуулийн хэрэгжилтэд, тодруулбал, хувийн эрүүл мэндийн даатгалд хяналт тавьж ажилладаг байна.

¹² <https://www.hhs.gov/sites/default/files/ppacacon.pdf>

Эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийн тогтолцоо

АНУ нь эрүүл мэндийн санхүүжилтийн зах зээлийн буюу хувийн эрүүл мэндийн даатгалын загварт хамрагдаж байна.

Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцооны загвар¹³



АНУ-ын нийт хүн ам 332.981.960 гаруй бөгөөд Дотоодын нийт бүтээгдэхүүнийхээ ойролцоогоор 17.7%-ийг эрүүл мэндийн салбарт зарцуулж байна. Жилд нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн үйлчилгээний зардал 11.172 ам доллар байна.

Эрүүл мэндийн салбарын ерөнхий үзүүлэлт

Үзүүлэлт	2019 оны эцсийн байдлаар
Эрүүл мэндийн үйлчилгээний хүртээмжтэй байдал	
Эмнэлгийн ор (1000 хүнд ногдох)	2.87
Их эмч (10000 хүнд)	26.1
Шүдний эмч (10000 хүнд)	6.1
Эрүүл мэндийн салбарын зардлын үзүүлэлт	
ДНБ-д эрүүл мэндийн зардлын эзлэх хувь	17.7%
Улсын төсөвт эрүүл мэндийн зардлын эзлэх хувь	3.81 их наяд \$
Нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардал (ам.доллар)	11.172\$

¹³ <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/united-states>

Хүн амын эрүүл мэндийн үзүүлэлт	
Дундаж наслалт	79
Нялхсын эндэгдэл (1000 амьд төрөлтөнд)	4
5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл (1000 амьд төрөлтөнд)	7
Эхийн эндэгдэл (100000 амьд төрөлтөнд)	19

Эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилт нь засгийн газрын санхүүжилт, хувийн даатгал, хувь хүнээс гарч буй зардлаас бүрдэж байна. 2019 оны байдлаар эрүүл мэндийн зардлын 29%-ийг Холбооны засгийн газар, 28.4%-ийг өрх буюу хувь хүний зардал, 19.1%-ийг хувийн даатгал, 16.1%-ийг муж болон орон нутгийн засгийн газар, 7.5%-ийг бусад хувийн орлогоос санхүүжүүлсэн байна. Эрүүл мэндийн санхүүжилт нь эмнэлэг, эмч, ажилтнууд, эм хангамж, асрах, сувилах үйлчилгээ болон эмчилгээний тоног төхөөрөмжинд зарцуулагдаж байна.

2019 оны эцсийн байдлаар 3.8 их наяд ам долларыг эрүүл мэндийн санхүүжилтэнд зарцуулсан байна. Үүнээс:

- 21%-Medicare улсын даатгалд
- 16%-Medicaid улсын даатгалд
- 31%-хувийн эрүүл мэндийн даатгалд
- 11%-хувь хүнээс гарч буй зардал
- 4.2%-эмнэлгийн зардал
- 4.6%-эмч, эмнэлгийн үйлчилгээний зардал
- 5.7%-жороор олгох эмийн зардалд тус тус зарцуулсан байна.¹⁴

Эрүүл мэндийн даатгал

АНУ-д улсын болон хувийн эрүүл мэндийн даатгалын байгууллагууд үйл ажиллагаа явуулж байна. Нийгмийн халамжийн тухай хуулиар засгийн газрын санхүүжилттэй Medicare болон Medicaid даатгалуудыг анх 1965 онд бий болгожээ. Нийт иргэдийн 92 орчим хувь нь эрүүл мэндийн даатгалд хамрагдсанаас 2019 оны байдлаар АНУ-ын иргэдийн 67.2% нь хувийн сайн дурын эрүүл мэндийн даатгалд хамрагдсан байна. Үүнээс 55.7% нь ажил олгогчоос төлж буй даатгалд, 11.3% нь хувиараа даатгалд хамрагдсан байна. Холбооны засгийн газраас хэрэгжүүлж буй эрүүл мэндийн даатгалын хөтөлбөрүүдэд иргэдийн 34%, үүнээс, Medicare даатгалд 16.1%, Medicaid даатгалд 17.9% хамрагдсан байна. 2016 оны эхний улирлын байдлаар 27.5 сая иргэн буюу нийт хүн амын 8.5% нь эрүүл мэндийн даатгалд хамрагдаагүй үлдсэн байна. Энэ нь “Өвчтөнийг хамгаалах, боломжит эрүүл мэндийн үйлчилгээний тухай” хууль хэрэгжиж эхэлснээс хойш даруй 2 дахин буурсан дүн юм.

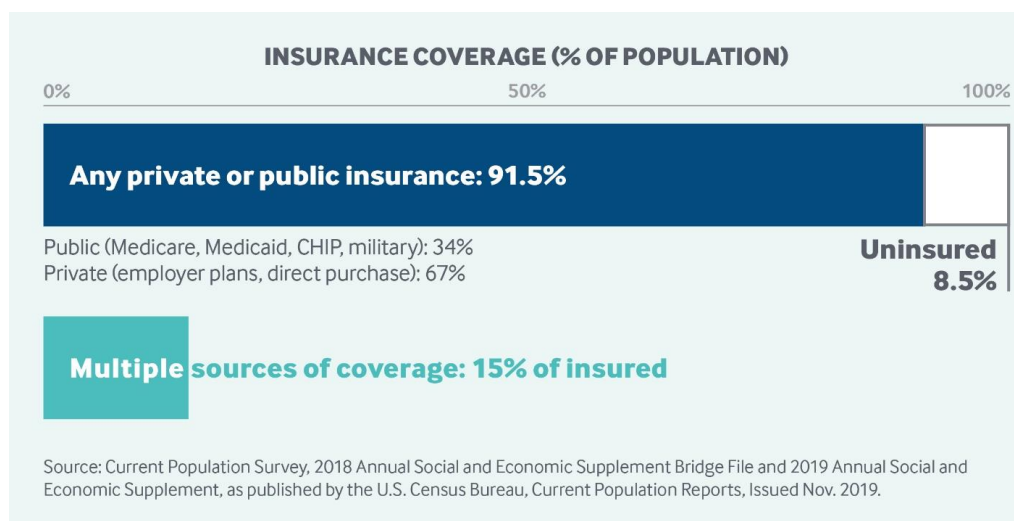
Улсын эрүүл мэндийн даатгал: Холбооны засгийн газраас санхүүжүүлдэг Medicare даатгалд 65-аас дээш насны ахмад настнууд болон зарим хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэд хамрагддаг байна. Холбооны засгийн газар нь дангаараа, зарим мужид мужийн засгийн газартай хамтран Medicaid болон “Хүүхдийн эрүүл мэндийн даатгалын хөтөлбөр” (Children’s Health Insurance Program)-үүдийг тодорхой түвшний бага орлоготой иргэдэд зориулан хэрэгжүүлдэг байна. Олон тооны мужуудад Medicaid хөтөлбөрөөр дамжуулан бага орлоготой насанд хүрсэн иргэдийн даатгалд хамрагдах хүрээг нэмэгдүүлсээр байна. “Хүүхдийн эрүүл мэндийн даатгалын хөтөлбөр”-т 2019 оны байдлаар бага орлоготой өрхийн 9 сая хүүхэд хамрагдан даатгуулсан байна.

¹⁴ <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/NHE-Fact-Sheet>

Хувийн эрүүл мэндийн даатгал: Хувийн эрүүл мэндийн даатгал нь ихэвчлэн мужийн түвшинд хэрэгждэг. Нийт Америкчуудын 2/3 хувь нь хувийн эрүүл мэндийн даатгалд даатгуулсан байна. Ажил олгогчид нь хувийн даатгалын компаниудтай гэрээ хийн ажилтнуудаа даатгалд хамруулах бөгөөд энэ төрлийн даатгалд ихэвчлэн дан ганц ажилтныг бус гэр бүлийнх нь гишүүдийг давхар хамруулдаг байна. Ажил олгогч болон ажилтан аль аль нь даатгалын шимтгэлийг хуваан төлөх бөгөөд цөөн тохиолдолд ажил олгогч нь шимтгэлийг бүтэн төлдөг байна.

Хувь хүнээс гарч буй зардал: 2019 оны байдлаар эрүүл мэндийн нийт зардлын 28.4%-ийг өрхөөс төлсөн зардал эзэлсэн байна. Энэ нь холбооны засгийн газраас төлсөн дүн (29%)-тэй бараг тэнцэж байна. Хувь хүнээс гарч буй зардал үүний 1/3-тэй тэнцэж байгаа бөгөөд ихэвчлэн эрүүл мэндийн үйлчилгээний төлбөр нь даатгалд төлсөн төлбөрөөс илүү гарсан тохиолдолд даатгалд төлсөн төлбөрийг бүтнээр нь суутгуулна. Эрүүл мэндийн үйлчилгээний хувь хүнээс гарах зардлын дундаж өртөг жилд 1 хүнд 1846 ам доллар байна.

Нийт хүн амын даатгалд хамрагдсан байдал (2019 оны байдлаар)



Эмнэлгийн санхүүжилт

Эрүүл мэндийн үйлчилгээ үзүүлэгч эмнэлгийн байгууллагыг улсын болон хувийн эрүүл мэндийн даатгал, хувь хүнээс төлж буй төлбөрөөр санхүүжүүлнэ. Эмнэлгүүд даатгалын сангийн санхүүжилтээ чөлөөтэй сонгох эрхтэй. Санхүүжилтийн хэлбэрүүд нь холимог байна.

- Medicare даатгал нь оношийн хамааралтай бүлгээр төлбөр хийнэ. Үүнд эмчийн цалин орохгүй.
- Medicaid даатгал нь оношийн хамааралтай бүлэг болон нэмэлтээр, түр хугацаагаар ажилласан ажилтны зардал түүнчлэн нөхөн төлбөр дээр үндэслэн төлбөр хийнэ.
- Хувийн даатгал нь ихэвчлэн эмнэлэг бүртэй жилийн гэрээ байгуулан, нэмэлтээр, түр хугацаагаар ажилласан ажилтны зардалд үндэслэн төлбөр хийнэ.¹⁵

¹⁵ <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/united-states>

2.2.ИЗРАИЛ УЛС

Израил Улс нь газар дундын тэнгисийн зүүн эрэгт орших баруун Азийн хөгжингүй, парламентын засаглалтай бүгд найрамдах улс (developed country) юм.

Хууль эрх зүйн зохицуулалт: Израил Улсын эрүүл мэндийн тогтолцоо нь 1995 онд батлагдсан Үндэсний эрүүл мэндийн даатгалын тухай хууль (NHI Law)-д үндэслэдэг бөгөөд Хамтын урт хугацааны тусламжийн даатгалын тухай хууль (The Community Long-term Care Insurance Law), Өвчтөний эрх зүйн байдлын тухай хууль (Patient's rights law)-аар тус тус зохицуулдаг. Хуульд зааснаар эрүүл мэндийн даатгал нь шударга ёс, тэгш байдал, харилцан туслалцааны зарчимд үндэслэх бөгөөд тус улсад оршин суугаа хүн бүр эрүүл мэндийн үйлчилгээ авах эрхтэй.

Эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийн тогтолцоо: Израил Улс нь 2019 оны дэлхийн эрүүл мэндийн үзүүлэлтээр 169 орноос 10¹⁶ дугаар байр эзэлсэн бөгөөд хүн амын дундаж наслалт (82.8) өндөртэй улс юм.

Нийт хүн ам 9.3 сая бөгөөд 2018 оны байдлаар дотоодын нийт бүтээгдэхүүний 7.6%-ийг¹⁷ эрүүл мэндийн салбарт зарцуулж байна. Нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн үйлчилгээний зардал 3323 ам доллар байна.

Эрүүл мэндийн салбарын ерөнхий үзүүлэлт¹⁸

Үзүүлэлт	2018 оны байдлаар
Эрүүл мэндийн үйлчилгээний хүртээмжтэй байдал	
Эмнэлгийн ор (1000 хүнд ногдох)	3.0
Их эмч (1000 хүнд)	4.6
Сувилагч, эх баригч (1000 хүнд)	5.7
Эм зүйч (1000 хүнд)	0.87
Шүдний эмч (1000 хүнд)	0.77
Эрүүл мэндийн салбарын зардлын үзүүлэлт	
ДНБ-д эрүүл мэндийн зардлын эзлэх хувь	7.6%
Улсын төсөвт эрүүл мэндийн зардлын эзлэх хувь	64.7%
Нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардал (ам.доллар)	3323
Хүн амын эрүүл мэндийн үзүүлэлт	
Дундаж наслалт	82.8
Нялхсын эндэгдэл (1000 амьд төрөлтөнд)	3
5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл (1000 амьд төрөлтөнд)	4
Эхийн эндэгдэл (100000 амьд төрөлтөнд)	3

Израилийн эрүүл мэндийн тогтолцоог төсвийн санхүүжилт болон татвар буюу Үндэсний эрүүл мэндийн даатгалын шимтгэл, хувийн эх үүсвэр (VHI and OOP)-ээс санхүүжүүлдэг. Эрүүл мэндийн системийг санхүүжүүлэхдээ эрүүл мэндийн салбарын онцлогтой холбоотойгоор Засгийн газар эрүүл мэндийн төлөвлөгөө (Health plan) тус бүрийн гишүүдийн тоо, тэдгээрийн насны байдал, хүйс, оршин суугаа газрыг харгалзан үзсэн томьёоны дагуу Эрүүл мэндийн санд хуваарилдаг.

¹⁶ <https://www.internations.org/go/moving-to-israel/healthcare>

¹⁷ <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/israel>

¹⁸ <https://www.theglobaleconomy.com/Israel/>

Эрүүл мэндийн даатгал

Израил Улс нь бүх нийтийн даатгалд хамрагдах үндэсний эрүүл мэндийн даатгал (NHI)-ын системтэй бөгөөд тус улсын иргэд болон байнга оршин сууж буй бүх иргэд эрүүл мэндийн төлөвлөгөө (HP) хэмээх ашгийн бус дөрвөн эрүүл мэндийн төлөвлөгөөөөс сонгох эрхтэй. Энэхүү эрүүл мэндийн дөрвөн төлөвлөгөө нь 1920-1940 оны хооронд анх бий болсон. Даатгуулагч нь төсвийн болон хувийн санхүүжилтээр дамжуулан эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ авна.



Израилийн эрүүл мэндийн даатгалын зардлын 63 хувийг төсвийн хөрөнгөөр санхүүжүүлдэг бол 37 хувийг хувийн даатгалын эх үүсвэрээс санхүүжүүлдэг.

Хувийн санхүүжилтэд хувь хүнээс гарах зардал (OOP) болон сайн дурын эрүүл мэндийн даатгал (VNI) бусад гадны тусламж хамаарна.

Үндэсний эрүүл мэндийн даатгалын санхүүжилтийг ерөнхийдөө эрүүл мэндийн татвар болон ерөнхий татвараас санхүүжүүлдэг.

Эрүүл мэндийн татвар гэдэг нь 18-аас дээш насны бүх иргэн, оршин суугчдын төлж буй Үндэсний эрүүл мэндийн даатгалын шимтгэл бөгөөд Үндэсний даатгалын байгууллагад (NII) цуглардаг. Эрүүл мэндийн татварт дундаж цалингийн 60 хувь хүртэл цалинтай ажилчдын цалингийн 3%, түүнээс дээш хэмжээтэй цалинтай ажилчдын цалингийн 5-11 хувийн шимтгэл төлдөг. Хувиараа хөдөлмөр эрхлэгч нийт орлогоосоо, тэтгэвэрт гарсан хүмүүс тэтгэврээсээ ижил хувь хэмжээгээр эрүүл мэндийн татвар төлнө. Цалинтай ажил хийдэггүй, гэр бүлтэй эмэгтэйчүүд энэхүү татварыг төлөхөөс чөлөөлөгдөнө. Оюутнууд

¹⁹ https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/302967/Israel-HiT.pdf 83 дахь тал

болон ажилгүй иргэд орлого эсвэл бэлэн мөнгөний шилжүүлгээс 5 хувийг төлөх ёстой. Тухайлбал, ажилгүйдлийн тэтгэмж, орлогын дэмжлэг, үндэсний даатгалын байгууллагын тэтгэмж, тэтгэлэг гэх мэт.

Эрүүл мэндийн зардал нь улсын нэгдсэн төсвийн зардлын 12.1%-ийг эзэлдэг. Харин Засгийн газраас гаргаж буй зардал нь эрүүл мэндийн нийт зардлын 64.7 хувийг эзэлдэг бол хувь хүнээс гарч буй зардал 21.1% байна.

Нэг хүнд ногдох ДНБ 44215 ам доллар байгаа бол нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардал 3323 ам доллар байна.

Шигтгээ: Эрүүл мэндийн төлөвлөгөө буюу план

Клалит (Clalit)-буцаж ирсэн оршин суугчид, жуулчид болон оюутнуудад Израил иргэдтэй адил эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэх бөгөөд жирэмсэн үе хамаарах боловч эмнэлэгт хэвтэх, төрөх хамаарахгүй.

Дарконайм (Darconaim)-Маккаби эрүүл мэндийн сан-буцаж ирсэн оршин суугчид, жуулчид, оюутнуудад эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэх бөгөөд жирэмсэн үе хамаарах боловч эмнэлэгт хэвтэх, төрөх хамаарахгүй.

Мэүхедит (Meuhedet)-гадаад оршин суугчдад зориулсан төлөвлөгөө. Буцаж ирсэн оршин суугчид, жуулчид, оюутнуудад эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлдэг.

Шилоэч (Shiloach)-жуулчид болон оюутнуудад эрүүл мэндийн үйлчилгээ үзүүлдэг.

Эх сурвалж: <https://www.internations.org/go/moving-to-israel/healthcare>

Хувь хүнээс гарах зардал: Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ авч буй иргэдээс анхан шатны тусламж, урьдчилан сэргийлэх үзлэг, хорт хавдрын үзлэг, эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэхээс бусад эмчилгээ, үйлчилгээнд нэмэлт төлбөр авахыг зөвшөөрдөг. 2016 онд хувь хүнээс гарсан зардал нь улсын эрүүл мэндийн зардлын 22 хувийг эзэлсэн байна. Үүний дийлэнх нь сайн дурын эрүүл мэндийн даатгал (38%), насанд хүрэгчдийн шүдний эмчилгээ (22.5%), эм бэлдмэл (15%)-д зарцуулагджээ.

Хувийн эрүүл мэндийн даатгал: Израил Улсын иргэд эрүүл мэндийн дөрвөн сангаас гадна нэмэлт даатгал буюу хувийн эрүүл мэндийн даатгал сонгох боломжтой. Хувийн эрүүл мэндийн даатгалын давуу тал нь илүү олон үйлчилгээ авах боломжтой бөгөөд 2016 онд улсын эрүүл мэндийн зардлын 14%-ийг хувийн эрүүл мэндийн даатгалаас санхүүжүүлжээ. Хувийн эрүүл мэндийн даатгал нь насанд хүрэгчдэд зориулсан шүдний эмчилгээ, зарим эм, эмийн бүтээгдэхүүнийг хамарсан нэмэлт үүрэг гүйцэтгэдэг.

Эрүүл мэндийн салбар дахь шинэчлэл:

Израил Улс нь эрүүл мэндийн салбарт дараах шинэчлэлийг нэвтрүүлж байна. Үүнд:

- Эрүүл хооллолтыг дэмжих орчныг бүрдүүлэх. Эрүүл мэндийн яамнаас хүнсний бүтээгдэхүүний заавал шошголох, хүүхдийн эрүүл мэндэд хортой хүнсний сурталчилгааг хязгаарлах зэрэг арга хэмжээ авчээ. Мөн сургууль цэцэрлэг гэх мэт улсын байгууллагаас гаргаж буй хоолны тэжээллэг чанарыг сайжруулж, эрүүл хооллолтын талаарх боловсролыг бага насны хүүхдүүдийн сургуулийн хөтөлбөрт багтаажээ.
- Олон нийтийн дунд сувилагчийн үүргийг өргөжүүлэх. Эрүүл мэндийн яам 2018 онд

анхан шатны тусламж үйлчилгээ үзүүлдэг эмч нарт үзүүлэх зарим дарамтыг арилгах зорилгоор орон нутаг дахь нарийн мэргэжлийн сувилагчдын үүрэг, үйл ажиллагааны цар хүрээг өргөтгөсөн. Мэргэшсэн сувилагчид одоо цочмог өвчний хөнгөн хэлбэр, яаралтай боловч эмчлэхэд хялбар өвчнийг эмчлэх, хянах боломжтой болсон.

- Тусламж үйлчилгээний тасралтгүй байдлыг сайжруулах
- Шүдний эмчилгээний хамрах хүрээг цаашид өргөжүүлэх. Эрүүл мэндийн яамны төсөвт эрүүл мэндийн сагсыг өргөжүүлэх зорилгоор 2018 оны туршид 75-аас дээш насны хүмүүст, 2019 оны туршид 18 хүртэлх насны хүүхдийн шүдний эмчилгээнд хамруулахаар төсөвлөжээ.
- Ахмад настнуудад үзүүлэх үйлчилгээний цар хүрээг нэмэгдүүлэх. Израилийн хүн амын насжилт нэмэгдэж байгаатай холбогдуулан Эрүүл мэндийн яам нь урт хугацааны тусламж үйлчилгээнд хамрагдах боломжийг өргөжүүлж байна.

Тулгамдаж буй зарим асуудал²⁰:

- Эрүүл мэндийн тогтолцоо нь өсөн нэмэгдэж буй эрэлт, эрүүл мэндэд чиглэсэн төсвийн хатуу санхүүжилтийн дарамтанд байдаг.
- Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний талаар нийгэм, эдийн засгийн янз бүрийн бүлгүүдийн хоорондын тэгш бус байдлын асуудал хэвээр байна.
- Эрүүл мэндийн даатгалын дөрвөн сан, үйлчилгээ эрхлэгчдийн байнгын алдагдал нь төрийн тогтолцоог дутуу санхүүжүүлж болзошгүйг харуулж байна.

Засгийн газар 2014 оноос хойш эмнэлгүүдийн санхүүжилтэд тавих хяналтаа чангатгаж, сангийн санхүү, төсвийн эх үүсвэрийг нэмэгдүүлж, алдагдлаас урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээ авсан боловч өртөг нэмэгдэж байгаатай холбогдуулан сангууд болон үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллагуудын алдагдал ирээдүйд хэвээр байх хандлагатай байна.

2.3.БҮГД НАЙРАМДАХ СОЛОНГОС УЛС

Солонгос Улс нь хөгжиж буй орноос өндөр хөгжилтэй орон руу шилжиж буй парламентын засаглалтай бүгд найрамдах улс юм. Эдийн засгийн үзүүлэлтийн хувьд нэг хүнд ногдох ДНБ 33,624 ам доллар бөгөөд дундаж наслалт 83 байна.

Хууль эрх зүйн орчин: Солонгос Улс нь эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцооны хувьд нийгмийн бүхий л гишүүд заавал даатгуулах ёстой нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоотой. Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллагын хувьд хувийн хэвшил давамгайлсан, бүх эмнэлгүүдийн 90 хувь хувийн хэвшил, клиник эмнэлгүүдийн хувьд бүгд хувийн эмнэлгүүд байдаг.

Эрүүл мэндийн санхүүжилттэй холбоотой харилцааг Үндэсний эрүүл мэндийн даатгалын тухай хууль (National health insurance act), Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хууль (Medical insurance act), Урт хугацааны тусламж, үйлчилгээний даатгалын тухай хууль (Long-term care insurance act), Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний төлөвлөгөө (Medical Aid Programme) болон бусад дүрэм, журмаар зохицуулдаг.

Эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийн тогтолцоо: БНСУ-ын нийт хүн ам 51.3 сая бөгөөд 2018 оны байдлаар дотоодын нийт бүтээгдэхүүний 8 орчим хувийг эрүүл мэндийн салбарт зарцуулж байна. Жилд нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн үйлчилгээний зардал 2542 ам доллар байна.

²⁰ <https://www.oecd.org/policy-briefs/israel-securing-adequate-resources-for-health-system.pdf>

Эрүүл мэндийн салбарын ерөнхий үзүүлэлт²¹

Үзүүлэлт	2018 оны байдлаар
Эрүүл мэндийн үйлчилгээний хүртээмжтэй байдал	
Эмнэлгийн ор (1000 хүнд ногдох)	12.4
Их эмч (10000 хүнд)	2.4
Сувилагч, эх баригч (10000 хүнд)	7.3
Эм зүйч (10000 хүнд)	0.73
Шүдний эмч (10000 хүнд)	0.5
Эрүүл мэндийн салбарын зардлын үзүүлэлт	
ДНБ-д эрүүл мэндийн зардлын эзлэх хувь	7%
Улсын төсөвт эрүүл мэндийн зардлын эзлэх хувь	14%
Нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардал (ам.доллар)	2542
Хүн амын эрүүл мэндийн үзүүлэлт	
Дундаж наслалт	83.23
Нялхсын эндэгдэл (1000 амьд төрөлтөнд)	3
5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл (1000 амьд төрөлтөнд)	3
Эхийн эндэгдэл (100000 амьд төрөлтөнд)	43

Эрүүл мэндийн даатгал

Солонгос улс 1989 онд Үндэсний эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоонд шилжсэн бөгөөд ашгийн бус олон даатгалын сангаас бүрддэг байсан. 2000 онд эрүүл мэндийн салбарт хийсэн шинэчлэлээр дээрх олон сангуудыг нэгтгэн нэг даатгагч буюу Үндэсний эрүүл мэндийн даатгалын сан болгож өөрчилсөн.

Солонгос улсын эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцоонд хувийн хэвшил давамгайлан оролцдог бөгөөд Эрүүл мэндийн яам нь бодлого боловсруулагч, зохицуулагчийн үүрэг гүйцэтгэдэг.

Стратеги, сангийн яам нь Үндэсний эрүүл мэндийн даатгалын системд Засгийн газраас татаас олгож, тамхины татварыг тодорхойлох буюу санхүүжилтэд чиглэсэн чухал үүргийг гүйцэтгэдэг. Эрүүл мэндийн даатгалын бодлогыг Үндэсний эрүүл мэндийн даатгалын байгууллага (NHIS), эрүүл мэндийн даатгалын хяналт, үнэлгээний байгууллага гэсэн хоёр байгууллагаар дамжуулан хэрэгжүүлдэг. Харин орон нутгийн засаг захиргааны нэгжийн зүгээс эрүүл мэндийн салбарт оролцох оролцоо, үүрэг хязгаарлагдмал байдаг. Улсын болон хувийн хэвшлийн эмнэлгүүд нь ижил тэгш эрхтэйгээр Үндэсний эрүүл мэндийн даатгалын сантай гэрээ байгуулж, даатгалын сангаас санхүүжилт авдаг. Эрүүл мэндийн үйлчилгээ үзүүлэгчид нь сангийн нөхөн олговрын үйлчилгээ болон эрүүл мэндийн даатгалын тэтгэмжийн багц дахь үйлчилгээнд нэхэмжлэл гаргадаг.

Солонгосын эрүүл мэндийн зардлын ихэнх хувийг Үндэсний эрүүл мэндийн даатгалд оруулсан шимтгэл эзэлдэг бөгөөд Засгийн газрын төсвийн хуваарилалтын гүйцэтгэх үүрэг харьцангуй бага байдаг. Үндэсний эрүүл мэндийн даатгал нь бүх нийтийг хамардаг боловч эрүүл мэндийн зардал дахь хувь хүнээс гарах зардлын хувь хэмжээ их байдаг. Энэ нь өндөр техник технологи шаардсан эмчилгээ, үйлчилгээ, даатгуулсан үйлчилгээний багц болон тэтгэмжийн багцад ороогүй үйлчилгээ авах тохиолдолд иргэд өөрсдөө төлбөрөө төлдөг. ЭМД-д хамрагдсан иргэд эрүүл мэндийн нэгдсэн үзлэгт үнэ төлбөргүй хамрагдах бөгөөд даатгуулагчийн насны байдлаар хамаарч үзлэг, шинжилгээний нэр төрөл өөр өөр байдаг. Даатгалд хамрагдсан гадаадын иргэдийн хувьд Солонгос иргэний нэгэн адил хөнгөлөлт эдлэх боловч эмнэлэгт үзүүлэх, хэвтэж эмчлүүлэх үед 20-50 хувь, эмийн сангаар

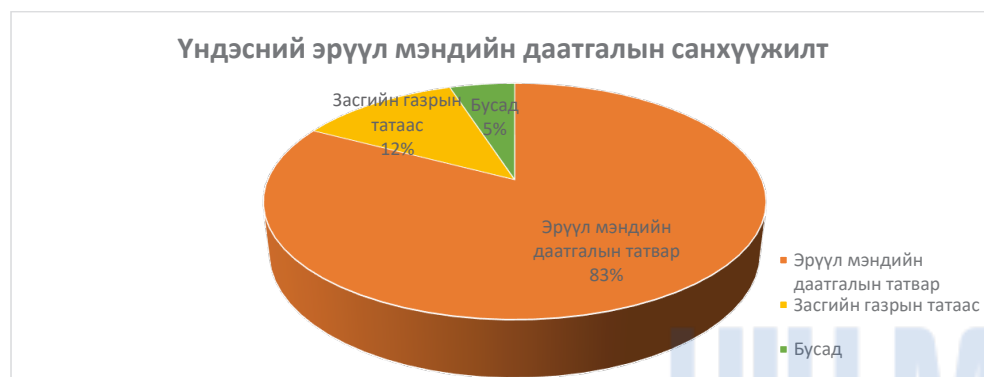
²¹ https://www.theglobaleconomy.com/South-Korea/Health_spending_per_capita/

үйлчлүүлэх үед 30 хувийг даатгуулагч төлөх бөгөөд үлдсэн хувийг ЭМ-ийн даатгалын сангаас гаргана.

Солонгосын эрүүл мэндийн зардал²² нь Нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалаас 42.8%, Татвар 11.5%, хувь хүнээс гарах зардал 35.2%, хувийн эрүүл мэндийн даатгал 6.2%, бусад зардал 4.3% байна.



Харин үндэсний эрүүл мэндийн даатгалын санхүүжилт нь эрүүл мэндийн даатгалын шимтгэл, засгийн газрын татаас болон бусад эх үүсвэр буюу тамхины татвараас бүрддэг.



Хувь хүнээс гарах зардал: Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллагууд нь үндэсний эрүүл мэндийн даатгал болон эрүүл мэндийн даатгалын тэтгэмжийн багцад ороогүй үйлчилгээг авахдаа хувиасаа мөнгө төлдөг. Даатгуулсан үйлчилгээний төлбөрийг Үндэсний эрүүл мэндийн даатгалын байгууллага хатуу хянаж, зохицуулалт хийдэг. Харин шинэ техник, технологид суурилсан эмчилгээ үйлчилгээ нь өндөр өртөгтэй байх бөгөөд хувийн хэвшлийн эмнэлгүүд энэхүү эмчилгээ, үйлчилгээг санал болгох, нөгөө талаас илүү үр дүнтэй байх магадлалтай байдаг тул иргэд тус үйлчилгээг өөрийн зардлаар авах хандлагатай байдаг.

²² <https://documents1.worldbank.org/curated/en/418791516185685994/pdf/Advancing-universal-health-coverage-what-developing-countries-can-learn-from-the-Korean-experience.pdf>

Хувийн эрүүл мэндийн даатгал: Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний санхүүжилтэд сайн дурын буюу хувийн эрүүл мэндийн даатгалын гүйцэтгэх үүрэг нэмэгдэж байгаа бөгөөд эрүүл мэндийн нийт зардлын 5 хувийг эзэлж байна. Хувийн эрүүл мэндийн даатгалын үйлчилгээг ихэвчлэн бусад даатгалын байгууллагаар дамжуулдаг бөгөөд нөхөн олговрыг үйлчилгээ үзүүлэгчид бус даатгуулагчид олгодог тул нэгдсэн мэдээлэл хомс байдаг. Солонгосын эрүүл мэндийн нийт зардлын хувь хүнээс гарах зардлын хэмжээ өндөр байгаа тул хүн амын 70-аас дээш хувь нь тус зардлыг төлөх зорилгоор хувийн эрүүл мэндийн даатгалд хамрагддаг байна.

2.4. ШИНЭ ЗЕЛАНД УЛС

Хууль эрх зүйн зохицуулалт: Шинэ Зеланд Улсад эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийг Нийгмийн хамгааллын тухай (Social Security Act 1938), Эрүүл мэндийн тухай (Health Act 1956) Шинэ Зеландын Нийтийн эрүүл мэнд, хөгжлийн бэрхшээлийн тухай (New Zealand Public Health and Disability Act 2000) хууль болон холбогдох бусад хууль тогтоомжоор зохицуулж байна.²³

Нийгмийн хамгааллын тухай хуулиар Шинэ Зеланд улсын засгийн газар нь хүн амын эрүүл мэндийг сахин хамгаалахад үндсэн үүрэг гүйцэтгэнэ. Засгийн газар нь мөн хувийн эрүүл мэндийн байгууллагуудад байнга дэмжлэг үзүүлж ажиллах үүрэг хүлээдэг байна. Шинэ Зеланд Улсын Эрүүл мэндийн талаар баримтлах бодлого (New Zealand Health Strategy)-ын дагуу засгийн газар нь эрүүл мэндийн бодлогын хөтөлбөрийг боловсруулах, үйлчилгээний хэрэгцээ, шаардлага болон улсаас санхүүжүүлдэг жил бүрийн эрүүл мэндийн төсвийг тодорхойлоход гол үүрэг гүйцэтгэнэ. Эрүүл мэндийн яам нь бодлогын хэрэгжилтэнд хяналт тавьж ажиллах бөгөөд хэрэгжилтийг парламентад тайлагнана. 2021 оны байдлаар дөрвөн чухал бодлогын баримт бичгийг хэрэгжүүлэн ажиллаж байна. Үүнд:

- Шинэ Зеландын эрүүл мэндийн талаар баримтлах бодлого 2016
- Шинэ Зеландын хөгжлийн бэрхшээлийн талаар баримтлах бодлого
- Маори үндэстний эрүүл мэндийн талаар баримтлах бодлого
- Эрүүл мэндийн анхан шатны үйлчилгээнд баримтлах бодлого зэрэг болно.²⁴

Шинэ Зеландын Нийтийн эрүүл мэнд, хөгжлийн бэрхшээлийн тухай (New Zealand Public Health and Disability Act 2000)²⁵ хуулиар эрүүл мэндийн салбарт төсвөөс үзүүлж буй санхүүжилт болон эрүүл мэнд, хөгжлийн бэрхшээлийн үйлчилгээний зохион байгуулалтын бүтцийг зохицуулсан байна. Тус хуулиар Дүүргийн эрүүл мэндийн зөвлөл (District Health Boards)-үүдийг байгуулсан бөгөөд Эрүүл мэндийн яам, яамны харьяа хороод, эрүүл мэндийн үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллагуудын үүрэг, хариуцлагыг тодорхой зохицуулсан байна.

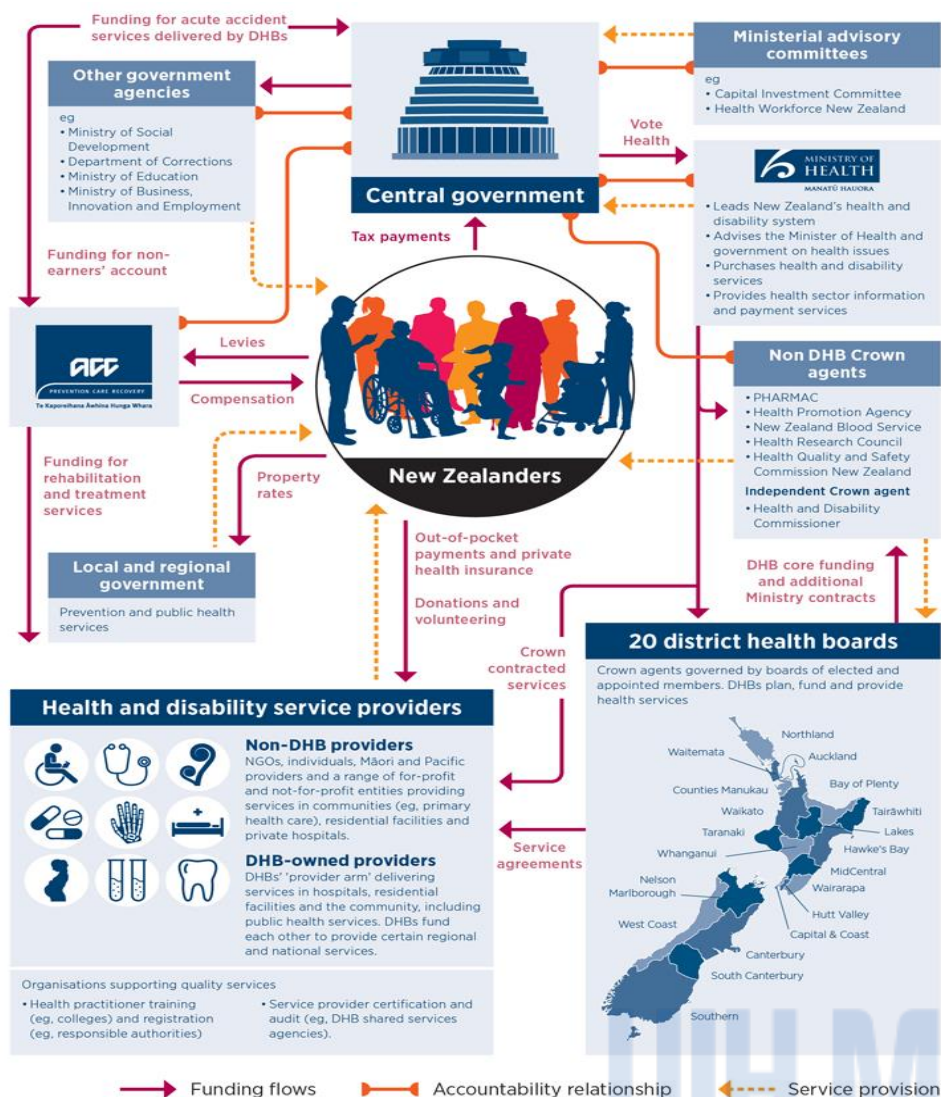
ОИХ.МН
СУДАЛГААНЫ САН

²³ <https://www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/overview-health-system/statutory-framework>

²⁴ <https://www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/overview-health-system/statutory-framework>

²⁵ https://www.legislation.govt.nz/act/public/2010/0118/latest/DLM2901004.html?search=sw_096be8ed806b12cd_funding_25_se&p=1#DLM2901010

Шинэ Зеланд Улсын эрүүл мэндийн тогтолцооны загвар²⁶



Эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийн тогтолцоо: Шинэ Зеланд улсын эрүүл мэндийн санхүүжилт нь төсвийн санхүүжилтэнд суурилсан төрийн эрүүл мэндийн үйлчилгээний загварт багтдаг байна.

Шинэ Зеланд Улсын нийт хүн ам 4.861.700 гаруй бөгөөд Дотоодын нийт бүтээгдэхүүнийхээ ойролцоогоор 7%-ийг²⁷ эрүүл мэндийн салбарт зарцуулж байна. Жилд нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн үйлчилгээний зардал 4.037 ам доллар байна.

²⁶ <https://www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/new-zealand-health-strategy-future-direction/turning-strategy-action>

²⁷ <https://www.stats.govt.nz/information-releases/gross-domestic-product-march-2021-quarter>

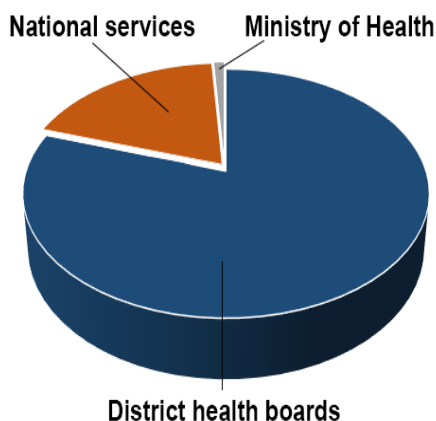
Эрүүл мэндийн салбарын ерөнхий үзүүлэлт

Үзүүлэлт	2019 оны эцсийн байдлаар
Эрүүл мэндийн үйлчилгээний хүртээмжтэй байдал	
Эмнэлгийн ор (1000 хүнд ногдох)	2.57
Их эмч (10000 хүнд)	33.5
Сувилагч, эх баригч (10000 хүнд)	103.4; 5.6
Эм зүйч (10000 хүнд)	7.1
Шүдний эмч (10000 хүнд)	6.3
Эрүүл мэндийн салбарын зардлын үзүүлэлт	
ДНБ-д эрүүл мэндийн зардлын эзлэх хувь	7%
Улсын төсөвт эрүүл мэндийн зардлын эзлэх хувь	19.8 тэрбум \$
Нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардал (ам.доллар)	4.037\$
Хүн амын эрүүл мэндийн үзүүлэлт	
Дундаж наслалт	81
Нялхсын эндэгдэл (1000 амьд төрөлтөнд)	3
5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл (1000 амьд төрөлтөнд)	6
Эхийн эндэгдэл (100000 амьд төрөлтөнд)	9

Эрүүл мэндийн салбарыг гол төлөв татварын орлогоос санхүүжүүлдэг. Ослын нөхөн олговрын холбоо (Accident Compensation Corporation)-ны шимтгэл, хураамж нь санхүүжилтийн нэлээдгүй хувийг эзэлдэг байна. Бусад чухал санхүүжилтийн эх үүсвэрүүдэд засгийн газрын бусад агентлагууд, орон нутгийн засаг захиргааны байгууллагууд болон эрүүл мэндийн даатгал, хувь хүнээс гарч буй зардал зэрэг орно.

Төсвийн санхүүжилтийг “Vote Health” гэж нэрлэдэг байна. Эрүүл мэндийн яам нь батлагдсан төсвийн ¼-аас илүү хувийг Дүүргийн эрүүл мэндийн зөвлөл (District Health Board)-үүдэд хуваарилдаг. Улсын хэмжээнд 20 Дүүргийн эрүүл мэндийн зөвлөлүүд үйл ажиллагаа явуулдаг бөгөөд хуваарилагдсан хөрөнгийг харьяа нутаг дэвсгэрийн хүн амын эрүүл мэндийн үйлчилгээнд зарцуулдаг. Үүнд улсын эмнэлгийн зардал болон эмч, ажилтнуудын цалин хөлсний зардал багтана.

Зураг 1. Эрүүл мэндийн “Vote Health” төсвийн хуваарилалт.



Төсвийн ойролцоогоор 19%-ийг улсын хэмжээнд шаардлагатай байгаа эрүүл мэндийн үйлчилгээнд, тухайлбал, хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэдийг дэмжих үйлчилгээ, нийгмийн эрүүл мэндийн үйлчилгээ, урьдчилан сэргийлэх үзлэг, шинжилгээний тодорхой хөтөлбөрүүдийг хэрэгжүүлэх, сэтгэцийн эрүүл мэндийн үйлчилгээ, “Эрүүл хүүхэд” эх хүүхдийн эрүүл мэндийн үйлчилгээ, анагаахын сургууль төгсөгчдийг дадлагажуулах хөтөлбөр зэрэгт зарцуулдаг байна. Төсвийн 1 орчим хувийг эрүүл мэндийн салбарыг дэмжих, хөгжүүлэх, хяналт тавьж, удирдах үүрэг бүхий Эрүүл мэндийн яамны үйл ажиллагаанд зориулан зарцуулдаг байна. 2021 оны төсөвт эрүүл мэндийн салбарт 24 тэрбум ам долларыг төсөвлөсөн байна. Үүнээс 4.7 тэрбум ам долларыг үйл ажиллагааны зардалд төсөвлөжээ.²⁸

²⁸ <https://www2.deloitte.com/nz/en/pages/2021-government-budget/articles/health.html>

Ковид-19 цар тахлын эсрэг төсөвлөсөн төсөв: Ковид-19 цар тахал өвчний эсрэг хариу арга хэмжээ авах, нөхөн сэргээх сан (КОВИД-19 Response and Recovery Fund) байгуулагдан ажиллаж байгаа бөгөөд КОВИД-19 цар тахал өвчний улмаас доройтсон эдийн засгийг сэргээх, хүн амын эрүүл мэндийг сахин хамгаалахад санд хуримтлагдсан хөрөнгийг зарцуулж байна. 2021 онд КОВИД-19 цар тахлын эсрэг хүн амаа үнэгүй вакцинжуулах хөтөлбөрт 1.5 тэрбум ам долларыг Ковид-19 сангаас хуваарилсан. Энэ нь нийт иргэдийг сайн дурын үндсэн дээр Pfizer вакцины 2 тунд хамруулахад зориулж буй төсөв юм. Ковид-19 санд 5.1 тэрбум ам долларыг цар тахлын дэгдэлт дахин гарсан тохиолдолд хариу арга хэмжээ авах болон эдийн засгийн шаардлагатай сэргээн босголтын ажилд зориулан байршуулаад байна.²⁹

Эрүүл мэндийн даатгал

Улсын эрүүл мэндийн даатгал: Бүх байнгын оршин суугчид улсын санхүүжилттэй эрүүл мэндийн даатгалд хамрагддаг. Даатгалын санхүүжилтийн дийлэнх хэсэг нь татварын орлогоос бүрддэг байна. Гэвч байнгын бус оршин суугчдын хувьд улсын эмнэлгээр үйлчлүүлсэн ч эмчилгээний төлбөрийг өвчтөн өөрөө төлөх үүрэгтэй. Харин тухайн өвчтөн өөрөө буруугүйн улмаас осолд өртсөн бол даатгалын нөхөн олговорт хамрагдана. Нийт эрүүл мэндийн зардлын 80 орчим хувийг улсын төсвөөс санхүүжүүлж байна.

Хувийн эрүүл мэндийн даатгал: Хувийн эрүүл мэндийн даатгалын үйлчилгээг ашгийн бус болон ашгийн төлөө янз бүрийн байгууллага, компаниуд санал болгодог бөгөөд нийт эрүүл мэндийн зардлын 5%-ийг хувийн даатгалаас бүрдүүлж байна. Эмчилгээний зардлыг хуваах, хувийн эмнэлэгт мэс засал хийлгэх, хувийн эмнэлэгт үзүүлж зөвлөгөө авах болон яаралтай бус эмчилгээ, үйлчилгээнд хурдан шуурхай хамрагдахад хувийн даатгалыг түлхүү ашиглаж байна. Нийт хүн амын ойролцоогоор 1/3 хувь нь хувийн даатгалд хамрагдаж байгаа бөгөөд ихэвчлэн хувь хүмүүс даатгуулдаг байна.

Төлбөр хуваах болон хувь хүнээс гарч буй зардал. Төлбөр хуваах болон хувь хүн, айл өрхөөс шууд төлөгдөж байгаа зардал нь 2014 оны байдлаар эрүүл мэндийн нийт зардлын 13 орчим хувийг эзэлсэн байна.

Эмнэлгийн санхүүжилт

Шинэ Зеланд Улсад улсын болон хувийн эмнэлгүүд эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг үзүүлдэг. Улсын эмнэлгүүд дийлэнх хувийг эзэлдэг байна. Улсын эмнэлгүүд Дүүргийн эрүүл мэндийн төвүүдээр дамжуулан улсын төсвөөс санхүүжигдэнэ. Санхүүжилтэд эмч, эмнэлгийн ажилтнуудын цалин хөлсийг багтаасан байдаг.

2.5.ЯПОН УЛС

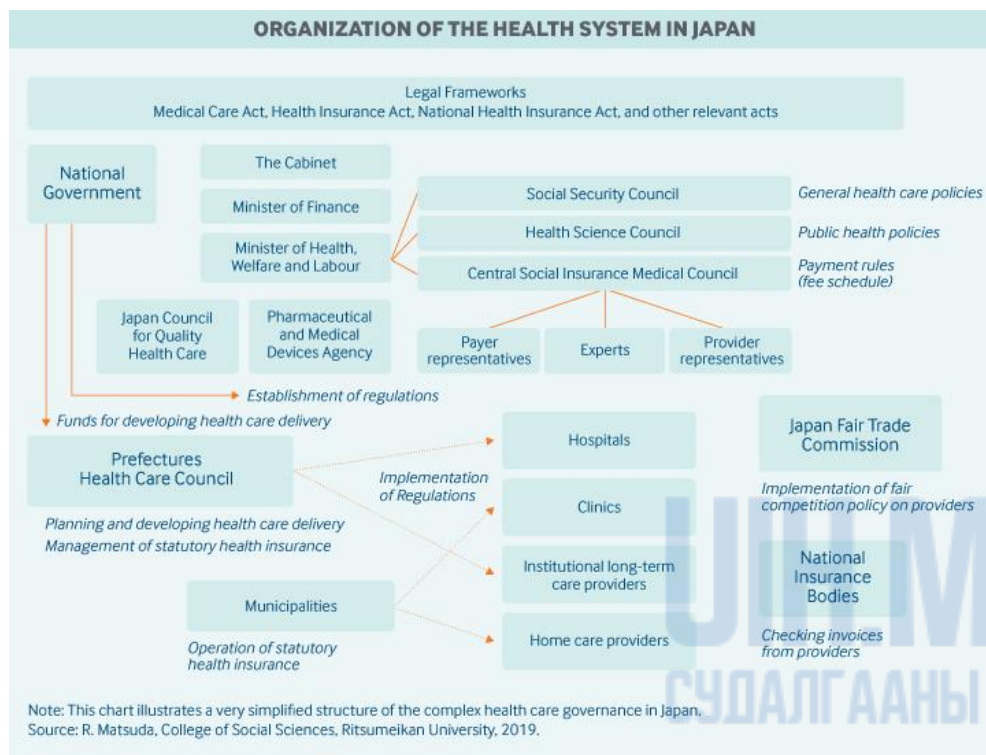
Япон Улсын эрүүл мэндийн тогтолцоо Бевериджийн загвартай. 2020 оны байдлаар улсын төсвөөс эрүүл мэндийн санхүүжилтийн 84%-ийг санхүүжүүлдэг. Санхүүжилтийн³⁰ 42%-ийг татварын орлого, 42%-ийг эрүүл мэндийн даатгалын шимтгэлээс, 16%-ийг өвчтөний үйлчилгээний төлбөрөөс бүрдүүлдэг байна. Эрүүл мэндийн салбарт ДНБ-ний 11%-ийг зарцуулдаг. Тодруулбал, жилд нэг хүнд ногдох эмнэлгийн үйлчилгээний дундаж зардал нь 4,267 ам.доллар байна. Япон Улсын дундаж наслалт 84,21 байгаа нь хүн амын хөгшрөлт эрүүл мэндийн зардлын өсөлтөд нөлөөлж байна.

²⁹ <https://www.treasury.govt.nz/sites/default/files/2021-05/b21-at-a-glance.pdf>

³⁰ <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/japan>

Хууль эрх зүйн зохицуулалт: Япон Улсын Үндсэн хуульд³¹ “Иргэд эрүүл мэндээ хамгаалуулах эрхтэй бөгөөд нийгмийн халамж, нийгмийн хамгаалал, нийгмийн эрүүл мэндийг сайжруулах, дэмжих нь Засгийн газрын үүрэг мөн” гэж хүний эрхийг баталгаажуулсан байна. Эрүүл мэндийн салбарын харилцааг Эрүүл мэндийн даатгалын хууль (Health Insurance Law)³², Үндэсний эрүүл мэндийн даатгалын тухай хууль (National Health Insurance Law)³³, Эрүүл мэндийн салбарын шинэчлэлийн тухай хууль (Health Care Reform Act)³⁴, Урт хугацааны тусламж үйлчилгээний даатгалын тухай хууль (Long-Term care Insurance Act)³⁵-аар тус тус зохицуулж байна.

Эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийн тогтолцоо: Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцоо нь нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын систем дээр суурилдаг бөгөөд татвар болон үйлчилгээний төлбөрөөс санхүүждэг. Төрийн захиргааны байгууллагууд нь Засгийн газар болон эрүүл мэндийн байгууллагын хооронд байгуулсан даатгалын гэрээнд хяналт тавьдаг. Сангийн яамнаас улсын төсвөөр дамжуулан Үндэсний эрүүл мэндийн даатгалд татаас өгдөг. Япон Улс нь Дотоодын Нийт Бүтээгдэхүүн (ДНБ)-ийхээ 11 орчим хувьтай тэнцэх хэмжээний зардлыг Эрүүл мэндийн салбартаа зарцуулдаг. Тодруулбал, жилд нэг хүнд ногдох эмнэлгийн үйлчилгээний дундаж зардал нь 4,267 ам.доллар байна.



³¹ <https://japanhpn.org/en/section-3-1/>

³² http://www.japaneselawtranslation.go.jp/law/detail_main?re=&vm=02&id=3266

³³ <https://www.ilo.org/dyn/travail/docs/2064/National%20Health%20Insurance%20Law%201938.pdf>

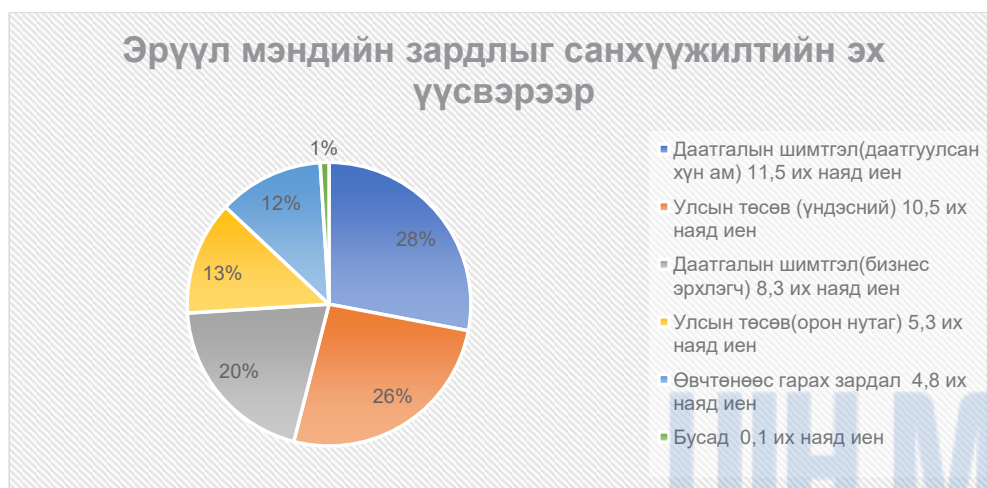
³⁴ http://www.ilcjournal.org/linksE/doc/Reform_of_the_health_care_system_in_Japan.pdf

³⁵ <http://www.japaneselawtranslation.go.jp/law/detail/?id=94&vm=2&re=02>

Эрүүл мэндийн салбарын ерөнхий үзүүлэлт

Үзүүлэлт	2017 оны байдлаар
Эрүүл мэндийн салбарын ерөнхий үзүүлэлт	
Эрүүл мэндийн тогтолцооны үзүүлэлт	
Эмнэлгийн ор (1000 хүнд ногдох)	1222
Эрүүл мэндийн тогтолцооны үзүүлэлт	
Их эмч(10000хүнд ногдох)	122,256
Сувилагч, эх баригч(10000 хүнд ногдох)	12,1
Эм зүйч(10000 хүнд ногдох)	256
Шүдний эмч(10000 хүнд ногдох)	1,294.000
Эм зүйч(10000 хүнд ногдох)	1,294.000
Эрүүл мэндийн салбарын зардлын үзүүлэлт ³⁶	105.000
ДНБ-д эрүүл мэндийн зардлын эзлэх хувь	11%
Эрүүл мэндийн салбарын зардлын үзүүлэлт ³⁶	
Улсын төсөвт эрүүл мэндийн зардлын эзлэх хувь	11%24%
Нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардал (ам.доллар)	4267 ам.доллар
Нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардал	4267 ам.доллар
Хүн амын эрүүл мэндийн үзүүлэлт	
Дундаж наслалт	84.21 жил
Нялхсын эндэгдэл (1000 амьд төрөлтөнд)	84.21 ж0.8
5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл (1000 амьд төрөлтөнд)	0.8 2.3
Эхийн эндэгдэл (100000 амьд төрөлтөнд)	2.3 4
Эхийн эндэгдэл (100000 амьд төрөлтөнд)	4

Эрүүл мэндийн зардлыг санхүүжилтийн эх үүсвэрээр (2014 он)



Эрүүл мэндийн байгууллагын санхүүжилт ³⁷ 2020 оны байдлаар эрүүл мэндийн байгууллагын санхүүжилтийн 84 хувийг улсын төсвөөс санхүүжүүлж, үүнээс 42 хувийг нь татварын орлогоос, 42 хувийг нь эрүүл мэндийн даатгалын шимтгэлээс, үлдсэн 16 хувийг эмнэлгийн үйлчилгээний төлбөрөөс тус тус бүрдүүлж байна. Засгийн газраас эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний төлбөрийн хэмжээг тогтоож, орон нутгийн засаг захиргаа, даатгагч, үйлчилгээ үзүүлэгч нь тогтоосон журмыг дагаж мөрддөг. Эрүүл мэнд, хөдөлмөр халамжийн яам тус журмын хэрэгжилтэд хяналт тавьж, Япон Улсын 47 муж нь

³⁶ <https://p4h.world/en/universal-object-country/japan>

³⁷ <https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents>

бүс нутгийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг уг журмын дагуу орон нутгийн төсөвт суулгасан хөрөнгөөр хэрэгжүүлдэг. 1,700 гаруй хотын захиргаа нь Эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцооны бүрэлдэхүүн хэсгүүдийг ажиллуулж, орон нутагтаа эрүүл мэндийг дэмжих үйл ажиллагааг зохион байгуулдаг.

Эрүүл мэндийн зардлыг эмчилгээний төрлөөр эрэмбэлэхэд хэвтэн эмчлүүлэгчдийн зарлага хамгийн өндөр буюу 37%-ийг эзэлж байна. Энэ нь бусад оронтой харьцуулахад Япон Улсад хэвтэн эмчлүүлэх дундаж хугацаа нь их байна.

Эрүүл мэндийн зардлыг эмчилгээний төрлөөр (2014 он)



Эх сурвалж: http://japanhpn.org/wp-content/uploads/2019/10/Section7_JHNP_ENG.pdf

Эрүүл мэндийн даатгал³⁸

Эрүүл мэндийн даатгалын хуульд зааснаар даатгуулагч нь ажилчдын эрүүл мэндийн даатгал, үндэсний эрүүл мэндийн даатгал, 75 ба түүнээс дээш ахмад настны эрүүл мэндийн даатгал гэсэн гурван төрлийн даатгалд хамрагддаг. 75 ба түүнээс дээш насны хүмүүсийн эрүүл мэндийн даатгалыг улсын төсвөөс, харин ажилчдын болон үндэсний эрүүл мэндийн даатгалыг даатгалын шимтгэлээр санхүүжүүлдэг. Япон Улсын хүн амын 98,3 хувь нь эрүүл мэндийн даатгалд хамрагдсан байдаг. Эрүүл мэндийн даатгалын санд 30 хувийг иргэн, 70 хувийг улсаас төлдөг. Үндэсний эрүүл мэндийн даатгалын шимтгэлийг тооцох арга нь бүс нутгаас хамаарч өөр өөр байдаг. Тухайн бүс нутгийн шимтгэлийн орлого (өрхийн орлогод ногдуулах), хөрөнгө (өрхийн хөрөнгөд ногдуулах), тэгш байдал (нэг хүнд ногдох), өмч (өрх бүрт тооцох) гэсэн дөрвөн хүчин зүйл дээр үндэслэсэн байдаг. Сард дунджаар 35,00-40,000 иен (330-370 ам.доллар) байдаг.

Хувь хүнээс гарах зардал: Эмнэлгийн үйлчилгээ авч буй 6-аас дээш насны хүүхдүүд эмчилгээний төлбөрийн 20 хувийг, 70-74 настай болон бага орлоготой насанд хүрэгчид 20 хувийг, 70 хүртэлх насны даатгуулагчид 30 хувийг, 75 ба түүнээс дээш настай иргэд 10 хувийг өөрсдөө төлөх ёстой. Харин 6 хүртэлх насны хүүхдийн эрүүл мэндийн үйлчилгээний төлбөрийг орон нутгийн засаг захиргааны татаасаар бүрэн хариуцдаг.

Хувийн эрүүл мэндийн даатгал: Хувийн эрүүл мэндийн даатгал нь амь насны даатгалд нэмэлт хэлбэрээр хөгжиж, өвчилсөн тохиолдолд нэмэлт төлбөр олгодог бөгөөд даатгуулагчид эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэх эсхүл хорт хавдар болон бусад архаг өвчин туссан тохиолдолд өдөр бүр мөнгө төлөх замаар тогтоосон хугацаанд нөхөн төлбөр хэлбэрээр олгодог. Ашгийн төлөө болон ашгийн бус байгууллагууд хувийн эрүүл мэндийн даатгалыг эрхэлдэг бөгөөд хувийн хөрөнгөөр эрүүл мэндийн үйлчилгээ үзүүлэх нь

³⁸ file:///C:/Users/irmuu/Downloads/9789290226260-eng.pdf

зөвхөн гажиг заслын эмчилгээ гэх мэт тодорхой төрлийн үйлчилгээгээр хязгаарлагддаг онцлогтой. Улсын болон хувийн эмнэлгүүд үндэсний эрүүл мэндийн даатгалаар үйлчилгээ үзүүлдэг тул хувийн эрүүл мэндийн даатгал төдийлөн хөгжихгүй байна.

2.6. ПЕРУ УЛС

Перу Улс 32 сая хүн амтай хөгжингүй орон бөгөөд нэг хүнд ногдох ДНБ нь 13,300 ам.доллар, дундаж наслалт 74 жил бөгөөд 224 орноос 126-д орж байна. Эрүүл мэндийн зардлын хэмжээ ДНБ-ний 5.6 хувьтай тэнцэж байна. Эрүүл мэндийн тогтолцоо нь универсал (Бевериджийн) загвартай орон юм. Нийт хүн амын 60%-д Эрүүл мэндийн яам, 30%-д Хөдөлмөр нийгмийн хамгааллын яам, 10%-д Зэвсэгт хүчин, цагдаа, хувийн хэвшил эрүүл мэндийн үйлчилгээ үзүүлдэг. 2016 оны байдлаар эрүүл мэндийн даатгалын орлого 10,7 тэрбум ам.долларт хүрч үүний 65,3%-ийг шимтгэл, татвараас үлдсэн хувийг бусад эх үүсвэрээс бүрдүүлсэн байна.

Хууль эрх зүйн зохицуулалт: Үндсэн хуулийн³⁹ 9 дүгээр зүйлд Төр нь эрүүл мэндийн гол үйлчилгээ үзүүлэгч бөгөөд "Төрөөс эрүүл мэндийн бодлогыг тодорхойлж хүн бүрийн эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний хүртээмжийг өргөжүүлэх олон талт болон төвлөрсөн бус хэрэгжилтийг хариуцах" үүрэгтэй. 6 дугаар зүйлд "Төр эрүүл мэндийн үйлчилгээг үнэ төлбөргүй авах баталгаа өгдөг" 7 дугаар зүйлд "хүн бүр эрүүл мэндээ хамгаалах эрхтэй" гэж хүний эрхийг баталгаажуулсан байна. Эрүүл мэндийн санхүүжилтийг Эрүүл мэндийн даатгалын хууль (Universal Health Insurance Act), Үндсэн хууль (Constitution of the Republic of Peru)⁴⁰-аар тус тус зохицуулж байна.

Эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийн тогтолцоо: Перу Улс Дотоодын нийт бүтээгдэхүүний (ДНБ) 5,6%-ийг эрүүл мэндийн салбартаа зарцуулдаг. Тодруулбал, жилд нэг хүнд ногдох эмнэлгийн үйлчилгээний дундаж зардал нь 369 ам.доллар байна. Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн 54%-ийг улсын төсвөөс, 39%-ийг хувь хүний үйлчилгээний төлбөрөөс, 7%-ийг бусад эх үүсвэрээс бүрдүүлдэг.

Эрүүл мэндийн салбарын ерөнхий үзүүлэлт

Үзүүлэлт	2017оны байдлаар
Эрүүл мэндийн тогтолцооны үзүүлэлт	
Эмнэлгийн ор (1000 хүнд ногдох)	1.5
Их эмч (10000 хүнд ногдох)	1.3
Сувилагч, эх баригч (10000 хүнд ногдох)	2.4
Эм зүйч (10000 хүнд ногдох)	
Шүдний эмч (10000 хүнд ногдох)	0.1
Эрүүл мэндийн салбарын зардлын үзүүлэлт	
ДНБ-д эрүүл мэндийн зардлын эзлэх хувь	5.6%
Улсын төсөвт эрүүл мэндийн зардлын эзлэх хувь	15%
Нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардал (ам.доллар)	369 ам.доллар
Хүн амын эрүүл мэндийн үзүүлэлт	
Дундаж наслалт	76.52 жил
Нялхсын эндэгдэл (1000 амьд төрөлтөнд)	10.3 нас баралт
5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл (1000 амьд төрөлтөнд)	13.2 нас баралт
Эхийн эндэгдэл (100000 амьд төрөлтөнд)	88 нас баралт

³⁹ https://www.constituteproject.org/constitution/Peru_2009?lang=en

⁴⁰ <https://www.socialprotection-toolbox.org/practice/perus-legal-framework-rights-health-care>

Эрүүл мэндийн санхүүжилт, зарцуулалт

Эрүүл мэндийн байгууллагын санхүүжилтийн 79 хувийг татвараас, 15 хувийг нөхөн төлбөр, 6 хувийг хандив тусламжаар бүрдүүлдэг. Эрүүл мэндийн яамны төсвийн зарцуулалтын 37 орчим хувийг боловсон хүчний зардал (амралт, нөхөн олговор, шагнал урамшуулал, гэр бүлийн тэтгэмж, бусад), 6.2%-ийг нийгмийн даатгалын зардал (ажил олгогч, ажилчдын эрүүл мэндийн нийгмийн даатгал, тэтгэвэр) ба 46%-ийг бараа, үйлчилгээний зардал, 11%-ийг бусад хөрөнгийн зардалд зарцуулдаг. Нийгмийн хамгааллын алба нь 21%-ийг бараа худалдан авахад, 55%-ийг цалин хөлс, 6.8%-ийг бусад менежментийн зардалд, 1.3%-ийг гуравдагч этгээдэд үзүүлэх үйлчилгээнд, 2.3%-ийг бусад хүмүүст зарцуулдаг байна.

Эрүүл мэндийн даатгал⁴¹

Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг Эрүүл мэндийн яам нь төвлөрүүлэн удирдаж Нийгмийн хамгааллын алба, Зэвсэгт хүчин тодорхой үүрэг гүйцэтгэдэг. Перугийн Ерөнхий сайд, яамдын зөвлөл хамтран улс орны эрүүл мэндийн талаар баримтлах бодлого, дүрэм журам, стратеги боловсруулж, бодлогыг Конгресст өргөн барьдаг. Эдгээр хуулийг хэрэгжүүлэх үүрэг хариуцлагыг Перугийн засаг захиргааны 25 бүсийн удирдагчдад шилжүүлдэг. 2009 онд Эрүүл мэндийн яамнаас үндэсний эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуулийг баталсан. Уг хуулиар эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоог нэвтрүүлж, эрүүл мэндийн даатгалд нэн ядуу амьдарч буй хүмүүсийг наснаас үл хамааран автоматаар бүртгэдэг болсон. Одоогоор хүн амын 80 орчим хувь энэ даатгалд үнэгүй хамрагдаж, 20 хувь нь эрүүл мэндийн даатгалын шимтгэл төлдөг. Эрүүл мэндийн даатгалын орлогын 65.3% нь шимтгэл, татвараас, үлдсэн хувийг бусад эх үүсвэрээс бүрдүүлдэг. Эрүүл мэндийн даатгалын 43%-ийг тэтгэмжид, 33%-ийг цалин, тэтгэвэрт зарцуулсан байна.

Хувийн даатгал: Хувийн даатгал буюу урьдчилж төлбөр төлөх үйлчилгээ нь хүн амын 2%-аас бага хувийг хамардаг. Перу улсад захиалагч нь хувийн даатгалын тогтолцоо эсвэл хувийн даатгалтай холбоотой EPS-т хамрагдаагүй тохиолдолд хамтарсан төлбөр хийхгүй.

2.7. БҮГД НАЙРАМДАХ КАЗАХСТАН УЛС**Эрх зүйн зохицуулалт**

Казахстан Улсад эрүүл мэндийн тогтолцооны санхүүжилтийг Иргэдийн эрүүл мэнд ба эрүүл мэндийг хамгаалах тогтолцооны тухай хуулиар зохицуулсан. Хуулийн 67 дугаар зүйлд заасны дагуу дараах эх үүсвэрээс санхүүжүүлж байна. Үүнд:⁴²

- төсвийн хөрөнгө;
- нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын сангийн хөрөнгө;
- сайн дурын эмнэлгийн даатгалын хэрэгсэл;
- төлбөртэй үйлчилгээгээр олсон хөрөнгө;
- нэмэлт төлбөрөөс хүлээн авсан хөрөнгө;
- хувь хүн, хуулийн этгээдээс сайн дурын хандив хэлбэрээр авсан хөрөнгө;
- Бүгд Найрамдах Казахстан Улсын хууль тогтоомжид харшлахгүй бусад эх сурвалж.

⁴¹ <https://www.pacificprime.com/country/americas/peru-health-insurance-pacific-prime-international/>

⁴² О здоровье народа и системе здравоохранения, <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360>

Үнэгүй эмнэлгийн тусламжийн баталгаат хэмжээ болон нийгмийн эрүүл мэндийн заавал даатгалын тогтолцооны хүрээнд үзүүлэх эмнэлгийн үйлчилгээний тарифыг Казахстан Улсын Эрүүл мэндийн яам баталдаг. Мөн энэхүү тарифыг тогтоох журам, аргачлалыг бас тус яам тогтооно.

Үнэгүй эмнэлгийн тусламж үзүүлэх эрүүл мэндийн субъектүүдийн санхүүжилтийг дараах байдлаар олгодог.

- улсын эрүүл мэндийн субъектүүдийн хувьд тусдаа санхүүжилтийн төлөвлөгөөний /индивидуальный план/ дагуу;
- бусад эрүүл мэндийн субъектүүдэд төсвийн хөтөлбөрийн захирагч, эсхүл нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын сантай хийсэн гэрээний үндсэн дээр олгоно.

*Жич: Эрүүл мэндийн субъектүүд – эрүүл мэндийн байгууллагууд, мөн эрүүл мэндийн болон эмийн үйл ажиллагаа тогтмол явуулдаг хувь хүмүүсийг хэлнэ.*⁴³

Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн зарцуулалт: Санхүүжилтийг дараах чиглэлээр зарцуулдаг.⁴⁴

- үнэ төлбөргүй эмнэлгийн тусламжийн баталгаат хэмжээний хүрээнд эрүүл мэндийн субъектийн үйлчилгээний төлбөр;
- эрүүл мэндийн байгууллагын материал, техникийн тоног төхөөрөмж;
- эм, ховор эм, цус, түүний бүрэлдэхүүн хэсэг, вакцин болон иммунобиологийн бусад эм, түүнчлэн эмнэлгийн бүтээгдэхүүн болон техник хэрэгсэл худалдан авах;
- халдварт өвчний тохиолдол, тархалтыг арилгах;
- эрүүл мэндийн салбарын боловсон хүчнийг сургах, мэргэжил дээшлүүлэх, давтан сургах;
- анагаах ухааны, шинжлэх ухааны ололт амжилтыг хөгжүүлэх, нэвтрүүлэх;
- Казахстан Улсын хууль тогтоомжоор хориглоогүй бусад зардал.

Эрүүл мэндийн субъектүүдийн үйлчилгээний төлбөрийг эмнэлгийн үйлчилгээний чанар, хэмжээний хувьд гэрээт үүргийн биелэлтэд хийсэн хяналт-шинжилгээний үр дүнг харгалзан Эрүүл мэндийн яамнаас тогтоосон журмаар төлдөг.

Эм, эмнэлгийн хэрэгсэл, эмнэлгийн хэрэгслийн эргэлтэд хамрагдах субъектүүдэд эмийн үйлчилгээний зардлын төлбөрийг Эрүүл мэндийн яамнаас тогтоосон журмаар төсвийн хөтөлбөрийн захирагчид эсвэл, нийгмийн эрүүл мэндийн даатгалын сангаас олгодог байна.

Ковид-19 үеийн эрүүл мэндийн санхүүжилт:⁴⁵ Коронавирусийн халдвар үүсэх, тархахаас урьдчилан сэргийлэх зорилгоор тус улсын эрүүл мэндийн байгууллагуудыг тусгай хамгаалалтын хэрэгслээр хангах ажлын хүрээнд Казахстан Улсын засгийн газрын нөөц хөрөнгөөс нийт 17 тэрбум тенге төсөвлөсөн.

2020 оны 1-р сарын 29-нд (эхний ээлж) 1 609 616.50 мянган тенге;

2020 оны 2-р сарын 21-нд (хоёр дахь ээлж) 428,227.18 мянган тенге;

2020 оны 2-р сарын 11-нд (гурав дахь ээлж) 38,899.31 мянган тенге;

⁴³ Об утверждении правил ведения учета субъектов здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования, <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021619>

⁴⁴ <https://egov.kz/cms/ru/articles/Health-care-financing>

⁴⁵ 2020 оны 8-р сарын 11-ний байдлаар, <https://www.Kovid19healthsystem.org/countries/kazakhstan/livinghit.aspx?Section=4.1%20Health%20financing&Type=Section>

2020 оны 3-р сарын 25-нд (дөрөв дэх ээлж) 21 430 635.41 мянган тенге хуваарилагдсан.

Эхний ээлжийн хүрээнд Эрүүл мэндийн яамны харьяа байгууллагуудад зориулан нэг дистрибьютерээр дамжуулан тусгай хамгаалалтын хэрэгсэл болон эмийн зүйл (гурван давхар эмнэлгийн маск, амьсгалын баг, эмнэлгийн нэг удаагийн бээлий, коронавирусийн халдварыг оношлох ПГУ шинжилгээний систем, тахлаас хамгаалах 1-р төрлийн хувцас (дахин ашиглах боломжтой), эмнэлгийн хувцас ба эмийн зүйл) худалдан авахад 423.9 сая тенге, хоёр дахь ээлжид 138.9 сая тенге, дөрөв дэх ээлжид 6,718.0 сая тенге тус тус хуваарилжээ.

Гурав дахь ээлжийн санхүүжилтээс БНХАУ-д КОВИД-19-тэй тэмцэхэд зориулж хүмүүнлэгийн тусламж 38.899.31 мянган тенгег илгээсэн байна.

Түүнчлэн 5.3 тэрбум тенгег цэргийн эрүүл мэндийн нэгж, Дотоод хэргийн яам, Батлан хамгаалах яам, бусад төрийн байгууллагад тусгай хамгаалах хэрэгсэл худалдан авахад зарцуулсан байна. Нэмэлт хөрөнгийг Казахстан улсын Засгийн газрын нөөц хөрөнгөөс гаргасан.

2.8.МОНГОЛ УЛС

Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцоо ба онцлог, хууль эрх зүйн орчин

Монгол Улсын эрүүл мэндийн тогтолцоо захиргааны бүтцийн дагуу зохион байгуулалттай бөгөөд баг, сумын түвшинд анхан шатны тусламж үйлчилгээ үзүүлж байгаа байгууллагууд ба аймаг, нийслэлийн түвшинд хоёрдогч, гуравдагч шатлалын төрөлжсөн үйлчилгээ үзүүлж байгаа гурван шатлал бүхий тогтолцоо юм.⁴⁶

Монгол Улс 1994 онд эрүүл мэндийн үндэсний албан журмын даатгалыг нэвтрүүлж, эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний санхүүжилтийг зөвхөн зардлын зүйл ангиар хийж байсан бол одоо анхан шатны тусламж үйлчилгээг нэг хүнд ногдох төлбөрийн аргаар, харин эмнэлгийн тусламж үйлчилгээг өртөг ойролцоо оношийн бүлгээр тооцох тогтолцоог нэвтрүүлээд байна.⁴⁷

Өнөөг хүртэл эрүүл мэндийн санхүүжилтийг бүрдүүлж байсан үндсэн гурван эх үүсвэрийг авч үзвэл 1) улсын төсөв (төв засгийн газраас бий болгосон татвар), 2) заавал төлөх эрүүл мэндийн даатгалын шимтгэл, 3) иргэдээс шууд төлөх төлбөр багтаж байна. Эдгээр эх үүсвэрээс хэмжээний хувьд улсын төсөв давамгайлж байна.

Монгол Улсын эрүүл мэндийн санхүүжилт 2016-2020 он

Үзүүлэлт	2016	2017	2018	2019	2020
Улсын нэгдсэн төсвийн нийт зарлага, сая төгрөг	9 495 332.9	9 017 318.6	9 222 928.5	11 429 391.8	13 960 787.5
Эрүүл мэндийн нийт зардал ¹ , сая төгрөг	657 478.1	674 899.7	737 723.7	823 888.9	787 067.4
Улсын нэгдсэн төсвийн зарлагад эрүүл мэндийн зардлын эзлэх хувь	6.9	7.5	8.0	7.2	5.6
Нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардал, мянга.төгрөг	216. 4	217. 9	233. 5	258. 3	244.0

Эх сурвалж: Үндэсний Статистикийн Хороо 2021 он

⁴⁶ https://www.1212.mn/BookLibraryDownload.ashx?url=eruul_mend_2019.pdf&ln=Mn

⁴⁷ <https://www.adb.org/sites/default/files/publication/352706/health-fs-mongolian.pdf>

Өнгөрсөн таван жилийн хугацаанд эрүүл мэндийн салбарт улсаас хуваарилсан төсөв 1.5 дахин өссөн боловч ДНБ-д эзлэх хувь хэмжээ нь 2019 оны жилийн эцэст дөнгөж 2.2 хувьд хүрч, энэ нь 2000 оны эхний арваад жилээс доогуур түвшинд байна. Эрүүл мэндийн салбарын улсын санхүүжилт ийм түвшинд байх нь төр болон эрүүл мэндийн даатгалын багцын санхүүжилтээр бүх хүн амыг тусламж, үйлчилгээнд бүрэн хамруулах хэрэгцээг хангах боломжгүй бөгөөд, багцуудын санхүүжилт нь тусламж, үйлчилгээний үйлдвэрлэлийн зардлаас бага байж болзошгүй. Тиймээс эрүүл мэндийн салбар нь Төрөөс эрүүл мэндийн талаар баримтлах бодлого 2017-2026-д тодорхойлсны дагуу Засгийн газраас улсын санхүүжилтийг ДНБ-ний 5%-иас доошгүй түвшинд авах шаардлагатай гэж үзсэн.⁴⁸

Хууль эрх зүйн орчин: Монгол Улсын эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцоог дараах хуулиар зохицуулж байна.

- Эрүүл мэндийн тухай хууль
- Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний тухай хууль
- Эм, эмнэлгийн хэрэгслийн тухай хууль
- Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хууль
- Гадаадын хөрөнгө оруулалтын тухай хууль
- Төрийн болон орон нутгийн өмчийн хөрөнгөөр бараа, ажил, үйлчилгээ худалдан авах тухай хууль
- Засгийн газрын тусгай сангийн тухай хууль
- Төсвийн тухай хууль
- Хөгжлийн бодлого төлөвлөлтийн тухай хууль

Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн бодлогын хүрээнд Засгийн газар Алсын хараа-2050 урт хугацааны хөгжлийн бодлого, төрөөс эрүүл мэндийн талаар баримтлах бодлого, эмийн талаар төрөөс баримтлах бодлогуудыг баталсан.

Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн асуудлаарх стратегийн баримт бичигт⁴⁹ худалдан авагч (ЭМДЕГ)-ийг илүү бие даасан болгох, нэг сан, нэгдсэн тусламж, үйлчилгээний багцад шилжих, илүү үр дүнтэй худалдан авалт, гүйцэтгэлд тулгуурласан санхүүжилт, гэрээлэлтийг нэвтрүүлэх талаар дурдсан байдаг. ЭМДЕГ одоогоор улсын болон хувийн хэвшлийн байгууллагуудыг сонгон шалгаруулж, худалдан авах гэрээ байгуулдаг.⁵⁰

Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний тухай хууль (21.2-р зүйл)-ийн дагуу тусламж, үйлчилгээг худалдан авах гэрээгээр үзүүлнэ гэж заасан.⁵¹ Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуульд (16.2-р зүйл) ЭМДЕГ-аар дамжуулж ЭМЯ-ны нэрийн өмнөөс улсын төсвөөс санхүүждэг тусламж, үйлчилгээг худалдан авах боломжийг олгосон бөгөөд Засгийн газрын 2017 оны 156 тоот тогтоолоор зохицуулалтыг баталсан нь худалдан авалтын үйл ажиллагаа нэг худалдан авагчийн загвар руу шилжиж буй эхний алхам юм.

Одоогоор эрүүл мэндийн салбарын үндсэн санхүүжилтийг улсын төсөв, ЭМДС гэсэн хоёр эх үүсвэрээр тусдаа хоёр санд төвлөрүүлж байгаа бөгөөд Төсвийн тухай хуульд эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг улсын төвлөрсөн төсвөөс санхүүжүүлэхээр заасан байдаг бол Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуульд үндэсний хэмжээнд нэг ЭМД-ын сантай байна гэдэг. Тиймээс эрүүл мэндийн салбарт улсын бүх эх үүсвэрийг нэг санд төвлөрүүлэх тогтолцоог хараахан бий болгож чадаагүй байна.

⁴⁸https://mohs.gov.mn/uploads/userfiles/files/TA%209386_Technical%20Report_1_MON_LAST%2016022019.pdf

⁴⁹ <https://www.legalinfo.mn/law/details/5690>

⁵⁰https://mohs.gov.mn/uploads/userfiles/files/TA%209386_Technical%20Report_1_MON_LAST%2016022019.pdf

⁵¹ <https://www.legalinfo.mn/law/details/11929>

Төсвийн тухай хуулиар эрүүл мэндийн салбарт төсвийн төлөвлөлт, санхүүжилттэй холбоотой олон асуудлууд өөрчлөгдсөн. Эрүүл мэндийн анхан шатны тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгчдэд зориулж төсвийн төлөвлөлт, төсөв батлах, төсвийн гүйцэтгэлийн журамд өөрчлөлт орсон. Төсвийн тухай хууль орон нутгийн засаг захиргаа, байгууллагуудад төсөвтэй холбоотой шийдвэр гаргах орон зайг нэмэгдүүлсэн байна.

Одоогоор үр дүнд суурилсан төсөвлөлт (ҮДСТ)-ийг эрүүл мэндийн анхан шатны тусламжид болон ЭМДС-аас санхүүжүүлдэг эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээнд хэрэгжүүлж байна. Мөн цар тахалтай холбоотойгоор Эрүүл мэндийн даатгалын үндэсний зөвлөлийн 2021 оны 03 дугаар тогтоолын дагуу Ковид-19-ийн эсрэг тусламж үйлчилгээ үзүүлж байгаа эрүүл мэндийн байгууллагуудад санхүүжилт олгож байна.⁵²

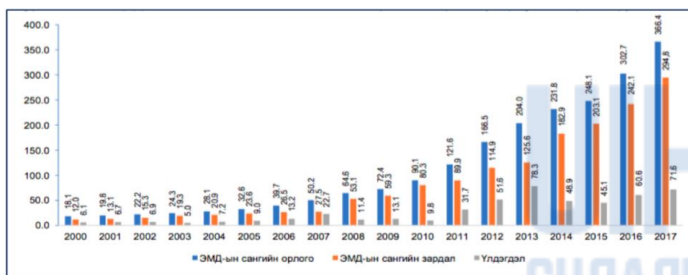
Эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцоо

Эрүүл мэндийн даатгал

ЭМДЕГ нь ЭМЯ-ны харьяанд 2017 оны 12-р сард Засгийн газрын хэрэгжүүлэгч агентлаг байдлаар байгуулагдсан. Одоогийн байдлаар Эрүүл мэндийн даатгалын шимтгэлийг НДЕГ цуглуулж, ЭМДЕГ-т шилжүүлснээр ЭМД-ын зардлыг тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгчдэд хуваарилдаг. Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуульд Засгийн газар ЭМД-ын хураамжийн хэмжээг жил бүр батлах ёстой гэж заасан.⁵³ Иргэдийн төлж буй нийгмийн даатгалын шимтгэлийн дүн 12,5 хувь бөгөөд үүнээс 2 хувийг эрүүл мэндийн даатгалын шимтгэлд зарцуулдаг.⁵⁴ Төрөөс шимтгэлийг нь хариуцдаг даатгуулагчид нь 50 хувиас илүүг эзэлж байгаа хэдий ч ЭМДС-ийн орлогын зөвхөн 15 хувийг бүрдүүлж байна.

Эрүүл мэндийн даатгалын хүн амын хамралт 2014 онд 86% байсан бол 2016 оны эцэс гэхэд 76% болж буурсан гэж Азийн Хөгжлийн Банк (АХБ)-ны дэмжлэгтэй хэрэгжүүлсэн төслийн 2017 оны ЭМД-ын орлого, зардлын дүн шинжилгээ тайланд дурдсан байна. Хамралт буурсан нь 2015-2016 оны эдийн засгийн хямралын нөлөөгөөр бий болсон ажилгүйдэл, санхүүгийн тогтворгүй байдал, 2015 оны Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хуулиар хувиараа хөдөлмөр эрхлэгчдийн шимтгэлийг нэмэгдүүлсэн зэрэгтэй холбоотой.

2010-2017 онд ЭМДС-ийн орлого нэрлэсэн дүнгээрээ гурав дахин өссөн байна.



Эх сурвалж: Эрүүл мэндийн үзүүлэлтүүд 2017 (ЭМХТ, 2018)

⁵² Эрүүл мэндийн даатгалын ерөнхий газар, 2021 <http://www.emd.gov.mn>

⁵³ https://mohs.gov.mn/uploads/userfiles/files/TA%209386_Technical%20Report_1_MON_LAST%2016022019.pdf

⁵⁴ Нийгмийн даатгалын шимтгэлийн хувь хэмжээний талаарх харьцуулсан лавлагаа мэдээлэл : Монгол Улс болон гадаадын зарим орны мэдээлэл СТ-21/407

2020-2021 онд ЭМД-ын сангийн шимтгэлийн орлого 130.6 тэрбум болсон ба шимтгэл төлөгчдийн тушаасан орлогын хэмжээ 2021 оны эхний хагаст өнгөрсөн оныхоос ихэссэн үзүүлэлттэй байна.

2020, 2021 оны 5 сарын байдлаарх Эрүүл мэндийн даатгалын сангийн шимтгэлийн орлого

ЭМД-ЫН САНГИЙН ШИМТГЭЛИЙН ОРЛОГО	2020 I-V cap	2021 I-V cap
Эрүүл мэндийн даатгалд даатгуулагчид	3,124.263	3,142.862 ↑
Шимтгэлийг ажил олгогч, даатгуулагч хариуцан төлсөн иргэд	780.517	799.274 ↑
Төсөвт байгууллагын ажилтан	244.619	249.591 ↑
Аж ахуйн нэгж, байгууллагын ажилтан	535.898	549.683 ↑
Шимтгэлийг өөрөө хариуцан төлсөн иргэд	161.625	118.868 ↓
Малчин	42.189	32.911 ↓
Хувиараа хөдөлмөр эрхлэгч иргэн	32.911	77.117 ↑
Их, дээд сургууль, коллеж, МСҮТ-ийн суралцагч	15.349	8.726 ↓
Бусад даатгуулагч	114	114
Шимтгэлийг улсын төсвөөс хариуцсан иргэд	2,182.121	2,224.720 ↑
тэрбум.төгрөгөөр		

Эх сурвалж: ЭМДЕГ, 2021

Монгол Улсын эрүүл мэндийн санхүүжилтийн бүрдүүлэлт

Монгол Улсын эрүүл мэндийн санхүүжилтийг улсын төсөв, ЭМД, олон улсын байгууллагын хандив, тусламж, зээл болон хувь хүний төлбөр бүрдүүлнэ. Эрүүл мэндийн салбарын төсвийн саналыг ЭМЯ боловсруулж, СЯ нь төсвийг УИХ-д батлуулахаар оруулдаг.⁵⁵ 2006 онд Эрүүл мэндийг дэмжих тусгай санг байгуулсан нь эрүүл мэндийн салбарын төсвийн санхүүжилтийг өргөжүүлж, тамхи, архины онцгой татвар, импортын эмийн гаалийн татвараас тодорхой хувиар нэмэлт эх үүсвэрийг бүрдүүлэх болсон. Эрүүл мэндийг дэмжих сан нь дараах эх үүсвэрээс бүрдэж байна. Үүнд:

- Архи, согтууруулах ундааны онцгой албан татварын 1 хувь
- Эмийн импортын гаалийн болон нэмэгдсэн өртгийн албан татварын 2 хувь
- Тамхины онцгой албан татварын 2 хувь

2018 онд Эрүүл мэндийг дэмжих сангийн санхүүжилтийг эрүүл мэндийн салбарын улсын төсвийн 1 хувиас бага байхаар баталсан. Сангийн хөрөнгийг халдварт бус өвчнөөс урьдчилан сэргийлэхэд зарцуулдаг. Хэдийгээр сангийн эх үүсвэрийг хуулийн дагуу бүрдүүлж байгаа ч хэмжээ нь хэт бага учраас эрүүл мэндийн нийт зардалд улсын санхүүжилтийн эх үүсвэрийн эзлэх хувийг нэмэгдүүлэхэд нөлөө үзүүлэхгүй байна.⁵⁶

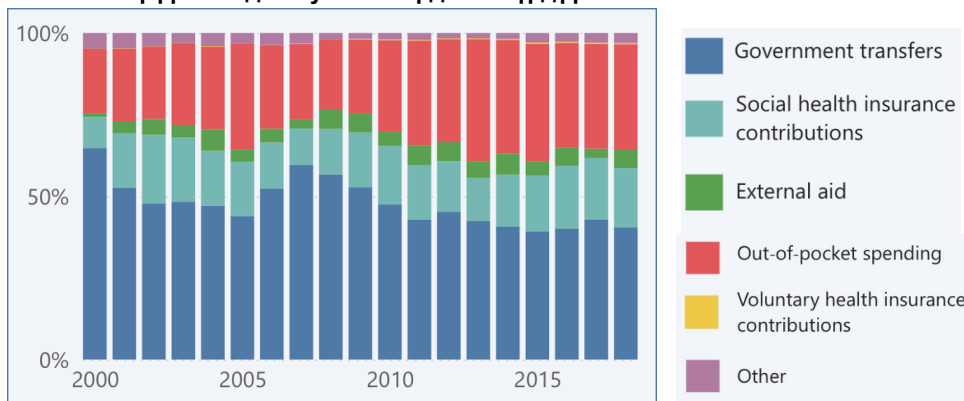
ДЭМБ-аас олон улсын эрүүл мэндийн санхүүжилтийн талаар гаргадаг мэдээллээс⁵⁷ харвал Монгол Улсын эрүүл мэндийн нийт зардлыг улсын төсөв, нийгмийн эрүүл мэндийн даатгал, гадны тусламж бүрдүүлж байгаа ба үлдсэн зардлын дийлэнхийг хувь хүн гаргаж байна.

⁵⁵ https://mohs.gov.mn/uploads/userfiles/files/TA%209386_Technical%20Report_1_MON_LAST%2016022019.pdf

⁵⁶ https://mohs.gov.mn/uploads/userfiles/files/TA%209386_Technical%20Report_1_MON_LAST%2016022019.pdf

⁵⁷ Global health expenditure database. WHO. https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en

Эрүүл мэндийн улсын зардлын бүрдүүлэлт 2000-2018 он

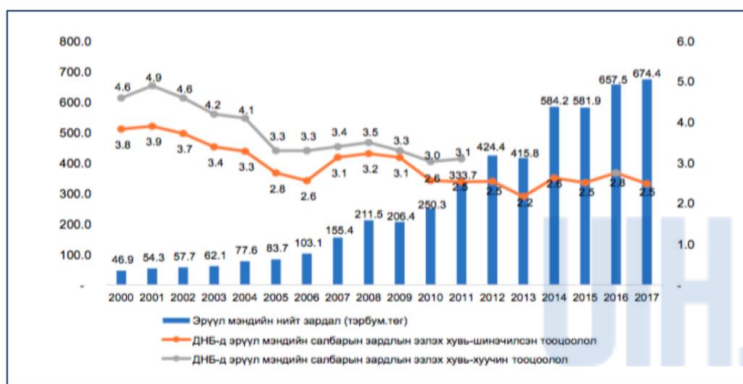


Эх сурвалж: ДЭМБ 2019

Эрүүл мэндийн даатгалын орлого эрүүл мэндийн улсын зардалд эзлэх хувиараа 30%-аас бага байсаар ирсэн, тухайлбал 2011 онд 20% байсан бол 2017 он гэхэд 27% болж өссөн байна. 2017 онд улсын төсвийн санхүүжилт ЭМУЗ-ын 64,4%-ийг эзэлж байсан байна.

Эрүүл мэндийн нийт зардлын ДНБ-д эзлэх хувь 2001 онд 3.8 хувь байсан бол эрүүл мэндийн салбарт Засгийн газраас хуваарилсан улсын төсвийн хөрөнгийн урсгал хангалттай хэмжээнд нэмэгдэж ороогүйгээс эрүүл мэндийн нийт зардлын ДНБ-д эзлэх хувь буурсаар байна.

Эрүүл мэндийн улсын зардал, ДНБ-д эзлэх хувь (2000-2017 он)



Улбар шар – Эрүүл мэндийн улсын зардал, ДНБ-д эзлэх хувь.
Эх сурвалж: Эрүүл мэндийн үзүүлэлтүүд 2017 (ЭМХТ, 2018)

Монгол Улсын эрүүл мэндийн салбарын зарцуулалт: Үндэсний статистикийн хорооны 2020 оны тайланд эрүүл мэндийн салбарын нийт зардал 2019 оны урьдчилсан гүйцэтгэлээр 823.9 тэрбум төгрөг болж, сүүлийн 10 жилийн дунджаас 1.5 дахин, өмнөх оныхоос 1.1 дахин өссөн байна. Харин улсын төсвийн зардалд эрүүл мэндийн зардлын эзлэх хувь 2019 оны урьдчилсан гүйцэтгэлээр 7.2 хувь болж, сүүлийн 10 жилийн дунджаас 0.2 пунктээр, өмнөх оноос 0.8 пунктээр тус тус буурсан байна.⁵⁸

⁵⁸ https://www.1212.mn/BookLibraryDownload.ashx?url=eruul_mend_2019.pdf&ln=Mn

Эрүүл мэндийн салбарын зардал, 2010-2019 он



Эх сурвалж: Статистикийн үндэсний хороо, 2020

Нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардал 2019 онд 258.3 мянган төгрөг болж, сүүлийн 10 жилийн дунджаас 73.9 мянга буюу 40.1 хувь, өмнөх оноос 24.8 мянга буюу 10.6 хувиар тус тус өсжээ. Харин ДНБ-д эрүүл мэндийн зардлын эзлэх хувь 2019 онд 2.2 болж, сүүлийн 10 жилийн дунджаас 0.3 пунктээр, өмнөх оноос 0.1 пунктээр тус тус буурсан байна. “Төрөөс эрүүл мэндийн талаар баримтлах бодлого”-ын хүрээнд “Улсын нэгдсэн төсвөөс эрүүл мэндийн салбарт зарцуулах зардлыг 12 хувь, ДНБ-нд эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийн эзлэх хэмжээг 2021 он гэхэд 3.7 хувьд хүргэх” зорилт тавьсан бөгөөд энэ зорилтдоо хүрээгүй байна.⁵⁹

Монгол Улсын эрүүл мэндийн санхүүжилтийн хуваарилалт

ДЭМБ-аас 6 жил тутамд улс орнуудын эрүүл мэндийн зардлыг гаргадаг ба дараагийн үзүүлэлт нь 2024 онд гарах юм. Доорх хүснэгтээс харахад улсын нэгдсэн төсвийн зарлагад эрүүл мэндийн зардлын эзлэх хувь 2000 оноос 2018 онд 12.3%-аас 7.7% хүртэл тогтмол буурсан байна. Үүнтэй зэрэгцэн эрүүл мэндийн нийт зардалд улсын төсвөөс гаргаж буй зардлын эзлэх хувь багассан, хувь хүнээс өөрөөс нь гарч буй эрүүл мэндийн зардал тогтмол өссөн байна.⁶⁰

Эрүүл мэндийн зардал 2000-2018 он

Үзүүлэлт	2000	2006	2012	2018
Нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардал (ам.доллар) ⁶¹	27.0	50.0	167.8	155.1
Эрүүл мэндийн нийт зардалд улсын төсвөөс гаргаж буй зардлын эзлэх хувь ⁶²	74.3	66.4	60.8	58.7
Эрүүл мэндийн нийт зардалд хувь хүнээс гарч буй зардлын эзлэх хувь ⁶³	19.7	25.6	31.5	32.4

⁵⁹ https://www.1212.mn/BookLibraryDownload.ashx?url=eruul_mend_2019.pdf&ln=Mn

⁶⁰ Global health expenditure database. WHO. https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en

⁶¹ CHE- current health expenditure per capita

⁶² GGHE-D%CHE -Domestic general government health expenditure (GGHE-D) as percentage of current health expenditure

⁶³ OOPS%CHE- Out-of-pocket (OOPS) as % of Current Health Expenditure

Улсын нэгдсэн төсвийн зарлагад эрүүл мэндийн зардлын эзлэх хувь ⁶⁴	12.3	9.5	6.5	7.7
Нэг хүнд ногдох ДНБ (ам.доллар) ⁶⁵	554	1334	4352	4094

Эх сурвалж: ДЭМБ 2019

Улмаар Үндэсний Статистикийн Хорооны мэдээллээр 2020 оны жилийн эцэст улсын нэгдсэн төсвийн зарлагад эрүүл мэндийн зардлын эзлэх хувь үргэлжлэн буурч 5.6% болсон байна.

Эрүүл мэндийн зардал 2020 оны жилийн эцсийн байдлаар

Үзүүлэлт	2016	2017	2018	2019	2020
Улсын нэгдсэн төсвийн нийт зарлага, сая төгрөг	9 495 332.9	9 017 318.6	9 222 928.5	11 429 391.8	13 960 787.5
Эрүүл мэндийн нийт зардал ¹ , сая төгрөг	657 478.1	674 899.7	737 723.7	823 888.9	787 067.4
Улсын нэгдсэн төсвийн зарлагад эрүүл мэндийн зардлын эзлэх хувь	6.9	7.5	8.0	7.2	5.6
Нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардал, мянга.төгрөг	216. 4	217. 9	233. 5	258. 3	244.0

Эх сурвалж: Үндэсний статистикийн хороо, 2021 он.

2021 оны байдлаар ЭМДС-ийн зардал одоогоор эмнэлгийн тусламж үйлчилгээ, сувиллын тусламж үйлчилгээ, эмийн үнийн хөнгөлөлтийн зардалд зарцуулагдаж байна.

2020, 2021 оны 5 сарын байдлаарх Эрүүл мэндийн даатгалын сангийн тусламж, үйлчилгээний зардал

ЭМД-ЫН САНГИЙН ТУСЛАМЖ, ҮЙЛЧИЛГЭЭНИЙ ЗАРДАЛ		
	2020 I-V cap	2021 I-V cap
Эрүүл мэндийн даатгалын сангийн тусламж үйлчилгээний зардал	152.978.3	388.649.6 ↑
Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний зардал	135.272.7	363.182.3 ↓
Сувиллын тусламж үйлчилгээний зардал	3.760.2	1.483.9 ↓
Эмийн үнийн хөнгөлөлтийн зардал	13.945.4	23.483.4 ↑

Эх сурвалж: ЭМДЕГ, 2021

Эрүүл мэндийн байгууллагуудын санхүүжилт

Төрөөс эрүүл мэндийн талаар баримтлах бодлогыг хэрэгжүүлэх арга хэмжээний төлөвлөгөөний техникийн тайлангийн дагуу ⁶⁶ эрүүл мэндийн анхан шатны санхүүжилтийн хуваарилалт нь тоо хэмжээ ба норматив зардалд суурилдаг (өрхийн болон сумын эрүүл мэндийн төв) хэдий ч дийлэнх төсвийн хуваарилалт лавлагаа шатлалын эмнэлгүүд, тэдгээрийн нүсэр дэд бүтцийн зардалд зориулагдсан хэвээр

⁶⁴ GGHE-D%GGE- Domestic general government health expenditure (GGHE-D) as percentage of general government expenditure

⁶⁵ GDP per capita- Per capita gross domestic product

⁶⁶ https://mohs.gov.mn/uploads/userfiles/files/TA%209386_Technical%20Report%20Report_1_MON_LAST%2016022019.pdf

байна. Энэ байдал нь эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийн бууралтад мөн нөлөөлж байна. Эрүүл мэндийн салбарын төсвийн өсөлт ДНБ-ий өсөлтөөс хоцорч байна. Сангийн яамны зүгээс эрүүл мэндийн салбарын төсвийн хуваарилалтад хэт оролцож, микро түвшинд удирдаж байгаа нь ЭМЯ-нд шатлал болон байгууллага хооронд төсвийг хуваарилах, төсвийн хуваарьт өөрчлөлт оруулах уян хатан байдлыг олгохгүй байна.

Төлбөрийн үндсэн аргууд. Эрүүл мэндийн салбарын хууль эрх зүйн орчин шинэчлэгдэж, тусламж, үйлчилгээний төлбөрийн аргуудыг хуулиудад тодорхой тусгасан. Одоо мөрдөж буй төлбөрийн үндсэн аргуудад зардлын зүйл анги, эрсдэлээр ангилсан нэг иргэнд тооцсон төлбөр, тохиолдолд суурилсан өртөг ойролцоо оношийн бүлэг тооцсон төлбөр, иргэн шууд төлөх үйлчилгээний төлбөр зэрэг багтаж байна.

Тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгчийг санхүүжүүлэх төлбөрийн одоогийн тогтолцооны давуу талууд:

- Төсвийн хязгаар тогтоох нь зардлыг хязгаарлаж, тогтвортой санхүүжилтийг хангадаг.
- Газарзүйн болон хүн амын ялгаатай байдлыг анхан шатны тусламжийн төлбөрт харгалзан үздэг.
- Төлбөрт үйлчилгээг тодорхой журмаар зохицуулж, төсвийн нийт дүнд оруулж, дээд хязгаарт хамруулж байгаа нь өртөг өндөртэй үйлчилгээний хэт ашиглалтаас сэргийлж, нийт эрүүл мэндийн зардлыг өсгөхөд хүргэдэггүй.

Сул талууд:

- Одоогийн төлбөрийн аргууд нь гүйцэтгэл, үр ашгийг дээшлүүлэх, анхан шатны тусламж болон урьдчилан сэргийлэлтийг дэмжихгүй байна.
- Шаардлагагүй тусламж үйлчилгээг өөгшүүлдэг.
- Улсын эмнэлгүүдэд хатуу төсвийн хязгаар тогтоож, давсан орлогыг суутгаж, зардлын зүйл анги, орцоор төсвийг төлөвлөж байгаа нь үр дүн болон үр ашигтай байдлыг дэмжихгүй байна.
- Улсын эмнэлгүүд, өрхийн эрүүл мэндийн төвүүд дунд үйлчилгээ үзүүлэгчээ чөлөөтэй сонгох эрх байхгүй байгаа нь өрсөлдөөнийг хязгаарладаг.
- Хувийн болон улсын эмнэлгүүдэд шаардлагагүй хэвтэлт, үзлэгийг байлгах сонирхол үүсгэж байна.
- Гүйцэтгэлийг (тусламж үйлчилгээний чанар) сайжруулах хөшүүрэг болж чадахгүй байна.
- Өртөг ойролцоо оношийн бүлгийн санхүүжилт нь хавсарсан өвчлөлийг тооцохгүй байна.
- Хэмнэлтийн зөвхөн 60 хүртэлх хувийг зарцуулахыг зөвшөөрдөг тул эмнэлгүүдэд хэмнэлтийг үр өгөөжтэй ашиглах сонирхол төрүүлэхгүй байна.

Төлбөрийн аргыг сайжруулахад дараах зүйлсийг анхаарвал зохино. Үүнд: 1) төлбөрийн аргуудын урамшууллын зохицуулалтыг тусламж үйлчилгээний төрөл, хэлбэр, түвшинд уялдуулж, хэрэгжүүлэх; 2) гүйцэтгэлийн урамшууллыг дэмжих болон 3) төлбөрийн аргыг уян хатан тогтмол шинэчлэх боломжтой байх. Мөн хуулинд төлбөрийн аргуудыг тодорхойлж зааж өгөхөөс зайлсхийх, харин тухай бүрд үр ашиг, чанарыг сайжруулах үр дүнтэй төлбөрийн аргуудыг хослуулан хэрэглэх боломжийг бүрдүүлэх шаардлагатай.⁶⁷

⁶⁷ https://mohs.gov.mn/uploads/userfiles/files/TA%209386_Technical%20Report_1_MON_LAST%2016022019.pdf

Ковид-19 цар тахлын үед эрүүл мэндийн санхүүжилтийн талаар авч буй арга хэмжээ

Коронавируст халдвар (Ковид-19)-ын эсрэг эрүүл мэндийн цогц тусламж, үйлчилгээг санхүүжүүлэх журам, тусламж үйлчилгээний багц, төлбөрийн хэмжээг батлах тухай Эрүүл мэндийн сайд, Сангийн сайдын хамтарсан тушаал энэ оны 4 дүгээр сарын 30-ны өдөр батлагдан гарсан.

Эрүүл мэндийн даатгалын сангаар дамжуулан тусламж үйлчилгээний зардлыг холбогдох хууль тогтоомж, журмын дагуу санхүүжүүлэх ажлыг ЭМДЕГ-аас хэрэгжүүлэн ажиллаж байгаа ба Ковид-19-ийн эсрэг тусламж үйлчилгээ үзүүлж байгаа эрүүл мэндийн байгууллагаас ирүүлсэн нэхэмжлэлийг хянасны үндсэн дээр санхүүжилт олгож байна.

Тухайлбал, 3 сарын 01-нээс 5 сарын 10-ны хүртэлх хугацаанд дархлаажуулалт хийсэн нийслэлийн 38 эрүүл мэндийн байгууллагад 4,6 тэрбум төгрөгийн санхүүжилтийг олгосон байна. 4,2 тэрбум төгрөг буюу 91,3 хувь нь 8 дүүргийн Эрүүл мэндийн төвүүдэд хуваарилагдсан. 2021 оны 5 сарын 11-нээс 6 сарын 15-ны хугацаанд дархлаажуулалт хийсэн нийслэлийн эрүүл мэндийн байгууллагуудаас гүйцэтгэлийн нэхэмжлэлд суурилан 4.2 тэрбум төгрөгийн санхүүжилт нэмж олгохоор байна.⁶⁸

БҮЛЭГ III. ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН САЛБАРЫН ЦАЛИН ХӨЛСНИЙ СИСТЕМ, ОЛОН УЛСЫН ЖИШИГ

3.1. Эрүүл мэндийн салбарын цалин хөлсний олон улсын систем, арга хэлбэрүүд ба харьцуулалт ⁶⁹

Дэлхий дахинд эрүүл мэндийн салбарт тулгамдаж буй гол асуудал бол санхүүжилтийн асуудал юм. Дэлхийн улс орнууд хөгжлийн түвшнээс үл хамааран эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцооны шинэчлэлийг идэвхтэй өрнүүлж байгаа хэдий ч аль ч улсын төр засгаас эмнэлгийн байгууллагуудыг хангалттай санхүүгийн эх үүсвэрээр хангаж чадаагүй, хөрөнгийн эх үүсвэр дутагдалтай хэвээр байна. Ийм нөхцөлд эрүүл мэндийн салбарын ажилтнуудын цалин хөлсний системийг оновчтой тогтоох, хязгаарлагдмал нөөц боломжийг үр ашигтай ашиглах асуудал дэлхийн улс орнуудад тулгарч байна.

Судалгаанаас үзэхэд, эрүүл мэндийн салбарын ажилтнуудын цалин хөлсний универсал тогтолцоо дэлхийн практикт үгүй боловч сайн туршлага бүхий орнуудын жишгээр аль болох бага зардлаар чанартай эмнэлгийн үйлчилгээ үзүүлэхийн тулд улс орон бүр өөр өөрийн гэсэн цалин хөлсний систем тогтоохын төлөө тэмүүлж байна. Орчин үед дэлхий дахинд явагдаж байгаа эрүүл мэндийн салбарын шинэчлэл нь эрүүл мэндийн салбарын эмч, мэргэжилтнүүдийн нөхцөл байдлыг сайжруулах, цалин хөлсийг нэмэгдүүлэх, мэргэжлийн нэр хүндийг өсгөх, санхүүжилтийн механизмыг боловсронгуй болгоход чиглэгдэж байна.

Эрүүл мэндийн үйлчилгээний чанар нь эрүүл мэндийн салбарын эмч ажилтнуудын цалингаас шууд хамааралтай тул 1) эмнэлгийн байгууллагуудын бие даасан байдал, эрх мэдлийг нэмэгдүүлэх 2) санхүүжилтийг нэмэгдүүлэхэд анхаарах шаардлагатай болж байна. Өөрөөр хэлбэл, эрүүл мэндийн байгууллага эмч, ажилтнуудынхаа цалин хөлсийг ажлын гүйцэтгэл болон чанарт тулгуурлан коэффициентоор өсгөх боломжтой байх, шийдвэр гаргах буюу бие даасан байдлаа хадгалах явдал чухал юм.

⁶⁸ <http://www.emd.gov.mn>

⁶⁹ <https://cyberleninka.ru/article/n/sravnitelnyy-analiz-oplaty-truda-meditsinskih-rabotnikov-obzor-literatury/viewer>

Эдийн засгийн өндөр хөгжилтэй орнууд, тухайлбал, Шведэд эмч нарын цалин бусад салбарын цалингийн дунджаас 1,65 дахин, АНУ-д 7,2 дахин, Германд 6 дахин өндөр байдаг гэсэн судалгаа байна. Өнөөгийн эмч нарын цалингийн түвшин эмнэлгийн мэргэжилтнүүдийг бэлтгэхэд зарцуулсан хөрөнгө болон цаг хугацаа, тэдний хүлээлт буюу алдагдсан боломж, мэргэжлийн нэр хүндийг өсгөх хэмжээнд хүрээгүй, урамшууллын хөшүүрэг болж чадахгүй байгаа талаар судлаачид олонтоо дүгнэсэн байдаг.

Баруун Европын ихэнх орнуудад, тухайлбал, Герман, Бельги, Люксембург, Голланд, Швейцар, Франц зэрэг орнуудад эрүүл мэндийн даатгалын систем өндөр хөгжсөн байдаг учраас урамшуулалт (гонорар) цалингийн системийг хэрэглэдэг бол, төсвийн санхүүжилтийн загварыг ашиглаж байгаа орнуудад энэхүү системийг хэрэглэх боломжгүй бөгөөд зөвхөн амбулторын үйлчилгээний эмч нарт нэмэгдэл олгоход ашигладаг байна.

Их Британи, Испани, Ирланд, Итали гэх мэтийн орнуудад нэг хүнд ногдох цалингийн системийг хэрэглэдэг бөгөөд энэ аргыг хэрэглэх үед эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнд зарцуулах зардлын өсөлт хязгаарлагддаг учраас эмч, эмнэлгийн ажилтнууд аль болохоор өвчтөнд үзлэг, эмчилгээ хийхээс зайлсхийж урьдчилан сэргийлэх үзлэг олноор хийхийг илүүд үздэг сөрөг талтай.

Энэхүү цалин хөлсний арга нь дараах 2 хэлбэртэй байна.

- 3) Ерөнхий нормативт суурилсан цалингийн систем (Дани, Нидерланд)
- 4) Харьялал бүхий хүн амын нас, хүйст суурилсан нормативт цалингийн систем (Их Британи, Итали)

Энэ аргыг хэрэглэх үед цалингийн зардлын өсөлтийн түвшинг тодорхойлох боломжтой учраас эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хэмжээ нэмэгдүүлэх хөшүүрэг болж чаддаг гэж үздэг. Гэвч ажил үйлчилгээгээ максимум хэмжээнд үзүүлсэн эмчид энэ нэмэгдэл олгогдохгүй буюу эсхүл маш бага хэмжээтэй олгогддог байна.

Дани, Их Британи, Норвеги, Герман зэрэг орнуудад нэгжийн үнэлгээнд суурилсан тогтмол цалингийн систем давамгайлах боловч холимог системтэй. Энэхүү холимог систем нь тэргүүлэх ач холбогдол бүхий эмнэлгийн тусламж үйлчилгээг идэвхжүүлэх хөшүүрэг болдог байна.

Холимог цалин хөлсний системтэй орнуудаас Их Британийн туршлага нэлээд сонирхолтойд тооцогддог. Финланд, Швед, Грек, Португал зэрэг орнуудад амбулторын эмч, ажилтнуудын цалинг тодорхой түвшинд хатуу тогтоох бөгөөд эмч ажилтнууд нэг ёсондоо улсын эмнэлэгт ажиллаж буй хөлсний ажилтнууд юм. Барууны орнуудын туршлагаас үзэхэд, хэрэв амбулторын үйлчилгээ тутамд үнэлгээ тогтоовол нийт үйлчилгээний хэмжээ илтэд өсөх ба энэ нь нэгжийн норматив үнэлгээнд суурилсан систем болон улсын эмнэлгүүдийн үзүүлэлттэй харьцуулахад харьцангуй өндөр байх боломжтой.

Хамгийн сайн туршлагатай, иргэд нь эмнэлгийн үйлчилгээнд сэтгэл хангалуун байдаг гэж судалгаагаар тогтоогдсон зарим орнуудад, тухайлбал, Нидерланд, Франц, Германд – урамшуулалт цалингийн систем үйлчилдэг. Иргэдийн сэтгэл ханамж муутай Испани гэх мэтийн улс орнууд нэгжийн нормативт суурилсан цалингийн системтэй байна.

Олон улсын туршлагаас үзэхэд, эрүүл мэндийн цалингийн универсал хэлбэр хараахан бий болоогүй байгаа бөгөөд дараах хэлбэрүүдийг ашиглаж байна. Үүнд:

Тогтмол цалингийн систем - шилжилтийн эдийн засагтай ихэнх орнууд энэ хэлбэрийг ашиглаж байгаа бөгөөд эмч, эмнэлгийн ажилтны ажлын үр дүнг үнэлэх шалгуур үзүүлэлт байхгүй учраас ажил үйлчилгээний чанарыг сайжруулах, идэвхжүүлэх хөшүүрэг болж чаддаггүй. Нэгжийн үнэлгээнд суурилсан цалин хөлсний системийн үед эмнэлгийн ажилтнууд зөвхөн өөрийн хариуцсан бүртгэлтэй хүмүүст эмнэлгийн үйлчилгээ үзүүлэх бөгөөд тоон болон чанарын үзүүлэлтэд онцгойлон ач холбогдол өгдөггүйгээрээ сул талтай.

Урамшуулалт цалингийн систем - энэ систем нь ихэвчлэн гэр бүлийн буюу өрхийн эмнэлэг давамгайлсан сайн тогтолцоотой орнуудад үйлчлэх бөгөөд эмч, эмнэлгийн ажилтнуудын ажлын үр дүнд суурилсан тоон болон чанарын шалгуур үзүүлэлтээр олгогддог, санхүүгийн нэмэлт эх үүсвэрийг татан төвлөрүүлэх боломжтой дэвшилтэт, урамшууллын цалин хөлсний систем юм. Энэ системийн үед эмч, эмнэлгийн ажилтнууд тооны араас хөөцөлдөж аль болох өндөр үнэтэй эм тариа, үйлчилгээг өвчтөнүүдэд санал болгох сонирхол бий болдгоороо сул талтай.

Олон улсын түвшинд урамшуулалт цалин хөлсний систем харьцангуй дэвшилтэт аргад тооцогддог боловч энэхүү системийг нэвтрүүлэхэд тодорхой хүндрэл бэрхшээлүүд тулгардаг байна. Тухайлбал, хуучин социалист орнууд буюу шилжилтийн эдийн засагтай орнуудад энэхүү системийг нэвтрүүлэхэд 1) төсөв-санхүүгийн нөөц хүрэлцээгүй, 2) эрүүл мэндийн санхүүжилтийн тогтолцооны тасралтгүй, уян хатан байдал хангагдаагүй зэрэг шалтгаанууд нөлөөлдөг учраас нэвтрүүлэхэд хүндрэлтэй гэж олон улсын экспертүүд үзсэн байна. Гэсэн хэдий ч одоогийн цалин хөлсний систем нь эмч, эмнэлгийн ажилтнуудын ажлын үр дүнг бодитой үнэлэх, ажил үйлчилгээний чанар, стандартыг сайжруулах хөшүүрэг болж чадахгүй байгаа учраас шилжилтийн эдийн засагтай олон улс орнууд эмч нарын ажлын үр дүн болон эдийн засгийн хөшүүргийн тэнцвэрийг хадгалсан байдлаар дэвшилтэт системийг нэвтрүүлэхийг зорьж байна.

Эрүүл мэндийн салбар дахь цалин хөлсний систем ба тэдгээрийн эдийн засгийн үр нөлөөний харьцуулалт

Эрүүл мэндийн салбар дахь цалин хөлсний систем	Хэлбэр	Эдийн засгийн үр нөлөө		
		Идэвх санаачилгыг дэмждэг эсэх	Идэвх санаачилгыг бууруулдаг эсэх	Ажиллах хүчний зардлын өсөлтийг хязгаарладаг эсэх
Урамшуулалт цалингийн систем (fee for service)	Гүйцэтгэлээр	Тийм	Үгүй	Үгүй
Тогтмол цалингийн систем (salary)	Цагаар	Үгүй	Тийм	Тийм
Нэг өвчтөнд ногдох тогтмол зардалд суурилсан цалингийн систем (capitation fee)	Тогтмол гүйцэтгэлээр	Үгүй	Тийм	Тийм

Эх сурвалж: https://www.krasmed.ru/docs/opmspvupf/05_11.pdf

3.2. Шилжилтийн эдийн засагтай зарим орнуудын эмч, эмнэлгийн ажилтнуудын цалин хөлсний систем, шинэчлэлийн явц

Шилжилтийн эдийн засагтай орнуудын хувьд гадаадын бусад оронд дэвшилттэйд тооцогдож буй ЭМ-ийн ажилтнуудын цалин хөлсний системээр баримжаалан өөрийн орны уламжлалт цалин хөлсний систем, улс орныхоо эдийн засгийн хүчин чадал, нөөц боломждоо тулгуурласан цалин хөлсний системийг эрүүл мэндийн салбарт мөрдүүлж байна.

Тухайлбал, ОХУ-д, эрүүл мэндийн заавал даатгалын хүрээнд эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний цалин хөлсний тогтолцоог боловсронгуй болгох хөтөлбөр хэрэгжүүлж байгаа бөгөөд нэгжид суурилсан тогтмол цалингийн системд үндэслэсэн үйл ажиллагааны үр дүнгээр нэмэлт урамшуулал олгох журам тогтоон хэрэгжүүлж байна. Энэхүү систем нь ялангуяа амбулатор-поликлиникийн нэгжүүдэд илүү үр дүнтэй байгаа нь тогтоогдсон. Санхүүжилтийн зарчим нь суурь тариф дээр поликлиникийн санхүүжилтийг нэмж тооцно.

ОХУ-д одоогоор эмнэлгийн байгууллага хэдий чинээн том байна төдий чинээ их төсөв авна гэсэн төсвийн хуваарилалтын уламжлалт тогтолцоо болон эрүүл мэндийн байгууллагын хэмжээ, орон тооноос үл хамаарах ажлын үр дүнд, эрүүл мэндийн даатгалд суурилсан эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний санхүүжилт бүхий цалин хөлсний систем зэрэгцэн оршиж, тодорхой хэмжээнд зөрчилтэй асуудлуудыг бий болгож байна.

Казахстан Улс өмнө нь орон тоонд суурилсан төсвийн санхүүжилт бүхий цалин хөлсний тогтолцоотой байсан бол 2000 онд нэгжид суурилсан нормативт санхүүжилт бүхий цалин хөлсний системд шилжсэн. Одоогийн байдлаар Казахстан Улс *эрүүл мэндийн үйлчилгээний чанар, стандартад суурилсан нэмэлт урамшуулал бүхий нэгжид суурилсан нормативт санхүүжилттэй цалин хөлсний тогтолцоог* нэвтрүүлээд байна.

Дүгнэж хэлэхэд, эрүүл мэндийн салбарын шинэчлэлийн хүрээнд эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний чанарыг сайжруулахад зайлшгүй шаардлагатай хүчин зүйлс нь 1) санхүүжилтийн нөөц хангалттай байх; 2) эрүүл мэндийн салбарын ажилтнуудын цалин хөлсний оновчтой тогтолцоог нэвтрүүлэх; 3) эмч, эмнэлгийн ажилтны цалин хөлсийг ажлын үр дүнтэй уялдуулах шаардлага бий болж байна.

3.3. Эрүүл мэндийн байгууллагын цалин, урамшууллын стратеги

Аливаа байгууллага цалин хөлсний урамшууллын бодлогыг үйл ажиллагаагаа тодорхой зорилгод хүрэх стратегийн хэрэгсэл гэж үзэх нь байгууллагуудын хувьд харьцангуй шинэ хандлага юм.

‘Стратегийн цалин’ гэх санаа нь байгууллагын тодорхой зорилтыг дэмжсэн шагнал урамшууллын багцыг нэвтрүүлэх боломжид суурилдаг. Жишээлбэл, эрүүл мэндийн ажилтны ур чадварыг нэмэгдүүлэхийг эрмэлзэж буй байгууллага ур чадварт суурилсан цалингийн системийг нэвтрүүлж болно.

Стратегийн цалин хөлсний тухай ойлголтын гол цөм нь цалин хөлсөнд нөлөөлөх тогтмол болон хувьсах хүчин зүйлс юм. Тухайн байгууллага хүрэхээр зорьж буй зорилго, алсын хараагаа тодорхой болгож, шагнал урамшууллын стратеги тодорхойлох ба үүнд нийцсэн арга хэлбэр, тогтолцоог бий болгож эхэлсэн. Энэ нь үндсэндээ *зөөлөн ур чадварт суурилсан урамшуулал, өрсөлдөх чадварт суурилсан урамшуулал, багаар тооцсон цалин урамшуулал* хэлбэртэй байна.

Олон улсын хэмжээнд авч үзвэл, эрүүл мэндийн байгууллагууд цалин хөлсний одоогийн тогтолцоогоо хянан үзэж, шинэ хандлага, арга хэлбэрүүдийг нэвтрүүлэх болсон дараах шалтгаанууд байна гэж үздэг. Үүнд:

- Эрүүл мэндийн тогтолцоонд цалин хөлсний зардал урсгал зардлын 70% ба түүнээс дээш хувийг эзэлдэг тул хөдөлмөрийн өртгийг хянах, үр ашгийг дээшлүүлэх шаардлага бий болсон
- Үндэсний түвшинд, мөн байгууллагын түвшинд гүйцэтгэлийн менежментийн системчилсэн хандлагыг хөгжүүлж байна. Тухайлбал эрүүл мэндийн тогтолцоонд

“худалдан авагч-үйлчилгээ үзүүлэгч”-ийн гэрээт харилцааг нэвтрүүлэх болсон байна

- Эрүүл мэндийн ажилчдыг сонгон шалгаруулах, тогтвор суурьшилтай ажиллуулах, газарзүйн хуваарилалтаар байршуулахын тулд цалин урамшууллын механизмыг ашиглаж байна.
- Хувь хүн, байгууллагын түвшинд хөдөлмөрийн бүтээмжийг дээшлүүлэх, үйлчилгээний чанарыг сайжруулахын тулд цалин урамшууллын шинэ стратегийг ашиглаж байна.
- Байгууллагын бүтцийн өөрчлөлт шинэчлэлт, байгууллагын соёл, менежментийг өөрчлөх зорилгоор цалин урамшууллын шинэ стратегийг ашиглаж байна.
- Эрүүл мэндийн ажилтны ажлын цаг ашиглалт, хандлага, зан төлөвийн уян хатан байдлыг сайжруулах механизм болгон ашиглаж байна.
- Эрүүл мэндийн ажилтнуудыг олон талт хамтын ажиллагаа, багаар ажиллах чадварыг дэмжих хөшүүрэг болгон ашиглаж байна.
- Эрүүл мэндийн ажилтнууд ур чадвараа тасралтгүй дээшлүүлж, шинэ чадвар эзэмшихэд уриалах буюу тэдний “насан туршийн боловсрол”-ыг дэмжих асуудлыг цалин урамшууллыг бодлогоор зохицуулж байна.

Цалин хөлс, урамшууллын стратегийг боловсруулах, шинэчлэхэд дээр дурдсан харилцан уялдаа бүхий олон үндэслэлүүдийг авч үзэх шаардлагатай. Түүнчлэн цалин хөлс, урамшууллын стратегийг үр дүнтэй хэрэгжүүлэх үндсэн нөхцөл нь тухайн байгууллагын ерөнхий стратеги, байгууллагын тодорхой зорилго, үйл ажиллагааны нөхцөл байдалд тохирсон байхад оршино.

Эрүүл мэндийн салбарын цалин урамшууллын системд өөрчлөлт шинэчлэл хийх явцад эрүүл мэндийн салбарт ажиллагсдад урьдчилан төлөвлөөгүй, хүсээгүй олон үр дагавартай учирч болзошгүй. Тиймээс тухайн улс, орон байгууллага бүр өөрсдийн нөөц боломж, онцлогт тохирсон цалин хөлсний стратеги боловсруулах нь эрүүл мэндийн салбарын шинэчлэлийн явцад эерэг өөрчлөлт авчрахаас гадна ажиллагсдын зүгээс гарч болзошгүй сөрөг нөлөөллийг бууруулах сайн талтай.

3.4. Эрүүл мэндийн салбарын цалин хөлсний системд нөлөөлөх хүчин зүйлс

Эрүүл мэндийн ажилтны салбарын цалин хөлс, урамшууллын системд олон хүчин зүйлс нөлөөлдөг. Тиймээс эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг ямарч нөхцөлд үзүүлж болохуйц түгээмэл бодлого, үйл ажиллагааны чиглэлийг тогтоох шаардлагатай.

Эрүүл мэндийн салбарын цалин хөлс, урамшууллын системийг бүрдүүлэхэд чухал ач холбогдол бүхий шууд нөлөөлөх хүчин зүйлс болон бодлогын хүчин зүйлсийг дараах байдлаар авч үзлээ.^{70,71}

Шууд нөлөөлөх хүчин зүйлс:

- *Газар зүйн байршил*- тухайн ажилтны цалин, амьжиргааны өртөг нь хүн амын төвлөрөл ихтэй томоохон хотуудад сийрэг хүн амтай орон нутгийнхнаас өндөр байх хандлагатай. Иймд хот, хөдөөгийн эмнэлгийн ажилтны цалин хөлсний ялгаа тай байдлыг анхаарч үзэх шаардлагатай.
- *Ажиллаж буй салбар*- ижил мэргэжилтэй боловч ямар салбарт ажиллаж байгаагаас тухайн ажилтны цалин, хөлс хамаарна. Тухайлбал, улсын болон хувийн эмнэлэгт ажиллаж буй эмнэлгийн ажилтны цалин, хөлс ялгаатай байдаг.

⁷⁰ <https://www.careerprofiles.info/salary-factors.html>

⁷¹ <https://www.salary.com/articles/eight-factors-that-can-affect-your-pay/>

- *Боловсрол*- Боловсрол, эрдмийн зэрэг цолноос хамааран цалин хөлсний хэмжээ харилцан адилгүй байдаг.
- *Ажлын туршлага*- ажилласан жилээс шалтгаалж эрүүл мэндийн ажилтны цалин хөлс ялгаатай байна.
- *Гүйцэтгэлийн үр дүн* - ажлын гүйцэтгэлийн үр дүнгээс хамааран цалин хөлс ялгаатай тогтоно. Ялангуяа эрүүл мэндийн салбар дахь гүйцэтгэлд суурилсан цалингийн тогтолцоотой үед.
- *Удирдлагын нэмэгдэл* - удирдах албан тушаалд ажиллаж буй этгээд өөрийн хариуцаж буй газар хэлтсийнхээ амжилтаас хамаарч цалин, урамшуулал авна. Тухайлбал эмнэлгийн тасгийн эрхлэгчийн нэмэгдэл нь тухайн тасгийн ажлын үр дүн, амжилттай шууд хамааралтайгаар өөрчлөгдөж болно.
- *Мэргэжлийн холбооны гишүүнчлэл* - мэргэжилтэй холбооны гишүүнчлэл, мэргэжлийн сертификат авсан байдал зэрэг нь цалин хөлсөд нөлөөлөх тохиолдол бий. Тухайлбал яаралтай тусламж үзүүлэх ур чадварын сертификат эсвэл хүүхдийн хөгжлийг алтан стандартаар үнэлж, оношлох ур чадварын сертификатыг зохих мэргэжлийн нийгэмлэгээс нь авсан бол цалин нэмэгдэх жишиг байдаг.
- *Хөдөлмөрийн хүнд нөхцөл*- ажлын байрны орчны сөрөг нөлөөлөл, эрсдэлт хүчин зүйлс зэрэг нь цалин хөлсийг нэмэх шалтгаан болно. Тухайлбал химийн тариа найруулдаг сувилагч, туяа эмчилгээний эмч гэх мэт
- *Илүү ажлын гүйцэтгэл* - илүү цагаар, эсхүл гадаа олон цагаар ажиллаж байгаа ажилтан нийгэм-эрүүл мэндийн хувьд ахиу зардал гаргасанд тооцогддог тул илүү цалин авах шаардлагатай болдог.
- *Цалингийн ангидал, шатлал*- гарааны цалин, дундаж цалин, хамгийн их цалин гэх зэрэг шатлалууд байж болох бөгөөд улсын байгууллагад ажиллагсдын цалин хувийн байгууллагатай харьцуулахад харьцангуй уян хатан бус байдлаар тогтоогддог.
- *Ажил, мэргэжлийн зэрэг* - туслах мэргэжилтэн, мэргэжилтэн болон ахлах мэргэжилтнүүдийн цалин харилцан ялгаатай байна.
- *Хөдөлмөрийн зах зээл дэх эрэлт, нийлүүлэлт*- ажиллах хүчний хомсдол байна гэж үзвэл ажил олгогчид чадвар сайтай ажилтныг татахын тулд гарааны сайн цалинг санал болгож болно. Тухайлбал алслагдмал нутагт эмч нарыг татахын тулд цалин урамшууллыг нэмэгдүүлэх бодлого баримтална.
- *Засгийн газрын бодлого, эрх зүйн зохицуулалт*- цалин, хөлстэй холбоотой хууль, журам, бичиг баримтууд нь цалин хөлсийг тогтоох үндэслэл болно. Жишээ нь хөдөлмөрийн хөлсний доод хэмжээ, төр захиргааны байгууллагад ажиллагсдын цалингийн итгэлцүүр гэх мэт.
- *Хөдөлмөрчдийн эрх ашгийг хамгаалах байгууллага* - Хөдөлмөрчдийн эрх ашгийг хамгаалах байгууллага цалин хөлсийг нэмэгдүүлэх чиглэлээр санал, санаачилга гарган идэвхтэй ажиллаж болно.

Бодлогын хүчин зүйлс:

- *Төсвөөс олгож буй эрүүл мэндийн салбарын зардлын улсын нэгдсэн төсвийн зардалд эзлэх хувь* - тухайн улс эрүүл мэндийн салбартаа хэр анхаарч байгаа вэ гэдгийг энэхүү үзүүлэлтээр тодорхойлно.
- *Улсын эмнэлгийн салбарт ажиллагсдын тоо*- нэг ажилтанд ногдох зардлын хэмжээг үүгээр тогтооно.

- *Улсын эмнэлгийн эмч, ажилчдын цалинд төсвөөс хуваарилж буй мөнгөн хөрөнгийн хэмжээ, эх үүсвэр- үүнд олон эх үүсвэр хамаарах бөгөөд ЭМДС-аас гарч байна уу, төсвөөс гарч байна уу гэдгээс шалтгаална.*
- *Иргэдээс ЭМДС-д төлж буй шимтгэлийн хэмжээ- ЭМДС-аас санхүүжилт авч байгаа тохиолдолд энэ хувь хэмжээ чухал.*
- *Хувийн эрүүл мэндийн даатгалын сангийн хөгжил- хувийн даатгалын сангийн үйлчилгээ сайн хөгжсөн бол хувийн эмнэлэгт хандах нь ихэсч, улсын эмнэлгийн ачаалал багасах сайн талтай.*
- *Улсын эмнэлгийн эмчийн цалин- улсын эмнэлгийн эмчийн цалинг зөвхөн төсвийн эх үүсвэрээр олгож байна уу, эсхүл эмнэлгийн өөрийн орлогын эх үүсвэрийг ашиглаж байна уу гэдгээс эмчийн цалин хамаарч хэлбэлзэнэ.*
- *Улсын эмнэлгийн эмчийн цалинг тогтоох аргачлал-Улсаас тогтоосон эрүүл мэндийн ажилтны цалинг тогтоох нэгдсэн аргачлал, журмууд хамаарна.*

3.5. ДЭМБ-ын гишүүн орнуудын эрүүл мэндийн салбарын цалин хөлсний байдал

Бүх нийтийн эрүүл мэндийг сайжруулах үндсэн нөхцөл нь идэвх чармайлттай эрүүл мэндийн ажилчдын тоо хангалттай байхад оршино. Эрүүл мэндийн ажилчдын цалин хөлс нь Засгийн газраас олгож буй эрүүл мэндийн зардал болон эрүүл мэндийн нийт зардлаас шууд хамааралтай.

- Засгийн газрын эрүүл мэндийн зардалд хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах, нөхөн сэргээх, сайжруулах зорилгоор төсвөөс хуваарилсан урсгал болон хөрөнгийн зардлууд багтана.
- Эрүүл мэндийн нийт зардалд хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах, нөхөн сэргээх, сайжруулах зорилгоор хувийн сектор болон Засгийн газраас гаргасан бүх зардлыг хамруулж ойлгоно.

ДЭМБ-аас эрүүл мэндийн ажилтанд зарцуулж буй зардлын мэдээллээ гаргах боломжтой дэлхийн 179 орныг хамруулан судалгаа хийхэд эрүүл мэндийн ажилтны цалин хөлсөнд дунджаар нийт эрүүл мэндийн зардлын 33.6%-ийг зарцуулж байгаа нь тодорхой болжээ. Эрүүл мэндийн ажилтны цалин хөлсөнд зарцуулж буй зардлын дундаж хэмжээ нь улс орны орлогын түвшин нэмэгдэх тусам ихэсч байна. Хамгийн өндөр орлоготой орны хувьд энэ үзүүлэлт 38.1%-тай байгаа бол хамгийн бага орлоготой оронд 28.7% байна.

Улс орны орлогын түвшин	Судалгаанд хамрагдсан орон	Нийт эрүүл мэндийн зардалд эрүүл мэндийн ажилтны цалингийн эзлэх хувь	Нийт эрүүл мэндийн зардалд улсын эмнэлэгт ажиллагсдын цалингийн хувь	Засгийн газрын эрүүл мэндийн зардалд улсын эмнэлэгт ажиллагсдын цалингийн хувь	Эрүүл мэндийн ажилтны дундаж цалин (ам.дол)	Эрүүл мэндийн ажилтны худалдан авах чадварын тэгш байдлыг суурилсан дундаж цалин
Өндөр	48	38.1	18	31.2	28298	28063
Өндөр дунд	51	33.2	23.4	38.2	8037	14667
Бага дунд	48	30.5	18.7	34.7	3079	5927
Бага	32	28.7	9.9	26.2	473	1347
Бүгд	179	33.6	18.1	33.2	15352	18102

Хүснэгтээс үзэхэд, улсын эмнэлгийн ажилчдын цалин хөлс нь эрүүл мэндийн нийт зардлын бараг 20%, Засгийн газрын эрүүл мэндийн зардлын 33.2%-ийг эзэлж байна. Мөн

бага орлоготой орнуудын улсын эмнэлгийн ажилчдын цалингийн зардал өндөр орлоготой орнуудынхаас хавьгүй бага хэвээр байна. Улсын байгууллагын эрүүл мэндийн ажилтнуудын цалингийн хэмжээ ерөнхийдөө улс орны орлогын түвшинтэй шууд хамааралтай байна.

Сүүлийн жилүүдэд эрүүл мэндийн ажилтны цалингийн зардлын ДНБ-д эзлэх хувь хэмжээ өссөөр байна. Сүүлийн 10 гаруй жилийн хугацаанд энэ хандлага хадгалагдсаар ирсэн ба үүнд эрүүл мэндийн ажилтнуудын тооны өсөлт нөлөөлсөн гэж үзэж болно.

Эрүүл мэндийн салбарын бусад зардлуудтай харьцуулахад эрүүл мэндийн ажилчдын цалин хөлсний зардал харьцангуй удаан өссөн нь эрүүл мэндийн салбарын ихэнх зардлыг технологи ба хөрөнгө оруулалтад зарцуулсантай холбоотой.

Бүх нийтийн эрүүл мэндийг сайжруулах зорилтыг зөвхөн зайлшгүй үйлчилгээгээр хязгаарлах боломжгүй юм. Иймээс эрүүл мэндийн санхүүжилтийг эрүүл мэндийн салбарын ажилтнуудын цалин хөлсийг нэмэгдүүлэх болон эрүүл мэндийн тогтолцооны бусад бүрэлдэхүүн хэсэг болох эм, дэд бүтэц, мэдээллийн технологид хөрөнгө оруулалт хийхэд зарцуулах шаардлагатай гэж ДЭМБ-аас зөвлөсөн байна. Хязгаарлагдмал санхүүгийн нөөцийн хэчнээн хувийг эрүүл мэндийн салбарын боловсон хүчиндээ зориулах вэ гэдэг нь засгийн газруудад тулгарч буй тулгамдсан асуудал, бэрхшээл болж байна.

3.6. ДЭМБ-ын эрүүл мэндийн салбарын цалин хөлс, урамшууллын стратеги

Эрүүл мэндийн ажилтны цалин хөлсний бүтэц, стратегийг дараах 4 хэлбэрээр тодорхойлж байна.⁷²

- **Багцлан олгох** (capitation fee) Бүртгэлтэй нэгж өвчтөнд ногдох зардалд суурилсан тогтмол хэмжээний мөнгийг багцлан хуваарилдаг тогтолцоог хэлнэ.
- **Санхүүгийн эрсдэл хуваалцах** (shared financial risk). Санхүүгийн нэг эх үүсвэрт хамруулдаг хэлбэр бөгөөд эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний зардлыг хэмнэвэл ашигтай, хуваарилагдсан зардлаас хэтэрсэн үйлчилгээ үзүүлбэл алдагдалд ордог. Энэ системийг ихэвчлэн хувийн хэвшлийн эрүүл мэндийн байгууллагуудад ашигладаг.
- **Үйлчилгээний төлбөрийн систем** (fee-for-service). Эмч нар үзүүлсэн үйлчилгээгээрээ цалинждаг. Хэдий чинээ их үйлчилгээ үзүүлнэ, төдий чинээ өндөр цалин авна.
- **Тогтмол цалингийн систем** (salary). Эмч нарын цалинг тэдний туршлага, ур чадварт суурилан олгодог. Энэ систем нь хувь хүн өөрийн арга барилыг шинэчлэх санхүүгийн хөшүүрэг болохгүй.

Урамшуулал гэдэг нь зан үйлийн тодорхой өөрчлөлтийг бий болгох зорилготой хөшүүргийг хэлнэ. Урамшуулал нь янз бүрийн хэлбэртэй байх бөгөөд мөнгөн ба мөнгөн бус хэлбэртэй байж болно.

Мөнгөн урамшуулал:

- Мөнгөн төлбөр
- Санхүүгийн шууд ашиг тус бүхий:
 - Тэтгэвэр
 - Өвчин/ эрүүл мэнд/ осол/ амьдралын даатгал

⁷² Health workforce incentive and remuneration strategies, a research review, Evidence and Information for Policy, Department of Organization of Health Services Delivery, World Health Organization, Geneva 2000

- Хувцас/байрны мөнгө
- Томилолтын мөнгө
- Хүүхэд асрах тэтгэмж
- Санхүүгийн шууд бус үр ашиг бүхий:
 - Хөнгөлөлттэй хоол/ хувцас/байр
 - Хөнгөлөлттэй зорчих
 - Хөнгөлөлттэй хүүхэд харах үйлчилгээ

Мөнгөн бус урамшуулал:

- Баярын амралт
- Уян хатан ажлын цаг
- Сургалтанд хамруулах/ боловсрол эзэмшихэд нь дэмжлэг үзүүлэх
- Амралтын/ сургалтын чөлөө
- Төлөвлөгөөт амралт
- Хөдөлмөрлөх нөхцөлийн эрүүл мэндийн зөвлөгөө
- Амралт зугаалгын байгууламжаар хангах

Эрүүл мэндийн ажилтанд олгох цалин, урамшууллын стратегийг хувь хүн болон хамтын ажиллагааны хүрээнд орц, гарцын үндсэн хэмжигдэхүүнээр тодорхойлдог.

Хувь хүнд чиглэсэн цалин, урамшууллын стратеги нь тухайн эрүүл мэндийн ажилтанд зан үйлийн эерэг өөрчлөлт авчрахад чиглэдэг бол хамт олны цалин, урамшууллын схемийг байгууллагын болон багийн түвшинд 2 янзаар олгодог.

Гүйцэтгэлийн урамшууллын схем

Гүйцэтгэлийн хэлбэр	Гүйцэтгэлийн урамшууллын үнэлгээний нэгж		
	Хувийн	Багийн	Байгууллагын
Гарц	Нэгж ажлын хэмжээ (piecework)	Багийн бонус (team bonus)	Хэмнэсэн зардлаа хуваах (gainsharing)
	Нийт орлогоос хувь авах (commision)		
	Хувийн бонус (individual bonuses)	Хэмнэсэн зардлаа хувааж авах (team gainsharing)	Ашгаа хувааж авах (profit sharing)
	Хувийн гүйцэтгэлд суурилсан урамшуулал (individual performance-related pay)		
Орц	Мэргэжлийн үр чадварт суурилсан урамшуулал/ үр чадварт суурилсан тушаал дэвших (skill based/clinical ladders)		Ажилтан хувьцаа эзэмших (share ownership)
	Зан төрх буюу зөөлөн үр чадварт суурилсан урамшуулал / албан тушаал шатлан дэвшүүлэх (merit pay)		
	Өрсөлдөх чадварт суурилсан урамшуулал (дээрх 2 урамшууллын аль алиныг нь нэгтгэсэн урамшуулал) (competence-based)		

3.7. Дэлхийн банкны зөвлөмж: Эрүүл мэндийн ажилтны цалин урамшууллыг нэмэгдүүлэхэд баримтлах зарчим, анхаарах зүйлс

Цар тахал гэх мэт эрүүл мэндийн ажилтнууд ачаалалтай ажилладаг онцгой нөхцөл байдлын үед эрүүл мэндийн ажилчдыг Засгийн газраас дэмжих үндсэн хэлбэр бол тэдний цалин, урамшууллыг нэмэгдүүлэх хэлбэр юм.

Тиймээс эхний алхам нь нэмэлт цалингийн хэмжээг зөв тодорхойлж, эрүүл мэндийн ажилтны цалингийн түвшин, бүтцийг сайтар үнэлэх шаардлагатай. Дэлхийн банкны гишүүн орнуудад эрүүл мэндийн ажилчдын цалин хөлс нийтлэг байдлаар дараах бүтэцтэй байна:

- **Үндсэн цалин.** Үүнийг төрийн албаны цалин хөлсний тухай хууль, тогтоомж болон эрүүл мэндийн ажилтны цалингийн шатлалд үндэслэн тогтооно.
- **Илүү цагийн нэмэгдэл.** Үүнийг хуулиар тогтоосон ажлын цагаас хэтрүүлэн ажилласан тохиолдолд нэмэгдүүлж олгоно.
- **Хөдөлмөрийн хорттой нөхцөлийн нэмэгдэл.** Энэ нь эрсдэлтэй гэж тооцогдох хөдөлмөрийн нөхцөлд ажилласан тохиолдолд нэмж олгодог нөхөн олговор юм.
- **Бусад нэмэгдэл.** Үүнд ихэвчлэн ажилласан жилийн, ур чадварын, боловсролын, мэргэшлийн зэргийн, орон нутагт буюу алслагдсан газарт ажилласны нэмэгдлүүд орно.
- **Гүйцэтгэлийн төлбөр.** Энэ нь орц (ажлын цаг гэх мэт), гарц (эмчлүүлсэн өвчтөний тоо гэх мэт), үр дүн (өвчтөний сэтгэл ханамж) гэх мэт үзүүлэлтээр тодорхойлогддог нэмэлт төлбөр юм.
- **Томилолтын мөнгө.** Энэ нь ихэвчлэн сургалт, семинарт хамрагдахад зориулан олгогддог.

Эдгээр цалингийн нэмэгдлүүдийг төсөвлөхдөө дараах зүйлсийг анхаарах шаардлагатай гэж дэлхийн банкнаас зөвлөсөн.⁷³

- Эрүүл мэндийн салбарын ажилчид нь төрийн албан хаагчдын томоохон хэсгийг бүрдүүлдэг. Тухайлбал, Латин Америк, Европын Холбоонд эрүүл мэндийн ажилчдын 12-37 хувь нь төсвийн байгууллагын ажилтнууд байдаг. Тиймээс хөгжиж буй орнуудад эрүүл мэндийн ажилчдын цалинг нэмэх нь эм, эмнэлгийн хэрэгсэл зэрэг бусад чухал зардлын санхүүжилтийг бууруулж болзошгүй.
- Үйлдвэрчний эвлэл нь идэвх сайтай орнуудад нэг салбарын ажилчдын цалинг нэмэхэд нөгөө салбарын ажилчид цалингийн өсөлтийг шаардах явдлыг эрчимжүүлэх магадлалтай.
- Цалинг түр хугацаанд нэмсэн ч энэ өсөлт цаашид хадгалагдан үлдсэнээс үүдэн төсвийн тогтвортой байдалд нөлөөлөх, урт хугацааны гажуудал, бэрхшээлийг үүсгэх эрсдэлтэй байж болзошгүй.

Дэлхийн банкнаас гаргасан судалгаагаар, Латин Америкийн 10 орон, Европын Холбооны 27 оронд эрүүл мэндийн ажилтнууд бусад салбарын ажилчдаас илүү цалингийн нэмэгдэл авч байгаа ба улс орны орлогын түвшингээс хамаарч эрүүл мэндийн салбарын нэмэгдэл буурдаг гэжээ.

Дэлхийн банкнаас хямралын үед болон цар тахлын идэвхтэй тархалтын үед эмнэлгийн ажилтнуудын цалинг нэмэгдүүлэхэд баримтлах зарчмуудын талаар дараах зөвлөмжийг гаргажээ.

Хямралын үед эрүүл мэндийн ажилтны цалин, урамшууллыг нэмэгдүүлэх зарчмууд

1) Албан ёсны байх

Засгийн газрын зүгээс цалинг нэмэх шаардлага хангасан эрүүл мэндийн ажилтны ангиллыг тодорхой мэдээлэх хэрэгтэй. Эрүүл мэндийн байгууллагын бүх ажилчид илүү цагаар ажиллаж, нэмэлт эрсдэлд орох магадлалтай тул эрүүл мэндийн салбарт ажиллаж буй эмнэлгийн болон эмнэлгийн бус бүх ажилтнуудыг хамруулах явдал чухал

⁷³ <https://blogs.worldbank.org/governance/how-increase-compensation-health-workers-during-Ковид-19>

юм. Төсвийн хязгаарлагдмал байдлаас үүдэн засгийн газрууд эмнэлгийн бус ажилтнуудын цалинг нэмэхгүй үлдээх тохиолдол ажиглагддаг. Ийм нөхцөл байдал байгууллага доторх дургүйцэл, эвгүй байдлыг бий болгож болзошгүй юм.

2) Онцгой байдлын үеийн түр нэмэгдэл

Онцгой байдлын үеийн нэмэлт цалин нь Засгийн газрын тогтоолоор баталсан түр хугацааны “тусгай тэтгэмж” хэлбэртэй байх ёстой бөгөөд хямрал дуусахад цуцлагдана. Энэ төрлийн нэмэгдэл нь цалингийн хувиар бус тогтсон хэмжээгээр олгогдох ёстой бөгөөд ингэснээр хянаж, удирдахад амар болж, нэр заасан эрүүл мэндийн бүх ажилчдыг хамруулах боломжтой болно. Засгийн газрууд төрийн албан хаагчдын цалингийн тухай хууль тогтоомжид өөрчлөлт оруулахаас аль болох зайлсхийх хэрэгтэй. Онцгой байдлын үеийн нэмэлт цалин хөлсийг сар бүр эсвэл улирал тутамд нөхцөл байдалтай уялдуулан олгож шинэчлэн, уян хатан байдлыг хангах ёстой.

3) Шалгахад хялбар байх

Цар тахал гэх мэт Засгийн газрын чадавх хязгаарлагдмал байдалд орсон үед өндөр өртөгтэй хяналт, шалгалт шаардах цалингийн нэмэгдлээс аль болох зайлсхийх хэрэгтэй. Үүнд гүйцэтгэлд суурилсан урамшуулал орох ба учир нь гүйцэтгэлийн орц, гарц, үр дүнг хянаж шалгах нүсэр ажиллагаа шаардлагатай болдог.

4) Тэгш хандах

Дэлхийн банкны гишүүн орнуудад цалин хөлсний бүтэц тэгш бус байдгаас гадна олон оронд энэ нь ил тод бус байна. Ихэнх тохиолдолд ижил ур чадвар, туршлагатай эмнэлгийн ажилтнуудыг субъектив шалгуураар үндэслэн өөр өөрөөр цалинжуулдаг. Хямралын үед энэ ялгааг аль болох багасгахад анхаарах хэрэгтэй бөгөөд эрүүл мэндийн ажилчдад цалингийн хувиар бус нэг удаагийн тэтгэмж хэлбэрээр олговол удирдахад хялбар болдог. Цалингийн нэмэлт хэмжээг тогтоохдоо тооцоо судалгаанд суурилсан тогтоох шаардлагатай боловч ихэвчлэн үндсэн цалингийн 20-иос доошгүй хувиар тогтооход тохиромжтой байдаг. Гэсэн хэдий ч ийм нэмэгдлийн хэмжээ хязгаарыг тухайн улс орон төсвийн нөөц бололцоондоо тулгуурлан тодорхойлох ёстой.

БҮЛЭГ IV. ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН САЛБАРЫН ЦАЛИН ХӨЛСНИЙ СИСТЕМ: БУСАД ОРНУУДЫН ТУРШЛАГА, ЭРХ ЗҮЙН ОРЧИН

4.1. АМЕРИКИЙН НЭГДСЭН УЛС

Цалингийн тогтолцооны эрх зүйн зохицуулалт

Эрүүл мэндийн ажилтнуудын цалин хөлс, түүнтэй холбогдон гарах харилцааг “Шударга хөдөлмөрийн стандартын тухай” (Fair Labor Standards Act), “Тэгш цалингийн тухай” (Equal pay Act) болон холбогдох бусад хууль тогтоомжоор зохицуулж байна.

2019 оны байдлаар АНУ-ын эрүүл мэндийн салбарт 22 сая эмч, ажилтнууд ажилласан байна. Эдгээрээс 9.8 сая нь эмч, хагалгааны эмч болон сувилагчид байна. Эмч нарын цалин хөлсийг хувийн даатгал, улсын даатгал, хувь хүнээс шууд гарах зардлаас санхүүжүүлж байна.

Дундаж цалин, шатлал

Хувийн эмнэлэгт ажиллаж буй эмч нарын дундаж цалин жилд 209.000 ам доллар байна. Энэ нь өмнөх жилтэй харьцуулахад 4.6%-аар нэмэгдсэн дүн юм. Эмчийн цалин байршил болон мэргэшил зэрэг хүчин зүйлсээс шалтгаалан харилцан адилгүй байх ба хамгийн өндөр цалин жилд 616.000 ам доллар байсан байна.

Улсын эмнэлэгт ажиллаж буй эмч нарын цалинг Холбооны засгийн газрын цалингийн сүлжээний Ерөнхий ангилал (General Schedule)-аар цалинжуулах бөгөөд дотроо 15 ангилалтай, ангилал тус бүр 10 шатлалтай байна. Анх ажилд орж буй ажилтан GS-11 ангиллын эхний шатлалаар цалинжих ба 55756 ам долларын үндсэн цалин авч байна. Улсын эмнэлэгт ажиллаж буй эмчийн хамгийн дээд шатлалын үндсэн цалин 143598 ам доллар байна.

Тухайн ажилтныг тогтвор суурьшилтай ажиллуулахын тулд тодорхой хугацаагаар ажиллуулах гэрээ байгуулах бөгөөд 24 сар хүртэл ажилласан ажилтанд үндсэн цалин дээр нэмэлтээр 14000 ам доллар хүртэлх урамшуулал жилд 1 удаа, 24-өөс дээш сар ажилласан ажилтанд 30000 ам доллар хүртэлх урамшууллыг жилд 1 удаа олгоно.⁷⁴

Улсын эмнэлэгт ажиллаж буй сувилагчийн жилийн дундаж цалин 78133 ам доллар байна. Энэ нь өмнөх жилтэй харьцуулахад 3.7%-аар өссөн үзүүлэлт юм. Харин асрагч нарын дундаж цалин 36421 ам доллар байна.⁷⁵

Холбооны засгийн газрын харьяа Хөдөлмөрийн статистикийн товчоо нь тодорхой салбарын улсын болон хувийн хэвшлийн байгууллагад ажиллагсдын цалинг улсын хэмжээнд жил бүр харьцуулан гаргадаг Үндэсний цалин хөлсний судалгаан дээр үндэслэн улсын байгууллагад ажиллаж буй ажилтанд тухайн жилийн цалингийн зөрүүгийн дунджаар үндсэн цалин дээр нэмэгдлийг тооцон олгодог байна.⁷⁶

Холбооны засгийн газрын цалингийн сүлжээний Ерөнхий ангилал 11-15 (2021 он)

Grade	Step 1	Step 2	Step 3	Step 4	Step 5	Step 6	Step 7	Step 8	Step 9	Step 10
11	55756	57615	59474	61333	63192	65051	66910	68769	70628	72487
12	66829	69057	71285	73513	75741	77969	80197	82425	84653	86881
13	79468	82117	84766	87415	90064	92713	95362	98011	100660	103309
14	93907	97037	100167	103297	106427	109557	112687	115817	118947	122077
15	110460	114142	117824	121506	125188	128870	132552	136234	139916	143598

Холбооны засгийн газрын цалингийн сүлжээний Ерөнхий ангилал 11-15 дээр орон нутгийн нэмэгдлийг 15.95%-аар нэмж тооцсон дүн (2021 он)

Grade	Step 1	Step 2	Step 3	Step 4	Step 5	Step 6	Step 7	Step 8	Step 9	Step 10
11	64649	66805	68960	71116	73271	75427	77582	79738	81893	84049
12	77488	80072	82655	85238	87822	90405	92988	95572	98155	100739
13	92143	95215	98286	101358	104429	107501	110572	113644	116715	119787
14	108885	112514	116144	119773	123402	127031	130661	134290	137919	141548
15	128078	132348	136617	140886	145155	149425	153694	157963	162233	166502

⁷⁴ https://www.federaljobs.net/salarybase.htm#Physicians_Comparability_Allowance
<https://www.law.cornell.edu/uscode/text/5/5948>

⁷⁵ <https://www.federaljobs.net/Occupations/gs-0600-nursing-jobs.htm>
<https://www.ziprecruiter.com/Jobs/Federal-Government-Nursing>

⁷⁶ <https://federalnewsnetwork.com/all-news/2018/01/better-understand-locality-pay-how-it-works-and-what-it-means-for-your-salary/>

Холбооны засгийн газрын цалингийн сүлжээний Ерөнхий ангилал 11-15-ын үндсэн цагийн хөлс (Basic rates-B) болон илүү цагийн нэмэгдэл хөлс (Overtime-O)

Grade	B/O	Step 1	Step 2	Step 3	Step 4	Step 5	Step 6	Step 7	Step 8	Step 9	Step 10
11	B	26.72	27.61	28.50	29.39	30.28	31.17	32.06	32.95	33.84	34.73
	O	36.48	36.48	36.48	36.48	36.48	36.48	36.48	36.48	36.48	36.48
12	B	32.02	33.09	34.16	35.22	36.29	37.36	38.43	39.49	40.56	41.63
	O	36.48	36.48	36.48	36.48	36.48	37.36	38.43	39.49	40.56	41.63
13	B	38.08	39.35	40.62	41.89	43.15	44.42	45.69	46.96	48.23	49.50
	O	38.08	39.35	40.62	41.89	43.15	44.42	45.69	46.96	48.23	49.50
14	B	45.00	46.50	48.00	49.50	51.00	52.49	53.99	55.49	56.99	58.49
	O	45.00	46.50	48.00	49.50	51.00	52.49	53.99	55.49	56.99	58.49
15	B	52.93	54.69	56.46	58.22	59.98	61.75	63.51	65.28	67.04	68.81
	O	52.93	54.69	56.46	58.22	59.98	61.75	63.51	65.28	67.04	68.81

4.2. ИЗРАИЛ УЛС

Эрүүл мэндийн ажилтан, албан хаагч

2018 оны байдлаар 38.523 тусгай зөвшөөрөлтэй эмчээс 5,052 нь (13%) ерөнхий мэргэжлийн эмч байна. Энэ нь Израилийн нэг хүнд ногдох ерөнхий эмчийн тоо дунджаар 1000 хүнд 0.6 эмч ногдох бөгөөд бүс нутаг, эрүүл мэндийн төлөвлөгөөнөөс хамаарч харилцан адилгүй байдаг. Израилийн эмч, сувилагч нь эрүүл мэндийн план буюу тус сангаас цалинждаг бөгөөд өвчтөнөөс нэмэлт төлбөр авдаггүй.

Цалин хөлсний систем

Олон нийтэд түшиглэсэн үйлчилгээ (Community-based services): Клалит (Clalit) клиникт суурилсан эмч нарын цалинг Израилийн эрүүл мэндийн нийгэмлэг (Israel Medical Association)-тэй байгуулсан хамтын хэлэлцээрээр тогтоодог бөгөөд эрүүл мэндийн планд хамрагдаж буй нэг эмчид ногдох өвчтөний тооноос хамаарч цалинждаг.

Клалит, Леймит нар нь идэвхгүй өвчтөн (passive capitation) буюу тухайн эрүүл мэндийн планд хамаарч байгаа даатгуулагч нь тухайн улиралд ерөнхий эмчид үзүүлсэн эсэхээс үл хамааран нэг даатгуулагчид ногдох төлбөрийг улирал бүр авдаг.

Маккаби, Меухедит нар нь идэвхтэй өвчтөн (active capitation) буюу улиралд дор хаяж нэг удаа ерөнхий эмчид үзүүлсэн даатгуулагчийн тоогоор төлбөрийг улирал тутам авна. Бие даан үйлчилгээ үзүүлдэг эмч нарын хувьд тодорхой журмын дагуу үйлчилгээний төлбөрийн хязгаарлагдмал төлбөр авах бөгөөд гэрээгээр зохицуулдаг. Эрүүл мэндийн үйлчилгээний чанартай холбоотой санхүүгийн урамшууллын систем ашигладаггүй.

Эмнэлгийн үйлчилгээ: Улсын эмнэлэг болон ашгийн бус эмнэлгүүдэд (non-profit-making hospitals) эмч нар тогтмол цалинтай ажилладаг бөгөөд ихэнх эмнэлгүүдийн хувьд цалин хөлсний нөхцөлийг хамтын гэрээгээр зохицуулдаг. Цалингийн түвшин нь албан тушаал (resident, board-certified specialist, department chair, etc.)-ын болон ажилласан жилээс хамаардаг.

Эрүүл мэндийн яамны зарим эмч (ихэвчлэн мэс засалч) нар илүү цагийн хөлс олгож болох бөгөөд илүү цагийн хөлсийг цагаар эсвэл ажилбарын процесс бүрээр тооцож олгоно. Калалит түвшний эмнэлэгт мөн төстэй зохицуулалт байдаг.

Нэмэгдэл, урамшуулал: 2011 онд хөдөө, орон нутагт ажиллаж, амьдарч байгаа эмч нарыг урамшуулах, дэмжих зорилгоор хязгаар нутгийн (алслагдсан хөдөө, орон нутагт ажиллаж байгаа эмч, эмнэлгийн ажилтнуудад олгох нэмэгдэл) нэмэгдлийг олгохоор шийдвэрлэсэн бөгөөд 2013 оноос 25 хувийн нэмэгдэл олгож байна. Мөн зөвлөлийн гэрчилгээтэй эмч нар 17 хувийн нэмэгдэл авна.

Мөн хязгаар нутагт ажиллаж буй эмч нарт нэг удаагийн санхүүгийн дэмжлэг үзүүлэх бөгөөд энэ нь хүүгүй зээлийн хэлбэртэй байх ба тодорхой хугацаанд хязгаар нутагт ажилласан нөхцөлд буцааж төлөхгүйгээр буцалтгүй тусламж болгон хувиргадаг. Энэхүү тусламжийн хэмжээ нь мэргэжлээс хамаарч харилцан адилгүй байх бөгөөд ойролцоогоор 75-125.000 мянган евро байдаг.

4.3. ШИНЭ ЗЕЛАНД УЛС

Эмч, эрүүл мэндийн ажилтнуудын цалин хөлс, түүнтэй холбогдон гарах харилцааг Хөдөлмөрийн харилцааны тухай (Employment Relations Act 2000), Цалин хөлсийг хамгаалах тухай (Wages Protection Act 1983), Эмнэлгийн асрамж, үйлчилгээ үзүүлэх ажилтнуудын цалин хөлс тогтоох тухай (Care and Support Worker (Pay equity) Settlement Act 2017)⁷⁷ хууль болон холбогдох бусад хууль тогтоомжуудаар зохицуулж байна.

Эрүүл мэндийн байгууллагын ажилтан, албан хаагч:

Эрүүл мэнд, нийгмийн тусламжийн салбарт одоогийн байдлаар 253.000 гаруй ажилтнууд алба хааж байна. Энэ нь 2011 онд 209.000 орчим байснаас хойш тогтмол өссөн үзүүлэлт юм. 2019 оны байдлаар 100.000 хүнд 6371 эрүүл мэндийн ажилтан, 344.7 эмч ногдож байна.

Цалин хөлсний систем

Дүүргийн эрүүл мэндийн зөвлөлүүдэд хуваарилагдсан төсвийн ойролцоогоор тэн хагасыг ажилчдын цалинд зарцуулдаг байна. 2019 оны байдлаар эрүүл мэнд, нийгмийн тусламжийн ДНБ-ний 45%, нийт ДНБ-ний 2%-ийг Дүүргийн эрүүл мэндийн зөвлөлийн харьяа эмнэлгийн эмч, ажилтнуудын цалинд зарцуулсан байна.⁷⁸

Эмчийн цалин: Дүүргийн эрүүл мэндийн зөвлөл, Эмнэлгийн мэргэжилтнүүдийн холбооноос хамтран гаргасан гэрээнд зааснаар 1 (доод)-ээс 15 (дээд) хүртэлх цалингийн шатлалаар жилийн үндсэн дундаж цалин эхний шатлалд 163.000 NZD-оос эхлэх ба 15 дугаар шатлалд 240.000 NZD байна. Суурь цалин дээр мэргэшил, ажлын туршлага буюу ажилласан жил, ур чадвар, бүсийн нэмэгдэл болон гүйцэтгэлийн нэмэгдэл зэрэг нэмэгдлүүдийг тооцож олгоно. Бүсийн нэмэгдэл нь тухайн орон нутгаасаа хамааран жилийн 7.383 NZD-аас 15.408 NZD байна. Мэргэшил дээшлүүлэх сургалтанд хамрагдсан тохиолдолд сургалтын зардалд жилийн 16.000 NZD хүртэлх хөнгөлөлтийг үзүүлнэ.⁷⁹

⁷⁷ <https://www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/pay-equity-settlements/care-and-support-workers-pay-equity-settlement>

⁷⁸ <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/cost-value-employment-health-disability-sector-25nov2020.pdf>

⁷⁹ <https://www.asms.org.nz/wp-content/uploads/2019/11/BERL-Report-Final-November.pdf>

Эмч нарын үндсэн дундаж цалин (шатлалаар)

Шатлал	Цалин (NZD)
1	163.598
2	167.902
3	173.283
4	178.665
5	184.047
6	189.428
7	194.809
8	200.192
9	205.573
10	210.957
11	216.536
12	224.143
13	230.735
14	236.820
15	243.412

Сувилагч, эх баригч сувилагчийн цалин⁸⁰

Шинэ Зеланд Улсад энгийн сувилагч нар 1 (доод)-ээс 7 (дээд) хүртэл шатлалаар цалинжиж байна. Сургуулиа төгсөөд Дүүргийн эрүүл мэндийн зөвлөлийн харьяа эмнэлэгт шинээр ажилд орж буй сувилагч эхний жилдээ жилийн 54.034 NZD-ийн 1-р шатлалын үндсэн цалин авна. Шатлал ахисаар 7-р шатлалд хүрсэн сувилагч жилийн 77.386 NZD-ийн үндсэн цалингаар цалинжина. Сувилагч шатлал ахихад сувилагч, эх баригчийн ажлын туршлага, тухайн мэргэшлийн ур чадвар нөлөөлнө. 5-7 дугаар шатлал руу ахихад дээрх шаардлагуудыг хангасан байх шаардлагатай хийгээд өмнөх шатлалдаа доод тал нь 12 сар ажилласан байх шаардлагатай байна. (Хүснэгт 2)

Сувилагч, эх баригчийн үндсэн цалин (NZD)

Шатлал	Үндсэн цалин
7	77.386
6	75.132
5	72.945
4	65.652
3	62.138
2	58.491
1 (Шинээр ажилд орсон)	54.034

Ахлах сувилагчийн үндсэн цалин (NZD)

Зэрэглэл	Үндсэн цалин
2	79.760
	81.322
	85.375
3	86.887
	90.230
	96.378
4	91.899
	95.241
	101.541
5	96.910
	100.256
	106.703
6	100.256
	103.596
	110.146
7	103.596
	106.938
	112.389
8	109.116
	115.026
	1206938
	1306653

Асрагчийн үндсэн цалин (NZD)

Шатлал	Үндсэн цалин
5	48.003
4	46.605
3	45.779
2	42.910
1	40.382

Ахлах сувилагч болон эх баригч сувилагчийн цалин нь 2 (доод)-оос 8 (дээд) хүртэлх зэрэглэлтэй. Зэрэглэл бүр дотроо 3 шатлалт цалинтай байна. 2-р зэрэглэлийн сувилагчийн эхний шатлалын жилийн үндсэн цалин 79.760 NZD, хамгийн өндөр буюу

⁸⁰<https://careers.adhb.govt.nz/assets/Documents/MECAs/NZNO-Nursing-and-Midwifery-Multi-Employer-Agreement.pdf>

8-р зэрэглэлийн Ахлах сувилагчийн дээд шатлалын жилийн үндсэн цалин 130.653 NZD байна. Зэрэглэл ахихад ажилтны ур чадвар, ажлын гүйцэтгэлийг харгалзахын сацуу өмнөх зэрэглэлд доод тал нь 1 жилийн хугацаатай ажилласан байх шаардлагатай байна. (Хүснэгт 3)

Асрагчийн цалин (Health Care Assistant and Hospital Aid)

Асрагч нар 1 (доод)-ээс 5 (дээд) хүртэл шатлалаар цалинжиж байна. 1-р шатлалын жилийн үндсэн цалин 40.382 NZD байгаа бол хамгийн дээд буюу 5-р шатлалын цалин жилдээ 48.003 NZD байна. 5 дугаар шатлал руу ахихад тухайн асрагч өмнөх 4 дүгээр шатлалдаа доод тал нь 12 сар ажилласан байх шаардлагатай байна. (Хүснэгт 4)

Сувилагч, асрагчийн үндсэн цалин дээр тооцож олгох нэмэгдэл: Үндсэн цалин дээр илүү цагийн хөлс, ээлжинд гарсны нэмэгдэл, хоол, унааны төлбөр зэргийг нэмж тооцож байна.

Энгийн өдөр илүү цагаар ажилласан бол тухайн ажилтны цагийн хөлсийг эхний 3 цагт 1.5-аар үржүүлж тооцно. 4 дэх цагаас эхлэн цагийн хөлсийг 2-оор үржүүлж тооцно. Амралтын өдөр болон баярын өдрүүдээр ажилласан бол цагийн хөлсийг 2-оор үржүүлж тооцно. Сувилагч нар ээлжиндээ 8-10 цаг ажилладаг бөгөөд үргэлжлүүлэн ажиллуулах шаардлагатай тохиолдолд дараалсан 12 цагаас илүү цаг ажиллуулж болохгүй.

Ажилтан дуудагдаж ажилласан тохиолдолд энгийн өдөр цагийн 8 NZD, баяр ёслолын өдрүүдэд цагийн 10 NZD үндсэн цалин дээр нэмж тооцогдоно.

Өөрийн хариуцсан ажлаас дээд шатлалын ажил гүйцэтгэсэн тохиолдолд одоогийн байгаа шатлал болон дээд шатлалын 1 цагийн цалингийн зөрүүг үндсэн цалин дээр нэмж тооцно.

Ээлжээ дууссаны дараа 1-ээс илүү цаг ажилласан тохиолдолд 7.95 NZD-ыг хоолны мөнгөнд тооцож олгох ба эсхүл эмнэлгээс хоол олгоно. Ажлын журмаар гадуур ажилласан тохиолдолд унааны зардлыг олгоно.

4.4. ЯПОН УЛС

Эрх зүйн зохицуулалт

Япон Улсын төрийн албаны хуульд зааснаар төрийн албан хаагчийг ерөнхий болон тусгай гэж хоёр ангилдаг бөгөөд Улсын эмнэлгийн ажилтнууд нь төрийн ерөнхий албан хаагчид хамаарч байна. Эмнэлгийн ажилтнуудын цалин хөлсний харилцааг Хөдөлмөрийн стандартын хууль (Labor Standards Act)⁸¹, Төрийн албаны хууль (National Public Service Act)⁸², Хөдөлмөрийн хөлсний доод хэмжээний тухай хууль (Minimum Wage Act)⁸³-аар тус тус зохицуулжээ.

Эрүүл мэндийн байгууллагын ажилтан, албан хаагч: Япон Улсын нийт төрийн албан хаагчдын 641,000 нь улсын, 2,860,000 нь орон нутгийн төрийн байгууллагад ажиллаж байна. Үүнээс 327,000 гаруй нь эмч ажиллаж байгаа бөгөөд 100,000 хүн тутамд 256 эмч ногдож байна. Нийт эмнэлгийн 15 хувь нь улсын болон орон нутгийн төсөвт, харин үлдсэн нь хувийн болон ашгийн бус эмнэлгийн байгууллага байдаг. Ашгийн бус эмнэлгийн байгууллагын зарим нь олон нийтийн үүрэг гүйцэтгэгчээр томилогдсон байдаг тул төсвөөс татаас авдаг. Тус улсад одоогийн байдлаар 8,300 эмнэлэг үйл ажиллагаа явуулж байна.

⁸¹ <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/WEBTEXT/27776/64846/E95JPN01.htm>

⁸² http://www.japaneselawtranslation.go.jp/law/detail_main?re=&vm=02&id=2713

⁸³ <http://www.japaneselawtranslation.go.jp/law/detail/?id=2420&vm=2&re=02>

Цалингийн талаар зөвлөмж гаргадаг байгууллага⁸⁴

Япон Улсын Үндэсний боловсон хүчний газар (National Personnel Authority) нь Парламентын зөвшөөрөл болон Засгийн газрын тогтоолоор байгуулагддаг бие даасан хараат бус байгууллага юм. Тус байгууллага нь төрийн албан хаагчдын цалин хөлсний талаар зөвлөмж хүргүүлэн уг зөвлөмжийн дагуу цалин хөлсний хууль, журамд нэмэлт өөрчлөлт оруулдаг болно.

Цалин хөлсний систем

Хөдөлмөрийн стандартын хуульд зааснаар цалин хөлс нь ажил олгогчоос ажилтанд олгосон цалин, тэтгэмж, урамшуулал болон бусад нэмэлт төлбөрийг хэлнэ. Эмнэлгийн ажилчид үндсэн цалин, нэмэгдэл, урамшуулал авдаг.

Тооцох арга: [Үндсэн цалин + тогтмол тэтгэмж + гүйцэтгэлд суурилсан урамшуулал (Шагналаас бусад)] - [нийгмийн даатгалын шимтгэл] - [татвар (орлогын албан татвар, байнгын оршин суугчийн албан татвар)].

Цалингийн бүтэц:⁸⁵ үндсэн цалин + тогтмол тэтгэмж + гүйцэтгэлийн урамшуулал

Тогтмол тэтгэмж:

- Амьжиргааны зардалд туслах тэтгэмж: Гэр бүлийн тэтгэмж, орон сууцны тэтгэмж, унааны тэтгэмж, гэр бүлийн хараа хяналтгүйн тэтгэмж;
- Ажиллах газрын тэтгэмж: өөр газар шилжүүлэн ажиллуулах тэтгэмж, алсын бүсийн тэтгэмж, ажлын хүнд нөхцөлийн тэтгэмж;
- Үүрэг хариуцлагын тэтгэмж: Удирдлагын тэтгэмж, удирдах ажилтнуудад зориулсан баярын тусгай тэтгэмж;
- Илүү цагаар ажилласны тэтгэмж: Илүү цагийн тэтгэмж, өдөр / шөнийн жижүүрийн тэтгэмж;
- Бусад тэтгэмж.

Гүйцэтгэлийн урамшуулал:

- Хувь хүний гүйцэтгэлд суурилсан урамшуулал
- Баярын / жилийн төгсгөлийн урамшуулал зэрэг орно.

Эмч, сувилагчийн цалин 2021 оны байдлаар⁸⁶ Үүнд орон сууц, унаа болон бусад тэтгэмжийг багтаасан болно. Эрүүл мэндийн салбарын цалин хөлс бусад ажлын байрны цалин хөлснөөс 49%-аар илүү байна.

Цалин хөлсний хэмжээ	Доод цалин (иен)	Дундаж цалин (иен)	Өндөр цалин (иен)
Эмч	495,000	1,350,000	2,280,000
Сувилагч	189,00	403,000	636,00

Ажилласан жилийн нэмэгдэл

- 2-5 жил ажилласан бол 34%
- 5-10 жил ажилласан бол 36%
- 10-15 жил ажилласан бол 21%
- 15-20 жил ажилласан бол 14%
- 20-оос дээш жил ажилласан бол 9%-аар тус тус өмнөх жил дээрээ нэмэгдэнэ.

⁸⁴ <https://www.jinji.go.jp/en/>

⁸⁵ <https://www.oecd.org/gov/pem/48668483.pdf>

⁸⁶ <http://www.salaryexplorer.com/salary-survey.php?loc=1212&loctype=3&job=13&jobtype=2>

Эмнэлгийн ажилтны цагийн дундаж цалин

Цагийн цалин = жилийн цалин ÷ (52(долоо хоног) × 5(ажлын өдөр) × 8(ажлын цаг)) энэ аргаар бодож гаргана. Эмнэлгийн ажилтны цалин хөлс бусад ажлын байрны цалин хөлснөөс 49%-р илүү байна.

4.5. ПЕРУ УЛС**Эрүүл мэндийн салбарын цалин хөлсний бодлого, эрх зүйн орчин, тогтолцоо**

Эмнэлгийн байгууллагын ажилчдын цалин хөлсийг Хөдөлмөр эрхлэлтийн тухай хууль (Employment Law)⁸⁷, Хөдөлмөрийн хөлсний доод хэмжээний тухай хууль (Minimum Wage Act)⁸⁸, Эрүүл мэндийн даатгалын хууль (Universal Health Insurance law)-аар тус тус зохицуулж байна.

Эрүүл мэндийн байгууллагын ажилтан албан хаагч: Эрүүл мэндийн байгууллагуудын 97 орчим хувь нь хот суурин газарт, 3 хувь нь хөдөө орон нутагт байрладаг. Нийт эмнэлгийн орны 50% нь ЭМЯ-ны эмнэлгүүдэд, 20.7% нь зэвсэгт хүчинд, 21.6% нь хувийн хэвшилд харьяалагддаг байна. Нийт 180,000 эрүүл мэндийн ажилтнаас эмч нар 17%, сувилагч 16%, эх баригчид 3%, шүдний эмч 7%, техникч ба туслахууд 36%, администраторууд 16%-ийг эзэлж байна. 10,000 хүн тутам 11 эмч, 14 сувилагч ногдож байна.

Цалин хөлсний бүтэц⁸⁹

Эмнэлгийн ажилчдын цалин хөлс нь үндсэн цалин, тэтгэмж, урамшууллаас бүрдэнэ.

Тэтгэмж

- Хоол унааны мөнгө
- Боловсролын тэтгэмж
- Гэр бүлийн тэтгэмж
- Онцгой тэтгэмж (ур чадвараас хамаарч авсан шагнал урамшуулал)

Урамшуулал

- Баярын өдөр
- Шөнийн ээлж
- Ням гаригийн амралтын өдрийн ээлж
- Ням гаригийн амралтын шөнийн ээлжинд гарснаас хамаарч урамшуулал олгодог.

*Ажилласан жилийн нэмэгдэл*⁹⁰

Эмчийг ажилласан жилээр нь 5 түвшинд хуваадаг.

- 1-р түвшин - 5 хүртэлх жил ажилласан бол 29%
- 2-р түвшин - 5 жил, 1 өдрөөс 10 жил хүртэл ажилласан бол 38%
- 3-р түвшин - 10 жил, 1 өдрөөс 15 жил хүртэл ажилласан бол 24%
- 4-р түвшин - 15 жил, 1 өдрөөс 20 жил хүртэл ажилласан бол 7%
- 5-р түвшин - 20 гаруй жил ажилласан бол 7%-аар өмнөх жил дээрээ нэмэгдэнэ.

⁸⁷ <https://www.bizlatinhub.com/what-are-the-employment-laws-in-peru/>

⁸⁸ <https://tusalario.org/peru/ley-laboral/trabajo-y-salarios>

⁸⁹ https://www.who.int/alliancehpsr/projects/alliancehpsr_healthworkersalaries_bitran_finalreport.pdf

⁹⁰ <https://www.salaryexpert.com/salary/job/medical-doctor/peru/lima>

Эмчийн цалин

	Жил (доллар)	Сар (доллар)	Цаг (доллар)
Өндөр цалин	162,207	11,485	69,99

Сувилагчийн цалин⁹¹

2021 оны 6-р сарын 28-ны байдлаар Перуд нэг сувилагчийн жилийн дундаж цалин жилд 47630 доллар байна. Цагт ойролцоогоор 22.90 долларын цалинтай болно. Энэ нь долоо хоногт 916 доллар буюу сард 3,969 доллартай тэнцэх юм.

	Жил (доллар)	Сар (доллар)	Цаг (доллар)
Өндөр цалин	74,882	6240	36
Цалингийн 75 хувь	60,250	5,020	29
Дундаж цалин	47,630	3,969	23
Цалингийн 25 хувь	37,441	3,120	18

4.6. БҮГД НАЙРАМДАХ КАЗАХСТАН УЛС

Эрүүл мэндийн салбарын цалин хөлсний бодлого, эрхзүйн орчин, тогтолцоо

Казахстан Улсын эрүүл мэндийн салбар /ЭМС/ нь 2018 оноос эхлэн заавал даатгуулах эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоог нэвтрүүлж, эрүүл мэндийн салбарын байгууллагуудад олгох санхүүжилтийг тухайн байгууллагын үзүүлсэн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнд ногдох тарифт тулгуурлан Нийтийн эрүүл мэндийн даатгалын сангаас олгодог болсон. Ингэснээр ЭМС-ын байгууллагуудыг аж ахуйн тооцоонд шилжүүлж эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний чанар, хүртээмжийг дээшлүүлэх, салбарын ажилтнуудын цалин хөлс, урамшууллыг нэмэгдүүлэх нөхцөлийг бүрдүүлсэн.

Казахстан Улсын “Эрүүл мэндийн салбарыг хөгжүүлэх төрийн бодлого 2020-2025” хөтөлбөрийн хүрээнд эрүүл мэндийн салбарын ажилтны цалин хөлсний талаарх дор дурдсан бодлогын арга хэмжээг авч хэрэгжүүлэхээр тусгажээ.

1. ЭМС-ын үйлчилгээний чанарыг дээшлүүлэх бодлогын хүрээнд эмч, мэргэжилтнүүдийн цалинг 2023 онд эдийн засаг дахь дундаж цалингийн 180%-д хүргэх. (өөрөөр хэлбэл эдийн засаг дахь дундаж цалингаас 80% өндөр байх).
2. ЭМС-ын хүний нөөцийг сайжруулах бодлогын хүрээнд ЭМС-ын мэргэжлийн нэр хүндийг өсгөн, ажилтнуудын цалингийн хэмжээг нэмэх. 2025 онд ЭМС-ын цалинг 550,000 тенгед хүргэх.
3. Заавал даатгах эрүүл мэндийн даатгалын системийг улам гүнзгийрүүлэн нэвтрүүлэх, сайн дурын эрүүл мэндийн даатгалыг урамшуулах бодлогын хүрээнд эрүүл мэндийн даатгалын сангаас олгох санхүүжилтийн тарифын тооцоонд ЭМС-ын ажилтнуудын цалингийн өсөлтийн зардлыг нэмж тусгах.
4. ЭМ-ийн байгууллагуудыг аж ахуйн тооцоонд шилжүүлэн сайн засаглалыг хэрэгжүүлснээр ЭМС-ын ажилтнуудын цалингийн тогтолцоог ил тод, шилэн болгох. Эрүүл мэндийн байгууллагуудад ажилтнуудынхаа цалин, урамшууллыг хамтын хэлэлцээрийн хүрээнд тогтоох эрхийг олгоно.

Казахстаны ЭМС-ын цалингийн хэмжээг тогтоохдоо дор дурдсан эрх зүйн актыг баримталдаг.

⁹¹ <https://www.ziprecruiter.com/Salaries/Nurse-Salary-in-Peru,IN>

- Засгийн газрын 2015 онд баталсан “Төсвийн байгууллага болон төсвөөс санхүүждэг аж ахуйн нэгжүүдийн ажилтны хөдөлмөрийн хөлсний тогтолцооны тухай” 1193 тоот тогтоол.
- Хөдөлмөрийн тухай хууль
- Төрийн өмчийн тухай хууль
- Засгийн газрын 1999 оны 1930 тоот тогтоол (Хөдөлмөрийн хүнд болон хортой нөхцөл шаардсан ажил мэргэжлийн жагсаалт)
- 2021 онд байгуулагдсан 2020-2022 онд мөрдөгдөх Эрүүл мэндийн яам, ЭМС-ын ҮЭ, Үндэсний эрүүл мэндийн танхимын хамтарсан нэмэлт хэлцэл.
- 2020 онд гарсан Эрүүл мэндийн сайдын тушаал (Эрүүл мэндийн салбар дахь төрийн байгууллагуудын ажилтнуудын хөдөлмөрийн хөлсийг тооцох тухай)
- Байгууллагын хамтын гэрээ
- Ажил олгогчоос тогтоосон бусад эрх зүйн акт

ЭМС-ын цалинг тогтоохдоо тус салбарын мэргэжилтнүүдийг 3 бүлэгт ангилах бөгөөд ангилал бүр нь 4 зэрэгтэй.

1. Нэгдүгээр ангилал буюу **B2** – Энэ ангилалд үндсэн орон тооны мэргэжилтэн болох дээд боловсролын мэргэшсэн мэргэжилтэн буюу мэргэшсэн их эмч нар хамрагдана. Дотроо “дээд зэрэглэл”, “I зэрэглэл”, “II зэрэглэл” болон “зэрэглэлгүй” гэсэн 4 зэрэгт хуваагдана.
2. Хоёрдугаар ангилал буюу **B3** – Энэ ангилалд үндсэн орон тооны мэргэжилтэн болох дээд боловсролын дунд түвшний мэргэшсэн мэргэжилтэн буюу ердийн эмч болон мэргэшилтнүүд хамрагдана. Дотроо “дээд зэрэглэл”, “I зэрэглэл”, “II зэрэглэл” болон “зэрэглэлгүй” гэсэн 4 зэрэгт хуваагдана.
3. Гуравдугаар ангилал буюу **B4** – Энэ ангилалд үндсэн орон тооны дунд түвшний эрүүл мэндийн ажилчид (сувилагч г.м) хамрагдана. Дотроо “дээд зэрэглэл”, “I зэрэглэл”, “II зэрэглэл” болон “зэрэглэлгүй” гэсэн 4 зэрэгт хуваагдана.

ЭМС-ын цалин хөлс нь ажилтны мэргэжлийн түвшин, ур чадвар, ажилласан жил, хийсэн ажлын үр дүн, сахилга бат, албан тушаал зэргээс хамааран тогтоогддог.

Цалингийн хэмжээ нь тухайн мэргэжлийн цалингийн доод хэмжээнээс багагүй байх ба энэ цалингийн доод хэмжээг БНКазУ-ын муж бүр харилцан адилгүй хэмжээгээр тогтоодог.

Аж ахуйн тооцоонд шилжсэн ЭМС-ын байгууллагууд нь Засгийн газраас тогтоосон цалингийн хэмжээг мөрдөлгүйгээр өөрсдөө бие дааж цалин хөлс, урамшууллаа тогтоох боломжтой.

ЭМС-ын цалин хөлсний бүтэц, бүрэлдэхүүн

Казахстан Улсын ЭМС-ын эмч мэргэжилтнүүдийн цалингийн дундаж хэмжээ нь мэргэжлээсээ шалтгаалан 101,0 –117,0 мянган тенге байна. Харин сувилагч нарын цалингийн хэмжээ нь 76,3 мянган тенге болж байна. Засгийн газрын шийдвэрээр 2021 оны 7-р сараас эхлэн ЭМС-ын ажилтнуудын цалинг нэмэх шийдвэр гаргасан бөгөөд ингэснээр эмч нарын цалин 131,2 – 152,0 мянган тенге, сувилагч нарын цалин 99,3 мянган тенге болохоор байна.

Эмч нараас мэс заслын эмч нар хамгийн өндөр цалинтай буюу дунджаар 200,0 – 446,0 мянган тенге байна.

ЭМС-ын цалин хөлс нь дор дурдсан 3 бүрэлдэхүүн хэсгээс бүрдэнэ.

- үндсэн цалин
- цалингийн нэмэгдэл
- урамшууллаас бүрдэнэ.

1. Үндсэн цалин хөлс

Үндсэн цалинг “хөдөлмөрийн хөлсний суурь үнэлгээ” болон “ажил мэргэжлийн коэффициент” гэсэн 2 үзүүлэлтэнд тулгуурлан тогтооно.

Үндсэн Цалин = Хөдөлмөрийн хөлсний суурь үнэлгээ х Коэффициент

Хөдөлмөрийн хөлсний суурь үнэлгээг Засгийн газар тогтоох ба өнөөдрийн байдлаар **17'697** тенгетэй тэнцүү байна.

Ажил мэргэжлийн коэффициентийг Эрүүл мэндийн салбарын мэргэжилтнүүдийн ангилал, зэрэг, ажилласан жилээс хамааруулан тогтоох бөгөөд үүнийг “Төсвийн байгууллага болон төсвөөс санхүүждэг аж ахуйн нэгжүүдийн ажилтны хөдөлмөрийн хөлсний тогтолцооны тухай” Засгийн газрын тогтоолын хавсралт 5-д заасан байдаг.

	Зэрэг	Мэргэжлээрээ ажилласан жил										
		0-1	1-2	2-3	3-5	5-7	7-10	10-13	13-16	16-20	20-25	25-аас дээш
B2	1	4,67	4,74	4,81	4,88	4,95	5,01	5,08	5,16	5,24	5,32	5,41
	2	4,39	4,50	4,57	4,65	4,72	4,79	4,86	4,95	5,03	5,12	5,20
	3	4,36	4,44	4,51	4,59	4,66	4,74	4,81	4,90	4,99	5,08	5,16
	4	4,10	4,14	4,19	4,23	4,27	4,33	4,38	4,49	4,59	4,67	4,73
B3	1	4,13	4,18	4,24	4,29	4,36	4,42	4,49	4,55	4,62	4,69	4,75
	2	3,85	3,91	3,97	4,03	4,09	4,16	4,23	4,30	4,37	4,44	4,51
	3	3,82	3,88	3,94	4,00	4,07	4,14	4,21	4,28	4,36	4,43	4,50
	4	3,52	3,58	3,64	3,71	3,78	3,85	3,94	4,00	4,06	4,12	4,19
B4	1	3,95	3,99	4,05	4,11	4,16	4,22	4,28	4,34	4,40	4,45	4,52
	2	3,73	3,79	3,85	3,92	3,97	4,04	4,10	4,17	4,25	4,32	4,39
	3	3,67	3,73	3,79	3,85	3,91	3,97	4,03	4,09	4,16	4,22	4,29
	4	3,32	3,36	3,41	3,45	3,49	3,53	3,57	3,61	3,65	3,69	3,73

Засгийн газрын тогтоолоор эрүүл мэндийн салбарын ажилтнуудын цалинг нэмэгдүүлэх зорилгоор цалингийн нэмэгдлийн коэффициентийг тогтоож өгсөн.

	B2 ангилалд	B3 ба B4 ангилалд
2021.01.01-ээс	2,02	1,63
2022.01.01-ээс	2,63	1,95
2023.01.01-ээс	2,73	2,05

Жишээ :

- A. 15 жил ажилласан I зэрэглэлийн дээд боловсролын мэргэшсэн эмчийн үндсэн цалин (B2 ангиллын 2 зэрэг)
 Хөдөлмөрийн хөлсний суурь үнэлгээ - 17 697 тенге
 Цалингийн доод хэмжээ - 42 500 тенге
 Ажил мэргэжлийн коэффициент - 4.95
 Үндсэн цалин - 17697 х 4.95 = 87 600

2021 оны цалингийн нэмэгдэл коэффициент - 2.02

2021 оны үндсэн цалин нь $87600 \times 2.02 = 176\ 952$ тенге

В. 11 жил ажилласан дээд зэрэглэлийн дунд түвшний эрүүл мэндийн ажилтан

болох сувилагчийн үндсэн цалин (В4 ангилалын 1 зэрэг)

Хөдөлмөрийн хөлсний суурь үнэлгээ - 17 697 тенге

Ажил мэргэжлийн коэффициент - 4.28

Үндсэн цалин - $17697 \times 4.28 = 75743$

2021 оны цалингийн нэмэгдэл коэффициент - 2.02

2021 оны үндсэн цалин нь $75743 \times 1.63 = 123\ 461$ тенге

2. Цалингийн нэмэгдэл

Эрүүл мэндийн ажилтнууд нь Засгийн газар, тухайн эрүүл мэндийн байгууллагын хүрээнд тогтоосон цалингийн нэмэгдэл авдаг. Эрүүл мэндийн ажилтнуудын цалингийн нэмэгдлийг “Төсвийн байгууллага болон төсвөөс санхүүждэг аж ахуйн нэгжүүдийн ажилтны хөдөлмөрийн хөлсний тогтолцооны тухай” Засгийн газрын тогтоолын хавсралт 5, 18, 19, 21-д заасан. Дор дурдсан цалингийн нэмэгдлүүд байдаг.

- Албан тушаалтай хавсран гүйцэтгэсэн ажлын нэмэгдэл
- Хортой, хүнд нөхцөлтэй ажлын байрны болон биеийн хүч шаардсан ажлын нэмэгдэл
- Онцгой нөхцөлийн нэмэгдэл
- Орон нутагт ажилласны нэмэгдэл (цалингийн 25%-аас доошгүй)
- Сэтгэлзүйн дарамт болон биеийн ачаалалтай ажилласны нэмэгдэл
- Салбар нэгжид ажилласны нэмэгдэл
- Оройн цаг, амралтын өдөр, бүх нийтийн амралтын өдөр ажилласны нэмэгдэл
- Бусдын ажлыг хавсран гүйцэтгэсний нэмэгдэл
- Албан тушаалын зэрэглэлийн (ахлах сувилагч г.м)
- Эрдмийн зэргийн нэмэгдэл
- Төрийн одон, шагналын нэмэгдэл
- Бусад нэмэгдэл

Цалингийн нэмэгдлийг дор дурдсан цалин хөлснөөс тодорхой хувь хэмжээгээр бодож олгоно.

- Үндсэн цалин эсвэл тооцсон цагийн хөлс – 20%-аас 60%
- Хөдөлмөрийн хөлсний үнэлгээ – 20%-аас 220% хүртэл
- Сарын тэтгэмж тооцох үнэлгээ – 1.25-аас 34 дахин нэмэгдүүлсэн хэмжээгээр

3. Урамшуулал

Казахстаны хөдөлмөрийн хууль болон бусад хууль тогтоомжид заасны дагуу Эрүүл мэндийн байгууллага нь дотооддоо мөрдөх нэмэлт цалин болон ажилчдын ажлын идэвхийг сайжруулах үүднээс урамшуулал олгож болдог. Нэмэлт цалин болон урамшууллыг тогтоохдоо Засгын газрын түвшин гэхээсээ илүү тухайн ЭМ-ийн байгууллагууд үйл ажиллагааныхаа онцлогтой уялдуулан бие дааж уян хатнаар зохицуулдаг.

Нэмэлт цалин болон урамшууллыг олгох эрх зүйн акт нь дор дурдсан хэлбэртэй байж болдог.

- Байгууллагын хөдөлмөрийн хөлс, шагнал урамшууллын тухай журам
- Байгууллагын хамтын гэрээ
- Удирдах албан тушаалтны тушаал захирамж г.м.

Нэмэлт цалин болон урамшууллыг олгох эрх зүйн актыг боловсруулахдаа удирдлага, үйлдвэрчний эвлэл, ажилчдын төлөөллийг оролцуулсан тусгай комисс байгуулах бөгөөд энэ комисс нь ил тод байх зарчим дээр үндэслэн нэмэлт цалин, урамшууллыг ямар шалгуураар хэнд яаж олгох зэргийг нарийвчлан тусгаж тогтоодог. Энэ эрх зүйн актанд дараах зүйл заалтыг тусгаж өгдөг.

- Цалингийн нэмэгдэл олгох албан тушаал, ажил мэргэжлийн жагсаалт
- Ажилтнуудын ажлын үр дүнг үнэлэх үнэлгээ
- Цалингийн нэмэгдлийг тооцох коэффициент
- Цалингийн нэмэгдэл урамшууллыг олгох нөхцөл, хугацаа, хэлбэр
- Цалингийн нэмэгдэл, урамшууллыг олгох шалгуур

Нэмэлт цалин, урамшууллыг олгохдоо ажилтнуудад ижил хувь хэмжээгээр эсхүл ажилтан тус бүрээр тооцож гаргасан коэффициентэд үндэслэн олгож болно.

4.7. МОНГОЛ УЛС

Эрүүл мэндийн салбарын цалин хөлсний бодлого, тогтолцоо

Эрүүл мэндийн салбарт 2019 оны жилийн эцсийн байдлаар нийт 54687 ажиллагсад ажиллаж байгаа нь сүүлийн 10 жилийн дунджаас 7.8 мянга (16.7%)-аар, өмнөх оноос 2.4 мянга (4.6%)-аар тус тус нэмэгдсэн байна. 10000 хүнд ногдох эрүүл мэндийн салбарын ажиллагсад 2019 оны жилийн эцсээр 171 болж, сүүлийн 10 жилийн дундаж болон өмнөх оноос 6-11-ээр нэмэгджээ. Үүнээс их эмч, сувилагчийнх 2019 онд 37-40 болж, сүүлийн 10 жилийн дундаж болон өмнөх оноос мөн 1-4-өөр нэмэгдсэн байна.⁹²

Эрүүл мэндийн ажилтны тоо (10000 хүнд ногдох), 2010-2019 он



Эрүүл мэндийн салбарын төсвийн гол зардал нь цалин байдаг боловч эрүүл мэндийн салбарын ажиллагсдын цалин бага түвшинд байсаар байна. Улсын эрүүл мэндийн байгууллагын ажилтнууд төрийн албан хаагчид учраас төрөөс цалинг зохицуулж байна. Эмч, сувилагч нар төрийн үйлчилгээний албан хаагч тул төрийн албан хаагчдын цалингийн хуваарийн дагуу цалинждаг. Цалин хөлсний хэмжээ нь ажил эрхлэлтийн үргэлжлэх хугацаа, албан тушаал, мэргэшсэн байдлаас хамааран харилцан адилгүй байна.

Улсын эмнэлгийн салбарт ажиллагсдын тоо. Улсын эмнэлгүүдэд 25739 албан хаагч ажиллаж байгаа нь улсын хэмжээнд нийт ажиллаж буй 205011 төрийн албан хаагчийн 13 хувийг эзэлж байна. Харин нийгмийн даатгалын шимтгэл төлөлтийн тайланд хамрагдсан нийт даатгуулагчдын 44.4 мянга (6.5%) нь хүний эрүүл мэнд ба нийгмийн халамжийн үйл ажиллагааны салбарын ажилчид байна.⁹³

⁹² https://www.1212.mn/BookLibraryDownload.ashx?url=eruul_mend_2019.pdf&ln=Mn

⁹³ Ажилчдын сарын дундаж цалингийн статистикийн мэдээ, 2021. Үндэсний Статистикийн хороо

Улсын эмнэлгийн эмчийн цалинд зориулж төрөөс хуваарилж буй мөнгөн хөрөнгийн хэмжээ, эх үүсвэр: Албан хаагчдын цалин, урамшууллыг улсын төсөв, эрүүл мэндийн даатгалын сангийн төсөв, төсөвт байгууллагын өөрийн орлого зэргээс санхүүжүүлж байна. 2020 оны байдлаар 747,4 тэрбум төгрөгийн цалин хөлсний зардал эрүүл мэндийн ажилтнуудад зориулж батлагдсан байна. Харин 2021 оны эхний улирлын байдлаар хүний эрүүл мэнд ба нийгмийн халамжийн үйл ажиллагааны салбарт ажиллагсдын сарын дундаж цалин өмнөх улирлаас 139.1 (11.2%) мянган төгрөгөөр буурсан байна.⁹⁴

Цалин хөлсний талаарх эрх зүйн зохицуулалт: Эмч нарын цалингийн эрх зүйн зохицуулалтын хувьд нийт 13 эрх зүйн баримт бичиг үйлчилж байгаа ба нийтлэг байдлаар цалин, нэмэгдэл, мөнгөн урамшуулал, мөнгөн бус урамшууллын хэлбэрээр олгохоор зохицуулалт хийсэн байна.

Монгол Улсын эрүүл мэндийн ажилтны цалин хөлсний талаар зохицуулсан эрх зүйн зохицуулалт

Цалин урамшууллын хэлбэр	Зохицуулж буй эрх зүйн акт	Эрх зүйн зохицуулалт	Хариуцах нэгж																																																															
5. ЦАЛИН																																																																		
Цалин	Эрүүл мэндийн тухай хууль 2011.05.05 https://www.legalinfo.mn/law/details/49	29.1. Эрүүл мэндийн ажилтны цалингийн тусгай сүлжээний доод жишгийг эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний төрөл, онцлогийг харгалзан хөдөлмөрийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллага болон төрийн албаны төв байгууллагын саналыг үндэслэн Засгийн газар тогтооно.	29.1. Засгийн газар																																																															
Цалингийн сан	Эрүүл мэндийн тухай хууль 2011.05.05 https://www.legalinfo.mn/law/details/49	17.10.4.төсвийн хязгаарт нийцүүлэн эмнэлгийн зохион байгуулалтын бүтэц, орон тооны дээд хязгаар, цалингийн санг тогтоох;	17.10. Төрийн болон орон нутгийн өмчит төрөлжсөн мэргэшл-ийн эмнэлэг, нэгдсэн эмнэлгийн Төлөөлөн удирдах зөвлөл																																																															
Үндсэн цалин	Төрийн албан хаагчийн албан тушаалын цалингийн сүлжээ, хэмжээг шинэчлэн тогтоох тухай Дугаар 472, Хавсралт 7 2019.12.25 https://www.legalinfo.mn/annex/details/10385?lawid=14892	Эрүүл мэндийн салбарын төрийн үйлчилгээний албан тушаалын цалингийн сүлжээ ТҮЭМ- эрүүл мэндийн салбарын төрийн үйлчилгээний албан тушаал <table><tr><th>Шат лал</th><th>Албан тушаалын жишээ</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr><tr><td>ТҮЭ М-1</td><td>шил угаагч</td><td>547509</td><td>551533</td><td>561756</td><td>587693</td><td>616629</td></tr><tr><td>ТҮЭ М-2</td><td>туслах сувилагч</td><td>587385</td><td>591811</td><td>603058</td><td>631589</td><td>663419</td></tr><tr><td>ТҮЭ М-3</td><td>сувилагч</td><td>653181</td><td>658271</td><td>671205</td><td>704015</td><td>740619</td></tr><tr><td>ТҮЭ М-4</td><td>резидент эмч</td><td>703623</td><td>709224</td><td>723450</td><td>759541</td><td>799806</td></tr><tr><td>ТҮЭ М-5</td><td>ерөнхий мэргэжлийн эмч</td><td>731369</td><td>737248</td><td>752185</td><td>790081</td><td>832357</td></tr><tr><td>ТҮЭ М-6</td><td>сумын эмнэлгийн дарга</td><td>818762</td><td>825523</td><td>842702</td><td>886282</td><td>934899</td></tr><tr><td>ТҮЭ М-7</td><td>аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн дарга</td><td>885763</td><td>893200</td><td>912097</td><td>938498</td><td>964899</td></tr><tr><td>ТҮЭ М-8</td><td>Төрөлжсөн мэргэшл-ийн</td><td>945093</td><td>953058</td><td>973165</td><td></td><td></td></tr></table>	Шат лал	Албан тушаалын жишээ	1	2	3	4	5	ТҮЭ М-1	шил угаагч	547509	551533	561756	587693	616629	ТҮЭ М-2	туслах сувилагч	587385	591811	603058	631589	663419	ТҮЭ М-3	сувилагч	653181	658271	671205	704015	740619	ТҮЭ М-4	резидент эмч	703623	709224	723450	759541	799806	ТҮЭ М-5	ерөнхий мэргэжлийн эмч	731369	737248	752185	790081	832357	ТҮЭ М-6	сумын эмнэлгийн дарга	818762	825523	842702	886282	934899	ТҮЭ М-7	аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн дарга	885763	893200	912097	938498	964899	ТҮЭ М-8	Төрөлжсөн мэргэшл-ийн	945093	953058	973165			2. Төрийн албан хаагчийн албан тушаалын цалингийн сүлжээ, хэмжээг шинэчлэн тогтооход шаардагдах хөрөнгийг холбогдох төсвийн ерөнхийлөн захирагчийн 2020 оны батлагдсан төсөвт багтаан хэрэгжүүлэхийг Төсвийн ерөнхийлөн захирагч нарт даалгасугай.
Шат лал	Албан тушаалын жишээ	1	2	3	4	5																																																												
ТҮЭ М-1	шил угаагч	547509	551533	561756	587693	616629																																																												
ТҮЭ М-2	туслах сувилагч	587385	591811	603058	631589	663419																																																												
ТҮЭ М-3	сувилагч	653181	658271	671205	704015	740619																																																												
ТҮЭ М-4	резидент эмч	703623	709224	723450	759541	799806																																																												
ТҮЭ М-5	ерөнхий мэргэжлийн эмч	731369	737248	752185	790081	832357																																																												
ТҮЭ М-6	сумын эмнэлгийн дарга	818762	825523	842702	886282	934899																																																												
ТҮЭ М-7	аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн дарга	885763	893200	912097	938498	964899																																																												
ТҮЭ М-8	Төрөлжсөн мэргэшл-ийн	945093	953058	973165																																																														

⁹⁴ Ажилчдын сарын дундаж цалингийн статистикийн мэдээ, 2021. Үндэсний Статистикийн хороо

		<table><tr><td></td><td>эмнэлг-ийн дэд дарга</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>ТҮЭ М-9</td><td>Төрөлжсөн мэргэшл-ийн эмнэлг-ийн захирал</td><td>1008801</td><td>1017401</td><td>1039119</td><td></td></tr></table>		эмнэлг-ийн дэд дарга					ТҮЭ М-9	Төрөлжсөн мэргэшл-ийн эмнэлг-ийн захирал	1008801	1017401	1039119																																																									
	эмнэлг-ийн дэд дарга																																																																					
ТҮЭ М-9	Төрөлжсөн мэргэшл-ийн эмнэлг-ийн захирал	1008801	1017401	1039119																																																																		
Үндсэн цалин	Төрийн албан хаагчийн албан тушаалын цалингийн сүлжээ, хэмжээг шинэчлэн тогтоох тухай тогтоол Дугаар 472, Хавсралт 10. Эрүүл мэндийн салбарын төрийн үйлчилгээний албан тушаалын цалингийн сүлжээ 2019.12.25 https://www.legalinfo.mn/annex/details/10388?lawid=14892	Эрүүл мэндийн салбарын төрийн үйлчилгээний бусад байгууллага болон төрийн байгууллагын хэвийн үйл ажиллагааг хангахад туслах албан тушаал ТҮ-Төрийн үйлчилгээний бусад байгууллага болон төрийн байгууллагын хэвийн үйл ажиллагааг хангахад туслах албан тушаал	Төсвийн ерөнхийлөн захирагч																																																																			
		<table><tr><td colspan="2">Шатлал</td><td>Албан тушаалын жишээ</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td rowspan="12">Албан тушаалын зэрэглэл</td><td>ТҮ-1</td><td>жижүүр</td><td>487695</td><td>491079</td><td>499556</td></tr><tr><td>ТҮ-2</td><td>асрагч</td><td>510435</td><td>514086</td><td>523359</td></tr><tr><td>ТҮ-3</td><td>эмнэлгийн тогооч</td><td>528520</td><td>532353</td><td>542089</td></tr><tr><td>ТҮ-4</td><td>лаборант</td><td>547509</td><td>551533</td><td>561756</td></tr><tr><td>ТҮ-5</td><td>техникч</td><td>587385</td><td>591811</td><td>603058</td></tr><tr><td>ТҮ-6</td><td>Нийгмийн ажилтан</td><td>653181</td><td>658271</td><td>671205</td></tr><tr><td>ТҮ-7</td><td>Нягтлан бодогч</td><td>703623</td><td>709224</td><td>723450</td></tr><tr><td>ТҮ-8</td><td>Ерөнхий нягтлан бодогч</td><td>731369</td><td>737248</td><td>752185</td></tr><tr><td>ТҮ-9</td><td>Лабораторын эрхлэгч</td><td>818762</td><td>825523</td><td>842702</td></tr><tr><td>ТҮ-10</td><td>агентлагийн хэлтсийн дарга</td><td>885763</td><td>893200</td><td>912097</td></tr><tr><td>ТҮ-11</td><td>Яамны хэлтсийн дарга</td><td>945093</td><td>953058</td><td>973165</td></tr><tr><td>ТҮ-12</td><td>Яамны газрын дарга</td><td>1008801</td><td>1017401</td><td>1039119</td></tr></table>	Шатлал		Албан тушаалын жишээ	1	2	3	Албан тушаалын зэрэглэл	ТҮ-1	жижүүр	487695	491079	499556	ТҮ-2	асрагч	510435	514086	523359	ТҮ-3	эмнэлгийн тогооч	528520	532353	542089	ТҮ-4	лаборант	547509	551533	561756	ТҮ-5	техникч	587385	591811	603058	ТҮ-6	Нийгмийн ажилтан	653181	658271	671205	ТҮ-7	Нягтлан бодогч	703623	709224	723450	ТҮ-8	Ерөнхий нягтлан бодогч	731369	737248	752185	ТҮ-9	Лабораторын эрхлэгч	818762	825523	842702	ТҮ-10	агентлагийн хэлтсийн дарга	885763	893200	912097	ТҮ-11	Яамны хэлтсийн дарга	945093	953058	973165	ТҮ-12	Яамны газрын дарга	1008801	1017401	1039119	
Шатлал		Албан тушаалын жишээ	1	2	3																																																																	
Албан тушаалын зэрэглэл	ТҮ-1	жижүүр	487695	491079	499556																																																																	
	ТҮ-2	асрагч	510435	514086	523359																																																																	
	ТҮ-3	эмнэлгийн тогооч	528520	532353	542089																																																																	
	ТҮ-4	лаборант	547509	551533	561756																																																																	
	ТҮ-5	техникч	587385	591811	603058																																																																	
	ТҮ-6	Нийгмийн ажилтан	653181	658271	671205																																																																	
	ТҮ-7	Нягтлан бодогч	703623	709224	723450																																																																	
	ТҮ-8	Ерөнхий нягтлан бодогч	731369	737248	752185																																																																	
	ТҮ-9	Лабораторын эрхлэгч	818762	825523	842702																																																																	
	ТҮ-10	агентлагийн хэлтсийн дарга	885763	893200	912097																																																																	
	ТҮ-11	Яамны хэлтсийн дарга	945093	953058	973165																																																																	
	ТҮ-12	Яамны газрын дарга	1008801	1017401	1039119																																																																	
6. нэмэгдэл																																																																						
Мэргэшлийн зэргийн нэмэгдэл	Засгийн газрын 2018 оны 382 дугаар Тогтоол. Хавсралт 5. Төрийн үйлчилгээний албан хаагчид мэргэшлийн зэргийн нэмэгдэл олгох нийтлэг журам https://www.legalinfo.mn/annex/details/9074?lawid=13946	2. Төрийн үйлчилгээний албан хаагчийг мэргэжлийнхээ дагуу тухайн албан тушаал эрхэлж байх хугацаанд мэргэшлийн зэргийн нэмэгдэл олгох шалгуур үзүүлэлтийг үндэслэн албан тушаалын сарын үндсэн цалингаас дор дурдсан хувиар бодож сар бүр олгоно: <table><tr><td>Мэргэшлийн зэрэг тогтоогдсон төрийн үйлчилгээний албан тушаал</td><td>Эмнэлгийн мэргэжилтэн</td><td>Албан тушаалын сарын үндсэн цалингаас бодох хувь</td></tr><tr><td>I зэрэг- зөвлөх</td><td>Зөвлөх</td><td>20</td></tr><tr><td>II зэрэг- тэргүүлэх</td><td>Тэргүүлэх</td><td>15</td></tr><tr><td>III зэрэг- ахлах</td><td>Ахлах</td><td>10</td></tr></table>	Мэргэшлийн зэрэг тогтоогдсон төрийн үйлчилгээний албан тушаал	Эмнэлгийн мэргэжилтэн	Албан тушаалын сарын үндсэн цалингаас бодох хувь	I зэрэг- зөвлөх	Зөвлөх	20	II зэрэг- тэргүүлэх	Тэргүүлэх	15	III зэрэг- ахлах	Ахлах	10	3. Төрийн үйлчилгээн-ий албан хаагчид мэргэшлийн зэрэг, зэргийн нэмэгдэл олгох асуудлыг тухайн байгууллагын төсвийн шууд захирагч шийдвэрлэнэ.																																																							
Мэргэшлийн зэрэг тогтоогдсон төрийн үйлчилгээний албан тушаал	Эмнэлгийн мэргэжилтэн	Албан тушаалын сарын үндсэн цалингаас бодох хувь																																																																				
I зэрэг- зөвлөх	Зөвлөх	20																																																																				
II зэрэг- тэргүүлэх	Тэргүүлэх	15																																																																				
III зэрэг- ахлах	Ахлах	10																																																																				
Ажилласан жилийн нэмэгдэл	Засгийн газрын 2018 оны 382 дугаар тогтоол, Хавсралт 1. Төрийн захирагааны болон үйлчилгээний	Төрийн алба хаасан хугацааны нэмэгдлийг тухайн төрийн албан хаагчийн төрийн байгууллагад ажилласан хугацааг харгалзан түүний албан тушаалын сарын үндсэн цалингаас дор дурдсан хувиар бодож олгоно: 6-10 жилд (61-120 сар)-5 хувь 11-15 жилд (121-180 сар)-10 хувь 16-20 жилд (181-240 сар)-15 хувь 21-25 жилд (241-300 сар)-20 хувь 26 ба түүнээс дээш (301 ба түүнээс дээш сар)-25 хувь	6. Төрийн алба хаасан хугацааны нэмэгдлийг тухайн байгууллага жил бүрийнхээ төсөвт тусгаж олгоно.																																																																			

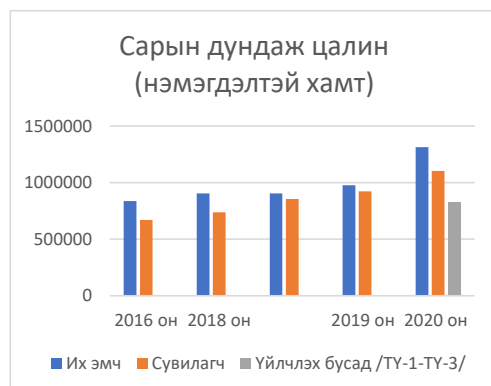
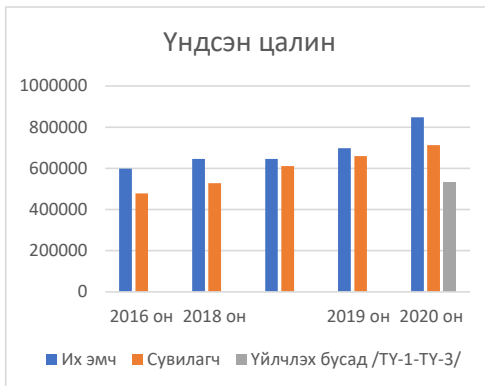
	албан хаагчид төрийн алба хаасан хугацааны нэмэгдэл олгох журам 2018.12.19 https://www.leg alinfo.mn/anne x/details/9070?l awid=13946										
Орон нутгийн нэмэгдэл	Засгийн газрын 2018 оны 382 дугаар Тогтоол. Хавсралт 6. Төрийн үйлчилгээний албан хаагчид орон нутагт ажилласны нэмэгдэл олгох журам https://www.legal info.mn/annex/d etails/9075?lawi d=13946	2. Орон нутагт тогтвор суурьшилтай ажилласны нэмэгдлийг дараах албан тушаал эрхэлж байгаа эрүүл мэндийн салбарын төрийн үйлчилгээний албан хаагчид албан тушаалын сарын үндсэн цалингаас дор дурдсан хувиар бодож сар бүр олгоно: <table><tr><th>Албан тушаал</th><th>Хувь</th></tr><tr><td>Аймгийн нэгдсэн эмнэлэг/бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төв, эрүүл мэндийн бусад байгууллагын: 1.Захирал/дарга 2.Дэд захирал/орлогч дарга 3.Чанарын менежер 4.Хүний их эмч 5.Сувилахуйн/эх барихуйн мэргэжилтэн 6.Эрүүл мэндийн бусад мэргэжилтэн 7.Эмнэлгийн бусад мэргэжилтэн 8.Анагаахын болон эм зүйн техникч 9.Сувилахуйн болон эх барихуйн туслах/дэд мэргэжилтэн 10. Эрүүл мэндийн бусад туслах/дэд мэргэжилтэн</td><td>10</td></tr><tr><td>Сум (сум дунд), тосгоны эрүүл мэндийн төвийн: 1.Сувилахуйн/эх барихуйн мэргэжилтэн 2.Эмчилгээ оношилгооны тоног төхөөрөмжийн техникч, лаборант 3.Эрүүл мэндийн бусад мэргэжилтэн 4.Эм зүйн мэргэжилтэн 5.Түргэн тусламжийн жолооч Сум (сум дунд), тосгоны эрүүл мэндийн төвийн: 1.Дарга 2.Хүний их эмч 3.Хүний бага эмч, багийн бага эмч</td><td>15</td></tr><tr><td></td><td>20</td></tr></table>	Албан тушаал	Хувь	Аймгийн нэгдсэн эмнэлэг/бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төв, эрүүл мэндийн бусад байгууллагын: 1.Захирал/дарга 2.Дэд захирал/орлогч дарга 3.Чанарын менежер 4.Хүний их эмч 5.Сувилахуйн/эх барихуйн мэргэжилтэн 6.Эрүүл мэндийн бусад мэргэжилтэн 7.Эмнэлгийн бусад мэргэжилтэн 8.Анагаахын болон эм зүйн техникч 9.Сувилахуйн болон эх барихуйн туслах/дэд мэргэжилтэн 10. Эрүүл мэндийн бусад туслах/дэд мэргэжилтэн	10	Сум (сум дунд), тосгоны эрүүл мэндийн төвийн: 1.Сувилахуйн/эх барихуйн мэргэжилтэн 2.Эмчилгээ оношилгооны тоног төхөөрөмжийн техникч, лаборант 3.Эрүүл мэндийн бусад мэргэжилтэн 4.Эм зүйн мэргэжилтэн 5.Түргэн тусламжийн жолооч Сум (сум дунд), тосгоны эрүүл мэндийн төвийн: 1.Дарга 2.Хүний их эмч 3.Хүний бага эмч, багийн бага эмч	15		20	4. Орон нутагт ажилласны нэмэгдлийг тухайн байгууллага жил бүрийнхээ төсөвт тусгаж олгоно.
Албан тушаал	Хувь										
Аймгийн нэгдсэн эмнэлэг/бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төв, эрүүл мэндийн бусад байгууллагын: 1.Захирал/дарга 2.Дэд захирал/орлогч дарга 3.Чанарын менежер 4.Хүний их эмч 5.Сувилахуйн/эх барихуйн мэргэжилтэн 6.Эрүүл мэндийн бусад мэргэжилтэн 7.Эмнэлгийн бусад мэргэжилтэн 8.Анагаахын болон эм зүйн техникч 9.Сувилахуйн болон эх барихуйн туслах/дэд мэргэжилтэн 10. Эрүүл мэндийн бусад туслах/дэд мэргэжилтэн	10										
Сум (сум дунд), тосгоны эрүүл мэндийн төвийн: 1.Сувилахуйн/эх барихуйн мэргэжилтэн 2.Эмчилгээ оношилгооны тоног төхөөрөмжийн техникч, лаборант 3.Эрүүл мэндийн бусад мэргэжилтэн 4.Эм зүйн мэргэжилтэн 5.Түргэн тусламжийн жолооч Сум (сум дунд), тосгоны эрүүл мэндийн төвийн: 1.Дарга 2.Хүний их эмч 3.Хүний бага эмч, багийн бага эмч	15										
	20										
Ур чадварын нэмэгдэл	Засгийн газрын 2018 оны 382 дугаар тогтоол. Хавсралт 4.Төрийн үйлчилгээний албан хаагчид ур чадварын нэмэгдэл олгох нийтлэг журам https://www.legal info.mn/annex/d etails/9073?lawi d=13946	3. Төрийн үйлчилгээний байгууллагын удирдах, гүйцэтгэх, туслах албан хаагчид төрийн үйлчилгээний албан тушаал эрхэлж байх хугацаанд нь ур чадварын нэмэгдэл олгох асуудлыг энэ журмын 4-т заасан шалгуур үзүүлэлтийн дагуу албан тушаалын сарын үндсэн цалингаас 10-25 хувиар тооцож, сар бүр олгоно.	Ур чадварын нэмэгдлийг тухайн байгууллага жил бүрийнхээ төсөвт тусгаж олгоно.								
Эрдмийн зэрэг цолны нэмэгдэл	Засгийн газрын 2018 оны 382 дугаар тогтоол. Хавсралт 3. https://www.legal info.mn/annex/d etails/9072?lawi d=13946	Их, дээд сургууль, коллеж, мэргэжлийн сургалт, үйлдвэрлэлийн төв, эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний тухай хууль тогтоомжоор заасан байгууллагад сургалт, эрдэм шинжилгээ, туршилтын ажил эрхэлдэг, эрдэм шинжилгээний байгууллагад болон судалгаа шинжилгээ, туршилтын үндсэн үйлдвэрлэл дээр ажилладаг эрдмийн зэрэг, цолтой төрийн албан хаагчид албан тушаалын сарын үндсэн цалингаас дор дурдсан хувиар бодож сар бүр нэмэгдэл олгож байна: Шинжлэх ухааны доктор зэрэг-20 хувь Профессор цол-10 хувь Боловсролын доктор зэрэг-15 хувь Дэд профессор цол-5 хувь	7. Докторын зэрэг, профессор цолны нэмэгдлийг тухайн байгууллага жил бүрийнхээ төсөвт тусгаж олгоно.								
Дуудлагын нэмэгдэл	Засгийн газрын тогтоол 2018 оны 382 дугаар тогтоол. Хавсралт 2. Төрийн захиргааны болон үйлчилгээний албан хаагчид нэмэгдэл хөлс олгох журам https://www.legal info.mn/annex/d etails/9071?lawi d=13946	4.2. Төрийн өмчийн эрүүл мэндийн байгууллагад ажиллаж байгаа эрүүл мэндийн салбарын төрийн үйлчилгээний албан хаагч алсын болон төрөлжсөн мэргэжлийн дуудлагаар явж эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлсэн бол түүний албан тушаалын сарын үндсэн цалингийн 5 хүртэл хувиар тооцож дуудлагаар явсан тохиолдол бүрт нэмэгдэл хөлс олгоно.	4.2. Алсын болон төрөлжсөн мэргэжлийн дуудлагаар явж эмнэлгийн тусламж үйлчилгээ үзүүлсэн үед тооцох нэмэгдэл хөлсийг дуудлагын зай болон замын бартаанаас хамааруулж								

			олгох зохицуулалтыг эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн Засгийн газрын гишүүн баталж, дагаж мөрдүүлнэ.
Онцгой байдлын нэмэгдэл	Эрүүл мэндийн тухай хууль 2011.05.05 https://www.legalinfo.mn/law/details/49	30.1.Олон улсын хөл хориот халдварт өвчний голомтод болон гамшгийн үед дайчилгаагаар ажилласан эрүүл мэндийн ажилтанд тухайн дайчилгааг зохион байгуулсан газар 1 сарын дотор ажилласан хугацааны цалин хөлсийг нь 3 дахин нэмэгдүүлж олгоно.	30.5.Эрүүл мэндийн ажилтанд хууль тогтоомжид заасны дагуу цалин хөлсний нэмэгдэл, мөнгөн урамшуулал олгох бөгөөд тэдгээрийн төрөл, хэмжээ, олгох журмыг Засгийн газар батална.
Онцгой байдлын улмаас амь нас, хөдөлмөрийн чадвараа алдсаны нэмэгдэл		30.2.Эрүүл мэндийн ажилтан нь олон улсын хөл хориот халдварт өвчний голомтод ажиллаж халдвар авсны улмаас болон ажил үүргээ гүйцэтгэх үедээ амь насаа алдвал ар гэрт нь түүний 5 жилийн үндсэн цалинтай нь тэнцэх хэмжээний нэг удаагийн буцалтгүй мөнгөн тусламж олгох бөгөөд ажил үүрэг гүйцэтгэхтэй нь холбогдуулан бие махбодод нь гэмтэл учруулсан буюу эрүүл мэндийг нь бусад хэлбэрээр хохироосноос хөдөлмөрийн чадвараа түр алдсан, тахир дутуу болсон тохиолдолд тэтгэвэр, тэтгэмж, авч байсан цалингийн зөрүүг хөдөлмөрийн чадвар түр алдсан, тахир дутуугийн тэтгэмж авч байсан нийт хугацаанд олгоно.	
Хөдөлмөрийн нөхцөлийн нэмэгдэл	Засгийн газрын 2018 оны 382 дугаар тогтоолын Хавсралт 8. Хөгжлийн бэрхшээлтэй хүн, ахмад настанд тусламж, үйлчилгээ үзүүлж байгаа төрийн үйлчилгээний зарим албан хаагчид хөдөлмөрийн нөхцөлийн нэмэгдэл олгох журам https://www.legalinfo.mn/annex/details/11891?lawid=13946	3. Хөгжлийн бэрхшээлтэй хүнд сэргээн засах тусламж, үйлчилгээ үзүүлж байгаа эмч, сувилагч, туслах сувилагч, асрагч, хөдөлгөөн засалч, хөдөлмөр засалч, хэл засалч, сэтгэл засалчид тухайн ажил, албан тушаал эрхлэх хугацаанд нь албан тушаалын сарын үндсэн цалингийн 20 хувьтай тэнцэх хэмжээний нэмэгдлийг сар бүр олгоно. 4. Ахмад настан, хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэний төрөлжсөн асрамжийн газарт ажиллаж байгаа асрагчид тухайн ажил, албан тушаал эрхлэх хугацаанд нь албан тушаалын сарын үндсэн цалингийн 20 хувьтай тэнцэх хэмжээний нэмэгдлийг сар бүр олгоно.	5. Хөдөлмөрийн нөхцөлийн нэмэгдлийг тухайн байгууллага жил бүрийнхээ төсөвт тусгаж олгоно.
Хөдөлмөрийн хүнд нөхцөлийн нэмэгдэл	Засгийн газрын 2018 оны 382 дугаар тогтоол. Хавсралт 7. Эрүүл мэндийн салбарын төрийн үйлчилгээний албан хаагчид хөдөлмөрийн нөхцөлийн нэмэгдэл олгох журам https://www.legalinfo.mn/annex/details/9076?lawid=13946	2. Нийгмийн хамгаалал, хөдөлмөрийн асуудал эрхэлсэн Засгийн газрын гишүүний баталсан “Тэтгэврийг хөнгөлөлттэй тогтоох газрын дор болон хөдөлмөрийн хортой, халуун, хүнд нөхцөлд хамаарах ажил, мэргэжлийн жагсаалт”-д багтсан эрүүл мэндийн ажилтан, эх барих-эмэгтэйчүүдийн эмч, эх баригч, хүүхэд, нярайн эмч болон сувилагчид тухайн ажил, албан тушаал эрхлэх хугацаанд нь албан тушаалын сарын үндсэн цалингийн 10 хувьтай тэнцэх хэмжээний нэмэгдлийг сар бүр олгоно. 3. Сүрьеэгийн эмнэлэг, тасаг, амбулатор, тандалт судалгааны нэгжид ажиллаж байгаа дарга/эрхлэгч, хүний их эмч, шүдний их эмч, эм зүйч, нийгмийн эрүүл мэндийн мэргэжилтэн, сувилагч, лабораторын болон рентген туяаны техникч, ариутгагч, асрагч/үйлчлэгчид албан тушаалын үндсэн цалингийн 30 хувьтай тэнцэх хэмжээний нэмэгдлийг тухайн албан тушаалыг эрхлэх хугацаанд сар бүр олгоно.	4. Хөдөлмөрийн нөхцөлийн нэмэгдлийг тухайн байгууллага жил бүрийнхээ төсөвт тусгаж олгоно.
Илүү цагийн нэмэгдэл	Засгийн газрын тогтоол 2018 оны 382 дугаар тогтоол. Хавсралт 2. Төрийн захиргааны болон үйлчилгээний албан хаагчид	1.4.1. Нарийн төвөгтэй ажилбар болон анхаарал төвлөрөл шаардах ажил гүйцэтгэдэг эрүүл мэндийн салбарын төрийн үйлчилгээний зарим албан хаагчийг шөнийн цагаар (орон нутгийн цагаар 22 цагаас 06 цаг хүртэлх хугацаанд) ажиллуулсан тохиолдолд мэргэжлийн алдаа гаргах, үйлчлүүлэгчийн амь нас, эрүүл мэндэд үүсэх эрсдлээс сэргийлж, түүнийг нөхөн амруулна. Зайлшгүй шаардлагатай тохиолдолд шөнийн цагаар ажилласан төрийн албан хаагчтай зөвшилцсөний үндсэн дээр түүнийг үргэлжлүүлэн ажиллуулж, энэ журмын дагуу нэмэгдэл хөлсийг тодорхойлно. 2.2. Илүү цагаар болон долоо хоногийн амралтын өдөр ажилласан төрийн албан хаагчийг нөхөн амруулаагүй бол илүү цагийн хөлсийг тодорхойлохдоо сарын	2.5. Нэмэгдэл хөлс олгох зохицуулалтыг байгууллагын дотоод журамд тусган зохицуулж болно.

	нэмэгдэл хөлс олгох журам https://www.legalinfo.mn/annex/details/9071?lawid=13946	цалин хөлсийн хэмжээг тухайн сарын ажилласан зохих цагт хувааж, нэг цагт ногдох цалин хөлсийг тооцож гаргана. Нэг цагийн цалин хөлсийг илүү ажилласан цагаар үржүүлж гарсан цагийг 1.5 (1.5 ба түүнээс дээш байхыг хамтын гэрээ, хөдөлмөрийн гэрээнд тусгаж зохицуулна) дахин нэмэгдүүлж, илүү цагийн хөлсний хэмжээг тодорхойлно. 2.3. Нийтээр амрах баярын өдөр ажилласан төрийн албан хаагчийг нөхөн амруулаагүй бол дээрх зарчмын дагуу нэг цагт ногдох цалин хөлсийг нийтээр амрах баярын өдөр ажилласан цагаар үржүүлж, түүнийг 2.0 дахин нэмэгдүүлэх замаар нэмэгдэл хөлсийг тодорхойлно. 2.4. Шөнийн цагаар ажилласан төрийн албан хаагчийг нөхөн амруулаагүй бол нэмэгдүүлсэн цалин хөлс олгох зохицуулалтыг хамтын ба хөдөлмөрийн гэрээнд тусгаж, дээрх зарчмын дагуу нэмэгдэл хөлсийг тодорхойлно.										
7. МӨНГӨН УРАМШУУЛАЛ												
Урамшуул-лыг дэмжих	Эрүүл мэндийн тухай хууль 2011.05.05 https://www.legalinfo.mn/law/details/49	29.4.Нутгийн захиргааны болон нутгийн өөрөө удирдах байгууллага, аж ахуйн нэгж, байгууллага нь эмнэлгийн мэргэжилтэнд урамшуулал олгох, нийгмийн баталгааг сайжруулахад дэмжлэг үзүүлэх арга хэмжээ авч хэрэгжүүлнэ.	29.4.Нутгийн захиргааны болон нутгийн өөрөө удирдах байгууллага									
Урамшуул-лын зардал	Эрүүл мэндийн даатгалын тухай хууль 2015.01.29 (Шинэчилсэн найруулга) https://www.legalinfo.mn/law/details/10922	20.1.3. Эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний чанар, үр дүнг харгалзан даатгалын гэрээтэй эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллагад олгох урамшууллын зардал орно гэж заасан.	16.1.13. Эрүүл мэндийн даатгалын байгууллага нь эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлэгч байгууллагад энэ хуулийн 20.1.3-т заасан урамшуулал олгох журмыг батлах;									
Урамшуул-лыг зохион байгуулах	Эрүүл мэндийн тухай хууль 2011.05.05. https://www.legalinfo.mn/law/details/49	11.1.5. эрүүл мэндийг хамгаалах, дэмжих чиглэлээр идэвх, санаачилгатай ажиллаж байгаа хамт олон, аж ахуйн нэгж, байгууллагыг урамшуулах, сурталчлах ажлыг зохион байгуулах;	11 дүгээр зүйл.Бүх шатны Засаг даргын бүрэн эрх									
Нэг удаагийн мөнгөн тэтгэмж	Эрүүл мэндийн тухай хууль 2011.05.05 https://www.legalinfo.mn/law/details/49	29.2.Төрийн өмчийн эрүүл мэндийн болон бусад салбарын байгууллагад 25 ба түүнээс дээш жил, өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төвд болон анхан шатны тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх тусгай эмнэлэгт 10 ба түүнээс дээш жил ажилласан эмнэлгийн мэргэжилтэн, эрүүл мэндийн бусад ажилтанд тэтгэвэрт гарахад нэг удаагийн мөнгөн тэтгэмжийг үндсэн цалингийн дунджаас нь тооцож олгох бөгөөд нэг удаагийн тэтгэмж тооцох цалингийн дундаж хэмжээ, тэтгэмж олгох шалгуур нөхцөлийг Төрийн албаны тухай хуульд заасан журмыг баримтлан тогтооно.	29.3.Энэ хуулийн 29.2, 29.5-д заасан нэг удаагийн мөнгөн тэтгэмж олгоход шаардагдах зардлыг тухайн байгууллага төсөвтөө тусгасан байна.									
Тасралт-гүй ажилла-сны мөнгөн тэтгэмж	Эрүүл мэндийн тухай хууль 2011.05.05 https://www.legalinfo.mn/law/details/49	29.5.Өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төвд болон анхан шатны тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх тусгай эмнэлэгт тасралтгүй ажиллаж байгаа эмнэлгийн мэргэжилтэн, эмнэлгийн бусад мэргэжилтэнд гурван жил тутамд нэг удаа зургаан сарын, аймаг дахь төрийн болон орон нутгийн өмчит эрүүл мэндийн байгууллагад тасралтгүй ажиллаж байгаа эмнэлгийн мэргэжилтэн, эмнэлгийн бусад мэргэжилтэнд таван жил тутамд нэг удаа зургаан сарын үндсэн цалинтай тэнцэх хэмжээний мөнгөн тэтгэмжийг тухайн байгууллагаас нь олгоно. /Энэ хэсэгт 2019.01.18-ы өдрийн хуулиар нэмэлт оруулсан/	29.5.тухайн байгууллага									
Үр дүн, гүйцэтгэ-лийн урамшуу-лал	Засгийн газрын тогтоол 2019 оны 5 дугаар тогтоол, Хавсралт 3, Төрийн албан хаагчид мөнгөн урамшуулал олгох журам	3.1. Төрийн өмчийн эрүүл мэндийн байгууллагад ажиллаж байгаа эрүүл мэндийн ажилтанд ажлын үр дүн, гүйцэтгэлийг нь үндэслэн мөнгөн урамшуулал олгоно. Хувийн хэвшлийн эрүүл мэндийн байгууллага энэ журмын дагуу мөнгөн урамшуулал олгож болно. 3.2. Улирлын ажлын үр дүнгийн мөнгөн урамшууллыг эрүүл мэндийн ажилтны ажлын үр дүн, гүйцэтгэлийг үндэслэн үндсэн цалингийн 10-20 хувиар сар бүр тооцож, улирал тутам олгоно. (Энэ дэд заалтад Засгийн газрын 2019 оны 395 дугаар тогтоолоор өөрчлөлт орсон) 3.7. Ажлын үр дүнгийн үнэлгээнээс хамааран дараах хувь хэмжээгээр сар бүр мөнгөн урамшуулал тооцно: <table><tr><td>Бүх шалгуурын биелэлтийн хувь</td><td>Ажлын үр дүнгийн үнэлгээ</td><td>Албан тушаалын үндсэн цалингаас урамшил тооцох хувь (сард)</td></tr><tr><td>90-100</td><td>Бүрэн хангалттай</td><td>11-20 хувь</td></tr><tr><td>71-89</td><td>хангалттай</td><td>10 хувь хүртэл</td></tr></table>	Бүх шалгуурын биелэлтийн хувь	Ажлын үр дүнгийн үнэлгээ	Албан тушаалын үндсэн цалингаас урамшил тооцох хувь (сард)	90-100	Бүрэн хангалттай	11-20 хувь	71-89	хангалттай	10 хувь хүртэл	3.3. Төрийн өмчийн эрүүл мэндийн байгууллага нь эрүүл мэндийн ажилтанд мөнгөн урамшуулал олгохдоо энэ журмын 3.4-т заасан шалгуур үзүүлэлтийг баримтлан ажлын үр дүн, гүйцэтгэлийг дүгнэж, тухайн жилийн төсөвт
Бүх шалгуурын биелэлтийн хувь	Ажлын үр дүнгийн үнэлгээ	Албан тушаалын үндсэн цалингаас урамшил тооцох хувь (сард)										
90-100	Бүрэн хангалттай	11-20 хувь										
71-89	хангалттай	10 хувь хүртэл										

			уг урамшуулалд зориулан батлагдсан хөрөнгийн дүнд багтаан энэ журмын 3.10, 3.12-т заасан шийдвэрийг үндэслэн олгоно.
8. МӨНГӨН БУС УРАМШУУЛАЛ			
Эрүүл мэндийн үзлэг, шинжилгээ	Эрүүл мэндийн тухай хууль 2011.05.05 https://www.legalinfo.mn/law/details/49	29.6.Эрүүл мэндийн ажилтныг жилд нэг удаа эрүүл мэндийн үзлэг, шинжилгээнд төлбөргүй хамруулна.	29.3. Шаардагдах зардлыг тухайн байгууллага төсөвтөө тусгасан байна.
Нэмэлт амралт		29.7.Эрүүл мэндийн ажилтанд ажилласан 5 жил тутамд нь Хөдөлмөрийн тухай хуулиар тогтоосон ээлжийн амралтын үндсэн болон нэмэгдэл амралт дээр нь 1 өдрийн нэмэгдэл амралт олгоно.	
Сургалт		29.8.Сум, тосгоны эрүүл мэндийн төв, багийн эмчийн салбар, анхан шатны тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх тусгай эмнэлэгт 5 ба түүнээс дээш жил ажиллаж байгаа эмнэлгийн мэргэжилтнийг мэргэжил дээшлүүлэх сургалтад 5 жил тутамд улсын зардлаар хамруулна.	

Эрүүл мэндийн ажиллагсдын цалингийн дундаж (2016-2020 он)



Эх сурвалж: ЭМЯ. 2021

Их эмчийн үндсэн цалин 2016 онд 598400 байсан бол 2020 онд 847269, сувилагчийн үндсэн цалин 478700 байсан бол 712200, эрүүл мэндийн бусад үйлчилгээний ажилтны цалин 824402 байна. Гэвч энэхүү бага хэмжээний нэмэгдэл нь төгрөгийн ам.доллартай харьцах ханш 2016 онд 2146 төгрөг байсан бол 2020 онд 2850 болсноос үзвэл энэ хугацаанд үүссэн цалингийн нэмэгдэл бодит нэмэгдэл болж чадаагүйг харуулж байна.

УЛААНБААТАР
СУДАЛГААНЫ САН

Эрүүл мэндийн ажиллагсдын дундаж цалингийн хэмжээ (2016-2020 он)

Он	Эрх зүйн акт	Албан тушаал					
		Их эмч		Сувилагч		Үйлчлэх бусад /ТҮ-1-ТҮ-3/	
		Үндсэн цалин	Сарын дундаж цалин /нэмэгдэл, нэмэгдэл хөлстэй хамт/	Үндсэн цалин	Сарын дундаж цалин /нэмэгдэл, нэмэгдэл хөлстэй хамт/	Үндсэн цалин	Сарын дундаж цалин /нэмэгдэл, нэмэгдэл хөлстэй хамт/
2016 он	2015 оны 75 дугаар тогтоол	598,400	837,760	478,700	669,200		
2018 он	2018 оны 264 дүгээр тогтоол	646,300	904,820	527,600	738,640		
	2018 оны 263 дугаар тогтоол	646,300	904,820	610,700	854,980		
2019 он	2019 оны 24 дүгээр тогтоол	698,000	977,200	659,300	923,020		
2020 он	2019 оны 472 дугаар тогтоол	847,269	1,313,267	712,200	1,103,910	531,872	824,402

Цалингийн бүрэлдэхүүн:

- Үндсэн цалин ТҮЭМ- эрүүл мэндийн салбарын төрийн үйлчилгээний албан тушаал ба ТҮ-Төрийн үйлчилгээний бусад байгууллага болон төрийн байгууллагын хэвийн үйл ажиллагааг хангахад туслах албан тушаалын цалингийн сүлжээгээр тогтоогдож байна.
- Нэмэгдэл цалинд мэргэшлийн зэргийн нэмэгдэл, ажилласан жилийн нэмэгдэл, орон нутгийн нэмэгдэл, ур чадварын нэмэгдэл, Эрдмийн зэрэг цолны нэмэгдэл, Дуудлагын нэмэгдэл, онцгой байдлын нэмэгдэл, Онцгой байдлын улмаас амь нас, хөдөлмөрийн чадвараа алдсаны нэмэгдэл, хөгжлийн бэрхшээлтэй хүнтэй ажиллах үеийн хөдөлмөрийн нөхцөлийн нэмэгдэл, хөдөлмөрийн хүнд нөхцөлийн нэмэгдэл, илүү цагийн нэмэгдэл орж байгаа нь цалин хөлсөнд нөлөөлөх хүчин зүйлсийн ихэнхийг тусгаж чадсан нь харагдаж байна.⁹⁵

Манай улсын цалин хөлсний системийн хувьд нэгжийн үнэлгээнд суурилсан нормативт цалингийн систем буюу тогтмол цалингийн систем зонхилж байна. Харин 2021 оноос гүйцэтгэлд суурилсан цалингийн тогтолцоог аажмаар нэвтрүүлж эхэлсэн. Энэ онд эрүүл мэндийн байгууллагууд гүйцэтгэлд суурилсан санхүүжилтэд шилжсэнтэй холбоотойгоор эрүүл мэндийн албан хаагчдад ажлын гүйцэтгэлээс хамааран цалингийн нэмэгдэл урамшуулал олгох эрх тухайн байгууллагад нээлттэй болсон. Төлбөртэй тусламж үйлчилгээний орлогын тодорхой хувийг эмч, эмнэлгийн албан хаагчдад олгож байна. Хэдэн хувийн цалингийн нэмэгдэл олгохыг үйлдвэрчний эвлэлтэй байгуулсан хамтарсан гэрээнд зааж өгсөн байдаг.⁹⁶

Үр дүнд суурилсан төсөвлөлт (ҮДСТ)-ийг эрүүл мэндийн анхан шатны тусламжид болон эрүүл мэндийн даатгалын сангаас санхүүжүүлдэг эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээнд хэрэгжүүлж байна. Улсын төсвөөс санхүүжүүлдэг эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээнд ҮДСТ-ийг хэрэгжүүлэх Эрүүл мэндийн даатгалын үндэсний зөвлөлийн 2021 оны 1 дүгээр

⁹⁵ <https://www.careerprofiles.info/salary-factors.html>

<https://www.salary.com/articles/eight-factors-that-can-affect-your-pay/>

⁹⁶ ЭМЯ-ны эрүүл мэндийн салбарын эдийн засгийн бодлого, хэрэгжилтийн газрын мэдээлэл, 2021

сарын 22-ны өдрийн 03 дугаар тогтоолоор хэрэгжүүлж байна. Үүнд ЭМД-ын сангаас зардлын төлбөрийг нь хариуцах эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний оношийн хамааралтай бүлгийн жагсаалт, төлбөрийн хэмжээ, ЭМДС-аас зардлын төлбөрийг нь хариуцах тусламж, үйлчилгээг санхүүжүүлэх төлбөрийн арга, ЭМДС-аас санхүүжүүлэх журам, төлбөрийг нь төр хариуцан амбулатороор эмчлэх өвчин, эмгэг ба түүнд хэрэглэх эмийн жагсаалтыг баталсан.⁹⁷

Төрөөс эрүүл мэндийн талаар баримтлах бодлогыг хэрэгжүүлэх арга хэмжээний талаарх судалгаанд⁹⁸ эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцийг бүрдүүлэх, хөгжүүлэх, улс орны чухал онцгой салбар гэдэг утгаар нь салбарт нөөцийг хуваарилахдаа микро удирдлагын хандлагыг халж стратегийн хувьд нөөцийг тогтвортой байлгах арга зам руу шилжих шаардлагатай гэж онцолжээ. Мөн эрүүл мэндийн байгууллагуудын төлбөрийн механизм, эрүүл мэндийн ажилчдын цалин хөлсний тогтолцооны заагийг арилгаж гүйцэтгэлийг сайжруулах нэгдмэл сонирхлыг аль аль түвшинд бий болгох хэрэгтэй байна.

UIH.MN
СУДАЛГААНЫ САН

⁹⁷ <https://www.legalinfo.mn/law/details/16076>

⁹⁸ https://mohs.gov.mn/uploads/userfiles/files/TA%209386_Technical%20Report_1_MON_LAST%2016022019.pdf

АШИГЛАСАН МАТЕРИАЛ

АНУ

- Patient protection and affordable care act <https://www.hhs.gov/sites/default/files/ppacacon.pdf>
- US health system <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/united-states>
- National health expenditure data <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/NHE-Fact-Sheet>
- <https://www.census.gov/library/stories/2021/04/who-are-our-health-care-workers.html>
- GS-schedule https://www.federaljobs.net/salarybase.htm#Physicians_Comparability_Allowance
- 5 U.S. Code 5948-physicians comparability allowances <https://www.law.cornell.edu/uscode/text/5/5948>
- Nurse salary <https://www.federaljobs.net/Occupations/gs-0600-nursing-jobs.htm>
- <https://www.ziprecruiter.com/Jobs/Federal-Government-Nursing>

Шинэ Зеланд

- New Zealand public health and disability act <https://www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/overview-health-system/statutory-framework>
- Overview of New Zealand health and disability system <https://www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/new-zealand-health-strategy-future-direction/turning-strategy-action>
- Health system funding <https://www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/overview-health-system/funding>
- <https://www.health.govt.nz/about-ministry/what-we-do/budget-2020-vote-health>
- New Zealand GDP data <https://www.stats.govt.nz/information-releases/gross-domestic-product-march-2021-quarter>
- Health budget 2021 <https://www2.deloitte.com/nz/en/pages/2021-government-budget/articles/health.html>
- Budget at a glance 2021 <https://www.treasury.govt.nz/sites/default/files/2021-05/b21-at-a-glance.pdf>
- Care and support workers pay equity settlement <https://www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/pay-equity-settlements/care-and-support-workers-pay-equity-settlement>
- Salary expenditure on health and disability workers <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/cost-value-employment-health-disability-sector-25nov2020.pdf>
- Comparison of salaries of Medical Specialists <https://www.asms.org.nz/wp-content/uploads/2019/11/BERL-Report-Final-November.pdf>
- District Health Boards collective agreement <https://careers.adhb.govt.nz/assets/Documents/MECAs/NZNO-Nursing-and-Midwifery-Multi-Employer-Agreement.pdf>

Израил улс

- Health Insurance and the healthcare system of Israel explained <https://www.internations.org/go/moving-to-israel/healthcare>
- International health care system profile-Israel, The commonwealth fund, 2020 <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/israel>
- Israel economic indicators <https://www.theglobaleconomy.com/Israel/>
- Israel-Health system review, 2015 https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/302967/Israel-HiT.pdf
- Israel Policy brief, OECD, 2016 <https://www.oecd.org/policy-briefs/israel-securing-adequate-resources-for-health-system.pdf>
- The Israel healthcare system, Israeli Medical Association, 2020 <https://www.ima.org.il/userfiles/image/TheIsraeliHealthcareSystem2020.pdf>
- Israel:health system review, LSE research online http://eprints.lse.ac.uk/67099/1/Rosen_Waitzberg_%20Merkur_Israel%20Health.pdf

БНСУ

- South Korea economic indicators <https://www.theglobaleconomy.com/Israel/>
- Advancing Universal health coverage: What developing countries can learn from the Korean experience?, World Bank, 2018

- <https://documents1.worldbank.org/curated/en/418791516185685994/pdf/Advancing-universal-health-coverage-what-developing-countries-can-learn-from-the-Korean-experience.pdf>
- Number of licensed medical personnel and employed health care providers
- https://www.mohw.go.kr/eng/hs/hs0104.jsp?PAR_MENU_ID=1006&MENU_ID=100604
- An analysis of the health financing system of the Republic of Korea, WHO, 2009
- https://www.who.int/health_financing/documents/hsfr_e_09-korea.pdf?ua=1

Япон Улс

- International Health Care System
- <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/japan>
- Health Insurance Act
- http://www.japaneselawtranslation.go.jp/law/detail_main?re=&vm=02&id=3266
- National Health Insurance Law
- <https://www.ilo.org/dyn/travail/docs/2064/National%20Health%20Insurance%20Law%201938.pdf>
- Reform of the health care system in Japan
- Long-Term Care Insurance Act
- <http://www.japaneselawtranslation.go.jp/law/detail/?id=94&vm=2&re=02>
- Japan <https://p4h.world/en/universal-object-country/japan>
- International health care system profiles
- <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/japan> 8.
- Labour Standards Law
- <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/WEBTEXT/27776/64846/E95JPN01.htm>
- National public Service Act
- http://www.japaneselawtranslation.go.jp/law/detail_main?re=&vm=02&id=2713
- Minimum Wage Act
- <http://www.japaneselawtranslation.go.jp/law/detail/?id=2420&vm=2&re=02>
- National Personnel Authority <https://www.jinji.go.jp/en/>
- Remuneration of Japanese National Public Employees
- <https://www.oecd.org/gov/pem/48668483.pdf>
- Average salary in Japan
- <http://www.salaryexplorer.com/salary-survey.php?loc=107&loctype=1>

Перу Улс

- Peru's Legal Framework for the Rights to Health care <https://www.socialprotection-toolbox.org/practice/perus-legal-framework-rights-health-care>
- Constitution https://www.constituteproject.org/constitution/Peru_2009?lang=en
- Peru Health Insurance <https://www.pacificprime.com/country/americas/peru-health-insurance-pacific-prime-international/>
- what are the Employment Laws <https://www.bizlatinhub.com/what-are-the-employment-laws-in-peru/>
- Salario Minimo
- https://www.who.int/alliancehpsr/projects/alliancehpsr_healthworkersalaries_bitran_finalreport.pdf
- Medical doctor salary <https://www.salaryexpert.com/salary/job/medical-doctor/peru/lima>

Казахстан

- https://strategy2050.kz/upload/iblock/c10/gosudarstvennaya_programma_razvitiya_zdravookhraneniya_respubliki_kazakhstan_na_2020_2025_gody.pdf
- Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020 - 2025 годы
- <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021711> - Об утверждении типовой системы оплаты труда работников государственных предприятий на праве хозяйственного ведения в области здравоохранения
- <https://med.mcfz.kz/article/1059-oplata-meditsinskogo-truda-normativnoe-regulirovanie-pravila-oplaty-i-primer-rascheta> - Система оплаты труда медицинских работников в 2021 году: примеры расчета
- <https://med.mcfz.kz/article/863516?bt=15768937#1> - Как дифференцированно оплачивать труд медработников: критерии и расчетов И.Д.МУРАТОВА

Монгол Улс

- https://www.1212.mn/BookLibraryDownload.ashx?url=eruul_mend_2019.pdf&ln=Mn
- Ажилчдын сарын дундаж цалингийн статистикийн мэдээ, 2021. Үндэсний Статистикийн хороо
- <https://www.careerprofiles.info/salary-factors.html>
- <https://www.salary.com/articles/eight-factors-that-can-affect-your-pay/>
- Эрүүл мэндийн яамны эрүүл мэндийн салбарын эдийн засгийн бодлого, хэрэгжилтийн газрын мэдээлэл, 2021
- <https://www.legalinfo.mn/law/details/16076>
- https://www.1212.mn/BookLibraryDownload.ashx?url=eruul_mend_2019.pdf&ln=Mn
- <https://www.adb.org/sites/default/files/publication/352706/health-fs-mongolian.pdf>
- <https://www.legalinfo.mn/law/details/5690>

UIH.MN
СУДАЛГААНЫ САН